

Protocolo de Avaliação Pré-operatória de Cirurgias Eletivas do Hospital Fêmeina

Grupo Hospitalar Conceição

Hospital Fêmeina

Porto Alegre, 2020

Protocolo de Avaliação Pré-operatória de Cirurgias Eletivas do Hospital Fêmina

Conteúdo

Nome do Protocolo.....	3
Equipe elaboradora do Protocolo.....	3
Tema do Protocolo.....	3
Magnitude.....	3
Definição do tema / objetivo	3
Critérios utilizados para solicitação de exames pré-operatórios	4
Porte cirúrgico por especialidades.....	5
Cirurgia Ginecológica/Cirurgias em Mastologia /Cirurgia Plástica Reconstructiva	5
Cirurgia Geral / Cirurgia Proctológica	5
Cirurgia Vascular	5
Cirurgia Urológica	5
Rotina de exames e avaliação pré-operatória para cirurgias eletivas	6
GRUPO I.....	6
GRUPO II.....	6
GRUPO III.....	7
Comorbidades	8
Conclusão.....	9
Referências.....	9

Nome do Protocolo

Protocolo de Avaliação Pré-operatória de Cirurgias Eletivas do Hospital Fêmina

Equipe elaboradora do Protocolo

Serviço de Anestesiologia

Serviço de Clínica Médica

Serviço de Cirurgia

Tema do Protocolo

Guia para a solicitação de exames pré-operatórios e de encaminhamento para avaliação clínica das pacientes que serão submetidas à cirurgia eletiva no Hospital Fêmina.

Magnitude

O Hospital Fêmina realiza em média 547 cirurgias ao mês, chegando a computar 6.564 cirurgias no ano de 2019, a maioria destas caracterizadas como cirurgias eletivas (segundo dados do Painel de Indicadores do GHC).

Definição do tema / objetivo

O presente protocolo tem por objetivo oferecer um guia para a solicitação de exames pré-operatórios e de encaminhamento para avaliação clínica das pacientes que serão submetidas à cirurgia eletiva no Hospital Fêmina tratando-se, dentro do possível, as anormalidades identificadas.

Aqui, não estão sendo discutidos os exames necessários para o diagnóstico da patologia cirúrgica apresentada pela paciente, nem dos exames específicos para os demais tratamentos que a paciente possa vir ou que esteja realizando além da cirurgia. Por exemplo, pacientes que realizarão cirurgias em vigência ou imediatamente após a realização de quimioterapia, ou de radioterapia deverão realizar exames específicos para a sua condição clínica que não estão contemplados neste protocolo.

Da mesma forma, cirurgias em pacientes internadas com várias comorbidades ou que estão em tratamento de complicações de suas patologias, deverão ter sua avaliação pré-operatória individualizada. Portanto o presente protocolo destina-se a auxiliar os profissionais na solicitação dos exames pré-operatórios de rotina durante o atendimento ambulatorial das pacientes que serão submetidas à cirurgia eletiva no Hospital Fêmina.

Como os fatores de risco dizem respeito a variáveis individuais e cirúrgicas, nem todas podem ser incluídas neste Protocolo, que pretende ser útil principalmente ao diferenciar a paciente que necessita de uma avaliação pré-operatória detalhada, multidisciplinar, daquela que tem sua condição clínica entendida como adequada pela equipe cirúrgica.

Critérios utilizados para solicitação de exames pré-operatórios

Para maior abrangência deste protocolo e visando harmonizar as opiniões das áreas diretamente envolvidas neste processo foram utilizadas recomendações baseadas em evidências clínicas relevantes das diretrizes da Sociedade Europeia de Anestesiologia e da Sociedade Brasileira de Cardiologia, ajustadas ao perfil das pacientes e às cirurgias realizadas com maior frequência na nossa instituição.

Para a realização do presente protocolo, utilizou-se como critério para os exames pré-operatórios a serem solicitados, a condição clínica apresentada pela paciente no que se refere a:

- faixa etária:
 - até 40 anos
 - acima de 40 anos
- comorbidades:
 - ausência ou presença de doenças não relacionadas à patologia
 - cirúrgica

Considerando-se os procedimentos cirúrgicos realizados com maior frequência no Hospital Fêmina classificou-se as cirurgias quanto ao porte em :

- Pequeno Porte
- Porte Intermediário
- Grande Porte

Porte cirúrgico por especialidades

Cirurgia Ginecológica/Cirurgias em Mastologia /Cirurgia Plástica Reconstrutiva

- Pequeno Porte: Histeroscopias, Conização, Biópsia de Nódulo de Mama , etc.
- Porte Intermediário: Histerectomia, Ooforectomia, Salpingectomia, Vulvectomia, Correção cirúrgica de Fístula Retovaginal , Correção de Incontinência Urinária, Mastectomias com ou sem esvaziamento axilar, Plástica Mamária Reconstrutiva, Cirurgia VDLP para Diagnóstico e Tratamento,etc.
- Grande Porte: Wertheim Meigs, Mastectomia com Reconstrução Simultânea, Laparotomia em paciente Oncológica.

Cirurgia Geral / Cirurgia Proctológica

- Pequeno Porte: Biópsia de tecidos, Hernioplastia Umbilical, Paracentese Abdominal, Toracocentese , Traqueostomia, etc.
- Porte Intermediário: Colectistectomia (Videolaparoscópica ou Convencional) , Ostomias (colostomias, ileostomias) , Hernioplastia Incisional , Hernioplastia Inguinal, Linfadenectomia Superficial, Ressutura de parede abdominal, Hemorroidectomia, Fistulectomia Anal, etc.
- Grande Porte: Colectomias/Enteroanastomoses, Ressecção Colorectal, Esplenectomia,etc.

Cirurgia Vascular

- Pequeno Porte: Implantação de Cateter de Longa Permanência, Punção Venosa Central para colocação de cateter monolumen e duplolumen, etc
- Médio Porte: Correção de Varizes, amputações, etc.

Cirurgia Urológica

- Pequeno Porte: Cistoscopias, Instalação Endoscópica de Cateter Duplo J, etc.
- Médio Porte: Procedimentos videolaparoscópicos/percutâneos do trato genito-urinário, etc.
- Grande Porte : Nefrectomia, etc.

De acordo com a faixa etária, as comorbidades e o porte cirúrgico, as pacientes serão classificadas em grupos I, II ou III. Esta classificação está expressa a seguir:

Rotina de exames e avaliação pré-operatória para cirurgias eletivas

GRUPO I

Faixa etária: <40 anos

Sem comorbidades *

Cirurgia de pequeno porte

- Exames pré-operatórios: Não há indicação **
- Não há indicação de avaliação clínica pré-operatória

*Status funcional: paciente realiza atividades diárias sociais e cognitivas

**Paciente realizará exames relacionados à patologia cirúrgica

GRUPO II

Faixa etária : > 40 anos < 65 anos

Sem comorbidades*

Cirurgia de porte pequeno, porte intermediário ou oncológica

- Exames pré-operatórios: Eletrocardiograma

Hemograma com plaquetas

Creatinina

Glicemia em jejum

Hormônio Tireoestimulante (TSH)

Exame Qualitativo de Urina (EQU)

Se exames normais: agendar cirurgia

Se exames alterados: solicitar avaliação clínica

*Status funcional: paciente realiza atividades diárias sociais e cognitivas

GRUPO III

Faixa etária: qualquer idade

Comorbidades presentes

Cirurgia de porte intermediário, grande ou oncológica

- Exames pré-operatórios: Raio X tórax

Eletrocardiograma

Hemograma com plaquetas

Tempo de Protrombina (TP)

Tempo de Tromboplastina parcial (KTTP)

Uréia

Creatinina

Sódio

Potássio

Glicemia em jejum

TGO

TGP

TSH

Solicitar avaliação clínica sistematicamente com os exames já solicitados.

*Cirurgias de porte pequeno: avaliar individualmente – considerar possibilidade de realizar diretamente o procedimento (sem a necessidade de encaminhamento para o clínico), se a paciente:

- estiver compensada de suas comorbidades crônicas
- exames pré-operatórios estiverem sem alterações significativas
- assintomática do ponto de vista cardiorrespiratório

Comorbidades

Considerando-se comorbidades as patologias apresentadas pela paciente e que não são o objetivo do tratamento cirúrgico, listamos abaixo, aquelas mais frequentemente apresentadas pelas pacientes atendidas nesta Instituição.

Acrescentamos a esta lista condições que alteram significativamente as condições de uma paciente que vai ser submetida a uma cirurgia eletiva as quais podem demandar uma avaliação pré-operatória com exames específicos e avaliação clínica.

Tabela de comorbidades mais frequentes no Hospital Fêmina

- HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (moderada, severa ou com tratamento irregular).
- DIABETES MELLITUS
- DOENÇA BRONCOPULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (asma, enfisema, tabagismo)
- CARDIOPATIA (cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, valvulopatias, arritmias, cardiomiopatias, etc)
- DOENÇA CEREBRO-VASCULAR (AVC isquêmico ou hemorrágico)
- OBESIDADE (IMC >40)
- INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA
- DOENÇAS DA TIREÓIDE (hipo/hipertireoidismo)

Condições adversas a serem consideradas em avaliação pré-operatória:

- Neoplasia avançada
- Anticoagulação
- Tratamento quimioterápico recente
- Abuso e adição a álcool e outras drogas

Conclusão

A racionalização quanto aos exames pré-operatórios a serem realizados, bem como da avaliação clínica da paciente candidata à realização de cirurgia eletiva, são instrumentos importantes que qualificam e facilitam o trabalho da equipe médica, trazem maior segurança para o paciente ,que é poupado de realizar exames desnecessários e podem significar racionalização no uso dos recursos da Instituição.

Por se tratar de uma rotina que conta, para sua composição , de profissionais das áreas de Anestesiologia, Cardiologia e Cirurgia Geral, espera-se que atenda de uma forma prática e segura ,aos critérios das três especialidades envolvidas.

E, finalmente, por ter sido realizada dentro das diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Européia de Anestesiologia, espera-se dar ao paciente e ao cirurgião a segurança advinda de uma avaliação pré-operatória adequada.

Referências

1. Gualandro DM, Yu PC, Caramelli B, et al. Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol 2017; 109(3 Supl.1):1-104.
2. Fleischer LA, Fleischmann KE , Auerbach AD, et al. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines. Circulation 2014; 130(24):e278-e333.
3. Kristensen SD, Knuuti J, Saraste A, et al. Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management: The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). Eur Heart J 2014; 35:2384-2431.