

Manejo de enfermagem à pessoa com fístula enterocutânea

Nursing management of the person with enterocutaneous fistula

Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses¹, Otávia Maria dos Santos Souza², Rosa Maria Grangeiro Martins³, Sabryna Ernesto Moreira⁴, Roger Rodrigues da Silva⁵ & Dailon de Araújo Alves⁶

¹Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri e Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, Campus Crato-Ceará, Brasil. E-mail: jayanacastelobranco@hotmail.com;

²Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri e Especialista em Saúde da Família pela Universidade Regional do Cariri, Campus Crato-Ceará, Brasil. E-mail: otavia_souza@hotmail.com;

³Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri, Mestre em Saúde da família pelo Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Regional do Cariri e Rede Nordeste de Formação em Saúde da família, Campus Crato-Ceará, Brasil. E-mail: rosamaria13gm@gmail.com;

⁴Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri, Campus Crato, Crato-Ceará; Pós-graduada em Enfermagem em Estomatoterapia pela Universidade Regional do Cariri, Campus Crato-Ceará, Brasil. E-mail: sabrynaernesto@hotmail.com;

⁵Graduado em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri, Campus Iguatu-Ceará e Especialista em Docência do Ensino Superior. E-mail: roger95silva@gmail.com;

⁶Graduado em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri e Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, Campus Crato-Ceará, Brasil. E-mail: dailon.araujo12@gmail.com;

Resumo: Esta revisão objetivou identificar os cuidados de enfermagem para o manejo da pessoa com fístula enterocutânea dispostos na literatura. Realizou-se, para tanto, uma revisão integrativa, com base na seguinte questão norteadora: Quais os cuidados de enfermagem para o manejo da pessoa com fístula enterocutânea? As buscas foram conduzidas no mês de dezembro de 2019, nas bases de dados eletrônicas LILACS, MEDLINE via PubMed, CINAHL, IBECs e SCOPUS, por meio de descritores de assunto controlados. As publicações foram selecionadas com o auxílio do gerenciador *Endnote web* e todos os passos da seleção foram reportados no fluxograma PRISMA. Na amostra final, cinco estudos foram selecionados para análise, apontando os cuidados com a pele perifístula, cuidado nutricional, cuidado medicamentoso e suporte emocional e educacional como principais cuidados de enfermagem destinados à pessoa com fístula enterocutânea. O cuidado com a pele perifístula, manejo do efluente, utilização de equipamentos coletores e adjuvantes, controle do equilíbrio hidroeletrólítico, administração de fármacos para controle de efluente e combate a infecções, suporte nutricional adequado e suporte emocional e educacional constituem os cuidados de enfermagem elencados nesta revisão.

Palavras-chave: Fístula. Fístula intestinal. Cuidados de Enfermagem.

Abstract: This review aimed to identify nursing care for the management of people with enterocutaneous fistula provided in the literature. Therefore, an integrative review was carried out, based on the following guiding question: What are the nursing care for the management of the person with enterocutaneous fistula? The searches were conducted in December 2019, in the electronic databases LILACS, MEDLINE via PubMed, CINAHL, IBECs and SCOPUS, using controlled subject descriptors. The publications were selected with the help of the Endnote web manager and all selection steps were reported in the PRISMA flowchart. In the final sample, five studies were selected for analysis, pointing out care with the perifistula skin, nutritional care, medication care, and emotional and educational support as the main nursing care for people with enterocutaneous fistula. Perifistula skin care, effluent management, use of collecting and adjuvant equipment, control of hydroelectrolytic balance, administration of drugs to control effluent and fight infections, adequate nutritional support and emotional and educational support constitute the nursing care listed in this revision.

Keywords: Fistula. Intestinal fistula. Nursing care.

1 Introdução

Fístula gastrointestinal ou digestiva é a comunicação anormal entre o tubo digestivo e qualquer víscera oca ou cavidade abdominal (fístula interna), bem como com a superfície cutânea (fístula externa). Ela é uma das complicações pós-operatórias mais temidas, juntamente com deiscência e infecção, classificando-se quanto à localização anatômica (gástrica, pancreática, duodenal, jejunal, ileal, colônica); quanto ao débito, em alto débito (mais de 500ml/24 horas) e baixo débito (menos de 500ml/24horas);

e, por fim, quanto à origem, em congênitas ou adquiridas e primárias (decorrentes de processos patológicos intestinais) ou secundárias (decorrentes de intervenções cirúrgicas) (WERCKA *et al.*, 2017).

As fístulas intestinais ou entéricas podem causar uma série de transtornos ao paciente como sepse, processos infecciosos, lesões na superfície cutânea, distúrbios hidroeletrólíticos, desnutrição, hemorragia digestiva, obstrução e insuficiência intestinal. A gravidade destes quadros depende de uma série de questões como etiologia, tipo, débito e localização anatômica da fístula, além da idade

do paciente, atribui-se índices de mortalidade de 5 a 20% (VOLPE, 2017; METCALF, 2019; WAINSTEIN; IRIGOYEN; BENINKA, 2014).

Já as fístulas enterocutâneas, que comunicam o intestino à pele, representam uma patologia grave, com tratamento complexo, requerendo uma intervenção multidisciplinar (WAINSTEIN; IRIGOYEN; BENINKA, 2014).

Os fatores de risco para seu surgimento incluem desnutrição, imunocomprometimento, trauma, infecção, procedimentos cirúrgicos de emergência e as doenças crônicas intestinais, observando-se 20 a 30% desses pacientes com diagnóstico de doença de Crohn (GUTIÉRREZ; JASSO; MAZA, 2017).

O manejo apropriado da fístula enterocutânea por meio de uma equipe multidisciplinar capacitada, constituída de cirurgiões, radiologistas, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas e enfermeiros estomaterapeutas, diminui a mortalidade associada (METCALF, 2019).

A abordagem inicial é conservadora, resguardando a cirurgia para casos mais complexos, tendo em vista o elevado risco de morbimortalidade. O tratamento conservador é baseado na correção do desequilíbrio eletrolítico, tratamento do processo infeccioso, drenagem de abscesso (quando presente), suporte nutricional, controle de drenagem e cuidados com a pele (WAINSTEIN; IRIGOYEN; BENINKA, 2014; GUTIÉRREZ; JASSO; MAZA, 2017).

A atuação do enfermeiro é essencial nesse contexto. O cuidado à pele perifístula, a mensuração e a contenção de efluentes e a utilização de equipamentos coletores e adjuvantes constituem elementos fundamentais para

subsidiar a cicatrização da fístula. Paralelamente, é possível atender às demais necessidades de manutenção do conforto, controle da dor, alcance do bem-estar e promoção da mobilidade (SANTOS; CESARRATI, 2015).

Considerando a importância da assistência de enfermagem no tratamento dessa afecção desenvolveu-se uma revisão integrativa, com base na seguinte questão norteadora: Quais os cuidados de enfermagem para o manejo da pessoa com fístula enterocutânea?

À vista disso, aprofundar-se nessa temática possibilitará subsídios para o manejo efetivo das fístulas enterocutâneas por meio das evidências científicas elencadas, contribuindo para a qualificação do cuidado de enfermagem na área da estomaterapia.

2 Método

2.1 Tipo de estudo

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura. Mendes, Silveira e Galvão (2019) descrevem o delineamento metodológico da revisão integrativa da seguinte forma: 1) Definição da pergunta da revisão; 2) Busca e seleção dos estudos primários; 3) Extração de dados dos estudos primários; 4) Avaliação crítica dos estudos primários; 5) Síntese dos resultados da revisão; 6) Apresentação do método da revisão.

2.2 Definição da questão de pesquisa: Estratégia PVO

Para elaboração da questão de pesquisa, seguiu-se os passos da estratégia PVO (Paciente, variável de interesse, *outcome* - desfecho) descritos no quadro 1.

Quadro 1 - Estratégia Paciente, variável de interesse, *outcome* - desfecho.

ETAPA	DESCRIÇÃO	DECS/MESH/ DESCRITORES NÃO CONTROLADOS
População	Pessoas com fístula enterocutânea	Fístula; <i>Fistula</i> ; Fístula do sistema digestório; <i>Digestive System fistula</i> ; Fístula intestinal; <i>Intestinal fistula</i> ; fistula retal; <i>Rectal fistula</i> .
Variável de interesse	de Cuidado de enfermagem	Cuidados de enfermagem; <i>Nursing care</i>
<i>Outcomes</i> (Desfechos)	Manejo adequado para prevenção de complicações	*

Fonte: Autores (2021).

**Não se atribuiu descritores aos desfechos, de modo a não tornar a estratégia de busca muito seletiva e não captar artigos importantes para a pesquisa.*

A partir da estratégia acima descrita, foi possível formular a seguinte questão de pesquisa: “Quais os cuidados de enfermagem para o manejo da pessoa com fístula enterocutânea?”

2.3 Processo de busca e seleção dos estudos

A busca dos estudos foi realizada em dezembro de 2019, mediante pesquisa on-line das publicações científicas que respondessem à questão da pesquisa, nas seguintes bases de dados eletrônicas: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)* via PubMed, *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências de la Salud (IBECS)* e SCOPUS.

Para a busca dos estudos elegíveis, foram utilizados apenas descritores controlados dos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Heading (MeSH)*, dispostos no Quadro 1. Estes foram conectados pelos operadores booleanos OR, se pertencentes a uma mesma categoria da estratégia PVO, e AND, para associação de descritores de categorias diferentes.

A estratégia de busca resultante foi adequada às especificidades de cada base de dados. Como exemplo, a estratégia de busca utilizada para MEDLINE via PubMed foi: (((*Fistula*) OR *Digestive System fistula*) OR *Intestinal fistula*) OR *Rectal fistula*)) AND *Nursing care*.

Os artigos selecionados, além de responderem à questão de pesquisa, deveriam atender aos seguintes critérios: artigos originais, publicados em inglês, português ou espanhol, na última década, de modo a considerar o que

há de mais atual na literatura, uma vez que existe uma quantidade extensa de artigos publicados sobre a temática. Destes, foram excluídas publicações duplicadas e/ou repetidas e que não atenderam ao objeto dessa revisão.

Além disso, as referências dos estudos selecionados foram utilizadas na busca de estudos que igualmente respondessem à questão de pesquisa (BRASIL, 2012). Desse modo, analisou-se todos os artigos listados nas referências dos artigos previamente selecionados para compor a amostra da revisão, verificando a adequação aos critérios de elegibilidade adotados. Todos os estudos sensibilizados foram agrupados no gerenciador de referências *Endnote Web*, excluindo-se os artigos duplicados.

Foi realizado o rastreamento inicial dos artigos, com base no título e resumo. Artigos com título sugestivo e sem resumo disponível, foram mantidos para avaliação posterior.

Os artigos triados nessa fase, foram posteriormente avaliados em texto completo quanto à aplicação aos critérios definidos. Após as avaliações, a seleção final dos estudos a serem incluídos na revisão foi definida em consenso pelos revisores.

O processo de seleção dos artigos foi documentado utilizando o fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (MOHER; LIBERATI; TETZLAFF et al., 2009).

2.4 Extração dos dados

Para extração dos dados, foi utilizado um instrumento previamente elaborado. Os dados coletados incluíram: autores, ano de publicação, país em que a pesquisa foi realizada, tipo de estudo, objetivo geral, participantes, **Figura 1** - Fluxograma de seleção dos estudos.

intervenção, principais resultados e cuidados de enfermagem abordados. Os dados obtidos foram compilados em forma de quadro e ilustração.

2.5 Avaliação dos estudos incluídos na revisão

Nesta etapa, os estudos selecionados foram exaustivamente lidos e analisados. Posteriormente, foi realizada a síntese dos dados, a apresentação dos resultados e posterior interpretação e integração dos mesmos.

2.6 Interpretação dos resultados

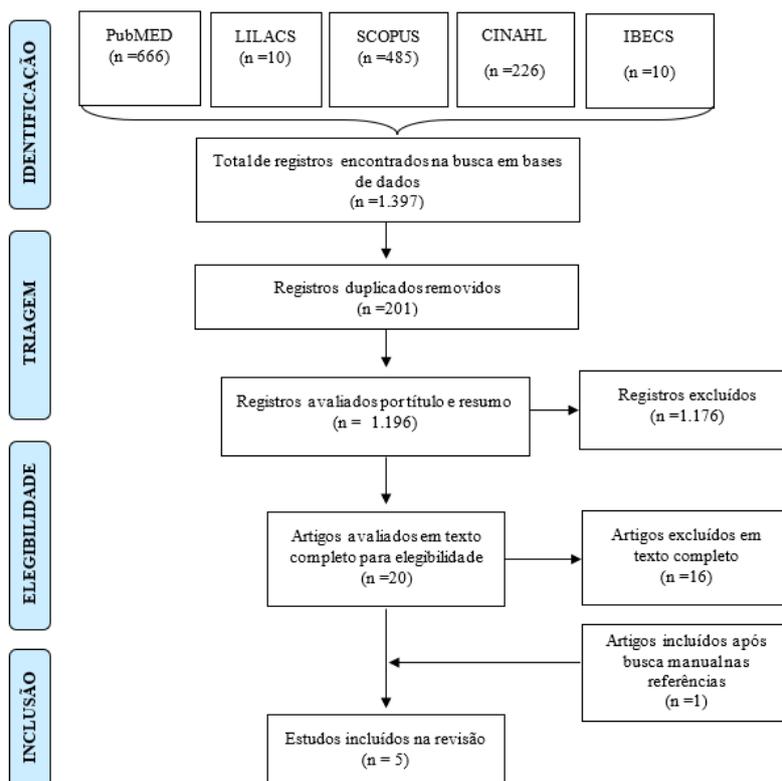
Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar nesta etapa prioridades para estudos futuros. Não obstante, o pesquisador deve salientar suas conclusões e inferências, bem como explicitar as limitações dos estudos incluídos (URSI; GALVÃO, 2006).

Desse modo, os resultados obtidos foram discutidos de forma crítica e as lacunas do conhecimento científico atual foram identificadas e apontadas para recomendação de estudos futuros.

3 Resultados

O processo de captação e elegibilidade dos artigos encontra-se descrito em forma de fluxograma (Figura 1). A busca inicial sensibilizou 1.397 publicações, perfazendo uma amostra final de seis artigos após conclusão do processo de elegibilidade.

Os artigos excluídos, após a leitura na íntegra, não respondiam à questão de pesquisa ou não atendiam ao critério de inclusão tipo de estudo.



Fonte: MOHER et al., 2009.

Por conseguinte, foram reunidos os dados de caracterização extraídos das publicações no Quadro 2. Desse modo, estão dispostos no quadro o ano de publicação,

autores, país a sediar o estudo, objetivo, informações sobre o delineamento, e principais resultados dos estudos.

Quadro 2 - Características dos estudos incluídos na revisão.

Autor/ Ano/ País	Objetivo	Tipo de Estudo/ Participantes	Intervenções	Resultados
REIDER, 2017. EUA	Descrever a utilização da Terapia por Pressão Negativa (TPN) no fechamento de fístulas entéricas.	Estudo de Caso. n=1	Aplicação da Terapia por Pressão Negativa na ferida operatória e isolamento da fístula por equipamentos coletor e adjuvantes.	A utilização da Terapia por pressão negativa foi significativa para o fechamento da ferida operatória e da fístula, associada a outras formas de tratamento.
WOODWARD, 2010. EUA	Descrever o manejo de fístula enterocutânea em um paciente com tumor raro no sistema gastrointestinal.	Estudo de Caso. n=1	Utilização de coberturas (curativo de espuma /hidrofibra com prata) e um sistema de equipamento coletor para fístula, além de cuidados com a pele. Educação individualizada.	A utilização de um equipamento coletor para fístula, combinado com educação individualizada, pôde proporcionar o fechamento da fístula após exérese do tumor. O paciente foi a óbito pela complexidade do tumor raro.
HÄRLE; LINDGREN; HALLBÖÖK, 2015. Suécia	Descrever as experiências dos pacientes que vivem com uma fístula enterocutânea.	Descritivo. n=9	Entrevistas.	Os profissionais de saúde podem oferecer esperança, motivação e educação para o autocuidado, diminuindo a dependência. O planejamento individual dos cuidados e a alta apropriada do hospital ajudam os pacientes a se sentirem mais seguros e independentes.
ANTONINI; MILITELLO, 2012. Itália	Reportar um caso de fístula enterocutânea colônica em um homem de 50 anos de idade, após ressecção do reto anterior para tratamento de câncer. A fístula foi detectada dentro do descolamento mucocutâneo de uma colostomia.	Estudo de caso. n=1	Irrigação do cólon pela fístula com solução salina a cada 48 horas. Suporte emocional, estimulando autonomia. Aplicação da cobertura Aquacel Ag® no descolamento mucocutâneo fistulado, com fixação posterior do equipamento coletor para o estoma.	Aproximadamente 10 dias após o início do tratamento terapêutico, a fístula não descarregava mais matéria fecal e a granulação tecidual começava. O quadro clínico mostrou melhora progressiva. Os exames de acompanhamento não detectaram qualquer descarga de matéria fecal do trato fistuloso.
TAGGARSHE <i>et al.</i> , 2010. EUA	Comparar os resultados do tratamento conservador versus tratamento cirúrgico das fístulas enterocutâneas em um hospital comunitário durante mais de uma década.	Estudo documental. n=83	Administração de nutrição parenteral (NPT), seguida de dieta enteral após diminuição do débito da fístula. Manejo da fístula por profissionais especialistas em estomaterapia. Uso de bolsas de estoma com sucção e proteção adequada da pele. Administração de antibióticos (sepse) e Octreotida, um análogo da somatostatina (redução do débito fístula). TPN.	Não houve diferença estatística entre as modalidades conservadora e cirúrgica de tratamento. O manejo conservador foi mais bem-sucedido em fístulas de baixo débito, enquanto pacientes com fístula de alto débito (débito de fístula >500 ml/24h) precisavam de cirurgia definitiva. Dos pacientes que utilizaram TPN, todos obtiveram fechamento espontâneo da fístula.

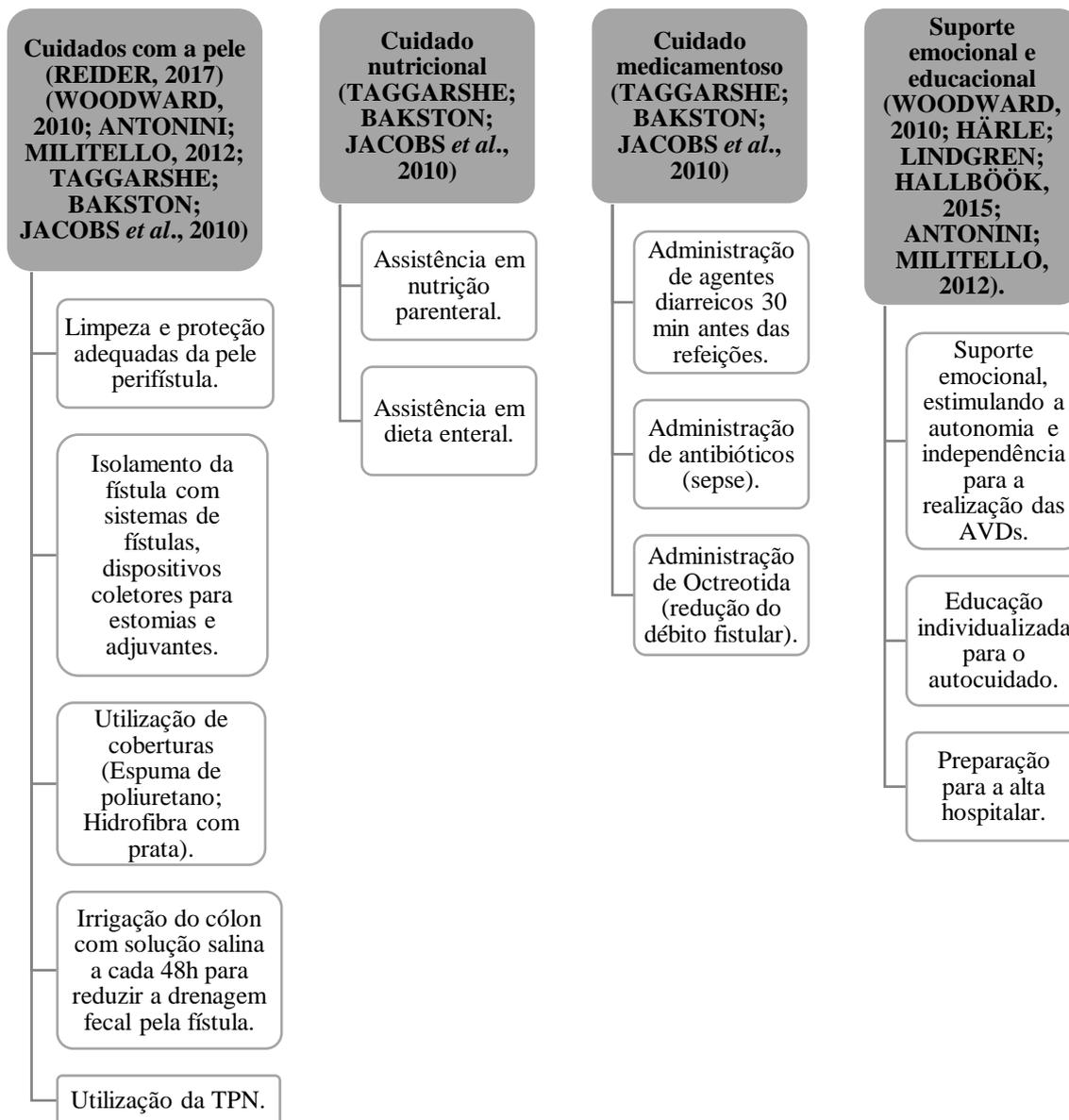
Fonte: Autores (2021).

Os estudos selecionados foram, em sua maioria, do tipo estudo de caso (n=3), acrescidos de um estudo descritivo qualitativo e de outro estudo documental. Aponta-se, portanto, o baixo nível de evidência dos estudos captados, sugerindo a necessidade de publicações com maior nível de evidência de modo a nortear com mais segurança a tomada

de decisão na assistência a pessoas com fístula enterocutânea.

A Figura 2 integra os cuidados de enfermagem elencados pelos artigos selecionados, organizando-os por blocos de assistência, considerando as diferentes modalidades assistenciais destinadas à pessoa com fístula enterocutânea.

Figura 2 - Cuidados de Enfermagem à pessoa com fístula enterocutânea.



Fonte: Autores (2021).

4 Discussão

Essa revisão congregou pesquisas desenvolvidas na América do Norte e Europa sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com fístula enterocutânea. Alerta-se para a não captação de artigos desenvolvidos no Brasil ou na América latina, o que conduz ao questionamento sobre o nível de visibilidade que a temática vem recebendo nessa região geográfica.

Os cuidados compilados evidenciam quatro áreas do cuidado à pessoa com fístula enterocutânea: cuidados com a pele; cuidado nutricional; cuidado medicamentoso; suporte emocional e educacional.

O documento “Recomendações de melhores práticas de Enfermagem para enfermeiros especializados em feridas, estoma e continência: Fístula enterocutânea e Fístula enteroatmosférica” (BROOKE *et al.*, 2019) elenca oito recomendações para o manejo de enfermagem à pessoas com fístulas enterocutâneas: Assistência padronizada e alinhada à política institucional; Realização de uma avaliação abrangente de enfermagem; Determinação de objetivos de atendimento em colaboração com equipe de saúde integrada; Prevenção da desnutrição e otimização do estado nutricional; Utilização de terapias farmacêuticas adjuvantes; Apoio

emocional; Suporte educacional; Seleção de método efetivo para gerenciamento das fístulas.

Corroborando esse documento, os estudos que integram esta revisão apresentam, pormenorizadamente, práticas que vêm sendo realizadas no manejo clínico das fístulas enterocutâneas. Tais práticas foram avaliadas quanto à consonância com a literatura internacional de referência para a área.

Observou-se a necessidade de maior disseminação de informações sobre os cuidados com a pele perifístula, por ser este um dos pontos cruciais na redução da morbimortalidade associada.

A limpeza adequada e a proteção da pele perifístula são essenciais na prevenção de lesões e podem demandar recursos como: curativos, sistemas coletores, adjuvantes (spray, placas, pastas, anéis moldáveis), terapia por pressão negativa (BROOKE *et al.*, 2019; METCALFE, 2019).

Atualmente, o sistema de fístula representa uma alternativa ao uso das bolsas coletoras para estomas. Esse coletor específico para fístulas apresenta-se com base adesiva maior que a base das bolsas para estomas e abertura anterior do tipo janela para possibilitar acesso à fístula (SANTOS; CESARETTI, 2015).

O controle da passagem de efluentes pela fístula também se pronuncia como uma ação válida no tratamento conservador. O método de irrigação do cólon para redução da frequência das evacuações e, portanto, redução de débito de efluente pela fístula é um método já bem consolidado no cuidado a pessoas com estomas. Consiste na administração de fluido (água) no intestino grosso para estimular a peristalse e promover a eliminação fecal (SANTOS; CESARETTI, 2015). No caso da irrigação em fístulas, o fluido é administrado no próprio trajeto da fístula a cada 48 horas (ANTONINI; MILITELLO, 2015).

Outra prática mencionada pelos estudos selecionados e bem evidenciada na literatura foi a TPN, utilizada para desviar a saída de efluentes da fístula, de modo a não ter contato com a pele perifístula, permitindo a cicatrização.

Estudo incluindo 33 pacientes com fístula enterocutânea utilizou a TPN, apontando que esta facilitou a redução do processo inflamatório local, redução do edema, diminuição do exsudato e aumento do suprimento sanguíneo (GUO *et al.*, 2019).

No entanto, alguns autores advertem que seu uso nesse cenário pode conduzir à erosão de alças intestinais, levando à formação de fístulas adicionais. Além disso, o alto custo pode limitar o uso desta terapêutica (ASHKENAZ *et al.*, 2017; GUTIÉRREZ; JASSO; MAZA, 2017).

Avalia-se com cautela a necessidade de conduta cirúrgica no manejo de fístulas, considerando a condição clínica fragilizada do paciente. Se a fístula não cicatrizar espontaneamente, os pacientes precisam ser examinados para cirurgia reconstrutiva, sugerindo-se aguardar prazo mínimo de seis meses com tratamento conservador para conduzir ao tratamento cirúrgico (METCALF, 2019).

Técnicas estão sendo testadas para reduzir a necessidade de procedimento cirúrgico. A exemplo, relata-se a utilização da cola de fibrina e solução hipertônica no trajeto fistuloso via endoscópica. A solução hipertônica injetada promove desnaturação da fibrose interna criada pela inflamação local e a cola de fibrina oclui o trajeto, interrompendo a continuidade do efluente internamente ou externamente (HSU; HSU, 2017).

Sabe-se que a maioria das fístulas entéricas são de alto débito e podem desencadear alteração do equilíbrio hidroeletrólítico. Para essa condição, faz-se necessário um cuidado especializado e multiprofissional, que objetive corrigir o déficit de líquidos e recuperar um volume sanguíneo efetivo. Nesse sentido, é imprescindível a medição de todos os ganhos e perdas hídricas, bem como sua composição eletrólítica, para um correto balanceamento. Assim, uma estimativa frequente do estado hemodinâmico garante uma reposição de volume adequada (WAINSTEIN; IRIGOYEN; BENINKA, 2014).

Para tanto, o cuidado nutricional é componente crucial para o sucesso do tratamento conservador ou cirúrgico das fístulas entéricas. O apoio nutricional desses pacientes deve começar de forma gradativa, após a redução de déficit de líquidos, eletrólitos e vitaminas. Na dieta é necessário inserir carboidratos, ácidos graxos e proteínas. Recomenda-se a administração de 20 a 30 kcal/kg/dia de carboidratos e ácidos graxos e 0,8 a 2,5 g/kg/dia de proteína (GUTIÉRREZ; JASSO; MAZA, 2017).

Os esforços devem ser focados na implementação de uma dieta hipercalórica e pobre em fibras, pois perpassa lentamente pelo intestino delgado, aumentando a absorção de nutrientes (ABADA *et al.*, 2017).

A nutrição parenteral tende a ser a base nutricional para pacientes com insuficiência intestinal. Em alguns casos, a combinação da nutrição enteral e parenteral são implementadas a depender do grau de disfunção do trato gastrointestinal. O importante é que a nutrição seja adequada para atender suas necessidades metabólicas e para prepará-los para cirurgia reconstrutiva quando necessária (GRAINGER *et al.*, 2018).

Coorte prospectiva incluindo 141 pacientes com fístula enterocutânea em nutrição parenteral domiciliar, observou que não houve diferenças nos padrões de alteração de peso entre os grupos nem na elevação dos níveis de albumina sérica quando comparados a outros pacientes em nutrição parenteral domiciliar sem fístulas (COMPHER *et al.*, 2017).

Considerando ainda o suporte nutricional, estudo clínico acerca dos efeitos da terapia complementar com ácido graxo poliinsaturado (ω 3-PUFA) sobre a cicatrização de fístulas digestivas e controle do débito, observou que ele não otimiza o fechamento da fístula, mas diminui seu débito, o que facilita o controle de líquidos e eletrólitos. Ademais, reduz as concentrações séricas de interleucina 6 e proteína c reativa, atenuando o processo inflamatório associado à fístula digestiva (ORDAZ *et al.*, 2017).

Aliada aos demais cuidados, a terapia farmacológica é recomendada em fístulas de alto débito. A somatostatina reduz a secreção entérica, aumenta a absorção de água e eletrólitos e inibe a secreção exócrina. Existe uma associação significativa entre o uso de somatostatina e a redução do tempo de fechamento espontâneo da fístula. No entanto, sua utilidade clínica é limitada porque sua meia-vida é muito curta. Por outro lado, o octreotide, análogo da somatostatina, tem meia-vida de 2 h, constituindo uma opção viável para ser usado em fístulas de alto débito (TALE *et al.*, 2015; GUTIÉRREZ; JASSO; MAZA, 2017).

A administração de somatostatina e seus análogos sintéticos (octreotida e lanreotida) foi relatada em pacientes com fístulas enterocutâneas. Esses fármacos inibiram as secreções gastrointestinais, atenuando a produção de fístula

e, conseqüentemente a desidratação e a escoriação cutânea (ASHKENAZ *et al.*, 2017).

A loperamida e o fosfato de codeína são drogas antidiarréicas que retardam o trânsito gastrointestinal, permitindo assim mais tempo para absorção no intestino proximal. Eles devem ser administrados meia hora antes das refeições, sendo que a loperamida não tem efeito sedativo, em contraposição à segunda. A loperamida é reabsorvida no íleo terminal, demandando doses mais altas em pacientes com fístula do intestino delgado com circulação entero-hepática (ASHKENAZ *et al.*, 2017).

Os antibióticos são outra classe medicamentosa que pode compor o cuidado farmacológico das fístulas enterocutâneas. O reconhecimento e o tratamento precoces da sepse são importantes e devem ser gerenciados de acordo com protocolos locais, com início rápido de antibiótico apropriado. Identificar a fonte da sepse é uma prioridade pelo alto risco conferido (BRITISH, 2019).

Analisando o processo de enfrentamento do paciente com fístula enterocutânea, estudo sobre qualidade de vida, realizado com pessoas que convivem com esta dificuldade, evidenciou que boa parte dos pacientes apresentavam impacto negativo na qualidade de vida, atribuído ao isolamento social, à dor em região perifístula por lesão local e medo de vazamento do equipamento coletor. Este estudo ressalta que a assistência de enfermagem é valiosa na implementação de um plano de cuidado a ser dispensado principalmente ao paciente na sua alta hospitalar, objetivando ser uma ferramenta norteadora de cuidados para paciente e família (HOEFLOK *et al.*, 2015).

As pessoas com fístula necessitam de apoio psicológico, pois podem desenvolver ansiedade, sentimento de perda, problemas de autoimagem, depressão e raiva, principalmente se o surgimento da mesma for secundário a uma complicação pós-operatória. Não obstante, essas alterações psicológicas vão diminuir o sucesso do tratamento e fragilizar o autocuidado (BRITISH, 2019).

A maioria das fístulas enterocutâneas têm tempo prolongado. Em muitos casos, o paciente sai do hospital para domicílio com esta problemática, levando consigo a necessidade de enfrentamento. O gerenciamento do paciente com fístula e seus familiares pode ser encorajado pela equipe de saúde que prestaram assistência em âmbito hospitalar, para que o autocuidado seja protagonizado e prevenidas as temidas complicações (SLATER, 2015).

5 Conclusão

O cuidado com a pele perifístula, manejo do efluente, utilização de equipamentos coletores e adjuvantes, controle do equilíbrio hidroeletrólítico, administração de fármacos para controle de efluente e combate a infecções, suporte nutricional adequado e suporte emocional e educacional constituem os cuidados de enfermagem elencados nesta revisão. Detectou-se, porém, escassez de estudos que reportassem esses cuidados de forma direta, principalmente em países da América Latina.

Assim, considerando a importância da assistência de enfermagem a esta problemática, acredita-se que esta produção tem o potencial de subsidiar a assistência de enfermagem a pessoas com fístulas enterocutâneas de forma integral e integrada.

Referências

ANTONINI, M.; MILITELLO, G. Nursing management of a viscerocutaneous fistula. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, v. 32, n. 1, p. 26-29, 2012. https://www.researchgate.net/publication/251573884_Nursing_management_of_a_viscerocutaneous_fistula.

ASHKENAZI, I.; TURÉGANO-FUENTES, F.; OLSHA, O.; ALFICI, R. Treatment Options in Gastrointestinal Cutaneous Fistulas. *The Surgery Journal*, v. 3, n. 1, p. e25-e31, 2017. 10.1055/s-0037-1599273.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 96f. http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_sistemica.pdf.

BRITISH, C.M. Considerations for the management of enterocutaneous fistula. *Journal of Nursing*, v. 28, n. 5, p. 24-31, 2019 (Stoma Supplement). Disponível em: 10.12968/bjon.2019.28.5.S24.

BROOKE, J.; EL-GHANAME, A.; NAPIER, K.; SOMMEREY, L. Executive Summary: Nurses Specialized in Wound, Ostomy and Continence Canada (NSWOCC) Nursing Best Practice Recommendations: Enterocutaneous Fistula and Enteroatmospheric Fistula. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, v. 46, n. 4, p. 306-308, 2019. 10.1097/WON.0000000000000555.

CLEMENTE-GUTIÉRREZ, U.; SANTES-JASSO, O.; MORALES-MAZA, J. Fístulas enterocutâneas: Actualidades sobre diagnóstico y tratamiento. *Revista Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo*; v. 6, n. 3, p. 120-126, 2017. https://www.researchgate.net/profile/Uriel-Clemente/publication/321288796_Enterocutaneous_fistulas_Up_to_date_in_diagnosis_and_treatment/links/5a18eed6aca272df080a8e17/Enterocutaneous-fistulas-Up-to-date-in-diagnosis-and-treatment.pdf.

COMPTON, C.; WINKLER, M. F.; GUENTER, P.; STEIGER, E. Nutrition Management of Home Parenteral Nutrition Among Patients With Enterocutaneous Fistula in the Sustain Registry. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, v. 20, n. 10, 2017. 10.1177/0148607117695246.

GUO, K.; GONG, W.; ZHENG, T.; HONG, Z.; WU, X.; REN, H.; WANG, G.; GU, G.; NTHUMBA, P.; REN, J. Clinical parameters and outcomes of necrotizing soft tissue infections secondary to gastrointestinal fistulas. *BMC Infectious Diseases*, v. 19, p. 597, 2019. 10.1186/s12879-019-4248-0.

HÄRLE, K.; LINDGREN, M.; HALLBOOK, O. Experience of living with an enterocutaneous fistula. *J Clin Nurs*, v. 24, n. 15-16, p. 2175-2183, 2015. 10.1111/jocn.12857.

HOEFLOK, J.; JARAMILLO, M.; LI, T.; BAXTER, N. Health-Related Quality of Life in Community-Dwelling Persons Living With Enterocutaneous Fistulas. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, v. 42, n. 6, p. 607-613, 2015. 10.1097/WON.000000000000167.

- HSU, PC; HSU, SD. Combination of hypertonic saline and fibrin glue: Another selection to treat chronic enterocutaneous fistula. *Journal of Medical Sciences*, v. 37, n. 3, p. 107-109, 2017. <https://www.jmedscindmc.com/text.asp?2017/37/3/107/208464>.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*, v. 28, 2019. 10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204.
- METCALF, C. Considerations for the management of enterocutaneous fistula. *Br J Nurs*, v. 28, n. 5, p. s24-s31, 2019. 10.12968/bjon.2019.28.5.S24.
- MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN D. G. The PRISMA Group". Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Plos Medicine*, v. 6, n. 7, 2009. 10.1371/journal.pmed.1000097.
- MARTÍNEZ-ORDAZ, J. L.; BOSCO-GÁRATE, I.; CÉRBULO-VÁZQUEZ, A.; ARRIAGA-PIZANO, L.; WONG-BAEZA, I.; SÁNCHEZ-FERNANDEZ, P.; LÓPEZ-MACÍAS, C.; ISIBASI, A.; FERAT-OSORIO, E. Effect of Oral ω 3-Polyunsaturated Fatty Acids as a Complement Management to Control Fistula Output and Inflammation in Patients With Digestive Fistula. *J Gastrointest Surg*, v. 21, n. 3, p. 453-462, 2017. 10.1007/s11605-016-3333-6.
- REIDER, K. E. Fistula isolation and the use of negative pressure to promote wound healing: a case study. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, v. 44, n. 3, p. 293-298, 2017. 10.1097/WON.0000000000000329.
- SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência de enfermagem em estomaterapia: cuidando de pessoas com estoma**. 2ª ed. São Paulo (SP): Editora Atheneu, 2015. p.407-16.
- SLATER, R. C. Supporting patients with enterocutaneous fistula: from hospital to home. *British Journal of Community Nursing*, v. 16, n. 2, 2015. 10.12968/bjcn.2011.16.2.66.
- TALÉ, L. F.; SINIBALDI, C R; ORTÍZ, I; GRAJEDA, J; LETONA, K; MARROQUÍN, H; MORALES, O. Guía de manejo para las fístulas enterocutáneas / Enterocutaneous fistula management guideline. *Rev Cir da Guatemala*, v. 21, n. 1, p. 73-84, 2015. <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/revistas/revcir/2015/21/1/14.pdf>.
- TAGGARSHE, D.; BAKSTON, D.; JACOBS, M.; MCKENDRICK, A.; MITTAL, V. K. Management of enterocutaneous fistulae: A 10 years experience. *World J Gastrointest Surg*, v. 27, n. 2, p. 242–246, 2010. 10.4240/wjgs.v2.i7.242.
- URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 124-131. 2006. 10.1590/S0104-11692006000100017.
- WAINSTEIN, D. E.; IRIGOYEN, M.; BENINKA, E: **Fístulas enterocutâneas**. *Enciclopedia Cirugía Digestiva*, pág. 1-29. 2014.
- WERCKA, J.; CAGOL, P. P.; MELO, A. L. P.; LOCKS, G. F.; FRANZON, O.; KRUEL, N. F. Perfil epidemiológico, incidência e desfecho dos pacientes com fístula abdominal pós-operatória. *Rev Col Bras Cir*, v. 43, n. 2, p. 117-123, 2016. 10.1590/0100-69912016002008.
- WOODWARD, L. M. Management of an enterocutaneous fistula in a patient with a gastrointestinal stromal tumor. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, v. 37, n. 3, p. 314-317, 2010. 10.1097/WON.0b013e3181d8c4b2.