

# Evidências do cuidar especializado direcionado à pessoa com fístula digestória

*Evidences of specialized care directed to the person with digestive fistula*

*Evidencias del cuidado especializado dirigido a la persona con fístula digestiva*

Renata Ferrari<sup>1</sup>, Ciliana Oliveira<sup>2</sup>, Mitsue Hatanaka<sup>3</sup>

## ORCID IDs

Ferrari R  <http://orcid.org/0000-0002-8451-7810>

Oliveira C  <http://orcid.org/0000-0003-7070-7669>

Hatanaka M  <http://orcid.org/0000-0001-5697-6641>

## COMO CITAR

Ferrari R; Oliveira C; Hatanaka M. Evidências do cuidar especializado direcionado à pessoa com fístula digestória. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 16: e2318. doi: 10.30886/estima.v16.538\_PT.

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever quais são as evidências do cuidado especializado na atenção às pessoas com fístulas digestórias, uma vez que essas podem ocasionar complicações de alta gravidade que prolongam o tempo de internação e estão relacionadas a importantes taxas de mortalidade. **Métodos:** Trata-se de revisão integrativa com análise descritiva quantitativa. Foram encontrados e submetidos à análise sistemática 18 artigos. **Resultados:** A formação de fístulas digestórias está relacionada a uma série de complicações, como sepse e infecções, distúrbios metabólicos e eletrolíticos, distúrbios nutricionais, presença de lesões de pele e sentimentos de medo e ansiedade por parte do paciente. O plano de cuidados engloba cuidados multidisciplinares e acompanhamento do enfermeiro estomaterapeuta no direcionamento e indicação de condutas para controle de efluente e proteção de pele, controle de odor, além de garantir a mobilidade e o apoio emocional. **Conclusão:** Necessitamos de pesquisas direcionadas aos cuidados de pessoas com fístulas digestórias e que se estabeleça a relação entre a prática clínica e estudos bem estruturados.

**DESCRIPTORIOS:** Fístula cutânea; Fístula do sistema digestório; Cuidados de enfermagem; Enfermagem; Estomaterapia.

<sup>1</sup>A. C. Camargo Cancer Center – Ambulatório de Cirurgia Pélvica – São Paulo/SP – Brasil.

<sup>2</sup>Centro Universitário Teresa D'Ávila – Lorena/SP – Brasil.

<sup>3</sup>Beneficência Portuguesa – Serviço de Estomaterapia – São Paulo/SP – Brasil.

Autor correspondente: Renata Ferrari | Rua Juçaral, 211 casa 2 – Parada XV de Novembro | CEP: 08246-106 – São Paulo/SP – Brasil | E-mail: renata.ferrari@accamargo.org.br

Recebido: Dez 03 2017 | Aceito: Jun 04 2018

## ABSTRACT

**Objective:** to describe the evidences of the specialized care in the attention to the people with digestive fistulas, since these can cause complications of high gravity that prolong the time of hospitalization and it are related to important mortality rates. **Methods:** This is an integrative review with quantitative descriptive analysis. 18 articles were found and submitted to systematic analysis. **Results:** The formation of digestive fistulas is related to a series of complications, such as sepsis and infections, metabolic and electrolytic disorders, nutritional disorders, the presence of skin lesions and feelings of fear and anxiety on the part of the patient. The care plan includes multidisciplinary care and follow-up of the stomatherapist nurse in directing and indicating conducts for effluent control and skin protection, odour control, as well as ensuring mobility and emotional support. **Conclusion:** It is necessary research aimed at the care of people with digestive fistulas and to establish the relationship between clinical practice and well structured studies.

**DESCRIPTORS:** Cutaneous fistula; Fistula of the digestive system; Nursing care; Nursing; Stomatherapy.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir cuáles son las evidencias del cuidado especializado en la atención de las personas con fistulas digestivas, ya que las mismas pueden causar complicaciones de alta gravedad que prolongan el tiempo de internación y están relacionadas a importantes tasas de mortalidad. **Métodos:** Se trata de revisión integrativa con análisis descriptivo cuantitativo. Fueron encontrados y sometidos a análisis sistemático 18 artículos. **Resultados:** La formación de fistulas digestivas está relacionada a una serie de complicaciones, como sepsis e infecciones, disturbios metabólicos y electrolíticos, disturbios nutricionales, presencia de lesiones de piel y sentimientos de miedo y ansiedad por parte del paciente. El plan de cuidados engloba cuidados multidisciplinarios y acompañamiento del enfermero estomaterapeuta en el direccionamiento y recomendación de conductas para control de efluente y protección de piel, control de olor, además de garantizar la movilidad y el apoyo emocional. **Conclusión:** Necesitamos investigaciones orientadas a los cuidados de personas con fistulas digestivas y que se establezca la relación entre la práctica clínica y estudios bien estructurados.

**DESCRIPTORES:** Fístula cutánea; Fístula del sistema digestivo; Cuidados de enfermería; Enfermería; Estomaterapia.

## INTRODUÇÃO

As fistulas digestórias podem ocasionar complicações de alta gravidade e caracterizam-se pela comunicação anormal entre duas estruturas revestidas por epitélio. A ocorrência de fistulas resulta no aumento de tempo de internação e no custo elevado com a hospitalização, visto que está relacionada à importante taxa de mortalidade<sup>1-3</sup>.

Considerando que a pessoa com fistulas digestórias está exposta a lesões cutâneas, entende-se que os modos de proteção da pele devem ser prescritos por enfermeiros especialistas ou por enfermeiros capacitados. Podem-se utilizar bolsas coletoras, coberturas, barreiras protetoras ou curativo por pressão negativa, de acordo com as características do efluente<sup>2,4</sup>.

O plano terapêutico requer atuação multidisciplinar, visando ao manejo sobre os efeitos fisiopatológicos, proteção e cuidados em destaque à pele e suporte emocional. A avaliação do enfermeiro deve identificar os problemas e ser direcionada às características da fistula: origem, características do efluente secretado, local de exteriorização, odor e condições da pele ao redor. As secreções digestórias são ricas em enzimas agressivas para a pele e, mesmo em pacientes com uso de drenos abdominais, pode ocorrer extravasamento para a pele

adjacente e graves lesões cutâneas. Essas lesões são dolorosas, têm aspecto de queimadura e propiciam o aparecimento de infecção secundária, podendo evoluir até a ulceração local<sup>5,6</sup>.

Trata-se de tema complexo, devido às consequências ocasionadas pelas fistulas, e a atuação do enfermeiro estomaterapeuta possibilita o cuidado especializado, atendendo às necessidades específicas, justificando, assim, estudos sobre o tema proposto<sup>7</sup>.

## OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é descrever as evidências científicas do cuidado especializado na atenção às pessoas com fistulas digestórias.

## MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa elaborada conforme as seis etapas: elaboração da questão da pesquisa, busca de

estudos nas bases de dados, coleta de dados, avaliação dos estudos, análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão.

A pesquisa baseou-se no seguinte questionamento: quais os principais cuidados de enfermagem relacionados ao cuidado de pessoas com fístulas digestórias existentes na literatura?

Buscaram-se publicações em português ou em inglês referentes ao período de 2006 a 2016, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-Bireme), nas bases de dados PubMed/MEDLINE, utilizando-se os descritores fístula cutânea (*cutaneous fistula*), fístula do sistema digestório (*digestive system fistula*), cuidados de enfermagem (*nursing care*), enfermagem (*nursing*) e estomaterapia (*stomatherapy*). Foi realizado o agrupamento dos descritores contidos em títulos, descritores e resumos da seguinte forma: “*fistula and nursing care*”, “*cutaneous fistula and nursing care*”, “*digestive system fistula and nursing*” e “*fistula and nursing*”. Foram encontrados 191 documentos, sendo excluídos textos que não estavam relacionados aos cuidados de pessoas com fístulas digestórias, com publicações divergentes ao período estabelecido e em demais idiomas. Foram selecionados 17 artigos por estarem relacionados ao tema proposto. Realizou-se busca em revista brasileira especializada em estomaterapia, sendo encontrado um artigo na Revista Estima, totalizando 18 artigos para análise. A coleta de dados foi realizada com observação sistematizada, padronizando a forma de transcrição das informações.

Estabeleceu-se a classificação de força de evidências dos artigos selecionados:

- I. Evidências de revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos controlados randomizados relevantes;
- II. Evidências obtidas de ensaios clínicos controlados randomizados bem delineados;
- III. Evidências obtidas de ensaios clínicos controlados bem delineados sem randomização;
- IV. Evidências de estudos caso-controle e de coorte bem delineados;
- V. Evidências de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
- VI. Evidências de um único estudo descritivo ou qualitativo;
- VII. Evidências oriundas da opinião de autoridades e/ou relatório de comitê de especialistas<sup>8</sup>.

Após análise dos resultados obtidos, fundamentou-se a discussão, organizando os dados com as principais recomendações apresentadas nos estudos.

## RESULTADOS

Dos 18 artigos selecionados para esta pesquisa, cinco (27%) são de periódicos especificamente para enfermagem (*Ostomy Wound Management* – três artigos; *British Journal of Nursing* – um artigo; Revista Estima – um artigo). Dentre 18 artigos encontrados, somente três (17%) são nacionais, o que prova a escassez de publicações e pesquisas sobre o tema.

Com relação à fisiopatologia, as formações de fístulas digestórias trazem como consequência uma série de complicações, como sepse e infecções, distúrbios metabólicos e eletrolíticos, distúrbios nutricionais, lesões de pele, prejuízo emocional e diminuição da mobilidade<sup>9-14</sup>.

A abordagem nos cuidados com a pele, entre eles a prevenção de lesões ou tratamento, é citada em 17 artigos (94%), o que evidencia a necessidade de intervenções específicas. Durante a avaliação, os cuidados com a pessoa com fístula digestória e a proteção da pele são direcionados de acordo com a localização, incluindo contornos anatômicos, proximidade de proeminências ósseas, tônus muscular rígido ou flácido, pele circundante, número de trajetos fistulosos múltiplos ou únicos e volume e características de drenagem. A proteção da pele deve ser iniciada precocemente, já que as enzimas digestórias excretadas podem resultar em grandes lesões de pele, dolorosas, aumentando o risco de infecções locais. O efluente da fístula pode ser ácido ou alcalino, dependendo de sua origem, sendo que fístulas de alto débito ou com estase de secreção na pele podem resultar em lesões tissulares em 3 horas<sup>9,10,14</sup>.

A secreção drenada deve ser mensurada, assim como suas características como cor, odor e consistência<sup>10,13,15</sup>. As causas mais comuns de integridade da pele prejudicada são traumas mecânicos devido à frequente troca de curativos, adesivos e bolsas e reações alérgicas aos adesivos e materiais das bolsas que podem causar eritema, edema e exsudação, infecções secundárias ao contato direto de secreções e exsudatos aprisionados na pele, resultando em infecções fúngicas, eritema, pápulas e vesículas devido aos irritantes químicos. As fístulas digestórias proximais são mais prejudiciais e agressivas, devido à presença de enzimas digestórias proteolíticas que danificam os tecidos e retardam a cicatrização<sup>13</sup>.

Dos artigos levantados, 11 (61%) relatam a necessidade de uso de barreiras protetoras de pele, incluindo selantes, pó, pastas, placas, tiras e silicões. Além da proteção da pele, o controle do efluente é essencial para corrigir as perdas de líquidos e eletrólitos, sendo necessário o controle das secreções drenadas. O uso de bolsas coletoras permite a proteção da pele pela contenção do efluente, além do controle do débito diário. Dos artigos selecionados, 15 (83%) relatam, como cuidados, o uso de bolsas coletoras.

A escolha das características da bolsa depende da consistência das secreções. As fístulas de alto débito com efluente líquido são geridas com bolsas de urostomia, facilitando seu esvaziamento, podendo ainda conectar à bolsa de urostomia um coletor maior, minimizando a necessidade de esvaziamento e enchimento excessivo da bolsa, melhorando, assim, a eficiência da equipe de enfermagem. As fístulas com saída de efluente mais consistente podem ser geridas com bolsas de colostomia com saídas largas. As bolsas de uma peça são mais flexíveis e facilitam a aplicação em superfícies de pele irregulares, enquanto as bolsas de duas peças permitem a manipulação da ferida sem remover todo o equipamento, permitindo, assim, a limpeza e o acesso à fístula sem trocas desnecessárias. A escolha do tamanho correto também permite a fixação adequada, sem risco de exposição da pele ao efluente<sup>13</sup>.

O uso de bolsas de estomia possibilita maior mobilidade e conforto ao paciente. Refere-se que o preparo do leito da ferida em que se localiza a fístula com irrigação de solução salina morna minimiza danos aos tecidos cicatriciais e

resfriamento local. O uso do pó permite absorção de umidade e tratamento de áreas lesadas. O uso de pastas assegura o preparo de superfícies com dobras e pregas, deixando o local regular e liso, permitindo a adaptação mais eficaz das bolsas coletoras<sup>14</sup>. O odor persistente pode ocasionar ansiedade e preocupação social à pessoa com fístula digestiva. A maioria das bolsas de estomia tem uma película antiodor. Existem desodorantes que podem ser colocados nos equipamentos para ajudar na eliminação de odores<sup>13</sup>.

Uma opção mais recente na gestão de uma fístula digestiva é a terapia por pressão negativa (TPN). Essa técnica consiste na manutenção do ambiente úmido, aumento da vascularização sanguínea local e diminuição da colonização bacteriana, diminuindo o edema tecidual, proporcionando proteção da pele ao redor da fístula, diminuindo a área de deiscência, além de auxiliar no controle do efluente. Porém, é contraindicada para o efluente espesso ou com presença de grumos, devido à obstrução do sistema<sup>9,16,17</sup>. Estudos demonstram que essa terapia não impede o fechamento da fístula digestiva espontaneamente<sup>14</sup>.

Curativos absorventes foram utilizados em fístulas de baixo débito<sup>18</sup>.

O uso do sistema de fístula aperfeiçoou os cuidados, devido à superfície maior que as bolsas de estomia habituais e à sua flexibilidade, permitindo adaptar-se aos contornos irregulares<sup>19</sup>.

A Tabela 1 apresenta a síntese das principais recomendações encontradas referentes aos cuidados de pessoas com fístulas digestórias e tratamento de lesões.

**Tabela 1.** Quadro síntese com principais recomendações no cuidado de pessoas com fístulas digestórias e tratamento de lesões. Taubaté, São Paulo, Brasil, 2016.

Referência	Nível de evidência	Recomendações apresentadas
Bleier J, Hedrick T <sup>11</sup>	V	Isolar a fístula da ferida circundante com uso de bolsas coletoras. Utilização de terapia por pressão negativa (TPN) com cautela para evitar aderência sobre alças, utilizando gaze não aderente e barreiras não aderentes, como espumas.
Bortolazzi F, Saito KAM, Paula PR, Paula MAB, Vasconcellos ACLP <sup>7</sup>	V	Proteção da pele e controle do débito da fístula por meio de cuidado especializado, com uso de produtos para proteção da pele, como pastas de resina natural ou sintética, pós, barreiras sólidas, selantes e bolsas coletoras.
Campos AC, Branco AB, Matias JEF, Campos LF <sup>20</sup>	V	Utilização de bolsas coletoras para determinar o débito nas 24 horas e minimizar o contato entérico com a pele. Podem-se utilizar sistemas de drenagem de secreções com uso de TPN. As sondas devem ser colocadas somente quando o trajeto fistuloso está orientado.
Dionigi G, Dionigi R, Rovera F, Boni L, Padalino P, Minoja G et al. <sup>12</sup>	V	Uso de dispositivos que permitem a quantificação e caracterização da drenagem de secreção entérica. A utilização de pressão negativa foi empregada como estratégia de tratamento sem complicações associadas pelo uso dessa modalidade de curativos.

...continua

Tabela 1. Continuação...

Referência	Nível de evidência	Recomendações apresentadas
Galie KL, Whitlow CB <sup>14</sup>	V	Utilização de bolsas coletoras para proteger a pele, implementando seu uso com pastas e pós para compensar a pele úmida e irregular. O uso da pressão negativa resulta em aumento da granulação e contração da ferida.
Guimarães PSF <sup>10</sup>	V	Utilizar TPN, bolsas coletoras, gazes absorventes, substâncias (pasta de alumínio, cimento branco, clara de ovo, gelatina, coloide elástico) ou protetores especiais, como gomas e pastas para proteção da ferida e da pele, desviando o contato com o efluente.
Gul A, Andsoy II, Ozkaya B <sup>21</sup>	V	Realizar controle da drenagem da fístula por meio de uma variedade de materiais, sendo citadas as barreiras de pele, adesivos, curativos e bolsas. O controle de odor dá-se com uso de bolsas.
Haack CI, Galloway JR, Srinivasan J <sup>22</sup>	V	Utilizar curativos absorventes simples em fístulas de baixo débito; fístulas complexas requerem técnicas avançadas, incluindo cremes de barreira, pós e selantes para proteger a pele. Curativo de pressão negativa tem a vantagem de proteger a pele em pessoas com fístulas complexas, nas quais dispositivos mais simples não são suficientes.
Hahler B, Schassberger D, Novakovic R, Lang S <sup>19</sup>	VI	Utilizar bolsas coletoras em fístulas de alto débito. Áreas com irregularidades e dobras abdominais podem atrapalhar a aplicação de bolsas. Em casos de fístulas localizadas dentro de feridas, pode-se utilizar TPN, permitindo conter o efluente e promover a cicatrização.
Hoedema RE, Suryadevara S <sup>13</sup>	V	O uso de equipamentos coletores associado ao uso de cintos pode ajudar a minimizar o desconforto do paciente. A maioria das bolsas tem plástico antiodor, além dos desodorantes antiodor disponíveis na forma de comprimido, líquido ou pó. Pode-se associar o uso de dispositivos de pressão negativa. Os materiais selecionados para o tratamento de feridas com fístulas digestórias dependem de suas características e incluem barreiras de pele, adesivos, curativos, bolsas e curativo por pressão negativa.
Lundy JB, Fischer JE <sup>23</sup>	V	Técnicas para cuidar desses ferimentos são de grande importância histórica. A evolução de curativos, equipamentos e adjuvantes trouxe condições para a gestão de fístulas, sendo relatado o uso de bolsas com base de <i>karaya</i> ou carboximetilcelulose, pectina, pó e selantes. Citado o uso de TPN.
Murphy J, Hotouras A, Koers L, Bhan C, Glynn M, Chan CL <sup>24</sup>	V	Os princípios fundamentais na gestão de fístulas digestórias incluem suporte nutricional, gestão de fluidos, controle de sepse, cuidados com ferida e pele, sendo o conhecimento adequado e especializado importante para seu manejo.
Reed T, Economon D, Wiersema-Bryant L <sup>25</sup>	VI	Utilização de grandes bolsas que cobrem toda a ferida, barreiras da pele para proteger a pele circundante, e de curativos transparentes. A umidade da ferida ao redor da fístula muitas vezes impede a boa aderência das bolsas, sendo necessária a combinação de materiais na gestão de fístulas complexas, incluindo silicões, bolsas, dispositivos de vedação e gaze, compressas, alginatos e curativos por pressão negativa.
Samad S, Chukwuemeka A, Mansoor A, Doughan S <sup>26</sup>	VI	Sistema de monitoramento diário no prontuário do paciente, com plano de medicações, controle de fluidos e débitos da fístula, estado nutricional, resultados laboratoriais e plano cirúrgico.
Taggarshie D, Bakston D, Jacobs M, McKendrick A, Mittal VK <sup>26</sup>	V	Uso de bolsas coletoras com sucção e proteção adequada da pele circundante. As terapias mais recentes incluem o fechamento da ferida com o uso de TPN e cola de fibrina para promover o fechamento das fístulas. O uso de TPN na ferida ao redor das fístulas visa conter o efluente e proteger a pele.
Thompson M, Epanomeritakis E <sup>15</sup>	VI	Utilização de sistema de drenagem, uso de bolsas coletoras, TPN, uso de barreiras protetoras em forma de pó, pasta e selantes.
Visschers RGJ, van Gemert WG, Winkens B, Soeters PB, Damink SWMO <sup>18</sup>	V	O tratamento de feridas foi gerido por uma enfermeira especializada, com sistema de drenagem e bolsas e TPN. Em fístulas de baixo débito, utilizou-se gaze.
Wu MH, Wu HY <sup>17</sup>	VI	Uso de equipamentos coletores grandes que cubram toda a ferida, barreiras de pele para proteção da pele ao redor e TPN. O dispositivo de silicone impede o escape entérico e facilita a passagem normal de fezes para o cólon distal. A hidrofibra com prata foi utilizada para promover tecido de granulação e absorção do exsudato.

## DISCUSSÃO

A revisão de literatura revela que grande parte dos cuidados da pessoa com fístula digestiva não foi pesquisada em termos de eficácia dos cuidados ao cliente. Há poucas provas para essas estratégias, e a maior parte da literatura encontrada varia entre o nível de evidência V e VI, equivalente a estudos de casos e estudos descritivos.

É fundamental obter a história clínica detalhada e exame físico completo, doenças prévias e procedimentos cirúrgicos prévios realizados<sup>6</sup>. Na avaliação da pessoa com fístula digestória, torna-se necessário caracterizar a fístula, avaliar e monitorar os aspectos apresentados; a documentação da avaliação é fundamental para determinar o progresso ou deterioração da saúde do paciente<sup>9,10</sup>.

O plano de cuidados engloba a necessidade de melhorar a qualidade de vida, de fornecer apoio educacional ao paciente e família, além de garantir conforto e mobilidade<sup>9</sup>. O tratamento inicial é o controle da sepse e inclui a reanimação e a estabilização com reposição volêmica, correção de eletrólitos, monitorização e antibioticoterapia de largo espectro<sup>10,14</sup>. Após estabilização, a conduta geralmente é conservadora, permitindo, assim, melhorar o estado geral e as condições para futura abordagem cirúrgica. Além disso, a reabordagem cirúrgica em curto intervalo de tempo implica em mais complicações cirúrgicas, devido a aderências e processos inflamatórios intensos<sup>11</sup>.

O cuidado à pessoa com fístula digestiva deve ser personalizado e não há processo ideal de prevenção e proteção cutânea. O ideal é iniciar precocemente as medidas protetoras da pele, antes mesmo do estabelecimento de lesões mais significativas.

Segundo as recomendações, a avaliação de um enfermeiro estomaterapeuta é importante para direcionar as intervenções para manutenção da integridade da pele, controle de odores e utilização de contenção por meio de dispositivos como bolsas para estomias, pps, pastas niveladoras, coberturas

absorventes e películas proteroras<sup>9</sup>. O uso de curativo por pressão negativa associado à gaze não aderente no tratamento de pessoas com fístulas digestórias permite a contenção do efluente, conforto e proteção da pele circundante à fístula digestiva. Provavelmente seu uso promove o fechamento espontâneo das fístulas digestórias<sup>16</sup>.

Com base nos artigos analisados, faz-se necessário o planejamento estratégico, com definição de metas de cuidados a toda equipe multidisciplinar. Habilidade clínica e conhecimentos são úteis na escolha dos produtos apropriados para uma dada situação. Assim, produto, disponibilidade e custo podem ser fatores limitantes na seleção do processo. A determinação eficaz de intervenções e metas da enfermagem não pode ser realizadas de forma isolada. A colaboração com outros membros da equipe irá garantir a abordagem abrangente e segura para o cuidar<sup>9</sup>.

## CONCLUSÃO

O cuidado à pessoa com fístula digestória requer avaliação global e direcionada, com tratamento adequado, incluindo prevenção e tratamento de lesões de pele. Os produtos utilizados são relatados de forma sucinta, sem riqueza de detalhes sobre quando e como devem ser empregados. Os mais citados são barreiras protetoras, bolsas e equipamentos coletores, curativos absorventes e TPN.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceitualização, Ferrari R; Hatanaka M; Metodologia, Ferrari R; Investigação, Ferrari R; Redação – Primeira versão, Ferrari R; Hatanaka M; Oliveira C; Redação – Revisão & Edição, Ferrari R.

## REFERÊNCIAS

1. Nascimento JEA, Campos AC, Borges AC. Terapia nutricional nas fístulas digestórias: projeto diretrizes [Internet]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral; 2011 [citado 2016 Jan 16]. Disponível em: [http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/268--TN\\_fistulas\\_digestorias.pdf](http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/268--TN_fistulas_digestorias.pdf).
2. Herbella FAM, Laurino Neto RM. Fístulas no sistema digestório. In: Santos VLCG, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2015.
3. Dominguez LC, Sanabria AE, Veja NV, Osorio C. ¿Son útiles la somatostatina y sus análogos (octreótido y lanreótido) en

- el manejo del paciente con fístula entero-cutánea?: revisión sistemática de la literatura. *Rev Colomb Cir.* 2010;25(3):202-11.
4. Bassi DG, Bassi LMB. Fístula digestiva. In: Paula MAB, Paula PR, Cesaretti IUR. *Estomaterapia em foco e o cuidado especializado.* São Caetano do Sul: Yendis; 2014.
  5. Leite MG, Cesaretti IU. Cuidando do doente com fístula. In: Santos VLCG, Cesaretti IUR. *Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia.* 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2015.
  6. Domansky RC, Borges EL. *Manual de prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências.* 2a ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2014.
  7. Bortolazzi F, Saito KAM, Paula PR, Paula MAB, Vasconcellos ACLP. Dificuldades na assistência às pessoas com fístulas digestórias: estudo com enfermeiros não estomaterapeutas. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.* 2007;5(2):13-7.
  8. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.* 2a ed. Philadelphia: Williams & Williams; 2011.
  9. Canadian association of Enterostomal Therapy. *Best practice recommendations for management of enterocutaneous fistulae.* Ottawa: CAET; 2009.
  10. Guimarães PSF. *Fístulas digestivas: dieta polimérica, oligomérica ou elementar? [monografia].* São Paulo (SP): Grupo de Apoio de Nutrição Enteral e Parenteral, VII Curso de Especialização em Nutrição Clínica; 2006.
  11. Bleier J, Hedrick T. Metabolic support of the enterocutaneous fistula patient. *Clin Colon Rectal Surg.* 2010;23(3):142-8. doi: 10.1055/s-0030-1262981.
  12. Dionigi G, Dionigi R, Rovera F, Boni L, Padalino P, Minoja G et al. Treatment of high output entero-cutaneous fistulae associated large abdominal wall defects: single center experience. *Int J Surg.* 2008;6(1):51-6. doi: 10.1016/j.ijssu.2007.07.006.
  13. Hoedema RE, Suryadevara S. Enterostomal therapy and wound care of the enterocutaneous fistula patient. *Clin Colon Rectal Surg.* 2010;23(3):161-8. doi: 10.1055/s-0030-1262983.
  14. Galie KL, Whitlow CB. Postoperative enterocutaneous fistula: when to reoperate and how to succeed. *Clin Colon Rectal Surg.* 2006;19(4):237-46. doi: 10.1055/s-2006-956446.
  15. Thompson M, Epanomeritakis E. An accountable fistula management treatment plan. *Br J Nurs.* 2008;17(7):434-40. doi: 10.12968/bjon.2008.17.7.29062.
  16. Taggarshie D, Bakston D, Jacobs M, McKendrick A, Mittal VK. Management of enterocutaneous fistulae: a 10 years experience. *World J Gastrointest Surg* 2010;2(7):242-6. doi: 10.4240/wjgs.v2.i7.242.
  17. Wu MH, Wu HY. A simple device for closure of a colcutaneous fistula within the laparotomy wound: a case report. *Ostomy Wound Manage.* 2009;55(10):24-6.
  18. Visschers RGJ, van Gemert WG, Winkens B, Soeters PB, Damink SWMO. Guided treatment improves outcome of patients with enterocutaneous fistulas. *World J Surg Oncol.* 2012;36(10):2341-8. doi: 10.1007/s00268-012-1663-4.
  19. Hahler B, Schassberger D, Novakovic R, Lang S. Managing complex, high-output, enterocutaneous fistulas: a case study. *Ostomy Wound Manage.* 2009;55(10):30-42.
  20. Campos AC, Branco AB, Matias JEF, Campos LF. Fístulas digestivas e terapia nutricional. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2007;37(2):118-25.
  21. Gul A, Andsoy II, Ozkaya B. Nursing care and patient education in enterocutaneous fistulas. *Macrojournals.* 2015;3(1):115-20.
  22. Haack CI, Galloway JR, Srinivasan J. Enterocutaneous fistulas: a look at causes and management. *Curr Surg Rep.* 2014;2(71):71-81. doi: 10.1007/s40137-014-0071-0.
  23. Lundy JB, Fischer JE. Historical perspectives in the care of patients with enterocutaneous fistula. *Clin Colon Rectal Surg.* 2010;23(3):133-41. doi: 10.1055%2Fs-0030-1262980.
  24. Murphy J, Hotouras A, Koers L, Bhan C, Glynn M, Chan CL. Establishing a regional enterocutaneous fistula service: The Royal London hospital experience. *Int J Surg.* 2013;11:952-6. doi: 10.1016/j.ijssu.2013.06.011.
  25. Reed T, Economon D, Wiersema-Bryant L. Colocutaneous fistula management in a dehiscid wound: a case study. *Ostomy Wound Manage.* 2006;52(4):60-6.
  26. Samad S, Chukwuemeka A, Mansoor A, Doughan S. Implementing a pro-forma for multidisciplinary management of an enterocutaneous fistula: a case study. *Ostomy Wound Manage.* 2015;61(6):46-52.