

ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA ELETIVA

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, devem ser sempre consultadas.

Graus de Recomendação e níveis de evidência

São atribuídos graus de recomendação de acordo com nível de evidência geral em que essas recomendações se baseiam 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.](#)

Dor após artroplastia total da anca e objetivos da revisão do PROSPECT

A artroplastia total da anca é um procedimento cirúrgico comum e está associada a uma significativa dor pós operatória. A analgesia adequada com efeitos secundários mínimos, permite a mobilidade pós-operatória precoce, uma ótima recuperação funcional e uma morbidade pós-operatória reduzida ([Joshi 2019](#)).

O grupo PROSPECT publicou anteriormente uma revisão sobre a gestão da dor no pós-operatório para a artroplastia total da anca em 2005 ([Fischer 2005](#)), atualizada em 2010 ([esraeurope.org: total-hip-arthroplasty-2010](http://esraeurope.org:total-hip-arthroplasty-2010)). O objetivo desta diretriz é fornecer aos médicos uma abordagem atualizada baseada em evidências à gestão da dor para a artroplastia total da anca eletiva.

A revisão sistemática e as recomendações foram atualizadas usando a metodologia PROSPECT recentemente modificada ([Joshi 2019](#)), centrada nos resultados da dor pós-operatória ao mesmo tempo que avalia os efeitos das intervenções analgésicas relacionadas com a utilização de analgésicos básicos (paracetamol e AINEs ou inibidores seletivos da COX-2) e estabelecer um equilíbrio entre os riscos e benefícios das estratégias analgésicas.

Resumo das recomendações

Recomendado: Intervenções pré- e intraoperatórias	
<ul style="list-style-type: none"> "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 	
Exercício e educação	São recomendados o exercício e educação no pré-operatório (Grau A) para efeitos positivos na dor e função pós-operatória.
Paracetamol e AINEs/Inibidores seletivos da COX-2	O regime analgésico básico deve incluir uma combinação de paracetamol (Grau A) e um AINEs ou um inibidor seletivo da COX-2 (Grau A) administrados pré- ou intraoperatoriamente e mantidos na fase pós-operatória.
Técnica anestésica	<p>É recomendada a anestesia espinal ou geral (Grau A).</p> <ul style="list-style-type: none"> A anestesia neuroaxial tem sido recomendada, uma vez que está associada com melhores resultados pós-operatórios comparativamente com a anestesia geral (Mementsoudis 2019). No entanto, os seus benefícios no que diz respeito ao controlo da dor pós-operatória permanecem inconclusivos.
Dexametasona	É recomendada uma dose única intraoperatória de dexametasona 8–10 mg IV pelos seus efeitos analgésicos e antieméticos (Grau A).
Analgesia local/regional	<p>Recomenda-se um bloqueio da fáscia ilíaca ou analgesia de infiltração local de dose única (Grau D) devido aos efeitos analgésicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Em meta-análises recentes, não foram relatadas mais quedas com bloqueio da fáscia ilíaca (Cai 2019; Gao 2019), que é recomendado como o bloqueio do nervo preferido quando é indicado um bloqueio do nervo para a artroplastia total da anca. O grupo PROSPECT salienta que, com as técnicas cirúrgicas modernas e a correta implementação de analgesia básica e multimodal (paracetamol, AINEs e dexametasona), o valor acrescentado das técnicas de analgesia de infiltração local ainda garante mais validação com estudos bem conduzidos.
	<p>Se o paciente tiver recebido anestesia espinal para a cirurgia, pode ser considerada morfina intratecal 0,1 mg (Grau D).</p> <ul style="list-style-type: none"> Houve conflito significativo entre os membros do PROSPECT relativamente ao uso de morfina intratecal 0,1 mg e não foi possível chegar a um consenso. Se for usada morfina intratecal, o grupo PROSPECT lembra os médicos dos riscos e benefícios

	<p>associados à sua utilização.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A favor da morfina intratecal está a analgesia documentada que ela fornece durante pelo menos 24 horas no pós-operatório e os efeitos adversos limitados com pequenas doses ($\leq 0,1$ mg de morfina) (Bai 2020; Albrecht 2020). • No entanto, prurido e náuseas e vômitos pós-operatórios estão associados à morfina intratecal (Kuchálik 2013; Damevski 2011). Pensou-se que, mesmo que a incidência destas reações adversas pudesse ser relativamente menor com morfina intratecal de 0,1 mg, poderiam ainda atrasar a deambulação e a ingestão oral e influenciar a satisfação do paciente (Kuchálik 2013; Damevski 2011). • Na verdade, a analgesia multimodal adequada com paracetamol, AINEs e dexametasona, sem morfina intratecal, juntamente com técnicas cirúrgicas mais recentes, pode ser suficiente para proporcionar aos pacientes um bom alívio da dor (Andersen 2014; Coenders 2020; Fraser 2018).
--	---

Recomendado: Intervenções pós-operatórias	
<ul style="list-style-type: none"> • "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 	
Paracetamol e AINEs/Inibidores seletivos da COX-2	O regime analgésico básico deve incluir uma combinação de paracetamol (Grau A) e um AINEs ou um inibidor seletivo da COX-2 (Grau A) administrados pré- ou intraoperatoriamente e mantidos na fase pós-operatória.
Opioides	Os opioides devem ser reservados como analgésicos de recurso na fase pós-operatórias-operatória (Grau D).

COX, ciclooxigenase; IV, intravenoso; AINEs, medicamentos anti-inflamatórios não esteroides.

Intervenções que NÃO são recomendadas

Intervenções anestésicas que não são recomendadas * para a gestão da dor em pacientes submetidos a artroplastia total da anca.

Timing	Intervenção	Motivos pelos quais não são recomendados
Pré-operatórias ou intraoperatórias	Carga de carboidratos	Evidência específica para o procedimento limitada
	Estado ambulatório	Evidência específica para o procedimento limitada
	Inibidor seletivo da COX-2 pré-incisional comparativamente a pós-incisional	Evidência específica para o procedimento limitada
	Gabapentinoides	Evidência inconsistente para dose única. Evidência específica para o procedimento para várias doses perioperatórias, mas efeitos secundários extra
	Cetamina	Evidência específica para o procedimento limitada
	Bloqueio cutâneo femoral lateral	Evidência específica para o procedimento limitada
	Bloqueio do quadrado lombar anterior	Evidência específica para o procedimento limitada
	Bloqueio do nervo femoral	Evidência específica para o procedimento, mas efeitos secundários
	Bloqueio do plexo lombar	Evidência específica para o procedimento, mas efeitos secundários
	Adjuvantes de analgesia de infiltração local aos medicamentos de anestesia local	Evidência específica para o procedimento inconsistente
	Infusão ou injeções repetidas de analgesia de infiltração local	Evidência específica para o procedimento inconsistente
Analgesia epidural	Evidência específica para o procedimento, mas efeitos secundários	
Pós-operatório	Ácido tranexâmico	Falta de evidência específica para o procedimento
	Suporte parcial de peso	Falta de evidência específica para o procedimento
	Selante de fibrina tópico	Falta de evidência específica para o procedimento

	TENS [Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea]	Evidência específica para o procedimento limitada
<i>Técnica Cirúrgica</i>	Abordagem anterior comparativamente com abordagem posterolateral	Evidência específica para o procedimento inconsistente
	Incisão minimamente invasiva comparativamente com a tradicional	Evidência específica para o procedimento inconsistente, riscos aumentados

COX, ciclooxigenase; LIA, analgesia de infiltração local; TENS, estimulação elétrica nervosa transcutânea.

* É possível que as abordagens analgésicas não recomendadas nesta revisão devido à eficácia analgésica limitada e/ou preocupações com efeitos adversos, possam ser apropriadas em situações onde uma ou mais das recomendações primárias são contraindicadas ou não apropriadas para utilização. Além disso, pode ser apropriado utilizar mais intervenções analgésicas além das recomendações primárias em pacientes com um risco previsto superior à média de dor pós-operatória forte (por exemplo, utilização crónica de opioides; estados de dor crónica; ou distúrbios psiquiátricos significativos).

Recomendações gerais PROSPECT

Recomendações gerais para a gestão da dor perioperatória em pacientes submetidos a artroplastia total da anca

Intervenções pré-operatórias e intraoperatórias	<ul style="list-style-type: none">• Exercício e educação no pré-operatório (Grau A)• Anestesia geral ou espinal (Grau A)• Paracetamol (Grau A)• Medicamentos anti-inflamatórios não esteroides ou inibidores seletivos da ciclooxigenase -2 (Grau A)• Dexametasona 8–10 mg IV (Grau A)• Bloqueio da fáscia ilíaca ou analgesia de infiltração local de dose única (Grau D)• Se o paciente tiver recebido anestesia espinal para a cirurgia, pode ser considerada morfina intratecal 0,1 mg (Grau D)
Intervenções pós-operatórias	<ul style="list-style-type: none">• Paracetamol (Grau A)• Medicamentos anti-inflamatórios não esteroides ou inibidores seletivos da ciclooxigenase -2 (Grau A)• Opioide de recurso (Grau D)

IV, intravenoso.

Publicação PROSPECT

PROSPECT guideline for total hip arthroplasty: systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations.

M. Anger, T. Valovska, H. Beloeil, P. Lirk, G.P. Joshi, M. Van de Velde, J. Raeder, on behalf of the PROSPECT Working Group and the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy.

[Anaesthesia 2021 May 20. doi: 10.1111/anae.15498](https://doi.org/10.1111/anae.15498). Online ahead of print.