

**Tema:** Rotinas No PÓS-Operatório De Cistoenteroplastia

**Protocolo Nº 119**

**1ª Versão:** Setembro/2016

**Versão Nº 01**

**Atualização:** \_\_/\_\_/\_\_

**Página 1 de 8**

**Aprovado por:** Andréa Maria Silveira

**Responsável Técnico:** Carlos Eduardo Corradi Fonseca

## SUMÁRIO

SUMÁRIO .....	1
SIGLAS .....	1
CONFLITOS DE INTERESSE .....	2
JUSTIFICATIVAS .....	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	3
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS.....	3
CONCEITOS.....	3
ATIVIDADES ESSENCIAIS .....	2
SONDAS E DRENOS DEIXADOS NO PER OPERATÓRIO.....	2
CUIDADOS PÓS OPERATÓRIO .....	2
ROTEIRO PRÁTICO DE ROTINAS NO PÓS OPERATÓRIO .....	5
HISTÓRICO DAS VERSÕES .....	6

## SIGLAS

CIL | Cateterismo Intermitente Limpo

**Tema: ROTINAS NO POS OPERATÓRIO DE CISTOENTEROPLASTIA**

Protocolo Nº

1ª Versão: 15/09/2016

Versão Nº 01

Atualização: \_\_/\_\_/\_\_

Página 2 de 8

Aprovado por: Reunião Clínica

Responsável Técnico: Carlos Eduardo Corradi Fonseca

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

## JUSTIFICATIVAS

A cistoenteroplastia (ampliação vesical) é uma cirurgia delicada que envolve o trato urinário e digestório. É realizada para pacientes que por causas neurológicas ou não desenvolvem um severo comprometimento da função de armazenamento da bexiga, alterando sua capacidade, complacência ou estabilidade no enchimento.

A primeira opção para esses pacientes é o tratamento farmacológico. Nos casos de falha, a cistoenteroplastia é uma boa opção para o tratamento.

A ampliação vesical poderá ser realizada com íleo terminal, cólon ou segmento da grande curvatura do estômago.

Em todos os pacientes é necessário o Cateterismo Intermitente Limpo (CIL) no período pós-operatório. É conveniente que o paciente já esteja habituado a realizar o cateterismo antes de ser operado. O cateterismo poderá ser realizado por via uretral quando não há impedimentos, como estenose de uretra ou grande sensibilidade uretral. Em alguns pacientes, por sensibilidade uretral ou por dificuldades técnicas, pode-se confeccionar um conduto continente entre a pele e bexiga (Mitrofanoff) para facilitar esse cateterismo. Esse conduto poderá ser confeccionado com o apêndice cecal ou por segmento de íleo pela técnica de Monti.

## OBJETIVOS

Padronizar rotinas de cuidados dos pacientes submetidos a cistoenteroplastia com ou sem derivação urinaria continente pelo mecanismo de Mitrofanoff.

## CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

- Idade: Maior de 3 anos
- Ambos sexos.
- Pós operatório de cistoenteroplastia com ou sem Mitrofanoff

**Tema: ROTINAS NO POS OPERATÓRIO DE CISTOENTEROPLASTIA**

Protocolo Nº

1ª Versão: 15/09/2016

Versão Nº 01

Atualização: \_\_/\_\_/\_\_

Página 3 de 8

Aprovado por: Reunião Clínica

Responsável Técnico: Carlos Eduardo Corradi Fonseca

## CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Insuficiência renal estabelecida (Creatinina > 2mg/dl), exceto quando em protocolo pré-transplante renal.

## CONDIÇÕES NECESSÁRIAS

- Material Cateterismo: Cateter foley nº 10-20; cateter uretral nº 8-12, lidocaína gel; gaze estéril.
- Dreno de penrose nº 2 e 3.
- Antibiótico: Gentamicina ou Ceftriaxone e metronidazol
- Equipe médica e de enfermagem treinada

## CONCEITOS

A principal indicação da ampliação vesical é a bexiga neurogênica causada por lesões medulares acima do nível sacral. Nestes casos o plexo nervoso sacral envia estímulos colinérgicos contínuos para o detrusor sem o efeito inibitório do córtex cerebral. O resultado é uma hiperatividade detrusora com baixa complacência vesical de difícil controle.

A elevada pressão de armazenamento vesical e a baixa complacência (pressão detrusora na capacidade cistométrica máxima >40cmH<sub>2</sub>O) põe em risco o trato urinário superior e assim a função renal.

O tratamento inicial é medicamentoso e a base de anticolinérgico associado a cateterismo uretral intermitente.

Outra opção de tratamento farmacológico é a aplicação intravesical de toxina botulínica.

Nos casos que atinge dose máxima da medicação e mantem-se pressões intravesicais elevadas e baixa complacência recomenda-se o tratamento cirúrgico definitivo a base de ampliação vesical.

A ampliação vesical pode ser realizada com estômago, íleo terminal ou cólon. O íleo é tecnicamente mais fácil, com melhor mobilização do segmento. Entretanto pela sua capacidade absorptiva não é a melhor opção para pacientes com insuficiência renal crônica. Nestes casos a melhor opção é a utilização de segmento da grande curvatura do estômago.

**Tema: ROTINAS NO POS OPERATÓRIO DE CISTOENTEROPLASTIA**

Protocolo Nº

1ª Versão: 15/09/2016

Versão Nº 01

Atualização: \_\_/\_\_/\_\_

Página 2 de 8

Aprovado por: Reunião Clínica

Responsável Técnico: Carlos Eduardo Corradi Fonseca

## ATIVIDADES ESSENCIAIS

### SONDAS E DRENOS DEIXADOS NO PER OPERATÓRIO

- Cateter Uretral Foley (preferencialmente de silicone) nº 16-20 (> 10anos) ou Idade + 6 (< 10 anos).
- Cistostomia (através da parede vesical) exteriorizando em fossa ilíaca esquerda. Cateter uretral Foley nº 16 (>12 anos) ou nº 14 (<12 anos).
- Pacientes com conduto cateterizável continente (Mitrofanoff): Deixar cateter uretral fechado e fixado com ponto na pele. Tamanho: Nº 8 (<6 anos); nº 10 (6-12 anos), nº 12 (>12 anos).
- Dreno: Penrose nº 2 (<12 anos) ou nº 3 (>12anos). O dreno deverá passar pelas duas faces da bexiga e exteriorizar em fossa ilíaca direita. Deixar bolsa coletora para avaliar débito.

### CUIDADOS PÓS OPERATÓRIO

- Antibiótico profilático: Gentamicina e Metronidazol ou Cetriaxone e Metronidazol por 24 horas.
- Prevenção de escaras: Especialmente nos pacientes com lesão medular, deve-se prescrever a mudança de decúbito de hora em hora, além de colchão anti-escaras e inspeção diária de pontos de pressão no corpo, como nádegas, dorso, calcanhares e cotovelos.
- Dieta: Depende da tolerância.
  - 1º e 2º DPO: Dieta líquida restrita (sem resíduos)
  - 3º e 4º DPO: Dieta líquida completa
  - 5º DPO: Dieta Pastosa
  - 6º DPO: Dieta branda
  - 7º DPO: Dieta livre
- Lavagem do Cateter:
  - ⇒ Objetivo: Retirar o excesso de muco.
  - ⇒ Iniciar no 2º DPO.

## Tema: ROTINAS NO POS OPERATÓRIO DE CISTOENTEROPLASTIA

Protocolo Nº

1ª Versão: 15/09/2016

Versão Nº 01

Atualização: \_\_/\_\_/\_\_

Página 3 de 8

Aprovado por: Reunião Clínica

Responsável Técnico: Carlos Eduardo Corradi Fonseca

- ⇒ Injetar lentamente SF0,9% (60ml em >12 anos ou 40ml em 8-12 anos ou 20ml <8 anos) pela cistostomia. Após aspirar lentamente. Repetir até retornar líquido com pouco muco.
- ⇒ Nos casos de baixa drenagem pelo cateter uretral, a lavagem deverá ser realizada por essa via também.
- ⇒ Dois dias antes da alta, a família e o próprio paciente deverão ser treinados a realizar essa lavagem pelo cateter do mitrofanoff ou por cateterismo uretral.
- ⇒ Nos primeiros 3 meses a lavagem da sonda deverá ser de pelo menos 1 vez ao dia. Pode-se realizar mais vezes de acordo com a quantidade de muco produzido.

Todos os pacientes poderão utilizar solução mucolítica diariamente a base de bromexina. Deverá ser administrado 20ml 10 minutos antes da lavagem.

Fórmula: Bromexina 96%; Atropina 4%; 600ml SF qsp.

- Cateter Uretral:
  - ⇒ Deverá ser mantido por pelo menos 7 dias.
  - ⇒ Caso não haja outras intercorrências no pós operatório, o paciente receberá alta no dia seguinte após a retirada da sonda uretral.
- Cistostomia:
  - ⇒ Deverá ser deixada por 3 semanas.
  - ⇒ Recomenda-se deixá-la fechada 2 dias antes de sua retirada.
- Cateterismo Intermitente Limpo:
  - ⇒ Será realizado em todos os pacientes para facilitar o esvaziamento e para permitir a limpeza da bexiga ampliada.
  - ⇒ Poderá ser realizado por via uretral ou pelo mitrofanoff: cateter nº 12 (>12 anos) ou nº 10 (8-12 anos) ou nº 8 (<8 anos).
  - ⇒ O cateterismo deverá ser iniciado logo após a retirada do cateter uretral (exceto para cateterismo por mitrofanoff – veja item abaixo).
  - ⇒ O paciente e seus familiares deverão ser treinados para realização do cateterismo uretral ainda no ambiente hospitalar.
- Cateterismo por Mitrofanoff: (Quando presente)
  - ⇒ O cateter deixado no pós operatório deverá permanecer por 2 semanas.

**Tema: ROTINAS NO POS OPERATÓRIO DE CISTOENTEROPLASTIA**

**Protocolo Nº**

**1ª Versão: 15/09/2016**

**Versão Nº 01**

**Atualização: \_\_/\_\_/\_\_**

**Página 4 de 8**

**Aprovado por: Reunião Clínica**

**Responsável Técnico: Carlos Eduardo Corradi Fonseca**

- ⇒ Do 7º ao 14º dia em que o paciente deverá utilizar essa via para lavagem da bexiga em casa, basta orientá-lo a abrir o cateter, realizar a lavagem e fechá-lo novamente, sem removê-lo.
- ⇒ No 14º DPO será o primeiro retorno ambulatorial. O cateter do mitrofanoff será retirado e o paciente instruído a realização do cateterismo por essa via. Essa deverá ser a via para a lavagem da cavidade vesical.
- ⇒ No 21º dia, antes de retirar a cistostomia, certificar de que o paciente ou familiares estão devidamente treinados com o cateterismo pelo mitrofanoff.

## Tema: ROTINAS NO POS OPERATÓRIO DE CISTOENTEROPLASTIA

Protocolo Nº

1ª Versão: 15/09/2016

Versão Nº 01

Atualização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Página 5 de 8

Aprovado por: Reunião Clínica

Responsável Técnico: Carlos Eduardo Corradi Fonseca

### ROTEIRO PRÁTICO DE ROTINAS NO PÓS OPERATÓRIO

DPO	DIETA	CATETER URETRAL	CISTOSTOMIA	LAVAGEM DO CATETER	CATETERISMO	OUTROS
1º	LIQUIDA RESTRITA	SIM	SIM	NÃO	NÃO	
2º	LIQUIDA RESTRITA	SIM	SIM	SIM PELA CISTO	NÃO	
3º	LIQUIDA COMPLETA	SIM	SIM	SIM PELA CISTO	NÃO	
4º	LIQUIDA COMPLETA	SIM	SIM	SIM PELA CISTO	NÃO	
5º	PASTOSA	SIM	SIM	SIM PELA CISTO	NÃO	
6º	BRANDA	SIM	SIM	SIM PELA CISTO	NÃO	
7º	LIVRE	RETIRADA	SIM	SIM PELA CISTO	NÃO TREINAMENTO	
8º-13º	LIVRE	NÃO	SIM	SIM POR CIL (URETRAL OU MITROFANOFF)	POR CIL URETRAL OU MITROF (SEM RETIRAR SONDA)	ALTA HOSPITALAR
14º	LIVRE	NÃO	SIM	SIM POR CIL (URETRAL OU MITROFANOFF)	POR CIL URETRAL OU MITROF (SEM RETIRAR SONDA)	RETORNO AMBULATORIO TREINAMENTO CIL MITROFANOFF
15-20º	LIVRE	NÃO	SIM FECHAR NO 19º DPO	SIM POR CIL (URETRAL OU MITROFANOFF)	POR CIL URETRAL OU MITROF	
21º	LIVRE	NÃO	RETIRADA	SIM POR CIL (URETRAL OU MITROFANOFF)		RETORNO AMBULATORIO
22º - 30º	LIVRE	NÃO	NÃO	SIM POR CIL (URETRAL OU MITROFANOFF)		

**Tema: ROTINAS NO POS OPERATÓRIO DE CISTOENTEROPLASTIA**

Protocolo Nº

1ª Versão: 15/09/2016

Versão Nº 01

Atualização: \_\_/\_\_/\_\_

Página 6 de 8

Aprovado por: Reunião Clínica

Responsável Técnico: Carlos Eduardo Corradi Fonseca

## HISTÓRICO DAS VERSÕES

Versão - Data	Atividades	Nome	Cargo	Rubrica
1ª Versão – Agosto de 2016	Elaborado por	Otávio Augusto Fonseca Reis	Urologista	
1ª Versão – Setembro de 2016	Avaliado por	Daniel Lima Xavier	Urologista	
1ª Versão – Outubro de 2016	Aprovado por	Andréa Maria Silveira	Gerente de Atenção à Saúde e Diretora Técnica	