

579 - FISTULOCLISE: DESAFIO PARA PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO

Tipo: POSTER

Autores: GLORINHA PEREIRA ALVES (FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE BELO HORIZONTE), DANIEL NOGUEIRA CORTEZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI/CAMPUS CENTRO OESTE), JULIANO TEIXEIRA MORAES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI/CAMPUS CENTRO OESTE)

Introdução: Fístulas enteroatmosféricas (EAF) são conexões anormais entre o sistema gastrointestinal e a pele que podem ocorrer espontaneamente ou relacionadas à cirurgia; elas são comumente associadas à desnutrição e à sepse pós-cirúrgica (1). A EAF é uma das complicações mais temidas do abdome aberto apresentando um conjunto complexo de desafios cirúrgicos, nutricionais e de cuidados intensivos (2). Pacientes com EAF têm altas taxas de morbidades, que incluem perda de fluidos e eletrólitos e desequilíbrio ácido-base (3). O manejo da EAF constitui desafio para o trabalho do enfermeiro no que tange o cuidado à pele perifístula, mensuração de efluentes, utilização de equipamentos coletores e manutenção da nutrição por meio da fistuloclise. A fistuloclise é a reinfusão do efluente na sonda para absorção de nutrientes (1). **Objetivo:** descrever a técnica e desafios para a prática clínica do enfermeiro no manejo da fistuloclise. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência, desenvolvido no período de 30/06/23 a 18/07/23. **Resultados:** a técnica descrita a seguir refere-se à fistuloclise por meio de uma sonda enteral tamanho 12 em fistula distal até jejuno que se tornou uma jejunostomia. **Material para a técnica:** equipamentos de proteção individual; sonda enteral; equipamento coletor: sistema fistula ou bolsa colostomia 60mm com janela; pasta para estomia, espátula (para realizar rejunte entre ferida e equipamento coletor); frasco dieta 300ml; equipo dieta ou seringa 60ml; urofix; funil; cordão para melhor fixação da sonda e micropore. Para uma coleta eficaz do efluente é necessário que seja realizada por via gravitacional, através de um coletor (dispositivos coletores para estomias+urofix) que será aderido na parede abdominal-fístula e o conteúdo é drenado até atingir um volume de 250ml.

Em seguida realiza-se filtragem deste conteúdo por meio de uma peneira (utensílio doméstico destinado apenas a este fim) transferindo-o para um frasco próprio de dieta enteral com equipo. Após, conecta-se a sonda implantada para fistuloclise e novamente de maneira gravitacional com auxílio de um suporte, administra-se o efluente em forma de gotejamento lento. Se o efluente estiver com viscosidade elevada será necessário realizar fistuloclise de forma manual com o auxílio de uma seringa de 60ml de forma lenta até o término do conteúdo, denominado ciclo da fistuloclise. Em média a técnica é realizada duas vezes ao dia. Os desafios para a fistuloclise iniciam-se pela falta de literatura brasileira sobre a técnica, falta de experiência do enfermeiro com o manejo da fistuloclise, ausência do tema nos currículos de graduação ou pós-graduação (estomaterapia) e tempo demandado para o procedimento. **Conclusão:** a fistuloclise é pouco realizada na prática clínica o que limita a experiência de enfermeiros neste cuidado. A sua realização pode ser um entrave pela escassa disponibilidade de materiais bibliográficos no Brasil. Para superar os desafios descritos torna-se necessário buscar na literatura internacional as melhores adequações para conseguir concluir e seguir com o procedimento. O enfermeiro tem papel indispensável na avaliação e cuidado da fistuloclise que garante a sobrevida com qualidade durante e após a internação.