

# Fístula Faringocutânea em Paciente Oncológico: Implicações para a Enfermagem

*Pharyngocutaneous Fistula in Cancer Patients: Implications for Nursing*

Fístula Faringo Cutânea em Paciente Oncológico: Implicaciones para la Enfermería

Nariman de Felício Bortucan Lenza<sup>1</sup>; Sérgio Luís da Silva<sup>2</sup>; Helena Megumi Sonobe<sup>3</sup>; Luciana Scatralhe Buetto<sup>4</sup>; Lívia Módolo Martins<sup>5</sup>

## Resumo

**Introdução:** O câncer de laringe é um dos mais comuns a atingir região da cabeça e pescoço, representando 25% dos tumores malignos que acometem essa área. Quando diagnosticada precocemente, essa neoplasia tem cura; mas, na maioria dos casos, os pacientes são submetidos à faringolaringectomia e laringectomia total, nos quais a complicação mais grave é a fístula faringocutânea. O presente estudo trata das principais implicações da fístula faringocutânea e os cuidados de enfermagem em pacientes submetidos à laringectomia total. **Objetivo:** Descrever as principais implicações da complicação fístula faringocutânea para subsidiar a assistência de enfermagem. **Método:** Estudo de revisão integrativa da literatura, com coleta de dados nas bases Lilacs, Medline, Pubmed e Google acadêmico, dos quais foram selecionados quatro artigos que se adequavam aos critérios de seleção do estudo. **Resultados:** Como resultados, todos os autores enfatizam que a fístula faringocutânea é a maior, e mais frequente complicação em pacientes submetidos à laringectomia total, com uma diversidade de fatores elencados na literatura que resultam na formação dessa fístula; a identificação desses fatores de risco é imprescindível para o planejamento da assistência de enfermagem perioperatória. **Conclusão:** Há escassez de estudos sobre os fatores de risco para a formação da fístula faringocutânea e os cuidados de enfermagem. O enfermeiro deve atuar no ensino para prevenção dessa complicação, assegurar recuperação fisiológica e reabilitação do paciente, além de favorecer a cicatrização, diminuindo riscos de infecção, tempo de internação, gastos hospitalares e promover melhora da qualidade de vida desses pacientes.

**Palavras-chave:** Neoplasias Laríngeas; Laringectomia; Fístula-etiológica; Complicações Pós-Operatórias; Cuidados de Enfermagem

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). Integrante do Grupo de Estudo da Reabilitação de Pacientes Cirúrgicos e Oncológicos (GARPO). *E-mail:* nariman@usp.br.

<sup>2</sup> Enfermeiro Especialista em Oncologia. *E-mail:* sergio-luis1981@hotmail.com.

<sup>3</sup> Enfermeira Estomaterapeuta Ti-Sobest. Professora Doutora da EERP-USP. Membro do GARPO. *E-mail:* megumi@eerp.usp.br.

<sup>4</sup> Enfermeira Especialista em Oncologia. Doutoranda em Enfermagem Fundamental da EERP-USP. Integrante do GARPO. *E-mail:* scatralhe@terra.com.br.

<sup>5</sup> Enfermeira Especialista em Infecção Hospitalar. Mestranda em Enfermagem Fundamental da EERP-USP. Integrante do GARPO. *E-mail:* liviamodolo@ig.com.br.

*Endereço para correspondência:* Nariman de Felício Bortucan Lenza. Rua Cardeal Leme, 315. Setor C-19. Ap. 2 - Vila Virgínia. Ribeirão Preto (SP). CEP: 14030-270.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, o câncer no Brasil é um problema epidemiologicamente importante, sendo a segunda causa de morte na população e representando 17% dos óbitos de causa conhecida. É responsável por forte impacto psicológico devido às mudanças significativas de vida, o medo do estigma, medo da morte, sentimentos de ansiedade, tristeza e desespero<sup>1-3</sup>.

O câncer de cabeça e pescoço é considerado um problema mundial de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento. Apesar de ser uma doença de fácil diagnóstico, por apresentar lesões precursoras bem definidas e visíveis, a maioria dos pacientes procura ajuda médica já em estágios avançados (III e IV), sendo necessária uma intervenção cirúrgica radical, onde a ressecção da lesão ocasiona desfiguramento, sequelas psicológicas, déficit sensorial e funcional, alterações na vida social e na sexualidade e mau prognóstico<sup>1-3</sup>.

O câncer de laringe é um dos mais comuns a atingir a região da cabeça e pescoço, representando 25% dos tumores malignos que acometem essa área e 2% de todas as doenças malignas. Aproximadamente dois terços desses tumores surgem na corda vocal verdadeira e um terço acomete a laringe supraglótica, e sua maioria é de origem epitelial e do tipo carcinoma epidermoide<sup>1,4,6</sup>.

Esse tipo de neoplasia possui características próprias conforme sua localização. O desenvolvimento de câncer nas vias aerodigestivas superiores está nitidamente associado com a ingestão excessiva de álcool e tabagismo. As pessoas que fumam apresentam um risco dez vezes maior de desenvolverem um câncer de laringe e, quando há associação da ingestão excessiva de álcool, o risco aumenta para o câncer supraglótico. Outros fatores de risco relacionados são: abuso da voz, laringite crônica e hábitos precários de higiene bucal, má alimentação, estresse, além de fatores ocupacionais, como o contato com fibras, têxteis, níquel, pó de madeira e asbesto<sup>1,3,4,6</sup>.

Os principais tratamentos são a cirurgia, a radioterapia (RxT), a quimioterapia (QT) e a imunoterapia. Essa neoplasia, quando diagnosticada precocemente, é curável na maioria dos casos com utilização de métodos cirúrgicos conservadores, terapêutica radioterápica isolada ou combinada à cirurgia e à quimioterapia, com bons resultados em relação à sobrevida do paciente e a preservação de sua voz<sup>3-5</sup>. A radioterapia neoadjuvante tem sido associada como um dos fatores de risco para o surgimento da fístula faringocutânea (FFC)<sup>7</sup>.

Inicialmente, esses tratamentos são utilizados com princípio curativo; porém, em alguns casos apenas, como conduta paliativa, considerando-se o tipo tumoral, a extensão, condição clínica e a decisão do paciente. O diagnóstico preciso e o estadiamento tumoral são essenciais no processo de definição do tratamento; porém, na maioria

dos casos de tumor de laringe e tumor de hipofaringe, os pacientes são submetidos à faringolaringectomia e laringectomia total. A laringectomia total resulta em ressecção completa da laringe cartilaginosa, do osso hioide e dos músculos infra-hióideos conectados à laringe, com a possibilidade da remoção do espaço pré-epiglótico, quando há lesão<sup>7-8</sup>.

Como complicação cirúrgica, pode surgir a FFC, definida como “uma passagem anormal entre dois órgãos ou entre um órgão e a parte externa do corpo”, que provém de cicatrizações inadequadas ou da complicação de algumas patologias. É uma das complicações mais temidas em pacientes submetidos à cirurgia de laringectomia total, com alto índice de ocorrência no pós-operatório mediato (POM). Aumenta significativamente a morbidade, tempo de internação, custos hospitalares com internação, medicações, dieta enteral, curativos e cuidados médicos e de enfermagem, além de aumentar as chances de infecções e novas intervenções cirúrgicas<sup>7-8</sup>.

Essas complicações têm sido responsáveis pelo aumento significativo da taxa de morbidade e mortalidade entre os pacientes, o que evidencia a sua importância no tratamento dos laringectomizados totais. A fístula impede que as camadas dos tecidos se unam adequadamente, com formação de um novo trajeto, pelo qual há saída de secreção salivar, que dificulta a cicatrização<sup>3,7-8</sup>.

O diagnóstico da FFC é comumente observado no terceiro ou quarto dia de pós-operatório (PO), caracterizando-se pelo aparecimento de sinais de hiperemia da ferida operatória, com odor fétido, seguido posteriormente de um quadro com queda do estado geral e estado febril, além do surgimento de pequena quantidade de exsudato purulento na linha de sutura, evoluindo com deiscência cirúrgica da mucosa faríngea e pele. Posteriormente, ocorre o extravasamento de saliva para o meio externo ou para o espaço subcutâneo da região cervical, em casos de esvaziamento ganglionar associado. Concomitantemente, podem advir outras complicações, como a dermatite química e a ruptura da artéria carótida, sendo esta a mais grave e temida<sup>3,7-8</sup>.

O tratamento, nesses casos, geralmente é conservador, mantendo o paciente em jejum oral, com dieta enteral exclusiva, prescrevendo e administrando antibióticos, curativos compressivos com bandagem cervical e limpeza rigorosa da ferida operatória. Em muitos casos, conforme o débito da fístula ou sua estabilização por período prolongado, podem ser necessárias novas reabordagens cirúrgicas com o intuito de fechamento do trajeto fistuloso. Esse fechamento pode ser primário ou requerer o uso de algum retalho miocutâneo<sup>9-10</sup>.

A assistência ao paciente submetido à laringectomia total exige do enfermeiro conhecimento técnico-científico profundo da fisiologia de formação da FFC, aliado à busca de evidências para tomada de decisão, para que

possa planejar a assistência de enfermagem perioperatória para o atendimento das reais necessidades do paciente. Este enfrenta dificuldades de ordem física, psicossocial e espiritual, o que requer a inclusão da educação dos pacientes e familiares com respeito ao diagnóstico e cuidados para o tratamento da FFC e seus efeitos locais, juntamente com vários testes e procedimentos requeridos<sup>2,4,7-8</sup>.

A enfermagem, integrante fundamental na equipe multidisciplinar, tem papel importante no cuidado a todos os pacientes submetidos ao tratamento de câncer de cabeça e pescoço, que exigem cuidados de enfermagem especializados durante o diagnóstico, tratamento e reabilitação, para que os resultados sejam eficazes e que se evitem complicações pós-cirúrgicas<sup>4,6-8</sup>.

Portanto, a efetividade e a qualidade das intervenções de enfermagem implementadas na assistência ao paciente pós-cirúrgico com FFC estão diretamente relacionadas ao conhecimento científico, à competência clínica, às habilidades técnicas e à capacidade de relacionamento interpessoal do enfermeiro<sup>4,7</sup>.

Logo, o objetivo deste estudo é descrever as principais implicações da complicação FFC para subsidiar a assistência de enfermagem.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cujo método de revisão é amplo, que proporciona a síntese de conhecimento, por meio da análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a aplicabilidade, a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, além de apontar lacunas de conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos<sup>11-13</sup>.

A equipe de enfermagem é constantemente desafiada a buscar conhecimento científico, a fim de promover a melhoria do cuidado ao paciente, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica, com base em fundamentação científica, que as capacita na implementação de intervenções na prática clínica, direcionadas para o atendimento das reais necessidades dos pacientes com FFC, após a laringectomia total<sup>7,11</sup>.

A revisão integrativa traz subsídios para a construção do conhecimento, por proporcionar a construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para as discussões dos resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de estudos futuros<sup>7,11,13</sup>.

Neste estudo, são seguidas seis etapas da revisão integrativa<sup>11</sup> para análise dos dados. Na primeira etapa, foi realizada a identificação do tema por meio da questão: *quais as principais implicações pós-cirúrgicas da fistula faringocutânea para a assistência de enfermagem?*

A revisão foi realizada nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval

System Online), Pubmed (Publicações Médicas) e Google acadêmico, utilizando-se os descritores indexados: *fístula faringocutânea; complicações pós-operatórias; e assistência de enfermagem*.

Na segunda etapa, foram estabelecidos os critérios de seleção dos estudos: publicações no período de 2001 a 2011, nos idiomas inglês, espanhol e português-brasileiro, que abordassem o tema das complicações da FFC no pós-cirúrgico; abordagem de cuidados de enfermagem para subsidiar a assistência prestada a pacientes com complicações no PO, relacionadas à FFC e disponibilizadas na íntegra on-line.

No total, foram encontrados nove artigos que foram obtidos na íntegra através do Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo (SIBI-USP), os quais foram lidos e avaliados criticamente em relação aos métodos empregados no seu desenvolvimento. Logo, esta amostra foi composta por quatro artigos publicados no período de 2003 a 2011.

Concomitantemente à leitura dos artigos, seguiu-se a terceira etapa, que foi a categorização dos estudos, através de um fichamento, com um instrumento de coleta de dados bibliográficos, onde foram extraídos os dados referentes ao pesquisador e à publicação; a base de dados de indexação; o objetivo do estudo; a população estudada; os aspectos abordados, resultados e conclusões.

Na quarta e quinta etapas, foram realizadas a avaliação dos estudos e a interpretação dos resultados. Na sexta etapa, houve a apresentação da revisão e a síntese do conhecimento, que será abordada em seguida.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados quatro artigos na íntegra que compuseram esta amostra. Através dos fichamentos do Instrumento de coleta de dados bibliográficos, obtiveram-se três artigos da literatura nacional e um artigo internacional. Quanto aos dados referentes ao pesquisador, dois artigos foram escritos por enfermeiros com titulação Doutor e dois médicos com especialidade na área de cabeça e pescoço. Todas as publicações eram artigos científicos, publicadas entre 2003 e 2008.

Os estudos abordavam o tema proposto, com análise dos aspectos explorados pelos autores e os resultados de cada artigo, que foram sintetizados e discutidos de forma descritiva.

Todos os autores são enfáticos em dizer que a FFC é a maior complicação e a mais frequente em pacientes submetidos à laringectomia total, sendo muito temida pela equipe médica, de enfermagem, pacientes e seus familiares<sup>3-4,7,9-10</sup>.

Há uma diversidade de fatores predisponentes para a formação da FFC na literatura, tais como: RxT prévia, extensão da área irradiada, idade, sexo, tabagismo,

alcooolismo, comorbidades, traqueostomia prévia, localização do tumor, o procedimento cirúrgico, margens cirúrgicas positivas, tipo de fecho (transversa *versus* vertical), esvaziamento cervical simultâneo, transfusão sanguínea no transoperatório, material utilizado na sutura, estadiamento clínico, grau histológico, experiência do cirurgião, tipo de drenagem do pescoço, infecção da ferida, retirada precoce da sonda nasogástrica e formação de hematomas<sup>3-4,7,9-10</sup>.

Quanto às taxas de incidência da FFC em pacientes submetidos à laringectomia total, variaram de 13% a 25%, sendo relativamente baixa quando comparadas às da literatura, que relatam até 65%<sup>7,9-10</sup>.

Em um dos estudos<sup>9</sup>, há dados conflitantes com a literatura no que concerne aos fatores predisponentes da FFC; porém o estudo indica que a RxT prévia é um fator importante, uma vez que há forte tendência para predispor à fistula pós-laringectomia total. A hipertensão arterial (HAS) surgiu no estudo como o único fator significativo no surgimento da fistula. Segundo esses autores, outros fatores como traqueostomia prévia, esvaziamento cervical, anemia, desnutrição e comorbidades como *Diabetes Mellitus* (DM) e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) não influenciaram significativamente na incidência de fatores predisponentes à FFC<sup>9,10</sup>.

Outros estudos da amostra<sup>4,10</sup> também trazem a realização da RxT prévia como principal fator predisponente na formação da FFC, divergindo entre eles, em que também são consideradas as associações do estado clínico geral do paciente com a idade e comorbidades como fatores desencadeantes para o desenvolvimento da FFC, não podendo correlacionar o aparecimento desta somente com o tratamento radioterápico prévio<sup>4</sup>.

Há ainda autores<sup>10</sup> que atribuem também a alta frequência da FFC em pacientes que tiveram margens positivas da ressecção cirúrgica ou comorbidades.

É destacada a importância da assistência de enfermagem aos pacientes com FFC, devido à sua especificidade e à necessidade de cuidados especializados, a fim de minimizar os efeitos das complicações. As autoras trazem como fatores de risco para a formação da FFC, a RxT prévia, a dissecação radical do pescoço, o tipo de material de sutura utilizado, a traqueostomia pré-operatória, as doenças sistêmicas, o estadiamento do tumor, a transfusão sanguínea no intraoperatório, o tipo de drenagem cervical, a infecção da ferida e a formação de hematoma; o que aumenta significativamente o tempo de internação. Com relação aos fatores que podem desencadear o tumor de laringe, as autoras enfatizam o abuso da voz, laringite crônica, tabagismo, etilismo e os hábitos precários de higiene bucal. Como complicações, destacam a hemorragia, o hematoma, a obstrução respiratória e a infecção do sítio cirúrgico<sup>7</sup>.

As análises estatísticas mostraram uma significativa correlação entre a FFC e a RxT prévia, o que pode ser atribuído à capacidade de cicatrização diminuída dos

irradiados; e (alguns autores acreditam) que introdução da alimentação via oral tardia reduz a formação de fistula após laringectomia, pois não há pressão sobre a linha de sutura, decorrente do processo de deglutição<sup>10</sup>. Abordaram-se, ainda, as complicações com a FFC e os aspectos relacionados aos cuidados específicos de enfermagem<sup>4</sup>. Os autores referem a importância do investimento da equipe de enfermagem para o gerenciamento da FFC, para prevenir ou minimizar a necessidade do tratamento cirúrgico. Também defendem a elaboração de um instrumento de coleta de dados específicos aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço no perioperatório, que busque por informações relevantes sobre esse paciente, com o objetivo de prestar uma assistência de enfermagem mais individualizada e qualificada, atendendo às necessidades específicas de cada paciente no perioperatório e, assim, prevenir possíveis complicações no período de internação ou intervir de modo que as complicações sejam minimizadas<sup>4</sup>.

A assistência de enfermagem no período pré-operatório deve focalizar as informações em relação à cirurgia e suas consequências para diminuir ansiedades<sup>3,7</sup>. Quando os fatores de risco são de conhecimento do enfermeiro, este pode aplicar seus princípios técnico-científicos na avaliação rigorosa da condição geral do paciente e da evolução cicatricial da FFC, indicando coberturas apropriadas para o tratamento da lesão e na avaliação criteriosa dos cuidados higiênicos da cavidade oral, da traqueostomia, bem como o posicionamento do paciente, a respiração, a sonda nasogástrica, e supervisionar a administração rigorosa da antibioticoterapia<sup>4</sup>.

O enfermeiro pode atuar no PO do paciente submetido à laringectomia total realizando a limpeza, troca de curativos conforme necessidade, avaliação rigorosa da ferida operatória, a fim de evitar infecções; indicar coberturas adequadas para o curativo da ferida operatória; realizar a remoção de todo tecido necrosado; orientar quanto à administração medicamentosa cuidadosa; realizar cuidados com a sonda enteral, além de realizar a compressão cervical de 12 em 12 horas<sup>4,7,9</sup>. Os artigos não abordaram cuidados fundamentais de enfermagem para evitar intercorrências com pacientes laringectomizados e a formação da FFC, como o decúbito do paciente no POM, que deve ser *semi-fowler* para prevenir edema facial e cervical e aspiração; a orientação para que não haja tentativa de emissão de voz laríngea (a laringe já foi removida, mas o paciente se esforça para emitir som) para evitar ruptura das suturas no sítio operatório e o surgimento da FFC e a importância da aspiração de vias aéreas e traqueostoma para evitar tosse produtiva e esforço para expectoração. Também não foi citada nos artigos a importância da velocidade da infusão dieta por sonda nasogástrica ou enteral, que deve ser lenta para evitar náuseas e vômitos<sup>3</sup>.

A RxT, apesar de ser citada, em muitos estudos, como o principal fator predisponente para a formação

da FFC, ainda é muito utilizada em cirurgias de cabeça e pescoço, pois essa opção de tratamento tem como base a administração de feixes de radiações ionizantes diretamente na lesão (células neoplásicas) com o intuito de impedir a sua proliferação através da mitose, o que implica na morte celular, tornando possível a ressecção total do tumor<sup>6,14-16</sup>.

Anterior ao início do tratamento radioterápico, é importante que o enfermeiro realize uma avaliação clínica minuciosa das áreas que estarão diretamente expostas à radiação como pele, boca, pescoço, garganta e avaliar se o campo de radiação engloba o nariz, olhos, couro cabeludo, parte superior do tórax e dorso. A partir dessa avaliação, o enfermeiro deve detalhar objetivamente as condições da pele, cor, temperatura, umidade, ressecamento, textura, lesões e a vascularização antes do início do tratamento radioterápico, com identificação dos fatores de risco para a integridade da pele prejudicada. Esse seguimento deverá ocorrer antes, durante e depois da RxT para favorecer o tratamento subsequente, e visando à qualidade de vida do paciente<sup>8,14</sup>.

Em relação ao planejamento da assistência de enfermagem ao paciente submetido à RxT, é papel do enfermeiro apoiar e orientar o paciente e a família sobre o processo de doença, no tratamento e na reabilitação<sup>8,14-15</sup>.

O enfermeiro deve visar à manutenção do estado clínico geral do paciente através de condutas como inspeção da pele e cavidade oral para monitorização de sinais clínicos como infecções; prevenir lesões e inflamações; promover hidratação da pele e mucosa oral; incentivar a ingestão hídrica adequada, alimentação balanceada, além de minimizar o seu desgaste físico e mental, e de explicar à família e ao paciente sobre a importância das avaliações de acompanhamento ao longo do tratamento<sup>3,8,15</sup>.

Os efeitos colaterais mais comumente observados são fadiga, ansiedade, depressão, anorexia, reações de pele e alopecia. Quando a área de cabeça e pescoço é irradiada, há uma alteração da mucosa resultando em eritema e mucosite, com a alteração do paladar e da característica da saliva; nos dentes e ossos podem ocorrer cáries de irradiação e osteorradionecrose de mandíbula<sup>14</sup>.

Assim, é importante a orientação do enfermeiro quanto ao repouso, monitorização dos sintomas de inflamação para evitar sangramentos durante a cirurgia; hidratação da pele para manter integridade, evitar exposição solar; em relação ao estado nutricional, estimular a ingestão calórica, proteica e hídrica para evitar perda extrema de peso<sup>14</sup>. No que diz respeito à alta hospitalar, o enfermeiro tem o papel fundamental no ensino de cuidados para evitar a recidiva tumoral, como a eliminação da ingesta alcoólica e do tabagismo, que deve ser trabalhada desde o pré-operatório, considerando-se a dificuldade de realização pós-cirúrgica do ato de fumar que muitos fazem pela traqueostomia - sabe-se que o álcool e o tabaco são irritantes e transformam o epitélio da laringe em lesões malignas e causando efeito debilitante -; orientar a higiene bucal cuidadosa; o cuidado

com a sonda nasogástrica, sua fixação, frasco e equipo (se ele for de alta com ela), e limpeza e troca da subcânula de cânula traqueal metálica; hidratação oral ou nebulização para fluidificar as secreções e evitar tosse; alimentação calórico-proteica para favorecer cicatrização e recuperação fisiológica, realizar mensalmente o autoexame da boca com a finalidade de detectar possíveis lesões, realizar bochechos com antissépticos, evitar trabalho em ambiente altamente poluído e o uso de equipamentos de proteção individual, além de realizar educação em saúde, capacitando esse paciente e seus familiares para realizarem o autocuidado, promovendo sua readaptação à sua nova condição<sup>3-5,7,9,16</sup>.

Outro fator importante é o relacionamento interpessoal com o paciente, pois com um relacionamento terapêutico com utilização de linguagem adequada em nível socioeducacional do paciente e familiar, o enfermeiro poderá ensinar sobre as etapas dos procedimentos no tratamento da FFC, possibilitando ao paciente ser um participante ativo do seu tratamento, o que poderá prevenir ou minimizar a necessidade do tratamento cirúrgico, o que implica na diminuição de gastos hospitalares e do sofrimento dos pacientes e familiares, além do ensino de cuidados para evitar a recidiva do tumor<sup>4</sup>.

Quanto à reabilitação do laringectomizado total, o paciente somente terá total consciência do seu estado quando, após a alta, retornar ao convívio de sua família e amigos. É importante orientar que, em consequência da remoção da laringe, o paciente perderá a sua capacidade de produção de voz; mas, com reabilitação adequada, há possibilidade de recuperação dessa capacidade. É conveniente uma explicação de como a laringe produz os sons para que a voz seja articulada na boca e como ocorre a “voz esofagiana”. A partir dessa orientação, o paciente entenderá como fonoaudiólogos poderão ensiná-lo a dominar essa técnica, utilizada por uma porcentagem apreciável de pacientes laringectomizados<sup>2,5</sup>.

Deve-se também esclarecer o paciente que, caso ele não consiga aprender a voz esofagiana, há alternativas como o uso de laringe eletrônica e prótese fonatória, que o auxiliarão a falar e a se comunicar. Para isso, o paciente necessitará utilizar a cânula de traqueostomia até a completa cicatrização do traqueostoma; após esse período, desde que não haja presença de estenose no traqueostoma, a presença da cânula não é necessária e, portanto, deve-se orientar sobre os riscos de aspiração pulmonar e de obstrução da via aérea. Portanto a enfermagem deve estar atenta a todos esses aspectos abordados para que possa prestar uma assistência baseada em evidências científicas<sup>5</sup>.

## CONCLUSÃO

Com este estudo, verificou-se que a literatura é escassa sobre os cuidados de enfermagem aos pacientes em PO de laringectomia total com FFC e a maioria dos artigos

somente aborda as complicações, sem se aprofundar nas discussões sobre as intervenções mais adequadas a serem implementadas pela equipe de enfermagem.

Com a análise dos artigos, outras complicações pós-cirúrgicas da laringectomia, como: hematoma, obstrução respiratória, edema, infecção da ferida cirúrgica, deiscência de sutura, hemorragia, distúrbio da deglutição, estenose da traqueostomia, foram evidenciadas, porém a FFC representa a de maior gravidade, com alto índice de ocorrência.

Ainda faltam evidências científicas definitivas na literatura no que concerne aos fatores predisponentes para o surgimento da FFC; porém a RxT prévia ainda é o principal fator. Os outros fatores elencados foram HAS, idade, sexo, tabagismo e etilismo no decorrer da doença, função hepática, anemia, traqueostomia prévia, tipo de material de sutura utilizado, estadiamento do tumor, transfusão sanguínea no transoperatório, dissecação radical do pescoço, tipo de drenagem do pescoço, infecção da ferida, nível de hemoglobina no PO, reinício precoce da alimentação oral, esvaziamento cervical, comorbidades (DM, ICC descompensado, desnutrição, bronquite crônica) e até mesmo vômitos no PO. Os fatores que potencializam o aumento da sua incidência são técnica cirúrgica inadequada e hematoma na ferida operatória.

Predominantemente, o tratamento para a FFC ainda é conservador e a enfermagem deve atuar de modo a manter o paciente estável e realizar os cuidados intensivos com a ferida operatória. O planejamento da assistência de enfermagem com base em conhecimentos e habilidades técnico-científicas, acerca do tratamento de feridas aliadas à dimensão psicossocial, olhando tanto para as necessidades físicas como emocionais do paciente, resultará em intervenções de maior qualidade e, conseqüentemente, trazendo melhores resultados para que o paciente possa retornar a sua vida cotidiana com uma satisfatória qualidade de vida.

Os resultados apresentados e discutidos neste estudo são importantes para que o enfermeiro possa planejar, implementar e avaliar a assistência prestada ao paciente com FFC, após laringectomia total.

Outro aspecto importante a ser considerado pelo enfermeiro é a utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas para a avaliação da relação custo/benefício, principalmente o tempo de permanência hospitalar do paciente, o risco de infecções e a ocorrência de complicações durante o tratamento.

A ferramenta essencial para o avanço da ciência na área da enfermagem é a pesquisa, com diminuição de custos dos cuidados à saúde e contribuição para o crescimento profissional pela renovação do conhecimento e, conseqüentemente, por melhorias na prática clínica. Portanto, o conhecimento técnico-científico sobre a FFC é imprescindível para o planejamento da assistência de enfermagem do laringectomizado total com FFC.

Os resultados deste estudo contribuirão para implementar uma assistência de enfermagem mais adequada e especializada para esse paciente em todas as etapas do tratamento, já que ele possui não somente necessidades de cuidados procedimentais e físicos, mas também psicossociais. Por outro lado, o câncer de cabeça e pescoço desencadeia diferentes sentimentos, alteração da imagem corporal e debilidades, que podem ser ainda mais agravados com a FFC pela dificuldade de cicatrização, pelo aumento do tempo de hospitalização e pelo comprometimento do processo de recuperação e reabilitação do laringectomizado total.

## CONTRIBUIÇÕES

Nariman de Felício Bortucan Lenza e Sérgio Luís da Silva participaram da concepção e planejamento do projeto de pesquisa; na obtenção e/ou análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica. Helena Megumi Sonobe, Luciana Scatralhe Buetto e Lívia Módolo Martins participaram da concepção e planejamento do projeto de pesquisa; na redação e revisão crítica.

**Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.**

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.118p.
2. Antunes KR. Aspectos psicológicos do paciente portador de câncer de cabeça e pescoço. In: Matsubara MGS, Villela DL, Hashimoto SY, Reis HCS, Saconato RA, Denardi UA et al. Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Lemar; 2012. p. 247-254.
3. Guedes MTS. Tecnologia de cuidado: intervenção resolutiva de enfermagem ao portador de fistula faringocutânea [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
4. Santana ME, Sawada NO, Sonobe HM, Zago MMFZ. A complicação fistula faringocutânea após laringectomia total: uma análise preliminar. Rev bras cancerol. 2003; 49(4):239-244.
5. Aprigliano F, Mello LFP. Tratamento cirúrgico do câncer da laringe. Análise de 1055 casos. Arq Intern Otorr. 2006; 10(1):36-45.
6. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. rev. Rio de Janeiro: INCA, 2008. 628p.
7. Santana ME, Sawada NO. Fístula Faringocutânea após laringectomia total: revisão sistemática. Rev Latino-am enferm. 2008; 16(4):772-778.

8. Santana ME. Fistula faringocutânea após laringectomia total: revisão sistemática e implicações para a enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
9. Assis LAP, Negri SLC, Oliveira EL, Filho LF, Pires ESB. Fístula Faringocutanea após laringectomia total: experiência do hospital Mario Penna. *Rev bras cir de cabeça e pescoço* 2004; 33(2):77-81.
10. Saki N, Nikakhlagh S, Kazemi M. Pharyngocutaneous fistula after laryngectomy: incidence, predisposing factors, and outcome. *Archives of Iranian Medicine* 2008; 11(3):314-317.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm.* 2008; 4(17):758-764.
12. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta paul enferm.* 2009; 22(4): 434-438.
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010; 8(1 Pt1):102-106.
14. Blecha FP, Guedes MTS. Tratamento de radiodermatite no cliente oncológico: subsídios para intervenções de enfermagem. *Rev bras cancerol.* 2006;52(2): 151-163.
15. Araujo CRG, Rosas AMMTF. O papel da equipe de enfermagem no setor de radioterapia: uma contribuição para a equipe multidisciplinar. *Rev bras cancerol.* 2008; 54(3):231-237.
16. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer: laringe. INCA. [Internet]. 2011 [acesso 2011 Out 20]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/laringe/prevencao>>.

## **Abstract**

**Introduction:** Cancer of the larynx is one of the most common to reach the head and neck, representing 25% of malignant tumors that affect this area. When diagnosed early, this cancer is curable, but in most cases patients are submitted to total laryngectomy and pharyngolaryngectomy, in which the most serious complication is pharyngocutaneous fistula. The present study addresses the main implications of both pharyngocutaneous fistula and nursing care in patients undergoing total laryngectomy. **Objective:** To describe the main implications of the pharyngocutaneous fistula complication to subsidize nursing care. **Method:** Study of an integrative literature review, whose data were collected in the Lilacs, Medline, Pubmed and Google Academic databases, of which four articles were selected, which were suitable for the criteria of this study. **Results:** As a result, we found out that all the authors emphasize that the pharyngocutaneous fistula is the largest and most frequent complication in patients who undergo total laryngectomy, with a variety of factors listed in the literature that result in fistula formation, and identification of these risk factors is essential for planning the peri-operative nursing care. **Conclusion:** There are few studies on the risk factors for the formation of pharyngocutaneous fistula and nursing care. The nurse should be involved in formal education to prevent this complication, ensure physiological recovery and rehabilitation of the patient, in addition to promote healing, decreasing risks of infection, length of stay, hospital costs and promote improved quality of life of these patients.

**Key words:** Laryngeal Neoplasms; Laryngectomy; Fistula-etiology; Postoperative Complications; Nursing Care

## **Resumen**

**Introducción:** El cáncer de laringe es uno de los más comunes que atingen la región de la cabeza y cuello, representando 25% de los tumores malignos que acometen esta área. Cuando el diagnóstico es precoz, esta neoplasia tiene cura, pero en la mayoría de los casos, los pacientes son sometidos a la faringo laringotomía y laringotomía total, en los cuales la complicación más grave es la fistula faringo cutánea. El presente estudio trata de las principales implicaciones de la fistula faringo cutánea y la atención en enfermería en los pacientes sometidos a la laringectomía total. **Objetivo:** Describir las principales implicaciones de la fistula faringo cutánea para subsidiar la asistencia de enfermería. **Método:** Se trata de un estudio de revisión integradora de la literatura, cuyos datos han sido recogidos en las bases de datos LILACS, Medline, PubMed y Google Académico, de los cuales han sido seleccionados cuatro artículos que cumplían los criterios de selección del estudio. **Resultados:** En los resultados se obtuvo que todos los autores enfatizan que la fistula faringo cutánea es la complicación más grande y más frecuente en pacientes sometidos a la laringectomía total, con una diversidad de factores que son descritos en la literatura que resultan en la formación de esta fistula y la identificación de estos factores de riesgo es esencial para la planificación de la asistencia de enfermería peri operatoria. **Conclusión:** Hay escasez de estudios sobre los factores de riesgo para la formación de la fistula faringo cutánea y los cuidados de enfermería. El enfermero debe actuar en la enseñanza para la prevención de esta complicación, garantizar la recuperación fisiológica y rehabilitación del paciente, así como favorecer la cicatrización, disminuyendo riesgos de infección, tiempo de hospitalización, gastos hospitalarios y promocionar la mejoría de la calidad de vida de los pacientes. **Palabras clave:** Neoplasias Laríngeas; Laryngectomy; Fístula-etilogía; Complicaciones Postoperatorias; Atención de Enfermería