

Ocorrência da laparotomia de urgência e fatores de risco associados à relaparotomia

Ocurrencia de laparotomía de emergencia y factores de riesgo asociados a la relaparotomía

Occurrence of Emergency Laparotomy and Risk Factors Associated with Relaparotomy

Emanuela Batista Ferreira e Pereira¹, Jully Hannay Santos de Souza², Tarcísia Domingos de Araújo Sousa³, Betânia da Mata Ribeiro Gomes⁴, Marília Perrelli Valença⁵, Jael Maria de Aquino⁶.

Resumo

A laparotomia consiste no acesso cirúrgico aos órgãos da cavidade abdominal, quando classificada como urgente apresenta-se quando há necessidade de se explorar a dimensão de lesões abdominais ou para investigar e tratar patologias desconhecidas. Por vezes, tal procedimento apresenta complicações onde há a necessidade de uma relaparotomia. O objetivo deste estudo foi descrever a ocorrência da laparotomia de urgência e fatores de risco associados à relaparotomia. Trata-se de

¹Enfermeira; Doutora em Cirurgia pelo Programa de Pós Graduação em Cirurgia pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) da Universidade de Pernambuco (UPE) - Recife (PE), Brasil. Endereço profissional: R. Arnóbio Marquês, 310 - Santo Amaro, Recife - PE, 50100-130. E-mail: emanuela.pereira@upe.br ORCID: 0000-0003-4665-4379.

²Enfermeira; Residente em Enfermagem Cirúrgica no Hospital Getúlio Vargas – SES, Recife (PE), Brasil. E-mail: juh.hannay@gmail.com ORCID: 0000-0002-1235-6587.

³Enfermeira; Mestranda em Enfermagem pelo Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem UPE/UEPB (PAPGenf), Recife - PE, Brasil. tarcisiadsousa@gmail.com ORCID: 0000-0002-9274-6154.

⁴Enfermeira; Doutora em Ciências pelo Programa Interunidades de Doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Professora Adjunta da Universidade de Pernambuco (UPE). Recife - PE, Brasil. E-mail: betania.mata@upe.br ORCID: 0000-0002-6503-0222.

⁵Enfermeira; Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas pela Universidade de Pernambuco. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) da Universidade de Pernambuco (UPE) - Recife (PE), Brasil. E-mail: marilia.perrelli@upe.br ORCID: 0000-0002-6011-5585.

⁶Enfermeira; Pós-Doutorado pela Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Brasil. Professora adjunto da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) da Universidade de Pernambuco (UPE), integra o corpo docente do Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem UPE/UEPB (PAPGenf), Recife - PE, Brasil. E-mail: jael.aquino@upe.br ORCID: 0000-0001-5095-1662.

um estudo retrospectivo, analítico e de caráter quantitativo, realizado em hospital de urgência e emergência do estado de Pernambuco. A amostra foi composta por 120 prontuários. Os resultados apresentaram perfis de risco distintos. Para a laparotomia houve a prevalência do sexo masculino, idade <50 anos, com o etilismo sendo um hábito de vida considerado fator de risco relevante e o desfecho clínico mais comum foi a alta hospitalar. Já no caso da relaparotomia, houve prevalência no sexo feminino, idade >50 anos, sendo a idade elevada considerada um fator de risco para complicações, como fatores de risco clínico, o tabagismo e a hipertensão arterial prevaleceram, a classificação do ASA III e IV também se mostrou relevante e o desfecho clínico mais representativo foi o óbito. Em ambos os perfis, a causa inicial se mostrou significativa para a diferença no desfecho clínico dos prontuários analisados. Conhecer a ocorrência da laparotomia de urgência e os fatores de risco para relaparotomias proporciona a equipe multiprofissional dos serviços de saúde um conhecimento prévio para que haja o planejamento adequado da assistência e a implantação de medidas preventivas.

Palavras-chave:

Enfermagem Perioperatória, Fatores de risco, Reoperação.

Abstract

Laparotomy consists of surgical access to the organs of the abdominal cavity, when classified as urgent, it appears when there is a need to explore the dimension of abdominal injuries or to investigate and treat unknown pathologies. Sometimes, this procedure presents complications where there is a need for a relaparotomy. The aim of this study was to describe the occurrence of emergency laparotomy and risk factors associated with relaparotomy. This is a retrospective, analytical and quantitative study carried out in an emergency hospital in the state of Pernambuco. The sample consisted of 120 medical records. The results showed different risk profiles. For laparotomy, there was a prevalence of males, age <50 years, with alcoholism being a life habit considered a relevant risk factor and the most common clinical outcome was hospital discharge. In the case of relaparotomy, there was a prevalence in females, age > 50 years, with high age considered a risk factor for complications, as clinical risk factors, smoking and arterial hypertension prevailed, the classification of ASA III and IV it also proved to be relevant and the most representative clinical outcome was death. In both profiles, the initial cause was significant for the difference in the clinical outcome of the analyzed medical records. Knowing the occurrence of emergency laparotomy and the risk factors for relaparotomy provides the multidisciplinary team of health services with prior knowledge so that there is adequate planning of care and the implementation of preventive measures.

Keywords:

Perioperative Nursing, Riskfactors, Reoperation.

La laparotomía consiste en el acceso quirúrgico a los órganos de la cavidad abdominal, cuando se clasifica como urgente, aparece cuando es necesario explorar la dimensión de las lesiones abdominales o investigar y tratar patologías desconocidas. A veces, este procedimiento presenta complicaciones donde existe la necesidad de una relaparotomía. El objetivo de este estudio fue describir la aparición de laparotomía de emergencia y los factores de riesgo asociados con la relaparotomía. Este es un estudio retrospectivo, analítico y cuantitativo realizado en un hospital de emergencia en el estado de Pernambuco. La muestra consistió en 120 registros médicos. Los resultados mostraron diferentes perfiles de riesgo. Para la laparotomía, hubo una prevalencia de varones, edad <50 años, siendo el alcoholismo un hábito de vida considerado un factor de riesgo relevante y el resultado clínico más común fue el alta hospitalaria. En el caso de la relaparotomía, hubo una prevalencia en las mujeres, edad > 50 años, con la edad alta considerada un factor de riesgo de complicaciones, ya que prevalecieron los factores de riesgo clínico, el tabaquismo y la hipertensión arterial, la clasificación de ASA III y IV también demostró ser relevante y el resultado clínico más representativo fue la muerte. En ambos perfiles, la causa inicial fue significativa para la diferencia en el resultado clínico de los registros médicos analizados. Conocer la aparición de laparotomía de emergencia y los factores de riesgo de la relaparotomía proporciona al equipo multidisciplinario de servicios de salud conocimientos previos para que haya una planificación adecuada de la atención y la implementación de medidas preventivas.

Palabras clave:

Enfermería perioperatoria, Factores de riesgo, Reoperación.

Introdução

O trauma é a terceira causa de óbitos entre os brasileiros na faixa etária entre 5 e 39 anos. Por acometer principalmente jovens, é a doença que mais consome anos de vida útil.⁽¹⁾

Tem como abordagem terapêutica frequente a laparotomia exploradora de urgência, visto que o trauma abdominal está presente entre 13% a 15% de todos os acidentes fatais. A importância de produção científica acerca deste tema advém da alta incidência, necessidade diagnóstica precoce, tratamento imediato e alta mortalidade imediata e tardia relacionada ao trauma abdominal.⁽²⁾

A laparotomia consiste no acesso aos órgãos da cavidade abdominal com objetivos terapêuticos, diagnósticos, paliativos, profiláticos e para vias de coleções líquidas. Esse tipo de abordagem cirúrgica pode ser classificado quanto ao caráter, podendo ser de urgência ou eletiva. A laparotomia de urgência ocorre quando há necessidade de se explorar a dimensão de lesões abdominais ou para investigar e tratar patologias desconhecidas. Já a eletiva acontece quando se tem um conhecimento prévio do problema e a operação é importante no tratamento de determinada condição clínica.⁽³⁾

A ocorrência de complicações está diretamente associada às condições clínicas pré-operatórias, à extensão e ao tipo de cirurgia, às intercorrências cirúrgicas e anestésicas e à eficácia das medidas terapêuticas. ⁽⁴⁾ A relaparotomia conceitua-se como sendo uma reintervenção cirúrgica que acontece durante o período pós-operatório de uma laparotomia. ⁽⁵⁾

As principais realizações de relaparotomias são duas: a planejada, que leva os pacientes com alguma complicação de volta para a sala de cirurgia em intervalos regulares de 48 horas até o momento em que a fonte do problema é resolvida; e a reexploração cirúrgica abdominal de emergência, ou relaparotomia, que se faz necessária quando a condição clínica do paciente se deteriorou ou não conseguiu melhorar. ⁽⁵⁾

A deterioração clínica é um fato importante e que deve ser considerado pela equipe multiprofissional responsável pela assistência especializada no período perioperatório, em especial os enfermeiros na unidade de recuperação pós-anestésica dos grandes centros de trauma, de modo a intervir com qualidade e manejo clínico adequado. ⁽⁶⁾

A assistência de enfermagem perioperatória é um processo mútuo, que visa promover e recuperar a integridade do paciente, conforme o surgimento da intenção de assistir o processo de segurança cirúrgica do paciente, foi criada a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), configurando-se como um instrumento de informações individuais dos enfermos, apresentando dados de identificação, anamnese, exame físico, diagnóstico de enfermagem, bem como, intervenções e análise dos cuidados ofertados. ⁽⁷⁾

Tendo em vista a alta taxa de mortalidade relacionada aos procedimentos vinculados à laparotomia e diante da predominância de lacunas no sistema de saúde em investigar a ocorrência e as principais causas da laparotomia de urgência e os fatores de risco mais recorrentes para as situações críticas que ocasionam a relaparotomia, o presente estudo auxiliará no desenvolvimento da assistência preventiva, buscando evitar possíveis complicações e colaborando para a otimização da SAEP. Dessa forma, o objetivo do estudo é descrever a ocorrência da laparotomia e fatores de risco associados à relaparotomia.

Material e Métodos

O estudo foi do tipo retrospectivo, analítico e de caráter quantitativo ⁽⁸⁾, realizado em hospital de urgência e emergência do estado de Pernambuco que corresponde à maior unidade da rede de saúde pública de Pernambuco. É uma unidade de referência para atender casos emergenciais e urgência, assistindo em média de 700 cirurgias realizadas por mês. ⁽⁹⁾

A amostra foi não probabilística por conveniência. Foi selecionada através revisão dos prontuários de pacientes submetidos às cirurgias de laparotomia de urgência no hospital em estudo, nos meses de janeiro a maio de 2017. O rastreamento dos prontuários ocorreu ao longo dos meses de março e abril de 2019, no primeiro momento por meio do livro de ocorrência da cirurgia geral e após o levantamento dos números de prontuário e nomes dos pacientes, os mesmos foram separados no Serviço de Arquivo Médico (SAME). A escolha dos meses de janeiro a maio de 2017 ocorreu pela maior facilidade de encontrar os prontuários arquivados após des-

fecho clínico no SAME. Foi contabilizando um quantitativo de 120 prontuários analisados neste período.

Os critérios de inclusão foram os prontuários de pacientes submetidos à cirurgia de laparotomia exploradora em caráter de urgência, cuja via de acesso tenha sido a incisão abdominal mediana longitudinal, no hospital em estudo, nos meses de janeiro a maio 2017, cujo desfecho clínico estava estabelecido, os critérios de exclusão foram os prontuários de pacientes menores de idade, ou aqueles que não se encontravam no SAME.

O instrumento de coleta de dados utilizado como base para compilação dos dados foi elaborado a partir de um constructo proveniente de um estudo retrospectivo realizado por Pimentel e colaboradores⁽¹⁰⁾, além da adição das variáveis pertinentes.

Foram utilizadas as seguintes variáveis: Dados sócios demográficos, com informações sobre idade, sexo e procedência; Diagnóstico, que determina a causa da laparotomia, se por acidente automobilístico, perfuração por arma de fogo, perfuração por arma branca ou outros; Principais fatores de risco clínico, que determina se o paciente é diabético, hipertenso, etilista ou tabagista; Fatores de risco cirúrgico, que aponta o potencial de contaminação, o escore ASA (American Society of Anesthesiologists) que diz respeito ao estado físico do paciente, que é registrado em prontuário pelo anestesiologista durante a avaliação pré-operatória, a duração da cirurgia, o uso de antibioticoterapia, o uso de drenos e sondagens e o tempo de internação; Principais complicações no pós-cirúrgico, que revela se houve infecção do sítio cirúrgico, hérnia incisional, deiscência de ferida operatória, hemorragia ou retirada de compressa cirúrgica em decorrência de uma complicação hemorrá-

gica; Necessidade de reabordagem cirúrgica e se necessário, números de relaparotomia; E o desfecho clínico (alta, óbito ou transferência).

Os dados coletados foram tabulados no programa Excel 2013 da Microsoft® e exportados para o software de estatística IBM SPSS versão 25.0 para Windows/Mac (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Foram realizadas as análises descritivas de frequência simples e absolutas para as variáveis nominais. As variáveis numéricas se apresentaram não normais segundo o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, apresentando mediana e amplitude interquartil. O teste Qui-quadrado foi utilizado para a comparação de proporção com nível de significância estatística de p -valor $< 0,05$.

Ainda na análise dos dados, foram comparadas as variáveis qualitativas em relação a ocorrência da relaparotomia, foi realizado o Teste do Qui-quadrado/Teste exato de Fisher com nível de significância estatística de p -valor $< 0,05$ e a Razão de Prevalência (RP) foi calculada com Intervalo de confiança (IC) de 95 %.

A pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido registrada na Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, e obteve parecer favorável sob o número 2.365.876. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi dispensado por se tratar de uma pesquisa com dados provenientes de prontuários.

Resultados

Foram analisados 120 prontuários de pacientes submetidos à laparotomia de urgência. Na tabela 1 verifica-se que na maioria dos prontuários analisados os pacientes são do sexo masculino (85,8%), a idade dos pacientes apresentou uma variância de 18 – 85 anos, com mediana de 27,5

anos e amplitude interquartil de 20 anos, com maior concentração os pacientes com idade até 50 anos (85,8%). Quanto à procedência dos pacientes, a Região metropolitana do Recife foi mais frequente (64,2%). Em relação ao tabagismo, não se mostrou presente em 51,0%, o etilismo foi presente em 62,7%, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (70,6%) e Diabete Mellitus (DM) (92,2%).

O teste de comparação de proporção foi significativo na avaliação das variáveis qualitativas: sexo, idade, Procedência, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Mellitus, indicando que os dados coletados dos prontuários dos pacientes com o perfil descrito são relevantemente mais frequentes na população em estudo.

Na tabela 2 o motivo mais frequente da laparotomia foi a perfuração por arma de fogo (56,7%),

a maioria das cirurgias foram potencialmente contaminadas (77,5%), o risco cirúrgico avaliado segundo o ASA com a maior frequência da classificação I (47,7%). Quanto à duração do procedimento cirúrgico, variou de 60 – 250 minutos, com mediana de 120 minutos e amplitude interquartil de 60 minutos, com os principais intervalos de duração de 61-120 minutos (50,8%) e maior do que 120 min (42,5%). Acerca do uso de antibiótico, o mais frequente foi o profilático (74,2%) e o uso de sondas ou drenos foi presente em 72,8% das cirurgias. Os pacientes necessitaram de relaparotomia em 21,7% dos casos. A permanência de internação desses pacientes variou de 1-120 dias, com mediana de 6 dias e amplitude interquartil de 12 dias. O desfecho mais frequente observado nos prontuários dos pacientes avaliados foi a alta hospitalar (80,8%).

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes submetidos à Laparotomia. Recife, PE, Brasil, 2019.

Variáveis	N	%	p-valor ¹
Sexo			
Masculino	103	85,8	<0,001
Feminino	17	14,2	
Idade			
≤50 anos	103	85,8	<0,001
>50 anos	17	14,2	
Procedência			
Região metropolitana do Recife	77	64,2	<0,001
Zona da Mata	24	20,0	
Agreste	17	14,2	
Sertão	2	1,7	
Tabagismo ²			
Sim	25	49,0	0,889
Não	26	51,0	
Etilismo ²			
Sim	32	62,7	0,069
Não	19	37,3	
Hipertensão Arterial Sistêmica ²			
Sim	15	29,4	0,003
Não	36	70,6	
Diabete Mellitus ²			
Sim	4	7,8	<0,001
Não	47	92,2	

¹p do Teste do qui-quadrado; ²O número de observações não coincide com o total da amostra pois algumas observações estavam ausentes nos prontuários.

Tabela 2. Distribuição das variáveis relacionadas ao procedimento da Laparotomia. Recife, PE, Brasil, 2019.

Variáveis	n	%	p-valor ¹
Motivo da Laparotomia			
Acidente automobilístico	13	10,8	<0,001
Perfuração por arma branca	19	15,8	
Perfuração por arma de fogo	68	56,7	
Outros motivos	20	16,7	
Potencial de contaminação			
Limpa	14	11,7	<0,001
Potencialmente contaminada	93	77,5	
Contaminada	11	9,2	
Infectada	2	1,7	
ASA^{2,3}			
I	51	47,7	<0,001
II	24	22,4	
III	22	20,6	
IV	9	8,4	
V	-	-	
VI	1	0,9	
Duração da cirurgia			
< 60 minutos	8	6,7	<0,001
61 – 120 minutos	61	50,8	
>120 minutos	51	42,5	
Uso de Antibiótico profilático			
Profilático	89	74,2	<0,001
Profilático e Terapêutico	31	25,8	
Uso de drenos ou sondas²			
Sim	83	72,8	<0,001
Não	31	27,2	
Relaparotomia			
Sim	26	21,7	<0,001
Não	94	78,3	
Desfecho final			
Alta hospitalar	97	80,8	<0,001
Óbito	22	18,3	
Transferência hospitalar	1	0,8	

¹ p do Teste do qui-quadrado; ² O número de observações não coincide com o total da amostra pois algumas observações estavam ausentes nos prontuários.; ³ ASA (*American Society of Anesthesiologists*).

A ocorrência de complicações foi em 21,7%, sendo a principal complicação a Infecção de Sítio Cirúrgico (16,7%), conforme apresentado no gráfico 1.
(Gráfico 1 JPG)

No gráfico 2 está exposta a distribuição do número de vezes das relaparotomias encontradas nos prontuários dos pacientes anteriormente submetidos ao procedimento de laparotomia de urgência.

Na tabela 03 verifica-se maior prevalência da ocorrência da relaparotomia nas mulheres (23,5%). Quanto à idade, foi mais presente em prontuários de pacientes com mais de 50 anos (41,2%). O teste de interdependência foi significativo, indicando que a maior idade é determinante para a relaparotomia, sendo o risco de 2,23

para idade igual ou menor que 50 anos. O tabagismo foi presente em 40% dos prontuários de pacientes que necessitaram realizar a relaparotomia, o etilismo não representou uma ocorrência prevalente na relaparotomia sendo a negativa de 36,8%. A HAS se mostrou prevalente nas relaparotomias (33,3%), divergindo da DM que não foi observada em nenhum dos prontuários dos pacientes que necessitaram realizar a relaparotomia.

Verifica-se maior prevalência da relaparotomia do número de pacientes que fizeram a laparo-

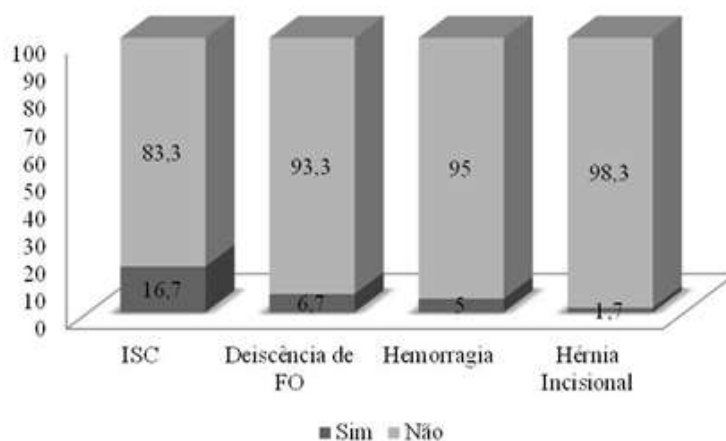


Gráfico 1. Distribuição das ocorrências das complicações cirúrgicas após o procedimento da laparotomia de urgência. Recife, PE, Brasil, 2019.

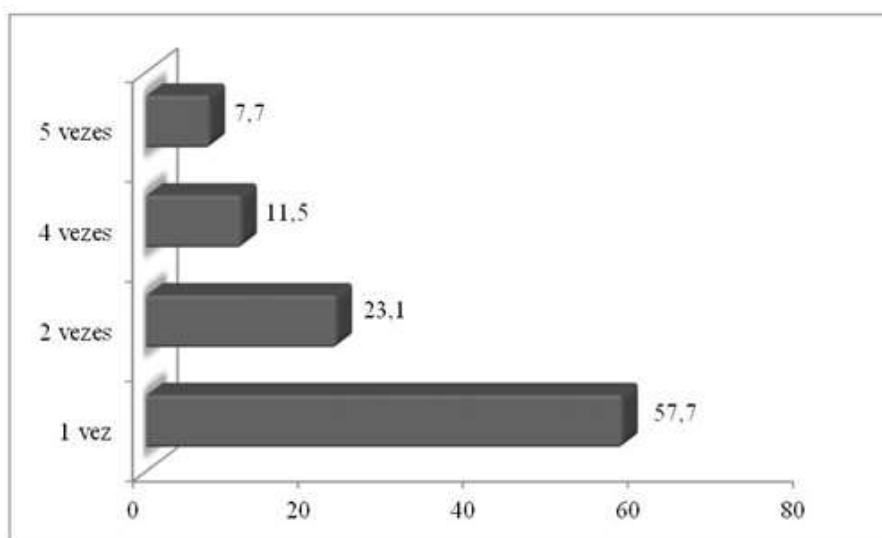


Gráfico 2. Distribuição nos números de relaparotomias. Recife, PE, Brasil, 2019.

tomia por outros motivos (50,0%) e menor prevalência no grupo por acidente automobilístico (15,4%), e a perfuração por arma branca não apresentou necessidade da realização da relaparotomia. Ainda, observa-se que o teste de interdependência foi significativo, indicando que o motivo da laparotomia é determinante para a relaparotomia, sendo o risco de 3,25 para relaparotomia no grupo de pacientes submetidos por motivos diferentes ao da arma de fogo ou acidente automobilístico quando comparado com os pacientes de acidentes automobilísticos. Para o grupo que sofreu perfuração por arma de fogo o risco apresentado pela relaparotomia é de 1,34 quando comparado com o grupo que sofreu acidente automobilístico.

Quanto ao potencial de contaminação, foi verificada maior prevalência de relaparotomia nas cirurgias contaminadas (54,5%) e menor prevalência nas cirurgias potencialmente contaminadas (17,2%). Na avaliação da independência entre o potencial de contaminação e relaparotomia, o teste foi significativo, sendo o risco para a limpa, contaminada e infectada, respectivamente, de 1,25, 3,17 e 2,91 quando comparadas com a potencialmente contaminada.

O risco cirúrgico ASA foi mais predominante nos escores III (50,0%) e IV (55,%) e menos predominante nos escores I (11,8%) e II (12,5%). Quanto à avaliação da independência entre os escores e relaparotomia, o teste foi significativo, sendo o risco o ASA II 1,06, ASA III 4,25 e ASA IV 4,72 quando comparados com o ASA I. Na duração cirúrgica a relaparotomia foi mais prevalente quando o procedimento da laparotomia teve duração maior que 120 minutos (33,3%), e na avaliação de independência foi significativo e o risco com a duração maior que 120 minutos de 2,26 quando comparado ao intervalo de tempo cirúrgico de 61-120 minutos.

O uso do esquema de ATB mais presente que resultou na necessidade de relaparotomia foi o esquema profilático e terapêutico (51,6%), e a menor prevalência quando o esquema foi apenas profilático (17,3%), ao testar independência, foi significativa, e o risco com o esquema combinado profilático e terapêutico foi de 4,60 em comparação ao esquema apenas profilático. O desfecho mais prevalente nos prontuários dos pacientes que necessitaram realizar relaparotomia foi o óbito (40,9%) e o menor foi a alta e transferência (17,3%), e quando avaliada, a independência foi significativa e o risco do óbito na relaparotomia foi de 2,36 comparado ao desfecho de alta e transferência.

Discussão

O perfil social de risco em homens, jovens, residentes em centros urbanos e com o hábito de usar substâncias psicoativas, como o álcool, é identificado nos indivíduos submetidos à laparotomia em procedimentos de urgência. E quando associado à prevalência de causalidade, a perfuração por arma de fogo é evidenciada quando comparado às outras causas de laparotomia de urgência. Considerando uma análise retrospectiva sobre a prevalência e o perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma, o resultado obtido reforça que os acidentes automobilísticos e a violência compreendem as principais ocorrências por causas externas.⁽¹¹⁾

No caso da laparotomia de urgência, um procedimento cirúrgico no qual há abertura da cavidade abdominal, pode ser classificada conforme o potencial de contaminação. Em cirurgia potencialmente contaminada, aquela realizada em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos colonizados au-

Tabela 3. Análise da relaparotomia com as variáveis qualitativas do estudo. Recife, PE, Brasil, 2019.

Variáveis	Relaparotomia		p-valor	RP ³ (IC 95% ⁴)
	Sim n (%)	Não n (%)		
Sexo				
Masculino	22 (21,4)	81(78,6)	0,761 ¹	Ref
Feminino	4 (23,5)	13 (76,5)		1,10 (0,43 – 2,80)
Idade				
≤50 anos	19 (18,4)	84 (81,6)	0,053 ¹	Ref
>50 anos	7 (41,2)	10 (58,8)		2,23 (1,11 – 4,49)
Tabagismo⁵				
Sim	10 (40,0)	15 (60,0)	0,104 ²	2,08 (0,83 – 5,23)
Não	5 (19,2)	21 (80,8)		Ref
Etilismo⁵				
Sim	8 (25,0)	24 (75,0)	0,805 ²	Ref
Não	7 (36,8)	12 (63,2)		1,19 (0,80 – 1,77)
Hipertensão Arterial Sistêmica⁵				
Sim	5 (33,3)	10 (66,7)	0,743 ¹	1,20 (0,49 – 2,92)
Não	10 (27,8)	26 (72,2)		Ref
Diabete Mellitus⁵				
Sim	-	4 (100,0)	0,307 ¹	-
Não	26 (22,4)	90 (77,6)		-
Motivo da Laparotomia				
Acidente automobilístico	2 (15,4)	11 (84,6)	<0,001 ¹	Ref
Perfuração por arma branca	-	19 (100,0)		-
Perfuração por arma de fogo	14 (20,6)	54 (79,4)		1,34 (0,34-5,20)
Outros motivos	10 (50,0)	10 (50,0)		3,25 (0,84 – 12,51)
Potencial de contaminação				
Limpa	3 (21,4)	11 (78,6)	0,022 ¹	1,25 (0,42 – 3,73)
Potencialmente contaminada	16 (17,2)	77 (82,8)		Ref
Contaminada	6 (54,5)	5 (45,5)		3,17 (1,57 – 6,38)
Infectada	1 (50,0)	1 (50,0)		2,91 (0,68 – 12,46)
ASA^{3,6}				
I	6 (11,8)	45 (88,2)	<0,001 ¹	Ref
II	3 (12,5)	21 (87,5)		1,06 (0,29 – 3,89)
III	11 (50,0)	11 (50,0)		4,25 (1,8 – 10,04)
IV	5 (55,6)	4 (44,4)		4,72 (1,82 – 12,24)
V	-	-		-
VI	1 (100,0)	-		-
Duração da cirurgia				
< 60 minutos	-	8 (100,0)	0,022 ¹	-
61 – 120 minutos	9 (14,8)	52(85,2)		Ref
>120 minutos	17 (33,3)	34(66,7)		2,26 (1,10 - 4,63)
Uso de Antibiótico				
Profilático	10(11,2)	79 (88,8)	<0,001 ²	Ref
Profilático e Terapêutico	16 (51,6)	15 (48,4)		4,60 (2,34 – 9,03)
Desfecho final				
Alta e transferência	17 (17,3)	81 (82,7)	0,022 ¹	Ref
Óbito	9 (40,9)	13 (59,1)		2,36 (1,22 – 4,57)

¹p do Teste exato de Fisher; ² p do Teste do qui-quadrado; ³ Razão de Prevalência; ⁴ Intervalo de Confiança; ⁵O número de observações não coincide com o total da amostra pois algumas observações estavam ausentes nos prontuários; ⁶ ASA (*American Society of Anesthesiologists*).

sentos de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no intraoperatório.⁽¹²⁾

O tempo de duração da cirurgia tem sido associado à incidência de infecção da ferida operatória, evidenciando quanto mais estendido o tempo cirúrgico diretamente proporcional ao risco de incidência de infecção, além do tempo de internação do paciente no serviço que aumentam as chances de desenvolver infecção.

⁽¹⁾ Assim, corroborando com a literatura que revela que o tempo de duração indicado para esse tipo de cirurgia é menor que duas horas, destacou-se um tempo cirúrgico inferior a duas horas, além do breve tempo de internação colaborando assim com o desfecho clínico de alta hospitalar para as laparotomias.⁽³⁾

O ASA é um índice de risco anestésico que classifica o paciente de acordo com o seu estado clínico em relação ao índice de risco anestésico.

⁽¹³⁾ O perfil jovem dos pacientes e a identificação apenas do etilismo como fator de risco clínico relevante, justifica o motivo do ASA mais prevalente ter sido classificado com ASA I.

A antibioticoprofilaxia pode ser usada como recurso para prevenir infecções que podem ser complicações pós-operatório. A ocorrência do uso de pelo menos um tipo de antibioticoterapia foi observado em todos os prontuários, em consonância com os achados de estudo sobre perfil pós-operatório de laparotomia, que revela que uso de antimicrobianos profiláticos é recomendado antes de todos os procedimentos gastrointestinais.⁽³⁾

Os cuidados com a utilização de drenos e sondas por vezes depende da atenção da equipe de enfermagem. Neste estudo foi observada que houve uma prevalência do uso desses dispositivos quando comparado aqueles que não utiliza-

ram, desta forma é importante o conhecimento da equipe da enfermagem no manuseio e nos cuidados com dispositivos invasivos comuns no pós-operatório, como a monitorização do volume e aspecto, até mesmo implantação, no caso das sondas.⁽³⁾

Dentre as complicações da laparotomia mais comumente encontradas estão a Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC), hérnia incisional, deiscência de ferida operatória e a hemorragia. O manejo clínico para essas complicações supracitadas, geralmente, será a realização da relaparotomia.⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

Na infecção do Sítio Cirúrgico (ISC), uma complicação representa uma incidência de 14% e 16% em relação as demais infecções relacionadas à assistência em saúde.⁽¹⁶⁾ Sendo a mais evidenciada como a principal complicação nesse estudo, corroborando com a literatura.

Assim, é importante observar os diversos aspectos presentes na prática clínica que podem gerar o crescimento da ocorrência de ISC, bem como suas repercussões físicas, financeiras e sociais, e especialmente nas taxas de mortalidade. A equipe de enfermagem é parte da equipe multiprofissional que deve estar atenta aos diversos riscos ambientais e, para tanto, é necessário investir na educação dos profissionais envolvidos na assistência direta e indireta ao paciente em unidades de centro cirúrgico, para, desta forma, minimizar a ocorrência dessa complicação.^(3,16)

A idade foi um fator de risco observado e, em consonância com a literatura que aponta quanto maior a idade maior o risco, a variável acima de cinquenta anos atua como fator de risco associado à relaparotomia.⁽¹⁷⁾

As laparotomias de urgência que necessitaram de relaparotomia estão relacionadas principalmente com a variável que indica a causa como

Conclusão

por outros motivos, essa variável foi embasada nas cinco principais classificações de abdome agudo, que é definido como dor abdominal de início súbito, não traumático, havendo a necessidade de diagnóstico e tratamento imediatos que pode ser classificada em síndromes: inflamatória/infecciosa, perfurativa, obstrutiva, vascular isquêmica e hemorrágica.⁽¹⁸⁾

As cirurgias que necessitaram de relaparotomia apresentavam a classificação do ASA III, em sua maioria, apontando assim um risco para as cirurgias abdominais. Além de o tempo cirúrgico ter ultrapassado as duas horas como se recomenda a literatura⁽³⁾, o tempo estendido pode ter favorecido o aumento da complicação pós-operatória no caso em estudo com a realização da relaparotomia.

O desfecho clínico mais observado no caso das relaparotomias foi o óbito, pois esse procedimento é indicado para o tratamento de complicações graves, com altas taxas de mortalidade e morbidade, bem como altos custos para o sistema de saúde, aumentando a internação hospitalar.⁽¹⁷⁾ Desta forma, evidencia-se a necessidade de abordar esse tema de forma preventiva, pois é possível associar a mortalidade com a ocorrência de complicações pós-cirúrgicas.

Os perfis nas laparotomias e relaparotomias apresentaram-se diferentes, nas seguintes variáveis: sexo, idade, comorbidades e hábitos de vida. Para a laparotomia de urgência que acometeu mais homens, com idade inferior a 50 anos, residentes da região metropolitana e com o etilismo sendo fator de risco clínico relevante na pesquisa, e para este perfil, o desfecho clínico prevalente foi a alta hospitalar e a sua ocorrência está relacionada com a causa mais comum, neste caso, identificou-se o trauma.

No que se diz respeito ao perfil das relaparotomias, que prevaleceu no sexo feminino, idade superior a 50 anos, hipertensão e tabagismo como fatores de risco clínico, além da classificação do ASA III e IV prevalentes. O desfecho clínico óbito teve maior ocorrência para este perfil.

Tais achados auxiliam a equipe multiprofissional para promoção de assistência qualificada, assim embasando um planejamento e otimização do cuidado, além de contribuir com a prevenção, promoção e recuperação da saúde direcionada ao paciente cirúrgico. As limitações do estudo foram de natureza temporal para coleta de dados, por se tratar de uma iniciação científica e consequentemente a exigência no cumprimento de prazos, além da ausência de informações e ilegitimidade dos prontuários.

Referências Bibliográficas

1. Parreira JG, Campos T, Perlingeiro JAG, SoldáSC, Assef JC, Gonçalves AC, et al. Implantação de registro de trauma como ferramenta para melhorar a qualidade do atendimento a traumatizados: os primeiros 12 meses. *Rev. Col. Bras. Cir* [Internet]. 2015 [citado 15 julio 2019]; 42(4):265-272. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v42n4/pt_0100-6991-rcbc-42-04-00265.pdf
2. Cardoso-Júnior A. Controle de danos: uma luz no fim do túnel. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2014 [citado 15 julio 2019]; 24(4):501-508. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1711>
3. Souza RP. Caracterização do perfil de pacientes no período pós-operatório de laparotomia em clínica cirúrgica [monografia]. Ceilândia (DF): Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília; 2013. [citado 10 marzo 2019]. Disponível em:<http://bdm.unb.br/handle/10483/7668>
4. Nunes FC, Matos SS, MattiaAL. Análise das complicações em pacientes no período de recuperação anestésica. *Rev. SOBEC* [Internet], São Paulo. 2014 jul/set [citado 10 marzo 2019];19(3):129-135. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/sobec.2014.020>
5. Sharma A, Sahu SK, Nautiyal M, Jain N. To Study the Aetiological Factors and Outcomes of Urgent Re-Laparotomy in Himalayan Hospital. *Chirurgia (Bucur)*, 2016jan/fev [citado 10 mar 2019];111(1):58–63. Disponível em: <http://revistachirurgia.ro/pdfs/2016-1-58.pdf>
6. Novaes ES; Torres MM; Oliva APV. Diagnósticos de enfermagem em clínica cirúrgica. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015[citado 17 marzo 2019]; 28(1):26-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500006>
7. Santo IMB do E, Matos J da C, Silva CJ da, Almeida R dos P, Santos JLP dos, Silva SM da, Caetano E dos R, Lima RD, Nunes KS, Barbosa S da S. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP): Reflexos da Aplicabilidade no Processo de Cuidar. *REAS* [Internet]. 19mar.2020 [citado 7out.2021] ;(43):e2945. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2945>
8. Aragão J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *REVISTA PRÁXIS*[Internet]. 2011Ago [citado 17 mar 2019]; 3(6):59–62. Disponível em:<https://doi.org/10.25119/praxis-3-6-566>
9. . Governo do Estado de Pernambuco [Internet]. [citado 20 jun 2019]Secretaria Estadual de Saúde: Hospital da Restauração;[cerca de 2 telas]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-da-restauracao>
10. Pimentel SK, Sawczyn GV, Mazepa MM, Rosa FGG, Nars A, Collaço IA. Fatores de risco para óbito no trauma abdominal fechado com abordagem cirúrgica. *Rev. Col. Bras. Cir*[Internet]. 2015 [citado 17 junio 2019]; 42(4): 259-264. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912015004011>

11. Silva LAP, Ferreira AC, Paulino RES, Guedes GO, Cunha MEB, Peixoto VTCP, et al. Análise retrospectiva da prevalência e do perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma em um hospital secundário. *RevMed*, São Paulo [Internet]. 2017 Out/Dez [citado 17 junio 2019];96(4):246-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i4p246-254>
12. Martins T, Amante LN, Virtuoso JF, Girondi JBR, Nascimento ERP, Nascimento KC. Pré-operatório de cirurgias potencialmente contaminadas: fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico. *Acta Paul Enfermonline* [Internet]. 2017[citado 17 junio 2019]; 30(1):16-24. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700004>
13. www.asahq.org [Internet]. Washington: American Society of Anesthesiologists, out 2014 [citado 27 jun 2019] Current definitions (NO CHANGE) and Examples (NEW) AS of. ASA PS Classification [cerca de 2 telas]. Disponível em: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>
14. Weber VG, Swarowsky DML, Born LM, Bins MF, Wichmann JF. Incidência de hérnias incisionais em pacientes submetidos a laparotomias medianas em um hospital de ensino no interior do estado do Rio Grande do Sul. *Rev. AMRIGS*. 2016; 60(3): 198-201.
15. Ramneesh G, Sheerin S, Surinder S, Bir S. A Prospective Study of Predictors for Post Laparotomy Abdominal Wound Dehiscence. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2014 Jan [citado 27 junio 2019]; 8(1): 80-3. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3939595/>
16. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência. Brasília (DF); 2009 [citado 20 junio 2019]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf
17. Largaespada JRG. Factores de riesgo asociados a las relaparotomías en pacientes del servicio de cirugía general del hospital alemán nicaragüense durante el período del 1ro de enero de 2014 al 31 de diciembre del 2017 [monografía Internet]. Managua (Nicaragua): Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2018 [citado 27 marzo 2019]. Disponível em: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/10468>
18. Bastos RW, Berg W, Souze HP, Breigeiron R. Abdome agudo: diagnóstico sindrômico. *Acta Méd.*, Porto Alegre [Internet]. 2014 [citado 27 marzo 2019];35(6):2-7. Disponível em:<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882479/abdome-agudo-diagnostico-sindromico.pdf>

Recibido: 10.06.2021

Aceptado: 20.07.2021