



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

FÁBIO HENRIQUE MENDONÇA CHAIM

ROTINAS E CONDUTAS EM CIRURGIAS PARA
AS DOENÇAS MALIGNAS E BENIGNAS DO
ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO.

CAMPINAS

2018

FÁBIO HENRIQUE MENDONÇA CHAIM

ROTINAS E CONDUTAS EM CIRURGIAS PARA
AS DOENÇAS MALIGNAS E BENIGNAS DO
ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Mestre em Ciências, na área
de concentração de Qualificação dos Processos Assistenciais.

ORIENTADOR: VALDIR TERCIOTI JUNIOR
CO-ORIENTADOR: NELSON ADAMI ANDREOLLO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO
ALUNO FÁBIO HENRIQUE MENDONÇA CHAIM E
ORIENTADO PELO PROF. DR. VALDIR TERCIOTI JUNIOR.

CAMPINAS

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Chaim, Fábio Henrique Mendonça, 1987-

C348r Rotinas e condutas em cirurgias para as doenças malignas e benignas do esôfago, estômago e duodeno / Fábio Henrique Mendonça Chaim. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Valdir Terciotti Junior.

Coorientador: Nelson Adami Andreollo.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Guia de prática clínica. 2. Esôfago. 3. Estômago. 4. Duodeno. I. Terciotti Junior, Valdir, 1975-. II. Andreollo, Nelson Adami, 1951-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Preoperative care in surgeries for the malignant and benign diseases of oesophagus, stomach and duodenum

Palavras-chave em inglês: Guideline

Área de concentração: Qualificação dos Processos Assistenciais

Titulação: Mestre em Ciências

Banca examinadora:

Valdir Terciotti Junior [Orientador]

Luiz Roberto Lopes

José Luis Braga de Aquino

Data de defesa: 22-03-2018

Programa de Pós-Graduação: Ciência Aplicada à Qualificação Médica

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

FÁBIO HENRIQUE MENDONÇA CHAIM

ORIENTADOR: VALDIR TERCIONI JUNIOR

COORIENTADOR: NELSON ADAMI ANDREOLLO

MEMBROS:

1. PROF. DR. VALDIR TERCIONI JUNIOR

2. PROF. DR. LUIZ ROBERTO LOPES

3. PROF. DR. JOSÉ LUIS BRAGA DE AQUINO

Programa de Pós-Graduação em Ciência Aplicada à Qualificação Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 22/03/2018

RESUMO

As doenças que acometem o trato digestivo alto, mais precisamente o esôfago, estômago e duodeno revestem-se de grande importância não só devido à relevância epidemiológica (com incidências elevadas e crescentes), mas também pela intensidade dos sintomas e a gravidade das complicações, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida dos seus portadores. Nas últimas décadas, os avanços nos cuidados a pacientes portadores de doenças benignas e malignas do aparelho digestivo superior se manifestaram por meio da introdução de novos métodos de diagnóstico e estadiamento, mudanças no paradigma das estratégias perioperatórias e desenvolvimento de novos procedimentos, técnicas e vias de acesso cirúrgicos; ampliando ainda mais o espectro de opções diagnósticas e terapêuticas. Diante do amplo acesso a uma quantidade imensa de informações provida pela medicina atual, o desenvolvimento de protocolos de cuidados pré- e pós-operatórios baseados em evidências, resulta em auxílio na tomada de decisão e certamente também contribui para melhoria dos resultados cirúrgicos. Pela complexidade associada, é imperativo que o seguimento destes pacientes seja realizado em serviços terciários, muitos dos quais também se constituem em hospitais de ensino, com participação contínua de profissionais em treinamento e aprendizado. O presente projeto objetiva à elaboração de manual de rotinas e condutas específicas para o tratamento cirúrgico das doenças malignas e benignas do esôfago, estômago e duodeno; fundamentado em evidências clínicas e com aplicação em hospital de nível terciário. No contexto de hospitais universitários, de ensino e de referência – que contem com equipes médicas, de enfermagem e multidisciplinares, além do envolvimento de alunos e médicos residentes em treinamento – a implementação de protocolos de assistência possui relevância ainda maior, visto que não apenas

diferencia e favorece melhores resultados operatórios, menor morbimortalidade e maior sobrevida em geral, mas também uniformiza condutas facilitando o processo de aprendizagem.

Palavras-chave

Guia de prática clínica

Esôfago, Estômago e Duodeno.

ABSTRACT

The diseases that affect the upper digestive tract, the esophagus, stomach and duodenum, are of great importance not only due to the epidemiological relevance (with high and increasing incidence), but also the intensity of the symptoms and the severity of the complications, compromising patients quality of life. Lately, the advances in patients care with benign and malignant diseases of the upper digestive system have consisted in the introduction of new diagnostic methods, changes in the paradigm of perioperative strategies and the development of new procedures, techniques and surgical access; expanding the spectrum of diagnostic and therapeutic options. Given the broad access to a vast amount of information provided by current medicine, the development of pre-and post-operative guidelines based on evidence, results in better decision making and certainly also contributes to improved surgical outcomes. Because of the associated complexity, it is imperative that the follow-up of these patients be performed in tertiary services, many of which also constitute teaching hospitals, with continuous participation of professionals in training and learning. The present project aims the elaboration of a guideline of specific routines and procedures for the surgical treatment of malignant and benign diseases of the esophagus, stomach and duodenum; based on clinical evidence. In the context of university, teaching and reference hospitals - which includes medical, nursing and multidisciplinary teams, as well as the involvement of students and physicians in training - the implementation of assistance protocols will have even greater influence, since it not only favors better overall survival, but also facilitates the learning process.

Key words

Perioperative care

Oesophagus, Stomach and Duodenum

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Resumo esquemático de abordagem e conduta do megaesôfago

Figura 2: Representação esquemática de funduplicatura a Nissen modificado

Figura 3: Representação esquemática de funduplicatura total

Figura 4: Resumo esquemático de abordagem e conduta da esofagite e hérnia de hiato

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEC: Carcinoma espinocelular ou epidermóide

EDA: Endoscopia digestiva alta

EED: Estudo radiológico contrastado de esôfago, estômago e duodeno

EEl: Esfíncter esofágico inferior

HBPM: Heparina de baixo peso molecular

INCA: Instituto Nacional de Câncer

NPT: Nutrição parenteral total

PET-CT: Tomografia por emissão de pósitrons

SNE: Sonda nasoenteral

SNG: Sonda nasogástrica

TEP: Tromboembolismo pulmonar

TVP: Trombose venosa profunda

UTI: Unidade de terapia intensiva

VO: Via oral

SUMÁRIO

Introdução.....	12
Objetivos.....	17
Método.....	18
Resultados.....	20
Discussão.....	66
Conclusão.....	67
Referências.....	68
Apêndices.....	74

INTRODUÇÃO

Durante as últimas décadas, tem ocorrido uma mudança de paradigma nos cuidados perioperatórios de pacientes portadores de doenças benignas e malignas do aparelho digestivo. Os componentes tradicionais de cuidados – incluindo os exames laboratoriais e de imagem solicitados, a prescrição de preparo intestinal, os períodos de jejum pré-operatório e pós-operatório, o emprego de sondagem nasogástrica e drenos intracavitários, repouso intestinal, antibioticoterapia profilática e terapêutica; a prevenção de tromboembolismo, os cuidados com estomas e feridas operatórias, entre outros¹ – foram se modificando ao longo dos anos, como consequência dos avanços da medicina e de terapia intensiva. Tais avanços, implicaram também no desenvolvimento de novos procedimentos, técnicas e vias de acesso cirúrgicos, como a cirurgia videolaparoscópica e minimamente invasiva, com crescente evidência de menor resposta inflamatória e ênfase no retorno mais precoce às atividades laborativas^{2,3}. Resultando, portanto, em menor tempo de recuperação e diminuição da permanência hospitalar.

Neste contexto de modificação de estratégias perioperatórias, desenvolveram-se protocolos de cuidados pré- e pós-operatórios baseados em evidências, tais como os projetos ERAS e ACERTO.^{4,5,6} A Medicina atual provê uma quantidade imensa de informações e é neste cenário que o desenvolvimento de protocolos de assistência para cada uma das cirurgias do trato gastrointestinal superior pode permitir a otimização das evidências disponíveis¹, auxiliando na tomada de decisão, uniformizando condutas e certamente também contribuindo para melhoraria dos resultados pós-operatórios.

A introdução de novos métodos de diagnóstico e estadiamento – tais como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e a tomografia

computadorizada por emissão de pósitrons (PET-CT) – impactou em melhoria na avaliação das doenças malignas⁷, ampliando a possibilidade de realização de maior número de cirurgias radicais, bem como evitando a realização de cirurgias em doentes com doença neoplásica avançada.

As doenças que acometem o trato digestivo alto, mais precisamente o esôfago, estômago e duodeno serão didaticamente subdivididas em malignas e benignas. Dentre as doenças malignas, os tumores do esôfago e estômago revestem-se de grande importância por todo o contexto que envolvem e pela elevada incidência na população brasileira. Para o ano de 2016, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou para o sexo masculino a incidência e mortalidade por 100.000 habitantes em 7.950 e 5.830 casos, respectivamente, para o câncer de esôfago; e em 12.920 e 10.549 casos, respectivamente, para o câncer de estômago.⁸

No Estado de São Paulo, em 2016, a incidência estimada dos tumores malignos do aparelho digestivo por 100.000 habitantes ajustada por idade no gênero masculino, foi: 28,15 casos de câncer colorretal; 14,9 casos de câncer gástrico e 7,84 casos de câncer de esôfago. Já no gênero feminino, as estimativas de incidência foram: 25,22 casos de câncer colorretal; 7,87 casos de câncer gástrico e 2,24 casos de câncer de esôfago. Portanto, pode-se concluir que os tumores do esôfago e estômago estão entre os mais frequentes do aparelho digestivo, no nosso meio.^{8,9} Considerando a distribuição proporcional de todos os tipos de neoplasia (exceto pele não melanoma), o câncer de estômago apresenta a quarta maior incidência entre os homens e a quinta no gênero feminino.^{10,11} E a neoplasia de esôfago consiste na sexta mais incidente para ambos os sexos, correspondendo a 3,7% do total de neoplasias.

Estudo populacional envolvendo tumores em geral no Estado do Paraná, na região de Maringá, no período de 1979 a 1998 demonstrou que no sexo masculino a

mortalidade por câncer de estômago diminuiu de 16,4% para 14,2%. Ao passo que para outras neoplasias houve aumento de mortalidade, como a de pulmão que aumentou para 79,5%, passando a ocupar de terceiro para segundo lugar dentre as de maior mortalidade; e a de próstata com aumento de 12,1% para 15,3% no último triênio considerado. No sexo feminino o câncer de estômago foi responsável por 13,2% dos óbitos no período.¹²

Os tumores malignos do aparelho digestivo são passíveis de tratamento cirúrgico, realizando-se cirurgias radicais desde que o diagnóstico seja realizado em uma fase da doença que permita tais procedimentos¹³. Infelizmente, quando o doente procura auxílio médico e a sua doença neoplásica já está demasiadamente avançada, não é mais indicado o tratamento cirúrgico radical; passando o tratamento cirúrgico a ter caráter paliativo e, em muitos casos, o doente somente terá indicação de tratamento oncológico, empregando a quimioterapia ou radioterapia.

Assim sendo, é muito importante que as doenças malignas do aparelho digestivo sejam diagnosticadas o mais brevemente, se possível na sua forma precoce, empregando-se métodos endoscópicos (endoscopia digestiva alta ou colonoscopia), de imagem (ultrassonografia, tomografia ou ressonância), seguido naturalmente do diagnóstico histopatológico da lesão, e outros exames empregados para estadiamento.

As cirurgias radicais para os tumores do aparelho digestivo alto, quais sejam, esofagectomias e esofagogastrectomias, gastrectomias subtotais ou totais, são cirurgias complexas e consideradas de grande porte. Portanto, é imperativo e necessário que sejam realizadas em serviços de cirurgias do aparelho digestivo com equipes multidisciplinares e em hospitais terciários de referência que possam oferecer tanto os recursos de diagnósticos, como de procedimentos de alta complexidade e de

unidade de terapia intensiva (UTI), bem como recursos de apoio tais como nutrição enteral e parenteral, fisioterapia, além de tratamentos oncológicos, como a quimioterapia e radioterapia.^{14,15}

As afecções benignas do esôfago, estômago e duodeno, por sua vez, também apresentam grande relevância, tendo em vista as elevadas e crescentes incidências, a intensidade dos sintomas e a gravidade das complicações, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida dos seus portadores^{16,17}. São causas frequentes de consultas gastroenterológicas em pacientes ambulatoriais, sendo muitas delas passíveis de tratamento cirúrgico^{17,18}. Dentre as doenças benignas do esôfago, as principais são: megaesôfago chagásico e acalasia idiopática (em seus variados graus de dilatação), estenose péptica do esôfago (secundária à doença do refluxo gastresofágico), estenose cáustica do esôfago, esofagite de refluxo e hérnias hiatais (deslizamento e paraesofágica). As suas incidências são variáveis na população brasileira, alterando-se inclusive de acordo com a região do país.

Dentre as doenças benignas do estômago e duodeno, passíveis de tratamento cirúrgico, as principais são: a úlcera gástrica, a úlcera duodenal, a estenose pilórica e a estenose duodenal, as quais também têm variada frequência.

Todas essas mencionadas doenças benignas e malignas do aparelho digestivo alto, quando tratadas cirurgicamente demandam cuidados específicos perioperatórios, portanto, necessitam de rotinas e condutas bem estabelecidas. No contexto de hospitais universitários, de ensino e de referência – que contam com equipes médicas, de enfermagem e multidisciplinares, além do envolvimento de alunos e médicos residentes em treinamento – a implementação de protocolos de assistência possui relevância ainda maior, visto que não apenas diferencia e favorece

melhores resultados operatórios, menor morbimortalidade e maior sobrevida em geral, mas também uniformiza condutas facilitando o processo de aprendizagem.

OBJETIVOS

O objetivo principal deste projeto é o desenvolvimento de um manual de rotinas e condutas perioperatórias para o tratamento cirúrgico das doenças malignas e benignas do esôfago, estômago e duodeno.

Como objetivo secundário, visa à difusão dessas rotinas entre os alunos do curso médico de graduação, residentes de cirurgia geral e do aparelho digestivo.

MÉTODO

A metodologia utilizada na presente dissertação consistiu de levantamento bibliográfico em artigos científicos, livros, dissertações, teses, revistas especializadas, jornais e demais publicações científicas pertinentes ao tema. Para a coleta das informações e do material bibliográfico, foram consultadas as principais bases de dados que divulgam produções científicas na área médica: PubMed (referências da base Medline), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde). A estratégia de busca foi criada no portal PubMed e adaptada para as demais bases.

Dessa forma, as etapas do roteiro de trabalho adotado envolveram a exploração das fontes bibliográficas, leitura do material conduzida de forma seletiva para o desenvolvimento do estudo, análise e ordenação das informações obtidas

Os dados coletados na primeira etapa da dissertação, por meio da pesquisa bibliográfica, serviram de base para a construção do referencial teórico que contextualiza esta dissertação.

Em um segundo momento, após análise de conteúdo do material obtido pelo levantamento bibliográfico e seleção das informações pertinentes, para a elaboração do presente manual foi também considerada experiência acumulada pelos docentes e médicos assistentes do grupo de Cirurgia do Esôfago, Estômago e Duodeno ao longo de mais de 30 anos de atividade. A consideração da experiência pessoal do grupo foi especialmente importante para a decisão de pontos e questões ainda não totalmente esclarecidos na literatura ou que tenham resultados contraditórios em diferentes estudos considerados.

Especificamente, aborda as orientações e cuidados quanto a realização de:

- Exames de imagem (radiografias, endoscopias, colonoscopias, ultrassonografias, tomografias, ressonância, cintilografia, PET-CT, entre outros);
- Exames de avaliação pré-operatória;
- Avaliação cardiológica e respiratória;
- Antibioticoterapia profilática e terapêutica;
- Prevenção de tromboembolismo (trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar);
- Uso de drenos, jejunostomias e gastrostomias;
- Tempo de jejum pré e pós-operatório;
- Realimentação e orientações quanto às dietas por via oral e por sondas;
- Cuidados com a ferida operatória;
- Cuidados quanto a exercícios físicos no pós-operatórios.

Consiste, portanto, de estudo com finalidade descritiva, com abordagem qualitativa dos dados, envolvendo o universo de pesquisa representado pelos pacientes portadores de doenças benignas e malignas do aparelho digestivo superior. Quanto aos meios trata-se de pesquisa bibliográfica e documental, visando a descrever e discriminar todos os cuidados e procedimentos envolvidos na abordagem das doenças malignas e benignas, desde a admissão do doente para o tratamento cirúrgico, até a alta hospitalar; bem como os demais cuidados e orientações precoces e tardios.

RESULTADOS

Os resultados da presente dissertação serão expressos pelo próprio manual de condutas elaborado, especificando cada uma das rotinas adotadas nos cuidados perioperatórios das doenças benignas e malignas do aparelho digestivo superior. Por motivos didáticos e de organização, a abordagem das doenças pelo manual encontra-se subdividida em doenças esofágicas e doenças do estômago e duodeno.

As doenças esofágicas abordadas são: megaesôfago, esofagite e hérnia de hiato, estenose cáustica, neoplasia de esôfago e neoplasia de transição esofagogástrica.

Já dentre as doenças que acometem o estômago e duodeno, encontram-se contempladas no manual: úlcera gástrica, úlcera duodenal, neoplasia gástrica e neoplasia de coto gástrico.

O manual traz ainda como apêndices, as orientações nutricionais, os protocolos de assistência nutricional ao paciente em pós-operatório e a padronização das refeições do Hospital das Clínicas da Unicamp.

Orientações gerais

Doenças Esofágicas

1. Megaesôfago

- 1.1. Exames complementares
- 1.2 Técnicas cirúrgicas
- 1.3 Pré-operatório
- 1.4 Pós-operatório
- 1.5 Seguimento ambulatorial
- 1.6 Fluxograma megaesôfago

2. Esofagite e hérnia de hiato

- 2.1. Exames complementares
- 2.2 Pré-operatório
- 2.3 Técnicas cirúrgicas
- 2.4 Pós-operatório
- 2.5 Seguimento ambulatorial
- 2.6 Fluxograma esofagite e hérnia de hiato

3. Estenose cáustica do esôfago

- 3.1. Exames complementares
- 3.2 Pré-operatório
- 3.3 Técnicas cirúrgicas
- 3.4 Pós-operatório
- 3.5 Seguimento ambulatorial

4. Neoplasia de esôfago

- 4.1. Exames complementares
- 4.2 Estadiamento e terapia neoadjuvante

4.3 Pré-operatório

4.4 Técnicas cirúrgicas

4.5 Pós-operatório

4.6 Seguimento ambulatorial

4.7 Fístula esôfago-brônquica ou esôfago-pleural

5. Neoplasia de transição esôfago-gástrica

5.1. Exames complementares

5.2 Classificação

5.3 Pré-operatório

5.4 Técnicas cirúrgicas

5.5 Pós-operatório

5.6 Seguimento ambulatorial

Doenças do Estômago e Duodeno

6. Úlcera gástrica

6.1. Exames complementares

6.2 Pré-operatório

6.3 Técnicas cirúrgicas

6.4 Pós-operatório

6.5 Seguimento ambulatorial

6.6 Úlcera gástrica perfurada

6.7 Úlcera de boca anastomótica

6.8 Úlcera recidivada

7. Úlcera duodenal

7.1. Exames complementares

7.2 Pré-operatório

7.3 Técnicas cirúrgicas

7.4 Pós-operatório

7.5 Seguimento ambulatorial

7.6 Úlcera duodenal perfurada

8. Neoplasia gástrica

8.1. Exames complementares

8.2 Estadiamento

8.3 Pré-operatório

8.4 Técnicas cirúrgicas

8.5 Pós-operatório

8.6 Seguimento ambulatorial

8.7 Neoplasia de coto gástrico

Apêndices

9. Protocolo de assistência nutricional

10. Padronização dos horários das refeições

11. Orientação nutricional pós-operatória

Orientações gerais

Jejum pré-operatório:

Os pacientes em programação cirúrgica eletiva devem permanecer em jejum pré-operatório por um período de 8 horas. Prática tradicionalmente adotada e já estabelecida na literatura, visa a reduzir o risco de complicações e eventos adversos decorrentes do procedimento anestésico e cirúrgico. Períodos de jejum mais prolongados são desaconselhados, com vistas à otimização do suporte nutricional pré-operatório, exceto na presença de condições clínicas que impliquem no retardo do esvaziamento gastroesofágico.^{19,20}

Prevenção de tromboembolismo:

Tal intervenção envolve assunto que tem atraído de forma crescente a atenção dos especialistas desde a sua proposição na década de 1980, visto se tratar da terceira causa mais prevalente de mortalidade por doença cardiovascular. A cirurgia do aparelho digestivo tem sido referida como potencialmente indutora desta complicação, de um modo especial, na condução terapêutica do câncer.^{1,21}

Está indicada a realização de prevenção de trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP) no período pré-operatório e pós-operatório. Na ausência de contraindicações à realização de profilaxia farmacológica, os pacientes devem receber preferencialmente heparina de baixo peso molecular (HBPM) na posologia de 1 mg/kg em dose única diária desde o período pré-operatório, respeitando-se intervalo mínimo de 12 horas entre a última dose aplicada e o ato cirúrgico. No período de 24 horas após a cirurgia, a trombopprofilaxia deve ser reinstituída. O uso de heparina não fracionada, apesar de apresentar a mesma eficácia na prevenção de eventos tromboembólicos, deve ser preterido por encontrar-se mais associado a ocorrência de complicações hemorrágicas.^{22,23}

Mobilização precoce:

A deambulação precoce (primeiro dia do pós-operatório) deve ser estimulada. Apesar de não haver como estimar a magnitude de seu benefício na trombopprofilaxia e não substituir a instituição da profilaxia farmacológica da trombose,²¹ há evidências de que a adoção desta prática impacta na redução do risco de ocorrência de

complicações (pneumonia associada a ventilação mecânica e readmissão hospitalar) e diminui a duração da internação (em UTI e hospitalar total).^{24,25}

Cessação do tabagismo e fisioterapia respiratória:

Por ser importante fator de risco para as doenas neoplásicas em geral e também do trato digestivo, o hábito tabágico frequentemente pode ser encontrado nos pacientes em programao de tratamento cirúrgico. Sua cessao deve ser estimulada pelo período de tempo mais longo possível no pré-operatório (recomendaes e orientaes necessitam ser realizadas ainda no atendimento ambulatorial para agendamento da cirurgia); com evidências de reduo de morbidade geral e relacionada a ferida cirúrgica no período pós-operatório.²⁶ Durante a internação hospitalar, terapia de reposio t pica de nicotina pode ser prescrita.

Ocorrência de complicaes pulmonares figuram dentre os resultados negativos mais s rios após a realizao de procedimentos cirúrgicos em abdome superior. A realizao de fisioterapia respiratória no período pré-operatório também impacta positivamente na ocorrência de complicaes p s-operatórias, com evidências de que a realizao de uma única sessão de fisioterapia pode reduzir à metade a ocorrência de complicaes respiratórias.²⁷

Antibioticoterapia profilática:

Está indicada realizao de antibioticoterapia profilática para todos os pacientes, iniciando-se na induo anestésica e com manuteno durante 24 horas de p s-operatório. Considerando o perfil epidemiológico de nossa instituio, antibiótico empregado deve ser preferencialmente Cefazolina.

A infeco p s-operatória continua a representar um desafio para os cirurgiões e a utilizao adequada do antibiótico exerce papel de destaque no arsenal de medidas para a reduo das taxas de infeco.

Analgesia pós-operatória:

No período pós-operatório os pacientes devem receber rotineiramente, salvo na presena de alguma contra-indicao, analgesia com dipirona e opióide. Como opióide deve-se dar preferência ao uso de morfina. A prescrio de tramadol deve ser evitada devido à maior associao com a ocorrência de náuseas, vômitos e  leo adinâmico.²⁸

Analgésia inadequada e a consequente restrição respiratória podem levar a atelectasia e retenção de secreção, além de retardo na deambulação e outros efeitos fisiológicos indesejados. Por outro lado, a otimização da analgesia no pós-operatório interfere positivamente na recuperação e evolução clínica contribuindo igualmente para o conforto do doente, facilitação da recuperação da capacidade funcional, promoção da alta precoce e redução da morbimortalidade.²⁹

Dietas e orientação nutricional:

No Apêndice estão descritos os protocolos de assistência nutricional específicos para cada procedimento cirúrgico recomendados pelo Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital das Clínicas da Unicamp. As orientações se referem tanto ao período de internação hospitalar quanto após a alta do paciente.



Doenças esofágicas



1. Megaesôfago

O megaesôfago consiste em condição clínica que apresenta considerável relevância epidemiológica em nosso meio uma vez que a doença de Chagas, uma de suas etiologias, apresenta caráter endêmico no Brasil. Apesar das tentativas de erradicação de seu vetor, estima-se que a doença de Chagas ainda atinja 8 milhões de brasileiros e ocasione 17 mil mortes por ano; sendo que a manifestação esofágica de diferentes graus se faz presente em 8 a 40% dos pacientes acometidos.^{17,30}

A acalasia idiopática, por sua vez, responde por outra parcela etiológica dos casos de megaesôfago, totalizando cerca de 25% dos casos³¹; também com intensidade variável de comprometimento do plexo mioentérico e, por consequência, com diferentes graus de apresentação clínica.³²

É, portanto, importante oferecer-se tratamento eficaz para condição tão prevalente e que incorre em comprometimento da qualidade de vida de intensidade tão importante para os pacientes acometidos. As orientações a seguir convêm para a abordagem do megaesôfago tanto de etiologia chagásica quanto idiopática.

1.1 Exames complementares

Exames gerais

- Hemograma
- Glicemia
- Gasometria arterial
- Ureia e creatinina
- Sódio e potássio
- Urina I
- Protoparasitológico
- Albumina e Proteína total
- Coagulograma
- Raio-X de tórax
- Eletrocardiograma
- Prova de função pulmonar

Exames específicos

- Sorologia para doença de Chagas
- Raio-X contrastado de esôfago, estômago e duodeno
- Endoscopia digestiva alta com teste do lugol no esôfago (cromoscopia)
- Manometria esofágica
- Estudo de esvaziamento esofágico por cintilografia
- Enema opaco
- Avaliação nutricional especializada

A realização de sorologia para doença de Chagas é obrigatória em todos os casos de megaesôfago. Nos casos de pacientes com epidemiologia negativa, devem ser realizados ao menos dois exames em laboratórios diferentes. Da mesma forma, o estudo radiológico contrastado e a endoscopia digestiva alta também se encontram indicados para todos os pacientes em investigação de megaesôfago. Muitas vezes a estase esofágica impede o exame endoscópico e há necessidade de internação e limpeza mecânica do órgão para a endoscopia.

A realização dos exames complementares específicos possibilita a classificação do megaesôfago, de acordo com a intensidade de comprometimento da doença.³³

- Grau I: Esôfago de calibre aparentemente normal ao exame radiológico (< 4 cm). Trânsito lento e pequena retenção na radiografia tomada um minuto após a ingestão de contraste (sulfato de bário).
- Grau II: Esôfago com pequeno a moderado aumento do calibre (4-7 cm). Apreciável retenção de contraste. Presença frequente de ondas terciárias.
- Grau III: Esôfago com grande aumento de diâmetro (7-10 cm). Atividade motora reduzida. Grande retenção de contraste.
- Grau IV: Esôfago com dilatação acentuada (> 10cm), alongado e tortuoso com eixo desviado apoiando-se na hemicúpula frênica direita (dolicoesôfago). Retenção por longo tempo do contraste, com difícil passagem para o estômago.

A manometria esofágica, por sua vez, tem obrigatoriamente de ser realizada nos casos de megaesôfago não avançado (grau I), para diagnóstico diferencial de outras doenças que cursam com disfagia. Nos demais casos pode ser realizada com finalidade de avaliação da intensidade de comprometimento da contratilidade esofágica.

1.2 Técnicas cirúrgicas

1.2.1 Megaesôfago não avançado (graus I, II e III):

A cardiomiectomia a Heller com válvula anti-refluxo via laparotomia ou laparoscopia por ser operação mais simples e conservadora, tem proporcionado melhores resultados em comparação à outras técnicas.^{17,30,34,35}

1.2.2 Megaesôfago avançado (grau IV):

- 1ª opção: Para o megaesôfago avançado, a terapêutica de escolha tem sido a esofagectomia subtotal via transmediastinal ou videotoracoscópica com transposição de tubo gástrico e esofagogastroplastia cervical.

- 2ª opção: Mucosectomia esofágica com conservação da túnica muscular no mediastino, transposição gástrica através do tubo muscular esofágico e esofagogastroplastia cervical.³⁶

- 3ª opção: Cardiomiectomia a Heller com válvula anti-refluxo.

1.2.3 Megaesôfago recidivado

Nas operações de cardiomiectomia para tratamento do megaesôfago ocorre recidiva dos sintomas em até 15% dos pacientes, sendo que alguns necessitam reoperação.³⁷ O início do retorno dos sintomas pode variar de 14 a 42 meses.¹⁷

- 1ª opção: Remiectomia a Heller com válvula anti-refluxo.

- 2ª opção: Esofagectomia subtotal via transmediastinal ou videotoracoscópica com transposição de tubo gástrico e esofagogastroplastia cervical.

- 3ª opção: Esofagocardioplastia com gastrectomia parcial à Y-de-Roux (cirurgia de Serra Dória). A operação de Serra-Dória para tratamento do megaesôfago, operado por cardiomiectomia com recidiva dos sintomas, apresenta baixa morbidade e permite expressivo alívio da disfagia; apesar de possibilitar manutenção ou aparecimento de sintomas de refluxo.^{17,30,37}

1.2.4 Megaesôfago recidivado com estenose fibrosa do esôfago distal:

- 1ª opção: Esofagectomia subtotal via transmediastinal ou videotoracoscópica com transposição de tubo gástrico e esofagogastroplastia cervical.

- 2ª opção: Mucosectomia esofágica com conservação da túnica muscular, transposição de tubo gástrico e esofagogastroplastia cervical.

1.2.5. Megaesôfago e Carcinoma Associado:

- Esofagectomia subtotal via transmediastinal ou videotoracoscópica com transposição de tubo gástrico e esofagogastroplastia cervical. A linfadenectomia torácica, abdominal e eventualmente cervical está associada.

1.2.6 Observações:

A cardiomiectomia a Heller deverá ser realizada utilizando sonda esofágica de grosso calibre ou vela esofágica para facilitar a secção da musculatura lisa da transição esôfago-gástrica e a exposição da mucosa.

A piloromiectomia ou piloroplastia é recomendável quando realizamos esofagogastroplastia cervical.

A realização de jejunostomia para nutrição do doente no pós-operatório é obrigatória se for realizado esofagectomia ou mucosectomia.

A anastomose esofagogástrica látero-lateral simples (tipo Grondhal), interposição de segmento jejunal (cirurgia de Merendino) ou anastomose esofagogástrica intratorácica são procedimentos de exceção e deverão ser realizadas apenas quando não houver outra possibilidade cirúrgica.

1.3 Pré-operatório

1.3.1 Cardiomiectomia a Heller com válvula anti-refluxo

- Dieta líquida na véspera da cirurgia
- Se necessário, passagem de sonda esofágica para lavar o esôfago na véspera da cirurgia
- Jejum V.O. por 8 horas

1.3.2 Esofagectomia subtotal ou mucosectomia com esofagogastroplastia cervical

- Fisioterapia respiratória durante 3 - 5 dias antes do procedimento cirúrgico.
- Dieta líquida 48 horas antes.
- Passagem de sonda esofágica para lavar o esôfago com soro fisiológico 0,9% até remover todos os resíduos alimentares na véspera da cirurgia.
- Preparo de cólon para pacientes com antecedente de cirurgia gástrica prévia.
- Jejum V.O. por 8 horas
- Acesso venoso central (do lado direito) na sala operatória.

- Sondagem vesical de demora em sala operatória.
- Disponibilidade em sala operatória dos materiais cirúrgicos de laparotomia, cirurgia de cabeça e pescoço e toracotomia com afastador de Finochietto (para eventual necessidade de toracotomia de emergência).
- Reserva de vaga de Unidade de Terapia intensiva (UTI).

1.4 Pós-operatório

1.4.1 Cardiomiectomia a Heller com válvula anti-refluxo

- Não é necessário manter SNG se a cirurgia transcorrer sem intercorrências.
- Não é necessário utilizar dreno na cavidade abdominal.
- Não prescrever antibióticos a menos que haja necessidade justificada.
- Prescrever antiemético ondansetrona. Aplicação deve ser iniciada assim que o paciente for admitido em enfermaria no pós-operatório.
- Jejum V.O. durante 24 horas. Se a cirurgia for realizada via videolaparoscopia, iniciar dieta líquida após 24 horas e progredir conforme aceitação do paciente.
- Alta hospitalar a partir do 2º dia de pós-operatório se a cirurgia for realizada via videolaparoscopia e do 3º dia se a cirurgia for realizada por laparotomia.
- Se ocorrer abertura acidental da mucosa esofágica manter jejum V.O. por 24 a 72 horas.

1.4.2 Esofagectomia subtotal ou mucosectomia com esofagogastroplastia cervical

- Pós-operatório imediato (24 - 48 horas):
- Realizar Raio-X de tórax na admissão do paciente em UTI.
- Suporte ventilatório em respiração assistida e/ou controlada com ventiladores mecânicos quando necessário.
- Drenagem torácica fechada em selo d'água unilateral ou bilateral, se houver indícios de hemotórax ou pneumotórax, com controle rigoroso do débito e aspecto de dreno(s) torácico(s).
- Exames laboratoriais de controle (índices hematimétricos, eletrólitos), hidratação e controle de débito urinário
- Manter jejum V.O.
- Manter jejunostomia aberta

- Antibioticoterapia estendida de amplo espectro deve ser prescrita no pós-operatório em situações específicas de contaminação no intra-operatório.

▪ 3º dia de pós-operatório:

- Iniciar soro glicosado 5% 1000 ml em 24 horas via jejunostomia se já houver trânsito intestinal (ruídos hidroaéreos presentes e normais com eliminação de flatos ou fezes).

- Retirar dreno(s) torácico(s) se não houver débito.

▪ 4º a 8º dia de pós-operatório:

- Iniciar dieta enteral via jejunostomia, inicialmente com 500 Kcal fracionada e aumentar progressivamente a quantidade nos dias subsequentes (800, 1000, 1200, 1500 e 2000 Kcal).

- Suspensão de hidratação E.V.

- Retirar acesso venoso central e drenos abdominais

▪ A partir do 8º dia de pós-operatório:

- Realizar teste com azul de metileno e/ou radiografia contrastada, administrando contraste iodado V.O. Afastada fístula de anastomose cervical, iniciar dieta líquida V.O. e progredir até dieta pastosa.

- Reduzir progressivamente aporte de dieta via jejunostomia.

▪ A partir do 10º dia de pós-operatório:

- Alta hospitalar com jejunostomia

▪ Fístula da anastomose esôfago-gástrica cervical:

- Caso seja constatado fístula ao nível da anastomose esôfago-gástrica cervical, deve-se manter jejum V.O. e dieta via jejunostomia por tempo mais prolongado.

- Nos casos de fístula precoce, realizar endoscopia digestiva alta para avaliar isquemia

- Quando houver redução do débito da fístula e o trajeto cutâneo estiver bem formado, iniciar dieta V.O. com alimentos sólidos.

- Nos casos de intolerância da dieta via jejunostomia e débito elevado da fístula, iniciar nutrição parenteral prolongada.

1.5 Seguimento ambulatorial

▪ Retorno em 07 a 10 dias, para revisão de incisão cirúrgica.

▪ Retornos em 30, 60, 90, 180 dias e anualmente para seguimento.

▪ Realizar esofagograma, endoscopia digestiva alta e manometria esofágica a critério clínico.

1.6 Fluxograma megaesôfago

Resumo esquemático de abordagem e conduta do megaesôfago é apresentado a seguir.

MEGAESÔFAGO

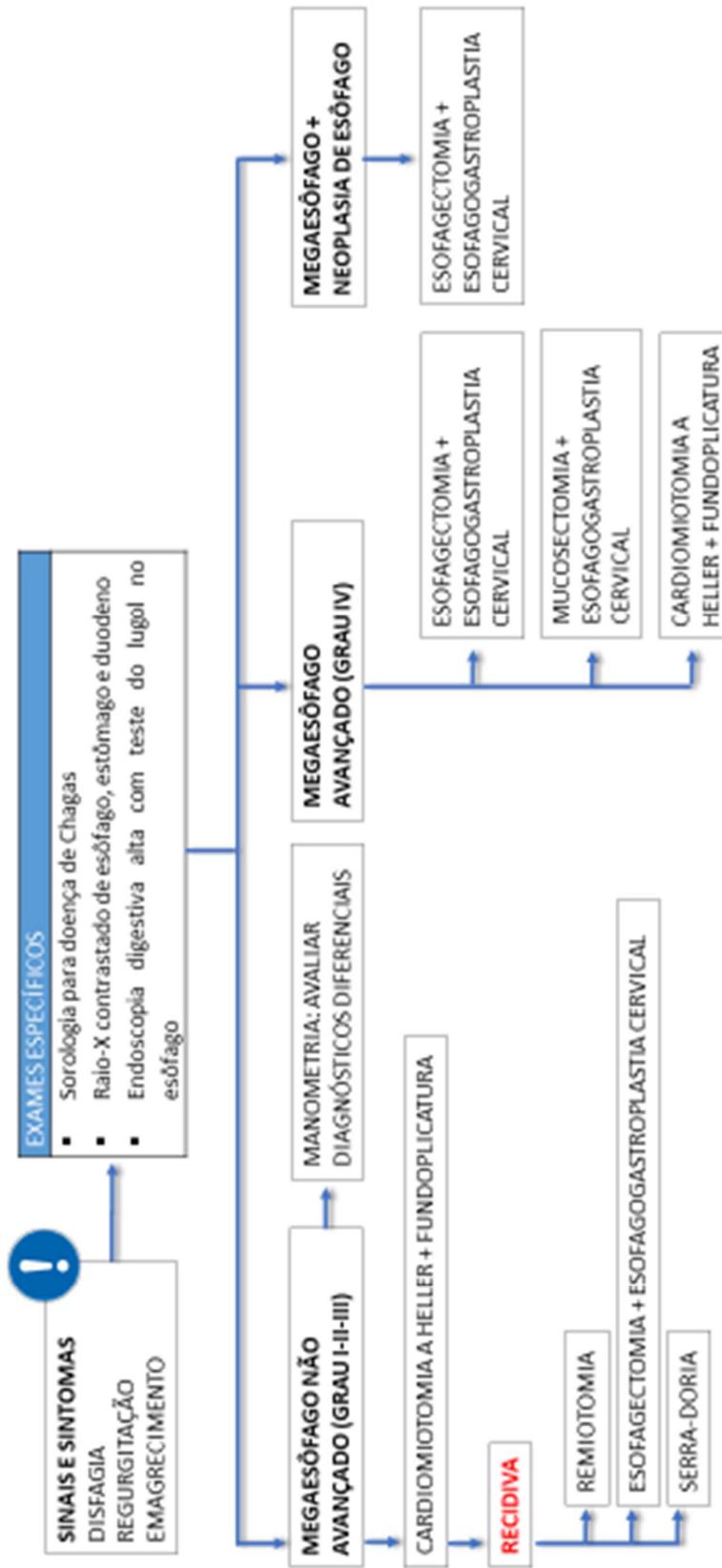


Figura 1: Resumo esquemático de abordagem e conduta do megaesôfago

2. Esofagite e hérnia de hiato

2.1 Exames complementares

Exames gerais

- Hemograma
- Glicemia
- Ureia e creatinina
- Sódio e potássio
- Albumina e Proteína total
- Coagulograma
- Raio-X de tórax

Exames específicos

- Raio-X contrastado de esôfago, estômago e duodeno
- Endoscopia digestiva alta com biópsias
- Manometria esofágica
- Estudo de esvaziamento esofágico por cintilografia
- pHmetria 24 horas

A realização de estudo contrastado do esôfago, estômago e duodeno e endoscopia digestiva alta é obrigatória na abordagem de todos os pacientes em avaliação para esofagite e hérnia de hiato. O raio X contrastado pode, ainda, ser complementado ou substituído por estudo dinâmico radioscópico com realização de manobras para avaliação de refluxo. Nos casos de pacientes portadores de esôfago de Barrett (curto ou longo), faz-se necessária EDA de realização recente e com biópsias a fim de afastar a presença de displasia e/ou neoplasia.

A manometria esofágica, embora possa ser realizada em todos os pacientes com objetivo de avaliar a motilidade e a medida da pressão do esfíncter esofágico inferior (EEI); tem obrigatoriedade de realização restrita aos pacientes com doença do refluxo gastroesofágico e disfagia associada.^{38,39}

A pHmetria de 24 horas pode ser indicada nos portadores de doença do refluxo com sintomas extra-esofágicos.⁴⁰

2.2 Pré-operatório

- Jejum V.O. por 8 horas

2.3 Técnicas cirúrgicas

2.3.1 Esofagite de refluxo sem redução da luz do esôfago

- Esofagogastrofunduplicatura a Nissen via videolaparoscopia: considerar funduplicatura parcial (técnica de Lind ou Nissen modificado) ou total conforme avaliação pré-operatória e presença de queixas disfágicas.⁴¹

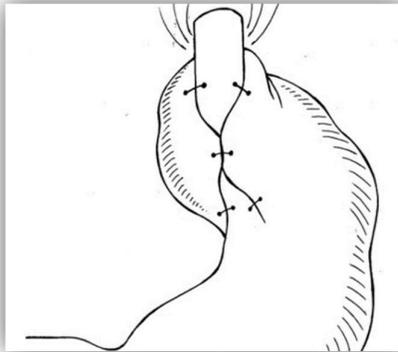


Figura 2. Representação esquemática de funduplicatura a Nissen modificado

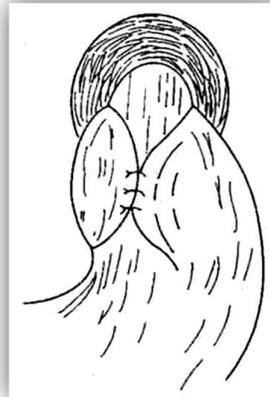


Figura 3: Representação esquemática de funduplicatura total

2.3.2 Esofagite de refluxo moderada com estenose péptica

- Esofagogastrofunduplicatura a Nissen
- Dilatação esofágica com velas com auxílio de endoscopia digestiva no pós-operatório pode ser necessária se paciente mantiver queixas disfágicas.

2.3.3 Esofagite de refluxo acentuada com estenose péptica

- Dilatação esofágica pré-operatória eficaz (até diâmetro esofágico próximo da normalidade):

- 1ª opção: Esofagogastroduoplicatura a Nissen.

- 2ª opção: Gastrectomia subtotal distal + vagotomia troncular + reconstrução em Y-de-Roux.

- Dilatação esofágica pré-operatória ineficaz: Esofagectomia subtotal com esofagogastroplastia cervical. Realizar obrigatoriamente jejunostomia para suporte nutricional no pós-operatório.

- Dilatação esofágica com velas com auxílio de endoscopia digestiva no pós-operatório pode ser necessária se paciente mantiver queixas disfágicas.

2.3.4 Esofagite de refluxo com mucosa de Barrett

- Esofagogastroduoplicatura a Nissen via laparotomia ou videolaparoscopia.

2.3.5 Recidiva de esofagite de refluxo

- 1ª opção: refazer a esofagogastroduoplicatura a Nissen.

- 2ª opção: Gastrectomia subtotal distal + vagotomia troncular + reconstrução em Y-de-Roux.

2.4 Pós-operatório

2.4.1 Esofagogastroduoplicatura a Nissen modificado

- Não é necessário manter SNG
- Manter jejum V.O. durante 24 horas.
- Não é necessário utilizar dreno na cavidade abdominal.
- Não prescrever antibióticos a menos que haja necessidade justificada.
- Prescrever antiemético ondansetrona. Aplicação deve ser iniciada assim que o paciente for admitido em enfermaria no pós-operatório.

- Iniciar dieta líquida após 24 horas e progredir conforme aceitação do paciente

- Alta hospitalar a partir do 2º dia de pós-operatório se a cirurgia for realizada via videolaparoscopia e do 3º dia se a cirurgia for realizada por laparotomia.

- Orientações ao paciente sobre mastigação e manutenção de dieta pastosa por 3 semanas

2.4.2 Gastrectomia subtotal distal + vagotomia troncular + reconstrução em Y-de-Roux

- Não é necessário manter SNG.
- Manter jejum V.O. durante 72 horas; tempo mais prolongado pode ser necessário se paciente apresentar íleo adinâmico.
- Iniciar dieta com líquidos claros após 72 horas, e progredir conforme aceitação do paciente.
- Alta hospitalar a partir do 7º dia de pós-operatório.

2.4.3 Esofagectomia subtotal com esofagogastroplastia cervical

- Pós-operatório imediato (24 - 48 horas):
 - Realizar Raio-X de tórax na admissão do paciente em UTI.
 - Suporte ventilatório em respiração assistida e/ou controlada com ventiladores mecânicos quando necessário.
 - Drenagem torácica fechada em selo d'água unilateral ou bilateral, se houver indícios de hemotórax ou pneumotórax, com controle rigoroso do débito e aspecto de dreno(s) torácico(s).
 - Exames laboratoriais de controle (índices hematimétricos, eletrólitos), hidratação e controle de débito urinário
 - Manter jejum V.O.
 - Manter jejunostomia aberta
 - Antibioticoterapia estendida de amplo espectro deve ser prescrita no pós-operatório em situações específicas de contaminação no intra-operatório.
- 3º dia de pós-operatório:
 - Iniciar soro glicosado 5% 1000 ml em 24 horas via jejunostomia se já houver trânsito intestinal (ruídos hidroaéreos presentes e normais com eliminação de flatos ou fezes).
 - Retirar dreno(s) torácico(s) se não houver débito.
- 4º a 8º dia de pós-operatório:
 - Iniciar dieta enteral via jejunostomia, inicialmente com 500 Kcal fracionada e aumentar progressivamente a quantidade nos dias subsequentes (800, 1000, 1200, 1500 e 2000 Kcal).
 - Suspensão de hidratação E.V.
 - Retirar acesso venoso central e drenos abdominais

- A partir do 8º dia de pós-operatório:
 - Realizar radiografia contrastada, administrando contraste iodado V.O. Afastada fístula de anastomose cervical, iniciar dieta líquida V.O. e progredir até dieta pastosa.
 - Reduzir progressivamente aporte de dieta via jejunostomia.
 - A partir do 10º dia de pós-operatório:
 - Alta hospitalar com jejunostomia
 - Fístula da anastomose esôfago-gástrica cervical:
 - Caso seja constatado fístula ao nível da anastomose esôfago-gástrica cervical, deve-se manter jejum V.O. e dieta via jejunostomia por tempo mais prolongado.
 - Quando houver redução do débito da fístula e o trajeto cutâneo estiver bem formado, iniciar dieta V.O. com alimentos sólidos.
 - Nos casos de intolerância da dieta via jejunostomia e débito elevado da fístula, iniciar nutrição parenteral prolongada

2.5 Seguimento ambulatorial

- Retorno em 07 a 10 dias, para revisão de incisão cirúrgica.
- Retornos em 30, 60, 120 e 180 dias e anualmente para seguimento.
- Na presença de estenose esofágica pré-operatória, novas sessões de dilatação esofágica com velas com auxílio de endoscopia digestiva podem ser realizadas no pós-operatório quando necessário.⁴²
- Nos casos de esofagite de refluxo com esôfago de Barrett em que o paciente não for submetido a ressecção esofágica, deverá ocorrer acompanhamento endoscópico periódico (recomendação de intervalo de vigilância de 12 meses) com biópsias para avaliar regressão do epitélio de Barrett e discutir possibilidade de cauterização endoscópica de acordo com a presença de displasia.⁴³

2.6 Fluxograma esofagite e hérnia de hiato

Resumo esquemático de abordagem e conduta da esofagite e hérnia de hiato é apresentado a seguir.

ESOFAGITE E HÉRNIA DE HIATO

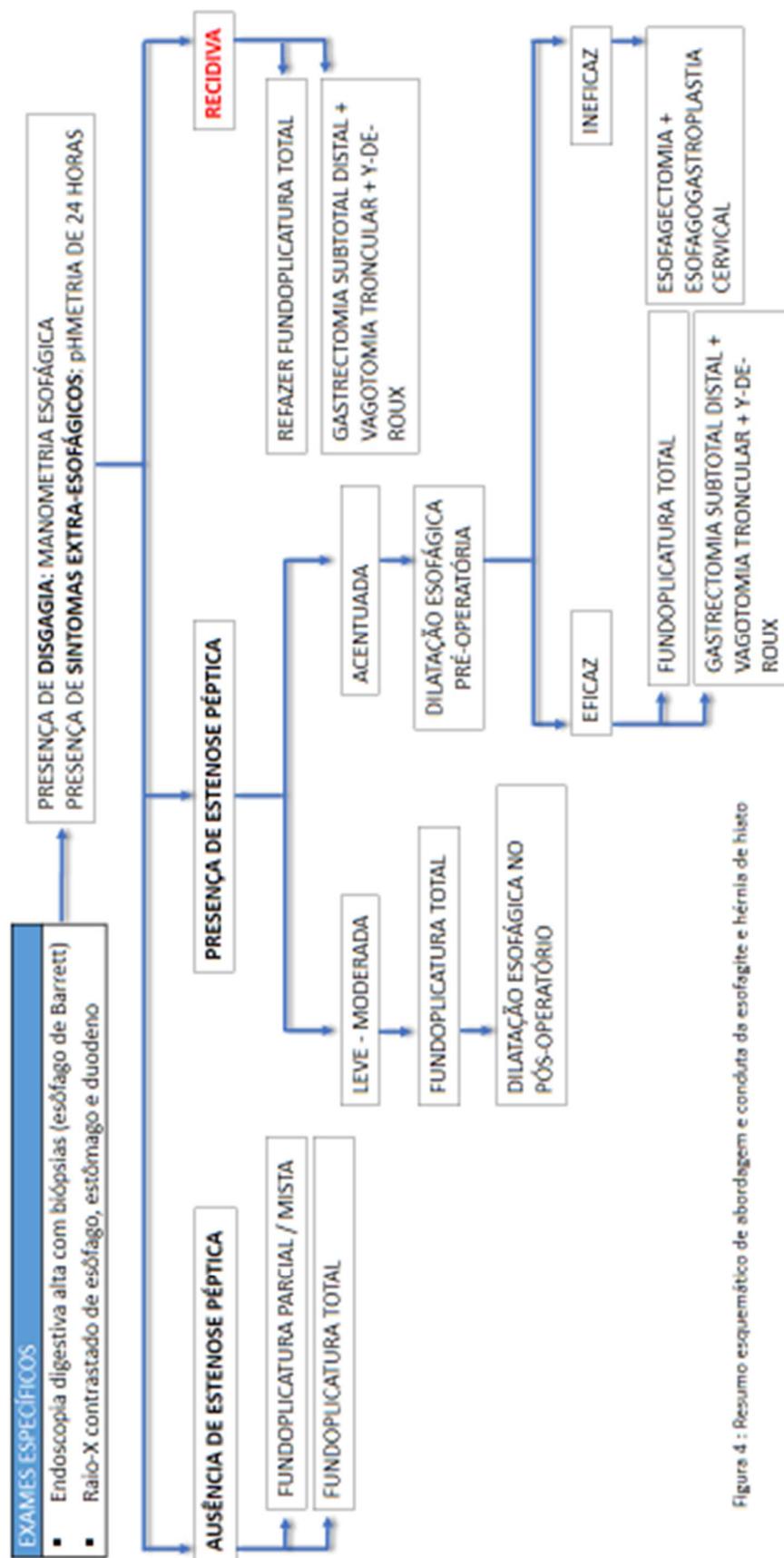


Figura 4 : Resumo esquemático de abordagem e conduta da esofagite e hérnia de hiato

3. Estenose cáustica de esôfago

A ingestão de agentes corrosivos (ácidos ou básicos) consiste em um dos fatores etiológicos de estenose benigna do esôfago. Resulta em uma lesão intensa da mucosa do órgão com conseqüente espessamento de suas camadas mucosa, submucosa e muscular, evoluindo até para fibrose. Sua ocorrência é frequente em todo o território nacional, e estima-se que a ingestão desses agentes leve a estenose de esôfago de 10 a 33% dos casos registrados, geralmente ocorrendo em um período de 2 a 8 semanas.⁴²

3.1 Exames complementares

Exames gerais

- Hemograma
- Glicemia
- Gasometria arterial
- Ureia e creatinina
- Sódio e potássio
- Albumina e proteína total
- Coagulograma
- Prova de função pulmonar
- Raio X de tórax

Exames específicos

- Raio-X contrastado de esôfago, estômago e duodeno
- Endoscopia digestiva alta com biópsias
- Colonoscopia

3.2 Pré-operatório

- Jejum V.O. por 8 horas
- Preparo de cólon.
- Acesso venoso central (do lado direito) em sala operatória.
- Sondagem vesical de demora em sala operatória.
- Disponibilidade em sala operatória dos materiais cirúrgicos de laparotomia, cirurgia de cabeça e pescoço e toracotomia com afastador de Finochietto (para eventual necessidade de toracotomia de emergência).
 - Reserva de vaga de Unidade de Terapia intensiva (UTI).

3.3 Técnicas cirúrgicas

- O tratamento inicial consiste na tentativa de dilatações com auxílio de endoscopia e caso não ocorra melhora da disfagia, com emagrecimento e queda do estado geral, o tratamento cirúrgico deve ser logo indicado.
- 1ª opção: Esofagocoloplastia retroesternal (cólon direito, cólon transverso e descendente).
- 2ª opção: Esofagectomia transmediastinal + esofagogastroplastia cervical + piloromiotomia
- Realizar obrigatoriamente jejunostomia para suporte nutricional no pós-operatório.

3.4 Pós-operatório

- Pós-operatório imediato (24 - 48 horas):
 - Realizar Raio-X de tórax na admissão do paciente em UTI.
 - Suporte ventilatório em respiração assistida e/ou controlada com ventiladores mecânicos quando necessário.
 - Drenagem torácica fechada em selo d'água unilateral ou bilateral, se houver indícios de hemotórax ou pneumotórax, com controle rigoroso do débito e aspecto de dreno(s) torácico(s).
 - Exames laboratoriais de controle (índices hematimétricos, eletrólitos), hidratação e controle de débito urinário
 - Manter jejum V.O.
 - Manter jejunostomia aberta
 - Antibioticoterapia estendida de amplo espectro deve ser prescrita no pós-operatório em situações específicas de contaminação no intra-operatório.
- 3º dia de pós-operatório:
 - Iniciar soro glicosado 5% 1000 ml em 24 horas via jejunostomia se já houver trânsito intestinal (ruídos hidroaéreos presentes e normais com eliminação de flatos ou fezes).
 - Retirar dreno(s) torácico(s) se não houver débito.
- 4º a 8º dia de pós-operatório:
 - Iniciar dieta enteral via jejunostomia, inicialmente com 500 Kcal fracionada e aumentar progressivamente a quantidade nos dias subsequentes (800, 1000, 1200, 1500 e 2000 Kcal).
 - Suspensão de hidratação E.V.

- Retirar acesso venoso central e drenos abdominais
 - A partir do 8º dia de pós-operatório:
- Realizar radiografia contrastada, administrando contraste iodado V.O. Afastada fístula de anastomose cervical, iniciar dieta líquida V.O. e progredir até dieta pastosa.
- Reduzir progressivamente aporte de dieta via jejunostomia.
 - A partir do 10º dia de pós-operatório:
- Alta hospitalar com jejunostomia
 - Fístula da anastomose esôfago-gástrica cervical ou esôfago-colo cervical:
- Caso seja constatado fístula ao nível da anastomose cervical, deve-se manter jejum V.O. e dieta via jejunostomia por tempo mais prolongado.
- Quando houver redução do débito da fístula e o trajeto cutâneo estiver bem formado, iniciar dieta V.O. com alimentos sólidos.
- Nos casos de intolerância da dieta via jejunostomia e débito elevado da fístula, iniciar nutrição parenteral prolongada

3.5 Seguimento ambulatorial

- Retorno em 07 a 10 dias, para revisão de incisão cirúrgica.
- Retirar jejunostomia somente quando o paciente estiver alimentando-se satisfatoriamente por via oral após a alta hospitalar.
- Caso o paciente passe a referir retorno da disfagia e seja constatada presença de estenose esofágica pós-operatória, novas sessões de dilatação esofágica com velas com auxílio de endoscopia digestiva podem ser realizadas.
- Retornos em 30, 60, 120 e 180 dias e anualmente para seguimento. O acompanhamento médico e endoscópico vitalício está indicado, uma vez que em longo prazo recidiva de disfagia pode ocorrer secundária a reestenose por DRGE (que se torna mais frequente nesse grupo de pacientes). Além disso, a ocorrência de carcinoma espinocelular é mais prevalente, com incidência em 3 a 5% dessa população após 30 anos.⁴²

4. Neoplasia de esôfago

A neoplasia de esôfago figura como a oitava neoplasia de maior incidência em todo o mundo. Com uma estimativa de 456 mil casos novos (correspondendo a 3,2% do total de casos novos de câncer) para o ano de 2012, o câncer de esôfago possui ampla variabilidade no padrão geográfico (mais do que a de qualquer outro câncer), sendo que cerca de 80% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento. Em termos de incidência, o câncer de esôfago é de três a quatro vezes mais comum entre homens do que entre mulheres. Para a mortalidade, foram estimados cerca de 400 mil óbitos por essa neoplasia em 2012 (correspondendo a quase 5% das mortes por câncer no mundo). Dentre as neoplasias que acometem o trato gastrointestinal, o câncer de esôfago consiste no terceiro mais incidente, sendo superado nesta topografia apenas pela neoplasia de estômago e colorretal.⁹

No Brasil, o câncer de esôfago é o sexto mais incidente para ambos os sexos e o 13º quando considerada apenas a população do gênero feminino. Estimam-se 10.810 casos novos em todo o território nacional durante o ano de 2016, dos quais 7.950 homens e 2.860 mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 8,04 casos novos a cada 100 mil homens e 2,76 para cada 100 mil mulheres.⁸

4.1 Exames complementares

Exames gerais

- Hemograma
- Glicemia
- Gasometria arterial
- Ureia e creatinina
- Sódio e potássio
- Albumina e proteína total
- Coagulograma
- Prova de função pulmonar
- Raio-X de tórax

Exames específicos

- Raio-X contrastado de esôfago, estômago e duodeno
- Endoscopia digestiva alta com biópsias⁴⁶
- Avaliação nutricional especializada: cálculo da porcentagem de perda ponderal e parâmetros antropométricos

Exames para estadiamento

- Endoscopia digestiva alta
- Tomografia computadorizada de tórax e abdome com contraste E.V.
- Broncoscopia
- Ultrassonografia abdominal
- Ressonância magnética
- Tomografia computadorizada com emissão de pósitrons (PET-CT)
- Nasofaringoscopia: pesquisa de neoplasias de cabeça e pescoço associadas

4.2 Estadiamento e terapia neoadjuvante

4.2.1 Estadiamento clínico

O estadiamento clínico abaixo é o proposto pela 8ª edição “American Joint Committee on Cancer” de 2016.⁴⁴

T

- Tis: Displasia de alto grau, restrito à mucosa
- T1: Extensão para lâmina própria, muscular da mucosa ou submucosa
- T2: Extensão para muscular própria
- T3: Extensão para adventícia
- T4a: Extensão para pleura, pericárdio ou diafragma
- T4b: Extensão para traqueia, aorta ou coluna vertebral

N

- N0: Ausência de acometimento linfonodal
- N1: Acometimento 1-2 linfonodos
- N2: Acometimento 3-6 linfonodos
- N3: Acometimento 7 ou mais linfonodos

M

- M0: Ausência de metástases a distância
- M1: Presença de metástases a distância

4.2.2 Terapia neoadjuvante

- Radioterapia + Quimioterapia encontram-se indicadas para todos os casos de carcinoma epidermóide. Excepcionalmente a cirurgia de ressecção esofágica poderá ser realizada no carcinoma epidermóide de terço distal do esôfago previamente à radioterapia.

- Também pode ser realizada em casos selecionados de adenocarcinoma de esôfago distal e transição esofagogástrica.

- A cirurgia deverá ser indicada após 6 a 8 semanas do término do tratamento neoadjuvante.

4.3 Pré-operatório

- Preparo nutricional pré-operatório: Alimentação hipercalórica e hiperproteica por via oral se luz esofágica permeável, via enteral (sonda nasoenteral) ou gastrostomia / jejunostomia se luz esofágica impérvia. Nutrição parenteral quando nenhuma das vias acima for possível.
 - Fisioterapia respiratória:
 - Exercícios respiratórios
 - Inalações com soro fisiológico e broncodilatadores
 - Cessar tabagismo e etilismo
 - Avaliação de operabilidade e ressecabilidade do tumor:
 - Ausência metástases detectáveis aos métodos de estadiamento pré-operatório.
 - Ausência de infiltração de árvore-traqueo-brônquica.
 - Perda ponderal inferior a 15% do peso corpóreo.
 - Paciente considerado apto clinicamente para procedimento cirúrgico/anestésico

4.4 Técnicas cirúrgicas

- 1ª opção: Esofagectomia subtotal com tempo torácico via videotoroscopia + cervicotomia esquerda + esofagogastroplastia cervical.
- 2ª opção: Esofagectomia subtotal transmediastinal + cervicotomia esquerda + esofagogastroplastia cervical.
- 3ª opção: Esofagectomia subtotal com tempo torácico via videotoroscopia + cervicotomia esquerda esofagocoloplastia, nos casos de cirurgia gástrica prévia
 - Carcinoma do terço superior do esôfago próximo do esfíncter esofágico superior: Faringolaringoesofagectomia total com faringogastroplastia cervical em conjunto com equipe de Cirurgia de cabeça e pescoço.
 - Cirurgia paliativa: nos casos em que o paciente não se encontrar apto para a ressecção do tumor com caráter curativo, podem ser realizados Esofagogastroplastia retroesternal (bypass), colocação de prótese esofágica transtumoral e gastrostomia (endoscópica ou cirúrgica) ou jejunostomia.

4.5 Pós-operatório

- Pós-operatório imediato (24 - 48 horas):
 - Realizar Raio-X de tórax na admissão do paciente em UTI.
 - Suporte ventilatório em respiração assistida e/ou controlada com ventiladores mecânicos quando necessário.
 - Drenagem torácica fechada em selo d'água unilateral ou bilateral, se houver indícios de hemotórax ou pneumotórax, com controle rigoroso do débito e aspecto de dreno(s) torácico(s).
 - Exames laboratoriais de controle (índices hematimétricos, eletrólitos), hidratação e controle de débito urinário
 - Manter jejum V.O.
 - Manter jejunostomia aberta
 - Antibioticoterapia estendida de amplo espectro deve ser prescrita no pós-operatório em situações específicas de contaminação no intra-operatório.
- 3º dia de pós-operatório:
 - Iniciar soro glicosado 5% 1000 ml em 24 horas via jejunostomia se já houver trânsito intestinal (ruídos hidroaéreos presentes e normais com eliminação de flatos ou fezes).
 - Retirar dreno(s) torácico(s) se não houver débito.
- 4º a 8º dia de pós-operatório:
 - Iniciar dieta enteral via jejunostomia, inicialmente com 500 Kcal fracionada e aumentar progressivamente a quantidade nos dias subsequentes (800, 1000, 1200, 1500 e 2000 Kcal).
 - Suspensão de hidratação E.V.
 - Retirar acesso venoso central e drenos abdominais
- A partir do 8º dia de pós-operatório:
 - Realizar radiografia contrastada, administrando contraste iodado V.O. Afastada fístula de anastomose cervical, iniciar dieta líquida V.O. e progredir até dieta pastosa.
 - Reduzir progressivamente aporte de dieta via jejunostomia.
- A partir do 10º dia de pós-operatório:
 - Alta hospitalar com jejunostomia
- Fístula da anastomose esôfago-gástrica cervical:
 - Caso seja constatado fístula ao nível da anastomose esôfago-gástrica cervical, deve-se manter jejum V.O. e dieta via jejunostomia por tempo mais prolongado.

- Quando houver redução do débito da fístula e o trajeto cutâneo estiver bem formado, iniciar dieta V.O. com alimentos sólidos.
- Nos casos de intolerância da dieta via jejunostomia e débito elevado da fístula, iniciar nutrição parenteral prolongada

4.6 Seguimento ambulatorial

- Retorno em 07 a 10 dias, para revisão de incisão cirúrgica.
- Encaminhar para Oncologia Clínica para avaliação de terapêutica adjuvante.
- Retornos em 30, 60, 120 e 180 dias e anualmente para seguimento.
- Nas consultas de retorno, solicitar: endoscopia digestiva, ultrassonografia abdominal, Raio-X e, eventualmente, Tomografia Computadorizada a cada 6 meses.
 - Caso o paciente passe a referir disfagia e seja constatada presença de estenose esofágica pós-operatória, sessões de dilatação esofágica com velas com auxílio de endoscopia digestiva podem ser realizadas.

4.7 Fístula esôfago-brônquica ou esôfago-pleural

4.7.1 Condutas clínicas

Ao suspeitar-se de fístula esôfago brônquica, pleural ou pulmonar em portador de carcinoma de esôfago, as seguintes condutas devem ser adotadas:

- Jejum V.O.
- Correção de distúrbios hidroeletrólíticos.
- Antibioticoterapia de amplo espectro.
- Fisioterapia respiratória intensiva.
- Solicitar Raio-X contrastado de esôfago para demonstrar a fístula e o sua topografia.
 - Endoscopia digestiva com biópsias
 - Suspender definitivamente a radioterapia se o doente estiver na vigência deste tratamento
 - Avaliação de condições nutricionais e gerais do doente, com vistas a conduta cirúrgica a ser estabelecida: perda ponderal após o início da doença, parâmetros antropométricos, albumina e eletroforese de proteínas séricas.

4.7.2 Condutas Cirúrgicas

- 1ª opção: Prótese transtumoral

- 2ª opção: Bypass esôfago-gástrico retroesternal, utilizando o estômago (tubo gástrico ou todo o estômago); nos casos em que o paciente apresentar condições clínicas e nutricionais satisfatórias.

- 3ª opção: Gastrostomia (endoscópica ou cirúrgica).

- 4ª opção: Sonda nasoenteral

- 5ª opção: Esofagostomia cervical e gastrostomia

- Observações:

- Traqueostomia poderá ser realizada se for necessária.

- Drenagem torácica fechada poderá ser realizada se for necessária

5. Neoplasia de transição esôfago-gástrica

5.1 Exames complementares

Exames gerais

- Hemograma
- Glicemia
- Gasometria arterial
- Ureia e creatinina
- Sódio e potássio
- Albumina e proteína total
- Coagulograma
- Prova de função pulmonar
- Raio-X de tórax

Exames específicos

- Raio-X contrastado de esôfago, estômago e duodeno
- Endoscopia digestiva alta com biópsias
- Avaliação nutricional especializada: cálculo da porcentagem de perda ponderal e parâmetros antropométricos

Exames para estadiamento

- Endoscopia digestiva alta
- Tomografia computadorizada de tórax e abdome com contraste E.V.
- Broncoscopia
- Ultrassonografia abdominal
- Ressonância magnética
- Tomografia computadorizada com emissão de pósitrons (PET-CT)

5.2 Classificação

5.2.1 Classificação

- Siewert I: adenocarcinoma de esôfago distal com epicentro localizado de 5 a 1 cm proximalmente a junção esôfago-gástrica (linha Z). Usualmente origina-se de área de metaplasia intestinal especializada do esôfago e pode infiltrar a transição localizada distalmente.

- Siewert II: carcinoma da cárdia, localizado de 1 cm proximal a 2 cm distalmente a junção esôfago-gástrica. Origina-se do epitélio cárdico ou de segmentos curtos de metaplasia intestinal na transição.

- Siewert III: carcinoma gástrico sub-cárdico com epicentro localizado de 2 a 5 cm distalmente à junção esôfago-gástrica, infiltrando a transição esofagogástrica localizada proximalmente.⁴⁷

5.3 Pré-operatório

- Preparo nutricional pré-operatório: Alimentação hipercalórica e hiperproteica por via oral se luz esofágica permeável, via enteral (sonda nasoenteral) ou gastrostomia / jejunostomia se luz esofágica impérvia. Nutrição parenteral quando nenhuma das vias acima for possível.

- Fisioterapia respiratória:

- Exercícios respiratórios

- Inalações com soro fisiológico e broncodilatadores

- Cessar tabagismo e etilismo

- Avaliação de operabilidade e ressecabilidade do tumor:

- Ausência metástases detectáveis aos métodos de estadiamento pré-operatório.

- Paciente considerado apto clinicamente para procedimento cirúrgico/anestésico

5.4 Técnicas cirúrgicas

- Siewert I: Esofagectomia subtotal com esofagogastroplastia cervical por tubo gástrico.

- Siewert II: Esofagectomia subtotal com esofagogastroplastia cervical ou Gastrectomia total

- Siewert III: Gastrectomia total com reconstrução em Y-de-Roux ou esofagogastrectomia total com esofagocolojejunoplastia.

5.5 Pós-operatório

- Pós-operatório imediato (24 - 48 horas):
 - Realizar Raio-X de tórax na admissão do paciente em UTI.
 - Suporte ventilatório em respiração assistida e/ou controlada com ventiladores mecânicos quando necessário.
 - Drenagem torácica fechada em selo d'água unilateral ou bilateral, se houver indícios de hemotórax ou pneumotórax, com controle rigoroso do débito e aspecto de dreno(s) torácico(s).
 - Exames laboratoriais de controle (índices hematimétricos, eletrólitos), hidratação e controle de débito urinário
 - Manter jejum V.O.
 - Manter jejunostomia aberta
 - Antibioticoterapia estendida de amplo espectro deve ser prescrita no pós-operatório em situações específicas de contaminação no intra-operatório.
- 3º dia de pós-operatório:
 - Iniciar soro glicosado 5% 1000 ml em 24 horas via jejunostomia se já houver trânsito intestinal (ruídos hidroaéreos presentes e normais com eliminação de flatos ou fezes).
 - Retirar dreno(s) torácico(s) se não houver débito.
- 4º a 8º dia de pós-operatório:
 - Iniciar dieta enteral via jejunostomia, inicialmente com 500 Kcal fracionada e aumentar progressivamente a quantidade nos dias subsequentes (800, 1000, 1200, 1500 e 2000 Kcal).
 - Suspensão de hidratação E.V.
 - Retirar acesso venoso central e drenos abdominais
- A partir do 8º dia de pós-operatório:
 - Realizar radiografia contrastada, administrando contraste iodado V.O. Afastada fístula de anastomose cervical, iniciar dieta líquida V.O. e progredir até dieta pastosa.
 - Reduzir progressivamente aporte de dieta via jejunostomia.
- A partir do 10º dia de pós-operatório:
 - Alta hospitalar com jejunostomia
- Fístula da anastomose esôfago-gástrica cervical:

- Caso seja constatado fístula ao nível da anastomose esôfago-gástrica cervical, deve-se manter jejum V.O. e dieta via jejunostomia por tempo mais prolongado.
- Quando houver redução do débito da fístula e o trajeto cutâneo estiver bem formado, iniciar dieta V.O. com alimentos sólidos.
- Nos casos de intolerância da dieta via jejunostomia e débito elevado da fístula, iniciar nutrição parenteral prolongada

5.6 Seguimento ambulatorial

- Retorno em 07 a 10 dias, para revisão de incisão cirúrgica.
- Encaminhar para Oncologia Clínica para avaliação de terapêutica adjuvante.
- Retornos em 30, 60, 120 e 180 dias e anualmente para seguimento.
- Nas consultas de retorno, solicitar: endoscopia digestiva, ultrassonografia abdominal, Raio-X e, eventualmente, Tomografia Computadorizada a cada 6 meses.
- Caso o paciente passe a referir disfagia e seja constatada presença de estenose esofágica pós-operatória, sessões de dilatação esofágica com velas com auxílio de endoscopia digestiva podem ser realizadas.



Doenças do Estômago e Duodeno



6. Úlcera gástrica

6.1 Exames complementares

Exames gerais

- Hemograma
- Glicemia
- Ureia e creatinina
- Sódio e potássio
- Albumina e proteína total
- Coagulograma

Exames específicos

- Raio-X contrastado de esôfago, estômago e duodeno
- Endoscopia digestiva alta com biópsias (≥ 6 fragmentos) e pesquisa de *Helicobacter pylori*
- Dosagem gastrinemia

A dosagem de gastrina sérica deverá ser solicitada nos casos em que houver suspeita de síndrome de Zollinger-Ellison.

6.2 Pré-operatório

- Jejum V.O. por 8 horas.
- Nos casos de estenose pilórica, passagem de sonda nasogástrica para lavagem gástrica na véspera da cirurgia.
- Sondagem vesical de demora em na sala operatória.

6.3 Técnicas cirúrgicas

A opção da técnica cirúrgica irá depender da topografia da úlcera gástrica:

- Incisura angularis: Hemigastrectomia com reconstrução em Y-de-Roux
- Pré-pilórica e pilórica: Hemigastrectomia + vagotomia troncular com reconstrução em Y-de-Roux
- Justa cárdica: Gastrectomia total com reconstrução em Y-de-Roux
- Tratando-se de úlcera gástrica, mas que no intra-operatório constata-se cicatriz antiga de úlcera duodenal, é conveniente associar vagotomia troncular.

Realizar drenagem da cavidade abdominal com dreno de Penrose locado em hipocôndrio direito para monitoramento de fístulas, deiscências e coleções intra-abdominais.

6.4 Pós-operatório

- Correção de distúrbios hidroeletrólíticos.
- Manutenção de sonda nasogástrica por 24 horas após a cirurgia.
- Manter jejum V.O. por 72 horas.
- Iniciar dieta líquida no 3º dia de pós-operatório e progredir conforme aceitação do paciente.
- Tracionar dreno abdominal (aproximadamente 5 cm/dia) a partir do 4º dia de pós operatório.
- Alta hospitalar a partir do 7º dia de pós-operatório.

6.5 Seguimento ambulatorial

- Retorno em 07 a 10 dias para revisão de incisão cirúrgica.
- Retornos em 30, 60, 120 e 180 dias e anualmente para seguimento.
- Nas consultas de retorno, solicitar endoscopia digestiva alta se o paciente apresentar sintomatologia relacionada a dispepsia.

6.6 Úlcera gástrica perfurada

- Correção de distúrbios hidroeletrólíticos.
- Antibioticoterapia de amplo espectro.
- Lavagem exaustiva da cavidade abdominal com soro fisiológico 0,9%
- Condutas cirúrgicas
 - 1ª opção: Reavivamento e desbridamento das bordas (enviar fragmentos para exame anatomopatológico) + sutura simples da perfuração
 - 2ª opção: Gastrectomia parcial
 - Na presença de suspeita para neoplasia gástrica: Gastrectomia subtotal ampliada (acompanhada de omentectomia e linfadenectomia) caso o paciente tenha condições clínicas.

- Realizar drenagem da cavidade abdominal com dreno de Penrose locado em hipocôndrio direito para monitoramento de fístulas, deiscências e coleções intra-abdominais.

6.7 Úlcera de boca anastomótica

- Após gastrectomia Billroth I: Degastrectomia, seguido de vagotomia troncular com reconstrução a Y-de-Roux.
 - Após gastrectomia Billroth II:
 - 1ª opção: Degastrectomia seguido de vagotomia troncular com reconstrução em Y-de-Roux.
 - 2ª opção: Exérese da úlcera, seguido de vagotomia troncular e transformação de para Y-de-Roux.
 - Após gastrectomia em Y-de-Roux:
 - 1ª opção: Exérese da úlcera e vagotomia troncular
 - 2ª opção: Degastrectomia, seguido de vagotomia troncular, com reconstrução de Y-de-Roux.
 - Obrigatoriamente realizar pesquisa de antro gástrico residual além de vagos acessórios não seccionados, neste tipo de úlcera.
 - Após gastrectomia (Billroth I, Billroth II ou Y-de-Roux) sem vagotomia prévia:
 - 1ª opção: Vagotomia troncular bilateral torácica via videotoracoscopia
 - 2ª opção: Vagotomia troncular bilateral via videolaparoscopia

6.8 Úlcera recidivada

- Realizar dosagem de gastrinemia no pré-operatório.
- Hemigastrectomia, seguido de vagotomia troncular, com reconstrução a Billroth I ou Y-de-Roux.

7. Úlcera duodenal

7.1 Exames complementares

Exames gerais

- Hemograma
- Glicemia
- Ureia e creatinina
- Sódio e potássio
- Albumina e proteína total
- Coagulograma

Exames específicos

- Raio-X contrastado de esôfago, estômago e duodeno
- Endoscopia digestiva alta com biópsias (≥ 6 fragmentos) e pesquisa de *Helicobacter pylori*
- Dosagem gastrinemia

A dosagem de gastrina sérica deverá ser solicitada nos casos em que houver suspeita de síndrome de Zollinger-Ellison.

7.2 Pré-operatório

- Jejum V.O. por 8 horas.
- Nos casos de estenose duodenal, passagem de sonda nasogástrica para lavagem gástrica na véspera da cirurgia, principalmente em pacientes com estenose pilórica que realizaram exames radiológicos contrastados na internação.
- Sondagem vesical de demora em na sala operatória.

7.3 Técnicas cirúrgicas

7.3.1 Ausência de estenose duodenal

- 1ª opção: Vagotomia supraseletiva (V.S.S.)
- 2ª opção: Hemigastrectomia com vagotomia troncular e reconstrução em Y-de-Roux
- 3ª opção: Vagotomia troncular e piloroplastia

7.3.2 Presença de estenose duodenal

- 1ª opção: Vagotomia superseletiva (V.S.S.) associada a cirurgia de drenagem:
 - Píloroplastia (nos casos de estenose pilórica);
 - Antroduodenoanastomose anterior ou lateral (nos casos de estenose bulbar);
 - Gastroduodenoanastomose a Jaboulay (nos casos de estenose pós-bulbar).
- 2ª opção: Hemigastrectomia com vagotomia troncular e reconstrução em Y-de-Roux.
- 3ª opção: Hemigastrectomia com vagotomia troncular, mucectomia antral a Finsterer-Bancroft e anastomose gastroduodenal na 2ª porção duodenal ou reconstrução a BII.
- 4ª opção: Gastroenteroanastomose e vagotomia troncular.
- Na vagotomia superseletiva deve obrigatoriamente ser realizado:
 - Secção do 1º ramo superior da “pata de corvo”;
 - Dissecção de 5 - 7 cm do esôfago abdominal;
 - Fixação do fundo gástrico ao esôfago distal com no mínimo 3 pontos separados de fio inabsorvível (refazer o ângulo de His à maneira de Lortat-Jacob);
 - Peritonização da pequena curvatura
- A vagotomia troncular deve ser considerada em detrimento da vagotomia superseletiva em úlceras duodenais grandes (> 1,5 - 2,0 cm de diâmetro), sendo conveniente fechar a membrana freno esofágica, e até mesmo refazer o ângulo de His (a maneira de Lortat-Jacob) com pontos separados de fio inabsorvível) após sua realização.

7.4 Pós-operatório

7.4.1 Vagotomia superseletiva sem cirurgia de drenagem

- Manutenção de sonda nasogástrica por 24 horas após a cirurgia.
- Iniciar dieta líquida 24 horas após a cirurgia e progredir conforme aceitação do paciente.
- Alta hospitalar a partir do 3º dia de pós-operatório.

7.4.2 Vagotomia superseletiva com cirurgia de drenagem

- Manutenção de sonda nasogástrica por 24 horas após a cirurgia.
- Iniciar dieta líquida no 3º dia de pós-operatório e progredir conforme aceitação do paciente.

- Tracionar dreno abdominal (aproximadamente 5 cm/dia) a partir do 4º dia de pós-operatório.
- Alta hospitalar a partir do 7º dia de pós-operatório.

7.4.3 Gastrectomia

- Correção de distúrbios hidroeletrólíticos.
- Manutenção de sonda nasogástrica por 24 horas após a cirurgia.
- Manter jejum V.O. por 72 horas.
- Iniciar dieta líquida no 3º dia de pós-operatório e progredir conforme aceitação do paciente.
- Tracionar dreno abdominal (aproximadamente 5 cm/dia) a partir do 4º dia de pós-operatório.
- Alta hospitalar a partir do 7º dia de pós-operatório.

7.5 Seguimento ambulatorial

- Retorno em 07 a 10 dias, para revisão de incisão cirúrgica.
- Retornos em 30, 60, 120 e 180 dias e anualmente para seguimento.
- Nas consultas de retorno, solicitar endoscopia digestiva alta se o paciente apresentar sintomatologia relacionada a dispepsia.

7.6 Úlcera duodenal perfurada

- 1ª opção: Sutura simples da perfuração com lavagem exaustiva da cavidade peritoneal e drenagem com dreno locado em hipocôndrio direito.
- 2ª opção: Sutura da perfuração com ou sem piloroplastia, seguido de vagotomia superseletiva.
- 3ª opção: Sutura simples da perfuração com piloroplastia seguido de vagotomia troncular. Esta opção é bastante apropriada em doentes idosos ou que teriam contraindicações para futuras reoperações devido a problemas cardiológicos, pulmonares, renais, etc.).
- 4ª opção: Gastrectomia seguido de vagotomia troncular.
- Observação: A via videolaparoscópica pode ser utilizada se estiver disponível

8. Neoplasia gástrica

8.1 Exames complementares

Exames gerais

- Hemograma
- Glicemia
- Ureia e creatinina
- Sódio e potássio
- Albumina e proteína total
- Coagulograma
- Eletrocardiograma
- Raio-X de tórax

Exames específicos

- Raio-X contrastado de esôfago, estômago e duodeno
- Endoscopia digestiva alta com biópsias (≥ 6 fragmentos)⁴⁶

Exames para estadiamento

- Endoscopia digestiva alta
- Tomografia computadorizada de tórax e abdome com contraste E.V.
- Ultrassonografia abdominal
- Ressonância magnética
- Tomografia computadorizada com emissão de pósitrons (PET-CT)
- Videolaparoscopia

A endoscopia digestiva alta deve ser realizada com objetivo de determinação da classificação de Borrmann, localização e extensão tumoral, principalmente no que diz respeito a invasão duodenal, distância e invasão da cárdia e esôfago distal.

Apesar da tomografia computadorizada apresentar acurácia clinicamente relevante no estadiamento pré-operatório do adenocarcinoma gástrico em relação à profundidade de invasão e acometimento metastático⁷, a realização de videolaparoscopia encontra-se indicada nos casos de suspeita de doença disseminada (presença de carcinomatose e metástases à distância) não confirmada por exame tomográfico prévio.

8.2 Estadiamento

Estadiamento clínico

O estadiamento clínico abaixo é o proposto pela 8ª edição “American Joint Committee on Cancer” de 2016.⁴⁴

T

- Tis: Tumor intra-epitelial sem invasão da lâmina própria
- T1a: Extensão para lâmina própria ou muscular da mucosa
- T1b: Extensão para submucosa
- T2: Extensão para muscular própria
- T3: Extensão para tecido conjuntivo subseroso
- T4a: Extensão para serosa (peritônio visceral)
- T4b: Extensão para estruturas adjacentes

N

- N0: Ausência de acometimento linfonodal
- N1: Acometimento 1-2 linfonodos
- N2: Acometimento 3-6 linfonodos
- N3a: Acometimento 7-15 linfonodos
- N3b: Acometimento 16 ou mais linfonodos

M

- M0: Ausência de metástases a distância
- M1: Presença de metástases a distância

8.3 Pré-operatório

- Preparo nutricional pré-operatório: Alimentação hipercalórica e hiperproteica por via oral, via enteral (sonda nasoenteral) ou jejunostomia. Nutrição parenteral quando nenhuma das vias acima for possível.

- Fisioterapia respiratória:

- Exercícios respiratórios

- Inalações com soro fisiológico e broncodilatadores

- Cessar tabagismo e etilismo

- Avaliação de operabilidade e ressecabilidade do tumor:

- Ausência metástases detectáveis aos métodos de estadiamento pré-operatório.

- Perda ponderal inferior a 15% do peso corpóreo.

- Paciente considerado apto clinicamente para procedimento cirúrgico/anestésico

- Jejum V.O. por 8 horas.
- Nos casos de estenose antro-pilórica, passagem de sonda nasogástrica para lavagem gástrica na véspera da cirurgia.⁴⁸
- Acesso venoso central na sala operatória.
- Sondagem vesical de demora em na sala operatória.

8.4 Técnicas cirúrgicas

Avaliar ressecabilidade da lesão no intra-operatório quanto a disseminação intra-abdominal e possibilidade de ressecção com margem proximal de 5 cm e distal de 2 a 5 cm.

A opção da técnica cirúrgica irá depender da topografia da lesão:

- Carcinoma de antro gástrico: Gastrectomia subtotal
- Carcinoma de corpo gástrico: Gastrectomia subtotal ou total
- Carcinoma de fundo gástrico: Gastrectomia total + Esplenectomia
- Carcinoma irressecável de antro gástrico: Gastroenteroanastomose isoperistáltica pré-cólica
- Carcinoma irressecável de fundo gástrico: Gastrostomia ou jejunostomia

A cavidade peritoneal deve ser drenada, com dreno locado em hipocôndrio direito. A realização de jejunostomia para nutrição do doente no pós-operatório é obrigatória se for realizado gastrectomia total.

Opções de reconstrução do trânsito intestinal:

- Após gastrectomia sub-total, a reconstrução deve obrigatoriamente ser em Y-de-Roux, com vagotomia troncular associada.
- Após gastrectomia total, a primeira opção de reconstrução deve ser por anastomose esôfagojejunal término-lateral em Y-Roux ou colocando o duodeno no trânsito alimentar (Rosanov).⁴⁹
- Nos casos de carcinoma precoce do antro, a reconstrução poderá ser a Billroth I.
- Nos casos de ressecção tumoral paliativa, a reconstrução do trânsito excepcionalmente poderá ser a Billroth II.

8.5 Pós-operatório

8.5.1 Gastrectomia subtotal ou gastroenteroanastomose

- Não é necessário manutenção de sonda nasogástrica nas reconstruções em Y-de-Roux.
- Manter jejum V.O. por 72 horas.
- Iniciar dieta líquida no 3º dia de pós-operatório e progredir conforme aceitação do paciente.
- Tracionar dreno abdominal (aproximadamente 5 cm/dia) a partir do 4º dia de pós operatório.

8.5.2 Gastrectomia total

- Pós-operatório imediato (24 - 48 horas):
 - Não é necessário manutenção de sonda nasogástrica
 - Exames laboratoriais de controle (índices hematimétricos, eletrólitos), hidratação e controle de débito urinário
 - Manter jejum V.O.
 - Manter jejunostomia aberta
 - 3º dia de pós-operatório:
 - Iniciar soro glicosado 5% 1000 ml em 24 horas via jejunostomia se já houver trânsito intestinal (ruídos hidroaéreos presentes e normais com eliminação de flatos ou fezes).
 - 4º a 8º dia de pós-operatório:
 - Iniciar dieta enteral via jejunostomia, inicialmente com 500 Kcal fracionada e aumentar progressivamente a quantidade nos dias subsequentes (800, 1000, 1200, 1500 e 2000 Kcal).
 - Suspensão de hidratação E.V.
 - Retirar acesso venoso central
 - A partir do 8º dia de pós-operatório:
 - Iniciar dieta líquida V.O. e progredir até dieta pastosa.
 - Reduzir progressivamente aporte de dieta via jejunostomia.
 - Retirar drenos abdominais após o paciente estar recebendo dieta V.O.
 - A partir do 10º dia de pós-operatório:
 - Alta hospitalar com jejunostomia

8.6 Seguimento ambulatorial

- Retorno em 07 a 10 dias, para revisão de incisão cirúrgica.
- Encaminhar para Oncologia Clínica para avaliação de terapêutica adjuvante.
- Retornos em 30, 60, 120 e 180 dias e anualmente para seguimento.
- A jejunostomia deve ser retirada somente após o doente estar alimentando-se normalmente por via oral.
- Nas consultas de retorno, solicitar: endoscopia digestiva, ultrassonografia abdominal, Raio-X e, eventualmente, Tomografia Computadorizada a cada 6 meses.
 - Na presença de estenose da anastomose esôfago-gástrica sessões de dilatação esofágica com velas com auxílio de endoscopia digestiva podem ser realizadas quando necessário.

8.7 Neoplasia de coto gástrico

- 1ª opção: Gastrectomia total ampliada com reconstrução esôfago-jejunal término-lateral em Y-de-Roux
- 2ª opção: Degastrectomia parcial pode ser realizada nos casos de carcinoma incipiente de boca anastomótica.
- 3ª opção: Gastroenteroanastomose paliativa.
- 4ª opção: Jejunostomia.

DISCUSSÃO

Manter-se atualizado com a evidência que conduz às melhores práticas em medicina perioperatória tornou-se desafiador diante da dos rápidos avanços dos métodos diagnósticos e terapêuticos e da quantidade imensa de informações médicas providas atualmente. Por meio da análise crítica das evidências encontradas em levantamento bibliográfico de publicações científicas pertinentes ao tema acrescida da experiência acumulada pelo Grupo de Cirurgia do Esôfago, Estômago e Duodeno ao longo de mais de 30 anos de atividade; buscou-se elaborar o presente manual. Objetivando integrar todas as orientações que apresentassem potencial de mudança na abordagem e implicações práticas para o atendimento do paciente no mundo real.

Obviamente, existem limitações inerentes à metodologia empregada. A pesquisa bibliográfica é um problema a ser equacionado. Em função da profusão de artigos científicos, torna-se um impasse a escolha dos mais pertinentes. Há também de se considerar a indisponibilidade de bancos de bibliografia. Ademais, a metodologia qualitativa empregada também está sujeita a interpretações do autor. Diante do amplo espectro de patologias abordadas também não se pretendeu esgotar completamente o tema, focando-se nas orientações práticas de manejo do paciente cirúrgico.

Apesar das limitações inerentes ao método apresentadas, o estudo foi capaz de produzir orientações objetivas, rápidas e com fácil entendimento para a condução perioperatória de pacientes com doenças benignas e malignas do trato digestivo superior.

CONCLUSÃO

A implementação deste protocolo de assistência pré e pós-operatória auxilia na tomada de decisões da prática clínica do cirurgião do aparelho digestivo. Como qualquer manual, não se pretende que o leitor atenda à estas recomendações de forma dogmática, e sim orientativa. O raciocínio clínico é insubstituível nos momentos de decisão e estas recomendações desejam ser instrumento seguro aos cirurgiões digestivos para auxiliá-los em seus atos.

Abordando os tópicos mais frequentes em cirurgia do aparelho digestivo alto, o principal objetivo deste trabalho focou o paciente cirúrgico na intenção de diminuir a morbimortalidade dos procedimentos realizados. Desta forma prática, objetiva e de fácil acesso, pretende-se colaborar ainda mais com o aprimoramento da prática diária do cirurgião digestivo e com o aperfeiçoamento do ensino em cirurgia digestiva para a graduação e residência médica.

Sua correta aplicação resultará na melhoria dos resultados cirúrgicos, favorecimento de menor morbimortalidade, diminuição dos custos no atendimento global dos pacientes e melhoria na qualidade de vida daqueles que nos procuram.

REFERÊNCIAS

1. Regan DW, Kashiwagi D, Dougan B, Sundsted K, Mauck K. Update in perioperative medicine: practice changing evidence published in 2016. *Hospital Practice* 45:4, 158-164
2. Terciotti V Jr, Lopes LR, Coelho Neto, JS, Andreollo NA. Aspectos atuais da terapêutica neo-adjuvante no carcinoma epidermóide do esôfago. Revisão da Literatura. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2009;22(1):33-40
3. Sallum RAA. Resultados da esofagectomia por videotoracoscopia em pacientes com câncer de esôfago. São Paulo. Tese [Livre-docência] - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, FMUSP; 2015.
4. Aarts MA, Okrainec A, Glicksman A, et al.. Adoption of enhanced recovery after surgery (ERAS) strategies for colorectal surgery at academic teaching hospitals and impact on total length of hospital stay. *Surg Endosc.* 2012;26:442–450
5. Salomão AB, Meireles MB, Caparossi C, Crotti PRS, Aguilar-Nascimento JE. Impacto do projeto acerto na morbi-mortalidade pós-operatória em um hospital universitário. *Rev Col Bras Cir.* 2011;38(1): 3-10.
6. Melnyk M, Casey RG, Black P, Koupparis AJ. Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: Time to change practice? *Can Urol Assoc J* 2011;5(5): 342-8
7. Barros RHO, Penachim TJ, Martins DL, Andreollo NA, Caserta NMG. Multidetector computed tomography in the preoperative staging of gastric adenocarcinoma. *Radiol Bras.* 2015 Mar/Abr;48(2):74–80
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

9. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, Globocan: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in Worldwide, 2012.
10. Jemal, A., Murray, T., Ward, E., Samuels, A., Tiwari, R. C., Ghafoor, A., Feuer, E. J. and Thun, M. J. (2005), Cancer Statistics, 2005. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 55: 10–30.
11. Editorial. Câncer no Brasil: presente e futuro. Rev. Assoc Med Bras. 2004;50(1): 1-1.
12. Mathias TAF, Jorge MHPM. Evolução da mortalidade por neoplasias em idosos em município do estado do Paraná, 1979-1998. Ciência, Cuidado e Saúde Maringá, 2006;5: Supl., 57-64.
13. Andreollo NA, Coelho Neto JS, Calomeni GD, Terciotti Jr V, Lopes LR. Total esophagogastrectomy in the neoplasms of the esophagus and esofagogastric junction: when must be indicated?. Rev Col Bras Cir. 2015;42(6):360-365.
14. Wouters MW, Gooiker GA, van Sandick JW, Tollenaar RA. The volume-outcome relation in the surgical treatment of esophageal cancer: a systematic review and metaanalysis. Cancer. 2012;118(7):1754-63.
15. Andreollo NA, Terciotti Jr V, Lopes LR, de Souza Coelho-Neto J. Neoadjuvant chemoradiotherapy and surgery compared with surgery alone in squamous cell carcinoma of the esophagus. Arq Gastroenterol. 2013;50(2):101-6.
16. Henry MACA. Diagnóstico e tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. ABCD Arq Bras Cir Dig 2014;27(3):210-215
17. Aquino JL, Said MM, Leandro-Merhi VA, Ramos JP, Ichinoche L, Guimarães DM Esophagocardioplasty as surgical treatment in relapsed non advanced megaesophagus. Arq Bras Cir Dig. 2012; 25(1):20-4.

18. Andreollo NA, Soares Jr C, Coelho Neto JS, Lopes LR, Brandalise NA, Leonardi, LS. Tratamento cirúrgico do divertículo de Zenker. *Rev Col Bras Cir.* 1998;25(1):9-14
19. Falconer R, Skouras C, Greenway CL, Paisley AM. Preoperative fasting: current practice and areas for improvement. *Updates in Surgery* March 2014, Volume 66, Issue 1, pp 31–39
20. Brady M, Kinn S, Stuart P. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. *Cochrane Database Syst Rev* 2003 (4):CD004423.
21. Malafaia O, Montagnini AL, Luchese A, Accetta AC, Zilberstein B, Malheiros CA, Jacob CE, Quireze-Junior C, Bresciani CJC, Krueel CDP, Cecconello I, Sad EF, Ohana JAL, Aguilar-Nascimento JE, Manso JEF, Ribas-Filho JM, Santo MA, Andreollo NA, Torres OJM, Herman P, Cuenca RM, Sallum RAA, Bernardo WM. Thromboembolism prevention in surgery of digestive cancer. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2012;25(4):216-223
22. Al Rawahi B, Le Gal G, Auer R, Carrier M. A survey of thrombosis experts evaluating practices and opinions regarding venous thromboprophylaxis in patients post major abdominal surgery. *Thrombosis Journal* (2017) 15:2
23. Geahchan N, Basile M, Tohmeh M. Venous thromboembolism prophylaxis in patients undergoing abdominal and pelvic cancer surgery: adherence and compliance to ACCP guidelines in DIONYS registry. *SpringerPlus* (2016) 5:1541-1552
24. Hunter A, Johnson L, Coustasse A. Reduction of intensive care unit length of stay: the case of early mobilization. *Health Care Manag (Frederick)*. 2014 Apr-Jun; 33(2):128-35.
25. Cameron S, Ball I, Cepinskas G, Choong K, Doherty TJ, Ellis CG, Martin CM, Mele TS, Sharpe M, Shoemaker K, Fraser DD. Early mobilization in the critical care unit: A review of adult and pediatric literature. *Journal of Critical Care* August 2015 Volume 30, Issue 4, Pages 664–672.

26. Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 27;(3):CD002294.
27. Boden I, Skinner EH, Browning L, Reeve J, Anderson L, Hill C, Robertson IK, Story D, Denehy L. Preoperative physiotherapy for the prevention of respiratory complications after upper abdominal surgery: pragmatic, double blinded, multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 2018;360:j5916.
28. Swathi N, Ashwini N, Shukla MI. Comparative study of epidural bupivacaine with butorphanol and bupivacaine with tramadol for postoperative pain relief in abdominal surgeries. *Anesth Essays Res*. 2016 Sep-Dec; 10(3): 462–467.doi: 10.4103/0259-1162.177522
29. Araújo R, Marques C, Fernandes D, Almeida E, Alves J, Rodrigues M, Ferreira M, Bernardo R, Santa-Bárbara R, Freitas S, Xavier C, Neves I. Pain management, local infection, satisfaction, adverse effects and residual pain after major open abdominal surgery: epidural versus continuous wound infusion (PAMA Trial). *Acta Med Port* 2017 Oct;30(10):683-690
30. Aquino JL, Said MM, Pereira DA, Leandro-Merhi VA, Nascimento PC, Reis VV. Early and late assessment of esophagocardioplasty in the surgical treatment of advanced recurrent megaesophagus. *Arq Gastroenterol*. 2016;53(4):235-239
31. Andreollo NA, Lopes LR, Brandalise NA, Leonardi LS. Acalásia idiopática do esôfago: análise de 25 casos. *Gastroenterol Endosc Dig*, 1996;15(5): 151-155
32. Dantas RO. Comparação entre acalasia idiopática e acalasia consequente à doença de Chagas: revisão de publicações sobre o tema. *Arq Gastroenterol* v. 40 – no. 2 – abr./jun. 2003

33. Ferreira-Santos R. Tratamento cirúrgico do megaesôfago chagásico. In: Cançado JR (ed) Doença de Chagas, 1ª edição. Imprensa oficial do estado de MG, Belo Horizonte, p. 595-604, 1968.
34. Andreollo NA, Lopes LR, Malafaiia O. Heller's myotomy: a hundred years of success!. ABCD. Arq Bras Cir Dig, 2014;27(1), 1-2
35. Oliveira GC, Lopes LR, Andreollo NA, Braga NDA, Coelho Neto JS. Surgical treatment of megaesophagus at UNICAMP Hospital of Clinics - associated factors with better and worse results. S. Rev Col Bras Cir. 2009 Aug;36(4):300-6.
36. Aquino JL, Reis-Neto JÁ, Muraro JA, Mero CLP, Camargo JGT. Mucosectomia esofágica no tratamento do megaesôfago avançado: análise de 60 casos. Rev. Col. Bras. Cir. 2000, vol.27, n.2, pp.108-113.
37. Cardioplasty and Roux-en-Y partial gastrectomy (Serra-Dória procedure) for reoperation of achalasia. Ponciano H, Cecconello I, Alves L, Ferreira BD, Gama-Rodrigues J. Arq Gastroenterol. 2004;41(3):155-61.
38. Ribeiro MC, Terciotti-Júnior V, Souza-Neto JC, Lopes LR, Morais DJ, Andreollo NA. Identification of preoperative risk factors for persistent postoperative dysphagia after laparoscopic antireflux surgery. Arq Bras Cir Dig. 2013;26(3):165-9.
39. Morais DJ, Lopes LR, Andreollo NA. Dysphagia after antireflux fundoplication: endoscopic, radiological and manometric evaluation. Arq Bras Cir Dig. 2014 Nov-Dec;27(4):251-5
40. Silva APC, Terciotti Jr V, Lopes LR, Coelho-Neto, JS, Bertanha L, Rodrigues PR, Andreollo NA. Laparoscopic antireflux surgery in patients with extra esophageal symptoms related to asthma. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2014;27(2): 92-95.

41. Andreollo NA, Lopes LR. Técnica de 'Brandalise': técnica mista de funduplicatura por videolaparoscopia. Reconhecimento de autoria. Arq Bras Cir Dig, 2008; 21(2): 49-50.
42. Andreollo NA, Lopes LR, Inogutti R, Brandalise NA, Leonardi LS. Conservative treatment of benign esophageal strictures using dilation. Analysis of 500 cases. Rev Assoc Med Bras. 2001;47(3):236-43
43. Shaheen NJ, Falk GW, Iyer PG, Gerson L. Diagnosis and management of Barrett's esophagus. Am J Gastroenterol 2016; 111: 30-50.
44. American Joint Committee on Cancer. Cancer Staging Manual. 8ª edição. 2016
45. Halliday LJ, Markar SR, Doran SLF, Moorthy K. Enhanced recovery protocols after oesophagectomy. J Thorac Dis. 2017 Jul;9(Suppl 8):S781-S784.
46. Allum WH, Blazeby JM, Griffin SM, et al. Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer. Gut 2011;60:1449-72.
47. Siewert JR, Hölscher AH, Becker K, Gössner W. Cardia cancer: attempt at a therapeutically relevant classification. Chirurg. 1987 Jan;58(1):25-32.
48. Sahoo MR, Gowda MS, Kumar AT. Early rehabilitation after surgery program versus conventional care during perioperative period in patients undergoing laparoscopic assisted total gastrectomy. Journal of Minimal Access Surgery 2014;10(3):132-8.
49. Lopes LR, Cesconetto DM, Coelho-Neto JS, Andreollo NA. Técnica de Rosanov modificada na reconstrução do trato digestivo após gastrectomia total. Arq Bras Cir Dig, 2011; 24(2): 176-179.



Apêndices



9. Protocolo de assistência nutricional

Elaboração Nutricionista Heidi Wanessa Ide

EED - Cirurgia de Grande Porte

Gastrectomia Subtotal

Dias semana	D.I.	Rotina	Dieta	Via	Monitoramento	Observação
Sexta-feira	1	Internação Pré OP	Leve (Verificar tolerância do paciente)	V.O.	Fazer visita de rotina, coleta de dados (altura, peso, IMC, HI, IH, HA), ANA, Abrir ficha.	Avaliar dieta segundo consistência, preferência e terapêutica (DM? HAS?)
Sábado	2	Internação Pré OP	Leve (Verificar tolerância do paciente)	V.O.	-	-
Domingo	3	Internação Pré OP	Leve (Verificar tolerância do paciente) Jejum após as 22:00 para exame EDA.	V.O.	-	-
Segunda-feira	4	Exame EDA	Liberar dieta Leve após exame (Confirmar com Residente). Jejum após as 22:00 para cirurgia	V.O.	-	Exame Endoscopia Digestiva (EDA)
Terça-feira	5	Cirurgia	Zero	-	-	-
Quarta-feira	6	PO1	Zero	-	-	-
Quinta-feira	7	PO2	Zero	-	-	-
Sexta-feira	8	PO3	Água, Chá e Gelatina.	V.O.	Avaliar número de evacuações, náuseas e vômitos. Orientar Alta. Fazer Registro.	1º Dia Dieta V.O. Orientação de Alta/Impressos: Dieta Dieta Progressão de consistências; Avaliar a Necessidade de Suplemento.
Sábado	9	PO4	Líquida	V.O.	-	-
Domingo	10	PO5 Alta	Leve Batida	V.O.	-	-

Dia Internação	Sexta-feira, Sábado ou Domingo.
Dieta Pré Exame - Domingo	Leve , jejum após as 22:00 para exame EDA
Dia Exame	Segunda-feira
Dieta Pré OP - Segunda-feira	Leve (ou de acordo com a tolerância do paciente), Jejum após as 22:00 para cirurgia
Dia Cirurgia	Terça-feira
1ª dieta V.O.	Sexta-feira
Dia Provável Alta	Sábado ou Domingo
Média Dias Internação	9 a 10 dias
Padronização Orientação Alta	Dieta Progressão de consistências Avaliar a Necessidade de Suplemento.
Complicações da Cirurgia	Náuseas, vômitos, má absorção, deficiência energética, perda de peso, diarreia, anemia.

EED - Cirurgias de Grande Porte

Gastrectomia Total (Câncer Gástrico) com Jejunostomia / Esofagectomia (Câncer Esôfago, Megaesofago, Ingestão de soda caustica, etc) com Jejunostomia / Esofagocoloplastia (Megaesôfago, Ingestão de soda caustica) com Jejunostomia.

Dias semana	D.I.	Rotina	Dieta	Via	Monitoramento	Observação
Sexta-feira	1	Internação Pré OP	Leve	V.O.	Fazer visita de rotina, coleta de dados (altura, peso, IMC, HI, IH, HA), ANA, Abrir ficha.	Avaliar dieta segundo consistência, preferência e terapêutica (DM? HAS?)
Sábado	2	Internação Pré OP	Leve	V.O.	-	-
Domingo	3	Internação Pré OP	Leve	V.O.	-	-
Segunda-feira	4	Internação Pré OP	Leve. Jejum após as 22:00 para cirurgia.	V.O.	Recordatório 24 horas. Avaliar número de evacuações, náuseas e vômitos.	-
Terça-feira	5	Cirurgia	Zero	-	-	-
Quarta-feira	6	PO1	Zero	-	-	-
Quinta-feira	7	PO2	Zero	-	-	-
Sexta-feira	8	PO3	Soro Glicosado	JEJ.	-	-
Sábado	9	PO4	TNE Oligo 10% do VET	JEJ.	-	1º Dia TNE. Prescrever de acordo com o VET do paciente.
Domingo	10	PO5	TNE Oligo 30% do VET	JEJ.	Fazer visita de rotina, avaliar débitos, náuseas, vômitos, aceitação TNE. Fazer Registro.	Evoluir as calorías da dieta de acordo com a TNE infundida no dia anterior, tolerância da dieta e intercorrências com a TNE.
Segunda-feira	11	PO6	TNE Oligo 50% do VET	JEJ.	Fazer visita de rotina, avaliar débitos, náuseas, vômitos, aceitação TNE. Fazer Registro.	Evoluir as calorías da dieta de acordo com a TNE infundida no dia anterior, tolerância da dieta e intercorrências com a TNE.
Terça-feira	12	PO7	TNE Oligo 70% do VET	JEJ.	Fazer visita de rotina, avaliar débitos, náuseas, vômitos, aceitação TNE. Fazer Registro.	Evoluir as calorías da dieta de acordo com a TNE infundida no dia anterior, tolerância da dieta e intercorrências com a TNE.
Quarta-feira	13	PO8 Exame EED	TNE Oligo 100% do VET Liberar Água, Chá e Gelatina após exame EED (Confirmar com o Residente).	JEJ. V.O.	Fazer visita de rotina, avaliar débitos, náuseas, vômitos, aceitação TNE. Fazer Registro.	Evoluir as calorías da dieta de acordo com a TNE infundida no dia anterior, tolerância da dieta e intercorrências com a TNE. Exame Esôfago-Estômago-Duodenografia (EED). 1ª Dieta V.O. a partir da liberação médica após exame.
MANTER TNE						
Quinta-feira a Segunda-feira	14 a 18	PO9 a PO13/Alta	Programa de Desmame de NE de acordo com o VET do paciente. Prescrever NE Noturna, para estimular a dieta VO			

Dia da Internação	Sexta-feira, Sábado, Domingo ou Segunda-feira.
Dieta Pré OP - Segunda-feira	Leve (ou de acordo com a tolerância do paciente), jejum após as 22:00 para cirurgia
Dia da Cirurgia	Terça-feira
Dia da 1ª TNE	Sábado - PO4
Dia da 1ª dieta V.O.	Quarta-feira – PO8, após exame EED (Confirmar com o Residente).
Dia Provável de Alta	Segunda-feira – PO13
Média de Dias de Internação	16 a 18 dias
Padronização de Orientação de Alta	Dieta Progressão de consistências Avaliar a necessidade de suplemento
Complicações da Cirurgia	Náuseas, vômitos, má absorção, deficiência energética, perda de peso, diarreia, anemia, fistulas.

➤ OBS:

1. Encaminhar paciente para Ambulatório e Convocar família para Orientação de Dieta Enteral domiciliar, quando necessário.
 2. Orientação de Alta/Impressos: Dieta de progressão de consistências; Dieta Enteral ou TNO (quando necessário)
 3. Para desmame de NE considerar que o paciente aceite aproximadamente 50% da dieta V.O.
- Se Fístula cervical – prescrever Dieta Pastosa Seca (fazer esquema), manter a programação do desmame da TNE (se necessário, manter TNE), hidratação por jejunostomia
 Dieta Pastosa Seca: não entregar água, chá e suco
 Desjejum/ Lanche/ Ceia: Leite com café e pão (orientar o paciente a fazer “sopinha de pão”)
 Almoço / Jantar: Arroz pastoso, purê de legumes e carne desfiada
 Opções permitidas: mingau e vitamina da Dieta Leve Batida para Disfagia
 Fruta permitida: banana e mamão

EED - Cirurgias de Pequena Porte

Funduplicatura (Doença do Refluxo Gastroesofágico – DRGE, Hérnia de Hiato), Diverticulopexia (Divertículo de Zenker, Doença do Refluxo Gastroesofágico – DRGE, Hérnia de Hiato), Cardioplastia a Nissen (Doença do Refluxo Gastroesofágico – DRGE, Hérnia de Hiato, Esofagite), Cardiomiectomia (Megaesôfago Chagásico, Doença do Refluxo Gastroesofágico – DRGE).

Dias Semana	D.I.	Rotina	Dieta	Via	Monitoramento	Observação
Segunda-feira	1	Internação Pré OP	Consistência de acordo com a prescrição médica. Jejum após as 22:00 para cirurgia.	V.O.	Fazer coleta de dados (altura, peso, IMC, HI, IH, HA)	Avaliar dieta segundo consistência, preferência e terapêutica (DM? HAS?)
Terça-feira	2	Cirurgia	Zero	-	-	-
Quarta-feira	3	PO1	Água, Chá e Gelatina.	V.O.	-	1º Dia Dieta V.O.
Quinta-feira	4	PO2	Líquida	V.O.	-	-
Sexta-feira	5	PO3	Leve Batida	V.O.	Avaliar número de evacuações, náuseas e vômitos. Orientar Alta.	Orientação de Alta/Impressos: Dieta Leve Batida, Dieta Leve, Dieta Pastosa e Dieta Branda.
Sábado	6	PO4	Leve Batida	V.O.	-	-
Domingo	7	PO5 Alta	Leve Batida	V.O.	-	-

Dia da Internação	Segunda-feira
Dieta Pré OP - Sexta-feira	Leve, jejum após as 22:00 para cirurgia
Dia da Cirurgia	Terça-feira
Dia da 1ª dieta V.O.	Quarta-feira
Dia Provável de Alta	Sábado ou Domingo
Média de Dias de Internação	6 a 7 dias
Padronização de Orientação Alta	Dieta Progressão de consistências Avaliar a necessidade de suplemento
Complicações Cirurgia	Náuseas, vômitos, má absorção, deficiência energética, perda de peso, diarreia, anemia, fístulas.



10. Padronização dos horários das refeições

MAPAS E ETIQUETAS			
HORAS	COPA HOSPITALAR	LACTÁRIO	ENTERAIS
7h00	DESJEJUM MAPA de Copeiros	MAPA de Copeiros	MAPA de Copeiros
9h00			ETIQUETAS
9h45		ETIQUETAS	
10h00	ALMOÇO ETIQUETAS e MAPA de Copeiros		
11h00			MAPA de Copeiros
11h30		MAPA de Copeiros	
12h30	LANCHE MAPA de Copeiros		
13h30		MAPA de Copeiros	MAPA de Copeiros
16h00	JANTAR ETIQUETAS e MAPA de Copeiros		MAPA de Copeiros
17h30		MAPA de Copeiros	

RESUMO GERAL:

- Copa Hospitalar (refeições D/A/L/J/C)

Mapas- 7h00; 10h00; 12h30 e 16h00

Etiquetas- 10h00 e 16h00

- Lactário (mamadeiras e NE via sonda com Fórmulas Infantis)

Mapas- 7h00; 11h30; 13h30 e 17h30

Etiquetas- 09h45

- Enterais (NE via sonda com Fórmulas para NE e Suplementos VO)

Mapas- 7h00; 11h00; 13h30 e 16h00

Etiquetas- 09h00

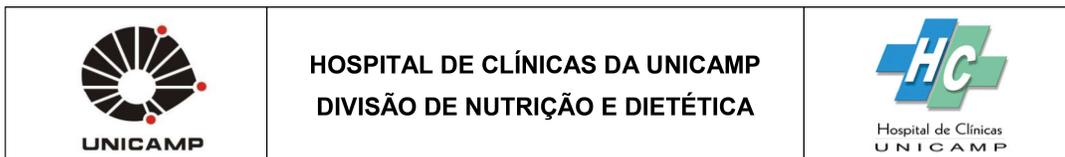
PADRÃO DE REFEIÇÕES DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO E HORÁRIOS

 UNICAMP	Divisão de Nutrição e Dietética Nutrição Clínica Seção de Copa Hospitalar	PADRONIZAÇÃO DE REFEIÇÕES SERVIDAS À PACIENTES INTERNADOS	 Hospital de Clínicas UNICAMP
DESJEJUM (7h30 às 8h45) SERVIDO PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES			
 ALMOÇO (12h00 às 13h00) SERVIDO PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES AUTORIZADOS <ul style="list-style-type: none"> • Alteração de dieta no sistema somente até as 09h55. Após este horário, ligar no ramal 17219 até as 12h30, para solicitar REFEIÇÃO (liberação do jejum/internação). • Solicitar LANCHE REFORÇADO (LANCHE + SOPA) para pacientes que não almoçaram; ligar no ramal 17219 das 12h30 até as 14h00 para ser distribuído das 14h45 às 15h45. 			
LANCHE (14h45 às 15h45) SERVIDO PARA PACIENTES <ul style="list-style-type: none"> • Liberado para mães que amamentam. 			
 JANTAR (18h00 às 19h00) SERVIDO PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES AUTORIZADOS <ul style="list-style-type: none"> • Mudança de dieta no sistema somente até as 15h55. Após este horário, ligar no ramal 17219 até as 18h30, para solicitar REFEIÇÃO (liberação do jejum/internação). • Solicitar CEIA REFORÇADA (CEIA + SOPA) para pacientes que não jantaram; ligar no ramal 17219 das 18h30 até às 18h45, para ser distribuída das 20h00 às 21h00. 			
CEIA (20h00 as 21h00) SERVIDO PARA PACIENTES <ul style="list-style-type: none"> • Liberado para mães que amamentam. 			

1. As prescrições de dietas no sistema informatizado são realizadas por médicos e nutricionistas no período da manhã até as 09h55 e à tarde, até as 15h55.

Não será permitido deixar baixela térmica ou prato descartável sobre o balcão do Posto de Enfermagem para pacientes que estão aguardando internação/ liberação de jejum ou que estejam em procedimento. Neste caso, deverá ser solicitado “LANCHE REFORÇADO” ou “CEIA REFORÇADA” nos horários estabelecidos.

11. Orientação nutricional pós-operatória



Orientação Nutricional – Pós-operatório EED – Esôfago, Estômago e Duodeno

O esôfago é um tubo muscular que se liga ao estômago. Por ele passam os alimentos que comemos e que serão levados até o estômago. No estômago, um líquido chamado suco gástrico é misturado aos alimentos, realizando sua digestão.



Recomendações gerais:

- Coma devagar, mastigando bem os alimentos.
- Faça mais refeições por dia e coma pequenas porções. Realize pelo menos 6 refeições por dia, sendo essas: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia. Evite ficar longos períodos sem se alimentar
- Pare de comer assim que se sentir satisfeito (sensação de estômago cheio)
- Evite beber líquidos (água, sucos, chás) junto com as refeições. Tome-os nos intervalos.
- Evite frituras. Prefira preparações cozidas, assadas e grelhadas.
- Evite o consumo de alimentos industrializados, pois estes são ricos em gorduras e açúcares.
- Prepare os alimentos com pouco óleo e/ou margarina.

Recomendações pós-operatório:

Nos primeiros três dias pós-operatório, você deve se alimentar somente com alimentos líquidos, cozidos e batidos no liquidificador. Nessa etapa, as refeições preparadas não podem conter pedaços.

Após esses 3 primeiros dias, introduza aos poucos alimentos mais sólidos; mas dê preferência para alimentos bem cozidos, poucos pedaços, e alimentos mais macios.

Após essa 1ª semana introduzir conforme aceitação, aos poucos, alimentos sólidos, cozidos, em pedaços, com consistência macia.

ATENÇÃO: Você fez uma cirurgia que altera a quantidade de alimento que pode ser ingerida. Para evitar desconfortos com a alimentação, é importante fazer várias refeições ao dia, de preferência de 2 em 2 horas, sempre em pequenas quantidades.

EXEMPLO DE CARDÁPIOS

Se você é diabético, hipertenso ou dislipidêmico, verificar as recomendações específicas de alimentos para a patologia.

REFEIÇÃO	GRUPO ALIMENTAR	DIETA LEVE BATIDA	DIETA LEVE	DIETA PASTOSA	DIETA BRANDA	
CAFÉ DA MANHÃ	Leite	Mingau	Leite com café e açúcar	Leite com café e açúcar	Leite com café e açúcar	
	Cereais		Pão de semolina	Pão de semolina	Pão francês	
	Gorduras		Margarina	Margarina	Margarina	
LANCHE DA MANHÃ	Frutas	Purê de frutas cozidas	Frutas macias	Frutas macias (sem casca)	Frutas (sem casca)	
	Cereais	Sopa batida (ver ingredientes na lista de substituição)	Sopa (ver ingredientes na lista de substituição)	Arroz pastoso	Arroz	
Leguminosas	Caldo de feijão			Caldo de feijão		
Carne (assada, grelhada ou cozida)	-			-	Carne moída	Carne macia
Legumes cozidos					Purê de legumes cozidos	Legumes cozidos
Vegetais crus					-	-
LANCHE DA TARDE	Sobremesa	Purê de frutas cozidas	Frutas macias	Frutas macias	Frutas (sem casca)	
	Leite	Vitamina de fruta	Leite com café e açúcar	Leite com café e açúcar	Leite com café e açúcar	
	Cereais		Pão de semolina	Pão de semolina	Pão francês	
Gorduras	Margarina		Margarina	Margarina		
JANTAR	Cereais	Repetir almoço	Repetir almoço	Repetir almoço	Repetir almoço	
	Leguminosas					
	Carne					
	Legumes cozidos					
	Vegetais crus					
CEIA	Sobremesa	Purê de frutas cozidas	Frutas macias	Leite com café e açúcar	Leite com café e açúcar	
	Leite	Mingau	Bolacha	Bolacha	Bolacha	
	Cereais					

LISTA DE SUBSTITUIÇÃO

REFEIÇÃO	GRUPO ALIMENTAR	DIETA LEVE BATIDA	SUBSTITUTOS	DIETA LEVE	SUBSTITUTOS
CAFÉ DA MANHÃ	Leite	Mingau	Mingau de aveia ou maisena OU leite com café OU leite com achocolatado OU vitamina de fruta OU iogurte	Leite com café e açúcar	Leite com achocolatado OU mingau de maisena ou aveia OU vitamina de fruta OU suco de fruta natural OU chá
	Cereais			Pão de semolina	Pães macios OU biscoitos macios OU bolo simples
	Gorduras			Margarina	Requeijão (pouca quantidade) OU geleia
LANCHE DA TARDE	Leite	Vitamina de fruta	Mingau de aveia ou maisena OU leite com café OU leite com achocolatado OU iogurte	Leite com café e açúcar	Leite com achocolatado OU mingau de maisena ou aveia OU vitamina de fruta OU suco natural de fruta OU chá
	Cereais			Pão de semolina	Pães macios OU bolacha doce ou salgada OU bolo simples
	Gorduras			Margarina	Requeijão (pouca quantidade) OU geleia
CEIA	Leite	Mingau	Mingau de aveia ou maisena OU leite com café OU leite com achocolatado OU vitamina de fruta OU iogurte	Leite com café e açúcar	Leite com achocolatado OU mingau de maisena ou aveia OU vitamina de fruta OU suco natural de fruta OU chá
	Cereais			Bolacha	Pães macios OU bolacha doce ou salgada OU bolo simples

REFEIÇÃO	GRUPO ALIMENTAR	PASTOSA	BRANDA	SUBSTITUTOS
CAFÉ DA MANHÃ	Leite	Leite com café e açúcar	Leite com café e açúcar	Leite com achocolatado OU mingau de maisena ou aveia OU vitamina de fruta OU suco de fruta natural OU chá
	Cereais	Pão de semolina	Pão de semolina	Pães macios OU biscoitos macios OU bolo simples
	Gorduras	Margarina	Margarina	Requeijão (pouca quantidade) OU geleia
ALMOÇO	Cereais	Arroz pastoso	Arroz	Macarrão cozido
	Leguminosas	Caldo de feijão	Caldo de feijão	Caldo de leguminosas (lentilha, soja, grão de bico, ervilha)
	Carne (assada, grelhada ou cozida)	Carne moída	Carne moída	Carne desfiada OU frango moído
	Sobremesa	Frutas macias	Frutas (sem casca)	Gelatina OU doces macios
LANCHE DA TARDE	Leite	Leite com café e açúcar	Leite com café e açúcar	Leite com achocolatado OU mingau de maisena ou aveia OU vitamina de fruta OU suco natural de fruta OU chá
	Cereais	Pão de semolina	Pão de semolina	Pães macios OU bolacha doce ou salgada OU bolo simples
	Gorduras	Margarina	Margarina	Requeijão (pouca quantidade) OU geleia
CEIA	Leite	Leite com achocolatado OU mingau de maisena ou aveia OU vitamina de fruta OU suco natural de fruta OU chá	Leite com café e açúcar	Leite com achocolatado OU mingau de maisena ou aveia OU vitamina de fruta OU suco natural de fruta OU chá
	Cereais	Pães macios OU bolacha doce ou salgada OU bolo simples	Bolacha	Pães macios OU bolacha doce ou salgada OU bolo simples

INGREDIENTES DAS SOPAS:

- **Cereais:** Arroz OU macarrão OU fubá OU aveia
- **Leguminosas:** Feijão OU grão de bico OU lentilha OU soja OU ervilha
- **Carne:** Frango desfiado OU carne moída OU peixe OU ovo
- **Legumes (escolher 2 opções):** Cenoura OU chuchu OU abobrinha OU batata OU mandioquinha OU beterraba OU abóbora OU vagem OU tomate OU mandioca
- **Verduras:** Couve OU acelga OU espinafre OU escarola

OBSERVAÇÃO: Na sopa da dieta leve batida, a sopa deve ser batida no liquidificador até ficar com a consistência líquida e não pode conter pedaços. Na sopa da dieta leve, a sopa não precisa ser batida no liquidificador, e pode conter pequenos pedaços.