

Aplicação de um dispositivo convexo para restaurar a integridade da pele periestoma: um estudo de caso

RESUMO

Este estudo de caso descreve o gerenciamento de enfermagem de um caso de dermatite de contato irritante por líquido fecal em torno da pele periestoma de uma paciente com ileostomia que se apresentou ao departamento ambulatorial 1 mês após a cirurgia. Essa complicação pós-operatória ocorreu como resultado do estoma estar localizado nas rugas do abdômen, causando vazamento do dispositivo e desenvolvendo ulceração da pele, o que impedia a aderência firme da placa base do dispositivo à pele periestoma. Além disso, a paciente estava muito ansiosa por causa dessas complicações. No caso desta paciente, os objetivos iniciais eram avaliar e resolver as complicações da pele periestoma, oferecer um dispositivo com convexidade que poderia ser fixado com um cinto para estabilizar o dispositivo o mais cedo possível, e, finalmente, começar a reforçar o aconselhamento psicológico e orientações dietéticas para a paciente e sua família. Verificou-se que essas intervenções de enfermagem reduziram a incidência de complicações de dermatite fecal em torno do estoma, melhoraram a qualidade de vida da paciente e, portanto, valeram a pena.

Palavras-chave ileostomia, dermatite fecal, dispositivo convexo

Como citar Yan F and Jiang M. Application of a convex appliance to restore peristomal skin integrity: a case study. WCET® Journal 2020;40(1):10-17

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.40.1.10-17>

INTRODUÇÃO

A ileostomia é um estoma do intestino delgado e às vezes é um procedimento cirúrgico indispensável para certas doenças colorretais, tais como câncer de reto e outras condições como doenças inflamatórias intestinais, doença diverticular, enterite por radiação, trauma abdominal e obstrução intestinal¹⁻³. O estoma do íleo ou ileostomia é geralmente localizado no quadrante ou lado inferior direito do abdômen.

Complicações de pele periestoma ocorrem frequentemente após a cirurgia de estomia, com prevalência variando entre 10–70%^{4,5}. No pós-operatório do primeiro ano da cirurgia de estomia, a incidência de todas as formas de lesões à pele periestoma varia de 15 a 43%^{6,7}. Sugere-se que as condições de pele periestoma

sejam responsáveis por mais de 40% das visitas a enfermeiros estomaterapeutas (enfermeiros ET). A dermatite fecal é uma das complicações precoces mais comuns após a cirurgia de ileostomia, com um estudo de 220 novos pacientes estomizados identificando uma taxa de 69%⁸.

Definição, causa e estratégia de gerenciamento da dermatite fecal

A dermatite fecal é causada pelo contato frequente de líquido fecal contendo enzimas digestivas que corroem a pele ao redor do estoma⁹. Ultimamente, o termo dermatite periestoma associada à umidade (MASD, do inglês Moisture-Associated Dermatitis) também tem sido definido como inflamação ou desnudação da pele adjacente a um estoma associado à exposição a efluentes, tais como urina ou fezes^{10,11}. A dermatite irritante de contato inicial pode se apresentar como pele avermelhada que, com contato contínuo com o efluente, pode formar bolhas ou desnudar. O padrão de perda da pele reflete as áreas onde ocorreu o vazamento do material fecal^{12,13}.

O material fecal contém enzimas proteolíticas e lipolíticas postuladas para danificar tanto os elementos baseados em proteínas como os baseados em lipídios da barreira epitelial (e umidade) da pele. O efluente de uma ileostomia é tipicamente de natureza mais líquida do que o efluente de uma colostomia e contém enzimas digestivas abundantes. A consistência da

Fengzhi Yan*

Shenzhen Hospital of Southern Medical University, 518000, China
Email yfz655034@163.com

Mengxiao Jiang

Tumor Hospital of Zhongshan Medical University, Urology Dept, Sun Yat-sen University Cancer Center; State Key Laboratory of Oncology in South China; Collaborative Innovation Center for Cancer Medicine, Guangzhou 510060, China

* Autor correspondente

secreção fecal de uma ileostomia depende da localização do estoma no interior do íleo. O produto da ileostomia pode ter consistência líquida ou viscosa (mole). A secreção fecal mais líquida ocorre quando o estoma está localizado mais perto do estômago e, portanto, contém mais enzimas digestivas.

O tecido que é constantemente danificado no processo de cicatrização pelo atrito, cisalhamento e substâncias corrosivas resulta em danos nas mucosas, alterações inflamatórias, proliferação de células teciduais e desenvolvimento de granulomas. Os granulomas da mucosa da estomia são lesões benignas elevadas, que geralmente ocorrem onde a membrana mucosa se une à pele ou ocorre na própria mucosa do estoma. Um ou mais granulomas podem crescer ao redor da borda do estoma. Granulomas da mucosa da estomia não só causam dor e coceira, mas também são muito frágeis e propensos a sangramento, o que afeta a adesão da bolsa de estomia e pode causar vazamentos e levar a dermatites ao redor do estoma.

Além disso, a dor muitas vezes insuportável da dermatite fecal e o vazamento contínuo da bolsa de estomia afetam significativamente a qualidade de vida do paciente e a reabilitação precoce, o que pode ter sérios efeitos fisiológicos e psicológicos a longo prazo no paciente¹⁴.

Convexidade no tratamento do estoma

Em uma pesquisa quantitativa descritiva transversal nos Estados Unidos com enfermeiros de feridas, estomia e continência, 281 participantes classificaram o gerenciamento de complicações do estoma e da pele ao seu redor. Dentre as estratégias de gerenciamento da dermatite periestoma de contato irritante, que foi definida como "Lesões resultantes da exposição da pele à drenagem fecal ou urinária ou a preparações químicas"¹⁵, foram descritos o uso de dispositivos convexos, pomadas, anéis de barreira, pós e cintos. A importância da determinação da etiologia da dermatite de contato também foi discutida.

A prática baseada em evidências, endossada por especialistas internacionais, defende a aplicação da convexidade através de dispositivos e acessórios convexos no gerenciamento de certas complicações da pele periestoma. Eles recomendam o preenchimento das depressões feitas pelos contornos abdominais, dobras e rugas da pele com dispositivos ou vedações convexos, o que facilita a protuberância dos estomas e o achatamento das dobras abdominais ou dobras da pele, melhorando a aderência do dispositivo e diminuindo os vazamentos^{16,17}.

O Ostomy Skin Tool (OST), um instrumento de classificação da pele periestoma, ajuda os enfermeiros estomaterapeutas a quantificarem objetivamente as lesões da pele periestoma em termos de descoloração (D), erosão (E) e tecido (T) e a relacionar essas alterações com outros profissionais da saúde para garantir consistência na compreensão e gerenciamento de danos à pele periestoma. Cada parâmetro de DET é pontuado para o tamanho da área afetada (entre 0 e 3) e a gravidade da lesão cutânea (entre 0 e 2), com cada uma das três categorias potencialmente alcançando uma pontuação entre 0 e 5. A escala de pontuação geral varia entre 0 e 15, onde 0 representa pele normal e 15 significa a maior amálgama de gravidade e extensão¹⁸.

Uma escala de estimativa numérica (NRS, do inglês Numerical Rating Scale) representa o grau da dor, com 11 números de 0 a



Figura 1A

10, onde 0 significa sem dor e 10 significa mais dor. Os pacientes receberam marcações com um dos números de acordo com sua experiência pessoal de dor¹⁹.

Este artigo descreve os cuidados clínicos prestados em um caso de dermatite fecal da pele periestoma e discute a justificativa da aplicação da tecnologia de convexidade na minimização do efeito adverso das rugas da pele próximas ao estoma.

ESTUDO DE CASO

Visão geral do paciente

Uma paciente do sexo feminino, com 42 anos, foi submetida à ressecção radical eletiva do cólon por causa de câncer retal e uma ileostomia foi realizada em 30 de novembro de 2017. Seu estoma não foi localizado no pré-operatório. Após a operação, a paciente recebeu educação pós-operatória sobre os cuidados com seu estoma e ferida. Embora a paciente tivesse o direito de escolher independentemente seu dispositivo de estomia, o produto de estomia foi selecionado pelo assistente de estomia do hospital. Uma placa base plana de duas peças foi escolhida e a paciente estava com consulta marcada para receber quimioterapia direcionada, começando cerca de três meses depois. As drogas de terapia direcionada são teoricamente drogas guiadas com precisão que fornecem ataques precisos nas células tumorais com pouco dano às células normais curadas.

Avaliação da paciente, estoma e pele periestoma

Na primeira visita ao ambulatório em 26 de dezembro, 1 mês após a cirurgia, a paciente estava usando um produto de estomia de duas peças com uma placa base plana. A paciente relatou que diversos vazamentos estavam ocorrendo. Na avaliação, o motivo dos vazamentos ao redor do estoma tornou-se aparente.

O estoma da ileostomia estava localizado dentro de uma grande prega abdominal. O estoma projetava-se apenas 0,6 cm acima do nível da pele periestoma. O problema principal foram as rugas no abdômen, que afrouxaram a aderência da placa base, levando ao vazamento do dispositivo. A pele periestoma foi severamente ulcerada em ambos os lados laterais do estoma, com evidência de hipergranulação. Vários pontos de sangramento (>50% da área) eram evidentes ao redor do estoma (veja a Figura 1A). A

Tabela 1. A pontuação OST e medidas de enfermagem

Data	Pontuação OST	Escala digital de dor ²⁰	Medidas de enfermagem
26/12/2017	10	8	Pó para estoma + película protetora de pele + curativo de alginato + hidrocolóide extra fino + placa base convexa ou flange + cinto
28/12/2017	8	4	Pó para estoma + película protetora de pele + pomada Stomahesive + flange convexa + cinto
03/01/2017	4	4	Pó para estoma + película protetora de pele + flange convexa + cinto
17/01/2017	4	4	Pó para estoma + película protetora de pele + flange convexa + cinto
24/01/2017	2	0	Pó para estoma + película protetora de pele + flange convexa + cinto
30/01/2018	2	0	Pó para estoma + película protetora de pele + flange convexa + cinto

Tabela 2. Pontuação OST DET

Domínio	Área afetada	Pontuação	Gravidade	Pontuação
D: mudança de coloração	Sem mudanças de coloração	0	Sem mudanças de coloração	0
	< 25%	1	Mudanças de coloração	1
	25-50%	2	Mudanças de coloração e complicações	2
	> 50%	3	Dor, brilho, esclerose da pele, febre, coceira, sensação de queimação	
E: impregnação, úlcera	Sem impregnação, úlcera	0	Sem impregnação, úlcera	0
	< 25%	1	Dano somente à epiderme	1
	25-50%	2	Perda para epiderme e derme com complicações: exsudação, sangramento ou úlcera	2
	> 50%	3		
T: Hiperplasia tecidual	Sem hiperplasia tecidual	0	Sem hiperplasia tecidual	0
	25-50%	2	A hiperplasia é superior ao nível da pele, acompanhada de complicações. Exsudação, sangramento ou úlcera	2

paciente queixou-se de uma dor ardente na pele periestoma. Fezes finas de cor verde exsudavam do estoma e repousavam na pele periestoma. A avaliação da integridade da pele usando o OST foi de 10 e sua pontuação digital de dor foi de 8 pontos (veja as Tabelas 1 e 2). O abdômen da paciente estava macio à palpação.

A paciente estava muito ansiosa, por vezes agitada e sentindo dores principalmente ao redor do estoma. O vazamento fecal estava causando mau cheiro. Ela estava letárgica, sem apetite e queixou-se de perda de peso de 6kg. Seu índice de massa corporal (IMC) era 27,4. Sua hemoglobina estava baixa e ela tinha pálpebras pálidas.

Como a paciente usava um dispositivo de base plana na alta hospitalar, o mesmo dispositivo de estomia foi substituído após a limpeza do estoma e da pele com soro fisiológico, aplicação de pó para estomia, selante da pele, pomada stomahesive e um cinto (veja a Figura 1B). Infelizmente, aproximadamente 3 horas após a paciente ter voltado para casa, o dispositivo vazou (veja as Figuras

1C e 1D). Pediu-se que a paciente mudasse o dispositivo e usasse a placa base convexa como alternativa à placa base que ela havia recebido durante a visita ambulatorial.

Intervenções e planos de gerenciamento do estoma

Cuidados com estomas e procedimentos de enfermagem

De acordo com as avaliações realizadas, os principais problemas de enfermagem existentes foram: complicações da pele periestoma, dermatites fecais, dor e ansiedade. Os objetivos de cuidado identificados foram:

- Prevenir o vazamento ao redor do estoma, usando produtos adequados para o tratamento do estoma.
- Promover a cicatrização da pele ao redor do estoma e reduzir a hiper-granulação (hiperplasia) usando produtos para a pele e curativos adequados.
- Reduzir a dor da pele periestoma da paciente.



Figura 1B



Figura 1C



Figura 1D

- Aliviar o nível de ansiedade da paciente.
- Prevenir o desenvolvimento de desnutrição clínica.
- Reduzir o produto da ileostomia para níveis e consistências normais.

Regime de curativos e seleção de equipamentos para estoma

A pele periestoma estava ulcerada por causa da erosão da pele por fezes líquidas com um alto teor de enzimas. Para prevenir uma infecção secundária potencial, controlar o sangramento e promover o crescimento do tecido epitelial, os seguintes cuidados e regime de curativos foram implementados:

- O estoma e a pele periestoma foram rigorosamente lavados com uma solução salina normal.
- Utilizou-se gaze embebida em solução salina para limpar repetidamente, mas suavemente, o tecido necrótico solto residual e o material fecal residual.
- A área foi secada com gaze estéril. Quaisquer pontos de sangramento foram levemente comprimidos com uma compressa com soro fisiológico, tomando cuidado para não danificar o tecido normal do estoma e da pele periestoma e, ao mesmo tempo, obter hemostasia.
- Um pó para estomas foi polvilhado na pele ao redor do estoma. O excesso de pó foi removido após 5–10 minutos.
- A pele periestoma foi então borrifada (revestimento em folha) com uma película protetora de pele. Cerca de 10 minutos depois, uma película brilhante formou-se sobre a pele.
- Os passos acima usando o pó Stomahesive foram repetidos de 3 a 5 vezes.
- Onde a pele sofreu erosão, as áreas ulceradas foram cobertas com um curativo de alginato e hidrocolóide extra-fino.
- A pomada Stomahesive foi aplicada ao redor do estoma antes de colocar a placa base convexa e o cinto para prevenir vazamentos.

Observando o estoma, substituindo o dispositivo e os curativos

O produto da ileostomia da paciente era tão líquido que a paciente foi aconselhada a descansar na cama. Para prevenir qualquer tensão no dispositivo enquanto deitada na cama e para evitar vazamentos, a paciente foi instruída para que a abertura da bolsa de estomia fosse voltada para o lado direito do corpo e que

as fezes na bolsa de estomia fossem esvaziadas regularmente. Também pediu-se que a paciente observasse diariamente a cor do estoma e procurasse por qualquer sangramento e vazamento ao redor do estoma e substituísse o curativo e a bolsa de estomia caso houvesse algum vazamento. Geralmente, o dispositivo e os curativos eram substituídos a cada dois dias, com o componente do curativo sendo ajustado de acordo com a profundidade e a área da dermatite clínica. A condição da pele periestoma começou a melhorar com o nível de ulceração da pele reduzindo para <10% e a pontuação de dor reduzindo para 4 (veja as Figuras 2A, 2B e 2C). Mais de um mês depois, a dermatite fecal havia quase se resolvido; não havia pontos de sangramento e a pele periestoma estava quase cicatrizada. A pontuação OST era 2 e a pontuação digital de dor era 0 e não havia dor ardente residual (veja as Figuras 3A e 3B).

Medidas de ET suplementares

Autoestima e participação nos cuidados de estomia

A existência de um estoma altera a função física original, a aparência e a autoimagem do paciente, o que pode levar à redução da autoestima do paciente²¹. A autoestima é um índice de avaliação importante da qualidade de vida e saúde mental de uma pessoa. Portanto, enfermeiros estomaterapeutas devem implementar ou facilitar medidas médicas ou de enfermagem colaborativas e complementares que melhorem a qualidade dos cuidados de enfermagem e médicos fornecidos. Medidas de alívio da dor foram utilizadas de acordo com a pontuação de dor para reduzir a dor e os efeitos emocionais negativos associados à dor e melhorar a satisfação com os cuidados.

Por meio de explicações, demonstrações e incentivos à paciente e à sua família para participar da autogestão do estoma, buscamos orientar a paciente a dominar as habilidades necessárias para substituir o dispositivo de estomia. Além disso, procuramos ensinar a paciente a avaliar o estoma e a pele periestoma, a fim de ser capaz de gerenciar quaisquer complicações da pele periestoma e prevenir vazamentos adicionais. Essas medidas teriam o efeito desejado de aliviar quaisquer emoções negativas em relação ao estoma, aumentar a autoconfiança e a autoestima, garantir a cura contínua da pele periestoma e prevenir novos casos de desenvolvimento de dermatite fecal.



Figura 2A



Figura 2B



Figura 2C

Algumas instruções gerais sobre como cuidar do estoma incluíram aconselhar a paciente e sua família a substituir a bolsa de estomia quando a paciente estivesse com o estômago vazio, o que reduziria o potencial de trabalho do estoma ao trocar a bolsa. O estoma e a pele periestoma deviam ser limpos com água fervida fria e um sabonete com pH neutro. Os métodos e técnicas corretos para uso do pó para estomas, creme anti-vazamento e pomada transparente Karaya para melhorar a adesão do dispositivo foram demonstrados à paciente e sua família. Foi mostrado à paciente como afixar a base convexa e a bolsa, rasgando o papel de suporte, colando, pressionando e alisando a placa base da borda inferior para a superior e de dentro para fora. Além disso, para garantir que a borda da bolsa de estomia estivesse firmemente presa à placa base, a parte inferior da bolsa foi fechada e o cinto aplicado corretamente para garantir que não estivesse muito apertado a ponto de causar danos à pele.

A durabilidade e tempo de uso do dispositivo de estomia também foram discutidos. A paciente foi aconselhada a não usar o dispositivo por mais de 1 semana. A examinação da placa base quanto à durabilidade foi revisada. Se alguma parte esbranquiçada da placa base estivesse a menos de 1 cm da borda da placa base, indicando amolecimento da placa base, ou se houvesse algum vazamento, a placa base deveria ser substituída imediatamente. O dispositivo de estomia deveria ser esvaziado quando estivesse de um terço a metade cheio. A bolsa de estomia deveria ser lavada, garantindo que a água não aguisse a placa inferior.

Fortalecendo a comunicação entre profissionais de saúde para melhorar os resultados dos pacientes

É importante que enfermeiros ET se comuniquem de forma eficaz com outros membros da equipe de profissionais de saúde que possam interagir com um paciente estomizado para melhorar os resultados dos pacientes.

Como a paciente havia sido submetida a dois grande procedimentos cirúrgicos dentro de 4 meses e a sete ciclos de

quimioterapia, os processos normais de digestão e absorção de nutrientes após a cirurgia de ileostomia foram gravemente afetados. Isso, combinado com a baixa ingestão nutricional de proteínas da paciente, a falta de vitaminas e oligoelementos, levou a paciente à desnutrição, o que afetou negativamente o processo de cicatrização.

A comunicação entre o enfermeiro estomaterapeuta e os médicos ocorreu em relação às complicações da secreção líquida da ileostomia da paciente e do vazamento do dispositivo de estomia, levando à dermatite fecal e corrosão da pele periestoma. Os regimes de cuidados com a pele e com a estomia foram discutidos para evitar vazamentos e promover a cicatrização da pele. Como a quimioterapia que a paciente estava recebendo estava presumivelmente afetando a secreção da ileostomia, o tratamento quimioterápico da paciente foi suspenso.

Através do departamento de nutrição, a paciente foi instruída a aumentar o número de refeições diárias e a quantidade de alimentos ingeridos a cada dia. A paciente foi encorajada a: comer mais alimentos ricos em proteínas; comer alimentos de digestão mais difícil, como cogumelos, milho, alho-poró e outras verduras similares ou alimentos ricos em fibras; mastigar bem os alimentos para melhorar a digestão e absorção; e aumentar a ingestão diária de líquidos para 2000–2500 ml, incluindo água, suco e sopa, para melhorar o estado nutricional da paciente. Essas medidas visavam melhorar o estado nutricional da paciente para fornecer as condições necessárias para o reparo do tecido e a cicatrização da pele ao redor do estoma.

Educação em saúde

Os conselhos fornecidos pelo departamento de nutrição em relação às necessidades dietéticas foram reforçados com a paciente para garantir que ela atingisse e mantivesse um peso estável. A paciente foi aconselhada a procurar ajuda médica para a prescrição de medicação oral se a secreção do estoma da paciente se tornasse fina e aquosa e a aderência do dispositivo de estomia



Figura 3A



Figura 3B

A pontuação OST de 10 pontos foi alcançada por causa da posição imprópria do estoma; o estoma foi posicionado em uma grande dobra cutânea da parede abdominal. A parede abdominal não estava plana após a aplicação da placa base não convexa quando a paciente estava sentada, em pé ou em movimento. A placa base vazava frequentemente, causando erosão na pele por causa do líquido fecal, e o estado mental e físico da paciente estava abalado, criando obstáculos para o autocuidado. A falta de atenção imediata no gerenciamento do vazamento de líquido fecal usando um dispositivo de estomia com uma placa base convexa resultou em dermatite grave do estoma.

fosse prejudicado, para inibir o peristaltismo e tornar a secreção mais pastosa para reduzir o vazamento.

Avaliação das medidas de enfermagem suplementares

Após dois episódios de dermatite fecal ao redor do estoma, a extensão dos danos na pele, a quantidade de sangramento, o volume de exsudato da ferida, as dores e as pontuações OST foram significativamente reduzidos como resultado das medidas de enfermagem suplementares introduzidas juntamente com as alterações nos cuidados com a pele e dispositivo de estomia, conforme descrito acima.

No dia 18 de abril de 2018, a dermatite da pele periestoma foi cicatrizada com sucesso (veja Figuras 3A e 3B). A paciente estava de bom humor e continuou a receber visitas de suporte dos enfermeiros estomaterapeutas por mais seis meses. Este caso mostra que enfermeiros estomaterapeutas podem intervir de forma eficaz no tratamento de complicações ao redor da estomia.

DISCUSSÃO

No pós-operatório, o gerenciamento de um estoma pode ser desafiador. Neste estudo de caso, após a avaliação do estoma e da pele periestoma da paciente, chegou-se à conclusão que a paciente apresentava dermatite fecal secundária ao contato prolongado do líquido fecal da ileostomia com a pele. Há inúmeras razões pelas quais isso pode ocorrer. As principais causas da dermatite fecal ao redor do estoma se manifestam em três aspectos: o local do estoma não é adequado (geralmente porque não foi realizada a localização pré-operatória do estoma); o dispositivo de estomia não é adequado (o tamanho é incorreto ou é usado de forma incorreta); e o estoma foi mal construído (achatado ou retraído). Outras razões para a má adesão da bolsa de estomia, subsequente vazamento e integridade da pele prejudicada devido à exposição ao líquido fecal são distensão abdominal, tônus muscular ruim, obesidade ou IMC maior que 25 ou contornos abdominais ondulantes de gordura subcutânea, doença recorrente e cuidados inadequados com a pele²².

A localização do estoma pode ser realizada por um enfermeiro estomaterapeuta ou por um enfermeiro treinado experiente, sozinho ou em conjunto com a opinião cirúrgica. Os princípios orientadores da localização do estoma são: o paciente pode ver claramente o local do estoma em diferentes posturas (posição semi-reclinada, posição sentada e posição ereta); a pele ao redor do estoma é plana e saudável (sem depressões, cicatrizes, rugas, linhas de cinto e longe de proeminências ósseas); e, o estoma está localizado dentro do músculo reto abdominal. A colocação ideal do estoma deve evitar complicações pós-operatórias e não deve afetar a vida diária dos pacientes.

No entanto, no pós-operatório, a condição da parede abdominal interna e da pele do abdômen ao redor do estoma sofrerá alterações devido a várias razões, tais como procedimentos cirúrgicos adicionais, processos de cicatrização, idade, perda de peso ou doença recorrente²³. Portanto, os enfermeiros estomaterapeutas precisam avaliar os abdomens dos pacientes regularmente e escolher os equipamentos de estomia que melhor se ajustem ao abdômen e ao estoma dos pacientes²⁴.

Ao avaliar os contornos da parede abdominal e da pele ao redor do estoma, deve-se observar o grau de maciez ou rigidez da parede abdominal. Uma parede abdominal macia pode não ser capaz de suportar bem o estoma devido à sua força muscular insuficiente. Em situações como essa, o estoma se beneficiaria com o suporte de uma placa base convexa mais dura²⁵.

Produtos de estomia com convexidade são frequentemente citados como produtos ideais para gerenciar estomas planos, retraídos ou inclinados para o lado e para compensar planos periestomais irregulares, como rugas ou dobras. A convexidade foi definida²⁶ como "Uma curvatura no lado da pele da barreira ou acessório". A convexidade auxilia na adesão do produto à pele periestoma, facilitando um período mais longo de uso dos dispositivos de estomia. Existem várias características associadas aos dispositivos e acessórios convexos que indicam o seu perfil em termos de profundidade (rasa, média e profunda), maciez e dureza²⁷.

O consenso geral da opinião em relação ao uso da convexidade é que ela é benéfica para prevenir vazamentos onde há deformidades abdominais ou do estoma. Há, no entanto, algum debate e preocupação quanto ao uso da convexidade imediatamente após a cirurgia devido ao potencial de separação mucocutânea. O uso da convexidade suave no pós-operatório, da perspectiva ambulatorial, é reconhecido como uma estratégia razoável que reduz consideravelmente o vazamento do dispositivo, prolonga seu tempo de uso e reduz a dermatite fecal, melhorando assim a satisfação e a qualidade de vida do paciente²⁸. Um estudo mostrou que, para pacientes com ileostomia, o uso precoce da convexidade no pós-operatório reduz as complicações pós-operatórias em 85% quando comparado ao uso de um dispositivo sem convexidade.

Neste caso, e para auxiliar o gerenciamento de complicações de pele periestoma, uma placa base convexa foi usada para apoiar a parede abdominal e achatar as dobras cutâneas. Outras medidas que foram usadas efetivamente em conjunto com a convexidade para prevenir vazamentos adicionais, ajudar na cicatrização da pele e estender o tempo de uso da placa base foram um pó para estomas e proteção da pele, uma película protetora de pele, uma pomada para estoma e um curativo hidrocolóide.

A carboximetilcelulose de sódio, a pectina ou a Karaya são os principais componentes dos pós para tratamento da pele do estoma que são usados para tratar a pele escoriada ao redor dos estomas. Eles formam uma fina película úmida na superfície da pele danificada, absorvendo o exsudato da ferida para formar uma crosta na qual a placa base possa grudar firmemente^{29,30}. Selantes protetores de pele podem ser usados para aplicar uma fina película sobre os pós para estoma, a fim de fornecer uma superfície seca para ajudar na aderência das barreiras de pele. Os principais componentes do selante protetor de pele são copolímeros de acetato de vinila, propanodiol e etanol. As pomadas para estomas também podem ser à base de carboximetilcelulose de sódio, pectina ou Karaya. As pomadas são fáceis de formar camadas protetoras ao redor do estoma para manter a pele ao redor do estoma lisa e plana e fornecem uma barreira adicional ao material fecal que corrói a pele e o dispositivo.

Curativos hidrocolóides são amplamente utilizados para criar um ambiente úmido propício à cicatrização de feridas. As propriedades dos hidrocolóides incluem a regulação da tensão do oxigênio na superfície da ferida, a promoção da angiogênese e a formação de capilares, o desbridamento autolítico de tecido necrótico e fibrina, e a estimulação da liberação de vários fatores de crescimento, os quais desempenham um papel muito importante no processo de cicatrização. Além disso, eles podem manter a temperatura da superfície da ferida, absorver a umidade, evitar lesões mecânicas do novo tecido de granulação, e proteger as terminações nervosas para reduzir dor na ferida. Versões finas de hidrocolóides são flexíveis e adaptáveis aos planos dos tecidos, têm boa adesão, são fáceis de aplicar, são impermeáveis, são confortáveis para os pacientes e podem ser usadas para prevenir a remoção da pele periestoma em conjunto com o dispositivo de estomia. As mudanças claras na cor do hidrocolóide indicam quando o curativo deve ser substituído.

O uso de um dispositivo de estomia de duas peças com convexidade na placa base transparente, além de adjuvantes como

pós para estoma, pomadas para estoma, curativos hidrocolóides e um cinto para ancorar firmemente o dispositivo, fez uma diferença substancial no tempo de uso do dispositivo e no processo de cicatrização da pele. No geral, essa estratégia de gerenciamento aliviou a ansiedade da paciente e melhorou sua sensação de bem-estar.

Além de fornecer serviços essenciais de estomaterapia aos pacientes, os enfermeiros estomaterapeutas também fornecem serviços culturais, psicológicos, educacionais e de reabilitação para pacientes e suas famílias para atender as suas necessidades de saúde. Enfermeiros estomaterapeutas colaboram com outros profissionais de saúde e usam o conhecimento profissional relevante mais recente para oferecer práticas de estomaterapia baseadas em evidência. Usando essas estratégias de cuidado, os enfermeiros estomaterapeutas podem ajudar os pacientes com estomas a enfrentar ativamente os processos subjacentes da doença, cooperar com o tratamento prescrito e participar ativamente dos processos de reabilitação, para que eles possam retomar a vida normal o mais rápido possível³¹.

Existe uma necessidade contínua de identificar, reconhecer e fortalecer o valor profissional dos enfermeiros estomaterapeutas e o papel que eles desempenham na assistência às pessoas que necessitam de cirurgia de estomia na China. É um problema urgente a ser resolvido no gerenciamento de recursos humanos em todos os hospitais que realizam cirurgia de estomia. Wang Xi e outros acreditam que terapeutas desempenham um papel importante no trabalho clínico³².

RESUMO

Este estudo de caso descreveu os desafios enfrentados no gerenciamento de um caso grave de dermatite periestoma de contato irritante ou MASD. O ponto-chave da intervenção da enfermagem de estomaterapia e dos cuidados com estomas foi tratar ativamente a pele e as feridas desnudadas ao redor do estoma, utilizando uma placa base convexa e acessórios adjuvantes como pó para estoma, selantes de pele, pomada para estoma, curativo fino de hidrocolóide e um cinto para ajudar na adesão do dispositivo para prevenir vazamentos. Na presença da dermatite periestoma de contato irritante ou MASD, esses tipos de medidas devem ser introduzidos o mais cedo possível assim que a causa do vazamento seja determinada. Isso reduz o desconforto do paciente, melhora a qualidade de vida do paciente, e melhora os resultados da cicatrização das feridas.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

Os autores não receberam financiamento para este estudo.

REFERÊNCIAS

1. ai-Ling H, Chun ZM & Juan LW. Clinical nursing and practice of modern wound and enterostomy. Beijing: China Union Medical University Press, 2010:371-376.
2. Shengben Z, Dong TW. Clinical application of enterostomy. J Chinese Gastroenterol 2003;3:146.

3. Beitz J. Other conditions that lead to a fecal diversion. In: Carmel JE, Colwell JC, Goldberg MT (Eds). *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society Core Curriculum: Ostomy Management*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; pp 65–76.
4. Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM, et al. A study of peristomal complications. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2005;32(1):33–37.
5. Gray M, Colwell JC, Doughty D, Goldberg Met al. Peristomal moisture-associated skin damage in adults with fecal ostomies: a comprehensive review and consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2013;00(00):1–11.
6. Berndtsson I E, Lindholm E, Oresland T, et al. Health-related quality of life and pouch function in continent ileostomy patients: a 30-year perspective. *Dis Colon Rectum* 2004;47(12):2131–2137.
7. Nybaek H, Jemec GBE. Skin problems in stoma patients. *J Euro Academy Dermatol & Venereol (JEADV)* 2010;24:249–257.
8. Meisner S, Lehur P-A, Moran B, Martins L, Jemec GBE. Peristomal skin complications are common, expensive, and difficult to manage: a population based cost modeling study. *PLoS ONE* 2012;7(5): e37813. doi:10.1371/journal.pone.0037813
9. Woo KY, Sibbald RG, Ayello EA, Coutts PM, et al. Peristomal skin complications and management. *Adv Skin Wound Care* 2009;22(11):522–32.
10. Gray M, Black JM, Baharestani MM, et al. Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2011;38(3):233–241.
11. Colwell JC, Ratliff CR, Goldberg M, Baharestani MM, et al. MASD Part 3: peristomal moisture-associated dermatitis and periwound moisture-associated dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2011;38(5):541–553.
12. Salvadana G. Peristomal skin conditions. In: Carmel JE, Colwell JC, Goldberg MT (Eds). *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society Core Curriculum: Ostomy Management*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, pp 176–190.
13. Stelton S, Zulkowski K, Ayello EA. Practice implications for peristomal skin assessment and care from 2014 World Council of Enterostomal Therapists International Ostomy Guideline. *Adv Skin & Wound Care* 2015;28(6):275–284.
14. Carlsson E, Fingren J, Hallén AM, et al. The prevalence of ostomy-related complications 1 year after ostomy surgery: a prospective, descriptive, clinical study. *Ostomy Wound Management* 2016;62(10):34–48.
15. Beitz JM, Colwell JC. Stomal and peristomal complications prioritizing management approaches in adults. *Wound Ostomy Continence Nurs* 2014;41(5):445–454.
16. Colwell JC, McNichol L, Boarini J. Enterostomal therapy nurses current ostomy care practice related to peristomal skin issues. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2017;44(3):257–261.
17. Hoeflok J, Salvadalena G, Pridham S, Droste W, et al. Use of convexity in ostomy care results of an international consensus meeting. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2017;44(1):55–62.
18. Martins L, Ayello EA, Claessens I, et al. The Ostomy Skin Tool: tracking peristomal skin changes. *Br J Nurs* 2010;19(15):960–964.
19. Walker H, Hopkins G, Waller M, et al. Raising the bar: new flexible convex ostomy appliance – a randomised controlled trial. *WCET J Supp* 2016;36(1):51–57.
20. Yan Guangbin. Numerical rating scale of NRS pain [J]. *Chinese J Joint Surg (electronic edition)* 2014;(3):410–410.
21. Van Den Bulck R. Peristomal skin disorders: identification of risk factors; retrospective study (pending study). *J Wound Technology* 2012;18:6–7.
22. University of Toronto. Miller D, Fresca M, Johnston D, McKenzie M, et al. Perioperative care of patients with an ostomy: a Clinical Practice Guideline. University of Toronto's Best Practice in Surgery 2016.
23. Rolstad BS, Erwin-Toth PL. Peristomal skin complications: prevention and management. *Ostomy/Wound Management* 2004;50(9):68–77.
24. Guo Rui. Perioperative clinical nursing of ileostomy [a]. Henan Nursing Association. Proceedings of Henan tumor nursing training class in 2013 [C]. Henan Nursing Society; 2013:2
25. Colwell J. Selection of a pouching system. In: Carmel JE, Colwell JC, Goldberg MT, (Eds). *Wound Ostomy and Continence Nurses Society Core Curriculum: Ostomy Management*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2016: pp.120–130.
26. Hoeflok J, Kittscha J, Purnell P. Use of convexity in pouching: a comprehensive review. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2013;40(5):506–512.
27. Young MJ. Convexity in the management of problem stomas. *Ostomy/Wound Manage* 1992;38(4):53–60.
28. Perrin A. Convex stoma appliances: an audit of stoma care nurses. *Br J Nurs* 2016;25(22):S10–S15.
29. Lieder J, et al. Are you perplexed? Go to convex! *J WOCN* 2017;Supp 3s:44:S37–S37.
30. Salvadana G. Appendix E: colostomy and ileostomy products and tips. Best Practice for Clinicians. In: Carmel JE, Colwell JC & Goldberg MT (Eds). *Wound Ostomy and Continence Nurses Society Core Curriculum: Ostomy Management*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2016: pp 241–249.
31. Huddleston Cross H. Management of high output stomas. *J Wound Technology* 2012;18:20–23.
32. Ling W, Rui M, Xiaowei Z, et al. Thoughts on the cultivation and use of oral therapists in China. *J Nursing Manage* 2013;13(11):770–772.