

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

Paracetamol e AINEs/Inibidores seletivos da COX-2	<ul style="list-style-type: none"> • 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).
Dexametasona IV	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Analgesia regional	<ul style="list-style-type: none"> • 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).
Anestesia	
	<ul style="list-style-type: none"> • 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).

	<ul style="list-style-type: none"> • As diretrizes internacionais recentes recomendam o uso de anestesia local desde que o cirurgião tenha experiência nesta técnica (Simons 2018). • É obrigatória a seleção e aceitação pelo paciente de um único anestésico regional/local. • 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) (Argo 2019). Além disso, a satisfação do paciente com a anestesia local foi semelhante à de outras técnicas anestésicas.
Técnica Cirúrgica	
	<ul style="list-style-type: none"> • Recomenda-se que a técnica cirúrgica seja baseada na experiência do cirurgião, características relacionadas à hérnia e disponibilidade de recursos locais (Simons 2018). • No que diz respeito à dor pós-operatória, são recomendadas técnicas de malha, preferencialmente a técnicas sem malha (grau A). • Esta recomendação está de acordo com as diretrizes internacionais para a gestão da hérnia inguinal (Simons 2018).

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

<p>Paracetamol e AINEs/Inibidores seletivos da COX-2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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).
<p>Opioides</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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
Pré-operatório	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- α)	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
Intraoperatório	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
Pós-operatório	TENS [Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea]	Falta de evidência específica para o procedimento
Técnica cirúrgica	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

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