

CIRURGIA TORACOSCÓPICA GUIADA POR VÍDEO (VATS)

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.

Dor após VATS e objetivos da revisão do PROSPECT

A cirurgia toracoscópica guiada por vídeo (VATS) é um procedimento minimamente invasivo que permite a redução do stresse cirúrgico e da dor pós-operatória, em comparação com a toracotomia. Contudo, está associada a uma significativa dor pós-operatória aguda e crónica, o que afeta negativamente a recuperação ([Holbeck 2016](#); [Bendixen 2016](#)). A gestão da dor pós-operatória na VATS é tão importante como na cirurgia aberta, pois permite a redução de complicações pós-operatórias ([Bendixen 2016](#)).

O objetivo desta diretriz é fornecer aos médicos uma abordagem baseada em evidências à gestão da dor pós ressecção pulmonar com VATS, de modo a melhorar o alívio da dor pós-operatória.

A metodologia exclusiva PROSPECT está disponível em <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>.

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 	
Paracetamol, AINEs, Inibidores seletivos da COX-2	<p>A analgesia sistémica deve incluir paracetamol, AINEs ou inibidores seletivos COX-2, administrados pré- ou intraoperativamente e mantidos na fase pós-operatória.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os benefícios destes analgésicos básicos estão bem descritos para outros procedimentos (Ong 2010; Martinez 2017).
Dexmedetomidina IV	<p>A administração intraoperatória de dexmedetomidina IV é recomendada, especialmente quando os analgésicos básicos não podem ser administrados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vários estudos documentaram que a dexmedetomidina IV reduz os resultados da dor e a necessidade de opioides (Lee 2016; Jannu 2020). • A dexmedetomidina diminui também a incidência de agitação pós-operatória e disfunção cognitiva, bem como náuseas e vômitos pós-operatórios (Lee 2016; Jannu 2020; Kweon 2018). Melhoramento na função pulmonar com um aumento de FEV1 e capacidade vital, foi também demonstrado (Lee 2016; Jannu 2020; Kweon 2018). • Os pacientes com doença cardíaca grave, perturbações de condução e/ou ritmo, foram excluídos destes estudos e a dexmedetomidina não deve ser usada nestes pacientes.
Analgesia regional	<p>As técnicas de analgesia regional tais como BPV e ESPB são recomendadas, quer utilizando uma dose única ou preferencialmente um cateter com uma infusão contínua de anestésicos locais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uma BPV é recomendada devido à sua eficácia no controlo da dor e aos limitados efeitos secundários, em comparação com a AET (analgesia epidural torácica). A utilização de um cateter em vez de analgesia de dose única, prolonga o efeito analgésico. • Um ESPB é também recomendado, pois vários estudos demonstraram a eficácia do ESPB com ropivacaína em

	<p>comparação com o bloqueio sham (Yao 2020; Shim 2020). Dois estudos demonstraram a não-inferioridade do ESPB em comparação com o BPV (Zhao 2020; Taketa 2020). O ESPB, deve assim, ser considerado como um a alternativa.</p>
	<p>O bloqueio do serrátil anterior pode ser utilizado como segunda opção.</p> <ul style="list-style-type: none"> Os estudos recolhidos consideraram uma injeção única e documentaram um benefício em termos de dor e consumo de opioides em comparação com a analgesia básica sistémica ou em comparação com a infiltração do local da incisão.
	<p>O bloqueio deve ser executado, seja qual for a técnica, a um nível torácico adaptado à localização dos locais da incisão.</p>
	<p>A adição de dexmedetomidina sem conservantes na analgesia perineural poderá ser recomendada. No entanto, falta ainda demonstrar que um efeito comparável poderia ser alcançado com a administração IV de dexmedetomidina, tornando-a mais adequada para uso clínico.</p>

Recomendado: Intervenções pós-operatórias

- "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, AINEs, Inibidores seletivos da COX-2</p>	<p>A analgesia sistémica deve incluir paracetamol, AINEs ou inibidores seletivos COX-2, administrados pré- ou intraoperativamente e mantidos na fase pós-operatória.</p> <ul style="list-style-type: none"> Os benefícios destes analgésicos básicos estão bem descritos para outros procedimentos (Ong 2010; Martinez 2017).
<p>Opioides</p>	<p>Os opioides devem ser usados como analgésicos de recurso na fase pós-operatória.</p>

COX, ciclooxigenase; ESPB, bloqueio do plano do eretor da espinha; FEV1, volume expiratório forçado no primeiro segundo; IV, intravenoso NSAIDs, medicamentos anti-inflamatórios não esteroides; BPV, bloqueio paravertebral; TEA, analgesia epidural torácica.

Intervenções que NÃO são recomendadas

Intervenções anestésicas que não são recomendadas para a gestão da dor em pacientes submetidos a VATS.

Timing	Intervenção	Motivos pelos quais não são recomendados
Pré-operatórias ou intraoperatórias	Gabapentinoides	Evidência inconsistente
	Corticosteroides	Falta de evidência específica para o procedimento
	MgSO ₄	Evidência específica para o procedimento limitada
	Lidocaína IV	Falta de evidência específica para o procedimento
	TENS [Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea]	Evidência inconsistente e limitada
	Infiltração da ferida	Evidência específica para o procedimento limitada
	Analgesia intrapleural	Evidência específica para o procedimento limitada
	Bloqueio do nervo intercostal	Falta de evidência específica para o procedimento
	Bloqueio epidural torácico	Não inferioridade de técnicas menos invasivas com menos efeitos secundários
Pós-operatório	Gabapentinoides	Evidência inconsistente
	Lidocaína IV	Falta de evidência específica para o procedimento
	Dexmedetomidina	Falta de evidência específica para o procedimento
	TENS [Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea]	Evidência inconsistente e limitada

IV, intravenoso; TENS, estimulação elétrica nervosa transcutânea.

Recomendações gerais PROSPECT

Recomendações gerais para a gestão da dor perioperatória em pacientes submetidos a VATS

Intervenções pré-operatórias e intraoperatórias	<ul style="list-style-type: none">• Paracetamol (Grau D)• AINEs (Grau D)/ Inibidor seletivo da COX-2 (Grau D)• Dexmedetomidina (Grau B) (excluindo pacientes com doença cardíaca grave ou perturbações de condução e/ou ritmo)• Bloqueios paravertebral dose única (Grau A)/contínua (Grau A)• Bloqueio do plano do eretor da espinha dose única (Grau A)/contínua (Grau B)• Bloqueio do serrátil anterior dose única (Grau A)/contínua (Grau D)
Intervenções pós-operatórias	<ul style="list-style-type: none">• Paracetamol (Grau D)• AINEs (Grau D)/ Inibidor seletivo da COX-2 (Grau D)• Opioide de recurso (Grau D)

Publicação PROSPECT

PROSPECT guidelines for video-assisted thoracoscopic surgery: a systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations.

Sarah Feray, Jelle Lubach, Girish P. Joshi, Francis Bonnet, Marc Van de Velde on behalf of the PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA).

Anaesthesia 2021; First published: 05 November 2021. <https://doi.org/10.1111/anae.15609>