MARY ELIZABETH DE SANTANA

FÍSTULA FARINGOCUTÂNEA APÓS LARINGECTOMIA TOTAL:
REVISÃO SISTEMÁTICA E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Enfermagem
Fundamental.

Área de concentração: Enfermagem Fundamental
Orientadora: Profa. Dra. Namie Okino Sawada

RIBEIRÃO PRETO
2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARY ELIZABETH DE SANTANA

FÍSTULA FARINGOCUTÂNEA APÓS LARINGECTOMIA TOTAL:
REVISÃO SISTEMÁTICA E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

RIBEIRÃO PRETO
2004

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação de Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Santana, Mary Elizabeth de

Fístula faringocutânea após laringectomia total: Revisão sistemática e implicações para a enfermagem./ Mary Elizabeth de Santana; orientadora : Namie Okino Sawada.

Ribeirão Preto, 2004.

188f. : fig.

Tese (Doutorado-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Complicação. 2. Laringectomia Total. 3. Fístula Faringocutânea.

DE SANTANA, M .E. **Fístula Faringocutânea após laringectomia total: revisão sistemática e implicações para a enfermagem.** 2004. 161p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

RESUMO

Esta pesquisa utilizou a revisão sistemática com o objetivo de identificar os principais tratamentos da fístula faringocutânea após a laringectomia total e elaborar recomendações para as intervenções de enfermagem na assistência ao paciente submetido a laringectomia total, com a complicação fístula faringocutânea. Foram previamente localizados 1007 estudos, dos quais foram selecionados 37 estudos publicados em periódicos científicos indexados no Pubmed, Biomednet, Cinahl, Cochrane Library, MEDLINE e LILACS, desses 17 (46%) abordavam o tratamento da fístula faringocutânea, após laringectomia total, 10 (27%) discutiam os fatores de risco e os outros 10 (27%) as complicações após a laringectomia total. A análise desses artigos revelou que o delineamento da pesquisa predominante nos estudos foi o retrospectivo com 88,5%, e 11,5% prospectivos. A média de tempo de acompanhamento foi de 8,8 anos e a incidência de fístula faringocutânea, após a laringectomia total variou entre 8,7% e 27,0%, envolvendo um total de 635 pacientes. Os fatores de risco estudados pelos pesquisadores foram: radioterapia pré-operatória, técnica cirúrgica, traqueostomia pré-operatória, estadiamento do tumor, febre, doenças crônicas, vômito, nível de hemoglobina e reinício da alimentação oral, formando subgrupos com um número menor de pacientes e, conseqüentemente obtiveram percentuais individuais maiores de incidência da fístula faringocutânea, quando comparados com o índice geral de fístula proveniente da amostra inicial do estudo. O tratamento conservador e cirúrgico da fístula tem por finalidade preservar e restaurar a região lesada e envolve um processo complexo, dinâmico e sistêmico. Esta complicação aumentou o período de internação e de cicatrização, com médias de 28 e de 36 dias respectivamente. O tratamento predominante é ainda o conservador que implica cuidados higiênicos intensivos e o tratamento da ferida. O planejamento da assistência de enfermagem alicerçado em conhecimentos e habilidades técnico-científicas acerca do tratamento de feridas aliadas à dimensão psicossocial resultarão em intervenções de maior qualidade. A incorporação de conhecimentos oriundos da prática baseada em evidências na prática clínica, trará maior consistência à atuação do enfermeiro no cuidado do laringectomizado total e portador de fístula faringocutânea.

Palavras-Chave: Complicação, Laringectomia Total, Fístula Faringocutânea.

DE SANTANA, M .E. **Fístula faringo-cutánea tras laringectomía total: revisión sistemática e implicaciones para la enfermería.** . 2004. 161p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

RESUMEN

Esta investigación utilizó la revisión sistemática con la finalidad de identificar los principales tratamientos de la fístula faringo-cutánea tras laringectomía total, y elaborar recomendaciones para las intervenciones de enfermería en la atención al paciente sometido a laringectomía total, con la complicación fístula faringo-cutánea. Fueron localizados con antecendencia 1007 estudios, de los cuales seleccionamos 37 estudios publicados en periódicos científicos indexados en Pubmed, Biomednet, Cinahl, Cochrane Library, MEDLINE y LILACS. Entre esos, 17 (46%) enfocaban el tratamiento de la fístula faringe-cutánea tras laringectomía total, 10 (27%) discutían los factores de riesgo y los otros 10 (27%) las complicaciones después de la laringectomía total. El análisis de esos artículos reveló que la delineación de investigación predominante en los estudios fue la retrospectiva con 88,5%, y 11,5% prospectivos. La duración media del tiempo de acompañamiento fue 8,8 años y la incidencia de fístula faringo-cutánea tras laringectomía total varió entre 8,7% y 27,0%, involucrando un total de 635 pacientes. Los factores de riesgo estudiados por los investigadores fueron: radioterapia pre-operatoria, técnica quirúrgica, traqueostomía pre-operatoria, estadiamiento del tumor, fiebre, enfermedades crónicas, vómito, nivel de hemoglobina y reinicio de la alimentación oral, formando subgrupos con menor número de pacientes y, consecuentemente, obtuvieron porcentajes individuales mayores de incidencia de la fístula faringo-cutánea, cuando comparados con el índice general de fístula proveniente de la muestra inicial del estudio. La finalidad del tratamiento conservador y quirúrgico de la fístula es preservar y restaurar la región lesionada e involucra un proceso complejo, dinámico y sistémico. Esta complicación aumentó el período de internación y cicatrización, con medias de 28 y 36 días respectivamente. El tratamiento predominante todavía es el conservador, que implica cuidados higiénicos intensivos y el tratamiento de la herida. La planificación de la atención de enfermería fundamentada en conocimientos y habilidades técnico-científicas a cerca del tratamiento de heridas, aliada a la dimensión psicosocial, resultarán en intervenciones de mejor cualidad. La incorporación de conocimientos oriundos de la práctica basada en evidencias en la práctica clínica, acarreará mayor consistencia a la actuación del enfermero al cuidar del laringectomizado total y portador de fístula faringo-cutánea.

Términos-Clave: Complicación, Laringectomía Total, Fístula Faringo-cutánea.

DE SANTANA, M .E. **Pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy: systematic review and nursing implications.** . 2004. 161p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ABSTRACT

This research carried out a systematic review aimed at identifying the main treatments of pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy and at elaborating recommendations for nursing interventions in care delivered to patients submitted to total laryngectomy, including the pharyngocutaneous fistula complication. In advance, 1007 studies were found, out of which we selected 37 studies published in scientific journals indexed in Pubmed, Biomednet, Cinahl, Cochrane Library, MEDLINE and LILACS. Among these, 17 (46%) dealt with the treatment of pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy, 10 (27%) discussed the risk factors and the other 10 (27%) were about complications after total laryngectomy. The analysis of these articles revealed that the predominant research orientation was retrospective (88.5%) and 11.5% corresponded to prospective studies. Average follow-up time was 8.8 years and the occurrence of pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy varied from 8.7% to 27.0%, involving 635 patients in total. Analyzed risk factors were: pre-operative radiotherapy, surgical technique, pre-operative tracheostomy, tumor stage, fever, chronic disease, vomiting, hemoglobin level and restarting oral feeding. These constitute subgroups with a lower number of patients which, consequently, obtained higher individual percentage values for the occurrence of pharyngocutaneous fistula in comparison with the general fistula rate from the initial study sample. The conservative and surgical treatment of fistula aims to preserve and restore the injured region and involves a complex, dynamic and systemic process. This complication increased the internment and healing periods, with an average duration of 28 and 36 days respectively. The conservative treatment still predominates and implies intensive hygienic care and wound treatment. The planning of nursing care, based on technical-scientific knowledge and abilities related to wound treatment, in association with the psychosocial dimension, will result in higher-quality interventions. Incorporating evidence-based knowledge into clinical practice will offer greater consistency to nursing actions in caring for patients after total laryngectomy who suffer from pharyngocutaneous fistula.

Keywords: Complication, Total Laryngectomy, Pharyngocutaneous Fistula.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMÉN

CAPÍTULO 1

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	37

CAPÍTULO 2

3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	39
3.1 Aspectos da História da Medicina Baseada em Evidências.....	39
3.2 Componentes da Medicina Baseada em Evidências.....	44
3.3 Benefícios e Limitações da Medicina Baseada em Evidências.....	46
3.4 Enfermagem Baseada em Evidências.....	47
3.5 A Evidência Científica na Enfermagem.....	49
3.6 Incorporar a Pesquisa a Prática da Enfermagem.....	56

CAPÍTULO 3

4 MÉTODO.....	61
4.1 Procedimento Metodológico.....	66
4.2 Estratégia de Busca dos Estudos.....	69
4.3 Análise dos dados.....	73

CAPÍTULO 4

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
---------------------------------------	-----------

CAPÍTULO 5

6 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM.....	138
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	154
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	160
APÊNDICE.....	177
ANEXO.....	188

A intervenção de enfermagem junto a pacientes com câncer de cabeça e pescoço constitui tema de nosso interesse desde quando começamos a desenvolver atividades de ensino teórico-práticas no Departamento de Câncer do Hospital-Escola na cidade de Belém-Pará, onde prestávamos cuidados a pacientes portadores de câncer de laringe, no período perioperatório.

Em relação ao câncer de laringe, a American Cancer Society (ACS) previu, para o ano 2003, 9.500 novos casos para ambos os sexos, sendo 7.100 para o sexo masculino e 2.400, para o feminino, sendo a estimativa de mortalidade total de 3.800 casos, dos quais 3.000 para homens e 800 para mulheres (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2003).

O Ministério da Saúde (MS) estimou que, em 2002, o câncer no Brasil deveria chegar a 337.535 casos novos e 122.600 óbitos, dos quais 165.895 novos casos e 66.060 óbitos atingiriam a população masculina e 171.640 casos novos e 56.540 óbitos, a feminina. Estimou, ainda, que os principais tipos de câncer a acometer os homens seriam os de pele não-melanoma (36,57/100.000); próstata (29,76/100.00); pulmão (17,45/100.000) e estômago (16,14/100.000), ao passo que, as mulheres, teriam as neoplasias malignas da mama (40,66/100.000); pele não-melanoma (34,56/100.00); colo de útero (19,82/100.000) e cólon e reto (11,04/100.000) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2002).

Enfim, a epidemiologia mostra a incidência desse tipo de câncer na população brasileira configurado nas estatísticas de morbidade e mortalidade. Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, a ocorrência de óbitos por câncer de laringe, no ano de 1999, foi de 2.575 (2,25%), atingindo mais da população masculina, numa razão de 1:5, com incidência elevada após a quinta década de vida (INCA/MS 1999; ACS, 2000).

Os fatores de risco, segundo Kleinbaum (1989), podem ser definidos como qualquer variável que tenha relações causais, antecedendo o evento de interesse fundamentado no conhecimento, teoria ou prévios achados de pesquisa. A partir desta definição, citaremos a seguir os principais fatores de risco relacionados ao câncer de laringe, de acordo com a literatura e os estudos desenvolvidos na área: abuso da voz, laringite crônica, tabagismo, etilismo e os associados aos hábitos precários de higiene oral. Também são considerados fatores de risco ocupacionais, como o contato com fibras têxteis, níquel, pó de madeira e asbesto (ACS, 1999; LEITE; KOIFMAN, 1998).

Dentre os diversos fatores de risco, a combinação mais relevante aponta o fumo, seja ele de cachimbo, charuto ou cigarro. A ingestão crônica e intensa de álcool também tem ligação com o câncer de laringe, principalmente se associada ao uso concomitante do fumo; no entanto, alguns estudos chegaram a resultados inconclusivos no que diz respeito a essa associação para o câncer de laringe. Noronha e Dias (1997) ressaltam que o fumo e o álcool, como fatores de risco para o câncer de laringe, podem ser laboriosos para analisar, se o uso destas drogas estão ligados às deficiências nutricionais, o que geralmente acontece com os etilistas.

Brownson e Chang (1987) conduziram estudo de caso-controle, com 63 casos e 200 controles, no Missouri Cancer Registry, Estados Unidos da América (EUA), entre 1984 e 1985, o qual mostrou que o uso prévio de álcool ou do fumo tem forte associação com o surgimento do câncer de laringe, crescendo o risco para esse tipo de tumor quando o fumo e o álcool são consumidos concomitantemente. Os resultados desta pesquisa estabeleceram como categoria de referência os não-usuários de bebida alcoólica e não-fumantes, demonstrando que se a pessoa não é usuária de bebida alcoólica nem fumante seu OR (**Odds Ratio) é igual a 3,44. Caso seja fumante e não-usuário de bebida alcoólica, o OR é igual a 2,37. Assim, tanto o consumidor de bebida alcoólica como o fumante têm OR igual a 7,73. Nesta investigação, o cálculo do índice de sinergia mostrou, também, que o efeito do álcool e do tabaco agindo simultaneamente foi 77% mais que apenas o de aditividade.

De Stefani; Oreggia; Rivero et al. (1992) realizaram também estudo de caso-controle envolvendo 205 pacientes com câncer de boca, faringe e laringe e 273 controles, com características não-direcionadas ao consumo de tabaco ou álcool, em Montevidéu, Uruguai, entre janeiro/1988 e dezembro/1990. Nesse estudo, os fumantes de cigarros feitos a mão mostraram um risco maior de desenvolvimento de câncer de laringe (OR=2,5; ***IC=95% 1.2-5.2), quando comparados a fumantes de cigarros comerciais.

Wortley; Vaughan; Davis et al. (1992) efetuaram um estudo de caso-controle de base populacional, em Washington (EUA), para avaliarem a história de vida ocupacional de 235 casos diagnosticados, entre 1983 e 1987, e de 547 controles identificados aleatoriamente por telefone. O objetivo dos autores era determinar se os

Estimador do risco relativo. *Intervalo de Confiança estipula o erro de amostragem.

trabalhos específicos e exposições ocupacionais estavam associados ao câncer de laringe. Após controlar a ingestão de álcool, tabagismo, idade, educação, encontraram riscos significativamente aumentados entre os pintores da construção civil (OR=2,8; IC=95% 1.1-6.9), trabalhadores em mecânica (OR=2,3; IC=95% 1.1-4.8), trabalhadores da indústria de metal e operadores de máquinas de confecção de plásticos (OR=2,6; IC=95% 1.3-4.9) e trabalhadores com equipamentos de limpeza (OR=1,5; IC=95% 1.0-2.2).

Tomek e McGuirt (2003) realizaram um estudo retrospectivo baseado na revisão do Wake Forest University Baptist Medical Tumor Registry, no período de 1985 a 2000, com 91 pacientes que tinham tumor de cabeça e pescoço e que desenvolveram um segundo tipo de câncer independente do tumor primário, porém na região de cabeça e pescoço. Esses casos foram agrupados no síncromo (loais diferentes com 6 meses) e metacrônicos (local diferente após 6 meses ou mesmo local após 3 anos), sendo os tumores secundários examinados com base na história de fumo, considerando-se especificamente a manutenção do hábito de fumar ou interrupção deste após o diagnóstico do índice do tumor.

Dos 91 pacientes identificados com tumores duplos de cabeça e pescoço, 88 eram usuários de tabaco. No grupo formado pelos 54 pacientes com metacrônico secundário primitivo, 51 eram fumantes; destes, 25 continuaram a usar o tabaco e 26 pararam. Todos os 26 pacientes que deixaram de fumar desenvolveram um tumor secundário primitivo, tendo 13 deles parado de fumar mesmo antes de ter sido diagnosticado o índice primário e os outros 13 pararam de fumar depois que constataram o índice primário.

Na revisão dos 91 pacientes com tumores duplos primários de cabeça e pescoço não revelou diferença na frequência de desenvolvimento de tumores secundários no grupo de pacientes que continuou a fumar, após diagnóstico, e os índices relativos de cânceres para os pacientes que pararam de fumar. Este resultado indica um nível cumulativo crítico celular e um dano persistente. Os métodos para reverter esta alteração genética são suposições potencialmente mais significantes do que interromper os efeitos do fumo, prevenindo, dessa forma, subsequentemente o câncer de cabeça e pescoço.

As principais formas de tratamento para o câncer de cabeça e pescoço incluem a cirurgia e a radioterapia. Inicialmente, elas são usadas com a intenção de cura, porém em algumas circunstâncias servem como tratamento paliativo, podendo estar associadas ou não a outras terapias, a depender do tipo de tumor, extensão, condição clínica e preferências do paciente. O diagnóstico correto e o estadiamento são essenciais no processo de tomada de decisão (BULCKELY, 2000).

Para Forastiere; Koch; Tnotti et al. (2001), os enfoques da inovação cirúrgica, durante a década passada, estiveram voltados para conservação da função do órgão e para os meios efetivos da sua reconstrução. Essas inovações favorecem a ressecção total dos tumores malignos da laringe, com a perda parcial do órgão pela laringectomia subtotal, cujo objetivo é preservar a função, ou pelo menos uma das funções do mesmo, quais sejam: respiratória, fonatória e esfinteriana.

Ainda estes autores afirmam que o estadiamento do carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço mudou pouco na década passada. Como os métodos de estadiamento são diferentes, têm sido propostos vários outros sistemas, incluindo

o índice de severidade dos sintomas e a condição preexistente, realizados por meio do método do estadiamento-padrão do tumor-nódulo-metástase. A tomografia computadorizada (CT) e a imagem por ressonância magnética (IRM) têm sido universalmente aceitas como ferramentas vitais para o estadiamento clínico, parecendo igualmente promissora a nova imagem da tomografia por emissão de pósitrons (TEP), onde se identificam os nódulos sentinelas por meio da linfoscintigrafia.

Atualmente, o conceito de estadiamento molecular foi também introduzido, tanto que as alterações genéticas podem ser usadas para detectar as células de câncer raras em uma amostra com aparência histopatológica normal, incluindo os nódulos linfáticos e as margens periféricas do tecido do tumor. As análises do tecido às margens do carcinoma de cabeça e pescoço têm permitido prever a probabilidade da recidiva do tumor e a determinação da relação entre um índice de lesão do carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço e as subseqüentes lesões. As informações obtidas por intermédio destes estudos poderão ajudar no tratamento agressivo de uma lesão secundária com o intento curativo ou paliativo, no caso da doença com metástase à distância.

No tratamento do câncer de laringe, novos procedimentos cirúrgicos vêm aumentando a quantidade de tecido laríngeo que pode ser ressecado, enquanto preserva a habilidade da faringe para se proteger contra a aspiração e para produzir ruído. Na laringectomia supracricóide, a laringe é quase totalmente removida sendo preservadas apenas a cartilagem aritenóide e a cricóide. Estas estruturas, juntas com

a base intacta da língua, permitem o restabelecimento da respiração, produzem naturalmente a voz e asseguram via aérea e deglutição intactas, em muitos casos.

Quanto ao efeito debilitante da dissecação do pescoço sobre a função do ombro e pescoço, ele é diminuído com procedimentos pouco radicais, modificando a dissecação ampla e seletiva do pescoço. A dissecação seletiva do pescoço é um procedimento usado com frequência para remover somente as regiões anatômicas que contém nódulos. A posição do nódulo em pacientes com carcinomas de células escamosas de cabeça e pescoço tem sido estabelecida através do uso do radionucleotídeo de tecnésio injetado nas proximidades de uma lesão da mucosa primária, a fim de se identificarem os nódulos linfáticos de primeiro grau que drenam aquela região, permitindo, assim, a ressecção seletiva (FORASTIERE; KOCH; TNOTTI et al. 2001).

A laringectomia total consta de ressecção completa da laringe cartilaginosa, do osso hióide e dos músculos infra-hióideos conectados à laringe, com a possibilidade da remoção do espaço pré-epiglótico, quando há lesão. Este procedimento cirúrgico está sempre associado aos esvaziamentos cervicais seletivos anteriores bilaterais, nos níveis II, III e IV, também denominados de esvaziamentos interjugulares e que caracterizam a laringectomia total (NORONHA; DIAS, 1997; MEEKER; ROTHROCK, 1995).

A radioterapia tem por objetivo preservar a função e a estética do órgão, tem sido e permanece como uma modalidade de tratamento primário para o câncer de cabeça e pescoço, nesta década. Segundo Fu (1999), os futuros avanços na radiação oncológica poderão ser obtidos por intermédio das inovações técnicas e também dos

avanços das biológicas molecular e celular, uma vez que as inovações técnicas poderão permitir a intensificação da dose de irradiação no tumor, enquanto, simultaneamente, diminuem o volume da dose no tecido normal. Também o progresso do conhecimento das diferenças entre as bases molecular e celular do tumor e a resposta do tecido normal à radioterapia poderão produzir novas estratégias terapêuticas capazes de explorar estas diferenças. A autora também enfatiza que a meta da terapia de radiação no tratamento do câncer de cabeça e pescoço é alcançar a máxima probabilidade de controle loco-regional. Para Cox; Pajak; Marcial et al.(1990), o controle local da radioterapia leva em consideração a dose necessária ao tipo de tumor. Os limites da dose de tolerância crítica podem ser distribuídos para o tecido adjacente normal, tais como: cordão espinhal, cérebro, sistema cerebral, olhos, nervo óptico e quiasma óptico. Aumenta a probabilidade da toxicidade com utilização de altas dosagens, mesmo o volume incluindo o tecido normal no campo do tratamento.

A terapia da radiação Tri-Dimensional-CRT, técnica pela qual o paciente recebe uma alta dose de radiação, de acordo com a configuração tri-dimensional do volume-alvo do tumor, minimiza a dose para os tecidos normais circunvizinhos e ao mesmo tempo proporciona melhor cobertura do volume-alvo do tumor e mais opções para intensificar a dose da medicação para o mesmo, sem aumentar as complicações no tecido normal. A possível intensificação da dose 3-CRT possibilita melhor controle loco-regional, o que explica a diminuição do risco de metástase à distância e a melhoria da sobrevivência.

O banco de dados Radiation Therapy Oncology Group Head and Neck Cancer apresentou sobrevida de 5 anos para 49% dos pacientes que tiveram controle loco-regional, comparados a 18% de pacientes que experimentaram um controle loco-regional deficiente. O tempo ajustado para 5 anos de sobrevivência livre de metástase à distância foi de 79% para pacientes localmente controlados e de 62% para aqueles com controle loco-regional deficiente (WITHERS; THAMES 1988; LEIBEL; SCOTT; MOHIUDDIN et al.1991; ROA; HAZUKA; SANDLER et al.1994).

A terapia de radiação de feixe-partícula, como o nome diz, é uma radioterapia que usa partículas, tais como: nêutrons, prótons, e íons pesados. É também chamada de radioterapia high linear energy transfer (high LET). Comparando-se a LET com a baixa radiação de fóton e a de alta radiação, verificamos que a alta radiação LET é biologicamente mais eficaz e menos dependente de oxigênio, exigindo reparo menor ao dano subletal no ciclo-celular-dependente. Em adição, tanto o íon pesado como a radioterapia de íon possuem uma distribuição mais favorável para a dose profunda do que a radioterapia de nêutron ou fóton.

Estudos randomizados de Withers e Thames 1988; Leibel; Scott; Mohiuddin et al.1991; Roa; Hazuka; Sandler et al.1994 com a radioterapia de nêutron, realizados na Inglaterra e nos Estados Unidos (EUA), têm mostrado uma melhora significativa no controle loco-regional (não de sobrevivência), se comparados com a radioterapia de fóton convencional, administrada em pacientes com tumores de glândulas salivares inoperáveis. Pesquisando na literatura dados referentes ao controle loco-

regional com uso da radioterapia, encontramos cerca de 67% de pacientes com nêutrons fortes versus 26% com fótons ou elétrons, no tratamento de tumores de glândulas salivares malignos inoperáveis.

A proporção geral de complicação severa tardia com radioterapia de nêutron encontrada foi de 19%, porém, na esfera internacional, pesquisando estudo randomizado, para tratar de pacientes com carcinoma de célula escamosa avançada de cabeça e pescoço, esta pesquisadora não localizou nenhum aspecto que demonstrasse uma diferença entre o controle loco-regional e a sobrevivência, quando se misturam nêutrons e fótons ou apenas fótons (ROA; HAZUKA; SANDLER et al.1994).

Quanto à toxicidade aguda, esta se apresentou tardia, porém similar à incidência, indo do grau 3 para o grau 5, sendo significativamente alta a toxicidade com nêutrons (40% contra 18%). Assim, no futuro, o papel da radioterapia de nêutron, no tratamento do câncer de cabeça e pescoço, pode ser limitado a tumores de glândulas salivares avançados. Recentemente, vimos o interesse renovado pela terapia de nêutron-captura, usada fundamentalmente no tratamento de tumores do cérebro. Futuras investigações deverão produzir elementos que auxiliarão no tratamento do câncer de cabeça e pescoço (MAOR; ERRINGTON; CAPLAN et al. 1995).

A radioterapia pós-operatória é a mais utilizada para o tradicional tratamento do câncer de cabeça e pescoço avançado, após a ressecção, porém a sobrevivência e a proporção de recidiva local têm sido decepcionantes. Forastiere; Koch; Tnotti et al. (2001) enfatizam que várias abordagens modernas estão sendo

testadas, incluindo-se o uso do perfil de risco para definir o alvo específico das populações com alto risco para recidiva, alterando, dessa forma, o fracionamento da radioterapia pós-operatória. Outra estratégia utilizada para reduzir a reprodução clonal no cenário do pós-operatório refere-se ao uso da quimioterapia simultaneamente à radioterapia.

Mendenhall; Amdur; Hinerman et al. (2003) fizeram uma revisão da literatura abordando a radioterapia pós-operatória em pacientes com carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço, e observaram que os pacientes com características patológicas negativas tinham uma probabilidade alta para uma recidiva loco-regional, reduzindo sua sobrevivência somente após a cirurgia. A radioterapia pós-operatória reduz o risco do fracasso loco-regional e, provavelmente, melhora a sobrevivência. Os pacientes com alto risco para recidivas após a cirurgia beneficiam-se do programa da dose-fracionamento mais agressivo, do qual constam mudanças no fracionamento para diminuir o tempo global entre a cirurgia e a complementação da radioterapia. Também a quimioterapia adjuvante surgiu para melhorar a cura dos pacientes com alto risco.

Nas duas últimas décadas, a quimioterapia vem se tornando cada vez mais importante no tratamento do câncer de cabeça e pescoço, sendo rigorosamente reservada para o tratamento paliativo de pacientes recidivantes. Quanto à quimioterapia tradicional citotóxica, é usada cada vez mais na laringe e outros locais como terapia inicial (neoadjuvante) e quando associada à radioterapia, pode ser administrada com o objetivo de preservação do órgão, constituindo-se, ainda, numa alternativa para a cirurgia em um subconjunto significativo de pacientes.

Mais recentemente, novas classes de drogas têm-se unido ao armamento quimioterapêutico do câncer de cabeça e pescoço. Os Retinóides demonstram sua utilidade na redução do risco da malignidade secundária, tratando com sucesso pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Os agentes citotóxicos mais modernos, como o paclitaxel, mostram uma atividade promissora, contudo, apesar deste desenvolvimento encorajador, hoje a quimioterapia tem sido um fracasso, em decorrência do crescente índice atingido de cura do câncer de cabeça e pescoço pela irradiação e cirurgia tradicionais. Até mais decepcionante é a falta de sucesso no tratamento dos pacientes cuja doença tenha recidivado após a irradiação e cirurgia. Este grupo representa um subconjunto amplo de pacientes que receberam quimioterapia, freqüentemente, todos com pequeno ou nenhum benefício. Desse modo, Cullen e Newkirk (1999) enfatizam que a terapia para os cânceres de cabeça e pescoço envolve a radioterapia e cirurgia, ou ambas. Lesões em estágio precoce (T1 e T2) altamente curáveis em qualquer modalidade, têm a escolha da cirurgia ou da radioterapia baseada nos fatores anatômicos, local específico e preferência do paciente.

De qualquer maneira, uma proporção significativa de pacientes que apresenta a doença em estágio avançado (T3 ou T4 com ou sem doença dos nódulos linfáticos) tem sido tratada com a cirurgia, seguida pela radioterapia, porém numa percentagem alta destes pacientes (50% ou mais, dependendo do local) a doença poderá recidivar apesar do tratamento.

Ainda hoje, os pesquisadores buscam produzir novos agentes para auxiliarem no tratamento desses pacientes, porém o destaque maior reside na

descoberta de substâncias análogas às já existentes, com efeitos tóxicos menos agressivos ao coração, pulmões, rins e sistema nervoso. Outro aspecto abordado no tratamento do câncer de cabeça e pescoço é a combinação das modalidades de terapias, nas quais, muitas vezes, a quimioterapia tem sido associada à radioterapia e cirurgia, na tentativa de melhorar o controle loco-regional, e a qualidade de vida do paciente, diminuindo as metástases à distância. Esse tratamento tem ajudado na seleção dos pacientes com carcinoma avançado e ressecável de laringe e hipofaringe, visando à preservação do órgão. Os pacientes que responderam com êxito completo ou parcial a esse tratamento são candidatos à subsequente radioterapia e à manutenção do órgão, importantes porque mostram a evolução do uso da quimioterapia. O advento de novas drogas combinadas e o melhor uso dos agentes já existentes demonstram prosperidade na produção de estratégias que deverão prevenir um número significativo de pessoas com câncer de cabeça e pescoço.

Diante dos avanços alcançados para cada modalidade de tratamento do câncer, nas últimas décadas, o Projeto Genoma traz novas tecnologias de seqüenciamento da Adenosina Tri-fosfato (DNA), capazes de proporcionar de forma automatizada e computadorizada, da expressão de milhares de genes de cada tumor, oferecendo oportunidades para se chegar a um maior conhecimento molecular dos tumores e, conseqüentemente, a um tratamento menos tóxico e mais eficaz das neoplasias (DEL GIGLIO, 2002).

Em 1992, o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América do Norte definiu as terapias complementares como

[...] um amplo domínio de recursos de cura que engloba todos os sistemas de saúde, modalidades e práticas e suas teorias e crenças acompanhantes; inclui todas as práticas e idéias autodefinidas por seus usuários como prevenindo ou tratando as doenças ou promovendo a saúde e bem-estar. Outro aspecto é quanto aos limites entre as terapias complementares e o sistema dominante nem sempre estão nítidos ou fixos (SOUZA, 1999).

E segundo Cassileth e Chapman (1996), este instituto ainda fornece outros recursos da medicina alternativa: nutrição e dieta; terapia de mente-corpo; bioeletromagnético; remédios tradicionais ou populares e sistemas alternativos da prática médica; tratamentos farmacológicos e biológicos; métodos de imposição de mãos e a medicina herbária ou fitoterápica.

Somado a isto está o estudo transversal de Warrick; Irish; Gilbert et al. (1999). Os autores pesquisaram 200 pacientes com câncer de cabeça e pescoço, sendo 144 do Wharton Head and Neck Center, com o Princess Margaret Hospital/The Toronto Hospital e 56 do Toronto-Sunnybrook Regional Cancer Center, averiguando se os hospitais utilizavam alguma modalidade de tratamento diferente. Constataram que no Wharton Head and Neck Center os pacientes eram tratados mais freqüentemente com a radioterapia com ou sem quimioterapia (41,7% contra 19,6%), enquanto no Toronto-Sunnybrook Regional Cancer Center usaram como tratamento mais freqüente a cirurgia (44,6% contra 22,2%). Dentre os pacientes entrevistados, 77 (38,5%) relataram o uso de pelo menos uma terapia alternativa, e 45 (58%) citaram uma terapia alternativa, assim como um outro tratamento anticâncer. Destes 45 pacientes, 16 (36%) não tinham usado nenhuma outra terapia alternativa prévia antes de ser diagnosticado o câncer, 12 (27%) usaram três ou mais terapias contra o câncer. A maioria dos agentes (50,7%) usados pelos

pacientes está na classe da medicina fitoterápica do National Institutes of Health-Office of Alternative Medicine Classification, com agentes farmacológicos mais próximos dos usados comumente (16,9%). Contudo, entre os usuários das terapias anticâncer, estavam os pacientes com tumores de nasofaringe ($p=0,02$) e recidiva da doença ($p=0,003$). O modelo convencional de tratamento não teve associação com o uso da medicina alternativa, embora o uso desta última, entre os pacientes com câncer de cabeça e pescoço, foi de 22,5%, o uso aumentado entre os pacientes jovens (<50 anos), ricos e com um bom grau de educação. Os médicos observaram que os pacientes estavam bem informados sobre a medicina alternativa, e que a maioria dos pacientes limitou ou evitou o uso da medicina alternativa devido ao desânimo de seus médicos e à falta de uma evidência médica sólida.

Outro tratamento para o câncer de cabeça e pescoço e do câncer de células escamosas é a terapia de Gene. Os protocolos da terapia de Gene estão sendo propostos não apenas para investigar as doenças malignas já existentes, como por exemplo o melanoma e o câncer de células escamosas, mas também para as desordens comuns, como por exemplo infecção e arteriosclerose. Além disso, o conceito da terapia de Gene detém a promessa de uma estratégia de prevenção que pode intervir precocemente nos eventos pré-malignos para interromper o processo carcinogênico (BREAU; CLAYMAN, 1999).

As autoras alertam que na última década ocorreram avanços radicais na biologia molecular, bioquímica e na biologia do tumor. Assim, os avanços na biotecnologia e na regulação genética da diferenciação celular, o ciclo celular e as

sucessões ininterruptas dos estágios do tumor, estão mudando a filosofia sobre a conceituação de tratamento das doenças malignas já existentes.

Portanto, os estudos prematuros sobre terapia molecular foram direcionados ao tratamento de doenças hereditárias raras, como a hemofilia, cujos métodos usados eram complexos tanto na manipulação celular como na molecular. Em vários ensaios clínicos, os pacientes com fibrose cística estão sendo submetidos a tratamento com um vetor adenoviral contendo o gene que regula a condutividade da transmembrana da fibrose cística (o gene defeituoso na fibrose cística), e as investigações a respeito estão possibilitando o estudo dos efeitos do gene supressor do “wild-type p53 e o thymidine kinase”, o gene do suicídio nos cânceres de cabeça e pescoço.

Ainda existem desafios para identificação dos melhores genes e métodos de resgate, cujas expectativas reais e básicas são apropriadas à tentativa de realizar a pesquisa clínica, tão necessária nesta área. A aplicação do conhecimento oriundo da pesquisa clínica, para os oncologistas clínicos que enfrentam o dilema contemporâneo, é decisivo para o progresso dos estudos de transferência de gene.

Assim, o câncer de cabeça e pescoço, inclui assuntos complexos sobre os melhores cuidados a serem desenvolvidos numa abordagem multidisciplinar. Como a enfermagem é parte integrante da equipe multidisciplinar, ela tem um papel importante no cuidado a todos os pacientes submetidos ao tratamento de câncer, mais especificamente aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, que exigem um cuidado de enfermagem amplo e especializado. O cuidado e o suporte de enfermagem são indispensáveis para estes pacientes, seja durante o diagnóstico e

tratamento, ou no acompanhamento de suas vidas para que obtenham bons resultados no tratamento.

Ao mantermos contato com pacientes acometidos por esse tipo de câncer, inquietava-nos seu estado clínico; geralmente eram desnutridos, desidratados, fumantes e etilistas com alterações respiratórias crônicas. Eram idosos, com alterações cardiovasculares, urinárias, endócrinas além das manifestações próprias do envelhecimento (TEIXEIRA, 1989, MEEKER; ROTHROCK, 1997), e quando submetidos à laringectomia total, com esvaziamento cervical, seu quadro clínico tornava-se ainda mais angustiante devido ao edema tissular da face; à presença da traqueostomia, drenos a vácuo uni ou bilateralmente, curativo compressivo ao redor do pescoço com atadura de crepe de 15 cm; à sonda nasogástrica e à incapacidade de falar. Após a cirurgia, apresentavam problemas funcionais, como alteração das vias aéreas, perda da voz, perda sensível do olfato, diminuição da atividade motora do ombro, pescoço e membros superiores, disfagia, má cicatrização e fístula, além dos efeitos da radioterapia (TEIXEIRA, 1989). A perda da voz gerava angústia em todos que vivenciavam a ruptura do padrão usual de comunicação, questão que motivou esta pesquisadora a desenvolver no Mestrado o tema “Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem comunicação prejudicada no pós-operatório mediato de paciente submetido à laringectomia total” (SANTANA, 2000). Nesse estudo, identificamos três características definidoras maiores e dez menores, referentes ao diagnóstico de enfermagem comunicação prejudicada, as quais estão ajudando as enfermeiras a traçar metas apropriadas a serem alcançadas, assim como desenvolver intervenções junto aos pacientes laringectomizados totais.

Atualmente, acreditamos que o nosso estudo sobre o diagnóstico de enfermagem vem ajudando as enfermeiras a desenvolverem pesquisas nesta área, assim como, tem corroborado com a melhoria das intervenções de enfermagem aos mesmos.

Quando ocorrem as complicações pós-operatórias, é imprescindível seu reconhecimento imediato para um bom resultado da intervenção. Nesse sentido, a equipe multidisciplinar deve ser maleável o suficiente para reconhecer o problema, avaliar a situação e planejar os tratamentos alternativos possíveis e deve contar, também, com a participação do paciente e da família nessa avaliação.

Entre as complicações que surgem nos tratamentos do câncer de laringe, destacamos a presença de um edema transitório com hiperemia e fibrina na região da laringe, trazendo desconforto à deglutição, ao término do tratamento radioterápico; este quadro pode persistir por 20 ou 30 dias após o final das aplicações. São raras as complicações tardias, porém uma delas ocorre quando há edema com necrose de tecido mole e condrite acompanhado de dor. Para certeza do diagnóstico, o médico precisa solicitar a biópsia, com objetivo de descartar a recidiva do tumor, e em caso positivo, iniciar o tratamento à base de corticóides e antibióticos; os pacientes com este quadro clínico, em geral, são submetidos à laringectomia (VIEIRA, 1997).

Na quimioterapia, as complicações variam de acordo com o agente antineoplásico usado: Methotrexato (Ácido 4-amino 10-metilfólico), Fluoruracila (5-Fluoruracil) e a Cisplatina (Cis-diaminodicloroplatina) e de um modo geral, os efeitos colaterais são os seguintes: mielodepressão com anemia, leucopenia, diarreia,

náusea, vômito, fadiga, febre, calafrios, alopecia, dermatite, ataxia cerebelar reversível e outros (KOROLKOVAS, 1999).

Vieira (1997) descreve pesquisa de um grupo italiano que realizou um estudo randomizado usando a quimioterapia e a pré-radioterapia em pacientes inoperáveis, mostrando que obtiveram resultados relevantes em comparação a um outro grupo tratado apenas com radioterapia. Os resultados apontaram resposta completa no tratamento combinado de 44% versus 29% no grupo tratado só com a radioterapia; sobrevida livre de doença de 2 anos de 48% versus 28%; com 3 anos de sobrevida de 34% contra 26%; com sobrevida global de dois anos de 29% versus 19%; com três anos de 24% contra 10%. Nesse mesmo estudo quanto ao uso do cisplatino + fluorouracil com carboplatino + fluorouracil para o câncer de cabeça e pescoço, estudo randomizado apresentou que a melhor combinação usada foi o cisplatino, com um índice de resposta de 92% versus 76%, em relação à combinação que utilizou a carboplatino, permitindo uma sobrevida livre da doença de cinco anos de 47% versus 24% e da vida global de cinco anos de 45% versus 24%.

O estudo mais relevante usando a quimioterapia neo-adjuvante foi realizado pelo Veterans Affairs Laryngeal Cancer Study Group, que randomizou 332 pacientes com carcinoma de laringe avançado; além da sobrevida, os autores analisaram também a manutenção da laringe. Um grupo de pacientes recebeu três ciclos de quimioterapia de indução com fluorouracil e cisplatino e os que obtiveram uma resposta clínica parcial ou completa, posteriormente, submeteram-se à radioterapia; caso houvesse sinal da doença estes seriam operados ao final da quimioterapia e radioterapia. Quando os pacientes não apresentavam uma resposta objetiva em

relação à quimioterapia, estes eram encaminhados para cirurgia e depois para radioterapia. O ato cirúrgico foi usado como resgate dos pacientes que apresentaram recidiva tardia após tratamento combinado de quimioterapia e radioterapia. O outro grupo foi tratado de imediato com cirurgia seguida de radioterapia, sem receber quimioterapia, a princípio. Ao término de dois ciclos de quimioterapia, 55% dos pacientes manifestaram resposta parcial, enquanto 31% mostraram resposta clínica completa. Dentre os pacientes que receberam os três ciclos de quimioterapia, 49% apresentaram resposta clínica completa e outros 49%, resposta parcial (DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS LARYNGEAL CANCER STUDY GROUP, 1991).

Quanto aos elementos do grupo tratado com quimioterapia e radioterapia, 36% destes se submeteram à cirurgia de resgate, por não demonstrarem uma resposta completa após o tratamento inicial de quimioterapia seguida da radioterapia. Ainda que não tenha ocorrido aumento na sobrevida do grupo tratado com quimioterapia e radioterapia, dois terços dos pacientes do mesmo grupo tiveram a laringe preservada e seus elementos apresentaram menor metástase à distância. Este estudo recebeu críticas em decorrência dos autores não terem estudado um grupo tratado apenas com radioterapia, no qual houvesse preservação da laringe, sem a diminuição da sobrevida global e uso da quimioterapia.

Dentre as complicações pós-operatórias da laringectomia total destacamos a hemorragia, o hematoma, a obstrução respiratória, a infecção da ferida cirúrgica e fístula faringocutânea.

A hemorragia pode ocorrer nas primeiras 12 horas do pós-operatório e é observada por edema dos retalhos cutâneos, pelo acúmulo de sangue e coágulos, pelo aumento do fluxo de sangue proveniente dos drenos cervicais ou pelo extravasamento de sangue pela linha de sutura cervical, resultante de uma ligadura vascular mal realizada ou deiscência vascular. O hematoma é a mais comum das ocorrências e é quase sempre devido à perda sangüínea, por intermédio da inadequada hemostasia de vasos pequenos durante a cirurgia, ou pela ruptura da ligadura ou sutura vascular por aumento da pressão intratorácica do paciente (tosse, esforço para levantar-se da cama) Sá (1989); Noronha e Dias (1997). O edema acontece pela obstrução da drenagem linfática e venosa, em decorrência da ligadura de vasos durante a cirurgia, ou da compressão mecânica, que produz o hematoma. Outro aspecto é o surgimento agudo do edema facial depois da dissecação radical bilateral do pescoço, o qual poderá causar em algumas situações, o edema cerebral levando à cegueira (NORONHA; DIAS 1997).

Obstrução respiratória, no pós-operatório imediato, é a complicação que envolve a secção ou manuseio da faringe, base de língua e da laringe; corre o risco de produzir edema principalmente se o paciente sofreu previamente a radioterapia ou a traqueostomia (SÁ, 1989).

No caso de infecção da ferida cirúrgica e fístula faringocutânea, não se separa facilmente o extravasamento da saliva e a infecção da ferida, uma vez que elas ocorrem em conjunto. O primeiro sinal de extravasamento da saliva geralmente surge com a infecção da ferida pequena e circunscrita, que extravasa saliva durante 1 ou 2 dias, depois da drenagem (WEISSLER, 1997).

A fístula faringocutânea é a complicação mais comum no pós-operatório imediato após a laringectomia total, tendo esta um alto índice de ocorrência, segundo as pesquisas realizadas na área. Sawada; Zago e Galvão et al. (1998) e Margrin e Kowalski (1996), em estudos retrospectivos sobre as complicações pós-operatórias de pacientes submetidos à laringectomia total com o esvaziamento cervical, identificaram a fístula como a mais freqüente complicação, com percentuais de 70% e 30%, respectivamente.

Potter e Perry (1997) afirmam que a fístula ‘é uma passagem anormal entre dois órgãos ou entre um órgão e a parte externa do corpo’. As fístulas provêm de cicatrizações inadequadas ou da complicação de algumas doenças como câncer de laringe, que impedem que as camadas dos tecidos se unam adequadamente, facilitando a formação do trajeto da fístula.

O estudo de Chee e Siow (1999) demonstrou que a fístula faringocutânea após a laringectomia total, constitui-se em uma complicação que tem aumentado significativamente a taxa de morbidade e mortalidade entre os pacientes. Dentre os fatores predisponentes para a formação da fístula, aponta a radioterapia prévia e o esvaziamento cervical.

Ao verificarmos as complicações pós-operatórias das laringectomias totais na literatura encontramos a fístula faringocutânea como a ocorrência mais freqüente, o que evidencia a sua importância no tratamento dos laringectomizados totais (PAPAZOGLU; TERZAKIS; DOUNDOULAKIS et al., 1994; ZINIS; LORENZO; TOMENZOLI et al., 1999; CHEE; SIOW, 1999).

Uma das principais áreas de atuação da enfermeira cirúrgica diz respeito à detecção precoce e à intervenção das complicações pós-operatórias, com o objetivo de minimizar o tempo de recuperação do paciente cirúrgico.

Assim, decidimos elaborar esta tese de doutorado com intuito de fundamentar as intervenções de enfermagem junto a esse paciente, pois são muitas as dúvidas das enfermeiras assistenciais sobre o tratamento da fístula, por falta de embasamento científico.

Segundo Sigler (1999), o gerenciamento dos cuidados ao paciente com câncer de cabeça e pescoço requer a atuação de uma equipe multidisciplinar, devendo a enfermagem ser o elo central da mesma. A equipe, em sua totalidade, estará sempre atenta a algum problema real, sempre prevenindo os problemas potenciais, e enquanto a equipe estiver envolvida com os cuidados do paciente, o planejamento da alta hospitalar será possível. A enfermeira coordena as atividades, e é somente por intermédio de um esforço coordenado que poderá assegurar os serviços de reabilitação necessários a esses pacientes, para que retornem ao seu cotidiano com uma satisfatória qualidade de vida.

Carper; Mcguire e Boland (1999) ressaltam que o cuidado e o suporte de enfermagem são imprescindíveis a esses pacientes nas fases de diagnóstico, tratamento, e acompanhamento, durante toda a vida, para que os resultados desse tratamento sejam bem-sucedidos. Os princípios gerais da enfermagem oncológica incluem: a educação dos pacientes e familiares com respeito ao diagnóstico, plano de cuidados relacionados ao tratamento e efeitos locais e os vários testes e procedimentos requeridos durante o mesmo. As enfermeiras têm seus focos

específicos de ensino a serem desenvolvidos com os pacientes, a respeito da região anatômica, das funções físicas afetadas pela doença e do tratamento proposto para o câncer. A intervenção está relacionada diretamente com as necessidades individuais, o local, fase da doença e do tratamento de escolha.

No tratamento radioterápico, é importante que a enfermeira realize avaliação física cuidadosa das áreas que diretamente estarão expostas à radiação. A pele, boca, pescoço, garganta e em caso de pacientes de cabeça e pescoço, ela deve avaliar o campo de radiação que engloba o nariz, orelhas, olhos, couro cabeludo, parte superior do tórax e o dorso. O local, tipo e a severidade dos sintomas experimentados pelos pacientes que receberam radioterapia para tratamento do câncer de cabeça e pescoço estão relacionados a vários fatores, dentre eles a dose total de radiação; o campo de tratamento e trajetória dos feixes de radiação; a dose por fração e o número de frações por dia; o volume de tecido tratado e o tempo de duração do tratamento. A enfermagem deve observar, também, nos pacientes com câncer, fatores, como: condição clínica básica; idade do paciente; o uso da quimioterapia antes ou após cirurgia, ou simultaneamente com a radioterapia, observando, ainda, os efeitos colaterais decorrentes da radioterapia, tais como: mucosite, xerostomia, reação da pele, déficit nutricional e as necessidades psicológicas.

Os cuidados de enfermagem durante a quimioterapia envolvem a abordagem sobre as drogas e seus efeitos colaterais, tais como: náuseas e vômitos, distúrbios intestinais, mielosupressão, alopecia e dor. Em geral, os pacientes submetidos à quimioterapia têm aumento da fadiga, anorexia e ansiedade e o ensino adequado sobre o tratamento, dieta e atividades podem contribuir para diminuir a ansiedade e

maximizar o apetite e a energia dos pacientes (CARPER; MCGUIRE; BOLAND 1999).

No campo do tratamento cirúrgico, a enfermagem é denominada perioperatória; termo usado para descrever as funções da enfermagem relacionadas à experiência individual na intervenção cirúrgica, porque é ela que dimensiona o planejamento das intervenções no pré, trans e pós-operatório do paciente até o recebimento de alta da unidade de internação (MEEKER; ROTHROCK, 1995).

Em cada etapa citada anteriormente, a enfermeira deverá direcionar o atendimento para cada especialidade de cirurgia e suas respectivas intervenções. A fase pré-operatória tem início quando se decide pela cirurgia, e seu término ocorre quando o paciente chega ao centro cirúrgico. Em seguida, inicia-se a fase trans-operatória, quando o paciente é admitido no centro cirúrgico; a fase final ocorre quando ele é transferido para a unidade de recuperação pós-anestésica. Quanto à fase pós-operatória, ela se dá com a admissão do paciente na recuperação pós-anestésica e seu término é determinado por uma avaliação na unidade de internação ou no domicílio.

No período pós-operatório, o cuidado de enfermagem está baseado nas necessidades específicas do procedimento realizado, contudo alguns princípios gerais dos cuidados de enfermagem também são aplicados ao tratamento, como: a manutenção do balanço hidroeletrólítico; assegurar a permeabilidade dos drenos cirúrgicos; avaliação dos retalhos e enxertos e das vias aéreas permeáveis; fazer provisão de suporte nutricional, de cuidados com a cavidade oral, controle da dor, cuidados com a ferida, suporte psicológico e reabilitação pós-operatória. O balanço

hidroeletrolítico deve ser cuidadosamente avaliado com cálculo de entrada e saída ao final de cada turno de plantão da enfermagem. Também as avaliações clínicas, incluindo a ausculta dos campos pulmonares para a sobrecarga de líquidos, edema e o aumento de peso, já que são as causas mais comuns da insuficiência cardíaca e os estados de hipoproteinemia. Portanto, podemos fazer o diagnóstico diferencial das causas dos edemas, ou seja se o problema é cardíaco, renal ou hepático (SANTOS; ARRUDA, 2000; DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003).

Assim, a enfermagem perioperatória, consciente das necessidades específicas do paciente portador do câncer de cabeça e pescoço no transcorrer das fases mencionadas, tenta minimizar os transtornos decorrentes da laringectomia total, por meio da busca de evidências científicas para a tomada de decisões relativas a assistência de enfermagem prestada ao paciente cirúrgico.

Diante deste contexto esta pesquisa tem os seguintes objetivos:

⇒ Identificar e analisar os principais fatores de riscos e tratamentos da fístula faringocutânea após a laringectomia total;

⇒ Elaborar recomendações para as intervenções de enfermagem na assistência ao paciente submetido a laringectomia total, com complicação de fístula faringocutânea.

MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS (MBE)

3.1 ASPECTOS DA HISTÓRIA DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Ao rever na literatura a história da evidência científica, constatamos que ela nos leva, tanto ao Reino Unido como ao Canadá, em qualquer caso, à epidemiologia clínica. No Reino Unido encontramos Archie Cochrane, defensor das classes menos favorecidas, o qual promoveu um sistema de saúde livre e gratuito, e no Canadá, um grupo de epidemiólogos pertencentes à Universidade de McMaster, inicialmente interessados na promoção de uma análise adequada das publicações científicas.

Iniciaremos pelo epidemiólogo Archie Cochrane, figura humana que se destacou pelo seu caráter lutador e incansável pelos direitos dos oprimidos. Sua inquietação o levou à Espanha, em guerra, onde participou de atividades antifascistas, atitude que manteve durante a Segunda Guerra Mundial, e que o fez prisioneiro durante quatro anos. No campo de concentração, descreveu a capacidade de sobrevivência do ser humano, pois, sem comida, antibiótico e apesar das condições precárias do campo de concentração, só morreram quatro prisioneiros dos 20.000 existentes. E a pergunta a respeito desse feito é: o número de mortes teria sido menor se as pessoas tivessem com todo um arsenal terapêutico ao alcance de suas mãos? (LÓPEZ; QIZILBASH, 1996).

Depois de alguns anos, generalizou-se a assistência sanitária no Reino Unido, tendo todas as pessoas o direito à mesma, independente de sua condição econômica e social. Em consequência da criação do Sistema Nacional de Saúde, o gasto sanitário cresceu de forma desproporcional, uma vez que parecia justificável qualquer prova ou uso de qualquer medicamento adequado para o bem do paciente. Cochrane afirmou, de imediato, que os recursos sanitários não eram ilimitados, podendo seu uso inadequado e desproporcional levar à quebra da assistência sanitária pública, justificou não ser possível utilizarem intervenções cuja eficácia não havia sido provada; a partir daí, propôs ensaios clínicos aleatórios como suporte para tomada de decisões clínicas. Cochrane vendo o risco que ameaçava o sistema público de assistência, criado por ele e pelo qual havia lutado, pois o desperdício dos recursos parecia não ter fim, propôs a criação de uma rede internacional de revisores que, periodicamente, deveria revisar todos os ensaios clínicos relevantes. Ele morreu em 1988, porém antes pôde observar com satisfação como as idéias de seu livro “Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services” (1972), entusiasmaram a comunidade científica. Em homenagem às suas idéias e propostas, em 1992, teve início a Cochrane Collaboration, uma rede internacional de informações que continha os ensaios clínicos que disponibilizavam uma boa informação científica em todos os campos da medicina.

O problema da efetividade e da eficiência da prática clínica, ambas relacionadas com as provas reais que sustentavam a assistência, levou um grupo de epidemiólogos das Faculdades de Ciências da Saúde da Universidade de McMaster (Hamilton-Ontario) do Canadá a descobrir como analisar corretamente as provas relacionadas à evidências, apontadas pela investigação. A partir de 1980, surgiram

vários textos que descreviam como analisar corretamente as evidências científicas, dando início ao que depois chamaríamos de medicina baseada em evidências. Nos primeiros anos, o grupo de epidemiólogos da McMaster direcionou seus esforços para elaborar uma idéia de evidência, melhorar a sistematização da busca de evidência, divulgar os seus resultados e preparar os colegas para o método proposto. Já no início da década de noventa, o Evidence-Based Medicine Working Group, conduzido por Guyah, publicou no JAMA um artigo de grande impacto chamado “Evidence Based Medicine: A new approach to teaching the practice of medicine”, estabelecendo para a comunidade científica uma nova forma de entender a medicina, ou seja, um novo paradigma da assistência clínica. Este artigo causou impacto pois além do respaldo de anos de trabalho e ensino contou com o apoio das Universidades de McMaster e Oxford e aceitação das direções das revistas de prestígio, como o British Medical Journal. Estes fatores favoreceram o desenvolvimento das propostas de Guyah e colaboradores, referentes à criação das publicações ACP Journal Club (1991), do Annal of Internal Medicine e Evidence-Based Medicine (1996), do American College of Physicians e do British Medical Journal Publishing Group, pois nestes estavam presentes alguns membros do grupo, como Sackett. Finalmente, em 1997, os principais promotores da EBM publicaram livros fundamentados na medicina baseada em evidências e manuais básicos para o exercício da prática clínica também baseada em evidências, direcionando a tomada de decisões em gestão e política sanitária.

Diante do desafio do século XXI de prestar uma assistência de qualidade e de baixo custo ao paciente portador de câncer de cabeça e pescoço, surgem inovações na medicina, sob a forma de paradigmas para aprimorar a assistência aos

pacientes. A medicina baseada em evidências tem sido considerada um novo paradigma da assistência clínica.

De acordo com Kuhn (1998), a “aquisição de um novo paradigma e do tipo de pesquisa mais exótico que ele permite é um sinal de maturidade no desenvolvimento de qualquer campo científico que se queira considerar (p.31)”. Neste contexto, o autor considera “paradigmas” os modelos ou padrões aceitos e compartilhados por um grupo social. Para López (2001), o grupo social neste caso são os médicos que usam os paradigmas para identificar não só a natureza dos problemas de saúde dos pacientes, como também as evidências essenciais para diagnosticá-las e tratá-las.

O grupo liderado por Sackett; Rosenberg; Muir et al. (1996) definiu a medicina baseada em evidências, como o “uso consciencioso, explícito e criterioso da melhor evidência disponível no momento, a fim de adotar condutas na assistência individual do paciente”, propondo que se integrasse a experiência individual do clínico à melhor evidência externa advinda das revisões sistemáticas. A esse respeito, Sackett et al. (1997) publicaram o livro “Evidence based medicine: How to practice and teach MBE”, com objetivo de estabelecer as bases da prática e do ensino da medicina baseada em evidências. Com menor repercussão, Rosenberg e Donald (1995) definiram a prática baseada em evidências como “um enfoque dirigido à solução dos problemas surgidos na prática clínica cuja característica mais relevante é a tomada de decisões baseadas nas melhores evidências”. Enfim, a medicina baseada em evidências, a prática baseada em evidências e a atenção sanitária baseada em

evidências, são termos utilizados na atualidade como sinônimos ou com significados muito próximos.

Os objetivos essenciais da medicina baseada em evidências são a crítica ao conhecimento, a valorização do melhor disponível a ser oferecido ao paciente; e a prescrição alicerçada em pesquisas consistentes, de preferência em pesquisas clínicas com evidências fortes a partir de delineamentos adequados (GOMES, 2001).

Na medicina baseada em evidências, o fundamental é que as decisões sobre o diagnóstico e tratamento estejam alicerçadas em evidências científicas numéricas sólidas, disponíveis em investigação clínica epidemiológica confiável. Atallah e Castro (1998) consideram importante enfatizar que esta abordagem é contrária às decisões que se baseiam exclusivamente na experiência clínica não-sistematizada e nas teorias fisiopatológicas, detendo-se na análise aprimorada dos métodos por meio dos quais as informações médicas foram ou serão obtidas. Outros aspectos relevantes referem-se ao desenho da pesquisa, conclusão e análise estatística da mesma.

Quanto ao método de investigação, a medicina baseada em evidências fundamenta-se na medicina clínica, que tem por finalidade responder e guiar as decisões clínicas embasadas nas melhores evidências disponíveis, enquanto a questão epidemiológica responde às questões relacionadas ao cuidado de pacientes individuais, num contexto maior da população, do qual o paciente é membro (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER 1996; PEREIRA, 1995).

Moreno e Lopes (2002) realizaram uma revisão sistemática com objetivo de avaliar as relações entre a qualidade de vida e laringectomia. Os autores observaram

que dos 96 artigos publicados em revistas científicas sobre o assunto, somente 35 fizeram parte da amostra final; que a maioria dos artigos selecionados apresentou inconsistência e falta de rigor metodológico na mensuração do constructo qualidade de vida, entre os pacientes laringectomizados. Outro ponto enfatizado quanto à relação entre qualidade de vida e laringectomia, foi que os artigos mostraram abordagem multidimensional do constructo qualidade de vida, conforme preconizado pelo World Health Organization – Quality of Life Group (WHOQOL).

3.2 COMPONENTES DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Para Gálvez Toro (2001), quatro elementos compõem a evidência científica:

1. a investigação para a medicina baseada em evidências tem caráter experimental e o uso consciente da melhor evidência (melhor prova) é que conduz a investigação. A melhor prova em uma ciência positivista provém dos números, e dentre estes existem aqueles que pertencem ao mundo aleatório, controlado e prospectivo, para o qual há um tipo de estudo, o chamado ensaio clínico, adotado pela evidência científica com a intenção de transformar as ciências da saúde em ciência forte, como a matemática e a estatística, por exemplo a melhor evidência da MBE se origina dos ensaios clínicos;

2. a experiência clínica engloba um conjunto de conhecimentos que o profissional adquire com o tempo, e que lhe permite tomar decisões corretas em situações complexas, apesar da incerteza de toda decisão clínica (ROZMAN; MARIUS, 1999);

3. as preferências e os valores dos pacientes são uns dos pilares da MBE, porém não está claro, até este momento, que na prática seja assim. O habitual é que ninguém peça a opinião ao paciente, além do mais, os profissionais vêm com medo a evidência porque ela coloca em julgamento a sua experiência de clínico, por ser um instrumento feito por e para a ciência, cuja intenção, quem sabe, seja melhorar a saúde dos pacientes, ou reduzir os custos hospitalares ou sofrimento desnecessário; porém, não está claro, ainda, que levem em conta as preferências do paciente;

4. o financiamento público direcionado à saúde tem incrementado os recursos destinados ao atendimento da população, o qual tem tido seu custo aumentado, embora os indicadores de saúde tenham apenas melhorado. Com os recursos da saúde e os sociais limitados, o mais adequado é dispor apenas de instrumentos que considerem a validade das intervenções, por se diferenciarem das práticas pouco eficientes ou eficientes. A evidência científica pode mediar os interesses comerciais de alguns setores em benefício da população, na saúde, no social, e na parte econômica, porque a falta de evidências no uso de vários medicamentos tem provocado mortes e transtornos desnecessários, como no caso da Talidomida.

A interação entre os quatros elementos citados confere uma nova dimensão à medicina, fornecendo a base da filosofia da evidência científica à prática clínica.

3.3 BENEFÍCIOS E LIMITAÇÕES DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Para a investigação dos benefícios e limitações da medicina baseada em evidências, Gálvez Toro (2001) segue a linha de argumentos dos seguintes autores Gol-Freixa e Llano Señaris (1999). Quanto aos benefícios, eles são os seguintes:

1. têm o objetivo de integrar a prática clínica individual à melhor evidência externa;
2. levam em conta as preferências dos pacientes;
3. promovem e organizam a auto-aprendizagem. Apontam instrumentos que ensinam de maneira mais produtiva. Permitem desprezar e selecionar documentos úteis frente os de pouca utilidade;
4. transformam as necessidades de informação em perguntas de investigação contestáveis. Dúvidas concretas da prática clínica podem se transformar em questões a resolver;
5. avaliam os caminhos percorridos, obtendo os resultados através da aplicação da evidência.

Quanto às limitações atribuídas à MBE, podemos identificar:

1. perda relativa do pensamento fisiopatológico da prática clínica;
2. desprezo pela experiência e instinto;

3. falta de tempo, habilidades e meios para revisar e avaliar criticamente a evidência de forma cuidadosa, especialmente no contexto da atenção primária;

4. perda do equilíbrio para avaliar custo e benefício e as decisões baseadas na MBE;

5. agravamento pela disputa entre os economistas, gestores e médicos.

Portanto, para a busca das evidências, empregamos as principais estratégias da medicina baseada em evidências, que são a revisão sistemática (RS), a metanálise, e os ensaios clínicos randomizados, e para a disseminação dos achados, utilizamos o Informe da Revisão, publicado em revistas especializadas como Evidence-Based Medicine, Evidence Based Nursing e os Guias de Prática Clínica.

3.4 ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Na enfermagem, o termo baseado em evidências está cada vez mais presente na sua retórica e no desenvolvimento dos cuidados de saúde. A enfermagem baseada em evidências foi definida como:

[...] um processo em que os problemas reais ou potenciais que afetam a saúde do usuário e que se apresentam como perguntas, cujas respostas se busca e avalia sistematicamente a partir dos resultados da investigação mais recentes e que serve de base para tomada de decisões (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Ela permite demonstrar que a prática, a teoria e a investigação estão intimamente unidas, pois a prática interroga e sugere hipóteses; a teoria guia a concepção dos problemas e os temas de investigação. Garnica e Chávez (2001) enfatizam que uma das estratégias é aplicar o processo de enfermagem de forma

contínua, sempre articulando-o à enfermagem baseada em evidências, demonstrando, assim, que as normas, práticas ou intervenções de enfermagem adequadas não surgem como resultado da “intuição”, e sim da investigação clínica apoiada nos fundamentos da enfermagem baseada em evidências.

Partindo desse pressuposto, as enfermeiras realizam pesquisas baseadas em evidências, na área da enfermagem, utilizando estratégias como a revisão integrativa da literatura e a revisão sistemática, buscando fundamentar suas intervenções em evidências científicas, para prestarem uma assistência de enfermagem adequada ao paciente, família e comunidade.

Poletti (2000), em sua dissertação de mestrado, realizou a revisão integrativa sobre o cuidado de enfermagem a pacientes com feridas crônicas. A amostra foi constituída de artigos redigidos na língua inglesa, cujos autores eram enfermeiras assistenciais que atuavam em hospitais. Um significativo número de trabalhos era de natureza teórica, sendo que 27,7% abordavam revisão de literatura; 19,6%, com descrição de protocolos; 14,5%, relato de experiência; 10,9% eram referentes a estudos de casos clínicos; 4,8% abordavam reflexões teóricas, 3,6%, estudos metodológicos e 18,9%, artigos de pesquisa. Ao realizar a análise qualitativa do conteúdo dos artigos, a autora identificou cinco categorias: conceituação, definição e tipos de feridas crônicas, avaliação geral do paciente, avaliação da ferida, realização do curativo e sistematização da assistência com base nas evidências da prática clínica. Os resultados mostraram que é inevitável o uso consistente dos princípios da prática baseada em evidências para alcançarmos uma assistência de qualidade.

Miller (2002) desenvolveu uma revisão integrativa da literatura e metanálise sobre os sintomas da doença artério-coronariana em mulheres, e mostrou que o exame cardíaco em mulheres com fatores de risco para esta doença levou à detecção dos fatores críticos e a identificação satisfatória da doença coronariana em mulheres.

Já Evans (2002) fez uma revisão integrativa na literatura e metanálise a respeito da eficácia da música, como intervenção para pacientes de um hospital, e constatou sua eficácia na redução da ansiedade, durante a prestação de cuidados de rotina. Dada à natureza barata desta intervenção e à falta de eventos contrários, ela é recomendada como auxílio para as práticas de cuidados rotineiras, a fim de melhorar o ânimo e a tolerância do paciente. Esta revisão também realça a necessidade da realização de outros estudos a respeito, pois sua evidência é limitada e também porque estudos dessa natureza tornam possível a utilização da pesquisa no contexto da prática.

3.5 A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA NA ENFERMAGEM

Para compreendermos o surgimento da enfermagem baseada em evidências, devemos recorrer a outros países, como Estados Unidos da América, Canadá e Reino Unido, onde a investigação em enfermagem tem tido um maior desenvolvimento, tanto na fase quantitativa quanto na qualitativa, no que se refere à produção de trabalhos de enfermagem na linha da prática baseada em evidências. E essa abordagem na enfermagem nacional é recente, no entanto, é importante que as enfermeiras gerem pesquisas que possam contribuir significativamente para a transformação da prática de enfermagem cirúrgica, ritualística e tarefa para uma prática baseada em conhecimento científico.

French (1999) tem assumido um papel devotado à aplicação do conceito da prática baseada em evidências na enfermagem, pela necessidade sentida de diferenciar o novo conceito dos velhos, aplicados à pesquisa para complementar o entendimento de como estes conceitos poderiam ser transportados da retórica para a atualidade. Com frequência, o conceito da enfermagem baseada em evidências está interligado ao conceito da medicina, também baseada em evidências. Porém, a prática baseada em evidências tem conduzido à conclusão que a MBE, assim como ela é concebida atualmente, pode ter um efeito desmotivador no desenvolvimento dos cuidados de saúde prestados pela enfermagem, porque existem valores limitadores para a realização dos serviços de saúde, como descrito a seguir:

a) o conceito de medicina baseada em evidências favorece o ambiente dos cuidados da saúde medicamentoso e pode rejeitar perspectivas científicas que gerem evidências relevantes do desenvolvimento de todo o sistema de cuidados da saúde;

b) a medicina baseada em evidências parece ter um valor positivista, sempre na perspectiva da pesquisa experimental, pois esta define inevitavelmente a evidência em termos puramente quantitativos, ignorando as formas qualitativa e hermenêutica da evidência;

c) a evidência científica movimenta-se mais no terreno da oratória do que na realidade ou na prática clínica diária.

Stetler; Brunell; Guiliano et al. (1998) ressaltam que na literatura da enfermagem, nos Estados Unidos da América, emprega-se o termo evidência como sinônimo de “baseada na pesquisa”, enquanto no Canadá e Inglaterra o uso da prática

de Enfermagem Baseada em Evidências (EBE) é mais amplo, pois está associado “a utilização dos resultados da investigação”. Em uma situação ou em outra, o termo evidências está ligado à pesquisa, porém na EBE o binômio pesquisa e prática são considerados como um todo inseparável, isto é, a evidência e o uso dos resultados da pesquisa na clínica estão ligados à nossa atividade diária. Neste primeiro contexto, a seguir, a Enfermagem Baseada em Evidências é semelhante à Prática da Enfermagem Baseada na Pesquisa:

1^a) Pesquisar para introduzir mudanças na prática.

A melhor evidência para a medicina baseada em evidências é aquela proveniente do ensaio clínico, pois outros desenhos de investigação teriam um nível de qualidade menor, evidenciando qualidade também inferior. Hicks e Hennessy (1997) reafirmam que esta é uma das limitações para aplicação dos princípios da medicina baseada em evidências, para a enfermagem. Se pensarmos dessa maneira, não encontraremos a evidência científica na enfermagem, devido ao tipo de desenho de pesquisa que utilizamos na pesquisa (na enfermagem o uso do delineamento é restrito). Por este motivo, é imprescindível a nossa aproximação da evidência científica, seja em busca da verdade a respeito do que é preconizado, isto é, devemos considerar os delineamentos de pesquisa que existem não só nos ensaios clínicos randomizados, rejeitando o radicalismo dos pressupostos que procedem do modelo médico, com a finalidade de reunir e utilizar o conhecimento da medicina baseada em evidências. Neste contexto, fazemos uma leitura literal dos seus princípios, afastamos o perigo de abandonar os enfoques qualitativos da investigação da enfermeira e, com eles, a visão global dos cuidados e das pessoas.

No momento, as enfermeiras estão enfrentando um dilema que atinge a sua própria concepção psicossocial e caso não aceitem o modelo quantitativo da evidência científica nas intervenções de enfermagem, podem cair em descrédito ao se fundamentarem na tradição ou no conhecimento empírico; o mesmo ocorre em relação à pesquisa, que deverá apresentar uma orientação quantitativa para alcançar o financiamento e apoio das agências financiadoras. Contudo, a aceitação do modelo da evidência poderia ajudar na perda da identidade e levar ao desuso imediato de qualquer pesquisa realizada pela enfermeira, até este momento, em decorrência da aparente falta de qualidade dos desenhos utilizados. De qualquer maneira, é indiscutível que o uso indiscriminado da evidência científica e do ensaio clínico, que dá suporte à MBE, estreitam a compreensão da doença, sendo questionável a possibilidade da utilização simultânea de outras metodologias alternativas.

Figura 1: Primeira aproximação da EBE, adaptado de GÁLVEZ TORO, A.G., 2001.

2^a) Por conseguinte, a enfermagem baseada em evidências deve caracterizar-se pelo uso da pesquisa quantitativa e qualitativa ou, melhor ainda, pela busca de evidências de qualquer desenho de pesquisa.

Ray (1999), ao tentar descobrir uma diferença significativa entre a prática baseada na pesquisa e a prática clínica baseada em evidências, encontrou que, primeiramente, ao pesquisador interessa conhecer como sua intervenção modifica a saúde da população; neste caso, deveria formular a seguinte pergunta: *qual é a evidência que tenho dos cuidados que proporcionam a manutenção ou promoção da saúde de minha população?*. Já para a prática clínica baseada em evidências, a pergunta seria: *que evidência que estou utilizando para decidir quais os cuidados mais apropriados para um indivíduo ou população?*

No primeiro caso, trata-se da generalização dos dados de avaliação dos efeitos atuais dos cuidados. Quanto à segunda questão, refere-se à utilização da pesquisa na tomada de decisões para estabelecer futuros cuidados e à implementação dos protocolos específicos. Este leve deslocamento semântico nos fez observar os efeitos esperados da avaliação da pesquisa sobre a população do nosso estudo e como estamos usando os resultados da pesquisa (a qualidade da evidência) no provimento dos melhores cuidados. Importante verificar que não se trata exclusivamente de usar os resultados da pesquisa para fundamentar os cuidados (enfermagem baseada na pesquisa) e, sim, saber qual o grau de evidência que temos, e que certeza tem a pesquisa na qual se fundamenta o cuidado. Portanto, devemos saber qual o nível de desenvolvimento de uma profissão pautada no conhecimento científico que tem os cuidados que prestamos e que medidas novas, encontradas nas investigações podem

aumentar a evidência de nossa prática (enfermagem baseada em evidências). Temos aqui a diferença entre a enfermagem baseada na pesquisa e enfermagem baseada em evidências.

Figura 2: Segunda aproximação da EBE, adaptado de GÁLVEZ TORO, A.G., 2001.

Após os debates, as enfermeiras do Canadá, Estados Unidos da América e Reino Unido não apontaram uma definição explícita da EBE, no entanto Closs e Cheater (1999) afirmam que a EBE é uma vertente do movimento da medicina baseada em evidências, impulsionada por Archie Cochrane e David Sackett. Sob a óptica da definição da medicina baseada em evidências, a evidência em enfermagem deve situar-se no paradigma positivista que considera os achados quantitativos como provavelmente verdadeiros e sua natureza imperfeita e probabilística (CLOSS; CHEATER, 1999, DE LA CUESTA BENJUMEA, 1997).

Figura 3: Terceira aproximação da EBE, adaptado de GÁLVEZ TORO, A.G., 2001.

De la Cuesta Benjumea (1997) e Gálvez Toro (1999) afirmam, ainda, que existe um lugar para o paradigma interpretativo, onde a fenomenologia, a etnografia e a teoria fundamentada em dados não são necessariamente contraditórias nem opostas à evidência científica de Sackett. Como a realidade está moldada em valores sociais, políticos, culturais, econômicos, éticos e de gênero, o apropriado seria empregar métodos de investigação que pudessem capacitar esta integralidade usada para complementar os diferentes enfoques e técnicas provenientes do mundo qualitativo ou do quantitativo. Como criar, tornar operativas e úteis na prática diária as evidências procedentes de paradigmas tão diferentes?. Esta resposta ainda não temos, porém também não está claro de que forma devemos sintetizar e obter o

informe de evidência que utiliza os métodos de análises quantitativas e qualitativas (figura 3).

3.6 INCORPORAÇÃO DA PESQUISA NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM

Atualmente, há um grande número de evidências que ainda não estão sendo utilizadas na prática, situação que, segundo French (1999), é comum tanto na medicina como na enfermagem. A incorporação da pesquisa à prática afeta a organização da instituição a qual o profissional está inserido, uma vez que o uso dos resultados da pesquisa modifica sua formação profissional (CAVANAGH, 1996). O uso da pesquisa promove mudanças políticas e revisão de procedimentos, fornecendo requisitos necessários à enfermeira, quais sejam: a aquisição de habilidades, conhecimento profundo dos problemas relativos à prática clínica, conhecimento dos resultados da pesquisa, planejamento das mudanças, capacidade de resolução dos problemas e de análise organizacional, assim como disponibilidade e capacidade para tomada de decisões (KITSON; BANA; HARVEY et al. 1996). Para proceder a mudança profissional e, posteriormente, na organização, a enfermeira deve mudar sua própria cultura. A esse respeito, Kitson; Bana; Harvey et al. (1996) e Cavanagh (1996) descreveram as seguintes etapas: conhecimento, persuasão, decisão, implementação e comparação. As pessoas das organizações devem estar atentas aos conhecimentos persuasivos e convenientes que possam garantir a tomada de decisões e a mudança do desenvolvimento da prática, além de se comprometerem a liderar essa mudança. A pesquisa, em si mesma, não modifica a prática se não ocorrer integração de todos os elementos humanos e organizacionais.

Para se atingir a meta de utilização de resultados de pesquisa, na prática, têm-se recomendado incorporar programas e estratégias que favoreçam esta união (KITSON; BANA; HARVEY et al. 1996; DOWS, 1996). Em primeiro lugar, os docentes devem ter o compromisso de ensinar aos profissionais a utilizarem os resultados de pesquisa na prática clínica, para que haja maior integração entre pesquisa e realidade clínica. Os programas de formação do graduado e do pós-graduado devem estimular a capacidade crítica do estudante e do profissional, para que estes possam questionar a prática clínica diária e buscar informações relevantes sobre pesquisa, para resolverem satisfatoriamente os questionamentos ou necessidades que surgirem. Antes de investigar, é necessário aprender o que investigar, com que finalidade e onde localizar a informação de interesse. Em segundo lugar, os responsáveis diretos pela administração da enfermagem devem ser diretores, supervisores ou coordenadores, mostrarem-se sensíveis à prática clínica baseada na pesquisa e incentivarem seu desenvolvimento mediante a formação de grupos de trabalho de enfermeiras administradoras, clínicas e pesquisadoras. Em terceiro lugar, as enfermeiras clínicas devem manter uma atitude favorável à mudança e inovação, pois em último nível, são elas as responsáveis pela transformação da prática diária com a incorporação dos achados ao seu trabalho. Em quarto lugar, os pesquisadores devem centrar sua atenção nos problemas da prática, uma vez que para atingir estes objetivos, precisam de tempo e dinheiro. Quando as mudanças são previsíveis, é conveniente ter o apoio dos responsáveis pela administração e também contar com a inclusão nas políticas de saúde.

Stetler; Brunell; Guiliano et al. (1998) observaram o papel dos líderes da enfermagem na implantação das linhas de pesquisa e consideraram que os

fundamentos utilizados até o presente momento não estão baseados em evidências científicas. Para os autores, as enfermeiras utilizam-se de um corpo de conhecimento para tomar decisões acertadas e racionais em determinadas situações e para atingirem a maturidade na própria profissão, e para tanto necessitam:

- de um marco conceitual que permita estabelecer uma nova cultura; neste caso, a enfermagem baseada em evidências;

- estabelecer a cultura, utilizando uma linguagem consistente com conceitos definidos, para criar uma cultura organizacional, ou seja, definir com clareza os conceitos em que se fundamenta e sua aplicabilidade na prática.

- criar a capacidade para mudança, com utilização da evidência para combinar os resultados da pesquisa e os aspectos do processo de pesquisa; para a resolução dos problemas da sua clientela;

- sustentar e reforçar a mudança da infra-estrutura, desenvolvendo uma prática clínica baseada em evidências, com implementação das intervenções de enfermagem, adequando os recursos disponíveis e buscando novas estratégias.

Diante do exposto, a enfermagem brasileira deverá refletir sobre o quanto estamos próximas ou longe desse novo paradigma e questionar: estamos nos preparando para olhar criticamente a nossa realidade e refletir sobre a possibilidade de incorporarmos os resultados de nossas pesquisas à prática clínica diária?. Quanto isso contribuirá para a melhoria da qualidade do cuidado prestado ao indivíduo e população?

O reconhecimento dos benefícios da aplicação da pesquisa na prática, ou seja, a prática baseada em evidências e os tópicos recentes referentes aos cuidados de saúde exigem por parte da enfermeira um exame das tendências globais e da reestruturação das políticas de saúde do país. O ímpeto para reestruturação do cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico é decorrente da rápida elevação do custo da prestação do cuidado de saúde, do crescimento do número de consumidores sem plano de saúde, atendidos num sistema precário, e da necessidade de haver uma distribuição de recursos apropriados.

As enfermeiras também devem participar da formulação de políticas e padrões de prática fundamentadas nas melhores evidências disponíveis provenientes de pesquisas, pois isso possibilitará uma tomada de decisão precisa e eficaz para o planejamento e a implementação dos cuidados de enfermagem de qualidade ao paciente com fístula faringocutânea, após a laringectomia total.

As revisões sistemáticas capacitam os pesquisadores a realizarem uma avaliação das evidências disponíveis na literatura em particular, na área da prática clínica, pois o conhecimento adquirido nessa investigação contribuirá para o tratamento e a implementação de intervenções para a melhoria da assistência à saúde.

Em 1996, Greener e Grimshaw definiram a revisão sistemática como ‘a aplicação das estratégias científicas que limitam os vieses para a reunião sistemática, avaliação crítica e síntese de todos os estudos relevantes sobre um tópico específico’.

Soares (2002) corrobora a idéia de que a revisão sistemática serve para avaliar criticamente e resumir os estudos relevantes sobre uma determinada questão clínica.

Cook, Mulrow e Haynes (1997) enfatizam que as revisões sistemáticas são investigações científicas com métodos planejados antecipadamente, com o fim de reunir os originais, assim como os seus “sujeitos”. Elas resumem os resultados de múltiplas investigações primárias, utilizando estratégias que restrinjam os vieses e os erros randomizados, e estas, além de inserir numa abrangente pesquisa todos os artigos relevantes, informam os critérios utilizados na seleção dos mesmos. Nesse trabalho, os autores avaliaram os desenhos de pesquisa e as características dos estudos, assim como utilizaram os dados e os resultados interpretados.

A Colaboração Cochrane, organização internacional que tem por finalidade realizar, auxiliar e disseminar as revisões sistemáticas de intervenções de saúde, ajudam os médicos a tomarem decisões clínicas fundamentadas em estudos relevantes que abrangem um amplo espectro de situações clínicas. Esta organização possui vários centros em países do Primeiro Mundo, trabalhando unidos para que as decisões médicas sejam baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. No Brasil, em 31 de outubro de 1997, foi fundado o Centro Cochrane na Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, o primeiro centro credenciado em um país em desenvolvimento (ATALLAH; CASTRO, 2002).

Para realizar as revisões sistemáticas na área da medicina, a Colaboração Cochrane determina os seguintes passos: (1) formulação do problema (questão clínica); (2) localização e seleção dos estudos; (3) avaliação crítica dos estudos; (4) coleta de dados; (5) análise e apresentação dos resultados; (6) interpretação dos resultados e (7) aperfeiçoamento e atualização (COCHRANE, 2002).

Os profissionais de enfermagem têm desenvolvido estudos utilizando a revisão sistemática como método cuja meta é responder às questões que possam ser aplicadas aos pacientes na prática diária.

Magarey (2001), em seu artigo, descreve os passos que conduzem o processo de revisão sistemática em enfermagem, quais sejam: (a) formulação de uma questão de pesquisa; (b) busca na literatura para identificar o tema escolhido; (c) seleção dos estudos a serem incluídos na revisão; (d) coleta de dados; (e) análise e síntese dos dados com o emprego de métodos estatísticos, como a meta-análise e/ou métodos qualitativos, tais como: resumos dentre os quais destacamos o narrativo e

apresentação dos resultados. A autora ainda ressalta diretrizes rigorosas estabelecidas para cada passo e a utilização de um protocolo transparente desenvolvido para eliminar vieses e assegurar rigor científico à pesquisa.

Portanto, optamos por realizar uma revisão sistemática, adotando o modelo de Magarey (2001), para identificarmos as evidências apresentadas pelos pesquisadores, como embasamento para o tratamento do paciente com a fístula faringocutânea. A seguir, descrevemos as etapas percorridas para a elaboração da presente revisão sistemática, segundo Magarey (2001), que se encontram esquematizadas no Anexo 1.

1^a. Etapa: Formulação de uma questão da revisão

A questão elaborada para a investigação limita-se tipicamente ao enfoque, permitindo que toda literatura relacionada à questão possa ser identificada. Mead e Richardson (1997) indicam quatro componentes para a construção ideal da questão clínica, quais sejam: a existência do grupo de pacientes investigados, intervenções, intervenções comparativas e os resultados usados para medir os efeitos. Tais elementos são utilizados para direcionar os passos subsequentes do processo de revisão, a busca da literatura e a avaliação crítica.

A partir da questão: *Quais são os principais tratamentos disponíveis para o paciente portador de fístula faringocutânea, após laringectomia total?*, empreendemos uma busca preliminar a fim de verificar se havia alguma revisão sistemática a respeito da questão selecionada, nos bancos de dados da Cochrane de revisões sistemáticas, dos Abstracts of Reviews of Effectiveness e bancos de dados

eletrônicos, tais como National Library of Medicine (PUBMED); Cumulative Index to Nursing & Allied Health (CINAHL); Evidence Based Nursing; Netting The Nursing e Excerpta Medicam on line (EMBASE), comumente utilizados para revisões do tema escolhido.

2ª. Etapa: A busca na literatura

Para evitar vieses, é essencial uma busca abrangente na literatura a fim de identificar todos os estudos sobre o tema escolhido, tanto os publicados como os não-publicados (quando possível).

A estratégia de busca deve ser cuidadosamente documentada, pois o rigor científico é fundamental na condução do processo de revisão. Assim, acessamos os seguintes bancos eletrônicos: National Library of Medicine (PUBMED); Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); Center for Evidence Based Nursing (University of York, Reino Unido) e Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR).

3ª. Etapa: Seleção dos estudos a serem incluídos na revisão

Esta etapa do processo serve para avaliar a relevância dos estudos referentes à questão de pesquisa e inclui quatro critérios específicos: (1) desenho do estudo; (2) participantes do estudo; (3) tratamento e (4) resultados. Os detalhes destes critérios são construídos previamente, de forma clara, para dar início à revisão. A aplicação de rigor neste processo assegura que a revisão seja direcionada à questão da pesquisa e evita que os artigos selecionados sejam influenciados pela experiência profissional do pesquisador que está elaborando a revisão.

4ª. Etapa: Avaliação da literatura

Cada documento é avaliado levando-se em conta a adequacidade do delineamento de pesquisa. Assim, recomenda-se que cada artigo seja revisado, independentemente, por mais de um revisor, registrando-se os artigos rejeitados e as razões da rejeição, havendo a necessidade de inclusão de cada artigo no final da revisão.

5ª. Etapa: Coleta de dados

Uma vez tomadas as decisões relativas aos estudos a serem incluídos na revisão, os dados dos mesmos devem ser coletados por um processo que permite a documentação rigorosa. Os dados selecionados dependerão da pergunta a ser investigada, e devem conter informação relativa ao grupo de paciente, tratamento, cenário e delineamento do estudo, e medida dos resultados evidenciados (Apêndice B).

6ª. Etapa: Análise e síntese dos dados

Os dados oriundos dos estudos incluídos na revisão podem ser analisados por meio de métodos quantitativos e qualitativos, sendo que o método estatístico mais utilizado para sintetizar os dados quantitativos é a meta-análise. Este termo geralmente é usado para referir-se à revisão quantitativa, porém responde com mais precisão, por meio dos métodos estatísticos, que combina os dados e análise. Este processo é descrito como “...uma metodologia específica e técnica estatística que combina os dados quantitativos que provêm de uma estimativa eficaz combinada de um tratamento em particular” (LAU, IOANNIDIS; SCHMID, 1997).

Portanto, julgamos que o método da revisão sistemática apresentado na literatura é apropriado para o estudo das bases do tratamento da fístula faringocutânea, após laringectomia total, por contribuir para a divulgação do conhecimento que edificará uma prática assistencial de qualidade, baseada em evidências.

4.1 Procedimento Metodológico

4.1.1 Tipo de Estudo

Para alcançarmos os objetivos propostos, realizamos na literatura uma revisão sistemática, do período compreendido entre 1992 a 2002, de todos os estudos que abordassem o tratamento da fístula faringocutânea, após laringectomia total, pois entendemos que é um assunto relevante que interessa à enfermagem, e ainda pouco pesquisado. Julgamos que para o nosso caso, é o tipo de investigação ideal.

4.1.2 Amostra

Incluímos na amostra os estudos que preencheram os critérios de inclusão. A amostra é do tipo de conveniência; o que significa que selecionamos os estudos que fazem parte da amostra pela relevância do tema, por preencherem os critérios de inclusão e não por métodos aleatórios (PEREIRA,1995, LOBIONDO-WOOD, HABER, 2001).

4.1.3 Critérios de Inclusão

4.1.3.1 Tipos de estudos

Em se tratando de avaliação da eficácia de tratamento, o delineamento ideal de pesquisa é o ensaio clínico randomizado. Todavia, devido às características próprias da patologia em questão, e à escassez de dados de pesquisa a respeito, a pesquisadora optou pela seleção e avaliação crítica de todos os estudos que discutissem a eficácia do tratamento da fístula faringocutânea, após laringectomia total, em decorrência do carcinoma de células escamosas da laringe com o estadiamento T3/T4.

4.1.3.2 Tipos de Participantes

Participaram os pacientes portadores de carcinoma de células escamosas da laringe com o estadiamento T3/T4, tendo feito ou não radioterapia pré-operatória, submetidos à laringectomia total seguida ou não do esvaziamento cervical, que apresentaram a fístula faringocutânea no pós-operatório.

4.1.3.3 Tipos de Tratamento

Há duas abordagens para o tratamento médico da fístula faringocutânea, após laringectomia total, que são o tratamento conservador, ou seja, o tratamento totalmente expectante, que envolvem medidas como limpeza e tratamento específico da ferida sem procedimento cirúrgico. Já o cirúrgico destina-se a reparação, correção ou alívio da drenagem de saliva pelo trajeto da fístula faringocutânea, com utilização de instrumental cirúrgico.

O tratamento médico conservador consistiu da reintrodução da sonda nasogástrica; cuidados locais da ferida; curativo compressivo ao redor do pescoço; limpeza com solução salina isotônica; desbridamento do tecido necrótico; antibioticoterapia por via endovenosa e suporte nutricional adequado.

O tratamento médico-cirúrgico que envolveu o fechamento cirúrgico da fístula com a sutura do tipo “T” ou “Y”; uso de retalhos do músculo deltopeitoral, miocutâneo do músculo peitoral maior; miocutâneo do trapézio e a criação do faringostoma.

4.1.3.4 Tipo de Desfecho

Os desfechos dos estudos sugeriram que determinados aspectos relacionados ao paciente (idade, presença de co-morbidades, peso pré-operatório, radioterapia prévia, estadiamento, esvaziamento cervical, traqueostomia prévia, perda sangüínea no intra-operatório dentre outros) influenciaram significativamente o processo de surgimento e cicatrização da fístula faringocutânea, após a laringectomia total. Assim, classificamos tais aspectos em:

- Fatores de risco relacionados ao surgimento da fístula faringocutânea após laringectomia total;
- Tipo de tratamento utilizado para correção da fístula faringocutânea após laringectomia total;
- Período de internação hospitalar do paciente após laringectomia total, com fístula faringocutânea.

Complicações

As complicações após laringectomia total têm um impacto significativo na morbidade e na evolução da condição de saúde do laringectomizado, o que pode prolongar a hospitalização, requerer futuras cirurgias e a ocorrência de seqüelas permanentes e até a morte. Dentre as complicações mais significativas e graves, identificamos: rompimento da artéria carótida; insuficiência hepática; infarto agudo do miocárdio, doenças pulmonares e sepsis.

4.1.4 Critérios de Exclusão

Não fizeram parte da pesquisa os estudos que não preencheram os critérios de inclusão determinados, previamente.

4.2 Estratégia de busca dos estudos

4.2.1 Etapa 1: Busca Eletrônica

Pesquisamos as seguintes bases de dados: National Library of Medicine (PUBMED); Cumulative Index to Nursing & Allied Health (CINAHL); BIOMEDNET Research Tools; Cochrane Library; Literatura latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), sem estabelecermos restrição à língua ou local de publicação.

Na estratégia para busca dos estudos utilizamos os termos MeSH, que nos ajudaram a obter as referências de um assunto específico. Os recursos denominados “MeSH Browser” permitiram que descobríssemos quais eram os “MeSH Terms” usados para um assunto de nosso interesse e os descritores do MeSH poderiam ser

acrescentados por um qualificador que indicasse os aspectos específicos do assunto. Na pesquisa com os operadores, procuramos utilizar palavras que permitissem formular estratégias para buscas simples ou complexas, abrangendo um ou mais campos.

As combinações de campos podem ser pesquisadas utilizando-se os operadores lógicos ou booleanos (AND, OR, NOT), pois o AND recupera todos os termos (INTERSEÇÃO) e restringe o escopo da pesquisa; OR recupera um e/ou outro termo (SOMA) e amplia o escopo da pesquisa e o NOT contém o primeiro termo e não contém o segundo (DIFERENÇA) (GOMES, 2001, FRIEDLAND; GO; DAVOREN et al. 2001).

Estratégia para Busca

1. Problema	“Larynx cancer OR total laryngectomy OR “larynx fistulae” OR “pharyngocutaneous fistula” OR “complication”
2. Tratamento	OR “treatment OR support” OR “conservative” OR “surgical”
3. Combinação	1 AND 2

Etapla 2: Estabelecemos contatos com autores dos estudos incluídos na revisão e com especialistas da área, por e-mail, solicitando remessa de uma lista das referências já identificadas em seus estudos e em outros, recentemente publicados ou não.

Alguns meses após, chegaram algumas respostas pelo correio eletrônico, elogiando a pesquisa, porém não recebemos nenhuma contribuição para a investigação.

Etapa 3: Busca Manual

Na busca manual, encontramos quatro periódicos completos disponíveis na Biblioteca Central da Universidade de São Paulo-Campus Ribeirão Preto (SP): Ann Otol Rhinol Laryngol (1 artigo); The Journal of Otolaryngology (1 artigo); Arch Otololaryngol Head Neck Surgery (1 artigo) e Laryngoscope (1 artigo).

Quanto às bibliotecas virtuais sem ônus, nestas conseguimos um artigo; através da aquisição pelo serviço de comutação bibliográfica, obtivemos 35 artigos, 3 artigos pela busca manual, que totalizaram uma amostra de 38 artigos, sendo que um foi excluído por tratar-se de um estudo não envolvendo seres humanos (coelhos).

Etapa 4: Seleção dos Estudos

Primeiro passo: utilizamos um formulário padronizado para verificar se cada estudo encontrado continha os critérios para inclusão, quais sejam: características metodológicas, participantes; diagnóstico; tratamento e resultados.

Segundo passo: dois observadores independentes verificaram os estudos identificados, em “processo de funil”, acessando títulos, resumos e os artigos completos, quando relevantes (Apêndice B).

Etapa 5: Coleta de Dados

Os dados foram coletados de modo independente pelos dois revisores anteriormente citados e estes foram cruzados para verificar se havia concordâncias ou não. Quanto aos resultados discordantes, estes foram resolvidos por consenso (Apêndice B).

Os detalhes dos dados da população estudada, tratamento e desfechos foram coletados pelos dois revisores, utilizando o instrumento de avaliação dos artigos, que continha os seguintes itens:

6.1-Identificação do artigo: autores/especialidade; instituição em que foi desenvolvido; país e ano de publicação;

6.2-Características metodológicas do estudo: desenho do estudo; período de realização do mesmo (duração);

6.3-Características particulares: número, idade, diagnóstico (critérios) gênero e história de câncer de laringe; localização do tumor; tipo de terapêutica; complicações pós-operatórias, tipos de tratamentos e resultados;

6.4-Tratamentos: descrição detalhada do tratamento conservador e cirúrgico da fístula faringocutânea, após a laringectomia total;

6.5-Resultados: apresentação dos critérios preestabelecidos e os desfechos clinicamente relevantes (Apêndice B).

4.3. ANÁLISE DOS DADOS

1 ANÁLISE DESCRITIVA

A análise descritiva nos permitiu resumir e avaliar os dados oriundos dos estudos incluídos nesta revisão sistemática, sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos. As técnicas empregadas pela análise descritiva diminuem os dados a proporções controláveis, resumindo-os e também descrevem as várias características dos mesmos no estudo (PEREIRA,1995; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, NIESWIADOMY,1998).

Também informamos o número de referências encontradas sobre o tratamento da fístula faringocutânea, após a laringectomia total, nas bases de dados citadas anteriormente e, o número de estudos incluídos, assim, como o número dos excluídos, e a justificativa. Além disso, apresentamos a síntese dos dados referentes aos estudos incluídos nesta revisão sistemática (Apêndice C).

5.1 Descrição dos estudos excluídos

Apresentamos na **Figura 1**, o número de estudos encontrados em cada uma das bases de dados desde o início do trabalho. Nela descrevemos as diferentes etapas do trabalho: busca, seleção e escolha dos estudos, sendo que a data da última busca na literatura refere-se a junho de 2003.

Inicialmente, excluímos 7877 estudos, por não atenderem os critérios de inclusão ou por se tratar de estudos que não envolviam seres humanos. Outro aspecto considerado foi a coerência entre o título e o conteúdo abordado.

Quando ocorria uma dúvida em relação à inclusão ou exclusão de um determinado trabalho, realizávamos a leitura do artigo na íntegra para não excluirmos os estudos importantes.

Observamos que, do total inicial de estudos (7914), 50% (3938) estavam indexados em mais de uma fonte (Figura 1). Com exceção de dois trabalhos de origem alemã, os demais estavam redigidos nas línguas inglesa e espanhola; nenhum estudo do tipo ensaio clínico randomizado, que retrata uma evidência mais consistente de acordo com os princípios da medicina baseada em evidências no caso da fístula faringocutânea, após a laringectomia total, foi encontrado pela pesquisadora deste trabalho.

Figura 1-Fluxograma da realização da revisão sistemática

5.2 Caracterização dos estudos selecionados

Tipo de Estudos e Análise Estatística

Dos 37 (100%) artigos analisados, 25 (67,6%) referiam-se a estudos retrospectivos, 7 (18,9%) a estudos de caso, 3 (8,1%) eram prospectivos, 1 (2,7%) coorte, e 1 (2,7%), revisão da literatura.

Para análise estatística, os estudos utilizaram o teste do Qui-quadrado (35,1%), o teste Exato de Fisher (29,7%), além da análise de variância (ANOVA) e análise bivariada (Mann-Whitney e Wilcoxon) nos restantes 35,2%.

Amostra

As amostras incluíram 4332 indivíduos que participaram dos 37 estudos selecionados, encontrando média de prevalência de idade entre 28 e 86 anos, em 29 (78,3%) desses artigos, e em 8 (21,7%) a idade dos pacientes não foram relatados. Houve predominância do sexo masculino, com 2473 (91%) pessoas e 243 (9%) do sexo feminino.

A maioria dos estudos foi desenvolvida em instituições hospitalares, 28 (75,7%); em hospitais de universidades, 8 (21,6%) e em centros de pesquisas, 2 (5,4%).

Os países nos quais os estudos ocorreram foram: Estados Unidos 4 (11%); Canadá 4 (11%); Turquia 4 (11%); Itália 3 (8,1%), Alemanha 3 (8,1%); Espanha 3 (8,1%); Reino Unido 2 (5,4%); Japão 2 (5,4%); México 2 (5,4%); Grécia 1 (2,7%); Singapura 1 (2,7%); Israel 1 (2,7%); Noruega 1 (2,7%); Suécia 1 (2,7%); Finlândia 1 (2,7%); Paquistão 1 (2,7%); Tailândia 1 (2,7%); Inglaterra 1 (2,7%) e Índia 1 (2,7%).

Patologia Seleccionada

Descrevemos, a seguir, as características específicas do tumor de laringe (localização, estágio, e o tratamento da fistula faringocutânea), encontradas na literatura.

Em 5 estudos (13,5%) encontramos somente a localização do tumor de laringe e em outros 5 (13,5%), o estadiamento dos tumores segundo a Classificação **TNM** da União Internacional Contra o Câncer (UICC).

O sistema **TNM** emprega preferencialmente a classificação por extensão anatômica da doença, determinada clínica e o histopatológico, ou seja, baseado na avaliação de três componentes: **T** (a extensão do tumor primário); **N** (a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais); **M** (a ausência ou presença de metástase à distância). Com o acréscimo de números a estes três componentes determina-se a extensão da doença maligna. Assim temos T1, T2, T3, T4/ N0, N1, N2, N3/ M0, M1.

Na classificação clínica – **TNM** são empregadas as seguintes definições:

T (tumor primário); TX (o tumor primário não pode ser avaliado); T0 (não há evidência do tumor primário); Tis (carcinoma in situ). T1, T2, T3, T4 tamanho crescente e/ou extensão local do tumor primário.

N Linfonodos Regionais: NX (os linfonodos regionais não podem ser avaliados); N0 (ausência de metástase em linfonodos regionais). N1, N2, N3 comprometimento crescente dos linfonodos.

M Metástase à Distância: MX (presença de metástase à distância não pode ser avaliada); M0 (ausência de metástase à distância); M1 (metástase à distância).

pTNM-Classificação Patológica

pT (tumor primário); pTX (o tumor primário não pode ser avaliado histologicamente); pT0 (não há evidência histológica de tumor primário); pTis (carcinoma in situ). pT1, pT2, pT3, pT4 aumento crescente e/ou extensão local do tumor primário, comprovado histologicamente.

pN Linfonodos Regionais: pNX (os linfonodos regionais não podem ser avaliados histologicamente); pN0 (não há, histologicamente, metástase em linfonodos regionais). pN1, pN2, pN3 comprometimento crescente dos linfonodos regionais, comprovado histologicamente.

pM Metástase à Distância: pMX (a presença de metástase à distância não pode ser avaliada microscopicamente); pM0 (ausência de metástase à distância, microscopicamente); pM1 (metástase à distância, microscopicamente). A categoria pM1 pode ser especificada do mesmo modo como a M1 (INCA, 2002).

O tratamento de escolha inicial, em 12 (32,4%) estudos, foi o conservador e em 15 (40,5%), o tratamento cirúrgico; nos demais estudos, 10 (27%), houve a utilização dos dois tratamentos, em função dos resultados alcançados com o tratamento inicialmente instituído.

Apesar de não haver especificação do diagnóstico médico de todos os pacientes envolvidos nesses estudos, um ponto era comum, todos (100%) foram submetidos à laringectomia total.

5.3 Descrição dos estudos incluídos

Dos 37 (100%) estudos incluídos na revisão sistemática, 17 (46%) referiam-se ao tratamento da fistula faringocutânea, após a laringectomia total, sendo que 10 (27%) estavam direcionados aos fatores de risco e outros 10 (27%) a complicações, após a laringectomia total. Estes estudos pertenciam às línguas inglesa, 32 (86,5%), espanhola 3 (8,1%) e alemã 2 (5,4%).

QUADRO 1: Estudos incluídos na revisão sistemática sobre a fístula faringocutânea após a laringectomia total. Ribeirão Preto – São Paulo, 2003.

Autor/Ano/País	Delineamento da Pesquisa	Participantes (n)	Duração (anos)	Frequência	Fístula Faringocutânea (% geral)
1.Cheen & Siow 1999, Singapura.	ER: SC.	69	07	11	15,9
2.Zenis et al. 1999, Itália.	ER: SC.	246	07	40	16,0
3.Papazoglou et al. 1994, Grécia.	ER: SC.	310	09	28	9,0
4.McCombe & Jones 1992, Inglaterra.	EP: SC.	357	25	84	23,0
5.Friendman et al. 1999, Estados Unidos da América.	ER: SC.	138	-	28	20,3
6.Kimura et al. 1994, Japão.	EC.	05	-	05	100,0
7.İkiz et al. 2000, Turquia.	ER: SC.	92	12	08	8,7
8.Tomkinson, et al. 1996, Reino Unido.	ER: SC.	50	-	08	16,0
9.Fradis, et al. 1995, Israel.	ER: SC.	56	16	07	12,5
10.Gavilán, et al. 1996, Espanha.	ER: SC.	49	03	46	15,0
11.Moses, et al. 1993, Reino Unido.	ER: SC.	132	08	28	21,0
12.Cavalot, et al. 2000, Itália	ER: SC.	293	05	32	10,9
13.Fabrizio, et al. 2000, Itália.	EC.	01	01	01	100,0
14.Natvig, et al. 1993, Noruega.	ER: SC.	197	07	28	14,0
15.Guntinas-Lichius & Eckel, 2002, Alemanha.	EC.	03	01	01	100,0
16.Imauchi, et al. 2002, Japão.	ER: SC.	69	04	06	8,7
17.Herranz, et al. 2000, Espanha	ER: SC.	471	17	99	21,0
18.Wiseman, et al. 2002, Estados Unidos.	EC.	01	6 meses	01	100,0
19.Davidson, et al. 1994, Canadá.	EP: C.	88	4,4	24	27,0
20.Zbären, et al. 1996, Suécia.	ER: SC.	130	12	13	10,0
21.Seikaly & Park, 1995, Canadá.	ER: SC.	40	04	06(23 GC)	26,0
22.Akyol et al, 1995, Turquia	ER: SC.	110	06	23	21,0
23.Parikh, et al. 1998, Canadá.	ER: SC.	125	04	28	23,0
24.Vicente et al, 1999, Espanha.	ER: SC.	431	09	55	13,8
25.Peat, et al. 1992, Canadá.	EC.	03	-	03	100,0
26.Cunha-Gomes, 2001, Índia.	EC.	01	-	01	100,0
27.Udaipurwala; Iqbal & Jalisi, 1995, Paquistão.	ER: SC.	68	10	06	8,9
28. Cody, et al. 1999, Estados Unidos.	EC.	01	01	01	100,0
29. Virtaniemi et al. 2001, Finlândia.	ER: SC.	133	20	20	15,0
30.Navarro & Manzano, 1997, México.	ER: SC.	26	03	06	23,0
31.Soylu, et al. 1998, Turquia.	ER: SC.	295	20	37	12,5
32.Ching-Ping, et al. 1997, Taiwan.	ER: SC.	60	08	3(30GC)	10,0
33.Neumann & Schultz-Coulon, 2001, Alemanha.	ER: SC.	94	08	09	9,6
34.Volling; Singelmann & Ebeling, 2001, Alemanha.	EP: SC.	42	03	05	11,9
35.Çelikkanat, et al. 1995, Turquia.	ER: SC.	110	09	19	17,3
36.Carrilo, et al. 1995, México.	ER: SC.	36	-	-	-
37.Weissler, 1997, Estados Unidos.	RL.	-	-	-	-

ER:Estudo Retrospectivo. EP:Estudo Prospectivo. SC:Série de Caso. C: Coorte. EC: Estudo de Caso. RL: Revisão da Literatura. GC: Grupo Controle. Apêndice A.

Observamos no **Quadro 1**, que o delineamento da pesquisa que predominou nos estudos incluídos nesta revisão sistemática foi o retrospectivo (série de casos) com 88,5%, e 11,5% prospectivos (série de casos e coorte). A média de tempo de

acompanhamento foi de oito anos e oito meses e a incidência de fistula faringocutânea, após a laringectomia total variou entre 8,7% e 27,0%, envolvendo um total de 653 pacientes.

Descrevemos a seguir, os trabalhos que apresentaram maiores e menores índices de fistula faringocutânea, após laringectomia total.

McCombe e Jones (1992) realizaram estudo retrospectivo em um hospital de Liverpool, entre 1965 e 1990 (27 anos), revisaram os prontuários de 357 pacientes (mulheres 84 e homens 273) com carcinoma de laringe, que sofreram a laringectomia total. Os autores verificaram que do total de pacientes, 84 (23%) apresentaram a fistula faringocutânea, sendo estes tanto do sexo masculino como do feminino, com tempo médio de surgimento da fistula de sete dias. Observaram também, que as fistulas mais persistentes necessitaram de cirurgia, no grupo da radioterapia, enquanto no grupo de pacientes submetidos à radioterapia prévia, o odds ratio para dissecação do pescoço foi 2,2 (isto é, havia uma chance maior de 2,2 dos pacientes desenvolverem a fistula do que aqueles que não sofreram a dissecação do pescoço). A regressão múltipla logística confirmou forte associação entre a radioterapia prévia e a formação da fistula, após a laringectomia. Os resultados sugerem que a radioterapia radical prévia é um fator predisponente para a ocorrência da fistula faringocutânea no pós-operatório, por isso requer reparo cirúrgico em várias situações.

O estudo prospectivo (coorte) de Davidson; Briant; Gullane et al. (1994) desenvolvido no Princess Margaret Hospital no Canadá, The Toronto Bayview Cancer Center; Ohawa Cancer Center e Manitoba Cancer Research and Treatment Foundation teve como amostra 212 pacientes, dos quais 88 foram acompanhados prospectivamente durante quatro anos e quatro meses em média, após a cirurgia, na

tentativa de se identificarem complicações, recidivas, evolução do tumor e o tempo de sobrevivência alcançado. As complicações cirúrgicas se desenvolveram em 48% dos pacientes, e as mais prevalentes, após a faringectomia, não foi influenciada pela associação com a dissecação do pescoço. A sobrevivência, após a cirurgia, foi estatisticamente associada ao estágio TNM da recidiva do tumor e à localização da recidiva (local, regional contra ambos), mas não foi associada ao estadiamento TNM do tumor original, ou ao tempo para recidiva, idade, sexo e local primário. O tempo de sobrevivência total, após a cirurgia, foi de 5 anos para este coorte atingindo o valor de 35%. O protocolo que preconiza a radioterapia primária, em caso de fracasso, indica a cirurgia, pois 41% dos pacientes operados conservaram a função laríngea sem reduzir a sobrevivência total.

Já Seikaly e Park (1995) desenvolveram estudo retrospectivo (série de casos) no Department of Surgery, Division of Otolaryngology, University of Alberta, Canadá, para avaliarem os efeitos de um regime de profilaxia do refluxo gastroesofágico na incidência da fistula faringocutânea, após laringectomia total, cuja sutura fora realizada com material absorvível, além da drenagem de sucção do pescoço, sonda para alimentação e antibioticoterapia profilática. Os pacientes receberam o tratamento anti-refluxo de alimentos pela sonda, sendo administrados ranitidine endovenosa e hidrocloridrato de metoclopramida, e estes foram acompanhados no pós-operatório pela Gastrografia de deglutição, por 8 semanas. O grupo controle foi tratado de forma idêntica, exceto com a profilaxia anti-refluxo. No grupo controle, seis pacientes apresentaram fistulas e média de 16,5 dias de internação hospitalar, enquanto o grupo de estudo não apresentou fistula, com média de internação hospitalar de 11,5 dias. Estes resultados sugerem que o refluxo

gastroesofágico no período pós-operatório pode predispor à formação da fistula faringocutânea.

Estudo retrospectivo (série de casos) realizado por Herranz; Sarandeses; Fernández et al. (2000), no Hospital Juan Canalejo, na Espanha, entre 1980 e 1997 (17 anos), sobre as complicações em pacientes não-irradiados, portadores de carcinomas de laringe e hipofaringe, que se submeteram à laringectomia total, envolveu 471 pacientes (05 mulheres e 466 homens). Nesta série, 358 pacientes apresentaram carcinoma primário de laringe e 133, carcinoma de hipofaringe. Dois grupos foram submetidos a dissecação do pescoço em 85% dos casos. Para estudo das complicações, avaliaram-se idade, estadiamento T e N, traqueostomia prévia e orifício traqueoesofágico. A média total de complicações foi de 30,7%, com 29,2% consideradas maiores complicações e 6,5% menores e um índice de mortalidade de 0,6% (3/471). A fistula faringocutânea foi a complicação mais freqüente da ferida (21%), seguida pela infecção local (4,2%) e hemorragia (2,3%), surgindo ainda como complicações: pneumonia (1,4%) e embolismo (0,4%). Os tumores da hipofaringe com dissecação do pescoço e procedimento cirúrgico ampliado tiveram índices significativamente maiores de complicações. Os resultados destas séries mostraram que a fistula faringocutânea foi a complicação mais freqüente, após laringectomia total. Apesar da interrelação sobre a dissecação do pescoço ter aumentado o índice geral de complicações, os autores não observaram nenhuma relação desta com a formação da fistula. Além disso, fatores como a idade, estágio T e N, e traqueostomia prévia não influenciaram o índice de surgimento de complicações.

Na revisão retrospectiva (série de casos) de Soyly; Kinoğlu, Aydoğan et al. (1998) analisaram uma série de 295 pacientes que sofreram laringectomia total por

tumores malignos, no Department of Otolaryngology, Çukurova University Medical Faculty, na Turquia, entre 1975 e 1995 (20 anos). A amostra constituiu-se de 15 mulheres e 280 homens, tendo 37 (12,5%) deles desenvolvido a fístula faringocutânea. Nestes pacientes, a alimentação oral precoce no pós-operatório, a radioterapia ou a traqueostomia prévia, associadas à dissecação do pescoço e à técnica cirúrgica mostraram um efeito estatisticamente significativo. Também o tamanho do tumor e a formação da fístula mostraram associação estatística significativa. Quanto aos materiais de sutura utilizados para o fechamento da faringe, os autores compararam o catgut com a poliglactina (vicryl), tendo o primeiro apresentado um maior índice de fístula faringocutânea. Em vista disso, os pesquisadores verificaram que o índice de fístula faringocutânea (12,5%) encontrado neste estudo ficou abaixo do relatado na literatura (2% e 66%). A introdução da alimentação por via oral, no 3º.dia ou 10º.dia de pós-operatório, não interferiu na formação da fístula faringocutânea e o estágio do tumor avançado apresentou um índice significativamente alto (16,8%) para a formação da fístula. Outro aspecto foi que o número pequeno de pacientes que recebeu a radioterapia pré-operatória, nesta série, frustrou o esboço de qualquer conclusão a respeito do papel da radioterapia na formação da fístula faringocutânea. Os autores acreditam que uma técnica cirúrgica apurada da laringectomia total é de suma importância para prevenção da fístula faringocutânea.

Em um estudo retrospectivo (série de casos) elaborado por Virtaniemi; Kumpulainen; Hirvikoski et al.(2001), na University of Kuopio e Kuopio University Hospital, na Finlândia, entre 1975 e 1995 (20 anos), com uma amostra de 133 pacientes submetidos à laringectomia total, estes observaram que 20 (15%) deles

desenvolveram a fístula faringocutânea, com fechamento espontâneo em 80%. Constataram ainda que a cirurgia laringectomia total e a faringectomia parcial associadas à dissecação do pescoço aumentaram o risco de formação da fístula e que também a radioterapia pré-operatória com um intervalo menor de três meses entre a radioterapia e a cirurgia, predispôs à formação da fístula faringocutânea. As fístulas foram diagnosticadas em média 13 dias e a extensão das mesmas foi maior em pacientes que fizeram radioterapia prévia, quando comparados àqueles que não receberam este tratamento. Os autores concluíram que as fístulas representaram um aumento na morbidade e no tempo de internação hospitalar, e reforçaram que a boa técnica cirúrgica e o tratamento adequado no pós-operatório previnem o alto risco para formação da fístula.

Enfim, os estudos que relataram a incidência, os fatores de risco, as complicações e o tratamento da fístula faringocutânea, após laringectomia total, referem-se à pesquisa observacional, com relato de séries de caso e coorte.

Quando os pesquisadores optaram pelo delineamento de pesquisa observacional, perderam muitas informações sobre a exposição, a doença e o tratamento propriamente dito, porém identificaram a incidência da fístula faringocutânea, após a laringectomia total, e outras complicações de menor ocorrência. As características deste delineamento de pesquisa não favorecem a sua utilização na pesquisa clínica, outros desenhos de pesquisa podem levantar possíveis hipóteses causais que poderão ser testadas.

Nesse sentido, ressaltamos que o delineamento de pesquisa observacional tem como um dos pontos fortes, a descrição de novos métodos diagnósticos, como no estudo de Moses; Eisele e Jones (1993), que abordaram o papel do exame

radiográfico de deglutição com contraste à base de bário, no pós-operatório mediato de pacientes laringectomizados totais. Constataram, a partir dos resultados obtidos, que poderiam monitorar e prevenir os sinais e sintomas precoces para o desenvolvimento da fístula faringocutânea.

Quanto aos procedimentos cirúrgicos, a pesquisa de Kimura; Tojima; Nakamura et al. (1994), descreveu o método reconstrutivo em um único tempo cirúrgico, com o retalho deltopeitoral para o fechamento da fístula faringocutânea, após a cirurgia do câncer de laringe.

Para o tratamento clínico da fístula faringocutânea, Akyol; Özdem e Çelikkanat (1995) realizaram uma revisão retrospectiva com amostra de 110 pacientes submetidos à laringectomia total, com o objetivo de analisar as vantagens da introdução da alimentação oral precoce no primeiro/segundo dia de pós-operatório, sem o uso da sonda nasogástrica (SNG). Os pesquisadores observaram que a fístula faringocutânea desenvolveu-se em 23 pacientes (21%), tendo nove deles necessitado da intervenção cirúrgica para o fechamento da mesma (8%). O início precoce da alimentação por via oral, no pós-operatório de pacientes laringectomizados, reduziu o período de hospitalização e não mostrou o aumento do índice de formação de fístula.

Notamos que a desvantagem deve-se à inexistência de parâmetros entre os grupos de estudo e controle para avaliar a eficácia real das intervenções terapêuticas ou a acurácia de testes diagnósticos, pois em geral, os estudos descrevem as manifestações clínicas da doença e seus tratamentos em um determinado grupo de pacientes num determinado período, limitando o valor do estudo das relações de prognósticos ou de causa ou efeito.

É importante enfatizar que o desenho de pesquisa é imprescindível para se avaliar a qualidade das evidências encontradas, pois as advindas dos estudos observacionais do tipo relato de série de casos são, em geral, evidências mais fracas, de acordo com a hierarquia das evidências proposta na medicina baseada em evidências.

Outro aspecto refere-se ao valor de p , em que os pesquisadores adotaram os valores $p < 0,05$, como estatisticamente significativo. O valor de p nos estudos foi informado e não nomeado como estatisticamente significativo ou não. Quando o valor de p mostrar-se alto, não podemos afirmar que a hipótese nula foi aceita, mas, sim, considerar a possibilidade de que não obtivemos evidências adequadas para rejeitá-la.

No **Quadro 2**, encontram-se os principais fatores de risco localizados em 20 (54%) artigos que enfocavam os fatores de risco dentre os 37 selecionados, que constituíram a amostra da revisão sistemática sobre a fístula faringocutânea, após a laringectomia total.

Na discussão das categorias, selecionamos os trabalhos mais representativos; observamos que alguns fazem uma discussão inicial sem resultados concretos porém, os pertencentes à mesma categoria mostram concordância nos resultados referentes aos fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da fístula faringocutânea, após laringectomia total.

Nos estudos analisados, observamos que os pesquisadores estudaram separadamente os fatores de risco, formando subgrupos com um número menor de pacientes e, consecutivamente, obtiveram percentuais individuais maiores de

incidência de fistula faringocutânea, após laringectomia total, quando comparados com o índice geral de fistula proveniente da amostra inicial do estudo.

QUADRO 2: Fatores de risco que influenciam a formação da fistula faringocutânea, após a laringectomia total, segundo os estudos incluídos na revisão sistemática. Ribeirão Preto – São Paulo, 2003.

Fatores de Risco	Trabalhos (n°.)	Pacientes (n)	Fistula faringocutânea (%)
Radioterapia Pré-operatória.	1	69	15,9
	2	246	16,0
	3	310	9,0
	9	56	12,5
	12	293	10,9
	29	133	15,0
	4	357	23,0
Técnica Cirúrgica.	19	88	27,0
	3	310	9,0
	29	133	15,0
	2	246	16,0
	9	56	12,5
	14	197	14,0
	7	92	8,7
Traqueostomia Pré-operatória.	1	69	15,0
	17	471	21,0
Estadiamento do tumor.	12	293	10,9
	14	197	14,0
Febre.	16	69	8,7
	20	130	10,0
Doenças Crônicas.	5	138	20,3
	2	246	16,0
Vômito.	3	310	9,0
	8	50	16,0
Nível hemoglobina.	2	246	16,0
Reinício da alimentação oral.	34	42	11,9

Apêndice A: Lista dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Radioterapia pré-operatória

O fator de risco correlacionado com a alta incidência de fistula faringocutânea foi a radioterapia pré-operatória, que é o tratamento de escolha para os tumores avançados e considerados inoperáveis pela extensão da sua infiltração nos tecidos adjacentes, pois possibilita posterior abordagem cirúrgica (NADILIN; AGUILAR, 1987).

Este aspecto foi ressaltado no estudo retrospectivo de Chee e Siow (1999), que pesquisou em dois grupos de pacientes, um irradiado e outro não-irradiado. No primeiro grupo, 14 pacientes se submeteram à radioterapia pré-operatória e receberam o quimioterápico Cancericidal. Como houve recidivas, realizaram cirurgias entre 2 e 26 meses após a radioterapia. Deste grupo, 7 pacientes (50%), desenvolveram fístula faringocutânea, no entanto, no grupo dos não irradiados, apenas 4 (7,3%) dos 55 pacientes apresentaram fístula. Ou seja, houve maior ocorrência da fístula faringocutânea nos irradiados se comparados aos que não receberam a irradiação pré-operatória.

Estudo de revisão retrospectiva elaborado por Zinis; Ferrari; Tomenzoli et al. (1999) mostrou que do total de 246 pacientes pesquisados, 37 fizeram radioterapia por um período de 6 a 19 meses, antes da laringectomia total, com uma dosagem entre 42 a 70 cGy, e apenas 6 (16%) desenvolveram a fístula faringocutânea, e estes já haviam se submetido à traqueostomia antes da laringectomia total.

A esse respeito, Natvig; Boysen e Tausjo (1993) constataram que existiu um risco de 2% a 3% para desenvolvimento da fístula em pacientes submetidos à laringectomia prévia, que aumenta aproximadamente de 10% a 12% para o paciente com a radioterapia pré-operatória. Sendo assim, mantiveram altas doses de radioterapia para os pacientes com carcinoma de laringe T1 e T3 e com tumores recorrentes; para os pacientes com carcinomas avançados T4N⁺ estabeleceram a laringectomia e a dissecação do pescoço, e a radioterapia pós-operatória.

No entanto, Herranz; Sarandeses; Fernández et al. (2000) observaram evolução similar em séries de pacientes com e sem radioterapia prévia, ressaltando a

ocorrência de maior severidade nas fístulas em pacientes com radioterapia pré-operatória.

Quanto à fístula faringocutânea, Papazoglou; Terzakis; Doundoulakis et al. (1994) observaram que ela ocorreu em 28 (9%) dos 310 pacientes submetidos à laringectomia total e que, em média, a complicação aconteceu no 19º dia pós-operatório. Dos 125 pacientes irradiados no pré-operatório, os autores registraram que 18 (14%) desenvolveram uma fístula. Verificou-se que deste total, em 6 (33%) pacientes receberam doses de quimioterapia além da radioterapia pré-operatório necessitaram de múltiplas cirurgias reparadoras para a resolução da fístula.

Na revisão retrospectiva de Cavalot; Gervasio; Nazionale et al. (2000), a fístula faringocutânea surgiu em 10 (31,2%) pacientes, dos 32 que receberam a radioterapia pré-operatória.

Ao analisarmos a pesquisa retrospectiva de Zbären; Greiner e Kengelbacher (1996), em relação ao tratamento radioterápico, verificamos que os autores encontraram grupos de pacientes submetidos à radioterapia prévia e os que receberam a radioterapia após a cirurgia, sendo o índice de fístula faringocutânea de 50% e 4,8% respectivamente, nestes grupos.

A investigação de McCombe & Jones (1992) teve como uma amostra de 190 pacientes que se submeteu à radioterapia pré-operatória, tendo a fístula faringocutânea ocorrido em 74 (39%) deles, representando apenas 9,3% do total de 357 pacientes estudados, índice considerado aceitável pelos pesquisadores do estudo.

O estudo de Davidson; Briant; Gullane et al. (1994) identificou a fístula faringocutânea em 24 (27%) dos 88 pacientes submetidos à radioterapia pré-

operatória. Ressaltaram que o emprego do protocolo de tratamento composto pela radioterapia prévia e posterior cirurgia resultou em recuperação razoável para os casos de recidiva do carcinoma de células escamosas de laringe.

Nestes estudos verificamos índices estatisticamente significativos de fístula faringocutânea, porém não podemos correlacionar somente o tratamento radioterápico prévio com desenvolvimento da fístula faringocutânea, no período pós-operatório. Além do mais, todos os autores consideraram que a associação de outros fatores impulsionaram o desenvolvimento da fístula faringocutânea, tais como o estado clínico geral do paciente, idade, doenças crônicas, entre outros.

Portanto, é necessário que futuros estudos multicêntricos focalizando a radioterapia pré-operatória em pacientes com câncer de laringe, sejam realizados.

A enfermeira é o elemento responsável pelo planejamento das intervenções gerais e específicas relacionadas aos tratamentos que devem se submeter os pacientes com câncer de laringe (CARPER; MCGUIR; BOLAND 1999).

Dealey (2001) recomenda que a enfermeira planeje as intervenções de enfermagem ao paciente irradiado com o objetivo de manter seu estado clínico geral em equilíbrio, a integridade da pele, a ingesta hídrica adequada, a alimentação balanceada, além de monitorar os sinais clínicos de infecção, higiene e hidratação necessárias. Cabe à enfermeira, também, explicar ao paciente e família a importância das avaliações de acompanhamento, durante todo o tratamento.

Com o paciente que recebeu a radioterapia prévia e posterior laringectomia total exige exame cuidadoso da área irradiada, e a enfermeira deve, também, avaliar e descrever objetivamente, em detalhes, as condições da pele do paciente (cor,

temperatura, umidade, ressecamento, textura, lesões e a vascularização antes do início do tratamento), da boca, pescoço e região cervical, identificando os fatores de risco para a integridade da pele prejudicada, como a hiperemia, as vesículas, entre outras alterações. Essa inspeção da pele deve ocorrer antes, durante e depois da radioterapia, para mantê-la em condição favorável para o tratamento subsequente.

Quanto às possíveis reações da pele aos efeitos da radioterapia, temos a queimadura superficial, que apresenta potencial para ulceração. Por essa razão, os pesquisadores enfatizam a importância do intervalo de, no mínimo, três meses, entre o término do tratamento radioterápico e a laringectomia total (HERRANZ; SARANDESES; FERNÁNDEZ et al. 2000).

Muitas são as discussões sobre o tratamento da pele exposta à radioterapia. Há protocolos de enfermagem que não recomendam a lavagem da região no transcorrer do tratamento, já a prática clínica recomenda a lavagem, pois acredita-se que esta reduz as reações locais da pele irradiada (DEALEY, 2001). Em caso de descamação úmida da pele, a enfermeira deve proporcionar um ambiente e condições ideais para favorecer a cicatrização, utilizando, nestes casos, coberturas apropriadas, pois as lesões epidérmicas ou dérmicas profundas, em geral, podem ser protegidas mecanicamente e umidificadas com o uso de barreiras hidrocoloidais (CARPENITO, 1997). Mesmo com todas as recomendações mencionadas, não há evidências suficientes quanto ao tratamento adequado da lesão úmida da pele irradiada, motivo pelo qual, o tema precisa ser melhor investigado pelas enfermeiras clínicas.

Técnica Cirúrgica

O procedimento cirúrgico denominado laringectomia total ampliada é proposto para os tumores que comprometem a orofaringe ou hipofaringe. Esta situação geralmente acomete o seio piriforme ipsilateral, havendo lesão laríngea; em consequência, ocorre perda substancial da mucosa da hipofaringe, impossibilitando o seu fechamento em razão do risco de estenose no pós-operatório (NORONHA; DIAS, 1997).

Soares (2001) destaca que o tratamento cirúrgico para os tumores malignos da hipofaringe, a equipe cirúrgica leva em consideração o estadiamento clínico da doença, e as condições clínicas dos pacientes e a preservação ou não da voz.

Nos estádios I e II a primeira opção é a radioterapia, assim como a cirurgia parcial. Enquanto, que no estágio III ocorre a ressecção da lesão primária com a faringolaringectomia, com a preservação de parte da laringe, mantendo-se algum tipo de voz. Quanto ao pescoço será tratado com o esvaziamento cervical terapêutico ou eletivo e mais a radioterapia pós-operatória. No estágio IV a faringolaringectomia total seguida pelo esvaziamento cervical profilático ou terapêutico, e posteriormente a radioterapia.

As laringectomias totais, parciais e a radioterapia têm por finalidade curar o câncer com o mínimo de disfunção, com o máximo de qualidade de vida depois do tratamento instituído e o máximo de probabilidade de cura. Quanto aos tumores em fase inicial, há um consenso de que a retirada parcial de determinados compartimentos da laringe é ajustado com a cura e com os resultados funcionais apropriados. No estágio I é indicada a radioterapia e a laringectomia parcial, no

estágio II a laringectomia supraglótica quando não houver comprometimento do ventrículo de Morgani; e a laringectomia supracricóide ocorrerá quando a comissura posterior for comprometida. O esvaziamento cervical radical clássico será realizado quando houver o extravasamento capsular do linfonodo e a radioterapia. Nos estágios III e IV laringectomia total com esvaziamento cervical radical modificado ou funcional, com radioterapia e quimioterapia complementar (EAKIN, 2003; CARVALHO, 2001).

Os tumores da hipofaringe, em geral, invadem o recesso piriforme, laringe, cartilagem tireóide e tecidos moles da região cervical. Os pacientes portadores desses tumores requerem tratamento cirúrgico amplo, que abrange toda a parede posterior da faringe, ou seja, a faringolaringectomia total e esvaziamento cervical radical (PERES; LADEIA; et al., 2001).

A relação da técnica cirúrgica com a incidência de fístula faringocutânea pode ser melhor analisada com os resultados dos estudos de Zinis; Ferrari; Tomenzoli et al. (1999), que pesquisaram essa incidência em dois grupos, comparando as técnicas cirúrgicas de laringectomia parcial e total, encontrando formação da fístula em 2 (10%) dos 21 pacientes estudados.

Natvig; Boysen e Tausjo (1993) realizaram estudo retrospectivo, com um total de 381 pacientes com um subgrupo de 197 pacientes que se submeteram a laringectomia total, consideraram que a possibilidade de formação de fístula faringocutânea aumenta com a extensão do procedimento cirúrgico, pois num grupo de 36 (18,3%) pacientes que foram submetidos a laringectomia total com dissecação do pescoço, 10 (28%) apresentaram a fístula faringocutânea e em outro, com 13 pacientes, o desenvolvimento da fístula faringocutânea foi relacionado à existência

de alguma doença e aos tratamentos prévios (traqueostomia e radioterapia prévias). Também verificaram que a fistula se desenvolveu em 6 (46%) pacientes portadores de carcinoma de hipofaringe e em 5 (38%) outros submetidos a tratamentos prévios.

Herranz; Sarandeses; Fernández et al. (2000) estudaram 471 pacientes submetidos à laringectomia total associada à dissecação do pescoço e identificaram que 400 (85%) deles apresentaram a fistula faringocutânea. Consideraram que fatores, como idade, estágio T e N, traqueostomia prévia, dissecação do pescoço, reconstrução, orifício traqueoesofágico e habilidades do cirurgião também influenciaram no surgimento da fistula faringocutânea.

Na pesquisa de Papazoglou; Terzakis; Doundoulakis et al. (1994) envolvendo dois grupos de pacientes, cujo índice de fistula faringocutânea foi 15%, os autores identificaram que dos 78 pacientes submetidos à laringectomia total e à dissecação radical do pescoço, 12 (15,4%) apresentaram a fistula. No grupo de 113 pacientes com câncer de hipofaringe, a incidência de fistula faringocutânea ocorreu em 48 (42%) pacientes. Mais uma vez, a amplitude da cirurgia foi correlacionada com a formação da fistula faringocutânea.

Autores como Fradis; Podoshin & David (1995) focalizaram a amplitude da cirurgia em 56 pacientes que se submeteram à laringectomia total, e observaram que 9 pacientes realizaram a dissecação radical do pescoço e dentre estes, 7 (77,7%) desenvolveram fistula faringocutânea.

Já Íkiz; Uça; Güneri et al. (2000) tentaram correlacionar a miotomia faríngea primária com a fistula faringocutânea, após a laringectomia total. A primeira tem por objetivo diminuir a pressão no lúmen distal da hipofaringe durante a

deglutição e, assim, prevenir a ocorrência da fístula faringocutânea, tendo sido apontada como único fator estatisticamente significativo no desenvolvimento da fístula faringocutânea, nesse estudo. As possíveis explicações desses resultados foram: a possibilidade de se criarem falhas na mucosa durante a realização da miotomia; a ampliação da miotomia no sentido da borda livre da mucosa da hipofaringe pode levar à deiscência no local do fechamento faríngeo; o contato do dreno de sucção com a mucosa da faringe, no local da miotomia, pode conduzir à isquemia e necrose.

A miotomia foi realizada em 6 pacientes com fístula, em dois casos realizaram a miotomia próxima à borda da mucosa da hipofaringe, resultando em deiscência da área de fechamento da faringe, o que explicaria a possível evolução para formação de fístula. Apesar da relevância estatística, este é um estudo com uma amostra pequena para explicar o mecanismo de desenvolvimento da fístula faringocutânea envolvendo a miotomia. Futuros estudos poderão esclarecer a existência ou não da associação entre a miotomia e a fístula faringocutânea.

Quanto à influência da ressecção cirúrgica das margens no surgimento da fístula faringocutânea, Chee e Siow (1999) observaram que ela ocorreu em 5 (41,7%) dos 12 pacientes estudados, incidência bastante alta se comparada com o estudo que avaliou 57 pacientes, dentre os quais apenas 6 (10,5%) tiveram a ressecção total das margens.

Os autores apontaram que a ressecção total das margens aumentou significativamente a incidência de fístula faringocutânea, porém, se considerarmos a desigualdade numérica entre os grupos estudados não podemos afirmar que a

ressecção das margens tenha influenciado, de fato, a formação da fistula faringocutânea.

O foco de intervenção de enfermagem a pacientes submetidos à laringectomia total com dissecação da região cervical tem a finalidade de assegurar a recuperação do equilíbrio hidroeletrólítico e prevenir complicações. A intervenção da enfermeira, nestes casos, deve seguir os procedimentos recomendados na literatura, porém atenção especial, deve ser dada as necessidades psicológicas e emocionais destes pacientes, para lhes proporcionar uma recuperação fisiológica e posterior alcance da reabilitação.

A amplitude do procedimento cirúrgico (laringectomia total), ao qual o paciente é submetido, exige um conhecimento técnico-científico profundo da enfermeira para o planejamento da assistência de enfermagem no período perioperatório para o atendimento das reais necessidades do paciente, que confrontar-se com as dificuldades de ordem física, psicológica, social e até espiritual.

Traqueostomia Pré-Operatória

A traqueostomia é um procedimento cirúrgico eletivo no qual é realizada uma abertura na traquéia com a inserção de uma cânula através de um orifício na linha média do pescoço, logo abaixo da cartilagem cricóide. É realizada em pacientes portadores de carcinoma de laringe avançado, devido à insuficiência respiratória aguda (MEEKER; ROTHROCK, 1995; NORONHA; DIAS, 1997; YAMAOKA; ARAÚJO FILHO, 1989).

Zinis; Ferrari; Tomenzoli et al. (1999) pesquisaram um total de 246 pacientes e observaram que 37 se submeteram à traqueostomia prévia antes da cirurgia, sendo o índice de fistula faringocutânea, neste caso, de 5 (14%) pacientes.

A presença da fistula faringocutânea foi observada em 8 casos (8,69%) do total de 92 pacientes que compuseram o estudo de İkiz; Uça; Güneri et al. (2000). Estes constataram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos que apresentou fistula e o que não apresentou fistula, considerando-se a traqueostomia prévia.

Apesar destes dois estudos mencionados apresentarem índices de fistula faringocutânea de 14% e 8,69%, respectivamente, o número de pacientes envolvidos foi pequeno, não sendo possível afirmar que a traqueostomia prévia realmente constitui fator de risco para a formação da fistula faringocutânea, após a laringectomia total.

Ao planejar as intervenções de enfermagem para o paciente traqueostomizado, a enfermeira contemplará as alterações funcionais e morfológicas da mucosa do trato respiratório, em consequência da perda do efeito protetor de umidificação, aquecimento e purificação do ar pelas narinas, devido à perda da função ciliar. A tosse e o sistema mucociliar, mecanismos naturais para a eliminação das secreções da via respiratória inferior, alteram-se após a traqueostomia, facilitando o acúmulo de secreções e até mesmo a ocorrência da infecção (MEEKER; ROTHROCK, 1995; NORONHA; DIAS, 1997).

Diante dos cuidados específicos a serem prestados ao paciente traqueostomizado, é importante que a enfermeira esteja preparada para identificar

precocemente as complicações graves decorrentes da traqueostomia, para implementar de imediato os cuidados de enfermagem, com base em evidências científicas e não em rituais.

As intervenções de enfermagem ao paciente traqueostomizado, segundo Cyr; Hickey e Higgins (1998); Doenges; Moorhouse e Geissler (2003), visam avaliar, no período pré-operatório, os sinais e sintomas de obstrução das vias aéreas, como cianose, dispnéia, retração supraesternal, angústia, gases arteriais alterados no sangue, o uso dos músculos acessórios e queda da saturação de oxigênio. Enfatizam que no período pós-operatório, são importantes a avaliação objetiva para dimensionar as alterações dos movimentos respiratórios, o uso apropriado dos músculos acessórios, a presença de ruídos adventícios e a retenção de secreções, uma vez que os movimentos respiratórios e a expansão pulmonar facilitam a drenagem das secreções. A manutenção da cabeceira do leito elevada a 30 – 45 graus evita engasgos e aspirações, durante a alimentação. Ressaltam a importância da estimulação da tosse eficaz e a respiração profunda, promoverá a mobilização das secreções, manterá as vias aéreas livres e previne as complicações respiratórias.

Para realizar a aspiração da cânula de traqueostomia é importante solicitar ao paciente que respire profundamente antes e depois da sucção da traqueostomia. Nestes casos, a enfermeira poderá instilar de 2-3 ml de soro fisiológico (0,9%) para umidificar as secreções e estimular a tosse, fazer a limpeza interna da cânula de duas a três vezes ao dia, ou mais, dependendo da necessidade do paciente; fazer troca diária do conjunto, com observação do local do estoma para identificar os sinais de infecção; observar a quantidade e a coloração das secreções e complicações

(hemorragia, infecção, hematoma entre outras), além dos cuidados com a cavidade oral e nasal.

O ensino do autocuidado em relação à limpeza da cânula de traqueostomia interna é imprescindível para o retorno do paciente ao seu domicílio. A enfermeira também deve dar importância ao posicionamento adequado da cânula de traqueostomia, verificar a fixação e a troca da fita, quando necessário, para avaliar a regressão ou aumento do edema, deslocamento da cânula e compressão dos tecidos adjacentes e dos vasos sanguíneos.

Para que as enfermeiras possam intervir decisivamente nessas situações necessitam de conhecimentos que promovam sua atualização constante, com base em fundamentação científica, que as capacitem a desenvolver a prática clínica no atendimento a pacientes com traqueostomia prévia, antes da laringectomia total.

Estadiamento do Tumor

Os tumores malignos da laringe, originados do epitélio de revestimento mucoso, são do tipo carcinoma epidermóide e acometem mais frequentemente a glote (58%), a supraglote (40%), sendo a epiglote (34%) o subsítio de origem mais comum dos tumores da laringe (CARVALHO, 2001).

O estadiamento do tumor tem por finalidade avaliar a extensão da doença no órgão de origem, nas estruturas adjacentes, nos linfonodos regionais e a distância. Estes fatores determinam o prognóstico e especificam qual será o tratamento. Para os cânceres de cabeça e pescoço, o estadiamento é fundamentado tanto no exame locoregional como nos complementares. Dentre os vários sistemas para o

estadiamento do câncer, o mais usado e universalmente recomendado, é o TNM, da União Internacional Contra o Câncer - UICC (CAMARGO, 2000).

Na pesquisa retrospectiva sobre a incidência de fistula faringocutânea considerando a localização e o tipo de tumor, Imauchi; Takasago; Nibu et al. (2000) acompanharam a evolução de três grupos de pacientes. No primeiro grupo, a incidência da fistula faringocutânea mostrou-se significativamente alta em pacientes com tumores primários na região glótica, acometendo 5 (18%) dos 28 pacientes estudados. No segundo grupo, de 7 pacientes com nódulo linfático metastático para-traqueal, a fistula faringocutânea ocorreu em 2 (29%) deles, enquanto que no terceiro grupo, com 62 pacientes sem nódulo linfático metastático para-traqueal, somente 4 (6%) desenvolveram a fistula faringocutânea.

Zbären; Greiner e Kengelbacher (1996) estudaram o estadiamento T em dois grupos, denominados A e B. No grupo A, com 81 pacientes, somente 4 (13,3%) dos 30 pacientes com tumores T4 apresentaram recidiva da doença e a fistula. No grupo B (cirurgia curativa), a fistula faringocutânea se desenvolveu em 1 (11,1%) dos 9 pacientes inicialmente com lesões T1, em 4 (16%) dos 25 com lesões T2, e em outros 4 (36,4%) dos 11 com lesão T3.

Com relação ao estágio N, 25 (19,2%) dos 130 pacientes apresentaram metástase de nódulo linfático cervical. No grupo A (cirurgia e radioterapia), a fistula se desenvolveu em 2 (3,2%) dos 62 N0, e 1 (14,2%) dos 7 com estágio N2. No grupo B (cirurgia curativa), a fistula ocorreu em 9 (20,9%) dos 43 pacientes com estadiamento N0.

Os achados do estudo sugerem que no grupo A (cirurgia e radioterapia) os pacientes portadores de tumores em estágio T4 apresentaram a fístula, enquanto no grupo B (cirurgia curativa) a fístula ocorreu independentemente do estágio inicial de T.

No grupo A (cirurgia e radioterapia), todos os 4 pacientes com fístula apresentaram mais de um fator de risco, ou seja, o estágio primário do tumor T4 envolveu a região subglótica e traqueostomia prévia. Por essa razão, avaliar isoladamente o impacto de cada fator de risco tornou-se inviável para os próprios pesquisadores.

Diante do exposto, concluímos que os pacientes portadores de tumor de laringe em estágio avançado, em geral, apresentam-se em condições clínicas bastante desfavoráveis, em consequência das alterações nutricionais, pulmonares e hidroeletrólíticas. Estes fatores contribuem para o surgimento da complicação pós-operatória fístula faringocutânea. Portanto, para chegarmos efetivamente a uma conclusão sobre a influência do estadiamento do tumor no desenvolvimento da fístula faringocutânea, após a laringectomia total, necessitamos que futuras pesquisas sejam realizadas para que se possa aprofundar o conhecimento técnico-científico na área da oncologia, fator imprescindível no planejamento e implementação das intervenções de enfermagem.

Febre

A febre tem ação direta sobre as outras necessidades básicas, principalmente na demanda de oxigênio ao organismo. Nesse caso, a elevação ou diminuição da temperatura corporal aumenta significativamente a necessidade de oxigênio e tanto na hipertermia como na hipotermia as reações químicas no interior das células

sofrem aceleração e, conseqüentemente, aumentam o consumo de oxigênio das células (ATKINSON; MURRAY, 1989).

No pós-operatório, a febre é sinal de defesa do organismo para destruir microrganismos infecciosos. Nas situações que atingem o funcionamento do hipotálamo, em conseqüência da lesão tissular, de infecções e da lesão à pele, há alteração da temperatura corporal (TIMBY, 2001).

Friedman; Venkatesan; Yakovlev et al. (1999) analisaram retrospectivamente a ocorrência de febre nas primeiras 48 horas após a laringectomia total, como um indicador para a formação da fístula faringocutânea, observando incidência de 28 (20,3%) pacientes que desenvolveram a fístula faringocutânea, numa população estudada de 138 pacientes. Dos 34 (24,5%) pacientes que tiveram a temperatura maior do que 101,5°F (38,5°C), nas primeiras 48 horas após a cirurgia, 24 (70,6%) desenvolveram a fístula faringocutânea e apenas 2 (8,3%) tiveram comorbidades como atelectasia ou pneumonia. Assim, levando em conta a febre e excluindo os pacientes com atelectasia ou pneumonia, os autores identificaram 22 (64,7%), dentre 24 pacientes com febre, que desenvolveram a fístula.

Tradicionalmente, o mecanismo inicial de desenvolvimento da fístula tem sido considerado a deiscência da linha de sutura da faringe. Assim, a ocorrência de febre, de eritema da ferida e drenagem de secreção, em aproximadamente uma semana após a cirurgia de laringe ou faringe, foram atribuídos ao desenvolvimento da fístula faringocutânea, apesar dos autores citados utilizarem a febre como índice para detectar a fístula no período pós-operatório mediato, por acreditarem que seu fechamento inadequado pode causar também a fístula faringocutânea.

A exclusão de pacientes que apresentaram hipertermia com co-morbidade levou estes mesmos autores a concluir que a febre persistente pode indicar surgimento da fistula faringocutânea.

Diante do exposto, Timby (2001), Carpenito (1997), Doenges e Moorhouse (1999), consideram que a enfermeira tem por foco de intervenção:

- avaliar os fatores causadores da hipertermia;
- monitorar a temperatura a cada 4 horas, principalmente quando um ou mais sinais vitais estiverem alterados;
- avaliar e controlar a hidratação, realizando o controle hidroeletrolítico rigoroso das perdas de líquidos, pela urina, vômito, diarreia, sudorese, fistula e ganhos com administração de soluções parenterais e ingesta de líquidos por via oral ou sonda nasogástrica;
- avaliar a capacidade de oxigenação do paciente;
- administrar os antitérmicos, conforme a prescrição médica e avaliar a sua eficácia;
- avaliar o estado nutricional (peso diário, aceitação da dieta e acompanhamento dos exames laboratoriais) do paciente.

A enfermeira deve estar atenta, ainda, para ocorrência da febre no pós-operatório dos pacientes submetidos à laringectomia total, procurando identificar o fator causal, por eles já apresentarem um comprometimento da condição geral pela sua própria patologia.

Doenças Crônicas

A doença crônica é “uma condição médica ou um problema de saúde, com sintomas ou incapacidades que requerem tratamentos longos” (SMELTZER; BARE, 1998), ou seja, tem duração longa, pode ser incurável, deixar seqüelas e impor limitações funcionais ao indivíduo.

O desenvolvimento da tecnologia de cuidados à saúde tem elevado a longevidade, sem contudo curar as causas das doenças crônicas. As condições crônicas de saúde são comuns em pessoas anciãs, e a multiplicidade delas são esperadas nessa população, porém são poucas as publicações sobre a prevalência e até mesmo sobre a incidência das co-morbidades em pessoas de 65 anos de idade ou mais velhas.

As condições crônicas preexistentes em pacientes com neoplasia de laringe conduziram os pesquisadores a investigar a relação de algumas doenças crônicas com o surgimento da fístula faringocutânea, após a laringectomia total.

Zinis; Ferrari; Tomenzoli et al. (1999) utilizaram uma amostra de 246 pacientes submetidos à laringectomia total, ao estudarem vários fatores de risco. Enfocando a insuficiência cardíaca congestiva, analisaram prontuários de 23 pacientes, e constataram que 8 (35%) deles desenvolveram a fístula faringocutânea; em outro subgrupo de 40 pacientes hipertensos, verificaram que 9 (22%) pacientes desenvolveram a fístula faringocutânea. A ocorrência de câncer associada à insuficiência cardíaca congestiva aumenta os riscos cirúrgicos em pacientes com mais idade, com hipertensão arterial, risco anestésico (distúrbios sistêmicos ou

processos patológicos) e nível de hemoglobina baixo no pré-operatório, variáveis que desestabilizam as condições gerais dos pacientes.

O estresse provocado por estímulos hemodinâmico e metabólico da anestesia e da cirurgia estão correlacionados a vários mecanismos de compensação utilizados pelo sistema cardiovascular, para alcançar o equilíbrio hemodinâmico. No paciente com problema cardíaco, submetido à cirurgia de cabeça e pescoço, as reações podem ser insuficientes para o organismo atingir o equilíbrio hemodinâmico, aumentando, assim, a carga de trabalho imposta ao sistema cardiovascular já deteriorado. A manutenção da homeostase, no transcorrer da cirurgia e anestesia, tem por finalidade preservar as funções dos órgãos vitais, as respostas autônomas e endócrinas ao estresse cirúrgico. Nessas situações, o aumento das catecolaminas circulantes causa a taquicardia e hipertensão arterial, fazendo crescer o débito cardíaco (LEHN, 2001).

Na laringectomia total, é importante que a equipe cirúrgica esteja atenta aos efeitos decorrentes do aumento das catecolaminas e da isquemia tecidual, porque esta cirurgia de grande porte envolve o levantamento de retalhos cutâneos relativamente amplos, os quais podem sofrer com a diminuição da taxa de oxigênio, causando possíveis perdas teciduais, como a deiscência de suturas e o desenvolvimento da fístula faringocutânea (LEHN, 2001).

Papazoglou; Terzakis; Doundoulakis et al. (1994), analisando um total de 310 prontuários de pacientes submetidos à laringectomia total, verificaram que 37 (11,9%) deles tinham o diagnóstico de diabates mellitus, e doença pulmonar obstrutiva crônica ou insuficiência hepática, encontraram neste grupo ocorrência da fístula faringocutânea em 7 (19%) pacientes.

O diabetes mellitus é um fator de risco para a ocorrência de fistula faringocutânea, pois altera o metabolismo de carboidratos, conduzindo à hipoglicemia; os seus efeitos englobam elevação dos níveis de glicose e diminuição da insulina. O diabetes descompensado determina a perda de eletrólitos, alteração metabólica contrária aos fenômenos de adaptação. Esse quadro se agrava no pós-operatório, devido ao catabolismo elevado quando o balanço nitrogenado predomina. Tanto a degradação protéica como a hipoproteïnemia podem interferir no processo de cicatrização da ferida cirúrgica, e quando a descompensação diabética torna-se mais intensa, a depleção de glicogênio hepático torna o fígado suscetível aos efeitos tóxicos da anestesia, favorecendo o desenvolvimento de corpos cetônicos (WALDER, 2001).

Não podemos deixar de ressaltar que outras doenças crônicas também têm influência no agravamento da condição geral do paciente com neoplasia de laringe, tendo os pesquisadores citado a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e a insuficiência hepática como mais prevalentes. Esta última, causa o aumento do fígado, obstrução portal, ascite, varizes gastrointestinais, edema e deficiência de vitaminas e anemia (SMELTZER; BARE, 1998). Quanto à doença pulmonar obstrutiva crônica, esta se insere na extensa classificação de doenças respiratórias, que se caracterizam pela obstrução das vias aéreas, ocasionando a redução do fluxo de ar (MENEZES, 2001; SMELTZER; BARE, 1998).

Essas patologias, quando não-avaliadas e não-tratadas de forma apropriada no período pré-operatório, levam o paciente com neoplasia de laringe a um quadro de hipóxia hipoxêmica, ou seja, há diminuição do nível de oxigênio no sangue, que leva à baixa difusão de oxigênio no interior dos tecidos. O quadro clínico de hipóxia

anêmica ocorre devido à diminuição efetiva da concentração de hemoglobina, o que ocasiona a redução da capacidade da hemoglobina em transportar oxigênio. As duas situações podem influenciar o desenvolvimento da fistula faringocutânea, após a laringectomia total.

Diante desse quadro clínico, os pacientes têm seu estado imune alterado, principalmente os idosos, o que favorece o surgimento da fistula faringocutânea.

A enfermeira tem um papel importante no controle da doença crônica, implementando uma assistência a esse paciente, durante todo o período perioperatório, visando manter a doença crônica estável, no transcorrer da cirurgia. Para tanto, deve fazer monitorização contínua e cuidadosa o estado geral do paciente, dos sintomas, como a dor, fadiga, ansiedade, hiperglicemia, hipertensão arterial, tosse e cefaléia.

As enfermeiras precisam implementar intervenções específicas sobre os impactos da condição crônica na vida do paciente cirúrgico. Também a participação ativa e responsável do paciente e família, em todo o processo, possibilitará recuperação e reabilitação pós-operatória favoráveis, preservando, assim, o estilo de vida e bem-estar do paciente.

Vômito

A náusea e vômito são estressantes e incômodos efeitos colaterais referidos pelos pacientes, após a cirurgia. Apesar dos avanços nos tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos, estes continuam sendo os sintomas mais temidos pelos pacientes cirúrgicos, pois podem agravar situações clínicas.

Tais sintomas têm uma fisiologia ainda desconhecida, porém, podem ser controlados pelo sistema nervoso central, por intermédio de vários mecanismos. A náusea é intermediada pelo sistema nervoso autônomo, enquanto o vômito ocorre pela estimulação de um reflexo complexo, coordenado pelo centro do vômito, localizado na formação oblongata próximo aos centros reflexos, que controlam as funções cardiovascular e respiratória (BONASSA, 2000).

Tomikinson; Shone; Dingle et al. (1996) avaliaram o episódio do vômito no período pós-operatório, como fator que influencia o desenvolvimento da fistula faringocutânea, em 50 pacientes. Apenas um episódio de vômito foi registrado em 8 pacientes; destes, 6 (75%) desenvolveram a fistula subsequente. O tempo médio para a ocorrência do episódio do vômito foi de 7,5 dias no pós-operatório e os autores não conseguiram relacionar o vômito como causa de desenvolvimento da fistula.

O vômito é o efeito mais incômodo apresentado pelo paciente no pós-operatório imediato, em decorrência dos efeitos colaterais das medicações anestésicas, apesar do avanço farmacológico. É importante que a enfermeira intervenha preventivamente e/ou controle esse sintoma, que pode desencadear manifestações clínicas graves, como o desequilíbrio hidroeletrolítico, no pós-operatório da laringectomia total.

As intervenções de enfermagem, nessas situações incluem:

- conhecer as medicações anestésicas administradas e a possibilidade de ocorrência de vômito;

- observar os episódios de vômitos, sua duração, frequência, quantidade/aspecto;
- fracionar as refeições com intervalos pequenos;
- avaliar os sinais de desidratação e alterações hidroeletrólíticas;
- resguardar os pacientes do risco de aspiração;
- elevar a cabeceira do leito a 45 graus;
- proporcionar higiene oral após cada refeição e cada episódio de vômito;
- administrar medicamentos antieméticos de acordo com a prescrição médica e avaliar sua eficácia;
- registrar os resultados obtidos pelo paciente em resposta as intervenções implementadas pela enfermeira (CARPENITO, 1997).

Nível de Hemoglobina

A anemia ocorre quando há redução da concentração de glóbulos vermelhos ou eritrócitos circulantes, mas, a Organização Mundial da Saúde, a define quando o nível de hemoglobina é inferior a 13g/dl nos homens, e 12g/dl nas mulheres (BONASSA, 2000).

A anemia é uma condição clínica freqüentemente presente em pacientes com neoplasia de laringe, devido a causas variadas: deficiência nutricional, tratamento radioterápico, cirúrgico e/ou quimioterápico. Pesquisadores avaliaram a anemia como fator de risco em pacientes portadores de carcinoma de células escamosas de laringe, submetidos à laringectomia total, que apresentaram como principal complicação pós-operatória a fístula faringocutânea. Zinis; Ferrari;

Tomenzoli et al. (1999) estudaram dois grupos de pacientes com os níveis de hemoglobina maior, igual ou menor a 12,5g/dl no pré-operatório. Num grupo com 209 pacientes com o nível de hemoglobina maior ou igual a 12,5g/dl, verificaram incidência de fístula faringocutânea em 34 (16%) deles, enquanto no outro grupo, com 37 pacientes com nível de hemoglobina menor que 12,5g/dl, a fístula faringocutânea ocorreu em 6 (16%) pacientes.

Os pacientes com neoplasia de laringe têm possibilidades de apresentar anemia em função do tratamento em curso (radioterapia/quimioterapia) ou também pela perda de sangue no período transoperatório, agravando o seu estado clínico. Muitas vezes a necessidade da transfusão sangüínea no transoperatório aumenta significativamente a incidência de fistulas, devido a possíveis efeitos imunológicos dos componentes halogênicos do sangue (HEIR; BLACK; LAFOND, 1993).

Em vista disso, é imprescindível que a enfermeira realize uma avaliação minuciosa e sistemática do paciente periodicamente, para detectar os sinais de anemia no período perioperatório e, a seguir, planejar as intervenções de enfermagem baseadas no atendimento das necessidades decorrentes dos distúrbios hematológicos. Deverá avaliar, ainda, por intermédio da coleta de dados e do exame físico, os problemas potenciais e reais do paciente para detectar manifestações clínicas de fraqueza, fadiga, mal-estar, palidez da pele e das membranas mucosas. A icterícia é um evento que pode ocorrer em pacientes com anemia hemolítica ou perniciosa.

Na avaliação da função cardíaca, quando a hemoglobina está baixa, o coração bombeia mais rápido e forte, com o objetivo de fornecer mais sangue ao tecido hipóxico, o que aumenta o trabalho cardíaco; como resultado, os pacientes

apresentam sintomas como taquicardia, palpitações, tonturas, ortopnéia e dispnéia aos pequenos esforços.

No exame neurológico, a enfermeira deve avaliar a presença de parestesia (formigamento) e ataxia, falta de coordenação motora e confusão, principalmente em pacientes portadores da anemia perniciosa, uma vez que esta causa alterações nos sistemas nervoso central e periférico. Nessas situações, ela pode:

- estimular períodos freqüentes de repouso;
- monitorar o hemograma, especialmente a contagem de hemácias e os valores de hemoglobina e hematócrito;
- monitorar cuidados, como: elevar a cabeceira do leito, evitar esforços desnecessários, administrar oxigênio e verificar os sinais vitais.
- oferecer alimentação balanceada e rica em ferro;
- administrar suplementos férricos e transfusão sangüínea, de acordo com a prescrição médica e avaliar sua eficácia;
- registrar e comunicar imediatamente ao médico as reações colaterais (sobrecarga circulatória, febre, septicemia, e a reação alérgica) apresentadas pelo paciente, principalmente as decorrentes das transfusões sangüíneas (DOENGES, MOORHOUSE; GEISLER, 2003).

Reinício da Alimentação Oral

A nutrição é uma necessidade humana básica, essencial para o crescimento, regeneração tissular e funcionamento das células do organismo. Caso a dieta do paciente laringectomizado carecer de alguns nutrientes essenciais, seu organismo

poderá ser incapaz de se manter ou se regenerar. Quando a nutrição total do organismo está imprópria, a vida do paciente está em risco (ATKINSON; MURRAY, 1989).

No período pós-operatório, o paciente laringectomizado total utiliza sonda nasogástrica como alternativa para sua nutrição e a hidratação adequadas, até que ele possa se alimentar por via oral. Desse modo, a enfermeira deve estar atenta ao estado nutricional do paciente com tumor de laringe, devido à perda de peso acentuada em função da dificuldade de deglutir os ingredientes essenciais para a manutenção do seu equilíbrio nutricional, assim como pela depleção causada pela própria doença. Esta condição pode surgir no período anterior à cirurgia.

Volling; Singelmann e Ebeling (2001) estudaram prospectivamente 42 pacientes submetidos à laringectomia total, para os quais estabeleceram o protocolo do reinício da alimentação oral entre o 1º e 10º dia de pós-operatório, observando índice de fístula faringocutânea em 5 (12%) dos 42 pacientes estudados. Os autores concluíram que a alimentação oral na primeira semana após laringectomia total não influenciou o desenvolvimento da fístula.

No estudo de Fradis; Podoshin e David (1995) foi instalada sonda nasogástrica, durante a cirurgia, em 56 pacientes submetidos à laringectomia total, e a retirada da mesma no sétimo dia depois da cirurgia. Os pacientes foram estimulados ao reinício da alimentação oral, com exceção de um paciente, no qual foi mantida a sonda nasogástrica devido à fístula faringocutânea. Para este paciente foi indicada a cirurgia reconstrutiva, porém ele se recusou a se submeter à cirurgia e se alimentar pela sonda nasogástrica e voltou a alimentar-se por via oral, sem autorização; em uma semana a fístula havia se fechado espontaneamente.

A partir deste episódio, a equipe adotou o protocolo da alimentação oral aos pacientes portadores de fístula faringocutânea, alcançando bons resultados em relação ao tempo de cicatrização da mesma.

No estudo de Akyol; Özdem e Çelikkanat (1995) o índice de fístula em pacientes com alimentação oral precoce, sem a sonda nasogástrica, foi 23 (21%) pacientes para um total de 110. Na experiência dos autores a alimentação oral precoce, após a laringectomia total, permitiu a diminuição do período de internação hospitalar, e não mostrou aumento na incidência de fístula faringocutânea. No entanto, esse estudo não apresentou o período médio de internação hospitalar antes e depois de adotarem o protocolo da alimentação oral precoce, nem o índice anterior de desenvolvimento da fístula faringocutânea, após a laringectomia total.

Os resultados dos estudos sugerem que o oferecimento da alimentação sólida ao paciente na primeira semana do pós-operatório estimulará o desenvolvimento de tecido de granulação no trajeto da fístula, promovendo, eventualmente, sua cicatrização espontânea.

A necessidade de nutrição adequada, além de se constituir no foco das intervenções de enfermagem, tem por objetivo mostrar a importância do suporte nutricional no processo de cicatrização e do restabelecimento do bem-estar geral do paciente laringectomizado total.

As principais intervenções de enfermagem relacionadas ao aspecto nutricional do laringectomizado são:

- estimular ingesta para acarretar ganho de peso progressivo para alcançar os valores laboratoriais adequados e a cicatrização da incisão cirúrgica;

-explicar aos pacientes quais as necessidades nutricionais individuais para promover a cicatrização e a regeneração tissular;

-reiniciar a alimentação oral em pequenas porções de alimentos pastosos, avaliando a aceitação quantitativa e qualitativa da mesma;

-permanecer ao lado do paciente durante as refeições, nos primeiros dias, pois o mesmo pode apresentar dor ou dificuldade na mastigação e deglutição, e ainda necessitar de aspiração durante a alimentação;

-criar um ambiente agradável para as refeições, ou seja, promover a socialização para diminuir o embaraço do paciente diante de sua dificuldade para mastigar e deglutir;

-tanto a enfermeira como a nutricionista devem ressaltar estes aspectos mencionados e reforçar a importância da manutenção de uma dieta equilibrada em casa;

-manter a avaliação clínica periódica e monitorar os exames laboratoriais (DOENGES; MOORHOUSE; GLEISSLER 2003).

É importante enfatizar que a maioria dos pacientes, utiliza sonda nasogástrica, por isso precisam de cuidados específicos, como:

-verificar o posicionamento da sonda nasogástrica;

-posicionamento do paciente a 45 graus durante a administração da dieta;

-administrar a alimentação e medicamentos, em seguida lavar a sonda com 20 ml ou mais de água de acordo com a necessidade, objetivando prevenir a obstrução da sonda;

- administrar água nos intervalos das refeições;
- fixar a sonda nasogástrica ao nariz e bochecha, substituindo a fita a cada 48 horas, ou sempre que necessário;
- avaliar a aceitação da dieta para prevenir a regurgitação;
- trocar a sonda nasogástrica periodicamente, de acordo com o protocolo instituído na clínica;
- realizar higiene oral após as principais refeições e lubrificar os lábios do paciente para prevenir fissuras, assim como limpar a cavidade nasal para minimizar a irritação da mucosa da narina;

Além destes cuidados necessários, a enfermeira deve estar atenta às complicações potenciais, avaliando frequentemente o paciente que utiliza sonda nasogástrica para observar os sintomas de diminuição do volume de líquidos (secura da pele e da mucosa, diminuição do volume urinário nas 24 horas, vômitos e diarreia) (SMELTZER; BARE, 1998).

QUADRO 3: Tratamento Conservador para a fístula faringocutânea após laringectomia total, segundo os estudos incluídos na revisão sistemática. Ribeirão Preto – São Paulo, 2003.

CONSERVADOR	ARTIGOS
Cuidados com a ferida.	3; 9
Reintrodução da sonda nasogástrica.	3
Monitorização do nível de hemoglobina.	3; 22
Antibioticoterapia profilática.	27
Suporte Nutricional.	28
Granulocyte Colony Stimulating Factor G-CSF.	28

Apêndice A: Lista dos estudos incluídos na revisão sistemática.

No **Quadro 3**, apresentamos os estudos que abordam o tratamento conservador da fístula faringocutânea que tem por objetivo preservar e restaurar a região lesada, reparação que se constitui num processo complexo, dinâmico e sistêmico. O processo sistêmico depende das condições gerais de saúde do paciente com neoplasia de laringe e pode ser retardado por vários fatores intrínsecos (idade, doenças preexistentes, radioterapia, dentre outros), que a enfermeira deve identificar, a fim de promover a evolução natural do processo (RABHAE; RIBEIRO-FILHO; FERNANDES, 2000).

A esse respeito, Papazoglou; Terzakis; Doundoulakis et al. (1994) analisaram 310 pacientes submetidos à laringectomia total e verificaram que a fístula faringocutânea ocorreu em 28 (9%) deles, 10 pacientes não-irradiados e 18 irradiados. Observaram, também, que dentre os 10 não-irradiados que desenvolveram a fístula, 8 foram tratados com a terapia conservadora, tendo a fístula se fechado no 28º dia pós-operatório, aproximadamente. Quanto aos 18 irradiados, somente 6 apresentaram fístula, e estes se submeteram ao tratamento conservador, tendo a fístula se fechado no 39º dia pós-operatório. O tratamento conservador constituiu-se de reintrodução da sonda nasogástrica, curativo compressivo ao redor do pescoço, desbridamento de todo tecido necrosado, drenagem da coleção de exsudato retida embaixo do retalho, manutenção do nível de hemoglobina acima de 12,5g/dl, além de nutrição adequada e altas doses de antibióticos endovenosos.

Akyol; Özdem e Çelikkanat (1995) estudaram 110 pacientes submetidos à laringectomia total, alimentados no primeiro/segundo dia pós-operatório sem o uso da sonda nasogástrica. Nestes pacientes, 23 (21%) desenvolveram a fístula faringocutânea e somente 9 (8%) necessitaram de intervenção cirúrgica. Esta cirurgia

consistiu de abertura da pele da ferida e limpeza com anti-sépticos duas vezes ao dia. Em 7 pacientes, a fistula cicatrizou espontaneamente com os cuidados locais da ferida, e nos outros 2, o fechamento foi realizado com o retalho pediculado. Os pesquisadores concluíram, então, que a alimentação oral precoce, após a laringectomia total, melhorou o conforto do paciente e diminuiu o período de internação hospitalar, sem aumentar o índice de complicação.

Udaipurwala; Iqbal e Jalisi (1995) analisaram 68 casos de câncer de laringe nos estádios III e IV para determinar a frequência e tratamento da fistula faringocutânea no pós-operatório, verificando que ela ocorreu em 6 (8,9%) pacientes; cicatrizando-se, espontaneamente, em 5 que fizeram o tratamento conservador, segundo o protocolo da unidade, que consistia de bandagem de crepe ao redor do pescoço por 24-48 horas; reintrodução da sonda nasogástrica por um período de 14-16 dias, mais o uso dos antibióticos: metronidazol associado com a gentamicina e cefalosporina.

Cody; Funk; Wagner et al. (1999) relataram o estudo de caso de uma paciente neutropênica, de 59 anos, portadora de câncer de cabeça e pescoço, submetida à laringectomia total: no 7º dia pós-operatório, ocorreu a deiscência da ferida ao redor do estoma e no 10º dia pós-operatório, a fistula se desenvolveu com a exposição das artérias carótidas e celulite da pele do retalho. Durante seis meses, a paciente foi tratada agressivamente com suporte nutricional maximizado, por meio da sonda nasogástrica, antibióticos, oxigênio hiperbárico, desbridamento diário, curativo. Devido à tentativa fracassada de fechamento da fistula com o retalho miocutâneo do trapézio, ocorreu a deiscência do retalho da parede da faringe, e a fistula reabriu.

No decorrer do tratamento, a neutropenia esteve presente, e como no passado a paciente tinha sido tratada com sucesso de uma infecção persistente com G-CSF, na esperança de melhorar a cicatrização, utilizou-se o Granulocyte Colony Stimulating Factor (G-CSF 300µg diário), por seis meses após o início da fístula e em uma semana, surgiu o tecido de granulação saudável nas bordas da ferida. Em vista disso, duas semanas depois do início do G-CSF 300µg, a porção do retalho do trapézio que sobreviveu foi mobilizado num segundo tempo cirúrgico, para o fechamento da fístula, mantendo-se, neste caso, suporte nutricional por meio da sonda nasogástrica até o fechamento da fístula. Os autores concluíram que a associação da experiência clínica com o uso do G-CSF 300µg diariamente, por seis meses, após o início da fístula, representou uma estratégia imprescindível para a paciente com problemas de cicatrização da fístula faringocutânea, após laringectomia total.

Dentre as medidas empregadas pelos pesquisadores, para tratar a fístula faringocutânea, estão o desbridamento da ferida; curativo compressivo; reintrodução da sonda nasogástrica; monitorização do nível de hemoglobina; antibioticoterapia; suporte nutricional e o uso do Granulocyte Colony Stimulating Factor (G-CSF).

Cada uma das medidas será apresentada a seguir:

Cuidados com a ferida

É um processo de limpeza, ou seja, consiste na remoção de tecidos desvitalizados, excesso de exsudato e microrganismos existentes no leito da ferida, com o objetivo de promover condições apropriadas para a cicatrização da mesma (YAMADA, 2003; BORGES, 2001).

Por se tratar de um procedimento que engloba, fundamentalmente, a excisão de tecidos, é imperativo que a enfermeira seja especialista e hábil para realizar o desbridamento cirúrgico. Aplicando o seu conhecimento técnico-científico para identificar as características do tecido vivo ou desvitalizado, sobretudo quando o método selecionado determinar o emprego de instrumentos cortantes. Os tecidos desvitalizados apresentam características que ajudam a ablação segura dos mesmos, com instrumentos cortantes e sem o uso de anestésico, tais como: ser avascular, insensível e ter odor fétido. Um dos pontos cruciais é a escolha adequada da solução para limpeza da ferida. Neste caso é indispensável que a mesma tenha a propriedade de preservar as estruturas celulares no processo de cicatrização. No estudo de Akyol; Özdem e Çelikkanat (1995), a limpeza da fístula foi realizada com anti-sépticos (peróxido de oxigênio), os quais, em concentrações clínicas habituais, induziram a destruição das estruturas celulares, inibindo, desse modo, o processo de cicatrização.

O processo de cicatrização é adiado em consequência da ação tóxica dos anti-sépticos. Estes agem sobre as atividades celulares (mitogênese) e até mesmo sobre os fibroblastos, que geralmente encontram-se nos tecidos conjuntivos e são conduzidos a ferida por intermédio dos mediadores químicos, que consequentemente sintetizam e secretam colágeno, elastina e proteoglicanos. Assim, estas substâncias são reconstrutoras do tecido conjuntivo. A toxicidade interfere nas atividades imunológicas, uma vez que influencia a atividade funcional dos neutrófilos (RIBEIRO, 2003).

Curativo

Na concepção contemporânea, o termo curativo é sinônimo de cobertura, depreendendo-se que curativo é um processo constituído de limpeza, desbridamento

e que recomenda uma cobertura, seja de um produto ou substância aplicado sobre as lesões para ocluí-las, comprimí-las, manter a umidade, tratar e proteger o leito da ferida (GOMES, 2001; BORGES, 2001).

Para que a enfermeira, intervenha de forma a viabilizar o processo de cicatrização da fístula faringocutânea, é essencial:

- analisar o estado clínico geral do paciente;
- avaliar a ferida quanto aos seguintes sintomas de infecção: dor ou sensibilidade local, tumefação localizada, eritema, calor local e deiscência da ferida;
- o curativo e cobertura dependerão das condições da fístula faringocutânea e do protocolo da unidade;
- avaliar periodicamente e registrar no prontuário as condições da ferida, após o desbridamento, de acordo com o protocolo da unidade, o método utilizado, a quantidade de tecido necrosado extraído e o tipo de cobertura aplicada e a evolução até a cicatrização total da ferida (YAMADA, 2003).

Drenos

Os drenos são dispositivos usados para a drenagem de fluídos e exsudatos de feridas ou cavidades porém, nos portadores de laringectomia total, o sistema de drenagem é fechado, ou seja, o coletor fica hermeticamente conectado ao dreno (ex. Portovac). A intervenção de enfermagem, nesses casos, está direcionada ao local de fixação do dreno e consiste de:

- limpeza da pele ao redor do dreno;
- anotar o débito e as características dos fluídos e exsudatos;

-trocar o curativo quando úmido, sujo e solto (BAJAY, JORGE; DANTAS, 2003).

Reintrodução da sonda nasogástrica

A reintrodução da sonda nasogástrica tem por finalidade evitar o acúmulo de restos de alimentos no trajeto da fístula. A manutenção da higiene oral adequada e os cuidados específicos são importantes, como já foram discutidos anteriormente.

Antibioticoterapia profilática

A antibioticoterapia profilática é uma medida adicional destinada à prevenção de infecção do sítio cirúrgico, porém deve ser criteriosamente indicada e sua prescrição, quanto ao início e duração, respeitada. O antibiótico profilático nas cirurgias de cabeça e pescoço é usual, por tratar-se de uma cirurgia potencialmente contaminada, de grande porte e de longa duração.

Na presença de infecções do sítio cirúrgico há necessidade de antibióticos sistêmicos, principalmente nas infecções incisionais profundas e de órgãos/espacos. Nesse momento, é recomendável que a escolha dos antibióticos seja realizada após o antibiograma (RABHAE; RIBEIRO-FILHO; FERNANDES, 2000).

Suporte nutricional

A nutrição tem um papel importante no processo de cicatrização em pacientes com neoplasia de laringe que, geralmente, apresentam um estado nutricional debilitado, inibindo, dessa forma, a cicatrização da fístula.

A cicatrização possui três fases: a inflamatória, a proliferativa e a de remodelação e, nesse processo, a nutrição tem um papel imprescindível, em cada

uma delas. Na inflamatória, a vitamina K, proteínas e aminoácidos colaboram para que o processo de cicatrização ocorra de forma adequada; a fase proliferativa demanda o fornecimento adequado de proteínas, aminoácidos, vitamina C, ferro, zinco e oxigênio, e na fase de remodelação há estabilização da síntese e degradação de colágeno, dando força tênsil à cicatriz (BRITO, 2003).

Monitorização do nível de hemoglobina

A conservação do nível de hemoglobina (12,5g/dl) adequado torna a célula apta a cumprir sua principal função, que é o transporte de oxigênio entre os pulmões e os tecidos, colaborando com o processo de cicatrização da fistula, assim como minimiza as chances de adquirir infecções oportunistas, decorrentes do seu estado imunológico debilitado.

Granulocyte Colony Stimulating Factor (G-CSF)

O estudo de caso de Cody; Funk; Wagner et al. (1999) abordou uma paciente neutropênica, ou seja, tinha uma contagem de neutrófilos abaixo de 60%-70% do total de leucócitos ($5.000-10.000 \text{ mm}^3$), possivelmente, por ter sido tratada de alguma doença infecciosa predominante na fração neutrofilica, o que causou disfunções no sistema imunológico e no neutrófilo, contribuindo para as complicações das feridas no pós-operatório.

O G-CSF 300 μg foi introduzindo no tratamento dessa paciente que, além da neutropenia, apresentava fistula faringocutânea, após a laringectomia total, para estimular a produção de neutrófilos, os primeiros leucócitos a se deslocarem para o tecido lesado, por sua ação extraordinária na fase inflamatória do processo de cicatrização. Quanto aos monócitos, transformam-se em macrófagos para ingerir os

resquícios e transportá-los para fora da área. Além destes, surgem os antígenos-anticorpos.

Portanto, com o utilização do G-CSF 300µg e outras intervenções aqui mencionadas, a enfermeira poderá intervir, de forma adequada, maximizando o processo de cicatrização, e conseqüentemente, diminuindo o período de internação hospitalar do paciente.

QUADRO 4: Tratamento Cirúrgico para a fístula faringocutânea após laringectomia total, segundo os estudos incluídos na revisão sistemática. Ribeirão Preto – São Paulo, 2003.

CIRÚRGICO	ARTIGOS
Desbridamento do tecido necrosado.	3
Fechamento cirúrgico da fistula com os retalhos musculocutâneo peitoral maior, radial do antebraço; músculo trapézio.	26
Fechamento cirúrgico da fistula: retalho miocutâneo do músculo peitoral e aplicação de Botulinum Toxin A Injection.	15
Fechamento cirúrgico da fistula: reparo da fístula faringocutânea com o retalho pediculado da artéria temporal superficial.	13
Cola de fibrina.	18

Apêndice A: Lista dos estudos incluídos na revisão sistemática.

No **Quadro 4**, apresentamos os estudos que abordam o tratamento cirúrgico com utilização de retalhos para a resolução das fistulas faringocutânea em laringectomizados totais; procedimento que tem sido abordado, mais recentemente pelos pesquisadores.

A preocupação com o tratamento cirúrgico da fístula faringocutânea, em pacientes laringectomizados totais, teve início na década de 70, quando nas reconstruções da região da cabeça e pescoço predominava o uso dos retalhos cutâneos e fasciocutâneos (retalhos deltopeitoral e frontal). O padrão axial de

vascularização dos referidos retalhos admite a reconstrução de grandes perdas cutâneas e de mucosas, como resultado da ressecção dos tumores malignos avançados da região, porém eles apresentam alguns inconvenientes, tais como: necessidade de um período maior para a realização do procedimento cirúrgico, a sua espessura nem sempre é apropriada, em casos de perdas maiores de tecidos moles, e a própria deformidade estética da área doadora do retalho. Por estes motivos, foram deixados para um segundo plano, e os retalhos musculares e os musculocutâneos passaram a ser a primeira opção de escolha.

Os retalhos musculocutâneos popularizaram-se somente no final dos anos 70, em virtude da nova definição anatômica dos vasos perfurantes e dos territórios vasculares musculocutâneos. Desse modo, as artérias e veias perfurantes musculocutâneas, que percorrem perpendicularmente a fáscia muscular, ligam-se ao plexo dérmico e subdérmico, mantendo uma rica rede vascular que possibilita perfusão apropriada da pele a partir da vascularização do músculo subjacente à perfusão. Outro ponto que devemos destacar é que os vasos cutâneos, responsáveis pela vascularização cutânea de uma área limitada da superfície corporal, determinam e facilitam o transporte para diferentes regiões, principalmente devido à possibilidade de formação dos grandes arcos de rotação (PAIXÃO, 2001).

O autor ainda cita como principais características dos retalhos musculocutâneos, essenciais para a moderna cirurgia reconstrutora oncológica de cabeça e pescoço: consistência de sua vascularização, o que garante uma excelente perfusão; segurança; a viabilidade de reconstruções complexas em um único tempo cirúrgico, pois o segmento cutâneo pode ser delineado em ilha; proteção das estruturas cervicais devido à massa de tecido muscular de alguns dos músculos; a

possível utilização como retalho muscular com ou sem enxertia da pele sobre uma de suas superfícies ou sobre ambas.

Nas amplas reconstruções oncológicas de cabeça e pescoço, os retalhos mais usados são do músculo peitoral maior, temporal, trapézio, grande dorsal e esternocleidomastóide, sendo estes também os mais citados na literatura na abordagem do tratamento cirúrgico da fístula faringocutânea.

Devemos ressaltar que, há mais de um século, Billroth descreveu a ocorrência da fístula faringocutânea, após laringectomia parcial, como consequência da terapia do câncer, sendo ela a responsável pelo escape constante da saliva e impedimento da ingesta oral, comprometendo a capacidade de trabalho e o convívio social do paciente. Além de prolongar o período de internação hospitalar, pode também levar os vasos carotídeos à erosão, em consequência da ação da saliva.

Cunha-Gomes e Kavarana (2001) descreveram um estudo de caso de um paciente de 65 anos, com carcinoma de células escamosas, submetido à radioterapia prévia e, posteriormente, à laringectomia total, devido à recidiva do tumor. Durante a cirurgia, houve o fechamento primário da faringe, e deiscência da linha de sutura, ocasionando a necrose da pele. Em seguida, inseriram uma cânula com balonete na traqueotomia para que este, ao ser inflado, intermitentemente, evitasse a aspiração da saliva que drenava para a traquéia através da parede posterior necrosada. O paciente ainda foi submetido à jejunostomia para a alimentação, e curativos, até que estivesse pronto para a cirurgia (8 semanas).

O retalho radial do antebraço do paciente foi bi-direcionado, sendo, no primeiro plano, a fáscia do antebraço excedente colocada para preencher o espaço

entre a faringe e a traquéia, na parte inferior da ferida. No segundo plano, a borda foi transferida e dobrada sobre a pele para o reparo do defeito. Os vasos doadores transversais utilizados nesse caso foram artéria cervical e veia jugular externa, havendo revisão da anastomose venosa 24 horas após a cirurgia, assim como obstrução da drenagem venosa, pelo dreno de sucção. Também observaram pequeno vazamento no lado direito, que cicatrizou espontaneamente em uma semana. Realizaram, ainda, uma radiografia de deglutição no pós-operatório, que indicou a passagem tranqüila do contraste pelo esôfago e estômago. Uma vez iniciada a alimentação oral, a sonda da jejunostomia foi retirada e um ano após a cirurgia, o retalho mostrava-se estável e o paciente aceitava alimentação via oral.

Já Papazoglou; Terzakis; Doundoulakis et al. (1994) utilizaram o reparo cirúrgico da fistula faringocutânea, em pacientes que não obtiveram um resultado satisfatório com o tratamento conservador e verificaram que a fistula faringocutânea ocorreu em 14 pacientes irradiados, dimensões classificadas de média (0,5cm a 2,0 cm de diâmetro) e grande (> 2,0cm). Um dentre estes pacientes morreu devido à ruptura da carótida.

O estudo mostrou que o fechamento primário ocorreu em 5 pacientes, após tratamento conservador, ocasionando redução do tamanho da fístula. Os pesquisadores realizaram múltiplas reconstruções em 8 pacientes laringectomizados totais, que desenvolveram uma fistula com diâmetro maior que 2,0cm e dentre estes 8 pacientes, 6 foram submetidos à laringectomia total e 2 à laringofaringectomia total. Ainda com referência a este grupo, 7 pacientes utilizaram os retalhos miocutâneo e do músculo deltopeitoral e apenas 1, o retalho miocutâneo do peitoral maior para o fechamento da fístula.

Fabrizio, Donati e Nava (2000) relatam o caso de um homem de 84 anos com uma fistula faringocutânea, após o tratamento radioterápico e laringectomia total. O tratamento com retalhos locais fracassou devido às condições gerais e locais da região cervical, em consequência da radioterapia intensiva. Os pesquisadores, diante dessa situação, decidiram usar retalho ilha pediculado fasciocutâneo da região temporo-parietal do ramo superficial da artéria temporal, obtendo um reparo eficiente e estável da lesão, do ponto de vista estético e funcional. Lançaram mão desse procedimento por falta de alternativas e por ser uma opção benéfica quando as outras soluções não são viáveis.

Com o surgimento da microcirurgia reconstrutora, observamos a reconstrução, com maior precisão, do segmento tubular do próprio aparelho digestivo, que tem capacidade de reparar fisiologicamente as falhas circunferenciais da faringe e esôfago cervical, inaugurando, assim, uma nova fase histórica na terapêutica cirúrgica das fistulas faringocutâneas (GALVÃO; LEITE JÚNIOR, 1997).

Retalho cutâneo local em “folha de livro”

Este retalho é empregado quando se reconstitui a parede anterior faringoesofagiana. No entanto, há limitações para o seu uso, pois quando há radiodermite intensa na região adjacente à fistula e mesmo o uso da pele da região pilosa, ele pode ocasionar o crescimento de cabelo (barba) no lúmen esofágiano, levando a fistulas de grande extensão e defeitos circunferenciais faringoesofágianos (GALVÃO; LEITE, 1997).

Retalho musculocutâneo do peitoral maior

Este retalho apresenta maior potencial para as grandes reconstruções oncológicas da cabeça e pescoço. As principais características deste retalho são o padrão axial de seu pedículo dominante, porque possibilita transposição de extensas áreas de pele; grande arco de rotação; proteção dos vasos carotídeos pela massa muscular transposta e a viabilidade de reconstruções complexas em um único tempo cirúrgico. É aconselhável devido ao seu grande arco de rotação e pela confiabilidade de seu pedículo. O espaço gerado pelo esvaziamento cervical é perfeito para acomodação do músculo peitoral maior, inclusive pela excelente proteção oferecida pelo próprio músculo aos vasos carotídeos, restabelecendo, desse modo, o conforto cervical mais contíguo do normal (PAIXÃO, 2001).

Retalho musculocutâneo do trapézio

O retalho musculocutâneo do trapézio apresenta três diferentes áreas (superior, lateral e inferior), que podem ser utilizadas como retalhos. O retalho superior fundamenta-se na artéria occipital, agregando a pele sobre a borda anterior do músculo, podendo estender-se sobre o ombro. O retalho lateral emprega a artéria cervical transversa e supra-escapular e agrupa a pele sobre o ângulo acromioclavicular, envolvendo a espinha da escápula, formando, assim, o retalho osteomusculocutâneo. No retalho inferior, a pele usada é a da região paravertebral sobre o segmento inferior do músculo, tendo como pedículo vascular o ramo descendente da artéria cervical transversa.

Esse retalho é indicado pelas características distintas que apresenta em toda a sua extensão, porém apresenta algumas limitações. O retalho superior do trapézio

proporciona limitações, tais como a impossibilidade de uma conformação em ilha do segmento cutâneo, arco de rotação restrito e deixa seqüelas estética e funcional na área doadora do retalho; o retalho lateral é o mais adequado para as reconstruções da cavidade oral e orofaringe, no entanto, a limitação do seu uso deve-se ao seu pedículo, que se encontra na fossa supraclavicular, área potencialmente contaminada por células neoplásicas e irradiada na radioterapia; quanto ao retalho inferior, é freqüentemente indicado para as reconstruções cervicais, orais, faríngeas, de face e até mesmo de couro cabeludo, mas a necessidade de mudança de decúbito no transcorrer do ato cirúrgico constitui um inconveniente. Por este motivo, seu uso limita-se ao reparo de defeitos na região posterior do pescoço e da cabeça, quando o paciente encontra-se na posição lateral ou ventral (PAIXÃO, 2001; GALVÃO; LEITE, 1997).

Retalho da artéria radial ou antebraquial ou chinês

É um dos mais empregados para a cobertura de defeitos cutâneos ou mucosos no segmento cefálico, já que é delgado com ampla superfície cutânea e com um pedículo longo e de grande calibre. Também é utilizado na correção de defeitos cutâneos relativamente rasos da face, pescoço ou couro cabeludo e se aplica à reparação de defeitos da língua ou do revestimento mucoso intra-oral ou intranasal. A princípio, o retalho radial só é em pacientes com arco palmar presente; caso contrário, uma variação anatômica em que o território vascular radial não se conecte com o ulnar poderá provocar isquemia do lado radial da mão (MORAIS, 2001).

Tratamentos envolvendo novas tecnologias na resolução das fístulas faringocutâneas em laringectomizados totais.

Guntinas-Lichius e Eckel (2002) ressaltam que a toxina do botulismo (BTX), como agente terapêutico, vem se expandindo rapidamente na otorrinolaringologia, tornando-se o tratamento mais promissor nessa disfunção. Por causa da acetilcolina, que é o maior neurotransmissor de sistema nervoso periférico parassimpático, ela permite modular a estimulação do parassimpático pela BTX.

Em um grupo de 8 pacientes com a doença de Parkinson, o BTX foi injetado nas glândulas parótidas normais cujo resultado preliminar foi a redução efetiva da salivagem por aproximadamente 4 meses. Com relação ao paciente com fístula faringocutânea persistente, o BTX somente diminuiu transitoriamente a salivagem, facilitando o processo de cicatrização.

Neste estudo, Guntinas-Lichius e Eckel (2002) descreveram a técnica da injeção do Botulinum Toxin A Injection (BTX) no interior da glândula parótida e da glândula submandibular. Citaram que no caso em que o paciente havia se submetido à radioterapia prévia, após a laringectomia total, a fístula faringocutânea surgiu depois de 10 dias e ampliou-se em 5 dias. Os pesquisadores realizaram a revisão cirúrgica, com uso do retalho miocutâneo do músculo peitoral maior para a correção do defeito da região faríngea, mas esta não foi bem-sucedida e a fístula reapareceu novamente após 5 dias, ampliando-se. Então os autores resolveram aplicar o BTX nas glândulas parótida e submandibular, que reduziu a salivagem durante uma semana, tendo a fístula se fechado em 3 semanas depois da aplicação, mas após 7 semanas da aplicação do BTX, a salivagem recomeçou.

O tratamento com o BTX levou à redução temporária da salivação, em torno de 7 a 9 semanas aproximadamente, e ainda os pesquisadores acreditavam que uma grande quantidade de BTX poderia prolongar o efeito, porém havia um alto risco de efeitos colaterais, como perda permanente da glândula. No entanto, observaram que a aplicação de BTX no interior das glândulas parótida e submandibular foi um sucesso, pois reduziu transitoriamente a salivação favorecendo o tratamento da fístula faringocutânea.

Wiseman, Hicks, Loree, et al. (2002) relataram o caso de um paciente de 68 anos, afro-americano, com queixa de rouquidão progressiva. Após a investigação, diagnosticaram carcinoma de células escamosas da laringe (T2N0M0) e trataram o tumor primário com radioterapia. No ano seguinte, o paciente retornou ao hospital com queixa de odinofagia, disfagia e perda de peso, e fez a biópsia que confirmou a recidiva da neoplasia. Então, foi submetido à laringectomia total com dissecação do pescoço, gastrostomia, inserção da sonda nasogástrica e reconstrução cirúrgica do defeito, com retalho miocutâneo peitoral maior, e recebeu alta em 11 dias. Dois dias depois da alta, voltou ao hospital com deiscência do ápice da incisão e os autores diagnosticaram a fístula faringocutânea, sem nenhuma outra anormalidade ao exame clínico. Foi readmitido para o tratamento conservador, porém transcorrido um mês a fístula persistiu, sendo fechada cirurgicamente.

Inicialmente, a fístula foi incisionada circunferencialmente na junção miocutânea, com separação da camada da mucosa e da camada da submucosa da pele, devido ao enrijecimento ocasionado pela radiação prévia do tecido. Efetuaram o fechamento da mucosa com material de sutura absorvível, ou seja, aplicaram 4 ml de cola de fibrina, e acompanharam o paciente 6 meses após a cirurgia e não

observaram recidiva da neoplasia, a região da fístula permanecia fechada e o paciente alimentava-se com dieta líquida.

Inicialmente, o uso do pó de fibrina para controlar hemorragias foi relatado por Bergel, em 1909 e Cronkite et al. e Tedrick e Warner, em 1944, descreveram pela primeira vez a combinação de fibrinogênio e trombina como adesivo para reforçar a aderência dos tecidos de enxertos. Em 1982, Matras utilizou a cola de fibrina como adesivo tissular em anastomoses neurais digitais e mais recentemente esta cola foi aceita pela medicina norte-americana devido às suas propriedades adesivas e hemostáticas. A criação de uma união bioestável entre duas superfícies permitiu a adesividade dos tecidos, além de funcionar como um “selante biológico”. O adesivo tissular de fibrina, “cola de fibrina”, depende da capacidade da cola em coagular a fibrina e garantir sua propriedade adesiva (TORIUMI; O’GRADY, 1994). O sistema de cola de fibrina é composto de dois componentes principais - o protéico selador e a trombina. A proteína seladora é composta de fibrinogênio e proteína do plasma que contém albumina, imunoglobulina insolúvel fria (CIG) e o fator XIII e também um componente de trombina, de clorídrico de cálcio e um outro componente inibidor de fibrinólise. Quando os componentes são associados, a trombina converte o fibrinogênio em fibrina, e o coágulo começa a se formar e, nesta situação, o fator XIII, em presença do cálcio ionizado, é ativado para o fator XIIIa cuja ação é a de catalisar a formação da fibrina, enquanto a CIG aumenta a força do coágulo. O resultado desta rede de reações é a criação de um coágulo elástico, ou seja, coágulo de fibrina, com propriedades adesivas e hemostáticas. À medida que a cicatrização ocorre, o coágulo é gradualmente fagocitado, lisado e absorvido em tecidos altamente vascularizados, ocorrendo a resposta celular ativa, que é tão rápida que o

coágulo degrada quase que instantaneamente, permitindo um fechamento satisfatório (MATRAS, 1982; TORIUMI; O'GRADY, 1994).

A enfermeira oncológica deve ter conhecimento sobre os princípios da utilização de enxertos e retalhos, como indicação apropriada e a anatomia das áreas doadora e receptora e, a partir desse conhecimento, deverá direcionar as intervenções para que o paciente possa ser submetido à cirurgia reparadora da fístula faringocutânea. Na ocasião da re-internação do paciente para o tratamento da fístula faringocutânea, a enfermeira deve ter acesso às informações anteriores, por meio da coleta de dados, exame físico, exames diagnósticos realizados, assim como conhecer as observações do período perioperatório da laringectomia total (DOENGES, MOORHOUSE; GEISLER, 2003). Também cabe a ela avaliar a ferida, indicar coberturas e determinar intervenções específicas no período pré-operatório, com vistas à prevenção de complicações (hemorragia, hematoma, infecção e deiscência), à recuperação do estado geral de saúde do paciente e ao combate à infecção do sítio cirúrgico.

No pós-operatório, as intervenções de enfermagem estão fundamentadas nas necessidades específicas do procedimento realizado, contudo, alguns princípios gerais referem-se aos cuidados de enfermagem. O foco de intervenção de enfermagem deve:

- manter o balanço hidroeletrolítico e nutricional adequado;
- manter a permeabilidade das vias aéreas;
- avaliar e controlar a dor;

-manter a permeabilidade dos drenos e registrar o volume e o aspecto do exsudato;

-prestar cuidados intensivos à ferida cirúrgica, tais como evitar compressões demasiadas dos retalhos e remoção de tecidos necrosados ou infectados para prevenir complicações; indicar coberturas e avaliar evolução da ferida até a completa cicatrização;

-administrar antibióticos de acordo com a prescrição médica;

-avaliar e registrar os cuidados prestados acima mencionados.

O tratamento do câncer de laringe é determinado pela localização e estadiamento da lesão, podendo ocorrer por meio da cirurgia e da radioterapia ou da associação de ambas e também da quimioterapia. Esse tipo de câncer tem como prováveis fatores de risco o fumo e a ingestão de álcool, no entanto, estudos realizados nessa área não chegaram a resultados conclusivos, requerendo investigações mais acuradas para determinar relação entre a ingestão de álcool, o fumo e o câncer de laringe. Além destes, os fatores ambientais também contribuem para ocorrência desse tipo de tumor.

As manifestações clínicas do câncer de laringe dependerão, principalmente do tamanho e do local do tumor, já que a maioria dos cânceres de laringe se instala nas cordas vocais. Esses tumores são indolores, todavia, quase sempre os pacientes apresentam rouquidão ou outras mudanças na voz, como tosse persistente e sensação de nódulo na garganta. Em estágio mais avançado, causa dor, perda de peso, respiração difícil e deglutição prejudicada (SMELTZER; BARE, 1997; NORONHA; DIAS, 1997).

É importante ressaltar que os pacientes com câncer de laringe estão expostos às complicações em todo período perioperatório, ou seja, pré-operatório, trans-operatório e no pós-operatório, as quais prolongam o período de internação ou ainda alteram o resultado da cirurgia, além de aumentar o stress do paciente e o custo hospitalar. Enfatizamos, portanto, a importância do profissional de saúde nessa situação, principalmente da enfermeira cirúrgica, que direciona seus esforços e

planeja a assistência de enfermagem à prevenção dessas complicações, com o objetivo de oferecer ao paciente um cuidado de qualidade.

As complicações da laringectomia total no pós-operatório, são deiscência da sutura, infecção da ferida operatória, disfagia e, com maior frequência e gravidade, a fístula faringocutânea. Além dessas, o paciente enfrentará mudanças significativas, como a afonia e alteração da auto-imagem, causadoras de grande impacto no paciente laringectomizado total, que poderá se sentir até mesmo deprimido pela alteração de seus valores culturais e sociais, quando perceberam que a voz é o principal meio de comunicação humana e a beleza, o mais importante valor estético (ZAGO; SAWADA; STOPA et al., 1998; SANTANA, 2000).

A utilização de revisões sistemáticas possibilita a enfermeira buscar e aprofundar seus conhecimentos técnico-científicos, visando intervir mais concretamente nas necessidades do laringectomizado total. Na presente revisão sistemática apresentamos estudos sobre os fatores de risco; o diagnóstico de carcinoma de células escamosas da laringe; tempo médio de internação do paciente, com ou sem fístula faringocutânea e indicação do tratamento conservador e cirúrgico do mesmo. Tais dados são imprescindíveis para que a enfermeira planeje, implemente e avalie as intervenções específicas para esse paciente.

Ao analisarmos os estudos que abordam os aspectos acima citados, percebemos a importância da atuação da enfermeira na prevenção e tratamento da fístula faringocutânea, após laringectomia total, intervenções que realiza após, coleta e análise de dados do paciente, além do exame físico. De posse desses dados, identifica os principais diagnósticos de enfermagem e os problemas colaborativos para elaborar o planejamento, e deverá priorizar as necessidades, estabelecer os

resultados ou metas a serem alcançados, selecionar as intervenções apropriadas e as avaliar. A avaliação auxiliará a enfermeira a determinar as intervenções a serem empreendidas, e estas deverão envolver o paciente, a família e os membros da equipe de enfermagem.

Ao realizar este processo de modo sistemático e planejado para atender as necessidades humanas básicas do paciente portador de câncer de laringe, no transcorrer de seu tratamento, a enfermeira deverá considerar os protocolos de atendimento médico utilizados tanto em nível nacional como internacional, que incluem a radioterapia e a traqueostomia pré-operatória e, posteriormente, a laringectomia total, com ou sem o esvaziamento cervical. Essa combinação terapêutica pode contribuir para o surgimento da fístula faringocutânea, sendo, portanto, fundamental a participação enfermeira no acompanhamento desses procedimentos, para que previnam, identifiquem precocemente as complicações e intervenham prontamente.

Assim, a assistência de enfermagem abrange as situações clínicas mais complexas e qualquer procedimento cirúrgico pode além disso desencadear no paciente e/ou família alguma reação emocional, evidente ou não.

Como foco de preocupação do paciente no período pré-operatório podem ocorrer medo da cirurgia e anestesia, e da alteração da auto-imagem e da auto-estima, perda do emprego, impossibilidade do sustento da família, incapacidade para o trabalho e para o autocuidado. A enfermeira, graças à sua participação efetiva no processo perioperatório, é o elemento que poderá não só ajudá-lo, como também dar o suporte necessário à equipe multiprofissional para que sejam minimizados esses problemas (MEEKER; ROTHROCK, 1995).

A atuação da enfermeira cirúrgica junto a esses pacientes poderá ficar comprometida em virtude do seu envolvimento também com as atividades técnico-administrativas para a manutenção e bom funcionamento da unidade. Porém, acreditamos que esta visão possa ser modificada por meio da implementação do processo de enfermagem, e lhe proporcionar uma assistência favorecendo o envolvimento do paciente/família no planejamento e implementação das intervenções de enfermagem.

Ao realizar a coleta de dados do paciente, a enfermeira deve ouvi-lo, na ocasião da entrevista, procurando minimizar os seus receios com fornecimento de informações requeridas pelo paciente e/ou família. Tal intervenção exige o domínio de conhecimentos sobre o tratamento, propriamente dito (radioterapia, traqueostomia, laringectomia total e possíveis complicações) e sobre o atendimento a ser realizado pela equipe multiprofissional na instituição. Para assistir o paciente laringectomizado total, a enfermeira e a equipe multiprofissional devem estar atentos às questões da comunicação não-verbal, uma vez que há a retirada da sua laringe, e assim ocorre a impossibilidade da produção de voz, o que poderá comprometer a manutenção de relacionamento pessoal, já que a grande maioria das pessoas centraliza a comunicação na fala. O grau de entendimento entre equipe multiprofissional e o laringectomizado total, que passa a se comunicar por meio da linguagem não-verbal é que determinará se o relacionamento interpessoal terá êxito ou não, pois dependerá da habilidade destes profissionais estabelecer esse novo modo de comunicação (SANTANA, 2000).

No período transoperatório, a enfermeira atua especificamente em duas etapas, ou seja, na sala de cirurgia e na sala de recuperação pós-anestésica (pós-

operatório imediato). Especificamente, no transoperatório ela avalia cada paciente na área de recepção, presta-lhe cuidado na prevenção de lesões de pele, com a utilização de coberturas como placas de hidrocolóides em regiões com proeminências ósseas, e identifica outras necessidades que ele possa apresentar.

Na sala cirúrgica, o cuidado abrange o posicionamento do paciente, que dependerá do tipo de cirurgia a ser realizada. No caso da laringectomia total, o paciente ficará em decúbito dorsal com os membros inferiores em extensão, membros superiores estendidos ao longo do corpo com a hiperextensão da região cervical, posicionamento que exige a colocação de coxins sob os ombros, com a finalidade de facilitar a expansão pulmonar, o manuseio da área cirúrgica, a prevenção da distensão muscular e alinhamento anatômico do corpo.

A enfermeira ao colocar o paciente na posição cirúrgica indicada, deve observar alguns pontos essenciais: evitar que partes do corpo do paciente entre em contato com as superfícies metálicas da mesa cirúrgica; posicioná-lo de modo seguro, para evitar compressão de vasos, nervos e saliências ósseas, facilitar a dinâmica respiratória, manter o fluxo das infusões venosas e colocar no tórax anterior os eletrodos para avaliação das funções cardíacas no intra-operatório.

Ao mobilizar o paciente laringectomizado total da mesa cirúrgica, é importante que a enfermeira realize movimentos firmes e lentos, uma vez que a mudança repentina de posição pode desencadear a queda da pressão arterial, que observe a permeabilidade da traqueostomia e o funcionamento correto das infusões, drenos cervicais, sondas e cateteres. Deve, ainda, anotar as infusões e medicamentos anestésicos que induziram ao estado de narcose, os efeitos colaterais dos mesmos,

manifestados durante e após a cirurgia, assim como a monitorização dos sinais vitais e intercorrências.

Na sala de recuperação pós-anestésica, ou seja, no pós-operatório imediato, a enfermeira ao receber o paciente nesta unidade deverá avaliar com o anestesista a condição geral do paciente, tipo de cirurgia realizada (laringectomia total), permeabilidade das vias aéreas (traqueostomia), os sinais vitais, as medicações anestésicas utilizadas, as intercorrências na sala de cirurgia (hemorragia, choque, obstrução da traqueostomia, parada cardio-respiratória, dentre outras), para que possam intervir nos cuidados pós-operatórios como também a cobertura do sítio cirúrgico e a permeabilidade dos tubos (sonda nasogástrica), drenos cervicais ou cateteres.

Antes do paciente laringectomizado total receber alta da sala de recuperação pós-anestésica, a enfermeira deve observar critérios que determinarão a sua estabilidade hemodinâmica, como: função pulmonar, oximetria capilar com a saturação de oxigênio apropriado, sinais vitais estáveis, incluindo a pressão arterial, nível de consciência, volume urinário acima de 30 ml/h, náusea, vômito e dor sob controle.

Como o paciente laringectomizado total respira por meio da traqueostomia permanente, é importante que a enfermeira avalie continuamente seu estado respiratório e o da ferida da traqueostomia, fazendo ausculta do tórax para detectar quaisquer ruídos adventícios ou sinais de complicações pulmonares. A manutenção da permeabilidade da traqueostomia exige a aspiração freqüente e eficiente, em virtude do aumento de secreções da árvore traqueobrônquica, resultante do traumatismo. Quanto à troca da cobertura local, esta deve ser periódica a cada 24

horas ou quando houver saturação da mesma. A pele deve ser mantida limpa e seca para prevenir infecções e a limpeza ao redor do estoma deve observar o protocolo instituído na unidade.

A enfermeira e a equipe de enfermagem precisam estar alertas para a ocorrência da obstrução respiratória, ocasionada por corpos estranhos, edema traqueal ou excesso de secreção, em consequência da compressão externa.

No retorno do paciente laringectomizado total à unidade clínica, a enfermeira deverá avaliar novamente a permeabilidade das vias aéreas, sinais vitais, condições da pele, a cobertura do sítio cirúrgico, nível de consciência, a presença de drenagem, queixas de náusea, dor e a presença de vômito, e manter a cabeceira do leito a 45 graus (SMELTZER; BARE, 1997; TIMBY, 2001). Após a identificação precisa das necessidades do paciente, ela estabelecerá os seguintes diagnósticos de enfermagem sendo as mais freqüentes: eliminação traqueobrônquica ineficaz/risco para aspiração; comunicação verbal prejudicada; integridade da pele prejudicada/tissular prejudicada; membrana mucosa oral alterada; dor (aguda); nutrição: alterada, ingestão menor do que as necessidades; distúrbios da auto-imagem/desempenho de papel alterado e déficit de conhecimento, os quais servem de alicerce para o atendimento ao paciente laringectomizado total (DOENGES; MOORHOUSE; GLEISSLER, 2003).

Em geral, os pacientes laringectomizados totais, no pós-operatório correm o risco de apresentar complicações, porém a mais grave e freqüente é a fístula faringocutânea, cujos tratamentos mais citados em estudos analisados foram o tipo conservador e o cirúrgico. O tratamento conservador é suficiente para definir diretrizes à enfermagem, mas apenas em situações clínicas que se assemelham à

população estudada (portadores de carcinoma de células escamosas da laringe e submetidos a laringectomia total). No tratamento conservador, a equipe deve dispensar cuidados à ferida, desbridamento quando necessário, cobertura compressiva ao redor do pescoço, reintrodução da dieta por sonda nasogástrica, monitorização do nível de hemoglobina, preparo e administração de antibióticos e fazer supervisão da aceitação do suporte nutricional, pelo paciente laringectomizado total. Nesse contexto, toda e qualquer intervenção deverá ser regulamentada por consensos e particularizada pela experiência da enfermeira e equipe de enfermagem, que realizam as intervenções terapêuticas. Devem ainda levar em consideração: a prevenção da infecção do sítio cirúrgico, o uso de antibióticos profiláticos, as condições do estado geral de saúde, a idade, o tipo de tratamento prévio (radioterapia prévia, quimioterapia, cirurgia prévia, o estadiamento do tumor, dentre outros). Entendemos que o primeiro passo para modificar esse cenário, foi a construção desta revisão sistemática.

No tratamento cirúrgico da fístula faringocutânea, o cirurgião poderá desbridar do tecido necrosado; drenar o líquido sob o retalho; determinar a antibioticoterapia; fechar cirurgicamente a fístula com retalhos musculocutâneo peitoral maior, radial do antebraço, músculo trapézio e pediculado da artéria temporal superficial e aplicação de Botulinum Toxin A Injection e cola de fibrina.

O sucesso do tratamento está diretamente relacionado a todos estes fatores, por isso é importante que a equipe faça uma avaliação minuciosa e rigorosa do estado geral do paciente, observando: idade, estágio da doença, presença das comorbidades, desordens metabólicas e outras condições, que podem conduzir ao risco cirúrgico (GALVÃO; LEITE JUNIOR, 1997). Isso corrobora com os aspectos

norteadores da prática baseada em evidências para a assistência de saúde. Ou seja, a experiência da enfermeira somados às condições do paciente, aos recursos da instituição de saúde e à relação médico-paciente-enfermeira, completarão a definição da conduta final.

O índice de ocorrência de fístula faringocutânea, após laringectomia total, nos 37 estudos analisados variou de 8,7% a 100%, com um período médio de 7 a 21 dias para o surgimento da fístula; quanto ao período de internação do paciente sem intercorrência, este foi de 12 a 22 dias e naqueles com fístula faringocutânea o período médio foi de 42 a 65 dias. No que se refere ao tempo de cicatrização, com a implementação do tratamento conservador médio, este foi de 12 a 19 dias, enquanto que o tratamento cirúrgico necessitou de 39 a 156 dias. Diante destes resultados ficou evidente a importância da enfermeira intervir nos cuidados com as feridas.

Atualmente, estão sendo desenvolvidas várias pesquisas sobre as feridas crônicas no âmbito da enfermagem, tanto nacionais e internacionais, contudo, até o momento, nenhuma direcionada à fístula faringocutânea, tema ainda pouco discutido entre as enfermeiras que atuam no campo da cirurgia de cabeça e pescoço.

A ferida oncológica, como toda ferida crônica, caracteriza-se pelo rompimento da estrutura e do funcionamento anatômico normal e necessita que o profissional avalie minuciosamente. As feridas crônicas cicatrizam-se lentamente, quando comparadas com as feridas agudas, assim como as feridas traumáticas induzidas cirurgicamente, motivo pelo qual podem ser consideradas feridas crônicas (POTTER; PERRY, 1997). As feridas oncológicas estão associadas a alguma comorbidade, tratamento prévio ou posterior à cirurgia e para o sucesso do seu tratamento, é indispensável que a enfermeira compreenda os processos

fisiopatológicos secundários, a falha no processo de cicatrização, bem como os fatores de riscos a que está sujeito o paciente oncológico, especialmente o portador de câncer de laringe. Este paciente, em geral, é submetido a tratamentos pré e pós-cirúrgicos, de acordo com o protocolo internacional e a laringectomia total, cirurgia preconizada para o tratamento da neoplasia de laringe em estágio III ou IV, e que tem como uma das complicações pós-operatória de maior gravidade a fístula faringocutânea, que pode ser considerada ferida crônica.

A fístula faringocutânea é a maior causa de morbidade e de aumento do período de hospitalização do paciente laringectomizado total, pois quando não tratada, pode levar à ruptura da artéria carótida, em consequência da ação da saliva e da infecção. O processo de surgimento da fístula ocorre quando há deiscência da sutura da mucosa oral ou faríngea, deixando que a saliva contida na cavidade oral ou na faringe siga o trajeto que lhe oferece menos resistência, por intermédio do pescoço, dando vazão a ela em algum ponto inferior da incisão cutânea ou então quando esta se acumula sob a região infra-hióide ou na fossa supraclavicular (NORONHA; DIAS, 1997).

O foco de avaliação da enfermeira está fundamentado no conhecimento do processo fisiológico da pele, conjugado ao processo de reparação tecidual e aos fatores que interferem no processo de cicatrização.

É fundamental examinar minuciosamente, a região anatômica da fístula, porque o tempo de cicatrização pode ser afetado pelo suprimento sangüíneo insuficiente no local ou por características inerentes ao genótipo do paciente. É importante destacar, ainda, que os pacientes com neoplasia de laringe apresentam o estado clínico geral debilitado e a maior parte dos estudos menciona outros fatores

que também contribuem para o surgimento da fístula faringocutânea, após laringectomia total, como: radioterapia pré-operatória, a técnica cirúrgica, a traqueostomia pré-operatória, estadiamento do tumor, dentre outros.

A avaliação da ferida deve abranger ainda todos os outros aspectos do paciente como idade, co-morbidades, utilização de medicamentos dentre outros, ou seja, é impraticável monitorar a cicatrização somente da fístula faringocutânea, é necessário uma abordagem holística do processo cicatricial.

A enfermeira de posse de todas estas informações estabelece etapas para a análise do processo de cicatrização da fístula faringocutânea, quais sejam: acompanhar o processo de cicatrização, avaliar a eficácia das intervenções e do tratamento planejado e proporcionar um processo de ensino-aprendizagem para o laringectomizado total, equipe de enfermagem e cuidadores.

A aparência da fístula informa a fase de cicatrização. Krasner (1995) propôs o sistema de cores RYB (Red, Yellow, Black) para facilitar o entendimento, pois elas podem ajudar a enfermeira na tomada decisão e sugerir intervenções apropriadas nos casos de feridas crônicas, entre elas, a oncológica. Esse sistema classifica as feridas que estão cicatrizando por segunda intenção, podendo ser empregado como essencial e não como substituto do sistema tradicional de classificação de feridas, que é baseado na etiologia, profundidade ou grau de contaminação.

Cuzzel (1997) enfatiza que este sistema identifica em que fase do processo de cicatrização encontra-se a ferida, conforme descrição a seguir: as feridas vermelhas são aquelas que se encontram em fase de cicatrização, que vai da regeneração à remodelação. A fase inflamatória é a reação do organismo à ferida e

inicia-se dentro de minutos após a lesão, durando 72 horas e caracteriza-se pelo eritema. Na segunda fase, cuja cor predominante é a vermelha, proliferativa ou de regeneração, acontece a angiogênese e fibroplasia. No transcorrer da remodelação ocorre a epitelização e os fibroblastos sintetizam o colágeno, o qual fechará a ferida e a cicatriz resultante deste fechamento caracteriza-se pela coloração vermelha ou púrpura. As feridas amarelas podem ser classificadas de dois modos, as infectadas e as que contêm tecido desvitalizado. As feridas infectadas apresentam exsudato purulento e amarelo, verde claro ou creme, constituído de bactérias, restos celulares e células brancas do sangue. Quanto ao tecido desvitalizado no leito da ferida, pode ser de cor amarela, creme ou branca, com aparência fibrosa e fornece um meio de cultura excelente para o crescimento bacteriano. A meta principal no cuidado a feridas amarelas é retirar o exsudato, o tecido desvitalizado e as bactérias. As feridas pretas possuem tecido necrosado, composto por colágeno desvitalizado e seco, apresentando-se nas cores preta, cinza ou marrom, dependendo do nível de hidratação do tecido e causa da ferida. O objetivo do cuidado é a excisão do tecido necrótico. As feridas de coloração múltiplas, são aquelas com mistura das cores: vermelha e preta ou vermelha, amarela e preta.

A avaliação da pele ao redor da fístula é outro aspecto que precisa ser considerado no processo de análise, uma vez que a pele circunvizinha está em contato direto com a saliva, podendo e conseqüentemente, ocasionar a exposição e ruptura da carótida. A presença de infecção da ferida crônica oncológica significa que está ocorrendo a lise de colágeno, impedindo a união das bordas da ferida, pois ao determinar a destruição dos tecidos e adiar o processo de reparação, a infecção

aumenta a formação de tecido cicatricial, comprometendo a função e a estética (SMELTZER; BARE, 1997; NORONHA; DIAS, 1997).

Watret (1997) explica que o exsudato é um fluido produzido por feridas agudas e crônicas, cuja cor geralmente é amarelo-pálido, que mostrará mudanças na presença de infecção ou tecido necrótico; nas feridas infectadas torna-se mais viscoso e fétido.

A pesquisadora chama atenção para a composição do exsudato que é similar à do plasma sanguíneo, e para o fato de que a maioria das células vermelhas e plaquetas não passam para o exsudato, porque elas são filtradas pelos vasos capilares ao redor da ferida. Já as células brancas do sangue são encontradas numa quantidade seis vezes maior no exsudato do que na corrente sanguínea. A produção de exsudato dá-se da seguinte forma: a fase inflamatória, que ocorre no processo natural de cicatrização ou pela presença de infecção da ferida, estimula a liberação de agentes químicos que são depositados sobre os tecidos, modificando a permeabilidade capilar dos vasos o que resulta em aumento significativo da produção de exsudato. Também as forças hidrostáticas aumentam a produção de exsudato, problema de difícil solução no tratamento de feridas.

É imprescindível esclarecer que o exsudato da ferida é rico em proteínas, sendo, portanto, produzido por todas as feridas. Devido a esta característica que lhe é peculiar, a enfermeira deverá selecionar as coberturas de acordo com a quantidade do mesmo na ferida proporcionando, desse modo, um ambiente ideal para o processo de cicatrização.

Atualmente, há uma série de coberturas industrializadas capazes de absorver grandes quantidades de exsudato, sem exercer pressão sobre a ferida e fáceis de serem removidas, sem causar trauma local. Elas se apresentam em formas de géis, placas, pós e pastas (BAJAY; JORGE; DANTAS, 2003).

Para Sieggreen e Maklebust (1997), tecido necrótico ou tecido morto é tecido desvitalizado, escuro e não-vascularizado, insensível e fétido, sendo que este último é causado pela presença de bactérias superficiais e não por infecção. Esse tecido pode apresentar-se nas cores branca, amarela, cinza, verde, castanha ou preta. e prolongar a resposta inflamatória, aumentar a fagocitose local e adia o processo de cicatrização da ferida, escondendo a coleção de fluidos ou abscessos.

Após a análise dos estudos, observamos que, apesar de todo desenvolvimento tecnológico referente à área de tratamento da ferida crônica, há uma lacuna na enfermagem com relação ao tratamento da fístula faringocutânea, após laringectomia total, pois mesmo tendo habilidade técnico-científica para avaliação e rigor no registro dos resultados clínicos, ela ainda se retrai nesse aspecto.

Nesta revisão sistemática não encontramos pesquisas advindas de experimentos clínicos randomizados e controlados ou de experimentos clínicos com seres humanos, o que nos faz refletir sobre a necessidade de maior investimento para avançar no conhecimento dessa temática.

Portanto, há necessidade da realização de estudos que possam fundamentar as intervenções de enfermagem junto ao paciente com fístula faringocutânea para obtermos uma evidência nessa área. Assim, poderemos propor a padronização do

atendimento do paciente laringectomizado total com fístula, com estabelecimento de intervenções de enfermagem baseada na pesquisa e na prática clínica da enfermeira.

Enquanto buscamos as melhores evidências para condução dos cuidados de enfermagem ao paciente portador de fístula faringocutânea, percebemos que é essencial o estabelecimento de um programa de educação continuada que atenda às necessidades da prática clínica e que nos leve também, a refletir sobre a formação profissional das enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, pois dessa forma podemos interceder junto às instituições de ensino formadores, visando melhorar a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem.

A prática baseada em evidências em enfermagem, poderá trazer alterações no paradigma atual com valorização do pensamento crítico e dos conhecimentos dos profissionais da prática clínica. O alcance da qualidade das intervenções de enfermagem dependerá do esforço das enfermeiras clínicas e pesquisadoras em incorporar os conhecimentos científicos a sua prática assistencial.

Nesta revisão sistemática, buscamos caracterizar o tratamento da fístula faringocutânea após a laringectomia total, complicação significativa para a enfermagem, e pouco estudada pela área apesar de suas bases fisiopatológicas, e de seus fatores de risco, estarem consolidados na literatura especializada.

A análise da produção científica, nesta revisão sistemática, conduziu-nos a determinar questões relevantes para a enfermagem e a maior parte dessa produção refere-se à área médica e nela estão inseridos: estudos do tipo retrospectivo 25 (67,6%); estudos de caso 7 (18,9%); prospectivos 3 (8,1%); coorte 1 (2,7%), e revisão da literatura 1 (2,7%). Por outro lado, no Brasil, encontramos apenas estudos do tipo retrospectivo sobre as complicações após laringectomia total, enquanto que tanto no âmbito nacional como internacional não identificamos até o momento nenhuma pesquisa do tipo experimental clínico aleatório.

A pesquisa clínica de caráter experimental no tratamento da fístula ainda não foi desenvolvida nem pelas enfermeiras nem pelos médicos, e estes profissionais precisam ser preparados para reconhecerem os delineamentos de pesquisas que apresentem evidências mais fortes, pois apoiados em estudos experimentais poderão obter o apoio institucional necessário para implementá-las.

Um aspecto observado na prática é que a assistência de enfermagem aos portadores de fístula faringocutânea, com frequência, não alcança as metas

estabelecidas, e a cicatrização desta fístula acaba se tornando uma trajetória árdua para paciente, familiares e cuidadores.

Normalmente, os cuidadores não possuem conhecimentos adequados, nem tampouco pacientes e familiares tem noção sobre co-morbididades, questões socioeconômicas e a relação custo/benefício do tratamento ou fatores que podem conduzir a uma situação mais grave.

As soluções propostas pelos pesquisadores nos estudos incluídos nesta revisão sistemática, para o tratamento das fístulas faringocutâneas, foram geradas das experiências dos cirurgiões e não da aplicação de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas, cuja organização deverá se fundamentar em evidências originadas de estudos experimentais, principalmente os randomizados, seguidos dos prospectivos e das experiências dos especialistas, de modo a colaborar para realização de uma prática clínica de qualidade. As diretrizes clínicas baseadas em evidências são guias que compõem as ligações explícitas entre as recomendações e a qualidade das evidências científicas. Os benefícios proporcionados pela prática baseada em evidências são óbvios, no entanto, as enfermeiras necessitam entender objetivamente a relevância e as limitações dos delineamentos de pesquisa para correlacionarem a evidência existente com a recomendação específica, para assim eliminarem a lacuna que há no tratamento das fístulas.

Para a elaboração das diretrizes clínicas, os profissionais de saúde devem selecionar estudos do tipo clínicos controlados (experimentais), porque eles são considerados o “padrão ouro” da medicina baseada em evidências, para definirem a efetividade de tratamentos, no caso da enfermagem, de intervenções, contudo sabemos que muitas questões práticas não podem ser respondidas por estes estudos.

Os ensaios clínicos randomizados são considerados os mais eficazes na investigação causal, pois possuem o poder de assegurar que a “causa” precede o “efeito”, porém não são adequados para algumas intervenções; neste caso, os resultados de estudos quase experimentais e não-experimentais devem ser revisados como foram na elaboração da presente revisão sistemática, a qual deve ser considerada como ponto de partida para a elaboração de recomendações à prática clínica de enfermagem.

No momento, precisamos realizar estudos experimentais ou quase-experimentais, cujos resultados ofereçam, validade para obtenção de padrões satisfatórios para o cuidado da fístula, como também é fundamental a contribuição das enfermeiras assistenciais na forma de conduzirem os estudos clínicos controlados, pois é importante que a sua experiência prática seja incorporada ao seu campo de atuação. Assim, reforçamos que a prática baseada em evidências é uma fonte de constante inovação.

Portanto, consideramos que a utilização dos resultados de pesquisa, de maneira organizada é importante para mensurar a qualidade das intervenções de enfermagem prestada, por trazer benefícios ao paciente laringectomizado total, inclusive na questão da fístula faringocutânea.

As diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas podem reduzir custos, assim a relação custo/benefício é um aspecto importante a ser considerado pelos profissionais de saúde, principalmente, questões relacionadas à estada do paciente na unidade hospitalar e às complicações que podem ocorrer no transcorrer do seu tratamento.

A incorporação dos resultados de pesquisa na prática requer, tanto por parte da equipe de enfermagem como da equipe multiprofissional, uma avaliação contínua dos resultados obtidos.

No Brasil, não identificamos na literatura diretrizes clínicas para o cuidado da fístula faringocutânea, ou índices que demonstrem os gastos com esse de cuidado, mas por outro lado, a indústria farmacêutica tem expandido seu campo de atuação, oferecendo produtos que aceleram a cicatrização de feridas, no tratamento conservador. É essencial elucidar que mesmo com todo esse avanço e a compreensão do processo de cicatrização, a prática de cuidados com a fístula continua sendo fragmentada e baseada na tradição, pela falta de pesquisas na área que comprovem a efetividade da prática empreendida ou pela dificuldade de acesso aos recursos tecnológicos disponíveis.

Como sabemos a pesquisa é essencial para o avanço da ciência na área da enfermagem e a sua aplicação otimiza a assistência, pois poderá rever a diminuição de custos dos cuidados a saúde e crescimento profissional pela renovação do conhecimento e conseqüentemente mudanças na prática profissional. A prática baseada em evidências contribuirá no desenvolvimento do julgamento clínico da enfermeira na área oncológica, proporcionando uma melhor avaliação, planejamento e implementação da assistência de enfermagem.

Esta revisão sistemática constitui um passo inicial nesta temática, abrindo um leque de possibilidades para futuras pesquisas. Assim poderemos aprofundar a discussão da aplicação dos conhecimentos oriundos das evidências científicas na prática.

Nesta revisão sistemática não foi possível realizar a metanálise, em virtude dos estudos analisados não satisfazerem os pressupostos da mesma.

Esperamos ter contribuído também na reflexão sobre a qualidade do cuidado prestado ao laringectomizado com fístula faringocutânea ao discorrermos sobre as intervenções de enfermagem, em todo o período perioperatório.

Esta pesquisa possibilitou a construção de um novo paradigma da enfermagem cirúrgica brasileira, a respeito da utilização dos resultados de pesquisa na prática, ou seja, a prática baseada em evidências científicas por meio da qual a enfermeira poderá ampliar o alcance dos resultados das suas intervenções.

Referências

*

AKYOL, M.U.; ÖZDEM, C.; ÇELIKKANAT, S. Early oral feeding after total laryngectomy. **ENT J.**, p.28-30, 1995.

ALGORITMO da estratégia da revisão sistemática. Disponível em www.centrocochranedobrasil.org. Acesso: 30 de maio de 2001.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Disponível em: <http://www.cancer.org/statistic/96ctt/tacts.html>. Acesso: 17 de fevereiro de 2003.

ATALLATH, N.A.; CASTRO, A.A. Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica. **Rev. Diag. Trat.**, v.3,n.2 p.50-58, 1998.

ATALLATH, N.A.; CASTRO, A.A. Revisão sistemática da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. Disponível em www.centrocochranedobrasil.org. Acesso: 5 de julho de 2002.

ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BAJAY, H.M.; JORGE, S.A.; DANTAS, S. R. P. E. Técnicas básicas para a realização de curativos no âmbito hospitalar. IN: JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

BERGEL, S. Über Wirkungen des fibrins. Dtsch Med. Wochenschr. v.35, n.633, 1944.

* Normatizado de acordo com ABNT 6023 e a versão mais atualizada (2003), segundo as Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso.

BONASSA, E. M. A. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.1-21.

BORGES, E.L. Limpeza e desbridamento. In: BORGES, E.L.; SAAR, S.R.C.; LIMA, V.L.A.N.; GOMES, F.S.L.; MAGALHÃES, M.B.B. **FERIDAS: como tratar**. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica Ltd., 2001.

BREAU, R. L.; CLAYMAN, G. L. Gene therapy. In: HARRISON, L. B.; SESSIONS, R. B.; HONG, W. K. **Head and neck cancer a multidisciplinary approach**. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1999. Cap. 41, p.1029-38.

BRITO, S. O nutricionista na avaliação e no tratamento de pacientes portadores da ferida. IN: JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2003.

BROWNSON, R. C.; CHANG, J. C. Exposure to alcohol and tobacco and the risk of laryngeal cancer. **Arch. Environ. Health**, v.42, n.4, p.192-6, 1987.

BULCKLEY, G. Surgical treatment of head and neck cancer: general principles and car. In: FEBER, T. **Head and neck oncology nursing**. London: Whurr Publishers, 2000.

CAMARGO, B. de. Oncogênese. IN: AYOUB, A.C.; FONTES, A.L.C.; SILVA, M. A .A .da.; ALVES, N.R.CH.; GIGLIOTTE, P.; SILVA, Y.B.. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000.

CARPENITO, L.J. **Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 6ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CARPER, E.; MCGURE, M.; BOLOND, N. Heat and neck cancer nursing. . In: HARRISON, L. B.; SESSIONS, R. B.; HONG, W. K. **Head and neck cancer a multidisciplinary approach**. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1999. Cap.11, p.179-95.

Referências

CARRILLO, F. G.; CUEVAS, S. R.; VAZQUEZ, F. G. et al. Administración Perioperatória de antibióticos para la prevención de infecciones en laringectomía. **An ORL Mex.**, v.40, n.2, p.82-4, 1995.

CARVALHO, M. B. de. **Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia**. São Paulo: Atheneu, 2001.

CASSILETH, B. R.; CHAPMAN, C. C. Alternative medicine and complimentary therapies. **Cancer**, v.77, n.6, p.1026-34, 1996.

CAVALOT, A.; GERVASIO, C. F.; NAZIONALE, G. et al. Pharyngocutaneous fistula as a complication of total laryngectomy: Review of the literature and analysis of case records. **Otolaryngol. Head Neck Surg.**, v.123, n.5, p.587-92, 2000.

CAVANAGH, S. J. Utilizing research findings in nursing: policy and practice considerations. **J. Adv. Nurs.** V. 5, n.24, p1083-1088, 1996.

ÇELIKKANAT, S.; KOÇ, C.; AKYOL, M. U. et al. Effect of blood transfusion on tumor recurrence and postoperative pharyngocutaneous fistula formation in patients subjected to total laryngectomy. **Acta Otolaryngol.**, v.115, p. 566-8, 1995.

CENTRO COCHRANE DO BRASIL. Disponível em www.centrocochranedobrasil.org. Acesso: 5 de julho de 2002.

CHEE, N.; SIOU, J. K. Pharyngocutaneous fistula after laryngectomy: incidence, predisposing factors and outcome. **Singapore Med. J.**, v.40, n.3, p130-2, 1999.

CLOSS, S. J.; CHEARTER, F. M. Evidence for nursing practice: a clarification of the issues. **J. Adv. Nurs.**, v.30, p10-7, 1999.

CODY, T.; FUNK, G. F.; WAGNER, D. et al. The use of granulocyte colony stimulating factor to promote wound healing in a neutropenic patient after head and neck surgery. **Head & Neck**, v. 21, n.2, p.172-5, March 1999.

COOK, D. J.; MULROW, C. D.; HAYNES, R. B. Synthesis of best evidence for clinical decisions. **Ann. Intern Med.**, v.126, 376-80, 1997.

COX, J. D.; PAJAK, T. F.; MARCIAL, V. A. et al. Dose-response for local control with hyperfractionated radiation therapy in advanced carcinomas of the upper aerodigestive tracts: preliminary report of radiation therapy oncology group protocol 83-13. **Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.**, v.8, n.515, 1990.

CULLEN, K. J.; NEWKIRK, K. Future directions in chemotherapy for head and neck cancer. In: HARRISON, L. B.; SESSIONS, R. B.; HONG, W. K. **Head and neck cancer a multidisciplinary approach**. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1999.

CUNHA-GOMES, D.; KAVARANA, N. M. The surgical treatment of post-laryngectomy pharyngocutaneous fistulae. **Acta Chir. Plast.**, v.43, n.4, p.115-118, 2001.

CUZZEL, J. Choosing A Wound Dressing. **Geriatric Nursing**. v.18, n.6, p.260-265, Nov., 1997.

CYR, M.H.; HICKEY, M.M. HIGGINS, T.S. Tracheal, esophageal, conditions and care. IN: HARRIS, L.L.; HUNTOON, M.B. **Core Curriculum for otorhinolaryngology and head-neck nursing**. United States of America: Society of Otorhinolaryngology and Head-Neck Nurses, Inc., 1998.

DAVIDSON, J.; BRIANT, D.; GULLANE, P. et al. The role of surgery following radiotherapy failure for advanced laryngopharyngeal cancer. **Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.**, v.120, p.269-276, March 1994.

DE LA CUESTA BENJUMEA, A. Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. **Investigación en Enfermería**, v. 15, n.2, p.13-24, 1997.

DE STEFANI, E.; OREGGIA, F.; RIVERO, S.; FIERRO, L. Hand-rolled cigarette smoking and risk of cancer of the mouth, pharynx and larynx. **Cancer**, v.70, n.3, p.679-682, 1992.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

Referências

DEL GIGLIO, A. Cancerologia do passado ao futuro. **Rev. Soc. Bras. Cancerol.**, n.17, 2002.

DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS LARYNGEAL CANCER STUDY GROUP. Induction chemotherapy plus radiation in patients with advanced laryngeal cancer. **N. Engl. J. Med.**, v.324, p.1685, 1991.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; GEISLER, A. C. **Planos de cuidado de enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.174-188.

DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F. **Diagnóstico e intervenção em enfermagem.** 5ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

DOWS, F. Research as a survival technique. **Journal of Advanced Nursing.** v.45, p323, 1996.

EAKIN, R. Câncer de cabeça e pescoço IN:SPENCE, R. A. J.; JOHNSTON,P.G. **Oncologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

EVANS, D. The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. **JAN**, v.37, n.1, p.8-18, 2002.

FABRIZIO, T.; DONATI, V. NAVA, M. Repair of the pharyngocutaneous fistula with a fasciocutaneous island flap pedicled on the superficial temporalis artery. **Plast. Reconstr. Surg.**, v. 106, n.7, p.1573-1576, December 2000.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais.** 3ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 1996.

FORASTIERE, A.; KOCH, W.; TNOTTI, A.; SIDRANSKY, D. Head and neck cancer. **N. Engl. J. Med.**, v.345, n.26, p.1890-1900, December 2001.

FRADIS, M.; PODOSHIN, L.; DAVID, J. B. Post-laryngectomy Pharyngocutaneous fistula-a still unresolved problem. **J. Laryngol. Otol.**,v.109, p.221-224, 1995.

Referências

FRENCH, P. The development of evidence-based nursing. **J. Adv. Nurs.**, v.29, p72-78, 1999.

FRIEDLAND, D. J.; GO, A. S.; DAVOREN, J. B. et al. **Medicina baseada em evidências: uma estrutura para a prática clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

FRIEDMAN, M.; VENKATESAN, T. K.; YAKOVLEV, A. et al. Early detection and treatment of postoperative pharyngocutaneous fistula. **Otolaryngol. Head and Neck Surg.**, v.121, n.4, p.378-380, October 1999.

FU, K. K. Future directions in radiation therapy. In: HARRISON, L. B.; SESSIONS, R. B.; HONG, W. K. **Head and neck cancer a multidisciplinary approach**. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1999. Cap. 39, p.999-1013.

GALVÃO, M.L.S.; LEITE JÚNIOR, H.B. Reconstrução da faringe e do esôfago cervical. In: NORANHA, M. J. R. de.; DIAS, F. L. **Câncer da laringe: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

GÁLVEZ TORO, A. **Enfermería basada en la evidencia**. España: Fundación Index, 2001.

GÁLVEZ TORO, A. Práctica clínica basada en la evidencia: una aproximación bibliográfica. España: **Index de Enfermería**, v.27, p.54-56, 1999.

GARNICA, L.; CHÁVEZ, M. Enfermería basada en la evidencia: una estrategia para mejorar la práctica clínica. TEA Sanatorio Mater Dei n.45, p.30-34 diciembre 2001.

GAVILÁN, J.; PRIM, P.; HERRANZ, J. et al. Speech results and complications of near-total laryngectomy. **Ann. Otol. Laryngol.**, v.105, p.729-733, 1996.

GOL-FREIXA J. M.; DEL LLANO SEÑARIS, E.. El fenómeno de la medicina basada en la evidencia. **Med.Clín. Supl.** 112, p.3-8, 1999.

Referências

GOMES, F.S.L.; BORGES, E.L. Coberturas. In: BORGES, E.L.; SAAR, S.R.C.; LIMA, V.L.A.N.; GOMES, F.S.L.; MAGALHÃES, M.B.B. **FERIDAS: como tratar**. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica Ltd., 2001.

GOMES, M. M. da. **Medicina em evidências: princípios e práticas**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.

GREENER, J.; GRIMSHAW, J. Using meta-analysis to summarise evidence within systematic reviews. **Nurs. Res.**, v.4, p.27-38, 1996.

GUNTINAS-LICHIUS, O.; ECKEL, H. E. Temporary reduction of salivation in laryngectomy patients with pharyngocutaneous fistulas by Botulinum Toxin A injection. **Laryngoscope**, v.112, p.187-189, January 2002.

HERRANZ, J.; SARANDESES, A.; FERNÁNDEZ, M. F. et al. Complications after total laryngectomy in nonradiated laryngeal and hypo pharyngeal carcinomas. **Otolaryngol. Head Neck Surg.**, v.122, n.6, p.892-898, June 2000.

HICKS, C.; HENNESSY, D. Mixed messages in nursing research: their contribution to the persisting hiatus between evidence and practice. **J. Adv. Nurs.**, v.25, p.595-601, 1997.

HIER, M.; BLACK, M. J.; LAFOND, G. Pharyngo-cutaneous fistulas after total laryngectomy: incidence, etiology and outcome analysis. **J. Otolaryngol.** v.22, p. 164-166, 1993.

ÍKIZ, A. Ö.; UÇA, M.; GÜNERI, E. A. et al. Pharyngocutaneous fistula and total laryngectomy: possible predisposing factors, with emphasis on pharyngeal myotomy. **J. Laryngol. Otol.**, v. 114, p.768-771, October 2000.

IMAUCHI, Y.; ITO, K.; TAKASAGO, E. et al. Stomal recurrence after total laryngectomy for squamous cell carcinoma of the larynx. **Otolaryngol. Head Neck Surg.**, v.126, n.1, p.63-66, January 2002.

INTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Epidemiologia Disponível em: <http://www.inca.org.br>. Acesso em: 28 de agosto de 2002.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KIMURA, Y.; TOJIMA, H.; NAKAMURA, T. et al. Deltopectoral flap for one-stage reconstruction of pharyngocutaneous fistulae following total laryngectomy. **Acta Otolaryngol.**, Suppl. 511, p.175-178, 1994.

KITSON, A.; BANA, L.; HARVEY, G. et al. From research to practice: one organizational model for promoting research-based practice. **J. Adv. Nurs.**, v.23, p.430-440, 1996.

KLEINBAUM, D.G. Survival analysis module series. North Caroline: University of North Caroline at Chapel Hill, 1989. p.270.

KOROLKOVAS, A. **Dicionário terapêutico Guanabara 1995/1996**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

KRASNER, D. How to use red-yellow-black system. **American J. Nurs.** v.95, p.44-47, May, 1995.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas** 5ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1998.

LAU, J.; IOANNIDIS, J. P.; SCHMID, C. H. Qualitative synthesis in systematic reviews. **Ann. Internal Med.**, v.127, p.820-826, 1997.

LEHN, C. N. Preparo pré-operatório e suporte e trans-operatório para a cirurgia de cabeça e pescoço do paciente cardiopata: o que o cirurgião deve saber. IN: CARVALHO, M. B. de. **Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia**. São Paulo: Atheneu, 2001.

LEIBEL, S. A.; SCOTT, C. B.; MOHIUDDIN, M. et al. The effect of local-regional control on distant metastatic dissemination in carcinoma of the head and neck: results of an analysis from the RTOG head and neck database. **Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.**, v.21, p.549, 1991.

LEITE, I. C. G.; KOIFMAN, S. Revisão dos fatores de risco para o câncer de boca e faringe. **Rev. Bras. Cancerol.**, v.44, n.4, p.317-325, 1998.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LÓPEZ, A. J.; QIZILBASH, L. La medicina basada em pruebas: revisiones sistemáticas. La Colaboración Cochrane. **Med. Clin.** v.107, p.581-585, 1996.

LÓPEZ, M. O processo diagnóstico nas decisões clínicas: Ciência arte ética. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. Cap.10, p.145-162.

MAGAREY, J. M. Elements of a systematic review. **Int. J. Nurs. Practice**, v.7, p.376-382, 2001.

MAGRIN, J.; KOWALSKI, L. P. Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos a esvaziamento cervical radical bilateral simultâneo. **Acta Oncol. Bras.**, v.16, n.1, p.3-11, Jan.-Fev.-Mar. 1996.

MAOR, M. H.; ERRINGTON, R. D.; CAPLAN, R. J. et al. Fast-neutron therapy in advanced head and neck cancer: a collaborative international randomized trial. **Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.**, v.32, p.599, 1995.

MATRAS, .H. The use of fibrin sealant in oral and maxillofacial surgery. **J.Oral Maxilloface Surg.** v.40, n.61-622, 1982.

McCOMBE, A. W.; JONES, A. S. Raditherapy and complications of laryngectomy. **J. Laryngol. Otol.**, v.107, p.130-132, February 1993.

MEAD, M. O.; RICHARDSON, W. S. Selecting and appraising studies for a systematic review. **Annals. of Internal Medicine**, v.127, p.531-537, 1997.

MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. Cuidados de **Enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

MENDENHALL, W.M.; AMDUR, R.J.; HINERMAN, R.W.; VILLARET, D. B.; SIEMANN, D.W. Postoperative radiation therapy for squamous cell carcinoma of the head and neck. **Am. J. Otolaryngol.** v.24, n.1 (January-February), p.41-50, 2003.

MENEZES, M. B. Preparo pré-operatório e suporte trans-operatório para a cirurgia de cabeça e pescoço do paciente pneumopata crônico : o que o cirurgião deve saber. IN: CARVALHO, M. B. de. **Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia**. São Paulo: Atheneu, 2001.

MILLER, C. L. A review of symptoms of coronary artery disease in women. **JAN**, v.39, n.1, p.17-23, 2002.

MORAIS, J. Indicações e alternativas da reconstrução microcirúrgica no tratamento dos tumores de cabeça e pescoço. IN: CARVALHO, M. B. de. **Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia**. São Paulo: Atheneu, 2001.

MORENO, A.B.; LOPES, C.S. Avaliação da qualidade de vida em pacientes laringectomizados: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde publica, Rio de Janeiro**, v.18, n.1, p.81-92, 2002.

MOSES, B. L.; EISELE, D. W.; JONES, B. Radiologic assessment of the early postoperative total-laryngectomy patient. **Laryngoscope**, v. 103, n. 10, p. 1157-1160, October 1993.

NADILIN, W.; AGUILAR, P.B. Complicações e seqüelas da radioterapia nos cânceres da laringe. IN: BRANDÃO, L. G.; FERRAZ, A. R. **Cirurgia de cabeça e pescoço: princípios técnicos e terapêuticos**. São Paulo: Roca, p.351-354, 1989.

NATVIG, K.; BOYSEN, M.; TAUSJO, J. Fistulae following laryngectomy in patients with irradiation. **J. Laryngol. Otol.**, v.107, p.1136-1139, December 1993.

NEUMANN, A.; SHULTZ-COULON, H. -J. Die frühe pharyngostomaanlage bei der therapie postoperativer pharynx fisteln. **Laryngo-Rhino-Otol.**, v.80, p.269-274, 2001.

Referências

NIESWIADOMY, R. M. **Foundations of nursing research**. 3ª ed. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1998.

NORANHA, M. J. R. de.; DIAS, F. L. **Câncer da laringe: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. Cap. 24, p. 215-224.

PAIXÃO, R.M. Indicações e alternativas dos retalhos miocutâneos na cirurgia dos tumores de cabeça e pescoço. IN: CARVALHO, M. B. de. **Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia**. São Paulo: Atheneu, 2001.

PAPAZOGLU, G.; TERZAKIS, G.; DOUNDOULAKIS, G. et al. Pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy: incidence, cause, and treatment. **Ann. Otol. Rhinol Laryngol.**, v.103, p.801-806, 1994.

PARIKH, S. R.; IRISH, J. C.; CURRAN, A. J. et al. Pharyngocutaneous fistulae in laryngectomy patients: the Toronto hospital experience. **J. Otolaryngol.**, v.27, n.3, p.136-140, 1998.

PEAT, B. G.; BOYD, J. B.; GULLANE, P. J. Massive pharyngocutaneous fistulae: salvage with two-layer flap closure. **Ann. Plastic Surg.**, v.29, n.2, p.153-156, August 1992.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PERES, O.; LADEIA, F. T.; AFFONSO JÚNIOR; VILLAR, R.C. Tratamento radioterápico de tumores da hipofaringe. In: CARVALHO, M. B. de. **Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia**. São Paulo: Atheneu, 2001.

POLETTI, N.A.A. **O cuidado de enfermagem a pacientes com feridas crônicas: a busca de evidências para a prática**. 2000. 269f. Dissertação Mestrado- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

RABHAE, G.N.; RIBEIRO-FILHO, N.; FERNANDES, A.T. Infecção do sítio cirúrgico. FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; RIBEIRO-FILHO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

RAY, L. Evidence and outcomes: agendas, presuppositions and power. **J. Adv. Nurs.**, v.30, p.1015-1026, 1999.

RIBEIRO, S.M.C.P. Soluções anti-sépticas em curativos. IN: JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2003.

ROA, W. H.; HAZUKA, M. B.; SANDLER, H. M. et al. Results of primary and adjuvant CT- based 3-climensional radiotherapy for malignant tumors of the paranasal sinuses. **Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.**, v.28, p.857, 1994.

ROSENBERG, W. DONALD, A. Evidence based medicine: an approach to clinicalproblem-solving. **Br. Med. J**, v.310, 1995.

ROZMAN, C.; MARIUS, F. Medicina basada em la evidencia. **Méd.Clin.** n.122, 1999, supl. 1.

SÁ, G. M. de. Cuidados pós-operatórios: complicações e seqüelas. In: BRANDÃO, L. G.; FERRAZ, A. R. **Cirurgia de cabeça e pescoço: princípios técnicos e terapêuticos**. São Paulo: Roca, 1989. v.1, p.159-166.

SACKETT, D. L.; RICHARDSON, W. S.; ROSEMBERG, W. et al. **Evidence based medicine: how to practice and teach EMB**. Londres: Churchil Livingstone, 1997.

SACKETT, D. L.; ROSENBERG, W. M. C.; MUIR, J. A. et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. **Br. Med. J.**, v.312, p.71-72, 1996.

SANTANA, M. E. de. **Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem comunicação prejudicada no pós-operatório mediato de paciente submetido a laringectomia total**. 2000. 109f. Dissertação Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Referências

SANTOS, E. M.M.; ARRUDA, V.L. Assistência de enfermagem câncer de cabeça e pescoço. IN: AYOUB, A.C.; FONTES, A.L.C.; SILVA, M. A .A. da.; ALVES, N.R.CH.; GIGLIOTTE, P.; SILVA, Y.B.. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000.

SAWADA, N. O.; ZAGO, M. M. F.; GALVÃO, M. C.et al. Complicações pós-operatórias nas laringectomias totais: um estudo retrospectivo. **Rev. Bras. Cancerol.**, v.44, n.1, p.35-41, 1998.

SEIKALY, H.; PARK, P. Gastroesophageal reflux prophylaxis decreases the incidence of pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy. **Laryngoscope**, v.105, n.11, p.1220-1222, November 1995.

SIEGGREEN, M.Y.; MAKLEBUST, J. Debridement: choices and challenges. **Advances in Wound Care**. v.10, n.2, p.32-37, March, 1997.

SIGLER, B. A. Nursing care for head and neck. In: THAWLEY, S. E.; BATSAKIS, W. R.; LINDBERG, J. G. **Comprehensive management of head and neck tumors**. 2ª ed. Philadelphia: B. Saunders, 1999. v.1.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SOARES, B.G.O. Medicina baseada em evidências colaboração Cochrane revisão sistemática e metanálise.Disponível em: [www. Unifesp.br/suplem/cochrane](http://www.Unifesp.br/suplem/cochrane). Acesso: 15 de outubro de 2002.

SOARES, J. R. N. Tumores malignos da hipofaringe. IN: BARBOSA, M. M.; SÁ, M. G.; LIMA, R. A. **Diagnóstico e tratamento dos tumores de cabeça e pescoço**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SOUZA, V. T. **Enfermeiros que trabalham com terapias complementares: conhecendo sua prática**. 1999. Dissertação Mestrado. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina da UNIFESP, 1999.

Referências

SOYLU, L.; KIROĞLU, M.; AYDOĞAN, B. et al. Pharyngocutaneous fistula following laryngectomy. **Head & Neck**, p.22-25, January 1998.

STETLER, C. B.; BRUNELL, M.; GUILIANO, R. R. et al. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. **JONA**, v.28, p.45-53, 1998.

TEIXEIRA, G. A. Cuidados pré-operatórios. In: BRANDÃO, L. G.; FERRAZ, A. R. **Cirurgia de cabeça e pescoço: princípios técnicos e terapêuticos**. São Paulo: Roca, 1989. v.1. p.153-7.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6ªed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TOMEK, M.S.; McGUIRT W.F. Second head and neck cancers and tobacco usage. **Am. J. Otolaryngol.**, v.24, n.1, p.24-27, January-February 2003.

TOMKINSON, A.; SHONE, G. R.; DINGLE, D. G. et al. Pharyngocutaneous fistula following total laryngectomy and post-operative vomiting. **Clin. Otolaryngol.**, v.21, p.369-370, 1996.

TORIUMI, D.M.; O'GRADY, K. Surgical tissue adhesives in otolaryngology-head and neck surgery. **Otolaryngol. Clin. North Am.** v.27, n.203-209, 1994.

UDAIPURWALA, I. H.; IQBAL, K.; JALISI, M. Pharyngocutaneous fistula following laryngectomy. **JPMA**, v.45, n.5, p.130-132, May 1995.

VICENTE, J.; LÓPEZ-CORTIJO, ARELLANO, B. et al. Estudio retrospectivo de las complicaciones en la cirugía del cáncer de laringe. **Acta Otorrinolaringol.**, Esp. v.50, n.1, p.51-55, 1999.

VIEIRA, S. L. Tratamento radioterápico. In: NORANHA, M. J. R. de.; DIAS, F. L. **Câncer da laringe: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

VIRTANIEMI, J.A.; KUMPULAINEN, E.J.; HIRVIKOSKI, P.P. et al. The incidence and etiology of postlaryngectomy pharyngocutaneous fistulae. **Head & Neck**. p29-33, January 2001.

Referências

VOLLING, P.V.; SINGELMANN, H.; EBELING, O. Inzidenz von speichelfisteln in abhängigkeit vom zeitpunkt einer oralen ernährung nach laryngektomie. **HNO**, v.49 p.276-282, 2001.

WALDER, F. Preparo pré-operatório e suporte e trans-operatório para a cirurgia de cabeça e pescoço do paciente diabético: In: CARVALHO, M. B. de. **Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia**. São Paulo: Atheneu, 2001.

WANG, C. -P; TSENG, T. -C.; LEE, R. C. et al. The techniques of nonmuscular closure of hypopharyngeal defect total laryngectomy: the assessment of complication and pharyngoesophageal segment. **J. Laryngol. Otol.**, v.111, p.1060-1063, 1997.

WARRICK, P. D.; IRISH, J. C.; GILBERT, R.; BROWN, D.; GULLANE, P. Use of alternative medicine among patients with head and neck cancer. **Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.**, v.125, n.5, p.573-579, May 1999.

WATRET, L. Know How: management of wound exsudato. **Nursing Times**. v.93, n.23, p.45-46, July, 1997.

WEISLER, M. C. Management of complications resulting from laryngeal cancer treatment. **Otolaryngol. Clin. North Am.**, v.30, n.2, p.269-278, April 1997.

WISEMAN, S.; HICKS JR., W.; LOREE, T. et al. Fibrin glue-reinforced closure of postlaryngectomy pharyngocutaneous fistula. **Am. J. Otolaryngol.**, v.23, n.6, p.368-373, November-December 2002.

WITHERS, H. R.; THAMES, H. D. Dose fractionation and volume effects in normal tissues and tumors. **Am. J. Clin. Oncol.**, v.11, n.3, p.313-329, June 1988.

WORTLEY, P.; VAUGHAN, T. L.; DAVIS, S.; MORGAN, M. S.; THOMAS, D. B. A case-control study of occupational risk factors for laryngeal cancer. **Br. Ind. Med.**, v.49, n.12, p.837-844, 1992.

YAMADA, B.F.A. O processo de limpeza de feridas. In: JORGE, S. A.; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

Referências

YAMAOKA, A. M.; ARAÚJO FILHO, V. J. F. Traqueostomia. In: BRANDÃO, L. G.; FERRAZ, A. R. **Cirurgia de cabeça e pescoço: princípios técnicos e terapêuticos**. São Paulo: Roca, 1989.

ZAGO, M.M.F.; SAWADA, N. O.; STOPA, M.G.R.; MARTINEZ, E.L. O significado cultural de ser laringectomizado. **Rev. Bras. Cancerol.**, v.44, p.139-45, 1998.

ZBÄREN, P.; GREINER, R.; KENGELBACHER, M. Stomal recurrent after laryngectomy: An analysis of risk factors. **Otolaryngol. Head Neck Surg.**, v.114, n.4, p.569-575, 1996.

ZINIS, L. O. R. de.; LORENZO, F.; TOMENZOLI, D. et al. Poslaryngectomy pharyngocutaneous fistula: incidence, predisposing factors, and therapy. **Head & Neck**, v.21, n., p.131-138, March 1999.

APENDICE A

Lista dos Estudos Incluídos na Revisão Sistemática.

- 1) CHEE, N.; SLOW, J.K. Pharyngocutaneous fistula after laryngectomy: incidence, predisposing factors and outcome. **Singapore Medical Journal**. v.40, n.3, p130-2, 1999.
- 2) ZINIS, L.O.R.; LORENZO, F.; TOMENZOLI, D.; PREMOLI, G.; PARRINELLO, G.; NICOLAI, P. Poslaryngectomy pharyngocutaneous fistula: incidence, predisposing factors, and therapy. **Head & Neck**. v.21, n.2, Mar. p131-8, 1999.
- 3) PAPAZOGLU, G.; TERZAKIS, G.; DOUNDOULAKIS, G.; DOKIANAKIS, G. Pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy: incidence, cause, and treatment. **Ann Otol Rhinol Laryngol**. v.103, p801-6, 1994.
- 4) McCOMBE, A.W.; JONES, A.S. Radithery and complications of laryngectomy. **Journal of Laryngology and Otology**. v.107, February, p.130-132, 1993.
- 5) FRIEDMAN, M.; VENKATESAN, T.K.; YAKOVLEV, A. et al. Early detection and treatment of postoperative pharyngocutaneous fistula. **Otolaryngology Head and Neck Surgery**. v.121, October, n.4, p.378-380, 1999.
- 6) KIMURA, Y.; TOJIMA, H.; NAKAMURA, T. et al. Deltopectoral flap for one-stage reconstruction of pharyngocutaneous fistulae following total laryngectomy. **Acta Otolaryngol**. Suppl. 511, p.175-178, 1994.
- 7) İKİZ, A. Ö.; UÇA, M.; GÜNERİ, E.A. et al. Pharyngocutaneous fistula and total laryngectomy: possible predisposing factors, with emphasis on pharyngeal myotomy. **The Journal of Laryngology & Otology**. v. 114, October, p.768-771, 2000.
- 8) TOMKINSON, A.; SHONE, G.R.; DINGLE, D.G. et al. Pharyngocutaneous fistula following total laryngectomy and post-operative vomiting. **Clin. Otolaryngol**. v.21, p.369-370, 1996.

- 9) FRADIS, M.; PODOSHIN, L. DAVID, J.B. Post-laryngectomy Pharyngocutaneous fistula-a still unresolved problem. **The Journal of Laryngology and Otology**. v.109, p.221-224, 1995.
- 10) GAVILÁN, J.; PRIM, P.; HERRANZ, J. et al. Speech results and complications of near-total laryngectomy. **Ann. Otol. Laryngol.** v.105, p.729-733, 1996.
- 11) MOSES, B.L.; EISELE, D.W.; JONES, B. Radiologic assessment of the early postoperative total-laryngectomy patient. **Laryngoscope**. v.103, October, 1993.
- 12) CAVALOT, A.; GERVASIO, C.F.; NAZIONALE, G. et al. Pharyngocutaneous fistula as a complication of total laryngectomy: Review of the literature and analysis of case records. **Otolaryngology Head and Neck Surgery**. v.123, n.5, p.587-592, 2000.
- 13) FABRIZIO, T.; DONATI, V. NAVA, M. Repair of the pharyngocutaneous fistula with a fasciocutaneous island flap pedicled on the superficial temporalis artery. **Plastic and Reconstructive surgery**. December, 2000.
- 14) NATVIG, K.; BOYSEN, M.; TAUSJO, J. Fistulae following laryngectomy in patients with irradiation. **The Journal of Laryngology and Otology**. v.107, p.1136-1139, December, 1993.
- 15) GUNTINAS-LICHIUS, O.; ECKEL, H.E. Temporary reduction of salivation in laryngectomy patients with pharyngocutaneous fistulas by Botulinum Toxin A Injection. **Laryngoscope**. v.112, p. 187-189, January, 2002.
- 16) IMAUCHI, Y.; ITO, K.; TAKASAGO, E. et al. Stomal recurrence after total laryngectomy for squamous cell carcinoma of the larynx. **Otolaryngology Head and Neck Surgery**. v.126, n.1, p.63-66, January, 2002.
- 17) HERRANZ, J.; SARANDESES, A.; FERNÁNDEZ, M.F. et al. Complications after total laryngectomy in nonradiated laryngeal and hypopharyngeal carcinomas. **Otolaryngology Head and Neck Surgery**. v.122, n.6, p.892-898, June, 2000.

- 18) WISEMAN, S.; JR HICKS, W. LOREE, T. et al. Fibrin Glue-Reinforced closure of postlaryngectomy pharyngocutaneous fistula. **American Journal of Otolaryngology**. v.23, n.6, p.368-373, November-December, 2002.
- 19) DAVIDSON, J.; BRIANT, D.; GULLANE, P. et al. The role of surgery following radiotherapy failure for advanced laryngopharyngeal cancer. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg.**, v.120, p.269-276, Mar.,1994.
- 20) ZBÄREN, P.; GREINER, R.; KENGELBACHER, M. Stomal recurrent after laryngectomy: An analysis of risk factors. **Otolaryngology Head and Neck Surgery**. v.114, n.4, p.569-575, 1996.
- 21) SEIKALY, H.; PARK, P. Gastroesophageal reflux prophylaxis decreases the incidence of pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy. **Laryngoscope**. v.105, n.11, p.1220-1222, November, 1995.
- 22) AKYOL, M.U.; ÖZDEM, C.; ÇELIKKANAT, S. Early oral feeding after total laryngectomy. **ENT Journal**. p.28-30, 1995.
- 23) PARIKH, S.R.; IRISH, J.C.; CURRAN, A.J. et al. Pharyngocutaneous fistulae in laryngectomy patients: The Toronto hospital experience. **The Journal of Otolaryngology**. v.27, n.3, p.136-140, 1998.
- 24) VICENTE, J.; LÓPEZ-CORTIJO, ARELLANO, B. et al. Estudio retrospectivo de las complicaciones en la cirugía del cáncer de laringe. **Acta Otorrinolaring. Esp**. v.50, n.1, p.51-55, 1999.
- 25) PEAT, B.G.; BOYD, J.B.; GULLANE, P.J. Massive pharyngocutaneous fistulae: salvage with two-layer flap closure. **Annals of Plastic Surgery**. v.29, n.2, p.153-156, August, 1992.
- 26) CUNHA-GOMES, D.; KAVARANA, N.M. The surgical treatment of post-laryngectomy pharyngocutaneous fistulae. **Acta Chirurgiae plasticae**. v.43, n.4, p.115-118, 2001.

- 27) UDAIPURWALA, I.H.; IQBAL, K.; JALISI, M. Pharyngocutaneous fistula following laryngectomy. **JPMA**. v.45, n.5, p.130-132, May, 1995.
- 28) CODY, T.; FUNK, G.F.; WAGNER, D. et al. The use of granulocyte colony stimulating factor to promote wound healing in a neutropenic patient after head and neck surgery. **Head & Neck**. p.172-175, March, 1999.
- 29) VIRTANIEMI, J.A.; KUMPULAINEN, E.J.; HIRVIKOSKI, P.P. et al. The incidence and etiology of postlaryngectomy pharyngocutaneous fistulae. **Head & Neck**. p29-33, January 2001.
- 30) CAMPOS NAVARRO, L.A.; LLANOS MANZANO, M.V. Complicaciones del tratamiento quirúrgico en pacientes con carcinoma de laringe. *An. ORL. MEX.* v.42, n.1 p.35-37, 1997.
- 31) SOYLU, L.; KIROĞLU, M.; AYDOĞAN, B. et al. Pharyngocutaneous fistula following laryngectomy. **Head & Neck**. p.22-25, January, 1998.
- 32) CHING-PING, W.; TZU-CHAN, T.; RHEUN-CHUAN, L. et al. The techniques of nonmuscular closure of hypopharyngeal defect total laryngectomy: the assessment of complication and pharyngoesophageal segment. **The Journal of Laryngology and Otology**. v.111, p.1060-1063, 1997.
- 33) NEUMANN, A.; SHULTZ-COULON, H.-J. Die frühe pharyngostomaanlage bei der therapie postoperativer pharynxfisteln. **Laryngo-Rhino-Otol**. v.80, p.269-274, 2001.
- 34) VOLLING, P.V.; SINGELMANN, H.; EBELING, O. Inzidenz von speichelfisteln in abhängigkeit vom zeitpunkt einer oralen ernährung nach laryngektomie. **HNO**. v.49 p.276-282, 2001.
- 35) ÇELIKKANAT, S.; KOÇ, C.; AKYOL, M.U. et al. Effect of blood transfusion on tumor recurrence and postoperative pharyngocutaneous fistula formation in patients subjected to total laryngectomy. *Acta Otolaryngol.* v.115, p. 566-568, 1995.

36) CARRILLO, F.G.; CUEVAS, S.R.; VAZQUEZ, F.G. et al. Administración Perioperatoria de antibióticos para la prevención de infecciones en laringectomía. **An ORL Mex.** v.40, n.2, p.82-84, 1995.

37) WEISLER, M.C. Management of complications resulting from laryngeal cancer treatment. **Otolaryngologic Clinics of North America.** v.30, n.2, p.269-278, April, 1997.

38) Observação: O artigo de número 38 foi excluído por trata-se de um estudo com coelhos.

APÊNDICE B

Fístula Faringocutânea após Laringectomia Total Características dos Estudos Incluídos.

ESTUDO	MÉTODO	PARTICIPANTE	TRATAMENTO	RESULTADO

OBSERVAÇÕES:

APÊNDICE B

COLETA DE DADOS

1 Identificação

1.1 Título do Artigo

1.2 Autores

1.3 País, idioma e ano de publicação

1.4 Instituição onde se realizou o estudo :

-Tipo:

(1) Hospital

(2) Universidade

(3) Centro de Pesquisa

(4) Outros: _____

(5) Não identifica

-Característica:

(1) Única (apenas 1 instituição envolvida)

(2) Múltipla (mais de uma instituição)

(3) Não identifica

1.5 Especialidade principal do periódico:

(1) Cirurgia de cabeça e pescoço

(2) Otorrinolaringologia

(3) Cancerologia

(4) Medicina Interna

Apêndice

(5) Saúde Pública

(6) Outras: _____

2. Características Metodológicas do Estudo

2.1 Desenho do estudo:

(1) Transversal

(2) Controle/longitudinal

(3) Caso controle

(4) Ensaio Clínico

(5) Estudos de Casos

(6) Outro: _____

(7) Não identifica

2.2 Amostra

2.3 Duração

2.4 Critérios de Inclusão.

2.5 Análise

2.6 Foram identificados possíveis vieses de seleção e/ou aferição?

(1) Sim Especificar: _____

(2) Não

(3) Não se aplica

Apêndice

2.7 Foi utilizada alguma estratégia para minimização de possíveis vieses de seleção e/ou aferição

(1) Sim Especificar:_____

(2) Não

(3) Não se aplica

2.8 Foram identificadas variáveis de confusão?

(1) Sim Especificar:_____

(2) Não

(4) Não se aplica

2.9 Foi utilizada alguma estratégia para minimização de variáveis de confusão?

(1) Sim Especificar:_____

(2) Não

(3) Não se aplica

3. Participante

3.1 Número

3.2 Idade

3.3 Sexo

Apêndice

3.4 Diagnóstico

3.5 História

4. Intervenções

(1) Fechamento cirúrgico da fístula

(2) Cuidados com a ferida

(3) Introdução da sonda nasogástrica

(4) Administração de antibióticos

(5) Outras: _____

5. Resultados (eficácia e desfecho)

OBSERVAÇÕES (detalhes das intervenções e comentários)

APÊNDICE C

Fístula Faringocutânea após a Laringectomia Total - Características dos Estudos Incluídos

Estudo	Métodos	Participantes	Tratamentos	Resultados
CHEE, N.; SIOW, J.K. 1999	Estudo de Casos	69 pacientes submetidos a laringectomia total.	Tratamento conservador da ferida inclui o uso da sonda nasogástrica; Curativos para ocluir a fenda salivar para manter a limpeza da ferida; Desbridamento da ferida; Fechamento cirúrgico da fístula.	A fístula faringocutânea ocorreu em 11 pacientes dos 69 pacientes submetidos a laringectomia total, obtendo uma incidência de 15.9%. Os resultados mostraram que a formação de fístula foi significativamente mais comum em pacientes que receberam a radioterapia pré-operatória ($p=0.001$) ou que submeteram a ressecção cirúrgica das margens do tumor ($p=0.018$). Desenvolvimento da fístula atrasou a alta hospitalar. Um paciente evoluiu para sepsis e morte. Onze pacientes com fístula, quatro necessitaram de intervenção cirúrgica para fechamento da fístula. Tendência ao reparo cirúrgico quando o tamanho da fístula era de >2cm.

Apêndice

OBSERVAÇÕES: Objetivos –Determinar a incidência da fístula faringocutânea em pacientes laringectomizados totais; -Identificar os fatores que contribuem para formação da fístula faringocutânea; -Analisar os resultados dos tratamentos desta complicação. Diagnóstico: carcinoma de células escamosas.

ANEXO A

Algoritmo da estratégia da Revisão Sistemática*

*Centro Cochrane do Brasil – www.centrocochranedobrasil.org