

## CIRURGIA DE REPARAÇÃO DE HÉRNIA

### 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 (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](#).

#### Notas sobre a dor após cirurgia de reparação de hérnia inguinal aberta

A reparação de hérnia inguinal aberta está associada a uma dor pós-operatória moderada a intensa, que pode retardar a recuperação e o regresso às atividades diárias ([Simons 2018](#)). Além disso, o controlo inadequado da dor pode aumentar a taxa de internamentos não planeados e reinternamentos após alta hospitalar ([Simons 2018](#)). Por outro lado, o alívio inadequado da dor pós-operatória pode resultar em hiperalgesia e dor pós-operatória persistente ([Wheeler 2019](#)).

As recomendações PROSPECT para a gestão da dor após a reparação de hérnia inguinal aberta foram publicadas anteriormente ([Joshi 2012](#)). Contudo, foi necessária uma atualização da avaliação das intervenções anestésicas.

## Resumo das recomendações

A literatura atualizada reforça as recomendações PROSPECT anteriores para a gestão da dor em pacientes submetidos a reparação de hérnia inguinal aberta ([Joshi 2012](#)).

A metodologia PROSPECT atualizada reforça ainda mais as recomendações, uma vez que vai além da avaliação das evidências disponíveis com base apenas na análise estatística simples ([Joshi 2019](#)).

### Recomendado: Intervenções pré- e 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

<b>Paracetamol e AINEs/Inibidores seletivos da COX-2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A analgesia sistémica deve incluir paracetamol (Grau D) e medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) ou inibidor seletivo da ciclooxigenase (COX-2) (Grau D) administrado pré- ou intraoperatoriamente e mantido na fase pós-operatória.</li> <li>• Foi demonstrado que paracetamol, AINEs e inibidores seletivos da COX-2 providenciam uma analgesia excelente e reduzem a necessidade de opioides (<a href="#">Joshi 2019</a>).</li> </ul>
<b>Dexametasona IV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma dose única de dexametasona IV é recomendada (Grau B) pela sua capacidade de aumentar a duração analgésica de bloqueio, diminuir o uso de analgésicos, e pelos seus efeitos antieméticos.</li> </ul>
<b>Analgesia regional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A infiltração com anestesia local e/ou analgesia regional (bloqueio do nervo ilioinguinal/iliohipogástrico ou bloqueio do plano transversal abdominal) é recomendada para providenciar analgesia regional (Grau A).</li> </ul>
<b>Anestesia</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É recomendado um bloqueio de campo (por exemplo, bloqueio ilioinguinal/iliohipogástrico) com ou sem infiltração da ferida como um único anestésico ou como adjuvante à anestesia geral (Grau A).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As diretrizes internacionais recentes recomendam o uso de anestesia local desde que o cirurgião tenha experiência nesta técnica (<a href="#">Simons 2018</a>).</li> <li>• É obrigatória a seleção e aceitação pelo paciente de um único anestésico regional/local.</li> <li>• Uma meta-análise recente da ECRs que comparam a anestesia local versus outras formas de anestesia (incluindo a anestesia geral) concluiu que a anestesia local permite tempos mais curtos no bloco operatório e está associada a uma menor incidência de retenção urinária (comparativamente à anestesia neuroaxial) (<a href="#">Argo 2019</a>). Além disso, a satisfação do paciente com a anestesia local foi semelhante à de outras técnicas anestésicas.</li> </ul>
<b>Técnica Cirúrgica</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomenda-se que a técnica cirúrgica seja baseada na experiência do cirurgião, características relacionadas à hérnia e disponibilidade de recursos locais (<a href="#">Simons 2018</a>).</li> <li>• No que diz respeito à dor pós-operatória, são recomendadas técnicas de malha, preferencialmente a técnicas sem malha (grau A).</li> <li>• Esta recomendação está de acordo com as diretrizes internacionais para a gestão da hérnia inguinal (<a href="#">Simons 2018</a>).</li> </ul>

### Recomendado: Intervenções pós-operatórias

- A menos que mencionado doutra forma, "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

- A analgesia sistémica deve incluir paracetamol (Grau D) e medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) ou inibidor seletivo da ciclooxigenase (COX-2) (Grau D) administrado pré- ou intraoperatoriamente e mantido na fase pós-operatória.
- Foi demonstrado que paracetamol, AINEs e inibidores seletivos da COX-2 providenciam uma analgesia excelente e reduzem a necessidade de opioides ([Joshi 2019](#)).

#### Opioides

- São recomendados opioides como analgesia de recurso na fase pós-operatória (Grau D).

### Intervenções que NÃO são recomendadas

Intervenções anestésicas que não são recomendadas para a gestão da dor em pacientes submetidos a reparação de hérnia inguinal aberta.

	Intervenção	Motivos pelos quais não são recomendados
<b>Pré-operatório</b>	Gabapentinoides	Evidência específica para o procedimento inconsistente
	Clonidina	Evidência específica para o procedimento limitada
	Dipirona	Evidência específica para o procedimento limitada
	Etanercepte (inibidor de TNF- $\alpha$ )	Evidência específica para o procedimento limitada
	Analgesia epidural	Embora eficazes, estas técnicas são relativamente invasivas com potencial para complicações
	Bloqueios paravertebrais	Embora eficazes, estas técnicas são relativamente invasivas com potencial para complicações
<b>Intraoperatório</b>	Bloqueio do compartimento do psoas	Nenhuma evidência específica para o procedimento
	Infiltração da ferida com bupivacaína de liberação prolongada	Evidência específica para o procedimento limitada
	Infiltração da ferida usando AINEs, clonidina, cetamina ou opioides	Evidência específica para o procedimento limitada
	AINEs tópicos	Evidência específica para o procedimento limitada
	Infusão de lidocaína IV	Evidência específica para o procedimento limitada
	Anestesia local de liberação prolongada tópica	Evidência específica para o procedimento limitada
<b>Pós-operatório</b>	TENS [Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea]	Falta de evidência específica para o procedimento
<b>Técnica cirúrgica</b>	Secção do nervo	Falta de evidência específica para o procedimento
	Crioanalgesia	Falta de evidência específica para o procedimento

## Recomendações gerais PROSPECT

Recomendações gerais para a gestão da dor em pacientes submetidos a reparação de hérnia inguinal aberta.

### Recomendações para a gestão da dor em reparação de hérnia inguinal aberta

<b>Intervenções pré-operatórias e intraoperatórias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol (Grau D)</li> <li>• Medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) ou inibidor seletivo da ciclooxigenase (COX-2) (Grau D)</li> <li>• Dexametasona IV (Grau B)</li> <li>• A infiltração com anestesia local e/ou analgesia regional (bloqueio do nervo ilioinguinal/iliohipogástrico ou bloqueio do plano transversal abdominal) (Grau A)</li> </ul>
<b>Intervenções pós-operatórias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol (Grau D)</li> <li>• AINEs ou inibidor seletivo da COX-2 (Grau D)</li> <li>• Opióide de recurso (Grau D)</li> </ul>
<b>Técnica anestésica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloqueio de campo (por exemplo, bloqueio ilioinguinal/iliohipogástrico) com ou sem infiltração da ferida como um único anestésico ou como adjuvante à anestesia geral (Grau A)</li> </ul>
<b>Técnica cirúrgica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas de malha preferencialmente a técnicas sem malha (Grau A)</li> </ul>