

## COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA

### 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)

São atribuídos GoRs de acordo com os LoE gerais em que essas recomendações se baseiam e que é determinado pela qualidade e pela fonte da evidência: [Relação entre a qualidade e fonte de evidência, níveis de evidência e graus de recomendação.](#)

#### Resumo das recomendações

##### Recomendado: Intervenções pré-/intraoperatórias

- 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

##### Paracetamol

- É recomendado paracetamol oral pré-operatório para uso de rotina (Grau A) com base na eficácia analgésica em vários estudos nesta e na anterior revisão (LoE 1 e 2)
- Se não for dado no pré-operatório, é recomendado paracetamol IV intraoperatório para uso de rotina (Grau A, LoE 1)

<p><b>AINEs/Inibidores seletivos da COX-2</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• São recomendados AINEs/inibidores seletivos da COX-2 orais pré-operatórios para uso de rotina (Grau A) com base em vários estudos que demonstram a eficácia do analgésico nesta e na anterior revisão (LoE 1 e 2)</li> <li>• Se não forem dados no pré-operatório, são recomendados AINEs/inibidores seletivos da COX-2 IV intraoperatórios para uso de rotina (Grau A, LoE 2)</li> </ul>
<p><b>Dexametasona</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É recomendada dexametasona pré-operatória para uso de rotina (Grau A) com base em evidência de efeitos analgésicos e antieméticos (LoE 1 e 2)</li> </ul>
<p><b>AL na Ferida (local da incisão)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É recomendada AL no local da incisão, preferencialmente administrada antes da incisão, usando uma AL de longa duração para prolongar o seu efeito (Grau A), com base na evidência do benefício analgésico (LoE 1 e 2)</li> </ul>
<p><b>Pneumoperitoneu de baixa pressão</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O pneumoperitoneu de baixa pressão (10–12 mm Hg) é recomendado se cirurgicamente possível (Grau A) com base na evidência do benefício analgésico na maioria dos estudos (LoE 1 e 2)</li> </ul>
<p><b>Lavagem salina e sucção</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A lavagem local salina seguida de sucção é recomendada após a remoção da vesícula biliar (Grau A) com base em evidência de uma redução dos resultados da dor ou consumo de analgésicos (LoE 1). A lavagem deve ser feita com a sucção adequada do restante pneumoperitoneu (Grau A)</li> </ul>
<p><b>Aspiração do gás do pneumoperitoneu</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É recomendada a aspiração do gás do pneumoperitoneu (Grau A) com base em evidência de uma redução dos resultados da dor (LoE 1 e 2)</li> </ul>
<p><b>Técnicas mini-invasivas (mini-port)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É recomendada uma técnica laparoscópica mini-invasiva uma vez que reduziu a dor num estudo (LoE 1), mas o custo e a disponibilidade do equipamento devem ser tidos em consideração (Grau B)</li> </ul>

<b>Recomendada quando não é possível um analgésico "básico": Intervenções pré-/intraoperatórias</b> (Analgésico "básico": paracetamol, AINEs/inibidor seletivo da COX-2, dexametasona, infiltração de AL no local da incisão)	
<b>Gabapentinoides: podem ser considerados se não for possível um analgésico "básico"</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os gabapentinoides pré-operatórios não são recomendados para uso de rotina, mas podem ser considerados se não for possível um analgésico "básico" (Grau D)</li> <li>Apesar de vários estudos terem relatado redução da necessidade de opioides no pós-operatório (LoE 1 e 2) com gabapentinoides pré-operatórios, podem não aumentar a eficácia da técnica de analgésico "básico" do paracetamol, AINEs/inibidores seletivos da COX-2 e infiltração no local cirúrgico</li> <li>Além disso, a dose ideal é desconhecida e há uma necessidade de equilibrar os benefícios analgésicos com potenciais efeitos adversos, como o potencial aumento da sedação</li> </ul>
<b>Bloqueios TAP ou OSTAP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os bloqueios TAP ou OSTAP não são recomendados para uso de rotina (Grau D), apesar de vários estudos relatarem redução da necessidade de opioides no pós-operatório e dos resultados da dor (LoE 1 e 2), uma vez que podem não trazer benefícios além do protocolo analgésico "básico". Contudo, podem ser considerados se não for possível um analgésico "básico"</li> </ul>

<b>Recomendado: Intervenções pós-operatórias</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>A menos que mencionado doutra forma, "pós-operatório" refere a intervenções aplicadas no ou após o encerramento da ferida</li> <li>Os analgésicos devem ser administrados na altura apropriada (pré- ou intraoperatoriamente) de modo a dar analgesia suficiente na fase inicial do recobro</li> </ul>	
<b>Paracetamol</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O paracetamol é recomendado para uso de rotina, continuado no pós-operatório (Grau A), com base na evidência do benefício analgésico (LoE 2)</li> </ul>
<b>AINEs/Inibidores seletivos da COX-2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os AINEs/inibidores seletivos da COX-2 são recomendados para uso de rotina, mantidos no pós-operatório (Grau A), com base na evidência do benefício analgésico (LoE 1 e 2)</li> </ul>

<b>Opioides de recurso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A analgesia de opioide deve ser reservada apenas para analgesia de recurso (Grau B) para evitar potenciais efeitos secundários quando possível (LoE 1 e 2)</li> </ul>
----------------------------	--

<b>Intervenções que NÃO são recomendadas</b>	
<b>Agonistas alfa-2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os agonistas alfa-2, como a dexmedetomidina e a clonidina, não são recomendados devido à evidência limitada e potenciais efeitos adversos (Grau D)</li> </ul>
<b>Cetamina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A cetamina demonstrou resultados mistos relativamente à redução da dor e necessidade de analgésicos e, no geral, não é recomendada (Grau D, LoE 4). Além disso, há preocupações sobre os efeitos adversos tais como alucinações</li> </ul>
<b>Magnésio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não é recomendado magnésio (Grau D) apesar de alguma evidência de efeito analgésico (LoE 1). O magnésio durante a operação pode causar efeitos adversos como potenciação dos agentes bloqueadores neuromusculares e aumentar a incidência de paralisia muscular residual</li> </ul>
<b>Lidocaína IV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As infusões de lidocaína IV não são recomendadas (Grau D), apesar da evidência de benefício analgésico (LoE 1), devido à necessidade de monitorização atenta e à possibilidade de sobredosagem</li> </ul>
<b>Infusão de esmolol</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As infusões de esmolol não são recomendadas (Grau D), apesar da evidência de benefício analgésico (LoE 1 e 2), devido à necessidade de monitorização atenta e à possibilidade de sobredosagem</li> </ul>
<b>Bloqueios TAP ou OSTAP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os bloqueios TAP ou OSTAP não são recomendados (Grau D), apesar de vários estudos relatarem redução da necessidade de opioides no pós-operatório e dos resultados da dor (LoE 1 e 2), uma vez que não podem trazer benefícios além do protocolo analgésico "básico"</li> </ul>

<p><b>Instilação AL IP</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A instilação AL IP não é recomendada (Grau D), apesar de a maioria dos estudos relatarem redução da necessidade de opioides no pós-operatório e dos resultados da dor (LoE 1), uma vez que não pode trazer benefícios além do protocolo analgésico "básico"</li> <li>• A adição de AL IP com infiltração no local da incisão pode potenciar a toxicidade da AL. Se a AL IP for usada, deve tomado cuidado para controlar a dosagem máxima enquanto ainda estiver a dar AL adequada no local da incisão</li> </ul>
<p><b>Técnicas de anestesia regional</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As técnicas de anestesia regional como anestesia epidural, bloqueio paravertebral, opioides intratecais e o bloqueio da bainha do músculo reto abdominal não são recomendadas devido à evidência de pequenos estudos limitada e potencial para complicações ou falha da técnica anestésica (Grau D)</li> <li>• A anestesia epidural também apresenta contrassensos no ambiente de ambulatório</li> </ul>
<p><b>CO<sub>2</sub> humidificado e aquecido</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O CO<sub>2</sub> aquecido e o CO<sub>2</sub> humidificado não são recomendados (Grau D) devido à evidência limitada</li> </ul>
<p><b>Técnicas de incisão única</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As técnicas de incisão única não são recomendadas (Grau A) uma vez que a maioria dos estudos não encontraram nenhum benefício significativo para a analgesia (LoE 1 e 2)</li> </ul>

## Recomendações gerais PROSPECT

### Recomendações gerais PROSPECT para a gestão da dor no pós-operatório: Colecistectomia laparoscópica

Timing	Recomendada para uso de rotina	Recomendada quando não é possível um analgésico "básico"
<b>Pré-operatório</b>	<p><i>Medicação oral:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paracetamol</li> <li>AINEs convencionais/inibidor seletivo da COX-2</li> </ul> <p>Dexametasona</p>	<p><i>Medicação oral:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gabapentina oral</li> </ul>
<b>Intraoperatório</b>	<p><i>Se não forem dados no pré-operatório</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paracetamol</li> <li>AINEs convencionais/inibidor seletivo da COX-2</li> </ul> <p>Infiltração anestésica no local da incisão (preferencialmente com agentes de longa duração e antes da incisão)</p> <p><i>Técnicas cirúrgicas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Insuflação de baixa pressão 10–12 mm Hg</li> <li>Lavagem salina seguida de sucção</li> <li>Aspiração do pneumoperitoneu</li> <li>Mini-port (local de incisão reduzido)</li> </ul>	<p>Bloqueios TAP ou OSTAP</p> <p>Anestesia local intraperitoneal (deve tomar-se cuidado se o local da incisão for usado para evitar uma potencial toxicidade)</p>
<b>Pós-operatório</b>	<p><i>Analgesia regular pós-operatória:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paracetamol oral</li> <li>AINEs oral/inibidor seletivo da COX-2</li> <li>Analgesia de recurso com opioides, oralmente se possível</li> </ul>	

TAP: plano transverso abdominal; OSTAP: TAP subcostal oblíquo

***Não recomendado:***

- **Cetamina**
- **Magnésio**
- **Agonistas alfa-2**
- **Anestesia epidural**
- **Infusão de lidocaína IV**
- **Infusão de esmolol**
- **Técnica de incisão única**
- **Insuflação de CO2 aquecido**
- **Insuflação de CO2 humidificado**