Oncologia e Hematologia
Edição IX

Capítulo 6

ANÁLISE DAS COMPLICAÇÕES E TEMPO DE SOBREVIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS A JEJUNOSTOMIA PALIATIVA

MARIA EDUARDA ALVES BORGES[1]
VINICIUS BASSO PRETI[2]
SAMIA BUSATO AYUB FATTOUCH[3]

1. Discente - Medicina na Pontifícia Universidade Católica do Paraná
2. Docente - Cirurgião Oncológico pelo Hospital Erasto Gaertner
3. Discente - Medicina na Pontifícia Universidade Católica do Paraná

***Palavras-Chave**: Jejunostomia; Câncer; Paliativo.*

DOI 10.59290/978-65-6029-173-7.6

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

No início dos cuidados da Medicina, o foco principal dos tratamentos era o alívio da dor e do sofrimento dos pacientes, uma vez que não se eram conhecidas curas para as doenças. Ademais, as cirurgias paliativas eram focadas em apenas três grandes emergências médicas: perfurações, obstruções e hemorragias.

Atualmente, a atenção da cirurgia paliativa está focada no alívio de sintomas crônicos referidos pelos pacientes, como: dor, náuseas e vômitos, icterícia, disfagia e dificuldade de se alimentar e anemia.

Além disso, no cenário atual, as cirurgias paliativas representam 12,5% dos procedimentos cirúrgicos realizados em um ano e é considerado inapropriado selecioná-la a fim de aumentar a sobrevida de um paciente, pois o objetivo principal é aumentar a qualidade de vida (THOMAY; JACQUES & MINER, 2009).

A cirurgia paliativa foi frequentemente associada à necessidade de hospitalização prolongada e altas taxas de morbidade e mortalidade (MINER, 2011), porém, atualmente, define-se como procedimento voltado ao alívio dos sintomas, à restauração dos órgãos afetados, à melhora da imagem corporal, a diminuir a necessidade de cuidados com o paciente, facilitar outros tipos de tratamento como quimio e radioterapia e, principalmente, oferecer conforto e qualidade de vida até à morte (ALCANTARA, 2008).

Entretanto, mesmo com a implantação e disseminação dos cuidados paliativos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1990, o Brasil possui somente 150 equipes especializadas em cuidados paliativos, e cerca de 24 a 68% dos óbitos registrados por ano no país se referem a pacientes que precisariam receber esses cuidados, mas não receberam (ALCANTARA, 2008; MELO, 2008).

Dentre as 10 neoplasias mais incidentes do Brasil, o câncer de esôfago geralmente possui seu diagnóstico tardio, em que o paciente se encontra em estágios mais avançados da doença, com uma média de sobrevida entre 4 e 6 meses. Sendo assim, promover uma via alimentar definitiva, aliviar a disfagia e melhorar a qualidade de vida desses pacientes são os principais objetivos da terapêutica (THULER; FORONES & FERRARI, 2006).

A população mais acometida é de homens, negros, com mais de 50 anos de idade e baixo nível socioeconômico, além de ser altamente associada ao tabagismo e ao etilismo. O tipo mais comumente encontrado é o carcinoma espinocelular (CEC) (THULER; FORONES & FERRARI, 2006).

Os sintomas mais comuns são: disfagia progressiva, odinofagia, desconforto ou dor retroesternal, dor epigástrica, náuseas e vômitos. Normalmente, os pacientes já são diagnosticados em fases avançadas, em que já há invasão tumoral local ou metástases, portanto os cirurgiões não conseguem traças planos de tratamento curativo, optando por colocação cirúrgica de gastrostomia ou jejunostomia como medidas paliativas, porém, sem alteração do tempo médio de sobrevida dos pacientes (QUEIROGA & PERNAMBUCO, 2006; GEVERS; MACKEN; HIELE & RUTGEERTS, 1998).

Contudo, se o carcinoma for detectado precocemente, há a possibilidade de tratamento cirúrgico de ressecção do tumor, dos linfonodos regionais e realizando a reconstrução do trânsito esofagogástrico (QUEIROGA & PERNAMBUCO, 2006).

O acesso à luz do jejuno proximal como terapia paliativa está indicado diante da necessidade prolongada de suporte alimentar. Esse acesso comumente se dá por via de laparotomia, laparoscopia ou endoscopia. Esse procedimento

pode ser indicado nos casos dos pacientes em estágio avançado de neoplasias de esôfago e estômago, a fim de estabelecer uma via de alimentação definitiva quando a deglutição e o apetite estão sendo prejudicados pelo quadro clínico (SANTOS *et al.*, 2011).

Visto isso, quando adequada, a terapia nutricional implantada melhora a resposta clínica e o prognóstico do paciente. Em pacientes oncológicos, destacam-se as des-nutrições calórica e proteica, causadas pela redução da ingestão de alimentos, pelas alterações metabólicas causadas pelo tumor e pelo aumento da demanda calórica causada pelo crescimento do tumor (MAURÍCIO, 2014).

Além do caráter paliativo, a jejunostomia também é indicada no pós-operatório de pacientes que realizaram procedimentos de grande porte de cabeça e pescoço e do trato digestivo superior, quando a nutrição pela via oral é impossibilitada ou não é atingida 60% da meta nutricional após 5-7 dias de pós-operatório.

Além disso, é altamente indicada em via definitiva de alimentação para pacientes com câncer de esôfago, possibilitando terapia nutricional por períodos mais longos, além de complicações da neoplasia, como fístulas traqueo-esofágicas (CHEN *et al.*, 2021; DE-AGUILAR-NASCIMENTO *et al.*, 2017). Entretanto, o ela pode implicar em muitas complicações graves, como sepse, derrame pleural e pneumonia aspirativa (GHOSH *et al.*, 2012).

Por fim, pacientes portadores de neoplasia de esôfago submetidos a intervenções cirúrgicas paliativas apresentam maiores índices de hipoalbuminemia, anemia, linfopenia e maior perda de peso quando comparados aos pacientes submetidos ao tratamento com intuito curativo, decorrente do próprio estado nutrícional associado à doença de base (MARIN; LAMÔNICA-GARCIA; HENRY & BURINI, 2010). Por sua vez, pacientes que passam por jejunostomia pré-operatória apresentam maior ganho de peso e aumento da albumina sérica (ENKINSON; LIM; AGRAWAL & MENZIES, 2007).

Com os avanços científicos e industriais do século XX, os médicos tinham como única terapia aceitável a cura das doenças, sem se preocupar com o conforto e bem-estar dos pacientes.

No seu início, a cirurgia paliativa se focava em três grandes emergências: perfuração, obstrução e hemorragias. A partir da modernização e humanização dos cuidados paliativos, notou-se uma mudança de objetivos para esses pacientes: agora os procedimentos de caráter paliativo visam aliviar sintomas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (THOMAY; JACQUES & MINER, 2009).

Como consequências dos anos voltados à cura das doenças sem prezar pelo conforto e pela qualidade de vida dos pacientes, a demanda pelo aumento da qualidade de vida ao invés da quantidade de vida se fez mais presente tanto por familiares quanto pelos profissionais da saúde.

Contudo, médicos ainda pecam na comunicação de más notícias aos pacientes, principalmente quando se trata de diagnóstico de câncer. Em estudo, há evidência que cerca de 20% dos pacientes recebem seus diagnósticos de maneira impessoal, sugerindo falta de conhecimento e/ou inabilidade de comunicação por parte dos médicos, acarretando uma má relação médico-paciente e até procura por outro profissional (MINER, 2011).

Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como cuidados paliativos os cuidados totais dados aos pacientes cujas doenças não respondem ao tratamento curativo. Desse modo, entre os fundamentos dos cuidados paliativos estão: controle dos sintomas nega-

tivos; controle da dor; comunicação com paciente, família e cuida-dores; cuidado multidisciplinar; planejamento integrado, envolvendo pacientes e familiares; conforto espiritual, suporte psicossocial e preparo para a morte (ALCANTARA, 2008).

Quando se fala sobre cirurgia paliativa, esta pode representar diferentes significados e objetivos, dependendo do cirurgião que a performa. Dessa maneira, pode significar: 1) cirurgia em que a origem dos sintomas não foi afetada, ou seja, foi realizada exclusivamente para alívio de sintomas e redução das complicações da doença de base; 2) cirurgia em que o tumor retirado apresenta massa residual; 3) cirurgia de doença recorrente ou persistente.

Além disso, pode representar a intenção do cirurgião ao performá-la, sendo que 41% das vezes é definida a partir da intenção pré-operatória, 32% após a avaliação pós-operatória e 27% com base no prognóstico do paciente (ALCANTARA, 2008; MELO, 2008).

A neoplasia de esôfago se encontra entre os dez mais incidentes do Brasil, possuindo ainda um diagnóstico muito tardio em que o tratamento curativo deixa de ser uma opção, na maioria dos casos. A média de sobrevida a partir do diagnóstico varia entre 4 e 6 meses, independentemente da terapêutica realizada.

Dessa maneira, o alívio da disfagia, possibilidade de administração de dieta e melhora da qualidade de vida são os principais objetivos nos planos terapêuticos desses pacientes, através dos cuidados paliativos (THULER; FORONES & FERRARI, 2006).

A maioria dos pacientes com neoplasia do esôfago, ao apresentar sintomas e procurar um médico, já chega ao cirurgião com uma avançada invasão tumoral local e presença de tumores metastáticos, com um quadro em que a terapia curativa já não é mais uma opção. Dessa maneira, a implantação de gastro ou jejunostomias e dilatações endoscópicas são a melhor opção para a paliação desses pacientes (QUEIROGA & PERNAMBUCO, 2006; GEVERS; MACKEN; HIELE & RUTGEERTS, 1998).

O acesso à luz do jejuno proximal através da jejunostomia está indicado em pacientes com necessidade de descompressão digestiva ou suporte alimentar prolongados. Suas principais indicações são para obtenção de vis alimentar definitiva em pacientes com neo-plasias malignas, em que a deglutição e apetite estão prejudicados, causando desnutrição gra-ve.

Se bem-preparados no atendimento pré-operatório, raramente os pacientes evoluem com óbito no pós-operatório da jejunostomia, uma vez que é mais bem indicada do que a gastrostomia, por ser menos predisponente ao desenvolvimento de complicações como doença do refluxo gastroesofágico, bronco-aspiração e pneumonia (SANTOS *et al.*, 2011; MAURÍCIO, 2014; CHEN *et al.*, 2021).

O estado nutricional dos pacientes oncológicos está diretamente ligado aos prognósticos de suas doenças, sendo assim, de suma importância a avaliação alimentar. Através da avaliação nutricional precoce é possível ponderar os riscos nutricionais que podem vir a ser desenvolvidos, o grau de desnutrição em que o paciente se encontra e qual a intervenção necessária para melhorar esses parâmetros, uma vez que a terapia nutricional adequada pode influenciar positi-vamente a resposta clínica ao tratamento e o prognóstico dos pacientes (DE-AGUILAR-NASCIMENTO *et al.*, 2017; GHOSH *et al.*, 2012; MARIN; LAMÔNICA-GARCIA; HENRY & BURINI, 2010).

Dessa maneira, este projeto visou estudar os pacientes com câncer do esôfago de um hospital referência em tratamento oncológico. Sendo assim, foram selecionados os pacientes com todos os tipos de tumor de esôfago que realizaram jejunostomia com finalidade paliativa, seja de

caráter eletivo ou de emergência, a fim de avaliar o impacto na sobrevida dos pacientes, bem como presença de complicações pós-operatórias.

Pelo fato de uma parcela dos pacientes já se apresentar com disfagia completa e serem submetido à jejunostomia de urgência, sem preparo pré-operatório, o objetivo é avaliar se este subgrupo apresenta mais complicações do que o subgrupo que consegue fazer preparo pré-operatório.

MÉTODO

Este projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Erasto Gaertner (HEG), com número de registro no CAAE: 57811622.6.0000.0098.

Trata-se de um estudo retrospectivo com análise multivariada, que contou com a análise dos prontuários de 254 pacientes. Teve como critérios de inclusão: pacientes maiores de 18 anos, diagnosticados com todos os tipos de câncer de esôfago, que foram submetidos ao procedimento de jejunostomia de caráter eletivo ou de urgência entre os anos de 2016 e 2021. E como critérios de exclusão: prontuários incompletos, procedimento cirúrgico (jejunostomia) realizado em outras instituições.

Foram excluídos da análise, pacientes que não possuíam informações relacionadas à evolução de óbito ou não pós-operatório, ou seja, que apresentaram perda de seguimento.

Além disso, foram excluídos também pacientes que não havia registro do caráter da cirurgia (eletiva ou emergência).

A coleta de dados se deu no HEG, através dos prontuários eletrônicos contidos no sistema TASY, utilizado pelo hospital. Foram levados em conta os seguintes dados: sexo, idade, tipo histológico do tumor, data da proposta da cirurgia, data da realização da cirurgia, avaliação nutricional pré-operatória, avaliação cardiológica, presença de complicações pós-operatórias em 30 dias, procura pelo serviço de emergência em 30 dias, readmissão hospitalar em 30 dias, data do óbito, caráter eletivo ou de urgência da cirurgia.

Os pacientes de cirurgia de emergência foram classificados conforme a necessidade de urgência do procedimento, ou seja, pacientes que chegaram a Pronto Atendimento do hospital e foram imediatamente internados e encaminhados para a realização do procedimento o mais rápido possível. Já os pacientes das cirurgias eletivas, tiveram seus procedimentos previamente agendados em consulta ambulatorial, com a devida avaliação pré-operatória.

Inicialmente, seria usada a Escala de Zubrod (ECOG) e Karnofsky, que avalia a atividade do paciente em relação à doença e restrição ao leito, porém não foram encontrados registros suficientes nos prontuários avaliados e esse dado foi excluído da coleta e da análise.

A coleta se deu concomitantemente à tabulação dos dados, utilizando a seguinte legenda, conforme figura abaixo.

Figura 6.1 Ficha de coleta de dados

Coleta de dados

Idade ao diagnostico _____ anos

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

Tipo histológico

(1) Carcinoma espino-celular
(2) Adenocarcinoma
(3) Tumor adenoescamoso
(4) Outro tumor

ECOG no momento da jejunotosmia

1- Zero
2- Um
3- Dois
4- Três
5- Quatro

Data da proposta da jejunostomia: ____/____/_____
Data da realização da jejunostomia: ____/____/_____

Fez avaliação pré-operatória
(1) Sim
(2) Não

Fez avaliação nutricional pré-operatória
(1) Sim
(2) Não

Complicações
(1) Sim
(2) Não

Se sim, quais:
(1) Evisceração
(2) Infecção de ferida operatória
(3) Pneumonia
(4) Fenômenos trombo-embólicos
(5) Outros: _____

Reinternou no período de 30 dias
(1) Sim
(2) Não

Consultou serviço de urgência no período de 30 dias

(1) Sim
(2) Não
(3) Desconhecido

Obito
(1) Sim
(2) Nao

Dias após a jejunostomia

Caráter da jejunostomia

(1) eletiva
(2) emergência

Fonte: Dados do estudo.

Após a tabulação dos dados em planilha Excel, foi realizada a análise dos dados com o auxílio do software Statistical Package for the Social Science (SPSS™) (Versão 22.0, IBM).

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva do conjunto de dados: variáveis quantitativas foram descritas por média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. Para variáveis categóricas foram apresentados frequência e percentual.

As variáveis quantitativas que não apresentavam distribuição normal dos dados foram comparadas entre os grupos pelo teste não-paramétrico de Mann-Whitney. As variáveis categóricas forram comparadas entre os grupos pelo teste de qui-quadrado e as dicotômicas pelo teste exato de Fisher. Valores de $p<0,05$ indicaram significância estatística para as análises realizadas com base na amostra total.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram revisados os prontuários de 254 pacientes. A maioria dos pacientes encontrados era do sexo masculino (80,7%), o tipo histológico mais presente foi o CEC (81,2%) e os procedimentos de caráter de emergência foram os mais prevalentes (51%). Os dados completos da amostra estão representados na **Tabela 6.1**.

Tabela 6.1 Análise das variáveis qualitativas

Variável		Frequência	Percentual
Sexo			
	Masculino	205	80.70
	Feminino	49	19.29
Tipo histológico			
	Carcinoma espinocelular	203	81.20
	Adenocarcinoma	35	14.00
	Tumor adenoescamoso	2	0.8
	Outros tipos de tumor	7	2.8
	Indefinido	3	1.2
Avaliação pré-operatória			
	Sim	244	96.82
	Não	8	3.17
Complicações			
	Sim	48	18.89
	Não	206	81.10
Caráter da cirurgia			
	Eletiva	124	48.81
	Emergência	130	51.18
Óbito			
	Sim	191	75.19
	Não	63	24.80
TOTAL	**254 pacientes**		

Fonte: Dados do estudo.

Os dados de sexo, a realização de avaliações médicas e nutricional pré-operatórias estão detalhadas na **Tabela 6.2**, enquanto as médias e medianas de idade estão listadas na **Tabela 6.3**.

Tabela 6.2 Dados epidemiológicos

Variável	Eletiva	Emergência	Total
Sexo masculino	99	106	205
Sexo feminino	25	24	49
Avaliação pré-operatória médica	120	124	244
Avaliação pré-operatória nutricional	114	114	228
Total	124	130	254

Fonte: Dados do estudo.

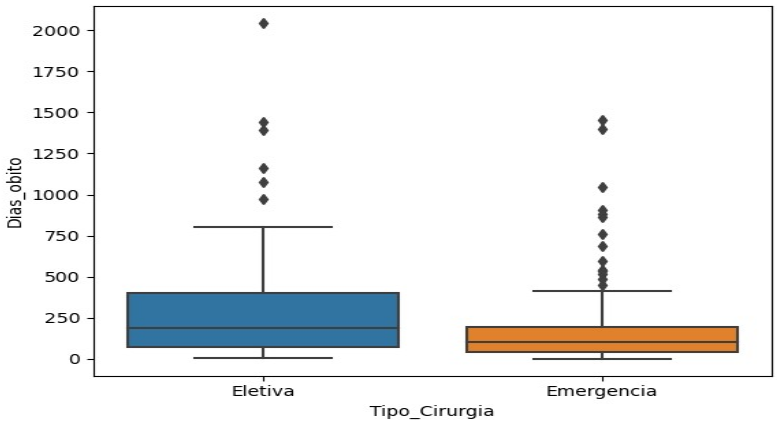
Tabela 6.3 Análise das variáveis quantitativas

Variável	Idade	Complicações	Dias óbito
Média	63.14	1.81	244.69
Mediana	63.00	2.00	139.00
Valor mínimo	27.00	1.00	1.00
Valor máximo	89.00	2.00	2045.00
Desvio padrão	10.89	0.39	318.00

Fonte: Dados do estudo.

A sobrevida mediana do grupo de pacientes submetidos à cirurgia de urgência foi menor do que o grupo submetido à cirurgia de maneira eletiva (196 versus 305 dias, respectivamente), com teste de Mann-Whitney apresentando o valor de p=0.0019, apresentada na **Figura 6.2**.

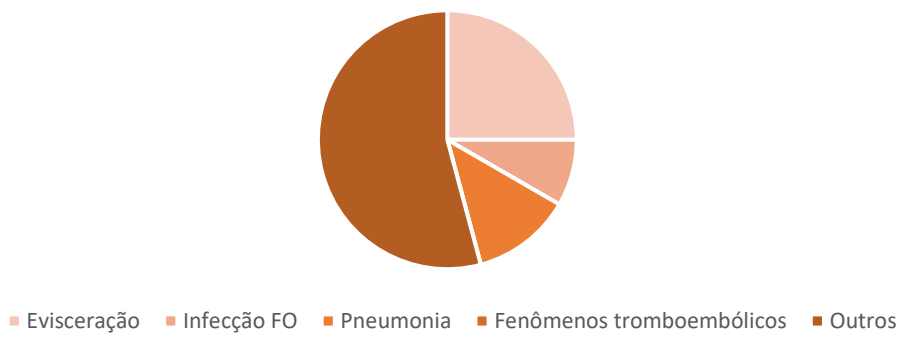
Figura 6.2 Sobrevida mediana dos grupos analisados



Legenda: Teste de Mann-Whitney; p =0,0019

No grupo das cirurgias de emergência, foram encontrados, num total de 24 pacientes que apresentaram complicações pós-operatórias, sendo que 25% apresentaram evisceração 13% pneumonia, 8% infecção de FO e 54% com outras complicações, que incluíram: sepse, torção de jejuno, pneumoperitônio, melena, insuficiência renal aguda, ileoparalítico, fístula traqueoesofágica e broncoaspiração, caracterizados no **Gráfico 6.1**.

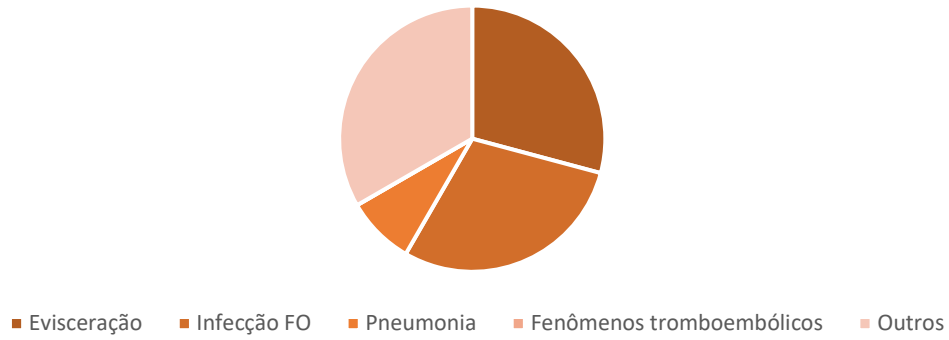
Gráfico 6.1 Complicações de cirurgia de emergência



Fonte: Dados do estudo.

Por sua vez, no grupo das cirurgias eletivas, foram encontrados, num total de 24 pacientes que apresentaram complicações pós-operatórias, sendo que 29% dos pacientes apresentaram infecção de FO, 29% de evisceração, 8% dos pacientes pneumonia e 33% com outras complicações, que incluem: sepse, peritonite, abscesso, estenose de jejuno, broncoaspiração e abdome agudo obstrutivo, demonstrado no **Gráfico 6.2**.

Gráfico 6.2 Complicações de cirurgia eletiva



Fonte: Dados do estudo.

Os pacientes que realizaram cirurgia de caráter emergencial apresentaram menor taxa de complicações pós-operatórias do que os pacientes das cirurgias eletivas, mas sem significância (p=0.9828), conforme demonstrado na **Tabela 6.4**.

Tabela 6.4 Taxa de incidência das complicações

Caráter da cirurgia	N	SIM n (%)	NÃO n (%)
Eletiva	124	24 (19,35)	100 (80,64)
Emergência	130	24 (18,46)	106 (81,53)

Fonte: Dados do estudo.
Legenda: Estatística qui-quadrado: 0.0004; p= 0.9828 Graus de liberdade: 1; Valores esperados: [[23.43307087 100.56692913] [24.56692913 105.43307087]].

Quanto à readmissão hospitalar não-planejada num período de 30 dias pós-operatório, devido a complicações, pacientes que realizaram a cirurgia em caráter emergencial sofreram mais reinternações do que pacientes dos procedimentos eletivos, com taxa de 27,70% *versus* 16,12%, respectiva-mente (p=0.0383), conforme demonstrado na **Tabela 6.5**.

Tabela 6.5 Readmissão hospitalar em 30 dias

Caráter da cirurgia	N	SIM n (%)	NÃO n (%)
Eletiva	124	20 (16,12%)	104 (83,87%)
Emergência	130	36 (27,70%)	94 (72,30%)

Fonte: Dados do estudo.
Legenda: Estatística qui-quadrado: 4.287608258676807 p= 0.0383; Graus de liberdade: 1; Valores esperados: [[96.66141732 27.33858268] [101.33858268 28.66141732]].

Sobre necessidade de consulta na emergência num período de 30 dias pós-operatório, pacientes que realizaram a cirurgia em caráter emergencial também procuraram mais do que pacientes dos procedimentos eletivos.

Com taxa de 41,53% das emergências versus 30,64% das eletivas, mas sem significância (p=0.0939), conforme eviden-ciado na **Tabela 6.6**.

Tabela 6.6 Consulta de emergência em 30 dias

Caráter da cirurgia	N	SIM n (%)	NÃO n (%)
Eletiva	124	38 (30,64%)	86 (69,35%)
Emergência	130	54 (41,53%)	76 (58,46%)

Fonte: Dados do estudo.
Legenda: Estatística qui-quadrado: 2.805485354407164 p= 0.0939; Graus de liberdade: 1; Valores esperados: [[79.08661417 44.91338583] [82.91338583 47.08661417].

Não houve diferença de taxa de avaliação pré-operatória médica e nutricional entre os pacientes das cirurgias eletivas e de emergência, sendo p=0.3638 na comparação da avaliação nutricional dos dois grupos e p=0.7496 na comparação da avaliação médica entre os dois grupos, conforme mostram as **Tabelas 6.7 e 6.8**.

Tabela 6.7 Avaliação nutricional pré-operatória

Caráter da cirurgia	N	SIM n (%)	NÃO n (%)
Eletiva	124	114 (91,93%)	10 (8,06%)
Emergência	130	114 (87,69%)	16 (12,30%)

Fonte: Dados do estudo.
Legenda: Estatística qui-quadrado: 0.8246522998898279 p= 0.3638; Graus de liberdade: 1; Valores esperados: [[12.69291339 111.30708661] [13.30708661 116.69291339]]

Tabela 6.8 Avaliação médica pré-operatória

Caráter da cirurgia	N	SIM n (%)	NÃO n (%)
Eletiva	124	120 (96,77%)	4 (3,22%)
Emergência	130	124 (95,38%)	6 (4,61%)

Fonte: Dados do estudo.
Legenda: Teste exato de fischer: Odds ratio: 0.6888888888888889 p= 0.7496

Inicialmente, seria usada a Escala de Zubrod (ECOG) e Karnofsky, que avalia a atividade do paciente em relação à doença e restrição ao leito, porém não foram encontrados registros suficientes nos prontuários avaliados e esse dado foi excluído da coleta e da análise.

Conforme dados do INCA, o câncer de esôfago está presente majoritariamente em pacientes do sexo masculino, maiores de 50 anos, e tem sua incidência relacionada a fatores ambientais, alimentares e condições e hábitos de vida, sem fatores genéticos bem estabelecidos.

Na amostra estudada por este trabalho, foram encontrados 205 pacientes do sexo masculino (81%) e 49 pacientes do sexo feminino (19%).

A média de idade encontrada foi de 63.41 anos, o tipo histológico mais comumente encontrado foi o CEC, dados condizentes com os relatos do INCA para o Brasil.

Comumente, esses pacientes, ao serem diagnosticados, já apresentam uma fase avançada do tumor, com sintomas como: disfagia, odinofagia, desconforto retroesternal e desnutrição grave.

A identificação de fatores de risco não foi objeto do estudo, por já serem bem estabelecidos na literatura (QUEIROGA & PERNAMBUCO, 2006).

O principal objetivo do tratamento para os pacientes com câncer de esôfago avançado é a paliação da disfagia e a obtenção de uma via alimentardefinitiva (GHOSH *et al.*, 2012),

sendo a jejunostomia um dos principais procedimentos realizados com essa finalidade (SANTOS *et al.*, 2011).

No HEG é de prática realizar jejunostomia ao invés de gastrostomia, pois caso o paciente necessite de reconstrução paliativa, o tubo gástrico é a via de escolha e, por isso, evitamos a confecção de gastrostomias nos portadores de neoplasia do esôfago. Outra razão é que a gastrostomia pode cursar com maiores taxas de complicações respiratórias, como as broncoaspiração (SANTOS *et al.*, 2011; CHEN *et al.*, 2021).

Uma vez que os pacientes com câncer de esôfago são, normalmente, diagnosticados em fases avançadas da doença (QUEIROGA & PERNAMBUCO, 2006), possuem alta indicação da implantação da jejunostomia devido à disfagia (DE-AGUILAR-NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Entretanto, nem sempre é possível fazer uma avaliação pré-operatória completa e nem agendar o procedimento, visto que não é incomum paciente chegarem com sintomatologia de disfagia completa causada pelo tumor, não sendo possível a realização de exames, avaliação e preparo pré-operatórios (THULER; FORONES & FERRARI, 2006).

Esta conduta, é vista com frequência no hospital em que o estudo foi realizado e foi a razão que levou os autores a estudá-la. Desta maneira, foram encontrados 124 pacientes que realizaram o procedimento em caráter eletivo (48,80%) e, 130 em caráter de emergência (51,12%).

Esta maior incidência de procedimentos de emergência não era incialmente esperada pelos pesquisadores, uma vez que acreditávamos que seria encontrado uma maior quantidade de pacientes realizando o procedimento em caráter eletivo. A partir destes dados, os autores planejam reavaliar as indicações e internamentos de urgência via pronto-atendimento da instituição para avaliar se é possível reduzir a taxa de jejunostomias de urgência.

A complicação pós-operatória está relacionada a maior custo, à procura por consultas de emergência e a readmissões hospitalares. Um estudo mostrou que, em um grupo de 75 pacientes que realizaram jejunostomia como tratamento paliativo para câncer do esôfago, 30,8% tiveram algum tipo de complicação pós-operatórias, sendo 80% correspondentes a infecções (MARIN; LAMÔNICA-GARCIA; HENRY & BURINI, 2010).

Na nossa amostra, 24 pacientes que realizaram jejunostomia eletiva (19,35%) e 24 que realizaram o procedimento de emergência (18,46%) apresentaram complicações num período de 30 dias de pós-operatório, sendo que as principais complicações foram: evisceração, infecção da FO e sepse.

A taxa de incidência do estudo foi um pouco menor do que a relatada por Marin et al, no estudo supracitado, mas ainda assim os valores são impactantes em termos de incidência. É conhecido e até mesmo esperado que cirurgias paliativas cursem com altas taxas de morbidade (MINER, 2011), mas todo esforço deve ser feito para tentar reduzi-las.

A complicação mais prevalente em ambos os grupos foi a evisceração, situação clínica que necessita de novo procedimento cirúrgico para correção dela. A hipoalbuminemia é um fator predisponente à evisceração e é frequente a sua ocorrência nos portadores de câncer esofágico e, pode ter sido um dos fatores associados à evisceração. Como não faz parte do serviço a solicitação da dosagem da albumina sérica, este dado não foi analisado por se tratar de estudo retrospectivo.

Houve complicações graves em ambos os grupos, como a sepse, e atribuímos isto ao fato

de que a presente amostra se constituiu de pacientes portadores de neoplasia avançada.

A readmissão hospitalar é um indicador direto de complicações pós-operatórias, que ocorrem após a alta, mas se devem ao procedimento realizado, e podem refletir, indiretamente, a qualidade de assistência médica. Em um grupo de 383.726 pacientes avaliados, 25% das readmissões se deram por infecção de ferida operatória e 22% por complicações de cirurgias intestinais (ROSSI; ROSS; MAY & REINKE, 2021).

Dessa maneira, uma vez que a amostra analisada pelo presente estudo contém pacientes exclusivamente das cirurgias intestinais, percebe-se uma taxa significativa de readmissões não-planejada em 30 dias de pós-operatório, sendo de 56 pacientes (20 pacientes das cirurgias eletivas e 36 pacientes das cirurgias de emergência).

A taxa de 27% de readmissão no grupo de cirurgia eletivas chamou a atenção dos autores, uma vez que mais de ¼ dos pacientes tem necessidade de reinternação em curto espaço de tempo. Além disso, baixo peso corporal, desnutrição e disfagia completa características que compunham os pacientes estudados- também se classificam como fatores de risco para complicações pós-operatórias (GHOSH *et al.*, 2012; MARIN; LAMÔNICA-GARCIA; HENRY & BURINI, 2010; ENKINSON; LIM; AGRAWAL & MENZIES, 2007).

A avaliação nutricional pré-operatória identifica o estado de desnutrição que o paciente pode se encontrar e decidir qual a intervenção necessária uma vez que a terapia nutricional adequada pode influenciar positivamente a resposta clínica ao tratamento e o prognóstico dos pacientes (DE-AGUILAR-NASCIMENTO *et al.*, 2017; GHOSH *et al.*, 2012; MARIN; LAMÔNICA-GARCIA; HENRY & BURINI, 2010;). Embora a maioria dos pacientes tenham sido submetidos à avaliação nutricional, nos casos de cirurgia de emergência ela não foi capaz de mudar a decisão cirúrgica, mas corroborou para a necessidade de intervenção nutricional no pós-operatório, que foi feita pela administração de dieta enteral via jejunostomia.

Ademais, na amostra estudada, foi possível verificar uma diferença na média de sobrevida pós-operatória entre os pacientes das cirurgias eletivas e emergenciais, sendo a média das eletivas de 284.38 dias e, da emergência, de 159.18 dias.

Este valor, objetivo principal do estudo, foi o que mais alertou os autores ao térmico do estudo, devido à magnitude da diferença encontrada. Esta diferença pode ser devida à maior incidência de desnutrição no grupo submetido à jejunostomia de emergência, pois a indicação mais comum deste tipo de procedimento de maneira de urgência é a disfagia completa.

Contudo, este achado de diferença de sobrevida alerta que, nesta população, talvez deva-se pensar em alternativas de suporte alimentar enquanto o paciente é preparado de maneira eletiva para o procedimento.

Este valor de diferença de sobrevida entre os grupos chamou a atenção dos autores, pois embora possa ser devida ao fato de que os pacientes que tenham disfagia completa e, consequentemente são submetidos a procedimento de urgência, possam ter tumores maiores, em fases mais avançadas ou maior grau de desnutrição, são um grupo de sobrevida menor e complicações maiores.

A partir destes dados, a conduta frente a indicação de jejunostomia de urgência será diferente. Os autores elaborarão alternativas para este grupo, para evitar um procedimento que evidenciou maior morbimortalidade nesta população específica.

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que pacientes com câncer de esôfago submetidos à jejunostomia paliativa, a fim de estabelecer via alimentar definitiva, de caráter de urgência apresentam menor sobrevida do que aqueles submetidos ao mesmo procedimento de maneira eletiva.

Por fim, pacientes que realizaram jejunostomia de emergência apresentaram maior necessidade de reinternação dentro de 30 dias de pós-operatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCANTARA, P. S. M. Cirurgia paliativa. In: CUIDADO PALIATIVO: CADERNO CREMESP. São Paulo, 2008. p. 309-366.

CHEN, Y. H. *et al.* Comparative study of esophageal stent and feeding gastrostomy/jejunostomy for tracheoesophageal fistula caused by esophageal squamous cell carcinoma. PLoS One, v. 16, n. 8, e02742766, 2021.

DE-AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. *et al.* ACERTO guidelines of perioperative nutritional interventions in elective general surgery. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 44, n. 06, p. 633-648, 2017. Acesso em: 20 mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-69912017006003>. ISSN 1809-4546.

ENKINSON, A. D.; LIM, J.; AGRAWAL, N.; MENZIES, D. Jejunostomia de alimentação laparoscópica em câncer esofagogástrico. Surgical Endoscopy, v. 21, n. 2, p. 299-302, fev. 2007. Epub 21 nov. 2006.

GEVERS, A. M.; MACKEN, E.; HIELE, M.; RUTGEERTS, P. A comparison of laser therapy, plastic stents, and expandable metal stents for palliation of malignant dysphagia in patients without a fistula. Gastrointestinal Endoscopy, v. 48, p. 383-388, 1998.

GHOSH, S. *et al.* Palliation of dysphagia in advanced, metastatic or recurrent carcinoma esophagus with high dose rate intraluminal brachytherapy—an Eastern Indian experience of 35 cases. Journal of the Indian Medical Association, v. 110, n. 7, p. 449-452, jul. 2012.

MARIN, F. A.; LAMÔNICA-GARCIA, V. C.; HENRY, M. A.; BURINI, R. C. Grau de câncer esofágico e impacto do estado nutricional nos desfechos pós-operatórios. Arquivos de Gastroenterologia, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 348-353, out.-dez. 2010.

MAURÍCIO, S. F. Impacto nutricional no paciente oncológico. Revista Brasileira de Ciências da Vida, v. 2, p. [sem paginação], 2014. Edição especial.

MELO, A. G. C. Os cuidados paliativos no Brasil. Revista Brasileira de Cuidados Paliativos, v. 1, p. 5-9, 2008.

MINER, T. Communication skills in palliative surgery: skill and effort are key. Surgical Clinics of North America, v. 91, p. 355-366, 2011.

QUEIROGA, R. C.; PERNAMBUCO, A. P. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 52, n. 2, p. 173–178, 2006. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2006v52n2.1891.

ROSSI, I. R.; ROSS, S. W.; MAY, A. K.; REINKE, C. E. Readmissão após cirurgia geral de emergência: revisão NSQIP sobre risco, causa e ideal acompanhamento. Journal of Surgical Research, v. 260, p. 359-368, abr. 2021. doi: 10.1016/j.jss.2020.11.035. Epub 30 dez. 2020.

SANTOS, J. S. dos; KEMP, R.; SANKARANKUTTY, A. K.; SALGADO JUNIOR, W.; TIRAPELLI, L. F.; SILVA JÚNIOR, O. de C. e. Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. Medicina (Ribeirão Preto), v. 44, n. 1, p. 39-50, 2011. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v44i1p39-50.

THOMAY, A. A.; JAQUES, D. P.; MINER, T. J. Surgical palliation: getting back to our roots. Surgical Clinics of North America, v. 89, n. 1, p. 27-41, fev. 2009. DOI: 10.1016/j.suc.2008.10.005. PMID: 19186229.

THULER, F. P.; FORONES, N. M.; FERRARI, A. P. Neoplasia avançada de esôfago: diagnóstico ainda muito tardio. Arquivos de Gastroenterologia, v. 43, n. 3, p. 206-211, 2006. Epub em: 05 dez. 2006. ISSN 1678-4219.