

Un consenso sobre las complicaciones estomales, paraestomales y periestomales

RESUMEN

Objetivo Establecer un consenso sobre la terminología utilizada para definir las complicaciones estomales, paraestomales y periestomales en Australia.

Métodos Se generó una lista de complicaciones estomales, paraestomales y periestomales mediante un diálogo de grupo que se basó en los conocimientos clínicos y académicos de los investigadores. Se realizó una amplia revisión de la literatura para identificar cualquier término adicional y crear una base de datos de definiciones/descripciones. Se generó una biblioteca de imágenes relacionadas con las condiciones identificadas. Se llevó a cabo un proceso Delphi online entre una muestra representativa e intencionada de enfermeros expertos en heridas, ostomía y continencia (WOCN) y cirujanos colorrectales de Australia. Se presentaron a la comisión diez términos con fotografías descriptivas de cada complicación. Se llevaron a cabo hasta tres rondas Delphi y, en caso necesario, una ronda de votación prioritaria.

Resultados Siete de los diez términos llegaron a un acuerdo en la primera ronda. Un término (dermatitis alérgica) se refinó (dermatitis alérgica de contacto) y se llegó a un acuerdo en la segunda ronda. La comisión consideró que dos términos (granuloma mucocutáneo y granuloma mucoso) eran la misma condición en diferentes localizaciones anatómicas y se combinaron como un solo término (granuloma). Dos términos (desprendimiento de piel y ampollas de tensión) se combinaron como un solo término - lesión cutánea relacionada con el adhesivo médico (MARSÍ) - y se llegó a un acuerdo en la segunda ronda.

Conclusión Un consenso en la terminología utilizada para describir las complicaciones estomales, para/periestomales mejorará la comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud, y avanzará en las oportunidades de educación y evaluación comparativa de las complicaciones estomales, para y periestomales a nivel nacional.

Palabras clave estomal, paraestomal, periestomal

Como referencia Carville K et al. A consensus on stomal, parastomal and peristomal complications. WCET® Journal 2022;42(3):12-22

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.42.3.12-22>

Presentado el 1 de mayo de 2022, aceptado el 10 de julio de 2022

Keryln Carville* RN PhD STN(Cred)^{1,2}

Emily Haesler PhD^{2,3}

Tania Norman RN STN BCN^{4,5}

Pat Walls RN STN Cert Wound Mt⁶

Leanne Monterosso RN PhD^{5,7,8,9}

¹Grupo Cadena de Plata, Perth, Australia

²Universidad de Curtin, Perth, Australia

³LaTrobe University, Melbourne, Australia

⁴Asociación de Ostomía de Australia Occidental, Australia

⁵Hospital San Juan de Dios, Murdoch, Australia

⁶Hospital privado StVincent's Northside, Brisbane QLD

⁷Universidad de Notre Dame Australia, Fremantle, Australia

⁸Universidad EdithCowan, WA

⁹Universidad de Murdoch, WA

* Autor correspondiente

INTRODUCCIÓN

La cirugía que da lugar a un estoma entérico o urinario suele realizarse tras el diagnóstico de una neoplasia, una enfermedad intestinal inflamatoria, trastornos neurogénicos, una anomalía congénita, un traumatismo o para descansar una anastomosis quirúrgica distal¹. En Australia hay aproximadamente 47.000 personas que viven con un estoma² y esta cifra se eleva a 100.000 en el Reino Unido³ y a 1.000.000 en los Estados Unidos de América (EE.UU.), donde se realizan anualmente 130.000 procedimientos quirúrgicos relacionados⁴.

Independientemente del tipo de estoma y de su método de gestión, la recuperación postoperatoria y la rehabilitación de una persona que se ha sometido a una cirugía de derivación fecal o urinaria dependen en gran medida de su capacidad para evitar las complicaciones cutáneas estomales, paraestomales o periestomales⁵. Periestomal se refiere a la piel circunferencial al estoma y parastomal se refiere a la piel

del lado del estoma, pero en ambos casos se refiere a la piel cubierta por la barrera cutánea del aparato de ostomía^{1,3}.

La prevalencia de las complicaciones cutáneas estomales, paraestomales y periestomales tras la cirugía de estoma varía ampliamente debido a los diseños de los estudios, a la heterogeneidad de las poblaciones, al tamaño de las muestras, a los tipos de estomas estudiados (es decir, entéricos o urinarios), a los tipos de complicaciones que se examinan y a las diferencias en las definiciones y terminologías utilizadas para describirlas⁴⁻⁸. Sin embargo, la magnitud de esta disparidad es evidente en la literatura, que informa de que las complicaciones estomales y periestomales oscilan entre el 6%⁹ y el 80%⁴. Además, estas complicaciones difieren clínicamente y están sujetas al tipo de estoma creado y a si la cirugía fue electiva o emergente, siendo esta última la responsable de un mayor número de complicaciones¹⁰⁻¹².

Parece que las tasas de complicaciones son más elevadas entre los pacientes con estomas entéricos, como las ileostomías, en particular las ileostomías de asa, que, según Park et al.⁹, llegan al 75%, en comparación con el 6% de los pacientes con colostomías terminales. Sin embargo, Wood et al.¹³ descubrieron que el 34,4% de los pacientes a los que se les creó un conducto ileal experimentaron complicaciones estomales y el 25% de esta cohorte requirió cirugía para el tratamiento de la hernia o la retracción estomal. Park et al.⁹ llevaron a cabo una auditoría retrospectiva de los historiales médicos de 1.616 pacientes durante 19 años y determinaron que las razones de las complicaciones estomales en su cohorte eran: la edad del paciente; la disciplina quirúrgica que realizaba el procedimiento, es decir, cirujano colorrectal frente a cirujano general; el procedimiento quirúrgico realizado; y que no se produjera una localización preoperatoria del estoma por parte de un enfermero de heridas, ostomía y continencia (WOCN)⁹. En su revisión, Kann¹⁴ informó de que la obesidad del paciente y la enfermedad inflamatoria intestinal eran predictores independientes de complicaciones relacionadas con el estoma.

La falta de consenso en las definiciones y la terminología ha sido durante mucho tiempo un obstáculo para la comunicación entre los profesionales sanitarios, los pacientes y los cuidadores formales e informales. Además, las disparidades en las definiciones y la terminología pueden conducir a una atención menos óptima y a la pérdida de oportunidades para la evaluación comparativa de los resultados de la atención. En un intento de investigar esta anomalía, Colwell y Beitz⁷ realizaron una encuesta entre 686 WOCN de EE.UU. para establecer la validez del contenido de las definiciones publicadas de las complicaciones estomales y periestomales y las intervenciones relacionadas. Aunque encontraron un fuerte nivel de validez de contenido para las definiciones de las complicaciones estomales y periestomales, no lo hicieron para las intervenciones de gestión relacionadas. Además, los encuestados identificaron un número considerable de complicaciones estomales y periestomales omitidas, especialmente entre la población neonatal y pediátrica, lo que indica una mayor diversidad en las definiciones y en la terminología utilizada en los distintos entornos clínicos⁷.

Walls realizó una encuesta en 2017 en Australia para determinar el uso y el acuerdo sobre las definiciones y la terminología para las condiciones de la piel periestomal y las presentaciones clínicas entre 191 enfermeros de terapia estomática (STN) que son sinónimo de WOCN. También encontró una gran disparidad en las definiciones y la

terminología utilizada¹⁵. El estudio de Wall, al igual que el de Colwell y Beitz, alertó a los WOCN de la necesidad de un consenso nacional sobre las complicaciones estomales y para/periestomales; sin embargo, hasta ahora ha habido pocos esfuerzos para facilitar esta iniciativa^{7,14}. Esto es especialmente relevante si se tiene en cuenta la importante carga asociada a las afecciones cutáneas estomales y periestomales. Taneja et al.¹⁶ descubrieron que los pacientes con complicaciones de la piel periestomal tenían mayores tasas de reingreso y un aumento medio del coste sanitario de 7400 dólares, lo que equivale a 11.654 dólares australianos, en comparación con los que no tenían complicaciones.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio era establecer un consenso australiano sobre la terminología utilizada para definir las complicaciones estomales, paraestomales y periestomales.

MÉTODOS

El estudio consistió en la determinación del alcance y la prioridad de la terminología utilizada por los WOCN australianos para describir las complicaciones estomales, paraestomales y periestomales. Se realizó una revisión de la literatura para definir estos términos, y se llevó a cabo un proceso Delphi en línea entre WOCNs australianos expertos y cirujanos colorrectales para obtener un consenso de las definiciones relacionadas y la terminología utilizada. El Comité de Ética de la Investigación Humana de la Universidad de Curtin (HRE2020-0441) y el Comité de Ética de la Investigación Humana de la Universidad de Notre Dame Australia concedieron la aprobación ética y se siguieron todas las directrices institucionales.

En primer lugar, el equipo de investigación generó una lista de posibles complicaciones estomales, paraestomales y periestomales de interés mediante un diálogo de grupo basado en los conocimientos clínicos y académicos de los investigadores (Apéndice 1). Una vez generada la lista de complicaciones, se llevó a cabo una amplia revisión de la literatura para identificar cualquier término adicional asociado a las complicaciones estomales, para/periestomales y para crear una base de datos de definiciones/descripciones para cada una de las identificadas. A continuación, se recogieron fotografías clínicas indicativas de los investigadores y los servicios sanitarios participantes, con el consentimiento de las personas implicadas. Por último, el término de investigación revisó la lista de complicaciones para seleccionar aquellas para las que había suficiente variación en la terminología y/o en la comprensión, ya sea clínicamente y/o en la literatura.

Para lograr un acuerdo nacional sobre el término y la definición/descripción más aceptable para cada complicación, se llevó a cabo un proceso Delphi en el que participaron expertos de la WOCN y cirujanos colorrectales utilizando una plataforma en línea específica del proyecto. El reclutamiento se realizó a través de una invitación abierta y fue difundido por la Asociación de Enfermeros de Terapia Estomal (AASTN) Inc. y a las redes de los investigadores. Los encuestados que respondieron a la invitación fueron evaluados como expertos en el campo utilizando la explicación teórica de Benner de novato a experto¹⁷, con la duración de la experiencia clínica, el nombramiento profesional dentro del dominio, las publicaciones/presentaciones y el reconocimiento de los pares utilizados para definir la experiencia. Del conjunto de encuestados, se seleccionaron 20 participantes de los estados y territorios australianos, a los que se les envió por correo

electrónico una hoja de información para los participantes que incluía información sobre el carácter anónimo de las respuestas de los participantes en el proceso de consenso. Todos los encuestados invitados aceptaron participar y confirmaron su consentimiento al acceder a la plataforma del proceso Delphi en línea.

El proceso para lograr definiciones consensuadas consistió en cuatro rondas: tres rondas Delphi y una ronda de votación prioritaria. Las rondas de consenso Delphi se llevaron a cabo utilizando el Método de Adecuación RAND, una metodología diseñada para ayudar a una comisión a llegar a un acuerdo¹⁸. La validez, la fiabilidad y la aplicación del método se han comunicado previamente¹⁸⁻²¹. La plataforma en línea fue diseñada para aplicar el método RAND/UCLA para calcular los resultados de las votaciones. En la primera ronda, se presentó cada complicación con:

- Fotografías de la complicación.
- Un rango de términos comúnmente utilizados para describir esa complicación, con un término identificado como el más utilizado en el contexto australiano presentado como el término nominal de la complicación.
- Una definición/descripción derivada de la literatura.

Se pidió a los participantes que indicaran su nivel de acuerdo con el uso del término nominado y su nivel de acuerdo con la definición utilizando una escala Likert de 9 puntos. Los participantes también proporcionaron una justificación por escrito indicando el razonamiento detrás de su nivel de acuerdo, así como las mejoras sugeridas para la definición.

El método de adecuación RAND/UCLA¹⁸ utiliza una escala Likert de 9 puntos con terciles que representan el acuerdo, la incertidumbre o el desacuerdo. La escala incluía descriptores (tercil uno: muy de acuerdo, de acuerdo, poco de acuerdo; tercil dos: incierto inclinado a estar de acuerdo, incierto, incierto inclinado a estar en desacuerdo; tercil tres: poco de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo) para indicar la dirección y la fuerza de la opinión de los participantes. El resultado de la votación se calculó transfiriendo los puntos de la escala Likert a un valor numérico correspondiente, y se tomó como resultado la mediana de la puntuación de acuerdo de la escala Likert. Se utilizó el método de adecuación RAND para determinar si se había alcanzado un consenso¹⁸. Se calculó el rango interpercentil (IPR) del 30% al 70%, junto con el ajuste del IPR por simetría (IPRAS). El IPRAS es una función lineal de la distancia del punto central del IPR (IPRCP) al punto central de la escala de Likert (5,0). Si el IPRAS era superior o igual a la magnitud del IPR, se alcanzaba un acuerdo. Sin embargo, un valor del IPRAS inferior a la magnitud del IPR indica que no hay acuerdo entre las comisiones¹⁸. Cuando la comisión llegó a un acuerdo y los comentarios indicaron que no se podía mejorar la definición/descripción, se aceptó como descripción de consenso.

Si no se llegaba a un consenso, o si los comentarios sugerían que se podía mejorar la definición, se elaboraba un resumen de las declaraciones de razonamiento de la comisión panel agrupando los comentarios en desacuerdo o neutrales respecto a la definición. El equipo de investigación ajustó entonces la definición para incorporar las mejoras sugeridas por la comisión. Para la siguiente ronda de consenso, se presentó a los participantes la definición refinada, junto con el resultado y el resumen de los comentarios de la ronda anterior. Se consideró que un máximo de tres rondas de consenso era un número de votos factible para mantener el compromiso de los participantes^{20,21}.

En el caso de algunos términos, se llegó a un acuerdo sobre múltiples definiciones. Cuando los resultados de la votación indicaron una preferencia de grupo, se seleccionó esa definición. En los casos en los que no se evidenció una clara preferencia de grupo, se llevó a cabo una ronda final de clasificación de prioridades. En esta ronda, se presentaron a los participantes todas las definiciones con las que se llegó a un acuerdo más una definición/descripción final derivada de la última ronda de comentarios. Los participantes clasificaron las definiciones/descripciones de mayor a menor preferencia. La definición preferida se calculó mediante un método de votación múltiple en grupo nominal utilizando puntuaciones de clasificación ponderadas. El método, que se basó en una revisión de los métodos de votación nominal, se comunicó previamente²¹.

RESULTADOS

Tras una invitación a participar difundida a nivel nacional, se invitó a 20 solicitantes que fueron aceptados. Los participantes tenían formación en enfermeros de heridas, ostomía, continencia o cirugía colorrectal, y 18 de ellos tenían más de 10 años de experiencia en sus respectivas disciplinas. La participación en las rondas individuales osciló entre 13 y 20 miembros de la comisión.

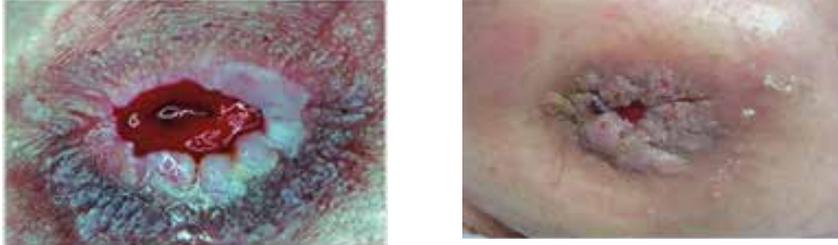
Se presentaron diez términos a la comisión, siete de los cuales llegaron a un acuerdo en la primera ronda. Un término (dermatitis alérgica) se refinó (dermatitis alérgica de contacto) y se llegó a un acuerdo en la segunda ronda. La comisión consideró que dos términos (granuloma mucocutáneo y granuloma mucoso) eran la misma condición en diferentes localizaciones anatómicas y se combinaron como un solo término (granuloma). Dos términos (desprendimiento de piel y ampollas de tensión) se combinaron como un solo término - lesión cutánea relacionada con el adhesivo médico (MARSÍ) - que alcanzó un acuerdo en la segunda ronda. El glosario final (Figura 1) incluye ocho términos para los que se acordaron definiciones.

La mayoría de los resultados de las votaciones lograron un consenso de acuerdo con la definición presentada. El acuerdo osciló entre el 55.56% y el 98.95% en la primera ronda de consenso (diez términos), entre el 56.25% y el 81.25% en la segunda ronda (siete términos) y entre el 55.0% y el 80.0% en la tercera ronda (cuatro términos). En todas las rondas se alcanzó un consenso en cuanto a las definiciones/descripciones presentadas, aunque los comentarios de los encuestados indicaron con frecuencia que se podía mejorar la definición. No se observó una preferencia clara por las definiciones/descripciones de tres términos (dermatitis irritante, granuloma, excoriación), lo que llevó a su inclusión en la ronda de clasificación de prioridades.

DISCUSION

La piel, compuesta por la epidermis, la dermis y la hipodermis, es un órgano dinámico y sensible a los estímulos externos o a las heridas. La piel mantiene la homeostasis, la integridad estructural y la cosmética, mientras que el estrato córneo o capa externa de la epidermis optimiza la función de barrera de la piel para protegerla contra los factores de estrés ambientales externos, como la exposición a la maceración o la desecación y los traumatismos químicos y mecánicos²². Además, la piel desempeña un papel fundamental como barrera inmunológica debido a sus respuestas inmunitarias innatas y adaptativas a los patógenos. Esta respuesta se ve muy favorecida por el

Figura 1. Glosario de términos de consenso australiano para las complicaciones estomacales.
 Todas las fotos se utilizan con permiso, © los autores

<p>Dermatitis alérgica de contacto para/periostomal</p>	<p>La dermatitis alérgica de contacto para/periostomal 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 para/periostomal</p>	<p>La dermatitis irritante para/periostomal 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 • Granuloma mucocutáneo • Granuloma mucoso</p>	<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>Mucocutáneo</p>  <p>Mucoso</p> 

pH de la piel, que oscila entre 4,1 y 5,8 y se denomina manto ácido²³. El pH ácido de la piel no sólo desalienta la colonización bacteriana y reduce el riesgo de infecciones oportunistas, sino que desempeña un papel en la regulación de la función de barrera de la piel, la síntesis y agregación de lípidos, la

diferenciación epidérmica y la descamación²⁴. La disfunción de la función de barrera de la piel perjudica la protección de la piel contra los traumatismos mecánicos, como la eliminación de agentes adhesivos, los traumatismos químicos provocados por los irritantes presentes en los efluentes corporales y la invasión

<p>Erosión para/periostomal</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 para/periostomal</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 periostomal</p>	<p>Los implantes de células de la mucosa periostomal son el trasplante de células de la mucosa a la piel periostomal durante la sutura al construir el estoma.</p> 
<p>Lesión cutánea relacionada con el adhesivo médico para/periostomal (MARSÍ)</p>	<p>La lesión cutánea para/periostomal relacionada con el adhesivo médico (MARSÍ) es un eritema persistente, una vesícula, una bulla, 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 genérico MARSÍ era más apropiado y debía sustituir a ampolla de tensión y desprendimiento de 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>

de microorganismos. La pérdida resultante de la integridad de la piel causa dolor, deterioro de la calidad de vida y desafíos a la percepción de la cosmética corporal.

Para muchos, la percepción de la cosmética y las alteraciones de la imagen corporal se ven aún más afectadas por la creación de un estoma. La creación de un estoma urinario o fecal se asocia con frecuencia a una mayor morbilidad en forma de

complicaciones estomales, para/periostomales^{12,25,26}. La tasa de complicaciones para/periostomales y estomales varía significativamente y se ha informado que es del 20-80%^{4-6,26}.

Es interesante observar que el tipo de complicación estomatológica difiere en función de que se produzca en los primeros 30 días del postoperatorio (denominadas complicaciones tempranas) o después de los 30 días

(denominadas complicaciones tardías)^{10-12,27-29}. Las complicaciones estomales tempranas descritas en la literatura incluyen la isquemia/necrosis estomática, la retracción, la dehiscencia mucocutánea y el absceso paraestomal, que se relacionan principalmente con el deterioro de la perfusión, la técnica quirúrgica o la infección^{10-12,14}. Las complicaciones estomales tardías son con mayor frecuencia la hernia paraestomal, el prolapso estomal, la retracción y la estenosis^{12,28-30}.

Sin embargo, la complicación cutánea periestomal más importante, tanto en el período postoperatorio temprano como en el tardío, es la dermatitis irritante de contacto debida a la exposición de la piel periestomal a los efluentes corporales^{3,9,12,31}. El 91% (n=919) de los enfermeros encuestadas a nivel internacional consideraron que la dermatitis irritante de contacto era la complicación cutánea periestomal más común en su práctica³². Algunos autores utilizan términos sinónimos como irritación cutánea^{9,32}, dermatitis química irritante¹¹, dermatitis irritante^{10,11}, dermatitis periestomal³, daño cutáneo asociado a la humedad (MASD)⁴ y daño cutáneo asociado a la humedad periestomal (PSMASD)^{33,34} para definir esta afección. Independientemente de la terminología, la erosión y la ulceración de la piel que resultan del contacto repetido con los efluentes corporales debido a la ineficacia de los aparatos provoca dolor, una imagen corporal negativa, una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud y de la utilidad sanitaria y un aumento de los costes asistenciales^{35,36}. Según los informes, las complicaciones de la piel periestomal representan el 40% de las visitas de contacto de los pacientes con un WOCN³⁵.

Otras condiciones de la piel periestomal que se han encontrado como problemáticas en la literatura incluyen la dermatitis alérgica de contacto, condiciones patológicas atípicas como las varices y el pioderma gangrenoso y traumatismos mecánicos de la piel^{7,12,30,32,33}. Una vez más, la bibliografía revela inconsistencia en la terminología, ya que los profesionales de la salud utilizan varios términos sinónimos para describir los traumatismos mecánicos de la piel, entre los que se incluyen el desprendimiento de piel⁴, el desgarro cutáneo⁴, la lesión cutánea relacionada con el adhesivo médico (MARSÍ)³⁷, la MARSÍ periestomal (pMARSÍ)^{4,33} y las lesiones por tensión o ampollas^{4,33}.

La falta de consenso en la terminología/definiciones de las complicaciones estomales y para/periestomales que se encontraban en la práctica clínica y en la literatura llevó a los investigadores a emprender este estudio, que se basó en el estudio realizado por Walls¹⁵ y que pretendía lograr un consenso en la terminología estomal y para/periestomal entre los profesionales sanitarios australianos. La necesidad de un consenso de este tipo fue aún más evidente tras la búsqueda bibliográfica de los investigadores, que identificaron ocho definiciones diferentes para la "dermatitis irritante de contacto"^{3,4,26,38-42} y otras tres para la "irritación química"^{3,41,43} y seis más para el "daño cutáneo asociado a la humedad/daño cutáneo asociado a la humedad periestomal"⁴⁴⁻⁴⁹. En efecto, había 17 definiciones/descriptores para lo que podrían considerarse términos sinónimos de pérdida para/periestomal de la integridad de la piel debido a la exposición a la humedad/efluentes.

Se encontró una confusión similar en la terminología para las presentaciones clínicas para/periestomales relacionadas con los traumatismos mecánicos, como la lesión cutánea relacionada con el adhesivo médico (pMARSÍ) (ocho

definiciones)^{1,4,15,25,38,39,43,50} y las ampollas de tensión (tres definiciones)^{4,37,38} y las afecciones cutáneas infecciosas como la folliculitis (siete definiciones)^{3,4,26,37,40,42,51}. Las lesiones pseudoverrucosas, también denominadas hiperplasia pseudoepiteliomatosa y dermatitis papilomatosa crónica, obtuvieron ocho definiciones^{1,3,11,40-42,52,53}. De hecho, la búsqueda bibliográfica reveló una media de tres a cinco definiciones/descriptores para cada término de complicación cutánea para/periestomal buscado.

Por el contrario, la literatura reveló un acuerdo más sucinto en cuanto a los términos utilizados para describir la mayoría de las posibles complicaciones estomales, como la retracción, la estenosis, el prolapso o las condiciones metaplásticas. Se encontró una concordancia similar para las alteraciones patológicas para/periestomales de la integridad de la piel, como el pioderma gangrenoso, los implantes mucosos, la cabeza de medusa /varices, el eczema y la psoriasis. Por lo tanto, los diez términos que se incluyeron finalmente en el proceso Delphi fueron los que resultaron tener un mayor número de definiciones/descriptores utilizados para describir las complicaciones estomales, para/periestomales, tal y como las utilizan los WOCN. Entre ellos había tres términos -dermatitis irritante para/periestomal, granuloma y excoriación- que requirieron tres rondas de votación y una ronda de votación de clasificación de prioridades para llegar a un consenso en las definiciones.

La dermatitis irritante para/periestomal se definió finalmente como "inflamación, erosión o ulceración debida al contacto sostenido con el efluente estomacal". Sin embargo, las respuestas de los participantes que finalmente condujeron a este consenso fueron inicialmente variadas y dieron lugar a un importante debate durante las rondas de votación.

Durante las primeras rondas de votación se encontró un camino similar al del consenso para los granulomas, que se definieron como "una hipergranulación friable y papular que se produce en la unión mucocutánea/en el estoma, debido a una respuesta inflamatoria a una irritación localizada y a menudo prolongada".

La excoriación para/periestomal fue quizás el término más controvertido y el camino hacia este consenso estuvo salpicado de muchos comentarios, entre ellos los siguientes:

Sí, estoy de acuerdo con la definición de excoriación que es la pérdida lineal y superficial de la epidermis hasta el periestomal (piel) por el raspado. Sin embargo, pensé que la humedad también estaba implicada en la presentación de la excoriación.

Creo que la parte más importante de esta definición es el uso de la palabra "lineal", que representa una línea de raspado.

No veo ninguna diferencia entre "erosión" y "excoriación": tienen los mismos factores causales y no hay nada en la "excoriación" que implique una morfología lineal o una causa artefactual.

[La definición final es] fácil de entender para el enfermero general, que a menudo confunde este término con el daño cutáneo asociado a la humedad o IAD [dermatitis asociada a la incontinencia].

Me gusta la adición de lineal / punteado y raspado / lesión. Las personas pueden asociarse con estos descriptores.

La excoriación se definió finalmente como "la pérdida epidérmica o parcial de la dermis con un aspecto lineal o punteado que se produce debido al raspado o a una lesión".

Aunque al final se admitió que dos términos (desprendimiento

de piel y ampollas de tensión) eran MARSÍ y se llegó a un acuerdo sobre la definición en la segunda ronda, hubo un debate inicial sobre la confusión o la falta de conocimiento de este término, como demuestran las siguientes respuestas:

El término "desprendimiento de piel" es la causa, no una evaluación de la piel periestomal en sí. La causa de la pérdida de piel se debe a que la piel se ha desgarrado o desnudado. Si esta sección pretende describir MARSÍ, probablemente esto debería reflejarse en el nombre.

Cuando se introdujo el término MARSÍ, no sabía lo que significaba; el término desprendimiento de piel me parece mucho más claro sin necesidad de información adicional. El término "desprendimiento de piel" también se diferencia de los desgarros cutáneos.

La ampolla por tensión es lo mismo que el desprendimiento de piel porque son ampollas relacionadas con las fuerzas de tensión causadas por las superficies adhesivas médicas. Como hay una ampolla presente, creo que debería clasificarse como ampolla solamente; puede ser por tensión, pero puede no serlo, por ejemplo, tras la retirada del aparato y la evaluación puede haber otra razón identificada como causa de la ampolla.

El término describe el mecanismo en el término y sugiere la estrategia de tratamiento. Técnicamente también podría clasificarse como MARSÍ. Nunca había oído la frase, pero refleja bien cómo se produjo la ampolla, lo que permite una gestión/prevenición eficaz y temprana.

Al final, se consideró que el desprendimiento de piel y las ampollas de tensión eran sinónimos de MARSÍ y la última definición alcanzó el consenso.

CONCLUSIÓN

Una revisión de la literatura y una discusión con expertos en WOCN identificaron la falta de consenso en las definiciones/descriptores utilizados para definir las complicaciones cutáneas estomales, para y periestomales comunes en Australia. Se llevó a cabo un proceso Delphi y se presentaron diez términos a 20 miembros de la comisión que participaron en rondas de votación. El consenso resultante para las definiciones se logró para ocho términos. El granuloma mucocutáneo y el granuloma mucoso se consideraron sinónimos, al igual que el desprendimiento de piel, las ampollas de tensión y el MARSÍ. Los resultados de este estudio se están difundiendo ahora a nivel nacional y los investigadores esperan que los WOCN de otros países acepten el reto y reproduzcan la metodología del estudio para permitir un mayor consenso internacional sobre la terminología. Este consenso ofrecerá oportunidades de comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes, de educación y de evaluación comparativa de las complicaciones estomales, paraestomales y periestomales a nivel internacional.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen: la beca de investigación concedida por la Asociación Australiana de Enfermeros de Terapia Estomal (AASTN), que ha hecho posible este estudio; a los enfermeros de terapia estomal y a los cirujanos colorrectales que participaron en el proceso Delphi y que ofrecieron de buen grado su tiempo y experiencia; a Paul Haesler, que diseñó y gestionó la plataforma de votación de consenso en línea específica del proyecto.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para este estudio.

REFERENCIAS

1. Carmel J, Colwell J, Goldberg M, editors. Ostomy management. Wound, Ostomy Continence Nurses Society core curriculum. 2nd ed. Wolters Kluwer; 2021.
2. Australian Council of Stomal Associations. [cited 2020 April 12]. Available from: <https://australianstoma.com.au/>
3. Lyons CC, Smith AJ. Abdominal stomas and their skin disorders. London: Martin Dunitz 2001.
4. LeBlanc K, Whiteley I, McNicol L, Salvadelena G, Gray M. Peristomal medical adhesive-related skin injury. JWOCN 2019;46(2):125–136.
5. Pitman J, Rawl SM, Schmidt CM et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. JWOCN 2008;35(5):493–503.
6. Taneja C, Netsch D, Rolstad BS, Inglese G, Eaves D, Oster G. Risk and economic burden of peristomal skin complications following ostomy surgery JWOCN 2019;46(2):143–149.
7. Colwell J, Beitz J, Survey of wound, ostomy and continence (WOC) nurse clinicians on stomal and peristomal complications: a content validation study. JWOCN 2007;34(1):57–69.
8. Beitz J, Colwell J. Management approaches to stomal and peristomal complications: a narrative descriptive study. JWOCN 2016;43(3):263–268.
9. Park JJ, Pino AD, Orsay CP, Nelson RL, Pearl RK, Cintron JR, Abcarian H. Stoma complications. Dis Colon Rectum 1999;42:1575–1580.
10. Butler D. Early postoperative complications following ostomy surgery. JWOCN 2009;36(5):513–519.
11. Ratcliff CR. Early peristomal skin complications reported by WOC nurses. JWOCN 2010;37(5):505–510.
12. Krishnamurthy DM, Blatnik J, Mutch M. Stoma complications. Clin Colon Rectal Surg 2017;30(3):193–200.
13. Wood DN, Allen SE, Hussain M, Greenwell TJ, Shah PJ. Stomal complications of ileal conduits are significantly higher when formed in women with intractable urinary incontinence. J Urol 2004;72(6 Pt. 1):2300–2303.
14. Kann B. Early stomal complications. Clin Colon Rectal Surg 2008;21(1):23–30.
15. Walls P. Seeking a consensus for a glossary of terms for peristomal skin complications. Stomal Therapy Aust 2018;38(4):8–12.
16. Taneja C, Netsch D, Rolstad BS, Inglese G, Eaves D, Oster G. Risk and economic burden of peristomal skin complications following ostomy surgery. JWOCN 2019;46(2):143–149.
17. Benner P. From novice to expert. Am J Nurs 1982;82(3):402–7.
18. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method users' manual. Santa Monica, CA: RAND; 2001.
19. Coleman S, Nelson EA, Keen J, et al. Developing a pressure ulcer risk factor minimum data set and risk assessment framework. J Adv Nurs 2014;70(10):2339–52.
20. Haesler E, Carville K, Haesler P. Priority issues for pressure injury research: an Australian consensus study. Res Nurs Health 2018;41(4):355–68.
21. Haesler E, Swanson T, Ousey K, Carville K. Clinical indicators of wound infection and biofilm: reaching international consensus. J Wound Care 2019;28(3):S4–S12.
22. Abdo J, Sopko N, Milner S. The applied anatomy of human skin: a model for regeneration. Wound Med 2020;28(100179).

23. Proksch E. pH in nature, humans and skin. *J Derm* 2018;45(9):1044–1052.
24. Ali SM, Yosipovitch G. Skin pH: from basic science to basic skin care. *Acta Derm Venereol* 2013;93:261–267.
25. Almutairi D, LeBlanc K, Alavi A. Peristomal skin complications: what dermatologists need to know. *Int J Derm* 2018;57(3):257–264.
26. Shabbir J, Britton D. Stoma complications: a literature review. *Colorectal Dis* 2010;12(10):958–964.
27. Harputlu D, Ozsoy S. A prospective, experimental study to assess the effectiveness of home care nursing on the healing of peristomal skin complications and quality of life. *J Ostomy Wound Manag* 2018;64(10):18–30.
28. Husain SG, Cataldo TE. Late stomal complications. *Clin in Colon and Rectal Surg* 2008;21(1):31–40.
29. 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.
30. Tsujinaka S, Tan KY, Miyakura Y, et al. Current management of intestinal stomas and their complications. *J Anus Rectum Colon* 2020;4(1):25–33.
31. Doctor K. Peristomal skin complications: causes, effects, and treatments. *Chronic Wound Care Manag Res* 2017;4:1–6. Available from: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=34122>
32. Richbourg L, Thorpe JM, Rapp CG. Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *JWOCN* 2007;34(1):70–79.
33. Taggart E, Spencer K. Maintaining peristomal skin health with ceramide-infused hydrocolloid skin barrier. *J WCET* 2018;38(1):S8–10.
34. Rae W, Pridham S. Peristomal moisture-associated skin damage and the significant role of pH. *J WCET* 2018;38(1):S4–7.
35. Meisner S, Lehur PA, Moran, Martins L, Jemec GBE. Peristomal skin complications are common, expensive, and difficult to manage: a population based cost modelling study. *PLoS One* 2012;7(5):e37813 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0037813>
36. Nichols T, Inglese G. The burden of peristomal skin complications on an ostomy population as assessed by health utility and the physical component summary of SF-36v2®. *Value in Health* 2018;21:89–94.
37. McNichol L, Lund C, Rosen T, Gray M. Medical adhesives and patient safety: state of the science, consensus statements for the assessment, prevention and treatment of adhesive-related skin injuries. *JWOCN* 2013;40(4):365–380.
38. Zulkowski, K. Understanding moisture-associated skin damage, medical adhesive-related skin injuries, and skin tears. *Adv Skin Wound Care* 2017;30(8):372–381.
39. Bryant R, Nix D. *Acute and chronic wounds: current management concepts*. 3rd ed. Missouri, US: Mosby Elsevier; 2007.
40. Oakley A. Contact dermatitis; 2012. Available from: <https://dermnetnz.org/topics/contact-dermatitis/>
41. Blackley P. *Practical stoma wound and continence management*. 2nd ed. Vermont, VIC: Research Publications Pty Ltd; 1998.
42. Rolstad BS, Erwin-Toth PL. Peristomal skin complications: prevention and management. *Ostomy Wound Manage* 2004;50(9):68–77.
43. Loehner D, Casey K, Schoetz DJ. Peristomal dermatology. *Clin Colon Rectal Surg* 2002;15(3):209–214.
44. Voegeli D. Moisture-associated skin damage: an overview for community nurses. *Br J Community Nurs* 2013;18(1):6,8,10–12.
45. Colwell JC, Ratliff CR, Goldberg M, et al. MASD part 3: peristomal moisture-associated dermatitis and periwound moisture-associated dermatitis: a consensus. *JWOCN* 2011;38(5):541–553;quiz 554–545.
46. Gray M, Black JM, Baharestani MM, et al. Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *JWOCN* 2011;38(3):233–241.
47. Woo KY, Beeckman D, Chakravarthy D. Management of moisture-associated skin damage: a scoping review. *Adv Skin Wound Care* 2017;30(11):494–501.
48. Young T. Back to basics: understanding moisture-associated skin damage. *Wounds UK* 2017;13(4):56–65.
49. Carmel J, Colwell J, Goldberg M, editors. *Core curriculum: ostomy management*. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. Wolters Kluwer; 2021.
50. Stelton S, Zulkowski K, Ayello EA. Practice implications for peristomal skin assessment and care from the 2014 World Council of Enterostomal Therapists international ostomy guideline. *Adv Skin Wound Care* 2015;28(6):275–284;quiz 285–276.
51. Beitz J, Colwell J. Stomal and peristomal complications: prioritizing management approaches in adults. *JWOCN* 2014;41(5):445–454.
52. Szymanski KM, St-Cyr D, Alam T, Kassouf W. External stoma and peristomal complications following radical cystectomy and ileal conduit diversion: a systematic review. *Ostomy Wound Manage* 56(1):28–35.
53. Stelton S. Stoma and peristomal skin care: a clinical review. *Am J Nsg* 2019;119(6):38–45.

Anexo 1. Términos asociados a las complicaciones periestomales, parastomales y estomales

Término	Tipo		Localización			Etiología			
	Condición/ complicación	Aspecto clínico	Periestomal	Paraestomal	Estomal	Humedad	Traumatismo	Infección	Patogénesis
Lesión cutánea relacionada con el adhesivo médico	✓		✓	✓			✓		
Lesión por tensión									
Ampollas por estiramiento									
Ampollas de yeso									
Desprendimiento de piel									
Desgarro cutáneo periestomal									
Bacterias	✓		✓	✓		✓		✓	
Dermatitis asociada a la humedad	✓		✓	✓					
Daños en la piel asociados a la humedad									
Dermatitis asociada a la incontinencia									
Dermatitis intertriginosa									
Dermatitis irritante									
Dermatitis química									
Prolapso	✓	✓			✓		✓		✓
Prolapso con traumatismo									
Invaginación estomal									
Psoriasis	✓		✓	✓					✓
Erosión		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Denudado									
Excoriación		✓	✓	✓			✓		
Hongos	✓		✓	✓				✓	
Candidiasis									
Pólipos	✓				✓		✓		✓
Pólipos inflamatorios "tapón"									
Granuloma									
Pólipos inflamatorios									
Estenosis	✓				✓				✓
Eczema/dermatitis	✓		✓	✓					✓
Psoriasis									
Cabeza de medusa	✓		✓	✓					✓
Proliferación vascular									
Ulceración		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Ulceración estomal									
Dermatitis/sensibilidad alérgica de contacto	✓		✓	✓					✓
Dermatitis de contacto									
Sarpullido por calor relacionado con la bolsa									
Lesión por presión	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓

Término	Tipo		Localización				Etiología			
	Condición/ complicación	Aspecto clínico	Periestomal	Paraestomal	Estomal	Humedad	Traumatismo	Infección	Patogénesis	
Eritema		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Retracción	✓				✓				✓	
Hipergranulación Sobregranulación		✓	✓	✓		✓	✓			
Lesiones pseudoverruosas Hiperplasia Incrustaciones alcalinas Depósito de cristales de ácido úrico Hiperplasia pseudoepiteliomatosa Hiperqueratosis/epitelios cornificados Dermatitis papilomatosa crónica Reacciones irritantes papulares	✓		✓	✓		✓				
Herpes	✓		✓	✓	✓			✓		
Verrugas										
Infección vírica	✓		✓				✓		✓	
Implantes mucosos	✓		✓						✓	
Metaplasia intestinal	✓		✓		✓				✓	
Necrosis	✓	✓			✓		✓		✓	
Isquemia										
Absceso		✓	✓		✓		✓	✓		
Foliculitis	✓		✓	✓			✓	✓		
Dehiscencia de la mucosa	✓		✓						✓	
Úlcera de Crohn	✓		✓		✓				✓	
Sangrado	✓		✓	✓	✓		✓		✓	
Pioderma gangrenoso	✓		✓	✓					✓	
Malignidad	✓		✓	✓	✓				✓	
Pénfigo vulgar	✓		✓	✓					✓	
Lesión por radiación	✓		✓	✓			✓		✓	
Hernia	✓		✓	✓	✓				✓	
Hernia peri/paraestomal			✓	✓						
Maceración		✓	✓	✓		✓				
Bulla		✓	✓	✓		✓		✓		
Vesícula										
Pápula										
Placa										
Melanosis coli	✓				✓				✓	

Término	Tipo		Localización			Etiología			
	Condición/ complicación	Aspecto clínico	Periestomal	Paraestomal	Estomal	Humedad	Traumatismo	Infección	Patogénesis
Fístula enteral/colónica	✓		✓	✓	✓				✓
Dusky		✓			✓		✓		✓
Liquenificación		✓	✓	✓					✓
Liquen simple crónico									
Prurigo nodular									
Liquen escleroso									
Coágulo (un coágulo)		✓					✓		
Vertiligo		✓							✓
Hiperpigmentación		✓	✓	✓					✓
Agregados linfoides	✓				✓				✓
Hiperplasia linfoide									
Hidrosis	✓		✓	✓		✓			✓
Respuesta triple de Lewis	✓		✓	✓					✓
Efecto de la rueda									
Xerosis		✓	✓	✓					✓
Evisceración	✓				✓		✓		✓
Hiperqueratosis de la mucosa	✓				✓		✓		✓