

CUIDADOS COM A PELE EM FÍSTULAS DIGESTIVAS

Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos*

SANTOS, V.L.C DE G. Cuidado com a pele em fístulas digestivas. Rev. Esc. Enf. USP, v.27, n.1, p. 87-93, abr. 1993.

A autora discorre inicialmente sobre os aspectos históricos, conceituais e etimológicos de fístulas digestivas, enfatizando como uma das prioridades terapêuticas preconizadas, a proteção da pele e controle do débito fistular. A partir daí, visualizando o campo de atuação do enfermeiro e, especificamente, do estomaterapeuta, passa a relatar o processo de assistência especializada enquanto avaliação, medidas adotadas e recursos atualmente disponíveis.

UNITERMOS: Fístulas digestivas. Pele. Estomaterapia.

A fístula pode ser conceituada como um trajeto ou comunicação anormal entre duas vísceras ocas ou espaços potenciais internos ou entre esses e a pele, sendo denominadas, respectivamente, de internas e externas. Existem ainda as mistas que ocorrem com a combinação de ambos os tipos^{2,5,6,7,8,10}.

Historicamente, é clássico o trabalho de Edmunds, Williams e Welch, de 1960, acerca dos resultados obtidos junto a 157 pacientes com fístulas externas do trato gastrointestinal, em que a mortalidade superior a 40% mantinha-se a mesma dos 20 anos anteriores. Posteriormente, com o surgimento gradativo de novas medidas terapêuticas, como a técnica de irrigação da fístula com ácido láctico proposta por Tremolière em 1961; o plano de prioridades no tratamento, estabelecido por Chapmann, Foran e Dunphy em 1964; os métodos de suporte nutricional parenteral, idealizado por Dudrick em 1968 e enteral, por Levy e Loygue em 1971 e as técnicas operatórias, os índices de mortalidade sofreram reduções significativas (até 10%, em alguns estudos)^{4,8}. Mesmo assim, os cuidados com fístulas continuam a constituir um grande desafio na área de Saúde.

Do ponto de vista etiológico, as fístulas podem ser causadas por diversos fatores, o que caracteriza uma das formas de classificação em: congênita, traumáticas, inflamatórias, neoplásicas, pós-radioterápicas e pós-operatórias (que constituem a maioria das fístulas gastrintestinais). Contudo, é importante enfatizar que existem fatores que predispõem ou favorecem o seu desenvolvimento e manutenção como a idade, estado nutricional, doenças de base associadas (Diabetes mellitus, doenças cardíaco-circulatórias, doenças inflamatórias intestinais, hipóxia, cirrose e outras)^{2,3,4,6,8,10}.

* Enfermeira., estomaterapeuta. Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

O paciente portador de fístulas digestivas é caracterizado pelo desconforto, insegurança, dor e importantes riscos médicos associados às complicações como: desequilíbrios hidroeletrólítico e ácido-básico, infecção, problemas vasculares, respiratórios, cutâneos e iatrogênicos, decorrentes, por sua vez, das perdas de conteúdo gastrointestinal, imobilização prolongada, contaminação de áreas estéreis, desnutrição e até das medidas terapêuticas adotadas^{2,4,5,6,8}.

Quanto ao tratamento, conforme já reportado anteriormente, nos últimos anos, o desenvolvimento no campo cirúrgico e nutricional trouxe grande suporte terapêutico na área das fístulas digestivas e em geral. No entanto, deve-se destacar que, filosoficamente, o tratamento instituído precisa ser norteado por um trabalho em equipe interdisciplinar e pela individualização do cliente e família.

Conforme já citado, Chapmann et al, em 1964, propuseram as prioridades para o tratamento das fístulas intestinais de grande débito e, mais tarde em 1971, baseados naqueles critérios, estabeleceram um plano terapêutico subdividido em 4 fases e que, basicamente, é empregado até os dias atuais^{6,8}:

- Fase I, cujos objetivos são: a restauração da volemia; a correção dos desequilíbrios hidroeletrólíticos e ácido-básicos; a proteção da pele e controle do débito da fístula; a drenagem de abscessos e antibioterapia, se necessários;
- Fase II, onde se prossegue com a terapia hidroeletrólítica e se inicia a nutrição endovenosa, através da nutrição parenteral total;
- Fase III, que consiste na instauração da nutrição enteral, se indicado e no estudo da anatomia da fístula, através de exames baritados, fistulográficos, endoscópicos, ecográficos, tomográficos e com isótopos e,
- Fase IV, cujas medidas objetivam a continuidade do tratamento nutricional e a instauração do cirúrgico, se indicado.

Assim, como pode ser constatado, a proteção da pele e controle do débito da fístula constituem dois aspectos prioritários no plano terapêutico preconizado por aqueles autores e inseridos como itens de prioridade I, para serem desenvolvidos na Fase I, consistindo, portanto, em um campo específico e especializado de atuação do enfermeiro estomaterapeuta.

Atuação do Estomaterapeuta

A assistência de enfermagem ao paciente portador de fístulas digestivas deve ser embasada no cuidado integral e individualizado do cliente e respectiva família, além do trabalho em equipe multiprofissional. Neste, não se deve perder de vista o objetivo do autocuidado e, portanto, níveis cada vez maiores de independência do paciente.

Assim, todo plano terapêutico implementado para abranger desde a área de problemas psicológicos até os aspectos nutricionais e medicamentosos, de

balanços hidroeletrólítico e ácido-básico e de problemas de pele, conforme mencionados anteriormente, deve, evidentemente, constituir a base do planejamento assistencial do enfermeiro.

Neste sentido, a atuação do estomaterapeuta estará muito mais dirigida à especificidade dos problemas de pele, reais ou potenciais, embora inserido em um contexto de integralidade da assistência.

Segundo BRYANT³ e STEVENS⁹, para que se consiga um cuidado eficiente do paciente portador de fístula, do ponto de vista de assistência de enfermagem, devem-se atingir os seguintes objetivos:

- . proteção da pele,
- . drenagem do efluente,
- . controle do odor,
- . bem-estar do paciente,
- . determinação precisa do débito,
- . mobilização do paciente, e
- . custo dos dispositivos.

Outros autores como BRECKMAN², DUNAVANT⁴, ITURRATE, CHACEL TUYA⁵, MAHONEY⁷ e TAYLOR¹⁰, apontam como síntese desses objetivos, fundamentalmente, a proteção da pele e o controle do efluente, visando o conforto, segurança e bem-estar do paciente, com uma continência de pelo menos 24 horas, o que representa um bom índice de resolutividade.

Verifica-se, portanto, que todos os princípios norteadores da assistência ao ostomizado, repctem-se para o portador de fístulas em geral, e que, nada mais são, do que a própria essência do cuidado em estomaterapia.

A avaliação inicial que embasará o plano assistencial, deve ser global, abrangendo as condições do paciente relacionadas ao estado metabólico e nutricional, balanço hidroeletrólítico, presença de sepsis ou abscessos, situação do trato gastrointestinal e dos demais órgãos vitais como coração, rins, fígado e pulmões^{3,4}.

No que se refere especificamente à fístula, esta avaliação englobará os seguintes aspectos:

- características da fístula propriamente ditas, quanto a: origem, localização cutânea (proximidade de proeminências ósseas, regularidade e estabilidade da superfície da pele e internalidade ou externalidade à ferida operatória); abertura (retraída, rasa ou profunda); número de trajetos; tipo (lateral ou terminal) e tempo de existência;
- características do efluente quanto a: composição e pH (enzimas proctofíticas ativadas, eletrólitos, sais biliares e outros); consistência (líquida, semi-líquida ou pastosa); odor (conteúdo fecal, infecção asso-

ciada); volume (baixo, moderado ou alto débito, respectivamente, com até 200ml/24h, entre 200 e 500ml/24h e acima de 500ml/24h);

- características da pele quanto a: integridade (presença ou não de alterações como eritema, escoriação, lesão, úlcera, maceração); doenças associadas (como Psoríase, alergias e outras)^{2,3,4,9}.

Esta avaliação possibilitará a elaboração e implementação de um plano assistencial individualizado e flexível, visando o alcance dos objetivos propostos anteriormente, ou seja, de proteção da pele e ferida operatória, se for o caso, além do controle do efluente.

Para a proteção da pele existem atualmente, à disposição do estomaterapeuta, diversos produtos^{2,3,4,6,9,10}:

. Pastas de resina, natural (tipo Karaya) ou sintética (de metilcelulose, tipo Hollihesive, Stomahesive, Curagard), que podem ser utilizadas para formar uma barreira ao redor da fístula, preencher zonas irregulares; isolar fístulas em feridas operatórias e aumentar a durabilidade das placas quando em uso de coletores.

. Pós, também obtidos a partir das barreiras sólidas, são usados principalmente para cobertura de regiões úmidas de pele lesada e assim, através da absorção da umidade, favorecem a colocação de outros protetores. Com a função protetora, podem ser ainda empregados em zonas rugosas no interior das feridas, evitando o contato com o efluente.

. Barreiras sólidas (discos, anéis ou placas), que são os agentes protetores mais utilizados neste tipo de assistência, preventivamente, através do isolamento da pele quanto ao efluente agressor e, terapêuticamente, uma vez que facilitam a cicatrização, proporcionando meio adequado para isso (umidade, isolamento térmico e bacteriano).

Sua flexibilidade, fácil adaptação, adesividade e resistência ao calor e umidade (embora variáveis para diferentes marcas), associadas ou não às pastas e pós, permitem a instalação de coletores em quase todos os tipos de superfícies, mesmo as mais irregulares.

. Selantes, agentes alcoólicos usados sob os adesivos para proteção da pele frágil; para melhorar a aderência nos casos de pele oleosa e para proteger a pele perifistular do efluente quando curativos são usados.

Para a coleta do efluente, também existem diversos tipos de dispositivos, pré-cortados ou não, com ou sem barreiras protetoras, opacas ou transparentes, drenáveis (do tipo urológico ou não), a prova do odor, sistema de uma ou duas peças e esterilizados ou não. Assim, para cada tipo de fístula e efluente, após sua avaliação, poderão ser selecionados tipos específicos de bolsas coletoras, e, evidentemente, das barreiras protetoras (em pasta, em pó ou sólidas)^{3,6,9,10}.

No entanto, para qualquer tipo de sistema empregado, preconiza-se que este tenha uma área adesiva suficientemente ampla para garantir a proteção da

pele e a contenção do efluente. Assim, as bolsas coletoras com áreas adesivas recortáveis podem ser adaptadas mais fácil e seguramente à forma e ao tamanho da ferida e da própria superfície da pele^{3,9}.

Quanto à possibilidade de usar-se bolsa do tipo urológico, a indicação ocorre para um efluente líquido e de alto débito, o que não impede que mesmo as bolsas drenáveis comuns possam ser, assim como estas, conectadas a um sistema de drenagem complementar. É claro que a válvula anti-refluxo, que possui o dispositivo urológico, evita o retorno de drenagem líquida para o interior da fístula proporcionando maior segurança^{3,9}. Deve-se avaliar, porém, para indicar um ou outro, também a facilidade e necessidade do acesso ao orifício da fístula para limpeza, irrigação ou outros tipos de exames, exigindo-se nestes casos, o uso de sistemas de duas peças comuns ou especiais para fístulas (com "janelas")^{3,9}.

No que se refere ao odor, embora a maioria dos dispositivos atualmente proteja o indivíduo contra o odor do efluente, às vezes, nestes casos, será necessária complementação com desodorante ambientais^{4,9,10}.

Nos hospitais em geral, os sistemas usados serão transparentes, para favorecer a observação, e serão "cirurgicamente limpos", e não necessariamente esterilizados, uma vez que estão sendo empregados em fístulas digestivas, embora a sua manipulação mantenha-se de forma asséptica⁹.

Conhecendo os produtos disponíveis, suas características e formas de aplicação, o estomaterapeuta passa, assim, à determinação da melhor maneira de cuidar do paciente portador de fístula digestiva, cuja avaliação também já executou previamente.

Existem, no entanto, alguns princípios que devem nortear o procedimento de colocação de um dispositivo coletor em uma área de drenagem, quais sejam^{1,2,4,6,9,10}:

- a pele perifistular deve estar sempre seca e limpa para garantir boa adesividade do sistema e proteção contra lesões por umidade e atrito. A higiene pode ser feita com água morna e sabão e em caso de lesão, pode-se utilizar água esterilizada ou soro fisiológico. Para a secagem, evita-se friccionar a pele. Quando o débito da fístula for alto, torna-se necessário ocluí-la com gaze ou usar um sistema de aspiração para aliviar temporariamente o fluxo, possibilitando a manutenção da pele seca, evitando limpezas repetidas e garantindo uma melhor adesividade do sistema. Com este mesmo objetivo, pede-se ao paciente que não tussa durante a sua colocação;
- é importante elaborar-se um molde ou desenho da área a ser drenada para o recorte adequado do protetor (barreira, filme plástico ou adesivo microporoso), assegurando o isolamento necessário da pele em relação ao efluente e também deste em relação à incisão cirúrgica ou outras áreas de drenagem;

- nos casos em que há mais de um trajeto fistuloso, é necessário decidir se há possibilidade ou indicação de drená-los em um ou mais dispositivos;
- como as fístulas geralmente encontram-se em bordos irregulares e principalmente se a abertura é muito abaixo do nível da pele, deve-se aplicar barreira ao seu redor, entre esta e a placa protetora, melhorando a vedação;
- as pastas de resina natural ou sintética (karaya ou metilcelulose) já comercializadas, quando fabricadas em meio alcoólico, têm sua colocação contraindicada em tecido de granulação. Assim, para que possam ser utilizadas, nestes casos, devem ser obtidas a partir da mistura dos pós com glicerina e água esterilizada ou já adquiridas, desta forma, no mercado (usadas em úlceras de pele);
- as bolsas coletoras selecionadas conforme as características quantitativas e qualitativas do efluente, devem ser colocadas na posição que melhor facilite a drenagem, considerando-se, evidentemente, a posição habitual do paciente;
- a frequência para esvaziamento da bolsa deve ser programada e, se possível, o próprio paciente deve fazê-lo, objetivando o auto-cuidado. Quando for indicado, deve-se utilizar sistema de coleta contínua;
- é importante planejar as trocas do sistema de proteção e drenagem, antes de sua inutilidade por vazamentos, o que acarretaria lesões de pele, dor, desconforto e perda do controle do efluente. Esta troca dependerá da eficácia da vedação conseguida ao nível da pele, do cuidado com que se fixou a bolsa e do sistema de proteção sem rugas.

Como qualquer plano de tratamento, este também deve ser reavaliado a cada troca, considerando-se o sucesso ou fracasso da técnica empregada, a evolução da fístula quanto aos trajetos fistulosos, às características qualitativas e quantitativas do efluente, à cicatrização, além das mudanças físicas e psicológicas do paciente^{2,4,5,9}.

A utilização de curativos oclusivos em situações em que não se conseguiu adaptação de um sistema coletor ou nos casos de fístulas de débito muito pequeno, dependerá das condições do paciente, da fístula e da pele peri-fistular. No entanto, sempre deve-se buscar, como prioridade, a proteção da pele, procurando-se, nas situações mais complexas, outras alternativas que possam ter sido testadas por outros profissionais. BRYANT³ e STEVENS⁹ citam, por exemplo, a utilização de moldes de silicone preconizados por Laing, nos casos de fístulas associadas a defeitos da parede abdominal.

Pelo exposto até aqui, pode-se constatar o quão complexo é o cuidado do paciente portador de fístulas digestivas e sua família, pela exigência de profissionais e produtos especializados. Assim, a estomaterapia veio contribuir fundamentalmente para a especificidade dessa assistência, com desen-

volvimento de técnicas, dispositivos e equipamentos também diferenciados e disponíveis somente a partir dos últimos anos.

É importante reforçar que a assistência deve ser interprofissional, onde a família tem um papel essencial, especialmente no processo de alta. Deve-se assim, trabalhar com objetivos atingíveis e com o compromisso do paciente com sua própria reabilitação.

SANTOS, V.L.C. de G. Skin care in digestive fistula. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 27, n. 1, p. 87-93, apr. 1993.

The author approaches about historical aspects, concepts, ethiology and treatment of digestive fistula. The skin care and drainage control are the basis of stomal therapy. So, the author discusses the specific nursing and ET care in this subject, including evaluation, procedures and resources.

UNITERMS: Digestive fistula. Skin. Enterostomal therapy.

Referências Bibliográficas

1. ALVAREZ GONZALEZ, M.T. Cuidados em las fístulas digestivas. /Apresentado no 3º Curso de Capacitacion em estomaterapia para enfermeria, Madrid, 1988./
2. BRECKMAN, B. Enfermeria del estoma. Madrid, Interamericana, 1987. p. 133-47: El cuidado de las fistulas y de las zonas de drenaje. 1987.
3. BRYANT, R.A. Acute and chronic wounds: nursing management. Saint Louis, Mosby, 1992. p. 248-81: Management of drain sites and fistulas.
4. DUNAVANT, M.K. Wound and fistula management. In: BROADWELL, D.C; JACKSON, B.S. Principles of ostomy care. Mosby, 1982, p. 658-86.
5. ITURRATE ARIN, J.M.; CHACEL TUYA, M. Fístulas enterourinarias y genitourinarias. In: CONGRESO NACIONAL DE OSTOMÍAS, INCONTINENCIAS Y FISTULAS DIGESTIVAS, Valencia, 1988. Anais, Valencia, 1988. p. 108-20.
6. MACIADO CALZO, I.; GUZMÁN BARBERO, I.R. Fístulas digestivas. Apresentado no 3º Curso de Experto em Estomaterapia para enfermeria, Madrid, 1989.
7. MAHONEY, J.M. Guide to ostomy nursing care. Boston, Little Brown, 1976. p. 137-55: Special procedures and techniques.
8. MARTÍ RAGUÉ, J.; RAMOS RUBIO, E.; ORTIZ HURTADO, H. Fístulas digestivas y urinarias. In: ORTIZ, H; MARTÍ RAGUÉ, J; FOULKES, B. Indicaciones y cuidados de los estomas. Barcelona, Editorial Jims, 1989. p. 271-88.
9. STEVENS, P.J.D'E. Cuidados de enfermeria. In: ORTIZ, H; MARTÍ RAGUÉ, J; FOULKES, B. In: Indicaciones y cuidados de los estomas. Barcelona, Editorial Jims, 1989. p. 288-305.
10. TAYLOR, I. Fistulae: the role of the stoma care nurse. In: CONGRESS OF THE WORLD COUNCIL OF ENTEROSTOMAL THERAPISTS (AN ASSOCIATION OF NURSES), 7; Suíça, 1988. Proceedings. Suíça, Pallex Internacional, 1988. p.42.