

MANEJO DE CURATIVO PARA FÍSTULA ENTEROCUTÂNEA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Larah Correia Borges¹
Talita Marques da Silva²
Lúcio Campos Borges³

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Fístula gastrointestinal ou digestiva é uma conexão anormal do trato digestivo a qualquer víscera oca ou cavidade abdominal (fístula interna), bem como à superfície da pele (fístula externa). É uma das complicações pós-operatórias mais temíveis, ao lado da deiscência e da infecção, classificada de acordo com a topografia anatômica (estômago, pâncreas, duodeno, jejuno, íleo e cólon). Em termos de débito, vazão alta (acima de 500 ml/24 horas), vazão baixa (menos de 500 ml/24 horas); e por fim, por origem, congênita ou adquirida e primária (resultante de processos patológicos intestinais) ou secundária (resultante de procedimentos cirúrgicos) (WERCKA et al., 2017).

1658

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 (ANTONINI, et al 212).

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 (SHARON, 2021).

Já as fístulas enterocutâneas, que comunicam o intestino à pele, representam uma patologia grave, com tratamento complexo, requerendo uma intervenção multidisciplinar. Os fatores de risco para seu surgimento incluem desnutrição, imunocomprometimento, trauma,

¹Cirurgiã geral pelo Hospital regional Antônio dias FHEMIG.

²Cirurgiã geral Fhemig Hrad, título de clínica médica, horizontal serviço de cirurgia- HRAD, professora Medicina UNIPAM.

³Doutor em Promoção de Saúde – UNIFRAN. Supervisor Acadêmico no Hospital Regional Antônio Dias Enfermeiro.

infecção, procedimentos cirúrgicos de emergência e as doenças crônicas intestinais (GUTIÉRREZ., et al, 2017).

O manejo apropriado da FE 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 (VISSCHERS., et al 2012).

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., et al 2014; GUTIÉRREZ., et al 2017).

O cuidado à pele Peri fístula, 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 e qualidade de vida do paciente (SANTOS., et al 2015).

Considerando a suma complexidade e importância no manejo ao tratamento dessa afecção desenvolveu-se uma revisão bibliográfica, com base na seguinte questão norteadora: o melhor manejo de curativo para FE relatado, associando-se com materiais disponíveis em hospital referência (HRAD) e ótimo custo benefício.

1659

2 OBJETIVO GERAL

Este estudo tem por objetivo descrever práticas otimizadas em curativos para fístula entero cutânea com base na literatura e no contexto de um hospital referência.

2.1 Objetivos específicos

Descrever os sinais e sintomas característicos da FE assim como seu diagnóstico e fatores que influenciam seu surgimento;

Demonstrar a utilização de métodos adequados no manejo de curativos para FE com materiais disponíveis no hospital relatado HRAD- FHEMIG; Revisar a literatura sobre os tipos de curativos utilizados em fistulas enterocutaneas;

Relatar a eficácia de diferentes técnicas de manejo de curativo na cicatrização de fístulas.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, tendo como objetivo analisar o conhecimento científico em literaturas brasileiras previamente publicadas referente ao Manejo de curativo em FE. A pesquisa referencial para a elaboração de um artigo científico é primordial, pois auxilia o pesquisador a encontrar trabalhos e metodologias similares, tendo uma perspectiva extensiva sobre o tema, além de evitar os monótonos científicos (GONÇALVES, 2019).

A produção científica, requer critérios a serem seguidos, pois no desfecho de uma nova pesquisa pretende-se abordar algum viés que complemente ou que conteste aquilo que outros metodólogos já discorreram. Logo, a formulação de um entrave de pesquisa só é prudente, quando o estudioso, após uma síntese crítica das atuais obras científicas, acerca de sua temática, identifique lacunas, consensos e controvérsias sobre a temática e a partir disso, insira o seu objeto de pesquisa num caminho ainda não destrinchado por outros desenvolvedores científicos, possibilitando a atualização científica (PARANHOS, 2014).

Essa pesquisa foi realizada por meio de bases de dados, Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (Scielo), Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial da Saúde (OMS), Revistas Eletrônicas de Saúde e Livros previamente publicados. Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves em português presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): em português: “epidemiologia”, “fístula intestinal”, “manejo de fístula”, “curativo a vácuo”, “complicações cirúrgicas do sistema gastrointestinal”, “incidência”. Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e que permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, e que estivessem em português. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em português e que não tinham passado por processo de Peer-View (Revisão) e que não abordassem o tema (RICHARDSON, 2012).

Após, uma leitura objetiva e crítica das obras, foram feitos os levantamentos e consolidação de dados, e percorrido sobre a temática, apresentando o presente artigo.

4 DESENVOLVIMENTO

As FE podem ocorrer espontaneamente ou no pós-operatório. As fístulas pós-operatórias comumente representam quase uma totalidade de todas as fístulas intestinais e estão quase sempre associadas a uma das principais complicações da cirurgia do sistema

gastrointestinal. Dependendo dos fatores de risco e das características destas fístulas, diferentes classificações prognósticas têm sido propostas (SCHECTER, 2009).

4.1 Fístulas pós-operatórias

Fatores locais e sistêmicos podem contribuir para a formação de fistulas pós-operatórias, incluindo infecção ou deiscência de anastomoses devida a isquemia, tensão ou obstrução distal. Em geral as fistulas pós-operatórias são mais frequentemente externas do que internas, em virtude da presença de drenos (BRITÂNICO, 2019).

Operações para câncer, doença inflamatória intestinal e lise de aderências são as que apresentam o maior risco para causa de FE. Problemas técnicos que podem levar à formação de fistulas incluem lesão inadvertida de alças intestinais, retirada de serosa peritoneal visceral, defeitos de sutura e sutura provocando necrose isquêmica. Lesão de vasos mesentéricos, falhas na hemostasia resultando em hematomas compressivos, uso inapropriado de drenos e o englobamento de alças de intestino em sutura de parede abdominal (FISCHER, 2008).

Quando um abscesso está associado com uma fístula pós-operatória, o material infectado tende a coletar-se na vizinhança do defeito da alça afetada, comprometendo a cicatrização adequada do defeito fistuloso. Quando ocorre desnutrição, imunossupressão secundária ao uso de drogas, ou doenças concomitantes, a cicatrização torna-se ainda mais difícil (COMPHER, 2017).

As fístulas podem ocorrer em qualquer período do pós-operatório da cirurgia gastrointestinal. Entretanto, o tempo decorrido até seu aparecimento constitui um importante parâmetro para o tratamento e para o prognóstico. Fístulas precoces que surgem nas primeiras 48 horas do pós-operatório podem ser consideradas como decorrentes de erro técnico e ocasionalmente, requerem intervenção cirúrgica igualmente precoce (BURLEW, 2011).

Fístulas de baixo débito e bem drenadas, de aparecimento no pós-operatório tardio têm bom prognóstico e podem geralmente, ser tratadas de modo conservador. No entanto, em casos de fístulas tardias complexas de alto débito, a re-abordagem é necessária em um número considerável de casos na tentativa de fechamento e cura. Com o grande aumento no número de operações laparoscópicas nos três últimos séculos, lesões não reconhecidas do intestino provocadas pelos trocâteres ou por eletrocoagulação não percebida são causas potenciais de fístulas (DATA., et al., 2015).

Para minimizar o risco de FE pós-operatórias os seguintes princípios devem ser seguidos: 1. Maximização pré-operatória das condições nutricionais; 2. Administração de preparo intestinal e antibiótico profilático quando indicado; 3. Hemostasia perfeita e boa iluminação/visualização do campo operatório; 4. Uso de intestino sadio para realização de anastomoses sem tensão; 5. Visualização constante das vísceras gatrointestinais durante o fechamento da parede abdominal (SOLOMKIN, 2010).

A localização anatômica das FE auxilia na previsão de quais fístulas são de fechamento espontâneo favorável ou desfavorável. As características anatômicas desfavoráveis incluem abscesso adjacente, doença inflamatória intestinal, obstrução distal, trajeto fistuloso menor que 2 cm, defeito ou lesão intestinal maior que 1 cm, presença de corpo estranho, irradiação intestinal, epitelização do trato fistuloso e presença de neoplasia. Quando a fístula se localiza no estômago, duodeno, jejuno proximal e íleo, o fechamento espontâneo é desfavorável (VOLPE, 2017; METCALF, 2019; WAINSTEIN., et al 2014).

4.2 Diagnóstico

As FE se apresentam clinicamente em pacientes que se encontram em pós-operatório precoce de cirurgias abdominais e que não possuem um tempo de recuperação satisfatório ou compatível com o porte da cirurgia (ABCD, 2013).

1662

O diagnóstico das FE é relativamente clínico. Usualmente elas se manifestam por meio de sintomas inespecíficos como dor abdominal, obstipação, náusea, vômitos, empachamento e até endurecido da parede abdominal. A febre e leucocitose são achados comuns, porem inespecíficos. Por volta do 5º ao 10º dia, geralmente se observa uma infecção do sitio operatório, seguido de drenagem do efluente da fístula (OSBORN, 2009)

O diagnóstico deve ser realizado primariamente por meio dos achados clínicos previamente descritos. Sendo que sua maior suspeição se apresenta após a identificação de secreção em feridas operatórias (ASHKENAZI, et al 2017)

A hipótese de infecção de sitio cirúrgico sempre deve ser levantada, entretanto, após a otimização da drenagem da ferida geralmente se torna evidente a presença de conteúdo do efluente fistular (exemplo: fezes ou bile), de forma a elucidar o diagnóstico. Mesmo com alta suspeita clínica, muitas vezes não se torna claro a origem da fístula, o que torna necessário a complementação da investigação com métodos de imagem (GRIBOVSKAJA, et al 2016).

Estudos radiológicos como radiografia topográfica de abdome e tórax, exame contrastado do trato gastrointestinal, fistulograma, ultrassonografia e tomografia computadorizada auxiliam no diagnóstico, especialmente na localização anatômica, aspecto do trajeto fistuloso e complicações Perifistulosas. O que fornece uma base sólida para o planejamento e manejo da FE (SCHECETER, 2009).

A realização de uma tomografia computadorizada com e sem contraste oral e venoso está indicada nos pacientes estáveis hemodinamicamente, geralmente realizada de 5° a 10° dias após adequada ressuscitação volêmica e correção dos processos infecciosos e distúrbios metabólicos. Uma alternativa possível de ser realizada nas FE com orifício fistuloso de fácil identificação é o estudo contrastado por meio do fistulograma. A injeção de contraste solúveis em água por meio do orifício da fístula permite definir o trajeto fistuloso e avaliar obstrução distal. Entretanto raramente este tipo de estudo define detalhadamente a origem da fístula (GUO., et al. 2019).

4.3 Tratamentos

O elenco de condutas a serem efetuadas no tratamento das fístulas digestivas é dividido em três fases: 1) diagnóstico e reconhecimento; 2) estabilização e investigação e 3) cuidados definitivos. A meta principal na estabilização é o controle das complicações como anormalidades hidroeletrólíticas, desnutrição e sepse. Essas medidas devem ser sempre tomadas nas primeiras 24 a 48 horas após o reconhecimento das fístulas e acrescidas das seguintes: 1- Nenhum alimento via oral, assegurando repouso intestinal; 2- Colocação de sonda nasogástrica; 3- Uso de inibidor de receptores H₂ ou inibidor de bomba de próton; 4- Proteção da pele; 5- Drenagem cirúrgica ou percutânea de abscessos; 6- Correção de distúrbios nutricionais e hidroeletrólíticos; 7- Administração de antibióticos de largo espectro (GRIBOVSKAJA, 2016).

Além disso o fármaco Octreotida, um análogo da somatostatina, tem sido usado como adjuvante, pois reduz a secreção pancreática e de outros órgãos digestivos (COUGHLIN., et al 2012).

Dentre as opções terapêuticas de proteção de pele existentes destacam-se como excelente manejo o uso de terapia a vácuo associada aos sistemas coletores em comparação aos sistemas fístulas prontas tais quais são de difícil acesso, ou mesmo curativos com outras substâncias e coberturas. O uso da terapia a vácuo vem se tornando cada dia mais comum no

manejo das FE, existem uma série de relatos de casos na literatura que demonstram que o uso dessa modalidade terapêutica conseguiu com sucesso promover a redução no tempo de fechamento das fístulas (REIDER, 2017).

Os sistemas coletores consistem em bolsas de colostomia e similares que são adaptadas em conjunto com placas e pastas protetoras visando a coleta do efluente entérico, as bolsas coletoras/ bolsas de colostomia constituem-se como terapias adequadas que viabilizam a redução das lesões de pele e promovem a adequada cicatrização e granulação da ferida ao redor de boca entérica efluente até que o paciente seja encaminhado para o tratamento cirúrgico definitivo em 6-12 meses (ANTONINI, 2012). Não sendo indicado guiar a boca entérica/ efluente com sondas e balonetes devido o aumento da pressão intra-luminal da alça promovendo um maior labiamento da mesma.

Já o curativo a vácuo consiste em uma bolsa plástica ou campo plástico estéril, compressas cirúrgicas de algodão, tubo de látex com 1cm de diâmetro externo (ou sonda nasogástrica), campo cirúrgico auto- aderente de Steril Drape, vácuo do sistema de gases hospitalares (BRASIL, 2012).

A técnica consiste na abertura longitudinal da bolsa plástica/campo plástico na qual são realizadas fenestrações de aproximadamente 1 a 2 cm de tamanho, separadas 3 a 4 cm umas das outras. Em seguida, posiciona-se a bolsa fenestrada diretamente sobre a fístula. Sobre a bolsa colocam-se duas compressas estéreis recobrimdo toda a extensão da ferida. Sobre estas, posiciona-se uma das extremidades do tubo de látex, na qual, devem ser realizadas 3 a 5 fenestrações (BROOKE., et al 2019)

Uma nova camada, composta de duas compressas, é colocada sobre a extremidade fenestrada do tubo de látex. Em seguida, cobre-se todo o conjunto descrito anteriormente com o campo cirúrgico auto- aderente. Deve-se cuidar para que não haja entrada de ar pelas bordas do curativo quando for conectado o vácuo. Para isso, o campo cirúrgico auto- aderente deve ultrapassar a área recoberta pelas compressas (REIDER, 2017).

A pressão negativa necessária para o funcionamento adequado do curativo varia entre -10 a -50 mmHg (BURLEW., et al 2019).

O curativo a vácuo associado ao coletor se sobressai aos demais prontos por permitir quantificar adequadamente o extravasamento de secreção entérica pelas fístulas, além do baixo índice de desenvolver a síndrome de compartimento abdominal apesar da rigidez observada na parede abdominal com utilização do curativo a vácuo. Os curativos devem ser trocados em

média a cada 12 horas ou nos casos de descolamento do campo cirúrgico auto- aderente troca-se o curativo com frequência que e faz necessária (CLEMENTE-GUTIÉRREZ., et al 2017).

A aplicação de pressão sub- atmosférica sobre feridas agudas e crônicas estimula a formação de tecido de granulação, reduz o edema, aumenta a vascularização local e promove a contração da ferida, fatores importantes para o sucesso do método aqui descrito (SANTOS., 2015).

A técnica de curativo a vácuo, aqui descrita, não impediu a utilização da via enteral para nutrição. Sendo desnecessária a interrupção do vácuo durante o fornecimento da dieta (WAINSTEIN., et al 2014).

Os materiais utilizados na confecção do curativo descrito nesse estudo, além de estarem disponíveis na maioria dos hospitais, são de baixo custo quando comparados aos dispositivos pré-fabricados existentes no mercado (sistema bolsa-válvula-fístula) (FISCHER, 2008).

Conclui-se, portanto, que a cobertura temporária da cavidade abdominal, com curativo a vácuo, descrita nesse estudo é segura, eficaz e de baixo custo, servindo assim como uma alternativa técnica para a comunidade médica.

Abaixo foram descritos materiais para curativos padronizados presentes na farmácia em um hospital amostra (Hospital Regional Antônio Dias- HARD/FHEMIG), visto assim que há possibilidade de manejo correto de FE com baixo custo e boa disponibilidade.

CAMPO CIRÚRGICO ESTÉRIL PLÁSTICO: APRESENTACAO: NÃO ADERENTE; MEDIDA: 7,5 CM X 150 CM, APROXIMADAMENTE; POLARFIX
CURATIVO - APRESENTACAO: SOLUCAO EM SPRAY, ESTERIL, POLIMERO DE ACRILATO; MEDIDA: FRASCO DE 20 A 30 ML; CAVILON SPRAY
CURATIVO - APRESENTACAO: SOLUCAO PARA LIMPEZA, DESCONTAMINAÇÃO CLOREXIDINA DEGERMANTE 2%; MEDIDA: NAO APLICAVEL; VIC PHARMA
SONDA GÁSTRICA LONGA, COMPOSICAO: PVC FLEXÍVEL;MEDIDAS: 18,20,24 Fr
CAMPO CIRÚRGICO ESTÉRIL ADESIVO IOBAN 3M ; MEDIDAS: COMP 20,35,60 CM LARG 10,35,45,60,85 CM
BARREIRA PROTETORA OSTOMIA - TIPO: BARREIRA PROTETORA DE PELE EM PASTA; APRESENTACAO: TUBO DE 56 A 60 GRAMAS; COMPOSICAO: HIDROCOLOIDES:

Tabela 1- Curativos- Hospital Antônio Dias-HRAD, et al, 2024

5 CONCLUSÃO

O cuidado com a pele Peri fístula, 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-se em bases sólidas para a progressão e evolução das FE.

Entretanto quando se observa o manejo crônico, identifica-se uma escassez de métodos eficientes para o fechamento definitivo das fístulas. No que tange esse aspecto do manejo conservador, a terapia a vácuo com sistemas coletores tem se constituindo como a melhor alternativa. Destaca-se seu excelente custo benefício com materiais de fácil acesso disponíveis em farmácia hospitalar, melhora da ferida visto aumento de área de granulação, contração de borda e coleta de efluente.

REFERÊNCIAS

ABCD, *Arq. Bras Cir. Dig* 2013;(2):147-150

ANTONINI, M.; MILITELLO, G. **Gestão de enfermagem de uma fístula viscerocutânea.** Conselho Mundial de Enterostomal Revista Terapeutas, v. 32, n. 1, pág. 26-29, 2012.

ASHKENAZI, I.; TURÉGANO-FUENTES, F.; OLSHA, Ó.; ALFICI, R. **Opções de tratamento gastrointestinal Fístulas Cutâneas.** Revista de Cirurgia, v. 3, n. 1, pág. E25- e31, 2017.

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 relevantes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 96f.

BRITÂNICO, C.M. **Considerações para a gestão de fístula enterocutânea.** Revista de Enfermagem, v. 28, n. 5, pág. 24-31, 2019 (Suplemento para Estoma).

BROOKE, J.; EL-GHANAME, A.; NAPIER, K.; SOMMEREY, L. **Resumo Executivo: Enfermeiros Especializados em Feridas, Ostomia e Continência Canadá (NSWOCC) Recomendações de melhores práticas de enfermagem: enterocutânea Fístula e Fístula Enteroatmosférica.** J Ferida Ostomia Continência Nurs, v. 4, pág. 306-308, 2019.

BURLEW, C.C. et al. **Costure! Um estudo multi- institucional da Western Trauma Association do manejo da lesão entérica no abdome aberto pós-lesão.** J Trauma. 70, n. 2, pág. 273-7, 2019.

CLEMENTE-GUTIÉRREZ, U.; SANTES-JASSO, O.; MORALES-MAZA, J. **Fístulas enterocutâneas: Atualidades sobre diagnóstico e tratamento.** Revista Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo; v.6, n. 3, pág. 120-126, 2017.

COMPHER, C.; WINKLER, MF; GUENTER, P.; STEIGER, E. **Manejo Nutricional Parenteral Domiciliar Nutrição entre pacientes com fístula enterocutânea em o Registro de Sustentação.** Jornal de Parenteral e Enteral Nutrição. 20. n. 10, 2017.

COUGHLIN, S. et al. **Análogos de somatostatina para o tratamento de fístulas enterocutâneas: uma revisão sistemática e meta-análise.** World Journal of Surgery. v. 36, n. 5, p. 1016-29, 2012.

FISCHER, J.E. Uma nota de advertência: o uso de sistemas de fechamento assistidos por vácuo no tratamento de fístula cutânea gastrointestinal pode estar associado a maior mortalidade devido ao desenvolvimento subsequente de fístula. *Sou J Surg.* 196, n. 1, pág. 1, 2008.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Como escrever um Artigo de Revisão de Literatura.** Revista JRG de Estudos Acadêmicos, Ano II, Vol.II, n.5, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Como fazer um Projeto de Pesquisa de um Artigo de Revisão de Literatura.** Revista JRG de Estudos Acadêmicos, Ano II, Vol.II, n.5, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Artigo de Revisão de Literatura.** Brasília: Processus, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Projeto de Pesquisa.** Brasília: Processus, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Metodologia Científica e Redação Acadêmica.** 8. ed. Brasília: JRG, 2019. 1667

GRIBOVSKAJA, I.; MELTON, G.B. **Fístula Enterocutânea: Estratégias Comprovadas e Atualizações.** Clin Colon Retal Surg. 29, n. 2, p.130, 2016

GUO, K.; GONG, W.; ZHENG, T.; HONG, Z.; UU, X.; REN, H.; WANG, G.; GU, G.; NTHUMBA, P.; REN, J. **Parâmetros clínicos e resultados de necrosantes moles infecções teciduais secundárias a fístulas gastrointestinais.** BMC Doenças Infecciosas, v. 19, p. 597, 2019.

METCALF, C. **Considerações para a gestão de fístula enterocutânea.** Ir. J Nurs, v. 5, pág. s24-s31, 2019.

PARANHOS, Ranulfo. FIGUEIREDO FILHO, Dalson Britto. **O que é, para que serve e como se faz uma meta-análise?** Recife/UFPE: Teoria e Pesquisa, Revista de Ciências Política, 2014.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3.ed. São Paulo: Atlas, 2012.

REIDER, K. E. **Isolamento de fístula e uso de negativo pressão para promover a cicatrização de feridas: um estudo de caso.** Ferida Ostomia Continência Enfermeira, v. 44, n. 3, pág. 293-298, 2017.

SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência de enfermagem em estomaterapia: cuidando de pessoas com estoma.** 2^a ed. São Paulo (SP): Editora Atheneu, 2015.

SCHECTER, W.P. e outros. **Fístulas entéricas: princípios de manejo.** J Am Coll Surg. 209, n. 4, pág. 484, 2009.

SHARON, L. **Fístulas enterocutâneas e enterotmosféricas.** UpToDate. 2021.

SOLOMKIN, J.S. et al. **Diagnóstico e manejo de infecção intra-abdominal complicada em adultos e crianças: diretrizes da Surgical Infection Society e da Infectious Diseases Society of America.** Clinical Infectious Diseases. v. 50, n. 2, p. 133, 2010.

VISSCHERS, R.G. et al. **Tratamento guiado melhora o resultado de pacientes com fístulas enterocutâneas.** World Journal of Surgery. v. 36, n. 10, p. 2341-8, 2012.

WAINSTEIN, D. E. et al. **Tratamento de fístulas enterocutâneas de alto débito com dispositivo de compactação a vácuo.** Uma experiência de dez anos. Mundial J Surg. 32, n. 3, pág. 430, 2008.

WERCKA, J. et al. **Epidemiologia e desfecho de pacientes com fístula abdominal pós-operatória.** Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. v., 43, n. 2, p. 117, 2016.