

ANÁLISE DA MORBIMORTALIDADE NA RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL DE PACIENTES OSTOMIZADOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO DISTRITO FEDERAL

Professor orientador: Guilherme Pinto Bravo Neto

Alunas: Rafaella de Andrade Ferraz Ribeiro e
Rebecca Reis de Sousa

PROGRAMA DE
INICIAÇÃO CIENTÍFICA
PIC/CEUB

RELATÓRIOS DE PESQUISA
VOLUME 9 Nº 1- JAN/DEZ
•2023.





**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**RAFAELLA DE ANDRADE FERRAZ
RIBEIRO E REBECCA REIS DE SOUSA**

**ANÁLISE DA MORBIMORTALIDADE NA RECONSTRUÇÃO DO
TRÂNSITO INTESTINAL DE PACIENTES OSTOMIZADOS EM UM
HOSPITAL TERCIÁRIO DO DISTRITO FEDERAL**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Guilherme Pinto Bravo Neto

BRASÍLIA

2024

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos familiares dos autores, pelo apoio e compreensão no decorrer da nossa jornada acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos especialmente ao orientador Guilherme Pinto Bravo, professor de Habilidades Cirúrgicas do Centro Universitário de Brasília, por todo o direcionamento e esclarecimento acerca dos trâmites para o desenvolvimento do projeto, sendo de suma importância para a realização deste trabalho. Agradecemos ao Dr. Rodrigo Caselli, chefe do setor de Traumatologia do Hospital de Base, por sua disposição e auxílio ao decorrer do desenvolvimento da pesquisa. Salientamos, nossos agradecimentos ao Dr. Fernando Lyrio e a Dra. Ana Rosa Melo, cirurgiões do setor de proctologia do Hospital de Base, os quais contribuíram para a realização deste projeto, mediante instruções acerca da coleta de dados e funcionamento do serviço de proctologia da Unidade.

***“Não há no mundo exagero mais belo
que a gratidão.”***

(Jean de la Bruyère)

RESUMO

Estomas intestinais são anastomoses entre o tubo digestivo e a pele com a finalidade de desviar o conteúdo entérico para o meio externo, de forma temporária ou permanente. Estomas intestinais temporários são procedimentos comuns, realizados tanto na urgência abdominal, quando as condições locais e gerais do paciente impedem uma anastomose colônica primária, quanto em cirurgias eletivas, em geral para proteção de anastomoses de alto risco de deiscência envolvendo o intestino grosso. A reconstrução do trânsito intestinal destes pacientes requer nova intervenção cirúrgica, com riscos de complicações e óbitos. O objetivo deste trabalho é analisar a morbimortalidade na reconstrução do trânsito intestinal de pacientes ostomizados em um hospital terciário do Distrito Federal. Secundariamente, a pesquisa procura avaliar as condições que determinaram a realização dos estomas intestinais, o tempo transcorrido entre o diagnóstico e a confecção da ostomia e o tempo entre a realização da ostomia e seu fechamento, assim como de aspectos epidemiológicos e demográficos relacionados. Foi realizada uma análise retrospectiva, observacional e longitudinal dos prontuários de pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal na unidade de proctologia do Hospital de Base do Distrito Federal (IGES-DF) em um período de 10 anos (2013-2023). As informações colhidas foram registradas em um protocolo pré-estabelecido. No período analisado, 120 pacientes foram elegíveis para o estudo, dos quais 75 (62,5%) eram homens e 45 (37,5%) mulheres. Cinquenta e cinco (45,8%) eram portadores de comorbidades, dentre as quais as mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes tipo II, doenças autoimunes e cardiopatias. A média de idade entre os homens foi de 55,6 anos e entre as mulheres de 61,8 anos. Os principais estomas realizados foram as colostomias terminais (50 casos, 41,7%) e as ileostomias em alça (31 casos, 25,8%). As condições determinantes para realização dos estomas foram as cirurgias eletivas para tratamento de neoplasias colônicas (33,3%), especialmente as de reto, seguidas de traumatismo penetrante do abdome em caráter de urgência. Dos 59 pacientes operados em caráter de urgência, em 39 o tempo transcorrido entre a admissão hospitalar e o procedimento cirúrgico pôde ser computado, tendo sido maior que 24 horas em 42,4%, o que pode ter gerado maior necessidade de desvios de trânsito intestinal ao invés de procedimentos mais conservadores. Dos 120 pacientes ostomizados, 97 (80,8%) foram submetidos à reconstrução do trânsito intestinal. O índice de morbidez pós-operatória foi de 34% e a mortalidade de 9,8%. As principais complicações pós-operatórias foram as infecções do sítio cirúrgico, em geral associadas à deiscências de anastomoses (10,3%). O índice geral de complicações pós-operatórias, determinadas tanto na cirurgia de confecção das ostomias, quanto nas reconstruções do trânsito intestinal foi elevado, porém comparável com aqueles da literatura, especialmente nacional, que chega a 58%, e enfatiza a importância de indicações precisas para realização dessas ostomias. O tempo médio transcorrido entre a realização da ostomia e a reconstrução do trânsito intestinal foi maior que 12 meses em 68% dos pacientes, com impacto direto na qualidade de vida destes pacientes.

Palavras-chave: reconstrução de trânsito intestinal; estomas intestinais; complicações

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS.	11
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
4. MÉTODO	16
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
7. REFERÊNCIAS	23
8. APÊNDICES	25
APÊNDICE A - IDADE DOS PACIENTES	25
APÊNDICE B - SEXO DOS PACIENTES	26
APÊNDICE C - PREVALÊNCIA DAS COMORBIDADES	27
APÊNDICE D - INDICAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE OSTOMIAS	28
APÊNDICE E - INTERVALO DE TEMPO ENTRE A ADMISSÃO E CIRURGIA.	29
APÊNDICE F - TIPOS DE OSTOMIAS REALIZADAS	30
APÊNDICE G - COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DAS OSTOMIAS	31
APÊNDICE H - INTERVALO DE TEMPO ENTRE A REALIZAÇÃO DA OSTOMIA E DA RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO	32
APÊNDICE I - COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DA RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL	33

APÊNDICE J - CLASSIFICAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS NA CONFEÇÃO DA OSTOMIA E NA RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO	34
APÊNDICE K - PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS	35

1. INTRODUÇÃO

Estomas intestinais são procedimentos comuns, utilizados para desvio fecal, que são realizados tanto na urgência abdominal, quando as condições locais e gerais do paciente impedem uma anastomose primária, quanto em cirurgias eletivas, para proteção de uma anastomose colônica. No início da década de 1920, Hartmann já preconizava o procedimento, que posteriormente passou a levar seu nome, e que se constituía de ressecção do cólon sigmoide, com colostomia terminal e fechamento do coto retal. Era inicialmente realizado em pacientes com obstruções neoplásicas, mas o procedimento é frequentemente realizado em condições benignas, como traumas abdominais com perfuração do reto-sigmoide e nas diverticulites complicadas. (FONSECA, A. Z. et al, 2017)

Os principais estomas intestinais são a ileostomia e a colostomia, que podem ser terminais ou em alça, e as indicações para sua realização são muito variáveis (PARINI, D., et al 2023). As ostomias temporárias podem ser realizadas para proteger uma anastomose de alto risco de deiscência tanto em procedimentos eletivos como na urgência, como alternativa para uma anastomose primária em pacientes portadores de peritonite ou em condições críticas e para desvio do trânsito em pacientes obstruídos e com condições clínicas que contraindiquem uma anastomose colônia primária. Já as ostomias permanentes são realizadas quando o mecanismo esfinteriano anal é removido durante a cirurgia, como nas neoplasias de reto baixo com indicação de amputação abdomino-perineal do reto. Ostomias permanentes também podem ser confeccionadas em pacientes com tumores irremovíveis que necessitam desvio do trânsito intestinal. (HE, F., et al, 2024).

Desta forma, o alto risco de deiscências anastomóticas associadas à peritonite, às diverticulites com peritonite fecal, ao câncer de cólon perfurado, às obstruções intestinais causadas por câncer de cólon, às isquemias intestinais, às doenças inflamatórias intestinais, às infecções perineais e às obstruções por complicações do megacólon, são situações que podem determinar a necessidade de uma ostomia. (SAMIR, et al.,2014; BARREIRO, et al., 2020).

É relevante lembrar que muitas dessas indicações para realização de ostomias estão diretamente relacionadas ao estágio da doença de base, de maneira que o

retardo no diagnóstico e no início do tratamento dessas afecções podem representar o fator principal para a realização de desvios do trânsito intestinal em caráter temporário. Além disso, fatores como a indicação da ostomia, a idade, as comorbidades dos pacientes, bem como a presença de peritonite avançada, estão relacionadas a alto risco de complicações e de elevada morbimortalidade. Taxas de morbidez de até 58% e de mortalidade de 3,6% já foram descritas. (HE, F., et al, 2024).

No que diz respeito à reconstrução de trânsito intestinal, deve-se considerar que para isto é necessária nova intervenção cirúrgica, com riscos de complicações e de óbitos. Este risco algumas vezes é impeditivo para o procedimento de reconstrução, tornando permanente um estoma temporário. Também, nos pacientes que tiveram como indicação do estoma uma neoplasia, tratamentos quimioterápicos e radioterápicos podem retardar o tempo para a realização da reconstrução e, em alguns casos, até de impedi-lo. (OMMEREN–OLIJVE, S. J.V., et al, 2020).

Esse tema tem sido discutido amplamente, especialmente por coloproctologistas. Somente no Brasil, entre 2018 e 2019, cerca de 17 mil homens e 19 mil mulheres foram diagnosticados com câncer colorretal, que é a principal causa para a realização de ostomias, conforme estudos recentes (AMARAL LCGM, et al., 2021; SALOMÉ GR, et al., 2014; CAMPOS FGCM, et al., 2017). Em 2020, a Associação Brasileira de Ostomizados estimou que cerca de 300 mil pessoas no Brasil viviam com um estoma intestinal. Esses estomas frequentemente causam desconforto, afetam a autoestima e geram insegurança nas interações sociais (FONSECA AZ, et al., 2017). A maioria desses pacientes têm indicação para reconstrução do trânsito intestinal, mas como descrito anteriormente, muitos ficam sem condições para sua realização. Além disso, em nosso meio, devido à alta taxa de ocupação hospitalar no SUS, muitos pacientes permanecem por muitos meses ou anos com seu estoma. E aqueles submetidos aos procedimentos de reconstrução estão sujeitos à novos riscos de morbidez e mortalidade.

Torna-se relevante, portanto, o estudo da morbimortalidade relacionada à reconstrução do trânsito intestinal em pacientes ostomizados no nosso meio, particularmente em um hospital terciário como o Hospital de Base do Distrito Federal (IGES-DF), onde grande número de pacientes ostomizados são internados para realização destes procedimentos. Uma análise pormenorizada destas complicações e

dos seus fatores de risco, tem grande potencial para ajudar na prevenção destes problemas com melhor evolução pós-operatória e melhoria na qualidade de vida destes pacientes.

Assim, o objetivo deste trabalho é analisar a morbimortalidade na reconstrução do trânsito intestinal de pacientes ostomizados em um hospital terciário do Distrito Federal. Secundariamente, a pesquisa procura avaliar as condições que determinaram a realização dos estomas intestinais, o tempo transcorrido entre o diagnóstico e a confecção da ostomia e o tempo entre a realização da ostomia e seu fechamento, assim como de aspectos epidemiológicos e demográficos relacionados.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar a incidência e a morbimortalidade das complicações pós-operatórias nos procedimentos de reconstrução de trânsito intestinal em pacientes portadores de estomas intestinais temporários.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as principais complicações pós-operatórias e a mortalidade em pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal.
- b) Definir os principais fatores de risco associados a essas complicações.
- c) Avaliar o intervalo de tempo entre a confecção da ostomia e seu fechamento.
- d) Esclarecer as principais indicações para realização das ostomias e demonstrar as possíveis causas preveníveis de retardo de diagnóstico e de início de tratamento de afecções agudas do tubo digestivo.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Desvios temporários do trânsito intestinal, como as ostomias, são procedimentos frequentemente realizados em hospitais gerais e serviços de emergência. O aumento da população idosa, os hábitos alimentares inadequados e a consequente elevação na incidência de câncer colorretal e outras neoplasias do trato digestivo, bem como a doença diverticular dos cólons e suas complicações, têm levado a um aumento no número de pacientes que necessitam de ostomias como parte de seu tratamento cirúrgico. Além disso, a alta prevalência de doença inflamatória intestinal e de traumas contribui para um cenário em que muitos pacientes ostomizados eventualmente precisarão de novos procedimentos cirúrgicos para reconstrução do trânsito intestinal. (FONSECA, A. Z, et al, 2017).

Uma das indicações mais comuns para a realização de colostomia, é a ressecção do cólon sigmóide e da porção proximal do reto, descrita pela primeira vez por Henry Albert Hartmann, em 1921, para tratamento de câncer do cólon sigmóide. Após a ressecção do sigmóide, realiza-se uma colostomia terminal do cólon descendente e fechamento do coto retal. Atualmente a operação de Hartmann é mais empregada em pacientes com indicação de ressecção de sigmóide em caráter de urgência por diverticulite aguda ou nas obstruções intestinais agudas por câncer do cólon sigmóide, particularmente quando há instabilidade hemodinâmica ou peritonite fecal, quando o risco de fístulas em anastomoses primárias é elevado. (CLEMENTI, M., et al, 2022).

As ostomias, de forma geral, têm associações a complicações específicas, incluindo hérnias paraestomais, obstruções intestinais, dermatites, desidratação por alta produção, distúrbios eletrolíticos e insuficiência renal aguda. (DA FONSECA, L. M., et al, 2018). Para além das complicações, estudos revelam, ainda, que 6 a 23% das ileostomias temporárias não serão revertidas, devido a fatores relacionados à recidiva tumoral, complicações associadas à anastomose e recuperação insatisfatória da função anal, tornando permanente um estoma temporário. (HUANG, S., et al, 2022).

Ainda assim, a ileostomia protetora é o procedimento mais amplamente utilizado para reduzir a deiscência anastomótica após a cirurgia para câncer retal, por exemplo. A decisão de optar por ileostomia protetora deve levar em consideração o local do tumor, as terapias neoadjuvantes e o estado geral do paciente, mas grande parte dessas ostomias temporárias se tornam definitivas. (BALLA, A., et al, 2023). Um

estudo de meta-análise acerca dos fatores de risco relacionados ao não fechamento da ileostomia em cirurgias de câncer retal, concluiu que os cinco principais aspectos para a manutenção das ileostomias são: a idade avançada (> 65 anos), sexo masculino, risco cardiovascular ASA \geq 3 e metástases à distância. Nesse estudo, parâmetros como o Índice de massa corporal, os níveis de hemoglobina, de albumina e de antígeno carcinoembrionário pré-operatórios, a localização do tumor, a quimio-radioterapia neoadjuvante, o tabagismo, o histórico de cirurgia abdominal e a cirurgia aberta não alteraram significativamente as taxas de não fechamento da ileostomia após cirurgia de câncer retal, que foi de 16%. (HE, F., et al, 2024).

Em outra perspectiva, a presença de um estoma intestinal é capaz de gerar sofrimento e constrangimento para os pacientes, diante das mudanças físicas e fisiológicas impingidas, que requentemente impactam negativamente na qualidade de vida, assim como na autoestima em relação à imagem corporal. Assim, a cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal o mais precocemente possível é fundamental para esses pacientes. (MITHANY, H. R., et al 2023).

No que tange à mortalidade dos pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal, é importante destacar fatores de risco, como o tipo de procedimento realizado na operação inicial e suas complicações, a técnica cirúrgica utilizada na reconstrução da continuidade intestinal, o uso de antibióticos da maneira adequada, os cuidados pré e pós operatórios, assim como os fatores de risco associados ao paciente. De acordo com Neto et al. em um estudo retrospectivo envolvendo 100 pacientes em um hospital terciário de São Paulo, verificou-se que entre os pacientes com ostomia terminal, apenas um dos que foram à óbito não tinha comorbidades (NETO, I. J. F. C., et al, 2014).

Por outro lado, o estudo de Akinci et al. que avaliou 78 pacientes submetidos ao procedimento de Hartmann e à sua reversão, a seleção adequada dos pacientes, a escolha do momento apropriado da operação de acordo com o paciente, a avaliação do segmento distal com radiografia pré-operatória, a boa aplicação da ressecção cirúrgica e a preparação pré-operatória, foram os motivos primordiais pelos quais a taxa de mortalidade no estudo foi de 0% (Akinci, O., et al, 2020).

No que diz respeito à reversão de ileostomias em pacientes com Doença de Crohn, um estudo observacional e prospectivo mostrou uma morbidade pós-operatória

relevante para a população do estudo, que incluía 130 pacientes com doença de Crohn e ileostomia terminal. Nesse contexto, 30% dos pacientes enfrentaram complicações pós-operatórias e a taxa de complicações anastomóticas foi de 11%. Contudo, a escolha da técnica cirúrgica em pacientes portadores de Doença de Crohn ainda é controversa, principalmente quando se trata da escolha de criar ou não uma ostomia nesses pacientes, já que o uso prolongado de terapias esteróides em altas doses pode estar ligado a maiores complicações pós-operatórias, como as fístulas por deiscências anastomóticas (ADAMINA, M., et al, 2019).

Além disto, de acordo com XU et al., em uma revisão de literatura, os estudos em pacientes que realizaram colostomias, devido a traumas abdominais indicam que o fechamento da ostomia precoce, no momento proliferativo, parece favorecer o processo de cicatrização da ferida e da anastomose. Também foi possível inferir que, nesses casos, um intervalo aumentado entre a criação da ostomia e sua reversão pode favorecer o íleo pós-operatório após o fechamento da ileostomia em alça (XU, N., 2023).

É importante também considerar o tipo de estoma na avaliação das complicações pós-operatórias após reconstrução do trânsito intestinal. Estomas em alça permitem uma reconstrução mais simples e segura, pois não exigem nova abordagem da cavidade peritoneal, seja por via convencional ou laparoscópica, já que a alça do estoma é liberada de sua fixação à pele e à aponeurose, e a sutura para fechamento da ostomia é realizada fora da cavidade. A alça reconstruída é colocada de volta na cavidade peritoneal pela própria incisão previamente realizada para o estoma, gerando trauma cirúrgico mínimo para o paciente e com menos riscos de complicações. Já os estomas terminais costumam exigir nova abordagem da cavidade peritoneal, através de laparotomia ou videolaparoscopia, com dificuldades adicionais determinadas pelas aderências prévias causadas pelas cirurgias anteriores, que aumentam o risco de sangramento, lesões iatrogênicas e obstrução intestinal pós-operatória (MITHANY, H. R., et al 2023).

E ainda de acordo com a técnica operatória, segundo Whitney et al., desde que escolhida criteriosamente, a reversão laparoscópica do procedimento de Hartmann pode trazer vantagens sobre a técnica aberta, incluindo o menor tempo de internação hospitalar, o menor sangramento intra-operatório, a menor dor pós-operatória, o

retorno mais rápido das funções intestinais, assim como as taxas reduzidas de morbidade e mortalidade com menos complicações intra-operatórias. (WHITNEY, S., et al, 2020).

Por fim, um estudo retrospectivo que teve o intuito de avaliar a sobrevida de pacientes submetidos à abordagem laparoscópica ou robótica por câncer retal também concluiu que há benefício na redução de morbidade e aumento de sobrevida ao adotar técnicas cirúrgicas minimamente invasivas. Tal fato reforça a importância da técnica escolhida para prognóstico do paciente, ao realizar as abordagens cirúrgicas na reconstrução de trânsito intestinal. (LI, j., et al, 2022).

4. MÉTODO

Análise retrospectiva, observacional e longitudinal dos prontuários de pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal na unidade de proctologia do Hospital de Base do Distrito Federal (IGES-DF) em um período de 10 anos (2013-2023).

Os dados foram obtidos mediante análise dos prontuários médicos dos pacientes atendidos no período destacado no estudo e submetidos a cirurgia de fechamento de enterostomia, sendo selecionados e realizadas as atividades que seguem: divisão dos pacientes entre sexo feminino e masculino, faixas etárias, comorbidades, indicação da ostomia, tipo de ostomia, tempo transcorrido entre a ostomia e a cirurgia de reconstrução de trânsito e as complicações intrínsecas de cada um dos procedimentos, bem como o tempo de internação.

Na primeira fase, o estudo foi submetido ao comitê de Ética e Pesquisa do CEUB e do IGES-DF. Após aprovação, foi realizada a coleta de dados mediante análise documental dos prontuários eletrônicos dos usuários admitidos no IHBDF e submetidos a cirurgia de reconstrução de trânsito.

Foram analisados cerca de 400 prontuários de pacientes atendidos no Hospital de Base do Distrito Federal, e selecionados 120, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão descritos abaixo:

Critérios de Inclusão: pacientes , de ambos os sexos, submetidos à confecção de estomas intestinais e à reconstrução do trânsito intestinal no Hospital de Base do Distrito Federal (IGES-DF) no período de 2013 a 2023.

Critérios de Exclusão: pacientes portadores de estomas permanentes e aqueles cujas informações básicas constantes do protocolo não puderem ser extraídas do prontuário médico.

As informações colhidas foram registradas em um protocolo pré-estabelecido, incluindo dados demográficos (idade, sexo, raça, profissão, procedência e comorbidades), indicação para realização da ostomia em função da doença de base, tipo de ostomia realizada no primeiro procedimento cirúrgico, tempo transcorrido entre o diagnóstico e a realização da ostomia e entre sua realização e seu fechamento, tipo de reconstrução intestinal empregada, tempo de internação e complicações pós-operatórias imediatas tanto na confecção da ostomia quanto no seu fechamento. Essa

informações formaram a base para a análise e conclusão dos resultados necessários para pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estudado foram identificados 120 pacientes submetidos à realização de estomas intestinais, dos quais 45 (37,5%) eram mulheres e 75 (62,5%) homens (Apêndice A). A média de idade foi de 61,8 anos para as mulheres e de 55,6 anos para os homens (Apêndice B). Sessenta e um pacientes (50,8%) tinham mais de 60 anos e os extremos etários foram de 12 e 91 anos. Comorbidades foram observadas em 55 (45,8%) pacientes, as mais prevalentes representadas por hipertensão arterial sistêmica, diabetes tipo II, doenças autoimunes e cardiopatias (Apêndice C). Cinquenta e sete (47,5%) pacientes eram portadores de neoplasias, dos quais 55 (96,5%) por câncer cólon-retal (Apêndice C). As principais indicações para realização de ostomias foram as cirurgias eletivas para tratamento de neoplasias colônicas (33,3%), especialmente as de reto. As demais indicações podem ser vistas no Apêndice D. Dos 120 pacientes operados, 59 o foram em caráter de urgência. Entre estes, em 39, o tempo transcorrido entre a admissão hospitalar e o procedimento cirúrgico pôde ser computado e são mostrados no Apêndice E. Com relação às ostomia, estas foram agrupadas em quatro tipos: colostomias terminais (50 casos, 41,7%), colostomias em alça (12 casos, 10%), ileostomias terminais (19 casos, 15,8%) e ileostomias em alça (31 casos, 25,8%). Em oito pacientes (6,7%) o tipo de ostomia não pôde ser identificado no prontuário (Apêndice F). O índice de complicações pós-operatórias, clínicas e cirúrgicas, foi de 60,8% (73 pacientes) e a mortalidade pós-operatória de 5% (seis pacientes) (Apêndice G). Dos 120 pacientes ostomizados, 97 (80,8%) foram submetidos à reconstrução do trânsito intestinal. O intervalo entre a primeira cirurgia e o fechamento da ostomia variou de três a seis meses em nove pacientes (9,3%), de seis a 12 meses em 22 (22,7%) e de mais de 12 meses em 66 (68%) (Apêndice H). O índice de complicações pós-operatórias foi de 34% (33 pacientes) e o de mortalidade de 11,3% (11 pacientes) (Apêndice I). As principais complicações pós-operatórias nos dois procedimentos, de confecção da ostomia e de reconstrução do trânsito intestinal, podem ser vistas no Apêndice J.

A casuística de 120 pacientes operados em um período de 10 anos se revelou de pequena monta, o que pode ser atribuído, em parte, ao período da pandemia da Covid 19, não só pela não realização desses procedimentos durante cerca de dois anos, mas também pela mudança de prioridades no período pós-pandemia, em que o

represamento de pacientes portadores de doenças mais graves certamente levou ao adiamento das reconstruções de trânsito nos pacientes portadores de ostomias temporárias.

A análise dos dados demográficos revela um predomínio de homens como portadores de ostomias, assim como com média de idade menor que as mulheres, o que pode ser atribuído a dois fatores principais: à maior aderência das mulheres às medidas de prevenção de doenças e na procura mais precoce ao atendimento médico, e ao fato de o Hospital de Base do DF ser referência para trauma, o que gera um aumento no atendimento de homens jovens, as maiores vítimas de traumatismos fechados e penetrantes do abdome e passíveis de lesões capazes de necessitar desvios do trânsito intestinal.

Chama atenção também o alto índice de comorbidades, em quase metade dos pacientes, o que pôde contribuir para o também alto índice de complicações clínicas e cirúrgicas pós-operatórias, especialmente após a primeira cirurgia, tendo em vista que muitos destes pacientes foram submetidos a intervenções cirúrgicas de urgência e, portanto, sem possibilidades de preparo pré-operatório. Além disso, o alto índice de doenças neoplásicas no grupo estudado, por si só, é capaz de gerar maior predisposição a complicações pós-operatórias. Por outro lado, quando se analisa o tempo transcorrido entre a admissão hospitalar e o procedimento cirúrgico nos pacientes submetidos à cirurgia de urgência, verifica-se que em quase metade dos pacientes este intervalo foi maior que 24 horas, o que pode ter contribuído para o agravamento do quadro abdominal e das condições clínicas dos pacientes, gerando, não só um maior índice de complicações pós-operatórias, como também de necessidade de desvios do trânsito intestinal.

Com relação às indicações para realização de ostomias, pode se verificar que um terço dos pacientes foi operado eletivamente, principalmente para ressecção de neoplasias do reto, em que se preconiza a realização de ileostomias em alça para proteção de anastomoses colorretais baixas e com alto risco de deiscências. Isto também pode ter contribuído para um menor índice de complicações cirúrgicas pós-operatórias, após a reconstrução do trânsito, já que o fechamento de ostomias em alça costuma ser mais simples do que o fechamento de ostomias terminais. Convém lembrar que o estudo atual foi realizado no Serviço de Proctologia do Hospital de Base, e daí a alta incidência de ostomizados eletivamente em cirurgias para tratamento do

câncer de reto, doença de Crohn, megacólon chagásico, fístulas reto-vesicais e reto-vaginais por diverticulite ou neoplasia, além dos ostomizados nas cirurgia do trauma do hospital.

A segunda maior indicação de desvios do trânsito intestinal foi o traumatismo abdominal penetrante, particularidade da sociedade brasileira violenta, e em que as vísceras ocas são as mais acometidas. Pode-se notar que o trauma abdominal fechado representou apenas 3,3% dos casos de necessidade de confecção de ostomias, já que nestes casos as lesões de vísceras ocas são bem menos prevalentes. Uma observação pertinente, no entanto, diz respeito ao grande intervalo de tempo transcorrido, em média, entre a admissão hospitalar e a cirurgia, o que pode ter gerado maior necessidade de desvios de trânsito intestinal ao invés de simples suturas de lesões entéricas nestes traumas penetrantes.

As neoplasias complicadas por perfuração e obstrução, outros motivos para confecção de ostomias, e que juntas representaram 12,5% da casuística, chamam atenção para um possível retardo no atendimento médico da população, tendo em vista que essas complicações estão, em geral, associadas a uma evolução mais tardia do carcinoma colorretal, neoplasia com alta prevalência na população ocidental atual, e que pode ser diagnosticada e tratada mais precocemente na vigência de programas melhor estruturados para realização de colonoscopias de rotina em pacientes de risco.

Ao contrário da expectativa inicial, as diverticulites complicadas representaram apenas 5% das indicações de colostomias na casuística estudada. Nestes casos o procedimento de Hartmann, com confecção de colostomia terminal, costuma ser utilizado com frequência. Talvez, por questões estratégicas de saúde do Distrito Federal, a maioria dos pacientes com abdome agudo inflamatório tenham sido dirigidos para outras unidades de saúde, deixando o Hospital de Base para as urgências traumáticas.

Apesar da relativamente baixa incidência na casuística estudada, chama atenção ainda, os casos de apendicite aguda complicada que demandaram ressecções colônicas e confecção de ostomias. Trata-se de doença altamente prevalente, porém, muitas vezes subestimada, levando a diagnóstico e tratamento retardados, que acabam em intervenções mais complexas e com alta morbidez.

Os principais desvios do trânsito intestinal seguiram um padrão previsível, com maior prevalência das colostomias terminais nos casos de abdome agudo inflamatório

ou obstrutivo, já que nestas circunstâncias as anastomoses colônicas tem alto risco de deiscências, seguidas pelas ileostomias em alça, na maioria dos casos como proteção para uma anastomose colônica de alto risco realizadas em geral nas ressecções do reto baixo.

Foi observado um alto índice de complicações e de mortalidade que, no entanto, não são muito discrepantes dos descritos na literatura. Pode-se atentar ainda para o fato de um índice de complicações menor nas reconstruções do trânsito do que nos procedimentos que demandaram a realização das ostomias, tendo em vista o caráter eletivo destas cirurgias, que possibilitam um preparo pré-operatório mais adequado. No entanto, as deiscências de anastomose mantiveram uma incidência semelhante e as obstruções intestinais pós-operatórias foram mais prevalentes após as reconstruções do trânsito, o que pode ser explicado pela maior possibilidade de bridas e aderências nestes pacientes muitas vezes submetidos a múltiplas intervenções prévias pela doença de base.

Finalmente, nota-se um intervalo de tempo bastante longo entre a realização da ostomia e o seu fechamento. Mais de dois terços dos pacientes precisaram esperar mais de um ano para a reconstrução do trânsito intestinal, impactando diretamente nas suas qualidades de vida.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de realizar desvios temporários do trânsito intestinal é relativamente frequente no âmbito da cirurgia colorretal, tanto na urgência quanto em procedimentos eletivos. São capazes de abreviar o tempo operatório em pacientes críticos e de reduzir o risco de deiscências em anastomoses de alto risco. A redução desta necessidade pode ser alcançada com diagnósticos e intervenções mais precoces no abdome agudo cirúrgico e no trauma abdominal. Técnicas mais modernas na realização de anastomoses colorretais baixas também podem contribuir. E essas medidas são essenciais, pois a reconstrução do trânsito intestinal destes pacientes também implica em relativamente altos índices de complicações conforme evidenciado na casuística apresentada, que revelou índice de morbidez pós-operatória de 34% e de mortalidade de 9,8%, as principais complicações pós-operatórias sendo as infecções do sítio cirúrgico em geral associadas à deiscências de anastomoses. A presença de alto índice de comorbidades e de neoplasias nos pacientes estudados se revelaram importantes fatores de risco para essas complicações, assim como o elevado tempo transcorrido entre a internação e a cirurgia nos pacientes operados de urgência, maior do que 24 horas em quase metade dos casos. Outra observação relevante ocorreu quando da análise do tempo transcorrido entre a confecção da ostomia e seu fechamento que foi maior que um ano em 68% dos casos, o que certamente teve impacto negativo na qualidade de vida destes pacientes, apesar de se levar em consideração que, em muitos casos, as complicações pós-operatórias e os tratamentos adjuvantes para neoplasias possam ter tido grande influência neste intervalo de tempo. Acreditamos que os resultados obtidos com a nossa pesquisa possam estimular mudanças no atendimento de nossos pacientes e contribuir para melhorar esses índices no futuro, apesar da complexidade implícita no nosso modelo médico atual.

REFERÊNCIAS

FONSECA, A. Z. et al. COLOSTOMY CLOSURE: RISK FACTORS FOR COMPLICATIONS.ABCD. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 30, n. 4, p. 231–234, 2017.

PARINI, D. et al. Surgical management of ostomy complications: a MISSTO–WSES mapping review. **World Journal of Emergency Surgery**, v. 18, n. 1, 10 out. 2023.

HE, F. et al. Preoperative risk factors and cumulative incidence of temporary ileostomy non-closure after sphincter-preserving surgery for rectal cancer: a meta-analysis. **World Journal of Surgical Oncology**, v. 22, n. 1, 12 abr. 2024.

SAMIR, R.; SÃO, P. ALBERTO BITRAN Fatores preditivos de morbimortalidade na reconstituição do trânsito intestinal em doentes submetidos a ostomias terminais na urgência. São Paulo, 2014.

BARREIRO, R., COSTA, C,. Fatores de risco para deiscência de anastomose pós-colectomia. **Editora Unifeso**, v. 3, n. 1,p. 98-106, 2020.

VAN OMMEREN–OLIJVE, S. J.; BURBACH, J. P. M.; FURNÉE, E. J. B. Risk factors for non-closure of an intended temporary defunctioning stoma after emergency resection of left-sided obstructive colon cancer. **International Journal of Colorectal Disease**, v. 35, n. 6, p. 1087–1093, 24 mar. 2020.

AMARAL, L. C. G. M. DO; SAKAE, T. M.; SOUZA, G. B. DE. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes ostomizados e sua relação com Índice de comorbidades de Charlson. **Rev. Assoc. Méd. Rio Gd. do Sul**, p. 01022105–01022105, 2021.

CAMPOS, F. G. C. M. D. et al. Incidence of colorectal cancer in young patients. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, n. 2, p. 208–215, 2017.

CLEMENTI, M. et al. Colostomy Reversal following Hartmann’s Procedure: The Importance of Timing in Short- and Long-Term Complications: A Retrospective Multicentric Study. **Journal of Clinical Medicine**, v. 11, n. 15, p. 4388, 1 jan. 2022.

DA FONSECA, L. M. et al. Fatores associados a não reconstrução do trânsito intestinal em pacientes com câncer retal submetidos à ressecção anterior do reto e ileostomia de proteção. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 45, n. 6, 7 jan. 2019.

HUANG, S.-H. et al. Preoperative risk stratification of permanent stoma in patients with non-metastatic mid and low rectal cancer undergoing curative resection and a temporary stoma. **Langenbeck s Archives of Surgery**, v. 407, n. 5, p. 1991–1999, 18 abr. 2022.

BALLA, A. et al. Protective ileostomy creation after anterior resection of the rectum: Shared decision-making or still subjective? **Colorectal Disease**, v. 25, n. 4, p. 647–659, 28 dez. 2022.

IESALNIEKS, I. et al. Reversal of end-ileostomy in patients with Crohn's disease. **International Journal of Colorectal Disease**, v. 36, n. 10, p. 2119–2125, 30 abr. 2021.

ADAMINA, M. et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment. **Journal of Crohn's & Colitis**, v. 14, n. 2, p. 155–168, 10 fev. 2020.

XU, Nicole. Early Closure of Colostomy from Abdominal Trauma May Be Beneficial in Otherwise Healthy Patients. **Clinical Research in Practice the Journal of Team Hippocrates**, vol. 9, no. 1, 30 Oct. 2023.

MITHANY, R. H. et al. Ileostomy 101: Understanding the Basics for Optimal Patient Care. **Cureus**, v. 15, n. 10, 11 out. 2023.

JOSÉ, I. et al. Retrospective analysis of patients undergoing bowel transit reconstruction in a tertiary referral hospital of São Paulo's east side. **Journal of Coloproctology**, v. 34, n. 4, p. 198–201, 1 out. 2014.

AKINCI, O. Reversal of Hartmann's Procedure is Still a High-Morbid Surgery? **Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery**, v. 26, no 2, n. 255-259, 2019.

WHITNEY, S. et al. Hartmann's reversal: factors affecting complications and outcomes. **International Journal of Colorectal Disease**, v. 35, n. 10, p. 1875–1880, 5 jun. 2020.

Li, Jing-jing, et al. Robotic versus Laparoscopic Total Mesorectal Excision Surgery in Rectal Cancer: Analysis of Medium-Term Oncological Outcomes. **Surgical Innovation**, vol. 30, no. 1, pp. 36-44, 2022.

APÊNDICES**APÊNDICE A - SEXO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À OSTOMIA
NO HOSPITAL DE BASE DO DF NO PERÍODO DE 2013 A 2023**

Sexo	n	%
Homens	75	62,5%
Mulheres	45	37,5%
Total	120	100%

**APÊNDICE B - IDADE DOS PACIENTES SUBMETIDOS À OSTOMIA
NO HOSPITAL DE BASE DO DF NO PERÍODO DE 2013 A 2023**

	Média de idade	Extremos etários
Homens	55,6 anos	12 a 91 anos
Mulheres	61,8 anos	19 a 82 anos

**APÊNDICE C - PREVALÊNCIA DE COMORBIDADES NOS
PACIENTES SUBMETIDOS À OSTOMIA NO HOSPITAL DE BASE DO DF NO
PERÍODO DE
2013 A 2023**

COMORBIDADES*	n	%
Nenhuma	65	54,2%
Hipertensão arterial	43	35,8%
Diabetes	13	10,8%
Doenças autoimunes	17	14,2%
Cardiopatias	2	1,7%
DPOC**	1	0,83%
Neoplasias	57	47,5%

* Alguns pacientes apresentavam mais de uma comorbidade; ** DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica

APÊNDICE D - INDICAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE OSTOMIAS NO HOSPITAL DE BASE DO DF NO PERÍODO DE 2013 A 2023

INDICAÇÃO	n	%
Cirurgias eletivas para neoplasias colorretais	40	33,3%
Traumatismo penetrante do abdome	19	15,8%
Neoplasias colorretais com	8	6,7%
Deiscências de anastomoses	8	6,7%
Neoplasias colorretais com	7	5,8%
Diverticulite aguda complicada	6	5%
Doença de Crohn	5	4,2%
Fístula reto-vesical/reto-vaginal	5	4,2%
Apendicite aguda complicada	4	3,3%
Traumatismo fechado do abdome	4	3,3%
Megacólon chagásico	3	2,5%
Neoplasia de ovário	2	1,7%
Hérnia estrangulada	1	0,83%
Retocolite ulcerativa	1	0,83%
Empalamento com lesão de reto	1	0,83%
Outras	6	5%

**APÊNDICE E - INTERVALO DE TEMPO ENTRE ADMISSÃO E
CIRURGIA EM 59 PACIENTES OPERADOS EM CARÁTER DE URGÊNCIA
NO HOSPITAL
DE BASE DO DF NO PERÍODO DE 2013 A 2023**

INTERVALO ENTRE ADMISSÃO E CIRURGIA	n	%
Menos de 6 horas	2	3,4%
Entre 6 e 24 horas	12	20,3%
Mais de 24 horas	25	42,4%
Não informado	20	33,9%
TOTAL	59	100%

**APÊNDICE F - TIPOS DE OSTOMIAS REALIZADAS NO HOSPITAL
DE BASE DO DF NO PERÍODO DE 2013 A 2023**

TIPOS DE OSTOMIAS	n	%
Colostomias terminais	50	41,7%
Colostomias em alça	12	10%
Ileostomias terminais	19	15,8%
Ileostomias em alça	31	25,8%
Não identificadas	8	6,7%

**APÊNDICE G - COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS EM
PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA COM CONFECÇÃO DE OSTOMIA
NO HOSPITAL
DE BASE DO DF NO PERÍODO DE 2013 A 2023**

COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS	n	%
Sem complicações	47	39,2%
Com complicações clínicas e/ou cirúrgicas	73	60,8%
Óbitos	6	5%

**APÊNDICE H - INTERVALO DE TEMPO ENTRE A REALIZAÇÃO DA
OSTOMIA E A RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL NO
HOSPITAL
DE BASE DO DF NO PERÍODO DE 2013 A 2023**

INTERVALO DE TEMPO (em meses)	n	%
> 3 e < 6	9	9,3%
> 6 e <12	22	22,7%
> 12	66	68%
Total*	97	100%

* Dos 120 pacientes ostomizados, 97 (80,8%) foram submetidos à reconstrução do trânsito intestinal

**APÊNDICE I - COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS EM
PACIENTES SUBMETIDOS À RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL
NO HOSPITAL
DE BASE DO DF NO PERÍODO DE 2013 A 2023**

COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS	n	%
Sem complicações	64	66%
Com complicações clínicas e/ou cirúrgicas	33	34%
Óbitos	9	9,8%

**APÊNDICE J - CLASSIFICAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES
PÓS-OPERATÓRIAS NA CONFECÇÃO DA OSTOMIA E NA
RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL, EM PACIENTES
OPERADOS NO HOSPITAL DE BASE DO DF NO PERÍODO DE 2013 A
2023**

COMPLICAÇÃO	CONFECÇÃO DA OSTOMIA	RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO
Infecção de ferida operatória	40 (33,3%)	8 (8,2%)
Infecção da cavidade (abscesso/peritonite)	17 (14,2%)	10 (10,3%)
Deiscência de anastomose	10 (8,3%)	10 (10,3%)
Obstrução intestinal	3 (2,5%)	9 (9,3%)
Hemoperitônio	1 (0,83%)	-
Necessidade de confecção de nova ostomia	0 (0%)	7 (7,2%)

APÊNDICE K - PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME (INICIAIS): _____ PRONTUÁRIO: _____

IDADE: _____ SEXO: _____

2. DATA DA CONFEÇÃO DA OSTOMIA: _____

3. TIPO DE OSTOMIA

- Ileostomia em alça
- Ileostomia terminal
- Colostomia em alça de cólon transverso
- Sigmoidostomia em alça
- Colostomia terminal NÃO Hartmann
- Cirurgia de Hartmann
- Colostomia em dupla boca
- Colostomia terminal + fístula mucosa
- Outra: _____

4. INDICAÇÃO DA OSTOMIA (DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO)

- Neoplasia de cólon com obstrução
- Neoplasia de cólon com perfuração
- Diverticulite com peritonite
- Trauma abdominal fechado
- Trauma abdominal penetrante
- Perfuração por corpo estranho
- Colite isquêmica
- Deiscência de anastomose primária do cólon
- Proteção de sutura ou anastomose primária do cólon
- Outras: _____

5. COMORBIDADES

- Diabetes
- Hipertensão
- Cardiopatia
- DPOC
- Doenças do colágeno/autoimunes
- Neoplasias
- Outras: _____

6. TEMPO TRANSCORRIDO ENTRE A CHEGADA AO HOSPITAL E A CIRURGIA

- Menos de 6 horas
- Entre 6 e 24 horas
- Mais de 24 horas

7. COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DA PRIMEIRA CIRURGIA

- Sem complicações
- Complicações clínicas:
- Complicações cirúrgicas – pode marcar mais de uma:
 - infecção de ferida operatória
 - infecção da cavidade – abscesso
 - infecção da cavidade – peritonite
 - deiscência de anastomose
 - hemoperitônio
 - hérnia interna
 - obstrução intestinal
 - outra: _____

8. DATA DA ALTA HOSPITALAR: _____

9. DATA DA RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO: _____

10. TEMPO TRANSCORRIDO ENTRE CONFECÇÃO DA OSTOMIA E RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL: _____

11. CAUSA DO RETARDO DA RECONSTRUÇÃO (quando maior que 3 meses): _____

12. COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DA RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO

- Sem complicações
- Complicações clínicas: _____
- Complicações cirúrgicas – pode marcar mais de uma:
 - infecção de ferida operatória
 - infecção da cavidade – abscesso
 - infecção da cavidade – peritonite
 - deiscência de anastomose
 - hemoperitônio
 - hérnia interna
 - obstrução intestinal
 - outra:
- Necessidade de confecção de nova ostomia
- Óbito