Fatores contribuintes associados às complicações da pele periestomal: uma revisão abrangente da literatura

RESUMO

Contexto As complicações da pele periestomal (CPPs) no período pós-operatório inicial são comumente relatadas e consideradas, em grande parte, preveníveis por muitos profissionais. Além disso, afetam o bem-estar geral e a qualidade de vida (QV). Como parte de um estudo investigando o número, tipo e etiologia das CPPs experimentadas por uma coorte de ostomizados da Austrália Ocidental, foi realizada uma revisão abrangente da literatura para identificar os fatores contribuintes associados às CPPs.

Método A busca primária na literatura foi conduzida de janeiro de 2000 a setembro de 2021, e a busca secundária de setembro de 2021 a junho de 2023. Artigos publicados antes de 2000 foram incluídos se fossem trabalhos seminais ou se não houvesse publicações recentes sobre o tema.

Resultados Internacionalmente, as complicações da pele periestomal foram relatadas em 6–80% dos casos e ocorreram com maior frequência nos períodos pós-operatórios inicial a tardio. A literatura identificou fatores contribuintes relacionados ao ostomizado, como obesidade, localização geográfica e acesso ao acompanhamento de enfermeiros especializados em terapia estomal (STNs), e fatores relacionados ao estoma, como causas primárias das CPPs. A avaliação abrangente dos fatores de risco para CPPs, educação sobre cuidados estomais pré e pós-operatórios, acompanhamento pós-operatório regular e seleção apropriada de dispositivos e acessórios foram identificados como as estratégias de prevenção mais eficazes.

Discussão A etiologia das CPPs é multifatorial, e todos os fatores contribuintes precisam ser considerados pelos enfermeiros de terapia estomal (STNs). Os resultados foram utilizados para informar uma ferramenta de avaliação de risco que pode guiar os STNs na identificação dos ostomizados com maior risco de desenvolver CPPs. Esse conhecimento orienta a implementação de intervenções preventivas, as quais se espera reduzir a incidência geral de CPPs.

Palavras-chave periestomal, pele, complicações, revisão de literatura.

Para referência 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

INTRODUÇÃO

Periestomal refere-se à pele ao redor do estoma que está em contato com a barreira adesiva, enquanto parastomal refere-se a uma área adjacente ao estoma.[1] As complicações da pele peri/parastomal (CPPs), embora geralmente consideradas preveníveis, estima-se que afetem de 6 a 80% dos ostomizados em algum momento após a cirurgia.[2,3] É difícil determinar a verdadeira prevalência ou incidência das CPPs devido à inconsistência na terminologia, ao tamanho e aos métodos dos estudos realizados. No entanto, um estudo que definiu um consenso em terminologia de CPPs foi conduzido na Austrália em 2023, e a terminologia acordada encontra-se no Apêndice 1.[1]

O risco de CPPs é maior no período pós-operatório inicial (primeiras 12 semanas após a cirurgia) e pode ter implicações financeiras significativas devido a readmissões hospitalares e custos de tratamento incorridos.[3,5] Além disso, o desenvolvimento de uma CPP pode ter impacto negativo na qualidade de vida (QV) e na participação nas atividades da vida diária.[6] Em preparação para a realização de um estudo destinado a investigar o número, tipo e etiologia das CPPs experimentadas por uma coorte de ostomizados da Austrália Ocidental, foi realizada uma revisão abrangente da literatura para estabelecer o que se sabe sobre as CPPs em relação aos fatores contribuintes e seus impactos na QV. Além disso, as informações obtidas na revisão da literatura foram usadas para adaptar uma Ferramenta de Avaliação de Risco Periestomal (FARP)[7] existente para uso no estudo.

MÉTODOS

A busca primária foi realizada para literatura publicada entre janeiro de 2000 e setembro de 2021, e uma busca secundária

Tania L Norman*
MN(Res), STN
WA Ostomy Association, Austrália Ocidental, Austrália
Email tania.norman@hotmail.com

Leanne Monterosso
University of Notre Dame e Murdoch University, Austrália Ocidental, Austrália

Keryln Carville
Silverchain e Curtin University, Austrália Ocidental, Austrália

Gail Ross-Adjie
University of Notre Dame Australia, Austrália Ocidental, Austrália

** Autor correspondente*

para literatura publicada de setembro de 2021 a junho de 2023. Artigos publicados antes de 2000 foram incluídos se fossem considerados trabalhos seminais ou se não houvesse fontes recentes identificadas. As seguintes bases de dados foram pesquisadas: Summon, Medline, Cochrane, CINAHL e Scopus. O Medical Subject Heading (MeSH) de cada termo-chave de busca e suas combinações foi explorado em cada base de dados. Foram utilizados operadores booleanos 'AND' e 'OR' para pesquisar os estudos relevantes. As palavras-chave que orientaram as buscas foram: *complicações periestomais, estoma* E *complicações, diretrizes de pele periestomal, cuidados de acompanhamento* E *estoma, revisão de estoma, estoma* E *lesão cutânea associada à umidade, estoma* E *lesão cutânea relacionada a adesivos médicos,* qualidade de vida, bem-estar, E feridas, autoeficácia. Também foi realizada uma busca manual em livros relevantes, sites e listas de referências de artigos em texto completo. As buscas foram restritas à literatura escrita em inglês e a estudos realizados em humanos. Critérios de inclusão: artigos em texto completo, relevantes para o tema, procedimentos cirúrgicos que resultaram na formação de um estoma urinário ou fecal, tipos de estoma estudados e relacionados a adultos. Critérios de exclusão: resumos de conferências, estudos de caso ou anais de conferências, e estomas em crianças.

FATORES CONTRIBUINTES PARA CPPS RELACIONADOS AO OSTOMIZADO E AO ESTOMA

Os fatores contribuintes para CPPs foram divididos em aqueles relacionados ao ostomizado e ao estoma. Relacionados ao ostomizado: obesidade, deficiência, idade, fatores intrínsecos e extrínsecos, tempo desde a cirurgia, acompanhamento por especialista em terapia estomal e localização geográfica. Relacionados ao estoma: posicionamento do estoma, tipo de estoma, estoma de alto fluxo e características do estoma.

FATORES CONTRIBUINTES DO OSTOMIZADO

O World Council of Enterostomal Therapists® (WCET™)[8] declarou que o risco de CPPs provavelmente aumenta em 75% se o ostomizado for obeso ou tiver alguma deficiência. As causas comuns de CPPs encontradas na literatura incluíram: estomas planos, retraídos, prolapsados ou mal posicionados; dispositivos mal ajustados ou com vazamento; alergia a componentes do dispositivo; patergia ou condições fisiopatológicas.[9] Blessy et al.[10], em sua revisão integrativa da literatura, acrescentaram trauma mecânico, tipo de cirurgia e características demográficas individuais como fatores de risco adicionais para CPPs.

Outros autores relataram que as CPPs são mais comuns em pacientes com ileostomias em alça.[11,12,13] Cottam et al.[9] confirmaram essa constatação em sua auditoria de quase 4000 ostomizados em 93 hospitais no Reino Unido (UK), onde as ileostomias em alça estavam associadas às complicações mais frequentes. No entanto, os autores observaram variação nas complicações entre diferentes hospitais, o que pode indicar que a técnica cirúrgica ou a qualidade do acompanhamento pós-operatório pode estar associada a algumas CPPs.

COMPLICAÇÕES PERIESTOMAIS RELACIONADAS À OBESIDADE

Um índice de massa corporal (IMC) superior a 25 pode levar a um aumento do risco de CPPs devido ao maior risco de retração e necrose do estoma, hérnia parastomal e estomas localizados em dobras ou vincos.[14,15] Harilingam et al.[16] afirmaram que, como a obesidade é um fator de risco importante para CPPs, propuseram a necessidade de um plano específico de cuidados pré e pós-operatórios, que inclua a avaliação de várias áreas abdominais para a colocação do estoma, acompanhamento frequente no pós-operatório e introdução de um programa de perda de peso. No entanto, apesar desses relatos, o estudo de Cottam et al.[9] com quase 4000 ostomizados encontrou que 34% (n=1350) apresentaram uma CPP, mas não identificou o aumento do IMC como um fator contribuinte.

DEFICIÊNCIA E COMPLICAÇÕES DA PELE PERIESTOMAL

O risco de desenvolver CPPs para aqueles com deficiência física existente aumenta, tornando o autocuidado do estoma mais desafiador.[8] Em particular, deficiências que incluem: deficiência visual, diminuição da destreza manual e mobilidade ou atividade reduzida podem dificultar a reabilitação e o autocuidado após a cirurgia de ostomia,[17,18] assim como questões de saúde mental, como depressão e ansiedade, que inibem ainda mais o autocuidado.[19,20] Além disso, distúrbios de aprendizagem ou déficits cognitivos podem predispor o ostomizado a dificuldades na compreensão das instruções de autocuidado.[21] Recomenda-se, portanto, que cuidadores de ostomizados com deficiência de aprendizagem ou cognitiva participem da educação em cuidados com estoma fornecida pelo STN assistente, e que indivíduos com deficiências recebam acompanhamento pós-alta ampliado.

COMPLICAÇÕES PERIESTOMAIS RELACIONADAS À IDADE

Voegeli et al.[5] conduziram uma pesquisa com mais de 4000 ostomizados e descobriram que pessoas mais idosas eram menos propensas a relatar uma CPP ou buscar ajuda em comparação com indivíduos mais jovens. Por outro lado, Pittman et al.[14], em sua pesquisa com 239 ostomizados veteranos de guerra com menos de 60 anos, verificaram que eles tendiam a apresentar irritação cutânea periestomal mais severa, problemas graves de vazamento e maior dificuldade de adaptação à vida com estoma do que participantes com 80 anos ou mais. Tanto Pittman et al.[14] quanto Voegeli et al.[5] coletaram seus dados por meio de questionários preenchidos pelos próprios ostomizados, que avaliaram sua própria pele periestomal, o que pode ter tornado os resultados menos confiáveis, já que os ostomizados podem ter variado em sua capacidade de identificar complicações. Em contrapartida, Whiteley e Sinclair[15] acompanharam clinicamente 672 ostomizados por duas a quatro semanas após a cirurgia e descobriram que os ostomizados com 40 anos ou menos no momento da cirurgia apresentaram probabilidade significativamente maior de desenvolver uma CPP ($p \leq 0{,}001$). Whiteley e Sinclair[15] propuseram que ostomizados com menos de 40 anos eram mais propensos a ter o estoma formado devido à doença inflamatória intestinal (DII), que afeta outros órgãos, como a pele, podendo levar a úlceras periestomais dolorosas, como pioderma gangrenoso ou úlceras de Crohn.[22] No entanto, também se pode argumentar que a pele envelhecida tem menos turgor e hidratação e, portanto, está predisposta a danos causados pela remoção de adesivos.[23,24]

FATORES DE RISCO INTRÍNSECOS E EXTRÍNSECOS

Boyles e Hunt[23] identificaram fatores intrínsecos e extrínsecos que potencialmente podem afetar a pele e estar associados às CPPs. Além do envelhecimento, outros fatores intrínsecos relatados que impactam as alterações da pele periestomal incluem: diabetes, insuficiência renal, imunossupressão, hipertensão, tabagismo,

hemoglobina baixa, psoríase, eczema, varizes periestomais, hiperidrose e desnutrição.[12,14,15,23,25,26] Tons de pele mais escuros também podem dificultar a avaliação de sinais de inflamação ou lesões por pressão, como eritema.[27] Burch et al.[26] concordaram que a maioria das pesquisas sobre CPPs foi conduzida em populações caucasianas e que a avaliação de pele mais escura pode ser mais desafiadora. Black et al.[27] afirmaram que, como o eritema não é clinicamente visível em pele escura, a probabilidade de esses indivíduos desenvolverem lesões por pressão mais graves do que aqueles com pele clara aumenta. Portanto, os STNs precisam ser eficazes na identificação de sinais precoces de danos à pele em pessoas de pele escura, para que intervenções preventivas e tratamentos precoces apropriados possam ser aplicados.[28] Fatores extrínsecos que afetam a saúde da pele, como desidratação, maceração devido à incontinência ou de dispositivos com vazamento, lesões induzidas por radiação, pressão e fricção pelo dispositivo ou vestuário, e uso de produtos adesivos, também podem tornar a pele mais suscetível às CPPs.[23]

TEMPO PÓS-CIRURGIA

As complicações da pele periestomal são frequentemente agrupadas em precoces, ocorrendo dentro de um mês após a cirurgia, ou tardias, ocorrendo mais de um mês após a cirurgia.[29] No entanto, existem discrepâncias nesta classificação. Bosio et al.[30] classificam o período precoce como até 15 dias e as complicações tardias como ocorrendo após 15 dias pós-cirurgia. Independentemente disso, vários autores descrevem aumento da incidência de CPPs nos dois a três meses após a cirurgia.[5,31,32,33] O estudo prospectivo de Ratliff[31], que acompanhou 89 ostomizados nos dois primeiros meses pós-cirurgia, encontrou que 47% (*n*=42) desenvolveram CPPs. Em comparação, a pesquisa multinacional conduzida por Voegeli et al.[5], com mais de 4000 ostomizados com estomas há 10 anos ou mais, encontrou que os ostomizados tinham pelo menos uma vez e meia mais probabilidade de apresentar CPPs nos dois primeiros anos após a cirurgia, mas após cinco anos concluíram que o tempo desde a cirurgia não era preditivo de CPPs. Por outro lado, Meisner et al.[34] propuseram que as CPPs são mais comuns nos primeiros cinco anos, entretanto, descreveram o risco de complicações como vitalício.

ACOMPANHAMENTO POR ESPECIALISTA EM TERAPIA ESTOMAL

Pesquisas indicam que os ostomizados frequentemente não reconhecem que desenvolveram uma CPP e, portanto, não buscam assistência ou revisão com seu STN. Herlufsen et al.[35] recrutaram 202 ostomizados com estomas permanentes e encontraram que 38% (*n*=77) daqueles diagnosticados com uma CPP reconheceram que tinham um problema e, desses, mais de 80% (*n*=66) não buscaram assistência. Curiosamente, Voegeli et al.[5] relataram que ostomizados que possuíam seu estoma há algum tempo eram menos propensos a procurar aconselhamento, enquanto Blessy et al.[10] verificaram que a falta de percepção ou a incapacidade de reconhecer os sintomas precoces aumentava o risco de CPPs para os ostomizados. De forma similar, Williams et al.[36] revisaram 80 ostomizados e relataram que quase todos apresentaram algum problema de pele em algum momento, propondo que isso se devia em parte à falta de consciência dos ostomizados, o que os levou a recomendar maior educação e revisões anuais. Por outro lado, Pringle e Swan[37] relataram que 43% dos ostomizados desenvolveram CPPs no primeiro ano após a cirurgia e recomendaram revisões a cada seis meses no primeiro ano, estendendo-se para anuais posteriormente. Pringle e Swan[37] sugeriram que clínicas de atendimento rápido lideradas por enfermeiros poderiam ser uma solução possível para garantir revisões oportunas por um STN. No entanto, Salvadalena[33] observou 43 ostomizados por três meses pós-operatórios e encontrou que, apesar das revisões regulares, uma alta proporção (63%, *n*=27) ainda desenvolveu CPPs. Salvadalena[33] propôs que, independentemente da frequência do acompanhamento, alguns ainda adquiriram CPPs, indicando a necessidade de investigação adicional sobre intervenções preventivas.

Infelizmente, muitos ostomizados na Austrália não têm acesso equitativo a um STN devido à localização remota e possíveis barreiras linguísticas.[38] Burch et al.[26] descreveram como indivíduos com baixo domínio do inglês ou baixa literacia em saúde apresentam resultados de saúde piores em comparação com a população geral, pois não conseguem verbalizar suas necessidades de saúde percebidas ou preferências culturais e religiosas.

LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

Foi constatado que pessoas que vivem em comunidades rurais apresentam resultados de saúde piores do que seus pares em áreas metropolitanas e têm maior probabilidade de morrer mais cedo após o diagnóstico de câncer devido ao acesso desigual a tratamento e suporte oncológico.[39] Frequentemente, aqueles que residem em áreas rurais demoram a admitir que têm um problema ou relutam em buscar revisão médica. Traços de caráter como "otimismo", "estoicismo" e "machismo" foram citados como razões para esse atraso entre essa coorte, juntamente com atrasos no diagnóstico, falta de suporte na atenção primária e acesso limitado a centros de tratamento.[39]

Na Austrália Ocidental (WA), existem aproximadamente 1000 ostomizados rurais que não têm acesso fácil a um STN. Para suprir essa lacuna, o 'Bowel & Stoma Health WA Program' foi estabelecido em 2014, oferecendo um serviço de consulta financiado e coordenado pela Western Australia Ostomy Association (WAOA), com o objetivo específico de fornecer suporte a ostomizados rurais. Como parte deste serviço, um STN visita cidades rurais e remotas da WA pelo menos uma vez por ano e realiza clínicas para revisar os ostomizados e fornecer educação a profissionais de saúde que atuam na região. Até o momento, mais de 500 ostomizados foram avaliados, e dados obtidos de 100 desses ostomizados rurais mostraram que 86% (*n*=86) apresentaram CPPs associadas a dispositivos de tamanho inadequado, levando a vazamentos, granulomas e hérnias parastomais, e 30 dos 100 ostomizados relataram disfunção sexual, problemas em relacionamentos pessoais e depressão.[36]

FATORES CONTRIBUINTES RELACIONADOS AO ESTOMA

Posicionamento do estoma

A marcação pré-operatória do estoma é altamente recomendada e geralmente realizada por um STN ou cirurgião; ela determina o melhor local para posicionamento do estoma no abdômen.[17] Segundo Blessy et al.[10], pacientes que não têm o local do estoma marcado pré-operatoriamente têm maior probabilidade de desenvolver uma CPP devido a dispositivos mal ajustados e com vazamento, caso o estoma seja posicionado em um plano abdominal irregular, em uma dobra ou cicatriz. Um estudo de Persson et al.[11], conduzido com 100 ostomizados, mediu

a incidência de CPPs e os impactos associados na redução da QV quando metade dos participantes recebeu educação pré-operatória e marcação do estoma, e a outra metade não. Houve diferença significativa nas CPPs pós-operatórias (p=0,01), incluindo hérnias periestomais e vazamentos de dispositivos, no grupo que não teve o estoma marcado, sendo que este grupo também apresentou pontuações de QV significativamente mais baixas.

Ambe et al.[42], em sua revisão sistemática e meta-análise de 27 artigos relacionados à marcação pré-operatória do estoma, encontraram alto risco de viés nos estudos, que eram principalmente observacionais e realizados em centros únicos, nos quais mais ostomizados foram submetidos a cirurgias planejadas em comparação às emergenciais. Além disso, complicações maiores do estoma (como prolapso, retração, estenose e deiscência mucocutânea) foram frequentemente identificadas devido à marcação inadequada ou ausência de marcação do estoma.[42] No entanto, os autores da revisão concluíram que, apesar da baixa qualidade da evidência, um estoma posicionado de forma visível para o ostomizado e evitando cicatrizes e dobras cutâneas influencia diretamente na prevenção de vazamentos e na redução de complicações cutâneas associadas.

Tipo de estoma

Um estudo anterior, que revisou 1616 ostomizados entre 1976–1995, encontrou que 75% das complicações do estoma e das CPPs ocorreram entre ostomizados com ileostomia em alça.[43] Um estoma em alça é formado quando um laço do intestino delgado ou grosso é exteriorizado para o abdômen e uma incisão no intestino revela uma abertura proximal e distal.[44] Persson et al.[11] descobriram que pacientes com ileostomias em alça apresentaram 13% mais CPPs do que aqueles com ileostomias terminais ou finais. Steinhagen et al.[12] relataram que CPPs ocorreram em 25–43% dos pacientes com ileostomias e em 7–20% daqueles com colostomias. Não surpreendentemente, as ileostomias em alça pareceram estar associadas a maior risco de CPPs, pois resultam em alto volume de efluente líquido, tornando os vazamentos mais prováveis, especialmente se o estoma estiver nivelado com a pele em vez de ter formato de bica.[8]

Alto fluxo estomal

Após a cirurgia de ileostomia, a saída inicial de efluente é bastante líquida, mas geralmente se torna mais espessa ao longo do tempo, dependendo da ingestão alimentar.[45] Um dispositivo de ostomia geralmente comporta cerca de 400–600 ml de efluente, sendo recomendável esvaziá-lo quando estiver um terço cheio.[5] Inicialmente, o ostomizado pode esvaziar sua bolsa oito a dez vezes por dia, com redução para quatro a seis vezes diárias após três meses.[45] Às vezes, a saída continua líquida, especialmente para ostomizados que tiveram grande porção do intestino delgado removida, o que pode levar rapidamente à desidratação e, se não tratado prontamente, causar danos renais.[5] Steinhagen et al.[12] relataram que 17% dos ileostomizados foram readmitidos devido à desidratação causada por estomas de alto fluxo. Além disso, um estoma de alto fluxo também pode aumentar o risco de vazamentos do dispositivo, levando à dermatite de contato irritativa devido à natureza erosiva do efluente descontrolado.[15]

Características do estoma

Os estomas de urostomia e ileostomia são geralmente criados pelo cirurgião em formato de "bica" (pelo menos 2 cm acima do nível da pele circundante), facilitando o escoamento do efluente para o dispositivo. Se o estoma estiver retraído (abaixo do nível da pele) ou nivelado (no mesmo nível) com a pele circundante, CPPs como dermatite irritativa devido a vazamento são mais prováveis de ocorrer.[14] Em outro estudo, quase todos os pacientes com estoma de colostomia com altura ≤5 mm ou ileostomia terminal e ileostomia em alça com altura ≤20 mm apresentaram vazamentos e problemas de pele.[11] No entanto, mesmo quando o estoma está elevado acima de 20 mm, o ostomizado ainda pode enfrentar problemas de vazamento se a abertura do estoma apontar para baixo.[17]

PROBLEMAS RELACIONADOS A DISPOSITIVOS E ACESSÓRIOS

Dispositivos

A CPP mais frequentemente relatada é a dermatite de contato irritativa, também referida como lesão cutânea associada à umidade periestomal (PMASD), decorrente da exposição prolongada da pele ao efluente.[5,32,41,46,47] Um dispositivo mal ajustado é a causa mais provável de vazamento e subsequente erosão e ulceração da pele devido à função comprometida da barreira cutânea associada ao contato frequente ou prolongado com o efluente.[5] Em uma revisão de acompanhamento com 80 ostomizados, 44% (*n*=35) apresentaram pele "irritada" e, desses, 21% tinham um dispositivo mal ajustado.[15] Uma vez que a pele está erodida ou ulcerada, torna-se difícil aderir o dispositivo, criando um ciclo vicioso de vazamentos que levam a mais danos cutâneos.[15,49]

Blessy et al.[10] investigaram os fatores contribuintes para CPPs e descobriram que 61% das CPPs foram causadas por dispositivos com vazamento. Existem mais de 3700 tipos diferentes de dispositivos de ostomia no Stoma Appliance Scheme (SAS) financiado pelo governo na Austrália, fabricados por seis empresas diferentes.[50] A variedade e a escolha disponíveis refletem o reconhecimento de que existem muitas variações nas apresentações clínicas do estoma e perfis abdominais, e nenhum dispositivo atende a todos os casos. No entanto, como mencionado anteriormente, um dos papéis-chave do STN é garantir que o ostomizado tenha um dispositivo corretamente ajustado e seguro, e que sua escolha seja baseada na avaliação do perfil corporal e do tipo de estoma. Buckle[51] introduziu uma ferramenta de avaliação do estoma para auxiliar na seleção do dispositivo de acordo com o perfil corporal e características do estoma, baseada em um estudo que recrutou mais de 3000 ostomizados em 18 países. O mesmo estudo previu que, com acompanhamento regular por especialista e seleção adequada do dispositivo, a incidência de CPPs poderia ser reduzida em 36% e as trocas não planejadas de bolsa em 25%, com uma redução concomitante no uso de acessórios em 30%.[51]

Dispositivos mal ajustados também podem levar ao desenvolvimento de granulomas mucosos ou mucocutâneos, que são tecidos elevados e de formato irregular ao redor da junção mucocutânea ou na mucosa do estoma. Os granulomas podem ser propensos a sangramento, o que aumenta a dificuldade de adesão do dispositivo.[50,53] Além disso, a exposição crônica ao efluente fecal pode causar o desenvolvimento de pápulas e placas elevadas na pele e, às vezes, metaplasia intestinal, que pode se apresentar como uma placa erodida, vermelha ou ulcerada, contínua com o estoma.[54] A exposição crônica à urina alcalina pode causar

o desenvolvimento de pápulas semelhantes a verrugas ou hiperplasia, referida com termos sinônimos, como dermatite papilomatosa crônica, hiperplasia pseudoepiteliomatosa[54] ou lesões pseudoverrucosas.[52]

Além disso, se um dispositivo for "puxado" da pele em vez de removido suavemente, pode ocorrer descamação cutânea, às vezes denominada lesão cutânea relacionada a adesivo médico periestomal (PMARSI).[55] Pelos na pele periestomal (particularmente em homens hirsutos) podem aderir ao dispositivo e causar trauma durante a remoção, resultando em inflamação do folículo piloso e foliculite.[56] Devido ao risco de possíveis danos à pele ao trocar o dispositivo, é essencial que os ostomizados sejam educados sobre a remoção suave.

Os dispositivos estão disponíveis em formato de peça única ou duas peças. Um dispositivo de peça única possui a barreira adesiva da pele anexada à bolsa, enquanto um dispositivo de duas peças possui a barreira adesiva separada da bolsa, sendo frequentemente denominada placa base.[50] A preferência pessoal do ostomizado geralmente dita a escolha do dispositivo, mas, em geral, um dispositivo de duas peças terá uma barreira cutânea mais durável, o que pode reduzir a frequência de trocas da placa base, embora haja pouca evidência para orientar o tempo ideal de uso dos dispositivos. Colwell et al.[47] discutiram diretrizes de prática para a seleção de dispositivos e frequência de acompanhamento pós-alta, mas não fizeram recomendações sobre a frequência de troca das bolsas. Burch[57] comparou os sistemas de peça única e duas peças e as preferências de tempo de uso dos ostomizados, propondo que um sistema de duas peças pode permanecer in situ por um a três dias, mas nos EUA a recomendação pode ser de até sete dias devido a restrições de custo entre ostomizados que pagam pelo próprio tratamento. Curiosamente, Burch et al.[57] discutiram apenas o uso de dispositivos de peça única e recomendaram que, tanto para ileostomias quanto para urostomias, o dispositivo seja trocado diariamente ou em dias alternados, e para colostomias, até três vezes ao dia. Não ficou claro por que os dispositivos de duas peças não foram discutidos por esses autores.

Blessy et al.[10] afirmaram que a frequência de remoção da barreira cutânea, a rapidez com que ela é removida e o atrito excessivo durante a limpeza podem contribuir para as CPPs, recomendando que o dispositivo seja utilizado entre três e sete dias. No entanto, Bourgois et al.[58], em seu estudo transversal que buscou determinar a satisfação dos ostomizados com seus dispositivos, encontraram que irritação da pele foi a CPP mais frequentemente relatada, e que houve aumento significativo de problemas de pele entre aqueles que mantiveram o dispositivo por até 3 dias, em comparação com os que o trocaram com maior frequência (p=0,03). Salvadalena[33] acompanhou 43 ostomizados por três meses pós-cirurgia e relatou um tempo mediano de uso de 3,5 dias, sem especificar se o dispositivo era de peça única ou duas peças. O autor observou que havia uma correlação direta entre a ausência de erosão e um tempo de uso mais prolongado. De modo geral, o acesso aos dispositivos e seu custo podem ditar a frequência do regime de troca.

A maioria das empresas de ostomia adiciona substâncias aos seus dispositivos, promovidas como benéficas para a condição da pele, como aloe vera, ceramida e mel. Comparações entre essas barreiras cutâneas com infusão de medicamentos não foram exploradas nesta revisão da literatura.

Acessórios

Além dos dispositivos, acessórios para produtos de ostomia, que incluem pastas, selos, pós e lenços de barreira cutânea, são às vezes necessários para garantir proteção ótima da pele, segurança do dispositivo e produtos de tratamento para CPPs. O'Flynn[49] recomendou o uso de limpadores de pele e sprays ou lenços de barreira para proteger a pele periestomal do contato com o efluente.Por outro lado, Bibi[59] e um painel de nove STNs e consultores clínicos relataram que preferiam um dispositivo corretamente ajustado em vez de acessórios de barreira, a menos que houvesse erosão ou ulceração da pele. Na experiência do autor, o uso excessivo de produtos de barreira cutânea pode interferir na adesão do dispositivo e, assim, aumentar os problemas, além de representar um ônus financeiro para indivíduos e agências de saúde.

CONCLUSÃO

Esta revisão da literatura forneceu insights sobre a prevalência e tipos de CPPs, identificando a necessidade de um diagnóstico definitivo e da identificação da etiologia das CPPs para informar estratégias preventivas de pré-reabilitação e intervenções pós-operatórias. A revisão destacou as dificuldades na avaliação de alterações da pele periestomal em indivíduos de pele escura e reforçou o valor da educação sobre cuidados com estoma pré e pós-operatórios, bem como das revisões clínicas regulares após a alta. A necessidade de dispositivos adequadamente ajustados para prevenir vazamento de efluente e perda associada da integridade da pele também foi enfatizada. Além disso, a revisão da literatura ressaltou a necessidade de avaliação abrangente dos fatores de risco e do uso de um instrumento validado de avaliação de risco para CPPs. Propõe-se a necessidade de pesquisas adicionais para determinar um consenso sobre o tipo e a frequência das intervenções preventivas, a fim de melhorar os resultados para ostomizados.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existirem conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

Os autores não receberam financiamento para este estudo.

REFERÊNCIAS

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 concensus: 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 Govenment; 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.

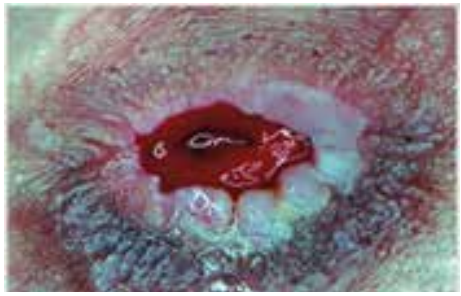
59. Bibi F. Meeting report: Managing peristomal skin complications. Br J Nurs. 2019;28(5):S20–23. doi: 10.12968/bjon.2019.28.5.S20

APÊNDICE

Termos do glossário de consenso Australiano para complicações do estoma.

Glossário de Consenso Australiano para Complicações Estomais

Todas as fotos são utilizadas com autorização, © os autores

Dermatite alérgica de contato peri/parastomal	A dermatite alérgica por contacto peri/parastomal é uma reação inflamatória e tipicamente demarcada da reação da pele devido à hipersensibilidade ou alergia resultante do contacto com um produto.
Dermatite irritativa peri/ parastomal	A dermatite irritante peri/parastomal é a inflamação, erosão ou ulceração devido ao contacto prolongado com efluentes do estoma.
Lesões pseudoverrucosas	As lesões pseudoverrucosas são a hiperqueratose húmida ou seca devido à exposição prolongada à urina (geralmente alcalina). 
Granuloma • Granuloma mucocutâneo • Granuloma da mucosa	Um granuloma é friável e de hipergranulação papular devido a uma resposta inflamatória à irritação localizada e frequentemente prolongada. Um granuloma pode estar localizado no estoma (granuloma da mucosa) ou na junção entre a mucosa e a pele (granuloma mucocutâneo). **Mucocutânea:** **Mucosa:**

Erosão peri/parastomal	A erosão para/periestomal consiste na perda parcial ou total da epiderme devido à humidade, trauma ou resposta alérgica.
Escoriação peri/ parastomal	A escoriação peri/parastomal é a perda parcial ou total da epiderme, com uma aparência linear ou perfurada, que ocorre devido a coçar ou lesões.
Implantes de células da mucosa periestomal	Os implantes de células da mucosa periestomal são originados pelo transplante de células da mucosa para a pele periestomal durante a sutura, aquando da construção do estoma.
Lesão cutânea relacionada a adesivo médico peri/parastomal (MARSI)	A lesão cutânea relacionada com o adesivo médico para-periestomal (MARSI) consiste num eritema persistente, vesícula, bula, erosão, ulceração ou laceração que ocorre como resultado da aplicação ou remoção de produtos adesivos. O termo refere-se a condições relacionadas com a aplicação e/ou remoção de produtos adesivos médicos, tais como bolhas de tensão e a remoção de pele.
Remoção de pele Bolha de tensão	Estes termos foram retirados da terminologia. Os especialistas consideraram que o termo guarda-chuva "lesão cutânea relacionada a adesivo médico" era mais apropriado e deveria substituir "bolha por tensão" e "descamação da pele". Uma das razões para tal era que não estava claro se a lesão da pele ocorria devido ao processo de aplicação ou remoção do produto adesivo médico.