

Um modelo de fator de risco para complicações da pele periestomal

SUMÁRIO

Para as pessoas que vivem com uma ostomia, as fugas e as complicações da pele periestomal (CPP) são questões comuns que aparecem frequentemente em conjunto. Melhores meios de prevenção deste tipo de problemas poderiam melhorar a qualidade de vida destes pacientes. O objetivo da investigação aqui apresentada consistia na identificação e construção de um modelo de fatores de risco para a CPP.

Foram identificados fatores de risco através de sessões de discussão com os peritos internos de cuidados de ostomia da Coloplast, o Painel de Peritos em Ostomia da Coloplast Skin, o Fórum Global de Ostomia da Coloplast (COF) e 18 conselhos nacionais do COF, representando coletivamente mais de 400 enfermeiros de cuidados de ostomia de todo o mundo. Os fatores de risco foram identificados por estes grupos de peritos, analisados, agrupados em categorias e discutidos em várias fases, resultando no modelo de fator de risco para CPP, compreendendo três categorias globais e também os seus fatores de risco relacionados (n=24). O consenso sobre o modelo foi alcançado utilizando um processo Delphi modificado envolvendo mais de 4000 peritos em cuidados de ostomia de 35 países. Em paralelo, foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre fatores de risco para CPP, de forma a identificar a literatura primária de suporte ao modelo. Foram incluídos na revisão artigos relevantes publicados desde 2000 até Agosto de 2020, tendo sido encontrados 58 artigos que apoiam 19 de um total de 24 fatores de risco. O modelo de fator de risco para CPP foi ratificado pelo Painel de Peritos em Pela da Coloplast e pelo COF Global e apresenta potencial para ser incluído nas diretrizes para profissionais de saúde e para ser utilizado como uma ferramenta na prática clínica diária.

Palavras-chave fugas, cuidados de ostomia, complicações da pele periestomal, modelo de fator de risco

Como referência Hansen AS et al. Um modelo de fator de risco para complicações da pele periestomal. WCET® Journal 2022;42(4):14-30

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.42.4.14-30>

Submetido 2 Setembro 2022, Aceite 23 Novembro 2022

Anne Steen Hansen*

BSc/MA, ET

Coloplast A/S, Høltedam 1, 3050 Humlebæk, Dinamarca

Email dkasn@coloplast.com

Cecilie Jæger Leidesdorff Bechshøft

PhD

Coloplast A/S, Høltedam 1, 3050 Humlebæk, Dinamarca

Lina Martins

NSWOC, BSc/MSc

London Health Sciences Centre, Londres, Ontário, Canadá

Jane Fellows

MSN, RN, CWOCN-AP

Duke University Health System, Durham, Carolina do Norte, EUA

Birgitte Dissing Andersen

RN, Diploma em Gestão de Enfermagem, ET

The Stoma Clinic, Herlev Hospital, Herlev, Dinamarca

Gillian Down

Diploma em Enfermagem do Cancro, EBN (cuidados de continência e estoma), Reg. Midwife, RN, NHS

North Somerset e South Gloucestershire Clinical Commissioning Group, Bristol, UK

Tonny Karlsmark

MD, Sc

Bispebjerg Hospital, Copenhagen, Dinamarca

Gregor Jemec

MD, Sc

Hospital Roskilde, Roskilde, Dinamarca

David Voegeli

PhD, BSc, RN

Universidade de Winchester, Winchester, Hampshire, Reino Unido

Zenia Størling

PhD

Coloplast A/S, Høltedam 1, 3050 Humlebæk, Dinamarca

Lene Feldskov Nielsen

MSc

Coloplast A/S, Høltedam 1, 3050 Humlebæk, Dinamarca

* Autor correspondente

INTRODUÇÃO

Para as pessoas que vivem com uma ostomia, o risco de fugas e complicações da pele periestomal (CPP) são preocupações típicas. Estima-se que 91% das pessoas que vivem com uma ostomia se preocupam com fugas e que 76-77% sofreram fugas nos últimos 6 meses^{1,2}. A preocupação com as fugas pode impactar as atividades diárias e as interações sociais; além disso, as fugas são um contributo importante para o desenvolvimento do CPP.

Num estudo, quatro diagnósticos principais (erosão induzida por fezes, maceração, eritema e dermatite de contacto) representaram

77% de todos os diagnósticos relacionados com a ostomia e todos estes estavam relacionados com um contacto com efluente da ostomia³. Quando a integridade da pele é danificada, a aderência entre a pele e o produto para ostomia é posta em causa, podendo originar mais fugas⁴. Como resultado, pode ocorrer dor, ansiedade e uma perda de confiança no produto para ostomia, originando um risco de menor participação em atividades sociais e a um impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo¹.

A falta de conhecimento do CPP parece ser comum. Um estudo relatou que menos de metade (43%) dos indivíduos com CPP eram cientes do problema⁴. Melhorar a consciência dos fatores de risco que podem originar fugas e a CPP entre as pessoas que vivem com uma ostomia tem um grande potencial para ajudar a prevenir a CPP.

Vários fatores, para além dos inerentes aos produtos de ostomia, podem predispor as pessoas que vivem com uma ostomia a CPP^{4,5}. Como parte de uma estratégia de prevenção contra a CPP, alguns destes fatores de risco podem ser abordados em visitas de rotina à clínica para aumentar a sensibilização das pessoas que vivem com uma ostomia e iniciar ações mitigadoras. A identificação destes fatores de risco em pessoas que vivem com uma ostomia pode também dar origem a novas intervenções para a prevenção de fugas e CPP.

O conceito de um modelo de fator de risco de CPP baseado no consenso foi identificado como uma solução potencial para aumentar a consciência de quais os fatores de risco sobre os quais se pode intervir para conseguir impedir o desenvolvimento de CPP. O objetivo da investigação aqui apresentada era o de desenvolver um consenso sobre os fatores de risco mais importantes para CPP e incorporá-los num modelo de fator de risco, identificando simultaneamente provas e lacunas na literatura relativa a esses mesmos fatores de risco. O objetivo é o de orientar a prática nos cuidados de ostomia e apoiar os profissionais de saúde e as pessoas que vivem com uma ostomia na prevenção da CPP. Colocámos como hipótese que o processo de desenvolvimento de um modelo abrangente de fator de risco de CPP para apoiar a prática diária na prevenção do CPP irá evidenciar a existência de uma lacuna na literatura de boas provas ou de provas de alta qualidade para suportar o modelo.

MÉTODOS

Desenvolvimento do modelo de fator de risco

O modelo de fator de risco para CPP foi desenvolvido em

colaboração com o Painel de Peritos em Pele da Coloplast (composto por sete peritos no campo da dermatologia, feridas e cuidados de ostomia), com o Global Coloplast Ostomy Forum (COF Global), uma entidade exclusiva composta por 13 peritos internacionalmente reconhecidos e com os conselhos nacionais do COF. Os conselhos nacionais COF representam mais de 400 enfermeiros de cuidados de ostomia de todo o mundo, incluindo Bélgica, Canadá, República Checa, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Itália, Países Baixos, Noruega, Polónia, Eslováquia, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos da América.

O desenvolvimento do modelo de fator de risco para CPP foi um processo constituído por várias etapas e com quatro fases principais, nomeadamente a delimitação do âmbito, a exploração, a convergência e a ratificação (Figura 1).

Na etapa 1 (a fase de definição do âmbito), realizou-se uma reunião inicial com o Painel de Peritos em CPP, com o objetivo de debater os fatores de risco para o CPP. Os membros do painel apresentaram individualmente sugestões de fatores de risco; novas discussões no âmbito do painel ajudaram a identificar fatores de risco adicionais e as categorias de fatores de risco. Este processo foi repetido com a Global COF, com os conselhos nacionais COF e internamente na Coloplast com especialistas em cuidados de ostomia dos departamentos de Investigação e Desenvolvimento (I&D) e Marketing. Em paralelo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre os fatores de risco do CPP. Os resultados desta pesquisa foram partilhados com o Painel de Peritos em Pele e com o COF Global de modo a orientar os próximos passos.

Na etapa 2 (a fase de exploração), um grupo de projeto interno de Pele da Coloplast categorizou todos os dados recolhidos dos diferentes painéis de peritos durante a fase de delimitação do âmbito em temas. Estes temas, com fatores de risco interligados, foram apresentados ao Painel de Peritos em Pele, ao COF Global e aos conselhos nacionais COF, tendo cada um deles sido encarregue de condensar ainda mais estes temas em categorias globais de fatores de risco.

Na etapa 3 (a fase de convergência), as categorias globais de fatores de risco foram apresentadas ao Painel de Peritos em Pele e ao COF Global, antes de se realizarem sessões de discussão no âmbito dos conselhos nacionais COF para alinhar o conteúdo e a nomenclatura dessas categorias. O grupo interno de projeto de Pele da Coloplast atualizou as categorias com base nos contributos dos conselhos nacionais do COF e preparou um projeto final. Foi obtido um acordo sobre este projeto por parte do Painel de



Figura 1. Método para o desenvolvimento do modelo de fator de risco para CPP.

A. Passo 1: Fase de definição do âmbito. Foram realizadas reuniões de brainstorming sobre os fatores de risco para CPP com o Painel de Peritos em Pele, COF Global, conselhos nacionais COF e internamente na Coloplast com peritos em cuidados de ostomia de I&D e Marketing. As discussões com o Painel de Peritos em Pele e com o COF Global, com base numa revisão da literatura sobre a delimitação do âmbito, guiaram os próximos passos 2 e 3 do processo.

B. Passo 2: Fase de exploração. Depois de todos os dados recolhidos na etapa 1 terem sido agrupados em 10 temas pelo grupo interno do projeto de pele Coloplast, o Painel de Peritos em Pele, o COF Global e os painéis nacionais COF condensaram ainda mais os 10 temas, resultando em três categorias gerais a serem delineadas pelo grupo do projeto de pele Coloplast.

C. Passo 3: Fase de Convergência. As três categorias foram apresentadas ao Painel de Peritos em Pele e ao COF Global antes das discussões nos conselhos nacionais do COF, com o objetivo de alinhar o conteúdo e nomear as três categorias e o grupo interno de pele Coloplast ajustou as três categorias a um projeto final. Em paralelo, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, de forma a apoiar as discussões e a construção de consensos. Antes que um processo de consenso internacional resultasse na versão final, o Painel de Peritos em Pele e o COF Global concordaram com o projeto final.

D. Passo 4: Fase de ratificação. O modelo de fator de risco final para CPP foi ratificado pelo Painel de Peritos em Pele e pelo COF Global.

Peritos em Pele e por parte do COF Global, antes de ser conduzido um processo de consenso internacional, resultando na versão final do modelo de fator de risco^{6,7}. O processo de consenso encontra-se descrito em pormenor numa publicação separada⁷. Em resumo, utilizando um processo Delphi modificado, chegou-se a um consenso entre os especialistas em cuidados de ostomia de 35 países. Esta fase foi apoiada por uma revisão sistemática da literatura (ver descrição abaixo), de forma a identificar o nível de prova por detrás de cada fator de risco identificado. Na etapa 4 (a fase de ratificação), o modelo de fator de risco final foi ratificado pelo Painel de Peritos em Pele e pelo COF⁷ Global.

Revisão literária

Durante a fase de convergência foi realizada uma revisão sistemática para apoiar as discussões e a construção de consensos e assim determinar o nível de provas por detrás dos fatores de risco identificados. A pesquisa bibliográfica foi realizada por

| Pesquisa de cadeias | |
|---------------------|--|
| 1 | Pele OU dermatite OU dermatite OU epiderme OU dermatológica |
| 2 | "fator de risco*" OU dano* OU complicação* OU problema* OU questão* OU desconforto OU dificuldade ou deficiência |
| 3 | Estoma OU estomas OU ostomia OU colostomia OU ileostomia ou peristomia |

As cadeias de pesquisa foram combinadas como:
(1 E 2) OU (1 E 3) OU (2 E 3)

Figura 2. Método para a pesquisa bibliográfica: procurar cadeias de caracteres.

um especialista em informação utilizando as bases de dados PubMed (incluindo Medline), Derwent World Patents Index e CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). As buscas foram realizadas a 19 de Junho de 2020 (PubMed e Derwent) e a 19 de Agosto de 2020 (CINAHL).

A linha temporal da pesquisa foi restringida a artigos publicados entre 2000 e 2020 (Agosto). O intervalo de tempo foi escolhido com base na receção de literatura publicada relevante; 10 anos foi considerado um intervalo de tempo demasiado limitado para receber uma quantidade ótima de literatura relevante acerca dos cuidados de ostomia. A pesquisa foi suficientemente ampla ao procurar palavras de texto relacionadas com descritores de pele e combinando-as com a questão da pele e com sinónimos de ostomia. Além disso, os termos da pesquisa foram mapeados para os seguintes termos no Medical Subject Headings (MeSH) no Medline: pele, dermatite, derme, epiderme, agentes dermatológicos, ostomia, colostomia e ileostomia. As cadeias de pesquisa geradas foram combinadas com operadores booleanos (AND, OR) para se atingirem os resultados finais (Figura 2).

Na Figura 3 o processo de seleção do estudo é retratado através de um fluxograma PRISMA. Com base em títulos e resumos foram identificados manualmente os duplicados. Estas foram removidas e, posteriormente, as restantes referências foram examinadas de forma independente por dois autores com base em títulos e resumos. O título ou resumo deveria incluir palavras relacionadas com ostomia/estoma e os seus problemas ou CPP para ser incluído. Os dois rastreios independentes foram comparados e uma lista de artigos foi efetuada com base na seleção acordada. Foi consultado um terceiro autor se existiam dúvidas sobre a relevância de um artigo. Os artigos selecionados foram avaliados

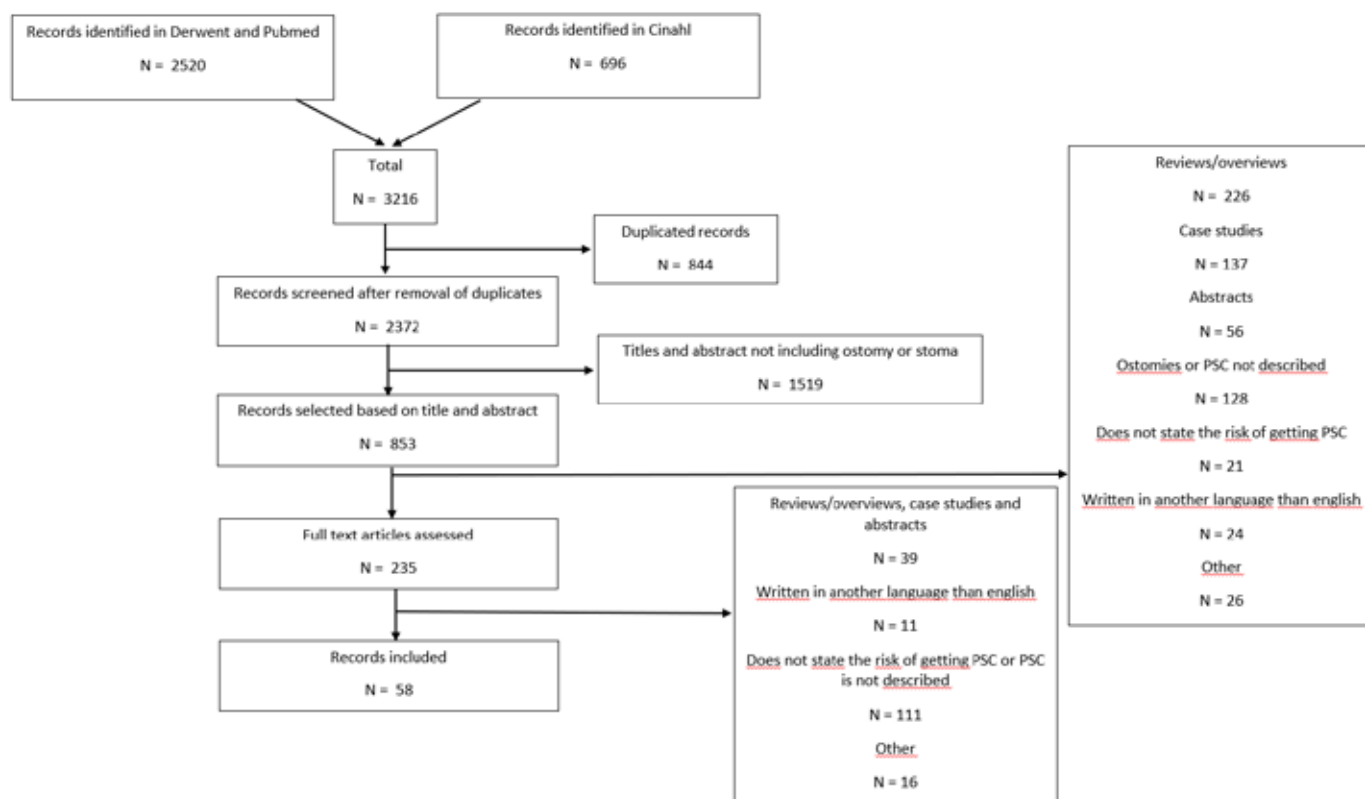


Figura 3. Método para a pesquisa bibliográfica: Fluxograma do PRISMA

com base em critérios de exclusão tais como revisões, sínteses, estudos de caso/séries de casos com menos de 10 temas, artigos de opinião, editoriais, resumos de conferências e capítulos de livros; o objetivo era o de encontrar literatura primária publicada que fornecesse provas clínicas para apoiar o modelo de fator de risco. Artigos escritos em outras línguas que não o inglês foram também excluídos. Posteriormente, foram lidas as versões de texto integral dos restantes artigos e incluídos estudos se se encontrassem descritas as provas dos fatores de risco identificados para o CPP e também se ambos os revisores concordassem com a inclusão. Finalmente, para avaliar a qualidade da prova dos artigos selecionados foi utilizada uma escala de 3 pontos, adaptada da metodologia de prática baseada na prova de John Hopkins⁹. Os artigos selecionados encontrados para apoio ao modelo de fator de risco foram consolidados e aprovados pelo painel de Peritos em Pele da Coloplast e pelo COF Global.

RESULTADOS

Categorias de fatores de risco do modelo de fator de risco

Foram identificados mais de 100 fatores de risco na Etapa 1 (a fase de definição do âmbito) do desenvolvimento do modelo de fator de risco para CPP. Na etapa 2 (a etapa de exploração), estes foram condensados nos 10 temas seguintes: relacionados com a pele; características do utilizador; recursos; ambiente; conformidade mental e adaptação; estoma e perfis corporais; propriedades da saída da ostomia; utilização do produto, conformidade e rotinas; desempenho do produto; e formação e educação. Estes 10 temas com fatores de risco interligados foram condensados com a ajuda dos painéis de peritos (o Painel de Peritos em Pele, o COF Global e os painéis nacionais COF) resultando em três sugestões para as categorias de fatores de risco globais - Sistema de Saúde, Indivíduo com uma ostomia e Produto para Ostomia (Figura 4).

Na etapa 3 (a fase de convergência), o conteúdo e a nomenclatura

das três categorias foram ainda mais aperfeiçoados, resultando em 24 subcategorias de fatores de risco (Figura 4). Na etapa 4 (a fase de ratificação), estas categorias e subcategorias de risco foram ratificadas pelo Painel de Peritos em Pele e pelo COF Global, de forma a constituir o modelo de fator de risco final.

Resultados da pesquisa bibliográfica

Foram encontradas 3216 referências com base nas pesquisas combinadas (Figura 3). Depois de remover 844 duplicados, 2372 artigos foram rastreados por título e resumo e 235 foram lidos e rastreados para a seleção final. Não foi possível recuperar quatro artigos; por esse motivo foram excluídos. Quatro artigos⁹⁻¹² não apresentavam quaisquer estatísticas, mas foram incluídos devido ao tamanho relativamente grande de amostra, a qual variava entre 18-796 sujeitos. No total, 58 artigos foram incluídos na revisão, suportando 19 das 24 subcategorias dos fatores de risco identificadas. Dos artigos incluídos, 27 foram encontrados por se enquadrarem na categoria do Sistema de Saúde^{11,13-38} (com 32 citações dentro desta categoria), 43 na categoria Individual com uma categoria de ostomia^{4,5,9,12-19,22,24-28,30-32,34-37,39-57} (74 citações) e 13 na categoria Produto para Ostomia^{9,10,25,39,41,55,58-64} (16 citações); vários artigos foram encontrados por se enquadrarem em duas ou mais categorias ou subcategorias. Os artigos foram divididos em três níveis de prova⁸: Nível I (elevado), cinco artigos^{38,51,54,61,64}; Nível II (bom), 43 artigos^{4,10,12-22,24-37,41,44-50,52,53,55-60}; e Nível III (baixo), 10 artigos^{5,9,11,39,40,42,43,62,63}. Está disponível no Apêndice 1 uma lista dos estudos individuais que suportam cada fator de risco identificado, dentro de cada categoria de fator de risco.

Categorias de fatores de risco

Sistema de Saúde

A categoria Sistema de Saúde incluiu sete fatores de risco do CPP ao nível do sistema relacionados com o contacto, orientação e input do Sistema de Saúde (Figura 4). Na revisão bibliográfica

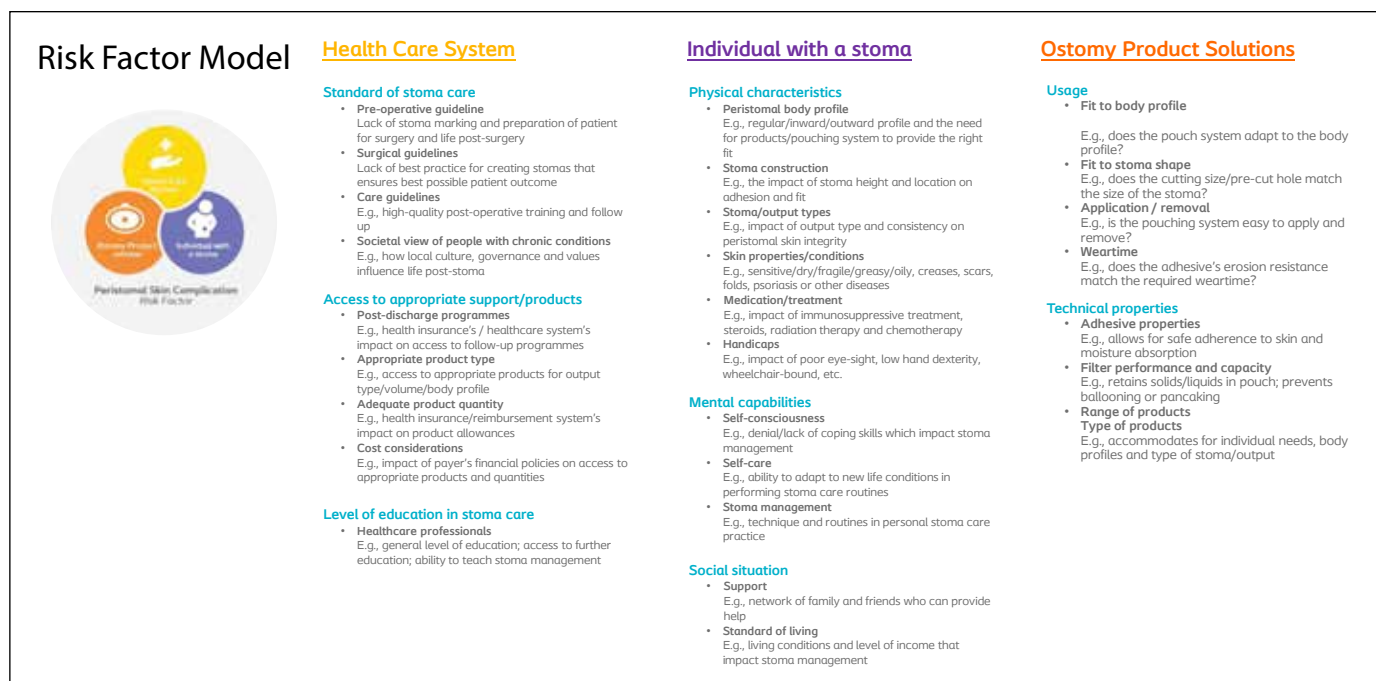


Figura 4. O modelo de fator de risco para CPP

foram encontrados 27 artigos^{11,13-38} (um Nível I³⁸, 24 Nível II^{13-22,24-37}, dois Nível III^{1,23}), com 32 citações dentro de uma categoria, suportando cinco destes sete fatores de risco (Apêndice 1).

Entre os fatores de risco individuais nesta categoria, as orientações pré-operatórias incluem orientações sobre a preparação do paciente para o procedimento cirúrgico, marcação da localização da ostomia e aconselhamento do paciente sobre a vida com um pós-operatório de ostomia; sete artigos^{14,16,21,27-29,33} (todos de Nível II) foram encontrados para apoiar a importância da marcação pré-operatória da localização da ostomia como fator de risco para o desenvolvimento da CPP.

As diretrizes cirúrgicas incluem as melhores práticas para criar ostomias para a obtenção do melhor resultado possível para o paciente; 19 artigos^{13-15,17-20,22,24-27,30-32,34-37} (todos de Nível II) foram encontrados fornecendo provas clínicas para técnicas cirúrgicas e indicando a importância de selecionar um procedimento cirúrgico que reduza o risco de originar CPP. As diretrizes de cuidados incluem formação e o acompanhamento pós-operatório de alta qualidade; foram encontrados três artigos^{21,23,38} (Nível I, II e III: um de cada) relativos a diretrizes para assegurar a qualidade da formação pós-operatória dos pacientes. Os programas pós-alta incluem se os seguros de saúde e os Sistemas de Saúde proporcionam acesso a programas de acompanhamento; dois ensaios clínicos^{29,38} (Nível I e II: um de cada) foram considerados como prova da importância do acesso adequado a programas pós-alta e demonstraram que o apoio de profissionais de saúde pós-alta, assim como a educação pré-cirúrgica do paciente, diminuíram o risco de desenvolvimento de CPP.

Os profissionais de saúde como subcategoria de fator de risco incluem o nível geral de educação, o acesso à formação contínua e o tipo de cuidados e procedimentos cirúrgicos realizados; um estudo qualitativo¹¹ (Nível III) discutiu a importância do nível de educação dos profissionais de saúde para ser possível proporcionar um apoio ótimo ao paciente. Outros fatores de risco nesta categoria foram o acesso a tipos e quantidades adequadas de produtos para ostomia para cobrir quaisquer necessidades, assim como a visão social das pessoas com condições crônicas; não foram encontradas provas de suporte para estas subcategorias.

Indivíduo com um estoma

Nesta categoria, foram identificados um total de 10 fatores de risco a nível individual para CPP (Figura 4). A revisão bibliográfica identificou 43 artigos^{4,5,9,12-19,22,24-28,30-32,34-37,39-57} (dois de Nível I^{51,54}, 35 de Nível II^{4,12-19,22,24-28,30-32,34-37,41,44-50,52,53,55-57}, seis de Nível III^{5,9,39,40,42,43}), citados 74 vezes, os quais suportaram nove destes 10 fatores de risco (Anexo 1). Um destes, o perfil corporal peristomal, inclui se a área peristomal tem um perfil regular, interior ou exterior (abaulado) e informa qual a seleção dos produtos de ostomia mais apropriados para proporcionar um ajuste correto e um selo seguro. Foram encontrados nove artigos^{9,15,27,32,35,40,42,48,56} (seis Nível II, três Nível III) para apoiar o perfil corporal peristomal, incluindo um elevado índice de massa corporal (IMC) e hérnias parastomais, como sendo um importante fator de risco para CPP. A construção da ostomia indica como a altura e a localização da mesma pode ter impacto na aderência e no ajuste do produto de ostomia; foram encontrados 18 artigos^{9,12,13,17-19,22,24,27,30,31,34-37,41,47,50} (17 Nível II, um Nível III) lidando com a importância da construção da ostomia em termos de diâmetro e altura apropriados, bem como relativamente

à técnica cirúrgica ótima. O tipo de saída da Ostomia é um fator de risco de CPP, dependendo da consistência e volume da saída; 20 artigos^{4,5,12,14,16,18,25-28,39,41,43,45,46,49,52-54,57} (um Nível I, 16 Nível II, três Nível III) encontraram provas de que uma ileostomia aumenta o risco de CPP, quando comparada com outras ostomias.

As propriedades/condições da pele do indivíduo podem também ter um impacto na CPP, uma vez que a pele pode ser sensível, seca, frágil, gordurosa ou oleosa, ou ter pregas, cicatrizes, dobras, feridas ou doenças subjacentes; três artigos^{41,42,54} (Nível I, II e III: um de cada) aludiram às propriedades/condições da pele como fatores de risco para o desenvolvimento do CPP, particularmente em termos de diminuição da qualidade mecânica da barreira, pregas cutâneas, ou idade do paciente. A medicação/tratamento como fator de risco para CPP inclui os efeitos secundários do tratamento imunossupressor, esteroides, radioterapia e quimioterapia; seis artigos^{15,26,32,36,55,57} (todos de Nível II) mostraram que a quimioterapia e condições como a diabetes são fatores de risco para CPP. Tanto a idade como as incapacidades foram identificadas como fatores de risco. As incapacidades que podem ter um impacto potencial e adverso na CPP são fatores tais como má visão, baixa destreza das mãos, ou ser um utilizador de cadeira de rodas; nove artigos^{5,18,25,28,35,36,40,48,57} (sete Nível II, dois Nível III) identificaram a idade como um fator de risco para a CPP.

A autoconsciência/autocuidado também foi considerada como tendo impacto na CPP, uma vez que a negação ou falta de aptidões para lidar com a situação poderia afetar a gestão da ostomia e a capacidade de adaptação às novas condições de vida; foram encontrados cinco artigos^{5,14,18,31,35} (quatro Nível II, um Nível III) relacionados com esta subcategoria, particularmente os que tratam do género como fator de risco para a CPP. A gestão da ostomia é um fator de risco e que depende da capacidade do indivíduo para executar técnicas e rotinas de cuidados de ostomia na prática pessoal de cuidados de ostomia; três artigos^{9,41,51} (Nível I, II e III: um de cada) mostraram a importância da capacidade de gestão da ostomia. O apoio da família ou da rede social do indivíduo para prestar ajuda foi identificado como sendo outro fator de risco, assim como o nível de vida do indivíduo, por exemplo, condições de vida, nível de rendimento, hidratação e nutrição, que pode ter impacto na gestão da ostomia; um artigo⁴⁴ (Nível II) apoiou o nível de vida como um fator de risco com impacto na restrição social. Não foram encontrados artigos que fornecessem provas para apoio da rede familiar/social.

Produto para ostomia

O processo de desenvolvimento consensual identificou sete fatores de risco de CPP ao nível do produto (Figura 4). Na revisão bibliográfica, 13 artigos^{9,10,25,39,41,55,58-64} (dois Nível I^{61,64}, sete Nível II^{10,25,41,55,58-60}, quatro Nível III^{9,39,62,63}) e citados 16 vezes, foram identificados como suportando cinco destes sete fatores de risco (Apêndice 1).

Um fator de risco identificado, compatível com a forma da ostomia, destaca o encaixe entre o buraco pré-cortado na bolacha e a ostomia; foram encontrados dois artigos^{9,41} (Nível II e III: um de cada) que fornecem provas para esta subcategoria de fator de risco. O tempo de utilização é também um fator de risco para a CPP, incluindo a forma como o produto para ostomia escolhido irá corresponder ao tempo de utilização recomendado e preferido; foram encontrados três artigos^{39,41,55} (dois de Nível

II, um de Nível III) que tratam de questões relacionadas com o tempo de utilização. A gama e o tipo de produtos que acomodam necessidades individuais, os perfis corporais peristomais e o tipo de produção de ostomia são considerados fatores de risco de CPP; foram encontrados três artigos^{25,39,63} (um Nível II, dois Nível III) descrevendo, por exemplo, a importância de acomodar necessidades individuais para minimizar o risco de CPP (por exemplo, utilizando um produto convexo).

A propriedade adesiva do produto para ostomia é um fator de risco, uma vez que tem impacto na aderência à pele, na absorção de humidade e na erosão; foram encontrados sete artigos^{9,10,58-61,64} (dois Nível I, quatro Nível II, um Nível III) descrevendo como diferentes componentes dos adesivos podem afetar a pele peristomal. O desempenho do filtro e a capacidade do produto para ostomia são também fatores de risco que determinam a capacidade do produto de ostomia para reter sólidos e líquidos e evitar balões ou acumulações; apenas um artigo relevante⁶² (Nível III) foi encontrado dentro desta categoria. O ajuste ao perfil corporal, que diz respeito à forma como os produtos de ostomia se adaptam ao perfil corporal peristomal e a facilidade de aplicação ou remoção do produto de ostomia, foram também identificados como fatores de risco CPP; no entanto, não foram encontrados artigos de suporte na literatura.

DISCUSSÃO

A investigação aqui apresentada descreve o desenvolvimento de um modelo internacional baseado no consenso dos modelos de fator de risco para CPP, o qual resultou em 24 fatores de risco organizados em três categorias gerais, nomeadamente os que se encontram ao nível do sistema (Sistema de Saúde), ao nível individual (indivíduo com uma ostomia) e ao nível do produto (produto de Ostomia). Uma revisão sistemática da literatura identificou 58 artigos que forneciam provas para 19 dos 24 fatores de risco; também destacou a lacuna de provas de boa ou de alta qualidade para alguns fatores de risco específicos incluídos no modelo.

Nos últimos anos, os produtos de ostomia têm sido objeto de inovação e desenvolvimento de forma a melhorar o ajuste ou o desempenho do sistema de bolsas de ostomia. Apesar disso, investigações recentes mostraram que as fugas e os CPP ainda estão a ter impacto na vida das pessoas e a causar preocupações entre as pessoas com uma ostomia^{65,66}. Numa perspetiva mais ampla, outros fatores de risco que não os inerentes aos produtos de ostomia podem oferecer outros meios e oportunidades inexploradas para prevenir fugas e problemas de pele.

O modelo de fator de risco consensual para CPP aporta uma visão sobre quais os fatores de risco que devem ser considerados na prevenção de fugas e em CPP. Este modelo de fator de risco foi desenvolvido em colaboração com especialistas em cuidados de ostomia, com dermatologistas e professores em cuidados com feridas e pele, representando 13 países diferentes. Chegou-se a um consenso internacional, entre especialistas em cuidados de ostomia de 35 países, utilizando um processo Delphi estruturado modificado. O grande número e a diversidade geográfica dos participantes tornam este modelo de fator de risco único no campo da CPP, permitindo uma ênfase regional adequada e variações de implementação baseadas nos requisitos do sistema e também nas expectativas dos pacientes.

Uma revisão sistemática da literatura demonstrou a base de provas para os fatores de risco identificados, permitindo reforçar e consolidar ainda mais o modelo. Para esta revisão sistemática, foi realizada uma ampla pesquisa em várias bases de dados e a seleção do estudo foi realizada de forma independente e posteriormente alinhada por dois revisores diferentes, tornando o processo robusto e a qualidade da revisão sólida. Ao excluir desenhos de estudos que forneçam baixos níveis de provas, incluindo estudos de caso/séries com <10 temas, parece ser razoável a qualidade das provas dos estudos incluídos. Os estudos incluídos eram também de natureza quantitativa (exceto em quatro artigos⁹⁻¹²), fornecendo provas estatísticas para os fatores de risco. Por conseguinte, acredita-se que os artigos primários identificados apresentam um nível adequado de evidência clínica (a maioria foi classificada como Nível II) para apoiar o modelo de fator de risco, particularmente num campo que se acredita ser escasso em evidência clínica.

Entre as três categorias gerais do modelo, a categoria Indivíduo com uma ostomia teve a prova mais suportada com 43 artigos^{4,5,9,12-19,22,24-28,30-32,34-37,39-57} (74 citações). Em geral, a maioria dos fatores de risco de nível individual incluídos nesta categoria foram bem suportados por provas de boa qualidade (principalmente Nível II), incluindo IMC ou hérnia (perfil corporal peristomal)^{9,15,27,32,35,40,42,48,56}, idade (incapacidades)^{5,18,25,28,35,36,40,48,57}, altura/diâmetro da ostomia (construção da ostomia)^{9,12,13,17-19,22,24,27,30,31,34-37,41,47,50}, e tipo de cirurgia (construção da ostomia)^{9,12,13,17-19,22,24,27,30,31,34-37,41,47,50}; estas citações sobrepõem-se às diretrizes cirúrgicas^{13-15,17-20,22,24-27,30-32,34-37}; ileostomia (tipo de ostomia/saída)^{4,5,12,14,16,18,25-28,39,41,43,45,46,49,52-54,57}, uma vez que os pacientes com ileostomia têm um risco mais elevado de desenvolver CPP; e género (autoconsciência/ autocuidado, embora o género como fator de risco possa ser condicionado por diferenças culturais e não apenas pela diferença de género)^{5,14,18,31,35}. Além disso, foram no mínimo encontradas provas de Nível II para as capacidades de gestão da ostomia de um indivíduo^{9,41,51}, estado de medicação/tratamento^{15,26,32,36,55,57} (por exemplo, quimioterapia, diabetes), propriedades/condições cutâneas^{41,42,54} e nível de vida⁴⁴ como sendo fatores de risco para CPP.

O Sistema de Saúde foi a próxima categoria de fatores de risco mais suportada, com 27 artigos^{11,13-38} (citados 32 vezes dentro da categoria) e a fornecer provas de cinco dos sete fatores de risco ao nível do sistema incluídos nesta categoria. Estes artigos descreveram principalmente a evidência clínica para técnicas cirúrgicas^{13-15,17-20,22,24-27,30-32,34-37} ou orientações pré-operatórias^{14,16,21,27-29,33}, indicando a importância da marcação precisa da localização da ostomia e a escolha da técnica cirúrgica apropriada.

Em contraste, muito poucos artigos^{21,23,38} relacionados com diretrizes de cuidados de saúde para garantir a qualidade da formação pós-operatória dos pacientes puderam ser encontrados. Apenas dois artigos forneceram provas de como o Sistema de Saúde poderia fornecer apoio ao doente após a sua alta^{29,38}. No entanto, esses artigos demonstraram que o apoio dos profissionais de saúde após a alta e a educação pré-cirúrgica do paciente diminuiu o risco de desenvolvimento de CPP^{29,38}.

Na categoria de produto para Ostomia, cinco dos sete fatores de risco relacionados com o produto foram acompanhados por

provas da literatura (13 artigos^{9,10,25,39,41,55,58-64}, tendo sido citados 16 vezes). Além das "propriedades adesivas" do produto para ostomia (que foi apoiado por sete artigos^{9,10,58-61,64} que forneceram principalmente provas de nível I^{61,64}/II^{10,58-60}), os restantes fatores de risco identificados foram apoiados por três ou menos estudos. Uma vez que estes fatores de risco foram identificados por profissionais de saúde e cientistas como importantes para o desenvolvimento de CPP, poder-se-ia perguntar por que razão são tão escassas as evidências clínicas sobre estes aspetos do desenvolvimento de produtos para ostomia. No entanto, os poucos artigos identificados nesta categoria de fator de risco indicam que tanto o tipo^{25,39,63}, como a composição de um produto de ostomia^{9,10,58-61,64} são importantes no desenvolvimento de CPP.

Globalmente, os fatores de risco relativos à técnica cirúrgica ("diretrizes cirúrgicas"), tipo de saída da ostomia e construção da ostomia foram os mais evidentes da literatura com 19^{13-15,17-20,22,24-27,30-32,34-37}, 20^{4,5,12,14,16,18,25-28,39,41,43,45,46,49,52-54,57}, e 18^{9,12,13,17-19,22,24,27,30,31,34-37,41,47,50} artigos relacionados, respetivamente. No entanto, a maioria dos artigos relativos a orientações cirúrgicas e a categorias de construção de ostomia sobrepõem-se. Outros 11 fatores de risco das três categorias gerais (nomeadamente, marcação da localização da ostomia pré-operatória [diretrizes pré-operatórias], treino pós-operatório dos pacientes [diretrizes de cuidados], perfil corporal peristomal, propriedades e condições da pele do indivíduo, estado da sua medicação/tratamento, idade [incapacidade], capacidade de autoconsciência/autocuidado, capacidade de gestão da ostomia, gama e tipo de produtos de ostomia, propriedade adesiva do produto e tempo de uso do produto) são também suficientemente descritos na literatura com provas provenientes entre três a nove estudos.

Apenas cinco dos 24 fatores de risco baseados em consenso e identificados no modelo careciam de quaisquer provas da literatura. Estes incluem: fatores ao nível do sistema, tais como o acesso a tipos e quantidades adequadas de produtos para ostomia e a visão social das pessoas com essa condição; apoio ao nível individual da família ou de rede social; e fatores ao nível do produto, tais como adequação ao perfil corporal e facilidade de aplicação ou remoção do produto de ostomia. Embora estes fatores não sejam apoiados por provas da literatura, com base na opinião e experiência de peritos, são considerados relevantes e reconhecidos internacionalmente. Combinadas com as cinco subcategorias de fatores de risco que apenas foram apoiadas por um a dois estudos (nomeadamente, acesso a programas pós-alta^{29,38}, nível de educação dos profissionais de saúde¹¹, rendimento/padrão de vida de um indivíduo⁴⁴, adequação do produto para ostomia à forma da ostomia^{9,41} e desempenho da filtragem e capacidade do produto de ostomia⁶²), representam áreas onde é particularmente necessária a existência de mais investigação.

É um objetivo que o modelo de fator de risco para CPP possa vir a ser utilizado como um instrumento na prática diária nos cuidados de ostomia. Alguns dos fatores de risco identificados podem ser tratados numa fase inicial quando o paciente tem alta do hospital e podem salvar os pacientes de algumas das questões iniciais que possam enfrentar se aplicam no autocuidado uma abordagem experimental e de erro. O vasto e geograficamente diversificado processo de desenvolvimento do modelo torna-o razoavelmente generalizável à população de indivíduos que vivem com uma

ostomia e permite variações de implementação que podem ser regionalmente adequadas. O modelo tem assim o potencial para ser incluído num guia de avaliação, intervenção e monitorização de profissionais de saúde, para assim promover uma abordagem holística para assegurar a saúde peristomal da pele e a qualidade de vida das pessoas com uma ostomia.

CONCLUSÕES

O objetivo de desenvolver um modelo de fator de risco em CPP era o de explorar os riscos existentes baseados em provas e experiência que pudessem conduzir à CPP, com o objetivo de fornecer um método de avaliação válido para a orientação de recomendações individualizadas e para a tomada de decisões nos cuidados de ostomia. A intenção é a de ajudar a prevenir a CPP.

Conduzindo uma pesquisa bibliográfica abrangente e trabalhando com especialistas na área dos cuidados de ostomia, foi obtida uma sólida base de conhecimentos sobre a qual foi desenvolvido o modelo de fator de risco no CPP.

Com a avaliação personalizada do fator de risco, incluindo a qualidade de vida, o perfil corporal peristomal e a pele peristomal, de mãos dadas com um juízo holístico profissional, deve ser evitada uma abordagem de julgamento e erro para salvar o paciente individual de um impacto negativo grave na sua saúde e na sua qualidade de vida.

CONFLITOS DE INTERESSES, FONTE DE FINANCIAMENTO

Este trabalho foi apoiado pela Coloplast A/S. Anne Steen Hansen, Cecilie Jæger Leidesdorff Bechshøft, Zenia Størling e Lene Feldskov Nielsen eram funcionárias da Coloplast A/S quando o modelo foi desenvolvido e o manuscrito foi preparado.

Lina Martins, Jane Fellows, Birgitte Dissing-Andersen, Gillian Down, David Voegeli, Tonny Karlsmark e Gregor Jemec são membros do Painel de Peritos em Pele da Coloplast e foram remunerados por participarem em diferentes Conselhos Consultivos da Coloplast. Não receberam qualquer compensação pelo seu envolvimento nesta publicação.

Todos os autores estiveram envolvidos na redação, revisão e edição do manuscrito, deram a sua aprovação final e concordaram em ser responsáveis por todos os aspetos do trabalho. Anne Steen Hansen e Lene Feldskov Nielsen foram responsáveis pelo modelo de fator de risco para CPP e Cecilie Jæger Leidesdorff Bechshøft pela revisão da literatura. As referências foram rastreadas independentemente por Cecilie Jæger Leidesdorff Bechshøft e por Lene Feldskov Nielsen.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer aos membros do COF e do Painel de Especialistas em Pele da Coloplast que participaram nas discussões e partilharam a sua inestimável experiência sobre CPP - Gemma Gascón Guitart, que fez parte dos workshops no início do processo e iniciou a pesquisa bibliográfica, em colaboração com a Especialista de Informação Jette Brandt, M.L.I Sc, Library and Information Science, que conduziu as pesquisas bibliográficas, assim como Louise C. Rosenberg Christ, PhD e Kaushik Sengupta, PhD (Larix A/S, Copenhaga, Dinamarca) para os serviços editoriais e de escrita médica que foram financiados pela Coloplast A/S.

REFERÊNCIAS

1. Claessens I, Probert R, Tielemans C, et al. The Ostomy Life Study: the everyday challenges faced by people living with a stoma in a snapshot. *Gastrointest Nurs* 2015;13(5):18–25. doi:10.12968/gasn.2015.13.5.18
2. Coloplast. Perception of leakage: data from the Ostomy Life Study 2019. In Press.
3. Herlufsen P, Olsen AG, Carlsen B, et al. Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *Br J Nurs* 2006;15(16):854–862. doi:10.12968/bjon.2006.15.16.21848
4. Nybæk H, Knudsen DB, Laursen TN, Karlsmark T, Jemec GBE. Skin problems in ostomy patients: a case-control study of risk factors. *Acta Dermato-Venereologica* 2009;89(1):64–67. doi:10.2340/00015555-0536
5. Voegeli D, Karlsmark T, Eddes EH, et al. Factors influencing the incidence of peristomal skin complications: evidence from a multinational survey on living with a stoma. *Gastroint Nurs* 2020;18(Supplement 4):S31-S38.
6. James-Reid S, Bain K, Hansen AS, Vendelbo G, Droste W, Colwell J. Creating consensus-based practice guidelines with 2000 nurses. *Br J Nurs* 2019;28(22):S18-S25. doi:10.12968/bjon.2019.28.22.S18
7. Bain KA, Bain M. Clinical preventative-based best practices to reduce the risk of peristomal skin complications – an international consensus report. Publication in progress.
8. Dearholt SL and Dang D. (2012) *Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice: Models and Guidelines*. 2nd Edition, Sigma Theta Tau International, Indianapolis, IN.
9. Colwell JC, McNichol L, Boarini J. North America wound, ostomy, and continence and enterostomal therapy nurses current ostomy care practice related to peristomal skin issues. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2017;44(3):257–261. doi:10.1097/WON.0000000000000324
10. Cressey BD, Belum VR, Scheinman P, et al. Stoma care products represent a common and previously underreported source of peristomal contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 2017;76(1):27–33. doi:10.1111/cod.12678
11. Foa C, Bisi E, Calcagni A, et al. Infectious risk in ostomy patient: the role of nursing competence. *Acta Biomed* 2019;90(11-S):53–64. doi:10.23750/abm.v90i11-S.8909
12. Persson E, Berndtsson I, Carlsson E, Hallen AM, Lindholm E. Stoma-related complications and stoma size: a 2-year follow up. *Colorectal Dis* 2010;12(10):971–6. doi:10.1111/j.1463-1318.2009.01941.x
13. Almosallam OI, Aseeri A, Shanafey SA. Outcome of loop versus divided colostomy in the management of anorectal malformations. *Ann Saudi Med* 2016;36(5):352–355. doi:10.5144/0256-4947.2016.352
14. Arolfo S, Borgiotto C, Bosio G, Mistrangelo M, Allaix ME, Morino M. Preoperative stoma site marking: a simple practice to reduce stoma-related complications. *Tech Coloproctol* 2018;22(9):683–687. doi:10.1007/s10151-018-1857-3
15. Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, et al. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal Dis* 2003;5:49–52.
16. Baykara ZG, Demir SG, Karadag A, et al. A multicenter, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal complications. *Ostomy Wound Manage* 2014;60(5):16–26.
17. Carannante F, Masciana G, Lauricella S, Caricato M, Capolupo GT. Skin bridge loop stoma: outcome in 45 patients in comparison with stoma made on a plastic rod. *Int J Colorectal Dis* 2019;34(12):2195–2197. doi:10.1007/s00384-019-03415-x
18. Carbonell BB, Treter C, Staccini G, MajnoHurst P, Christoforidis D. Early peristomal complications: detailed analysis, classification and predictive risk factors. *Ann Ital Chir* 2020;91(1).
19. Dziki L, Mik M, Trzcinski R, et al. Evaluation of the early results of a loop stoma with a plastic rod in comparison to a loop stoma made with a skin bridge. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2015;87(1):31–34.
20. Fagundes RB, Cantarelli JC, Fontana K, Motta GL. Percutaneous endoscopic gastrostomy and peristomal infection: an avoidable complication with the use of a minimum skin incision. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2011;21(4):275–277.
21. Folguera-Arnau M, Gutiérrez-Vilaplana JM, González-María E, et al. Implementation of best practice guidelines for ostomy care and management: care outcomes. *Enfermería Clínica (English edition)* 2020;30(3):176–184. doi:10.1016/j.enfcl.2019.10.008
22. Hayashi K, Kotake M, Hada M, et al. Laparoscopic versus open stoma creation: a retrospective analysis. *J Anus Rectum Colon* 2017;1(3):84–88. doi:10.23922/jarc.2016-014
23. Karadag A, Menten BB, Üner A, Irkorkücü O, Ayaz S, Özkan S. Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *Int J Colorectal Dis* 2003;18:234–238.
24. Klink CD, Lioupis K, Binnebosel M, et al. Diversion stoma after colorectal surgery: loop colostomy or ileostomy? *Int J Colorectal Dis* 2011;26(4):431–6. doi:10.1007/s00384-010-1123-2
25. Martins L, Samai O, Fernandez A, Urquhart M, Hansen AS. Maintaining healthy skin around an ostomy: peristomal skin disorders and self-assessment. *Gastrointest Nurs* 2011;9(2)(Supplement):9–13.
26. Nagano M, Ogata Y, Ikeda M, Tsukada K, Tokunaga K, Iida S. Peristomal moisture-associated skin damage and independence in pouching system changes in persons with new fecal ostomies. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2019;46(2):137–142. doi:10.1097/WON.0000000000000491
27. Parmar KL, Zammit M, Smith A, et al. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. *Colorectal Dis* 2011;13(8):935–8. doi:10.1111/j.1463-1318.2010.02325.x
28. Pittman 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.
29. Robotmily A, Anboohi Z, Shirinabadi Farahani A, Nasiri M. Effect of Providing Ostomy Care Education to Mothers of Neonates with Peristomal Skin Complications. *Adv Nurs Midwifery*. 2018;27(3):6-10. doi:10.21859/ANM-027033
30. Sakai Y, Nelson H, Larson D, Maidl L, Young-Fadok T, Ilstrup D. Temporary transverse colostomy vs loop ileostomy in diversion. *Arch Surg* 2001;136:338–324.
31. Scarpa M, Ruffolo C, Boetto R, Pozza A, Sadocchi L, Angriman I. Diverting loop ileostomy after restorative proctocolectomy: predictors of poor outcome and poor quality of life. *Colorectal Dis* 2009;12:914–920.
32. Shiraishi T, Nishizawa Y, Nakajima M, et al. Risk factors for the incidence and severity of peristomal skin disorders defined using two scoring systems. *Surg Today* 2020;50(3):284–291. doi:10.1007/s00595-019-01876-9
33. Stokes AL, Tice S, Follett S, et al. Institution of a preoperative stoma education group class decreases rate of peristomal complications in new stoma patients. *JWOCN* 2017;44(4):363–367. doi:10.1097/WON.0000000000000338

34. Sun X, Han H, Qiu H, et al. Comparison of safety of loop ileostomy and loop transverse colostomy for low-lying rectal cancer patients undergoing anterior resection: a retrospective, single institution, propensity score-matched study. *Asia Pac J Clin Oncol* 2020. *Journal of BUON: Official Journal of the Balkan Union of Oncology* 24(1): 123-129; 2019 ISSN/ISBN: 1107-0625 PMID: 30941960 doi:10.1111/ajco.13322
35. Sung YH, Kwon I, Jo S, Park S. Factors affecting ostomy-related complications in Korea. *JWOCN* 2010;37(2):166-172.
36. Uchino M, Ikeuchi H, Bando T, Chohnho T, Sasaki H, Horio Y. Is an ostomy rod useful for bridging the retraction during the creation of a loop ileostomy? A randomized control trial. *World J Surg* 2017;41(8):2128-2135. doi:10.1007/s00268-017-3978-7
37. Wu X, Lin G, Qiu H, Xiao Y, Wu B, Zhong M. Loop ostomy following laparoscopic low anterior resection for rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy. *Eur J Med Res* 2018;23(1):24. doi:10.1186/s40001-018-0325-x
38. Zhou H, Ye Y, Qu H, Zhou H, Gu S, Wang T. Effect of ostomy care team intervention on patients with ileal conduit. *JWOCN* 2019;46(5):413-417. doi:10.1097/WON.0000000000000574
39. Bourgeois M, Evers G, Filez L. Satisfaction of ileostomy and colostomy patients with their ostomy collection devices. *WCET J* 2001;21(3):16-20.
40. Bulkley JE, McMullen CK, Grant M, Wendel C, Hornbrook MC, Krouse RS. Ongoing ostomy self-care challenges of long-term rectal cancer survivors. *Support Care Cancer* 2018;26(11):3933-3939. doi:10.1007/s00520-018-4268-0
41. Carlsson E, Fingren J, Hallen AM, Petersen C, Lindholm E. The prevalence of ostomy-related complications 1 year after ostomy surgery: a prospective, descriptive, clinical study. *Ostomy Wound Manage* 2016;62(10):34-48.
42. Cowin C, Redmond C. Living with a parastomal hernia. *Gastrointest Nurs* 2012;10(1):16-24.
43. Goldstine J, Hees RV, de Vorst DV, Skountrianos G, Nichols T. Factors influencing health-related quality of life of those in the Netherlands living with an ostomy. *Br J Nurs* 2019;28(22)(Stoma supplement):S10-S17.
44. Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J, Lagaay MB, Gooszen HG. Quality of life with a temporary stoma. *Dis Colon Rectum* 2000;43(5):650-655.
45. Jayarajah U, Samarasekera AM, Samarasekera DN. A study of long-term complications associated with enteral ostomy and their contributory factors. *BMC Res Notes* 2016;9(1):500. doi:10.1186/s13104-016-2304-z
46. Lin Z, Yu W, Shi J, Chen Q, Tan S, Li N. Temporary decompression in critically ill patients: retrospective comparison of ileostomy and colostomy. *Hepato-Gastroenterol* 2014;64:647-651.
47. Lindholm E, Persson E, Carlsson E, Hallen AM, Fingren J, Berndtsson I. Ostomy-related complications after emergent abdominal surgery: a 2-year follow-up study. *JWOCN* 2013;40(6):603-10. doi:10.1097/WON.0b013e3182a9a7d9
48. Mahjoubi B, Moghimi A, Mirzaei R, Bijari A. Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. *Colorectal Dis* 2005;7(6):582-7. doi:10.1111/j.1463-1318.2005.00878.x
49. Manzenreiter L, Spaun G, Weitzendorfer M, et al. A proposal for a tailored approach to diverting ostomy for colorectal anastomosis. *Minerva Chirurgica* 2018;73(1):29-35.
50. Miyo M, Takemasa I, Ikeda M, et al. The influence of specific technical maneuvers utilized in the creation of diverting loop-ileostomies on stoma-related morbidity. *Surg Today* 2017;47(8):940-950. doi:10.1007/s00595-017-1481-2
51. Park S, Lee YJ, Oh DN, Kim J. Comparison of standardized peristomal skin care and crusting technique in prevention of peristomal skin problems in ostomy patients. *J Korean Acad Nurs* 2011;41(6):814-20. doi:10.4040/jkan.2011.41.6.814
52. Pearson R, Knight SR, Ng JCK, Robertson I, McKenzie C, Macdonald AM. Stoma-related complications following ostomy surgery in 3 acute care hospitals: a cohort study. *JWOCN* 2020;47(1):32-38. doi:10.1097/WON.0000000000000605
53. Pittman J, Bakas T, Ellett M, Sloan R, Rawl SM. Psychometric evaluation of the ostomy complication severity index. *JWOCN* 2014;41(2):147-57. doi:10.1097/WON.0000000000000008
54. Salvadalena G, Colwell JC, Skountrianos G, Pittman J. Lessons learned about peristomal skin complications: secondary analysis of the ADVOCATE trial. *JWOCN* 2020;47(4):357-363. doi:10.1097/WON.0000000000000666
55. Salvadalena GD. The incidence of stoma and peristomal complications during the first 3 months after ostomy creation. *JWOCN* 2013;40(4):400-6. doi:10.1097/WON.0b013e318295a12b
56. Shiraishi T, Nishizawa Y, Ikeda K, Tsukada Y, Sasaki T, Ito M. Risk factors for parastomal hernia of loop stoma and relationships with other stoma complications in laparoscopic surgery era. *BMC Surg* 2020;20(1):141. doi:10.1186/s12893-020-00802-y
57. Whiteley I, Sinclair G. A review of peristomal complications after the formation of an ileostomy, colostomy or ileal conduit. *WCET J* 2010;30(3)
58. Al-Niaimi F, Beck M, Almaani N, Samarasinghe V, Williams J, Lyon C. The relevance of patch testing in peristomal dermatitis. *Br J Dermatol* 2012;167(1):103-9. doi:10.1111/j.1365-2133.2012.10925.x
59. Banu T, Talukder R, Chowdhury TK, Hoque M. Betel leaf in stoma care. *J Pediatr Surg* 2007;42(7):1263-5. doi:10.1016/j.jpedsurg.2007.02.025
60. Caroppo F, Brumana MB, Biolo G, Giorato E, Barbierato M, Belloni Fortina A. Peristomal allergic contact dermatitis caused by ostoma pastes and role of Gantrez ES-425. *G Ital Dermatol Venereol* 2019;154(1):1-5. doi:10.23736/S0392-0488.18.05957-6
61. Colwell JC, Pittman J, Raizman R, Salvadalena G. A randomized controlled trial determining variances in ostomy skin conditions and the economic impact (ADVOCATE trial). *JWOCN* 2018;45(1):37-42. doi:10.1097/WON.0000000000000389
62. Klok-Vonkeman SI, Douw G, Janse AJ. Pancaking: an underestimated problem among ostomates. *WCET J* 2013;33(4):16-25.
63. Ratliff CR. Factors related to ostomy leakage in the community setting. *JWOCN* 2014;41(3):249-53. doi:10.1097/WON.0000000000000017
64. Welsler M, Riedlinger I, Prause U. A comparative study of two-piece ostomy appliances. *Br J Nurs* 2009;18(9):530-538.
65. Martins L, Andersen BD, Colwell J, Down G, Forest-Lalande L, Novakova S, Probert R, Hedegaard CJ, Hansen AS. Challenges faced by people with a stoma: peristomal body profile risk factors and leakage. *Br J Nurs*. 2022 Apr 7;31(7):376-385. doi: 10.12968/bjon.2022.31.7.376. PMID: 35404660.
66. Coloplast. The emotional impact of stoma leakage: data from the Ostomy Life Study 2019. In press.

| Fator de risco / Nº artigos de suporte (n) / Citação | Tipo de estudo (provas de nível I, II ou III) | N.º de participantes | Principais conclusões/aplicabilidade no modelo de fator de risco |
|--|--|---|--|
| SISTEMA DE SAÚDE (n=32) | | | |
| Padrão de tratamento do estoma (n=29) | | | |
| 1. Diretrizes pré-operatórias (n=7) | | | |
| Pittman et al. (2008) ²⁸ | Desenho descritivo da seção transversal (II) | 239 veteranos | Os pacientes (168 veteranos) que não receberam instruções pré-operatórias relataram graves irritações cutâneas (p=0,009), em comparação com os pacientes que as tiveram. |
| Parmar et al. (2011) ²⁷ | Estudo prospectivo (II) | 192 estomas | Os estomas marcados no pré-operatório (30 em 150 pacientes) tinham um risco mais baixo de desenvolver um estoma problemático (incluindo problemas de pele) do que os não marcados (19 em 34 pacientes) (p<0,001). |
| Arolo et al. (2018) ¹⁴ | Análise retrospectiva (II) | 1076 pacientes | Em 797 pacientes foram registradas 1055 complicações do estoma. A marcação pré-operatória do estoma mostrou um papel protetor para o desenvolvimento de complicações do estoma, tais como as lesões cutâneas (p=0,017). |
| Baykara et al. (2014) ¹⁶ | Análise retrospectiva (II) | 748 pacientes | Desenvolvidas complicações periestomais em 248 pessoas. As complicações do estoma, tais como os problemas de pele parastomal, eram mais evidentes no grupo com marcação não pré-operatória da localização do estoma, em comparação com a marcação pré-operatória (22,9% vs. 46,0%, p<0,001). |
| Folguera-Arnau et al. (2020) ²¹ | Teste multicêntrico experimental post-quase experimental (II) | 3084 pacientes | Implicação das diretrizes de cuidados e gestão da Ostomia da Associação de Enfermeiros Registrados do Ontário (RNAO) minimizou o risco de CPP. O CPP caiu de 17% para 14% para 11% (p<0,05). |
| Robatmily et al. (2018) ²⁹ | Ensaio clínico (II) | 48 mães | 30 dias após a alta dos bebês (40 participantes) houve uma ocorrência significativamente maior de CPP no grupo de controlo em comparação com o grupo experimental (mães que receberam educação em cuidados de ostomia) (p=0,013). |
| Stokes et al. (2017) ³³ | Análise retrospectiva (II) | 218 participantes | A educação pré-operatória relativamente ao estoma resultou numa redução de 44,7% para 20,2% na CPP (p=0,002) em 124 pacientes. |
| 2. Diretrizes cirúrgicas (n=19) | | | |
| Arumugam et al. (2003) ¹⁵ | Estudo prospectivo (II) | 97 pacientes | Após 1 ano, 49 dos 97 estomas tiveram uma ou mais complicações. A cirurgia de emergência foi associada à escoriação tardia da pele (p=0,045) após a cirurgia. |
| Shiraishi et al. (2020) ³² | Análise retrospectiva (II) | 333 casos de estomas de laço temporário | CPP foi diagnosticado em 262 pacientes. Verificou-se que a duração da operação aumentava o risco de CPP grave (71 pacientes, p=0,012), em comparação com CPP não séria (191 pacientes). |
| Sung et al. (2010) ³⁵ | Análise retrospectiva (II) | 1170 pacientes | A incidência de dermatite de contacto irritante foi significativamente mais elevada no grupo com estoma final (778 estomas) em comparação com aqueles com estoma de laço (390 pacientes, p=0,013). |
| Carbonell et al. (2020) ¹⁸ | Análise retrospectiva (II) | 111 pacientes | Nos 30 dias pós-cirurgia, a cirurgia de emergência foi um preditor significativo para CPP (p=0,035). |
| Martins et al. (2011) ²⁵ | Estudo multinacional pós-comercialização, não comparativo (II) | 3017 pacientes | A cirurgia permanente teve uma menor Descoloração da base, Erosão/Ulceração e Taxa de Sobrecrescimento do Tecido (DET) em comparação com a cirurgia temporária (p=0,012). |
| Parmar et al. (2011) ²⁷ | Estudo prospectivo (II) | 192 estomas | A cirurgia de emergência (41 de 191 pacientes) constituiu um fator de risco significativo para o desenvolvimento de um estoma problemático (incluindo problemas de pele) nos 6 meses pós-cirurgia (p=0,002), em comparação com a cirurgia eletiva (150 de 191 pacientes). |
| Almosallam et al. (2016) ¹³ | Estudo retrospectivo (II) | 104 pacientes | As escoriações cutâneas foram mais elevadas no grupo da colostomia dividida em comparação com o grupo do laço (17 vs. 10, p=0,04). |
| Carannante et al. (2019) ¹⁷ | Estudo prospectivo (II) | 90 pacientes | Foi observada uma maior ocorrência de dermatite peristomal no grupo com hastes plásticas em comparação com o grupo com pontes de pele (30 vs. 9, p=0,08) nas 3 semanas pós-cirurgia. |
| Hayashi et al. (2017) ²² | Estudo retrospectivo (II) | 50 pacientes | Cinco pacientes tiveram problemas de pele no grupo laparoscópico em comparação com 11 pacientes no grupo de estoma aberto (p=0,03). |
| Klink et al. (2011) ²⁴ | Estudo clínico retrospectivo (II) | 200 pacientes | Observou-se uma maior incidência de dermatite no grupo de ileostomia de laço (15% vs. 0%, p<0,001) em comparação com a colostomia transversal de laço. |
| Sakai et al. (2001) ³⁰ | Estudo retrospectivo de caso (II) | 126 pacientes | Os problemas de pele em redor do estoma foram significativamente mais comuns no grupo de colostomia transversal em comparação com o grupo de ileostomia de laço (15,9% vs. 3,2%, p<0,04). |
| Scarpa et al. (2009) ³¹ | Estudo prospectivo (II) | 44 pacientes | 10 dos 21 pacientes com uma haste padrão desenvolveram dermatite peristomal em comparação com 4 em 23 que tinham uma haste anelar (p=0,050). |

| Fator de risco / Nº artigos de suporte (n) / Citação | Tipo de estudo (provas de nível I, II ou III) | N.º de participantes | Principais conclusões/aplicabilidade no modelo de fator de risco |
|---|--|----------------------|--|
| Arofo et al. (2018) ¹⁴ | Análise uni variada e multivariada sobre dados retrospectivos (II) | 1076 pacientes | Em 797 pacientes foram registadas 1055 complicações do estoma. A cirurgia de emergência e a cirurgia aberta foram preditores significativos do desenvolvimento de complicações do estoma, tais como lesões cutâneas (p=0,010 e p<0,001). |
| Dziki et al. (2015) ¹⁹ | Estudo retrospectivo (II) | 40 pacientes | 18 em 20 pacientes (90%) operados com uma haste de plástico desenvolveram dermatite peristomal, em comparação com 0 em 20 pacientes (0%) operados com uma aba cutânea. |
| Fagundes et al. (2011) ²⁰ | Estudo retrospectivo (II) | 120 pacientes | Uma diferença significativa entre o grupo 1 (47 pacientes, incisão cutânea de 10mm) e o grupo 2 (46 pacientes, incisão cutânea até 5mm) (p=0,01), para que o tamanho da incisão cutânea tenha um efeito relativamente à infeção peristomal. |
| Nagano et al. (2019) ²⁶ | Estudo retrospectivo (II) | 89 pacientes | Os pacientes com estomas temporários versus estomas permanentes tinham mais probabilidades de desenvolver danos cutâneos associados à humidade (52 versus 37 estomas, p=0,017). |
| Sun et al. (2020) ³⁴ | Estudo retrospectivo (II) | 288 pacientes | O grupo com ileostomia de laço teve uma taxa significativamente mais elevada de dermatite irritante do que o grupo com colostomia transversa de laço (82 vs. 206 pacientes, p<0,01). |
| Uchino et al. (2017) ³⁶ | Estudo prospetivo aleatório (II) | 320 pacientes | Foi observada dermatite à volta do local da ostomia em 124/308 pacientes (40,3%) e esta foi significativamente mais elevada no grupo operado com uma haste (84 em 154 pacientes), em comparação com a cirurgia sem haste (40 em 154 pacientes, p<0,001). |
| Wu et al. (2018) ³⁷ | Estudo prospetivo (II) | 186 pacientes | As colostomias transversais de laço apresentavam menos dermatites, em comparação com as ileostomias de laço (15 vs. 5 pacientes, p=0,001). |
| 3. Diretrizes de cuidados (n=3) | | | |
| Folguera-Arnau et al. (2020) ²¹ | Teste multicêntrico experimental post-quase experimental (II) | 3084 pacientes | A aplicação de diretrizes de tratamento e gestão da Ostomia de RNAO minimizou o risco de CPP. CPP de 17% a 14% a 11% (p<0,05). |
| Zhou et al. (2019) ³⁸ | Ensaio aleatório controlado (I) | 48 pacientes | Os pacientes foram colocados de forma aleatória num grupo de controlo ou num grupo de intervenção. Ambos os grupos receberam enfermagem pós-operatória de rotina em ostomia. Após a alta, o grupo de intervenção seguiu ainda para uma intervenção multicomponente realizada por uma equipa de cuidados de ostomia. Após 6 meses, a ocorrência de CPP foi significativamente inferior no grupo de intervenção, quando comparado com o grupo de controlo (4,35% vs. 30,43%, p=0,047). |
| Karadag et al. (2003) ²³ | Questionários (III) | 43 pacientes | Os pacientes foram convidados para uma unidade de estomatoterapia 1, 3 e 6 meses após um programa inicial de reabilitação e depois continuaram numa base anual. Foram incentivados a contactar sempre que precisassem de ajuda. Os problemas de pele diminuíram em todos os grupos de ostomia e também no total (26 antes, quatro depois de receber as diretrizes, p<0,001). |
| 4. Visão social das pessoas com condições crónicas (n=0) | | | |
| - | - | - | |
| Acesso a apoio/produtos adequados (n=2) | | | |
| 5. Programas de pós-alta (n=2) | | | |
| Robatmily et al. (2018) ²⁹ | Ensaio clínico (II) | 48 mães | 30 dias após a alta dos bebés (40 participantes, 20 em cada grupo), houve uma ocorrência significativamente maior de CPP no grupo de controlo quando comparado com o grupo experimental onde as mães recebiam formação em cuidados de ostomia (14 vs. 4 bebés, p=0,013). |
| Zhou et al. (2019) ³⁸ | Ensaio aleatório controlado (I) | 48 pacientes | Os pacientes foram colocados de forma aleatória num grupo de controlo ou num grupo de intervenção. Ambos os grupos receberam enfermagem pós-operatória de rotina em ostomia. Após a alta, o grupo de intervenção seguiu ainda para uma intervenção multicomponente realizada por uma equipa de cuidados de ostomia. Após 6 meses, a ocorrência de CPP foi significativamente inferior no grupo de intervenção, quando comparado com o grupo de controlo (4,35% vs. 30,43%, p=0,047). |
| 6. Tipo e quantidade apropriada de produto (n=0) | | | |
| - | - | - | |
| Nível de educação em cuidados do estoma e em procedimentos cirúrgicos (n=1) | | | |
| 7. Profissionais da saúde (n=1) | | | |
| Foa et al. (2019) ¹¹ | Estudo qualitativo com dados retrospectivos (III) | 55 enfermeiros | 40 enfermeiros completaram o estudo. O ensino superior dos enfermeiros origina uma baixa incidência de infeções cutâneas peristomais (bacterianas), o que leva à redução do risco. |

| Principais conclusões/aplicabilidade no modelo de fator de risco | | | |
|--|---|--|---|
| Fator de risco / Nº artigos de suporte (n) / Citação | Tipo de estudo (provas de nível I, II ou III) | N.º de participantes | |
| INDIVÍDUO COM UMA OSTOMIA (n=74) | | | |
| Características físicas (n=65) | | | |
| 8. Perfil corporal peristomal (n=9) | | | |
| Colwell et al. (2017) ⁹ | Questionários (III) | 796 enfermeiros | 77,7% dos enfermeiros indicaram que 26-100% dos seus pacientes desenvolveram algum tipo de CPP durante o seu tempo com um estoma. Os enfermeiros indicaram que a obesidade poderia resultar em vincos e em estomas retraídos, os quais poderiam afetar a adaptação do sistema de bolsas, levando a dermatites. |
| Arumugam et al. (2003) ¹⁵ | Estudo prospetivo (II) | 97 pacientes | 49 dos 97 estomas tiveram uma ou mais complicações após 1 ano. O IMC foi associado à escoriação precoce da pele (p=0,042). |
| Shiraishi et al. (2020) ³² | Análise retrospectiva (II) | 333 casos de estomas de laço temporário | CPP foi diagnosticado em 262 pacientes. Verificou-se que a hérnia parastomal aumentava o risco de CPP grave (79 pacientes, p=0,007), quando comparado com o CPP não grave (183 pacientes). |
| Sung et al. (2010) ³⁵ | Análise retrospectiva (II) | 1170 pacientes | A incidência de dermatite de contacto irritante foi significativamente mais elevada no grupo obeso e com excesso de peso (517 pacientes), quando comparado com aqueles com peso inferior e normal (606 pacientes, p=0,001). |
| Bulkley et al. (2018) ⁴⁰ | Estudo transversal, inquérito (III) | 313 inquéritos enviados por correio | O inquérito foi completado por 177 inquiridos sobreviventes de cancro rectal com ostomias. Os participantes que relataram problemas de pele tinham um IMC significativamente mais elevado (29,6) do que aqueles sem essa condição (26,0, p=0,002). |
| Cowin & Redmond (2012) ⁴² | Questionários (III) | 1876 clientes que efetuam encomendas de vestuário de apoio | 322 (17%) inquiridos foram diagnosticados com hérnia parastomal. Antes do início da hérnia, 20% dos 322 inquiridos tinham já problemas significativos com a sua pele. Esta situação aumentou para 32% após o desenvolvimento da hérnia. |
| Mahjoubi et al. (2005) ⁴⁸ | Estudo transversal retrospectivo (II) | 330 pacientes | 330 pacientes com colostomia terminal foram divididos em dois grupos, até 1 mês após a cirurgia e depois de 1 mês após a cirurgia. IMC >25kg/m ² foi associado a irritação dérmica precoce (OR 2,08, 95% CI 1,12-3,84). |
| Shiraishi et al. (2020) ⁵⁶ | Estudo retrospectivo (II) | 153 pacientes consecutivos com estomas de laço | A hérnia parastomal foi desenvolvida em 77 casos (50,3%). Os CPP foram significativamente associados à hérnia parastomal (p=0,049). |
| Parmer et al. (2011) ²⁷ | Estudo prospetivo (II) | 192 estomas | Um IMC mais elevado foi um fator de risco significativo para desenvolver um estoma problemático (incluindo problemas de pele) nos 6 meses pós-cirurgia (p=0,043). |
| 9. Construção do estoma (n=18) | | | |
| Colwell et al. (2017) ⁹ | Questionários (III) | 796 enfermeiros | 77,7% dos enfermeiros indicaram que 26-100% dos seus pacientes desenvolveram algum tipo de CPP durante o seu tempo com um estoma. 325 (49%) dos enfermeiros indicaram que 50% dos pacientes com cirurgia planeada tinham uma marcação da localização do estoma pré-operatória. 249 enfermeiros (34%) indicaram que 25% ou menos dos seus pacientes tinham marcação pré-operatória da localização do estoma. |
| Persson et al. (2010) ¹² | Estudo prospetivo (II) | 180 pacientes eletivos | A maioria das complicações ocorreu 2 semanas após a alta em todos os tipos de estomas. A complicação mais comum foi o CPP. Quase todos os pacientes com ileostomia e ileostomia de laço e com alturas de estoma inferiores a 20 mm tiveram fugas e problemas de pele (4/4 e 13/14). As colostomias com estoma de altura inferior a 5 mm tiveram problemas de pele em 10/20 casos. |
| Sung et al. (2010) ³⁵ | Análise retrospectiva (II) | 1170 pacientes | A incidência de dermatite de contacto irritante foi significativamente mais elevada no grupo com estoma final (778 estomas) em comparação com aqueles com estoma de laço (390 pacientes, p=0,013). |
| Carbonell et al. (2020) ¹⁸ | Análise retrospectiva (II) | 111 pacientes | O estoma de laço foi um fator significativo para o desenvolvimento do CPP nos 30 dias pós-cirurgia (p=0,030). |
| Parmer et al. (2011) ²⁷ | Estudo prospetivo (II) | 192 estomas | O comprimento médio do estoma foi menor para estomas problemáticos (incluindo problemas de pele) (10,6 ± 14,9mm) nos 6 meses após a cirurgia (p=0,006) em comparação com estomas sem problemas (17,17 ± 14,2mm). |
| Almosallam et al. (2016) ¹³ | Estudo retrospectivo (II) | 104 pacientes | As escoriações de pele foram mais frequentes no grupo da colostomia dividida em comparação com o grupo da colostomia de laço (17 vs. 10, p=0,04). |
| Carannante et al. (2019) ¹⁷ | Estudo prospetivo (II) | 90 pacientes | Foi observada uma maior ocorrência de dermatite peristomal no grupo com hastes plásticas em comparação com o grupo com pontes de pele (30 vs. 9, p=0,08) 3 semanas pós-cirurgia. |
| Hayashi et al. (2017) ²² | Estudo retrospectivo (II) | 50 pacientes | Cinco pacientes observaram problemas de pele no grupo laparoscópico, quando comparados com 11 pacientes que tiveram problemas de pele no grupo do estoma aberto (p=0,03). |
| Klink et al. (2011) ²⁴ | Estudo clínico retrospectivo (II) | 200 pacientes | Observou-se uma maior incidência de dermatite no grupo de ileostomia de laço (15% vs. 0%, p<0,001) em comparação com a colostomia transversal de laço. |

| Fator de risco / Nº artigos de suporte (n) / Citação | Tipo de estudo (provas de nível I, II ou III) | N.º de participantes | Principais conclusões/aplicabilidade no modelo de fator de risco |
|--|--|------------------------|--|
| Sakai et al. (2001) ³⁰ | Estudo retrospectivo de caso (II) | 126 pacientes | Os problemas de pele em redor do estoma foram significativamente mais comuns no grupo de colostomia transversal em comparação com o grupo de ileostomia de laço (15,9% vs. 3,2%, p<0,04). |
| Scarpa et al. (2009) ³¹ | Estudo prospetivo (II) | 44 pacientes | 10 dos 21 pacientes com uma haste padrão desenvolveram dermatite peristomal em comparação com 4 em 23 que tinham uma haste anelar (p=0,050). |
| Carlsson et al. (2016) ⁴¹ | Estudo prospetivo (II) | 207 pacientes | Foram seguidos durante 1 ano 207 pacientes submetidos a cirurgias para diferentes ostomias. 11% tinham CPP. A construção da ostomia (estenose, ostomia deslizante, abertura da ostomia) estava relacionada com a CPP. |
| Lindholm et al. (2013) ⁴⁷ | Estudo prospetivo (II) | 144 pacientes | Foram acompanhados 144 pacientes até 2 anos após a cirurgia. Os pacientes com baixa ostomia apresentavam CPP que variava, no período, entre 21-57%. |
| Miyo et al. (2017) ⁵⁰ | Estudo retrospectivo (II) | 279 pacientes | Durante o período de 1 ano, 279 pacientes com uma ileostomia participaram no estudo. A dermatite parastomal foi a complicação mais comum (132 pacientes). A distância desde a válvula ileocecal (<30cm) teve um efeito significativo no desenvolvimento de dermatite parastomal em comparação com >30cm (p<0,001). |
| Dziki et al. (2015) ¹⁹ | Estudo retrospectivo (II) | 40 pacientes | 18 em 20 pacientes (90%) operados com uma haste de plástico desenvolveram dermatite peristomal, em comparação com 0 em 20 pacientes (0%) operados com uma aba cutânea. |
| Sun et al. (2020) ³⁴ | Estudo retrospectivo (II) | 288 pacientes | O grupo de ileostomia de laço teve uma taxa significativamente mais elevada de dermatite irritante quando comparado com o grupo de colostomia transversa de laço (82 vs. 206 pacientes, p<0,01). |
| Uchino et al. (2017) ³⁶ | Estudo prospetivo aleatório (II) | 320 pacientes | Foi observada dermatite em redor do local da ostomia em 124/308 pacientes (40,3%) e esta foi significativamente mais elevada no grupo operado com haste (84 em 154 pacientes), quando comparada com a cirurgia sem haste (40 em 154 pacientes, p<0,001). |
| Wu et al. (2018) ³⁷ | Estudo prospetivo (II) | 186 pacientes | As colostomias transversais de laço apresentavam menos dermatites, em comparação com as ileostomias de laço (15 vs. 5 pacientes, p=0,001). |
| 10. Tipos de estoma/saída (n=20) | | | |
| Nybaek et al. (2009) ⁴ | Estudo transversal (II) | 630 ostomizados | foram examinadas 199 pessoas com 202 ostomias. 90 pessoas (44,8%) tiveram CPP diagnosticado por um enfermeiro. Houve uma diferença significativa na CPP entre os tipos de ostomia (colostomia 35/100 pessoas, ileostomia 46/82 pessoas e urostomia 9/19 pessoas, p=0,0341). |
| Voegli et al. (2020) ⁵ | Questionário Retrospectivo (III) | 19555 inquéritos | Responderam 4235 pessoas com uma ostomia. As isoestomias tinham um risco mais elevado de desenvolver CPP em comparação com as colostomias (p<0,0001) e com urostomias (p=0,0003). |
| Persson et al. (2010) ¹² | Estudo prospetivo (II) | 180 pacientes eletivos | A maioria das complicações ocorreu 2 semanas após a alta em todos os tipos de estomas. A complicação mais comum foi o CPP. Após 2 semanas, 33 colostomias e 12 ileostomias finais e 25 ileostomias de laço tiveram problemas de pele. |
| Pittman et al. (2008) ²⁸ | Desenho descritivo da secção transversal (II) | 239 veteranos | Veteranos com uma colostomia relataram problemas de pele menos graves do que as relatadas pelos veteranos com uma ileostomia (p=0,006, 168 de um total de 239 veteranos com problemas de pele). |
| Carbonell et al. (2020) ¹⁸ | Análise retrospectiva (II) | 111 pacientes | O estoma de laço foi um fator significativo para o desenvolvimento do CPP nos 30 dias pós-cirurgia (p=0,030). |
| Martins et al. (2011) ²⁵ | Estudo multinacional pós-comercialização, não comparativo (II) | 3017 pacientes | Os pacientes com colostomia apresentavam uma pontuação de DET de base inferior em comparação com os pacientes com ileostomia (p=0,004). |
| Whiteley & Sinclair (2010) ³⁷ | Estudo prospetivo (II) | 672 pacientes | A taxa global de CPP foi de 42,7%. Os CPP foram considerados os mais elevados para pacientes com ileostomias (55%) (p<0,001), seguidos por condutos ileais (40,3%) e por colostomias (26,5%). |
| Parmar et al. (2011) ²⁷ | Estudo prospetivo (II) | 192 estomas | A colostomia (31,7%) foi um fator de risco significativo para o desenvolvimento de um estoma problemático (incluindo problemas de pele) nos 6 meses após a cirurgia (p<0,05), quando comparado com a ileostomia (18,3%). |
| Carlsson et al. (2016) ⁴¹ | Estudo prospetivo (II) | 207 pacientes | Foram seguidos durante 1 ano 207 pacientes submetidos a cirurgias para diferentes ostomias. 11% tinham CPP. 23 pacientes apresentaram CPP; nove dos pacientes fizeram uma colostomia enquanto 12 fizeram uma ileostomia (p=0,002), o que indica que o CPP ocorre mais frequentemente quando se faz uma ileostomia. |
| Arolo et al. (2018) ¹⁴ | Análise uni variada e multivariada sobre dados retrospectivos (II) | 1076 pacientes | foram registadas 1055 complicações de estoma em 797 pacientes. A ileostomia foi um preditor significativo para o desenvolvimento de complicações do estoma, tais como as lesões cutâneas (p=0,004). |
| Nagano et al. (2019) ²⁶ | Estudo retrospectivo (II) | 89 pacientes | Os pacientes com ileostomias versus colostomias eram mais propensos a desenvolver danos da pela associados à humidade (52 versus 37 estomas, p=0,017). |

| Fator de risco / Nº artigos de suporte (n) / Citação | Tipo de estudo (provas de nível I, II ou III) | N.º de participantes | Principais conclusões/aplicabilidade no modelo de fator de risco |
|--|---|---|--|
| Baykara et al. (2014) ¹⁶ | Análise retrospectiva (II) | 748 pacientes | Complicações peristomiais foram desenvolvidas em 248 pessoas, onde 136 desenvolveram o CPP. Verificou-se que as complicações eram maiores em pacientes com uma ileostomia ou com mais de 1 estoma, quando comparados com colostomias e urostomias (p=0,002). |
| Bourgois et al. (2001) ³⁹ | Estudo transversal, questionário (III) | 340 pacientes | A erupção cutânea sob a placa de base foi uma das queixas mais frequentes - 50% (170 em 337). Os pacientes com ileostomia sofreram mais comichão abaixo da placa de base, quando comparados com os pacientes com colostomia (p<0,005). |
| Goldstine et al. (2019) ⁴³ | Inquérito transversal (III) | 4500 pacientes | Dos 2127 que responderam, 55% indicaram a existência de área peristomal com algum grau de problema de pele. Dos 543 que relataram a ocorrência de fugas, 54% tiveram algum grau de problemas de pele. |
| Jayarajah et al. (2016) ⁴⁵ | Estudo retrospectivo (II) | 192 pacientes | Análise de pacientes que foram submetidos à criação de uma ostomia durante um período de 5 anos. A escoriação da pele foi significativamente maior nas ileostomias, quando comparada com as colostomias (p=0,0001). |
| Lin et al. (2014) ⁴⁶ | Estudo retrospectivo (II) | 63 pacientes | Foram analisados dados de 35 pacientes com ileostomia temporária e de 28 pacientes com colostomia temporária. A taxa de dermatite foi significativamente mais elevada no grupo da ileostomia (31,4%), quando comparada com o grupo da colostomia (7,14%, p=0,017). |
| Manzenreiter et al. (2018) ⁴⁹ | Estudo retrospectivo (II) | 167 pacientes | Foram analisados dados de 37 pacientes com ileostomia de laço e de 130 pacientes com colostomia de laço. A irritação cutânea foi significativamente maior no grupo da ileostomia, quando comparado com o grupo da colostomia (p=0,003). |
| Pearson et al. (2020) ⁵² | Estudo prospectivo (II) | 3509 cirurgias de estoma | 3509 estomas foram seguidos durante 2 anos e 435 tiveram um seguimento de 2 anos. Depois de 2 anos, a escoriação da pele foi duas vezes mais comum no grupo da ileostomia (23,9% vs. 10,5%, p<0,0010) quando comparada com o grupo da colostomia. |
| Pittman et al. (2014) ⁵³ | Estudo prospectivo (II) | 71 pacientes | Os pacientes foram seguidos durante 60 dias no período pós-operatório e 58 completaram o estudo. Tipo de ostomia correlacionada com dermatite peristomal associada à humidade (p=0,05), o que significa que os pacientes com ileostomias tinham uma pontuação de gravidade mais elevada. |
| Salvadalena et al. (2020) ⁵⁴ | Estudo controlado aleatório (I) | 153 participantes | Os 153 participantes foram divididos em dois grupos, os que não experimentaram o CPP e os que o tiveram. O grupo CPP foi ainda examinado em relação aos fatores de risco. Os participantes com uma ileostomia tinham aproximadamente 10 vezes mais probabilidades de experimentar um CPP grave do que os pacientes com uma colostomia (OU 9,8, 95% CI 2,2-43,7). |
| 11. Propriedades/condições da pele (n=3) | | | |
| Cowan & Redmond (2012) ⁴² | Questionário (III) | 322 temas | Os 322 inquiridos formaram um subconjunto de um estudo maior correspondente a 17% do conjunto de dados. 20% relataram a existência de problemas com a pele antes do desenvolvimento de uma hérnia. Esta situação aumentou para 32% após o desenvolvimento da hérnia. Após o desenvolvimento da hérnia foi relatado um desbaste da pele (de 4% a 35%, p=0,05). |
| Carlsson et al. (2016) ⁴¹ | Estudo prospectivo (II) | 207 pacientes | Foram seguidos durante 1 ano 207 pacientes submetidos a cirurgias para diferentes ostomias. 11% tinham CPP. As doenças peristomiais da pele (dermatite inespecífica à volta da ostomia, candidíase, piodermia gangrenosa sem razão óbvia, irritação da pele da parte externa do aparelho de ostomia) estavam relacionadas com a CPP. |
| Salvadalena et al. (2020) ⁵⁴ | Estudo controlado aleatório (I) | 153 participantes | Os 153 participantes foram divididos em dois grupos, os que não experimentaram o CPP e os que o tiveram. O grupo CPP foi ainda examinado em relação aos fatores de risco. Os participantes com pregas de pele na área peristomal eram 3 vezes mais prováveis de ter CPP quando comparados com aqueles que não as apresentavam (OU 2,9, 95% CI 1,3-8,1). |
| 12. Medicação/tratamento (n=6) | | | |
| Arumugam et al. (2003) ¹⁵ | Estudo prospectivo (II) | 97 pacientes | Após 1 ano, 49 dos 97 estomas tiveram uma ou mais complicações. A escoriação tardia da pele foi associada à diabetes (p=0,045). |
| Shiraishi et al. (2020) ³² | Análise retrospectiva (II) | 333 casos de estomas de laço temporário | CPP foi diagnosticado em 262 pacientes. Verificou-se que a quimioterapia adjuvante aumentava o risco de CPP grave (71 pacientes, p=0,004) em comparação com CPP não severa (191 pacientes). |
| Whiteley & Sinclair (2010) ⁵⁷ | Estudo prospectivo (II) | 672 pacientes | A taxa global de CPP foi de 42,7%. Existiu uma relação estatisticamente significativa entre a idade na cirurgia e o desenvolvimento do CPP (p<0,0001) com pacientes mais jovens (1-40 anos) a terem mais CPP. |
| Nagano et al. (2019) ³⁶ | Estudo retrospectivo (II) | 89 pacientes | Os pacientes que recebiam quimioterapia pós-cirúrgica eram mais suscetíveis de desenvolver danos cutâneos associados à humidade (19 vs. 13, p=0,084, tendência), quando comparados com aqueles que não realizavam este tipo de tratamento. |
| Uchino et al. (2017) ³⁶ | Estudo prospectivo aleatório (II) | 320 pacientes | Foi observada dermatite em redor à volta do local da ostomia em 124/308 pacientes (40,3%) e a administração de prednisolona foi detetada como preditor de dermatite de desenvolvimento (p=0,04). |
| (2013) ³⁵ | Projeto de medida repetida prospectivo (II) | 47 pacientes | 47 pacientes foram seguidos durante 3 meses de pós-operatório, tendo sido registadas complicações em 43 pacientes. 27 dos 43 com complicações experimentaram CPP (63%). A utilização de medicamentos anti-inflamatórios não esteroides teve impacto na ulceração (p=0,01). |

| Principais conclusões/aplicabilidade no modelo de fator de risco | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| Fator de risco / Nº artigos de suporte (n) / Citação | Tipo de estudo (provas de nível I, II ou III) | N.º de participantes | |
| 13. Incapacidades (n=9) | | | |
| Voegell et al. (2020) ⁵ | Questionário Retrospectivo (III) | 19555 inquéritos | Responderam 4235 pessoas de 13 países com uma ostomia. Quanto mais idoso for o inquirido, menor será a taxa de CPP relatada, quando comparado com os grupos etários mais velhos. |
| Sung et al. (2010) ³⁵ | Análise retrospectiva (II) | 1170 pacientes | A incidência de dermatite de contacto irritante poderia ser maior em pacientes acima dos 65 anos de idade (1336 pacientes), em comparação com os menores de 65 anos de idade (45 pacientes, p=0,061). |
| Bulkley et al. (2018) ⁴⁰ | Estudo transversal, inquérito (III) | 313 inquéritos enviados por correio | O inquérito foi completado por 177 inquiridos sobreviventes de cancro rectal com ostomias. Os participantes que relataram problemas de pele eram aproximadamente 4-5 anos mais novos (média 71,8 anos) do que aqueles que não apresentavam problemas de pele (média 76,1 anos, p=0,021). |
| Mahjoubi et al. (2005) ⁴⁸ | Estudo transversal retrospectivo (II) | 330 pacientes | 330 pacientes com colostomia terminal foram divididos em dois grupos, até 1 mês após a cirurgia e mais de 1 mês após a cirurgia. A idade >40 anos foi associada a hemorragia dérmica precoce (OR 3,14, 95% CI 1,56-6,32). |
| Pittman et al. (2008) ²⁸ | Desenho descritivo da secção transversal (II) | 239 veteranos | Em 168 veteranos com problemas de pele a idade foi um preditor significativo de problemas de pele (p=0,006). |
| Carbonell et al. (2020) ¹⁸ | Análise retrospectiva (II) | 111 pacientes | A idade foi um fator significativo para o desenvolvimento do CPP nos 30 dias pós-cirurgia (p=0,004). |
| Martins et al. (2011) ²⁵ | Estudo multinacional pós-comercialização, não comparativo (II) | 3017 pacientes | A idade teve um efeito pequeno, mas significativo, na pontuação DET (p=0,025). Para cada ano, a pontuação DET aumentou em 0,009. |
| Whiteley & Sinclair (2010) ³⁷ | Estudo prospetivo (II) | 672 pacientes | A taxa global de CPP foi de 42,7%. Um diagnóstico de doença inflamatória intestinal foi um preditor de CPP (p=0,005), inclusivamente quando comparado com todos os outros diagnósticos (p=0,007). |
| Uchino et al. (2017) ³⁶ | Estudo prospetivo aleatório (II) | 320 pacientes | Observou-se dermatite à volta do local da ostomia em 124/308 pacientes (40,3%) e verificou-se que a idade >42 anos era um preditor de dermatite em desenvolvimento (p=0,03). |
| Capacidades mentais (n=9) | | | |
| 14. Autoconsciência/autocuidado (n=5) | | | |
| Voegell et al. (2020) ⁵ | Questionário Retrospectivo (III) | 19555 inquéritos | Responderam 4235 pessoas de 13 países com uma ostomia. As mulheres relataram CPP mais frequentemente que os homens (p<0,0001). |
| Sung et al. (2010) ³⁵ | Análise retrospectiva (II) | 1170 pacientes | A incidência de dermatite de contacto irritante pode ser maior nos homens (93 pacientes) em comparação com as mulheres (88 pacientes, p=0,077). |
| Carbonell et al. (2020) ¹⁸ | Análise retrospectiva (II) | 111 pacientes | O sexo feminino foi um fator significativo para o desenvolvimento do CPP nos 30 dias pós-cirurgia (p=0,030). |
| Scarpa et al. (2009) ³¹ | Estudo prospetivo (II) | 44 pacientes | Em pacientes com ileostomias, a dermatite peristomal estava correlacionada com o sexo masculino (modelo de regressão, p<0,001). |
| Arolfo et al. (2018) ¹⁴ | Análise uni variada e multivariada sobre dados retrospectivos (II) | 1076 pacientes | Foram registadas 1055 complicações de estoma em 797 pacientes. O sexo masculino foi um preditor significativo para o desenvolvimento de complicações do estoma, tais como as lesões cutâneas (p=0,032). |
| 15. Gestão do estoma (n=3) | | | |
| Colwell et al. (2017) ⁹ | Questionários (III) | 796 enfermeiros | 77,7% dos enfermeiros indicaram que 26-100% dos seus pacientes desenvolveram algum tipo de CPP durante o seu tempo com um estoma. Os enfermeiros indicaram que os internamentos de curta duração proporcionavam pouco tempo para que os pacientes adquirissem as necessárias competências de autogestão. |
| Carlsson et al. (2016) ⁴¹ | Estudo prospetivo (II) | 207 pacientes | Foram seguidos durante 1 ano 207 pacientes submetidos a cirurgias para diferentes ostomias. 11% tinham CPP. Os problemas relacionados com o aparelho ou com a rotina (pressão da convexidade, aparelho de ostomia usado durante demasiado tempo, crescimento mais abundante de cabelo, fugas, ou que a abertura da ostomia era demasiado grande) estavam relacionados com a CPP. |
| Park et al. (2011) ⁵¹ | Estudo controlado aleatório (I) | 81 participantes | Os participantes foram divididos em dois grupos. 45 pacientes no grupo de cuidados normalizados da pele peristomal e 36 pacientes no grupo que apresentava crosta. A pontuação DET foi avaliada em 1, 2 e 3 meses após o seguimento. Após 3 meses (p<0,05), pontuação DET foi maior no grupo que apresentava crosta (47,2%) em comparação com o grupo normalizado (22,2%) |
| Situação social (n=1) | | | |
| 16. Apoio (n=0) | | | |

| Principais conclusões/aplicabilidade no modelo de fator de risco | | | |
|--|--|----------------------|--|
| Fator de risco / Nº artigos de suporte (n) / Citação | Tipo de estudo (provas de nível I, II ou III) | N.º de participantes | |
| - | - | - | |
| 17. <i>Nível de vida</i> (n=1) | | | |
| Gooszen et al. (2000) ⁴⁶ | Estudo prospetivo (II) | 76 pacientes | 37 pacientes com ileostomias de laço e 39 pacientes com colostomia de laço. A irritação cutânea ocorreu mais frequentemente em pacientes que vivem em isolamento total, quando comparados com pacientes que vivem em isolamento parcial (p<0,013). |
| PRODUTO PARA OSTOMIA (n=16) | | | |
| Utilização (n=8) | | | |
| 18. <i>Adequado ao perfil corporal</i> (n=0) | | | |
| - | - | - | |
| 19. <i>Adequado à forma do estoma</i> (n=2) | | | |
| Colwell et al. (2017) ⁹ | Questionários (III) | 796 enfermeiros | 77,7% dos enfermeiros indicaram que 26-100% dos seus pacientes desenvolveram algum tipo de CPP durante o seu tempo com um estoma. Os enfermeiros indicaram que a utilização inadequada do sistema de bolsa contribuiu para o desenvolvimento do CPP. |
| Carlsson et al. (2016) ⁴¹ | Estudo prospetivo (II) | 207 pacientes | Foram seguidos durante 1 ano 207 pacientes submetidos a cirurgias para diferentes ostomias. 11% tinham CPP. Os problemas relacionados com o aparelho ou com a rotina (pressão da convexidade, aparelho de ostomia usado durante demasiado tempo, crescimento mais abundante de cabelo, fugas, ou que a abertura da ostomia era demasiado grande) estavam relacionados com a CPP. |
| 20. <i>Aplicação/Remoção</i> (n = 0) | | | |
| - | - | - | |
| 21. <i>Tempo de utilização</i> (n = 3) | | | |
| Carlsson et al. (2016) ⁴¹ | Estudo prospetivo (II) | 207 pacientes | Foram seguidos durante 1 ano 207 pacientes submetidos a cirurgias para diferentes ostomias. 11% tinham CPP. Os problemas relacionados com o aparelho ou com a rotina (pressão da convexidade, aparelho de ostomia usado durante demasiado tempo, crescimento mais abundante de cabelo, fugas, ou que a abertura da ostomia era demasiado grande) estavam relacionados com a CPP. |
| Bourgois et al. (2001) ³⁹ | Estudo transversal, questionário (III) | 340 pacientes | A erupção cutânea sob a placa de base foi uma das queixas mais frequentes - 50% (170 em 337). Os pacientes que substituíam as suas flanges com menos frequência (uma vez a cada 3 dias ou menos) sentiram mais comichão do que aqueles que as substituíam com mais frequência (p=0,03). |
| (2013) ³⁵ | Projeto de medida repetida prospetivo (II) | 47 pacientes | 47 pacientes foram seguidos durante 3 meses de pós-operatório, tendo sido registadas complicações em 43 pacientes. 27 dos 43 com complicações experimentaram CPP (63%). O tempo de utilização foi um preditor de erosão (p=0,0254). |
| 22. <i>Gama e tipo de produtos</i> (n=3) | | | |
| Martins et al. (2011) ²⁵ | Estudo multinacional pós-comercialização, não comparativo (II) | 3017 pacientes | Os utilizadores de placa de base plana tinham uma pontuação DET de base mais baixa quando comparados com os utilizadores de placa de base convexa (p=0,002). |
| Bourgois et al. (2001) ³⁹ | Estudo transversal, questionário (III) | 340 pacientes | A erupção cutânea sob a placa de base foi uma das queixas mais frequentes - 50% (170 em 337). Os utilizadores de um sistema de 2 peças têm significativamente mais queixas de problemas de pele (p=0,021) do que os utilizadores de um sistema de apenas 1 peça. |
| (2014) ⁸³ | Estudo transversal descritivo (III) inquérito | 198 participantes | 107 pessoas completaram o inquérito (55%). Uma bolsa de 2 peças (menos suscetível de estar no grupo de fugas frequentes) foi individualmente um preditor significativo de fugas (p=0,015). Os participantes com irritação peristomal da pele parecem ter maior probabilidade de estar no grupo de fugas frequentes (p=0,056). |
| Propriedades técnicas (n=8) | | | |
| 23. Propriedades adesivas (n=7) | | | |
| Colwell et al. (2017) ⁹ | Questionários (III) | 796 enfermeiros | 77,7% dos enfermeiros indicaram que 26-100% dos seus pacientes desenvolveram algum tipo de CPP durante o seu tempo com um estoma. Os enfermeiros indicaram que a utilização inadequada do sistema de bolsa contribuiu para o desenvolvimento do CPP. |
| Cressey et al. (2017) ¹⁰ | Estudo retrospectivo (II) | 54 pacientes | 18 dos 54 pacientes foram identificados com dermatite peristomal. 12 pacientes tiveram dermatite de contacto peristomal. Foram identificados vários produtos de tratamento de pele do estoma como sendo desencadeadores de reações alérgicas, por exemplo, Cavilon™ No Sting Barrier Film. |

| Fator de risco / Nº artigos de suporte (n) / Citação | Tipo de estudo (provas de nível I, II ou III) | N.º de participantes | Principais conclusões/aplicabilidade no modelo de fator de risco |
|--|---|----------------------|--|
| Al-Niaimi et al. (2012) ⁵⁸ | Estudo de coorte (II) | 525 casos | Dos 525 casos de dermatite peristomal foram identificados 65 pacientes com dermatite inexplicada. Os ingredientes separados não podiam ser obtidos, assim sendo, o produto foi aplicado tal como estava. Os pacientes também realizaram um teste de utilização, testando o produto no lado abdominal, trocando o aparelho nos mesmos momentos em que mudavam os aparelhos do estoma. Todos os pacientes foram submetidos a testes de picada em algodão, pectina, látex, gelatina, carboximetilcelulose poliacrilamida e polissorbato (sem resultados positivos). Os participantes reagiram ao copolímero Gantrez™ (em quatro casos), limoneno (em dois casos), fragrâncias ou conservantes (em cinco casos). |
| Banu et al. (2007) ⁵⁹ | Estudo prospetivo (II) | 623 pacientes | 623 pacientes pediátricos (idade: 2 dias a 12 anos) tiveram exteriorização do intestino. De 495 pacientes que utilizaram folha de betel para cobrir a ostomia apenas 13 (2,6%) sofreram de escoriação cutânea e nenhuma reação alérgica. Dos 128 que utilizaram um saco de ostomia, 52 (40,5%) sofreram escoriação da pele com pequenas ulcerações e hemorragias e 24 (18,75%) sofreram reações alérgicas tais como erupções cutâneas e comichão. |
| Caroppo et al. (2019) ⁶⁰ | Estudo prospetivo (II) | 26 pacientes | 26 pacientes com dermatites foram incluídos no estudo. Todos os pacientes foram rastreados para uma série de 52 alérgenos e com produtos específicos para ostomizados. Os produtos foram testados tal como estavam. Gantrez™ ES-425 foi também testado em 13 pacientes e em 20 voluntários saudáveis. 10 dos 13 pacientes foram positivos para Gantrez™. As sensibilizações mais comuns foram em relação à pasta ConvaTec (10 pacientes), à pasta Coloplast (10 pacientes), à pasta Adapt Hollister (10 pacientes) e à pasta Dansac (9 pacientes). |
| Colwell et al. (2018) ⁶¹ | Estudo controlado aleatório (I) | 153 participantes | 153 participantes foram seguidos durante um período de 12 semanas após a cirurgia. 73 pacientes desenvolveram CPP. Um número significativamente maior de pacientes no grupo de tratamento com cerâmica na barreira ficou muito satisfeito com o desempenho global da barreira (75% vs. 55,2%, p=0,033). O mesmo foi observado em termos de fugas (63,3% vs. 37,9%, p<0,01) e relativamente a comichão (53% vs. 31%, p=0,016). Incidência de CPP foi inferior no grupo de tratamento. |
| Welsler et al. (2009) ⁶⁴ | Estudo comparativo cruzado aleatório (I) | 73 participantes | 73 pessoas foram inscritas num estudo de sacos fechados (60 completaram) e 75 pessoas foram inscritas num estudo de sacos drenáveis (72 completaram). Para as pessoas que vivem com uma ileostomia e utilizam um saco drenável, o CPP (0-4cm do estoma) foi melhorado após a utilização do SenSura Click (p<0,05). Para as pessoas que vivem com uma colostomia utilizando um saco fechado, o CPP (0-2cm do estoma) melhorou após a utilização do SenSura Click (p<0,05), em comparação com os seus concorrentes. |
| 24. Desempenho da filtragem e capacidade (n=1) | | | |
| Klok-Vonkeman et al. (2013) ⁶² | Questionários (III) | 380 participantes | foram analisados 195 dos 380 questionários. As ileostomias sofrem de irritação cutânea causada por fezes na parte de trás da barreira cutânea quase duas vezes mais frequentemente (37%, n=64) do que as colostomias (19%, n=131). As ileostomias com acumulações têm 2,4 vezes mais irritação da pele do que as ileostomias sem acumulações. A irritação da pele é mais comum nos ostomizados com acumulações (p=0,028). |