

DEMARCANDO O LOCAL DO ESTOMA (revisão)**Demarcating the stoma site (revision)**Sonia Maria Dias ¹**RESUMO**

A demarcação do local do estoma alicerçada na assistência de reabilitação, é procedimento indispensável do programa sistemático de pré operatório de quem será submetido à cirurgia que resulta em ostomia, dos tratos intestinal e urinário. Consiste na decisão de escolher o melhor local da parede abdominal, para construção do estoma, com praticabilidade necessária, para o autocuidado rotineiro do ostomizado.

Unitermos: Colocação do estoma; assistência pré operatória; reabilitação.

¹ Mestre e Livre Docente em Enfermagem Cirúrgica. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem

INTRODUÇÃO

Dentre os diversos temas que têm sido objeto de debates entre estomaterapeutas, enfermeiros não estomaterapeutas, médicos cirurgiões, encontra-se o relativo à demarcação do local do estoma.

Os estomas para eliminação intestinal, a ileostomia e colostomia, os de derivação urinária, como a ureterostomia, têm configurado numa forte preocupação dos profissionais, para serem inseridos num programa sistemático de assistência pré operatória, quando previamente, poder-se-á planejar o melhor local de construção na parede abdominal.

Questões como o vazamento de efluente, fezes ou urina, implicando em uma das causas de irritação cutânea e interferência no vestuário de uso habitual, têm sido fatores de extremo incômodo. observados nos depoimentos de ostomizados, que tiveram seu estoma exteriorizado em local de difícil acesso de manuseio.

As dificuldades no autocuidado relacionadas ao estoma, pele periestoma e dispositivos, ocasionados pela deficiência em visualizar o próprio estoma, por ser construído entre pregas e dobras cutâneas, próximo de proeminências ósseas, na linha da cintura, prejudicando a higiene e fixação do coletor de efluente, constituíram fatores que, levaram a reflexão da necessidade de selecionar e demarcar o local do es-

toma no período pré operatório, quando permite a participação do cliente no procedimento.

Este procedimento visa obter menor custo e maior benefício do tratamento nos aspectos físico, social e emocional da assistência, fundamenta o processo de reabilitação do ostomizado, sustentado pelo trabalho em equipe, envolvendo nesta situação, o compromisso do estomaterapeuta; médico cirurgião e do próprio cliente.

AVALIANDO A TOPOGRAFIA ABDOMINAL

Deve-se atentar para propor programa de assistência individualizado, quando são considerados a idade, crenças religiosas, atividades de trabalho, deficiências física e mental, práticas de esporte e lazer e outros hábitos do cliente.

A entrevista clínica no período de pré operatório, é ponto de partida para estabelecer relação entre profissional e cliente. No seguimento da assistência, as avaliações física e psicológica são essenciais no rastreamento de fatores de riscos que, possam interferir no tratamento cirúrgico. As informações obtidas, lançam base para diagnóstico e definir programa terapêutico, incluindo a seleção e demarcação do local do estoma.

A literatura mostra que nos escritos de VUKOVICH et al (1977), WATT (1982) e BOARINI (1982), abordam que, para cirurgias eletivas, o momento do pré operatório é o indicado para realizar o procedimento em questão. Estes escritos e os de OHMURA (1988), VALENTI (1988) E ORTIZ et al (1994), traçam critérios a serem considerados para apropriada seleção e demarcação do local do estoma.

São eles:

A conveniência operatória. Uma vez de posse da conveniência operatória e do tipo de cirurgia a que o cliente será submetido, o estomaterapeuta avalia a parte do trato intestinal ou urinário que será exteriorizada. Cabe lembrar que esse conhecimento favorece selecionar o quadrante do abdome a ser demarcado.

Preferência pelo músculo reto abdominal. Esse músculo é constituído de fibras verticais inseridas na porção superior na quinta, sexta cartilagens e no processo xifóide e, inferiormente na sínfise e crista púbica. O referido músculo pode ser testado determinando-se que o cliente em posição supina, flexione o tronco, ou seja, elevar a cabeça sem usar os braços, quando as bordas externas do músculo podem ser observadas. A importância de exteriorizar estoma através do músculo

reto do abdome é sustentada pela redução da ocorrência de hérnia paraestomal e prolapso.

Perspectiva da área a ser selecionada. O destaque da área do abdome é o de que seja plana, pela facilidade de aderir o dispositivo de coleta de efluente. Geralmente recomenda-se área de 5 a 7,5cm de diâmetro para o adulto. É do nosso conhecimento, existência de marcadores metálicos, em forma de disco, com diâmetros variados, que ajudam a avaliar a superfície da pele a ser demarcada. Deve-se evitar a demarcação onde há pregas e dobras cutâneas, na depressão umbilical, próximo de proeminências ósseas como as margens costais e espinha ilíaca ântero superior, em cicatriz, na incisão cirúrgica, áreas afetadas por doença crônica de pele

De fácil visualização para o manejo do próprio estoma pelo cliente. Para atender esse critério, a construção do estoma abaixo da região umbilical, quando possível, favorece a visualização da pessoa ostomizada para realizar o auto cuidado. Permite efetuar a higiene, trocar e manusear o dispositivo que coleta efluente e avaliar se as características normais do estoma estão presentes.

Sem interferência no vestuário e aparelhos de uso habitual. Para não interferir no vestuário, principalmente de quem usa cintos, o ideal é demarcar o estoma abaixo da linha da cintura. Atenção especial deverá ser dada para a pessoa que usa aparelho ortopédico. Considerar que a localização do estoma, venha contemplar a independência do cliente para prática dos cuidados necessários. A consulta ao ortopedista, poderá ajudar, direcionar a opção de escolha, do melhor local a ser demarcado. Nas pessoas que usam cadeira de rodas, a demarcação deverá ser realizada na posição quando fica sentada, considerando ser esta que proporciona melhor visualização e manejo do estoma.

Clientes obesos e abdome volumoso por processo patológico (cirrose). É recomendável localizar o estoma nos quadrantes superiores, no ápice do tecido adiposo, 5cm acima e lateral à cicatriz umbilical, e 5cm abaixo da margem costal inferior. Permite que o cliente visualize seu estoma e, corre menor risco da pele ao redor ganhar pregas, no caso de emagrecimento no pós operatório.

Clientes magros. A literatura consultada não define com exatidão de cálculos. A rigor, a nossa experiência mostra que, em pessoas magras com probabilidade de ganhar peso no pós operatório, o estoma

deverá ser demarcado longe dos locais possíveis de dobra do tecido adiposo.

Presença de dois estomas. Se a necessidade cirúrgica requer dois estomas, um fecal e outro urinário no mesmo cliente, a distância entre ambos deverá permitir adaptação dos dispositivos de coleta de efluente. Considerar o uso de cinto, acessório geralmente utilizado por cliente com derivação urinária.

Situações de emergência. O cliente na condição de emergência cirúrgica, a prioridade do caso é a manutenção das funções vitais e avaliação da lesão que ameaça à vida. No tratamento de emergência, a demarcação, quando ocorre, é com o cliente na posição deitado. Deve-se buscar a localização do estoma, nos quadrantes superiores em que propicia adaptação do sistema de coleta de efluentes.

Criança que demanda construção de estoma. Não é do nosso domínio, experiência em selecionar e demarcar local do estoma em criança. Para WATT (1982), a colostomia de criança que nasce com ânus imperfurado ou atresia retal, geralmente não é demarcada no pré-operatório. Porém, o cirurgião deverá ter bom senso de construir o estoma em local que trará melhor resultado para fixação do dispositivo

coletor de efluente intestinal. Aconselha a autora que, o estoma deverá ser exteriorizado no centro do abdome abaixo do umbigo. Nas situações emergenciais de enterocolite necrotizante, dependerá da viabilidade cirúrgica decidir a porção da alça intestinal a ser exteriorizada. Vale ressaltar que, o estoma deverá ser colocado longe de proeminências ósseas e da incisão cirúrgica, porque na fase de cicatrização da ferida, contornos irregulares são criados no abdome, o que certamente dificultará aderência do sistema de coleta de efluente.

COMO PROCEDER PARA SELECIONAR E DEMARCAR O LOCAL DO ESTOMA

Técnicas de Demarcação

WATT (1982) aponta as seguintes técnicas de demarcação: tatuagem, laceração, aplicação de selos e delineamento de área com caneta de tinta à prova d'água.

Tatuagem: É realizada com injeção de 0,01ml de azul de metileno intradérmica. A vantagem da técnica é a de que a marca elaborada, não corre o risco de ser apagada, com os preparos necessários da pele para realização do ato cirúrgico, estando constantemente visível. As

desvantagens estão ligados ao processo doloroso e marca permanente da tatuagem, quando por condição do processo patológico, durante o transoperatório, o cirurgião examina que, o estoma não tem possibilidade de ser exteriorizado através do local demarcado.

Laceração: Consiste em escoriar a superfície da pele após assepsia, com agulha esterilizada. A técnica oferece: igual vantagem da anterior referida. Duas desvantagens são sinalizadas: além do quadro de dor, possibilita infecção pela descontinuidade da pele do local demarcado.

Aplicação de selos: Os selos são circulares com uma das faces aderente para ser fixada à pele. Porém o cirurgião deverá ter o cuidado de circunscrever a área, após a indução anestésica, para não perder o local demarcado com a retirada do selo para procedimentos da cirurgia.

Caneta de tinta à prova d'água: É a técnica de maior uso, gerando marca semi-permanente, podendo ser reforçada pelo próprio cliente. Tem vantagens de ser um processo não doloroso e permite marcar o aproximado diâmetro do estoma, 2,5cm para intestino delgado.

do e 3,2cm para intestino grosso. A desvantagem da técnica encontra-se na dificuldade de visualização da marca, nas pessoas de cor negra

O MOMENTO DA SELEÇÃO E DEMARCAÇÃO

No momento da demarcação, o cliente deverá estar usando vestuário que facilite a exposição do abdome. Por razão dos vários contornos que o abdome apresenta, influenciado pelas diferentes posições que o corpo assume, a demarcação deverá ser realizada com o cliente deitado, sentado e em pé, para avaliar se o lugar demarcado realmente permite fixar o dispositivo de coleta de efluente e por conseguinte, a prática do autocuidado.

Com o cliente na posição deitado, o estomaterapeuta detecta e delimita as bordas do músculo reto, como foi descrito anteriormente. Na superfície da pele do quadrante abdominal onde será exteriorizado o estoma, é colocado o marcador metálico, já mencionado neste estudo, o qual dispõe de um orifício central por onde a pele recebe seu primeiro sinal de demarcação, que pode ser feito tipo X, com caneta comum. Após retirada do marcador, o sinal poderá ser ampliado, de preferência com caneta de tinta à prova d'água, nos diâmetros que aproximam do trato intestinal a ser exteriorizado, também já mencionados. Ressaltamos que, no caso do trato urinário a ser exteriorizado

for o ureter, o diâmetro da demarcação corresponde ao diâmetro dessa via urinária.

O marcador facilita dimensionar a área necessária para aderir o dispositivo de coleta de efluente, porque as apresentações variadas dos diâmetros, correspondem aos diâmetros dos adesivos dos dispositivos. Oferece a possibilidade de calcular a distância dos pontos críticos a serem evitados na demarcação, uma vez expostos neste estudo, na descrição da perspectiva da área a ser selecionada.

As posições de sentado e em pé deverão ter finalidade de avaliação, se o local demarcado favorece a visualização, para prática do autocuidado. Ainda o cliente deverá fazer movimentos como: o de flexionar o corpo para baixo, como se fosse alcançar algum objeto no piso próximo ao seu pé, e verificar se o local demarcado não interfere também no uso de cinto que compõe o vestuário. A colocação do dispositivo de coleta de efluente no local demarcado, para realizar os movimentos citados, garante segurança do procedimento.

Todos os passos necessários para demarcação, visam examinar o local apropriado, considerando ajuste da ostomia às atividades diárias do cliente.

Quando o cirurgião não tem possibilidade de prever os possíveis achados cirúrgicos do momento do ato operatório, pela impossibilita-

de de dimensionar a condição patológica do cliente, deve-se selecionar e demarcar dois locais para construção do estoma.

Incluindo algumas modificações no esboço de ORTIZ et al (1994), a seguir há exposição do local do estoma, conforme segmento intestinal ou urinário a ser exteriorizado e ilustração através da *Fig. 1*:

Figura 1

ESTOMA	SEGMENTO EXTERIORIZADO	ÁREA DO ABDOME PREFERENTE
Ileostomia	Íleo	Quadrante inferior direito
Cecostomia	Ceco	Quadrante inferior direito
Colostomia ascendente	Cólon	Quadrante inferior direito
Colostomia transversa	Cólon	Quadrante inferior e superior direito e esquerdo
Colostomia descendente e Sigmoidostomia	Cólon e Sigmóide	Quadrante inferior esquerdo
Urostomia	Uréteres	Quadrante inferior direito

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O medo, a frustração, frutos da nova imagem corporal do ostomizado, fazem com que a preocupação com a pesquisa avance na busca de melhor resultado da assistência.

O cuidado em demarcar o local do estoma, visando assistência de reabilitação, embora sendo um cuidado reconhecido em tempos remotos, é ainda em nosso meio raramente praticado.

Em verdade, a importância em realizar o procedimento no pré operatório, impede o cliente de experimentar determinados desconfortos de um estomá mal construído. Por isso é válido debater e divulgar o significado do tema, para que seja despertado o interesse dos profissionais em incluí-lo no planejamento da assistência pré operatória do futuro ostomizado.

SUMMARY

Patients undergoing intestinal or urinary surgery resulting in ostomy need a precise demarcation of the stoma, based on rehabilitation demands, as a fundamental procedure during preoperative care. A decision must be taken on the better siting on the abdominal wall where

the stoma is to be located, so as to make practical the ostomy routine self-care.

Key words: Stoma placing; preoperative assistance; rehabilitation.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOARINI, J.H. Preoperative Considerations. In: BROADWELL, D.C. JACKSON, B.S. **Principles of Ostomy Care**, St. Louis: Nosby Co., 1982. Cap. 23, p. 321-28.
2. OHMURA, Y. Evaluation of Preoperative Stoma Site Marking. In: **Proceedings of the Seventh Biennial Congress of the World Council of Enterostomal Therapists**, Gothenburg, Sweden. 1988. p. 27-8.
3. ORTIZ, H.; RAGUE, J.M.; FOULKES, B. Indicações y Cuidados de los Estomas. Barcelona: Editorial Jims, 1994. 372 p.
4. VALENTI, M.T.; LAGUNA, M.V. The Nurse's role in location of the stoma. In: **Proceedings of the Seventh Biennial Congress of the World Council of Enterostomal Therapists**, Gothenburg, Sweden. 1988. p. 25-6.
5. VUKOVICH, V.C.; GRUBB, R.D. Preoperative care. In: **Care of ostomy patient**, ed. 2, St. Louis: Nosby Co., 1977. Cap. 6, p. 74-8.
6. WATT, R.C.; BROADWELL, D.C.; JACKSON, B.S. Stoma Placement. In: **Principles of Ostomy Care**, St Louis, Nosby Co., 1982. Cap. 24, p. 329-339.

Endereço para correspondência: Rua Santo Antônio, 397/1108 - Juiz de Fora - MG
Cep: 36015-000