



Manejo dos pacientes com peritonostomia em Unidade de Terapia Intensiva: implicações para a assistência de enfermagem

Management of patients with peritonostomy in an Intensive Care Unit: implications for nursing care

Manejo de pacientes con peritonostomía en una Unidad de Cuidados Intensivos: implicaciones para los cuidados de enfermería

Gabriela Ramos de Carvalho¹, Pablo Wendel Bonfim¹, Kaiomax Renato Assunção Ribeiro¹, Daniella Valença Daher de Almeida¹, Marcela Vilarim Muniz¹.

RESUMO

Objetivo: Debater sobre o manejo de pacientes com peritonostomia internados em unidade de terapia intensiva e as suas implicações para a assistência de enfermagem. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, utilizando artigos publicados nas bases de dados Scielo, BVS, PUBMED e Web of Science, publicados entre 2013 e 2023 em português, inglês e espanhol. **Resultados:** A peritonostomia é uma técnica cirúrgica com o objetivo de descomprimir o abdômen e evitar a hipertensão intra-abdominal e consequentemente a síndrome compartimental. A identificação precoce de possíveis complicações pós-cirúrgica na UTI pela equipe de enfermagem, poderá reduzir o tempo de internação, mortalidade e gastos hospitalares. **Considerações finais:** A peritonostomia tem como objetivo principalmente a prevenção da hipertensão intra-abdominal. Para isso, são utilizados métodos como o uso da bolsa de bogotá e a técnica de Barker, diante disso e necessário que a enfermagem, aprimore seus conhecimento e treinamentos para seu manejo no ambiente intensivo.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva, Cirurgia geral, Síndrome do compartimento abdominal.

ABSTRACT

Objective: The debate on the management of patients with peritonostomy admitted to an intensive care unit and its implications for nursing care. **Methods:** This is an integrative review of the literature, using articles published in the Scielo, VHL, PUBMED and Web of Science databases, published between 2013 and 2023 in Portuguese, English and Spanish. **Results:** Peritonostomy is a surgical technique with the aim of decompressing the abdomen and preventing intra-abdominal hypertension and consequently compartment syndrome. The early identification of possible post-surgical complications in the ICU by the nursing team can reduce length of stay, mortality and hospital expenses. **Final considerations:** Peritonostomy aims mainly to prevent intra-abdominal hypertension. For this, methods such as the use of the Bogotá bag and the Barker technique are used. Therefore, it is necessary for nurses to improve their knowledge and training for their management in the intensive environment.

Keywords: Nursing care, Intensive Care Unit, General surgery, Abdominal compartment syndrome.

RESUMEN

Objetivo: El debate sobre el manejo de pacientes con peritonostomía ingresados en una unidad de cuidados intensivos y sus implicaciones para los cuidados de enfermería. **Métodos:** Se trata de una revisión integradora de la literatura, utilizando artículos publicados en las bases de datos Scielo, BVS, PUBMED y

¹ Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília - DF.

Web of Science, publicados entre 2013 y 2023 en portugués, inglés y español. **Resultados:** La peritonostomía es una técnica quirúrgica que tiene como objetivo descomprimir el abdomen y prevenir la hipertensión intraabdominal y consecuentemente el síndrome compartimental. La identificación temprana de posibles complicaciones posquirúrgicas en la UCI por parte del equipo de enfermería puede reducir la estancia, la mortalidad y los gastos hospitalarios. **Consideraciones finales:** La peritonostomía tiene como objetivo principal prevenir la hipertensión intraabdominal. Para ello se utilizan métodos como el uso de la bolsa de Bogotá y la técnica de Barker, por lo que es necesario que el enfermero mejore sus conocimientos y capacitación para su manejo en el ambiente intensivo.

Palabras clave: Cuidados de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos, Cirugía general, Síndrome compartimental abdominal.

INTRODUÇÃO

Define-se terapia intensiva (UTI) como sendo, locais destinados à prestação de cuidados especializados à pacientes críticos, onde haja a necessidade de controle rigoroso dos parâmetros vitais bem como assistência de enfermagem contínua e intensiva (SOUZA M, et al., 1985).

A UTI caracteriza-se por apresentar um ambiente altamente tecnológico, pela possibilidade de instabilidade dos pacientes ali presentes, levando a situações de emergências que exigem intervenções rápidas e de alta complexidade para manutenção da vida do paciente crítico (BOLELA F, 2006).

Visando priorizar e ordenar o acesso de pacientes a UTI's a Sociedade Americana de Terapia Intensiva fundamentou critério para a internação de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva, em 4 níveis de prioridade, sendo prioridade 1- pacientes graves, instáveis, com necessidade de tratamento intensivo e monitorização; prioridade 2 - Pacientes sem instabilidade, mas que necessitam de monitorização devido ao risco de descompensação; prioridade 3- São pacientes instáveis, mas com pouca chance de recuperação devido a gravidade da doença, ou devido a comorbidades, e por fim o grupo de prioridade 4 - que são os pacientes que apresentavam baixa ou nenhuma necessidade de internação em UTI (CALDEIRA VMH, et al., 2010).

Um estudo realizado em 113 UTI's do Brasil, sendo 63 do setor privado e 22 do setor público de saúde evidenciou que o perfil dos pacientes internados em UTI é composto por pacientes predominantemente do sexo masculino, representando 81% do total de internação e com idade média superior a 50 anos de idade. A média de permanência desses pacientes variou entre 1 a 23 dias (AGUIAR LMM, et al., 2021).

De acordo com o CID 10, as principais causas de internação em UTI, são as doenças do aparelho circulatório, sendo a cerebrovascular a mais frequente dentre as doenças circulatórias. Em seguida tem-se as lesões geradas por causas externas sendo dentre elas o trauma de crânio a causa com maior incidência. Quanto ao local de origem, o estudo evidenciou que a maioria dos pacientes eram provenientes do Centro cirúrgico (RODRIGUEZ AH, et al., 2016).

O enfermeiro no contexto da terapia intensiva lida com diversos perfis de pacientes e condições clínicas que exigem expertise e capacidade técnico científica para atuar de maneira satisfatória e eficaz no cuidado ao paciente crítico, sendo comum promover cuidados e intervenções a pacientes submetidos a cirurgias abdominais em especial, a peritoneostomia ou abdome aberto. Durante muitos anos manter um paciente com Abdome Aberto ou com peritoneostomia foi considerado com falha técnica ou mesmo erro médico. No entanto, a avaliação ao longo do tempo dos benefícios em manter o paciente com o Abdome Aberto permitiu que em 2009 fosse introduzido um consenso, por meio de um sistema de classificação do Abdome Aberto, permitindo comparações de estudos de coortes, e guiar treinamentos sobre essa técnica. Isso permitiu grandes avanços nos cuidados aos pacientes com Abdome Aberto (WAELE JJ, et al., 2015).

A necessidade de abordagem cirúrgica abdominal, tem como objetivo reparo orgânico primário e definitivo. Nos últimos 10 anos, corrigir os problemas fisiológicos, com ênfase na redução de danos mantendo o abdômen aberto através de laparotomias ou peritoneostomias, ganhou força (RIBEIRO MAF, et

al., 2016; SIMÃO TS, et al., 2013). Os principais fatores que indicam o uso da peritoneostomia são a Hipertensão Intra-abdominal (HIA), Síndrome Compartimental abdominal, drenagem de cavidade abdominal com grave infecção, re-laparotomias programadas, distúrbios de coagulação, hipotermia <35 °C, instabilidade hemodinâmica e mesmo a incapacidade de fechamento da cavidade abdominal (RIBEIRO MAF, et al., 2016).

Complicações, como retração lateral da aponeurose, dificultam o fechamento da cavidade, podendo surgir hérnias incisionais. Técnicas como Bolsa de Bogotá, técnica de Barker (Vacuum Pack) e vacuum-Assited Closure Therapy (VAC), garantem melhores resultados de fechamento da cavidade abdominal (RIBEIRO MAF, et al., 2016).

Procedimentos esses que ao serem realizados pela equipe médica, ficam aos cuidados, manutenção e supervisão do enfermeiro intensivista, uma vez que se trata de cuidados de alta complexidade. Neste sentido esse estudo partiu da seguinte questão norteadora: O que a literatura traz sobre o manejo do paciente com peritonostomia internado em unidade de terapia intensiva? Diante desse contexto, este estudo objetivou discutir por meio da literatura sobre o manejo de pacientes com peritonostomia internados em unidade de terapia intensiva, bem como as possíveis implicações para a assistência de enfermagem intensivista.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que consiste em um método utilizado na prática baseada em evidências no intuito de incorporar as evidências na prática clínica fundamentadas em conhecimento científico, com custos, efetividade e resultados de qualidade. Nesse método é imprescindível a formulação de um problema, com pesquisa de literatura, e avaliação crítica da análise de dados e apresentação do compilado de resultados, permitindo reunir e sintetizar resultados de pesquisa de um determinado tema ou questão, de forma ordenada e sistemática, contribuindo para o conhecimento sobre o tema investigado (SOUZA LMM, et al., 2017).

Para elaboração desse estudo, foram percorridas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção das questões de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação das evidências e análise (categorização), discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado nos estudos analisados. A busca desenvolveu-se nas bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), US National Library of Medicine (PUBMED), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na Web of Science.

Na estratégia de busca utilizando os descritores em ciências da saúde “Laparotomia, Unidades de Terapia Intensiva, Cirurgia Geral, Síndrome do Compartimento Abdominal, Cuidados de enfermagem”, utilizou-se os termos Booleanos “AND e OR” a fim potencializar e especificar os estudos selecionados. Assim a estratégia de busca utilizada nas bases de dados caracterizou como: (“Laparotomia” AND “Unidades de Terapia Intensiva”) OR (“Unidades de Terapia Intensiva” AND “Cirurgia Geral”) OR (“Unidades de Terapia Intensiva” AND “Síndrome do Compartimento Abdominal”) OR (“Síndrome do Compartimento Abdominal” AND “Cuidados de enfermagem”) OR (“Laparotomia” AND “Cirurgia Geral” AND “Síndrome do Compartimento Abdominal” AND “Unidades de Terapia Intensiva”).

O levantamento dos estudos ocorreu em Fevereiro de 2023. Os critérios de inclusão foram: estudos originais que abordassem a tema cirurgias abdominais e laparotomias abdominais, peritonostomia, complicações cirúrgicas abdominais, abdome aberto e seus cuidados de enfermagem, que estivessem publicados entre 2010 a 2023 em português, inglês ou espanhol, estando disponíveis online na íntegra gratuitamente e que abordassem o tema cirurgia abdominal ou peritonostomia na UTI. Os artigos com dupla publicação foram considerados apenas uma vez. Após a seleção dos estudos que iriam compor esta revisão, realizou-se a leitura análise e extração dos principais resultados/considerações por meio de um quadro tipo sinóptico. Os artigos foram identificados pela letra A de “Artigo”, seguida de uma numeração (A1, A2, A3, sucessivamente). Com relação às questões éticas, foram respeitados os preceitos de autoria.

Quadro 1 - Busca e seleção segundo cada base de dados.

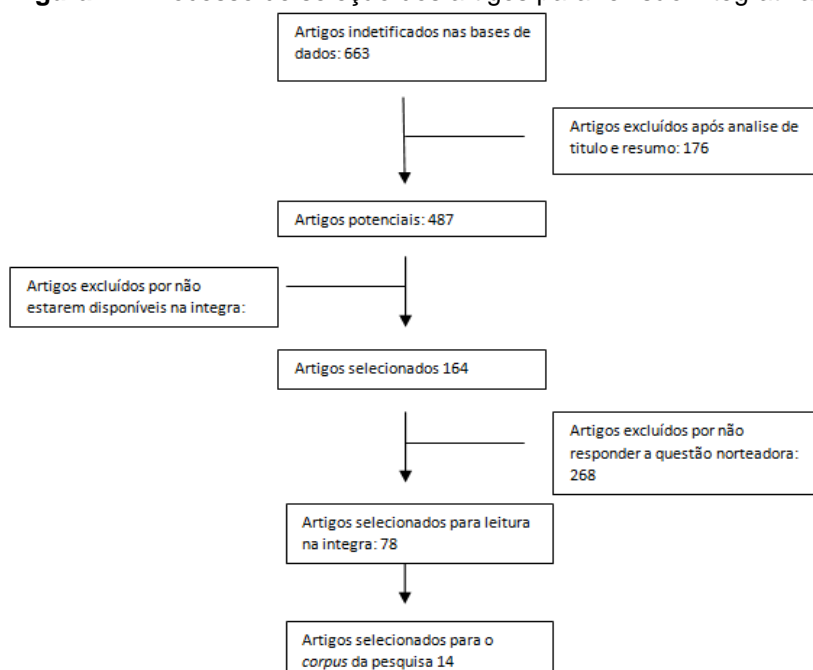
Registro das Buscas	
Scielo	
Com chave de busca	145
Após aplicação dos criterios de inclusão	29
Após avaliação por criterios de exclusão	15
Total	15
Pubmed	
Com chave de busca	495
Após aplicação dos criterios de inclusão	60
Após avaliação por criterios de exclusão	9
Total	9
Web of Science	
Com chave de busca	6
Após aplicação dos criterios de inclusão	3
Após avaliação por criterios de exclusão	0
Total	0
BVS	
Com chave de busca	17
Após aplicação dos criterios de inclusão	13
Após avaliação por criterios de exclusão	10
Total	1
Total de artigos incluídos na RI	14

Fonte: Carvalho GR, et al., 2024.

RESULTADOS

Foram encontrados inicialmente 663 estudos, sendo 176 excluídos por não abordarem a temática de interesse, 55 excluídos por não estarem disponíveis online na íntegra gratuitamente, 268 por não responderem à questão norteadora ou fizeram fuga ao tema proposto, e 86 apresentaram repetições em duas ou mais bases de dados. Destes, 78 estudos foram submetidos a leitura completa e extração dos dados. Após a coleta dos dados e síntese dos estudos, selecionou-se 14 para fazer parte do corpus desta pesquisa (Figura 1).

Figura 1 – Processo de seleção dos artigos para revisão integrativa.



Fonte: Carvalho GR, et al., 2024.

Quadro 2 - Síntese dos estudos selecionados nesta revisão.

ID	Autor, ano	Objetivo	Principais considerações
A1	Moutinho LER e Neto OCLF (2020)	Fornecer uma visão sobre as perspectivas da HIA e SCA no transplante de fígado.	Medidas para o controle e prevenção da HIA e da SCA devem ser tomadas no pós-operatório imediato, incluindo métodos clínicos e cirúrgicos como a manutenção do abdome aberto e a laparotomia descompressiva.
A2	Gonçalves MDG, et al. (2021)	Apresentar uma proposta prática para o fechamento abdominal temporário utilizando curativo à vácuo (técnica de Barker modificada), como alternativas às demais técnicas.	O curativo apresenta uma boa opção terapêutica, de baixo custo e de fácil aplicação, uma vez que os materiais utilizados estão disponíveis com frequência na maioria dos hospitais. A técnica de Barker modificada também apresentou bons resultados.
A3	Petersson P, et al. (2019)	Descrever o desenvolvimento de hérnia incisional é uma sequela frequente a longo prazo após tratamento de abdome aberto.	O fechamento da ferida assistida a vácuo e o <i>onlay</i> permanente mediado por malha a tração fascial é uma nova técnica promissora para tratamento de abdome aberto e fechamento fascial reforçado. Os resultados mostram que uma baixa taxa de hérnia incisional com complicações administráveis de curto prazo.
A4	Junior ACR, et al. (2015)	Avaliar o resultado da integridade da parede abdominal após utilização do fechamento assistido a vácuo e da bolsa de Bogotá.	O fechamento assistido a vácuo e a bolsa de Bogotá não diferem significativamente em relação ao resultado da integridade da parede abdominal após as reoperações. Isso se deve ao acompanhamento de uma equipe específica e a adoção de técnica de fechamento fascial progressivo.
A5	Barbosa ASC, et al (2020)	Analisar os benefícios, indicações e eventuais intercorrências na utilização da técnica da Bolsa de Bogotá.	A bolsa de Bogotá é uma técnica cirúrgica muito importante, de indicação apropriada para o fechamento temporário do abdômen e que ainda está sendo utilizada até os dias atuais, principalmente em pacientes com sepse abdominal, síndrome compartimental abdominal, traumas graves dentre outras.
A6	Ribeiro CA, et al. (2019)	Propor um novo modelo de lavagem peritoneal contínua que aproveita as características e benefícios da laparostomia a vácuo.	A lavagem peritoneal contínua com pressão negativa mostrou-se tecnicamente possível e pode ser uma opção no tratamento da peritonite difusa.
A7	Ribeiro MAF, et al. (2016)	Avaliar três técnicas de fechamento temporário da cavidade abdominal: fechamento a vácuo (Vacuum-Assisted Closure Therapy - VAC), Bolsa de Bogotá e Vacuum-pack.	A técnica VAC, foi mais eficaz na redução da tensão nas bordas das lesões, ao remover fluidos estagnados e detritos, além de exercer ação a nível celular, aumentando as taxas de proliferação e divisão celular, e apresentou as maiores taxas de fechamento primário da cavidade abdominal. As técnicas de Bolsa de Bogotá e Vacuum-pack tiveram como vantagem o acesso fácil aos materiais utilizados, ao contrário do que se observa na terapia a vácuo, que além de apresentar alto custo, não está disponível em grande parte dos hospitais.
A8	Simão TS, et al. (2013)	Apresentar proposta para cobertura temporária das peritoneostomias em pacientes submetidos a laparotomias de controle de danos ou laparotomias descompressivas por síndrome compartimental abdominal.	O curativo a vácuo mostrou ser boa opção para cobertura temporária de peritoneostomias permitindo fechamento mais rápido da ferida abdominal, reduzindo o número de reoperações e promovendo proteção das alças contra contaminação bacteriana.
A9	Martinez CAR, et al. (2019)	Descrever um caso de obstrução intestinal por hérnia interna pelo defeito do mesocólon após retossigmoidectomia laparoscópica.	A obstrução intestinal por hérnia interna após retossigmoidectomia laparoscópica é uma rara complicação pós-operatória que pode ser evitada com o fechamento adequado dá o defeito do mesocólon.
A10	Inukai K, et al. (2021)	Avaliar retrospectivamente a utilidade do nosso protocolo OAM para-PP com SS.	Um protocolo padronizado para gerenciamento abdominal aberto pode melhorar os resultados de pacientes com choque séptico devido a peritonite perforativa grave. Este controle de danos abordagem pode ser aplicada para o tratamento de sepse abdominal grave.

ID	Autor, ano	Objetivo	Principais considerações
A11	Magi JC, et al. (2017)	Demonstrar a viabilidade e utilidade das laparotomias com incisão mínima.	A laparotomia com incisão mínima deve ser considerada como opção válida e viável no tratamento de afecções cirúrgicas.
A12	Li X, et al. (2020)	Avaliar o efeito das abordagens de abdome aberto e abdome fechado para o tratamento de fístula intestinal com infecção intra-abdominal complicada analisar os fatores de risco no tratamento da AO.	O abdome aberto diminuiu as taxas de mortalidade e os custos hospitalares. Fístulas secundárias não foram identificadas. O Abdomen aberto e a nutrição enteral precoce também reduziram as taxas de mortalidade.
A13	Kaariainen M, et al. (2017)	Analisar o sucesso de taxa de fechamento e o efeito da terapia de feridas com pressão negativa, medial, medial Tração e separação de componentes nos resultados.	A terapia por pressão negativa isolada foi a mais usada no fechamento temporário do abdômen (86,9%), porém, a terapia de feridas por pressão negativa combinada com malha tração medial resultou no menor tempo de abdome aberto ($p=0,039$) e uma taxa de reparo fascial ($p = 0,000$) em comparação com terapia de feridas por pressão negativa isolada sem combinação.
A14	Rodrigues AC, et al. (2019)	Apesar dos avanços nos protocolos de tratamento da peritonite difusa, alguns casos evoluem desfavoravelmente. Com o advento da terapia a vácuo, o uso de laparostomia para tratar a peritonite ganhou força. Outra modalidade de tratamento é a lavagem peritoneal contínua. No entanto, manter esta técnica é difícil e tem sido associada a resultados controversos. Propomos um novo modelo de lavagem peritoneal contínua que leva vantagem das características e benefícios da laparostomia a vácuo.	A lavagem peritoneal contínua com pressão negativa provou ser tecnicamente possível e pode ser uma opção no tratamento da peritonite difusa.

Fonte: Carvalho GR, et al., 2024.

De modo geral, estudos apontam que a peritoniostomia é uma técnica realizada por meio de cirurgia, com o objetivo de descomprimir abdome por meio de uma laparotomia descompressiva, visando de diminuir a hipertensão intra-abdominal e conseqüentemente evitar a síndrome compartimental aguda.

Para isso, os estudos apontam como método descompressivo o uso da bolsa de Bogotá, que é uma técnica cirúrgica utilizada em casos de peritoniostomia, sendo indicada para o fechamento temporária do abdome e que é a mais utilizada atualmente, principalmente em paciente com sepses abdominal, síndrome compartimental abdominal, trauma graves entre outras situações, tecnica esta utilizada comumente nos dias atuais.

Em contra partida, outros estudos mostram uma divergência entre a bolsa de Bogotá e a técnica de Barker que apresentou ser uma boa alternativa de baixa custo para pacientes que realização cirurgia de controle de danos por trauma. Medidas deverão ser tomadas para que no pós operatório imediato, tenha-se o fechamento rápido do abdômen, sem que traga demais complicações.

As taxas de sucesso elevadas em seu fechamento ocorre quando utilizadas técnicas de pressão negativa, mostrando 86,9% de sucesso na ocasião em que foram utilizadas de forma isolada, o curativo apresentou uma boa opção terapêutica, de baixo custo e de fácil aplicação, visto que, os matérias utilizados são de fácil acesso na maioria dos hospitais; além disso, possui maior controle do exsudato em terceiro espaço com menor taxa de complicações como fistulas, baixa índice de mortalidade e infecção.

Estudos mostraram que a terapia a vácuo apresenta alterações a nível celular, aumentando taxas de proliferação e divisão celular contribuindo para o fechamento primário da cavidade abdominal. Podendo ainda ser associada a técnica a lavagem peritoneal continua com pressão negativa, provando ser tecnicamente possível uma opção no tratamento.

É evidente a importância de um protocolo padronizado para o gerenciamento do abdome aberto, com o objetivo de potencializar resultados de pacientes e associação de técnicas cirúrgicas, como bem visto na laparotomia com incisão mínima a qual foi observada em alguns estudos como uma técnica viável e válida, associada a bolsa de Bogotá, ou até mesmo a terapia a vácuo que mostrou resultados significativos e altos índices de sucesso no fechamento da parede abdominal.

DISCUSSÃO

Após a leitura, análise e extração das principais considerações sobre o manejo do paciente com peritonostomia em unidade de terapia intensiva, elucidou-se discutir três principais tópicos: Peritonostomia em pacientes internados UTI; curativo a vácuo em pacientes com peritonostomia e implicações para a assistência de enfermagem intensivista no manejo dos pacientes com Peritonostomia.

Peritonostomia em pacientes internados UTI

Sampaio CEP e Pires AS (2019), Trazem como definição a peritoneostomia como uma técnica cirúrgica comumente conhecida como abdome aberto, que se trata de um tratamento complexo e crucial, que consiste em um procedimento de controle de danos para complicações relacionadas a esse procedimento. De acordo com Barbosa ASC, et al. (2020), esse procedimento é indicado para paciente que apresenta sepse abdominal, suspeita ou diagnóstico de síndrome compartimental, presença de descontinuidade da parede abdominal e necessidade de outras intervenções cirúrgicas devido a intercorrências. Segundo Junior ACR, et al. (2015), após uma cirurgia de laparotomia, onde o abdome é fechado através de uma sutura primária da aponeurose, método utilizado devido uma taxa de mortalidade de até 30% quando o abdome é deixado aberto.

A técnica é uma estratégia utilizada pelos cirurgiões em pacientes que possuem risco de vida relacionado a hemorragias intra-abdominal, prevenção ou tratamento da hipertensão intra-abdominal e tratamento da sepse intra-abdominal. É uma alternativa temporária, visando o controle do sangramento, correção de distúrbios metabólicos e hipotermia, também tendo como objetivo caso seja necessária uma nova abordagem cirúrgica. Manter o abdome aberto devido a cirurgia laparoscópica, na década de 40, era considerado como uma folha técnica, porém nos anos 70 as infecções abdominais disseminadas representaram um grande desafio para a medicina, visto que, a taxas de mortalidade estavam entre 30% e 80% (RODRIGUES AC, et al., 2015).

Em 1981, o departamento de cirurgia geral e do trauma do hospital da faculdade de medicina da universidade de são Paulo (HCFMUSP), trouxe como técnica o abdome aberto bem como uma das reabordagens cirúrgicas planejadas, sendo uma alternativa para o tratamento de infecções intra-abdominais com repercussões sistêmicas, desde que o foco infeccioso não pudesse ser removido em uma única cirurgia (RODRIGUES AC, et al., 2015).

Rotondo MF, et al. (1993), buscam junto com o controle de danos, demonstrar que a laparotomia em pacientes com hemorragias relacionadas a lesões de grandes vasos e de múltiplas órgãos, reduz a mortalidade, desde que iniciados precocemente antes que as condições clínicas do paciente sejam desfavoráveis. Por outro lado, manter a cavidade peritoneal aberta expõe o paciente a diversos riscos, bem como desenvolvimento de hérnias abdominais complexas.

Porém as técnicas de fechamento abdominal temporário com sutura de pele ou fechamento com pinças de backaus reduzem complicações, mas aumenta o risco de síndrome compartimental abdominal (SCA). Portanto, visando esquivar-se das complicações importantes, começam a desenvolver métodos para evitar tais entravamentos. Contudo, foi desenvolvido uma técnica ideal, definida para conter os órgãos abdominais, limite de contaminação, de forma que impeça a perda de fluidos abdominais, aderências e que permita, caso necessário, uma abordagem. Criado por Oswaldo Borráez em 1984 a bolsa de Bogotá, tornou-se o método mais popular e eficaz de fechamento temporário abdominal (RODRIGUES AC, et al., 2015).

Com objetivo de melhorias junto a novas tecnologias para o fechamento abdominal, o conceito de pressão negativa foi introduzido por Barker, et al. (1995), como uma nova modalidade. Após a introdução dessa técnica de fechamento a vácuo, um método novo para o fechamento foi desenvolvido do inglês Vacuum Assisted Closure (VAC), possibilitando drenar o líquido peritoneal, minimizando edema de visceral, aplicar maior tensão fásica na parede abdominal, e promovendo o fechamento e cicatrização após um mês da laparotomia inicial (RIBEIRO MAF, et al, 2016).

Atualmente, a bolsa de Bogotá é amplamente utilizada, principalmente nas unidades de terapia intensiva, as equipes deparam-se com abordagem terapêuticas, com o tratamento para abdome aberto em estado séptico, o qual as considerações terapêuticas e prognósticos são complicados, visando o risco que os pacientes têm em evoluírem para uma síndrome de disfunção múltipla de órgãos SDMO.

Diante disso, na prática assistencial percebe-se que o enfermeiro ao cuidar do paciente com peritonetostomia, depara-se com grandes desafios, sendo necessário o aprimoramento técnico, fundamentação científica, e utilização de protocolos com a finalidade de proporcionar a melhor assistência ao paciente acelerando sua reabilitação. Portanto, o manejo da peritoneostomia diante da equipe de enfermagem deve ser fundamentado em conhecimentos diferenciados, contribuindo para uma assistência beira a leito adequada, monitorando perda de fluidos, fístulas êntero atmosféricas (SAMPAIO CEP e PIRES AS, 2019).

Nesse sentido, é possível extrair que a bolsa de Bogotá foi desenvolvida como uma técnica cirúrgica para reparar ou minimizar danos acometidos pela cirurgia de laparotomia, quando o abdome do paciente precisa permanecer aberto. Diante de diversos estudos ficou comprovado os riscos da cirurgia, bem como métodos para minimizar tais risco que podem aumentar a mortalidade daquele paciente. Fica evidenciado a importância da bolsa de Bogotá, associada a um tratamento a vacuum, e da competência técnica da equipe de enfermagem em oferecer tais cuidados (CARVALHO GR, 2023).

Curativo a vácuo em pacientes com peritonostomia:

Conforme Simão TS, et al. (2013), o controle de danos, visa o controle de sangramentos, prevenção de contaminação e injúrias adicionais. Para a síndrome compartimental abdominal, nos últimos anos, tornou-se frequente em deixar o abdome aberto após a laparotomias secundários, a trauma, ou de compressivas, quando o fechamento primário não possível.

Essas laparotomias secundária ao trauma, quando prolongadas, resulta em agravamento da tríade acidose, coagulopatia, hipotermia, prejudicando os prognósticos do paciente. A técnica de fechamento temporário tem como objetivo a cobertura temporária da peritoneostomia, protegendo as alças intestinais de traumas e ressecamento. Esse curativo é trocado a cada três a cinco dias, ou até que consiga o fechamento definitivo da parede, ou que se tenha feito a enxertia cutânea. Visando casos mais complexos como quando as alças já estão cobertas por intensa fibrosa, o curativo a vácuo estimula a formação de tecido de granulação possibilitando uma enxertia cutânea futura. O curativo ideal deve conter as vísceras protegidas contra injúrias mecânicas, impedição de ressecamentos e contaminações bem como perda de fluidos, e se possível reduzir edema.

Desse modo o curativo sob pressão negativa estimula a perfusão tecidual além de reduzir a tensão sobre as bordas, minimizando o risco de necrose, promovendo uma contração e aproximando as bordas (SIMÃO TS, et al., 2013). Barker DE, et al. (2012) foram pioneiros em descrever essa técnica, alcançaram 55,4% dos casos de fechamento parietal, e com poucas complicações. As complicações mais comuns deste tipo de técnica incluem infecção, sangramento e fístulas enterocutâneas, reforçando a eficácia desse método com Suliburk et al, que realizou uma revisão retrospectiva sobre o curativo a vácuo em peritoneostomias após traumas severos, sendo que 86% dos casos em um período de 18 dias obtiveram fechamento completo. A pressão negativa a uma ferida aberta abdominal foi desenvolvida o fechamento assistido a vácuo do inglês "Vacuum Assisted Closure" (VAC). Esta técnica possibilitou a drenagem do líquido peritoneal, bem como diminuição de edema visceral, como consequência o fechamento definitivo (BARBOSA ASC, et al., 2020).

Desse modo as evidências da eficácia do tratamento comparado aos métodos convencionais, corroboram com os demais autores; dessa maneira, conclui-se que a terapia por pressão negativa é uma tecnologia com boa aplicabilidade em casos de peritonetostomia, utilizada como cobertura temporário (SAMPAIO CEP e PIRES AS, 2019).

Sampaio CEP e Pires AS (2019), ainda abordam que essa técnica diminui o trabalho diário em realização de curativos nesses pacientes, diminuindo a manipulação no pós-operatório, diminuindo níveis de infecções, bem como afirmar que a visão holística do enfermeiro é necessária para uma rápida cicatrização, trazendo diversos benefícios como a diminuição da mortalidade dos pacientes peritoneostomizados.

Junior, et al. (2015), abordam em seus estudos que a VAC foi indicada em casos de sepse abdominal, síndromes compartimental abdominal e isquemia mesentérica, quando a bolsa de Bogotá se enquadra melhor nos demais casos. Neste sentido, é perceptível que o curativo a vácuo é uma técnica eficaz e que contribui para o fechamento mais rápido da ferida abdominal, diminui o número de reabordagem cirúrgica e de contaminações, diminuindo assim os índices de mortalidade.

Implicações para a assistência de enfermagem intensivista no manejo dos pacientes com Peritoniostomia

A enfermagem é uma profissão baseada no conhecimento técnico científico, e com ferramenta ao seu dispor que proporcionará meios para executar a aplicabilidade junto aos seus pacientes. A prática assistencial mostra que o enfermeiro ao cuidar de uma paciente com peritoneostomia encontra várias adversidades, motivo pelo qual o manejo da peritoneostomia pelo profissional enfermagem deve ser fundamentado em conhecimentos específicos, a fim proporcionar a devida assistência beira leito, monitorando consequências nessa mesma perspectiva (SAMPAIO CEP e PIRES AS, 2019).

Neste sentido, a não identificação de algumas complicações iniciais em pacientes com peritoniostomia, a falta de conhecimento no manejo desses pacientes ou mesmo a identificação tardia dessas complicações, podem predispor novas complicações ou mesmo potencializar as mesmas já existentes. Algumas falhas no processo de cuidados desses pacientes, pode ser decorrente da falta de conhecimento, capacitação, habilidade e atenção destes profissionais, o que implica diretamente no aumento do tempo de internação desses pacientes, aumento dos gastos hospitalares e conseqüentemente a mortalidade desse perfil de pacientes. Diante da alta mortalidade decorrente da complexidade cirúrgica do procedimento, dos diversos perfis clínicos desses pacientes e as várias complicações que podem estar presentes no ambiente de UTI.

A criação de protocolos institucionais para o manejo desses pacientes, com um cuidado de enfermagem sistematizado com metas e intervenções específicas, bem como a capacitação desses profissionais de enfermagem, em especial o enfermeiro, que é por lei, o responsável direto no manejo de pacientes críticos e o responsável pela elaboração do plano assistencial de enfermagem com base nos diagnósticos e intervenções de enfermagem são estratégias indispensáveis para melhorar a qualidade do cuidado e redução dos índices de mortalidade hospitalar.

Nesse contexto, objetivos como reabilitar a saúde dos pacientes após peritoniostomia, prevenir complicações não decorrentes do procedimentos cirúrgico, garantir conforto a esses pacientes durante a sua internação, bem como a sua reabilitação social e familiar, deverão ser estabelecidos frente a esses pacientes e poderão ser alcançados a partir de ações essenciais como: treinamentos, educação em saúde, instituição de protocolos assistenciais, definição de papéis de cada profissional dentro da equipe, cuidados guiados pela sistematização da assistência de enfermagem (SAE) a fim de garantir o melhor cuidado possível e redução da mortalidade no ambiente intensivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a peritoniostomia é uma técnica cirúrgica utilizada com objetivo de descomprimir abdome, reduzir a hipertensão intra-abdominal e conseqüentemente evitar a síndrome compartimental aguda. Para isso, utiliza-se como método descompressivo a bolsa de Bogotá, técnica muito comum nos dias

atuais indicada para a proteção temporária do abdome em paciente com sepse abdominal, síndrome compartimental abdominal, trauma graves entre outras situações. Porém, os estudos mostram que há outras alternativas de custos mais baixos como a técnica de Barker, técnica utilizada principalmente em pacientes com trauma abdominal. No que se refere a enfermagem no manejo do paciente com peritonostomia, em ambiente intensivo, é imprescindível o treinamento, capacitação e instituição de protocolos institucionais, uma vez que, o conhecimento sobre o tema e práticas baseadas em evidências científicas fundamentadas com cuidados padronizados e sistematizados, poderão auxiliar o enfermeiro na sua tomada de decisão frente a equipe e direcionará a elaboração do plano de cuidados de enfermagem para um melhor cuidado da equipe de enfermagem, garantindo melhor conforto ao paciente, reduzindo o tempo de internação na UTI, reduzindo assim a mortalidade do paciente com peritonostomia.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR LMM, et al. Perfil de unidades de terapia intensiva adulto no brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2021; 33: 4.
2. AZEVEDOC, et, al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes críticos adultos portadores de covid-19, São Paulo. *Acta Paul Enferm.*, 2022; 35.
3. BARBOSA ASC, et al. Abdômen aberto: um desafio constante. *BrJD*, 2020; 6(9): 66111-66119.
4. BARKER DE, et al. Vacuum pack technique of temporary abdominal closure: a 7-year experience with 112 patients. *The Journal of trauma* vol. 48,2 (2000): 201-6.
5. BOLELA F e JERICÓ MC. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização, *Escola anna nery*, 2006; 10(2): 301-308.
6. CALDEIRA VMH, et al. Critérios para admisão de paciente na unidade de terapia intensiva e mortalidade. *Revista da associação médica brasileira*, 2010; 56(5): 528-534.
7. GONÇALVES MDG, et al. Terapia por pressão subatmosférica de baixo custo como alternativa para fechamento abdominal temporário em hospital público: relato de caso. *Rev. Med.*, 2021; 100(4): 417-423.
8. INUKAI K, et al. Open abdominal management for perforative peritonitis with septic shock: a retrospective analysis on usefulness of a standardized treatment protocol. *European journal of trauma and emergency surgery*, 2021; 47: 93–98.
9. JÚNIOR ACR, et al. Abdômen aberto: experiência em uma única instituição. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 2015; 42(2): 093-096.
10. KAARIANEN M, et al. Greater success of primary fascial closure of the open abdomen: a retrospective study analyzing applied surgical techniques, success of fascial closure, and variables affecting the results. *Scandinavian journal of surgery*, 2017; 106(2): 145–151.
11. LI X, et al. Open abdomen treatment for complicated intra-abdominal infection patients with gastrointestinal fistula can reduce the mortality. *Medicine*, 2020; 99: 16.
12. MAGI JC, et al. Minimal abdominal incisions. *Coloproctol.*, 2017; 37(2): 140-143.
13. MENEZES HF, et al. Nursing diagnoses, results, and interventions in the care for covid-19 patients in critical condition. *Rev esc enferm USP*, 2021; 55.
14. MARTINEZ CAR, et al. Internal hernia through mesocolon defect after left laparoscopic colectomy. *Coloproctol.*, 2019; 39(3): 288–296.
15. MARTINS T, et al. Fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico em cirurgias potencialmente contaminadas. *Texto e contexto-enfermagem*, 2018; 27(3): 27900016.
16. MOUTINHO LER e NETO OCLF. Perspectiva da hipertensão intra-abdominal e da síndrome compartimental abdominal no transplante de fígado: revisão sistematizada. *JBT J Bras Transpl.*, 2020; 23(4): 1-119.
17. PETTERSSON P, et al. Vacuum-assisted wound closure and permanent onlay mesh-mediated fascial traction: a novel technique for the prevention of incisional hernia after open abdomen therapy including results from a retrospective case series, *Scandinavian. Journal of surgery*, 2019; 108(3): 216-226.

18. RIBEIRO CA, et al. Continuous peritoneal lavage with vacuum peritoneostomy: an experimental study. continuous peritoneal lavage. Rev. Col. Bras., 2019; 74.
19. RIBEIRO MAF, et al. Comparative study of abdominal cavity temporary closure techniques for damage control. Rev. Col. Bras., 2016; 43(05).
20. RODRIGUES AC, et al. Continuous peritoneal lavage with vacuum peritoneostomy: an experimental study. Clinics, 2019; 74: 937.
21. RODRIGUES JAP, et al. Uso da classificação internacional para a prática de enfermagem na construção de protocolo de cuidados. Rev Bras Enferm., 2022; 4: 75.
22. RODRIGUEZ AH, et al. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. Revista Brasileira de Enfermagem, 2016; 69(2): 229-234.
23. ROTONDO MF, et al. 'Damage control': an approach for improved survival in exsanguinating penetrating abdominal injury. J Trauma, 1993; 35(3): 375-82.
24. SAMPAIO CEP e PIRES AS. Cuidados de enfermagem ao cliente com peritoneostomia. Rev. Enf. Atual in Derme, 2019; 89.
25. SIMÃO TS, et al. Curativo a vácuo para cobertura temporária de peritoneostomia. Abcd Arq Bras Cir Dig Técnica, 2013; 26(2): 147-150.
26. SOUSA MML, et al. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. Revista Investigação em Enfermagem, 2017; 17-26.
27. SOUZA M, et al. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. Rev Paul Enferm., 1985; 5(2): 77-9.
28. WAELE JJ, et al. How to deal with an open abdomen? Anaesthesiol Intensive Ther, 2015; 47: 372-8.