

# Níveis de evidência e graus de recomendação em revisões do PROSPECT (desde 2006)

Níveis de evidência e graus de recomendação

Desde 2006, a metodologia do **prospect** foi melhorada para ter mais em conta a qualidade da evidência em que as recomendações se baseiam. A forma como a qualidade dos estudos determina o nível de evidência e posteriormente determina o grau de recomendação, é resumida a seguir. O desenvolvimento da metodologia do **prospect** tem sido um processo contínuo e a experiência anterior mostrava a necessidade destas mudanças, para ajudar a esclarecer a base para as recomendações.

## Fontes de evidência no PROSPECT

A evidência do **PROSPECT** resulta de três fontes separadas e a mesma é tida em consideração pelo Grupo de trabalho do **PROSPECT** para determinar as recomendações do **PROSPECT**:

- Evidências procedimento-específicas que resultam de revisões sistemáticas da literatura
- Evidência transferível de procedimentos comparáveis, ou de outras fontes relevantes, identificadas pelos membros do Grupo de Trabalho do **PROSPECT**
- Prática atual – Um comentário sobre as intervenções dos membros do Grupo de Trabalho do **PROSPECT**
- As recomendações práticas do **PROSPECT** baseiam-se em todas as informações

## Avaliação da qualidade do estudo

Todos os estudos citados são avaliados pela qualidade da metodologia e resultados reportados (avaliação realizada por uma Equipa de Análise de Dados e Escrita Médica e o Subgrupo do **prospect**):

- 1. Análises estatísticas e avaliação de acompanhamento do paciente:** indica se foram reportadas análises estatísticas, e se o acompanhamento do paciente foi superior ou inferior a 80%.
- 2. Avaliação da alocação cega ou por ocultação:** indica se houve prevenção adequada do pré-conhecimento da atribuição do tratamento por parte dos envolvidos no recrutamento (A adequada, B não-clara, C inadequada, D não usada). A investigação empírica demonstrou que ensaios com alocação por ocultação inadequada ou não-clara relatam maiores estimativas do efeito do tratamento do que os ensaios cuja ocultação foi adequada ([Chalmers 1983](#), [Schulz 1995](#), [Moher 1998](#)). Constatou-se que a alocação por ocultação era mais importante para prevenir resultados influenciados do que outros aspetos da qualidade do estudo, como criação de sequência de alocação e duplo-cego ([Chalmers 1983](#), [Schulz 1995](#), [Moher 1998](#), [Higgins](#)

and Green 2005: Secção 6.3. <http://www.cochrane.org/resources/handbook/hbook.htm>)

**3. Classificações numéricas (total 1–5) para a qualidade de estudo:** atribuída usando o método proposto por [Jadad 1996](#), para indicar se um estudo relata uma randomização apropriada, se é duplamente cego e se declara possíveis desistências”. A investigação empírica descobriu que ensaios de baixa qualidade estavam associados a uma estimativa maior do benefício do tratamento comparativamente aos ensaios de alta qualidade ([Moher 1998](#))

**4. Estudo adicional para avaliação da qualidade:** incluindo uma avaliação de até que ponto o relatório do estudo cumpre os requisitos do CONSORT statement ([Moher 2005](#)) (avaliação adicional realizada pelo Subgrupo do **prospect**)

### Classificação de recomendações com base no nível geral de evidência

As recomendações são classificadas de acordo com o nível geral de evidência, que é determinado pela qualidade de estudos citados, pela consistência da evidência e pela fonte de evidência (conforme indicado na tabela a seguir)

**Tabela: Relação entre a qualidade e fonte de evidência, níveis de evidência e graus de recomendação no PROSPECT**

Tipo de estudo	Avaliações da qualidade do estudo					Nível de evidência (LoE)	Grau de recomendação (com base no Nível de Evidência geral tendo em conta o balanço das informações da prática clínica e da evidência)	
	Análises estatísticas e avaliação do acompanhamento do paciente	Alocação por ocultação	Pontuação de Jadad	Avaliação adicional da qualidade geral do estudo necessária para determinar o Nível de evidência (LoE)	Procedimento-específico		Transmissível	
Revisão sistemática com resultados homogêneos	N/A	N/A	N/A	N/A	1	A	B	
Ensaio controlado randomizado (RCT)	Estatísticas apresentadas e acompanhamento >80%	E	A	(1–5)	N/A	1	A  (com base em dois ou mais estudos ou num único grande estudo bem organizado)	B
			OU					
			B	(3–5)	N/A			
			OU					
		B	(1-2)	Sim				

<b>Ensaio controlado randomizado (RCT)</b>	Estatísticas não apresentadas ou questionáveis ou acompanhamento < 80%	E/OU	<b>B</b>	<b>(1-2)</b>	<b>Sim</b>	2	B  (ou extrapolado a partir de estudo de LoE 1 procedimento-específico)	C
			OU					
			C	(1-5)	N/A			
			OU					
			D	(1-5)	N/A			
<b>Revisão não sistemática, estudo de coorte, estudo de caso; (p.ex., evidência de alguns efeitos adversos)</b>	N/A		N/A			3	C	
<b>Informações de prática clínica (opinião de um perito); evidência inconsistente</b>	N/A		N/A			4	D	

## Recomendações pré-operatórias para uma artroplastia total do joelho

<b>Pré-operatório recomendado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Analgesia regional:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bloqueio do nervo femoral (Grau A)</li> <li><input type="checkbox"/> AL espinal + opioide (mas não como primeira escolha, Grau D). A morfina é recomendada como o opioide (Grau A)</li> </ul> </li> </ul>
-----------------------------------	---

# Recomendações Intraoperatórias para artroplastia total do joelho

<b>Intraoperatório recomendado</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Analgesia/anestesia regional:</i><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> AG + bloqueio do nervo femoral (Grau D) <u>ou</u></li><li><input type="checkbox"/> AL espinal + bloqueio do nervo femoral (Grau D) <u>ou</u></li><li><input type="checkbox"/> AL espinal + morfina (mas não como primeira escolha, Grau D)</li></ul></li></ul>
------------------------------------	---

# Recomendações Pós-operatórias para artroplastia total do joelho

<b>Pós-operatório recomendado</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Analgesia sistêmica:</i><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> AINEs convencionais/inibidores seletivos da COX-2 (Grau A) + opioides fortes (Grau A), dose titulada (para dor de elevada intensidade) + paracetamol (Grau B)</li><li><input type="checkbox"/> AINEs convencionais/inibidores seletivos da COX-2 (Grau A) +/- opioides fracos (Grau B), titulados para o efeito (para dor de intensidade moderada ou baixa) + paracetamol (Grau B)</li></ul></li></ul>
-----------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Analgesia regional:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bloqueio do nervo femoral (Grau A)</li> </ul> </li> <li>• Movimento passivo contínuo (por outros motivos que não a analgesia) (Grau A)</li> <li>• Reabilitação Intensiva (por outros motivos que não a analgesia) (Grau D)</li> </ul>
--	---

## Não recomendado para artroplastia total do joelho

<p><b>Pré-operatório</b></p> <p><b>não recomendado</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Analgesia sistêmica:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Ligantes da subunidade alfa-2-delta</b> (gabapentinoides) (Grau D), devido à falta de evidência procedimento-específica <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>AINes convencionais</b> (Grau B) devido a limitada evidência procedimento-específica e risco aumentado de hemorragia</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Corticosteroides</b> (Grau D) devido à falta evidência procedimento-específica (podem ser usados por outros motivos que não a analgesia pós-operatória)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Antagonistas NMDA</b></li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"><li><ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Dextrometorfano</b> (Grau D) devido a evidência inconsistente de efeitos analgésicos</li><li>○ <b>Cetamina</b> (Grau D) devido a : limitada evidência procedimento-específica</li></ul></li><li>□ <b>Opioides fortes</b> (Grau D) devido à falta de evidência para benefício analgésico na administração pós-operatória</li><li>• <i>Bloqueios de nervo periférico:</i><ul style="list-style-type: none"><li>□ <b>Combinação de bloqueio femoral e obturador</b> (Grau D) devido a evidências de procedimento específico limitadas</li><li>□ <b>Combinação de bloqueio femoral e nervo ciático</b> (Grau D) devido a limitada e inconsistente evidência procedimento-específica</li><li>□ <b>Bloqueio do plexo lombar</b> (abordagem posterior) (Grau D), uma vez que o bloqueio do nervo femoral é igualmente eficaz e está associado a menos complicações</li><li>□ <b>Agonistas de recetores alfa-2 adrenérgicos</b> (clonidina, epinefrina), como parte da solução de AL em bloqueios de nervo periférico (Grau A) devido à falta de eficácia em estudos procedimento-específicos</li></ul></li><li>• <i>Epidural:</i><ul style="list-style-type: none"><li>□ <b>AL e/ou opioide</b> (Grau B) devido a um maior risco de eventos adversos e nenhuma melhoria na analgesia comparativamente com o bloqueio do nervo femoral</li><li>□ <b>Cetamina</b> (como adjuvante à epidural) (Grau B) devido a efeitos colaterais e eficácia analgésica inconclusiva</li></ul></li></ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Tramadol</b> (como adjuvante à epidural) (Grau B) devido a analgesia insuficiente</li>   <li>• <i>Espinal:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Neostigmina</b> (Grau D) devido aos efeitos colaterais e limitada evidência procedimento-específica</li>   <li><input type="checkbox"/> <b>Clonidina</b> (Grau D) devido a limitada e inconsistente evidência procedimento-específica</li> </ul> </li>   <li>• <b>Técnicas intra-articulares</b> (Grau D) devido a evidência inconsistente</li>   <li>• <b>Terapia física</b> (Grau D) com base nos efeitos analgésicos isolados do pós-operatório</li> </ul>
<p><b>Intraoperatório</b></p> <p><b>não recomendado</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Analgesia sistêmica:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Antagonistas NMDA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Dextrometorfano</b> (Grau D) devido a analgesia inconsistente</li>   <li>○ <b>Cetamina</b> (Grau D) devido a limitada evidência procedimento-específica</li> </ul> </li>   <li><input type="checkbox"/> <b>Opioides fracos</b> (Grau D) devido à falta de evidência para benefício analgésico na administração pós-operatória</li> </ul> </li>   <li>• <b>Bloqueios de nervo periférico administrados no intraoperatório</b> (Grau D)</li>   <li>• <b>AG ou anestesia espinal sem qualquer técnica analgésica local ou regional</b> (Grau D)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Anestesia epidural</b> (Grau D) uma vez que a analgesia epidural pós-operatória não é recomendada</li> <li>• <b>Técnicas intra-articulares</b> (Grau D) devido a analgesia inconsistente</li> <li>• <b>Drenos</b> (Grau A) devido à falta de benefícios na analgesia e na recuperação</li> </ul>
<p><b>Pós-operatório</b></p> <p><b>não recomendado</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Analgesia sistémica:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Ligantes da subunidade alfa-2-delta</b> (gabapentinoides) (Grau D) devido à falta de evidência procedimento-específica</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Clonidina</b> (Grau D) devido a limitada evidência procedimento-específica</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Infusão IV de cetamina</b> (Grau D) devido a limitada evidência procedimento-específica</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Administração IM de opioides fortes</b> (Grau B) devido a farmacocinética desfavorável, dor associada à injeção e insatisfação do paciente</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Opioides fracos</b> para dor de elevada intensidade (Grau D) devido à eficácia analgésica insuficiente</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Paracetamol isolado</b> para dor de elevada intensidade (Grau D) devido à eficácia analgésica insuficiente</li> </ul> </li> <li>• <i>Bloqueios de nervo periférico:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Combinação de bloqueio femoral e obturador</b> (Grau D)</li> </ul> </li> </ul>

devido a limitada evidência procedimento-específica

- Combinação de bloqueio femoral e nervo ciático** (Grau D) devido a limitada e inconsistente evidência procedimento-específica
- Bloqueio do plexo lombar** (abordagem posterior) (Grau D), uma vez que o bloqueio do nervo femoral é igualmente eficaz e está associado a menos complicações
- Agonistas de recetores alfa-2 adrenérgicos** (clonidina, epinefrina), como parte da solução de AL em bloqueios de nervo periférico (Grau A) devido à falta de eficácia

- *Epidural:*

- AL e/ou opioide** (Grau B) devido a um maior risco de eventos adversos e nenhuma melhoria na analgesia comparativamente com o bloqueio do nervo femoral
- Cetamina** (como adjuvante à epidural) (Grau B) devido a efeitos colaterais e eficácia analgésica inconsistente
- Tramadol** (como adjuvante à epidural) (Grau B) devido a analgesia insuficiente

- **Técnicas intra-articulares** (Grau D) devido a analgesia inconsistente

- **TENS** (Grau B) devido a limitada evidência procedimento-específica, sugerindo falta de benefício evidências de procedimento específico limitadas que sugerem uma falta de benefício