

PODEMOS ABOLIR O USO DE ROTINA DA SONDA NASOGÁSTRICA NO PÓS-OPERATÓRIO DE OPERAÇÕES COLORRETAIS ELETIVAS?

José Reinan Ramos¹
Mauro Pinho²
Julio Cesar de Oliveira Correa³
Gilberto Batista Filho³
Ronaldo Hugo Petrosemoló⁴

RESUMO

Este estudo prospectivo foi realizado com 80 pacientes submetidos a operações colorretais eletivas. Os pacientes foram divididos em dois grupos, sendo que um grupo (40 pacientes) não usou sonda nasogástrica no pós-operatório. Vários parâmetros foram avaliados nos dois grupos e a diferença estatística significativa foi pequena. Somente dois pacientes (5%) do grupo sem sonda nasogástrica necessitaram de intubação nasogástrica no pós-operatório. Os resultados obtidos com este trabalho sugerem que o uso de rotina da sonda nasogástrica não é necessário após operações colorretais eletivas.

UNITERMOS: sonda nasogástrica no pós-operatório; cirurgia colorretal, complicações

A decompressão gástrica pós-operatória de rotina, seja por gastrostomia ou principalmente por sonda nasogástrica, é usada tradicionalmente nas operações colorretais eletivas no sentido de prevenir íleo paralítico, complicações da parede abdominal e problemas anastomóticos.

A gastrostomia apresenta como vantagem ser melhor tolerada pelos pacientes, tendo porém a desvantagem de ser um procedimento cirúrgico adicional, com algumas complicações¹. Por outro lado o uso da sonda nasogástrica apresenta como vantagem ser um procedimento de fácil execução e manutenção. A maior desvantagem deste método é o grande desconforto que os pacientes

relatam, além de apresentar um grande número de complicações^{1, 2, 3}.

Gerber⁴ omitiu a sonda nasogástrica no tratamento do íleo paralítico, sem alteração na taxa de mortalidade. Além disso, estudos retrospectivos e prospectivos nos quais a sonda nasogástrica não foi usada no pós-operatório de vagotomia com piloroplastia⁵, gastrectomia⁶, colecistectomia⁷, operações do trato intestinal⁵ e operações colorretais⁹, não mostraram aumento das complicações ou da mortalidade.

Desta forma procedemos a um estudo prospectivo com o objetivo de determinar a real necessidade do uso de rotina da sonda nasogástrica no pós-operatório de operações colorretais eletivas, avaliando não só as complicações como também outros parâmetros relacionados com a motilidade gastrointestinal.

Trabalho realizado no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí (INAMPS – RJ)

- 1 Mestre em Cirurgia pela "University of Illinois at Chicago, II, USA". Chefe do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí – RJ
- 2 Mestre em Cirurgia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Chefe substituto do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí – RJ
- 3 Residente do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí – RJ
- 4 Cirurgião do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí – RJ

PACIENTES E MÉTODOS

O estudo foi realizado com 80 pacientes submetidos a operações colorretais no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí, no período de julho de 1984 a setembro de 1985. A metade dos pacientes (40) não usou sonda nasogástrica no pós-operatório. As operações de emergência foram excluídas do estudo. Três casos do grupo sem sonda nasogástrica (SNG) foram submetidos a múltiplos procedimentos cirúrgicos (colecistectomia (2), e nefrectomia (1)). Os cirurgiões que participaram do tratamento dos pacientes foram os mesmos neste período. O estudo foi realizado comparando dados obtidos através de anotações médicas em folha própria e/ou de enfermagem, referente ao aparecimento de náuseas, vômitos, eructações, distensão abdominal, peristalse, flatos, e ao início da dieta e da primeira evacuação, além das complicações gerais e das relacionadas com o uso da sonda nasogástrica.

Análise estatística utilizando o teste do qui-quadrado ("Chi-square") e o teste da distribuição de "t" student ("Student's T-test") foram realizados para verificar se os achados tinham valor estatístico significativo.

RESULTADOS

Dos 80 pacientes deste estudo 53 eram homens e 27 eram mulheres. Houve uma predominância do sexo masculino no grupo de pacientes sem sonda nasogástrica no pós-operatório (31/9).

A idade média dos dois grupos de pacientes foi praticamente a mesma (52,9 e 52,7 anos) e a maioria dos pacientes tinha mais de 50 anos (66,25%) (26 pacientes no grupo com SNG e 27 pacientes no grupo sem SNG).

A **Tabela 1** mostra o total de pacientes segundo a doença básica e não revela diferença estatística significativa entre os dois grupos de pacientes.

Tabela 1 – Diagnóstico principal dos dois grupos de pacientes

Doença básica	C/SNG	S/SNG
Câncer colorretal	20	21
Trauma colorretal	7	8
Doença diverticular	5	3
Megacólon chagásico	2	3
Doença inflamatória	2	1
Volvo de sigmóide	1	2
Endometriose de sigmóide	1	1
Polipose familiar	1	–
Prolapso de colostomia	1	–
Invaginação ileocólica	–	1

Vários tipos de operações foram realizadas nos dois grupos de pacientes e não mostraram diferença estatística significativa (**Tabela 2**). Três pacientes foram submetidos a procedimento cirúrgico adicional no grupo sem SNG

A **Tabela 3** analisa os pacientes submetidos a operações sem anastomose (12,5% no grupo com SNG e 10% no grupo sem SNG) e com anastomose (87,5% no grupo com SNG e 10% no grupo sem SNG). A única diferença estatística ocorreu em relação às anastomoses colorretais com colostomia de proteção ($\chi^2 = 2,8828$ e $p < 0,09$).

As **Tabelas 4 e 5** mostram os resultados dos parâmetros avaliados no estudo. Houve diferença estatística significativa na comparação dos dois grupos com relação ao início da eliminação de flatos ($p < 0,001$), início da dieta ($p < 0,10$) e primeira evacuação ($p < 0,10$).

A **Tabela 6** lista as complicações ocorridas com

Tabela 2 – Lista das operações realizadas nos dois grupos de pacientes

Tipo de operações	C/SNG	S/SNG
Colectomia direita	3	5
Colectomia do transverso	2	1
Colectomia esquerda	2	2
Sigmoidectomia	3	4
Colectomia total	1	–
Ressecção anterior alta do reto	3	1
Ressecção anterior baixa do reto	3	4
Ressecção abdominoperineal do reto	4	2
Operação de Duhamel	2	2
Fechamento de colostomia	11	13
Reconstrução do trânsito intest.	6	5
Sigmoidostomia	–	1

Tabela 3 – Procedimentos realizados nos dois grupos de pacientes

Procedimentos	C/SNG	S/SNG
Sem anastomose (9)		
Ressecção abdominoperineal	4	2
Colectomia D + Ileostomia	1	–
Operação de Hartmann	–	1
Sigmoidostomia	–	1
Anastomoses (71)		
Ileocólica	2	6
Colocólica	4	3
Colorretal + Transversostomia	5	1
Colorretal	10	8
Colo-anal	–	2
Colo-anal (retrorretal)	2	2
Ileorretal	1	1
Fechamento de colostomia	11	13

Tabela 4 – Resultados dos parâmetros avaliados nos dois grupos

Parâmetros	C/SNG	S/SNG	χ^2	P
Náuseas	27,5% (11)	15% (6)	1,8670	<0,20
Vômitos	22,5% (9)	12,5% (5)	1,3852	<0,25
Eructações	12,5% (5)	7,5% (3)	0,5555	<0,50
Distensão abd.	30% (12)	22,5% (9)	0,5811	<0,50

Tabela 5 – Resultados dos parâmetros avaliados nos dois grupos. (D/M = Valor médio em dias).

Parâmetros	C/SNG	S/SNG	T-teste	P
Início da peristalse	2,5 D/M	1,6 D/M	1,3284	<0,20
Início dos flatos	3,9 D/M	2,3 D/M	4,3021	<0,001
Início da dieta	4,0 D/M	3,6 D/M	1,6843	<0,10
Primeira evacuação	5,1 D/M	3,7 D/M	1,6676	<0,10

Tabela 6 – Complicações ocorridas nos dois grupos de pacientes

Complicações	C/SNG	S/SNG	χ^2	P
Número de pacientes	20	10	6,0726	<0,02
Abscesso de parede	13	4	7,0685	<0,01
Abscesso perineal	2	1		
Atelectasia-pneumonia	3	–	3,1169	<0,07
Sepsis	2	–		
Fístula anastomótica	1	3	1,0526	<0,30
Fístula reto-vaginal	1	1		
Íleo pós-operatório	–	1		
Obstrução intest. (21d/po)	–	1		
Insuf. respiratória	1	–		
Peritonite	1	–		
Abscesso pélvico	–	1		
Necrose asa do nariz	1	–		

vingte pacientes do grupo com sonda nasogástrica (50%) e dez no grupo sem sonda nasogástrica (25%) ($p < 0,02$). Se excluirmos os pacientes que tiveram somente infecção de parede abdominal ou perineal (13 no grupo com SNG e cinco no grupo sem SNG), não há diferença estatística significativa entre os dois grupos (17,5% e 12,5%; $p < 0,4$). Fístula anastomótica ocorreu em dois pacientes no grupo com sonda nasogástrica (5%), uma após uma anastomose colo-anal que se exteriorizou como fístula reto-vaginal e a outra após uma anastomose colorretal baixa que evoluiu com peritonite e foi necessário reoperar. Quatro pacientes do grupo sem sonda nasogástrica desenvolveram fístulas (10%); uma fístula reto-vaginal após uma anastomose colo-anal, duas fístulas

cutâneas (uma após um fechamento de uma transversostomia e a outra após uma anastomose colorretal) e uma fístula colorretal baixa. Todos os quatro casos foram tratados conservadoramente com boa evolução.

A incidência de reoperação foi de 2,5% (um paciente em cada grupo) e a mortalidade foi de 5% (dois pacientes em cada grupo). Os dois óbitos do grupo sem sonda nasogástrica ocorreram em: um paciente submetido a operação de Duhamel por megacólon chagásico (morte súbita no 10º dia de pós-operatório) e outro paciente submetido a ressecção anterior baixa por adenocarcinoma do reto, que desenvolveu um quadro de obstrução intestinal no 21º dia de pós-operatório e faleceu após a reoperação por insuficiência respiratória. No grupo com sonda nasogástrica um óbito foi devido a insuficiência respiratória e sepsis em um paciente submetido a colectomia esquerda e o outro a choque séptico em um paciente submetido a ressecção anterior baixa do reto.

Dois pacientes (5%) do grupo sem sonda nasogástrica necessitaram de colocação de sonda no pós-operatório. Um devido a vômitos e distensão abdominal e outro devido a distensão abdominal e como tratamento de uma fístula colorretal.

DISCUSSÃO

A sonda nasogástrica é tradicionalmente usada no pós-operatório de operações gastrintestinais, porém não encontramos estudos prospectivos ou randomizados que indiquem sua necessidade ou utilidade.

Um estudo realizado por *Reasbeck* e cols.³ com 97 pacientes divididos em dois grupos (com SNG e sem SNG) e submetidos a operações do trato gastrintestinal não mostrou diferença estatística significativa com relação às complicações ou mortalidade. Eles encontraram um índice de 23% de intubação nasogástrica no grupo sem sonda nasogástrica.

No nosso estudo este índice foi de 5%. Relataram ainda estes autores uma alta incidência de abscesso de parede no grupo sem sonda nasogástrica, apesar de não existir diferença estatística. Nossos achados mostraram uma incidência maior de infecção de parede no grupo com sonda nasogástrica.

Se o uso da sonda nasogástrica no pós-operatório é uma importante modalidade de tratamento, então deveríamos encontrar altas incidências de náuseas, vômitos, distensão abdominal ou complicações nos pacientes em que a sonda nasogástrica foi omitida. No nosso estudo os

resultados foram favoráveis, inclusive estatisticamente, em alguns dos parâmetros avaliados ao grupo sem sonda nasogástrica no pós-operatório.

Os resultados obtidos com este estudo sugerem não existir vantagem no uso da sonda nasogástrica de rotina no pós-operatório de operações colorretais eletivas e esta rotina pode ser abolida. Mesmo se vômitos ocorrerem no pós-operatório dos pacientes que não usarem sonda nasogástrica, achamos que isto causará menos desconforto para os pacientes do que o próprio uso da sonda. Tal argumento parece-nos confirmado pelo fato de que 90% dos pacientes do grupo sem sonda nasogástrica tiveram alta hospitalar sem ter experimentado o desconforto causado pelo uso da sonda nasogástrica ou dos vômitos.

O uso de rotina da sonda nasogástrica no pós-operatório de operações colorretais eletivas, de acordo com este trabalho, poderia ser abolido e deveria ser substituído por indicações seletivas. Reservamos o uso da sonda nasogástrica para os pacientes que apresentarem no pós-operatório distensão abdominal importante, vômitos incoercíveis e íleo adinâmico prolongado.

SUMMARY

In this prospective clinical study of 80 patients undergoing colon and rectal operations, 40 received no postoperative nasogastric tube, while 40

similar patients did. Several postoperative variables were evaluated in these two groups of patients and few differences were found. Only two patients (5%) in the tubeless group required subsequent insertion of a nasogastric tube.

This prospective clinical trial suggests that routine nasogastric suction is not necessary or useful after elective colon and rectal operations.

UNITERMS: postoperative nasogastric tube; colon and rectal surgery, complications

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ochsner A. The relative merits of temporary gastrostomy and nasogastric suction of the stomach. *Am J Surg*, 1977; 133: 729-32.
2. Grant GN, Elliott DW, Frederick PL. Postoperative decompression by temporary gastrostomy or nasogastric tube. *Arch Surg*, 1962; 85: 844.
3. Cox WD, Gillesby WJ. Gastrostomy in postoperative decompression; indication and methods. *Am J Surg*, 1967; 113: 298.
4. Gerber A. An appraisal of paralytic ileus and the necessity for postoperative gastrointestinal suction. *Surg Gynecol Obstet*, 1963; 17: 294-6.
5. Barnes AD. Stomach drainage after vagotomy and pyloroplasty. *Am J Surg*, 1964; 114: 494-7.
6. Herrington JL. Additional experience with elimination of routine nasogastric suction following gastric operation. *Surgery*, 1972; 71: 132-5.
7. Man B, Kraus L, Motivic A. Cholecystectomy without drainage nasogastric suction and intravenous fluids. *Am J Surg*, 1977; 133: 312-14.
8. Reasbeck PG, Rice ML, Herbison GP. Nasogastric intubation after intestinal resection. *Surg Gynecol Obstet*, 1984; 158: 354-8.
9. Meltvedt Jr. R, Knecht B, Gibbons G. Is nasogastric suction necessary after elective colon resection? *Am J Surg*, 1985; 149: 620-22.