

## **FÍSTULA FARINGOCUTÂNEA APÓS LARINGECTOMIA TOTAL: REVISÃO SISTEMÁTICA**

Mary Elizabeth de Santana<sup>1</sup>

Namie Okino Sawada<sup>2</sup>

*A assistência de enfermagem prestada ao paciente laringectomizado total deve ser baseada em conhecimento científico. A prática baseada em evidências é abordagem que incentiva a utilização de resultados de pesquisas na prática clínica. A presente pesquisa é uma revisão sistemática que teve por objetivo identificar os principais tratamentos da fístula faringocutânea, após laringectomia total. Para a seleção dos artigos utilizou-se cinco bases de dados Pubmed, Cinahl, Biomednet Research Tools, Cochrane Library e Lilacs. A amostra desta revisão foi constituída de 37 artigos. Após análise dos artigos incluídos na revisão, os resultados evidenciaram que o tratamento para a fístula faringocutânea é o conservador, o qual preconiza cuidados higiênicos intensivos e o tratamento da ferida. A utilização de resultados de pesquisas na prática clínica trará maior consistência à atuação da enfermeira no cuidado ao portador de fístula faringocutânea.*

*DESCRITORES: neoplasias laríngeas; laringectomia; complicações pós-operatórias*

---

## **PHARYNGOCUTANEOUS FISTULAE AFTER TOTAL LARYNGECTOMY: A SYSTEMATIC REVIEW**

*Nursing care to patients after total laryngectomy should be based on scientific knowledge. Evidence-based practice is a type of approach that stimulates the use of research results in clinical practice. This study presents a systematic review that aimed to identify the main treatments for pharyngocutaneous fistulae after total laryngectomy. Articles were selected from five databases: Pubmed, Cinahl, Biomednet Research Tools, Cochrane Library and Lilacs. The review sample consisted of 37 articles. After analyzing the articles included in the review, results showed that conservative treatment is commonly used for pharyngocutaneous fistulae, recommending intensive hygiene and wound treatment. The use of research results in clinical practice will grant greater consistency to nurses' actions in care for patients with pharyngocutaneous fistulae.*

*DESCRIPTORS: laryngeal neoplasms; laryngectomy; postoperative complications*

---

## **FÍSTULA FARINGOCUTÂNEA POSTERIOR A LA LARINGECTOMÍA TOTAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

*La atención de enfermería brindada al paciente con laringotomía total debe estar basada en el conocimiento científico. La práctica basada en evidencias es un enfoque que incentiva la utilización de resultados de investigaciones en la práctica clínica. Esta investigación es una revisión sistémica, con el objetivo de identificar los principales tratamientos de la fístula faríngeo-cutánea posterior a la laringotomía total. Para la selección de los artículos, se utilizaron cinco bases de datos: Pubmed, Cinahl, Biomednet Research Tools, Cochrane Library y Lilacs. La muestra fue conformada por 37 artículos. Posterior al análisis de los artículos incluídos en esta revisión, los resultados evidenciaron que el tratamiento para la fístula faringo-cutánea es de tipo conservador, el cual es basado en cuidados intensos de higiene y tratamiento de la herida. La utilización de estos resultados en la práctica clínica brindará mayor consistencia al trabajo de la enfermera para el cuidado del paciente con fístula faringo-cutánea.*

*DESCRIPTORES: neoplasias laríngeas; laringectomía; complicaciones postoperatorias*

---

<sup>1</sup> Professor Doutor da Universidade Federal do Pará, Brasil, e da Universidade do Estado do Pará, Brasil, e-mail: betemary@terra.com.br; <sup>2</sup> Professor Associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil, e-mail: sawada@eerp.usp.br.

## INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem junto aos pacientes oncológicos, portadores de câncer de cabeça e pescoço, inclui conhecimento complexo sobre os melhores cuidados a serem prestados numa abordagem multidisciplinar. Como a enfermagem é parte integrante da equipe multidisciplinar, ela tem papel importante no cuidado a todos os pacientes submetidos ao tratamento de câncer, mais especificamente aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, que exigem cuidado de enfermagem amplo e especializado durante o diagnóstico, tratamento e reabilitação para que os resultados sejam eficazes.

Com relação à epidemiologia do câncer de laringe, a incidência é maior no sexo masculino do que no feminino, afeta predominantemente a faixa etária de 50 a 70 anos. Para o ano de 2005 estima-se que, no mundo, ocorrerá 160 000 novos casos no sexo masculino e 22 000 para o feminino, sendo a estimativa de mortalidade ao redor de 89 000 entre os homens e 12 000 casos entre as mulheres<sup>(1)</sup>.

As principais formas de tratamento para o câncer de cabeça e pescoço incluem a cirurgia e a radioterapia. Inicialmente, elas são usadas com a intenção de cura, porém, em algumas circunstâncias, servem como tratamento paliativo, podendo estar associadas ou não a outras terapias, a depender do tipo de tumor, extensão, condição clínica e preferências do paciente. O diagnóstico correto e o estadiamento são essenciais no processo de tomada de decisão<sup>(2)</sup>.

Os enfoques da inovação cirúrgica, durante a década de 90, estiveram voltados para conservação da função do órgão e para os meios efetivos da sua reconstrução. Essas inovações favorecem a ressecção total dos tumores malignos da laringe, com a perda parcial do órgão pela laringectomia subtotal, cujo objetivo é preservar a função ou, pelo menos, uma das funções, a saber: respiratória, fonatória e esfinteriana<sup>(3)</sup>.

A laringectomia total consta de ressecção completa da laringe cartilaginosa, do osso hióide e dos músculos infra-hióideos conectados à laringe, com a possibilidade da remoção do espaço pré-epiglótico, quando há lesão. Esse procedimento cirúrgico está sempre associado aos esvaziamentos cervicais

seletivos anteriores bilaterais, nos níveis II, III e IV, também denominados esvaziamentos interjugulares e que caracterizam a laringectomia total<sup>(3)</sup>.

Dentre as complicações pós-operatórias da laringectomia total, destaca-se a hemorragia, hematoma, obstrução respiratória, infecção da ferida cirúrgica e fístula faringocutânea<sup>(3)</sup>.

A fístula "é uma passagem anormal entre dois órgãos ou entre um órgão e a parte externa do corpo". As fístulas provêm de cicatrizações inadequadas ou da complicação de algumas doenças como câncer de laringe, impedindo que as camadas dos tecidos se unam adequadamente, facilitando a formação do trajeto da fístula<sup>(4)</sup>. Ao se analisar as complicações pós-operatórias da laringectomia total na literatura, detecta-se a fístula faringocutânea como a ocorrência mais freqüente, que tem aumentado significativamente a taxa de morbidade e mortalidade entre os pacientes, o que evidencia a sua importância no tratamento dos laringectomizados totais<sup>(5-6)</sup>.

Uma das áreas de atuação da enfermeira perioperatória diz respeito à detecção precoce das complicações pós-operatórias com a implementação de intervenções, cujo objetivo consiste em minimizar os efeitos dessas complicações e agilizar o tempo de recuperação do paciente cirúrgico. A prática baseada em evidências proporciona tomada de decisão fundamentada em conhecimentos científicos.

Frente ao exposto, elaborou-se o presente estudo que consiste em uma revisão sistemática. Esse método de pesquisa é um recurso da PBE, que tem como finalidade reunir e analisar o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado. As revisões sistemáticas identificam os estudos já concluídos que abordam uma questão de pesquisa e avaliam os resultados desses estudos para se chegar a conclusões sobre um corpo de conhecimento. Na tentativa de contribuir com subsídios para a melhoria da assistência à saúde do paciente cirúrgico, com vistas a minimizar os efeitos das complicações da fístula faringocutânea, foi desenvolvida esta revisão com o objetivo de identificar os principais tratamentos da fístula faringocutânea, após a laringectomia total.

## MÉTODO

As revisões sistemáticas capacitam os pesquisadores a realizar avaliação das evidências

disponíveis na literatura, em particular, na área da prática clínica, pois o conhecimento adquirido nessa investigação contribuirá para o tratamento e a implementação de intervenções para a melhoria da assistência à saúde. A revisão sistemática é “a aplicação das estratégias científicas que limitam os vieses para a reunião sistemática, avaliação crítica e síntese de todos os estudos relevantes sobre um tópico específico”<sup>(7)</sup>.

As enfermeiras têm desenvolvido estudos utilizando a revisão sistemática como método, cuja meta é reunir conhecimento científico que possa fundamentar as intervenções que respondam aos problemas dos pacientes na prática clínica.

O processo de elaboração da revisão sistemática na enfermagem compreende as seguintes etapas: (a) formulação de uma questão de pesquisa; (b) busca na literatura para identificar os artigos sobre o tema escolhido; (c) seleção dos estudos a serem incluídos na revisão; (d) coleta de dados; (e) análise e síntese dos dados com o emprego de métodos estatísticos, como a metanálise e/ou métodos qualitativos, e (f) apresentação dos resultados. Para cada etapa existem diretrizes rigorosas estabelecidas, bem como a elaboração prévia de um protocolo (projeto de pesquisa) transparente para eliminar vieses e assegurar rigor científico à pesquisa<sup>(8)</sup>.

#### Procedimento metodológico

A pergunta norteadora para a construção da presente revisão sistemática foi “quais são os principais tratamentos disponíveis para o paciente portador de fístula faringocutânea, após laringectomia total”.

Para se alcançar o objetivo proposto, realizou-se uma revisão sistemática, do período compreendido entre 1992 e 2002, de todos os estudos que abordassem o tratamento da fístula faringocutânea, após laringectomia total, pois entende-se que é assunto relevante que interessa à enfermagem, e ainda pouco pesquisado.

Na amostra da revisão sistemática, incluiu-se estudos que preencheram os critérios de inclusão. Os estudos foram selecionados pela relevância do tema, que incluiu quatro critérios específicos: desenho

de estudo, participantes do estudo, tratamento e resultados, e não por métodos aleatórios.

Foram incluídos nessa revisão sistemática os artigos que atenderam os seguintes critérios:

- tipos de estudos - todos os estudos que tratavam da eficácia do tratamento da fístula faringocutânea, após laringectomia total, em decorrência do carcinoma de células escamosas da laringe com o estadiamento T3/T4;
- tipos de participantes - pacientes portadores de carcinoma de células escamosas da laringe submetidos à laringectomia total, seguida ou não do esvaziamento cervical, que apresentaram a fístula faringocutânea no pós-operatório;
- tipos de tratamento - os artigos que abordassem o tratamento conservador e cirúrgico;
- tipo de desfecho - os desfechos relacionados ao paciente como os fatores de risco relacionados ao surgimento da fístula faringocutânea, após laringectomia total; tipo de tratamento utilizado para correção da fístula faringocutânea, após laringectomia total; tempo de internação hospitalar do paciente, após laringectomia total, com fístula faringocutânea;
- complicações - os estudos que abordaram as complicações da laringectomia total.

Para a busca e avaliação crítica dos estudos incluídos na revisão sistemática, percorreu-se as etapas descritas a seguir:

#### Etapa 1 - busca eletrônica

Para selecionar os estudos da amostra, pesquisou-se as seguintes bases de dados: Pubmed, Cinahl, Biomednet Research Tools, Cochrane Library e Lilacs, sem se estabelecer restrição à língua ou local de publicação. As palavras-chave utilizadas: “larynx cancer or total laryngectomy”, ou “larynx fistulae”; ou “pharyngocutaneous fistula”; ou “complication”; “treatment or support”; ou “conservative” e/ou “surgical”.

#### Etapa 2 - contato com pesquisadores

Estabeleceu-se contatos com autores dos estudos incluídos na revisão e com especialistas da área, por *e-mail*, solicitando remessa de uma lista

das referências já identificadas em seus estudos e em outros, recentemente publicados ou não. Alguns meses após, chegaram algumas respostas pelo correio eletrônico, elogiando a pesquisa, porém, não foi recebida nenhuma contribuição para a investigação.

#### Etapa 3 - busca manual

Na busca manual, selecionou-se quatro periódicos específicos disponíveis na Biblioteca Central da Universidade de São Paulo - *Campus* Ribeirão Preto (SP): *Ann Otol Rhinol Laryngol*; *The Journal of Otolaryngology*; *Arch Otolaryngol Head Neck Surgery* e *Laryngoscope*. A opção para a realização da busca manual justifica-se pela importância dos periódicos na área, que não estavam indexados na base de dados, no período total correspondente, e alguns artigos não estavam disponibilizados *on line*.

#### Etapa 4 - seleção dos estudos

Utilizou-se um formulário padronizado para verificar se cada estudo encontrado continha os critérios para a inclusão na revisão, a saber: características metodológicas, participantes, diagnóstico, tratamento e resultados. Salienta-se que dois revisores independentes analisaram os estudos identificados, em "processo de funil", acessando títulos, resumos e os artigos completos, quando necessário.

#### Etapa 5 - coleta de dados

Os dados foram coletados de modo independente por dois revisores. Esses dados foram checados para se verificar concordâncias ou não. Quanto aos resultados discordantes, esses foram resolvidos por consenso. Os dados dos estudos sobre a população estudada, tratamento e desfechos foram coletados pelos dois revisores, utilizando instrumento de avaliação dos artigos, o qual foi construído pelas pesquisadoras e realizada validação aparente e de conteúdo.

Após a coleta de dados dos estudos incluídos na revisão sistemática, foi realizada análise descritiva, a qual permitiu resumir e avaliar os dados oriundos dos estudos incluídos nesta revisão sistemática, sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos.

## RESULTADOS

### Estudos incluídos na revisão sistemática

Por meio da aquisição pelo serviço de comutação bibliográfica, obteve-se 35 artigos e 3 artigos pela busca manual, totalizando amostra com 38 artigos, sendo que um foi excluído por se tratar de um estudo não envolvendo seres humanos (coelhos).

### Caracterização dos estudos incluídos na revisão sistemática

Dos 37 (100%) artigos analisados, 25 (67,6%) eram estudos retrospectivos, 7 (18,9%) estudos de caso, 3 (8,1%) prospectivos, 1 (2,7%) coorte e 1 (2,7%) revisão da literatura.

A Tabela 1 demonstra as características gerais da amostra estudada nos 37 artigos que foram revisados neste estudo.

Tabela 1 - Características gerais da amostra

Característica / número	Número de artigos	%
Amostra - 2716	37	100
Faixa etária mais freqüente 28-86 anos	29	78,3
Sexo predominante - masculino - 2473	37	100
Característica do tumor		
Localização - tumor de laringe	5	13,5
Classificação TNM	5	13,5
Tratamento		
Conservador	12	33
Cirúrgico	15	40
Conservador/cirúrgico	10	27
Categorização dos temas		
Tratamento da fístula faringocutânea	17	46
Fatores de risco para fístula faringocutânea	10	27
Complicações após laringectomia	10	27

As amostras dos estudos incluíram 2716 indivíduos, sendo a faixa etária mais freqüente aquela entre 28 e 86 anos, em 29 (78,3%) dos artigos analisados. Houve predominância do sexo masculino, com 2473 (91%) e 243 (9%) do sexo feminino.

O tratamento de escolha inicial, em 12 (33%) estudos, foi o conservador e em 15 (40%), o tratamento cirúrgico; nos demais estudos (10-27%) houve a utilização dos dois tratamentos, em função dos resultados alcançados com o tratamento inicialmente instituído. O diagnóstico médico de todos os pacientes envolvidos nos estudos era de carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço, um ponto era comum - todos (100%) foram submetidos à laringectomia total.

Na presente revisão sistemática, dos 37 (100%) estudos incluídos, 17 (46%) referiam-se ao tratamento da fístula faringocutânea, após a laringectomia total, 10 (27%) estavam direcionados aos fatores de risco e 10 (27%) relacionados às complicações após a laringectomia total.

A maioria dos estudos foi desenvolvida em instituições hospitalares (28-75,7%), em hospitais de universidades (7-18,9%) e em centros de pesquisas (2-5,4%). Os estudos foram desenvolvidos nos seguintes países: Estados Unidos 4 (11%), Canadá 4 (11%), Turquia 4 (11%), Itália 3 (8,1%), Alemanha 3 (8,1%), Espanha 3 (8,1%), Reino Unido 2 (5,4%), Japão 2 (5,4%), México 2 (5,4%), Grécia 1 (2,7%), Indonésia 1 (2,7%), Israel 1 (2,7%), Noruega 1 (2,7%), Suécia 1 (2,7%), Finlândia 1 (2,7%), Paquistão 1 (2,7%), Tailândia 1 (2,7%), Inglaterra 1 (2,7%) e Índia 1 (2,7%). Os estudos estavam publicados em inglês 32 (86,5%), espanhol 3 (8,1%) e alemão 2 (5,4%).

#### Resultados das categorias extraídas dos estudos

O tratamento conservador da fístula faringocutânea tem por objetivo preservar e restaurar a região lesada, reparação que se constitui em processo complexo, dinâmico e sistêmico. O processo sistêmico depende das condições gerais de saúde do paciente com neoplasia de laringe e pode ser retardado por vários fatores intrínsecos (idade, doenças preexistentes, radioterapia, dentre outros), que a enfermeira deve identificar, a fim de promover a continuidade do processo de tratamento<sup>(9)</sup>.

O tratamento conservador constituiu-se de reintrodução da sonda nasogástrica, curativo

compressivo ao redor do pescoço, desbridamento diário de todo tecido necrosado, drenagem da coleção de exsudato retida embaixo do retalho, manutenção do nível de hemoglobina acima de 12,5g/dl, nutrição adequada, altas doses de antibióticos endovenosos, mensuração da temperatura, remoção da sonda nasogástrica, início da alimentação por via oral, uso de antibióticos no período perioperatório, transfusão sanguínea nos períodos pré e pós-operatório, cuidados com a ferida, aplicação de bandagem de crepe ao redor do pescoço por 24 a 48 horas, aplicação do Botulinum Toxin A Injection (BTX), colocação de dreno de sucção do pescoço, alimentação oral precoce, oxigênio hiperbárico e tratamento com esteróide<sup>(10-18)</sup>.

O tratamento cirúrgico com utilização de retalhos na resolução das fístulas faringocutâneas em laringectomizados totais tem sido, mais recentemente, abordado pelos pesquisadores. A preocupação com esse tipo de tratamento teve início na década de 70, quando nas reconstruções da região da cabeça e pescoço predominava o uso dos retalhos cutâneos e fasciocutâneos (retalhos deltopeitoral e frontal). As condutas adotadas são: o uso do retalho ilha pediculado da artéria temporal superficial, desbridamento do tecido desvitalizado ao redor da fístula, retalho cutâneo do músculo deltopeitoral e retalho miocutâneo peitoral, fechamento cirúrgico da fístula com sutura simples, aplicação de 4ml de cola de fibrina, desvio da saliva, introdução da sonda nº 19, administração de antibióticos profiláticos, suporte nutricional, retalho radial do antebraço, retalho do músculo peitoral, introdução da sonda nasogástrica e/ou jejunostomia, administração de antibióticos e criação cirúrgica do faringostoma, curativo compressivo após cirurgia e fechamento não muscular da hipofaringe<sup>(19-26)</sup>.

A amplitude do procedimento cirúrgico (laringectomia total), ao qual o paciente é submetido, exige conhecimento técnico-científico profundo do enfermeiro, para que possa planejar a assistência de enfermagem no período perioperatório para o atendimento das reais necessidades do paciente, que enfrenta dificuldades de ordem física, psicológica, social e até espiritual.

Dessa forma, para que as enfermeiras possam prestar assistência ao paciente, seja aquele submetido ao tratamento conservador e/ou cirúrgico, necessitam de conhecimentos que promovam sua atualização constante, com base em fundamentação

científica, que as capacitem na implementação de intervenções na prática clínica, direcionadas para o atendimento das reais necessidades dos pacientes com fístula faringocutânea, após a laringectomia total.

Os estudos que relataram a incidência, os fatores de risco, as complicações e o tratamento da fístula faringocutânea, após laringectomia total, são pesquisas com delineamento observacional, como relato de séries de caso e coorte. Quando os pesquisadores optaram por esse delineamento de pesquisa, perderam muitas informações sobre a exposição, a doença e o tratamento propriamente dito, porém, identificaram a incidência da fístula faringocutânea, após a laringectomia total e outras complicações de menor ocorrência. Devido às características desse tipo de delineamento, a sua aplicação é pouco empregada na pesquisa clínica, porém, pode-se levantar possíveis hipóteses causais que poderão ser testadas em outros delineamentos de pesquisa.

Nos estudos analisados, verificou-se fatores de risco para fístula faringocutânea, cujos dados evidenciaram diferença estatisticamente significativa, porém, não se pode correlacionar somente o tratamento radioterápico prévio com o desenvolvimento da fístula faringocutânea, no período pós-operatório. Os autores dos estudos consideraram que as associações de outros fatores impulsionaram o desenvolvimento da fístula faringocutânea, tais como o estado clínico geral do paciente, idade e doenças crônicas<sup>(26-30)</sup>.

O enfermeiro deve planejar as intervenções do paciente submetido à radioterapia visando a manutenção do seu estado clínico geral em equilíbrio, a integridade da pele, a ingestão hídrica adequada, alimentação balanceada, além de monitorar os sinais clínicos de infecção, higiene e hidratação. Outro aspecto importante é explicar ao paciente e família a importância das avaliações de acompanhamento durante todo o tratamento.

Frente ao exposto, entende-se, aqui, a necessidade do desenvolvimento de futuros estudos multicêntricos, focalizando a radioterapia, após a laringectomia total, em pacientes com câncer de laringe.

A fístula faringocutânea é a complicação mais comum, após laringectomia total, no período pós-operatório e o seu desenvolvimento pode acarretar a duplicação da média de hospitalização do paciente e, conseqüentemente, a elevação acentuada dos custos<sup>(10,15)</sup>.

Ressalta-se que os pacientes com câncer de laringe apresentam, muitas vezes, problemas colaborativos ou comorbidades, que influenciam a evolução de todo o tratamento, por isso entende-se que os problemas colaborativos ou comorbidades constituem fatores de risco para a formação da fístula faringocutânea, após laringectomia total.

A ocorrência de fístulas faringocutâneas variou de 8,7 a 23% e o tempo de internação hospitalar dos laringectomizados totais com fístula foi de 12 a 46 dias, ou seja, média de internação igual a 28 dias<sup>(10,15-16,27-28,31-32)</sup>.

Outro aspecto importante a ser enfatizado diz respeito ao período de cicatrização da fístula, que foi de 11,1 a 61 dias, perfazendo tempo médio de cicatrização de 36 dias. Ao se considerar a média de internação hospitalar de 28 dias e com tempo médio de cicatrização das fístulas faringocutâneas de 36 dias<sup>(10,15-16,27-28,31-32)</sup>, percebe-se que houve aumento significativo dos cuidados de enfermagem direcionados a esses pacientes, durante todo o período de internação, pois esse problema, de difícil tratamento, acarreta maior investimento financeiro para a manutenção do atendimento hospitalar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se sabe, a pesquisa é essencial para o avanço da ciência na área da enfermagem e a sua aplicação otimiza a assistência, pois poderá proporcionar a diminuição de custos dos cuidados à saúde e o crescimento profissional pela renovação do conhecimento e, conseqüentemente, mudanças na prática profissional. A prática baseada em evidências contribuirá para o desenvolvimento do julgamento clínico da enfermeira, proporcionando melhor planejamento e implementação de intervenções eficazes na assistência de enfermagem.

Esta revisão sistemática constitui um passo inicial nesta temática, abrindo um leque de possibilidades para futuras pesquisas. Assim, poder-se-á aprofundar a discussão da aplicação dos conhecimentos oriundos das evidências científicas na prática.

A construção da síntese do conhecimento científico sobre o tema investigado contribui para a utilização dos resultados de pesquisa na prática clínica, uma vez que possibilita de forma ágil evidências de diferentes estudos. Diante dos resultados,

recomenda-se ao enfermeiro, que atua na área da oncologia, que busque conhecimento sobre os princípios da utilização de enxertos e retalhos, como indicação apropriada e a anatomia das áreas doadora e receptora, para que, a partir desse conhecimento, direcione as intervenções para o paciente ser submetido à cirurgia reparadora de fístula faringocutânea. Na ocasião da internação do paciente para o tratamento da fístula faringocutânea, a enfermeira deve ter acesso às informações anteriores, por meio da coleta de dados, exame físico, exames diagnósticos realizados, assim como as intercorrências de todo o perioperatório da laringectomia total. Cabe também avaliar a ferida, indicar coberturas para o curativo e determinar intervenções específicas no

período pré-operatório, com a finalidade de prevenir as complicações (hemorragias, hematoma, infecção e deiscência), recuperar o estado geral de saúde do paciente e combater a infecção do sítio cirúrgico.

A efetividade das intervenções de enfermagem implementadas, portanto, está diretamente relacionada ao conhecimento científico, à competência clínica e ao relacionamento interpessoal da enfermeira, na abordagem do laringectomizado total, em todo o período de tratamento. Os resultados apresentados neste estudo são importantes para que a enfermeira possa planejar e implementar assistência adequada ao paciente portador de fístula faringocutânea, após laringectomia total.

## REFERÊNCIAS

1. Wunsch V. The epidemiology of laryngeal cancer in Brazil. *São Paulo Medical* 2004 maio; 122(5):188-94.
2. Noronha MJR, Dias FL. Câncer da laringe: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 1997.
3. Brandão LG, Ferraz AR. Cirurgia de cabeça e pescoço: princípios técnicos e terapêuticos. São Paulo (SP): Roca; 1989.
4. Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
5. Sawada NO, Zago MMF, Galvão MC, Ferreira E, Barichello E. Complicações pós-operatórias nas laringectomias totais: um estudo retrospectivo. *Rev. Bras. Cancerol.* 1998 janeiro; 44(1): 35-41.
6. Magrin J, Kowalski LP. Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos a esvaziamento cervical radical bilateral simultâneo. *Acta Oncol. Bras* 1996 janeiro-fevereiro-Março; 16(1): 3-11.
7. Friedland DJ, Go AS, Davoren JB, Sllipak MG, Bent SW, Subak LL, et al. Medicina baseada em evidências: uma estrutura para a prática clínica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2001.
8. Magarey JM. Elements of a systematic review. *Int. J. Nurs. Practice.* 2001 December; 7(6): 376-82.
9. Rabhae GN, Ribeiro-Filho N, Fernandes AT. Infecção do sítio cirúrgico. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro-Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.
10. Papazoglou G, Terzakis G, Doundoulakis G, Terzakis G, Dokianakis G. Pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy: incidence, cause, and treatment. *Ann. Otol Rhinol Laryngol* 1994 October; 103:801-5.
11. Akyol MU, Özdem C, Çelikkanat S. Early oral feeding after total laryngectomy. *ENT Journal* 1995 January; 74(1):28-30.
12. Udaipurwala IH, Iqbal K, Jalisi M. Pharyngocutaneous fistula following laryngectomy. *JPMA.* 1995 May; 45(5): 130-2.
13. Cody T, Funk GF, Wagner D, Gidley PW, Graham SM, Hoffman HT. The use of granulocyte colony stimulating factor to promote wound healing in a neutropenic patient after head and neck surgery. *Head & Neck* 1999 March; 21(2): 172-5.
14. Guntinas-Lichius O, Eckel HE. Temporary reduction of salivation in laryngectomy patients with pharyngocutaneous fistulas by Botulinum Toxin A injection. *Laryngoscope.* 2002 January; 112(1):187-9.
15. Friedman M, Venkatesan TK, Yakovlev A, Lim JW, Tanyeri HM, Caldarelli DD. Early detection and treatment of postoperative pharyngocutaneous fistula. *Otolaryngol. Head and Neck Surg.* 1999 October; 121(4): 378-80.
16. Fradis M, Podoshin L, David, JB. Post-laryngectomy Pharyngocutaneous fistula-a still unresolved problem. *J Laryngol Otol* 1995 March; 109: 221-4.
17. Seikaly H, Park P. Gastroesophageal reflux prophylaxis decreases the incidence of pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy. *Laryngoscope* 1995 November; 105(11): 1220-2.
18. Carrillo FG, Cuevas SR, Vazquez FG, Almendaro SL. Administración Perioperatória de antibióticos para la prevención de infecciones en laringectomia. *An ORL Mex* 1995 february; 40(2): 82-4.
19. Kimura Y, Tojima H, Nakamura T, Harada K, Koike Y. Deltopectoral flap for one-stage reconstruction of pharyngocutaneous fistulae following total laryngectomy. *Acta Otolaryngol* 1994; 114(Suppl. 511): 175-8.
20. Fabrizio T, Donati V, Nava M. Repair of the pharyngocutaneous fistula with a fasciocutaneous island flap pedicled on the superficial temporalis artery. *Plast Reconstr Surg* 2000 December; 106(7):1573-6.
21. Wiseman S, Hicks JRW, Loree T. Fibrin glue-reinforced closure of postlaryngectomy pharyngocutaneous fistula. *Am J Otolaryngol* 2002 November-December; 23(6):368-73.
22. Peat BG, Boyd, JB, Gullane PJ. Massive pharyngocutaneous fistulae: salvage with two-layer flap

- closure. *Ann. Plastic Surg* 1992 August; 29(2):153-6.
23. Cunha-Gomes D, Kavarana NM. The surgical treatment of post-laryngectomy pharyngocutaneous fistulae. *Acta Chir Plast* 2001 April; 43(4):115-8.
24. Neumann A, Shultz-Coulon HJ. Die frühe pharyngostomaanlage bei der therapie postoperativer pharynx fisteln. *Laryngo-Rhino-Otol.* 2001; 80:269-74.
25. Ching-Ping W, Tzu-Chan T, Rheun-Chuan L, Chang SY. The techniques of nonmuscular closure of hypopharyngeal defect total laryngectomy: the assessment of complication and pharyngoesophageal segment. *J Laryngol Otol.* 1997 November; 111:1060-3.
26. Chee N, Siow JK. Pharyngocutaneous fistula after laryngectomy: incidence, predisposing factors and outcome. *Singapore Med. J.* 1999 March; 40(3):130-2.
27. Zinis LOR, Lorenzo F, Tomenzoli D, Premoli G, Parrinello G, Nicolai P. Postlaryngectomy pharyngocutaneous fistula: incidence, predisposing factors, and therapy. *Head & Neck* March 1999; 21:131-8.
28. Íkiz AÖ, Uça M, Güneri EA, Sütay S. Pharyngocutaneous fistula and total laryngectomy: possible predisposing factors, with emphasis on pharyngeal myotomy. *J Laryngol Otol* October 2000; 114:768-71.
29. Virtaniemi JA, Kumpulainen EJ, Hirvikoski PP, Johansson RT, Kosma VM. The incidence and etiology of postlaryngectomy pharyngocutaneous fistulae. *Head & Neck* January 2001; 23(1):29-33.
30. Zbären P, Greiner R, Kengelbacher M. Stomal recurrent after laryngectomy: An analysis of risk factors. *Otolaryngol. Head Neck Surg* April 1996; 114(4):569-75.
31. Gavilán J, Prim P, Herranz J, Rabanal I. Seepck results and complications of near-total laryngectomy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996 September; 105(7):729-33.
32. McCombe AW, Jones AS. Radiotherapy and complications of laryngectomy. *J Laryngol Otol.* 1993 February; 107:130-2.