



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 12 • Março 2010

Cirurgia “Fast-Track no Colon: Resultados de um Estudo Piloto

*J. P. Silva¹, L. Miranda², R. Valent², S. Cabral³, A. Bastos⁴,
T. Sousa⁴, D. Gomes¹, A. Sousa¹ & L. Santos¹*

¹Serviço de Oncologia Cirúrgica, ²Anestesiologia, ³Nutrição,
⁴Enfermagem do Instituto Português de Oncologia, EPE, Porto, Portugal

ABSTRACTO

Objectivos: Estudar a viabilidade da aplicação do modelo da cirurgia “fast track” em doentes portadores com neoplasia do cólon e submetidos a cirurgia radical.

Material e métodos: Estudo piloto, prospectivo, que decorreu entre Novembro de 2007 e Junho de 2008, período no qual foram operados, por laparotomia, 30 doentes portadores de neoplasia do cólon. As variáveis estudadas incluíram: características demográficas; tipo de tumor; ASA; P-POSSUM; tipo e duração da cirurgia; controlo da dor, complicações pós-operatórias; duração do internamento e a satisfação global do doente.

Resultados: Dos 30 doentes estudados, 16 doentes eram do sexo masculino, 70% tinha mais que 60 anos (Min. 40; Max. 77 com uma mediana de 70 anos); 30% tinha um Índice Massa corporal (IMC) Maior ou igual a 30 (Min.: 20,09; Max.: 43,75; Med.: 28,32). 21 doentes apresentavam co-morbilidade associada, sendo a HTA a mais prevalente. 90% dos doentes foram classificados como ASA II e segundo a avaliação pelo P-POSSUM uma morbilidade média prevista de 27,56% e uma mortalidade média prevista de 1,53%. Em 40% dos casos o tumor estava localizado no cólon sigmoide. Num doente não se conseguiu colocar o cateter epidural torácico definido. A média de duração da cirurgia foi de 99,5 minutos (Min.: 50; Max.:150 min.). 66,7% (20 doentes) nunca apresentaram vômitos no pós-operatório e em 64% dos doentes a dor esteve sempre controlada; 50% dos doentes tiveram alta ao 3º dia pós-operatório e os restantes até ao 5º dia pós-operatório; 2 doentes foram reinternados e um deles foi reoperado por deiscência da anastomose (pT3N2M0). A maior parte dos doentes (12) foi estadiado como pT3N0M0. O mínimo de gânglios isolados foi de 4 e o máximo de 60 (mediana de 18).

Conclusão: Este estudo piloto revela que o protocolo “Fast-Track” na cirurgia colorectal é viável e permite tempos de internamento de 3 a 5 dias. Este protocolo é uma opção a ter em conta no tratamento cirúrgico do cancro do cólon.

INTRODUÇÃO

Os programas de aceleração da convalescença pós-cirúrgica conhecidos como programas “fast-track” ou ERAS (“Enhanced Recovery After Surgery”), são programas multimodais que combinam os conheci-

mentos mais recentes das técnicas anestésicas e analgésicas, da cirurgia minimamente invasiva e do suporte nutricional peri-operatório, de maneira a reduzir a morbilidade, acelerar a recuperação e consequentemente reduzir o tempo de internamento dos doentes cirúrgicos. (1,2).



Após a cirurgia electiva do cólon com o programa de reabilitação tradicional o tempo médio de internamento situa-se entre os 6 e 10 dias na ressecção do cólon por laparotomia ou mesmo quando a abordagem é laparoscópica. A morbilidade da cirurgia colorrectal electiva varia entre os 15 e 20% (3). As principais razões do internamento prolongado e morbilidade após a cirurgia do cólon são: hipotermia intra-operatória, sobrecarga hídrica, reacção de stress pós-traumática, dor, imobilização, íleo pós-operatório, nutrição entérica tardia, náuseas e vómitos pós-operatórios.

Menos de 50% dos cirurgiões europeus providenciam aos seus doentes nutrição precoce após a cirurgia abdominal e só 66% dos médicos europeus utiliza analgesia epidural após uma cirurgia abdominal major. Vários estudos demonstraram que o programa “fast-track” associado à cirurgia colorrectal reduziu o tempo de internamento para 2-3 dias sem aumentar a taxa de complicações (4,5).

O programa “fast-track” engloba vários aspectos, nomeadamente, a informação ao doente, ausência de preparação intestinal, ausência de pré-medicação sedativa, ausência de jejum pré-operatório (promove a ingestão de líquidos ricos em carboidratos até duas horas antes da cirurgia), anestesia epidural com anestésicos locais, restrição de fluidoterapia endovenosa peri-operatória, cirurgia minimamente invasiva (pequenas incisões na laparotomia ou cirurgia laparoscópica), controle da dor com analgésicos não opiáceos, a não utilização por rotina de drenos e sondas nasogástricas, remoção precoce da algália, uso de laxantes e procinéticos, mobilização e alimentação pós-operatória precoces.

Para o sucesso destes programas contribui de forma significativa o doente, já que este é parte activa na recuperação, assim, a informação detalhada ao doente de todo o protocolo antes da cirurgia é fundamental. Para a introdução deste programa no nosso centro, foi recomendada a realização de um estudo piloto que avaliasse a sua exequibilidade e morbilidade.

Assim, estudou-se a viabilidade de aplicação do modelo da cirurgia “fast track” em 30 doentes portadores de neoplasias do cólon e submetidos a cirurgia

radical, por laparotomia, no Serviço de Oncologia Cirúrgica do Instituto Português de Oncologia, EPE – Porto (IPO – Porto) e avaliou-se a morbilidade peri-operatória até aos 30 dias com este programa.

MATERIAIS E MÉTODOS

Entre Setembro e Outubro de 2007 no IPO - Porto foi elaborado, após parecer positivo da Comissão de Ética local e com o acordo com os Serviços de Cirurgia Oncológica, Anestesiologia, Enfermagem e de Nutrição, um protocolo “fast-track” para doentes portadores de neoplasia colorrectal com indicação cirúrgica, no sentido de se realizar um estudo piloto. (Tabela 1)

Os critérios de inclusão e exclusão específicos estão condensados na Tabela 2. Este protocolo foi também apresentado a todos os enfermeiros que iriam prestar os cuidados de enfermagem aos doentes seleccionados.

O estudo decorreu entre Novembro de 2007 a Junho de 2008 tendo sido operados, por laparotomia, 30 doentes.

Os doentes foram informados oralmente e por escrito das vantagens e desvantagens do conceito “fast-track” e do protocolo cerca de uma semana antes da cirurgia, altura em que também recebiam um folheto informativo relativo à dieta a seguir no período peri-operatório (dieta pobre em resíduos). O consentimento para a inclusão no estudo era obtido após esta informação.

A avaliação peri-operatória e o seguimento até ao 30º dia pós-operatório foram realizados pelo mesmo cirurgião.

No dia de admissão, dia da cirurgia (cerca de 2 horas antes da cirurgia) e 1º dia pós-operatórios foi utilizada a solução oral preOp® (*Nutricia*) como suplemento rico em carboidratos. Além disso, no dia da cirurgia (cerca de 5 horas após), os doentes ingeriam 2 suplementos nutricionais orais de alto valor energético (Nutridrink® – *Nutricia*).

O protocolo de analgesia recorria à administração epidural torácica de ropivacaina mais sufentanil e paracetamol endovenosos.



Tabela 1 – Protocolo “Fast-track”

Fase pré-operatória	Dia da admissão	Dia da cirurgia	1º Dia pós-operatório	2º Dia pós-operatório	3º Dia pós-operatório
• Selecção dos doentes	• Enema às 18h	• Enema de limpeza às 7h	• 4 unidades de preOp® durante o dia	• Remove Cateter epidural	• Critérios de alta incluem controlo da dor, deambulação, tolerância da dieta
• Avaliação do risco cirúrgico	• Última refeição sólida às 21h30 (pobre em resíduos)	• 2 Unidades de preOp®, 2 horas antes da cirurgia	• Dieta mole pobre em resíduos	• Inicia Parecoxibe endovenoso e paracetamol oral	• Se cumprir critérios tem alta com paracetamol e AINE
• Informação oral e escrita do protocolo	• 2 Unidades de preOp® às 22h	• Lactato de Ringer a 63ml/h	• Remove algália	• Dieta ligeira pobre em resíduos	• Motivos que podem a regressar: dor não controlada, febre persistente, náuseas e vômitos persistente e paragem de emissão de gases e fezes mais de 2 dias
• Consentimento informado	• Bromazepan 3mg oral às 22h	• Protocolo de antibioterapia na indução (cefazolina e metronidazol)	• Suspende soros	• Expandir mobilização (mais de 8 oras fora da cama)	
• Marcação da cirurgia		• Colocação de cateter epidural (T6-T10) e infusão de ropivacaina e sufentanilo	• Inicia laxante (Hidróxido de magnésio 15ml, duas vezes por dia)		
• Início de dieta pobre em resíduos 1 semana antes da cirurgia		• Uso profilático de Ondansetron no término da cirurgia	• Expandir mobilização (mais de 6 horas fora da cama)		
		<ul style="list-style-type: none"> • Retirada da SNG no fim da cirurgia • Não usar por hábito drenos • Água e chá 2h após a cirurgia • 2 unidades de Nutridrink® 5 horas após a cirurgia • Infusão de 1500ml/dia de Lactato de Ringer • Mobilização para cadeirão à noite (2h) • Dieta líquida pobre em resíduos ao jantar 			

AINE – Anti-inflamatório não esteroide



Tabela 2 – Critérios de inclusão e exclusão

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Idade entre os 30 e 80 anos (inclusivé) • Neoplasias colorectais, incluindo cancro do cólon e rectosigmoideu (acima dos 15 cm) e preferencialmente limitadas ao intestino sem haver evidência de doença à distância ou invasão de órgãos adjacentes • ASA I-III • Sem alterações psico-motoras incapacitantes • Consentimento informado • Habitação ou estadia durante o período do estudo na região do Grande Porto
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Idade superior a 80 anos • ASA IV • Necessidade de colostomia • Cirurgia de urgência (estenose vs hemorragia) • Alterações psico-motoras incapacitantes • Contraindicação para a colocação de cateter epidural

Tabela 3 – Inquérito de satisfação do doente

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO GLOBAL DO DOENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Teve dificuldade em tolerar a dieta pobre em resíduos? (0-10) – A • Teve dificuldade em tolerar os suplementos orais no pós-operatório? (0-10) – B • Considera que a dor no pós-operatório esteve controlada ou não? (0-10) – C • Tendo tido a experiência da preparação intestinal prévia aquando da realização da colostomia, consideraria para si difícil a repetição da preparação intestinal? (0-10) – D • Sentiu dificuldade em ter iniciado a dieta no próprio dia da cirurgia? (0-10) – E • Após ter passado pelo protocolo de cirurgia “Fast-Track”, qual o seu grau de satisfação na globalidade? (0-10) – F • Voltaria a entrar no protocolo de cirurgia “Fast-Track” se lhe propusessem? (Sim ou Não)

0 – Sem 10 – Muito

No primeiro grupo de 15 doentes, foi utilizado um elastómero (DIB Baxter®) com um débito fixo (10ml/hora). No segundo grupo de 15 doentes utilizou-se um elastómero que permitia débitos variáveis de 5, 7 e 12 ml/hora. No caso de não se colocar o cateter epidural, recorreu-se à administração de morfina endovenosa (“Patient Controlled Analgesia” – PCA).

A dor foi avaliada com uma escala analógica visual (VAS – 1 a 10) utilizada pela Unidade de Dor Aguda.

Todos os doentes foram contactados telefonicamente ao quinto dia e trigésimo dia do pós-operatório. Ao décimo e décimo-quinto dia do pós-operatório foram observados pelo cirurgião e anestesista responsáveis do estudo, na sala de pensos e na consulta de Grupo Multidisciplinar da Unidade de Patologia Digestiva, respectivamente.

Após o 30º dia de pós-operatório todos os doentes foram contactados telefonicamente para responder a um inquérito de satisfação (Tabela 3).

A análise descritiva dos dados foi realizada para todas as variáveis incluídas no estudo. Estudaram-se as características epidemiológicas da população em estudo, as características do tumor, o impacto da classificação ASA e P-POSSUM no pós-operatório, o tipo de cirurgia e de anastomose intestinal, a duração da cirurgia, as complicações per-operatórias, a duração do internamento e a satisfação global do doente. Esta foi realizada com o apoio do programa específico SPSS v. 13 (SPSS, Chicago, III, USA).

RESULTADOS

Os dados epidemiológicos da amostra estão condensados na Tabela 4. Trinta doentes consecutivos foram submetidos a colectomia segmentar radical, sendo a maioria do sexo masculino (53,3%) e com idade superior a 60 anos (70%). Em 30 doentes, 30% tinham um Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 30. Só um doente apresentava história pessoal de cancro, nomeadamente cancro do útero, mas 7 doentes (23,3%) referiram história familiar de cancro colorectal. Nenhum doente mencionou hábitos alcoólicos e só 6,7% ingeria



Tabela 4 – Dados epidemiológicos

Idade – mediana (Min.-Max.)	70 anos (40-77)
IMC (kg m ⁻²) – mediana (Min.-Max.)	28,3 (20,09-43,75)
N.º de doentes	
Hábitos alcoólicos (Não/Mais que 2 bebidas por dia)	28/2
Hábitos tabágicos (Não/ Sim)	30/0
Alterações do trânsito intestinal	
⇒ Regular	20
⇒ Obstipado	6
⇒ Mais que 2 dejecções diárias	4
História pessoal de cancro (Não/Sim)	29/1
História familiar de cancro colorectal (Não/Sim)	23/7
Co-morbilidades	
⇒ Sem	9
⇒ HTA isolada	7
⇒ HTA associada a dislipidemia ou obesidade	7
⇒ HTA, Diabetes, Obesidade	2
⇒ Dislipidemia ou obesidade	5

IMC – Índice de Massa Corporal; HTA – Hipertensão arterial

mais de 2 bebidas alcoólicas por dia. 33,3% apresentava alterações do trânsito intestinal (20% com tendência para a obstipação e 13,3% com mais de duas dejecções diárias). Só 30% dos doentes não apresentava comorbilidade associada, sendo a hipertensão arterial (HTA) isolada ou associada a mais prevalente (16 casos).

Os dados relacionados com a cirurgia estão resumidos na Tabela 5. A maior parte dos tumores primários estava localizada no cólon sigmoide (40%). As duas operações mais frequentes foram a ressecção anterior do rectosigmoide (30%) e a colectomia do sigmoide (26,7%). Em todos os casos a anastomose intestinal foi mecânica. Em 56,7% dos casos realizou-se uma incisão vertical mediana. A mediana do tamanho dessa incisão foi de 14 cm (Min.- 10cm e Max.- 30cm). Em 96,7% dos casos não se deixaram drenos intra-abdominais. A mediana das perdas sanguíneas intraoperatórias foi de 140 cc (Mínimo de 0 e Max. de 300 cc). A duração média da cirurgia foi de 100 minutos (Min. 50 min e Max. de 150 min).

Tabela 5 – Dados relacionados com a cirurgia

Tipo de Cirurgia	
⇒ Hemicolecotomia direita	8
⇒ Hemicolecotomia direita e colecistectomia	1
⇒ Hemicolecotomia esquerda	4
⇒ Colectomia do sigmoide	6
⇒ Colectomia do sigmoide e Implantofix	1
⇒ Colectomia do sigmoide e cistectomia parcial	1
⇒ Ressecção anterior do recto-sigmoide alta	9
Tipo de anastomose	
⇒ Mecânica	30
⇒ Manual	0
Tipo de incisão	
⇒ Vertical mediana	17
⇒ Horizontal supraumbilical	6
⇒ Horizontal infraumbilical	7
Tamanho da incisão – mediana (Min.-Max.)	14 cm (10-30cm)
Perdas hemáticas – mediana (Min.- Max.)	140cc (0-300cc)
Drenos intra-abdominais (Não/Sim)	29/1
Duração média da cirurgia – mediana (Min.-Max.)	100 min (50-150)

Tabela 6 – Classificação de risco cirúrgico e nível de introdução do cateter epidural

Classificação ASA	
⇒ ASA I	2
⇒ ASA II	27
⇒ ASA III	1
P-POSSUM	
⇒ Score Fisiológico – mediana (Min.-Max.)	17 (12-30)
⇒ Score de Severidade Operatória – mediana (Min.-Max.)	11 (8-17)
⇒ Morbidade prevista (%) – mediana (Min.-Max.)	23,52 (11,01-64,6)
⇒ Mortalidade prevista (%) – mediana (Min.-Max.)	1,03 (0,41-6,95)
Nível de introdução do cateter epidural	
⇒ T6	1
⇒ T7	5
⇒ T8	11
⇒ T9	7
⇒ T10	5
⇒ Falência na introdução	1



Tabela 7 – Aspectos nutricionais

Tolerância de dieta pobre em resíduos na semana antes da cirurgia (sim/não)	30/0
Tolerância do preOp® antes da cirurgia (sim/não)	29/1
Tolerância de água e chá 2 horas após a cirurgia (sim/não)	26/4
Tolerância da dieta líquida ao jantar do dia da cirurgia (sim/não)	24/6

Na Tabela 6 estão resumidos os factores relacionados com a classificação de risco cirúrgico e nível de introdução do cateter epidural. 90% dos doentes foram classificados como ASA II. Segundo o P-POSSUM, a mediana da morbilidade prevista foi de 23,52 e a mediana da mortalidade prevista foi de 1,03. Em 36,7% dos casos o cateter epidural foi colocado em T8 e só num doente não se conseguiu introduzir o mesmo por razões técnicas.

Os aspectos nutricionais estão resumidos na Tabela 7. Todos os doentes realizaram dieta pobre em resíduos uma semana antes da cirurgia.

Só um doente não tolerou o preOp® antes da cirurgia. 90% dos doentes toleraram água e chá 2 horas após a cirurgia e 80% toleraram a dieta líquida à noite. Todos os doentes toleraram a dieta do 1º dia pós-operatório.

Na Tabela 8 estão condensados os dados relacionados com o tumor. O cólon sigmoide foi a localização mais frequente do tumor primário em 12 casos. Relativamente à classificação por estádios no pós-operatório, a maior parte das neoplasias era T3N0M0 – estágio II (40%), havendo ainda a referenciar 2 lesões pré-neoplásicas e um doente com metastização hepática.

A mediana dos gânglios isolados foi de 18 (Min. -4; Max. - 60). Os dois casos com 4 e 5 gânglios isolados, corresponderam aos doentes operados a lesões pré-neoplásicas (pólipos de grandes dimensões).

Os dados relacionados com a evolução e complicações pós-operatórias estão resumidos na Tabela 9. Em 20% dos doentes verificou-se hipotensão sustentada no período pós-operatório. Se analisarmos o primeiro

Tabela 8 – Dados relacionados com o tumor

Localização do tumor primário	
⇒ Cego	1
⇒ Cólon ascendente	8
⇒ Cólon descendente	4
⇒ Cólon sigmoide	12
⇒ Transição rectosigmoideia	5
Estadiamento pós-operatório	
⇒ Lesão pré-neoplásica	2
⇒ T1N0M0	1
⇒ T2N0M0	4
⇒ T3N0M0	12
⇒ T3N1M0	6
⇒ T3N2M0	4
⇒ T3N1M1	1
Gânglios isolados – mediana (Min.-Max.)	18 (4 – 60)

grupo de 15 doentes, que usaram um elastómero (DIB Baxter®) de débito fixo, 6 destes apresentaram hipotensão pós-operatória o que motivou a sua remoção em dois dos doentes apesar das medidas tomadas (coloides e/ou vasopressores). Nos 15 doentes operados posteriormente adoptou-se um elastómero de débito variável (5, 7 e 12 ml/hora) e nenhum dos doentes apresentou hipotensão pós-operatória.

A maior parte dos doentes (67%) não referiu náuseas ou vômitos no pós-operatório e dos restantes só 6% os referiu até ao 2º dia pós-operatório.

Em relação à dor, 64% dos doentes teve a dor bem controlada, 13% apresentou uma dor moderada (escala de dor 4-6) em algum período do pós-operatório e 23% apresentou dor forte (escala de dor 6-10).

Só em 4 doentes foi necessário remover o cateter epidural antes do 2º dia pós-operatório, por analgesia não eficaz ou hipotensão refractária.

No dia da cirurgia, 50% dos doentes não referiram nem apresentaram qualquer queixa ou complicação, 20% tiveram dor mal controlada e 20% náuseas ou vômitos. No 1º dia pós-operatório, 50% dos doentes mantiveram-se sem queixas, sendo a dor mal controlada e as náuseas e vômitos as queixas principais, nos



Tabela 9 – Dados relacionados com a evolução e complicações pós-operatórias

Hipotensão pós-operatória (Sim/Não)	6/24
Náuseas ou vômitos	
⇒ Não	20
⇒ Só no dia da cirurgia	3
⇒ No dia e no 1º dia pós-operatório	5
⇒ Até ao 2º dia pós-operatório (inclusive)	2
Dor controlada	
⇒ Sim	19
⇒ Não (até às 48 horas pós-operatórias)	9
⇒ Não (após as 48 horas pós-operatórias)	2
Funcionamento do intestino para fezes	
⇒ 1º dia pós-operatório	2
⇒ 2º dia pós-operatório	14
⇒ 3º dia pós-operatório	9
⇒ 4º dia pós-operatório	2
⇒ 5º dia pós-operatório	1
⇒ 8º dia pós-operatório	2
Retirada da algália	
⇒ 1º dia pós-operatório	25
⇒ 3º dia pós-operatório (por retenção urinária)	3
⇒ 4º dia pós-operatório (por obstrução)	1
⇒ 12º dia pós-operatório (por cistectomia parcial associada à cirurgia cólica)	1
Dia da alta do pós-operatório	
⇒ 3º dia	15
⇒ 4º dia	10
⇒ 5º dia	5
Complicações	
⇒ Ausência	24
⇒ Minor	
◦ Infecção da ferida operatória	2
◦ Seroma subcutâneo (aspirado)	1
◦ Epigastalgias e vômitos	1
◦ Suspeita de abscesso intra-abdominal	1
⇒ Major	
◦ Deiscência da anastomose colorectal	1

restantes. No 2º dia pós-operatório 80% dos doentes não referia qualquer queixa ou sintoma.

Em 63,3% dos doentes o intestino funcionou para gases no 1º e 2º dias de pós-operatório e em 83,3%, após os 3 dias de pós-operatório, houve trânsito intes-

tinal com fezes. Num doente o intestino só funcionou para fezes ao 5º dia e em 2 casos ao 8º dia.

A algália foi removida em 83,3% dos doentes no 1º dia pós-operatório.

Metade dos doentes tiveram alta ao 3º dia pós-operatório, 33% ao 4º dia e os restantes 17% ao 5º dia.

Complicações após alta hospitalar e até ao 30º dia pós-operatório foram observadas em 6 doentes (2 infecções da ferida operatória, 1 seroma pericicatricial e um caso de epigastalgias e vômitos). Um doente teve abdómen agudo, tendo sido relaparotomizado, constatando-se deiscência da anastomose colorectal; foi realizada colostomia e teve alta bem, 7 dias após a reintervenção. Foi internado um doente com a suspeita clínica de abscesso intra-abdominal; esta não se confirmou e teve alta após 5 dias de reinternamento.

Ao 30º dia pós-operatório, 28 doentes não apresentaram qualquer queixa ou complicação, e apenas dois doentes referiram diarreia e falta de apetite.

No Gráfico 1 estão esquematizadas as respostas obtidas (A a F) no inquérito telefónico sobre a satisfação do protocolo realizado a todos os doentes do estudo (Tabela 3).

Todos os doentes manifestaram vontade de entrar novamente no protocolo se lhe propusessem.

DISCUSSÃO

O presente estudo piloto revelou que no nosso hospital o programa “Fast-Track é realizável e não acrescenta morbilidade. Nos primeiros 15 doentes que usaram elastómeros (DIB Baxter®) de débito fixo (10ml/hora) tiveram episódios de hipotensão arterial sustentada, o que não se verificou nos restantes doentes que beneficiaram de elastómeros de débito variável (5, 7 e 12 ml/h). Estes últimos devem ser os elastómeros a utilizar. Porém, observou-se neste último grupo de doentes referências a uma analgesia menos eficaz, quando se iniciava por um débito menor. Assim o protocolo de analgesia deve ser otimizado. De realçar, no entanto, que o plano de contingência previsto no caso de dor pouco controlada foi eficaz. Registra-



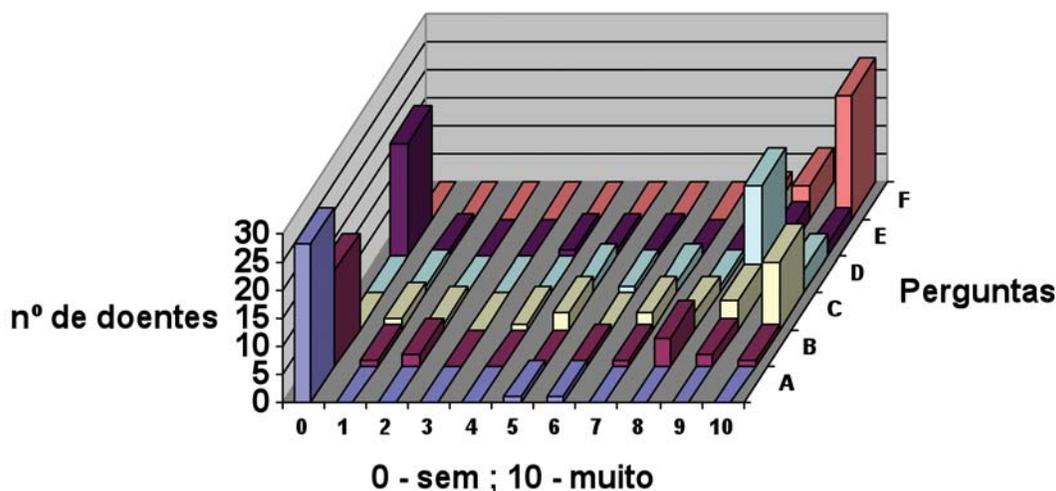


Gráfico 1 – Avaliação da satisfação global do doente

mos que alguns doentes tiveram dificuldade em tolerar os suplementos nutricionais no pós-operatório. Este facto merece também reformulação do protocolo. Somos de opinião que o preOp® prescrito no 1º dia de pós-operatório do protocolo testado deve ser retirado. Após inquérito de satisfação, os doentes manifestaram que se tivessem que se submeter de novo a cirurgia colorectal adeririam de novo a este programa.

A implementação de um programa multimodal de “fast-track” em doentes propostos para cirurgia colorectal requer uma equipa motivada e dedicada, centrada sempre no doente, que toma parte activa na sua recuperação, envolvendo sempre o cirurgião, o anestesiológico, o nutricionista e o enfermeiro. Não é possível obter o sucesso desejado, sem a informação detalhada do programa ao doente, sem a formação dos enfermeiros que cuidam do doente e sem o conhecimento profundo e detalhado por parte de toda a equipa envolvida do protocolo implementado (“clinical pathways”). As vantagens de trabalhar com um protocolo é que não há dúvidas quanto ao momento da introdução e progressão da dieta, da remoção da algália, do cateter epidural e da mobilização, existindo planos de contingência no caso de dificuldades. É, importante, que um elemento médico da equipa seja facilmente contactável no caso

de surgir algum imprevisto que ponha em causa a progressão do protocolo.

Os cuidados peri-operatórios cirúrgicos, anestésicos e nutricionais clássicos, em doentes portadores de neoplasia colorectal, incluem geralmente preparação intestinal mecânica, recurso a sonda nasogástrica até trânsito intestinal restabelecido (motivando jejum prolongado), a drenos abdominais, a algaliação, bem como o recurso a opiáceos no controlo da dor e a mobilização do doente é, por vezes, tardia.

Na Europa as taxas médias de complicações após a cirurgia colorectal electiva variam entre 15-20% e o tempo de internamento varia entre 6-10 dias (3). No entanto, estes valores podem chegar aos 35% de taxa média de complicações após a cirurgia e, o tempo de internamento pós-operatório pode atingir os 20 dias após ressecção cólica (8-11). Este facto, tem motivado distintas abordagens.

Estudos clínicos prospectivos recentes mostraram que uma abordagem multimodal no período peri-operatório, que inclui curtos períodos de jejum, controlo agressivo da dor, ausência de preparação intestinal mecânica, permite recuperações mais rápidas dos doentes cirúrgicos e diminuição da morbilidade, nomeadamente nos doentes submetidos a cirurgia colorectal, com resultados sobreponíveis aos encontrados neste estudo (11-17).



CONCLUSÃO

A implementação de um programa “fast-track” na cirurgia coloretal é complexa, pois obriga a um trabalho acrescido para os cirurgiões, anestesistas e enfer-

meiros e depende claramente da colaboração activa do doente e do entusiasmo e dedicação de toda a equipa envolvida. Porém, recompensas como diminuição do tempo de internamento, menor morbidade e mortalidade são conseguidas.

REFERÊNCIAS

1. Feara KC, Ljungqvist O, Von MM e al. Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clin. Nutr.* 2005; 24: 466-477
2. Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast track surgery. *Br. Med. J.* 2001; 322:473-476.
3. Nikolaos Gouvos, Emile Tan, Alistair Windsor, E. Xynos, Paris P. Tekkis. Fast-track vs Standard Care in colorectal surgery: a meta-analysis update. *Int. J. Colorectal Disease* (2009) 24: 1119-1131.
4. Kehlet H, Dahl J B. Anesthesia, surgery and challenges in post operative recovery. *Lancet* 2003; 363: 1921-28.
5. Kehlet H. Fast Track colorectal surgery. *Lancet* 2008; Vol 371; 791-793.
6. Kehlet H, Wilkinson K, Buchler M W, Beart R W. A survey of perceptions and attitudes towards the clinical impact and management of postoperative ileus. *Colorectal Dis.* (2005), 7: 245-250.
7. W. Schwenk, J. Neudecker, W. Raue, O. Haase, J.M. Muller. Fast-track rehabilitation after rectal cancer resection. *Int J Colorectal Dis.* (2006) 21: 547-553.
8. Staib L, Link KH, Blatz A, Beger HG. Surgery of colorectal cancer: surgical morbidity and five- and ten-year results in 2400 patients – monoinstitutional experience. *World J. Surg.* 2002; 26: 59-66.
9. Marush F, Koch A, Schmidt U et al. Prospective multicentre studies of colorectal carcinomas as comprehensive surgical quality assurance. *Chirurg* 2002; 73: 138-46.
10. Alves A, Panis Y, Mathieu P, Mantion G, Kwiatkowski F, Slim K. Postoperative mortality and morbidity in French patients undergoing colorectal surgery. Results of a prospective multicenter study. *Arch. Surg.* 2005; 140: 138-46.
11. Marusch F, Gastinger I, Schneider C et al. Experience as a factor influencing the indications for laparoscopic colorectal surgery and the results. *Sur. Endosc.* 2001; 15: 116-20.
12. Kehlet H, Wilmore DW. Fast-track surgery. *Br. J. Surg.* 2005; 92: 3-4.
13. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am. J. Surg.* 2002; 183: 630-41.
14. Anderson AD, McNaught CE, MacFie J, Tring I, Barker P, Mitchell CJ. Randomized clinical trial of multimodal optimization and standard perioperative surgical care. *Br. J. Surg.* 2003; 90: 1497-504.
15. Basse L, Hjort Jakobsen D, Billesbolle P, Werner M, Kehlet H. A clinical pathway to accelerate recovery after colonic resection. *Ann. Surg.* 2000; 232: 51-7.
16. Stephen AE, Berger DL. Shortened length of stay and hospital cost reduction with implementation of an accelerated clinical care pathway after elective colon resection. *Surgery* 2003; 133: 277-82.
17. Kehlet H, Mogensen T. Hospital stay of 2 days after open sigmoidectomy with a multimodal rehabilitation programme. *Br. J. surg.* 1999; 86: 227-30.
18. Delaney CP, Fazio vW, Senagore AJ, Robinson B, Halverson AL, Remzi FH. “Fast track” postoperative management protocol for patients with high co-morbidity undergoing complex abdominal and pelvic colorectal surgery. *Br. J. Surg.* 2001; 88: 1533-8.

Autor de contacto

DR. JOSÉ PEDRO SILVA
jpmsilva@netc.pt

