

CIRURGIA COLORRETAL

RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES

Notas sobre as recomendações PROSPECT

O PROSPECT fornece aos clínicos argumentos de apoio a favor e contra a utilização de várias intervenções na dor pós-operatória com base em evidência publicada e na opinião de especialistas. Os clínicos devem tomar decisões baseadas nas circunstâncias clínicas e regulamentações locais. Em todas as situações, as informações locais sobre prescrição das drogas mencionadas, deve ser sempre consultada. São atribuídos graus de recomendação (GoR) de acordo com nível de evidência (LoE) geral em que essas recomendações se baseiam que é determinado pela qualidade e pela fonte da evidência.

Graus de Recomendação (GoR) baseados na origem e nível de evidência (LoE): Tabela Resumo

Uma explicação sobre como são executadas as avaliações da qualidade do estudo para determinar o LoE e o GoR podem ser encontradas [na ligação seguinte](#)

O instrumento AGREE II ([Brouwers 2010](#)) é usado internacionalmente para avaliar o rigor metodológico e transparência das diretrizes da prática. Tanto quanto possível a metodologia da revisão do PROSPECT da cirurgia colorretal está em conformidade com os requisitos do "Domínio 3: Rigor do desenvolvimento" do instrumento AGREE II:

- Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.
- Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos.
- Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.
- Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.
- Os benefícios, efeitos secundários e riscos para a saúde foram considerados na formulação das recomendações.
- Existe uma ligação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.
- A diretriz foi revista externamente por especialistas antes da sua publicação. (A evidência e recomendações são submetidas para revisão por pares após a publicação na página web do PROSPECT)
- É fornecido um procedimento para atualização da diretriz. (É fornecida metodologia de modo a que a revisão sistemática possa ser atualizada conforme necessário)

RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES

O Resumo das recomendações e as Recomendações gerais têm base na evidência identificada na revisão da literatura original (80 estudos publicados entre 1966 e março de 2009; ver Pasta de Arquivo) e a revisão da literatura atualizada (18 estudos publicados entre março de 2009 e outubro de 2016)

RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES EM PRÉ-OPERATÓRIO

Intervenções pré-operatórias que são recomendadas

Nota: Salvo indicação em contrário, "pré-operatório" refere a intervenções aplicadas antes da incisão cirúrgica

Nota: Os analgésicos devem ser administrados na altura apropriada (pré- ou intraoperatoriamente) de modo a dar analgesia suficiente na fase inicial do recobro

Analgesia sistémica	<ul style="list-style-type: none"> Os inibidores seletivos da COX-2 (GoR B) (apenas para pacientes que não tenham recebido analgesia epidural) Administração contínua de lidocaína IV pré-/intraoperatória se mantida durante a fase pós-operatória imediata (GoR B), quando a analgesia epidural não é viável ou contraindicada
Analgesia epidural	<ul style="list-style-type: none"> São recomendadas anestesia e analgesia epidurais torácicas contínuas a um nível adequado ao local da incisão para um uso de rotina (GoR A) Uma combinação de anestésico local e opioide é recomendada (GoR A) devido à eficácia analgésica aumentada da combinação comparativamente com um ou outro medicamento isolado.

Pré-operatório NÃO recomendado

Analgesia sistémica

Clonidina IV	Está associada a um maior risco de hipotensão e bradicardia (GoR D).
AINEs convencionais	A administração pré-operatória destes agentes pode aumentar o risco de hemorragia intra e pós-operatória
Corticoesteroides para analgesia	A Evidência específica para o procedimento não demonstra nenhum benefício significativo na redução dos resultados da dor (mas podem ser usados para a redução de NVPO). (GoR A).
Gabapentina/pregabalina	GoR D devido à falta de evidência específica para o procedimento
Administração contínua de lidocaína IV limitada à fase pré-	GoR D devido a evidência específica para o procedimento inconsistente e insuficiente.

/intraoperatória	
Recetores antagonistas-AINEs	GoR D devido a evidência específica para o procedimento limitada.
Opioides	São significativamente menos eficazes do que os opioides pós-operatórios para reduzir a dor pós-operatória (GoR B)
Antagonistas do canal de cálcio	Evidência específica para o procedimento limitada que demonstra uma falta de efeito analgésico pós-operatório. (GoR B).

Anestesia espinal

Morfina espinal	Devido ao risco de efeitos secundários. (GoR D).
Clonidina espinal	Com base na evidência específica para o procedimento que demonstra um efeito analgésico limitado e o risco de efeitos secundários. (GoR B).

Terapia não farmacológica

Uso pré-operatório de imagens guiadas	Devido a evidência específica para o procedimento limitada (GoR D).
Laxantes para analgesia	A evidência específica para o procedimento limitada não demonstra nenhum benefício analgésico (mas podem ser usados por outros motivos além do alívio da dor) (GoR B).
Pentoxifilina	Devido a evidência específica para o procedimento limitada dos seus efeitos secundários (GoR D).

AL para analgesia

Bloqueio TAP bilateral	Devido a evidência específica para o procedimento limitada (GoR D).
------------------------	---

RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES INTRAOPERATÓRIAS

Intervenções intraoperatórias que são recomendadas

Nota: A menos que mencionada doutra forma, "intraoperatório" refere a intervenções aplicadas após a incisão e antes do encerramento da ferida

Nota: Os analgésicos devem ser administrados na altura apropriada (pré- ou intraoperatoriamente) de modo a dar analgesia suficiente na fase inicial do recobro

Técnicas anestésicas e coadministração de analgésicos

<p>Analgesia sistémica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inibidores seletivos da COX-2 (GoR B) (apenas se não recebidos no pré-operatório e para pacientes que não tenham recebido anestesia epidural) • Opioides (GoR B) (apenas para pacientes que não tenham recebido anestesia epidural) • Administração contínua de lidocaína IV pré-/intraoperatória se mantida durante a fase pós-operatória imediata, quando a analgesia epidural não é viável ou contraindicada (GoR B).
<p>Analgesia epidural</p>	<ul style="list-style-type: none"> • São recomendadas anestesia e analgesia epidurais torácicas contínuas a um nível adequado ao local da incisão para um uso de rotina (GoR A). • Uma combinação de anestésico local e opioide é recomendada (GoR A) devido à eficácia analgésica aumentada da combinação comparativamente com um ou outro medicamento isolado.
<p>Técnicas cirúrgicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A decisão relativamente ao tipo de técnica cirúrgica ou incisão a usar na cirurgia colorretal deve basear-se sobretudo noutros fatores além da gestão da dor pós-operatória, por exemplo, malignidade versus fatores de risco cirúrgico de doença benigna para o paciente, risco de infeção da ferida e disponibilidade de especialização cirúrgica (GoR D). • A cirurgia colorretal laparoscópica é recomendada em cirurgias de cólon aberto para reduzir a dor pós-operatória, se as condições anteriormente descritas o permitirem (GoR A) • A incisão horizontal/curva (transversal) é recomendada sobre uma incisão vertical para benefícios analgésicos e não só, se as condições cirúrgicas o permitirem (GoR B). Além disso, a incisão horizontal/curva é preferível pelos seus benefícios cosméticos (GoR D). • A diatermia é recomendada preferencialmente ao bisturi (GoR C). • A manutenção da normotermia é recomendada para melhores resultados clínicos, mas não é útil na redução da dor pós-operatória (GoR A).

Intraoperatório NÃO recomendado

Analgesia sistémica

Clonidina IV	Está associada a um maior risco de hipotensão, sedação e bradicardia (GoR D).
Antagonistas do canal de cálcio	Com base em evidência específica para o procedimento limitada que demonstra uma falta de efeito analgésico pós-operatório (GoR B).
Gabapentina/pregabalina	Devido à falta de evidência específica para o procedimento (GoR D).
Administração contínua de lidocaína IV limitada à fase pré-/intraoperatória	Devido a evidência específica para o procedimento inconsistente e insuficiente (GoR D).
Recetores antagonistas-AINEs	Devido a evidência específica para o procedimento limitada da eficácia analgésica (GoR D).
Opioides	Em pacientes que recebem analgesia epidural (GoR D).

Analgesia epidural

Adição de clonidina à combinação de AL epidural + opioide	Devido a efeitos secundários (GoR D).
---	---------------------------------------

Analgesia espinal

Analgesia espinal em combinação com anestesia epidural	Com base na falta de benefício na redução da dor pós-operatória na cirurgia colorretal (GoR B).
--	---

RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES EM PÓS-OPERATÓRIO

Intervenções pós-operatórias que são recomendadas

Nota: Salvo indicação em contrário, "pós-operatório" refere a intervenções aplicadas no ou após o encerramento da ferida

Nota: Os analgésicos devem ser administrados na altura apropriada (pré- ou intraoperatoriamente) de modo a dar analgesia suficiente na fase inicial do recobro

Técnicas anestésicas e coadministração de analgésicos

<p>Analgesia sistémica</p>	<ul style="list-style-type: none"> Os inibidores seletivos da COX-2 (GoR B) (apenas para pacientes que não tenham recebido analgesia epidural ou com a interrupção da analgesia epidural) Os AINEs convencionais (GoR B) (apenas para pacientes que não tenham recebido analgesia epidural ou com interrupção da analgesia epidural). Lidocaína IV (GoR B) (quando a epidural não é viável ou contraindicada). Opioides como recurso se a analgesia não-opioide for insuficiente ou contraindicada. (GoR B). Paracetamol (GoR B) para dor de intensidade moderada ou baixa (apenas para pacientes que não recebam analgesia epidural, ou após a interrupção da analgesia epidural).
<p>Analgesia epidural</p>	<ul style="list-style-type: none"> Anestesia e analgesia epidurais torácicas contínuas a um nível adequado ao local da incisão (GoR A). Uma combinação de anestésico local e opioide é recomendada (GoR A) devido à eficácia analgésica aumentada da combinação comparativamente com um ou outro medicamento isolado.
<p>Bloqueio TAP</p>	<ul style="list-style-type: none"> As evidências são insuficientes para recomendar o bloqueio TAP, mas os bloqueios TAP podem ser considerados para o alívio da dor aguda após a cirurgia colorretal quando não for possível a anestesia epidural (GoR A).
<p>Infiltração ou infusão da ferida</p>	<ul style="list-style-type: none"> Infusão pré-peritoneal contínua de AL, como alternativa quando a analgesia epidural não for viável ou contraindicada (GoR B).
<p>Protocolos de reabilitação multimodal</p>	<ul style="list-style-type: none"> Protocolos de cuidados (que incluem a reabilitação controlada com deambulação precoce e dieta, ou programas de otimização multimodal) (GoR A).

Pós-operatório NÃO recomendado

Analgesia sistêmica

Gabapentina/pregabalina	Devido à falta de evidência específica para o procedimento (GoR D).
Recetores antagonistas-AINEs	Devido a evidência específica para o procedimento limitada da eficácia analgésica (GoR D).
Opioides fortes IM	GoR D.

Infiltração ou infusão da ferida

Massagem mecânica com aspiração da parede abdominal	São necessários mais dados de apoio (GoR D).
Sondas nasogástricas	Estão associadas ao desconforto e inconveniência e não reduzem a duração de íleos pós-operatórios (GoR A).

RECOMENDAÇÕES GERAIS PROSPECT

Algoritmo para a gestão da dor no pós-operatório para cirurgia colorretal

Recomendações gerais para a gestão da dor no pós-operatório para cirurgia colorretal aberta

