
ESTUDO RETROSPECTIVO SOBRE AS COMPLICAÇÕES DO ESTOMA E DA PELE PERIESTOMAL

RAQUEL ABREU BARBOSA DE PAULA
VERA LUCIA CONCEIÇÃO DE G. SANTOS

PAULA RAB & SANTOS VSCG - Estudo retrospectivo sobre as complicações do estoma e da pele periestomal.
Rev bras Coloproct, 1999; 19(3): 155 - 163

RESUMO: Este estudo teve como objetivo levantar a prevalência de complicações do estoma e da pele periestomal em ostomizados de dois Serviços de Assistência Especializada aos Ostomizados na cidade de São Paulo, correlacionando-a com sexo, idade e tipo de estoma; e identificar as medidas propostas profiláticas e/ou terapêuticas gerais. A população foi constituída, predominantemente, por colostomizados (78,4%), de ambos os sexos, na faixa etária de 44 anos (71%) e portadores de câncer (55,1%). As complicações do estoma e da pele periestomal totalizaram 779, com predomínio das dermatites (43,3%), retrações (9,2%), prolapsos (8,1%), diarreias (7,2%) e hérnias paracolostômicas (7,1%), verificando-se associação com a idade, para hérnia e retração, em pacientes acima de 65 anos. Quanto ao sexo, houve amplo predomínio da retração (72,2%) nas ostomizadas. As dermatites dos tipos irritativa (57,9%) e alérgica (23,7%) foram as mais frequentes. As medidas profiláticas e/ou terapêuticas propostas no cuidar de enfermagem foram: revisão do autocuidado e encaminhamento a profissionais da equipe interdisciplinar. Concluímos que a elevada prevalência de complicações do estoma e pele periestomal ratifica a necessidade da sistematização da assistência à clientela ostomizada, buscando minimizar tais ocorrências, além de oferecer o suporte terapêutico necessário.

UNITERMOS: estoma; complicações; estomaterapia

Os estomas constituem uma forma de tratamento provisório ou definitivo em várias condições, como os cânceres, traumas e outros. Acarretam uma série de alterações na vida do indivíduo no que se refere, principalmente, a auto-imagem, auto-estima, imagem corporal e atribuições de autocuidado, que repercutem na dinâmica familiar e no relacionamento com outros e interferem, em última instância, na qualidade de vida.

A qualidade de vida e a adaptação do indivíduo com estomas, especialmente de caráter definitivo, estão condicionadas, muitas vezes, às complicações de seu estoma⁽⁷⁾. O indivíduo deve ter uma assistência sistematizada e interdisciplinar para esta nova situação, desde o período pré-operatório até um seguimento tardio, quando entre inúmeras intervenções, está o exame freqüente do estoma e pele periestomal, que objetiva, também, o diagnóstico precoce de eventual complicação. Diante da profunda alteração do esquema corporal a que o ostomizado é submetido, as dificuldades para sua aceitação são exacerbadas na presença de uma ou mais complicações, constituindo um agravante na busca de um nível ótimo de qualidade de vida.

As complicações físicas do estoma podem ocorrer no pós-operatório imediato (complicações precoces) ou no decorrer da vida do ostomizado (complicações tardias), destacando-se a deiscência mucocutânea, o edema, o sangramento, a estenose, as fístulas, os granulomas, as úlceras, os prolapsos, as hérnias, a impregnação do estoma ou pele com cristais de fosfato, as diarreias, as cólicas abdominais, o desequilíbrio hidroeletrólítico, o abscesso periestomal, a foliculite, a lesão pseudoverrucosa, a infecção por fungos e outras. Os estudos junto a populações diversificadas contêm dados estatísticos bastante variáveis, mas que apontam como complicações mais frequentes as dermatites (26 a 57%), as hérnias (3 a 21%), os prolapsos (3 a 38%) e as retrações (9 a 35%)^(14, 15, 25, 28).

As complicações dos estomas possuem alguns fatores relacionados ou causais que vão desde a idade, alimentação, técnica cirúrgica inadequada, esforço físico precoce, deficiência no autocuidado, infecções, aumento de peso, localização inadequada do estoma até a falta de dispositivos adequados^(15, 19, 25).

Diante desse panorama das complicações e as possíveis repercussões sobre a qualidade de vida da clientela, torna-se fundamental a atuação da equipe interdisciplinar que tem sua

importância ao ocupar-se dos aspectos relevantes de cada área profissional, visando facilitar a aceitação, a reabilitação e a capacidade de autocuidado do indivíduo ostomizado. A amplitude de intervenções inicia-se precocemente, no período pré-operatório, com cuidados como a demarcação do local do estoma, preparo intestinal e nutricional e suporte emocional; medidas intra-operatórias, com técnica cirúrgica e suprimento sanguíneo adequados, além da maturação precoce, dentre outros, e pós-operatórias, como dispositivos adequados, treinamento para o autocuidado e seguimento pós-alta. Já a família deve compor esse trabalho de equipe, também em um período precoce, viabilizando a reabilitação e reintegração social da clientela.

Frente à importância da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das complicações para a otimização da qualidade e do papel dos profissionais envolvidos nesse cuidar, seja em serviços e programas organizados ou não, e à escassez de dados estatísticos nacionais ou regionais, estes, na maioria das vezes, restritos a levantamentos apenas parciais de alguns serviços, consideramos importante realizar este estudo retrospectivo, com os seguintes objetivos:

- levantar a prevalência de complicações do estoma e pele periestomal em ostomizados atendidos em dois Serviços de Assistência Especializada da cidade de São Paulo;
- relacionar as complicações com as variáveis sexo, idade e tipo de estoma; e
- identificar as medidas profiláticas e/ou terapêuticas gerais propostas em ambos serviços.

PACIENTES E MÉTODOS

Para a elaboração deste estudo, de tipo retrospectivo, os dados foram coletados através do levantamento de 483 prontuários de portadores de estomas intestinais e urinários, atendidos em dois Serviços Governamentais de Assistência Especializada ao Ostomizado, da cidade de São Paulo. Ambos serviços prestam assistência multidisciplinar, em caráter ambulatorial, a ostomizados provenientes de vários hospitais de São Paulo e têm seus programas vinculados ao Programa de Assistência a Ostomizados do Sistema Único de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SUS-SP). Esses Serviços dispõem de prontuários específicos para o atendimento da clientela ostomizada; um deles é de uso exclusivo dos enfermeiros especialistas(estomaterapeuta), enquanto o outro prontuário é de preenchimento multidisciplinar.

Os prontuários foram avaliados em todos os segmentos onde pudesse constar o registro de complicações. Não houve seleção prévia de prontuários, sendo avaliados todos aqueles pertencentes a um dos serviços⁽²⁸³⁾ até a data da coleta de dados e os 200 restantes referentes aos pacientes atendidos em consulta no dia da coleta, no outro serviço, representando cerca de 20% dos pacientes cadastrados na época (1997).

Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário elaborado especialmente para o estudo, composto de questões fechadas, tipo "chek-list", distribuídas em quatro itens básicos:

- dados demográficos e clínicos (relativos a idade e sexo, estado civil, escolaridade, diagnóstico, estoma e seguimento ambulatorial);
- complicações físicas do estoma;
- complicações da pele periestomal; e,
- medidas profiláticas e/ou terapêuticas de Enfermagem propostas frente às complicações.

Para as complicações de pele periestomal, quando se diferenciam os tipos de dermatites, utilizou-se a classificação sistematizada por Santos⁽³⁰⁾ que engloba: dermatite irritativa ou de contato, dermatite alérgica, dermatite por trauma mecânico, foliculite, lesão pseudoverrucosa, infecções por fungos e dermatite por radiação e quimioterapia.

Os dados foram submetidos ao teste estatístico χ^2 (Qui-quadrado de Pearson), ao nível de significância de 5%. Em todos os testes estatísticos, adotou-se um valor de $\alpha = 0,05$. Para a sua realização, utilizou-se o programa estatístico Primer of Biostatistics (1992), versão 3.01 de Stanton A. Glantz.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Caracterização demográfica e clínica da clientela

Os 483 ostomizados cujos prontuários foram levantados, tinham registro de seguimento ambulatorial em torno de 27,2 meses, em média (DP \pm 40,7) e tempo de ostomizado, na 1ª consulta, que variou de até um mês (42,5%), um a três meses (17,4%), três meses a um ano (21,7%), um a cinco anos (9,2%) e mais de cinco anos (9,2% dos pacientes).

As características demográficas dessa clientela, relacionadas ao sexo e idade, estão na **Fig. 1**.

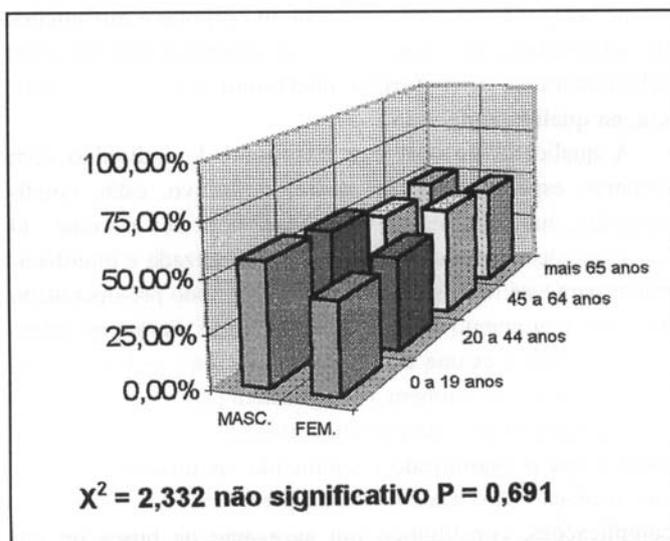


Fig. 1 - Clientela segundo sexo e idade. São Paulo, 1997.

Os dados da **Fig.1** mostram uma distribuição equitativa da clientela ao sexo (50,8% e 49,2%, respectivamente para homens e mulheres), o mesmo ocorrendo para as faixas etárias, sem diferença estatisticamente significativa.

No interior do grupo, quando se relaciona sexo e faixa etária verifica-se ligeira predominância dos pacientes de 0 a 19 anos (57,1%) para o sexo masculino e de 45 a 64 anos (52,8%) para o sexo feminino.

Quanto ao estado civil, observa-se que a maioria dos pacientes é casada (67,4%). Em relação ao nível de escolaridade, a maior parte dos clientes preenche categorias relativas ao 1º grau incompleto(61,8%), seguidos daqueles com 1º grau completo (20,1%), o que vem de encontro ao tipo de serviços onde os dados foram coletados, ou seja, Serviços Ambulatoriais de caráter público.

As **Figs. 2 e 3** mostram os dados relativos ao diagnóstico ou situação clínica que levaram à construção do estoma, segundo a idade e sexo, respectivamente.

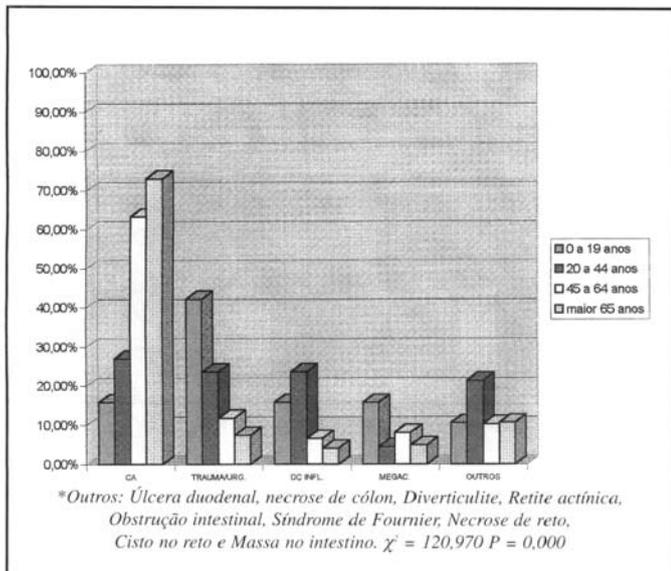


Fig. 2 - Clientela segundo diagnóstico e idade. São Paulo, 1997.

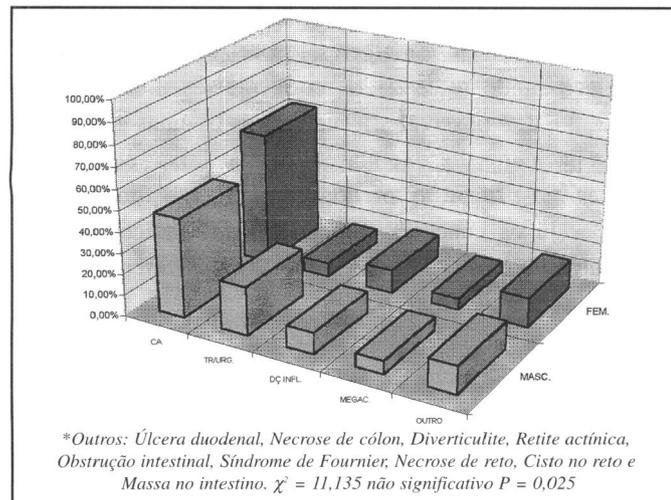


Fig. 3 - Clientela segundo diagnóstico e sexo. São Paulo, 1997.

Verifica-se que a distribuição dos diagnósticos é significativamente diferente conforme a faixa etária; porém, com distribuição homogênea, segundo o sexo, sem diferença estatisticamente significativa.

Observa-se que o câncer aparece em 63,2% e 72,9% dos clientes nas faixas etárias de 45 a 64 anos e acima de 65 anos, respectivamente. Este diagnóstico inclui os cânceres de cólon, de reto, de bexiga e ginecológicos. Quanto aos traumas/urgências e megacólon, predominam na faixa etária de 0 a 19 anos com percentuais de 42,1% e 15,8%, respectivamente. Os traumas e urgências englobaram os ferimentos por arma de fogo e arma branca, além dos acidentes automobilísticos.

Para as doenças inflamatórias (Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa Inespecífica) e a Polipose Familiar, constata-se maior frequência na faixa etária de 20 a 44 anos (23,6%).

O câncer de cólon e reto é um dos tumores malignos mais frequentes nos países industrializados, sendo o segundo tumor em frequência depois do câncer de pele. A maior incidência é descrita no cólon sigmóide e no cólon esquerdo, com um percentual superior a 50%. A incidência tem um predomínio nas idades mais avançadas em consonância com o envelhecimento da sociedade, sendo de 63 anos em média, para a população espanhola²⁵.

Maiores incidências de câncer de cólon e reto foram verificadas em pacientes com idade superior a 40 anos⁵¹.

A Doença de Crohn afeta, predominantemente, adultos jovens sem diferença em ambos os sexos. Em 15 a 20% dos casos é relatada história familiar da doença²⁹. Acomete crianças com idade inferior a seis anos, e começa a manifestar-se com maior frequência após os 10 anos de idade, atingindo seu pico de incidência entre 55 e 60 anos. Acomete igualmente ambos os sexos em adultos jovens²⁷.

Quanto à Retocolite Ulcerativa, é mais frequente em jovens e adultos, preferencialmente na 2ª e 3ª décadas de vida²⁹.

A Polipose Colônica Familiar, por sua vez, afeta tanto homens como mulheres. A idade média em que se manifesta, é em torno de 20 anos, sendo rara antes dos 10 ou depois dos 40 anos²⁹.

Na **Fig. 4** encontram-se os dados referentes aos diagnósticos e tipo de estoma da clientela.

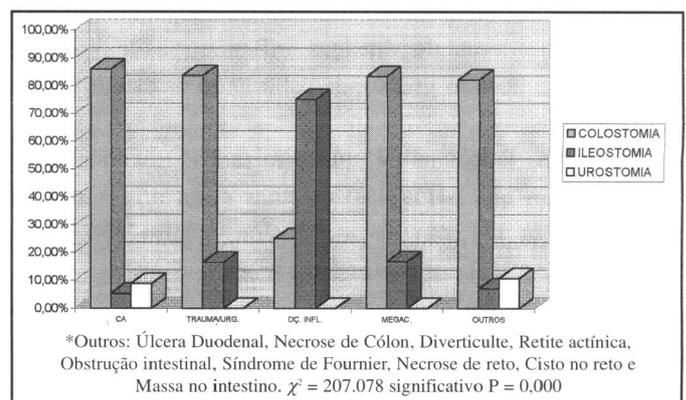


Fig. 4 - Relação entre diagnóstico e tipo de ostomia. São Paulo, 1997.

A **Fig. 4** mostra que os diagnósticos de câncer, trauma/urgência e megacólon (85,9%, 83,6% e 83,3%, respectivamente) predominam nos pacientes portadores de colostomias, enquanto as doenças inflamatórias são mais frequentes em ileostomizados (75%), com diferenças estatisticamente significantes, conforme esperado.

Analisando a reconstrução de trânsito intestinal em 27 colostomizados, Fang et al.⁽¹¹⁾ apontam como diagnóstico ou condições de base: moléstia diverticular (29,6%), megacólon chagásico (14,8%), neoplasia de cólon esquerdo (11,1%), ferimento por arma de fogo (11,1%), lesões iatrogênicas do cólon (11,1%), perfuração do cólon por corpo estranho (6,4%) e causas diversas (14,8%).

Novamente os colostomizados (74,7%) predominaram no estudo de Valverde e col.⁽³¹⁾ junto a 388 ostomizados, quando comparados aos ileostomizados (11,3%) e urostomizados (7,2%).

As neoplasias (65%), os traumas (9%), as fístulas reto-vaginais (9%), a obstrução intestinal (7%), o megacólon congênito (4%), e a retocolite ulcerativa (2%) e megacólon chagásico (2%), foram apontadas como condições de base no estudo de 46 ostomizados apresentado por Campos⁽⁴⁾.

Fazendo um perfil epidemiológico de sua clientela, Paula; Paula⁽²⁶⁾ destacaram frequências de 45,9% de colostomizados e 6% ileostomizados.

Os diagnósticos que indicaram a realização da ostomia na população de 115 pacientes estudados por Habr-Gama et al.⁽⁸⁾ foram: câncer (66,9%), politraumatismo (5,2%), diverticulite (12,2%) e retocolite ulcerativa (6,9%). Constataram 68% de neoplasias que originaram 90,9% de colostomias e 9,1% de ileostomias. Para as demais condições, como politraumatismo, trauma e diverticulite, as colostomias são os estomas mais frequentemente realizados enquanto nas doenças inflamatórias (Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa Inespecífica), ocorreram 100% de ileostomias. Segundo Bochini et al.⁽²⁾ e Granados-Garcia et al.⁽¹⁷⁾ as ileostomias terminais estão indicadas para o tratamento seletivo de portadores de doenças inflamatórias e polipose familiar do intestino grosso, corroborando os estudos antes apresentados.

Por outro lado, em 69 colostomizados, Eckert et al.⁽¹⁰⁾ identificaram que 41(59,4%) estomas eram originários de traumas, oito (11,6%) de megacólon, quatro (5,8%) de tumor, 16 (23,2%) por outras indicações.

Nas **Figs. 5, 6 e 7** encontram-se os dados referentes à distribuição dos colostomizados, ileostomizados e urostomizados, respectivamente, segundo sexo e idade.

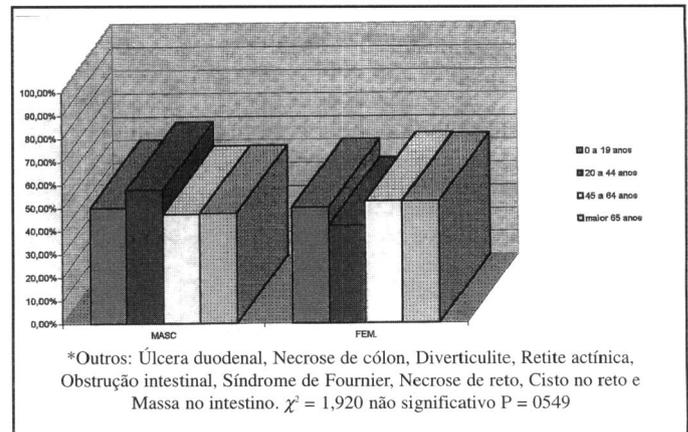


Fig. 5 - Colostomizados segundo sexo e idade. São Paulo, 1997.

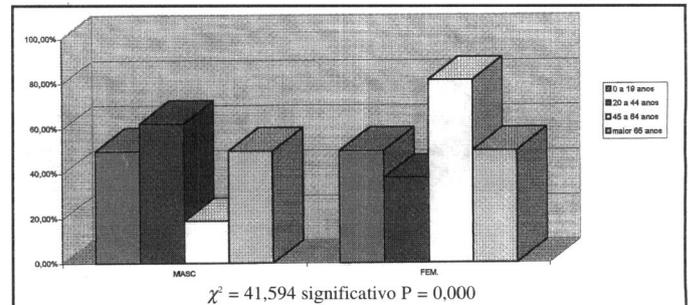


Fig. 6 - Ileostomizados segundo sexo e idade. São Paulo, 1997.

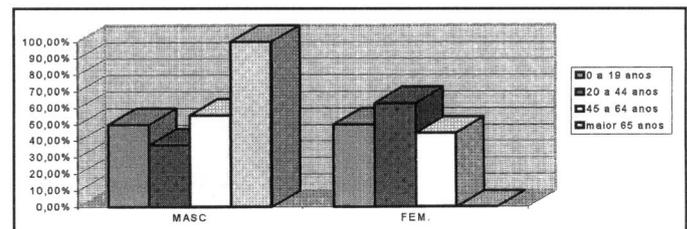


Fig. 7 - Urostomizados segundo sexo e idade. São Paulo, 1997.

A observação da **Fig. 5** permite constatar que a distribuição de colostomizados deu-se de forma homogênea quando associada a sexo e idade. Embora haja predomínio na faixa etária de 20 a 44 anos para o sexo masculino (57,8%), a colostomia predomina a partir de 45 anos independentemente do sexo (47,5% e 52,5% para homens e mulheres, respectivamente).

Relacionando estes dados com aqueles mostrados nos **Figs. 2, 3 e 4**, é possível afirmar que os traumas e as urgências em pacientes do sexo masculino, nas faixas etárias mais precoces, justificam o predomínio de colostomias nesta clientela. Já os cânceres caracterizam as indicações mais frequentes para este tipo de estoma em pacientes de ambos os sexos acima de 45 anos.

A **Fig. 6** permite constatar que a ileostomia apresenta diferença estatisticamente significativa na distribuição por sexo e idade. Assim, a ileostomia predomina na faixa etária de 20 a 44 anos nos homens (62,1%) e na de 45 a 64 anos nas mulheres (81,2%).

Novamente, ao nos reportarmos aos dados das **Figs. 2, 3 e 4**, a frequência predominante de ileostomias entre os homens na faixa etária de 20 a 44 anos, pode estar justificada pela maior incidência de doenças de natureza inflamatória. No que tange ao predomínio de ileostomizadas, em idade mais tardia (45 a 64 anos), contrariamente ao esperado conforme mostrado em literatura, e, embora a doença inflamatória possa estar presente na 4ª e 5ª décadas de vida, parece-nos mais plausível que o maior número deste tipo de estoma seja explicado através dos cânceres mais avançados, de origem ginecológica ou intestinal. Por outro lado, embora com um período médio de seguimento ambulatorial de 27,3 meses (DP ± 40,7), o tempo de ostomia acima de cinco anos esteve presente em 9,2% dos clientes, período em que as doenças como a polipose familiar e a doença de Crohn, eram tratadas fora dos centros especializados, por cirurgias mais radicais, ou seja, através de colectomias com ileostomias definitivas. Além disso, reconhecendo-se que a expectativa de vida da população feminina é maior que a masculina e ainda, que as mulheres são mais assíduas e constantes no seguimento tardio, pode-se também esperar ileostomizadas em faixas etárias mais avançadas.

Segundo a **Fig. 7**, verifica-se que, dentre os 483 pacientes, há somente 24 urostomizados, o que impediu a aplicação do teste de Qui-quadrado, para a verificação da associação com sexo e idade. Pode-se constatar apenas que há leve predomínio de mulheres⁽⁵⁾ na faixa etária de 20 a 44 anos e oito homens acima de 44 anos.

Relacionando estes dados com os mostrados nas **Figs. 2, 3, e 4**, a frequência predominante de urostomias entre as mulheres na faixa etária de 20 a 40 anos pode estar relacionada à incidência de outras doenças que acometeram as mulheres jovens. Esses dados não são corroborados pela literatura, que apontam maiores frequências de urostomizadas a partir da 5ª década de vida, devido ao câncer de bexiga⁽²⁰⁾, assim como acontece para os homens.

A tendência na redução do número de urostomias confeccionadas deve-se ao desenvolvimento crescente das técnicas preservadoras do aparelho esfinteriano urinário, que incluem as ampliações vesicais e as derivações internas, nos casos de cânceres de bexiga, mesmo mais avançados.

2. Complicações do estoma e pele periestomal

Após a caracterização da clientela quanto aos dados demográficos e médicos, passa-se à apresentação das complicações levantadas e as relações com as variáveis sexo, idade e tipo de estoma.

As **Figs. 8, 9 e 10** mostram as complicações de estoma e pele periestomal encontradas na população em estudo, quanto a sua frequência e relações com sexo e idade.

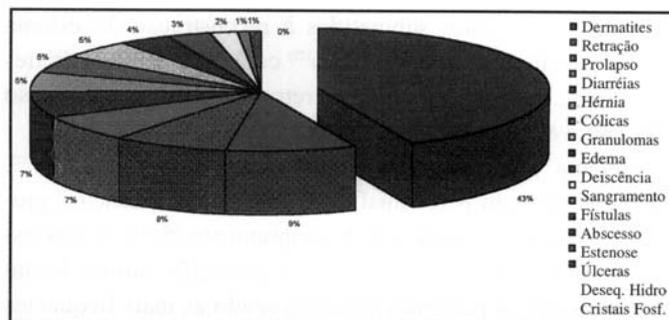


Fig. 8 - Complicações do estoma e pele periestomal. São Paulo, 1997.

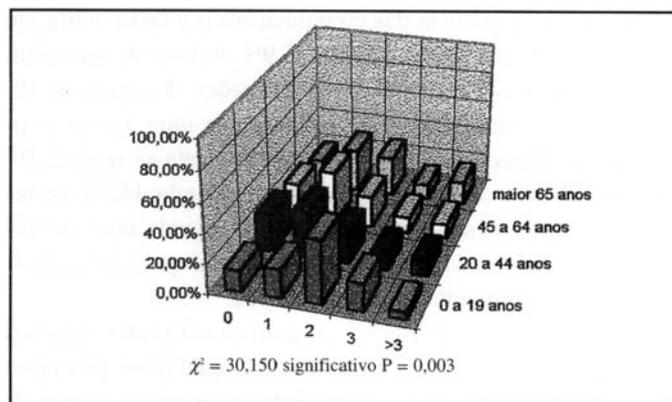


Fig. 9 - Frequência das complicações nas faixas etárias. São Paulo, 1997.

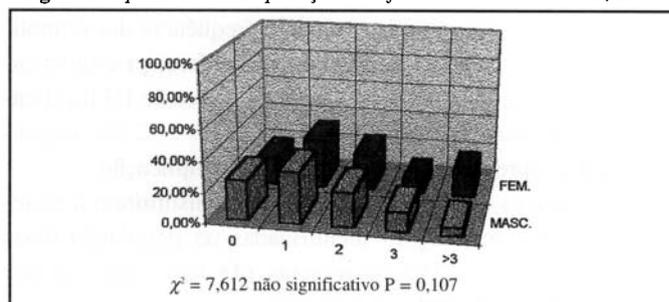


Fig. 10 - Frequência das complicações segundo sexo. São Paulo, 1997.

As complicações do estoma e pele periestomal totalizaram 779, perfazendo a média de 1,6 complicações por paciente (DP ± 1,40), predominando as dermatites (43,3%), as retrações (9,2%), os prolapsos (8,1%), as diarréias (7,2%) e as hérnias paracolostômicas (7,1%).

As complicações mais frequentes relacionadas aos estomas, que acometeram 142 pacientes estudados por Porter et al.⁽²⁸⁾, foram: dermatites (13,5%), hérnia (9,3%), estenose (8,7%), prolapso (3,2%), abscesso (1,6%) e fístula periestomal (0,8%).

Já Cezareti⁽⁸⁾ mostrou que a grande maioria (82,5%) de 114 ostomizados não apresentava qualquer complicação no estoma, sendo que, dos 17,5% restantes, 7% possuíam hérnia paracolostômica; 6,1%, prolapso e 4,4%, retração.

Para Granados-Garcia et al.⁽¹⁷⁾ o prolapso (14%), a estenose (14%) e a dermatite (6%) foram relatados como complicações mais frequentes em 50 ostomizados.

Dos 41 pacientes submetidos à reconstrução do estoma devido a complicações, Masahiro⁽²²⁾ constatou como mais frequentes a estenose (36,7%); a retração (20%); o prolapso (16,7%) e a hérnia paracolostômica (13,3%).

Setenta pacientes, em estudo realizado por Moreira⁽²³⁾, apresentavam um percentual de 14,3% de complicações precoces, com maior incidência de sangramento (5,7%) e abscesso peri-colostômico (2,9%). As complicações tardias foram avaliadas em 48 pacientes (33,3%), sendo as mais frequentes prolapso (14,%) e hérnia para-colostômica 12,5%).

Segundo os dados da **Fig. 9**, observa-se que existe associação entre a frequência das complicações e a faixa etária, do ponto de vista estatístico. Assim, 55,9% do total de ostomizados apresentam de uma a duas complicações, dos quais 72,7% e 70,1% com mais de 45 anos, apresentam uma a duas complicações, respectivamente. A seguir, constata-se que 22,3% apresentam três ou mais complicações, estando 44,7% destes na faixa etária acima de 65 anos e apresentando mais de três complicações. Estes dados permitem afirmar que o número de complicações aumenta conforme a idade.

O trabalho de Fang e col.⁽¹¹⁾, já mencionado antes, mostrou que cerca de 1/3 da clientela teve complicações pós-operatórias locais e gerais, constituindo a grande maioria de ostomizados acima de 40 anos (77,7%).

Quanto ao sexo, verifica-se que a frequência das complicações tem distribuição equitativa, sem diferença estatisticamente significativa (**Fig. 10**). No entanto, cerca de 1/3 da clientela, tanto masculina quanto feminina (33,3% e 32,5%, respectivamente), apresenta, pelo menos, uma complicação.

Visto que as dermatites periestomais constituíram a maioria das 779 complicações identificadas na população deste estudo, perfazendo 337 ocorrências (43,3%), optou-se por apresentá-las destacando suas causas.

Conforme exposto na **Fig. 11**, dentre as dermatites predominam as irritativas (57,9%) e as alérgicas (23,7%).

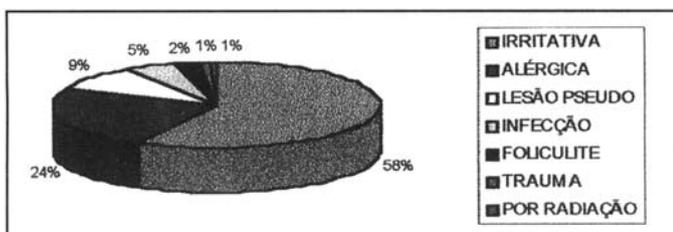


Fig. 11 - Distribuição das dermatites. São Paulo, 1997.

As dermatites periestomais são frequentemente apontadas e discutidas pelos autores como uma complicação bastante comum, sendo muitas vezes consideradas como um acontecimento esperado, e por isso, nem sempre citadas no rol das complicações. A exposição constante ao efluente ou aos componentes da barreira protetora ou dos adesivos, as modificações no estado imunológico do paciente, as alterações climáticas ou alimentares que interferem na consistência do

efluente e tantos outros fatores intrínsecos e extrínsecos, podem constituir fatores de risco para a ruptura da integridade da pele^(21, 30). No entanto, existe unanimidade entre os estudiosos do tema acerca da necessidade de cuidados profiláticos e intervenções precoces no sentido de minimizar a ocorrência e gravidade destas complicações⁽³⁰⁾.

Em estudo sobre cuidados com a pele periestomal, Borglund⁽³⁾ relata como dermatites mais frequentes: a irritativa, a alérgica, a lesão pseudoverrucosa e as foliculites.

Em 66 urostomizados, dos quais 65% apresentaram complicações de pele periestomal, foram apontadas como as mais frequentes as lesões eritematosas, as erosivas e as pseudoverrucosas⁽²⁴⁾.

Em estudo já citado, Cezareti⁽⁸⁾ constatou que 15% de 114 ostomizados apresentavam lesão de pele dos tipos: erosão (86,6%); pústula (6,7%) e úlcera (6,7%).

A partir deste momento, considerou-se oportuno destacar as complicações mais frequentes, quais sejam as dermatites, as retrações, os prolapso, as diarreias e as hérnias paracolostômicas, em suas associações com sexo, idade e tipo de estoma.

Na **Fig. 12** encontram-se os dados referentes à distribuição das complicações mais frequentes, segundo a idade.

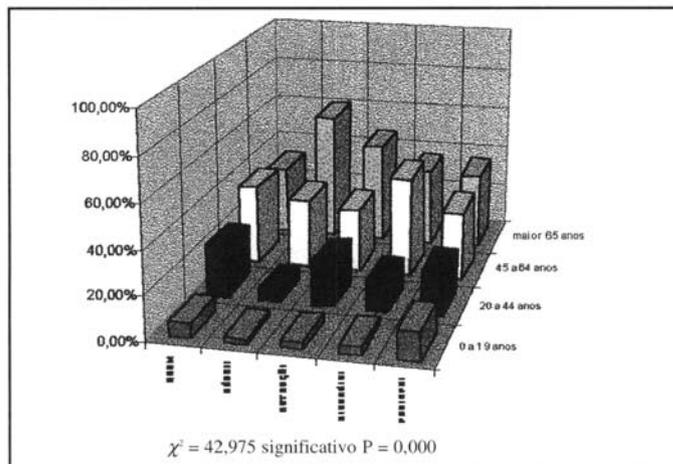


Fig. 12 - Distribuição das complicações mais frequentes quanto à idade. São Paulo, 1997.

Os dados da **Fig. 12** mostram que as dermatites e as diarreias (36,8% e 46% respectivamente) predominam nos pacientes com 45 a 64 anos, enquanto as hérnias paracolostômicas, as retrações e os prolapso (60%; 46,8% e 35,2%), respectivamente) são mais frequentes em pacientes com mais de 65 anos, com diferenças estatisticamente significantes.

Novamente, pode-se afirmar que estas complicações aumentam conforme a idade, assim como já evidenciado nos resultados apresentados na **Fig. 9**.

Em relação ao sexo, os dados da **Fig. 13** mostram que a distribuição das dermatites (54,6%), das hérnias paracolostômicas (52,7%), das retrações (72,2%) e das diarreias (58,9%) predominam nas mulheres, enquanto que os prolapso (55,6%) são mais frequentes nos homens, com diferenças estatisticamente significantes.

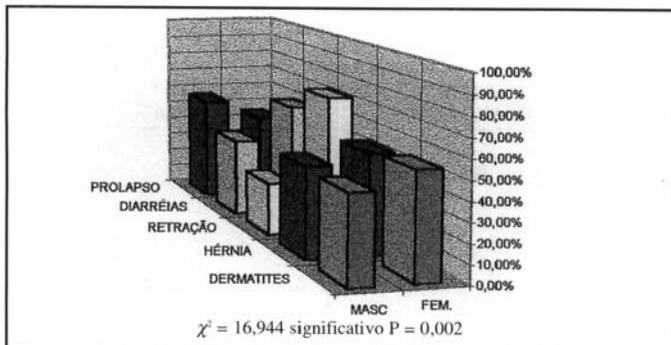


Fig. 13 - Distribuição das complicações mais freqüentes quanto ao sexo. São Paulo, 1997.

O predomínio das ileostomias entre as mulheres, na faixa etária de 45 a 64 anos (**Fig. 6**), pode justificar a maior incidência de dermatites que acometeram as mulheres, uma vez que essas complicações são mais freqüentes em ileostomizados^(15, 21).

As hérnias paracolostômicas, também predominantes nas mulheres deste estudo, podem estar relacionadas ao retorno precoce às atividades domésticas, sobretudo se o trabalho demandar esforço físico demasiado⁽¹⁾, apesar das controvérsias existentes quanto à sua etiologia. Ao constatarmos nas **Figs. 3 e 4**, um predomínio de cânceres nas mulheres e de colostomias nos cânceres, estes dados poderiam estar relacionados à maior freqüência de hérnias paracolostômicas nas mulheres.

As mesmas relações podem ser estabelecidas quanto às maiores freqüências de retrações e diarréias nas mulheres, ao reportarmos-nos à **Fig. 6**, onde se verifica o predomínio de ileostomias no sexo feminino, estomas mais sujeitos a tais complicações^(2, 12).

Para o sexo masculino, por sua vez, o maior número de prolapso (55,6%) que ocorreram principalmente em estomas em alça e de caráter provisório, realizados após traumas e urgências (**Fig. 3**), poderiam ter também como fator associado o retorno prematuro ao trabalho, especialmente, se há excessiva demanda de esforço físico⁽¹⁵⁾.

A distribuição das complicações mais freqüentes conforme o tipo de estoma (**Fig. 14**) evidencia que as retrações, hérnias paracolostômicas, prolapso, diarréias e as dermatites predominam nas colostomias quando comparadas aos demais estomas, com percentuais de 90,1%, 88,7%, 82,0%, 76,7% e 73,8%, respectivamente.

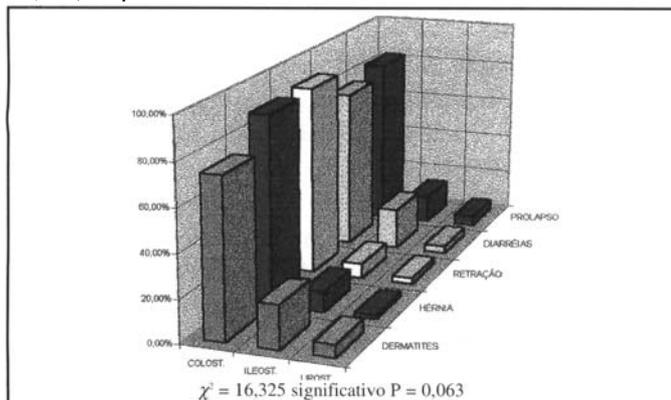


Fig. 14 - Distribuição da relação entre as complicações mais freqüentes e o tipo de estoma. São Paulo, 1997.

Estes dados não são corroborados totalmente pela literatura e pelo exposto anteriormente, pois, enquanto as hérnias e prolapso efetivamente incidem mais sobre as colostomias^(12, 13), as retrações, diarréias e dermatites, estão, com maior freqüência, associadas às ileostomias. As retrações também são freqüentes em urostomizados.

Assim, são apontadas como complicações mais freqüentes em ileostomizados: dermatites (28,9%), retração e afundamento (8,7%), abscessos por suturas (4,3%) e hérnia (2,9%)^(15, 21, 25).

Foulkes⁽¹²⁾ afirma que as hérnias paracolostômicas variam de 50 a 60%, enquanto as retrações de ileostomias aparecem em 9 a 35% da clientela.

A maior freqüência de diarréias nos ileostomizados são apresentados pela literatura⁽²⁾. Carlsen; Bergan⁽⁶⁾, estudando a construção e reconstrução de 358 ileostomias (225 das quais de caráter primário), num período de 10 anos, apontaram como complicações mais freqüentes que acometeram os pacientes após a ileostomia primária: estenose (10,3%), fístula (9,4%), dermatite (8%), retração (2,7%), prolapso (1,8%) e hérnia (1,8%). As hérnias foram significativamente mais freqüentes nas mulheres.

O trabalho de Cheung⁽⁹⁾, junto a 316 pacientes colostomizados (48,5%) e urostomizados (38,2%), evidenciou como complicações mais freqüentes a hérnia (31,1%), a estenose (10,2%) e o prolapso (6,8%).

Em 156 pacientes, Makela; Turku; Laitinen⁽²¹⁾ mencionaram 27% de colostomizados com hérnia e 24% de ileostomizados com retração. As dermatites foram comuns em ileostomizados.

Em outro estudo Gooszen et al.⁽¹⁶⁾ mostraram freqüências de 24,3% de complicações em ileostomizados e somente 2,5% em colostomizados. Os prolapso foram mais freqüentes nos colostomizados comparativamente aos ileostomizados, com índices de 42,1% e 3,1%, respectivamente.

3. Medidas profiláticas e/ou terapêuticas gerais propostas frente às complicações

Buscando atender ao último objetivo deste estudo, após o levantamento e a caracterização das complicações do estoma e da pele periestomal em 483 ostomizados, passa-se à apresentação das medidas profiláticas e/ou terapêuticas gerais levantadas, no âmbito do cuidar de enfermagem. Estas são expostas no **Quadro I**.

O **Quadro I** mostra um total de 1951 medidas propostas pelos estomaterapeutas de ambos serviços, para o tratamento ou prevenção de complicações, o que perfaz a média de 2,5 intervenções para cada complicação ou 4,0 intervenções para cada paciente. A forma com que os registros são executados nos Serviços, impediu análise específica, relacionando as medidas propostas para cada tipo de complicação.

Quadro I - Medidas profiláticas e/ou terapêuticas propostas frente às complicações detectadas. São Paulo, 1997.

Revisão do Autocuidado		Encaminhamentos		Ajuste do dispositivo	Modific. alimentares
Troca de dispositivo	396	Nutricionista	221	146	51
Higienização da pele e estoma	332	Assist. social	210		
Higienização da bolsa	307	Médico	187		
Observação do estoma e pele	69	Psicólogo	15		
Atividades/repouso	12				
Vestuário	5				
Total (1951)	1121		633	146	51

Assim, os dados mostram que as medidas propostas situam-se principalmente na categoria da revisão do autocuidado, com 1.121 respostas referentes, principalmente, a troca de dispositivo, higienização da pele e estoma e higienização da bolsa (396, 332, e 307 indicações, respectivamente). Além dessas, têm-se ainda 633 encaminhamentos a diversos profissionais da equipe interdisciplinar, especialmente à nutricionista⁽²²¹⁾, à assistente social⁽²¹⁰⁾ e ao médico⁽¹⁸⁷⁾.

CONCLUSÕES

Os dados deste estudo permitiram as seguintes conclusões:

- A população é constituída, predominantemente, por colostomizados (78,4%), de ambos os sexos (50,8% e 49,2%, respectivamente para o sexo masculino e feminino), com idade acima de 44 anos.

- O principal diagnóstico que levou à confecção de estomas é o câncer, encontrado em 55,2% da clientela, na faixa etária acima de 65 anos (72,9%), em colostomizados (85,9%). As doenças inflamatórias predominam em ileostomizados (75%).

- As complicações do estoma e pele periestomal totalizaram 779, perfazendo a média de 1,6 por paciente (DP 1,40); 55,9% dos ostomizados apresentam de uma a duas complicações e 22,3%, três ou mais.

- As complicações do estoma e pele periestomal predominantes são as dermatites (43,3%), as retrações (9,2%), os prolapso (8,1%), as diarreias (7,2%) e as hérnias paracolostômicas (7,1%).

- Os tipos predominantes de dermatites são: irritativa (57,9%) e alérgica (23,7%).

- Houve associação entre as complicações mais frequentes e a idade. As dermatites e as diarreias (36,8% e 46%, respectivamente) predominam nos pacientes entre 45 a 64 anos, enquanto as hérnias paracolostômicas, as retrações e os prolapso (60%, 46,8% e 35,2%, respectivamente), em pacientes com mais de 65 anos.

- Quanto ao sexo, as dermatites (54,6%), hérnias paracolostômicas (52,7%), retrações (72,2%) e diarreias (58,9%) predominam nas mulheres, enquanto os prolapso (55,6%) são mais frequentes nos homens, com diferenças estatisticamente significantes.

- As retrações (90,1%), as hérnias paracolostômicas (88,7%), os prolapso (82%), as diarreias (76,7%) e as dermatites (73,8%) predominam em colostomizados.

- As medidas propostas situam-se principalmente na revisão do autocuidado e nos encaminhamentos a diversos profissionais da equipe interdisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou mostrar o panorama das complicações do estoma e pele periestomal em parte da clientela atendida em dois dentre os cinco Serviços de Assistência Especializada do Ostomizado da cidade de São Paulo, credenciados pelo SUS-SP, através da vinculação com o Programa vigente no Estado de São Paulo.

Diante da importância da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das complicações para a qualidade da assistência prestada à clientela ostomizada e de sua reabilitação, além da escassez de dados estatísticos nacionais ou regionais, foi fundamental a realização deste estudo. Sua abrangência quantitativa frente a uma casuística significativa (483 pacientes) bem como as associações estatísticas que puderam ser realizadas, certamente, atribuem-lhe valor especial.

A elevada prevalência de complicações do estoma e pele periestomal detectada, vem ratificar a importância da sistematização de assistência à clientela ostomizada, desde uma fase precoce de pré-operatório até um seguimento tardio, buscando minimizar tais ocorrências ou oferecer o suporte terapêutico necessário, nos casos em que elas sejam inevitáveis. A atuação conjunta da equipe interdisciplinar para o aperfeiçoamento da assistência prestada constitui outro dado relevante, quando se fala de controle de complicações em busca de melhoria da qualidade de vida.

A falta de registro de dados essenciais nos prontuários durante a fase de coleta, constituiu uma das grandes dificuldades na realização deste estudo, levando-nos, mais uma vez, a reflexões sobre a efetividade e continuidade do trabalho em equipe na ausência de elementos básicos para o estabelecimento de diagnósticos e intervenções, mesmo tratando-se de Serviços organizados e fundamentados em normatização preexistente, como estes.

Outros estudos certamente podem advir deste, não só para ampliar as estatísticas, estendendo-se aos demais Centros de Referência da cidade e mesmo Estado de São Paulo, como também para investigar os fatores relaciona-

dos ou causais das complicações do estoma e pele periestomal, subsidiando a atuação profissional ao adotar medidas profiláticas e/ou terapêuticas envolvidas no cuidar em estomaterapia.

PAULA RAB & SANTOS VSCG -

SUMMARY: The authors studied retrospectively the prevalence of ostomy and peristomal skin complications and its relations with sex, age and type of stoma and the proposed preventive and therapeutic interventions in ostomy outpatients from two Specialized Ostomy Care Center, in São Paulo. The data were obtained using a check-list tool and after they were submitted to a Chi-Square test. The results obtained from 483 patients showed 78.4% colostomy patients, above 44 years (71%) with cancer as the main diagnosis (55.1%). Seven hundred and seventy nine complications were found, with predominance of dermatitis (43.3%), retractions (9.2%), prolapses (8.1%), diarrhea (7.2%) and hernia (7.1%). Hernia and retraction occurrences were related with age. Retractions predominated in female ostomy patients (72.2%). About the more frequent types of dermatitis 57.9% were irritant and 23.7% were allergic. Some preventive and therapeutic interventions were proposed by ET nurses, related mainly with self care revision and consultations to other professionals of multidisciplinary staff. The authors concluded that the high prevalence of complications in these Specialized Centers must be a continuous concern of health staff in the systematic care and support to this clientele.

UNITERMS: ostomy; complications; stomal therapy

REFERÊNCIAS

1. Boccardo LM, et al. Aspectos da reinserção social do ostomizado. Rev Esc Enf USP 1995; 29(1): 59-71.
2. Bochini S, et al. Ileostomias e Colostomias. In: Pinotti, HW (coord). Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo. São Paulo, Atheneu, 1994; 2: 1156-61.
3. Borglund E. Care o peristomal skin, a dermatologist's view. In: Biennial Congress of WCET, Suécia, Proceedings, Palex International AS, 1988; 35.
4. Campos HMH. The ostomates in Chile and their problems. In: Biennial Congress of WCET, France, Proceedings. Chile, Hollister Incorporated, 1992; 106-23.
5. Campos JM, et al. Câncer colorretal - Análise de 80 casos. Rev bras Coloproct 1996; 16(1): 66.
6. Carlsen E, Bergan A. Technical Aspects and Complications of End-ileostomies. World J Surg 1995; 19(4): 632-6.
7. Cascón JC, et al. Complicaciones en colostomías definitivas. Revisión de historias de Enfermería. Enfermería Científica 1991; 114.
8. Cezareti IUR. Caracterização dos pacientes portadores de ostomias intestinais atendidos no ambulatório da Escola Paulista de Medicina. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1993; 1-110.
9. Cheung MT. Complications of Abdominal Stoma: Analysis of 322 Stomas. Aust N Z J Surg 1995; 65(11): 808-11.
10. Eckert IDLF, et al. Fechamento de colostomia. Estudo clínico de 69 pacientes. Rev bras Coloproct 1997; 17(1): 33.
11. Fang CB, et al. Colostomias: resultados da reconstrução do trânsito intestinal em 27 pacientes. Rev bras Coloproct 1992; 12(1): 45.
12. Foulkes B, et al. Complicaciones de los estomas digestivos de evacuación. In: Ortiz H, et al. Indicaciones y cuidados de los estomas. Barcelona. Editorial Jims, 1989; cap. 7.
13. Fraise AM. Complicaciones de las ostomias. Prevention y tratamiento. "Grupos de autoayuda". In: 14º Congresso Latinoamericano de Coloproctologia. 44º Congresso Brasileiro de Coloproctologia. São Paulo, 1995; 332-4.
14. Goliguer JC. Complications of Conventional Ileostomy. Ann Gastroentérol Hépatol 1980; 16(4): 259-264.
15. Goliguer J. Cirurgia do ânus, reto e colo. 5ª ed. São Paulo, Manole, 1990; 762-3, 970, 976-977.
16. Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J, Lagaay MB, Gooszen HG. Temporary Decompression After Colorectal Surgery: Randomized Comparison of loop ileostomy and loop colostomy. Br J Surg 1998; 85(1): 76-9.
17. Granados-García J, Takahashi T, Tapia M, Hoyos C, Villalobos JJ. Retrospective Study of 50 Ileostomies at the Salvador Zubiran National Institute of Nutrition. Rev Invest Clin 1996; 48(2): 111-5.
18. Habr-Gama A, et al. Grupo multidisciplinar de atendimento ao colostomizado no Hospital Alemão Oswaldo Cruz - Experiência preliminar. In: Biennial Congress of WCET, France, 1992. Proceedings. Brasil, Hollister Incorporated, 1992; 33-37.
19. Hampton BG. Peristomal and stomal complications. In: Bryant RA. Ostomies and continent diversions: nursing management. St. Louis, Mosby, 1992; 105-28.
20. López JP, Aguires RGS, Aldosa RMR, Espina GR. Patología del Aparato Urinario. In: Ortiz H, et al. Indicaciones y cuidados de los estomas. Barcelona. Editorial Jims, 1989; Cap. 9.
21. Makela JT, Turku PH, Laitinen ST. Analysis of Late Stomal Complications Following Ostomy Surgery. Ann Chir Gynaecol 1997; 86(4): 305-310.
22. Masahiro T. Analysis of 41 cases of stoma reconstruction. In: Biennial Congress of WCET, Japan, 1994. Proceedings. Japan, Hollister Incorporated, 1994; 94-96.
23. Moreira CEL. Complicações das colostomias. Congresso Latinoamericano de coloproctologia. 44º Congresso Brasileiro de coloproctologia. São Paulo, 1995; 345-6.
24. Nordström GM, et al. Living with a Urostomy: a follow-up with special regard to the peristomal-skin complications, psychosocial and sexual life. In: Biennial Congress of WCET, France, 1992. Proceedings. Suécia, Hollister Incorporated, 1992; 49-53.
25. Ortiz H, et al. Indicaciones y cuidados de los estomas. Barcelona. Editorial Jims, 1989.
26. Paula MAB, Paula PR. Assistência ao paciente ostomizado: avaliação e propostas. Rev bras Coloproct 1992; 12(1): 1-60.
27. Pinotti HW. (coord). Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo. São Paulo, Atheneu, 1994; 2.
28. Porter JA, et al. Complications of colostomies. Dis Colon rectum. California, 1989; 32: 299-303.
29. Ragué JM, et al. Patología Colorrectal. In: Ortiz H, et al. Indicaciones y cuidados de los estomas. Barcelona, Editorial Jims, 1989; Cap. 4, 6.
30. Santos VLC de G. Como eu trato as dermatites periestoma. Rev Esc Enf USP 1994; 28(1): 67-71.
31. Valverde AJD, et al. Grupo de atendimento ao ostomizado: estatística de 4 anos de trabalho. Rev bras Coloproct 1992; 12(1): 59.

Endereço para correspondência:

Raquel Abreu Barbosa de Paula
Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 419
05403-000 - São Paulo - SP