

Complexidade nos cuidados de um ostomizado com deiscência cirúrgica após herniorrafia: um estudo de caso

RESUMO

A realização de uma cirurgia de estoma é muitas vezes complexa no que respeita à execução do cirurgião, especialmente quando o paciente tem complicações pré-existentes. No pós-operatório, as complicações peristomais afetam a aderência do saco de recolha e prejudicam o autocuidado e o bem-estar da pessoa com uma ostomia, o que aumenta a necessidade de profissionais treinados na gestão das complicações da pele peristomal. Além disso, os profissionais de saúde precisam de ser capazes de educar o ostomizado no autocuidado do estoma ou apoiá-lo na gestão das complicações peristomais. O objetivo deste estudo de caso é o de relatar a gestão de um caso clínico complexo de um pós-operatório num paciente que, após uma herniorrafia e a construção de uma colostomia, resultou em deiscência cirúrgica e em complicações peristomais consequentes. O estudo de caso também destaca os cuidados clínicos defendidos pelo terapeuta enteroestomal para gerir estas complicações.

Palavras-chave ostomia, herniorrafia, complicações pós-operatórias, cuidados de enfermagem, terapeuta enteroestomal

Para referência a Diniz IV et al. Complexidade no cuidado de um ostomizado com deiscência cirúrgica após herniorrafia: um estudo de caso. Revista WCET 2021;41(3):22-26

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.41.3.22-26>

Submetido 13 Dezembro 2020, Aceite 18 Julho 2021

INTRODUÇÃO

Cerca de 100.000 procedimentos cirúrgicos para criar estomas são realizados anualmente nos Estados Unidos da América (EUA)¹ e estima-se que aproximadamente 1 milhão de pessoas nos EUA têm uma ostomia². No Brasil, os dados sobre cirurgia de ostomia e criação de estoma são incertos; contudo, estima-se um elevado número de casos

devido ao aumento anual do cancro colorretal, que é a principal causa deste tipo de cirurgia³.

Os cirurgiões que realizam cirurgia de ostomia enfrentam desafios associados à modificação das estruturas intestinais para criar ileostomias ou colostomias, as quais alteram os tempos de trânsito intestinal e, assim, a consistência da produção fecal. Muitas vezes há complicações associadas aquando da formação do estoma, tais como um abdómen obeso⁴. Pós-operatoriamente, os problemas primários relatados são relacionados com complicações do estoma e peristomais, os quais podem ocorrer imediatamente ou mais tarde; ambos reduzem a qualidade de vida de um ostomizado⁵.

Um estudo que analisou a incidência de complicações após cirurgia de ostomia constatou que 28,4% dos participantes desenvolveram alguma complicação e que as mais comuns foram a separação mucocutânea superficial (19,5%) e a retração do estoma (3,2%)⁶. A síndrome de complicações pós-cirúrgicas noutro estudo foi de 33,3%, dos quais 13,6% tiveram retração, 10,6% tiveram hérnia paraestomal e 28,8% tiveram complicações decorrentes do estoma - dermatite (21,2%) e edema da mucosa (4,5%)⁷. As complicações peristomais são os principais problemas que afetam a aderência do saco de recolha à pele e prejudicam o autocuidado e o bem-estar do ostomizado, uma vez que estas podem levar a fugas, dermatites irritantes e a outras complicações, tais como infeções.

Assim, os cuidados tanto nos processos peri-operatórios como de reabilitação no pós-operatório são essenciais para que o ostomizado se ajuste a viver a vida com um estoma e, sempre que possível, alcance a independência no autocuidado. Neste contexto, os profissionais de

Iraktânia Vitorino Diniz*

Doutorando, Universidade Federal da Paraíba, Pós-graduação em Enfermagem, PPGEN, João Pessoa, Paraíba, Brasil Rua Golfo da Califórnia, 90, Cabedelo, Paraíba, Brasil
Email iraktania@hotmail.com

Isabelle Pereira da Silva

Mestranda, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil
Email isabelle_dasilva@hotmail.com

Lorena Brito do O'

Estudante de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil
Email lorena_ito@hotmail.com

Isabelle Katherinne Fernandes Costa PhD

Professor, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil
Email isabellekfc@yahoo.com.br

Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares PhD

Professor, Universidade Federal da Paraíba, Pós-graduação em Enfermagem, PPGEN, João Pessoa, Paraíba, Brasil
Email mmjulie@gmail.com

* Autor correspondente

saúde têm um papel importante no tratamento de complicações e no processo de educação em cuidados de saúde⁵.

O estudo cumpriu as normas éticas na investigação, com aprovação do projeto pelo Comitê de Ética na Investigação da Universidade Federal da Paraíba, Brasil, ao abrigo do artigo 2.562.857. O participante assinou os termos de consentimento para participar, depois de clarificar os objetivos e procedimentos do estudo de caso.

O objetivo deste estudo de caso é o de relatar o caso clínico complexo de um paciente no período pós-operatório após a herniorrafia seguida de colostomia e as estratégias de gestão do terapeuta enteroestomal.

RELATÓRIO DE CASO

Problema apresentado

A paciente aqui relatada era uma paciente do sexo feminino, com 56 anos de idade, obesa e que sofria de diabetes. Em Julho de 2018 foi internada no hospital, queixando-se de dores abdominais graves com possível obstrução intestinal. Em exames posteriores, os testes laboratoriais e a tomografia mostraram uma contagem de glóbulos brancos de 17.650 e um diagnóstico de hérnia inguinal estrangulada. Foi submetida a uma laparotomia exploratória de emergência, herniorrafia, enterotomia e colostomia.

A 15 de Julho de 2018, Dia 3 pós-operatório, a paciente desenvolveu uma drenagem purulenta a partir de uma abertura no meio da incisão cirúrgica adjacente ao estoma da colostomia. O abdómen também foi distendido, indicando a necessidade de remover suturas alternativas abaixo do nível do umbigo, para aliviar a tensão na linha de sutura adjacente e à direita da linha de sutura. A remoção de suturas levou ao desenvolvimento subsequente de deiscência cirúrgica (Figura 1A). Além disso, o descolamento mucocutâneo do estoma em relação ao

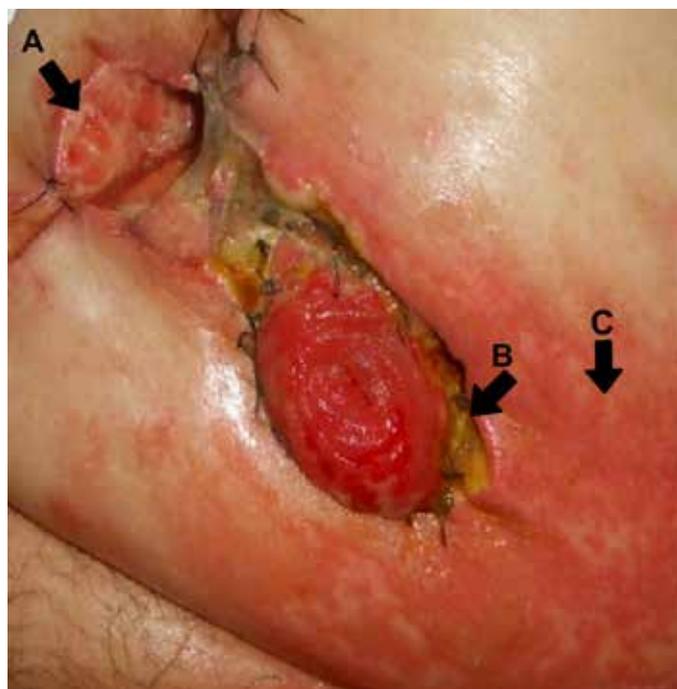


Figura 1. A: deiscência de ferida cirúrgica; B: descolamento mucocutâneo do estoma; C: dermatite peristomal

abdómen ocorreu a partir da margem medial da linha de sutura e nas margens superiores do estoma (Figura 1B). Adicionalmente, ocorreu uma dermatite peristomal extensa que se espalhou para fora num raio de 10 cm a partir do lado direito da colostomia (Figura 1C). A dermatite peristomal foi causada pelas fezes semilíquidas da colostomia, as quais entraram em contacto com a pele intacta devido à má aderência do aparelho de ostomia, originada pela fuga de fezes em redor do estoma, resultantes dos efeitos combinados da deiscência cirúrgica e da separação mucocutânea.

Terapia do estoma e intervenções de enfermagem

A higiene da ferida, pele e estoma foram realizadas com solução salina a 0,9%. Para gerir e facilitar a reparação da deiscência da ferida cirúrgica foi inserido alginato de cálcio no leito da ferida. Foi colocada uma peça protetora de folha hidrocolóide sobre o alginato de cálcio e áreas afetadas por dermatite para fornecer uma base estável sobre a qual aplicar a placa base (ou flange) de um aparelho de colostomia de 2 peças. Após 2 dias, o penso e o aparelho de colostomia tiveram de ser removidos devido a mais deiscência da ferida, necrose da ferida e subsequente fuga (Figura 2).

A 17 de Julho de 2018, Dia 5 pós-operatório, a área de deiscência cirúrgica tinha-se expandido, medindo 8x7x5cm com a presença de infeção e exsudado purulento (Figura 2), situação que exigiu uma mudança na estratégia de gestão. Neste caso, o terapeuta enteroestomal defendeu a utilização de um penso de hidropolímero com prata (penso de prata) para controlo antimicrobiano e absorção do exsudado. O penso de prata foi colocado na cavidade da ferida. Para assegurar que o estoma era isolado da ferida e para proporcionar uma boa vedação ao seu redor e assim evitar fugas, foi aplicado pó adesivo de estoma nas áreas de dermatite húmida próxima ao estoma. Foram utilizadas pastas adesivas e tiras hidrocolóides para preencher e cobrir leitos de feridas criadas pelas separações mucocutâneas e pelo bolor em redor do estoma, de modo a formar uma superfície seca sobre a qual colocar uma placa base convexa (sistema de saco de colostomia de 2 peças) para ajudar ainda mais na retração do estoma; isto também facilitaria a cicatrização de feridas.

Devido à obesidade e distensão abdominal do paciente, foi difícil assegurar a aderência do aparelho de ostomia e no dia 20 de Julho de 2018, dia 7 pós-operatório, o grau de deiscência cirúrgica incisional aumentou acentuadamente, medindo nesta altura 27x18x4cm. Dentro da cavidade da ferida, não só havia uma drenagem óbvia do fluido fecal, assim como havia tecido fibrinoso opaco, com áreas de necrose de liquefação afetando uma média de 30% da superfície da ferida (Figura 2). Para fazer face a alterações físicas na ferida abdominal e no estoma, foram feitas as seguintes alterações ao regime de curativos.

A ferida foi limpa com solução salina 0,9% e com poli-hexanida 0,2% porque no hospital em questão, é de rotina a utilização de solução salina 0,9% e de solução poli-hexanida para limpeza. A solução salina foi utilizada para limpar e remover o excesso de sujidade e a solução de poli-hexanida foi aplicada para limpar uma área da ferida devido às suas propriedades antissépticas. Após a limpeza, o excesso de fluido foi irrigado da cavidade da ferida usando um cateter Nélaton número 8 e uma seringa de 10cc. Para absorver o exsudado da ferida,

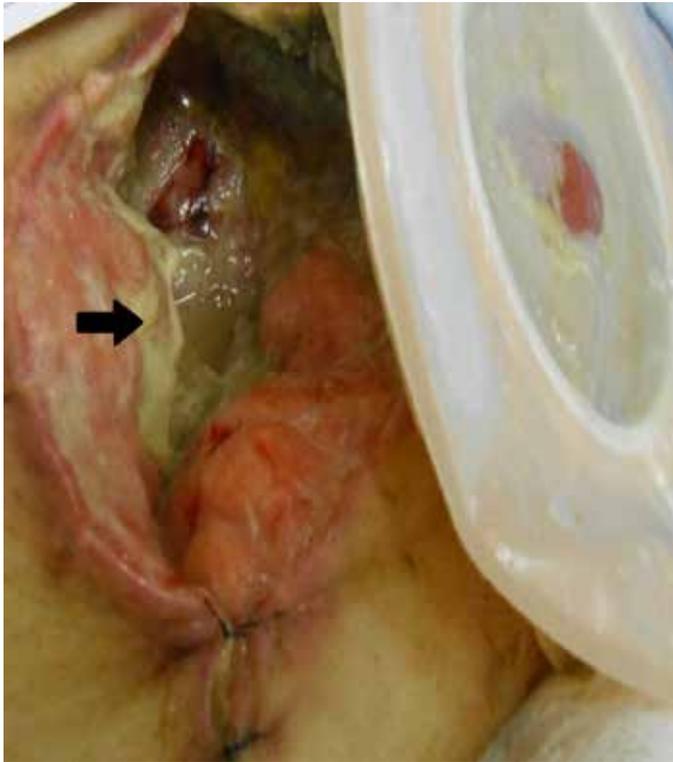


Figura 2. Deiscência cirúrgica com presença de necrose liquefactiva e fibrina na ferida

o alginato de cálcio foi colocado como penso primário ou camada de contacto em todas as áreas do leito da deiscência da ferida cirúrgica, incluindo todas as entradas visíveis de quaisquer vias sinusais/túneis.

Foi utilizado como penso secundário para controlo antimicrobiano um hidropolímero com prata não adesiva. Finalmente, uma cobertura terciária de gaze combinada foi aplicada e fixada externamente com um filme de poliuretano (Figura 3 A-F).

O regime de curativos acima descrito foi acordado por uma equipa multidisciplinar, incluindo o cirurgião responsável, o terapeuta enteroestomal e o pessoal de enfermagem. O curativo foi realizado pelo terapeuta enteroestomal ou pessoal de enfermagem e pelos técnicos de enfermagem. Para além dos cuidados prestados, foi necessário continuar a isolar a colostomia e as complicações da pele peristomal presentes. Portanto, a colostomia foi isolada através da reconstrução da área peristomal com tiras hidrocolóides e com pasta de ostomia. Para cobrir e proteger ainda mais a área da dermatite peristomal do fluido fecal, foi utilizada uma folha adesiva de estoma de 20x20cm, na qual uma abertura para o estoma foi cortada e fixada à volta do estoma. Um aparelho de ostomia transparente drenável de 2 peças com uma base convexa foi aplicado sobre a folha protetora

O paciente foi acompanhado durante mais 15 dias. Embora mostrando boas evidências de cicatrização de feridas e de aderência contínua dos curativos e aparelhos de ostomia, infelizmente a paciente veio a falecer a 5 de Agosto de 2018 devido ao efeito das comorbilidades existentes e a septicemia.

DISCUSSÃO

Neste estudo de caso, após cirurgia de emergência, o paciente apresentou supuração a partir da linha de sutura no 3º dia de pós-operatório. Após a remoção de várias suturas abdominais, a ferida

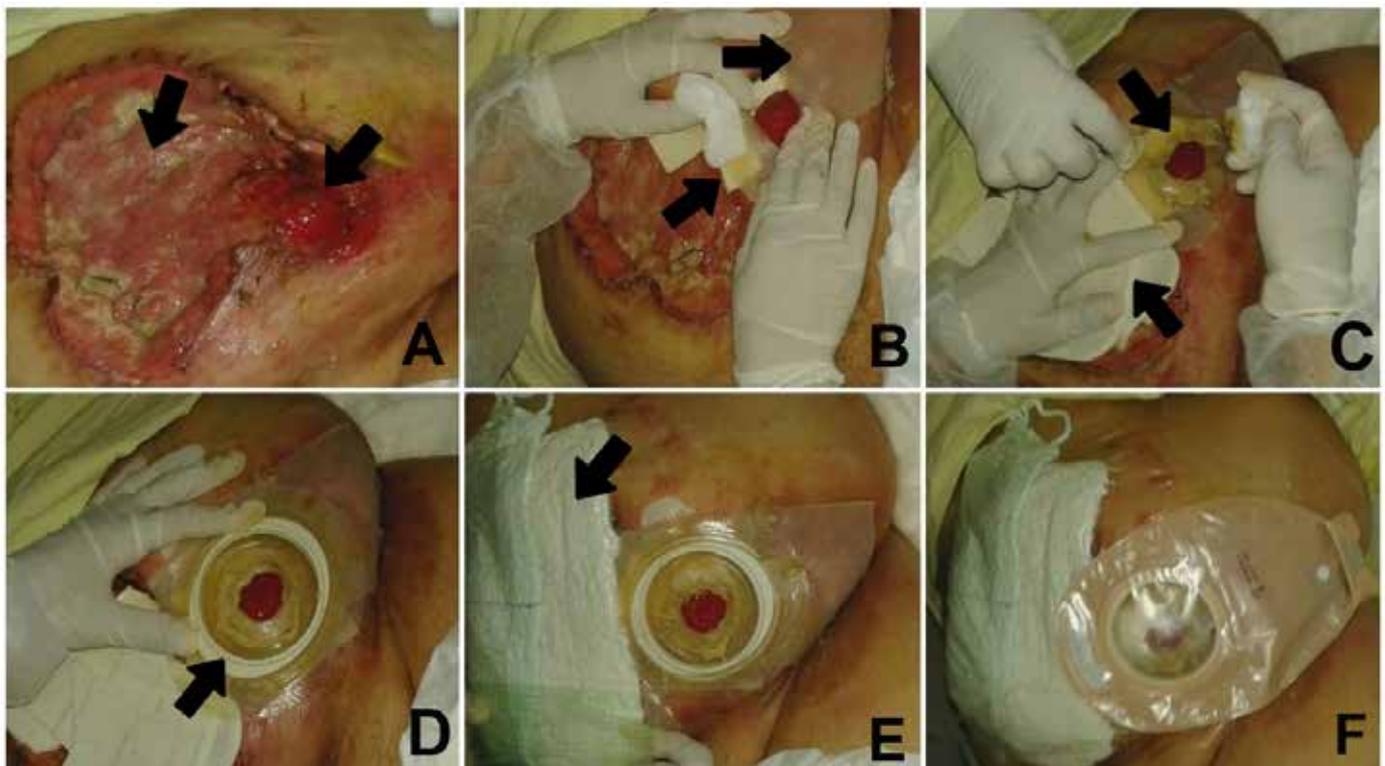


Figura 3. A: ostomia dentro da cavidade de deiscência cirúrgica; B: isolamento da ostomia utilizando folhas protetoras e tiras hidrocolóides; C: utilização de pasta de estoma adesiva em torno do estoma e alginato de cálcio na cavidade da ferida; D: aplicação da placa base; E: penso secundário com espuma de prata e penso terciário com gaze combinada e película de poliuretano; F: penso completo

abdominal é ainda mais desfeita, juntamente com a separação mucocutânea do estoma. Estas complicações são consideradas complicações cirúrgicas precoces e todas elas podem ocorrer devido à tensão dos tecidos e comorbidades que prejudicam a cura, bem como devido a processos infecciosos¹.

Relativamente à cirurgia abdominal de emergência, é descrita uma maior prevalência de complicações no período pós-operatório precoce (36-66%), especialmente na cirurgia que envolve a construção de um estoma. A perícia do cirurgião na criação de um estoma é também um fator⁸. A infecção do local cirúrgico, a dermatite peristomal e a hérnia peristomal são as principais complicações⁹⁻¹³.

São também de salientar a diabetes e a obesidade como fatores importantes relacionados com o descolamento mucocutâneo e deiscência cirúrgica⁶. A obesidade é um fator associado à difícil construção do estoma e ao atraso na recuperação pós-operatória, devido aos desafios que representa ressecar intestino suficiente para exteriorizar o intestino através da parede abdominal e criar um estoma. Os indivíduos obesos são mais suscetíveis à deiscência da ferida, infecção do local cirúrgico e atraso na cicatrização da ferida devido a pressão intra-abdominal elevada, perfusão reduzida dos tecidos e inflamação crónica do tecido adiposo branco, o que enfraquece a resistência à tração da pele^{8,14,15}. A associação entre a diabetes e o atraso na cicatrização de feridas está também bem documentada. Todas as fases da cicatrização de feridas são afetadas pela diabetes, com inflamação prolongada que se pensa impedir a maturação do tecido de granulação e o desenvolvimento de resistência à tração dentro de uma ferida originada por vasos sanguíneos danificados e consequente isquemia^{1,16}.

As condições de pele peristomal pós-cirurgia são o problema mais comum, variando entre 10-70% dos casos^{17,18}. A dermatite peristomal pode ocorrer mais cedo ou mais tarde na vida em torno da pele de pessoas com ostomias. Esta complicação gera sofrimento, dor e dificuldade no autocuidado, particularmente quando há acesso inadequado a aparelhos de ostomia e a produtos adjuvantes aos cuidados da pele¹⁹. O aparelho de ostomia e o penso permaneceram intactos sem qualquer fuga durante 3 dias (72 horas). Este foi um resultado positivo e reduziu a lesão secundária ao remover e substituir continuamente o penso e o aparelho de ostomia.

Uma avaliação de enfermagem exaustiva dos pacientes nas fases peri e pós-operatória ajuda a identificar os pacientes em risco de vir a comprometer a recuperação cirúrgica. Isto implica avaliar o abdómen do paciente quanto à forma, a integridade ou estabilidade da ferida cirúrgica, a localização e construção do estoma e a presença de cicatrizes que podem minimizar as complicações.

A atribuição de um diagnóstico de enfermagem facilita a implementação de intervenções de enfermagem específicas para o paciente individual e para as suas necessidades de cuidados²⁰. Nos casos em que ocorrem complicações, tais como as descritas no nosso estudo de caso, são necessárias intervenções rápidas de enfermagem de terapia do estoma para gerir os défices de pele que ocorreram, com uma variedade de produtos acessórios para a ostomia e para a pele à disposição do terapeuta enteroestomal,

tais como pastas adesivas e pó para ostomias, barreiras cutâneas de ostomia e selos, bem como a escolha de um tipo apropriado de placa base e de saco de ostomia¹. Além disso, os enfermeiros precisam de compreender os princípios de cuidar de pessoas com feridas e estomas complexos e a importância do envolvimento de uma equipa multidisciplinar de saúde; mais enfermeiros precisam de ser qualificados neste campo de especialização²¹⁻²³. Há também diretrizes que abordam a importância dos cuidados da pele peristomal, com o estoma e com a seleção de aparelhos e também como prevenir e gerir as complicações da ostomia pós-cirúrgica precoce e tardia. A adesão ao aconselhamento no âmbito das diretrizes de prática clínica sobre os fatores acima mencionados melhora a avaliação dos pacientes, ajuda nas intervenções colaborativas precoces e na gestão das complicações e, em geral, melhora a qualidade de vida dos pacientes e os resultados dos serviços de saúde^{13,17,24}.

CONCLUSÕES

A paciente aqui discutida apresentou complicações pós-operatórias de deiscência cirúrgica, descolamento mucocutâneo do estoma e dermatite peristomal após uma herniorrafia e formação de colostomia. Estas complicações exigiam as estratégias criativas do terapeuta enteroestomal, para fornecer cuidados complexos de feridas e ostomia que envolviam a correta aplicação e utilização de equipamento de ostomia e acessórios de cuidados de pele, de modo a minimizar o risco de contaminação de feridas por fluido fecal, otimizar os processos de cicatrização de feridas e manter o conforto da paciente.

CONFLITOS DE INTERESSES.

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

FINANCIAMENTO

Os autores não receberam qualquer financiamento para este resumo de evidências.

REFERÊNCIAS

1. Murken DR, Bleier JIS. Ostomy-related complications. *Clin Colon Rectal Surg* 2019;32(3):176–182.
2. United Ostomy Associations of America (UOAA). New ostomy patient guide. United States: The Phoenix/UOAA; 2020. Available from: <https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2020/10/UOAA-New-Ostomy-Patient-Guide-2020-10.pdf>
3. National Cancer Institute (INCA). Types of cancer: bowel cancer. Ministry of Health; 2020. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cancer-in-brazil-vol4-2013.pdf>
4. Mota MS, Gomes GC, Petuco VM. Repercussions in the living process of people with stomas. *Text Contexto Enferm* 2016;25(1):e1260014.
5. Maydick-Youngberg D. A descriptive study to explore the effect of peristomal skin complications on quality of life of adults with a permanent ostomy. *Ostomy Wound Manage* 2017;63(5):10–23.
6. Koc U, Karaman K, Gomceli I, Dalgic T, Ozer I, Ulas M, et al. A retrospective analysis of factors affecting early stoma complications. *Ostomy Wound Manage* 2017;63(1):28–32.
7. Gálvez ACM, Sánchez FJ, Moreno CA, Fernández AJP, García RB, López MC, et al. Value-based healthcare in ostomies. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(16):5879.

8. Moody D, Wallace A. Stories from the bedside: the challenges of nursing the obese patient with a stoma. *WCET J* 2013;33(4):26–30.
9. Engida A, Ayelign T, Mahteme B, Aida T, Abreham B. Types and indications of colostomy and determinants of outcomes of patients after surgery. *Ethiop J Health Sci* 2016;26(2):117–20.
10. Spiers J, Smith JA, Simpson P, Nicholls AR. The treatment experiences of people living with ileostomies: an interpretative phenomenological analysis. *J Adv Nurs* 2016 Nov;72(11):2662–2671.
11. Ribeiro MSM, Ferreira MCM, Coelho SA, Mendonça GS. Clinical and demographic characteristics of intestinal stoma patients assisted by orthotics and prosthesis grant program of the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlandia, Brazil. *J Biosci* 2016;32(4):1103–9.
12. Aahlin EK, Tranø G, Johns N, Horn A, Sørdeide JA, Fearon KC, et al. Risk factors, complications and survival after upper abdominal surgery: a prospective cohort study. *BMC Surg* 2015;15(1):83.
13. Chabal LO, Prentice JL, Ayello EA. *WCET® International Ostomy Guideline*. Perth, Australia: WCET®; 2020.
14. Williamson K. Nursing people with bariatric care needs: more questions than answers. *Wounds UK* 2020;16(1):64–71.
15. Colwell JC, Fichera A. Care of the obese patient with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2005;32(6):378–383.
16. Patel S, Srivastava S, Singh MR, Singh D. Mechanistic insight into diabetic wounds: pathogenesis, molecular targets and treatment strategies to pace wound healing. *Biomed Pharmacother* 2019;112:108615.
17. Domansky RC, Borges EL. *Manual for the prevention of skin injuries: evidence-based recommendations*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2014.
18. Stelton S. CE: Stoma and peristomal skin care: a clinical review. *Am J Nurs* 2019 Jun;119(6):38–45.
19. Costa JM, Ramos RS, Santos MM, Silva DF, Gomes TF, Batista RQ. Intestinal stoma complications in patients in the postoperative period of rectal tumor resection. *Current Nurs Mag* 2017; special ed: 35–42.
20. Santana RF, Passarellles DMA, Rembold SM, Souza PA, Lopes MVO, Melo UG. Nursing diagnosis risk of delayed surgical recovery: content validation. *Rev Eletr Nurse* 2018;20:v20a34.
21. Beard PD, Bittencourt VLL, Kolankiewicz ACB, Loro MM. Care demands of ostomized cancer patients assisted in primary health care. *Rev Enferm UFPE* 2017;11(8):3122–9.
22. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, & Guideline Development Task Force. *WOCN Society clinical guideline: management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy: an executive summary*. *J WOCN* 2018;45(1):50–58.
23. Pinto IES, Queirós SMM, Queirós CDR, Silva CRR, Santos CSVB, Brito MAC. Risk factors associated with the development of complications of the elimination stoma and the peristomal skin. *Rev Enf* 2017;4(15):155–166.
24. Marques GS, Nascimento DC, Rodrigues FR, Lima CMF, Jesus DF. The experience of people with intestinal ostomy in the support group at a university hospital. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto* 2016;15(2):113–21.