Perfil epidemiológico e clínico de pacientes ostomizados e sua relação com Índice de comorbidades de Charlson

Clinical and Epidemiologic profile of ostomyzed patients e its relation with Charlson Comorbidity Index

Lucas Camargo Gamba Martins do Amaral[1], Thiago Mamôru Sakae[2], Gustavo Botega de Souza[3]

RESUMO

Introdução: A cirurgia de confecção de ostomia é um procedimento corriqueiro que envolve diversos fatores ambientais, psicossociais e técnicos. Porém este procedimento gera limitações na vida do paciente, seja ele permanente ou temporário. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes que realizaram ostomias no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Tubarão-SC e associar com suas comorbidades de acordo com o Índice de Comorbidades de Charlson (ICC). **Métodos:** Estudo de corte transversal descritivo, incluiu 79 pacientes ostomizados durante o período de 2008 a 2018. Resultados: Houve maior prevalência do sexo masculino (60,8%), a principal causa foi neoplasia de cólon (41,8%), as complicações tardias mais frequentes foram hérnia (21,5%), prolapso (17,7%) e fistula (15,2%). A pontuação do ICC foi a mais elevada (maior gravidade) nos pacientes com neoplasia de cólon. Os pacientes do sexo masculino apresentaram oito vezes mais risco de prolapso e três vezes mais risco de hérnia. Pacientes com ostomia permanente apresentaram ICC mais elevado que os de temporária. **Conclusão:** Estratégias de prevenção e avaliação das comorbidades são fundamentais para o seguimento de pacientes ostomizados.

PALAVRA-CHAVE: Estomia, colostomia, ileostomia, comorbidade

ABSTRACT

Introduction: *Ostomy surgery is a common procedure that involves several environmental, psychosocial and technical factors. However, this procedure generates limitations in the patient's life, whether it is permanent or temporary.* ***Objective:*** *To describe the epidemiological profile of patients who underwent ostomies at the Hospital Nossa Senhora da Conceição in Tubarão-SC and associate it with their comorbidities according to the Charlson Comorbidity Index (CCI).* ***Methods:*** *A descriptive cross-sectional study included 79 ostomy patients from 2008 to 2018. Results: There was a higher prevalence of males (60.8%), the main cause was colon cancer (41.8%), the more frequent late complications were hernia (21.5%), prolapse (17.7%) and fistula (15.2%). The CCI score was the highest (greater severity) in patients with colon cancer. Male patients had an eight-fold higher risk of prolapse and three-fold higher risk of of hernia. Patients with permanent ostomy had higher CCI than temporary ones.* ***Conclusion:*** *Strategies of prevention and assessment of comorbidities are essential for the follow-up of ostomy patients.*

KEYWORDS: Ostomy, colostomy, ileostomy, comorbidity

[1] Estudante de Medicina da Unisul - Tubarão-SC
[2] Médico pela Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul). Doutorado em Ciências Médicas - UFSC. Pós Doutorado em Ciências da Saúde - Unisul
[3] Médico pediatra.Doutorado em Engenharia de Produção - UFSC. Professor da Unisul

INTRODUÇÃO

Um estoma se caracteriza como uma comunicação entre os órgãos ou vísceras através de um ambiente externo, servindo como meio para drenagem ou eliminação de secreções (1). Os procedimentos que induzem cirurgias de confecção de estomas são bastante corriqueiros no meio cirúrgico, podendo ser realizados por diversos profissionais. Esse procedimento é utilizado tanto em casos de urgência, visando à sobrevida, quanto em situações eletivas para diminuição da morbidade envolvida com o paciente. Colostomia e ileostomia podem ser realizadas tanto em alça quanto de forma terminal, variando de acordo com grau de complicação e da necessidade em relação à percepção do cirurgião acerca do paciente. A maioria tende a se apresentar de forma terminal devido à menor complexidade do procedimento (2). O desenvolvimento de estoma é comumente utilizado em doenças que apresentam elevado risco para o paciente. Apesar de ser um procedimento necessário e comum, ele tende a ter um elevado percentual de morbidades pós-operatórias, chegando a levar de 21% a 70% dos pacientes a desenvolver complicações (3-5). Algumas condições são consideradas de risco para o surgimento de complicações devido ao processo de mau planejamento na escolha do local da confecção do estoma, o tempo de fechamento do estoma, preparo intestinal inadequado, tipo de anastomose e da técnica cirúrgica inadequada (2,6). Algumas literaturas também afirmam que o grau de percepção acerca das complicações na instituição está relacionado com maior risco de desenvolvimento (2). Uma das principais consequências desenvolvidas, devido aos fatores citados, se torna a deiscência de anastomose (3). Este, ocasiona corriqueiramente complicações locais, como prolapso, fístula, isquemia, hérnia periostomal e retração do estoma (2,3). Devido às inúmeras morbidades que este procedimento pode causar, há uma clara necessidade de atenção com o paciente para tentar minimizar os fatores de risco (7). A identificação precoce se torna, desse modo, essencial para diminuição dos riscos e aumento da qualidade de vida do paciente. Desses, atenção dos profissionais na técnica cirúrgica utilizada, na escolha do local do estoma, educação do paciente para tentar diminuir seus fatores de risco, anormalidades eletrolíticas, cuidado com complicações periostomais dermatológicas, atenção ao desenvolvimento de isquemia, prolapso de estoma e desenvolvimento de hérnia (3,7,8), se tornam necessários para o pós-operatório. Dessa maneira, esta pesquisa acredita que a busca pela identificação precoce dessas condições cause a diminuição do seu desenvolvimento. Existem diversos métodos informativos para classificação de comorbidades; destes, o Índice de Comorbidades de Charlson tem sido amplamente utilizado como indicador de desenvolvimento de risco (9).

MÉTODOS

Este foi um estudo transversal retrospectivo, baseado em revisão de prontuários, realizado em uma amostra de 79 pacientes, submetidos à cirurgia de confecção de colostomia e ileostomia no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), em Tubarão – Santa Catarina (SC), durante o período de 2008 a 2018. O critério de inclusão para essa pesquisa utilizou pacientes previamente submetidos à cirurgia de colostomia e ileostomia de ambos os gêneros, com idade mínima de 18 anos. Foram excluídos da análise pacientes cujos prontuários estavam incompletos.

As variáveis utilizadas foram: Gênero, raça, idade, tipo de cirurgia, causa da ostomia, variação do estoma, complicações tardias de estoma e presença de comorbidades com base no artigo Charlson (9). Foram utilizadas 19 comorbidades com peso de 1 a 6 (9). Foram consideradas as seguintes complicações tardias de estoma ocorridas pelo menos 30 dias após a sua confecção: prolapso, retração, hérnia, fístula, estenose e necrose. Além dos códigos relacionados aos estomas, os códigos diagnósticos dos capítulos das doenças dos aparelhos gastrointestinais também foram revisados por apresentarem maior probabilidade de ocorrências de ostomia com base no CID-10.

As variáveis numéricas foram avaliadas por medidas de tendência central e dispersão. As variáveis categóricas foram descritas por números absolutos e proporções. A análise estatística foi feita com o software SPSS 19.0, utilizando os testes qui quadrado, exato de Fisher, t de Student e Smirnov Kolmogorov, de acordo com a indicação. O nível de confiança adotado foi de 95%.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 79 pacientes. Destes, 48 eram do sexo masculino (60,8%); a idade variou entre 18 e 91 anos, predominância da raça branca (92,5%). Entre os procedimentos realizados, 66 pacientes foram submetidos à colostomia (83,5%) e 13 à ileostomia (16,5%). (Tabela 1)

As principais causas de ostomias identificadas foram neoplasia de cólon (41,8%) e trauma (16,5%). As complicações tardias mais frequentes foram: hérnia com 17 pacientes (21,5%), prolapso com 14 pacientes (17,7%) e fístula com 12 pacientes (15,2%). (Tabela 1)

Na comparação média da pontuação do ICC, os pacientes com neoplasia de cólon tiveram uma pontuação maior do que as outras causas ($p<0,0001$). Da mesma maneira, os pacientes submetidos à ostomia permanente apresentaram uma pontuação média do ICC mais alta e estatisticamente significante em comparação à ostomia temporária ($p=0,005$). (Tabela 2)

DISCUSSÃO

Com aumento da sobrevida e envelhecimento da população, o câncer tem se apresentado como uma das principais causas de mortes do mundo. Estima-se que o câncer colorretal atingiu entre 17 mil casos nos homens e 19 mil casos nas mulheres nos anos de 2018 e 2019 (10). Esses

Tabela 1 - Características Sociodemográficas e Clínicas da Amostra.

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
- Masculino	48	60,8
- Feminino	31	39,2
Raça		
- Branca	72	91,1
- Não branca	7	8.9
Tipo de cirurgia		
- Colostomia	66	83,5
- Ileostomia	13	16,5
Idade	Média: 61,11	DP: 16,78
Causas		
- Neoplasia de cólon	33	41,8
- Outras neoplasias	5	6,3
- Trauma	13	16,5
- Doença diverticular	9	11,4
- Doença de Chron	1	1,3
- Retocolite ulcerativa	2	2,5
- Outras causas	16	20,3
Variação da ostomia		
- Temporária	39	49,4
- Permanente	40	50,6
Complicações tardias		
- Prolapso	14	17,7
- Retração	7	8,9
- Hérnia	17	21,5
- Fístula	12	15,2
- Estenose	8	10,1
- Necrose	1	1,3

Tabela 2 - Comparação da Média do Índice de Comorbidades de Charlson (ICC) de acordo com as variáveis

VARIÁVEL	MÉDIA	DP	P
Sexo			0,194
- Masculino	3,25	2,877	
- Feminino	3,1	3,921	
Raça			0,272
- Branca	3,71	2,928	
- Não branca	2,43	2,820	
Tipo de cirurgia			0,454
- Colostomia	3,48	2,983	
- Ileostomia	4,15	2,641	
Causas			<0,0001*
- Neoplasia de cólon	5,06	2,839	
- Trauma	1,23	1,878	
Variação da ostomia			0,005*
- Temporária	2,67	2,464	
- Permanente	4,50	3,080	
Complicações tardias			
- Prolapso	3,36	2,845	0,740
- Retração	4,43	2,820	0,433
- Hérnia	3,71	3,177	0,861
- Fístula	4,08	2,466	0,533
- Estenose			
- Necrose			

*p<0,05

Tabela 3 - Análise Bivariada dos Fatores Associados ao Índice de Comorbidade de Charlson (ICC) >= 5

VARIÁVEL	RP	IC95%	p
Sexo			
- Masculino	0,91	0,46 a 1,77	0,770
Raça			
- Branca	2,24	0,36 a 14,16	0,332
Tipo de cirurgia			
- Colostomia	0,74	0,34 a 1,64	0,488
Causas			
- Neoplasia de cólon	2,32	1,16 a 4,66	0,014*
- Outras neoplasias	2,96	1,66 a 5,26	0,013*
- Trauma	0,22	0,03 a 1,49	0,052
- Doença diverticular	0,71	0,19 a 2,51	0,572
- Doença de Chron	--	--	--
- Retocolite ulcerativa	--	--	--
- Outras causas	0,36	0,94 a 1,36	0,082
Variação da ostomia			
- Temporária	0,52	0,24 a 1,06	0,060
Complicações tardias			
- Prolapso	0,93	0,37 a 2,29	0,871
- Retração	1,47	0,58 a 3,72	0,452
- Hérnia	1,21	0,57 a 2,57	0,619
- Fístula	1,11	0,46 a 2,69	0,809
- Estenose	0,38	0,06 a 2,48	0,246
- Necrose	--	--	--

*p<0,05

dados colaboram para o aumento do diagnóstico e intervenção precoces, o que pode levar à consequência no aumento de estomas por neoplasias do aparelho digestivo. No serviço pesquisado, a principal causa para realização de estoma foi a neoplasia de cólon, concordando com estudos recentes (7,10), refutando, porém, dados encontrados em estudos de outros locais, que demonstraram o trauma ser a causa principal, mas em pacientes com faixa etária menor (1,12,13).

A análise dos dados epidemiológicos demonstrou que a maioria da população estudada era do sexo masculino, sendo possível observar o mesmo padrão em outros estudos (2,11,12). As pacientes do sexo feminino tiveram uma prevalência maior de neoplasia de cólon em comparação aos pacientes masculinos (RP=1,64; IC95%:0,99 a 2,75; pFisher = 0,048), mostrado em outros estudos como principal causa de ostomia no sexo feminino (14-16). Foi possível observar que os pacientes com diagnóstico de neoplasia de cólon obtiveram um risco 70% maior de ostomia permanente em comparação àqueles por outras causas (RP=1,70; IC95%:1,10 a 2,62; pFisher = 0,014). Números similares foram encontrados em outro estudo, demonstrando que pacientes com neoplasia de cólon apresentam risco maior de desenvolver ostomia permanente se comparado com

outras causas (17). A principal complicação tardia encontrada foi hérnia, seguida de prolapso e fístula, entrando em consonância com outros estudos (19,20). Nesse estudo, os pacientes do sexo masculino tiveram um risco oito vezes maior de apresentarem prolapso da colostomia (RP=8,39; IC95%:1,16 a 61,01; p=0,007), os pacientes do sexo masculino também tiveram um risco três vezes maior de apresentarem hérnias nos estomas (RP=3,01; IC95%:0,95 a 9,64; p_{Fisher} = 0,051). Outro estudo mostrou que, durante o primeiro ano pós-cirúrgico, hérnia tende a ser uma complicação mais comum nos pacientes do sexo feminino (69%) (20). Nesse estudo, foi utilizada a escala do Índice de Comorbidades de Charlson para predizer seu valor, acerca da epidemiologia e de comorbidades, adaptando condições clínicas ao CID-10 de acordo com Charlson *et al* (9). Em comparação com outras causas, neoplasia de cólon se apresentou com média de 5,06 pontos (p<0,0001) na escala de Comorbidades de Charlson e ostomia permanente se apresentou com média de 4,5 pontos (p=0,005). Na análise multivariada, foram observados como fatores associados independentemente a uma pontuação do ICC maior ou igual a 5 a neoplasia de cólon (RP=2,32) e outras neoplasias (RP=2,96). Esta pesquisa não teve o objetivo de validar o ICC ao ambiente na realização de cirurgias para confecção de estomas, mas o de utilizá-lo como uma ferramenta para avaliação das comorbidades e dos fatores associados a complicações e como um dado de controle clínico.

CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu descrever o perfil epidemiológico e clínico da amostra de pacientes submetidos a ostomias no serviço pesquisado. O Índice de Comorbidades de Charlson foi mais elevado em pacientes com neoplasia de cólon, além de um maior escore nos pacientes com ostomia permanente. Da mesma maneira, revelou uma maior prevalência de neoplasia de cólon nos pacientes do sexo feminino, além de um risco maior de complicações de ostomias em pacientes masculinos. Esses dados podem ser utilizados para entender melhor o perfil da população da região submetida à cirurgia de confecção de estoma, suas comorbidades e principais complicações, a fim de educar e melhorar o tratamento para evitar o aumento em sua incidência.

REFERÊNCIAS

1. Freitas LNMA, Araújo Fernandes DO, Didoné EL. Epidemiological characterization of ostomized patients attended in referral Center from the city of Maceió, Alagoas, Brazil. J. Coloproctol. (Rio J.) 2016 June; 36(2): 64-68.
2. Santos C, Bezerra M, Bezerra F, Paraguassú B. Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma. Revista Brasileira De Coloproctologia; 2007. 27(1): 016-019.
3. Kawata M. Avoidance and management of stomal complications. Clinics in Colon and Rectal Surgery. 2013 Jun;26(2):112-121.
4. Sheetz KH, Waits SA, Krell RW, et al. Complication rates of ostomy surgery are high and vary significantly between hospitals. Dis Colon Rectum. 2014;57(5):632-637.
5. Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, Watkins AJ, Morgan AR, Beynon J et al. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management. Colorectal Disease. 2003; 5: 49-52.
6. Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden ME, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-Related Problems and Their Impact on Quality of Life of Colorectal Cancer Ostomates: a Systematic Review. Qual Life Res. 2016; 25 (1):125-33.
7. Salomé GM, Almeida SA, Silveira MM. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. J. Coloproctol. (Rio J.) 2014; 34(4):231-239.
8. Sousa MJ, Andrade SSC, Brito KKG, Matos SDO, Coêlho HFC, Oliveira SHS. Sociodemographic and clinical features and quality of life in stomized patients. J. Coloproctol. (Rio J.) 2016 Mar [cited 2020 Mar 03] ; 36 (1):27-33.
9. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis 1987; 40:373-83
10. Campos FGCM, Figueiredo MN Monteiro M, Nahas SC, Cecconello I. Incidence of Colorectal Cancer in Young Patients. Rev. Col. Bras. Cir. 2017; 44 (2):208-215.
11. Sousa JB, Oliveira RAN, Oliveira PG, Santos ACN. Morbidade e mortalidade associadas ao fechamento de colostomias e ileostomias em alça acessadas pelo estoma intestinal. Rev Col Bras Cir. 2012; 39 (5):389-393.
12. Silva JB, Costa DR, Menezes FJC, Tavares JM, Marques AG, Escalante RD. Perfil epidemiológico e morbimortalidade dos pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal: experiência de um centro secundário do Nordeste Brasileiro. ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig. 2010; 23 (3): 150-153.
13. Biondo-Simões MLP, Brenner S, Lemos R, Duck D, Rey SD. Análise das complicações pós-operatórias em decolostomias. Acta Cir. Bras. 2000; 15 (Suppl 3): 53-57.
14. Stumm EMF, Oliveira ERA, Kirschner RM. Perfil de pacientes ostomizados. Sci Med (Porto Alegre). 2008; 18:26-30.
15. Macedo MS. Perfil dos ostomizados atendidos em hospital privado no município de Teresina - PI [Trabalho de conclusão de curso]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2001.
16. Melotti LF, Bueno IM, Silveira GV, Silva MEN, Fedosse E. Characterization of patients with ostomy treated at a public municipal and regional reference center. J. Coloproctol. 2013; 33 (2):70-74.
17. Robertson I, Eung E, Hughes D, Spires M, Donnelly L, Mackenzie I. Prospective analysis of stoma related complications. Colorectal Dis 2005; 7:279-85.
18. Cruz GMG, Andrade MMA, Gomes DMBM, Constantino JRM, Chamone BC. Estoma & câncer retal: revisão de 195 estomas realizados em 380 pacientes portadores de câncer retal. Rev bras. colo-proctol. 2008; 28 (2):193-203.
19. Caricato M, Ausania F, Ripetti V, Bartolozzi F, Campoli G, Cappola R. Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. Colorectal Dis. 2007; 9:559-61.
20. Carlsson E, Fingren J, Hallén AM, Petersén C, Lindholm E. The Prevalence of Ostomy-related Complications 1 Year After Ostomy Surgery: A Prospective, Descriptive, Clinical Study. Wound Management & Prevention. 2016; 62:34-48.

FOMENTO

O trabalho teve a concessão de bolsa de pesquisa pelo Programa do Artigo 170.

✉ Endereço para correspondência
Thiago Mamôru Sakae
Rua Antônio de Lucca, 50/787
88.811-503 – Criciúma/SC – Brasil
☎ (48) 3431-9999
thiagosakae@gmail.com

Recebido: 3/3/2020 – Aprovado: 3/5/2020