



FICHA DE LEITURA-COLOSTOMIA

1. ENQUADRAMENTO

No âmbito do Ensino clínico em Cuidado Gerontogeriátrico em Contexto de longevidade a decorrer na FFF- Portunhos, realizo a seguinte ficha de leitura sobre a “Colostomia”, para aprofundar o conhecimento sobre este tema, pois o meu utente de referência é portador de colostomia e assim vou possuir mais conhecimentos sobre.

2. COLOSTOMIA

A colostomia é um procedimento cirúrgico que consiste em criar uma comunicação do cólon para a parede abdominal, de modo a permitir a evacuação do conteúdo fecal para situações em que o trânsito normal está impedido por alguma causa patológica (Calatayud et. al, 2005). Estas podem ser definitivas ou transitórias, descompressivas ou derivativas. (Luciana Real, 2017).

De acordo com (Luciana Real, 2017), a proporção do intestino grosso que é exteriorizada, as colostomias podem ser classificadas como colostomia ascendente, transversa, descendente ou sigmoide, dependendo sempre da sua localização anatódervativas. (mais elevada for a posição do estoma, mais prejudicada será a digestão e a absorção de alimentos e água.

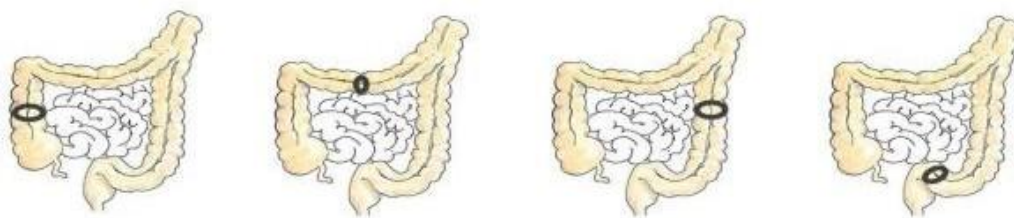


Figura 1- Localização mais frequente das colostomias

Segundo (Barata, M. 2010) colostomia realiza-se considerando diversos fatores, como a localização, o estágio patológico, a condição geral do paciente e a técnica cirúrgica escolhida pelo cirurgião. Dependendo da técnica de construção, pode ser classificada como terminal, em ansa ou em cano de espingarda. Independentemente do método de construção utilizado, a colostomia deverá ficar ao nível da pele, rasa.

3. COLOSTOMIA TERMINAL

A colostomia terminal pode ser realizada de forma definitiva ou temporária, embora a reconstrução do trânsito exigirá um procedimento mais demorado que nas colostomias em ansa ou em “cano de espingarda”. São situações que podem levar a construção de uma colostomia terminal, a amputação abdomino-perineal do reto, incontinência fecal, fístula retovaginal, cirurgia de Hartmann, doentes idosos que não toleram uma anastomose colorectal e os casos de resseção anterior baixa em doentes não ilegíveis para construção de anastomose coloanal. (Borges, E. C., et. al, 2007)

Em geral, uma colostomia terminal é realizada no quadrante inferior esquerdo e a demarcação da incisão do estoma deverá ser feito no pré-operatório pelo esomaterapeuta.

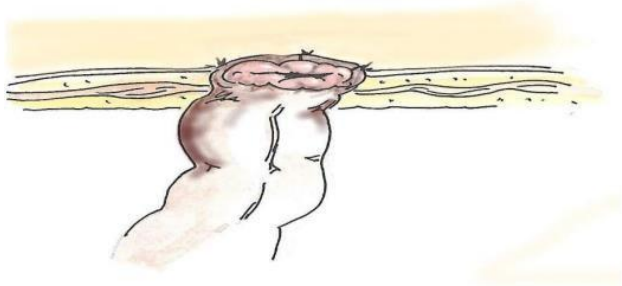


Figura 2- Colostomia terminal

4. COLOSTOMIA EM ANSA

De acordo com a (Luciana Real, 2017), a colostomia em ansa é geralmente realizada no quadrante superior (cólon transverso) ou inferior (cólon sigmoide), podendo ser feita por meio de procedimentos minimamente invasivos, como a laparoscopia, ou em cirurgia aberta.

Após a realização da colostomia, podem ocorrer complicações precoces, tardias ou relacionadas ao fechamento ou reversão do estoma.

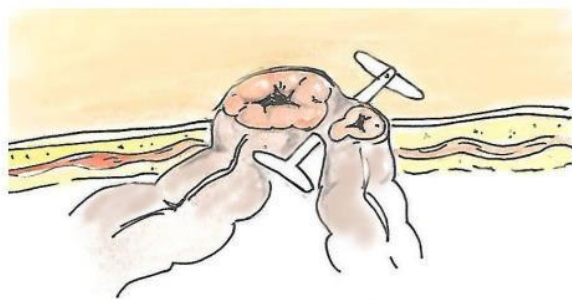


Figura 3- Colostomia em Ansa

5. COMPLICAÇÕES PÓS CIRURGIA

Segundo (Borges, E. C., et. al, 2007) relativamente às complicações precoces, englobam-se:

- **Edema:** Origina-se na mucosa da colostomia e é bastante frequente nos primeiros dias do pós-operatório, é considerado como fisiológico e resulta de um trauma da intervenção cirúrgica, desaparecendo dos dias seguintes.
- **A infecção:** Esta pode estar presente ao nível do espaço peri-estomal, sendo mais frequente nas intervenções de urgência em que as condições gerais da pessoa estão mais frágeis e a contaminação poderá ser maior. O grau de infecção varia, sendo facilmente eliminada com cuidados locais e antibioterapia. Nas situações de abscesso peri estoma com deiscência mucocutânea, já requer tratamento no local.

- **Hemorragia:** Nos primeiros momentos após a intervenção cirúrgica, é possível constatar a ocorrência de hemorragias, que podem ter origem na lesão de algum vaso submucoso do tecido subcutâneo. Estas hemorragias tendem a cessar espontaneamente, mediante compressão ou sutura do vaso sangrante.
- **Isquemia/necrose:** Pode surgir pela insuficiente vascularização, pela contorção do mesocólon ou o estrangulamento excessivo da parede abdominal
- **Retração:** O afundamento do colón pode ser secundário ao processo da necrose, ou à infecção da colostomia.
- **Lesões cutâneas e da mucosa:** Trata-se de um tipo de complicação mais frequente e estas incluem todas as complicações que podem surgir na mucosa do colon ou lesões na pele peri estoma. Este tipo de lesão não interfere no funcionamento do estoma, e costumam melhorar e corrigir-se com tratamentos locais. A irritação cutânea deve-se ao contacto permanente da pele com o conteúdo fecal, devendo ser tratado com medidas higiénicas e protetoras da pele. Em relação às complicações tardias estas relacionam-se com o Prolapso e herniação do estoma.
- **A hérnia:** A hérnia periestomal é caracterizada pela protusão intermitente ou permanente da colostomia, podendo estar relacionada com problemas na parede abdominal ou a músculos enfraquecidos, o que é comum em pessoas idosas. A presença da hérnia dificulta a fixação dos dispositivos na pele, exigindo habilidade do paciente para manuseá-los e cuidar do espaço periestomal. Em alguns casos, é preciso recorrer a cintas que contrapõem a pressão abdominal e permitam a fixação do saco da colostomia. Caso não surja nenhum efeito, há necessidade de recorrer a uma cirurgia reparatória.
- **O prolapso:** O prolapso é a exteriorização da parede através do orifício, o seu surgimento deve-se a vários fatores, tais como, a falta de fixação do colon aos planos musculo-aponevróticos e a hiperpressão abdominal. Geralmente o prolapso é pequeno, permitindo uma redução manual, mas quando este ocupa grande parte da bolsa da colostomia, impedindo o seu bom funcionamento, há necessidade de uma nova intervenção cirúrgica com ressecção ou fixação do segmento intestinal prolapsado.

6. CONCLUSÃO E REFLEXÃO CRÍTICA

A realização desta ficha de leitura, permitiu aprofundar significativamente os meus conhecimentos sobre a colostomia, desde os seus tipos, indicações cirúrgicas e localização anatômica até às principais complicações pós-operatórias. Compreender estas particularidades é essencial para prestar cuidados individualizados, seguros e eficazes aos utentes ostomizados. Reconheço agora a importância de uma vigilância rigorosa ao estoma e à pele peri-estomal, bem como a educação contínua ao utente, visando a sua autonomia e qualidade de vida. Este conhecimento reforça a minha responsabilidade enquanto futuro profissional de saúde, capacitando-me para atuar com maior confiança e competência na promoção do bem-estar da pessoa com colostomia.

BIBLIOGRAFIA

- Barata, M. (2010). Considerações sobre Estomas. *Ostomias Boletim Semestral*, 2º semestre, p. 3-5.
- Borges, E. C., Camargo, G. C., Souza, M. O., Pontual, N. A., & de Sá Novato, T. (2007). Qualidade de vida em pacientes ostomizados: uma comparação entre portadores de câncer colorretal e outras patologias [Quality of life in patients stomized: a comparison between carriers of colorectal neoplasms and other pathologies]. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 25(4), 357–364.
- Calatayud, J.M.C., Prado, A.V., Sayas, M.A.T., Vila, T.M., Mas, J.M.C., Mas, L.C. (2005). *Estomas Manual para Enfermeria*. Edita Consejo de Enfermeria de la Comunidad Valenciana.
- Real, L. (2017, May). *Qualidade de vida nos ostomizados* [Review of *Qualidade de vida nos ostomizados*]. <http://hdl.handle.net/10400.6/8120>