

## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROCESSO DE DEMARCAÇÃO DO ESTOMA INTESTINAL E DAS INTERCORRÊNCIAS TARDIAS EM PACIENTES OSTOMIZADOS

Creusa Aparecida Meirelles<sup>1</sup>

Clarice Aparecida Ferraz<sup>2</sup>

Meirelles CA, Ferraz CA. Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados. Rev Latino-am Enfermagem 2001 setembro-outubro; 9(5):32-8.

*Após a caracterização dos adultos portadores de estoma intestinal cadastrados no Programa de Educação e Apoio ao Estomizado do Município de Ribeirão Preto – SP, realizou-se um estudo descritivo de avaliação de resultados do processo de demarcação do estoma intestinal com análise das complicações tardias. A amostra ficou circunscrita a 50 sujeitos, sendo 76% portadores de colostomia e 34% portadores de ileostomias. Em relação à localização do estoma 12% não demonstraram as especificações científicas indicadas para a distância da linha da cintura, 2% para a crista ilíaca e 2% para a cicatriz cirúrgica. As complicações tardias aparecem em 44%, sendo 28% hérnia periestomal, 16% prolapso de estomia e 4% hiperemia de pele.*

**PALAVRAS CHAVE:** estoma intestinal, avaliação de resultados, estomaterapia

## EVALUATION OF THE PROCESS OF INTESTINAL STOMA DEMARCATION AND LATE COMPLICATIONS IN OSTOMIZED PATIENTS

*Following the characterization of adults with an intestinal stoma who were registered in the Program of Education and Support to Stomized Patients, the authors developed a descriptive study in order to evaluate the results of the process of intestinal stoma demarcation as well as to analyze late complications. The sample was formed by 50 subjects, 76% of whom had colostomies and 34% had ileostomies. Regarding the stoma location, 12% did not demonstrate the scientific specifications indicated for the distance from the waist line, 2% for the iliac crest and 2% for the surgery scar. Late complications appeared in 44% of the cases, such as: 28% of peristomal hernias, 16% of stoma prolapses and 4% of skin hyperemias.*

**KEY WORDS:** intestinal stoma demarcation, results evaluation, stomatherapy

## EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROCESO DE DEMARCACIÓN DEL ESTOMA INTESTINAL

*Después de la caracterización de los adultos portadores de estoma intestinal registrados en el Programa de Educación y Apoyo al Ostomatizado de la ciudad de Ribeirão Preto - SP, los autores realizaron un estudio descriptivo de evaluación de los resultados del proceso de demarcación del estoma intestinal con análisis de las complicaciones tardías. La muestra fue formada por 50 sujetos, 76% portadores de colostomía y 34% portadores de ileostomías. En relación con la localización del estoma, 12% no manifestaron las especificaciones científicas indicadas para la distancia de la línea de la cintura, 2% para la cresta ilíaca y 2% para la cicatriz quirúrgica. Las complicaciones tardías fueron visibles en 44% de los sujetos, siendo 28% con hernia periestomal, 16% con prolapso de ostomia y 4% con hiperemia de la piel.*

**PALABRAS CLAVES:** estoma intestinal, evaluación de resultados, estomaterapia

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Estomaterapia pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. <sup>2</sup> Professor Doutor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem, e-mail: erraz@eerp.usp.br

## INTRODUÇÃO

“Demarcação é a determinação ou delimitação dos limites por meio de marcas<sup>(1)</sup>. Para os estomaterapeutas, demarcar o estoma na parede abdominal significa delimitar uma região ideal e proceder a demarcação com uma caneta especial, com o objetivo de favorecer, durante o ato cirúrgico a confecção de uma abertura anatomicamente adequada que permita a adaptação de dispositivos para a coleta dos efluentes com o mínimo de desconforto para o paciente.

Em 1976, a “United Ostomy Association” - UOA, de acordo com o original de Bayfront Medical Center Ostomy Fair, Flórida – E.U.A., publicou a declaração de direitos do estomizado outorgando-lhe, entre outros, o direito de ter o estoma adequadamente demarcado e bem construído<sup>(2)</sup>.

No pré-operatório procede-se à demarcação e, posteriormente, pode-se optar pela colocação de um dispositivo com característica e diâmetro semelhantes àquele a ser utilizado no pós-operatório imediato a fim de conferir a demarcação<sup>(3-7)</sup>. Tal procedimento deve ser autorizado pelo paciente.

As inúmeras complicações estomais e paraestomais surgem da precária localização do estoma, estando também associadas a outros fatores de ordem mais geral como idade, fragilidade da musculatura abdominal, aumento de peso no pós-operatório entre outros. Todavia, situar o estoma numa área que assegure a aderência do dispositivo e de fácil visualização do paciente, constitui-se em estratégia de prevenção de complicações importantes. Escolher o local na sala de cirurgia antes da intervenção, com freqüência, não resulta em boas escolhas de localização do estoma.

A demarcação do estoma constitui-se em um procedimento fundamental a ser realizado no pré-operatório, destacando-se enquanto um dos aspectos mais importantes do processo de reabilitação, portanto, buscamos no nosso estudo identificar os pacientes adultos cadastrados em um Programa de Educação e Apoio aos Estomizados e avaliar a qualidade da construção do estoma na parede abdominal, associando com o surgimento de complicações tardias.

## METODOLOGIA

### Local do estudo

O Sistema de Saúde do município de Ribeirão Preto – SP conta com um Programa de Educação e Apoio aos Estomizados, situado no Núcleo de Gestão Assistencial – NGA-59 vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, sendo este o local escolhido uma vez que é referência regional para os municípios da Direção Regional de Saúde – DIR-XVIII.

### População e amostra do estudo

Considerando que o primeiro objetivo da pesquisa propõe a caracterização da população adulta de estomizados intestinal cadastrados no referido programa, foi realizado levantamento retrospectivo correspondente ao período de 1994 a 1998. Através deste levantamento, a população ficou constituída de 177 sujeitos adultos e portadores de ileostomia ou colostomia. Na seqüência, passamos a realizar a interlocução com os possíveis sujeitos, o que possibilitou expor as intenções relativas à pesquisa, fornecer explicações acerca dos objetivos, dos instrumentos de coleta de dados e obtenção de consentimento. Dos 177 (100%), 127 (71,7%) não foram incluídos na pesquisa por motivos diversos.

Dentre os 127 excluídos, 51 (40,1%) são residentes na região de Ribeirão Preto e referiram dificuldade com transporte, falta de auxílio financeiro, idade avançada e agravo à saúde; 26 (20,5%) reconstruíram o trânsito intestinal; 23 (18,1%) não foram localizados; 17 (13,4%) foram a óbito; 7 (5,5%) recusaram participar do estudo e 3 (2,4%) tiveram alta por abandono ao programa. Assim a amostra para esse estudo ficou constituída de 50 (28,3%) portadores de estomia, que concordaram em participar do estudo.

### Aspectos éticos

Após aquiescência do Secretário Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SP e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, iniciou-se o trabalho de campo, com a obtenção do consentimento pós-informação dos portadores de estoma intestinal.

### Coleta de dados

Elaboramos o instrumento de coleta de dados contendo identificação dos sujeitos e exame físico específico (Anexo 1). Inicialmente realizamos reunião com a gerente do NGA-59 e enfermeiros do Programa de Educação e Apoio ao Estomizado a fim de expor os objetivos do estudo, solicitar colaboração e determinar o período da coleta de dados.

Procedemos o agendamento dos sujeitos no Programa de Educação e Apoio ao Estomizado, considerando ser este espaço de sua referência, o que proporcionou maior tranquilidade e, também porque dispúnhamos da ficha de atendimento do paciente. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a abril de 1999.

O exame físico específico era realizado a fim de verificar o local de inserção do estoma no abdome em relação ao músculo abdominal, mensurar a distância dos pontos críticos e avaliar as complicações presentes. Os dados eram anotados no próprio impresso.

## Organização dos dados para análise

As informações foram categorizadas e estruturadas em um banco de dados, sendo analisadas no programa EPIINFO, versão 6.04b<sup>(8)</sup>. Na seqüência, os dados foram submetidos a operações estatísticas simples em porcentagem e cruzamento de variáveis.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão analisados de acordo com a seqüência dos objetivos propostos. Os dados referentes à caracterização dos sujeitos estudados quanto ao sexo e idade estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual de portadores de estoma intestinal cadastrados no Programa de Educação e Apoio ao Estomizado, segundo faixa etária e sexo. Ribeirão Preto, 1999

FAIXA ETÁRIA (Anos)	SEXO				Total	
	Masculino		Feminino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
18  — 28	2	4,0	1	2,0	3	6,0
28  — 38	1	2,0	4	8,0	5	10,0
38  — 48	2	4,0	6	12,0	8	16,0
48  — 58	6	12,0	4	8,0	10	20,0
58  — 68	3	6,0	3	6,0	6	12,0
68  — 78	3	6,0	9	18,0	12	24,0
≥ 78	1	2,0	5	10,0	6	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>36,0</b>	<b>32</b>	<b>64,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

A idade variou de 18 a 93 anos, com média de 56,3 anos. Dos 50 investigados, 32 (64,0%) são do sexo feminino e 18 (36,0%) masculino. Podemos visualizar também que o maior percentual dos sujeitos do sexo masculino encontra-se entre 48 e 58 anos e no sexo feminino o maior contingente encontra-se entre 68 e 78 anos. Observamos ainda que há um predomínio do sexo feminino (64,0%).

Ao investigarmos o tipo de estoma realizado de acordo com o diagnóstico médico constatamos que, dos 50 sujeitos estudados, três (6,0%) apresentavam ileostomia temporária, nove (18,0%) eram portadores de ileostomia definitiva dos quais a grande maioria decorrente de doença de Crohn e retocolite ulcerativa, 13 (26,0%) apresentavam colostomia temporária por diferentes causas diagnósticas e 25 (50,0%) eram portadores de colostomia definitiva basicamente decorrentes de neoplasia de reto e ânus.

As enfermidades que podem levar a uma ileostomia definitiva são as doenças inflamatórias e polipose familiar do intestino grosso, as quais comumente acometem pessoas jovens<sup>(9)</sup>. Nossa investigação confirma esta afirmação do autor, visto que, do total de ileostomias definitivas, seis (66,7%) têm como causa as doenças de

Crohn e retocolite ulcerativa.

Os dados encontrados são confirmados por outros autores, no que se refere às colostomias definitivas, as quais são geralmente realizadas quando o paciente apresenta diagnóstico de neoplasia de reto e ânus e, atinge um grupo de pessoas com idade avançada<sup>(10)</sup>. Em nosso estudo, este diagnóstico foi representado por 60,0% das indicações para colostomias definitivas.

O tempo de convivência com o estoma após a cirurgia variou de 1 a 63 meses, com média de 16,1 meses. Dos 50 sujeitos pesquisados, 15 (30,0%) estão com o estoma há menos de 6 meses e 12 (24,0%) há menos de um ano, podendo ser consideradas pessoas em fase de adaptação. Das que convivem há mais tempo com o estoma destacam-se sete (14,0%) que se encontram com o dispositivo há três anos ou mais.

Após a apresentação geral da amostra estudada passamos à abordagem da avaliação da qualidade da construção do estoma na parede abdominal e das complicações tardias.

O método de demarcação, descrito por diferentes autores, orienta que os pontos críticos devem ser respeitados ao demarcarmos o estoma na parede abdominal, obedecendo uma distância mínima de 5 cm da linha da cintura, crista ilíaca, rebordo costal, região umbilical e cicatriz cirúrgica<sup>(7,11)</sup>.

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual de portadores de estoma intestinal cadastrados no Programa de Educação e Apoio ao Estomizado, segundo a distância dos estomas em relação as áreas críticas. Ribeirão Preto, 1999

DISTÂNCIA (cm)	ÁREAS CRÍTICAS									
	Linha Cintura		Crista Ilíaca		Depressão Umbilical		Cicatriz Cirúrgica		Rebordos Costais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0  — 5	6	12,0	1	2,0	-	-	1	2,0	-	-
5  — 10	12	24,0	8	16,0	14	28,0	20	40,0	3	6,0
10  — 15	19	38,0	28	56,0	33	66,0	29	58,0	17	34,0
15  — 20	12	24,0	10	20,0	3	6,0	-	-	21	42,0
≥ 20	1	2,0	3	6,0	-	-	-	-	9	18,0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Verifica-se na Tabela 2 que, na maioria dos portadores estudados, o estoma apresenta-se entre 5 e 20 cm de distância da linha da cintura, sendo que 12 (24,0%) estão entre 5 e 10 cm, 19 (38,0%) entre 10 e 15 cm, 12 (24,0%) entre 15 e 20 cm e, acima de 20 cm, observamos apenas um (2,0%) caso. Cabe destacar que, contrariando o preconizado na literatura, notamos que seis (12,0%) dos estomas foram construídos ignorando as distâncias da linha da cintura dos quais dois (4,0%) encontram-se no ponto zero da linha da cintura e três (6,0%) acima do umbigo, muito próximo da cintura, dificultando o uso de roupas íntimas, saias e calças.

O músculo reto-abdominal é o escolhido pelos cirurgiões para colocação dos estomas por fornecer apoio muscular, reduzir o

risco de complicações tardias relativas à prolapso e hérnia periestomal<sup>(12)</sup>.

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual de portadores de estoma intestinal, cadastrados no Programa de Educação e Apoio ao Estomizado, segundo complicações tardias do estoma e inserção no músculo reto-abdominal. Ribeirão Preto, 1999

COMPLICAÇÕES TARDIAS DO ESTOMA	INSERÇÃO NO MÚSCULO						TOTAL	
	SIM		NÃO		NÃO PALPÁVEL		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Hiperemia de pele	2	4,3	-	-	-	-	2	4,0
Prolapso de estoma	6	12,7	-	-	-	-	6	12,0
Hérnia periestomal	9	19,2	2	100,0	1	100,0	12	24,0
Hérnia periestomal e prolapso	2	4,3	-	-	-	-	2	4,0
Sem complicação	28	59,5	-	-	-	-	28	56,0
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Dos 50 portadores de estomas submetidos ao exame físico, em 49 (98,0%) foi possível realizar palpação do músculo reto-abdominal dos quais 47 (96,0%) encontram-se com o estoma inserido no referido músculo.

Em relação às complicações, podemos observar que da totalidade dos inseridos adequadamente no músculo, nove (19,2%) desenvolveram hérnia periestomal, seis (12,7%) apresentaram prolapso de estoma e dois (4,3%) hérnia periestomal e prolapso.

A Tabela 3 ainda mostra que em dois (4,0%) casos examinados o estoma está localizado fora do músculo reto-abdominal, sendo que ambos desenvolveram hérnia periestomal.

Cabe dizer que do total de casos, um (2%) não foi possível palpar o músculo reto-abdominal devido a presença de uma hérnia extremamente volumosa, permanecendo a sua localização indefinida. Todavia, registramos o aparecimento da complicação.

Alguns fatores de ordem geral podem favorecer o aparecimento de complicações do estoma como: estado físico debilitado, radiação pré e pós-operatórias, idade avançada e outros. A hérnia periestomal é uma das complicações que está relacionada à confecção de um orifício abdominal grande ou, em caso de pacientes obesos e com mau estado geral ou, ainda pelo aumento da pressão intra abdominal e localização do estoma em incisão operatória anterior<sup>(13)</sup>.

A hérnia surge quando existe um espaço entre o segmento intestinal que forma o estoma e o tecido circundante, configurando um defeito fascial e o resultado é uma saliência total ou parcial na base do estoma. Quando associada à fragilidade muscular periestomal de menor intensidade, o que ocorre em muitos pacientes com colostomia, esses podem permanecer sem correção cirúrgica. Entretanto, algumas hérnias exigem tratamento cirúrgico principalmente por interferirem no uso do dispositivo<sup>(14)</sup>.

O aparecimento de hérnia periestomal é tão comum que

pode ser considerada como inevitável. Tal explicação justifica-se uma vez que raramente se tem hérnia pré-ileostômica apesar da exteriorização intestinal. Indica-se cirurgia corretiva apenas quando a hérnia está causando muitos problemas; nesses casos, prioriza-se mudar a colostomia de lugar e corrigir a fraqueza abdominal<sup>(15)</sup>.

A incidência das hérnias periestomais varia entre 50 e 60%, sendo que a maioria aparece nos primeiros anos e desenvolve também prolapsos, numa fase posterior, enquanto que para ileostomia a incidência é menor, em torno de 3 e 8%<sup>(13)</sup>.

O aparecimento da hérnia periestomal pode advir de problemas técnicos ou gerais. A incisão cirúrgica com secção muscular, confecção de trajetos largos e a não fixação do meso da alça à parede lateral do abdome são fatores técnicos responsáveis pelo aparecimento de hérnias. Dos fatores gerais enquadram-se a obesidade, aumento da pressão intra-abdominal, o envelhecimento e a vida sedentária, todos responsáveis pela redução do tônus muscular<sup>(16)</sup>.

Como enfermeira estomaterapeuta, somos favoráveis que portadores de colostomias com hérnia periestomal façam uso de um cinto incorporando um disco sobre a estoma intestinal, apoiando firmemente o local. A avaliação do estoma, tendo em vista a adaptação do dispositivo em portadores de estoma com hérnia periestomal, deve ser feita em diferentes posições: deitada, sentada e em pé a fim de orientar a melhor posição para aderência do dispositivo. O uso do espelho auxilia o paciente na colocação do dispositivo quando a localização do estoma não permitir uma boa visualização.

Recomenda-se a esses pacientes evitar esforços físicos, controlar a periodicidade das descargas fecais para se detectar crises de suboclusão por tração interna das alças intestinais e, em casos em que os portadores de estomas estejam realizando irrigação, alertá-los para a observação de sinais de oclusão intestinal devido a encarceração da hérnia periestomal<sup>(17)</sup>.

A protusão da alça intestinal sobre o plano cutâneo do abdome pode ser derivada de vários fatores, os quais aumentam a pressão intra-abdominal. Os prolapsos variam de pequeno a grande grau, sendo que os primeiros aumentam discretamente com o passar dos anos e não requerem tratamento cirúrgico, enquanto que os de grande grau, em que o intestino se projeta de 5 até 15 cm são considerados incomuns e imprescindem de tratamento cirúrgico<sup>(15)</sup>.

O prolapso é uma complicação rara nos estomas terminais sendo encontrados com maior frequência nos estomas em alça. O prolapso decorre da exteriorização de segmentos intestinais móveis, distantes da fixação anatômica e geralmente estão associados a hérnias para-colostômicas<sup>(16)</sup>.

A incidência de prolapso em ileostomia situa-se em torno de 3 e 8%, nas colostomias terminais entre 2 e 3% e, em colostomias em alça 12 a 38%<sup>(13)</sup>. Nesses casos a enfermeira estomaterapeuta deve avaliar a permeabilidade do estoma e a cor da mucosa

prolapsada. A intervenção cirúrgica de urgência está indicada diante de sinais de isquemia. Em situações leves, deve-se tentar a redução manual por profissional experiente<sup>(17)</sup>.

Visualizamos em figuras as complicações encontradas com mais frequência nos portadores de estomia intestinal que participaram do nosso estudo.



Figura 1 - Hérnia periestomal, vista de perfil

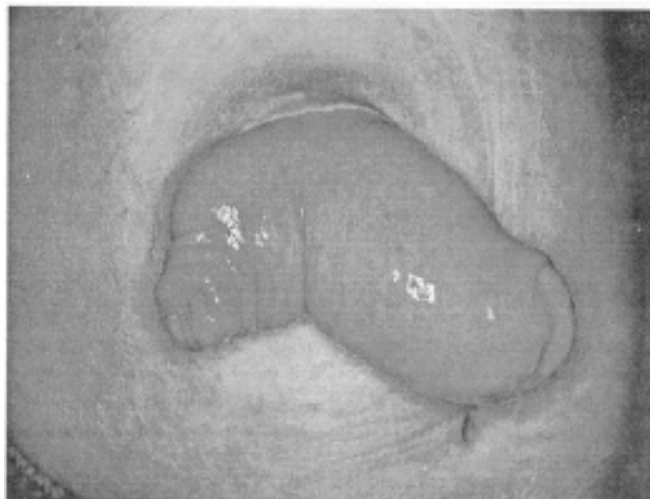


Figura 2 - Prolapso de estoma, visto de frente

Apresentamos a seguir os dados de complicações de estoma, associados a fatores reconhecidamente desencadeadores, como o esforço físico, aumento de peso e idade.

Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual de portadores de estoma intestinal cadastrados no Programa de Educação e Apoio ao Estomizado, segundo profissão e complicações do estoma. Ribeirão Preto, 1999

Profissão	COMPLICAÇÕES DO ESTOMA											
	Sem complicações		Hiperemia de pele		Prolapso		Hérnia-periestomal		Hérnia e prolapso		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aposentado	4	8,0	-	-	1	2,0	1	2,0	-	-	6	12,0
Artesão/costureira	1	2,0	-	-	-	-	1	2,0	-	-	2	4,0
Cabelereiro/manicure	3	6,0	-	-	1	2,0	-	-	-	-	4	8,0
Jardineiro/lavrador	1	2,0	-	-	-	-	1	2,0	-	-	2	4,0
Inspetor/supervisor	2	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4,0
Serviços gerais	3	6,0	-	-	3	6,0	-	-	-	-	6	12,0
Outras profissões	2	4,0	-	-	-	-	2	4,0	-	-	4	8,0
Sem profissão	12	24,0	2	4,0	1	2,0	7	14,0	2	4,0	24	48,0
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>56,0</b>	<b>2</b>	<b>4,0</b>	<b>6</b>	<b>12,0</b>	<b>12</b>	<b>24,0</b>	<b>2</b>	<b>4,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Verificamos na Tabela 4 que 28 (56,0%) dos sujeitos estomizados não tiveram complicações do estoma, 12 (24,0%) apresentaram hérnia periestomal e destes, sete exercem atividades do lar, dois são taxista e técnico de contabilidade; dos seis (12,0%) que apresentaram prolapso desenvolvem serviços gerais como pedreiro, carregador de bagagem, ferramenteiro e repositor de refrigerantes. Identificamos que a maioria das hérnias periestomais encontra-se entre os portadores que exercem atividades do lar

(14,0%) e, os prolapsos surgiram naqueles que trabalham com serviços gerais (6,0%). Consideramos que as atividades laborais que requerem grande esforço físico, expõem com maior frequência os portadores de estomias a complicações tardias.

Salientamos que no nosso estudo os portadores sem profissão (48,0%) tiveram algum tipo de complicação do estoma, não sendo possível entretanto precisar os determinantes dessas complicações, o que reitera a necessidade de futuras investigações.

Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual de portadores de estoma intestinal, cadastrados no Programa de Educação e Apoio ao Estomizado, segundo complicações do estoma e aumento de peso após cirurgia. Ribeirão Preto, 1999

COMPLICAÇÕES DO ESTOMA	AUMENTO DE PESO APÓS CIRURGIA					
	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hiperemia de pele	2	5,9	-	-	2	4,0
Prolapso do estoma	5	14,7	1	6,2	6	12,0
Hérnia periestomal	8	23,5	4	25,0	12	24,0
Hérnia periestomal e prolapso	2	5,9	-	-	2	4,0
Sem complicação	17	50,0	11	68,8	28	56,0
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao aumento de peso após a cirurgia e as complicações do estoma verificamos na Tabela 5 que 34 (68,0%) ganharam peso e 16 (32,0%) mantiveram ou diminuíram o peso. Dos 34 que aumentaram o peso cinco (14,7%) desenvolveram prolapso,

oito (23,5%) adquiriram hérnia periestomal e dois (5,9%) estão acometidos de hérnia periestomal e prolapso, enquanto que, no grupo que não ganhou peso, do total de 16, quatro (25,0%) adquiriram hérnia periestomal e um (6,2%) desenvolveu prolapso do estoma.

Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual de portadores de estoma intestinal cadastrados no Programa de Educação e Apoio ao Estomizado, segundo faixa etária e complicações do estoma. Ribeirão Preto, 1999

FAIXA ETÁRIA	COMPLICAÇÕES DO ESTOMA										TOTAL	
	Sem complicações		Hiperemia pele		Prolapso		Hérnia periestomal		Hérnia periestomal prolapso			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18  — 28	3	6,0	-	-	-	-	-	-	-	-	3	6,0
28  — 38	4	8,0	-	-	1	2,0	-	-	-	-	5	10,0
38  — 48	5	10,0	1	2,0	1	2,0	1	2,0	-	-	8	16,0
48  — 58	5	10,0	1	2,0	-	-	3	6,0	1	2,0	10	20,0
58  — 68	1	2,0	-	-	2	4,0	3	6,0	-	-	6	12,0
68  — 78	7	14,0	-	-	1	2,0	3	6,0	1	2,0	12	24,0
≥ 78	3	6,0	-	-	1	2,0	2	4,0	-	-	6	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>56,0</b>	<b>2</b>	<b>4,0</b>	<b>6</b>	<b>12,0</b>	<b>12</b>	<b>24,0</b>	<b>2</b>	<b>4,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

O estudo das complicações tardias com a faixa etária torna-se interessante uma vez que a debilidade muscular ocorre com o avanço da idade e predispõe a complicações. Observamos na Tabela 6 que três (6,0%) pacientes com mais de 78 anos foram acometidos de hérnia periestomal ou prolapso e, na faixa dos 58 a 68 anos verificamos que cinco (10,0%) estão com prolapso ou hérnia periestomal.

localizados, entre os quais, encontramos seis (12,0%) casos que não demonstram as especificações científicas em relação à distância da linha da cintura, um (2,0%) no que se refere à crista ilíaca e um (2,0%) à cicatriz cirúrgica.

A localização do estoma restringe ou potencializa a ocorrência de complicações tardias. Os dados revelaram que, mesmo estando os estomas localizados no músculo reto-abdominal, ocorreram 14 (28,0%) hérnias periestomais e oito (16,0%) prolapsos de estoma. A literatura mostra que existem fatores relativos à técnica cirúrgica e, outros de ordem geral como aumento da pressão intra-abdominal e redução do tônus muscular que colaboram para a incidência de tais complicações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na avaliação dos resultados da construção do estoma merecem destaque os casos que resultaram em estomas mal

Anexo 1

**AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO PROCESSO DE DEMARCAÇÃO DO ESTOMA INTESTINAL**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Inscrição: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
D. Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Grau de Instrução: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Data Cirurgia: \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Tipo de Estoma: \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO ESPECÍFICO**

**1) LOCALIZAÇÃO DO ESTOMA**

- inserção do estoma está no músculo abdominal \_\_\_\_\_  
- distância do estoma da linha da cintura é de \_\_\_\_\_ cm  
- distância do estoma da crista ilíaca é de \_\_\_\_\_ cm  
- distância do estoma da cicatriz do umbigo é de \_\_\_\_\_ cm  
- distância do estoma da cicatriz cirúrgica é de \_\_\_\_\_ cm

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Bueno S. Minidicionário da língua portuguesa. São Paulo (SP): FTD; 1996.
2. Broadwell DCO, Jackson BS. In: Broadwell DCO, Jackson BS. Philosophy and Issues in ostomy care. Principles of ostomy care. St. Louis: C.V. Mosby; 1982. p. 3-7.
3. Vukovich VC, Grubb RD. Care of ostomy patient. St. Louis: Mosby; 1977. p. 74-8.
4. Garcia SP. Ileostomias: atención preoperatoria. Madrid: Curso de Especialización (Enfermagem em Estomoterapia), 1989.
5. Beyers M, Dudas S. Enfermagem médico cirúrgica: tratado da prática clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1989. p. 718-85.
6. Click C. Care of the patient with a urinary diversion. Cancer Bull 1981; 33 (1):6-8.
7. Santos VLCG. Buscando o lugar certo. Rev Paul Enfermagem 1993; 12 (3):103-6.
8. Burton AH, Dean JA, Dean AG. EPIINFO: computer programs for epidemiology. Atlanta: Division of Surveillance and Epidemiologic Studies. Epidemiology Programs Office, Center for Disease, Control; 1990.

- distância do estoma dos rebordos costais é de \_\_\_\_\_ cm  
- inserção do estoma está localizada em pregas da pele ou dobras de gordura?  
( ) SIM ( ) NÃO Onde? \_\_\_\_\_

**2) PROTUSÃO DO ESTOMA**

( ) Abaixo do nível da pele da parede abdominal  
( ) Em nível da pele da parede abdominal  
( ) Acima do nível da pele da parede abdominal em até 1,5 cm  
( ) Acima do nível da pele da parede abdominal em 2,0 e/ou 2,5 cm

**3) COMPLICAÇÕES DO ESTOMA**

( ) SIM ( ) NÃO  
( ) dermatite periestomal  
( ) prolapso abdominal  
( ) hérnia periestomal  
( ) retração  
( ) estenose  
( ) outras

**4) INCORPORAÇÃO DE PESO APÓS A CIRURGIA**

( ) SIM ( ) NÃO Quanto? \_\_\_\_\_

**5) OUTRAS OBSERVAÇÕES**

9. Rague JM, Saenz A. Patologia colorrectal. In: Ortiz H, Rague JN, Foulkes B. Indicaciones Y cuidados de los estomas. Barcelona: JIMS; 1989. p. 49-61.
10. Miguel MD, Saenz A, Hurtado, HO. Colostomias In: Ortiz H, Rague JN, Foulkes B. Indicaciones y cuidados de los estomas. Barcelona: JIMS; 1989. p. 107-29.
11. Watt CR. Stoma placement. In: Broadwell DC, Jackson BS. Principles of ostomy care. St. Louis: C.V. Mosby; 1982. p. 329-99.
12. Black P. Stoma care. Selecting a site. Nurs Mirror 1985; 161 (9):321-8.
13. Foulkes B, Haracopos C, Hurtado OH. Complicaciones de los estomas digestivos de evacuación. In: Ortiz H, Rague JN, Foulkes B. Indicaciones y cuidados de los estomas. Barcelona: JIMS; 1989. p. 188-213.
14. Sjødahl R, Anderberg B, Bolin T. Parastomal hernia in relation to site of the abdominal stoma. Br J Surg 1988; 75 (4):339-41.
15. Goligher JC. Cirurgia do ânus, reto e colo. 5ª ed. São Paulo (SP): Manole; 1990.
16. Crema E, Silva R. Complicações dos estomas intestinais. In: Crema E, Martins A Jr. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. Uberaba (MG): Pinti; 1997. p. 91-104.
17. Casas GV. Guia del ostomizado digestivo: cuidados de enfermería. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.