

# Factores contribuyentes asociados con complicaciones cutáneas periestomales: una revisión exhaustiva de la literatura

## RESUMEN

**Antecedentes** Las complicaciones cutáneas periestomales (PSCs) en el periodo postoperatorio temprano son comúnmente reportadas y consideradas en gran medida prevenibles por muchos. Además, afectan el bienestar general y la calidad de vida (QoL). Como parte de un estudio que investiga el número, tipo y etiología de las PSCs experimentadas por una cohorte de ostomizados de Australia Occidental, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura para establecer los factores contribuyentes asociados con las PSCs.

**Método** La búsqueda de literatura primaria se realizó desde enero de 2000 hasta septiembre de 2021 y la búsqueda secundaria se llevó a cabo de septiembre de 2021 a junio de 2023. Se incluyeron artículos publicados antes del año 2000 si eran trabajos seminales o si no existían otras publicaciones recientes sobre el tema.

**Resultados** A nivel internacional, se informó que las complicaciones cutáneas periestomales ocurren en un 6–80% de los casos y se presentan comúnmente durante los periodos postoperatorios temprano a tardío. La literatura identificó factores contribuyentes relacionados con el ostomizado, como obesidad, ubicación geográfica y acceso a seguimiento por parte de la enfermera de terapia estomal (STN), y factores relacionados con el estoma, como las principales causas de las PSCs. Se encontró que la evaluación integral de los factores de riesgo de PSCs, la educación sobre cuidados del estoma pre y postoperatorios, el seguimiento postoperatorio regular y la selección apropiada de dispositivos y accesorios constituyen las estrategias de prevención más efectivas.

**Discusión** La etiología de las PSCs es multifactorial y todos los factores contribuyentes deben ser considerados por las enfermeras de terapia estomal (STN). Los resultados se utilizaron para desarrollar una herramienta de evaluación de riesgos que puede guiar a las STN en la identificación de los ostomizados con mayor riesgo de PSCs. Este conocimiento orienta la implementación de intervenciones preventivas, las cuales se anticipa que reducirán la incidencia general de PSCs.

**Palabras clave** periestomal, piel, complicaciones, revisión de la literatura.

**Como referencia** Norman TL, et al. Contributing factors associated with peristomal skin complications: a comprehensive literature review. *WCET™ Journal*. 2026;46(1):11-19.

**DOI** <https://doi.org/10.33235/wcet.46.1.11-19>

## INTRODUCCIÓN

Periestomal se refiere a la piel que rodea el estoma y que está en contacto con la barrera cutánea adhesiva, mientras que paraestomal se refiere a un área junto al estoma.<sup>1</sup> Las complicaciones cutáneas peri/paraestomales (PSCs), aunque generalmente se consideran prevenibles, se estima que afectan al 6–80% de los ostomizados en algún momento después de la cirugía.<sup>2,3</sup> Es difícil conocer la verdadera prevalencia o incidencia de las PSCs debido a la

inconsistencia en la terminología, el tamaño y los métodos de los estudios realizados. Sin embargo, en Australia se realizó un estudio en 2023 para determinar un consenso en la terminología de las PSCs, y la terminología acordada se encuentra en el Apéndice 1.<sup>1</sup>

El riesgo de PSCs es mayor en el periodo postoperatorio temprano (primeras 12 semanas tras la cirugía) y puede tener importantes implicaciones financieras debido a la re-admisión hospitalaria y los costos del tratamiento incurridos.<sup>3,5</sup> Además, el desarrollo de una PSC puede tener un impacto perjudicial en la calidad de vida (QoL) y en la participación en las actividades de la vida diaria.<sup>6</sup> En preparación para la realización de un estudio diseñado para investigar el número, tipo y etiología de las PSCs experimentadas por una cohorte de ostomizados de Australia Occidental, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura para establecer lo que se conocía sobre las PSCs en relación con sus factores contribuyentes y su impacto en la QoL. Además, la información obtenida de la revisión de la literatura se utilizó para adaptar una Herramienta de Evaluación de Riesgo Periestomal (PRAT)<sup>7</sup> existente para su uso en el estudio.

**Tania L Norman\***

MN(Res), STN

WA Ostomy Association, Western Australia, Australia

Correo electrónico [tania.norman@hotmail.com](mailto:tania.norman@hotmail.com)

**Leanne Monterosso**

University of Notre Dame y Murdoch University, Western Australia, Australia

**Keryln Carville**

Silverchain y Curtin University, Western Australia, Australia

**Gail Ross-Adjie**

University of Notre Dame Australia, Western Australia, Australia

\* Autor correspondiente

## MÉTODOS

La búsqueda primaria se realizó para literatura publicada entre enero de 2000 y septiembre de 2021, y una búsqueda secundaria

para literatura publicada desde septiembre de 2021 hasta junio de 2023. Se incluyeron artículos publicados antes del año 2000 si se consideraban trabajos seminales o si no se identificaron fuentes recientes. Se buscaron las siguientes bases de datos: Summon, Medline, Cochrane, CINAHL y Scopus. Se exploraron los Medical Subject Headings (MeSH) de cada término clave de búsqueda y sus combinaciones en cada base de datos. Se utilizaron los operadores booleanos 'AND' y 'OR' para buscar los estudios relevantes. Las palabras clave que guiaron las búsquedas fueron: *complicaciones periestomales, estoma AND complicaciones, guías de piel periestomal, cuidados de seguimiento AND estoma, revisión de estoma, estoma AND daño cutáneo asociado a la humedad, estoma AND lesión cutánea relacionada con adhesivos médicos, calidad de vida, bienestar, AND heridas, autoeficacia*. También se realizó una búsqueda manual en libros de texto relevantes, sitios web y listas de referencias de artículos en texto completo. Las búsquedas se limitaron a literatura escrita en inglés y a estudios realizados en humanos. Los criterios de inclusión fueron: artículos en texto completo, relevantes para el tema, procedimientos quirúrgicos que resultaron en la formación de un estoma urinario o fecal, tipos de estomas estudiados y relacionados con adultos. Los criterios de exclusión fueron: resúmenes de congresos, estudios de caso o actas de congresos y estomas en niños.

## FACTORES CONTRIBUYENTES PARA PSC RELACIONADOS CON EL OSTOMIZADO Y EL ESTOMA

Los factores contribuyentes para PSC se dividieron en aquellos relacionados con el ostomizado y el estoma. Los relacionados con el ostomizado fueron: obesidad, discapacidad, edad, factores intrínsecos y extrínsecos, tiempo transcurrido desde la cirugía, seguimiento por parte del especialista en terapia estomal y ubicación geográfica. Los relacionados con el estoma fueron: posicionamiento del estoma, tipo de estoma, estoma de alto débito y características del estoma.

## FACTORES CONTRIBUYENTES DEL OSTOMIZADO

El World Council of Enterostomal Therapists® (WCET™)<sup>8</sup> indicó que el riesgo de PSCs probablemente aumenta un 75% si el ostomizado es obeso o tiene alguna discapacidad. Las causas comunes de PSCs identificadas en la literatura incluyeron: estomas a ras, retraídos, prolapsados o mal ubicados; dispositivos mal ajustados o con fugas; alergia a los componentes del dispositivo; partergia o condiciones fisiopatológicas.<sup>9</sup> Blessy et al.<sup>10</sup>, en su revisión integrativa de la literatura, añadieron como factores de riesgo adicionales de PSC el trauma mecánico, el tipo de cirugía y la demografía individual.

Otros autores informaron que las PSCs son más frecuentes en pacientes con ileostomías en asa.<sup>11,12,13</sup> Cottam et al.<sup>9</sup> confirmaron este hallazgo en su auditoría de casi 4000 ostomizados en 93 hospitales del Reino Unido, donde las ileostomías en asa se asociaron con las complicaciones más comunes. Sin embargo, los autores encontraron una variación en las complicaciones entre los diferentes hospitales, lo que podría indicar que la técnica quirúrgica o la calidad del seguimiento podrían estar asociadas con algunas PSCs.

## COMPLICACIONES PERIESTOMALES RELACIONADAS CON LA OBESIDAD

Un índice de masa corporal (IMC) superior a 25 puede aumentar el riesgo de PSCs debido al mayor riesgo de retracción y necrosis

del estoma, hernia paraestomal y estomas ubicados en pliegues o hendiduras.<sup>14,15</sup> Harilingam et al.<sup>16</sup> indicaron que, dado que la obesidad es un factor de riesgo importante para las PSCs, se propuso la necesidad de un plan de cuidados específico pre y postoperatorio que incluya la evaluación de varias áreas abdominales para la colocación del estoma, seguimiento postoperatorio frecuente e incorporación de un programa de pérdida de peso. Sin embargo, a pesar de estos informes, el estudio de Cottam et al.<sup>9</sup> sobre casi 4000 ostomizados encontró que el 34% (n=1350) presentó una PSC, pero no identificó que un IMC elevado fuera un factor contribuyente.

## DISCAPACIDAD Y COMPLICACIONES CUTÁNEAS PERIESTOMALES

El riesgo de desarrollar PSCs aumenta en personas con discapacidad física existente, lo que hace que el autocuidado del estoma sea más desafiante.<sup>8</sup> En particular, las discapacidades que incluyen: discapacidad visual, disminución de la destreza manual y reducción de la movilidad o actividad pueden dificultar la rehabilitación del autocuidado tras la cirugía de estoma,<sup>17,18</sup> al igual que los problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad, que inhiben aún más el autocuidado.<sup>19,20</sup> Además, un trastorno del aprendizaje o deterioro cognitivo puede predisponer al ostomizado a dificultades para comprender las instrucciones de autocuidado.<sup>21</sup> Por lo tanto, se recomienda que los cuidadores de ostomizados con discapacidad de aprendizaje o cognitiva participen en la educación sobre el cuidado del estoma proporcionada por la STN responsable y que las personas con discapacidades reciban un seguimiento post-alta más intensivo.

## COMPLICACIONES PERIESTOMALES RELACIONADAS CON LA EDAD

Voegeli et al.<sup>5</sup> realizaron una encuesta a más de 4000 ostomizados y encontraron que las personas mayores tenían menos probabilidades de reportar una PSC o de buscar ayuda en comparación con sus contrapartes más jóvenes. Por el contrario, Pittman et al.<sup>14</sup>, en su encuesta a 239 ostomizados veteranos de guerra menores de 60 años, descubrieron que tendían a presentar mayor irritación cutánea periestomal severa, problemas graves de fugas y mayor dificultad para adaptarse a la vida con un estoma que los participantes de 80 años o más. Tanto Pittman et al.<sup>14</sup> como Voegeli et al.<sup>5</sup> recopilaron sus datos mediante cuestionarios completados por los ostomizados, quienes evaluaron su propia piel periestomal, lo que podría haber hecho que los resultados fueran menos confiables, ya que los ostomizados podían variar en su capacidad para identificar complicaciones. Por el contrario, Whiteley y Sinclair.<sup>15</sup> realizaron un seguimiento clínico de 672 ostomizados durante dos a cuatro semanas después de la cirugía, y encontraron que los ostomizados de 40 años o menos al momento de la cirugía tenían una probabilidad significativamente mayor de desarrollar una PSC (p≤0,001). Whiteley y Sinclair<sup>15</sup> propusieron que los ostomizados menores de 40 años tenían más probabilidades de haber recibido un estoma debido a enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que afecta otros órganos como la piel y puede provocar úlceras periestomales dolorosas, como pioderma gangrenoso o úlceras de Crohn.<sup>22</sup> Sin embargo, también se puede argumentar que la piel envejecida es conocida por tener menor turgencia e hidratación y, por lo tanto, está predispuesta a daños por la retirada de adhesivos.<sup>23,24</sup>

## FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS

Boyles y Hunt<sup>23</sup> identificaron factores intrínsecos y extrínsecos que potencialmente pueden afectar la piel y estar asociados con las PSCs. Además del envejecimiento, otros factores intrínsecos que se ha informado que afectan los cambios en la piel periestomal fueron: diabetes, insuficiencia renal, inmunosupresión, hipertensión, tabaquismo, bajo nivel de hemoglobina, psoriasis, eccema, várices periestomales, hiperhidrosis y desnutrición.<sup>12,14,15,23,25,26</sup> Los tonos de piel más oscuros también pueden dificultar la evaluación de signos de inflamación o daño por presión, como el eritema.<sup>27</sup> Burch et al.<sup>26</sup> coincidieron en que la mayoría de la investigación sobre PSCs se ha realizado entre personas caucásicas y que la evaluación de piel más oscura podría ser más desafiante. Black et al.<sup>27</sup> indicaron que, dado que el eritema no es clínicamente visible en piel oscura, la probabilidad de que estas personas desarrollen lesiones por presión más graves que aquellas con piel clara aumenta. Por lo tanto, las STN deben ser eficaces en la identificación de signos tempranos de daño cutáneo en personas de piel oscura, de manera que se puedan emplear intervenciones apropiadas de prevención y tratamiento temprano.<sup>28</sup> Los factores extrínsecos que afectan la salud de la piel, como la desecación, la maceración debido a la incontinencia o a dispositivos con fugas, lesiones inducidas por radiación, presión y fricción del dispositivo o la ropa, y el uso de productos adhesivos, también pueden hacer que la piel sea más susceptible a las PSCs.<sup>23</sup>

## TIEMPO POSTERIOR A LA CIRUGÍA

Las complicaciones cutáneas periestomales suelen clasificarse en aquellas que ocurren de manera temprana, dentro del primer mes después de la cirugía, o tardías, para aquellas que ocurren más de un mes después de la cirugía.<sup>29</sup> Sin embargo, existen discrepancias en esta clasificación. Bosio et al.<sup>30</sup> clasifican el período temprano como dentro de los 15 días y las complicaciones tardías como aquellas que ocurren más de 15 días después de la cirugía. Independientemente de ello, varios autores describen un aumento en la incidencia de PSCs durante los primeros dos a tres meses posteriores a la cirugía.<sup>5,31,32,33</sup> El estudio prospectivo de Ratliff<sup>31</sup>, que siguió a 89 ostomizados durante los primeros dos meses postoperatorios, encontró que el 47% (n=42) desarrolló PSCs. En comparación, la encuesta multinacional realizada por Voegeli et al.<sup>5</sup> recopiló datos de más de 4000 ostomizados que habían tenido su estoma durante 10 años o más y encontró que los ostomizados tenían al menos una vez y media más probabilidad de presentar una PSC en los primeros dos años tras la cirugía, pero al quinto año concluyeron que el tiempo transcurrido desde la cirugía no era un predictor de PSCs. De manera contrastante, Meisner et al.<sup>34</sup> propusieron que las PSCs eran más comunes durante los primeros cinco años; sin embargo, describieron que el riesgo de complicaciones es de por vida.

## SEGUIMIENTO POR EL ESPECIALISTA EN TERAPIA ESTOMAL

La investigación ha indicado que los ostomizados a menudo no reconocen que han desarrollado una PSC y, por lo tanto, no buscan asistencia o revisión por parte de su STN. Herlufsen et al.<sup>35</sup> reclutaron a 202 ostomizados con estomas permanentes y encontraron que el 38% (n=77) de aquellos diagnosticados con una PSC admitieron que tenían un problema y, de estos, más del 80% (n=66) no buscaron asistencia. Curiosamente, Voegeli et al.<sup>5</sup> informaron que los ostomizados que tenían su estoma durante

algún tiempo eran menos propensos a buscar consejo, mientras que Blessy et al.<sup>10</sup> encontraron que la falta de conciencia o la capacidad de reconocer los síntomas tempranos aumentaba el riesgo de PSCs en los ostomizados. De manera similar, Williams et al.<sup>36</sup> revisaron a 80 ostomizados e informaron que casi todos presentaron algún problema cutáneo en algún momento, y propusieron que esto se debía en parte a la falta de conciencia del ostomizado, lo que los llevó a recomendar la necesidad de más educación y revisiones anuales. Por el contrario, Pringle y Swan<sup>37</sup> informaron que el 43% de los ostomizados presentó PSCs durante el primer año después de la cirugía y recomendaron revisiones cada seis meses durante el primer año, extendiéndose a revisiones anuales posteriormente. Pringle y Swan<sup>37</sup> sugirieron que las clínicas dirigidas por enfermeras con atención sin cita previa podrían ser una posible solución para garantizar revisiones oportunas por parte de una STN. Sin embargo, Salvadalena<sup>33</sup> observó a 43 ostomizados durante 3 meses postoperatorios y encontró que, a pesar de las revisiones regulares, una proporción elevada (63%, n=27) todavía desarrolló PSCs. Salvadalena<sup>33</sup> propuso que, independientemente de la frecuencia del seguimiento, algunos ostomizados todavía adquirirían una PSC, lo que indica la necesidad de una mayor investigación sobre intervenciones preventivas.

Lamentablemente, muchos ostomizados en Australia no tienen un acceso equitativo a una STN debido a su ubicación remota y posibles barreras lingüísticas.<sup>38</sup> Burch et al.<sup>26</sup> describieron cómo aquellos con bajo nivel de inglés o alfabetización en salud presentan peores resultados de salud en comparación con la población general, ya que no pueden verbalizar sus necesidades de salud percibidas ni sus preferencias culturales o religiosas.

## UBICACIÓN GEOGRÁFICA

Se ha encontrado que las personas que viven en comunidades rurales presentan peores resultados de salud que sus contrapartes metropolitanas y tienen mayor probabilidad de morir antes tras un diagnóstico de cáncer debido al acceso inequitativo a tratamiento y apoyo oncológico.<sup>39</sup> Con frecuencia, quienes residen en áreas rurales retrasan admitir que tienen un problema o son reacios a buscar una revisión médica. Se han citado rasgos de carácter como el "optimismo", la "estoicidad" y el "machismo" como razones de este retraso en esta cohorte, junto con demoras en el diagnóstico, falta de apoyo de atención primaria y acceso limitado a centros de tratamiento.<sup>39</sup>

En Australia Occidental (WA) hay aproximadamente 1000 ostomizados rurales. Para abordar esta brecha, en 2014 se estableció el "Programa de Salud Intestinal y Estomal de WA" (Bowel & Stoma Health WA Program), que ofrece un servicio de consulta financiado y coordinado por la Western Australia Ostomy Association (WAOA), con el propósito específico de brindar apoyo a los ostomizados rurales. Como parte de este servicio, una STN visita anualmente al menos las localidades rurales y remotas de WA, y realiza clínicas para revisar a los ostomizados y proporcionar educación a los profesionales de la salud que trabajan en la zona. Hasta la fecha, se han revisado más de 500 ostomizados y los datos obtenidos de 100 de estos ostomizados rurales mostraron que el 86% (n=86) presentaba PSC asociadas con dispositivos de tamaño incorrecto, lo que provocaba fugas, granulomas y hernias paraestomales; además, 30 de los 100 ostomizados reportaron disfunción sexual, problemas en relaciones personales y depresión.<sup>36</sup>

## FACTORES CONTRIBUYENTES DEL ESTOMA

### Posicionamiento del estoma

Se recomienda encarecidamente la marcación preoperatoria del estoma, que generalmente es realizada por una STN o cirujano; esta determina el mejor lugar para ubicar el estoma en el abdomen.<sup>17</sup> Según Blessy et al.<sup>10</sup>, los pacientes que no tienen el sitio del estoma marcado previamente a la cirugía tienen más probabilidades de desarrollar una PSC debido a dispositivos mal ajustados y con fugas si el estoma se ubica en un plano abdominal irregular, un pliegue o una cicatriz. Un estudio de Persson et al.<sup>11</sup>, realizado entre 100 ostomizados, midió la incidencia de PSCs y su impacto asociado en la reducción de la calidad de vida, cuando la mitad de los participantes del estudio había recibido educación preoperatoria y marcación del estoma y la otra mitad no. Se encontró una diferencia significativa en las PSCs postoperatorias ( $p=0,01$ ), que incluían hernias periestomales y fugas de dispositivos en el grupo que no tuvo el estoma marcado, y este grupo también presentó puntuaciones mucho más bajas en la calidad de vida.

Ambe et al.<sup>42</sup>, en su revisión sistemática y metaanálisis de 27 artículos relacionados con la marcación preoperatoria del estoma, encontraron que existía un alto riesgo de sesgo entre los estudios, los cuales eran principalmente observacionales y realizados en centros únicos, donde más ostomizados se sometieron a cirugía planificada en comparación con cirugía de emergencia. Además, las complicaciones mayores del estoma (como prolapso, retracción, estenosis y dehiscencia mucocutánea) se identificaron con frecuencia debido a una mala ubicación del estoma o a la ausencia de esta.<sup>42</sup> Sin embargo, los autores de la revisión concluyeron que, a pesar de la baja calidad de la evidencia, un estoma ubicado en una posición visible para el ostomizado y que evite cicatrices y pliegues cutáneos tiene una influencia directa en la prevención de fugas y en la reducción de las complicaciones cutáneas asociadas.

### Tipo de estoma

Un estudio anterior que revisó a 1616 ostomizados entre 1976–1995 encontró que el 75% de las complicaciones del estoma y las PSCs ocurrieron en ostomizados con ileostomía en asa.<sup>43</sup> Un estoma en asa se forma cuando un bucle del intestino delgado o grueso se exterioriza sobre el abdomen y una incisión en el intestino revela una abertura proximal y otra distal.<sup>44</sup> Persson et al.<sup>11</sup> descubrieron que los pacientes con ileostomías en asa experimentaban un 13% más de PSCs que aquellos con ileostomías finales o terminales. Steinhagen et al.<sup>12</sup> informaron que las PSCs ocurrieron en el 25–43% de los pacientes con ileostomías y en el 7–20% de aquellos con colostomías. No es sorprendente que las ileostomías en asa parezcan asociarse con un mayor riesgo de PSCs, ya que generan un alto volumen de efluente líquido, lo que hace que las fugas sean más probables, especialmente si el estoma está a ras de la piel en lugar de tener forma de pico.<sup>8</sup>

### Alto débito del estoma

Después de la cirugía de ileostomía, el efluente inicial es bastante líquido, pero generalmente se espesará con el tiempo dependiendo de la ingesta dietética.<sup>45</sup> Un dispositivo para estomía generalmente contiene alrededor de 400–600 ml de efluente y se recomienda vaciarlo cuando esté lleno en un tercio.<sup>5</sup> Inicialmente, el ostomizado puede vaciar su bolsa entre ocho y diez veces al día, reduciéndose de cuatro a seis veces diarias después de tres meses.<sup>45</sup> A veces, el efluente continúa siendo líquido, particularmente en ostomizados a quienes se les ha

extirpado una gran porción del intestino delgado, lo que puede conducir rápidamente a la deshidratación y, si no se trata de manera oportuna, a daño renal.<sup>5</sup> Steinhagen et al.<sup>12</sup> informaron que el 17% de los ileostomizados fueron re-hospitalizados debido a deshidratación por estomas de alto débito. Además, un estoma de alto débito también puede aumentar el riesgo de fugas del dispositivo, lo que conduce a dermatitis de contacto irritante debido a la naturaleza erosiva del efluente no controlado.<sup>15</sup>

### Características del estoma

Los estomas de urostomía e ileostomía generalmente son creados por el cirujano con forma de “pico” (al menos 2 cm por encima del nivel de la piel circundante), lo que facilita el drenaje del efluente hacia el dispositivo. Si el estoma está retraído (por debajo del nivel de la piel) o a ras (al nivel) de la piel circundante, es más probable que ocurran PSCs como dermatitis irritante debido a fugas.<sup>14</sup> En otro estudio, casi todos los pacientes con estoma de colostomía con altura  $\leq 5$  mm o ileostomía terminal e ileostomía en asa con altura  $\leq 20$  mm experimentaron fugas y problemas cutáneos.<sup>11</sup> Sin embargo, incluso cuando el estoma sobresale más de 20 mm, el ostomizado todavía puede experimentar problemas de fugas si la apertura del estoma apunta hacia abajo.<sup>17</sup>

## PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL DISPOSITIVO Y LOS ACCESORIOS

### Dispositivos

La PSC más frecuentemente reportada es la dermatitis de contacto irritante, que también puede denominarse daño cutáneo periestomal asociado a la humedad (PMASD), y que surge por la exposición prolongada de la piel al efluente.<sup>5,32,41,46,47</sup> Un dispositivo mal ajustado es la causa más probable de fugas y la posterior erosión y ulceración de la piel debido a la alteración de la función de barrera cutánea asociada con el contacto frecuente o prolongado con el efluente.<sup>5</sup> En una revisión de seguimiento de 80 ostomizados, se encontró que el 44% ( $n=35$ ) presentaba piel “irritada” y, de estos, el 21% tenía un dispositivo mal ajustado.<sup>15</sup> Una vez que la piel está erosionada o ulcerada, se vuelve difícil adherir un dispositivo, lo que crea un ciclo vicioso de fugas que conducen a un mayor daño cutáneo.<sup>15,49</sup>

Blessy et al.<sup>10</sup> investigaron los factores contribuyentes de las PSCs y encontraron que el 61% de las PSCs fueron causadas por dispositivos con fugas. En Australia, existen más de 3700 tipos diferentes de dispositivos para estomía en el Stoma Appliance Scheme (SAS) financiado por el gobierno, y estos son fabricados por seis empresas distintas.<sup>50</sup> La variedad y elección de los dispositivos disponibles se debe en gran medida al reconocimiento de que existen muchas variaciones en las presentaciones clínicas del estoma y en los perfiles abdominales, y que hasta ahora ningún dispositivo puede adaptarse a todos los casos. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, uno de los roles clave de una STN es garantizar que el ostomizado cuente con un dispositivo correctamente ajustado y seguro, y que su selección se base en la evaluación del perfil corporal y del tipo de estoma. Buckle<sup>51</sup> presentó una herramienta de evaluación del estoma para ayudar en la selección del dispositivo según el perfil corporal y las características del estoma, basada en los hallazgos de un estudio que reclutó a más de 3000 ostomizados en 18 países. Este mismo estudio predijo que, con un seguimiento regular por especialistas y la selección correcta del dispositivo, la incidencia de PSCs podría reducirse en un 36% y los cambios de bolsa no planificados en un 25%, con una reducción concomitante en el uso de accesorios del 30%.<sup>51</sup>

Los dispositivos mal ajustados también pueden provocar el desarrollo de granulomas mucosos o mucocutáneos, que son tejidos elevados de forma irregular alrededor de la unión mucocutánea o sobre la mucosa del estoma. Los granulomas pueden ser propensos a sangrar, lo que dificulta la adhesión del dispositivo.<sup>50,53</sup> Además, la exposición crónica al efluente fecal puede causar que la piel desarrolle pápulas y placas elevadas y, a veces, metaplasia intestinal, que puede aparecer como una placa roja, erosionada o ulcerada, continua con el estoma.<sup>54</sup> La exposición crónica a orina alcalina puede provocar el desarrollo de pápulas similares a verrugas o hiperplasia, lo que se denomina con términos sinónimos como dermatitis papilomatosa crónica, hiperplasia pseudoepiteliomatosa<sup>54</sup> o lesiones pseudoverrugas.<sup>52</sup>

Además, si un dispositivo se “arranca” de la piel en lugar de retirarse suavemente, puede producirse desgarro cutáneo, lo que a veces se denomina lesión cutánea periestomal relacionada con adhesivo médico (PMARSI).<sup>55</sup> El vello en la piel periestomal (particularmente en hombres hirsutos) puede adherirse al dispositivo y causar trauma al retirarlo, provocando inflamación del folículo piloso y foliculitis.<sup>56</sup> Debido al riesgo de daño cutáneo potencial al cambiar un dispositivo, es esencial que los ostomizados reciban educación sobre la retirada suave.

Los dispositivos están disponibles en formato de una o dos piezas. Un dispositivo de una pieza tiene la barrera cutánea adhesiva unida a la bolsa, mientras que un dispositivo de dos piezas tiene la barrera cutánea adhesiva separada de la bolsa, lo que a menudo se denomina placa base.<sup>50</sup> La preferencia personal del ostomizado generalmente determina la selección del dispositivo, pero, en general, un dispositivo de dos piezas tendrá una barrera cutánea más duradera, lo que puede reducir la frecuencia de cambio de la placa base, aunque hay poca evidencia que guíe el tiempo de uso ideal de los dispositivos. Colwell et al.<sup>47</sup> discutieron las directrices de práctica para la selección del dispositivo y la frecuencia de seguimiento post-alta, pero no hicieron recomendaciones sobre la frecuencia de cambio de la bolsa. Burch<sup>57</sup> comparó ambos sistemas, de una y dos piezas, y las preferencias de tiempo de uso de los ostomizados, proponiendo que un sistema de dos piezas puede permanecer in situ de uno a tres días, aunque en Estados Unidos la recomendación podría ser de hasta siete días debido a limitaciones de coste entre los ostomizados que se financian por sí mismos. De manera interesante, Burch et al.<sup>57</sup> solo discutieron el uso de dispositivos de una pieza y recomendaron que, tanto para ileostomías como urostomías, el dispositivo debe cambiarse cada dos días o diariamente, y para colostomías hasta tres veces al día. No estaba claro por qué los autores no discutieron los dispositivos de dos piezas.

Blessy et al.<sup>10</sup> afirmaron que la frecuencia con la que se retiraba una barrera cutánea, la rapidez con que se retiraba y la fricción excesiva durante la limpieza podrían contribuir a las PSCs, y recomendaron que el dispositivo se use entre tres y siete días. Sin embargo, Bourgois et al.<sup>58</sup>, en su estudio transversal que buscaba determinar la satisfacción de los ostomizados con sus dispositivos, encontraron que la erupción cutánea era la PSC más comúnmente reportada y que había un aumento significativo de problemas cutáneos en aquellos que mantenían el dispositivo hasta 3 días, en comparación con quienes lo cambiaban con mayor frecuencia ( $p=0,03$ ). Salvadalena<sup>33</sup> realizó seguimiento a 43 ostomizados durante tres meses postoperatorios e informó un tiempo medio de uso de 3,5 días, pero no especificó si se trataba de un dispositivo de una o dos piezas. Este autor observó que existía una correlación directa entre la ausencia de erosión y un tiempo de uso más

prolongado. En general, el acceso a los dispositivos y su coste puede determinar la frecuencia del régimen de cambio.

La mayoría de las empresas de dispositivos para estomía incorporan aditivos en sus barreras, promovidos para mejorar la condición de la piel, como aloe vera, ceramida y miel. Las comparaciones de estas barreras cutáneas con medicamentos no fueron exploradas en esta revisión de la bibliografía.

### Accesorios

Además de los dispositivos, los accesorios para productos de estomía, que incluyen pastas, sellos, polvos y toallitas para barrera cutánea, a veces son necesarios para garantizar una protección óptima de la piel, la seguridad del dispositivo y productos de tratamiento para las PSCs. O’Flynn<sup>49</sup> recomendó el uso de limpiadores cutáneos y sprays o toallitas de barrera para proteger la piel periestomal contra el contacto con el efluente. Por el contrario, Bibi<sup>59</sup> y un panel de nueve STN y consultores clínicos reportaron que preferían un dispositivo correctamente ajustado en lugar de accesorios de barrera, a menos que existiera erosión o ulceración de la piel. Según la experiencia del autor, el uso excesivo de productos de barrera cutánea puede interferir con la adhesión del dispositivo y, por lo tanto, aumentar los problemas, además de incrementar la carga financiera para los individuos y las agencias de salud.

## CONCLUSIÓN

Esta revisión de la bibliografía proporcionó información sobre la prevalencia y el tipo de PSCs e identificó la necesidad de un diagnóstico definitivo y la identificación de la etiología de las PSCs para orientar estrategias preventivas de prehabilitación e intervenciones postoperatorias. La revisión destacó las dificultades para evaluar los cambios en la piel periestomal en individuos de piel oscura y subrayó el valor de la educación sobre cuidados del estoma pre y postoperatorios, así como de las revisiones clínicas regulares post-alta. Se resaltó la necesidad de dispositivos adecuadamente ajustados para prevenir fugas de efluente y la pérdida asociada de la integridad cutánea. Además, la revisión de la literatura enfatizó la necesidad de una evaluación integral de los factores de riesgo y el uso de un instrumento validado para la evaluación del riesgo de PSC. Se propone la necesidad de investigaciones adicionales para determinar un consenso sobre el tipo y la frecuencia de las intervenciones preventivas, con el fin de mejorar los resultados para los ostomizados.

## CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación por este estudio.

## REFERENCIAS

1. Carville K, et al. A consensus on stomal, parastomal and peristomal complications. *WCET™ Journal*. 2022;42(3):12–22. doi: 10.33235/wcet.42.3.12-22
2. LeBlanc K, Whiteley I, McNichol L, Salvadalena G, et al. Peristomal medical adhesive-related skin injury: Results of an international consensus meeting. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2019;46(2):125–136
3. Taneja C, Netsch D, Rolstad BS et al. Risk and economic burden of peristomal skin complications following ostomy surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2019;46(2):143–149. doi: 10.1097/WON.0000000000000509

4. Salvadalena GD. Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy, and urostomy: A systematic review. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2008;35(6):596–607.
5. Voegeli D, Karlsmark T, Eddes EH, et al. Factors influencing the incidence of peristomal skin complications: evidence from a multinational survey on living with a stoma. *Gastroenterol Nurs.* 2020;18(Sup4):S31–38. doi: 10.12968/gasn.2020.18.Sup4.S31
6. Augustin M, Carville K, Clark M et al. International consensus: Optimising wellbeing in people living with a wound. An expert working group review. *Wounds International*; 2012. <https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/sites/8/2023/02/c3a58a73ca934b6989ffdb0e31d2c45d.pdf>
7. Norman T. Peristomal skin quality of life tool [Unpublished report]. School of Nursing and Midwifery 2023; University of Notre Dame Australia.
8. World Council of Enterostomal Therapists®. WCET™ International Ostomy Guideline, 2nd ed. Cambridge Media; 2020.
9. Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Dis.* 2007;9(9):834–838. doi: 10.1111/j.1463-1318.2007.01213.x
10. Blessy J, Kim MY, Kelly D. Risk factors associated with peristomal skin complications: Integrative literature. *WCET™ Journal.* 2018; 8(2):41–42.
11. Persson E, Berndtsson I, Carlsson E, Hallén AM, Lindholm E. Stoma-related complications and stoma size - a 2-year follow up. *Colorectal Dis.* 2010;12(10):971–976. doi: 10.1111/j.1463-1318.2009.01941.x
12. Steinhagen E, Colwell J, Cannon LM. Intestinal stomas—postoperative stoma care and peristomal skin complications. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017;30(3):184–192. doi: 10.1055/s-0037-1598159
13. Woo KY, Sibbald R G, Ayello E A, Coutts PM, Garde DE. Peristomal skin complications and management. *Adv Wound Care.* 2009;22(11):522–532. doi: 10.1097/01.asw.0000305497.15768.cb
14. Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2008;35(5):493–503. doi: 10.1097/01.won.0000335961.68113.cb
15. Whiteley I, Sinclair G. A review of peristomal skin complications after the formation of an ileostomy, colostomy or ileal conduit. *WCET™ Journal.* 2010;30(3):23–29.
16. Harilingam M, Sebastian J, Twum-Barima C, Boshnaq M, et al. Patient-related factors influence the risk of developing intestinal stoma complications in early post-operative period. *ANZ J Surg.* 2017;87(10):E116–120. doi: 10.1111/ans.13397
17. Carmel JE, Colwell JC, Goldberg MT. *Wound Ostomy and Continence Nurse Society: Core curriculum: Ostomy management*, 1st ed. Wolters Kluwer; 2016.
18. Dorman C. *Ostomy basics.* RN. 2009;72(7):22–27.
19. Lam RW, Mok H. *Depression.* Oxford University Press; 2012
20. Craske MGP, Stein MBP. Anxiety. *Lancet (Brit ed).* 2016;388(10063), 3048–3059. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30381-6
21. Borwell B. Rehabilitation and stoma care: Addressing the psychological needs. *Br J Nurs.* 2009;18(Sup1):S20–25. doi: 10.12968/bjon.2009.18.Sup1.39632
22. Vavricka SR, Schoepfer A, Scharl M. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2015; 21(8):1982–1992. doi: 10.1097/MIB.0000000000000392
23. Boyles A, Hunt S. Care and management of a stoma: Maintaining peristomal skin health. *Br J Nurs.* 2016;25(17):S14–21. doi: 10.12968/bjon.2016.25.17.S14
24. Hansen AS, Bechshøft CJL, Martins L, et al. A risk factor model for peristomal skin complications. *WCET™ Journal.* 2022;42(4):14–30 doi: 10.33235/wcet.42.4.14-30
25. Kalkbrenner K, Sanniec K, Bryant L et al. Intradermal botulinum toxin a for peristomal hyperhidrosis: A case study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2014;41(5):484–486. doi: 10.1097/WON.0000000000000061
26. Burch J, Boyles A, Maltby E, et al. Keep it simple: peristomal skin health, quality of life and wellbeing. *BJN.* 2021;30 (Suppl. 6):5–24. doi: 10.12968/bjon.2021.30.Sup6.1
27. Black J, Cox J, Capasso V et al. Current perspectives on pressure injuries in persons with dark skin tones from the National Pressure Injury Advisory Panel. *Adv Wound Care.* 2023;36(9):470–480. doi: 10.1097/ASW.0000000000000032
28. Vernon E, White P. Assessing and documenting dark skin tones in stoma care. *Br J Nurs.* 2023;32(22):S22–26. doi: 10.12968/bjon.2023.32.22.S22..
29. Kumar M, Pednekar J, Goyal D et al. Post-operative complications of ostomy - A study of 100 cases. *Int J Sug Med.* 2023;9(3):30–32. doi: 10.5455/ijsm.136-1650831280
30. Bosio G, Pisani F, Lucibello L et al. A proposal for classifying peristomal skin disorders: Results of a multicenter observational study. *Ostomy Wound Manage* 2007;53(9):38–43. PMID: 17893429
31. Ratliff CR. Early peristomal skin complications reported by WOC nurses. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2010;37(5):505–510. doi: 10.1097/WON.0b013e3181edac57
32. Ratliff CR, Scarano KA, Donovan A M. Descriptive study of peristomal complications. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2005;32(1):33–37.
33. Salvadalena GD. The incidence of stoma and peristomal complications during the first 3 months after ostomy creation. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013;40(4):400–406. doi: 10.1097/WON.0b013e318295a12b
34. Meisner S, Lehur PA, Moran B, et al. Peristomal skin complications are common, expensive, and difficult to manage: A population based cost modeling study. *PLoS.* 2012;7(5):e37813. doi: 10.1371/journal.pone.0037813
35. Herlufsen P, Olsen AG, Carlsen B, et al. Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *Br J Nurs.* 2006;15(16):854–862. doi: 10.12968/bjon.2006.15.16.21848
36. Williams J, Gwillam B, Sutherland N, et al. Evaluating skin care problems in people with stomas. *Br J Nurs.* 2010;19(Sup7):S6–15. doi: 10.12968/bjon.2010.19.Sup7.78569
37. Pringle W, Swan E. Continuing care after discharge from hospital for stoma patients. *Br J Nurs.* 2001;10(19):1275–1288.
38. Norman T. The impact of living in rural communities without direct access to a STN. *J Stomal Therapy Australia.* 2021;41(1):24–26. doi: 10.33235/jsta.41.1.24-26
39. Emery JD, Gray V, Walter FM, et al. The improving rural cancer outcomes trial: A cluster-randomised controlled trial of a complex intervention to reduce time to diagnosis in rural cancer patients in Western Australia. *Br J Cancer.* 2017;117(10):1459–1469. doi: 10.1038/bjc.2017.310
40. Norman T. Stoma care nursing in a rural setting: A report from Western Australia. *Gastroenterol Nurs.* 2017;15(5):36–44. doi: 10.12968/gasn.2017.15.5.36
41. Person B, Ifargan R, Lachter J, et al. The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. *Dis Colon Rectum.* 2012;55(7):783–787.
42. Ambe P, Kugler CM, Breuing J, et al. The effect of preoperative stoma site marking on risk of stoma-related complications in patients with intestinal ostomy — A systematic review and meta-analysis. *Colorectal Dis.* 2022;24(8):904–917. doi: 10.1111/codi.16118
43. Park JJ, Del Pino A, Orsay CP, et al. Stoma complications: The Cook County Hospital experience. *Dis Colon Rectum.* 1999;42(12):1575–1580.
44. Wound Ostomy and Continence Nurse Society. Clinical guideline: Management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy—An executive summary. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2018;45(1):50–58. doi: 10.1097/WON.0000000000000396


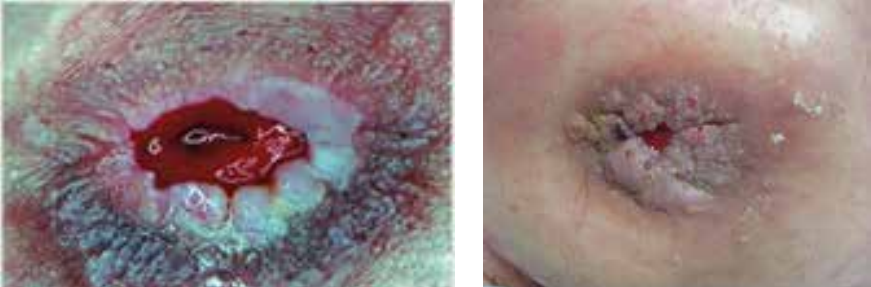

45. Blackley P. *Practical Stoma Wound and Continence Management* 1st ed. Australia Research Publications Pty Ltd; 1998.
46. Antonini M, Arena R, Mancini S. Peristomal skin changes: What treatment should be adopted?: Results of an observational multi-centre study. *WCET™ Journal*. 2018;38(1):30–34.
47. Colwell JC, Bain KA, Hansen AS et al. International consensus results: Development of practice guidelines for assessment of peristomal body and stoma profiles, patient engagement, and patient follow-up. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2019;46(6):497–504. doi: 0.1097/WON.0000000000000599
48. Ratliff CR, Donovan AM. Frequency of peristomal complications. *Ostomy Wound Manage*. 2001;47(8):26–29.
49. O'Flynn SK. Peristomal skin damage: Assessment, prevention and treatment. *Br J Nurs*. 2019;28(5):S6–12. doi: 10.12968/bjon.2019.28.5.S6
50. Australian Government Stoma Appliance Scheme; Australian Government; 2023. <https://www.health.gov.au/our-work/stoma-appliance-scheme>
51. Buckle N. The dilemma of choice: Introduction to a stoma assessment tool. *Gastroenterol Nurs*. 2013;11(4):26–32. doi: 10.12968/gasn.2013.11.4.26
52. Norman T, Haesler E, Carville K, et al. Establishing a consensus on stomal, parastomal and peristomal complications. *J Stomal Ther Aust*. 2022;42(2):10–19. doi: 10.33235/jsta.42.2.10-19
53. Swash C. Stories from the bedside: Pouching for an ostomy patient with granulomas. *WCET™ Journal*. 2013;33(2):35–36.
54. Lyon CC, Smith AJ. *Abdominal Stomas and their Disorders: An Atlas of Diagnosis and Management*. Taylor & Francis; 2001.
55. Stephen-Haynes J. The outcomes of barrier protection in periwound skin and stoma care. *Br J Nurs*. 2014;23(Sup5):S26–30. doi: 10.12968/bjon.2014.23.Sup5.S26
56. Stelton S. Stoma and peristomal skin care: A clinical review. *Am J Nurs*. 2019;119(6):38–45. doi: 10.1097/01.Naj.0000559781.86311.64
57. Burch J. One-piece and two-piece pouches: What's the difference? *Br J Nurs*. 2011;20(14):858–860. doi:10.12968/bjon.2011.20.14.858
58. Bourgois M, Evers G, Filez L. Satisfaction of ileostomy and colostomy patients with their ostomy collection devices. *WCET™ Journal*. 2001;21(3):16–20.
59. Bibi F. Meeting report: Managing peristomal skin complications. *Br J Nurs*. 2019;28(5):S20–23. doi: 10.12968/bjon.2019.28.5.S20




## APÉNDICE

Glosario de términos de consenso australiano para las complicaciones estomacales.

# Glosario de términos de consenso australiano para complicaciones estomacales

Todas las fotos se utilizan con permiso, © los autores

<p>Dermatitis alérgica de contacto peri/paraestomal</p>	<p>La dermatitis alérgica de contacto para/peristomal es una reacción cutánea inflamatoria y típicamente delimitada debida a la hipersensibilidad o a la alergia resultante del contacto con un producto.</p> 
<p>Dermatitis irritante peri/paraestomal</p>	<p>La dermatitis irritante para/periestomal es una inflamación, erosión o ulceración debida al contacto sostenido con el efluente estomacal.</p> 
<p>Lesiones pseudoverrugosas</p>	<p>Las lesiones pseudoverrugosas son hiperqueratosis húmedas o secas que se producen debido a la exposición sostenida a la orina (generalmente alcalina).</p> 
<p>Granuloma</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Granuloma mucocutáneo</li><li>• Granuloma mucoso</li></ul>	<p>Un granuloma es una hipergranulación papular friable debida a una respuesta inflamatoria a una irritación localizada y a menudo prolongada.</p> <p>Un granuloma puede localizarse en el estoma (granuloma mucoso) o en la unión entre la mucosa y la piel (granuloma mucocutáneo).</p> <p><b>Mucocutáneo:</b></p>  <p><b>Mucoso:</b></p> 

<p>Erosión peri/paraestomal</p>	<p>La erosión para/periostomal es la pérdida parcial o total de la epidermis debido a la humedad, a un traumatismo o a una respuesta alérgica.</p> 
<p>Excoriación peri/paraestomal</p>	<p>La excoriación para/periostomal es la pérdida epidérmica o parcial de la dermis con un aspecto lineal o punteado que se produce debido al rascado o a una lesión.</p> 
<p>Implantes de células de la mucosa periestomal</p>	<p>Los implantes de células de la mucosa periestomal son el trasplante de células de la mucosa a la piel periestomal durante la sutura al construir el estoma.</p> 
<p>Lesión cutánea periestomal relacionada con adhesivo médico (MARSÍ)</p>	<p>La lesión cutánea para/periostomal relacionada con el adhesivo médico (MARSÍ) es un eritema persistente, una vesícula, una bolla, una erosión, una ulceración o un desgarro que se produce como resultado de la aplicación o la retirada de productos adhesivos. El término se refiere a las afecciones relacionadas con la aplicación y/o la retirada de productos médicos adhesivos, como las ampollas de tensión y el desprendimiento de piel.</p> 
<p>Desprendimiento de piel Ampolla de tensión</p>	<p>Estos términos fueron eliminados de la terminología. Los expertos consideraron que el término general lesión cutánea relacionada con adhesivo médico es más apropiado y debería reemplazar los términos ampolla por tensión y desprendimiento de la piel. Una de las razones era que no estaba claro si la lesión de la piel se produjo debido al proceso de aplicación o retirada del producto médico adhesivo.</p>