



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**

**CURSO DE MEDICINA**

**LARISSA ROCHA ATAYDE MOREIRA**

**COMPARAÇÃO DOS DESFECHOS CLÍNICOS PÓS-COLECTOMIAS COM AS  
TÉCNICAS DE ANASTOMOSE PRIMÁRIA E COLOSTOMIA: UMA ANÁLISE  
RETROSPECTIVA**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**SALVADOR - BA**

**2023**

**LARISSA ROCHA ATAYDE MOREIRA**

**COMPARAÇÃO DOS DESFECHOS CLÍNICOS PÓS-COLECTOMIAS COM AS  
TÉCNICAS DE ANASTOMOSE PRIMÁRIA E COLOSTOMIA: UMA ANÁLISE  
RETROSPECTIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no 4º ano de Medicina.

Orientador(a): Dr. Márcio Rivison Silva Cruz

**SALVADOR - BA**

**2023**

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Colectomia é o procedimento cirúrgico de remoção parcial ou total do cólon. Há uma crescente tendência no uso de procedimentos minimamente invasivos em relação à cirurgia aberta. Além da via de acesso, a definição de como o trânsito intestinal será mantido impacta nos desfechos, podendo ser via anastomose primária ou colostomia. Por ser um procedimento complexo, há diversas complicações que podem ocorrer, mas, também, ser evitadas. **OBJETIVO:** Analisar os desfechos pós-operatórios em pacientes submetidos a colectomias com anastomose primária ou colostomia em um hospital público de Salvador. **METODOLOGIA:** Estudo longitudinal, primário, de coorte retrospectiva, analítico e quantitativo, com pacientes submetidos a colectomias no Hospital Municipal de Salvador entre abril de 2018 e abril de 2022. Critério de inclusão: pacientes de ambos os sexos submetidos a colectomias no período. Critério de exclusão: pacientes com ausência de dados de admissão ou alta hospitalar no prontuário. Análise estatística realizada pelo programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 25, com variáveis numéricas descritas por mediana e intervalo interquartil e as categóricas em número absoluto e proporção. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia da Bahia. **RESULTADOS:** Foram coletados os dados de 332 pacientes, sendo 110 mulheres com 61 [47-72] anos, e 140 homens com 58 [38-67] anos. O grupo com colostomia teve 135 pacientes, sendo 68 mulheres com 61 [49-72] anos e 67 homens com 64 [49-72] anos, 56 pacientes faziam uso de medicamento prévio e 85 tinham comorbidade. O grupo com anastomose primária teve 115 pacientes, sendo 73 homens com 47 [33-64] anos e 42 mulheres com 60 [42-72] anos, 30 faziam uso de medicamentos prévios e 42 tinham comorbidades. Em ambos, 37 já tinham feito cirurgia prévia. A AP mecânica com grampeador com reforço foi utilizada em 53,9% dos casos. As complicações ocorreram em 105 pacientes, a reabordagem em 69 pacientes, 190 receberam alta e 60 foram a óbito, 87 pacientes fizeram antibioticoprofilaxia e 158 antibioticoterapia, 70 pacientes fizeram uso de droga vasoativa. Dos pacientes com complicações, 46 eram mulheres e 59 homens, 61 possuíam alguma comorbidade e 30 pacientes já tinham realizado cirurgia prévia; optou-se por AP em 52 casos e colostomia em 53 casos, a duração do internamento hospitalar foi de 15 [8-27] dias, 62 pacientes ficaram em UTI pós-operatória por 1 [0-5] dia e foi necessário uso de droga vasoativa em 45 pacientes. O choque

séptico/outros foi a complicação mais frequente nos dois grupos, a deiscência de anastomose foi a mais incidente no grupo com anastomose primária e a isquemia/necrose de ostomia no grupo com colostomia. **CONCLUSÃO:** A colostomia foi a técnica mais utilizada. Não houve diferença na frequência de óbito ou alta hospitalar, complicações e reabordagens entre os grupos com colostomia e anastomose primária.

**Palavras-chave:** Colectomia. Anastomose primária. Colostomia. Desfechos.

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Colectomy is the surgical procedure of partial or total removal of the colon. There is a growing trend towards the use of minimally invasive procedures over open surgery. In addition to the surgical approaches, the definition of how intestinal transit will be maintained impacts the outcomes, which may be via primary anastomosis or colostomy. Because it is a complex procedure, there are several complications that can occur, but can also be avoided. **OBJECTIVE:** To analyze postoperative outcomes in patients undergoing colectomies with primary anastomosis or colostomy at a public hospital in Salvador, Bahia. **METHODS:** Longitudinal, primary, retrospective, analytical and quantitative cohort study, with patients undergoing colectomies at the Hospital Municipal de Salvador between April 2018 and April 2022. Inclusion criteria: patients of both sexes undergoing colectomies in the period. Exclusion criteria: patients with absence of hospital admission or discharge data in the medical record. Statistical analysis performed using the Statistical Package for the Social Sciences program, version 25, with numerical variables described by median and interquartile range and categorical variables in absolute number and proportion. Project approved by the Research Ethics Committee of the Santa Casa de Misericórdia da Bahia. **RESULTS:** Data were collected from 332 patients, 110 women aged 61 [47-72] years and 140 men aged 58 [38-67] years. The group with colostomy had 135 patients, 68 women aged 61 [49-72] years and 67 men aged 64 [49-72] years, 56 patients were using previous medication and 85 had comorbidity. The group with primary anastomosis had 115 patients, 73 men aged 47 [33-64] years and 42 women aged 60 [42-72] years, 30 were using previous medications and 42 had comorbidities. In both, 37 had already undergone previous surgery. Mechanical AP with a stapler with reinforcement was used in 53.9% of the cases. Complications occurred in 105 patients, reoperations in 69 patients, 190 were discharged and 60 died, 87 patients underwent antibiotic prophylaxis and 158 antibiotic therapy, 70 patients used vasoactive drugs. Of the patients with complications, 46 were women and 59 men, 61 had some comorbidity and 30 patients had already undergone previous surgery; we opted for AP in 52 cases and colostomy in 53 cases, the length of hospital stay was 15 [8-27] days, 62 patients stayed in the postoperative ICU for 1 [0-5] day and it was necessary to use vasoactive drug in 45 patients. Septic shock/others was the most frequent complication in both groups, anastomosis dehiscence was the most frequent in the group with

primary anastomosis, and ostomy ischemia/necrosis in the group with colostomy.

**CONCLUSION:** Colostomy was the most commonly used technique. There was no difference in the frequency of death or hospital discharge, complications and reoperations between the groups with colostomy and primary anastomosis.

**Keywords:** Colectomy. Primary Anastomosis. Colostomy. Outcomes.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>10</b>
2.1 Geral.....	10
2.2 Específicos.....	10
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>11</b>
3.1 Colectomias: um panorama geral .....	11
3.2 Vias de acesso .....	13
3.3 Anastomose primária .....	14
3.4 Colostomia .....	15
3.5 Impactos socioeconômicos e psíquicos das colectomias .....	16
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>18</b>
4.1 Desenho de estudo.....	18
4.2 Local, duração e período do estudo .....	18
4.3 População do estudo.....	18
4.3.1 População alvo e acessível.....	18
4.3.2 Critérios de elegibilidade .....	18
4.3.3 Tamanho e seleção amostral.....	19
4.3.4 Fonte de dados .....	19
4.4 Variáveis do estudo.....	19
4.5 Plano de análise de dados .....	20
4.6 Aspectos éticos .....	21
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>22</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>33</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>39</b>

<b>Apêndice A .....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>40</b>
<b>Anexo A – Parecer de Aprovação do CEP .....</b>	<b>40</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A colectomia é o procedimento cirúrgico de remoção parcial ou total do cólon, sendo indicada para tratar doenças malignas e benignas que acometem o intestino, como câncer de cólon, doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa<sup>1</sup>. Em termos mundiais, é uma das intervenções cirúrgicas mais comuns realizados nos Estados Unidos, tendo um impacto socioeconômico importante<sup>2</sup>. Nesse sentido, diversos estudos vêm sendo desenvolvidos a fim de demonstrar a evolução técnica das abordagens para a realização da ressecção colônica, revelando uma crescente tendência no uso de procedimentos minimamente invasivos, através da via laparoscópica ou robótica, em relação à cirurgia aberta<sup>3-6</sup>.

Em relação aos aspectos abordados nas pesquisas, há vários relatos acerca dos desfechos, a fim de demonstrar as vantagens e as desvantagens de cada uma, as complicações pós-operatórias mais prevalentes, a repercussão da escolha no tempo de hospitalização, as taxas de mortalidade referentes ao procedimento e até o custo envolvido<sup>6-8</sup>. Contudo, além da definição da via de acesso, outra questão importante que impactará diretamente nesses desfechos clínicos é a definição de como o trânsito intestinal será mantido.

Sendo assim, a retomada da continuidade do fluxo é considerada uma cirurgia complexa e diversos são os fatores envolvidos para a sua realização. Estudos apontam que, devido a essa complexidade, existem grandes chances dos pacientes evoluírem com complicações relacionadas a comorbidades e operações prévias, como vazamentos, deiscência e evisceração, obstrução intestinal, infecção da ferida pós-operatória e até mesmo impossibilidade de reconstrução<sup>9</sup>.

Isto posto, as técnicas que podem ser utilizadas para a manutenção da continuidade intestinal são a anastomose primária e a exteriorização da alça intestinal através de uma colostomia. Assim, em relação à anastomose primária, é definida como uma conexão cirúrgica entre duas estruturas que, nesse contexto, representa a união entre duas extremidades de alças intestinais<sup>10</sup>. Essa técnica é indicada normalmente para pacientes com quadro estável e nos quais houve um preparo intestinal no pré-operatório. Em algumas situações a anastomose não pode ou não deve ser realizada, como em pacientes hemodinamicamente instáveis e em emergências, sendo então a

colostomia a opção<sup>11,12</sup>. Nesse caso, será realizada a fixação da extremidade de uma alça intestinal colônica a um estoma visando redirecionar o fluxo fecal até que possa ser retomada a continuidade do intestino<sup>1,10</sup>.

Historicamente, a colostomia foi utilizada como opção para reduzir as taxas de mortalidade decorrentes do vazamento de anastomoses nos pacientes com neoplasias obstrutivas no cólon esquerdo, sendo o seu uso ampliado ao longo do tempo para pacientes com diverticulite aguda e traumas de cólon e reto<sup>12</sup>. Nos dias atuais, estudos relatam que há uma preferência pela utilização da anastomose primária devido às possíveis complicações inerentes aos procedimentos. Porém, determinar qual procedimento tem melhores resultados depende não só dos aspectos técnicos, mas também do paciente em si, devendo ser considerado os fatores de risco, como comorbidades e internações anteriores, para que seja traçado o plano terapêutico mais adequado<sup>9,10</sup>.

Além de todo o impacto clínico, existem ainda as repercussões financeiras<sup>13,14</sup> e os impactos psíquicos nos pacientes<sup>15</sup>. Do ponto de vista monetário, apesar da colectomia ser um procedimento cirúrgico comum, é de alto custo, envolvendo não só toda a logística da cirurgia em si, mas também às complicações associadas e as respectivas implicações<sup>13</sup>. Quanto aos impactos psíquicos, a maneira como o paciente percebe a sua situação cirúrgica influencia em como será o seu comportamento antes e após o procedimento. Assim, sabe-se que existem alterações hormonais que podem ter impacto psicológico no pós-operatório tardio<sup>15</sup>, mostrando a relevância do amparo ao paciente ao longo de todo o período envolvendo o procedimento, a fim de tentar evitar a geração de mais custos por causas evitáveis<sup>13,15</sup>.

Em vista disso, esse estudo objetiva analisar os desfechos pós-operatórios em pacientes submetidos a colectomias em um hospital público de Salvador, Bahia, sejam elas com anastomose primária ou colostomia. A investigação das complicações mais prevalentes entre as técnicas de finalização é importante, visto que são ocorrências que geram reabordagens e, conseqüentemente, transtornos para o paciente, além de acarretar aumento de custos no cuidado em saúde para o sistema público e que poderiam ser minimizados ou, ao menos, evitados.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar os desfechos pós-operatórios em pacientes submetidos a colectomias com anastomose primária ou colostomia em um hospital público de Salvador, Bahia, no período de abril de 2018 a abril de 2022.

### **2.2 Específicos**

- Descrever os principais desfechos clínicos das anastomoses primárias e das colostomias.
- Comparar a prevalência das complicações entre anastomoses primárias e colostomias.
- Descrever a prevalência da necessidade de reabordagens entre as técnicas.
- Comparar os desfechos clínicos entre os tipos de anastomoses primárias: manual em plano único, manual em 2 planos, mecânica sem reforço e mecânica com reforço.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Colectomias: um panorama geral

Com o objetivo de tratar doenças que afetam o cólon e, assim, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, a colectomia é o procedimento cirúrgico escolhido quando se opta por remover parcial ou totalmente o intestino grosso<sup>1</sup>. Assim como toda cirurgia, pode ser de caráter eletivo ou emergencial. As eletivas podem ser indicadas para pacientes com falha no tratamento clínico que gere uma instabilidade orgânica no paciente, displasia de mucosa do cólon, casos de câncer invasivo, situações de dificuldade no manejo de manifestações extraintestinais de algumas doenças e casos de retardo no crescimento em crianças e adolescentes. Os casos emergenciais envolvem condições que coloquem a vida do paciente em risco, como megacólon tóxico, perfuração intestinal e hemorragia intestinal grave; já os de urgência abrangem colite fulminante associada a falha do manejo clínico, sangramento contínuo, dor e distensão abdominal<sup>10,16</sup>.

Entre suas indicações gerais, encontram-se as doenças inflamatórias intestinais (DII), principalmente a doença de Crohn e a Retocolite ulcerativa, colite infecciosa (em especial por *Clostridium difficile*), colite isquêmica (se instabilidade hemodinâmica, hemorragia digestiva baixa, peritonite ou preocupação com perfuração), câncer de cólon, diverticulite complicada (seja por abscesso, fístulas para órgãos adjacentes ou, em casos raros, obstruções por estenose) e não complicada (nos casos com muita recorrência a fim de evitar evolução para complicações), volvo colônico, sendo o mais comum o volvo sigmoide, podendo esta ser uma terapia cirúrgica eletiva ou emergencial, como em pacientes com sinais de necrose no cólon, e alguns casos de distúrbios do assoalho pélvico<sup>1,10,16</sup>.

Nesse sentido, considerando que existe a possibilidade de retirada de parte e de até todo o cólon, deve-se analisar cada caso individualmente e, de acordo com a necessidade de cada indicação, definir a melhor conduta. Assim, existem diferentes nomes atribuídos ao procedimento de colectomia de acordo com qual trecho do intestino grosso será removido cirurgicamente, sendo eles: hemicolectomia direita (remoção do cólon ascendente e parte do transverso), hemicolectomia esquerda (remoção do cólon descendente e parte do transverso), sigmoidectomia (remoção do

cólon sigmóide), ressecção anterior baixa (remoção do trecho proximal do reto), ressecção segmentar (remoção de um pequeno trecho do cólon em geral), amputação abdominoperineal (remoção do cólon sigmóide, reto e ânus com a realização de uma colostomia permanente), colectomia total (remoção de todo o cólon e conexão do intestino delgado com o reto) e proctocolectomia total (remoção do reto e de parte ou todo o cólon)<sup>1</sup>.

Diversos são os benefícios para os pacientes que necessitam ser submetidos a esse procedimento cirúrgico. De forma geral, há uma melhora na qualidade de vida desses indivíduos pelo caráter curativo da colectomia para doenças crônicas recorrentes e com sintomas refratários, como as DII, melhorando a maioria das manifestações extraintestinais ao remover o trecho acometido, previne câncer de cólon, o qual tem alta incidência em portadores de Retocolite Ulcerativa, por exemplo, além de também reduzir ou eliminar os sintomas dos pacientes acometidos por essas neoplasias<sup>1,10</sup>.

Contudo, assim como em toda cirurgia, existem riscos que podem levar a algumas complicações gerais e específicas, como risco de infecção local ou sistêmica, hemorragias graves, trombose, pneumonia, atelectasias, necessidade de um estoma devido a disfunções intestinais decorrentes do procedimento, íleo pós-operatório, vazamento de anastomoses, formação de fístulas, deiscências, eviscerações e morte<sup>1,3,10,17,18</sup>. Alguns estudos demonstram que o vazamento de anastomoses, sangramentos e infecções são as complicações com maior impacto na morbimortalidade dos pacientes e nos custos gerados<sup>3,17</sup>.

Nesse sentido, existem avaliações pré-operatórias do paciente que, entre outros aspectos, visam minimizar a ocorrência de potenciais complicações, especialmente a redução da taxa de mortalidade associada à ressecção do cólon, que varia entre 2% e 6%<sup>6,10</sup>. Esse preparo pré-operatório vai desde o atendimento ambulatorial, pacientes internados, até situações emergenciais. Dessa forma, são feitas análises diversas, como a avaliação do estado nutricional do paciente – por ser um preditor de desfechos clínicos complicados –, a preparação intestinal mecânica, a antibioticoterapia profilática, além de planejamento e orientações prévias bem detalhadas, associadas a aconselhamento quando necessário, acerca de cuidados pós-operatórios específicos, como, por exemplo, em situações nas quais são necessários estomas<sup>10,19</sup>.

Somado a isso, é importante buscar por algumas condições clínicas do paciente que já são conhecidas pelo risco aumentado de complicações, especialmente casos de infecções pós-operatórias, como extremos de idade, diagnóstico nutricional, hipocolesterolemia, Diabetes Mellitus, irradiação local prévia, instabilidade hemodinâmica, hipotermia, infecções pré-existentes, corticoterapia e cirurgia prévia recente<sup>20</sup>.

### **3.2 Vias de acesso**

Em relação à via de acesso, a depender do contexto clínico-cirúrgico em que o paciente se encontra, pode-se optar pela cirurgia aberta ou pela realização de um procedimento minimamente invasivo, o qual pode ser via laparoscopia ou robótica. Diversos estudos mostram uma prevalência no uso das técnicas minimamente invasivas quando comparadas à cirurgia aberta, além de demonstrarem que o uso da via laparoscópica em colectomias já é, por si só, um bom preditor de redução de mortalidade<sup>3-6</sup>. A preferência por técnicas minimamente invasivas foi observada em grandes centros de saúde, quando comparado aos hospitais de menor porte, sendo que a escolha pela cirurgia robótica vem aumentando, apesar de ter seu uso mais restrito pelo alto custo<sup>3,5</sup>.

Muito se tem discutido em relação às vantagens e desvantagens associadas às técnicas. Vários estudos demonstram resultados superiores da abordagem minimamente invasiva em relação à cirurgia aberta, como um menor risco de complicações relacionadas à ferida pós-operatória, como vazamento de anastomose, sangramentos e infecções, um retorno em menos tempo à função intestinal normal e dieta usual, um menor tempo de hospitalização após o procedimento e uma recuperação mais rápida<sup>3-5,21,22</sup>. Entre as técnicas minimamente invasivas, alguns estudos demonstraram uma melhora de alguns fatores limitantes da via laparoscópica quando utilizada a robótica, como melhora no campo de visão, precisão e destreza nas movimentações<sup>4</sup>. Contudo, também foram demonstradas mais iatrogenias relacionadas a essa técnica, seja por falta experiência do profissional, falhas no equipamento e a carência de sensação tátil do equipamento<sup>5</sup>.

Após a ressecção do trecho acometido do cólon, é necessário realizar a manutenção do fluxo do intestino. Para isso, pode-se optar pela realização de uma anastomose

primária ou de um estoma<sup>1</sup>. Na avaliação pré-operatória dos pacientes, como já foi dito anteriormente, alguns fatores são considerados a fim de tentar prever e evitar possíveis complicações decorrentes da cirurgia em si, mas também de potenciais complicações relacionadas à técnica escolhida para a manutenção do trânsito do intestino<sup>9</sup>.

### **3.3 Anastomose primária**

Após a ressecção cirúrgica, a retomada da continuidade intestinal pode ser realizada através de uma anastomose primária, na qual as extremidades terminais das partes saudáveis do intestino são conectadas, podendo ser realizada manualmente em plano único ou em dois planos, ou de forma mecânica com e sem reforço<sup>1,10</sup>. De forma geral, sua realização é indicada em casos eletivos de colectomia nos quais os pacientes encontram-se estáveis hemodinamicamente e contraíndicadas em pacientes com instabilidade nos sistemas, especialmente em casos emergenciais envolvendo trauma e situações com risco aumentado de infecção no sítio operatório<sup>10</sup>.

Alguns estudos descrevem que são comuns falhas nas anastomoses, levando a complicações. Os fatores de risco para pacientes submetidos à colectomia e que evoluíram para reabordagens, seja por cirurgia eletiva ou emergencial, ainda são muito discutidos<sup>23</sup>. As complicações mais prevalentes associadas à técnica são as deiscências e o vazamento da anastomose, assim como a infecção da ferida operatória, sendo esta geralmente secundária às complicações anteriores<sup>3,11,17,23</sup>.

Sobre a deiscência, é definida como o rompimento da continuidade e consequente abertura das bordas de uma ferida que foram previamente aproximadas, podendo levar desde a infecções até eviscerações<sup>24</sup>. Essa complicação está relacionada a uma alta taxa de mortalidade nos pacientes submetidos a colectomias. Foram relatados diversos fatores que aumentam o risco de ocorrência, como isquemia, infecções, aumento da pressão intra-abdominal, tensão na anastomose, uso da técnica manual, uso de medicamentos prévios (anti-inflamatórios não esteroidais, quimioterápicos, esteroides e anticoagulantes), além de diabetes, desnutrição, obesidade e tabagismo<sup>24-26</sup>.

O vazamento de anastomose em colectomias é uma das complicações mais comuns e com maior impacto clínico e econômico, tendo relação com aumento das taxas de morbimortalidade. Isso se deve, entre outras razões, ao desenvolvimento de outras afecções decorrentes desse vazamento, como peritonite aguda, complicações sépticas, falência de órgãos, além da necessidade de reabordagens, potencial para implantação de estomas e readmissões<sup>3,11,18</sup>. Nesse sentido, essas repercussões aumentam o tempo de internamento pós-operatório, acarretando o aumento do risco de evolução para quadros mais graves e, conseqüentemente, aumento dos custos de forma geral<sup>18,27</sup>. Estudos mostram que o uso da técnica minimamente invasiva reduz o risco de dessa complicação ocorrer<sup>3,11</sup>.

### **3.4 Colostomia**

A realização de uma colostomia ocorre quando não há condições para se estabelecer uma reconstrução do trânsito intestinal, seja temporária ou permanente. Essa fixação da extremidade de uma alça intestinal colônica a um estoma é indicada quando não é possível realizar uma anastomose, especialmente em casos de campo muito contaminado, instabilidade do paciente, como em situações de colectomias de emergência, e complicações do quadro clínico<sup>1,10</sup>. Além disso, essa técnica é muito adotada pelos profissionais a fim de evitar as deiscências anastomóticas, complicação com importante repercussão e prevalência<sup>28</sup>.

Por ser um procedimento que tem um grande potencial de gerar impactos psíquicos nos pacientes, interferindo na qualidade de vida, é necessário que seja realizado um planejamento prévio a fim de evitar mais complicações psicossociais, além das inerentes ao procedimento em si<sup>10</sup>. Diversos estudos correlacionam a construção de uma ostomia com morbidades, como desidratação, insuficiência renal e herniações associadas<sup>11,29</sup>.

Nesse contexto, a cirurgia de Hartmann – ressecção do trecho acometido do cólon com uma posterior colostomia proximal associada ao fechamento do coto distal – é de grande importância no cenário das colostomias, pois é amplamente adotada em cenários emergenciais e por preceder as cirurgias de reversão do trânsito intestinal. Contudo, estudos demonstram altos índices de complicações pós-Hartmann, além de altas taxas de morbimortalidade associadas<sup>12,30,31</sup>.



### 3.5 Impactos socioeconômicos e psíquicos das colectomias

Como já foi descrito, as complicações decorrentes do procedimento de colectomia geram impactos que vão além do estado clínico do paciente. Os impactos econômicos e sociais estão intimamente relacionados, acometendo tanto a instituição e seus profissionais, quanto o paciente e sua rede de apoio<sup>32</sup>.

Em relação ao fator financeiro, sob a óptica institucional, as complicações pós-operatórias levam a um importante aumento dos custos dos procedimentos cirúrgicos – que já são elevados. Ao prolongar a estadia do paciente internado, seja por complicação intra-hospitalar ou por readmissão, além dos custos de sua manutenção no hospital, há ainda a mobilização dos recursos administrativos, materiais e de serviços dos profissionais envolvidos, sejam eles de ação direta ou indireta. Sob a óptica do paciente, há mobilização financeira pessoal ao longo de todo o processo e as complicações aumentam os gastos ao prolongar uma situação que, muitas vezes, poderia ser evitada<sup>13,14,17,18,32</sup>. Deve-se considerar que os impactos nos recursos financeiros vão desde o setor privado às instituições públicas<sup>17</sup>, o que, no cenário brasileiro, gera ainda mais preocupação pela histórica defasagem nos orçamentos do Sistema Único de Saúde, acometendo a sociedade como um todo.

Quanto ao impacto psíquico, estudos apontam que a percepção do paciente frente às circunstâncias perioperatórias afeta seu comportamento antes e também depois da cirurgia<sup>15</sup>. A colectomia é uma intervenção de grande porte, o que já assusta grande parte dos pacientes desde o momento em que lhes é informado da necessidade de ser realizada. Além disso, é sabido que podem ocorrer alterações hormonais que podem ter impacto psicológico no pós-operatório tardio, mostrando a necessidade, inclusive, de terapias psíquicas profiláticas pré-cirúrgicas bem estabelecidas para um acolhimento adequado<sup>12,15,33</sup>.

Sendo assim, a recorrência das complicações afeta o paciente também no aspecto psicológico e emocional, tendo também repercussões em outras áreas da sua vida. No âmbito familiar, podem ser desenvolvidas disfunções relacionadas ao cuidado e acompanhamento pré e pós-operatório do paciente e ao desequilíbrio financeiro que pode, também, estar envolvido – e profissional, já que pode comprometer a produtividade no trabalho, seja do indivíduo submetido à cirurgia, dos seus familiares

e, inclusive, dos profissionais da instituição. Isso evidencia como as questões psíquicas também corroboram para o aumento do impacto no âmbito financeiro<sup>32</sup>.

Diante da relevância dos impactos gerados pelas complicações pós-cirúrgicas decorrentes de colectomias, faz-se necessário o desenvolvimento de novos estudos acerca do tema para maiores investigações, visando esclarecer os principais desfechos clínicos dos pacientes submetidos a esse procedimento, especialmente aqueles decorrentes de quadros potencialmente evitáveis.

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Desenho de estudo**

Trata-se de um estudo longitudinal, primário, de coorte retrospectiva, de caráter analítico e abordagem quantitativa.

### **4.2 Local, duração e período do estudo**

O estudo foi realizado com pacientes do Hospital Municipal de Salvador (HMS), no município de Salvador, Bahia. Em suas instalações, o hospital conta com um total de 210 leitos para atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando Unidade de Terapia Intensiva (UTI) – adulto e pediátrico –, clínica médica cirúrgica e clínica pediátrica, recebendo, atualmente, casos regulados de urgência, emergência e, também, ambulatoriais. Além disso, conta com o serviço de Residência Médica, oferecendo três programas: Medicina de Emergência, Clínica Médica e Cirurgia Geral. Em relação a quantidade de serviços, de acordo com a Secretaria Municipal da Saúde, desde a inauguração, em 2018, o HMS já realizou mais de 500 mil atendimentos, 37 mil internações e 17 mil cirurgias.

O estudo envolveu os pacientes que foram admitidos no HMS no período entre abril de 2018 e abril de 2022.

### **4.3 População do estudo**

#### **4.3.1 População alvo e acessível**

Como população alvo, tem-se os pacientes que realizaram colectomia. Em relação à população acessível, foram incluídos todos os pacientes submetidos ao procedimento de colectomia admitidos no Hospital Municipal de Salvador no período entre abril de 2018 e abril de 2022. Foram consideradas todas as colectomias existentes, com ou sem a participação do pesquisador responsável por este estudo na cirurgia.

#### **4.3.2 Critérios de elegibilidade**

Como critério de inclusão, tem-se os pacientes de ambos os sexos que foram submetidos a colectomias no período entre abril de 2018 e abril de 2022.

Como critério de exclusão, tem-se os pacientes com ausência de dados de admissão ou alta hospitalar no prontuário.

#### **4.3.3 Tamanho e seleção amostral**

A amostra foi definida por conveniência e, como foram coletados os dados de todos os pacientes da população acessível, não foi necessário realizar um cálculo amostral.

#### **4.3.4 Fonte de dados**

Os dados foram secundários, coletados a partir de prontuário eletrônico da instituição.

#### **4.3.5 Instrumento da coleta de dados**

As informações coletadas dos prontuários foram registradas em uma planilha, elaborada pelo próprio pesquisador (APÊNDICE A). Nesta planilha foram organizados os dados definidos pelas variáveis do estudo (tópico 4.4), sendo cada prontuário identificado por um número, que foi determinado de acordo com a ordem de coleta do mesmo (o primeiro prontuário coletado foi o número 01, o segundo o número 02 e assim sucessivamente) e pelas iniciais do nome do paciente.

#### **4.3.6 Procedimentos da coleta de dados**

Esta foi uma pesquisa ex-post-facto, baseada em coleta de dados a partir dos prontuários eletrônicos da própria instituição, disponibilizados pelo sistema SOUL MV Hospitalar. As informações contidas nos prontuários foram coletadas no local, de forma presencial, pelo próprio pesquisador e foram registradas em uma planilha no programa Microsoft Office Excel, elaborada também pelo pesquisador. Essa planilha foi preenchida e armazenada em computador próprio.

### **4.4 Variáveis do estudo**

As variáveis utilizadas foram numéricas e categóricas. Os dados coletados foram referentes a dois momentos, sendo eles os períodos pré e pós-operatórios.

Em relação às variáveis numéricas, tem-se idade (em anos), duração da internação hospitalar (em dias) e duração do internamento pós-operatório em UTI (em dias). Já

as categóricas, tem-se gênero, cor/raça, comorbidades (sim ou não), medicamento prévio (sim ou não), estado nutricional (eutrofia, baixo peso, sobrepeso ou obesidade; considerando o valor do Índice de Massa Corporal, em Kg/m<sup>2</sup>), cirurgias prévias (sim ou não), via cirúrgica (laparotômica ou laparoscópica), tipo de colectomia (parcial ou total), técnica de finalização utilizada (anastomose primária ou colostomia), tipo de anastomose primária (manual em plano único, manual em 2 planos, mecânica com grampeador com e sem reforço), reabordagem (sim ou não), complicações (sim ou não e quais), hiperidratação pós-operatória (sim ou não, considerando hiperidratação um valor > 3.000 mL/dia), uso de droga vasoativa (sim ou não), uso de antibiótico (profilaxia ou terapêutico), pós operatório em UTI (sim ou não) e desfecho (alta ou óbito).

#### **4.5 Plano de análise de dados**

Para a realização da análise estatística foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS (versão 25, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). A distribuição dos dados foi analisada através do Teste de Kolmogorov Smirnov. Em relação às variáveis, as numéricas foram descritas por mediana e intervalo interquartil por terem distribuição anormal; já as categóricas foram descritas em número absoluto e proporção.

Para comparar a duração total da internação hospitalar, as idades dos pacientes e a duração do internamento em UTI pós-operatória, em cada técnica, foi utilizado o Teste de Mann-Whitney.

O Teste do qui-quadrado foi aplicado para comparar as frequências de uso das técnicas; da ocorrência das complicações e reabordagem em cada técnica; a frequência das complicações e o uso de medicamento prévio; comparar as frequências das complicações e o uso de drogas vasoativas; da realização de antibioticoterapia entre as técnicas; da ocorrência de complicações e a realização de cirurgias prévias; da ocorrência de complicações com a hiperidratação pós-operatória; e comparar a frequência das complicações e o estado nutricional. Além disso, os testes foram utilizados para comparar as complicações entre os tipos de anastomose primária; o desfecho entre gêneros em cada técnica; e comparar o desfecho entre os grupos com comorbidades em cada técnica.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Por se tratar de uma pesquisa com envolvimento de dados de seres humanos, esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia da Bahia – Prof. Dr. Celso Figueirôa (CAAE 61128122.6.0000.5520), sob o número 5.611.652 (ANEXO A), sendo realizado de acordo com as exigências estabelecidas pelas Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que não houve continuidade no acompanhamento dos pacientes. Declara-se que não há conflitos de interesse por parte do pesquisador, uma vez que não foi financiada por nenhuma empresa ou instituição, tendo o objetivo apenas de difundir conhecimento.

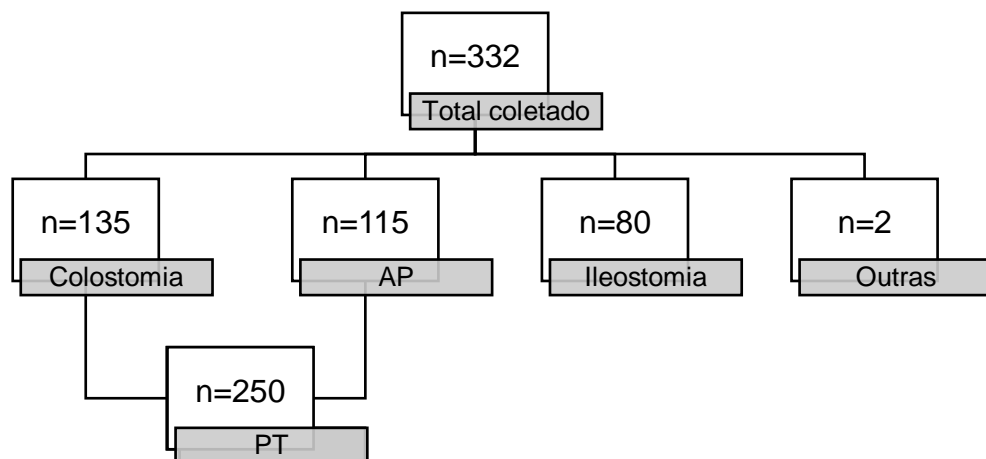
Em relação aos riscos, como o estudo foi realizado com análise de prontuários, não houve necessidade do paciente se envolver diretamente. Ainda assim, existiu o risco de vazamento de dados. Nesse sentido, para minimizá-lo, não foi feito o armazenamento dos dados coletados em ambiente compartilhado ou “nuvens” pelos riscos inerentes ao ambiente virtual e aos equipamentos eletrônicos, sendo então armazenados em dispositivos eletrônicos próprios e locais. Além disso, declara-se que a pesquisa foi pautada na confidencialidade, pois os prontuários foram lidos no local e através do sistema da própria instituição, sendo as informações colhidas apenas pelo pesquisador. Somado a isso, o anonimato dos pacientes foi garantido, pois foram registradas na planilha apenas as iniciais de cada um e as variáveis explicitadas no tópico 4.4 de “Variáveis do estudo”, sem citar nomes, endereço ou qualquer dado pessoal e específico que exponha o mesmo. Ressalta-se que todo o material digital será deletado após 5 anos de conclusão da pesquisa, inclusive da lixeira eletrônica e, como a planilha de coleta de dados não foi impressa, não houve necessidade de picotar e descartar o material físico.

Por fim, em relação aos benefícios, declara-se que os dados coletados nesse estudo têm como finalidade o fornecimento de maiores informações sobre o tema. Através da ampliação do conhecimento, poderão ser criadas soluções para as repercussões associadas, tendo um benefício informativo para os profissionais de saúde e, conseqüentemente, para os pacientes e seus desfechos.

## 5 RESULTADOS

Foram coletados os dados de 332 pacientes submetidos à cirurgia de colectomia no Hospital Municipal de Salvador (HMS), no período entre abril de 2018 e abril de 2022. Em relação à frequência de uso da técnica utilizada para a reconstituição do trânsito intestinal, optou-se pela colostomia na maioria dos casos, com 135 pacientes (40,7%); a anastomose primária (AP) foi utilizada em 115 pacientes (34,6%), a ileostomia em 80 (24,1%) e em 2 pacientes (0,6%) foram utilizadas outras técnicas. O presente trabalho visa comparar os dados dos pacientes com anastomose primária e colostomia, considerando, então, 250 pacientes na população do estudo, passando a ser de 54% a frequência das colostomias e 46% das AP (Fluxograma 1).

**Fluxograma 1** - Relação entre o número de prontuários coletados e a população total final do estudo.



Fonte: autoral.

AP = Anastomose primária; PT = População total.

Desses pacientes, 110 (44%) eram mulheres com mediana de idade de 61 [47-72] anos e 140 (56%) eram homens com 58 [38-67] anos. Quanto ao gênero, dos pacientes com AP, 73 pacientes (63,5%) eram homens e 42 (36,5%) eram mulheres; já aqueles com colostomia, 68 eram mulheres (50,4%) e 67 (49,6%) eram homens ( $p=0,028$ ). A mediana de idade total dos pacientes foi de 59 [42-71] anos, sendo os pacientes com anastomose primária com 55 [36-67] anos e com colostomia 63 [49-72] anos ( $p=0,000$ ) (Tabela 1).

Em relação ao estado nutricional, 115 pacientes (46%) eram eutróficos, 29 pacientes (11,6%) tinham baixo peso, 62 (24,8%) tinham sobrepeso, 31 (12,4%) obesidade e 13 pacientes (5,2%) não apresentaram dados suficientes no prontuário eletrônico com o registro de IMC ou peso e altura. Quanto aos medicamentos prévios, 86 pacientes (34,4%) já faziam algum tratamento farmacológico, sendo 30 deles (26,1%) do grupo com AP e 56 (41,5%) com colostomia ( $p=0,004$ ). Quanto às comorbidades, 127 pacientes (50,8%) possuíam alguma, sendo 85 deles (63%) pertencentes ao grupo com colostomia ( $p=0,000$ ). Ademais, 176 pacientes (70,4%) não haviam realizado cirurgia prévia e, entre aqueles que já haviam realizado, o valor foi o mesmo entre AP e colostomia ( $n=37$ ) (Tabela 1). Não foram encontrados registros de cor/raça dos pacientes nos prontuários eletrônicos.

**Tabela 1** - Dados clínicos e demográficos dos pacientes submetidos a colectomias com anastomose primária ou colostomia no Hospital Municipal de Salvador no período de abril de 2018 a abril de 2022.

Características	Total ( $n=250$ )	Anastomose Primária ( $n=115$ )	Colostomia ( $n=135$ )	<i>p</i>
Gênero, <i>n</i> (%)				0,028
Feminino	110 (44)	42 (36,5)	68 (50,4)	
Masculino	140 (56)	73 (63,5)	67 (49,6)	
Idade (anos)	59 [42-71]	55 [36-67]	63 [49-72]	0,000
Estado nutricional, <i>n</i> (%)				0,206
Eutrofia	115 (46)	51 (44,3)	64 (47,4)	
Baixo peso	29 (11,6)	11 (9,6)	18 (13,3)	
Sobrepeso	62 (24,8)	33 (28,7)	29 (21,5)	
Obesidade	31 (12,4)	17 (14,8)	14 (10,4)	
Dados insuficientes	13 (5,2)	3 (2,6)	10 (7,4)	
Medicamentos prévios, <i>n</i> (%)				0,004
Não	146 (58,4)	80 (69,6)	66 (48,9)	
Sim	86 (34,4)	30 (26,1)	56 (41,5)	
Sem registro	18 (7,2)	5 (4,3)	13 (9,6)	
Comorbidades, <i>n</i> (%)				0,000
Não	123 (49,2)	73 (63,5)	50 (37)	
Sim	127 (50,8)	42 (36,5)	85 (63)	
Cirurgias prévias, <i>n</i> (%)				0,411
Não	176 (70,4)	78 (67,8)	98 (72,6)	
Sim	74 (29,6)	37 (32,2)	37 (27,4)	

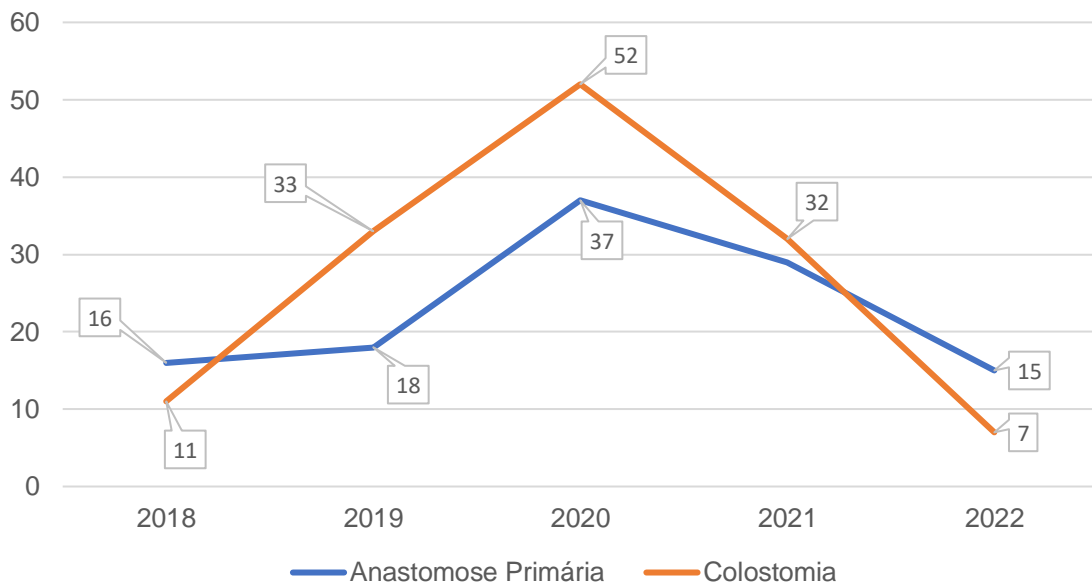
Fonte: autoral com dados extraídos do Hospital Municipal de Salvador.

Em relação à via cirúrgica, em 88,8% dos casos foi escolhida a via aberta para a realização das colectomias. Além disso, todas as colectomias foram do tipo parcial. Sobre a frequência de uso das técnicas para o reestabelecimento do trânsito intestinal, optou-se pela anastomose primária em 46% dos casos ( $n=115$ ) e em 54% dos casos ( $n=135$ ) pela colostomia. A frequência de utilização das técnicas ao longo dos anos



mostrou maior número de abordagens de colectomias no ano de 2020, tanto para AP (n=37) quanto para colostomia (n=52) (Gráfico 1).

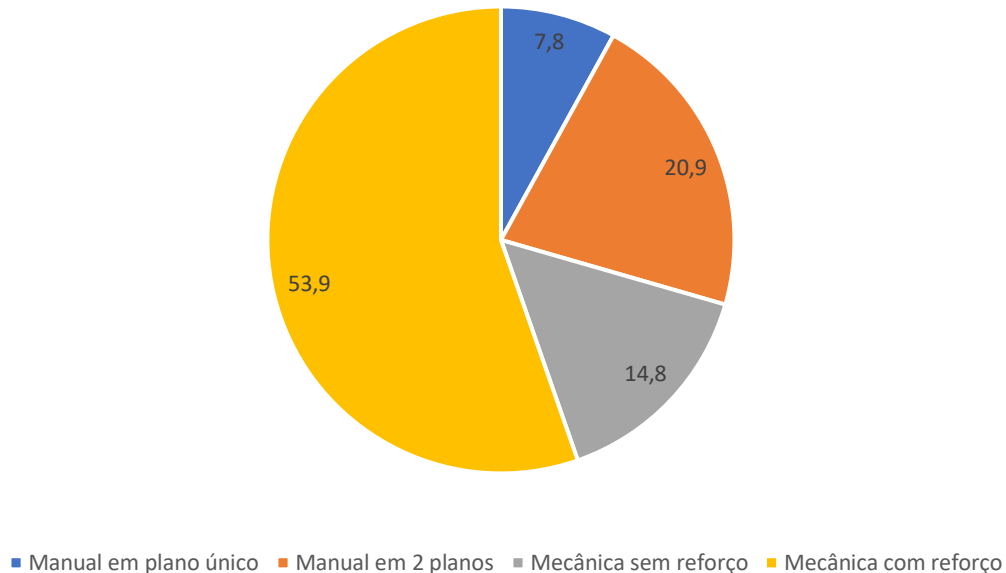
**Gráfico 1** - Frequência (n) de uso das técnicas de anastomose primária e colostomia dos pacientes submetidos a colectomias no Hospital Municipal de Salvador no período de abril de 2018 a abril de 2022.



Fonte: autoral com dados extraídos do Hospital Municipal de Salvador.

Quanto aos tipos de anastomose primária utilizados, observou-se o uso da AP mecânica com grampeador com reforço em 62 casos (53,9%), em 24 casos a sutura manual em 2 planos (20,9%), em 17 pacientes foi optado pela AP mecânica com grampeador sem reforço (14,8%) e em 9 foi utilizada a sutura manual em plano único (7,8%) (Gráfico 2). Em 3 casos (2,6%) não foram encontradas informações sobre o tipo de anastomose primária utilizado. Por fim, considerando os pacientes que tiveram deiscência de AP como complicação e o tipo de AP utilizado, tem-se que em 12 casos foi optado pela mecânica com grampeador com reforço, em 6 pela sutura manual em 2 planos, em 4 pela mecânica com grampeador sem reforço e em 1 caso pela sutura manual em plano único.

**Gráfico 2** - Frequência (%) de uso dos tipos de Anastomose Primária dos pacientes submetidos a colectomias no Hospital Municipal de Salvador no período de abril de 2018 a abril de 2022.

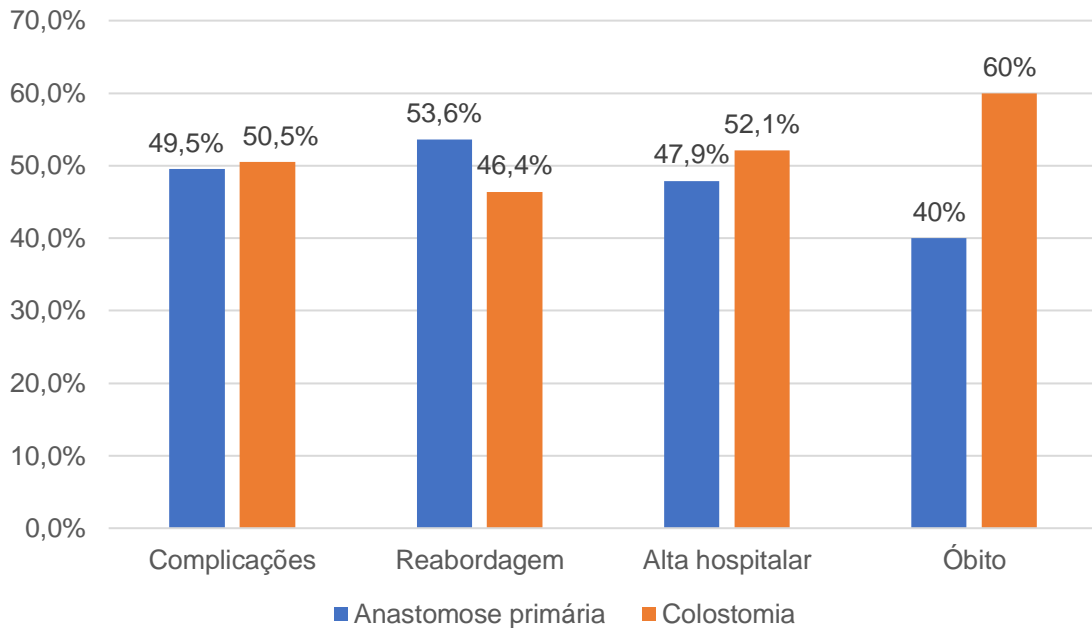


Fonte: autoral com dados extraídos do Hospital Municipal de Salvador.

Comparando as frequências dos principais desfechos pós-operatórios (complicações, reabordagens, alta e óbito) entre as duas técnicas, as complicações ocorreram em 105 pacientes (42%), sendo 52 pacientes (49,5%) com AP e 53 (50,5%) com colostomia; 69 pacientes (27,6%) foram reabordados, com 37 deles (53,6%) pertencentes ao grupo com AP e 32 (46,4%) com colostomia; 190 pacientes (76%) receberam alta hospitalar, 99 (52,1%) com colostomia e 91 (47,9%) com AP; em relação aqueles que foram a óbito (n=60), 36 (60%) eram pertencentes ao grupo com colostomia e 24 (40%) com AP (Gráfico 3).

Quanto ao uso de antibióticos, 87 pacientes (34,8%) fizeram o uso profilático e 158 pacientes (63,2%) foram submetidos a uma abordagem terapêutica; não foram encontrados registros do tipo de uso de antibióticos em 5 casos (2%). Dessas abordagens terapêuticas, 87 pacientes (55%) foram do grupo com colostomia e 71 com AP (45%). O uso de droga vasoativa (DVA) foi realizado em 70 pacientes (28%), sendo 50 deles (71,4%) com colostomia e 20 (28,6%) com AP (p=0,003). Não foi encontrado registro da necessidade de DVA em 1 caso.

**Gráfico 3** – Frequência (%) dos principais desfechos pós-operatórios entre os pacientes submetidos a colectomias com anastomose primária e colostomia no Hospital Municipal de Salvador no período de abril de 2018 a abril de 2022.



Fonte: autoral com dados extraídos do Hospital Municipal de Salvador.

Em relação aos pacientes que tiveram complicações pós-operatórias (n=105), 46 eram do sexo feminino (43,8%) e 59 do sexo masculino (56,2%), 41 pacientes eram eutróficos, 26 estavam com sobrepeso, 17 com baixo peso, 14 com obesidade e em 7 casos os dados eram insuficientes. Ademais, 61 pacientes (58,1%) possuíam alguma comorbidade, sendo 40 pacientes (75,5%) com colostomia ( $p=0,000$ ) e 30 (28,6%) já haviam realizado alguma cirurgia prévia. Somado a isso, entre esses pacientes com complicações, optou-se por AP em 52 casos (49,5%) e por colostomia em 53 (50,5%). Dos pacientes com anastomose primária, 20 eram mulheres com mediana de idade de 64 [45-74] anos e 32 eram homens com 62 [42-69] anos. Em relação àqueles com colostomia, 26 eram do sexo feminino e 27 eram do sexo masculino, com medianas de idade de 64 [52-74] e 66 [54-71] anos, respectivamente (Tabela 2).

Quanto à duração total do internamento hospitalar desses pacientes que tiveram complicações, aqueles com colostomia permaneceram cerca de 12 [5-24] dias e os com anastomose primária 19 [10-29] dias ( $p=0,014$ ). Quanto à necessidade de UTI pós-operatória, 62 pacientes (59%) ficaram internados, sendo 36 com colostomia (68%), com uma mediana de 2 [0-5] dias de internamento, e 26 com AP (50%), com

uma mediana de 0 [0-5] dias de internamento. Sobre o uso de DVA, 45 pacientes (42,9%) tiveram necessidade de uso, sendo 30 deles (56,6%) com colostomia e 15 (28,8%) com AP ( $p=0,016$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Características clínicas dos pacientes com complicações após serem submetidos a colectomias com anastomose primária e colostomia no Hospital Municipal de Salvador no período de abril de 2018 a abril de 2022.

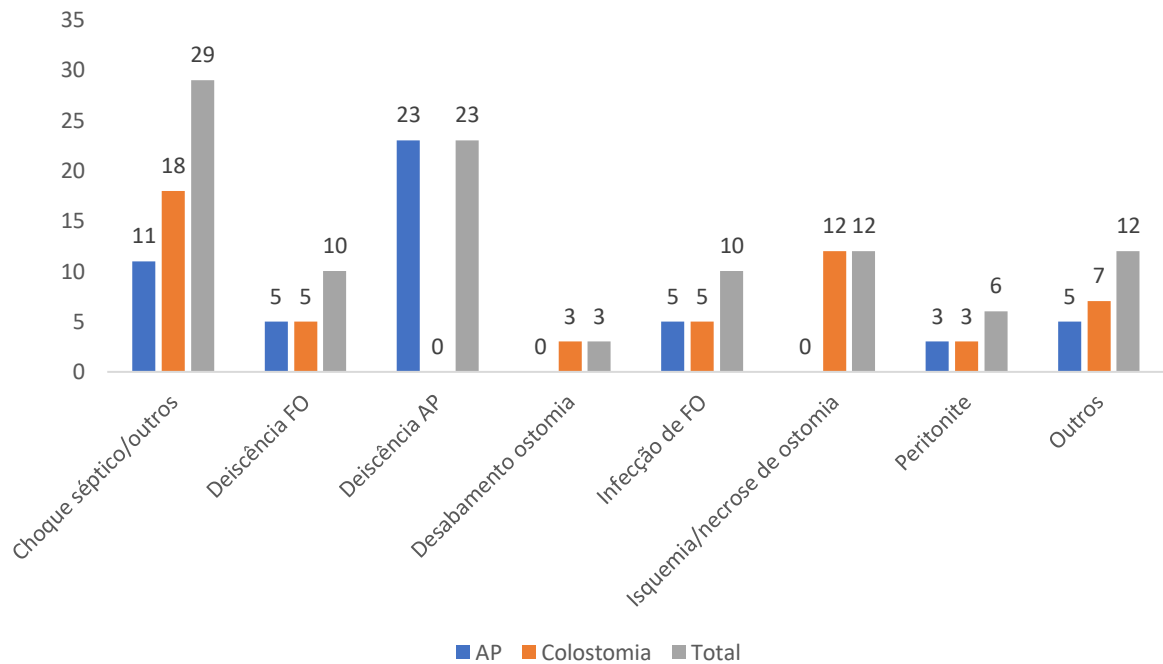
Características	Total ( $n=105$ )	Anastomose Primária ( $n=52$ )	Colostomia ( $n=53$ )	<i>p</i>
Gênero, <i>n</i> (%)				0,274
Feminino	46 (43,8)	20 (38,5)	26 (49,1)	
Masculino	59 (56,2)	32 (61,5)	27 (50,9)	
Idade (anos)	64 [51-72]	64 [44-72]	65 [53-72]	0,263
Estado nutricional, <i>n</i> (%)				0,094
Eutrofia	41 (39)	23 (44,2)	18 (34)	
Baixo peso	17 (16,2)	8 (15,4)	9 (17)	
Sobrepeso	26 (24,8)	13 (25)	13 (24,5)	
Obesidade	14 (13,3)	8 (15,4)	6 (11,3)	
Dados insuficientes	7 (6,7)	0 (0)	7 (13,2)	
Comorbidades, <i>n</i> (%)				0,000
Não	44 (41,9)	31 (59,6)	13 (24,5)	
Sim	61 (58,1)	21 (40,4)	40 (75,5)	
Cirurgias prévias, <i>n</i> (%)				0,422
Não	75 (71,4)	39 (75)	36 (67,9)	
Sim	30 (28,6)	13 (25)	17 (32,1)	
Duração do internamento hospitalar (dias)	15 [8-27]	19 [10-29]	12 [5-24]	0,014
UTI pós-operatória, <i>n</i> (%)				0,062
Não	43 (41)	26 (50)	17 (32)	
Sim	62 (59)	26 (50)	36 (68)	
Duração de UTI pós-operatória (dias)	1 [0-5]	0 [0-5]	2 [0-5]	0,275
Uso de DVA, <i>n</i> (%)				0,016
Não	60 (57,1)	37 (71,2)	23 (43,4)	
Sim	45 (42,9)	15 (28,8)	30 (56,6)	

Fonte: autoral com dados extraídos do Hospital Municipal de Salvador.

Entre os tipos de complicações, em relação àquelas que acometeram ambas as técnicas, houve uma maior frequência de choque séptico e outros tipos de choque, com 29 casos (27,62%); além disso, foram encontrados relatos de 10 casos (9,52%) de deiscência de ferida operatória (FO), 10 casos de infecção de FO (9,52%), 6 de peritonite (5,71%), 4 de acidose metabólica (3,81%) e 3 casos de suboclusão intestinal (2,86). Quanto às complicações que acometeram cada grupo especificamente ( $p=0,000$ ), no grupo com anastomose primária, tem-se 23 casos de deiscência de AP (21,9%), além de casos de enterorragia ( $n=1$ ), seroma ( $n=1$ ) e íleo paralítico ( $n=1$ ). Já as que acometeram apenas os pacientes com colostomia, foram relatados 12 casos

de isquemia/necrose de ostomia (11,43%), 3 desabamentos de ostomia (2,86%) e 2 casos de hemorragia via colostomia (1,90%) (Gráfico 4). Não foram encontrados pacientes com hiperidratação pós-operatória.

**Gráfico 4** - Frequência (n) de ocorrência das complicações entre as técnicas de anastomose primária e colostomia dos pacientes submetidos a colectomias no Hospital Municipal de Salvador no período de abril de 2018 a abril de 2022.



Fonte: autoral com dados extraídos do Hospital Municipal de Salvador.

Outros = hemorragia via colostomia, enterorragia, seroma, suboclusão intestinal, acidose metabólica e íleo paralítico.

## 6 DISCUSSÃO

O presente trabalho demonstrou que a maioria dos pacientes submetidos a colectomias era do sexo masculino, eutrófica e tinha comorbidades, não fazia uso de medicamentos prévios e não havia realizado alguma cirurgia anteriormente. Houve maior frequência de uso de colostomias, quando comparada à anastomose primária (AP) e, em relação ao tipo de AP utilizado, observou-se maior uso da mecânica com reforço. Dos principais desfechos pós-operatórios, as complicações ocorreram numa frequência equivalente entre as duas técnicas, os pacientes com AP foram mais reabordados e os pacientes com colostomia tiveram mais desfechos de óbito. Além disso, no grupo com colostomia houve maior necessidade de droga vasoativa (DVA). Dos pacientes com complicações, a maioria era do grupo com colostomia, o sexo masculino mais prevalente, houve mais casos com necessidade de UTI pós-operatória e um maior tempo de internamento em UTI; já os pacientes com complicações e AP tiveram um tempo total de internamento hospitalar maior. Por fim, sobre os tipos de complicações, o choque séptico/outros tipos de choque foi o mais incidente em ambas as técnicas, no grupo com AP houve maior incidência de deiscências, sendo o tipo com maior acometimento a AP mecânica com reforço, e com colostomia maior taxa de isquemia/necrose de ostomia.

Sobre a população estudada, houve diferença entre os grupos em relação ao gênero, idade, uso de medicamento prévio e comorbidades.

A colectomia visa tratar afecções do cólon ao removê-lo parcial ou totalmente, podendo ser retomado o trânsito intestinal com a realização de uma anastomose primária ou colostomia<sup>1</sup>. Atualmente, os estudos demonstram uma preferência no uso de AP<sup>9,34,35</sup> pelas desvantagens da cirurgia de Hartmann, como a necessidade de outro internamento hospitalar e de nova abordagem cirúrgica, além da alta morbidade e da possibilidade de não reconstrução do trânsito intestinal<sup>35,36</sup>. Contudo, o presente estudo demonstrou uma prevalência no uso da colostomia. Isto pode ser um reflexo de um possível caráter emergencial e de urgência das cirurgias realizadas na instituição.

Quanto aos desfechos pós-operatórios, não houve diferença na frequência de complicações, reabordagens, alta ou óbito entre os dois grupos. De forma geral, não

houve relevância se foi administrado antibiótico terapêutico ou profilático em ambos os grupos; já em relação à necessidade de DVA – que reflete a instabilidade hemodinâmica do paciente –, foi significativa a diferença entre os grupos, o que pode ser reflexo da gravidade dos pacientes com colectomia, assim como um possível preditor de desfechos negativos.

Sobre as complicações, alguns fatores podem aumentar seu risco de desenvolvimento, como o estado nutricional, presença de comorbidades, a realização de cirurgias prévias, a presença de infecções e um estado de instabilidade hemodinâmica do paciente<sup>3,17,20</sup>. Assim, entre os pacientes com complicações, quando avaliados o uso de DVA e a presença de comorbidades, o estudo mostrou que também houve diferença entre os grupos, sugerindo maior impacto nos pacientes com colostomia. Além disso, houve diferença no tempo total de internamento hospitalar, com o grupo com AP possuindo um tempo maior de internamento – em concordância com a literatura<sup>37</sup>. Isto pode ser explicado pela alta incidência de deiscência mostrada por este estudo, a qual tem repercussão no aumento do tempo de estadia hospitalar<sup>25,26</sup>, ou por uma possível manifestação mais tardia das complicações e de possíveis quadros hemodinâmicos mais estáveis desses pacientes.

Em relação aos tipos de complicações, de forma geral, o choque séptico foi a mais recorrente, seguida de deiscência e infecções de ferida operatória, peritonite, acidose metabólica e suboclusão intestinal, estando de acordo com outras literaturas<sup>3,17,37</sup>.

Houve diferença nas complicações que acometeram cada grupo separadamente. Sobre a colostomia, a isquemia/necrose de ostomia foi a mais frequente, seguida de desabamento e hemorragia via colostomia, assim como foi demonstrado em outros estudos<sup>12,30,31</sup>. A ocorrência de complicações relacionadas ao estoma era esperada e outros autores endossam esse alto índice relacionado à colostomia<sup>12,37</sup>.

Em relação à AP, a deiscência foi a complicação mais prevalente, estando de acordo com outras literaturas<sup>3,11,25,27</sup>. Alguns fatores corroboram para o seu desenvolvimento, como obesidade, tensão da anastomose e o uso da técnica manual<sup>25,26</sup>. Este estudo teve maior associação entre deiscência e a anastomose primária Mecânica com Grampeador com Reforço, indo de encontro com a associação encontrada na

literatura entre a técnica manual e a deiscência. Isso pode estar relacionado com o uso do reforço, que pode acarretar o aumento da tensão da AP, favorecendo esta complicação<sup>25</sup>. Além disso, dos pacientes com obesidade, a maioria era pertencente ao grupo com AP, o que endossa a alta incidência de deiscências. Outros acometimentos encontrados como sangramentos e íleo paralítico são concordantes com a literatura<sup>3,11,17</sup>.

Em relação aos desfechos entre cada tipo de AP – manual em plano único, em 2 planos, mecânica com grampeador com e sem reforço –, não houve diferença entre os grupos quanto a alta ou óbito, a ocorrência ou não de complicações e a necessidade de reabordagens, estando concordante com algumas literaturas<sup>12,35</sup>.

Este estudo possui limitações, sendo elas a fonte de dados e o desenho do estudo. O prontuário eletrônico como fonte de dados está sujeito a possíveis erros e/ou lacunas de informações por ser preenchido pelos profissionais que atuavam naquele período e, por ser uma coorte retrospectiva, não há possibilidade de retomar informações pois estariam reféns da memória dos envolvidos.

Isto posto, o presente estudo revelou que a colostomia foi optada na maior parte dos casos, diferentemente do preconizado na literatura. Contudo, foram evidenciadas algumas diferenças significantes entre os grupos relacionadas ao estado clínico do paciente com as possíveis complicações.



## 7 CONCLUSÃO

Neste estudo, a colostomia foi a técnica mais utilizada para finalização de colectomias. Não houve diferença na frequência de óbito ou alta hospitalar, na ocorrência ou não de complicações e reabordagens entre os grupos com colostomia e AP. Entretanto, no presente estudo, a maioria dos pacientes que tiveram complicações era do grupo com colostomia, possuía alguma comorbidade e teve instabilidade hemodinâmica. Já aqueles com anastomose e complicações, tiveram maior duração do internamento hospitalar. Não houve diferença entre os desfechos para os tipos de AP.

Dessa forma, as diferenças encontradas nesse estudo podem gerar discussões específicas sobre os diferentes acometimentos, especialmente os modificáveis, podendo ter impacto positivo para os pacientes da própria instituição e, possivelmente, para aqueles com a mesma necessidade cirúrgica.

## REFERÊNCIAS

1. Strand N, Heneghan K, Roland Cima R. Colectomy Surgical Removal of the Colon [Internet]. American College of Surgeon. 2019 [cited 2021 Nov 14]. p. 1–8. Available from: <https://www.facs.org/education/patient-education/patient-resources/operations>.
2. McDermott KW, Liang L. Overview of Operating Room Procedures During Inpatient Stays in U.S. Hospitals, 2018. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 4];1–18. Available from: <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb281-Operating-Room-Procedures-During-Hospitalization-2018.jsp>.
3. Wei D, Johnston S, Goldstein L, Nagle D. Minimally invasive colectomy is associated with reduced risk of anastomotic leak and other major perioperative complications and reduced hospital resource utilization as compared with open surgery: a retrospective population-based study of comparative eff. *Surg Endosc* [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 4];34(2):610–21. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00464-019-06805-y>.
4. Lee MTG, Chiu CC, Wang CC, Chang CN, Lee SH, Lee M, et al. Trends and Outcomes of Surgical Treatment for Colorectal Cancer between 2004 and 2012 - an Analysis using National Inpatient Database. *Nature - Scientific Reports* [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 4]; Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-017-02224-y>.
5. Yeo HL, Isaacs AJ, Abelson JS, Milsom JW, Sedrakyan A. Comparison of Open, Laparoscopic, and Robotic Colectomies Using a Large National Database: Outcomes and Trends Related to Surgery Center Volume. *Dis Colon Rectum* [Internet]. 2016 [cited 2022 Apr 4];59(6):535–42. Available from: [https://journals.lww.com/dcrjournal/Abstract/2016/06000/Comparison\\_of\\_Open,\\_Laparoscopic,\\_and\\_Robotic.9.aspx](https://journals.lww.com/dcrjournal/Abstract/2016/06000/Comparison_of_Open,_Laparoscopic,_and_Robotic.9.aspx).
6. Cone MM. Dramatic Decreases in Mortality From Laparoscopic Colon Resections Based on Data From the Nationwide Inpatient Sample. *Archives of*

- Surgery [Internet]. 2011 May 1 [cited 2022 Apr 4];146(5):594. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/407354>.
7. Sheetz KH, Norton EC, Birkmeyer JD, Dimick JB. Provider Experience and the Comparative Safety of Laparoscopic and Open Colectomy. *Health Serv Res* [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 4];52(1):56–73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5264110/>.
  8. Sheetz KH, Ibrahim AM, Regenbogen SE, Dimick JB. Surgeon Experience and Medicare Expenditures for Laparoscopic Compared to Open Colectomy. *Ann Surg* [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 4];268(6):1036–42. Available from: [https://journals.lww.com/annalsofsurgery/Abstract/2018/12000/Surgeon\\_Experience\\_and\\_Medicare\\_Expenditures\\_for.24.aspx](https://journals.lww.com/annalsofsurgery/Abstract/2018/12000/Surgeon_Experience_and_Medicare_Expenditures_for.24.aspx).
  9. Fonseca AZ, Uramoto E, Santos-rosa OM, Santin S, Ribeiro-jr M. Fechamento de colostomia: fatores de risco para complicações. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva* [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 12];30(4):231–4. Available from: <https://encurtador.com.br/otLP1>.
  10. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Cólon e Reto. In: *Sabiston Tratado de Cirurgia - A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna*. 20. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2019.
  11. Francone TD, Saleem A, Read TA, Roberts PL, Marcello PW, Schoetz DJ, et al. Ultimate Fate of the Leaking Intestinal Anastomosis: Does Leak Mean Permanent Stoma? *Journal of Gastrointestinal Surgery* [Internet]. 2010 [cited 2022 Apr 4];14:987–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20373046/>.
  12. Reis LS de O, Lombardi OA, Reis AS de O, Cardoso EH, Cardoso Filho CAM. Cirurgia de Hartmann - Análise de 41 casos em Hospital de referência do norte do Paraná. *Revista Brasileira de Coloproctologia* [Internet]. 2001 [cited 2022 Apr 11];21(1):19–22. Available from: [https://www.sbcpc.org.br/revista/nbr211/P19\\_22.htm](https://www.sbcpc.org.br/revista/nbr211/P19_22.htm).

13. Wang W, Hoyler MM, White RS, Tangel VE, Pryor KO. Hospital Safety-Net Burden Is Associated With Increased Inpatient Mortality and Perioperative Complications After Colectomy. *Journal of Surgical Research* [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 15];259(212):24–33. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.11.029>.
14. Brown C, Gibson PR, Hart A, Kaplan GG, Kachroo S, Ding Q, et al. Long-term outcomes of colectomy surgery among patients with ulcerative colitis. *Springerplus* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2022 Apr 15];4(1). Available from: <https://springerplus.springeropen.com/articles/10.1186/s40064-015-1350-7>.
15. Peniche A de CG, Jouclas VMG, Chaves EC. A influência da ansiedade na resposta do paciente no período pós-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 1999 [cited 2022 May 31];33(4):391–403. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/GjpvmgqSJhxp9hj8bMGVX8s/abstract/?lang=pt>.
16. Bacellar M da S, Baraviera AC, Almeida MG, Kiss DR. Colectomia Total - Indicações e Complicações. *Revista Brasileira de Coloproctologia* [Internet]. 2001 [cited 2022 Jun 9];21(2):84–7. Available from: [https://www.sbcpr.org.br/revista/nbr212/P84\\_87.htm](https://www.sbcpr.org.br/revista/nbr212/P84_87.htm).
17. Scarborough JE, Schumacher J, Kent KC, Heise CP, Greenberg CC. Associations of Specific Postoperative Complications With Outcomes After Elective Colon Resection. *JAMA Surg* [Internet]. 2017 [cited 2022 Jun 7];152(2):e164681. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2589765>.
18. Platell C, Barwood N, Dorfmann G, Makin G. The incidence of anastomotic leaks in patients undergoing colorectal surgery. *Colorectal Disease* [Internet]. 2006 [cited 2022 Jun 4];9(1):71–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17181849/>.
19. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Princípios de Pré-operatório e Cirurgia Operatória. In: Sabiston Tratado de Cirurgia - A Base

- Biológica da Prática Cirúrgica Moderna. 20. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2019. p. 200–39.
20. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Infecções Cirúrgicas e Uso de Antibióticos. In: Sabiston Tratado de Cirurgia - A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna. 20. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2019. p. 240–79.
  21. Chen K, Cao G, Chen B, Wang M, Xu X, Cai W, et al. Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer: A meta-analysis of classic randomized controlled trials and high-quality Nonrandomized Studies in the last 5 years. *International Journal of Surgery [Internet]*. 2017 [cited 2022 Jun 7];39:1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijssu.2016.12.123>.
  22. Ohtani H, Tamamori Y, Arimoto Y, Nishiguchi Y, Maeda K, Hirakawa K. A meta-analysis of the short- and long-term results of randomized controlled trials that compared laparoscopy-assisted and open colectomy for colon cancer. *J Cancer [Internet]*. 2012 [cited 2022 Jun 7];3(1):49–57. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3273707/>.
  23. Biondo S, Parés D, Kreisler E, Ragué JM, Fracalvieri D, Ruiz AG, et al. Anastomotic dehiscence after resection and primary anastomosis in left-sided colonic emergencies. *Dis Colon Rectum [Internet]*. 2005 [cited 2022 Jun 4];48(12):2272–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16228841/>.
  24. Rosen RD, Biagio M. Wound Dehiscence [Internet]. StatPearls Publishing. 2022 [cited 2022 Jun 9]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551712/>.
  25. Álvarez-Villasenõr AS, Prado-Rico SDC, Morales-Alvarado JI, Reyes-Aguirre LL, Fuentes-Orozco C, González-Ojeda A. Factors associated with dehiscence of intestinal anastomosis. *Cirugia y Cirujanos (English Edition) [Internet]*. 2021 [cited 2022 Jun 7];89(2):233–42. Available from: [http://cirugiaycirujanos.com/frame\\_esp.php?id=467](http://cirugiaycirujanos.com/frame_esp.php?id=467).

26. Kosuge M, Eto K, Hashizume R, Takeda M, Tomori K, Neki K, et al. Which Is the Safer Anastomotic Method for Colon Surgery? - Ten-year results. *In Vivo* (Brooklyn) [Internet]. 2017 [cited 2022 Jun 7];31(4):683–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5566922/>.
27. Chaouch MA, Kellil T, Jeddi C, Saidani A, Chebbi F, Zouari K. How to prevent anastomotic leak in colorectal surgery? A systematic review. *Ann Coloproctol* [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 6];36(4):213–22. Available from: <https://coloproctol.org/journal/view.php?doi=10.3393/ac.2020.05.14.2>.
28. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Tratamento do Trauma Agudo. In: Sabiston Tratado de Cirurgia - A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna. 20. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2019. p. 406–47.
29. Güenaga KF, Lustosa SAS, Saad SS, Saconato H, Matos D. Ileostomy or colostomy for temporary decompression of colorectal anastomosis. Systematic review and meta-analysis. *Acta Cir Bras* [Internet]. 2007 [cited 2022 Jun 4];23(3):294–303. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004647.pub2/full>.
30. Hallam S, Mothe BS, Tirumulaju RMR. Hartmann's procedure, reversal and rate of stoma-free survival. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 7];100(4):301–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5958852/>.
31. Garber A, Hyman N, Osler T. Complications of Hartmann takedown in a decade of preferred primary anastomosis. *Am J Surg* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jun 7];207(1):60–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.05.006>.
32. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Complicações Cirúrgicas. In: Sabiston Tratado de Cirurgia - A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna. 20. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2019. p. 280–325.

33. Juan K de. O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicologia Hospitalar* [Internet]. 2007 [cited 2022 Jun 9];5(1):48–59. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092007000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092007000100004).
34. Carus T, Bollmann S, Lienhard H. Laparoscopic Reversal of Hartmann's Procedure Technique and Results. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* [Internet]. 2008 [cited 2022 Nov 19];18(1):24–8. Available from: [https://journals.lww.com/surgical-laparoscopy/Abstract/2008/02000/Laparoscopic\\_Reversal\\_of\\_Hartmann\\_s\\_Procedure\\_.5.aspx](https://journals.lww.com/surgical-laparoscopy/Abstract/2008/02000/Laparoscopic_Reversal_of_Hartmann_s_Procedure_.5.aspx).
35. Biondo S, Jaurrieta E, Martõ J, Rague Â, Ramos E, Deiros M, et al. Role of resection and primary anastomosis of the left colon in the presence of peritonitis. *British Journal of Surgery* [Internet]. 2000 [cited 2022 Nov 17];87(11):1580–4. Available from: <https://bjssjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2168.2000.01556.x>.
36. Regenet N, Pessaux P, Hennekinne S, Lermite E, Tuech JJ, Brehant O, et al. Primary anastomosis after intraoperative colonic lavage vs. Hartmann's procedure in generalized peritonitis complicating diverticular disease of the colon. *Int J Colorectal Dis* [Internet]. 2003 Nov 1 [cited 2023 Apr 14];18(6):503–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12910361/>.
37. Constantinides VA, Tekkis PP, Athanasiou T, Aziz O, Purkayastha S, Remzi FH, et al. Primary Resection With Anastomosis vs . Hartmann's Procedure in Nonelective Surgery for Acute Colonic Diverticulitis: A Systematic Review. *Dis Colon Rectum* [Internet]. 2006 Jul [cited 2023 Apr 14];49(7):966–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16752192/>.

## APÊNDICES

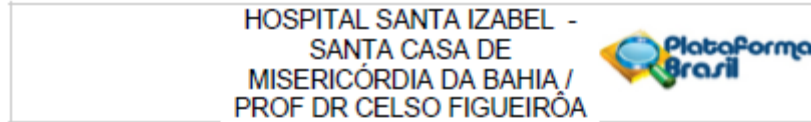
### Apêndice A

FICHA DE COLETA DE DADOS			
Identificação			
<b>Prontuário:</b>		<b>Iniciais do paciente:</b>	
<b>Gênero:</b> ( ) F ( ) M	<b>Cor/raça:</b>	<b>Idade:</b> anos	<b>Desfecho:</b> ( ) alta ( ) óbito
<b>Admissão:</b> / /	<b>Alta ou óbito:</b> / /	<b>Duração internação:</b> dias	
Dados gerais			
<b>Peso:</b>	<b>Altura:</b>	<b>IMC:</b>	
<b>Estado nutricional:</b> ( ) eutrofia ( ) baixo peso ( ) sobrepeso ( ) obesidade			
<b>Comorbidades:</b> ( ) N ( ) S <b>Quais:</b> ( ) HAS ( ) DM ( ) Dislipidemia ( ) CA ( ) DAC ( ) DCV ( ) IC ( ) Outras:			
<b>Medicamentos prévios:</b> ( ) N ( ) S <b>Quais:</b> ( ) Anti-hipertensivo ( ) Antidiabético ( ) Estatina ( ) Outros:			
<b>Cirurgias prévias:</b> ( ) N ( ) S <b>Quais:</b>			
Procedimento cirúrgico			
<b>Via cirúrgica:</b> ( ) Laparotomia ( ) Laparoscopia			
<b>Tipo de colectomia:</b> ( ) Total ( ) Parcial*			
*Segmento(s) retirado(s): ( ) ceco ( ) ascendente ( ) transverso ( ) descendente ( ) sigmoide ( ) reto			
<b>Técnica de finalização utilizada:</b> ( ) Anastomose primária* ( ) Ostomia**			
*Técnica utilizada na Anastomose primária: ( ) sutura manual 1 plano ( ) sutura manual 2 planos ( ) mecânica com grampeador sem reforço ( ) mecânica com grampeador com reforço;			
**Tipo de ostomia: ( ) colostomia terminal ( ) colostomia de alça ( ) ileostomia			
<b>UTI pós-operatória:</b> ( ) N ( ) S <b>Tempo de internamento:</b>			
<b>Complicações:</b> ( ) N ( ) S <b>Quais:</b>			
<b>Reabordagem:</b> ( ) N ( ) S <b>Motivo:</b>			
<b>Hiperidratação pós-operatória:</b> ( ) N ( ) S* *Volume:		<b>Uso de droga vasoativa:</b> ( ) N ( ) S	
<b>Antibioticoterapia:</b> ( ) N ( ) S*		<b>Finalidade*:</b> ( ) profilaxia ( ) terapêutico <b>Qual:</b>	



## ANEXOS

### Anexo A – Parecer de Aprovação do CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** COMPARAÇÃO DOS DESFECHOS CLÍNICOS PÓS-COLECTOMIAS COM AS TÉCNICAS DE ANASTOMOSE PRIMÁRIA E COLOSTOMIA: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

**Pesquisador:** Marclo Rivison Silva Cruz

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 61128122.6.0000.5520

**Instituição Proponente:** SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.611.652

##### Apresentação do Projeto:

ESTUDO "COMPARAÇÃO DOS DESFECHOS CLÍNICOS PÓS-COLECTOMIAS COM AS TÉCNICAS DE ANASTOMOSE PRIMÁRIA E COLOSTOMIA: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA"

##### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Principal:** Analisar os desfechos pós-operatórios em pacientes submetidos a colectomias com anastomose primária e colostomia em um hospital público de Salvador, Bahia.

**Objetivo Secundário:** Descrever os principais desfechos clínicos das anastomoses primárias e das colostomias.- Comparar a prevalência das complicações entre anastomoses primárias e colostomias.- Descrever a prevalência da necessidade de reabordagens entre as técnicas.- Comparar os desfechos clínicos entre os três tipos de anastomoses primárias: manual em plano único, manual em 2 planos, mecânica com e sem reforço.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os dados coletados nesse estudo terão como finalidade o fornecimento de maiores informações sobre o tema. Através da ampliação do conhecimento, poderão ser criadas soluções para as repercussões associadas, tendo um benefício informativo para os profissionais de saúde e,consequentemente, para os pacientes e seus desfechos.

<b>Endereço:</b> Praça Conselheiro Almeida Couto, nº 500			
<b>Bairro:</b> Nazaré	<b>Cidade:</b> SALVADOR	<b>CEP:</b> 40.050-410	
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> SALVADOR		
<b>Telefone:</b> (71)2203-8362		<b>E-mail:</b> cephsi@santacasaba.org.br	

HOSPITAL SANTA IZABEL -  
SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DA BAHIA /  
PROF DR CELSO FIGUEIRÔA



Continuação do Parecer: 5.611.652

**Riscos:** Existirá o risco de vazamento de dados. Nesse sentido, para minimizá-lo, não será feito o armazenamento dos dados coletados em ambiente compartilhado ou "nuvens" pelos riscos inerentes ao ambiente virtual e aos equipamentos eletrônicos, sendo então armazenados em dispositivos eletrônicos próprios e locais. Além disso, declara-se que a pesquisa será pautada na confidencialidade, pois os prontuários serão lidos no local e através do sistema da própria instituição, sendo as informações colhidas apenas pelo pesquisador. Somado a isso, o anonimato dos pacientes será garantido, pois serão registradas na planilha apenas as iniciais de cada um e as variáveis do estudo, sem citar nomes, endereço ou qualquer dado pessoal e específico que exponha o mesmo. Ressalta-se que todo o material digital será deletado após 5 anos de conclusão da pesquisa, inclusive da lixeira eletrônica e, caso a planilha de coleta de dados seja impressa, o material físico será picotado e descartado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo longitudinal, primário, de coorte retrospectiva, de caráter analítico e abordagem quantitativa.

O período: de abril de 2018 a abril de 2022.

Como critério de inclusão, tem-se os pacientes de ambos os sexos que foram submetidos ao procedimento no período em questão e de exclusão, os pacientes com ausência de dados de admissão ou alta hospitalar no prontuário.

Os dados serão secundários, coletados do prontuário eletrônico pelo pesquisador.

As variáveis utilizadas serão gênero, cor/raça, idade, duração da internação, comorbidades, medicamentos, estado nutricional, cirurgias prévias, técnica utilizada, tipo de anastomose primária, reabordagem, complicações, hiperidratação pós-operatória, uso de droga vasoativa, uso de antibiótico e desfecho.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

As informações coletadas dos prontuários serão registradas em uma planilha, elaborada pelo próprio pesquisador.

Dispensa do TCLE uma vez que não há mais continuidade no acompanhamento dos pacientes, sendo utilizados apenas os dados contidos nos prontuários, sem a identificação dos pacientes.

Documentos: Termo de compromisso do pesquisador / Carta de autorização do setor (HMS) / Declaração de dispensa de TCLE / Carta de encaminhamento do projeto ao comitê de ética / Carta de Anuência da Instituição HMS / Folha de rosto do Projeto / Cronograma e Orçamento (descrito)

Endereço: Praça Conselheiro Almeida Couto, nº 500  
Bairro: Nazaré CEP: 40.050-410  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)2203-8362 E-mail: cephsi@santacasaba.org.br

HOSPITAL SANTA IZABEL -  
SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DA BAHIA /  
PROF DR CELSO FIGUEIRÓA



Continuação do Parecer 5.611.652

no projeto).

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A Plenária do Comitê de Ética em Pesquisa Prof. Dr. Celso Figueiróa-Hospital Santa Izabel, acatando o parecer do relator designado para o referido protocolo, em uso de suas atribuições, aprova o Projeto de Pesquisa supracitado, estando o mesmo de acordo com a Resolução 466/12.

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

No período de vigência do protocolo de pesquisa aprovado deverá ser apresentado ao CEP Prof. Dr. Celso Figueiróa o envio do relatório semestral da pesquisa e o relatório final na conclusão do projeto. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1965915.pdf	01/08/2022 10:37:20		Acelto
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_do_pesquisador_Larissa_Rocha_Atayde_Moreira.pdf	01/08/2022 10:35:10	LARISSA ROCHA ATAYDE MOREIRA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PP_COMPARACAO_DOS_DESFECHOS_CLINICOS_POS_COLECTOMIAS_COM_AS_TECNICAS_DE_ANASTOMOS_E_PRIMARIA_E_COLOSTOMIA_UMA_ANALISE_RETROSPECTIVA.pdf	16/07/2022 22:29:04	LARISSA ROCHA ATAYDE MOREIRA	Acelto
Outros	Carta_de_autorizacao_do_setor.pdf	16/07/2022 22:26:22	LARISSA ROCHA ATAYDE MOREIRA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Termo_de_dispensa_TCLE.pdf	16/07/2022 22:25:32	LARISSA ROCHA ATAYDE MOREIRA	Acelto

Endereço: Praça Conselheiro Almeida Couto, nº 500

Bairro: Nazaré CEP: 40.050-410

UF: BA Município: SALVADOR

Telefone: (71)2203-8362

E-mail: cephsi@santacasaba.org.br

HOSPITAL SANTA IZABEL -  
SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DA BAHIA /  
PROF DR CELSO FIGUEIRÔA



Continuação do Parecer: 5.611.692

Ausência	Termo_de_dispensa_TCLE.pdf	16/07/2022 22:25:32	LARISSA ROCHA ATAYDE MOREIRA	Acelto
Outros	Carta_de_encaminhamento_do_projeto.pdf	16/07/2022 22:25:15	LARISSA ROCHA ATAYDE MOREIRA	Acelto
Declaração de concordância	Carta_de_anuencia_da_instituicao.pdf	16/07/2022 21:56:27	LARISSA ROCHA ATAYDE MOREIRA	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	16/07/2022 21:45:54	LARISSA ROCHA ATAYDE MOREIRA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 29 de Agosto de 2022

---

Assinado por:  
André Gusmão Cunha  
(Coordenador(a))