

Ministério da Saúde

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

# Padronização no cuidado do paciente com tumor colorretal

ROTINAS INTERNAS DO INCA



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

**PADRONIZAÇÃO NO CUIDADO DO  
PACIENTE COM TUMOR COLORRETAL**

Rotinas Internas do INCA

Rio de Janeiro, RJ  
INCA  
2019

2019 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilha igual 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 250 exemplares

### **Elaboração, distribuição e informações**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ  
ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)  
Hospital do Câncer I  
Serviço de Cirurgia Abdominopélvica  
Praça Cruz Vermelha, 23  
Centro – Rio de Janeiro – RJ – CEP 20231-130  
Tel.: (21) 3207-1661  
E-mail: [abdomehc@inca.gov.br](mailto:abdomehc@inca.gov.br)  
[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)

### **Organizadores**

Dr. Marcus Valadão, Dr. Eduardo Linhares

### **Equipe de elaboração**

Apêndice 1

### **Colaboradores**

Apêndice 2

### **Impresso no Brasil / Printed in Brazil**

Fox Print

### **Edição**

COORDENAÇÃO DE ENSINO  
Serviço de Educação e Informação  
Técnico-Científica  
Área de Edição e Produção de Materiais  
Técnico-Científicos  
Rua Marquês de Pombal, 125  
Centro – Rio de Janeiro – RJ – CEP 20230-240  
Tel.: (21) 3207-5500

### **Edição e produção editorial**

Christine Dieguez

### **Copidesque**

Rita Rangel de S. Machado

### **Revisão**

Maria Helena Rossi Oliveira

### **Capa e projeto gráfico**

Ana Soares (Cardume Design)

### **Diagramação**

Cecília Pachá

### **Normalização bibliográfica e ficha catalográfica**

Juliana Moreira (CRB 7/7019)

159p Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.  
Padronização no cuidado do paciente com tumor colorretal / Instituto Nacional de  
Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2019.

52 p. : il. – (Rotinas internas do INCA)

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7318-390-0 (versão impressa)

ISBN 978-85-7318-391-7 (versão eletrônica)

1. Neoplasias colorretais. 2. Cirurgia colorretal. 3. Condutas terapêuticas. 4. Institutos de câncer. I. Título. II. Série.

CDD 616.35

Catálogo na fonte – Serviço de Educação e Informação Técnico-Científica

### **Títulos para indexação**

Em inglês: Standardization in the care of patients with colorectal tumor – INCA's Internal Routines

Em espanhol: Estandarización en la atención de pacientes con tumor colorrectal – Rutinas internas del INCA

## **APRESENTAÇÃO**

Este documento é uma iniciativa do Grupo de Cirurgia Colorretal, do Serviço de Cirurgia Abdominopélvica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), que reúne os cirurgiões oncológicos do Instituto que se dedicam exclusivamente às neoplasias do trato gastrointestinal baixo: intestino delgado, cólon, reto e canal anal. O estudo foi traçado com vistas ao manejo do paciente, estabelecendo pontos cruciais para realização de cirurgias no INCA e cuidados na fase mais aguda do tratamento da doença, padronizando as condutas perioperatórias.





## SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS .....	9
LISTA DE SIGLAS .....	11
INTRODUÇÃO .....	13
1 – OBJETIVOS .....	15
PADRONIZAR AS CONDUTAS .....	15
GUIA DE CONDUTAS .....	15
OTIMIZAR O MANEJO DO PACIENTE .....	15
2 – MODELO ORGANIZACIONAL.....	17
3 – CIRURGIAS REALIZADAS PELO GRUPO DE CIRURGIA COLORRETAL ...	19
4 – MOMENTO PRÉ-CIRÚRGICO.....	21
CHECKLIST PRÉ-OPERATÓRIO .....	21
ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS.....	21
HIDRATAÇÃO VENOSA .....	23
ANTIBIÓTICOS .....	23
ANALGESIA.....	23
EXERCÍCIO FÍSICO.....	23
MEDICAÇÕES DO TGI.....	24
MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO.....	25
ANTICOAGULAÇÃO .....	25
MEDIDAS LOCAIS.....	26
PREPARO DA PELE .....	27
EXAMES LABORATORIAIS .....	27

EXAMES DE IMAGEM.....	27
5 – CIRURGIA E PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO .....	29
POSIÇÃO DA EQUIPE CIRÚRGICA NO ATO OPERATÓRIO.....	29
INDICAÇÃO DE COLOSTOMIAS .....	31
INDICAÇÃO DE COLOCAÇÃO DE DRENOS ABDOMINAIS.....	32
HIDRATAÇÃO VENOSA .....	33
DIETA .....	33
ANTIBIÓTICO .....	34
ANALGESIA.....	34
MEDICAÇÃO DO TGI .....	35
MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO .....	36
ANTICOAGULAÇÃO.....	36
MEDIDAS LOCAIS.....	36
EXAMES LABORATORIAIS .....	36
PARECER MULTIPROFISSIONAL.....	37
6 – MOMENTO PÓS-OPERATÓRIO.....	39
HIDRATAÇÃO VENOSA .....	39
DIETA .....	39
ANTIBIÓTICO .....	40
ANALGESIA.....	40
MEDICAÇÃO DO TGI.....	40
MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO.....	41
ANTICOAGULAÇÃO .....	41
MEDIDAS LOCAIS.....	41

SONDAS E DRENOS.....	42
EXAMES LABORATORIAIS .....	43
EXAMES DE IMAGEM .....	43
PARECER MULTIPROFISSIONAL .....	44
7 – ALTA HOSPITALAR.....	45
<i>CHECKLIST</i> DE ALTA HOSPITALAR.....	45
RECOMENDAÇÕES DE ALTA .....	45
REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICES .....	49
1 - EQUIPE DE ELABORAÇÃO .....	49
2 - COLABORADORES .....	50



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Recomendações de dieta pré-operatória.....	22
Quadro 2 – Medicções relacionadas às cirurgias do TGI .....	24
Quadro 3 – Recomendações quanto ao uso de clister glicerinado .....	26
Quadro 4 – Posicionamento para cirurgias convencionais .....	29
Quadro 5 – Posicionamento em cirurgias laparoscópicas .....	30
Quadro 6 – Cirurgias com uso de posição pronada.....	31
Quadro 7 – Drenos abdominais.....	32
Quadro 8 – Tempo de retirada dos drenos abdominais.....	43



## LISTA DE SIGLAS

CNE – Cateter nasoenteral

CNG – Cateter nasogástrico

CTI – Centro de tratamento intensivo

CVD – Cateter vesical de demora

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

RAP – Ressecção abdominoperineal do reto

RAR – Ressecção anterior de reto

RNM – Ressonância nuclear magnética

TC – Tomografia computadorizada

TGI – Trato gastrointestinal

VMI – Via minimamente invasiva





## INTRODUÇÃO

O câncer de cólon e reto tem relevância mundial, sendo o terceiro tipo de câncer mais diagnosticado e a quarta principal causa de morte, tendo sido estimados, para o Brasil, 17.380 casos a cada ano do biênio 2018-2019<sup>1</sup>. Junto disso, o fato de ser uma patologia de tratamento eminentemente cirúrgico faz desse câncer objeto de trabalho e estudo contínuos do grupo de cirurgiões colorretais do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

Somam-se a isso o grande volume de cirurgias realizadas no Serviço de Cirurgia Abdominopélvica, a sabida complexidade dos casos e a contínua presença de cirurgiões oncológicos em formação no Instituto. Faz-se necessário o registro de orientações para unificação de rotinas, visando ao melhor atendimento dos pacientes.

Por meio de busca por referências consolidadas na prática cirúrgica moderna, a discussão de casos entre os membros do grupo de cirurgiões colorretais do INCA, e levando em conta o perfil dos pacientes atendidos, buscou-se a formatação de um texto orientador.



# **1 – OBJETIVOS**

## **PADRONIZAR AS CONDUTAS**

Apesar de ser composta por uma equipe de cirurgiões integralmente formada no próprio INCA, existem algumas pequenas diferenças nas minúcias das condutas que este documento visa a esclarecer e unificar.

## **GUIA DE CONDUTAS**

O uso deste documento pelos residentes e demais profissionais do hospital é o grande objetivo deste estudo, servindo de linha de orientação para rotina médica diária no Instituto e também para o aprendizado do manejo do paciente oncológico cirúrgico, principalmente nas patologias colorretais.

## **OTIMIZAR O MANEJO DO PACIENTE**

Agregar, de forma definitiva e oficial, às rotinas diárias da instituição, práticas modernas do manejo cirúrgico, baseadas nos protocolos de aceleração da recuperação pós-operatória, utilizando, em associação, o notável saber dessa instituição sobre o paciente oncológico e suas nuances.



## 2 – MODELO ORGANIZACIONAL

Esta rotina está dividida segundo os tipos de cirurgia realizados no Serviço de Cirurgia Colorretal para tumores de jejuno, cólon, reto e canal anal.

### **Momentos:**

- Pré-operatório.
- Intraoperatório.
- Pós-operatório.

### **Quesitos a serem discutidos:**

- Dieta.
- Hidratação venosa.
- Antibioticoterapia.
- Analgesia.
- Medicações de atuação do trato gastrointestinal (TGI).
- Medicações de uso contínuo.
- Anticoagulação.
- Medidas locais.
- Sondas e drenos.
- Orientações mecânicas.
- Exames laboratoriais.
- Exames de imagem.
- Parecer multiprofissional.

### **Checklist:**

- Internação hospitalar.
- Alta hospitalar.



### 3 – CIRURGIAS REALIZADAS PELO GRUPO DE CIRURGIA COLORRETAL

Foram listados abaixo os procedimentos mais comumente realizados na rotina do grupo de cirurgias colorretais.

A via minimamente invasiva (VMI), bastante utilizada e cada vez mais difundida no Serviço de Cirurgia Abdominopélvica do INCA, traduz-se pelo uso da laparoscopia e da cirurgia robótica, pelo sistema cirúrgico *Da Vinci Si*.

Os principais procedimentos são:

- Enterectomia segmentar convencional.
- Enterectomia segmentar VMI.
- Colectomia direita e direita alargada convencional.
- Colectomia direita e direita alargada VMI.
- Transversectomia convencional.
- Transversectomia VMI.
- Colectomia esquerda e esquerda alargada convencional.
- Colectomia esquerda e esquerda alargada VMI.
- Colectomia total convencional.
- Colectomia total VMI.
- Proctocolectomia total convencional.
- Proctocolectomia total VMI.
- Sigmoidectomia convencional.
- Sigmoidectomia VMI.
- Ressecção anterior de reto (RAR) convencional.
- RAR VMI.
- RAR com anastomose interesfincteriana e coloanal convencional.
- RAR com anastomose interesfincteriana e coloanal VMI.
- Ressecção abdominoperineal do reto (RAP)
- RAP VMI.





## 4 – MOMENTO PRÉ-CIRÚRGICO

### CHECKLIST PRÉ-OPERATÓRIO

Estadiamento completo:

- Tomografia computadorizada (TC) de tórax, abdômen superior e pelve, para tumores de intestino delgado, cólon e reto superior.
- Exames acima mais ressonância nuclear magnética (RNM) de pelve, para tumores de reto médio e inferior.
- Marcadores tumorais CEA e CA 19-9.
- Colonoscopia com estudo completo do cólon.
- Revisão de lâminas pelo Serviço de Patologia do INCA, confirmando o diagnóstico prévio.
- Deliberação da reunião do Grupo de Cirurgia Colorretal.
- Avaliação de eventual exame realizado fora do Instituto.
- Confirmação do risco cirúrgico.
- Confirmação de suspensão de medicamentos previstos.
- Avaliação nutricional.

### ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

#### Dieta

Pacientes desnutridos submetidos à cirurgia do câncer apresentam maior incidência de complicações, assim como aumento de mortalidade, do tempo de internação e dos custos hospitalares. [...] A morbidade, a mortalidade e o tempo de internação devem ser os principais parâmetros a serem considerados para avaliar a eficácia dos objetivos da terapia nutricional no perioperatório<sup>2</sup>.

**Quadro 1 – Recomendações de dieta pré-operatória**

CIRURGIAS	DIETA
Enterectomia	Sem recomendações específicas
Colectomia direita	Sem recomendações específicas
Transversectomia	Dieta oral sem resíduos por 2 dias
Colectomia esquerda	Dieta oral sem resíduos por 2 dias
Sigmoidectomia	Dieta oral sem resíduos por 2 dias
RAR	Dieta oral sem resíduos por 2 dias
RAP	Sem recomendações específicas

Fonte: Elaboração INCA.

## Dieta imunomoduladora

[...] em desnutridos graves ou moderados, a terapia nutricional pré-operatória por sete a 14 dias com dietas enriquecidas com imunonutrientes está associada à redução de infecções pós-operatórias e do tempo de internação<sup>3</sup>.

A dieta imunomoduladora está indicada para todos os pacientes que serão submetidos às cirurgias descritas nesta rotina, devendo ser realizada de cinco a sete dias antes do procedimento cirúrgico. Encaminhar para nutrição prescrever o suplemento imunomodulador.

## Dieta no pré-operatório imediato

A ingesta de um composto de maltodextrose por via oral três horas antes do início da cirurgia é mandatória para todos os procedimentos listados nesta rotina.

## HIDRATAÇÃO VENOSA

Não há indicação de realização de hidratação venosa nos dias de pré-operatório para nenhuma das cirurgias propostas nesta rotina.

## ANTIBIÓTICOS

[...] a antibioticoprofilaxia, cobrindo bactérias aeróbicas e anaeróbicas, reduz o risco de infecções da ferida operatória em até 75%, quando administrada no pré-operatório de cirurgias eletivas pelas vias oral ou endovenosa ou combinando ambas<sup>4</sup>.

O uso de antibioticoprofilaxia é mandatório. A administração intravenosa de antibióticos deve ser realizada de 30 a 60 minutos antes da incisão da pele, e a repetição das doses de acordo com a meia-vida de cada medicação é benéfica. A medicação deve cobrir bactérias aeróbicas e anaeróbicas, porém sua prescrição geralmente fica a cargo do anestesista, em sala de cirurgia, sob orientação do cirurgião responsável<sup>5</sup>.

## ANALGESIA

A analgesia habitual deve ser continuada, devendo-se evitar alterações com intuito de preservar a tranquilidade e a rotina dos pacientes, gerando a menor alteração possível no período pré-operatório.

## EXERCÍCIO FÍSICO

O bom condicionamento físico pré-operatório está relacionado à redução das complicações pós-operatórias e a uma melhor recuperação clínica. Encaminhar o paciente para o setor de fisioterapia para orientação de exercícios físicos pré-operatórios (pré-habilitação).

## MEDICAÇÕES DO TGI

**Quadro 2 – Medicamentos relacionadas às cirurgias do TGI**

CIRURGIAS	MEDICAMENTOS			
	Óleo mineral/ lactulose	Bisacodil	Escopolamina	Simeticona
Enterectomia	Não reco- mendado	Não reco- mendado	Não recomen- dado	Não reco- mendado
Colectomia direita				
Colectomia direita alargada				
Transversec- tomia	48 h	48 h	48 h	48 h
Colectomia esquerda				
Colectomia esquerda alargada				
Sigmoidectomia				
RAR				
RAP	Não reco- mendado	Não reco- mendado	Não recomen- dado	Não reco- mendado
VMI	Seguindo cada cirurgia	Seguindo cada cirurgia	48 h	48 h

Fonte: Elaboração INCA.

Observação: essas orientações são baseadas na opinião dos especialistas do Serviço.

## MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO

- Ansiolíticos: o uso de ansiolíticos de meia-vida longa deve ser desencorajado, pois pode prejudicar o início da deambulação e da dieta oral.
- Diuréticos: devem ter o uso descontinuado 24 horas antes da cirurgia.
- Hipoglicemiantes orais: devem ser substituídos por insulina regular na véspera do ato cirúrgico. Aqueles em uso de insulina NPH devem receber apenas um terço da dose pela manhã no dia da cirurgia.
- Ácido acetilsalicílico: manter uso de rotina até véspera da cirurgia.
- Clopidogrel: suspender o uso cinco dias antes do procedimento e substituir por enoxaparina subcutânea em dose profilática.
- Anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, medicações para distúrbios da tireoide e demais medicações de uso contínuo: devem ser mantidos até o momento da cirurgia.

## ANTICOAGULAÇÃO

Só deve ser realizada em casos específicos, como paciente em uso de prótese valvar ou em vigência de trombose, com recomendações especificadas no risco cirúrgico.

## MEDIDAS LOCAIS

**Quadro 3 – Recomendações quanto ao uso de clister glicerinado**

CIRURGIAS	CLISTER GLICERINADO VIA RETO	CLISTER GLICERINADO VIA COLOSTOMIA
Enterectomia	Não recomendado	Não recomendado
Colectomia direita		
Colectomia direita alargada		
Transversectomia		
Colectomia esquerda	Realizar 500 ml às 18 h e 500 ml às 21 h na véspera da cirurgia	500 ml via alça distal da colostomia às 21 h na véspera da cirurgia
Colectomia esquerda alargada		
Sigmoidectomia		
RAR		
RAP	Realizar 500 ml às 18 h e 500 ml às 21 h na véspera da cirurgia	Não recomendado
VMI	Seguindo cada cirurgia	Seguindo cada cirurgia

Fonte: Elaboração INCA.

## PREPARO DA PELE

O uso de clorexidine degermante, seguido de clorexidine alcoólico deve ser priorizado, pois se mostrou superior ao uso de povidine em relação às infecções de sítio cirúrgico.

A tricotomia deve ser realizada no centro cirúrgico imediatamente antes do preparo da pele para cirurgia.

O paciente deve usar clorexidina degermante a 2 % nos banhos três horas antes do início da cirurgia.

## EXAMES LABORATORIAIS

Hemograma, função renal e coagulograma devem ter sido realizados há, no máximo, um mês antes da data da cirurgia.

Marcador tumoral deve ter sido realizado até cerca de 30 dias após a neoadjuvância ou, em casos em que não for realizada neoadjuvância, o marcador tumoral deve ser de, no mínimo, 30 dias antes da cirurgia.

## EXAMES DE IMAGEM

Todos os pacientes devem possuir TC de tórax e abdômen superior realizadas antes ou após eventual neoadjuvância.

Em casos de tumores de reto médio e inferior, deve haver também RNM pós-neoadjuvância.

Todos os pacientes devem possuir colonoscopia pré-operatória, porém é necessário se certificar de que haja também estudo completo de todo o cólon. Caso não haja, o paciente deve realizar uma nova colonoscopia após dois meses da cirurgia, no ambulatório.





## 5 – CIRURGIA E PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

### POSIÇÃO DA EQUIPE CIRÚRGICA NO ATO OPERATÓRIO

Quadro 4 – Posicionamento para cirurgias convencionais

CIRURGIAS	POSICIONAMENTO DA EQUIPE	POSIÇÃO DO PACIENTE
Colectomia direita	Cirurgião à direita do paciente, 1.º auxiliar à esquerda do paciente e 2.º auxiliar à direita do cirurgião	Paciente em decúbito dorsal MSD fechado, MSE aberto
Colectomia direita alargada		
Transversectomia		
Colectomia esquerda	Cirurgião à direita do paciente, 1.º auxiliar à esquerda do paciente e 2.º auxiliar à direita do cirurgião	Paciente em decúbito dorsal. MSD aberto, MSE fechado
Colectomia esquerda alargada		
Sigmoidectomia	Cirurgião à esquerda do paciente, 1.º auxiliar: à direita do paciente, 2.º auxiliar: à direita do cirurgião ou entre as pernas	Paciente em decúbito dorsal
RAR		MSD aberto e MSE fechado
RAP		Membros inferiores abertos, em perneiras pneumáticas

Fonte: Elaboração INCA.

**Quadro 5 – Posicionamento em cirurgias laparoscópicas**

CIRURGIAS	POSICIONAMENTO DA EQUIPE E DO SET DE VÍDEO	POSIÇÃO DO PACIENTE
Colectomia direita	Cirurgião à esquerda do paciente, câmera à direita do cirurgião ou entre as pernas e 1.º auxiliar à direita ou entre as pernas do paciente, aparelho de vídeo à direita do paciente	Paciente em decúbito dorsal, membros superiores fechados e membros inferiores abertos, na própria mesa ou com perneiras pneumáticas
Colectomia direita alargada		
Transversectomia	Cirurgião entre as pernas do paciente, câmera à direita, 1.º auxiliar à esquerda, aparelho de vídeo à direita na altura dos ombros do paciente	Paciente em decúbito dorsal, membros superiores fechados e membros inferiores abertos, na própria mesa ou com perneiras pneumáticas
Colectomia esquerda	Cirurgião à direita do paciente, câmera entre a esquerda e direita do cirurgião (a depender do tempo cirúrgico), 1.º auxiliar entre as pernas do paciente e aparelho de vídeo à esquerda do paciente	Paciente em decúbito dorsal, membros superiores fechados e membros inferiores abertos, em perneiras pneumáticas
Colectomia esquerda alargada		
Sigmoidectomia		
RAR		
RAP		

Fonte: Elaboração INCA.

**Quadro 6 – Cirurgias com uso de posição pronada**

CIRURGIAS	POSICIONAMENTO DA EQUIPE E DO SET DE VÍDEO	POSIÇÃO DO PACIENTE
RAP pronado	Cirurgião à direita do paciente, câmera à esquerda do cirurgião, 1.º auxiliar à esquerda do paciente e aparelho de vídeo à direita do auxiliar	Paciente em decúbito dorsal, membros superiores fechados e membros inferiores fechados na mesa de cirurgia
Tempo pronado	Cirurgião entre as pernas e auxiliares ao lado do cirurgião	Paciente em decúbito ventral, membros superiores ao redor da cabeça, membros inferiores abertos e coxins colocados na altura da crista ilíaca e da cintura escapular

Fonte: Elaboração INCA.

## INDICAÇÃO DE COLOSTOMIAS

Deve-se realizar sempre estomias de proteção:

- RAR após radioterapia.
- RAR com anastomose interesfincteriana.
- Proctocolectomia total com anastomose ileal em bolsa.

Casos de indicação relativa de colostomia:

- Anastomose colorretal em idosos ou pacientes com alto risco cirúrgico.
- Anastomose colorretal na altura do reto inferior sem neoadjuvância.
- Sigmoidectomia em pacientes idosos ou com alto risco cirúrgico.

## INDICAÇÃO DE COLOCAÇÃO DE DRENOS ABDOMINAIS

**Quadro 7 – Drenos abdominais**

Colectomia direita	Sem indicação
Colectomia direita alargada	
Colectomia esquerda	
Sigmoidectomia	Somente nos casos em que a anastomose envolva o reto extraperitoneal
RAR	Indicado
RAP	Indicado dreno perineal

Fonte: Elaboração INCA.

O dreno preconizado é o de Blake, 19 Fr., exceto em situação de drenagem perineal do RAP, em que o dreno de hemovac deve ser utilizado.

Há indicação relativa ao uso de drenos abdominais em qualquer situação nos casos de paciente com risco elevado, condição clínica limítrofe ou intercorrências intraoperatórias.

O uso do dreno deve ser individualizado em cada situação, cabendo ao cirurgião, no momento intraoperatório, decidir.

## HIDRATAÇÃO VENOSA

É fundamental que, antes de realizar o manejo da hidratação venosa, a estabilidade hemodinâmica do paciente esteja garantida.

Todos os casos devem ser individualizados, levando-se em conta a cirurgia realizada, as condições clínicas do paciente e a estrutura disponível caso a caso.

Idealmente, a hidratação venosa deve ser retirada assim que possível, contudo é preciso certificar-se de que, em cirurgias de grande porte, como as descritas nesta rotina, a via oral já esteja estabelecida.

Nos pacientes que receberão terapia volêmica, o líquido fornecido intravenoso deve ser pobre em sódio e o menor possível, para reestabelecer a normalidade.

O uso de Ringer-lactato puro deve ser preconizado no lugar do tradicional soro fisiológico 0,9 %, em razão da concentração de sódio e de cloreto.

A reposição de volume intravenoso deve estar em torno de 20 mililitros por quilo em 24 horas, salvo situações de exceção.

Monitoração diária dos íons e tentativa de reestabelecer a via oral são medidas fundamentais no seguimento desses pacientes.

## DIETA

Os casos devem ser individualizados, levando-se em conta: idade do paciente, gastroparesia em razão de diabetes, tempo de cirurgia, uso de drogas vasoativas no perioperatório, hipotermia intraoperatória, mobilização de alças intestinais e tipo de cirurgia realizada.

A dieta é preferencialmente por via oral, contudo, em casos de existência do cateter nasoenteral (CNE) colocado na cirurgia, deve-se iniciar a dieta via CNE. A dieta oferecida, seja por via oral ou por CNE,

deve ser iniciada em baixo volume, evoluindo gradualmente, conforme aceitação pelo paciente.

Em todas as cirurgias descritas, é preconizado o início da dieta no primeiro dia de pós-operatório, associado às recomendações de se alimentar sentado e aguardar por 15 ou 20 minutos antes de se deitar, deambular com auxílio, mesmo com uso de sonda, drenos e acessos venosos e mascar chiclete continuamente.

Deve ser oferecido picolé no primeiro dia de pós-operatório em razão da melhor aceitação e da redução da náusea.

Mascar chiclete quatro vezes ao dia reduz a incidência de gastroparesia e acelera a aceitação da dieta oral. Deve ser oferecido chiclete no primeiro dia de pós-operatório e mantido até que a dieta evolua para branda.

Em cirurgias de colectomia direita, colectomia direita alargada, transversectomia, colectomia esquerda, colectomia esquerda alargada VMI, em pacientes selecionados, pode-se iniciar a dieta oito horas após o procedimento, no mesmo dia.

## **ANTIBIÓTICO**

Os antibióticos utilizados na cirurgia com intenção profilática devem ser suspensos imediatamente após o procedimento ou continuados por até 24 horas.

## **ANALGESIA**

Deve-se ter conhecimento da anestesia realizada no momento da cirurgia. O uso de estratégias, como a manutenção para analgesia do cateter peridural e TAP block, geralmente suprem a analgesia necessária nas primeiras 24 horas, contudo é mandatória a prescrição de analgesia

venosa pelo médico responsável nas primeiras 24 horas, nem que seja somente conforme a demanda do paciente.

A droga de primeira escolha é a dipirona, devendo estar em dose máxima, 2 gramas intravenoso, de quatro em quatro horas, antes de se pensar em associar qualquer outra droga.

Caso seja necessário, deve-se associar um opioide fraco (por exemplo, tramadol) preferencialmente em dose de 50 miligramas intravenoso, de seis em seis horas ou, caso necessário, 100 miligramas intravenoso.

Caso ainda seja necessário, deve-se optar pelo uso da morfina intravenoso de quatro em quatro horas, com resgates de horário. Deve-se atentar, nesses casos, para possível mal funcionamento do cateter peridural.

Os anti-inflamatórios não esteroidais (cetoprofeno, tenoxicam e cetorolaco) podem ser utilizados por até três dias no pós-operatório, exceto em idosos e em pacientes com função renal limítrofe.

## MEDICAÇÃO DO TGI

Alguns fatores são diretamente relacionados à presença de náuseas e vômitos, como o aumento do tempo de jejum pré-operatório, o uso de anestésicos voláteis, o uso de opioides e a hiper-hidratação.

Pacientes que possuam risco de moderado a alto de náusea e vômito devem receber a medicação de maneira profilática. A escala de Apfel<sup>6</sup> dá um ponto para cada quesito:

- não fumante;
- mulher;
- antecedente de náusea e vômito;
- uso de opioide.

Pontuação maior que 1 já apresenta risco moderado.

A bromoprida é a medicação de escolha.



## MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO

- Anti-hipertensivos não diuréticos e ansiolíticos: podem ser reiniciados no pós-operatório imediato, conforme demanda individualizada.
- Demais medicações: devem ser realizadas a partir do primeiro dia de pós-operatório.

## ANTICOAGULAÇÃO

- Dose profilática: não deve ser realizada antes da cirurgia ou no pós-operatório imediato.
- Dose terapêutica: deve ser iniciada 12 horas após o término da cirurgia, seguindo a dose plena individualizada para cada caso.

## MEDIDAS LOCAIS

### Cateter nasogástrico (CNG)

Não há indicação de manutenção de CNG em sintonagem após a realização das cirurgias contidas nesta rotina.

### Cateter vesical de demora (CVD)

Geralmente é mantido nas primeiras 24 horas, para aferição do débito urinário, porém, em casos selecionados (pacientes jovens, cirurgias VMI e rápidas), podem ser retirados imediatamente após o término do procedimento.

## EXAMES LABORATORIAIS

Em cirurgias de maior porte ou com duração elevada, é válida a realização de gasometria nas primeiras seis horas de pós-operatório. Para o acompanhamento pós-operatório, devem ser realizados exames diariamente (hemograma, bioquímica e proteína C reativa).

## PARECER MULTIPROFISSIONAL

É necessária a comunicação clara com a equipe de enfermagem da enfermaria ou do centro de tratamento intensivo (CTI) sobre as condições do paciente e, caso haja necessidade, devem ser dadas orientações específicas sobre o caso no pós-operatório imediato.

Em caso de transferência para o CTI ou para a unidade de pronto-atendimento, é necessário passar o caso ao intensivista, bem como explicar a cirurgia realizada, as possíveis intercorrências ocorridas e os motivos que levaram o paciente àquela unidade.



## 6 – MOMENTO PÓS-OPERATÓRIO

### HIDRATAÇÃO VENOSA

A hidratação venosa deve ser substituída pela hidratação via oral assim que possível.

O uso de cristaloides é priorizado quando a reposição venosa se faz necessária, devendo-se dar preferência para o uso de Ringer-lactato. A hidratação venosa no pós-operatório deve ser de 20 mililitros de cristalóide por quilo de peso do paciente. Por exemplo: um paciente de 70 quilos deve receber 1.400 mililitros em 24 horas de hidratação venosa.

Em casos de manutenção da dieta oral zero além do pós-operatório imediato, em que se faz necessário o uso de glicose intravenosa, deve-se diluir ampolas de glicose hipertônica 50 % (quatro ampolas de 10 mililitros por frasco de 500 mililitros) no Ringer associado a uma ampola de cloreto de potássio 10 % (10 mililitros).

Casos especiais, como em pacientes com insuficiência cardíaca, desidratados, dialíticos entre outros, a conduta deve ser individualizada.

### DIETA

O início da dieta por via oral ocorre, via de regra, no primeiro dia de pós-operatório, contudo é necessário individualizar caso a caso, compreendendo as características de cada paciente e as particularidades de cada cirurgia. O uso de picolé no primeiro dia de pós-operatório deve ser estimulado por reduzir náusea e proporcionar mais saciedade.

O início deve ser com dieta líquida, e a evolução gradual, realizada ao longo dos dias.

Em casos de pacientes com CNE, deve-se iniciar a dieta via CNE e, somente após alguns dias, iniciar a via oral, e o aporte calórico do paciente

deve ser transferido lentamente da via enteral para a via oral ao longo dos dias seguintes.

Deve-se orientar o uso de goma de mascar desde o pós-operatório imediato, quatro vezes por dia, com vistas a ajudar a retomada do trânsito intestinal e evitar gastroparesia.

## **ANTIBIÓTICO**

Os antibióticos utilizados como profilaxia nas cirurgias eletivas não devem ultrapassar 24 horas de pós-operatório, podendo inclusive ser suspensos no pós-operatório imediato.

Nos casos em que o cirurgião opte por esquema de tratamento, o regime de antibiótico deve ser mantido por, no mínimo, sete dias.

## **ANALGESIA**

A dipirona venosa deve ser a primeira opção, com o uso de opioide fraco sob demanda (tramadol intravenoso ou subcutâneo 50 ou 100 miligramas de seis em seis horas).

Quando o paciente apresentar boa aceitação de dieta oral, a dipirona pode ser transferida para essa via, desde que se mantenha a dose.

O uso continuado de anti-inflamatórios não esteroidais no paciente em pós-operatório deve ser feito com cautela.

Em casos de alergia à dipirona, pode-se utilizar o paracetamol, desde que o paciente aceite a medicação via oral (gotas ou comprimidos) ou utilizar o tramadol exclusivamente.

## **MEDICAÇÃO DO TGI**

A bromoprida pode ter seu uso continuado no pós-operatório, visando a evitar náuseas e vômitos e a facilitar a aceitação da dieta oral.

A ondasetrona tem seu uso contraindicado a princípio, pelo risco (registrado em bula) de causar aumento do tempo de trânsito intestinal, podendo inclusive causar constipação intestinal.

## **MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO**

Via de regra, as medicações de uso contínuo devem ser reiniciadas no dia seguinte à cirurgia.

Esquemas de anti-hipertensivos e drogas para controle glicêmico devem ser reintroduzidos gradualmente.

## **ANTICOAGULAÇÃO**

Deve ser iniciada no dia seguinte à cirurgia, com enoxaparina 40 miligramas, via subcutânea de 24 em 24 horas, e mantida por até três semanas de pós-operatório.

Deve-se atentar para eventual retirada de cateter peridural. Caso ocorra, a dose deve ser administrada duas horas antes ou oito horas depois da retirada.

## **MEDIDAS LOCAIS**

### **Deambulação**

A deambulação deve ser estimulada, com auxílio, a partir do primeiro dia de pós-operatório, por trechos curtos e com passos vagarosos, cabendo a cada paciente aumentar a distância e a velocidade, conforme for retomando a confiança.

Os pacientes submetidos à RAP ou RAR com anastomose interesfincteriana geralmente têm maior dificuldade para deambular, devendo permanecer no leito por mais dois ou três dias.

Quando o paciente não for capaz de deambular no primeiro dia de pós-operatório, deve realizar os exercícios orientados pelo Serviço de Fisioterapia no próprio leito.

## **Cinta abdominal**

Todos os pacientes submetidos à cirurgia pela via convencional (laparotômica) devem ter o uso de cinta abdominal, com vistas à redução da ocorrência de hérnias incisionais. É fundamental a orientação da equipe de fisioterapia quanto ao uso da cinta e, caso necessário, quanto ao seu fornecimento.

## **SONDAS E DRENOS**

### **CNG**

CNG devem ser retirados, no máximo, no primeiro dia de pós-operatório.

### **CVD**

CVD são retirados prioritariamente no primeiro dia de pós-operatório, exceto em casos em que o paciente apresenta débito urinário abaixo de 0,5 mililitro por quilo por hora ou elevação de escorias nitrogenadas, ou ainda tenha sido submetido à RAP ou RAR com anastomose interesfincteriana.

Nos casos de alteração da função renal, o CVD deve ser retirado após correção das alterações. Já nas duas cirurgias citadas, o CVD deve ser mantido por cerca de cinco a 14 dias e ser retirado somente após teste de resíduo.

Caso tenha sido realizada vesicorrafia, o CVD deve ser mantido por de dez a 21 dias.

## Drenos

**Quadro 8 – Tempo de retirada dos drenos abdominais**

Vigilância de sangramento	Retirar em 48 h
Vigilância de rafia ureteral	Retirar somente após o 10.º dia pós-operatório
Vigilância de anastomose colorretal	Retirar após 4.º dia pós-operatório
Dreno perineal no RAP	Retirar após débito < 50 ml/dia

Fonte: Elaboração INCA.

## EXAMES LABORATORIAIS

Devem-se colher de rotina, diariamente, hemograma, proteína C reativa, ureia, creatinina, sódio e potássio.

Em caso de suspeita de infecção, devem-se colher duas amostras de hemocultura, cultura de secreção de dreno e cultura de urina antes de iniciar a antibioticoterapia. Somado a isso, deve-se realizar radiografia ou TC de tórax, abdômen superior e pelve com contraste.

## EXAMES DE IMAGEM

Em casos de suspeita de íleo ou presença de vômitos, deve-se solicitar uma rotina de abdômen agudo.

Em casos de suspeita de fístula ou abscesso abdominais, mudança de quadro clínico e elevação consistente de proteína C reativa ou leucócitos sem causa aparente, deve-se realizar TC de abdômen superior e de pelve com contraste.



## **PARECER MULTIPROFISSIONAL**

### **Fisioterapia**

A equipe de fisioterapia deve ser informada diariamente dos passos evolutivos a serem dados pelo paciente nos dias de pós-operatório.

### **Nutrição**

É fundamental a interação diária com a nutrição para que se possa conhecer a aceitação do paciente frente à dieta oferecida.

### **Clínica médica**

O auxílio da clínica médica assistente da enfermaria deve ser solicitado em intercorrências de etiologia clínica de difícil manejo.

## 7 – ALTA HOSPITALAR

### CHECKLIST DE ALTA HOSPITALAR

- Boa aceitação de dieta oral de consistência semelhante à aceita na admissão.
- Mobilidade semelhante à apresentada no momento da internação.
- *Status* neurológico semelhante ao encontrado no pré-operatório.
- Hábitos intestinais presentes.
- Sintomatologia controlada com medicações de uso oral.
- Exames laboratoriais com proteína C reativa em queda, leucócitos normalizados ou em queda.
- Pacientes que recebem alta precoce devem retornar ao ambulatório em de três a cinco dias.

### RECOMENDAÇÕES DE ALTA

Uso de enoxaparina por três semanas a partir do primeiro dia de pós-operatório.

Retorno ao ambulatório por volta do décimo dia de pós-operatório.

Encaminhamento à Oncologia Clínica em casos de sabida indicação de quimioterapia.



## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Comes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
2. Aguilar-Nascimento JE, editor. Acerto: acelerando a recuperação total pós-operatória. 3rd ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2016.
3. Aguilar- Nascimento JE, Salomão AB, Waitzberg DL, Dock-Nascimento DB, Correa MITD, Campos ACL, et al. Diretriz ACERTO de intervenções nutricionais no perioperatório em cirurgia geral eletiva. Rev Col Bras Cir. 2017;44(6):633-48.
4. Costa AALF, Mendoza JFW, Mazzucca ACP, Akamine N, Riera, R. Evidências de revisões sistemáticas Cochrane sobre antibioticoprofilaxia em cirurgia. Diagn Tratamento. 2016;21(4):177-85.
5. Gustafson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demartines N, Roulin D, Francis N et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendation. Clinical Nutrition. 2012;31(6):783-800.
6. Apfel CC, Läärä E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. Anesthesiology. 1999;91(3):693-700.



## APÊNDICES

### 1 - EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Dr. Marcus Valadão.

Dr. Eduardo Linhares.

Dr. Rodrigo Araújo.

## 2 - COLABORADORES

Dr. Marcus Valadão.

Dr. Eduardo Linhares.

Dr. Rodrigo Araújo.

Dr. José Paulo Jesus.

Dr. Rubens Kesley.

Dr. Edmar Lopes.

Dr. José Humberto Corrêa.

Dr. Vitor Delucas Santana.

Dr. José Dias de Castro Araújo.





Este livro foi impresso na Gráfica Fox Print, em offset,  
papel offset, 92g, 1/1.

Fonte: Abadi MT Condensed Light, corpo 9  
Rio de Janeiro, 2019.

A publicação das Rotinas Internas do INCA tem como finalidades atender à Portaria SAS/MS n.º. 741, de 19 de dezembro de 2005; promover a sua utilização como fator integrador do ensino e da assistência médico-hospitalar no Instituto; e servir de referência para avaliação de resultados e para a melhoria contínua das condutas terapêuticas na atenção oncológica.

