

Excelência na Gestão da Dor e 'Stewardship' de Opioides em Artroplastia Total

Estratégias Multimodais e Protocolos ERAS para Artroplastia da Anca e do Joelho

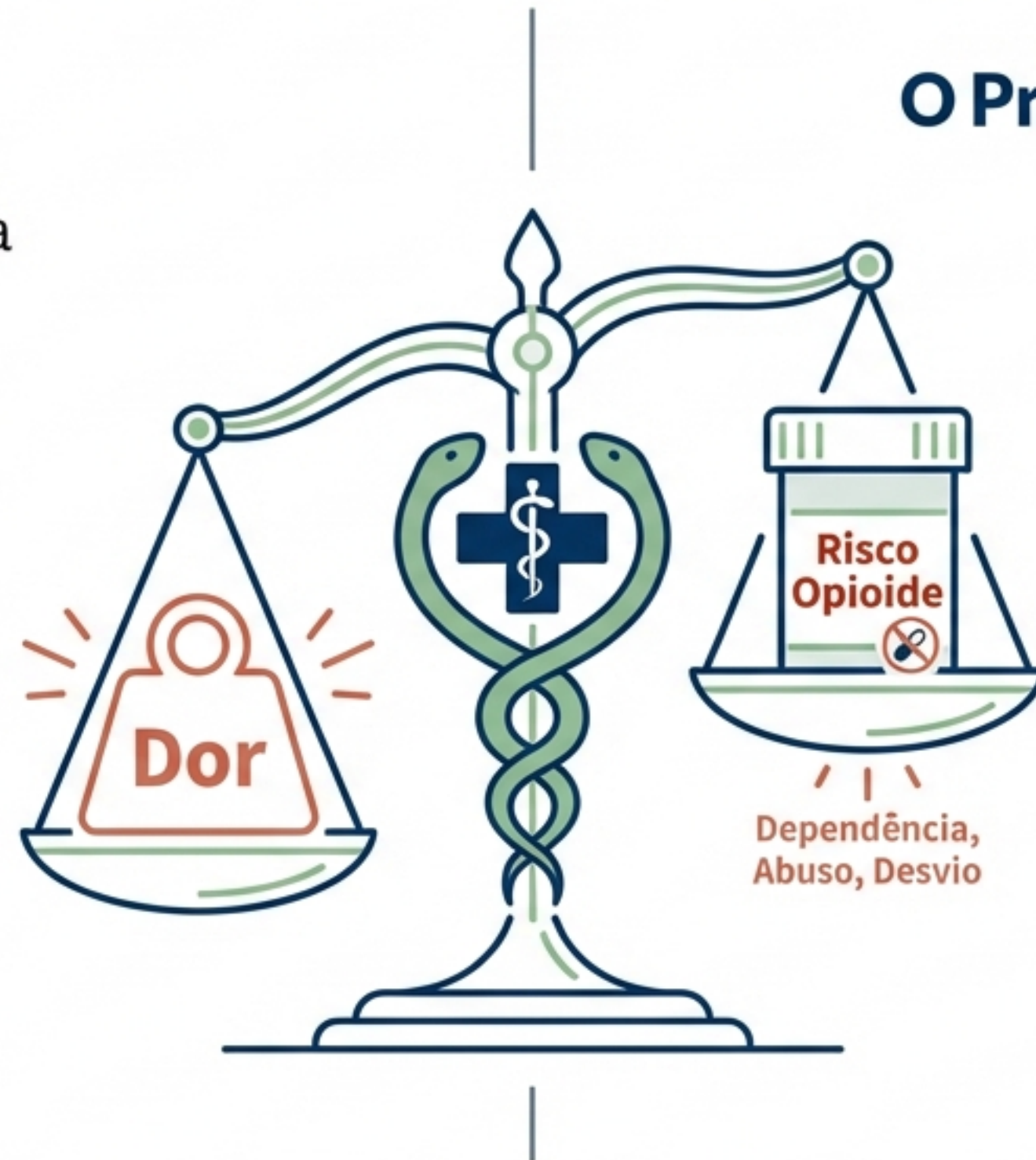


Baseado em evidência da AAHKS, SurgiColl, e Estudo Retrospectivo Fang et al. (2026).

O Desafio Atual: Equilibrar o Alívio da Dor e a Segurança do Doente

O Contexto Clínico

- **Alta Prevalência:** Artroplastia Total do Joelho (ATJ) e da Anca (ATA) são procedimentos frequentes.
- **Dor Intensa:** 60% dos doentes reportam dor severa no pós-operatório de ATJ.
- **Histórico:** Dependência excessiva de monoterapia com opioides.



O Problema de Saúde Pública

- **Crise de Opióides:** Risco elevado de dependência, abuso e desvio.
- **Efeitos Adversos:** Náuseas, vômitos, sedação e depressão respiratória atrasam a recuperação.
- **Imperativo Ético:** Necessidade urgente de transição para **Analgesia Multimodal e Stewardship**.

Mudança de Paradigma: O Conceito de Analgesia Multimodal e ERAS

Definição:

Utilização simultânea de dois ou mais fármacos com diferentes mecanismos de ação (sinergia) para atingir o “Opioid-sparing” — eficácia máxima com mínimos narcóticos.



Abordagem multidisciplinar para reduzir a resposta ao stress cirúrgico.

Fase 1: Otimização Pré-Operatória e Educação do Doente

6-8 Semanas Antes da Cirurgia

Dia 0



Estratégia MOJO de Desmame

Doentes com uso prévio (>3 meses) têm piores outcomes.

Reduzir ou cessar opioides 6 semanas antes. Meta: 0 MED ou <30 mg/dia.



Pré-habilitação (Prehab)

Melhorar capacidade funcional e equilíbrio.

Exercícios diários e gestão de expectativas sobre dor pós-op.



Analgesia Preventiva (Pre-emptive)

Administração Imediata Pré-op para reduzir sensibilização central.

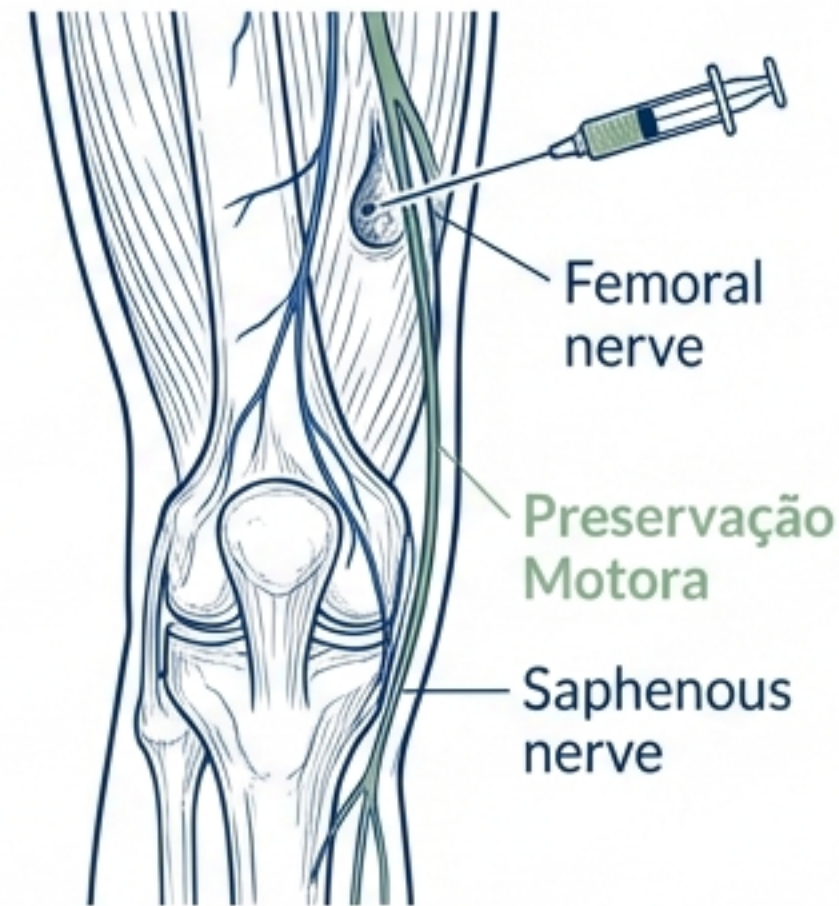
- Inibidores COX-2 (AINEs)
- Paracetamol
- Gabapentinoídes

Fase 2: Estratégias Intra-operatórias e Bloqueios Nervosos

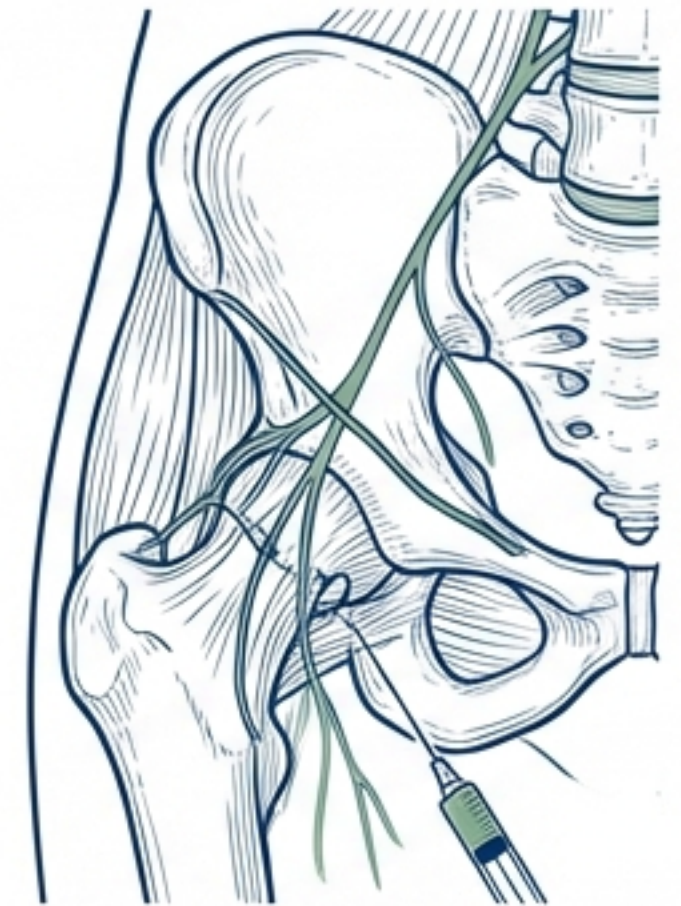
Anestesia: Neuraxial (Espinhal) preferida sobre Geral (menos sangramento, menos trombose).

Técnica Cirúrgica: Sem torniquete na ATJ (reduz dor na coxa) e uso de Ácido Tranexâmico (TXA).

ATJ - Bloqueio Canal Adutor



ATA - Bloqueio PENG

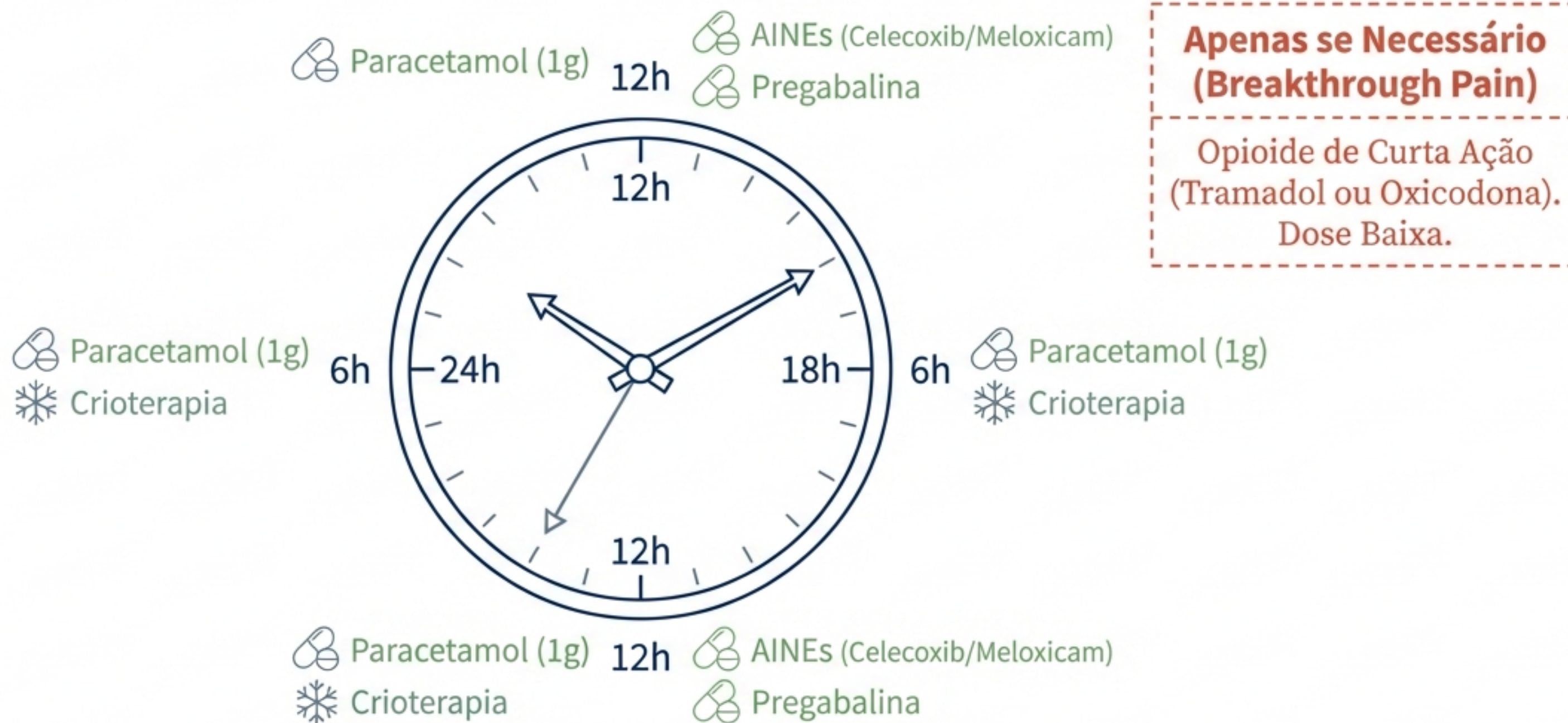


Infiltração Local (LIA)

Cocktail Periarticular: Ropivacaína + Epinefrina + Cetorolac + Corticosteroides.

Fase 3: Protocolo de Internamento – A Abordagem “Standing”

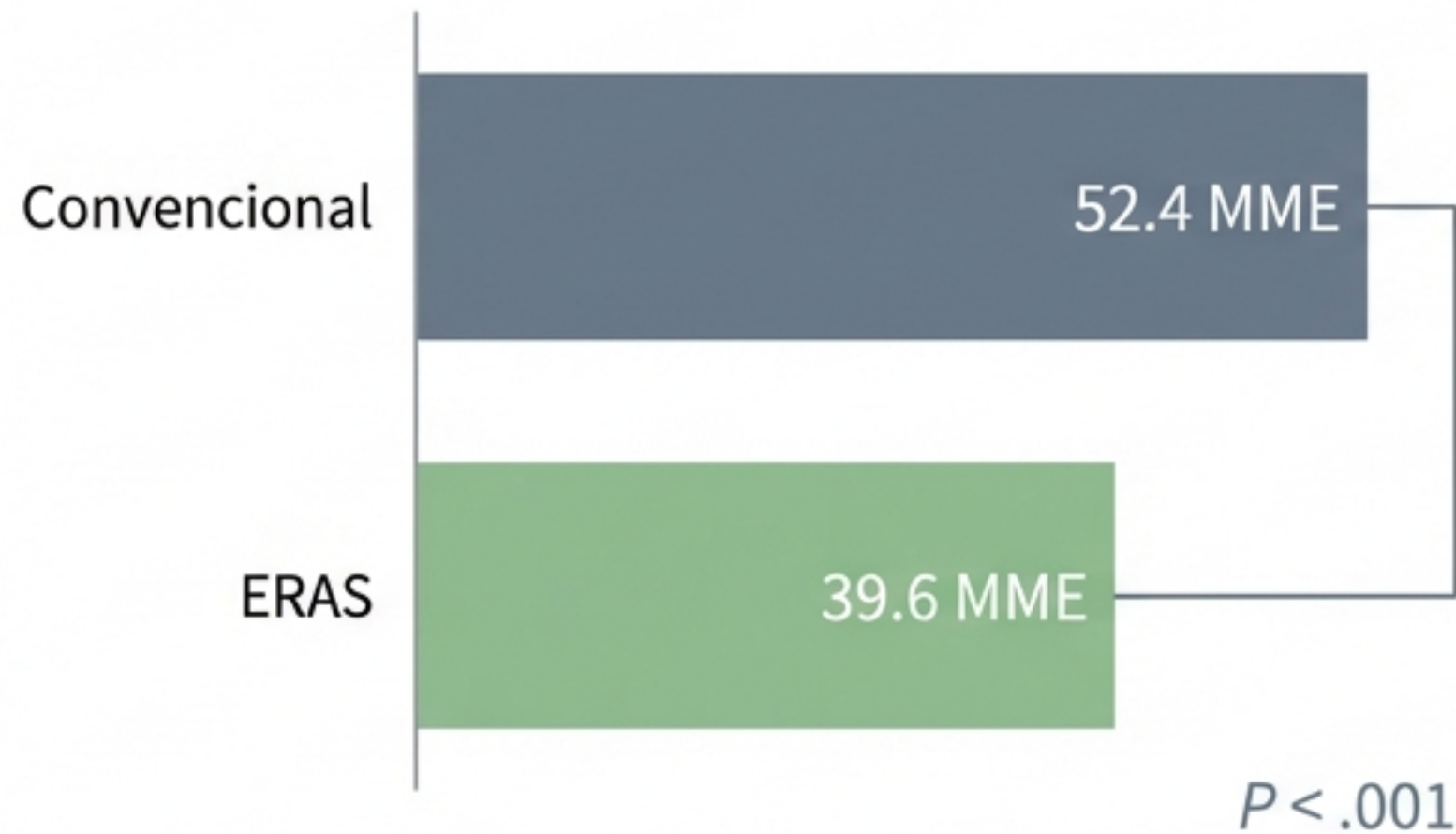
Transição do modelo "SOS" (a pedido) para horário fixo.



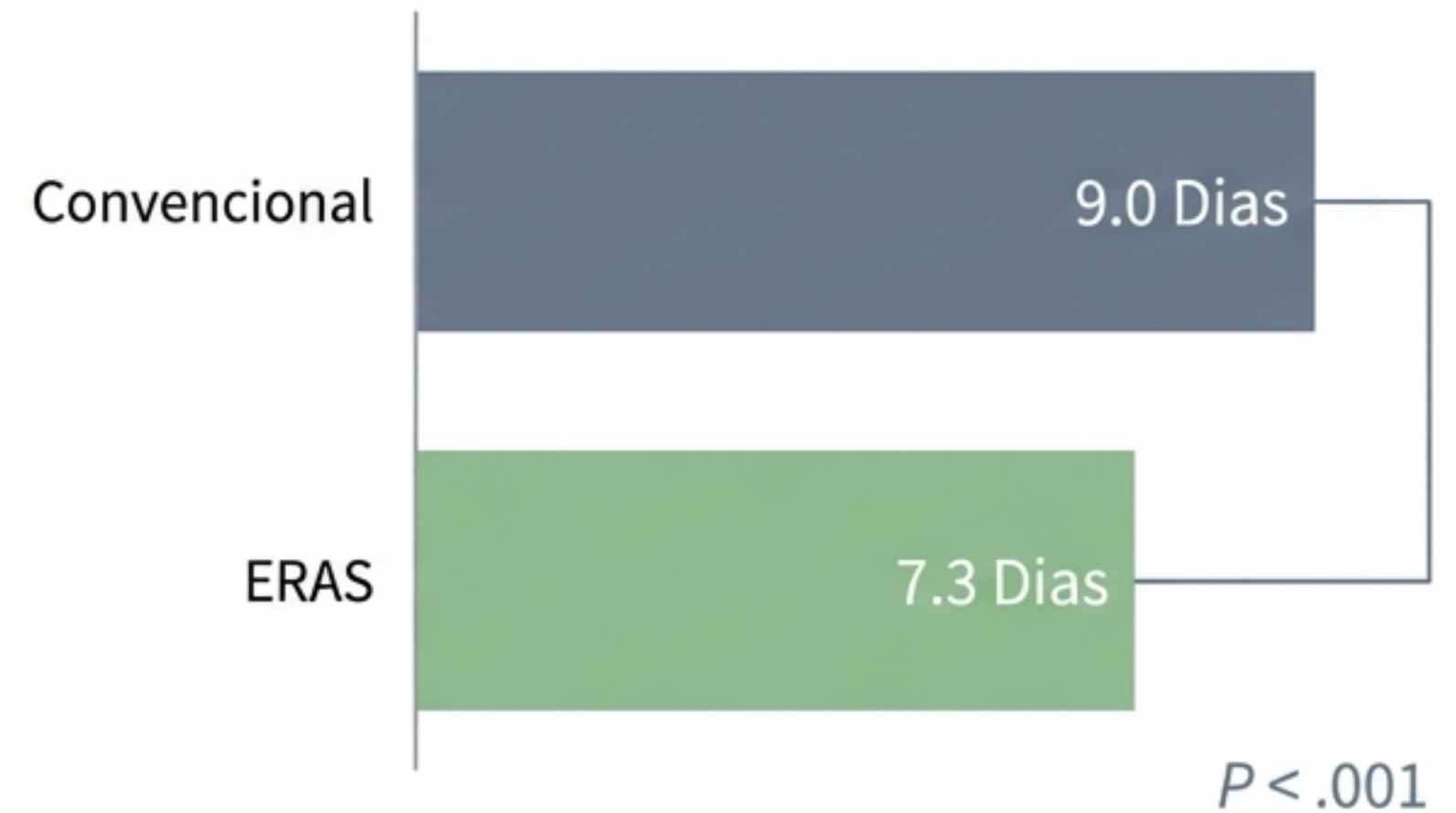
Monitorizar sedação com Gabapentínoídes e função renal com AINEs.

Evidência Clínica: ERAS vs. Cuidados Convencionais

Consumo de Opioides (48h)



Tempo de Internamento

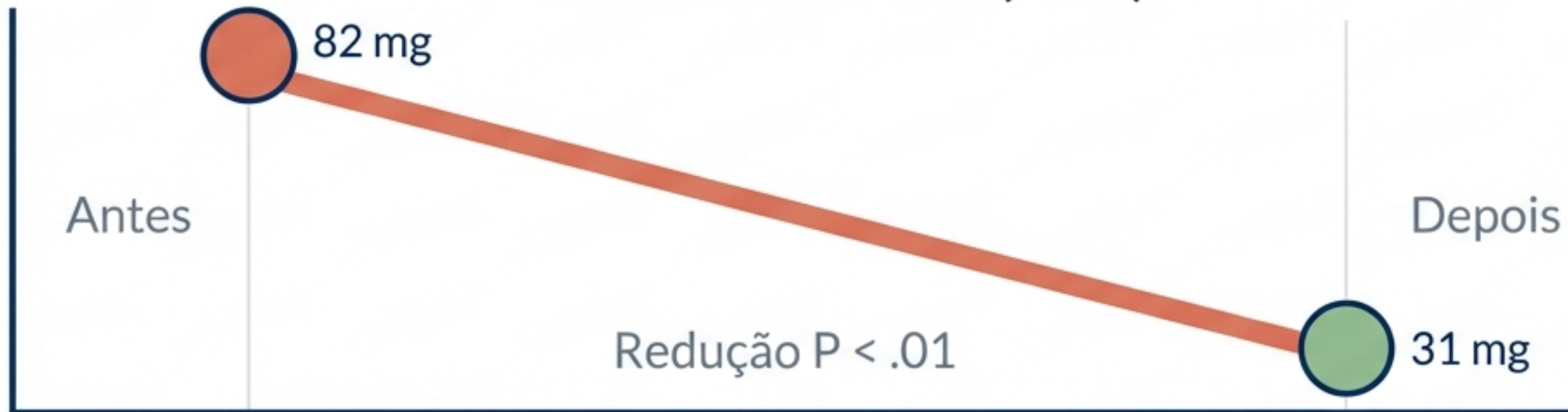


Resultados Adicionais: Deambulação mais precoce (23.1h vs 31.2h) e redução de complicações (11.7% vs 46.7%).

Caso de Sucesso: O Impacto do Protocolo MOJO

Implementação no US Department of Veterans Affairs (Portland).

Dose Diária Média (MED)



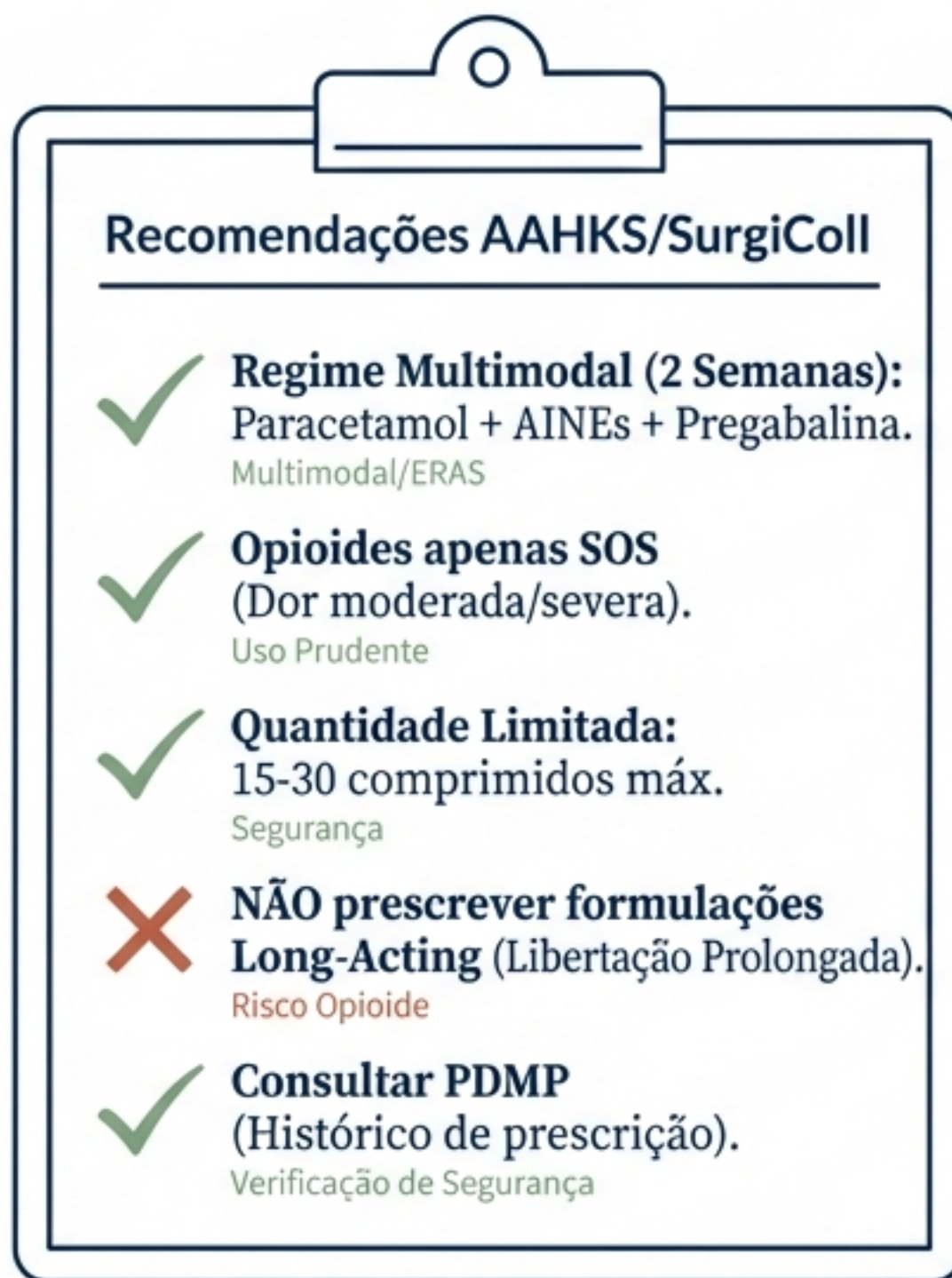
Tempo de Internamento (LOS)



Segurança Confirmada:
Sem aumento de visitas às urgências ou readmissões por dor.

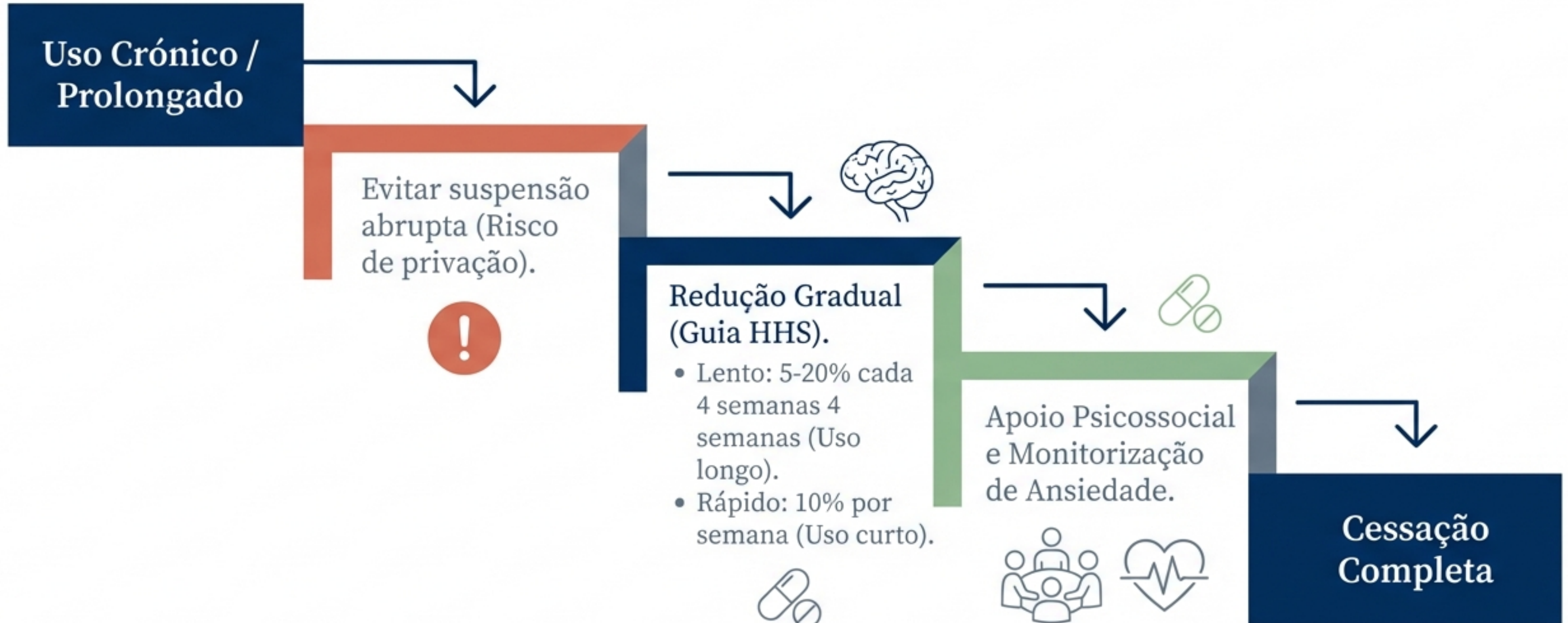
Diretrizes de Prescrição na Alta Clínica (Discharge)

Recomendações AAHKS/SurgiColl



Estratégias de 'Tapering' (Desmame) de Opioides

Para doentes com uso prolongado (>2 semanas).



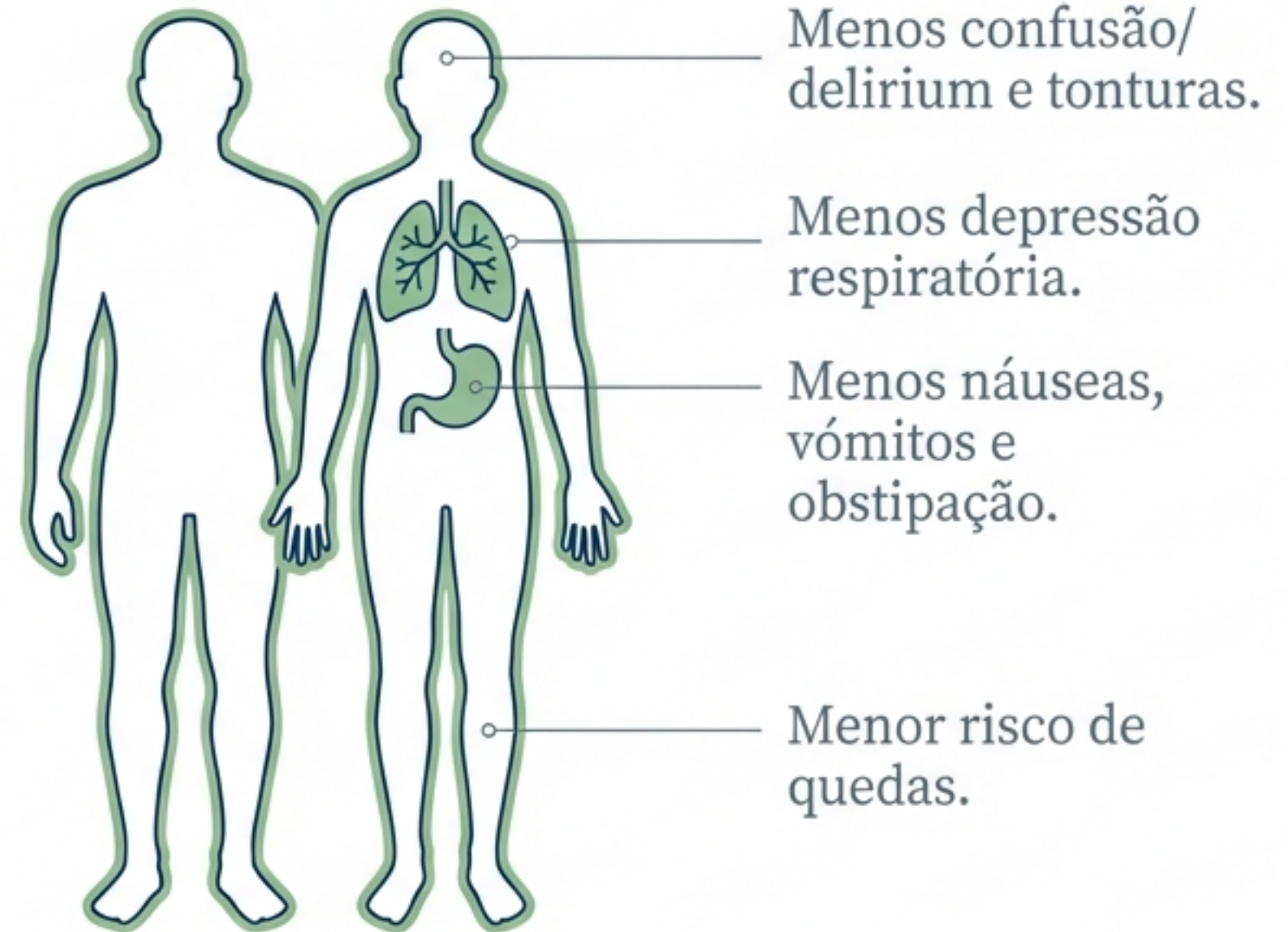
Gestão de Complicações e Fatores de Risco



Fatores de Risco para Abuso

- Uso pré-operatório de opioides
- Histórico de depressão/ansiedade
- Catastrofização da dor
- Dor crónica noutros locais.

Benefícios da Redução de Opioides (Fang et al.)



Protocolos Específicos de Medicação (Referência Rápida)

Pós-Operatório Imediato (ATJ / ATA)	
Paracetamol	1g PO a cada 6h
AINE (Celecoxib ou Meloxicam)	200mg 12/12h OU 15mg 1x/dia
Neuromodulador (Pregabalina)	75mg PO 12/12h
Opioide SOS (Tramadol/Oxicodona)	50mg (Dor Moderada) ou 5-10mg (Dor Severa)

Injeção Periarticular (LIA): Ropivacaína 0.5% + Dexametasona + Cetorolac.

Considerações Especiais em Populações Vulneráveis

Idosos (>65 anos) e Risco Renal



- Gabapentinoides: Reduzir dose (risco sedação/queda).
- AINEs: Evitar se insuficiência renal. Usar proteção gástrica (IBP).
- Cetorolac: Reduzir dose (ex: 15mg).

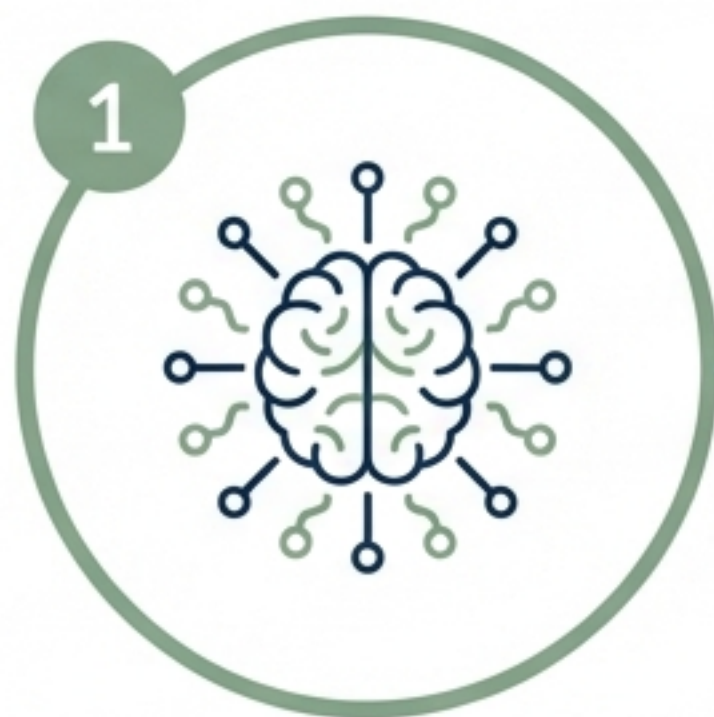
Doentes com Dor Crônica / Tolerância



- Manter dose basal de opioides (evitar abstinência).
- Analgesia cirúrgica deve ser **ADICIONAL** à basal.
- Maximizar bloqueios regionais e adjuvantes não-opioides.

Conclusões e Melhores Práticas

Gold Standard



A analgesia multimodal é a abordagem superior.

Eficiência ERAS



Menor tempo de internamento e menos complicações.

Stewardship



Prescrever a menor dose eficaz, menor duração.

Visão Holística



Sucesso depende da técnica cirúrgica, educação e fármacos.

Referências Bibliográficas

- Fang Y, et al. Comparison of ERAS-based multimodal pain nursing versus conventional analgesic care... *Medicine (Baltimore)*. 2026.
- D'Amore T, et al. Evidence-Based Orthopaedic Post-Operative Opioid Prescribing Recommendations... *SurgiColl*. 2023.
- Woelber E, et al. Minimizing Opioids After Joint Operation (MOJO Protocol). *Federal Practitioner*. 2021.
- Golladay GJ, et al. Oral Multimodal Analgesia for Total Joint Arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*. 2017.
- HHS Guide for Clinicians on the Appropriate Dosage Reduction or Discontinuation of Long-Term Opioid Analgesics. 2019.
- Korean Hip Society Guidelines. *Hip Pelvis*. 2016.