

HEMORROIDECTOMIA

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

Graus de Recomendação (GoR) e níveis de evidência (LoE)

Os GoRs são atribuídos de acordo com os LoE gerais em que as recomendações se baseiam, que são determinados pela qualidade e pela fonte de evidência (ver *Processo de apreciação de evidências – Formulação das Recomendações PROSPECT*)

Resumo das recomendações

Intervenções pré- e intraoperatórias recomendadas	
<ul style="list-style-type: none"> Salvo indicação em contrário, "pré-operatório" refere-se a intervenções aplicadas antes da incisão cirúrgica e "intraoperatório" refere-se a intervenções aplicadas após a incisão e antes do encerramento da ferida Os analgésicos devem ser administrados na altura apropriada (pré- ou intraoperatoriamente) de modo a dar analgesia suficiente na fase inicial do recobro 	
AINEs/Inibidores seletivos da COX-2	Com base em evidência específica para o procedimento de eficácia analgésica (LoE 1), são recomendados AINEs sistémicos/inibidores seletivos da COX-2 (Grau A), na ausência de contra-indicações, administrados a tempo de fornecer analgesia precoce suficiente no pós-operatório
Paracetamol	O paracetamol é recomendado devido à sua segurança e ao papel estabelecido na gestão da dor inicial, apesar de uma falta de evidência específica para o procedimento (Grau B), e deve ser administrado a tempo de fornecer analgesia precoce suficiente no pós-operatório
Glicocorticoides parenterais	Recomenda-se o uso de glicocorticoides parenterais no pré-operatório (Grau B), com base em evidência específica para o procedimento (LoE 1 e 2) para eficácia analgésica
Laxantes	São recomendados laxantes (Grau A), iniciados nos dias antes da cirurgia, como um adjuvante à terapia analgésica, com base em evidência específica para o procedimento (LoE 1 e 2)

Metronidazol oral	O metronidazol oral é recomendado (Grau A) como adjuvante da terapia analgésica com base em evidência específica para o procedimento (LoE 1)
Bloqueio do nervo pudendo como adjuvante analgésico ou intervenção anestésica	O bloqueio do nervo pudendo em AG ou AL é recomendado, uma vez que há alguma evidência de que é mais eficaz do que a infiltração perianal de anestésico local (Grau B, LoE 2)
	O bloqueio do pudendo, com ou sem AG, é recomendado como modalidade anestésica à escolha (Grau A) com base em evidência específica para o procedimento de benefício analgésico em anestesia espinal (LoE 1)
Técnicas cirúrgicas	Hemorroidectomia fechada (Grau B) ou hemorroidectomia aberta com eletrocoagulação do pedículo (Grau A) é recomendada como procedimento primário para hemorroidas de grau 3 e 4, com base em: <ul style="list-style-type: none"> Nível de evidência inferior de que a hemorroidectomia fechada é menos dolorosa do que a hemorroidectomia aberta (LoE 2) A evidência de que a hemorroidectomia aberta com eletrocoagulação do pedículo reduz a dor comparativamente com a ligadura do pedículo (LoE 1)

Intervenções pós-operatórias recomendadas

- Salvo indicação em contrário, "pós-operatório" refere a intervenções aplicadas no ou após o encerramento da ferida
- Os analgésicos devem ser administrados na altura apropriada (pré- ou intraoperatoriamente) de modo a dar analgesia suficiente na fase inicial do recobro

AINEs/Inibidores seletivos da COX-2	<ul style="list-style-type: none"> Com base na evidência específica para o procedimento de eficácia analgésica (LoE 1), são recomendados AINEs sistêmicos/inibidores seletivos da COX-2 (Grau A) na ausência de contraindicações
Paracetamol	<ul style="list-style-type: none"> O paracetamol é recomendado devido à sua segurança e ao papel estabelecido na gestão da dor inicial, apesar de uma falta de evidência específica para o procedimento (Grau B)
Opioides	<ul style="list-style-type: none"> Uma vez que os opioides podem causar obstipação, náuseas, vômito e retenção urinária, os analgésicos não-opioides devem ser usados de preferência (Grau B) com opioides reservados para recurso
Laxantes	<ul style="list-style-type: none"> São recomendados laxantes (Grau A), iniciados nos dias antes da cirurgia, como um adjuvante à terapia analgésica, com base em evidência específica para o procedimento (LoE 1)

Metronidazol oral	<ul style="list-style-type: none"> O metronidazol oral é recomendado (Grau A) como adjuvante da terapia analgésica com base em evidência específica para o procedimento (LoE 1)
Lidocaína/GTN tópico(a)	<ul style="list-style-type: none"> A combinação de 2% lidocaína e 0,2% GTN tópicos, ou de 0,4% GTN só, é recomendada em pós-operatório (Grau A), com base em evidência específica para o procedimento de eficácia analgésica (LoE 1 e 2)
Diosmina	<ul style="list-style-type: none"> A Diosmina é recomendada como um adjuvante à analgesia não-opioide (Grau A) com base em evidência específica para o procedimento limitada de uma redução da dor no pós-operatório (LoE 1 e 2)
Colestiramina tópica	<ul style="list-style-type: none"> A colestiramina tópica é recomendada em pós-operatório (Grau A) com base em evidência específica para o procedimento de eficácia analgésica (LoE 1)
EMLA tópico	<ul style="list-style-type: none"> O EMLA tópico é recomendado (Grau A) mas apenas reduz a dor num período muito curto em estudos de procedimento específico (LoE 1 e 2)
Nifedipina tópico	<ul style="list-style-type: none"> O nifedipina tópico é recomendado (Grau A) mas apenas reduz a dor num período muito curto em estudos de procedimento específico (LoE 1)

Intervenções que NÃO são recomendadas	
Preparação mecânica do intestino	<ul style="list-style-type: none"> A preparação pré-operatória mecânica do intestino não reduziu a dor pós-operatória (LoE 1) e não é recomendada (Grau A)
Antibióticos profiláticos intravenosos	<ul style="list-style-type: none"> Os antibióticos profiláticos intravenosos não reduziram a dor pós-operatória (LoE 1) e não são recomendados (Grau A)
Gabapentinoides	<ul style="list-style-type: none"> Os Gabapentinoides não podem ser recomendados (Grau D, LoE 4) uma vez que não há evidência específica para o procedimento
Cetamina	<ul style="list-style-type: none"> A infusão de cetamina não é recomendada (Grau A) com base em evidência específica para o procedimento que não demonstra nenhum efeito analgésico (LoE 1)

Dextrometorfano	<ul style="list-style-type: none"> O Dextrometorfano não é recomendado (grau D, LoE 4) devido a evidência específica para o procedimento limitada
Diltiazem	<ul style="list-style-type: none"> O diltiazem tópico não é recomendado (Grau A) uma vez que a evidência específica para o procedimento demonstra que não reduz a dor (LoE 1)
Metronidazol tópico	<ul style="list-style-type: none"> O metronidazol tópico não é recomendado (Grau D) uma vez que a evidência específica para o procedimento do benefício analgésico é limitada (LoE 2)
Aplicação de uma bolsa de água quente	<ul style="list-style-type: none"> A aplicação de uma bolsa de água quente não é recomendada (Grau D) uma vez que a evidência específica para o procedimento do benefício é limitada (LoE 2)
Bupivacaína lipossomal para infiltração perianal de anestésico local	<ul style="list-style-type: none"> A bupivacaína lipossomal ainda não pode ser recomendada (Grau D) devido a uma falta de inclusão de outras técnicas analgésicas recomendadas, apesar da analgesia prolongada em comparação com a bupivacaína pura/placebo em dois estudos (LoE 4)
Adjuvantes à anestesia espinal (morfina, clonidina)	<ul style="list-style-type: none"> Os adjuvantes à anestesia espinal (morfina, clonidina) não são recomendados apesar de uma redução da dor devido a potenciais efeitos secundários (Grau D)
Toxina botulínica	<ul style="list-style-type: none"> A injeção de toxina botulínica não é recomendada (Grau D), devido a evidência específica para o procedimento inconsistente para o benefício analgésico na fase pós-operatória (LoE 4)
Dilatador anal	<ul style="list-style-type: none"> A utilização de um dilatador anal como um adjuvante à cirurgia hemorroidária não é recomendado para analgesia (Grau D, LoE 4) baseada em evidência específica para o procedimento limitada

Recomendações gerais PROSPECT para o a gestão da dor pós-operatória: Hemorroidectomia

O tratamento da dor perioperatória para hemorroidectomia deve incluir, a menos que seja contraindicado:	
Pré-/intraoperatória	<ul style="list-style-type: none"> • Laxantes, iniciados nos dias antes da cirurgia • Glicocorticoides parenterais • Metronidazol oral • Bloqueio do nervo pudendo +/- anestesia geral • Paracetamol + AINEs/inibidores seletivos da COX-2, administrados a tempo para fornecer analgesia precoce suficiente no pós-operatório
Técnica cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorroidectomia fechada <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorroidectomia aberta com eletrocoagulação do pedículo
Pós-operatório	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol + AINEs/Inibidores seletivos da COX-2 • Opioides como analgesia de recurso • Laxantes • Metronidazol oral • Trinitrato de glicerina tópico +/- lidocaína