



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
SERVIÇO DE GRADUAÇÃO, PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM CIRURGIA GERAL**

**Análise da morbimortalidade associada às cirurgias de reconstrução do
trânsito intestinal realizadas na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar
Vianna.**



Marcos Dias Nunes de Moraes

**Belém – Pará
2012**



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
SERVIÇO DE GRADUAÇÃO, PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM CIRURGIA GERAL**

**Análise da morbimortalidade associada às cirurgias de reconstrução do
trânsito intestinal realizadas na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar
Vianna.**

Marcos Dias Nunes de Moraes

Trabalho de conclusão do programa
de residência médica em cirurgia geral
da Fundação Hospital de Clínicas
Gaspar Vianna, sob orientação da
Prof. André Luis Santos Rodrigues.

**Belém – Pará
2012**

616.33 MORAES, Marcos Dias Nunes de
M827a

Análise da morbimortalidade associada às cirurgias de reconstrução do trânsito intestinal realizadas na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.
Belém: FHCGV, 2012.

40p.

Trabalho de conclusão do programa de residência médica em cirurgia geral da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

1. Reconstrução do trânsito intestinal 2. Estomas 3. Morbimortalidade

“...mais inteligente é aquele que sabe que não sabe...”

SÓCRATES

DEDICATÓRIA

Ao DEUS, por nos conceder o dom da vida e pela concretização de mais um objetivo.

À minha mãe MARIA DO AMPARO PANTOJA que está do meu lado há décadas, se esforçando pelo meu bem-estar.

Aos nossos queridos amigos e familiares pelo carinho e compreensão em todos os momentos.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao orientador Prof. ANDRÉ DOS SANTOS ROGRIGUES, médico cirurgião do aparelho digestivo, preceptor do programa de residência médica em cirurgia geral da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, pelos conselhos, orientações e prestatibilidade.

À MARIA ANTÔNIA PANTOJA DIAS que ainda continua a revisar meus trabalhos.

Aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico que sempre me recebiam de braços abertos.

Às funcionárias da Gerência de Ensino e Pesquisa que zelaram pelos residentes deste hospital.

Aos pacientes por depositarem em nós a confiança na realização de suas cirurgias.

Ao Sr. MANOEL ALFAIA LOPES, por ter acreditado em mim.

RESUMO

Uma ostomia é um procedimento que consiste na extração de uma porção do tubo digestivo, neste caso o intestino, e na abertura de um orifício externo, que se designa por estoma. A reconstrução do trânsito intestinal acarreta elevados índices de morbidade e mortalidade. O objetivo consiste em analisar a morbimortalidade dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011. Foram analisados os prontuários de 90 pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal, para obter informações sobre sexo, idade, origem, tipo de cirurgia, pré- e pós-operatório e complicações ao procedimento cirúrgicos. Os resultados obtidos mostraram que 70% dos pacientes são do sexo masculino, com média de idade de 39 anos (13-81anos), sendo 40 (44,44%) do interior e como principal causa de abdômen agudo inflamatório (37,78%). Cerca de 29 (32,22%) pacientes permaneceram entre 3-9 meses ostomizados, sendo 37 (41,11%) do tipo ileostomia terminal, com pós-operatório médio de 12,84 dias (3-72), 20 (22,22%) complicações pós-operatórias e 5 (5,55%) óbitos. Analiticamente os óbitos ocorreram com maior frequência naqueles com menos de 3 meses da cirurgia anterior e naqueles com colostomia terminal. Em conclusão, consideramos que as cirurgias de reconstrução do trânsito intestinal não são desprovidas de complicações que podem resultar em um desfecho fatal, além do alto custo que trazem para a instituição. Apesar da sutura mecânica facilitar a realização da mesma, os princípios que regem sua confecção devem ser seguidos.

ABSTRACT

An ostomy is a procedure that consists in the extraction of a digestive tract portion, in this case the gut, and the opening of an external orifice, which is known as stoma. The intestinal transit reconstruction carries high morbidity and mortality. The goal is to analyze the morbidity of patients submitted to a intestinal transit reconstruction in the Clinical Hospital Foundation Gaspar Vianna, Belém-Pará, from January 2006 to May 2011. The charts of 90 patients who underwent intestinal transit reconstruction, were analyzed information on sex, age, origin, surgery type, pre-and post-operative and surgical procedure complications. The results showed that 70% of patients are male, mean age 39 years (13-81 anos), 40 (44.44%) from countryside and the leading cause of acute inflammatory abdomen (37.78%). About 29 (32.22%) patients were between 3-9 months with ostomy, 37 (41.11%) type terminal ileostomy, with post-operative average of 12.84 days (3-72), 20 (22 , 22%) postoperative complications, and 5 (5.55%) deaths. Analytically the deaths occurred more frequently in those with less than 3 months with ostomy and those with terminal colostomy. In conclusion, we consider the intestinal transit reconstructions are not destituted of complications that can result in a fatal outcome, moreover it brings high cost to the institution. Despite the mechanical suture facilitate the making, the principles governing its preparation must be followed.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	1
2 – OBJETIVO	7
3 – MÉTODOS	8
4 – RESULTADOS	10
5 – DISCUSSÃO	23
6 – CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
NORMAS ADOTADAS	30
APÊNDICES	31

1- INTRODUÇÃO

Uma ostomia é um procedimento cirúrgico que consiste na extração de uma porção do tubo digestivo, neste caso do intestino, e na abertura de um orifício externo, que se designa por estoma. A finalidade deste é o desvio do trânsito intestinal para o exterior (CASCAIS, 2007).

A história das ostomias remonta inclusive ao tempo da bíblia, na qual Praxágonas de Kos (em 350 aC) teria realizado em casos de trauma abdominal “e Aod estendendo sua mão esquerda tirou a adaga e lhe cravou no ventre (de Eglon, rei de Moab) com tanta força que os copos entraram com a folha pela ferida... e logo os excrementos do ventre surgiram pela ferida”. É a partir do início do século XVIII, que os relatos de colostomias se tornam mais freqüentes (CASCAIS, 2007; PETUCO, 1998; ZAMPIERI, 1997).

Em 1709, um cirurgião alemão, Lorenz Heister, teria realizado operações de enterostomias em soldados que apresentavam ferimentos intestinais. Contudo, posteriormente, descobriu-se que a técnica de Heister consistia na fixação de feridas à parede abdominal e não na realização de verdadeiras ostomias. Em 1776, Pillore realizou com sucesso uma cecostomia inguinal. Em

1783, um cirurgião de Napoleão, Antoine Dubois, relata a realização de uma colostomia em uma criança de três dias nascida com imperfuração anal (ZAMPIERI, 1997).

Apesar de nos últimos anos do século XIX, os princípios básicos para a realização das colostomias já estivessem estabelecidos, no início da década de 1950, a designada “era moderna das ostomias”, são alcançados novos conhecimentos em especial através dos trabalhos de Patey (ênfase na sutura colo-cutânea) e de Butler (excisão combinada do reto). Em 1943 é realizada a primeira proctocolectomia com ileostomia definitiva em uma jovem acometida de colite ulcerativa, por Gavin Miller (CASCAIS, 2007).

A partir de meados do século XX até os dias de hoje, ocorreu uma grande evolução nas técnicas cirúrgicas utilizadas na realização de ostomias e nos equipamentos e dispositivos disponíveis. É possível encontrar uma grande quantidade de placas e bolsas coletoras, que visam adaptar-se cada vez mais às necessidades da pessoa ostomizada (CASCAIS, 2007).

Podemos observar, que os estomas vem sendo utilizadas como um instrumento de auxílio terapêutico nas lesões de intestino delgado, cólon e reto há muitos anos e a reconstrução do trânsito intestinal vem sendo realizada tanto pelos cirurgiões gerais como por coloproctologistas. Porém, mesmo nos dias atuais, não é um procedimento isento de complicações (CURI, 2002).

Segundo Marques (2006) em um estudo em uma instituição do sistema Único de Saúde, foram incluídos 70 pacientes, sendo 46 do sexo masculino

(65,7%) e 24 do sexo feminino (34,3%). A média de idade foi de 42,5 anos (16 a 92 anos).

Flikier (2008) em um estudo retrospectivo, foram incluídos 62 pacientes submetidos à ressecção anterior baixa para tratar a neoplasia retal e um fechamento de ileostomia subsequentes, constatou que a idade média dos pacientes era de 65 anos (38 a 83 anos) e constou de 19 mulheres (30,7%) e 43 homens (69,3%). O tempo médio entre a reconstrução e o fechamento foi 10,48 meses (2 a 56 meses) e a média de permanência hospitalar foi de 7,8 dias (3 a 32 dias). A morbidade e mortalidade foram de 33,8% e 6,4%, respectivamente.

Diferente da facilidade técnica da realização da colostomia em comparação com o seu fechamento e do relativo baixo custo de sua confecção, a reconstrução do trânsito intestinal acarreta elevados índices de mortalidade e morbidade, com taxas que variam de 0% a 4,5% e 0% a 50% respectivamente (PITTMAN, 1985; KNOX, 1971).

Em um estudo de Bocic et al. (1999), uma série de 132 pacientes, relataram um índice de morbidade de 36,2% e de mortalidade de 1,7%. Bannura et al. (1999), em um estudo envolvendo 100 pacientes, demonstraram taxas de 34% e 1,7% respectivamente. Habr-Gama et al. (1997), avaliando 73 pacientes, demonstraram taxas de morbidade de 34,2% e de mortalidade de 3,6%. Carreiro et al. (2000), analisando 35 pacientes, demonstraram morbidade de 25,7% e ausência de óbitos. Rey et al. (2000), em uma amostra de 56 pacientes, encontraram índice de morbidade de 25%. Moreira et al. (2002), estudando 67

pacientes, obtiveram morbidade de 19,2%. Também não houve óbitos nestes dois últimos estudos.

A indicação mais comum da ostomia foi lesão por projétil de arma de fogo (22,9%), seguida de megacólon chagásico (21,4%), neoplasia de cólon (11,4%) e síndrome de Fournier (8,6%). Indicações menos freqüentes foram lesão do cólon por acidente automobilístico, neoplasia de ovário, fístula digestiva, úlcera péptica perfurada, perfuração intestinal por corpo estranho e hérnia encarcerada (MARQUES, 2006).

A criação de um estoma está relacionado com até 50% de complicações. Uma das causas principais remete ao posicionamento do estoma. Durante as primeiras semanas, o diâmetro do estoma pode encolher até 1/3. Nesta fase, sem auxílio de um profissional, aumenta o risco de problemas de pele com o tempo (BUCHMANN, 2007).

As complicações tardias como o prolapso, hérnia paraestomal e estenose são frequentemente o resultado de um posicionamento muito lateral do estoma ou de complicações precoces como a necrose, deiscência, retração e abscesso parastomal. Se o tratamento conservador não resolvê-los, procedimentos cirúrgicos são necessários. (BUCHMANN, 2007)

As complicações mais freqüentes foram oclusão intestinal (16,9%) e infecção de ferida operatória (11,2%). O estudo mostrou elevada morbimortalidade para o fechamento de ileostomia temporária. Os pacientes que foram operados mais de 11,65 meses após ressecção anterior baixa tinham

significativamente maior morbi-mortalidade (FLIKIER, 2008).

Armendáriz-Rubio (2007) em uma revisão de literatura para comparar dois procedimentos (transversostomia, ileostomia), como desvio de estomas após ressecção anterior baixa para avaliar a superioridade de cada um, em relação ao outro. A transversostomia apresenta mais complicações sépticas após seu fechamento, embora a frequência real de obstrução intestinal após fechamento da ileostomia continua a ser indeterminado.

A ileostomia parece ser melhor tolerada pelos pacientes e está associada com uma menor taxa de complicações após fechamento. Estudos prospectivos randomizados com um número maior de pacientes são necessários para determinar quais desses processos é superior (ARMENDÁRIZ-RUBIO, 2007).

Este trabalho propõe-se a analisar a morbimortalidade associada às cirurgias de reconstrução do trânsito intestinal realizadas na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, assim como os dados epidemiológicos referentes a sexo, idade, origem, tipo de cirurgia, pré- e pós- operatório e complicações do procedimento cirúrgico.

2- OBJETIVO

Analisar a morbimortalidade associada às cirurgias de reconstrução do trânsito intestinal realizadas na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a Maio de 2011.

3- MÉTODO

Todos os pacientes da presente pesquisa foram estudados segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 196/96) do Conselho Nacional de Saúde, após aprovação de anteprojeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FHCGV (APÊNDICE 1).

Iniciou-se um estudo observacional, analítico, transversal e retrospectivo dos prontuários de todos os 90 pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal, a fim de obter as informações relevantes ao andamento da pesquisa, como idade, sexo, origem, tipo de cirurgia, pré e pós-operatório, assim como possíveis complicações ao procedimento cirúrgico no período de janeiro de 2006 a maio de 2011, de acordo com o protocolo de pesquisa (APÊNDICE 2).

A análise estatística (Teste não paramétrico: Qui-quadrado e Teste G de independência) com finalidade de verificar se as diferenças encontradas na presente pesquisa foram estatisticamente significativas. A aplicação do teste ficou dentro dos padrões (amostra, variável e tipo de dado). O referido teste,

para atingir tais objetivos, leva em conta os valores observados de variáveis categóricas e compara com distribuições numéricas esperadas, portanto, neste caso aplicou-se um método não paramétrico, tipo prova de aderência (o teste do Qui-Quadrado e Teste G de Independência). Foi previamente fixado o nível de significância da pesquisa em 95%, com nível de decisão $\alpha < 0.05$ para rejeição da hipótese de nulidade, sendo marcados com asterisco (*) os valores significativos. Todos os procedimentos foram realizados sob o suporte computacional do programa BioEstat 5 (Ayres *et al*, 2008). Posteriormente organizados pelo software Microsoft Excel 2010 e redigido no Microsoft Office 2010.

4- RESULTADOS

Neste trabalho, foram analisados 90 prontuários de pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal. Estes prontuários foram analisados conforme o protocolo (APÊNDICE 2) presente neste trabalho, com o objetivo de avaliar as múltiplas variáveis envolvendo os pacientes.

Os resultados mostraram que 70% dos pacientes são do sexo masculino, com média de idade de 39 anos (13-81 anos), sendo 40 (44,44%) do interior e como principal causa 34 (37,78%) casos de abdômen agudo. Cerca de 29 (32,22%) dos pacientes permaneceu entre 3-6 meses ostomizados, sendo o 37 (41,11) do tipo ileostomia terminal, com pós-operatório médio de 12,84 dias (3-72 dias) e 20 (22,22%) complicações pós-operatórias e 5 (5,55%) óbitos. Analiticamente os óbitos ocorreram com maior frequência naqueles com menos de 3 meses da cirurgia anterior e nos pacientes com colostomia terminal.

TABELA I – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com o sexo, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

Sexo	Frequência (n=90)	Porcentagem
Masculino	63	70,00
Feminino	27	30,00

FONTE: Protocolo de Pesquisa.

*P < 0.05 (Teste do Qui-quadrado, p=0,0002)

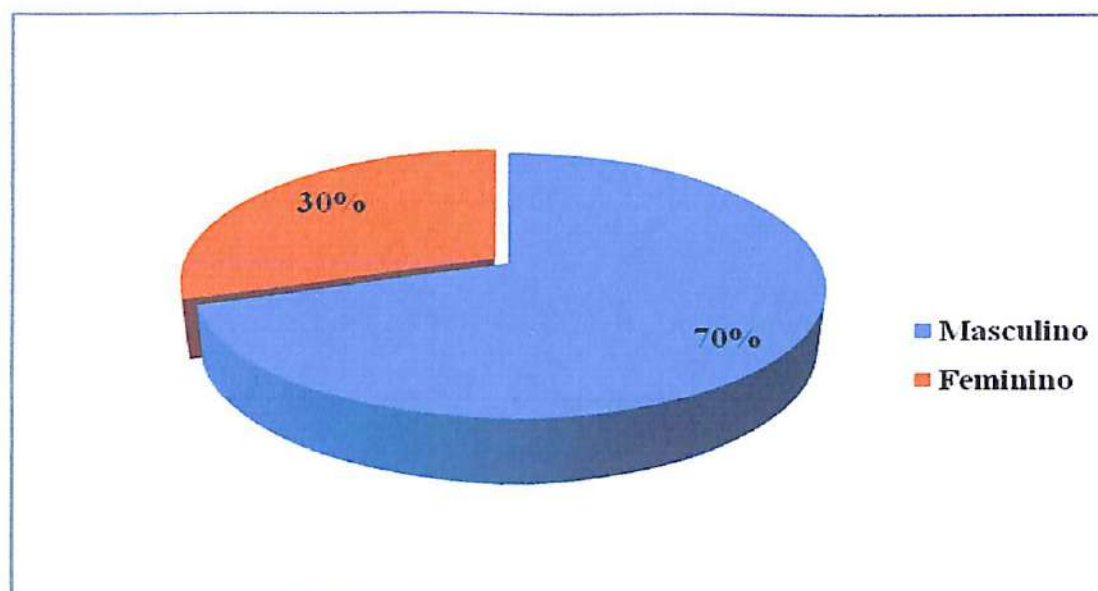


FIGURA 1 – Percentual dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com o sexo, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

FONTE: Protocolo de Pesquisa.

TABELA II – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com a faixa etária, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

Faixa etária (anos)	Frequência (n=90)	Porcentagem
11 a 20	10	11,11
21 a 30	27	30,00
31 a 40	16	17,78
41 a 50	13	14,44
51 a 60	8	8,89
61 a 70	12	13,33
71 a 80	3	3,33
81 a 90	1	1,11

FONTE: Protocolo de Pesquisa

*P < 0.05 (Teste do Qui-quadrado, p=0.00001)

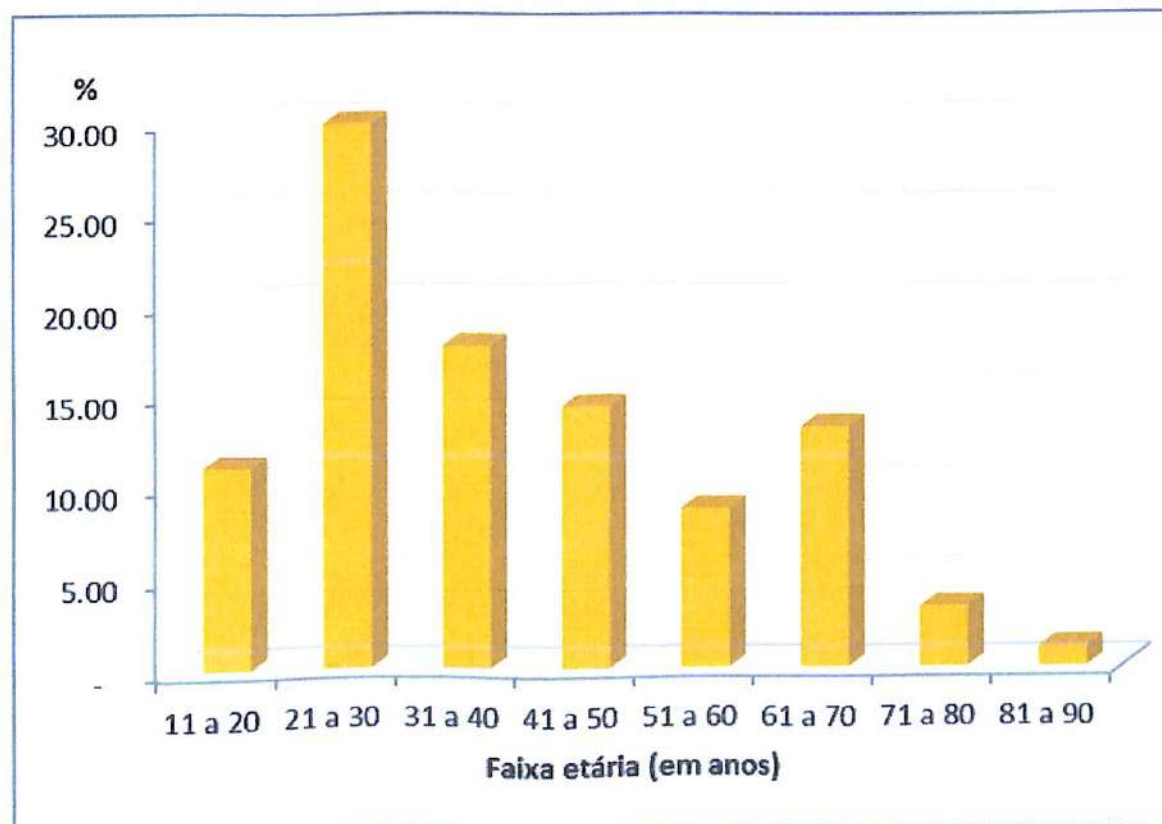


FIGURA 2 – Percentual dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com a faixa etária, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

FONTE: Protocolo de Pesquisa.

TABELA III – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com a procedência, na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

Origem	Frequência (n=90)	Porcentagem
Interior	40	44,44
Belém	35	38,89
Não-consta	15	16,67

FONTE: Protocolo de Pesquisa

*P < 0.05 (Teste do Qui-quadrado, p=0.00001)

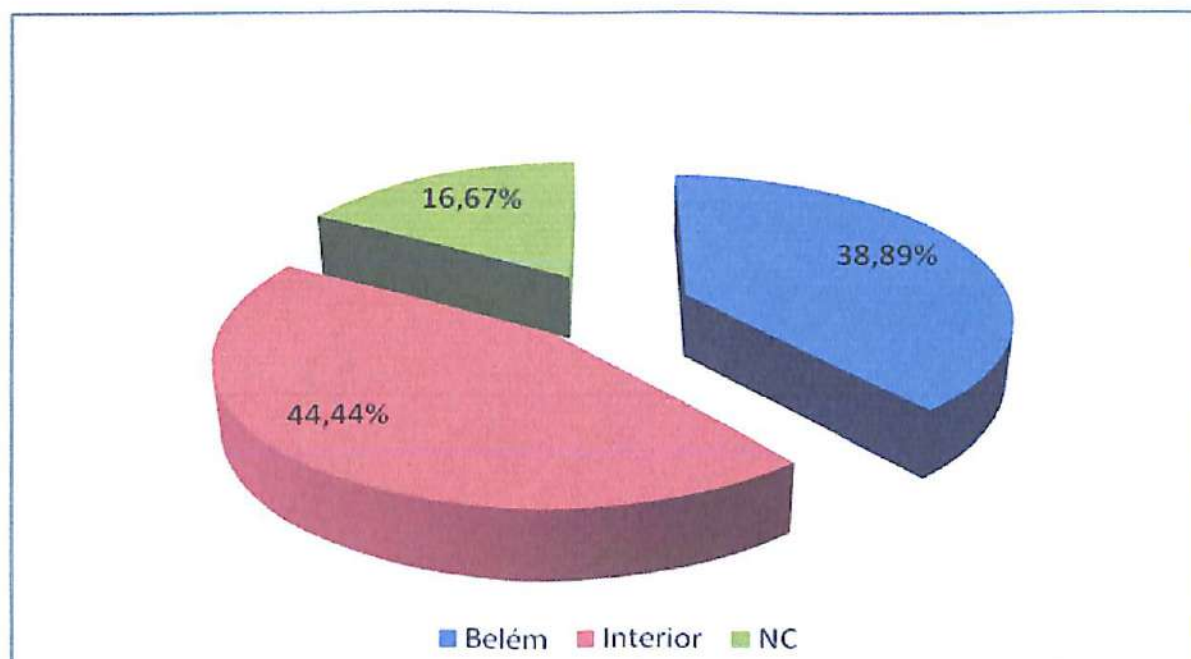


FIGURA 3 – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com a procedência, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

FONTE: Protocolo de Pesquisa.

TABELA IV – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com a causa, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

Causas	Frequência (n=90)	Percentagem
AA	34	37.78
FAF	15	16.67
Apendicite	12	13.33
FAB	10	11.11
Outros	10	11.11
Fechado	4	4.44
Diverticulite	1	1.11

FONTE: Protocolo de Pesquisa

*P < 0.05 (Teste do Qui-quadrado, p=0.00001)

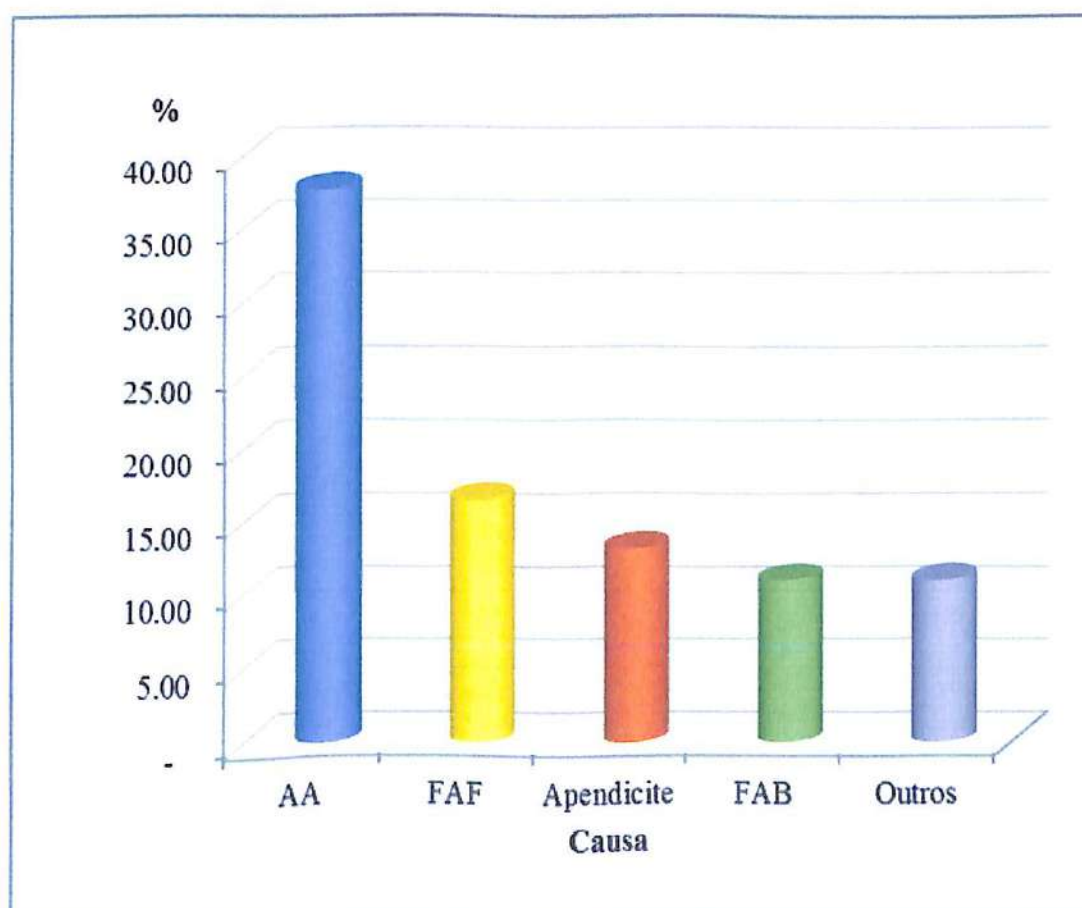


FIGURA 4 – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com a causa, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

FONTE: Protocolo de Pesquisa.

TABELA IV – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com a causa, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

Causas	Frequência (n=90)	Porcentagem
AA	34	37.78
FAF	15	16.67
Apendicite	12	13.33
FAB	10	11.11
Outros	10	11.11
Fechado	4	4.44
Diverticulite	1	1.11

FONTE: Protocolo de Pesquisa

*P < 0.05 (Teste do Qui-quadrado, p=0.00001)

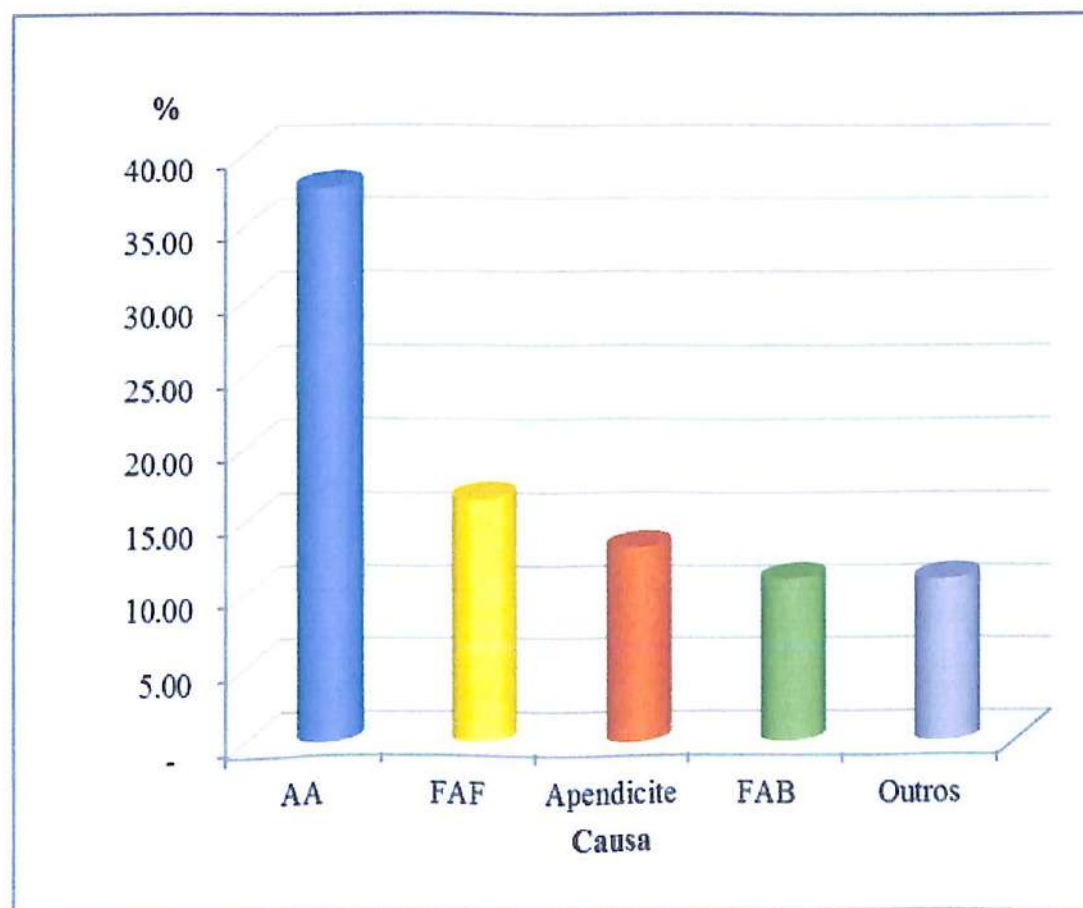


FIGURA 4 – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com a causa, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

FONTE: Protocolo de Pesquisa.

TABELA V – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo o tipo, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

Tipo	Frequência (n=90)	Porcentagem
Ileostomia terminal	37	41,11
Colostomia terminal	35	38,89
Colostomia em alça	15	16,67
Ileostomia em alça	3	3,33

FONTE: Protocolo de Pesquisa

*P < 0.05 (Teste do Qui-quadrado, 0.0001)

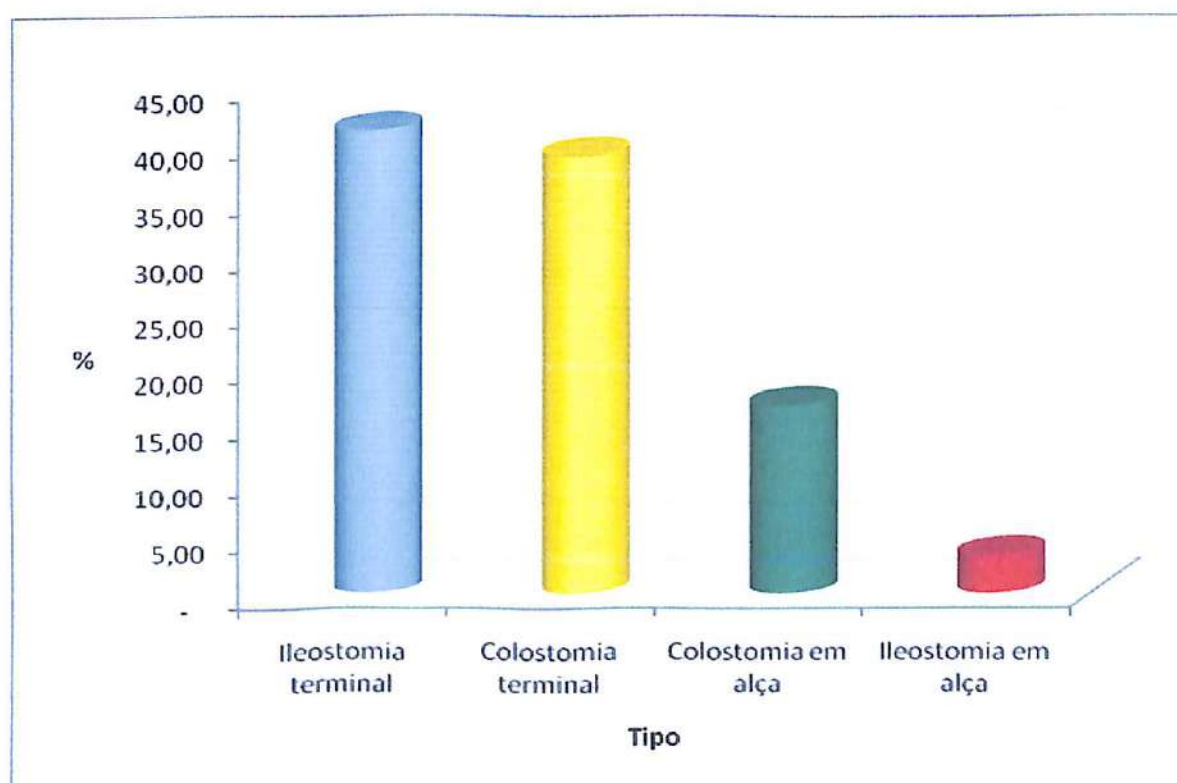


FIGURA 5 – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo o tipo, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

FONTE: Protocolo de Pesquisa.

TABELA VI – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com o tempo, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

Tempo (em meses)	Frequência (n=90)	Porcentagem
< 3	3	3.33
3 a 6	29	32.22
6 a 9	20	22.22
9 a 12	11	12.22
> 12	21	23.33

FONTE: Protocolo de Pesquisa

*P < 0.05 (Teste do Qui-quadrado, p=0.00001)

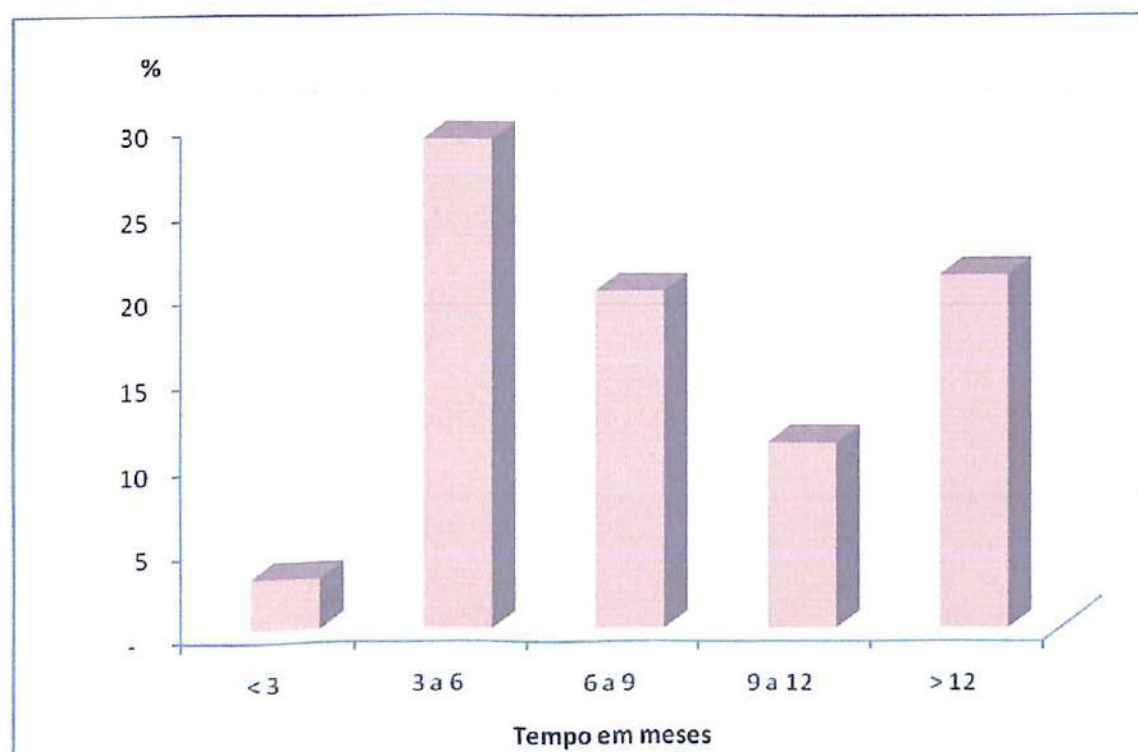


FIGURA 6 – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com o tempo, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

FONTE: Protocolo de Pesquisa.

TABELA VII – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com o pós-operatório, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

Pós-operatório	Frequência (n=90)	Porcentagem
1 a 10	63	70,00
11 a 20	12	13,33
21 a 30	8	8,89
31 a 40	2	2,22
41 a 50	1	1,11
51 a 60	1	1,11
61 a 70	2	2,22
71 a 80	1	1,11

FONTE: Protocolo de Pesquisa

*P < 0.05 (Teste do Qui-quadrado, p=0.0001)

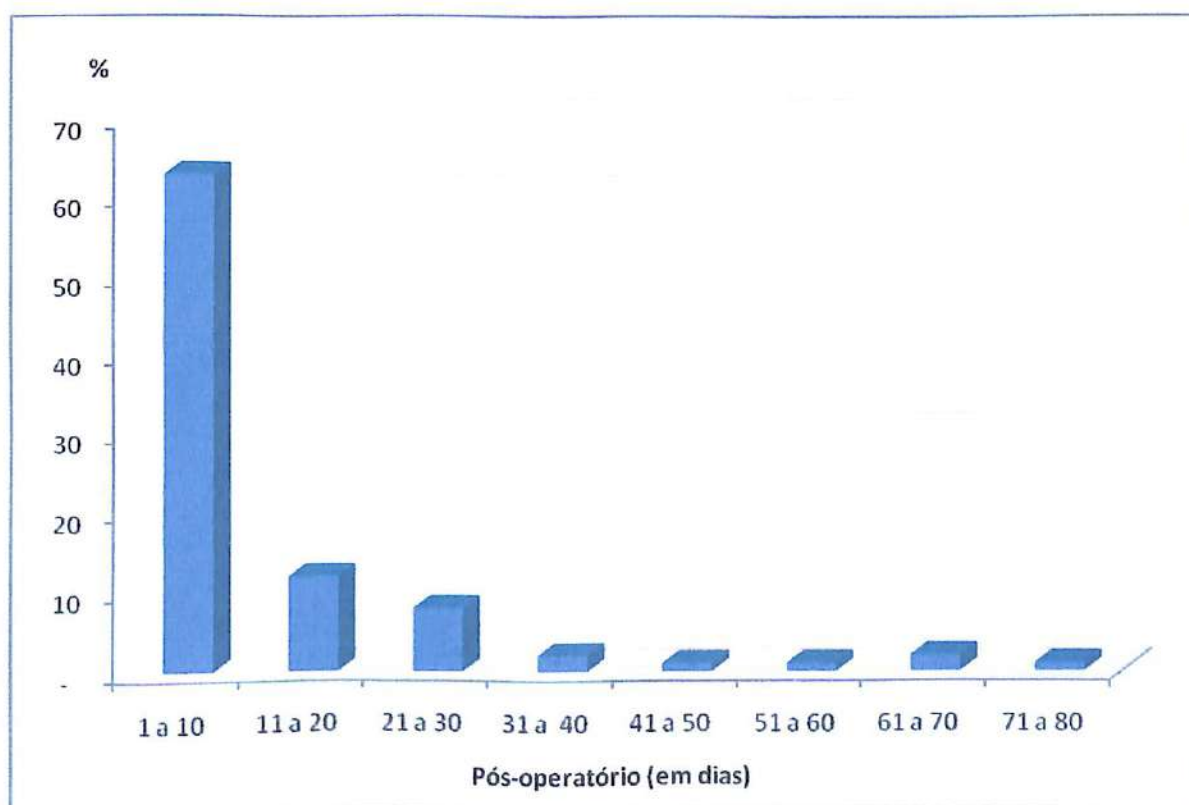


FIGURA 7 – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com o pós-operatório, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

FONTE: Protocolo de Pesquisa.

TABELA VIII – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com as complicações, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

Complicações	Frequência (n=90)	Percentagem
Sim	20	22,2
Não	70	77,8

FONTE: Protocolo de Pesquisa
 $P < 0,05$ (Teste Qui-quadrado, $p = 0,0001$)

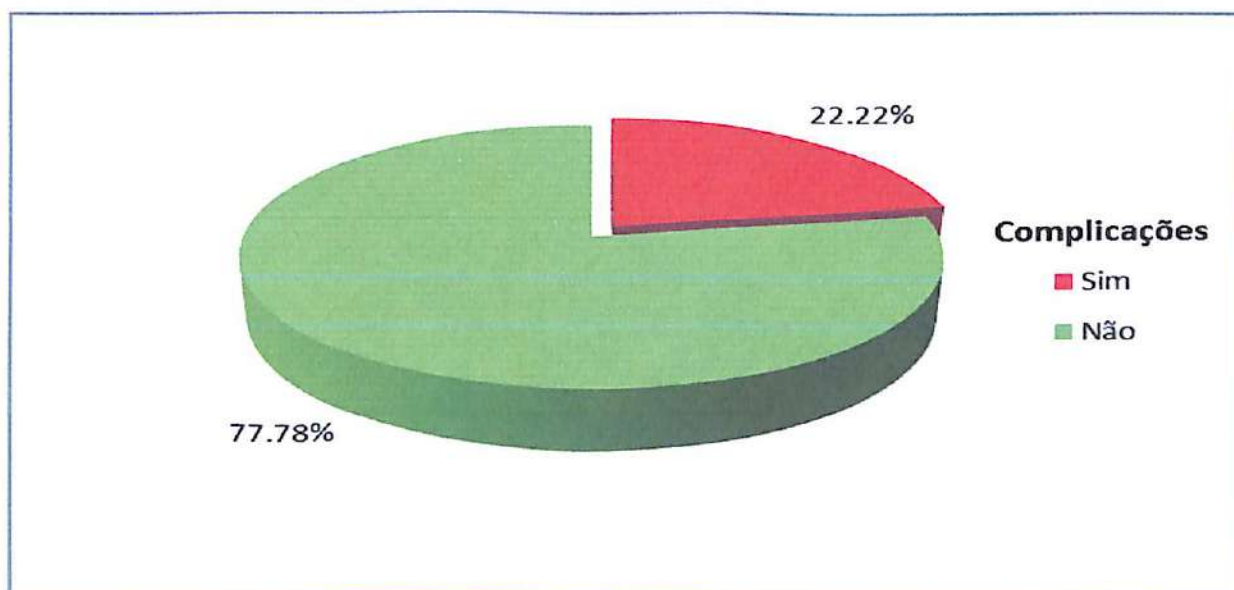


FIGURA 8 – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com as complicações, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.
FONTE: Protocolo de Pesquisa.

TABELA IX – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com os tipos de complicações, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

Complicações	Frequência (n=20)	Porcentagem
Fístula entérica	4	20.00
Deiscência anastomótica	3	15.00
Abscesso intracavitário	3	15.00
Evisceração	3	15.00
AAO	2	10.00
ISC	2	10.00
Fístula colônica	1	5.00
IRA	1	5.00
PNM	1	5.00

FONTE: Protocolo de Pesquisa

*P < 0.05 (Teste do Qui-quadrado, 0.0001)

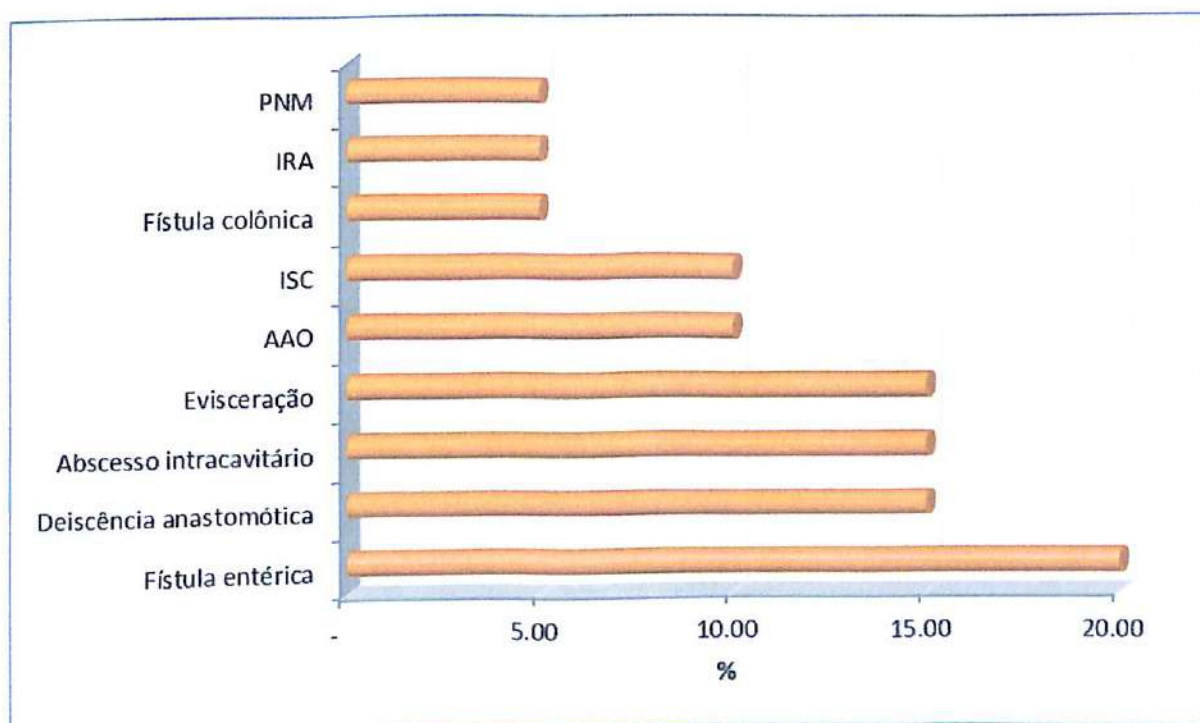


FIGURA 9 – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com os tipos de complicações, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

FONTE: Protocolo de Pesquisa.

TABELA X – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com a evolução, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

Evolução	Frequência (n=90)	Porcentagem
Óbito	5	5,56
Alta	85	94,44

FONTE: Protocolo de Pesquisa

*P < 0.05 (Teste do Qui-quadrado, p=0.00001)

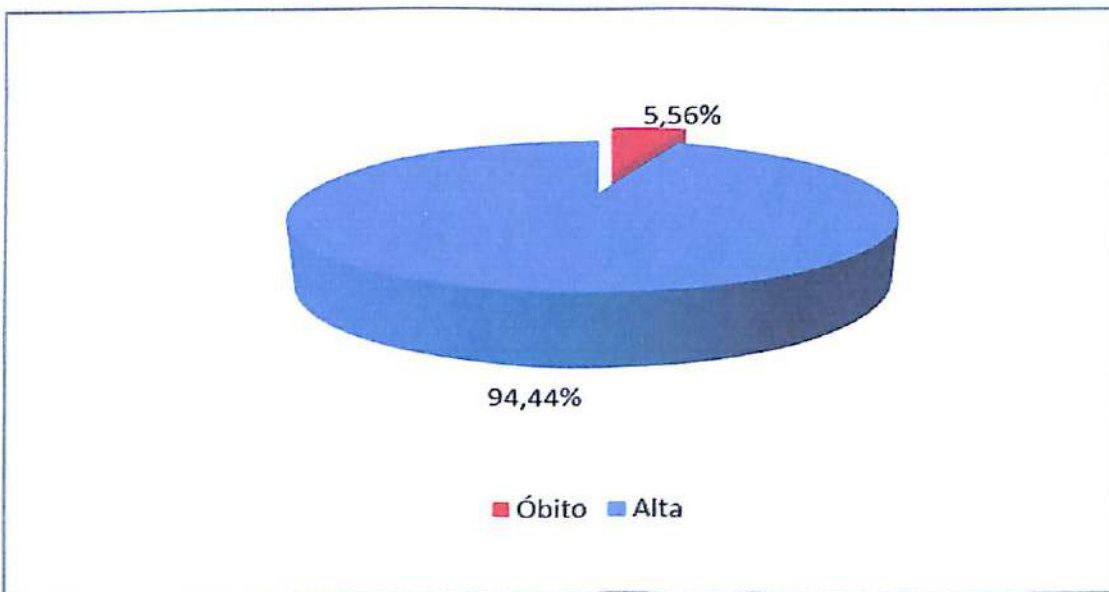


FIGURA 10–Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com a evolução, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

FONTE: Protocolo de Pesquisa.

TABELA XI – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com a evolução e tempo, na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém do Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

Tempo (meses)	Evolução				Total	%
	Alta	%	Óbito	%		
< 3	1	33.33	2	66.67	3	3.33
3 a 6	29	100.00	0	0.00	29	32.22
6 a 9	19	95.00	1	5.00	20	22.22
9 a 12	10	90.91	1	9.09	11	12.22
> 12	21	100.00	0	0.00	21	23.33
Ignorado	5	83.33	1	16.67	6	6.67
Total	85	94.44	5	5.56	90	100.00

FONTE: Protocolo de pesquisa.

P>0,05 (Teste G de Independência, p=0,067)

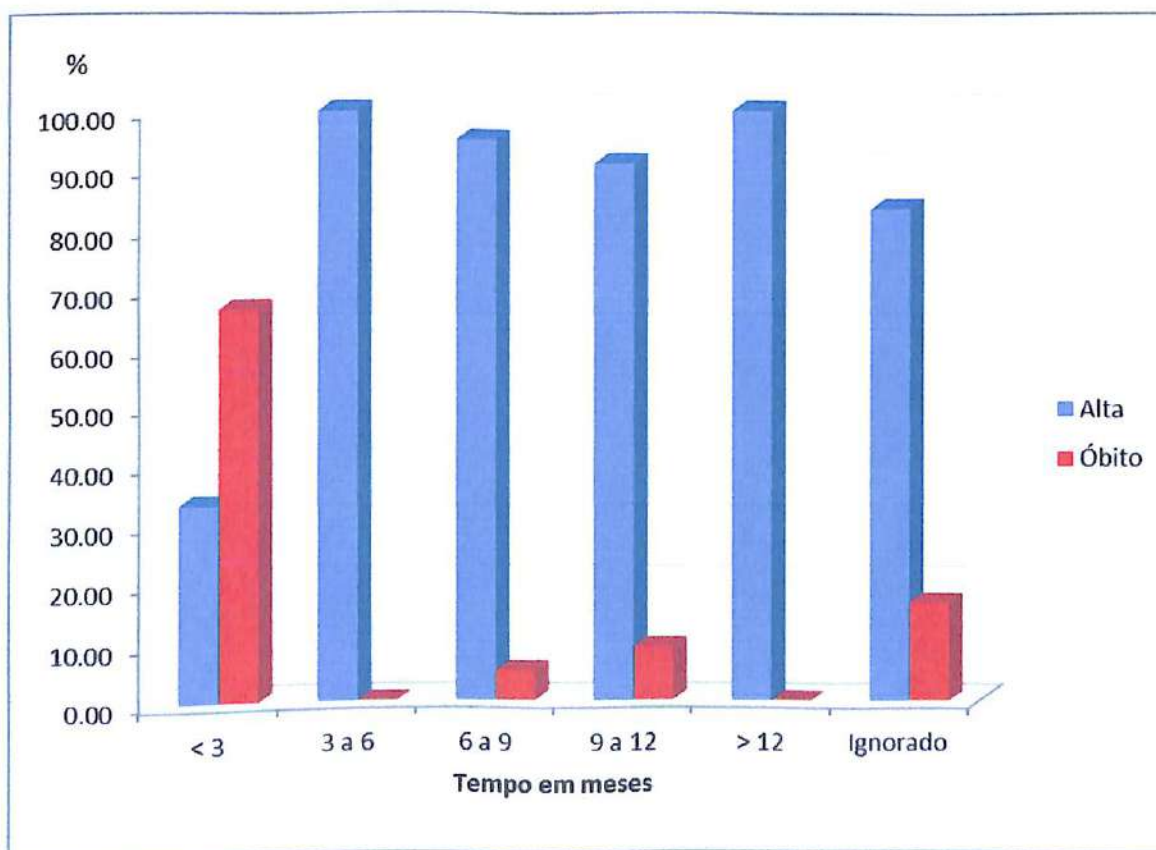


FIGURA 11– Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com a evolução e tempo, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

FONTE: Protocolo de Pesquisa.

TABELA XII – Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com o tipo de estoma e evolução, na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém do Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011.

Estomas	Evolução				Total	%
	Alta	%	Óbito	%		
Ileostomias	35	94,59	2	5,41	37	41,11
Colostomias	32	91,43	3	8,57	35	38,89
Colostomias em alça	15	100,00	0	0,00	15	16,67
Ileostomia em alça	3	100,00	0	0,00	3	3,33
Total	85	94,44	5	5,56	90	100,00

FONTE: Protocolo de Pesquisa

$P < 0,05$ (Teste de G de independência, $p=0,4603$)

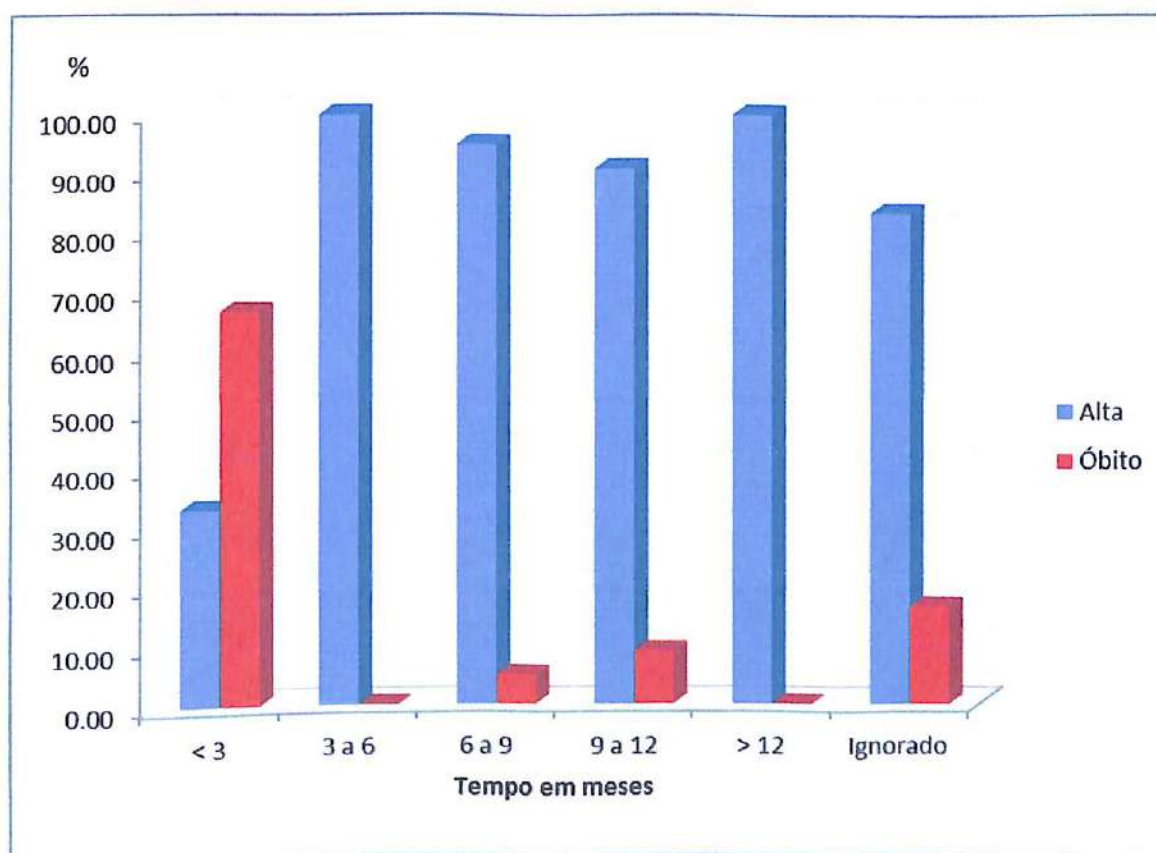


FIGURA 12–Distribuição dos pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal de acordo com o tipo de estoma e evolução, na Fundação e Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pará, no período de janeiro de 2006 a maio de 2011. FONTE: Protocolo de Pesquisa.

5- DISCUSSÃO

Os estomas são instrumentos terapêuticos importantes nos tratamentos de lesões de intestino delgado, grosso e reto há muitos anos. A reconstrução do trânsito vem sendo realizada desde então, porém não é isenta de complicações cirúrgicas (CURI, 2002).

Neste estudo, 70% dos pacientes submetidos RTI eram do sexo masculino. Este dado é compartilhado também por Marques (2006) e Filkier (2008), que detectou valores epidemiológicos semelhantes em sua casuística, cerca de 65,7% e 69,3%, respectivamente. A faixa etária mais acometida foi entre 21-30 anos (30%), com média de idade de 39 anos (13-81 anos). Tais resultados divergem daqueles apresentados por Filkier (2008), pois a média de idade foi de 65 anos (38-83 anos), enquanto Marques (2006), apresentou resultados semelhantes, com média de idade de 42,5 anos (16-92 anos).

Dados obtidos apontam que 44,44% dos pacientes são oriundos do interior do estado e 38,89% são de Belém. Porém não há valores regionais para comparar com o trabalho atual.

As principais causas de confecção de estomas foram os quadros de abdômen agudo (37,78%), ferimento por arma de fogo abdominal (16,67%), apendicite aguda (13,33%) e ferimento por arma branca abdominal (11,11%). Enquanto as causas principais no trabalho de Marques (2006) foram os ferimentos por arma de fogo (22,9%), megacólon chagásico (21,4%), neoplasia colônica (11,4%) e Síndrome de Fournier (8,6%).

O tipo de estoma mais prevalente foi a ileostomia terminal (41,11%), seguido da colostomia terminal (38,89%). Estes resultados divergem dos dados de Marques (2006), que apresentou prevalência maior da colostomia terminal (45,7%) e colostomia em alça (41,4%).

O intervalo entre confecção do estoma e fechamento do mesmo foi outra variável observada. Neste trabalho, 32,33% dos pacientes permaneceram entre 3-6 meses e 23,33% ficaram por mais de 12 meses aguardando pelo fechamento do estoma. No levantamento feito por Flikier (2008), o intervalo de tempo médio ficou em 10,48 meses.

O tempo médio de pós-operatório dos pacientes submetidos à RTI foi de 12,84 dias (3-66 dias), sendo que 70% dos pacientes ficaram internados no intervalo de 1-10 dias. Flikier (2008), apresentou tempo médio de internação hospitalar de 7,8 dias (3-32 dias). Marques (2006), obteve tempo médio de internação de 12,6 dias (5-42 dias).

Dos 90 pacientes submetidos à RTI, 20 apresentaram complicações em sua evolução no pós-operatório. Houve somente 2 complicações clínicas (10%),

que foi um quadro pneumônico e outro de insuficiência renal aguda. As outras 18 (90%) intercorrências no pós-operatório foram de caráter cirúrgico, sendo as principais a fístula entérica (20%), deiscência anastomótica (15%), abscesso intracavitário (15%) e evisceração (15%). No trabalho de Flikier (2008), as principais complicações foram oclusão intestinal (16,9%) e infecção de sítio cirúrgico (11,2%). Porém, no levantamento feito por Marques (2006) os percalços clínicos predominaram, em torno de 58,40%, as custas de vômitos e íleo paralítico, enquanto as intercorrências cirúrgicas foram de 35,5%, tendo como principais representantes a infecção e deiscência de sítio cirúrgico.

A taxa de morbidade nestes pacientes foi de 22,22% (20 pacientes) e mortalidade de 5,56% (5 pacientes). As causas de mortalidade foram: 1 quadro de sepse grave e choque séptico devido pneumonia hospitalar, 2 quadros de abdômen agudo obstrutivo (volvulo sigmóide e brida) e 2 por fístula entérica. A taxa de morbidade e mortalidade de Flikier (2008) foi de 33,8% e 6,4%, respectivamente. No trabalho de Marques (2006) não ocorreram óbitos e a porcentagem de morbidade foi de 35,5%.

No estudo de Bocic et al. (1999), dos 132 pacientes houve índice de morbidade de 36,2% e de mortalidade de 1,7%. Bannura et al. (1999), avaliou 100 pacientes, com níveis de morbidade e mortalidade de 34% e 1,7%, respectivamente. Habr-Gama et al. (1997), com 73 pacientes, apresentou resultados de 34,2% e 3,6% respectivamente. Carreiro et al. (2000), Rey et al.

(2000) e Moreira et al. (2002) apresentaram morbidade de 25,7%, 25% e 19,2% respectivamente e sem óbitos nestes estudos.

Analiticamente, ao relacionar o tempo entre confecção do estoma e a reconstrução do trânsito intestinal com a evolução pós-operatória, foi observado que a mortalidade é maior caso seja realizada a cirurgia em menos de 3 meses, enquanto Flikier et al. (2008) relacionou o aumento da morbi-mortalidade após 11,65 meses nos casos de ressecção anterior baixa.

Outra comparação analítica foi à custa da relação tipo de estoma com desfecho pós-cirúrgico que resultou no óbito de 8,57% dos pacientes com colostomia terminal e 5,41% daqueles com ileostomia terminal. A revisão de literatura feita por Armendarizz-Rubio et al. (2007) demonstrou que o índice de complicações é menor nas cirurgias de fechamento de ileostomias, porém mais estudos prospectivos eram necessários para determinar a real taxa de complicações e óbitos nestes pacientes.

6- CONCLUSÃO

Em conclusão, consideramos que a cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal não são desprovidas de complicações que podem resultar em um desfecho fatal, além do alto custo que trazem para a instituição. Apesar da sutura mecânica facilitar o realização da mesma, os princípios cirúrgicos que regem sua confecção devem ser seguidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armendáriz-Rubio P, de Miguel Velasco M, Ortiz Hurtado H. Comparison of colostomies and ileostomies as diverting stomas after low anterior resection. *Cir Esp*. 2007; 81(3):115-20.
- Bannura GC, Peralees CG, Contretas JP, Valencia CE, Melo CL. Reconstituição del tránsito intestinal luego de La operación de Hartmann: análisis de 100 pacientes. *Rev Chil Cir*. 1999; 51(4):359-66
- Biondo-Simões MLP, Brenner S, Lemos R, Duck D, Rey SD. Análise das complicações pós-operatórias em decolostomias. *Acta Cir Bras*. 2000; 15(3):53-7.
- Bocic GA, Jensen CB, Abebrapo MM, Garrido RC, Pérez GO, Cúneo AZ. Colostomias e ileostomias: 8 años de experiência clínica. *Ver Hosp Clin Univ Chil*. 1999; 10(3):195-200.
- Buchmann P, Huber M. The complicated stoma-late complications, conservative and surgical management. *The Umsch*. 2007; 64(9):537-44.
- Carreiro PRL, Lázaro da Silva A, Abrantes WL. Fechamento precoce das colostomias em pacientes com trauma do reto: Um estudo prospectivo e casualizado. *Rev Coleg. Bras Cir*. 2000; 27(5):298-304.
- Cascais AFMR, Martini JG, Almeida PJS. O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(1):163-7.
- Curi A, Moreira Júnior H, Mascarenhas JCS, Moreira JPT, Almeida AC, Azevedo IF, Louza LR, Moreira H. Morbimortalidade associada à reconstrução do trânsito intestinal – Análise de 67 casos. *Rev Bras Coloproct*. 2002; 22(2):88-97.
- Flikier-Zelkowicz B, Codina-Cazador A, Farrés-Coll R, Olivet-Pujol F, Martín-Grillo A, Pujadas-de Palol M. Morbidity and mortality associated with diverting ileostomy closures in rectal cancer surgery. *Cir Esp*. 2008; 84(1):16-9.
- Habr-Gama A, Teixeira MG, Vieira MJF, Miléu, Laurino Netp R, Pinotti HW. Operação de Hartmann e suas conseqüências. *Rev Bras Coloproct*. 1997; 17(1):5-10.
- Knox AJ, Birkett FDH, Collins CD. Closure of colostomy. *Br J Surg*. 1971; 58:559-72.

Marques e Silva S, Melo CCL, Almeida SB, Queiroz HF, Soares AF. Complicações das operações de reconstrução do trânsito intestinal. Rev Bras Coloproct. 2006; 26(1):24-27

Petuco VM. A bolsa ou a morte: estratégias de enfrentamento utilizadas pelos ostomizados de Passo Fundo [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública; 1998.

Pittman DM, Smith LE. Complications of colostomy closure. Dis Colon Rectum. 1985; 28:836-43.

Zampieri J, Jatoba P. Histórico. In Crema E, Silva R. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. 1ed. Uberaba (SP): Pinti; 1997. P. 14-34.

NORMAS ADOTADAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023: informação e documentação – referências – elaboração**. Rio de Janeiro, 2002.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3. ed. Paraná: Positivo, 2004.

INTERNATIONAL ANATOMICAL NOMENCLATURE COMMITTEE. *Nomina Anatomica*. 5. ed. Basel, Switzerland, 1983. p.110.

INTERNATIONAL STANDARD ORGANIZATION-ISO. **International Standards for Business**. Geneva, Switzerland, 2007. Disponível em <http://www.iso.org/iso/home.htm>. Acessado em: 12 março 2008.

NÚCLEO DE PESQUISA E EXTENSÃO DE MEDICINA. **Manual de Trabalhos Científicos – Medicina – UEPA**. 7. ed. Belém, 2008. Disponível em <http://www.uepa.br/ccbs/nupem/>. Acessado em: 12 março 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. BIREME. **Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em <http://decs.bvs.br/>. Acessado em: 12 março 2008.

SPEARS, R.A. **NTC's American English Learner's Dictionary: the essential vocabulary of American language and culture**. United States of America: NTC Publishing Group, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE 1



FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL
HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Belém, 02 de março 2010.

PARECER DE ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Protocolo: Nº 025/2010 - CEP/FHCGV
2. Projeto de Pesquisa: "Análise da Morbimortalidade Associada às Cirurgias de Reconstrução do Trânsito Intestinal Realizadas na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna"
3. Pesquisador Responsável: André Luiz Rodrigues
4. Instituição/Unidade: Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
5. Data de Entrada: 05/02/2010
6. Data do Parecer: 25/02/2010

PARECER: O Comitê de Ética em Pesquisa da FHCGV analisou o Projeto supra-citado e, conforme Parecer datado de 25/02/2010 emitido por este CEP, verificou que foram atendidas todas as adequações recomendadas de acordo com as normas da Resolução 196/96-CNS/MS. Portanto manifesta-se pela sua aprovação.

Parecer: APROVADO

Recebi
Assinado/Assinado
29/03/10

GEP/FHCGV

Tv. Alferes Costas s/n – Pedreira – Belém (PA) – CEP: 66087-660

Fone/Fax: (091)3276-1770

E-mail: gepfhcgv@yahoo.com.br

APÊNDICE 2



FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA
CIRURGIA DE RTI

Nome: _____

Idade _____

Sexo Feminino Masculino _____

Procedência _____ Registro _____

Diagnóstico Pré-Operatório: _____**ASA:** I II III IV**Data da Cirurgia:** ____ / ____ / ____**Tipo de ostomia/Causa/Diagnóstico:** _____**Operatório:** _____**Cirurgia Realizada:** _____**Complicações:** Não Sim. Quais? _____**UTI:** Não Sim**Reoperação:**

Data da Reoperação:

____ / ____ / ____

 Não Sim

Reoperação Realizada:

Indicação: _____

Tempo de Internação (Dias PO): _____**Evolução:** Alta Óbito**Observação:** _____

