



**Health
Residencies
Journal (HRJ).
2025;6(31):28-37**

**Artigos
de Temas Livres**

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v6i31.1153](https://doi.org/10.51723/hrj.v6i31.1153)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 19/01/2025

Aceito: 06/05/2025

Tecnologias de cuidado no tratamento de fístulas e estomas complicados

Care technologies in the treatment of complicated fistulas and stomas

Mariana Andrade Vieira¹ , Isabelle Amaral de Castro Silva¹ ,
Alexandra Isabel De Amorim Lino² 

¹ Enfermeira, Residente de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Escola de Saúde Pública do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

² Enfermeira, Mestre em enfermagem. Tutora do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem no Centro Cirúrgico da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Correspondência: marianaandradevi@gmail.com

RESUMO

Objetivo: descrever as tecnologias envolvidas no tratamento de fístulas abdominais e estomias com complicações. **Método:** trata-se de uma pesquisa primária, descritiva, observacional, com abordagem quantitativa. Faz parte de um projeto maior, este é apenas um recorte com a resposta de um dos objetivos. **Resultados:** no período dos dois anos (2021 – 2022), foram atendidos um total de nove (9) pacientes com alterações relacionadas às fístulas e estomas com alterações graves, como peritoneostomia com fístulas. A idade dos pacientes variou de 27 a 78 anos, média de 54,6 anos, sendo 2 (22,2%) do sexo feminino e 7 (77,8%) do sexo masculino. Quanto ao diagnóstico, 3 (33,3%) apresentavam Doença de Crohn Fistulizante (DCF), 2 (22,2%) em pós-operatório de retossigmoidectomia por adenocarcinoma de reto, 1 (11,1%) devido à hérnia encarcerada, 1 (11,1%) após excisão de tumor renal, 1 (11,1%) hérnia ventral e 1 (11,1%) tentativa de autoextermínio. Para atendimento aos pacientes caracterizados, foram utilizados: equipamentos coletores com diversas especificidades de bases adesivas, associados a fibras e barreiras protetoras em pó, pasta e tira, além do uso do sistema fístula. **Conclusões:** reforça-se a importância de uma abordagem multidisciplinar e individualizada no manejo de fístulas e complicações dos estomas, considerando sempre as condições clínicas do paciente e os recursos tecnológicos disponíveis.

Palavras-chave: Estomaterapia; Cuidados de enfermagem; Fístula cutânea; Abdome.

ABSTRACT

Objective: to describe the technologies involved in the treatment of abdominal fistulas and stomas with complications. **Method:** this is a primary, descriptive, observational research, with a quantitative approach. It is part of a larger project, this is just a snippet with the response to one of the objectives. **Results:** in the two-year period (2021 – 2022), a total of nine (9) patients with alterations related to fistulas and stomas with severe alterations, such as peritoneostomy with fistulas,

were treated. The patients' ages ranged from 27 to 78 years, with a mean of 54.6 years. Of these, 2 (22.2%) were female and 7 (77.8%) were male. Regarding the diagnosis, 3 (33.3%) had Fistulizing Crohn's Disease (FCD), 2 (22.2%) in the postoperative period of resectosigmoidectomy for rectal adenocarcinoma, 1 (11.1%) due to an incarcerated hernia, 1 (11.1%) after excision of a renal tumor, 1 (11.1%) ventral hernia, and 1 (11.1%) attempted self-extermination. **Conclusions:** the importance of a multidisciplinary and individualized approach in the management of fistulas and stoma complications is reinforced, always considering the patient's clinical conditions and the available technological resources.

Keywords: Enterostomal therapy; Nursing care; Cutaneous fistula; Abdomen.

INTRODUÇÃO

É sempre um desafio o manejo do paciente com múltiplas operações abdominais e com abdômen congelado. A tentativa inicial, não cirúrgica, é indicada e segura. Porém, para aqueles que não respondem de forma conservadora, é necessário a cirurgia. Quando os procedimentos cirúrgicos são indicados, estes são difíceis, longos e delicados, visto a importância de se evitar enterotomias ou lesões em órgãos adjacentes^{1,2}.

As obstruções do intestino delgado continuam a ser uma causa significativa de morbidade e mortalidade nos Estados Unidos, mas não temos dados nacionais para comparação. Podemos destacar três tipos de obstrução: decorrente de causas extraluminais (aderências, hérnias, carcinomas, abscessos); obstrução intrínseca à parede intestinal (tumores primários) e obstrução do obturador intraluminal (cálculos biliares, enterólitos, corpos estranhos)^{1,2}.

Também os tumores malignos são responsáveis por aproximadamente 20% dos casos de obstrução do intestino delgado, em sua maioria lesões metastáticas que obstruem o intestino, secundárias a implantes peritoneais que se espalharam a partir de um tumor primário intra-abdominal, como câncer de ovário, pâncreas, gástrico ou cólon^{1,2}.

A doença de Crohn é a quarta principal causa de obstrução do intestino delgado e é responsável por aproximadamente 5% de todos os casos. A obstrução pode resultar de inflamação aguda e edema, que pode ser resolvida com tratamento conservador^{1,3}.

Além das obstruções, hérnias e aderências, podemos encontrar o abdome complicado no trauma agudo, onde a ferida abdominal pode ser deixada aberta devido ao edema visceral. Inicialmente o fechamento completo da parede abdominal não é viável e para

facilitar uma cirurgia exploratória adicional ou para prevenir hipertensão intra-abdominal e síndrome compartimental, o abdome fica em peritoneostomia, medida inicialmente temporária¹.

A fístula enterocutânea é a complicação mais temida da sepse abdominal e pode alterar significativamente a vida do paciente. O tratamento inicial consiste principalmente em cuidados de suporte com repouso intestinal, suporte nutricional e cuidados com a pele. A drenagem deve ser monitorada e controlada a fim de evitar a desidratação^{2,4}.

As fístulas enterocutâneas são complicações raras, mas quando ocorrem, apresentam problemas devido à suas associações comuns com comorbidades gastrointestinais graves (doença inflamatória intestinal, malignidade intestinal, pancreatite) e sepse grave concomitante. Podem também estar presentes fístulas através de abdome aberto, fístulas complexas com múltiplas coleções, incapacidade de disfunção proximal ou obstrução intestinal distal^{2,3,5}.

As taxas de fechamento espontâneo são variáveis, entre 20% a 30% das fístulas fecham sem intervenção cirúrgica, geralmente dentro de 3 a 4 semanas. Quando não há o fechamento espontâneo, o procedimento cirúrgico deve ser considerado assim que a cavidade peritoneal esteja menos inflamada⁵.

Fístulas com trajetos maiores que 2 cm, obstruções distais, sepse ou abscesso contínuo e desnutrição são preditores de necessidade de intervenção cirúrgica. Assim também as fístulas causadas pela doença de Crohn, malignidade, radiação ou corpo estranho têm menor probabilidade de fechar espontaneamente^{3,4}.

Com o tempo, as aderências intra-abdominais "amolecem" e tornam-se mais transparentes, tornando a operação mais fácil e menos propensa a causar enterotomias. Os cirurgiões devem esperar

até que o paciente esteja nutricionalmente otimizado, a sepse esteja controlada e o paciente fisiologicamente estável^{2,6}.

Associado a um abdome complicado, devido às aderências, muitas vezes esses estomas evoluem com complicações, como: necrose, edema, hemorragia ou sangramento, separação cutaneomucosa, prolapso da alça intestinal, estenose, retração e hérnia paraestomia^{7,8}.

Em ambos os casos, as complicações estão relacionadas a maus prognósticos com impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes. Diante desse cenário, o papel do enfermeiro, especialmente o de estomaterapeuta, torna-se imperativo na prevenção e tratamento precoce dessas complicações^{8,9}.

Os avanços no arsenal terapêutico, tanto no que diz respeito aos equipamentos coletores de diversos tamanhos, formatos e diferentes bases adesivas como produtos utilizados na proteção da pele como as bases adesivas e adjuvantes para proteção (películas protetoras em *spray*, pó protetor, barreiras em pasta, anel e tira)^{2,10}.

Diante disso, na realidade em que atuamos surge a necessidade de responder à seguinte questão: quais são as novas tecnologias utilizadas no cuidado e tratamento de fístulas e estomas complicados. Este recorte tem o objetivo de descrever as tecnologias envolvidas no tratamento de fístulas abdominais e estomias com complicações.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa primária, descritiva, observacional, com abordagem quantitativa. Parte integrante de um estudo maior, este recorte selecionou os casos que mais desafiaram o cuidado de enfermagem, o manejo dos melhores equipamentos e adjuvantes tecnológicos, assim como pela gravidade e condição clínica.

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento com as variáveis que atendem para a resposta dos objetivos, em prontuário eletrônico. A seleção da amostra foi não probabilística, por conveniência de todos os pacientes atendidos no ambulatório de estomaterapia nos anos de 2021 e 2022. Foram incluídos todos os pacientes que apresentavam estomas complicados associados a abdome aberto e abdome com fístulas. Excluídos aqueles que não apresentavam

registro adequado referente às variáveis necessárias para atingir os objetivos.

Os dados relacionados às variáveis, foram tabulados em planilha do Microsoft Excel[®]. Realizada estatística descritiva, apresentada em tabela com números absolutos e porcentagem. Utilizada a média que é uma medida de tendência central.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF) e foram cumpridas as exigências da Resolução nº 466/2012 CNS/MS. Este estudo foi extraído de um trabalho maior, apresentando apenas um objetivo. Estudo aprovado pelo CAAE 65812122.7.0000.8153, Parecer 5.804.113.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período dos dois anos (2021 – 2022), foram atendidos um total de nove (9) pacientes com alterações relacionadas às fístulas e estomas com alterações graves, como peritoneostomia com fístulas. Os dados foram coletados em um ambulatório de estomaterapia de um Hospital terciário do Distrito Federal que compõe a rede pública de saúde, com um atendimento médio de 600 pessoas/mês. Os pacientes aqui apresentados são uma amostra de casos de difícil manejo por complicações cirúrgicas.

A idade dos pacientes variou de 27 a 78 anos, média de 54,6 anos, sendo 2 (22,2%) do sexo feminino e 7 (77,8%) do sexo masculino.

Tabela 1 – Causa da fístula ou confecção da estomia na amostra – Brasília/DF, 2022.

Motivo da estomia ou fístula	N	%
Doença de Crohn Fistulizante (DCF)	3	33,3
Adenocarcinoma de reto	2	22,2
Hérnia encarcerada	1	11,1
Tumor renal	1	11,1
Correção de hérnia ventral	1	11,1
Tentativa de autoextermínio	1	11,1
Total	9	100

Fonte: autores (2024).

Quanto ao diagnóstico, 3 (33,3%) apresentavam Doença de Crohn Fistulizante (DCF), 2 (22,2%) em pós-operatório de retossigmoidectomia por adenocarcinoma de reto, 1 (11,1%) devido a hérnia encarcerada, 1 (11,1%) após excisão de tumor renal, 1 (11,1%) hérnia ventral e 1 (11,1%) tentativa de autoextermínio (Tabela 1).

O diagnóstico predominante neste estudo, foi a doença de Crohn fistulizante (DCF). Tal achado, pode estar relacionado ao aumento da incidência das doenças inflamatórias intestinais nos últimos anos, em países em desenvolvimento^{3,9}.

Trata-se de uma patologia multifatorial, caracterizada pela inflamação crônica da mucosa do trato gastrointestinal. É capaz de acometer qualquer segmento, porém afeta com maior frequência o intestino delgado e grosso. O tratamento inclui o uso de anti-inflamatórios, imunossupressores, alívio dos sintomas, controle

no estágio de remissão e prevenção de múltiplos procedimentos cirúrgicos¹².

A fístula é uma complicação frequente em pacientes com história de doença inflamatória intestinal. Estima-se que um terço das pessoas que vivem com a doença de Crohn irão desenvolver uma fístula no decorrer da vida^{3,13}.

Podem ocorrer devido à manipulação das alças intestinais com ou sem manutenção da cavidade abdominal aberta. Cerca de 85% das fístulas surgem no pós-operatório tardio e apenas 15% se desenvolvem de forma espontânea^{2,3,14}.

As fístulas enterocutâneas (FECs) são caracterizadas pelo contato com o meio externo por meio da pele, enquanto as enteroatmosféricas são exteriorizações através da cavidade abdominal aberta secundária a traumas, cirurgias ou outras complicações^{2,15}.

Tabela 2 – Apresenta a situação geral dos nove participantes, quanto ao diagnóstico, acometimento e manejo, referente aos anos de 2021 e 2022, Brasília/DF, 2022.

Caso	Diagnóstico médico	Acometimento	Manejo
1	Doença de Crohn Fistulizante	Ileostomia a esquerda / fistuleta	Proteção de pele + englobar a fistuleta no recorte
2	Doença de Crohn Fistulizante	Lesão em TIII / Hérnia paraestomal / Prolapso de 10 cm	Alginato hidrocolóide + equipamento
3	Doença de Crohn Fistulizante	Fístula enterocutânea	Fístula mediana terço inferior abdominal
4	Adenocarcinoma de reto	6 Fístulas enterocutâneas	Peritoneostomia sistema fístula
5	Adenocarcinoma de reto	Lesão em TIII	Alginato, hidrocolóide + equipamento
6	Tumor renal	Ileostomia retraída	Convexidade (anel + equipamento)
7	Hérnia encarcerada Correção de hérnia	Ileostomia retraída com ulceração	Convexidade profunda
8	Ventral encarcerada em abdome com urostomia a bricker	Ileocistostomia Deiscência total	Equipamento URO associado a alginato e placa hidrocolóide
9	Tentativa de autoextermínio	Peritoneostomia com fístula	Sistema fístula

Fonte: autores (2024).

Foram identificadas as seguintes complicações: as fístulas enterocutâneas, uma ileostomia retraída, a ileostomia retraída com ulceração, a perda de tecido em ileocistostomia, a hérnia, o prolapso, a colostomia e a peritoneostomia com fístula (Tabela 2). A seguir é descrito cada caso.

No caso 1, trata-se de paciente com doença de Crohn, apresentava ileostomia em quadrante inferior esquerdo, local não convencional para exteriorizar o íleo, porém devido às aderências foi a melhor escolha no momento.

No pós-operatório tardio, após o 11º dia evoluiu com fistuleta a 3h. Frente à dificuldade de controle da inflamação causada pela doença de base, associado a efluente líquido e sutura em luz intestinal gerou a ocorrência da fístula que na ocorrência da localização com drenagem parcial para tecido subcutâneo, teve indicação cirúrgica.

No período de estabilização pré-operatória, foi possível resolver a dermatite através da simples conduta de manter um recorte da base adesiva viável para a drenagem do conteúdo da fístula para o equipamento coletor.

A medida do recorte e o tratamento da dermatite da pele permitiu a resolução do problema. Para resolver a dermatite caracterizada como úmida próximo à fístula foi utilizado o pó de hidrocoloide e adaptado à base adesiva de resina sintética recortável e plana com espessura capaz de absorver e controlar a umidade da pele próximo ao estoma, para garantir a adesividade^{2,3,16}.

A escolha da base adesiva se diferencia pela sua composição, na presença dos polímeros hidrofílicos e hidrofóbicos. Polímeros hidrofílicos são hidrocoloides, substâncias naturalmente solúveis que se dispersam em água e aumentam a viscosidade. A exemplo, temos Karaya, gelatina de pectina e amido de batata. Mais de um tipo de polímero hidrofílico pode ser utilizado na composição da base adesiva¹⁶.

Os polímeros hidrofóbicos são substâncias sintéticas (borrachas sintéticas ou elastoméricas) que não se misturam com água, os dois mais utilizados são o poliisobutileno (PIB) e o estireno-isopreno-estireno (SIS)¹⁶.

Assim, cada base adesiva difere nas propriedades físicas de acordo com o protetor de pele, além dos componentes hidrofóbicos e hidrofílicos, normalmente relacionados à resistência, elasticidade, absorção e

adesão¹⁶. Para o tratamento das complicações se faz necessário conhecer os materiais que podem ser utilizados nessas condições de acordo com a avaliação.

O caso 2 é também um paciente de doença de Crohn, que apresentava uma dermatite ulcerativa na topografia de 6 a 9h, associado à hérnia paraestomal e um prolapso de 10 cm em uma colostomia em alça em quadrante inferior esquerdo. Enquanto o paciente não estava pronto para uma intervenção cirúrgica, havia três problemas a serem resolvidos: a dermatite ulcerativa, a hérnia e o prolapso.

A dermatite, devido a sua profundidade, foi resolvida com o uso de fibra de alginato de cálcio e sódio, coberta por um pedaço de placa de hidrocoloide. Para que a umidade da linha mucocutânea não interferisse na adesividade do hidrocoloide, foi utilizada a tira de hidrocoloide ao redor do estoma e um equipamento coletor de 2 peças com adesivo microporoso para aumentar a adesividade devido à hérnia periestomal.

A hérnia periestomal é um defeito que surge quando há um espaço entre o segmento intestinal de formação do estoma e o tecido adjacente, resultando em uma saliência na base do estoma⁷.

Costuma causar grande desconforto nos indivíduos com estomia, uma vez que, pode gerar dor intensa e dificuldade na adaptação do equipamento coletor. O enfermeiro deve realizar avaliação, orientação e ensino de como manejar o estoma com a presença da hérnia para uma boa adaptação do equipamento coletor¹⁷.

O prolapso de alça ocorre mais frequentemente em colostomia em alça, por fixação incorreta do intestino à parede do abdome, diâmetro da alça a ser exteriorizada e situações em que há o aumento da pressão intra-abdominal (tosse, obesidade)¹⁸.

Devido ao seu tamanho pode ocorrer o edema, trauma e sangramento da alça intestinal. Em muitos casos basta o repouso e a manipulação da alça para redução dela. Naquelas alças que apresentam edema pode-se criar um gradiente osmótico utilizando o açúcar sob o prolapso¹⁸.

Caso 3, mais um paciente com doença de Crohn que evoluiu com uma fístula enterocutânea após descontinuar o tratamento da doença de base. Apresentava uma fístula de 1 cm em linha média abdominal em porção inferior, Neste caso era utilizado pasta de hidrocoloide sem álcool, equipamento coletor infantil com sistema de antirefluxo e placa

de hidrocoloide externa ao redor da base adesiva para estender a adesividade.

A resina sintética em pasta é composta por polímeros hidrofílicos com ou sem álcool que permitem a maleabilidade da pasta. É usada para preencher regularidades periestoma, como pregas, dobras e cicatrizes hipertróficas, previne a infiltração do efluente na base adesiva^{3,19}.

A resina sintética em placa composta por polímeros hidrofílicos e hidrofóbicos também permite o preparo da pele para fixação do equipamento, principalmente quando a área lesada se apresenta extensa ou em situações como dobras¹⁹.

Caso 4, paciente com diagnóstico adenocarcinoma de reto, foi submetido a múltiplas cirurgias abdominais e evoluiu com peritoneostomia com fístulas abdominais. Inicialmente para controle e proteção da pele, foi utilizado o sistema fístula. Conforme foi ocorrendo a contração abdominal, restaram apenas as fístulas, neste caso seis bocas, apenas uma delas com drenagem de efluente, as demais com drenagem de muco. Após a contração e reepitelização da área da peritoneostomia, a manutenção da integridade da pele foi utilizada a pasta de hidrocoloide e equipamento coletor de aro 70 mm.

Embora não seja estritamente aplicado a esta população, estudos indicam possível correlação entre o número de cirurgias e o aumento do risco para as fistulizações²⁰.

Uma das complicações potencialmente graves da laparotomia exploratória é a formação de fístulas. Em condições de peritoneostomia a incidência chega a 41%²⁰.

Caso 5, paciente em pós-operatório tardio de retossigmoidectomia, evolui após pequeno trauma com lesão ulcerada a 4h distante 5 mm da linha mucocutânea, realizado limpeza e cauterização com nitrato de prata 1% pela evidência de secreção purulenta. Para cobertura da lesão foi utilizado fibra de alginato de cálcio isolado do estoma com placa de hidrocoloide, para controle da umidade local foi colocado pasta de hidrocoloide e adaptado um equipamento coletor aro 70 mm de 2 peças transparente drenável, com troca inicial a cada 48h para controle da umidade e obter cicatrização.

A dermatite é a complicação mais presente na pele periestoma, podem ser observados o eritema ou irritação quando a pele se apresenta hiperemiada, com

rubor congestivo, mas sem perda da epiderme. Na erosão ocorre a perda da epiderme, na pústula se observa uma elevação do tamanho em altura da epiderme e presença de pus em seu interior. A presença de úlcera se caracteriza por uma erosão que invade até a derme¹⁹.

A dermatite pode ser classificada em leve, moderada e grave a partir da extensão e profundidade. A mais comum é a dermatite irritativa, química ou de contato, ocorre pelo contato direto de substâncias irritantes presentes do efluente, ou produtos utilizados para cuidado como sabonetes e solventes presentes nos adesivos para fixação da pele periestomia¹⁹.

Caso 6, paciente submetido a excisão de tumor renal, mas devido à aderência em intestino, houve a necessidade de desvio de trânsito intestinal a nível de íleo, apresentando assim uma ileostomia com dupla boca, mal localizada em dobra profunda e ainda retraído.

Devido à complexidade da profundidade, apenas o equipamento coletor profundo não alcançava o estoma, assim foi optado pelo uso de um anel convexo mais equipamento coletor de uma peça com convexidade leve, para alcançar a profundidade necessária. Para controle da dermatite inicial foi utilizado o pó de hidrocoloide, com placa de hidrocoloide, mais o anel convexo e o equipamento coletor convexo com suporte do cinto. A troca era programada a cada três dias.

A retração pode ocorrer no pós-operatório imediato ou tardio, frente à má fixação ou exteriorização insuficiente da alça intestinal, causando a retração do estoma para a cavidade abdominal⁷. Expõe o paciente ao risco de consequências como vazamento de efluente, dermatites periestomais e dificuldades na adesão do sistema coletor. No manejo da ileostomia retraída, recomenda-se o uso de equipamentos com convexidade profunda. Esses equipamentos possuem diferentes bases adesivas convexas adaptáveis e flexíveis, que proporcionam maior segurança ao estoma e ao paciente, minimizando as complicações associadas¹⁰.

A base adesiva convexa apresenta várias graduações de altura e profundidade e pode ser associada ao anel de convexidade que é um recurso utilizado quando estomia está rasa, retraída ou em prega cutânea¹⁹.

A resina sintética em pó é composta de polímero hidrofílico que absorve a umidade da pele periestoma que se encontra com dermatite úmida e assim contribui para a regeneração do tecido periestoma melhorando

a adesividade e durabilidade do equipamento coletor. É utilizada apenas enquanto perdurar a dermatite¹⁶.

A resina sintética em tiras é composta de uma mistura de pó de polímeros hidrofílicos com borracha líquida não volátil, é moldável e não tem álcool e permite preencher ou nivelar espaços. Porém cabe ressaltar que o poder de absorção de líquido faz dobrar seu tamanho, assim deve-se moldar sempre pensando que seu tamanho vai aumentar no local¹⁶.

Caso 7, paciente em pós-operatório de ressecção intestinal após hérnia encarcerada, apresentava na admissão ambulatorial ileostomia terminal com fístula mucosa separada a 1,5 cm da ileostomia, ferida abdominal com deiscência total e inguinal com drenagem de secreção purulenta. Apresentava dificuldade de aderência do equipamento coletor devido ao espaço de distância entre o estoma funcionante e a fístula mucosa para resolver lesão de pele. Na dermatite ulcerativa, foi aplicado o pó de hidrocoloide, tira de hidrocoloide e equipamento convexo profundo aro 40 mm com cinto e em fístula mucosa adaptado protetor de fístula. O equipamento coletor em ileostomia era trocado a cada quatro dias e o protetor de fístula inicialmente trocado diariamente. As feridas foram resolvidas com cicatrização completa até o segundo mês de pós-operatório. Paciente permaneceu desviado por um ano, após este período foi submetido a reconstrução de trânsito intestinal com sucesso.

Estudo observacional que acompanhou 15 pacientes com estomias em hospital público brasileiro, identificou que destes, 12 (80%) tiveram indicação de convexidade e que o equipamento permitiu melhora das complicações como extravasamento, lesões periestoma, evidenciando ser uma ferramenta útil na gestão de estomas planos²⁰.

Os equipamentos coletores estão disponíveis em vários tamanhos e formatos a fim de acomodar a estomia e se moldar aos contornos abdominais. De acordo com as suas características, a base adesiva pode ser plana, convexa ou côncava. A base plana está indicada em pacientes com estoma protuso e pele periestoma plana. Já a base convexa pode ser utilizada em estomias retraídas, dobras ou irregularidades cutâneas e frequentes vazamentos²¹.

Recente revisão sistemática acerca de estomias complicadas recomenda entre outras medidas de prevenção, a consulta pré-operatória com a identificação de fatores de risco, a demarcação do local do estoma, evitando-se áreas de dobras cutâneas, com vista à

melhor adaptação e manejo do sistema coletor pelo paciente melhorando a sua qualidade de vida, além do reconhecimento e manejo das complicações precoces (estoma de alto débito, inflamação, infecção, dermatites, isquemia/necrose, retração, obstrução mecânica, edema, hérnia, falha da maturação, descolamento cutâneo-mucoso, sangramento) e tardias (hérnia paraestomal, prolapso, estenose, dermatite tardia, obstrução mecânica por hérnia interna, hemorragia visceral)²².

Caso 8, paciente com desvio urinário (urostomia a bricker) por lesão grave de uretra, apresentou hérnia encarcerada e necessitou de correção cirúrgica de emergência, no pós-operatório evoluiu com fascíte necrotizante em quadrante inferior direito que acometeu toda a pele peri-urostomia, mesmo com a cateterização do conduto havia drenagem de urina peri cateter. Como medida para a resolução, foi adaptado equipamento de duas peças com sistema de anti-refluxo. Para permitir a aderência, a lesão era coberta por alginato isolado com placa de hidrocoloide nivelamento na linha mucocutânea com tira e pasta de hidrocoloide, para preparo e colocação do equipamento coletor com suporte de cinto. O procedimento era realizado em dias alternados, evoluindo a cada dois dias conforme a cicatrização até obter cicatrização completa.

Três são os fatores que contribuem para a quebra de integridade da pele periestoma: enzimas digestivas, umidade, irritantes químicos e biológicos. A prevenção da lesão na pele periestoma requer algumas medidas como a demarcação do local da estomia, seleção de equipamento adequado que envolve principalmente a seleção da base adesiva a ser aderida à pele, prevenindo assim lesões de pele, e o ensino de ações de autocuidado à pessoa com estomia e ao profissional de saúde¹⁹.

Assim o tratamento da dermatite periestoma, deve ter sua base em diagnosticar e afastar o fator causal e revisar as ações de autocuidado da estomia e da pele periestoma¹⁹.

Caso 9, paciente admitido no centro de trauma do hospital com múltiplas perfurações por arma branca, por tentativa de autoextermínio. Foi submetido a diversos procedimentos cirúrgicos-laparotomias para tentativas de rafia até ficar em peritoneostomia com múltiplas fístulas. Utilizou bolsa de bogotá nas primeiras abordagens, porém devido à impossibilidade de fechamento de todas as fístulas, para controle de drenagem e proteção da pele, foi então, instalado o sistema fístula.

Com a finalidade de proteger as vísceras contra traumas, contaminação e evitar a perda de líquidos, podem ser utilizados o método de bolsa de bogotá ou a técnica de Baker²³.

O tratamento das fístulas de modo geral envolve o manejo inicial e o fechamento definitivo²⁴⁻²⁶. O manejo inicial das fístulas enterocutâneas incluem medidas de suporte, controle do foco inflamatório e infeccioso, manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico e cuidados com a ferida operatória²⁶.

Diante da amostra, destaca-se a relevância do uso do sistema fístula como abordagem eficaz no manejo de fístulas e lesões decorrentes de doenças intestinais inflamatórias, condições oncológicas ou obstruções intestinais¹⁰.

O sistema fístula consiste em um adesivo flexível de longa duração acoplado a uma bolsa coletora, cuja configuração pode variar P, M, G. Esse sistema inclui uma ampla gama de acessórios de apoio, destinados a aprimorar sua funcionalidade. A principal indicação para o uso do sistema está relacionada à proteção da pele contra os efeitos nocivos dos efluentes liberados, à prevenção de traumas no estoma e ao conforto do paciente durante o período que antecede o procedimento cirúrgico para fechamento da fístula¹⁰.

A peritoneostomia é uma técnica cirúrgica conhecida como abdome aberto. É indicada para descomprimir o abdômen em casos de peritonite, hipertensão intra-abdominal (HIA), síndrome compartimental abdominal (SCA), trauma abdominal, sepse intra-abdominal, necessidade de reabordagem programada, e outras condições cujo fechamento da parede abdominal é inviável²³.

O tratamento não operatório (TNO) é considerado a primeira escolha no trauma abdominal com lesão de órgão sólido. É uma técnica segura, de baixo custo, com alta taxa de sucesso (84,6%) que permite preservar a função dos órgãos abdominais e evitar complicações operatórias. Contudo, cabe destacar que o reconhecimento precoce da falha terapêutica e a indicação cirúrgica oportuna é fundamental para o emprego com segurança da técnica²⁷.

Atualmente, existem inúmeras opções terapêuticas para o fechamento da peritoneostomia. O curativo ideal deve conter e proteger as vísceras abdominais, controlar a contaminação, impedir a perda de fluidos e permitir fácil abordagem, se necessário. A bolsa de bogotá é um dos métodos de fechamento temporário. Em contrapartida, a terapia por pressão negativa demonstra ser uma opção promissora no fechamento definitivo da parede no trauma^{20,23}.

Contudo, alguns estudos sugerem que a TNP associada à tração fascial contínua aumenta o risco de formação de fístulas²⁰. Nesse sentido, a indicação precisa da TNP no tratamento de fístulas abdominais complicadas carece de mais estudos que tragam evidências mais robustas, comparando o risco/benefício com as demais terapias convencionais, especialmente na população pediátrica²⁸.

CONCLUSÃO

Embora a análise represente uma amostra pouco expressiva, os dados desta pesquisa contribuem para a tomada de decisão pelos profissionais de enfermagem no cuidado a estomas e fístulas complicadas e ensejam pesquisas futuras na área.

Reforça-se a importância de uma abordagem multidisciplinar e individualizada no manejo de fístulas e complicações dos estomas, considerando sempre as condições clínicas do paciente e os recursos tecnológicos disponíveis. Essa perspectiva visa garantir melhores resultados clínicos, maior conforto ao paciente e redução das taxas de complicações cirúrgicas.

Diante desse cenário, torna-se imperativo a participação do enfermeiro durante todo o período perioperatório, considerando que as complicações precoces decorrem da principalmente da localização inadequada, o que pode ser evitado pela demarcação prévia, considerando as peculiaridades de cada paciente que podem e devem ser reconhecidas precocemente. Mais estudos são necessários para explorar todas as tecnologias existentes, que não foram aqui exploradas e com amostras maiores.

REFERÊNCIAS

1. Gan T, Evers MB. Small intestine, Sabiston textbook of surgery. 2022(50):1240-300.
2. Hessen MT et al. Intestinal fistulas, Point of care, Elsevier. 2025.

3. Lee GC, Hodin RA. Management of enterocutaneous fistulas. IN: Cameron JL; Cameron AM. Current Surgical Therapy. Fourteenth edition, Elsevier, 2023.
4. Brakenridge S, Thompson A. Abdominal sepsis, Textbook of critical care, eighth Edition, Elsevier. 2024(90):740-750e3.
5. Streat S. Abdominal surgical catastrophes, Oh1s Intensive care manual, Eighth edition, Elsevier. 2019(45):594-600e3.
6. Cameron J. Small Bowel, Current Surgical Therapy, fourteenth edition, Elsevier. 2023(3):129-76.
7. BRASIL. Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia (2021). Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_pessoa_estomia.pdf
8. Thum M, Paula MAB, Morita ABSP, Balista AL, Franck EM, Lucas PCC. Complicações tardias em pacientes com estomias intestinais submetidos à demarcação pré-operatória. ESTIMA Braz J Enterostomal Ther. 2018;16:e4218. Disponível em: https://doi.org/10.30886/estimav16.660_PT
9. Costa JM et al. Complicações do estoma intestinal em pacientes em pós-operatório de ressecção de tumores de reto. Revista Enfermagem Atual | 2017; Edição especial.
10. Reis BL, Brandão ES, Garcia KRS. Tecnologias disponíveis para o manejo de ostomia intestinal: revisão integrativa de literatura, saúde coletiva. 2019(09)48:1369-74.
11. Fróes RSB et al. Clinical factors associated with severity in patients with inflammatory bowel disease in Brazil based on 2-year national registry data from GEDIIB. Sci Rep. 2024 Feb 21;14(1):4314. doi: 10.1038/s41598-024-54332-1. PMID: 38383742; PMCID: PMC10881489.
12. Neto GSF, Damasceno IAM. Doença de Crohn e suas particularidades: uma revisão de literatura. Research, Society and Development, v. 12, n. 5, e26112541923, 2023 (CC BY 4.0) ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i5.41923>
13. Magalhães FCB et al. Doença de Crohn: revisão e padronização da nomenclatura. Radiol Bras. 2023 Mar/Abr;56(2):95-101.
14. Martin AHG et al. Terapia de pressão negativa e as fístulas enteroatmosféricas: uma revisão da literatura. Braz J Health Rev. 2023;6(5):23758-67. doi:10.34119/bjhrv6n5-429. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/63618> Accessed Jan 16, 2025.
15. Costa GF, Oliveira HCA, Wilk MMGS. Enterocutaneous and enteroatmospheric fistulas – therapeutics and nursing: literature review. Res Soc Dev. 2023;12(2):e16012240057. doi:10.33448/rsd-v12i2.40057. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40057> Accessed Jan 16, 2025.
16. Cesaretti IUR, Silveira NI, Ricart MC, D'Avila ES. Tecnologia no cuidar de pessoas com estomia: a questão dos equipamentos e adjuvantes. IN: Santos VLCC, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.
17. LIMA SGS et al. Complicações em estomas intestinais e urinárias: revisão integrativa. Brazilian Journal of Health Review, v.6, n4, p.15552-15571, 2023| ISSN: 2595-6825| DOI: 10.34119/BJHRV6N4-124. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/61666> Acesso em: 17 jan. 2025

18. Paula MAB, Cesaretti IUR. Cuidando de pessoas com complicações nas estomias intestinais e pele periestomia. IN: Paula MAB, Paula PR, Cesaretti IUR. Estomaterapia em foco e o cuidado especializado, São Caetano do Sul SP: Yendis Editora, 2014.
19. Cesaretti IUR, Santos VLGC. Pele Peritomia: prevenção e tratamento de lesão IN: Paula MAB, Paula PR, Cesaretti IUR. Estomaterapia em foco e o cuidado especializado, São Caetano do Sul SP: Yendis Editora, 2014.
20. Silva DRA et al. A importância da convexidade no cuidado ao paciente com estomia de eliminação. *Congresso Paulista de Estomaterapia*. (2024). Recuperado de: <https://anais.sobest.com.br/cpe/article/view/1091>
21. Colwell JC et al. Use of a Convex Pouching System in the Postoperative Period: A National Consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2022 May-Jun 01;49(3):240-246. doi: 10.1097/WON.0000000000000874. PMID: 35523239; PMCID: PMC9093727.
22. Gómez-Romero JC, Mosquera-Romero MC. Estomas: complicaciones, manejo y prevención. Una revisión actual. *rev. colomb. cir.* [Internet]. 2024 Feb [cited 2025 Jan 01];39(1):122-131. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822024000100122&lng=en Epub July 08, 2023. <https://doi.org/10.30944/20117582.2348>
23. Carvalho GR, Bonfim PW, Ribeiro KRA, Almeida DVD, Muniz MV. Manejo dos pacientes com peritoneostomia em unidade de terapia intensiva: implicações para a assistência de enfermagem. *REAS* [Internet]. 2024 May 13 [Acesso em 5 jan. 2025];24(5):e14524. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/14524>
24. Imbrizi M et al. Second brazilian consensus on the management of crohn's disease in adults: a consensus of the brazilian organization for crohn's disease and colitis (GEDIIB). *Arq Gastroenterol* [Internet]. 2022;59:20-50. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.2022005S1-02>
25. Wercka J et al. Epidemiology and outcome of patients with postoperative abdominal fistula. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2016 Mar;43(2):117-23. Available from: <https://doi.org/10.1590/0100-69912016002008> <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/FBSKsyGMLNVqyLx7HKBwcQz/?format=pdf&lang=pt>
26. Ribeiro-Junior MAF et al. The role of fistuloclysis in the treatment of patients with enteroatmospheric fistulas. *ABCD, arq bras cir dig* [Internet]. 2021;34(2):e1605. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-672020210002e1605>
27. Sarquis LM et al. Epidemiological profile of patients undergoing non-operative management of solid organ injury and associated factors with mortality. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2024;51:e20243734. Available from: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20243734-en>
28. Pontes L et al. Negative pressure therapy in pediatric patient with surgical site infection: experience report. *Rev Esc Enferm USP*. 2024;58:e20240077. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0077en>

