

GUIA PEROPERATÓRIO GRUPO SURGICAL

ACELERANDO A RECUPERAÇÃO TOTAL PÓS-OPERATÓRIA (ACERTO)

ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

- O jejum pré-operatório aumenta a resistência à insulina antes e após o ato cirúrgico
- A abreviação do jejum pré-operatório reduz a resistência insulínica pela metade
- A resistência à insulina e a hiperglicemia são responsáveis pelo aumento de complicações pós-operatórias
- Não permitir o jejum prolongado. O jejum pré-operatório é frequentemente maior que os prescrito ($\pm 14-16h$)
- Jejum para sólidos por 6 a 8 horas antes da cirurgia
- Prescrever bebida com MALTODEXTRINA (Fresubin Energy Drink®) 2 a 6 horas antes da cirurgia. Salvo casos de DRGE importante, obstrução intestinal ou gastroparesia/estenose pilórica
- Cirurgias que envolvem o pâncreas deve ser prescrito Sandostatin® (octreotide) com 24 horas antes do início do procedimento e manter por 7 dias
- Utilizar metoclopramida na prescrição do pós-operatório imediato e 48 horas pós operatórias

PREVENÇÃO DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV)

- A aplicação da profilaxia para TEV tem impacto significativo na diminuição de sua incidência
- A estratégia para profilaxia de TEV deve ser embasada mediante avaliação de riscos
- Mobilizar o paciente ultra-precocemente no pós-operatório (extrema importância na prevenção do TEV)
- O uso de HBPM é a melhor estratégia profilática medicamentosa
- A duração da profilaxia deve ser alargada (28 a 35 dias) para pacientes submetidos a cirurgias abdomino-pélvicas de grande porte ou oncológicas
- Doses elevadas de HBPM devem ser consideradas em pacientes com obesidade mórbida
- Compressão mecânica com meia elástica deve ser rotina nos pacientes submetidos a cirurgias abdomino-pélvicas de grande porte ou oncológicas

HIDRATAÇÃO VENOSA PERIOPERATÓRIA

- Não realizar preparo de cólon rotineiramente. Isto evita a necessidade de maior infusão de líquidos intravenosos no per-operatório
- Evitar jejum maior que 6 horas (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Anestesiologia)
- Evitar reposição volêmica excessiva no intra e pós-operatório. Considerar o uso de colóides no intra-operatório
- Iniciar dieta oral ou enteral precoce
- Não prescrever hidratação venosa no pós-operatório de cirurgias menores ou não complicadas. Na maioria dos casos a ingestão de líquidos pode ser iniciada assim que o paciente se recuperar do ato anestésico
- Retirar hidratação venosa em no máximo 6 horas após cirurgias abdominais de médio porte, salvo exceções
- Quando for necessária a hidratação venosa “GOAL-DIRECTED” não ultrapassar o volume de 30ml/kg em 24 horas, salvo exceções. Do ponto de vista eletrolítico: NaCl 50 a 100 mEq/dia e KCL 40 a 80 mEq/ dia. Considerar sempre hidratação oral em vez de venosa
- Considerar suspensão de fluidos endovenosos imediatamente após início da realimentação oral
- Quando houver necessidade do uso de cristalóides dar preferência a soluções balanceadas como o RL. Salina 0.9% deve ser reservada para os casos de hipocloremia (vômitos recorrentes ou drenagem gástrica)

PREPARO MECÂNICO DO CÓLON

- Não realizar preparo de cólon rotineiramente
- Não há evidências que comprovem seu benefício
- A carga fecal do cólon pode ser diminuída com dieta hiperprotéica e hipercalórica sem fibras, cinco a sete dias antes da cirurgia
- Procedimentos que incluem anastomose do reto médio e reto baixo o preparo do reto pode ser realizado com clister

REALIMENTAÇÃO PRECOCE NO PÓS-OPERATÓRIO

- A sonda nasogástrica não deve ser usada como rotina
- O bolqueio do neuroeixo, associado à anestesia geral, diminui o tempo de íleo em grandes cirurgias abdominais abertas
- Não usar opiáceos de rotina na analgesia pós-operatória. Preferir medicações não opióides (dipirona, cetolaco, tenoxicam, paracetamol, lidocaína EV, entre outros)
- Em cirurgias da via biliar, hérnias, ano-orificiais e afins deve-se oferecer dieta oral no mesmo dia da operação (3 a 12 horas após). A hidratação venosa não deve ser prescrita nestas cirurgias
- Em cirurgias com anastomoses gastrointestinais (estômago, delgado, cólon e reto) a dieta líquida deve começar como rotina no mesmo dia ou no primeiro DPO
- Em cirurgias com anastomoses esofágicas a dieta líquida deve começar com 12 a 24 horas de pós-operatório pela SNE

- Regra Geral: não é permitido prescrever fluidos cristaloides em pacientes sob dieta oral/ enteral. Indica-se scalp salinizado, e não soro de manutenção, para condução de medicação EV

USO RACIONAL DE Sonda NASOGÁSTRICA E DRENOS

- A sonda nasogástrica não deve ser usada como rotina. Uso restrito e individualizado em pacientes em risco de distensão gástrica ou íleo prolongado
- O dreno não representa proteção da anastomose
- O dreno não previne formação de coleção abdominal e não garante sua plena drenagem
- Em cirurgia abdominal o dreno como rotina só se justifica em esofagectomia, gastrectomia total e GDP

ORIENTAÇÕES E CUIDADOS DE ALTA

- Atestado e orientação de retorno
- Digeplus no pós-operatório para cirurgias do aparelho digestivo
- Anagesia simples
- Cuidados com a ferida. Álcool 70% com a ferida descoberta normalmente é suficiente, salvo casos excepcionais