



Hemicolectomia

A hemicolectomia é necessária para o manejo de uma variedade de lesões malignas e benignas do cólon. Para o efeito desse guia de cuidados, estão excluídas as indicações de urgência tais como o trauma, a diverticulite aguda e a hemorragia digestiva baixa.

I. ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Sinais e sintomas : A maioria dos pacientes com doenças do cólon são assintomáticos ou têm apenas mudança do hábito intestinal como constipação intermitente;

Cerca de 10% a 20% tornam-se sintomáticos com dor ou sangramento quando surgem complicações inflamatórias ou hemorrágicas;

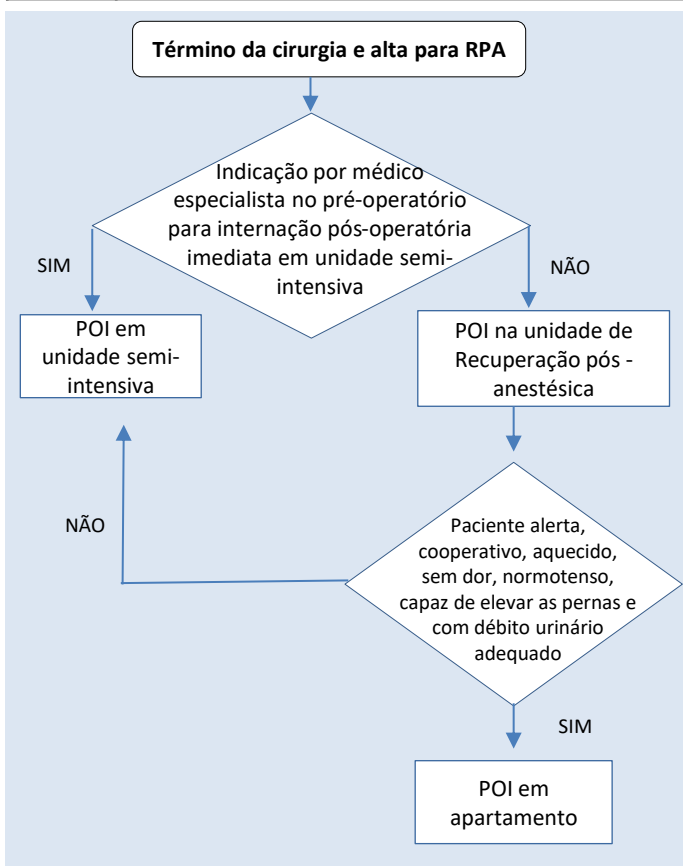
Pacientes com diverticulite podem desenvolver sintomas GI inespecíficos, incluindo distensão abdominal, constipação, diarreia e eliminação de muco pelo reto;

O planejamento da ressecção do cólon precisa levar em consideração a natureza da lesão e sua localização dentro do cólon.

2. INDICAÇÃO DE HEMICOLECTOMIA

Indicação de hemicolectomia	Evidências ou justificativas
Neoplasia maligna do cólon	Diagnóstico e estadiamento finalizados: colonoscopia com biópsias, TC de tórax, abdome e pelve, dosagem sérica de CEA.
Neoplasia benigna do cólon	Impossibilidade de ressecção endoscópica documentada: colonoscopia com biópsias.
Doença diverticular do cólon complicada por diverticulite	Crise complicada por abscesso ou peritonite, crises recorrentes, imunossupressão, obstrução intestinal ou fístula.
Doença de Crohn do intestino grosso (colite segmentar de Crohn)	Intratabilidade clínica (ausência de remissão sem corticoterapia ou toxicidade ao tratamento biológico) ou complicação (abscesso, fístula, sangramento ou obstrução intestinal)
Transtornos vasculares crônicos do intestino ou angiodisplasia do cólon	Colonoscopia com biópsia e angiotomografia de abdome

CID	Descrição
C.18	Neoplasia maligna do cólon
C.18.9	Neoplasia maligna do cólon, não especificado
C.18.6	Neoplasia maligna do cólon descendente
C.18.7	Neoplasia maligna do cólon sigmoide
C.20	Neoplasia maligna do reto ²
D.12.4	Neoplasia benigna do cólon descendente
D.12.5	Neoplasia benigna do cólon sigmoide
D.12.6	Neoplasia benigna do cólon, não-especificada
D.12.7	Neoplasia benigna da junção reto-sigmoide
D.12.8	Neoplasia benigna do reto
K.57	Doença diverticular do intestino grosso
K.57.3	Doença diverticular do intestino grosso sem perfuração ou abscesso
K.57.9	Doença diverticular do intestino, de localização não-especificada, sem perfuração ou abscesso
K.50.1	Doença de Crohn do intestino grosso
K.55.1	Transtornos vasculares crônicos do intestino
K.55.2	Angiodisplasia do cólon



3. EXAMES E AVALIAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIOS

Exames gerais - Hemograma completo, coagulograma, glicemia de jejum e dosagem sérica de creatinina e ureia. Para os pacientes com diagnóstico de doença de Crohn, solicitar perfil hepático completo;

Controle pré-operatório de fatores de risco - Hipertensão, diabetes, DPOC, tabagismo e álcool, desnutrição e anemia; Considerar suplementação nutricional oral para os pacientes com desnutrição leve ou diminuição da ingesta por via oral. Considerar necessidade de avaliação pela enfermeira estomaterapeuta;

Avaliação do especialista - Liberação do cardiologista é necessária em casos de insuficiência cardíaca, doença coronariana, AVC, diabetes tratado com insulina e creatinina pré-operatória > 2,0 mg/dL. Em caso de doença pulmonar, é necessária a liberação do pneumologista.

4. ESCORE DE RISCO

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool)
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve)
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutiva crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos)
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória, isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada)
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevivência sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos)
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

5. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Tempo estimado de cirurgia

Duas horas e meia

Antibioticoprofilaxia

- Cefoxitina ou ceftriaxona/metronidazol (neoplasia maligna do reto e colite de Crohn)
- Dose: 2,0 g EV
- Duração da antibioticoprofilaxia: 24 horas
- Obs: No HMAP apenas na indução anestésica - existe o protocolo de profilaxia pré operatória 24 horas antes do procedimento.

Tecnologias necessárias durante a cirurgia

Videolaparoscópio ou assistência robótica a depender de proposta comercial.

6. PÓS-OPERATÓRIO

Prescrição médica do PO

	POI	1° PO	2° PO até alta
Dieta	Líquida. Iniciar 3h após a alta da RPA	Cremosa	Leve
Analgesia	Cetoprofeno 100 mg EV 12/12h	Cetoprofeno 100 mg EV 12/12h	Cetoprofeno 100 mg EV 12/12h
	Dipirona 2g EV a cada 6h	Dipirona 2g EV a cada 6h	Dipirona 2g EV a cada 6h
	Morfina 2mg EV até 4/4h se dor forte	Morfina 2mg EV até 4/4h SN	
Outras medicações	Ondansetrona 8mg EV 8/8h	Ondansetrona 8mg EV 8/8h	Ondansetrona 8mg EV 8/8h
	Bromoprida 10 mg EV 8/8h	Bromoprida 10 mg EV 8/8h	Bromoprida 10 mg EV 8/8h
	Pantoprazol 40 mg VO 1x	Pantoprazol 40 mg VO 1x	Pantoprazol 40 mg VO 1x
	SG5% 1000ml (Mixstar) 12/12h	Suspender SG5%	

6. PÓS-OPERATÓRIO (Continuação)

Prescrição médica do PO

Profilaxia de TEV	De acordo com protocolo institucional		
Fisioterapia	Respiratória e motora	Respiratória e motora	Respiratória e motora
Ordens e cuidados	Retirar SVD em até 24 horas após a cirurgia	Regredir dieta se náusea, vômito ou distensão abdominal	
	Sair do leito quando chegar ao apartamento		
	Suplemento tipo Nutridrink 1 unidade a cada 12h		
Curativo	1x/dia s/n	1x/dia s/n	1x/dia s/n

7. ALTA HOSPITALAR

Critérios e momento da alta

- A alta hospitalar está programada para o 3º dia do pós-operatório;
- Critérios de alta: estabilidade hemodinâmica, ausência de febre, ausência de náuseas, vômitos ou distensão abdominal, boa aceitação da dieta, retorno do trânsito intestinal e ausência de complicações de feridas operatórias.

Orientações de alta

- Seguir a receita médica e as orientações dietéticas fornecidas na alta;
- Entre em contato com a equipe cirúrgica, se: dor abdominal, vômitos ou febre, parada de eliminação de gases e fezes, alteração nas incisões (inchaço, vermelhidão ou dor).

Retornos programados

- Retorno em consultório no 7º dia pós-operatório.
- Obs: No HMAP Retorno em consultório no 15º dia pós-operatório.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Duração da cirurgia (minutos);
- Duração da internação (dias);
- Ocorrência de reinternação (sim, não);
- Ocorrência de complicações de ferida operatória (sim, não);
- Necessidade da Medicina Intervencionista para manejo de complicação infecciosa (sim, não);
- Reoperação (sim, não).

III. GLOSSÁRIO

ASA: risco cirúrgico da sociedade americana de anesthesiologia

AVC: acidente vascular cerebral

CEA: antígeno carcinoembrionário

DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica

DM: diabetes mellitus

GI: gastrointestinais

HAS: hipertensão arterial sistêmica

IMC: índice de massa corpórea

IRC: insuficiência renal crônica

SVD: sonda vesical de demora

TC: tomografia computadorizada

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 4: Alteração da dose de Dipirona; inclusão do SG5% no POI (Protocolo Recuperação Acelerada)

V. REFERÊNCIAS

- [1] Dis Colon Rectum 2017; 60: 999.
- [2] Gut 2015;0:1–27. doi:10.1136/gutjnl-2015-309576.
- [3] Dis Colon Rectum 2014; 57: 284–294.
- [4] Dis Colon Rectum 2015; 58: 1021.
- [5] Dis Colon Rectum 2016; 59.

ALGORITMO

Indicação de hemicolectomia eletiva

Preparo pré-operatório

1. Diagnosticar e corrigir fatores de risco: diabetes, hipertensão, DPOC, tabagismo, desnutrição e anemia.
2. Avaliação de risco cirúrgico por especialista: liberação do cardiologista é necessária em casos de insuficiência cardíaca, doença coronariana, AVC, diabetes tratado com insulina e creatinina pré-operatória >2,0 mg/dL. Em caso de doença pulmonar, é necessária a liberação do pneumologista.

Exames pré-operatórios: hemograma completo, coagulograma, glicemia de jejum, dosagem sérica de creatinina. Podem ou não auxiliar, a depender da hipótese diagnóstica: tempo de trânsito colônico total, defecografia, videodefecografia ou defecorressonância magnética e eletromanometria anorretal.

Avaliação do especialista: liberação do cardiologista é necessária em casos de insuficiência cardíaca, doença coronariana, AVC, diabetes tratados com insulina e creatinina pré-operatória >2,0 mg/dL. Em caso de doença pulmonar, é necessária a liberação do pneumologista.

ASA 4 ou ASA 5
ou doença metastática

Excluído do pacote

Idade <70 anos e
ASA 1 e 2

Pós-operatório
imediato em
apartamento
Obs: no HMAP
enfermaria

Idade >70 anos ou
ASA 3

Pós-operatório
imediato em semi-
intensiva
Obs: No HMAP na
UTI

Cirurgia

1. Omissão de preparo intestinal;
 2. Cirurgia por via minimamente invasiva;
 3. Antibioticoprofilaxia com cefoxitina por 24 hs;
 4. Omeprazol 40 mg + Ondansetrona 8 mg;
 5. Cetoprofeno 100 mg + Dexametasona 4 mg;
 6. Manta térmica, meias elásticas e compressor pneumático;
 7. Testar integridade da anastomose se colorretal;
 8. Não drenar de rotina/ evitar drenagem.
- Obs: No HMAP realiza-se preparo para cirurgias de colon esquerdo/reto
Obs: No HMAP Cirurgia por via minimamente invasiva ou convencional

Pós-operatório

1. Prescrição padrão;
2. Critérios e momento da alta;
3. Orientações de alta;
4. Retorno.

Código Documento: CPTW016.4	Elaborador: Sergio Eduardo Alonso Araujo Lucas Horcel Ana S. Portilho	Revisor: Mauro Diralndo	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 03/04/2020 Data da revisão: 02/08/2023	Data de Aprovação: 02/08/2023
---------------------------------------	--	-----------------------------------	--	---	---