

Um consenso sobre complicações do estoma, da pele paraestomal e periestomal

SUMÁRIO

Objetivo Estabelecer um consenso sobre a terminologia utilizada na Austrália para definir as complicações do estoma, da pele paraestomal e periestomal.

Métodos Foi elaborada uma lista de complicações do estoma, da pele paraestomal e periestomal através do diálogo em grupo alimentado pelos conhecimentos clínicos e acadêmicos dos investigadores. Foi realizada uma extensa revisão bibliográfica para identificar quaisquer termos adicionais e para criar uma base de dados de definições/descrições. Foi elaborada uma biblioteca de imagens relacionadas com as condições identificadas. Foi conduzido um processo Delphi online dentro de uma amostra representativa e intencional de peritos australianos especializados em enfermagem de feridas, ostomia e continência (WOCNs) e de cirurgiões colorretais. Dez termos foram apresentados ao painel com fotografias descritivas de cada uma das complicações. Foram realizadas até três rondas de Delphi e quando necessário uma ronda de votação prioritária.

Resultados Na primeira ronda foi conseguido um acordo em relação a sete dos dez termos. Um termo (dermatite alérgica) foi ajustado (dermatite alérgica de contacto), permitindo atingir um acordo na segunda ronda. Dois dos termos (granuloma mucocutâneo e granuloma da mucosa) foram considerados pelo painel como sendo a mesma condição, mas em locais anatómicos diferentes, pelo que foram combinados em um único termo (granuloma). Outros dois termos (remoção de pele e bolhas de tensão) foram combinados em um termo - lesão cutânea relacionada com adesivo médico (MARS) - permitindo um acordo na segunda ronda.

Conclusão Um consenso na terminologia utilizada para descrever complicações do estoma, da pele para/periestomal irá permitir melhorar a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde e avançar a nível nacional com oportunidades de educação e avaliação comparativa de complicações do estoma, para e peristoma.

Palavras-chave estoma, paraestomal, periestomal

Como referência 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>

Submetido a 1 de Maio de 2022, Aceite a 10 de Julho 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}

¹Silver Chain Group, Perth, Austrália

²Curtin University, Perth, Austrália

³La Trobe University, Melbourne, Austrália

⁴West Australian Ostomy Association, Austrália

⁵St John of God Hospital, Murdoch, Austrália

⁶St Vincent's Northside Private Hospital, Brisbane QLD

⁷University of Notre Dame Australia, Fremantle, Austrália

⁸EdithCowan University, WA

⁹Universidade de Murdoch, WA

* Autor correspondente

Introdução

A cirurgia que resulta num estoma entérico ou urinário é geralmente realizada após um diagnóstico de malignidade, doença inflamatória intestinal, distúrbios neurogénicos, anomalia congénita, trauma ou no seguimento de uma anastomose cirúrgica distal¹. Há aproximadamente 47.000 pessoas a viver com um estoma na Austrália² e este número aumenta para 100.000 no Reino Unido³ e para 1.000.000 nos Estados Unidos da América (EUA), país onde são realizados anualmente 130.000 procedimentos cirúrgicos relacionados⁴.

Independentemente do tipo de estoma e do seu método de gestão, a recuperação e a reabilitação pós-operatória de uma pessoa que tenha sido submetida a uma cirurgia de separação fecal ou urinária está muito dependente da sua capacidade de evitar complicações da pele do estoma e da pele paraestomal ou periestomal⁵. Periestomal refere-se à pele circunferencial ao estoma e paraestomal refere-se à pele ao lado do estoma,

mas em ambos os casos refere-se à pele coberta pela barreira cutânea do aparelho de ostomia^{1,3}.

A prevalência de complicações cutâneas do estoma, da pele paraestomal e periestomal após a cirurgia do estoma varia muito devido aos desenhos estudados, populações heterogêneas, tamanhos de amostras, tipos de estomas estudados (ou seja, entéricos ou urinários), tipos de complicações em análise e diferenças nas definições e terminologias utilizadas para as descrever⁴⁻⁸. No entanto, a extensão desta disparidade é evidente na literatura, a qual relata complicações do estoma e da pele periestomal entre 6%⁹ a 80%⁴. Além disso, estas complicações diferem clinicamente e estão sujeitas ao tipo de estoma criado e se a cirurgia foi eletiva ou emergente, sendo que esta última é responsável por um maior número de complicações¹⁰⁻¹².

Parecem existir taxas de complicações mais elevadas entre os pacientes com estomas entéricos, como as ileostomias, particularmente as ileostomias em laço, as quais foram encontradas por Park et al.⁹ como sendo até 75% em comparação com 6% entre os pacientes com colostomias terminais. No entanto, Wood et al.¹³ encontraram 34,4% dos pacientes que tiveram um conduto ileal criado experimentaram complicações do estoma e que 25% desta coorte necessitaram de cirurgia para o tratamento da herniação ou da retração do estoma. Park et al.⁹ realizaram uma auditoria retrospectiva das fichas médicas de 19 anos em 1.616 pacientes e determinaram as razões para as complicações do estoma na sua coorte: idade do paciente; disciplina cirúrgica realizando o procedimento, ou seja, cirurgião colorretal versus cirurgião geral; procedimento cirúrgico realizado; que não foi realizada nenhuma localização pré-operatória do estoma por uma enfermeira de ferida, ostomia e continência (WOCN)⁹. Na sua revisão, Kann¹⁴ relatou a obesidade do paciente e a doença inflamatória intestinal como sendo preditores independentes de complicações relacionadas com o estoma.

A falta de consenso nas definições e na terminologia têm sido durante muito tempo um obstáculo à comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e prestadores de cuidados formais e informais. Além disso, as disparidades nas definições e na terminologia conduzem potencialmente a cuidados inferiores aos ideais e à perda de oportunidades de avaliação comparativa dos resultados desse mesmos cuidados. Numa tentativa de investigar esta anomalia, Colwell e Beitz⁷ empreenderam um inquérito entre 686 WOCNs nos EUA para estabelecer a validade do conteúdo das definições de complicação do estoma e da pele periestomal publicadas e das intervenções relacionadas. Embora tenham encontrado um forte nível de validade de conteúdo para as definições de complicações do estoma e da pele periestomal, já não o conseguiram fazer para as intervenções de gestão relacionadas. Além disso, os inquiridos identificaram um número considerável de complicações do estoma e da pele periestomal que foram omitidas, especialmente entre as populações neonatais e pediátricas, o que indica uma maior diversidade nas definições e terminologia utilizadas dentro dos diversos contextos clínicos⁷.

Em 2017 na Austrália, Paredes realizou um inquérito para determinar a utilização e o acordo sobre definições e terminologia para condições de pele periestomal e em apresentações clínicas entre 191 enfermeiros de terapia do estoma (STNs) que são equivalentes aos WOCNs. Ela

também encontrou uma grande disparidade nas definições e terminologia utilizadas¹⁵. O estudo de Wall, como o de Colwell e Beitz, alertou os WOCNs para a necessidade de um consenso nacional sobre complicações do estoma e da pele para/periestomal; no entanto, até agora tem havido pouco esforço para facilitar esta iniciativa^{7,14}. Isto é particularmente relevante quando se considera a carga significativa associada às condições da pele do estoma e periestomal. Taneja et al.¹⁶ descobriram que os pacientes com complicações cutâneas da pele periestomal tinham aumentado as taxas de readmissão conduzindo a um aumento médio do custo dos cuidados de saúde de 7400 dólares, o que equivale a A\$11.654, em comparação com aqueles sem complicações.

Portanto, o objetivo deste estudo era estabelecer na Austrália um consenso sobre a terminologia utilizada para definir as complicações do estoma, paraestomal e periestomal.

MÉTODOS

O estudo compreendeu a delimitação do âmbito e a definição de prioridades da terminologia utilizada pelos WOCNs australianos para a descrição de complicações do estoma, paraestomal e periestomal. Foi realizada uma revisão bibliográfica para definir estes termos, tendo sido conduzido um processo Delphi online entre peritos australianos WOCNs e cirurgiões colorretais para obter um consenso sobre as definições e a terminologia relacionadas que eram utilizadas. A aprovação ética foi concedida pelo Curtin University Human Research Ethics Committee (HRE2020-0441) e pelo University of Notre Dame Australia Human Research Ethics Committee e todas as directrizes institucionais foram seguidas.

Primeiro, a equipa de investigação elaborou uma lista de potenciais complicações de interesse relacionada com o estoma, paraestomal e periestomal através do diálogo de grupo originado pelos conhecimentos clínicos e académicos dos investigadores (Anexo 1). Após ter sido elaborada a lista de complicações, foi realizada uma extensa revisão bibliográfica para identificar quaisquer termos adicionais que se descobrissem estar associados a complicações do estoma, para/periestomal para que fosse criada uma base de dados de definições/descrições para cada um dos termos identificados. Em seguida e com o consentimento dos indivíduos envolvidos, foram recolhidas junto dos investigadores e serviços de saúde participantes fotografias clínicas indicativas. Finalmente, o termo de investigação reviu a lista de complicações para seleccionar aquelas para as quais existiu suficiente variação na terminologia e/ou compreensão clínica e/ou na literatura.

Para alcançar um acordo nacional sobre o termo mais aceitável e a definição/descrição para cada complicação, foi empreendido um processo Delphi envolvendo peritos da WOCN e cirurgiões colorretais, utilizando para tal uma plataforma on-line específica do projeto. O recrutamento foi feito através de um convite aberto e este foi divulgado pela Association of Stomal Therapy Nurses (AASN) Inc. e também através redes de investigadores. Os inquiridos que responderam ao convite foram avaliados como peritos na área utilizando a explicação de especialização Novice to Expert Theoretical de Benner's¹⁷, com a duração da experiência clínica, cargo desempenhado dentro do domínio, publicação/apresentação e reconhecimento por pares a serem utilizados como critérios para definir a especialização. Do conjunto de inquiridos, foram seleccionados 20 participantes provenientes de Estados e de Territórios Australianos, tendo sido enviada

por correio eletrônico a cada um deles uma ficha de informação que incluía informações sobre a natureza anônima das respostas dos participantes no processo de consenso. Todos os inquiridos convidados concordaram em participar e confirmaram o seu consentimento através do acesso à plataforma online do processo Delphi.

O processo utilizado para alcançar definições consensuais foi constituído por quatro rondas - três rondas de Delphi e uma ronda de votação prioritária. As rondas de consenso Delphi foram conduzidas utilizando o Método RAND Appropriateness, uma metodologia que está concebida para ajudar um painel a chegar a acordo¹⁸. A validade, fiabilidade e a aplicação do método são previamente comunicadas¹⁸⁻²¹. A plataforma em linha foi concebida para aplicar o método RAND/UCLA para o cálculo dos resultados da votação. Na primeira ronda em cada complicação foi apresentada:

- Fotografias da complicação.
- Uma gama de termos normalmente utilizados para descrever essa complicação, sendo apresentado como o termo nominal para a complicação o termo identificado como sendo o mais frequentemente utilizado no contexto australiano.
- Uma definição/descrição proveniente da literatura.

Foi pedido aos participantes que, utilizando uma escala Likert de 9 pontos, indicassem o seu nível de concordância com a utilização do termo nomeado e o seu nível de concordância com a definição. Os participantes também forneceram uma justificação escrita explicando o raciocínio subjacente ao seu nível de acordo, bem como sugestões de melhorias para a definição.

O Método RAND/UCLA Appropriateness¹⁸ utiliza uma escala de 9 pontos Likert com tercís que representam acordo, incerteza ou desacordo. A escala incluía descrições (tercil um: concordar fortemente, concordar, concordar fracamente; tercil dois: incerto inclinado para concordar, incerto, incerto inclinado para discordar; tercil três: discordar fracamente, discordar e discordar fortemente) para indicar a direção e a força da opinião do participante. O resultado da votação foi calculado através da transferência dos pontos da escala Likert para um valor numérico correspondente, obtendo-se como resultado a pontuação mediana de acordo com a escala Likert. O Método RAND Appropriateness foi utilizado para determinar se conseguiu chegar a um consenso¹⁸. Foi calculado o intervalo interpercentil de 30% a 70% (IPR), juntamente com o ajuste do IPRAS para simetria (IPRAS). O IPRAS é uma função linear da distância do ponto central do IPRCP desde o ponto central da escala Likert (5,0). Se o IPRAS fosse superior ou igual à magnitude do IPRAS, significa que se chegou a acordo. No entanto, um valor IPRAS inferior à magnitude do IPRAS não indicava qualquer acordo do painel¹⁸. Quando o painel chegou a acordo e os comentários indicavam que não era possível introduzir melhorias na definição/descrição, era aceite como a descrição consensual.

Se não se chegou a um consenso, ou se os comentários sugeriram que poderiam ser conseguidas melhorias na definição, foi compilado um resumo das declarações de argumentação do painel, agrupando comentários em desacordo ou neutros em relação à definição. A equipa de investigação realizou o ajuste da definição para incorporar as melhorias sugeridas pelo painel. Para a ronda de consenso seguinte, foi apresentada aos participantes a definição refinada,

juntamente com o resultado e resumo dos comentários da ronda anterior. Um máximo de três rondas de consenso foi considerado como um número viável de votações para conseguir manter o compromisso dos participantes^{20,21}.

Para alguns termos, chegou-se a um acordo consensual para múltiplas definições. Quando os resultados da votação indicavam uma preferência de grupo, essa definição era selecionada. Nos casos onde não era evidente uma clara preferência de grupo, foi levada a cabo uma ronda final de classificação de prioridades. Nesta ronda, foram apresentadas aos participantes todas as definições que atingiram um acordo, acrescentando mais uma definição/descrição final derivada da última ronda de comentários. Os participantes classificaram as definições/descrições desde a de maior para a de menor preferência. A definição preferida foi calculada utilizando um método de votação nominal de grupo múltiplo, utilizando pontuações de classificação ponderada. O método, que se baseava numa revisão dos métodos de votação nominal, foi já anteriormente relatado²¹.

RESULTADOS

Na sequência de um convite divulgado a nível nacional, foram convidados e aceites 20 candidatos. Os participantes tinham formação em feridas, ostomia, enfermagem de continência ou cirurgia colorretal, com 18 dos participantes com mais de 10 anos de experiência nas suas respetivas disciplinas. A participação nas rondas individuais variou de 13 a 20 dos membros do painel.


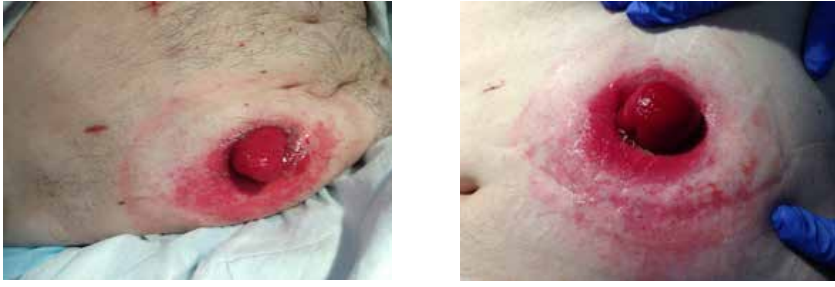
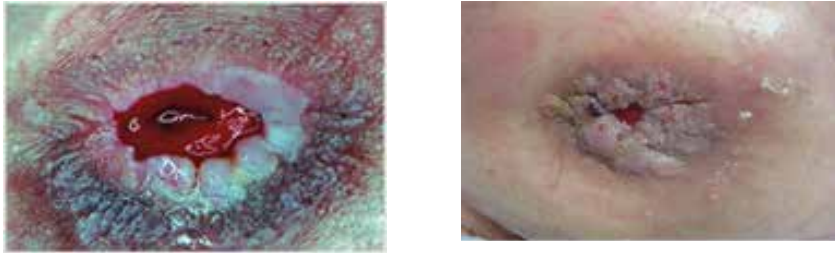


Foram apresentados dez termos ao painel, tendo em sete dos mesmos sido conseguido um acordo na primeira ronda. Um termo (dermatite alérgica) foi ajustado (dermatite alérgica de contacto), permitindo atingir um acordo na segunda ronda. Dois dos termos (granuloma mucocutâneo e granuloma da mucosa) foram considerados pelo painel como sendo a mesma condição, mas em locais anatómicos diferentes, pelo que foram combinados em um único termo (granuloma). Dois dos termos (remoção de pele e bolhas de tensão) foram combinados como um termo - lesão cutânea relacionada com adesivo médico (MARS) - em relação ao qual se chegou a acordo na segunda ronda. O glossário final (Figura 1) inclui os oito termos para os quais foram acordadas definições.

Na maioria dos resultados da votação foi alcançado um consenso em concordância com a definição apresentada. O acordo variou de 55,56% a 98,95% na primeira ronda de consenso (dez termos), 56,25% a 81,25% na segunda ronda (sete termos) e 55,0% a 80,0% na terceira ronda (quatro termos). Para todos os termos, foi alcançado consenso de acordo com as definições/descrições apresentadas em cada uma das rondas, embora os comentários dos inquiridos indicassem frequentemente que poderiam ser feitas melhorias na sua definição. Não foi evidente uma preferência clara por definições/descrições para três dos termos (dermatite irritante, granuloma, escoriação), o que levou à sua inclusão na ronda de classificação de prioridades.

DISCUSSÃO





A pele, que é composta pela epiderme, derme e hipoderme, é um órgão dinâmico e sensível a estímulos externos ou a feridas. A pele sustenta a homeostase, a integridade estrutural e a cosmese, enquanto o estrato córneo ou camada externa da epiderme otimiza a função de barreira cutânea para

Figura 1. Termos do glossário de consenso Australiano para complicações do estoma.
 Todas as fotos são utilizadas com autorização, © os autores

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

protecção contra as agressões ambientais externas, tais como a exposição à maceração ou dessecação e traumas químicos e mecânicos²². Além disso, a pele cumpre um papel fundamental como barreira imunológica, devido às suas respostas imunitárias inatas e adaptativas aos agentes patogénicos. Esta

resposta é significativamente auxiliada pelo pH da pele, o qual varia entre 4,1-5,8 e é referido de forma comum como o manto ácido²³. O pH ácido da pele não só desencoraja a colonização bacteriana e reduz o risco de uma infeção oportunista, como também desempenha um papel na regulação da função

<p>Erosão para/periestomal</p>	<p>A erosão para/periestomal consiste na perda parcial ou total da epiderme devido à humidade, trauma ou resposta alérgica.</p> 
<p>Escoriação para-periestomal</p>	<p>A escoriação para-periestomal é a perda epidérmica ou parcial da pele, com uma aparência linear ou perfurada, que ocorre devido a coçar ou a lesões.</p> 
<p>Implantes de células da mucosa periostomal</p>	<p>Os implantes de células da mucosa periostomal são originados pelo transplante de células da mucosa para a pele periostomal durante a sutura, aquando da construção do estoma.</p> 
<p>Lesão cutânea relacionada com o adesivo médico para-periostomal (MARS)</p>	<p>A lesão cutânea relacionada com o adesivo médico para-periostomal (MARS) 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.</p> 
<p>Remoção de pele / bolha de tensão</p>	<p>Estes termos foram retirados da terminologia. Os peritos consideraram que o termo guarda-chuva MARS era mais apropriado e deveria substituir os termos bolha de tensão e a remoção 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.</p>

de barreira cutânea, na síntese e agregação lipídica e na diferenciação epidérmica e descamação²⁴. A disfunção da função de barreira cutânea prejudica a proteção da pele contra traumas mecânicos, tais como a remoção de agentes adesivos, traumas químicos originados por irritantes encontrados no efluente corporal e invasão de microrganismos. A perda resultante da integridade da pele causa dor, prejudica a

qualidade de vida e constitui um desafio para a perceção da cosmese corporal.

Para muitos, as perceções de cosmese e de alterações na imagem corporal são ainda mais desafiadas pela criação de um estoma. O aumento da morbidade sob a forma de complicações do estoma, da pele para/periostomal está frequentemente associado à criação de um estoma urinário ou

fecal^{12,25,26}. A taxa de complicações da pele para/periostomal e do estoma varia significativamente e é relatada como sendo de 20-80%^{4-6,26}.

Curiosamente, o tipo de complicação do estoma difere nas ocorrências nos primeiros 30 dias de pós-operatório (referidas como complicações precoces) ou nas que ocorrem após 30 dias (referidas como complicações tardias)^{10-12,27-29}. As complicações do estoma iniciais descritas na literatura incluem isquemia/necrose do estoma, retração, deiscência mucocutânea e abscesso paraestomal, as quais estão principalmente relacionadas com uma perfusão deficiente, com a técnica cirúrgica ou com infecção^{10-12,14}. As complicações tardias do estoma são mais frequentemente a hérnia paraestomal, prolapso do estoma, retração e estenose^{12,28-30}.

Contudo, a complicação cutânea da pele periostomal mais significativa, tanto no período pós-operatório precoce como tardio, é a dermatite irritante de contacto devido à exposição periostomal da pele ao efluente corporal^{3,9,12,31}. A dermatite irritante de contacto foi encontrada por 91% (n=919) dos enfermeiros inquiridos internacionalmente como sendo a complicação cutânea da pele periostomal mais comum na sua prática³². Termos sinónimos tais como irritação da pele^{9,32}, dermatite química irritante¹¹, dermatite irritante^{10,11}, dermatite periostomal³, danos cutâneos associados à humidade (MASD)⁴ e danos cutâneos da pele periostomal associados à humidade (PSMASD)^{33,34} são utilizados por alguns autores para definir esta condição. Independentemente da terminologia, a erosão e a ulceração da pele que resulta do contacto repetido com efluentes corporais devido a aparelhos ineficazes leva à dor, a uma imagem corporal negativa, a uma diminuição saúde com impactos na qualidade de vida e a um aumento dos custos dos cuidados de saúde^{35,36}. As complicações da pele periostomal são relatadas como sendo responsáveis por 40% das visitas de contacto com o paciente por um WOCN³⁵.

Outras das condições de pele periostomal consideradas problemáticas na literatura incluem dermatite alérgica por contacto, condições patológicas atípicas tais como varizes e pioderma gangrenoso e traumatismos mecânicos da pele^{7,12,30,32,33}. Mais uma vez, a literatura revela inconsistência na terminologia, uma vez que vários termos sinónimos são utilizados por profissionais de saúde para a descrição de traumatismos mecânicos da pele, incluindo remoção de pele⁴, lesões cutâneas laceradas⁴, lesão cutânea relacionada com adesivo médico (MARSÍ)³⁷, MARSÍ periostomal (pMARSÍ)^{4,33} e lesões por tensão ou bolhas^{4,33}.

Foi a falta de consenso na terminologia/definições para complicações do estoma e da pele para/periostomal que se verificou na prática clínica e na literatura que levou os investigadores a realizar este estudo, o qual se baseou no estudo conduzido por Walls¹⁵ e que procurou alcançar um consenso em terminologia do estoma e para/periostomal entre os profissionais de saúde australianos. A necessidade de tal consenso foi ainda mais evidente após a pesquisa bibliográfica dos investigadores, os quais identificaram oito definições diferentes para "dermatite irritante de contacto"^{3,4,26,38-42} e outras três para "irritação química"^{3,41,43} e ainda mais seis para "danos cutâneos associados à humidade/ danos cutâneos na pele periostomal associados à humidade"⁴⁴⁻⁴⁹. Efetivamente, existiam 17 definições/descrições para o que poderia ser considerado sinónimo de perda de integridade da pele para/periostomal devido à exposição à humidade/efluente.

Foi encontrada uma confusão semelhante na terminologia para/periostomal em apresentações clínicas relacionadas com traumatismos mecânicos, tais como lesão cutânea relacionada com adesivo médico (pMARSÍ) (oito definições)^{1,4,15,25,38,39,43,50}, bolhas de tensão (três definições)^{4,37,38} e condições cutâneas infecciosas tais como foliculite (sete definições)^{3,4,26,37,40,42,51}. Em relação às lesões pseudoverrucosas, também referidas como hiperplasia pseudoepitelioma e dermatite papilomatosa crónica, foram encontradas oito definições^{1,3,11,40-42,52,53}. De facto, a pesquisa bibliográfica revelou em média três a cinco definições/descrições para cada termo de complicação cutânea da pele para/periostomal pesquisado.

Pelo contrário, a literatura revelou um acordo mais sucinto em relação aos termos utilizados para a descrição da maioria das potenciais complicações do estoma, tais como retração, estenose, prolapso ou condições metaplásticas. Foi encontrado um acordo semelhante para alterações patológicas para/periostomal na integridade da pele, tais como pioderma gangrenoso, implantes da mucosa, caput medusa/varizes, eczema, psoríase. Portanto, os dez termos finalmente incluídos no processo Delphi foram os que se verificou terem um maior número de definições/descrições utilizados para descrever complicações do estoma, da pele para/periostomal, tal como utilizados pelos WOCNs. Entre estes, houve três termos – dermatite irritante para/periostomal, granuloma e escoriação - que exigiram três rondas de votação e uma ronda de votação por ordem de prioridade para se chegar a um consenso nas definições.

A dermatite irritante para/periostomal foi finalmente definida como "inflamação, erosão ou ulceração devido a contacto prolongado com efluentes do estoma". No entanto, as respostas dos participantes que acabaram por conduzir a este consenso foram inicialmente variadas e originaram discussões significativas durante as rondas de votação.

Um caminho semelhante para se atingir um consenso foi encontrado durante as primeiras rondas de votação dos granulomas, que foi definido como "hipergranulação friável, papular, que ocorre na junção mucocutânea/no estoma, devido a uma resposta inflamatória à irritação localizada e frequentemente prolongada".

A escoriação para/periostomal foi talvez o termo mais controverso e a viagem para atingir este consenso foi apimentada com muitos comentários, incluindo os seguintes:

Concordo que a partir do coçar, a definição de escoriação seja linear, perda superficial da epiderme para o periostomal (pele). Contudo, pensava que a humidade também estava envolvida na apresentação de escoriações.

Penso que a parte mais importante nesta definição é utilizar a palavra "linear" a qual representa uma linha de indefinição.

Não vejo diferença entre 'erosão' e 'escoriação' - ambas têm os mesmos fatores causais e não há nada sobre 'escoriação' que implique uma morfologia linear ou uma causa artefactual.

[A definição final é] fácil de compreender para o enfermeiro geral que muitas vezes confunde este termo com danos cutâneos associados à humidade ou (IAD) [dermatite associada à incontinência].

Gosto da adição de linear/ punção e de coçar / ferir. As pessoas podem associar-se a estas descrições.

A escoriação foi finalmente definida como "perda epidérmica ou parcial da pele com uma aparência linear ou pontiaguda que ocorre devido a coçar ou a lesões".

Embora dois dos termos (remoção de pele e bolhas de tensão) acabassem por ser admitidos como MARSÍ e se tivesse chegado a acordo sobre a sua definição na segunda ronda, houve um debate inicial sobre a confusão ou falta de consciência relativamente a este termo, como ficou evidenciado pelas respostas seguintes:

O termo "remoção de pele" é a causa, não uma avaliação da pele periestomal em si. A causa da perda da pele deve-se ao facto de a pele ter sido rasgada ou removida. Se esta secção pretende descrever MARSÍ, então isto deve provavelmente refletir-se no nome.

Quando o termo MARSÍ foi introduzido, eu não sabia o que significava - acho o termo "remoção de pele" muito mais claro e sem necessidade de informação extra. O termo "remoção de pele" também se diferencia das lesões cutâneas laceradas.

A bolha de tensão é o mesmo que a remoção de pele, porque são bolhas relacionadas com forças de tensão causadas por superfícies adesivas médicas... Como há uma bolha presente, penso que deve ser classificada apenas como bolha; pode ser de tensão, mas pode não ser, por exemplo, após a remoção do aparelho e avaliação pode haver outra razão identificada como sendo a causa da bolha.

O termo descreve o mecanismo e sugere a estratégia de tratamento do mesmo. Tecnicamente, poderia também ser classificado sob MARSÍ. Nunca ouvi a frase, mas ela reflete bem a forma como a bolha ocorreu, levando dessa forma a uma gestão/prevenção eficaz numa fase precoce.

Em última análise, a remoção de pele e as bolhas de tensão foram vistas como sinónimo de MARSÍ e a última definição chegou a um consenso.

Conclusões

Uma revisão de literatura e discussão com peritos WOCNs na Austrália identificaram falta de consenso nas definições/descrições utilizados para definir complicações comuns do estoma, para e pele periestomal. Foi empreendido um processo Delphi e foram apresentados dez termos a 20 membros do painel que participou nas rondas de votação. O consenso resultante para as definições foi alcançado para oito dos termos. Granuloma mucocutâneo e granuloma da mucosa foram considerados sinónimos, tal como a remoção de pele, bolhas de tensão e MARSÍ. Os resultados deste estudo estão agora a ser divulgados a nível nacional e os investigadores esperam que WOCNs de outros países aceitem o desafio e reproduzam a metodologia deste estudo para permitir um consenso internacional mais amplo sobre terminologia. Um tal consenso proporcionará oportunidades de comunicação a nível internacional entre profissionais de saúde e pacientes, educação e avaliação comparativa de complicações do estoma e da pele para e periestomal.

AGRADECIMENTOS

Os autores reconhecem com gratidão: a bolsa de investigação concedida pela Australian Association of Stomal Therapy Nurses (AASN) que permitiu este estudo; os enfermeiros de terapia do estoma e os cirurgiões colorretais que participaram no processo Delphi e deram de bom grado o seu tempo e a sua especialização; Paul Haesler, que concebeu e geriu a plataforma online de votação de consenso específica do projeto.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existirem conflitos de interesses.

FINANCIAMENTO

Os autores não receberam qualquer financiamento para este estudo.

REFERÊNCIAS

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):54–512.

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.

Apêndice 1. Termos associados a complicações da pele periestomal, paraestomal e do estoma

Termo	Tipo		Localização				Etiologia		
	Condição/ complicação	Aspecto clínico	Periestomal	Paraestomal	Estoma	Humidade	Trauma	Infeção	Patogénese
Lesão cutânea relacionada com adesivo médico	✓		✓	✓			✓		
Lesão por tensão									
Bolhas de esticar									
Penso para bolhas									
Remoção de pele									
Lesões cutâneas laceradas da pele periestomal									
Bacteriano	✓		✓	✓				✓	
Dermatite associada à humidade	✓		✓	✓		✓			
Danos de pele associados à humidade									
Dermatite associada à incontinência									
Dermatite intertriginosa									
Dermatite irritativa									
Dermatite química									
Prolapso	✓	✓			✓		✓		✓
Prolapso com trauma									
Intussusção do estoma									
Psoríase	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓
Erosão		✓	✓	✓			✓	✓	✓
Despido									
Escoriação		✓	✓	✓			✓		
Fungo	✓		✓	✓				✓	
Candidíase									
Pólipos	✓				✓		✓		✓
Pólipos inflamatórios "tampão"									
Granuloma									
Pólipos inflamatórios									
Estenose	✓				✓				✓
Eczema/dermatite	✓		✓	✓					✓
Psoríase									
Caput medusa	✓		✓	✓					✓
Proliferação vascular									
Ulceração		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Ulceração do estoma									
Dermatite alérgica de contacto/sensibilidade	✓		✓	✓					✓
Dermatite de contacto									
Erupção térmica relacionada com a bolsa									
Lesão por pressão	✓		✓	✓	✓	✓	✓		

Termo	Tipo		Localização			Etiologia			
	Condição/ complicação	Aspecto clínico	Periestomal	Paraestomal	Estoma	Humidade	Trauma	Infeção	Patogénese
Eritema		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Retração	✓				✓				✓
Hipergranulação Sobregranulação		✓	✓	✓		✓	✓		
Lesões pseudo verrucosas Hiperplasia Incrustações alcalinas Deposição de cristais de ácido úrico Hiperplasia pseudoepiteliomatosa Hiperqueratose/Epitelia congénita Dermatite papilomatosa crónica Reações de irritação papular	✓		✓	✓		✓			
Herpes	✓		✓	✓	✓			✓	
Verrugas Infeção viral									
Implantes de mucosa	✓		✓				✓		✓
Metaplasia intestinal	✓		✓		✓				✓
Necrose	✓	✓			✓		✓		✓
Isquemia									
Abscesso		✓	✓	✓	✓		✓	✓	
Foliculite	✓		✓	✓					
Deiscência da mucosa	✓		✓						✓
Úlcera de Crohn	✓		✓		✓				✓
Sangramento	✓		✓	✓	✓		✓		✓
Pioderma gangrenoso	✓		✓	✓	✓				✓
Malignidade	✓		✓	✓	✓				✓
Pênfigo vulgar	✓		✓	✓					✓
Lesão por radiação	✓		✓	✓			✓		✓
Herniação	✓		✓	✓	✓				✓
Hérnia Peri/paraestomal			✓	✓		✓			
Maceração		✓	✓	✓		✓	✓		✓
Ruído Vesícula Pápula Placa		✓	✓					✓	
Melanose coli	✓				✓				✓

Termo	Tipo		Localização				Etiologia			
	Condição/ complicação	Aspecto clínico	Periestomal	Paraestomal	Estoma	Humidade	Trauma	Infeção	Patogénese	
Fístula enterreal/colónica	✓		✓	✓	✓				✓	
Escuro		✓			✓		✓		✓	
Lichenificação		✓	✓	✓					✓	
Líquen simples crónico										
Prurigo nodular										
Líquen escleroso										
Coágulo (um coágulo)		✓					✓			
Vitiligo		✓							✓	
Hiperpigmentação		✓	✓	✓					✓	
Agregados linfóides	✓				✓				✓	
Hiperplasia linfóide										
Hidrose	✓		✓	✓		✓			✓	
Resposta tripla de Lewis	✓		✓	✓					✓	
Efeito pápula										
Xerose		✓	✓	✓					✓	
Evisceração	✓				✓		✓		✓	
Hiperqueratose da Mucosa	✓				✓		✓		✓	