

DEDICATÓRIA

Como resultado do programa Roda de Conversa Ostomy da Convatec, este protocolo foi elaborado em parceria com enfermeiras estomaterapeutas vinculadas ao Programa Estadual de Atenção à Pessoa Estomizada do Estado de São Paulo. Sua construção ocorreu de forma coletiva, baseada na troca de experiências, no conhecimento científico e na prática assistencial.

A contribuição dessas profissionais, no âmbito do Departamento de Gestão da Atenção ao Cuidado (DGAC), foi essencial para assegurar um material alinhado às melhores práticas, às diretrizes técnico-assistenciais vigentes e às necessidades dos serviços de saúde, com foco na padronização de condutas, na segurança do paciente e a qualificação do cuidado em estomias.

SUMÁRIO

2. Introdução	5
3. Estomias de Eliminação	7
3.1 Estomias intestinais	7
3.2 Estomias Urinárias	10
4. Protocolo Clínico	12
4.1 Orientações Gerais	12
4.2 Avaliação e Prescrição de Tecnologias	12
4.3 Prevenção de lesões de pele periestomia	16
4.4 Classificação de lesões de pele periestoma	17
5. Estomias em pediatria	22
5.1 Introdução	22
5.2 Indicação de estomias em pediatria	22
5.3 Objetivos da confecção da estomia	23
5.4 Cuidados no pós operatório imediato	23
6. Equipamento coletor	24
6.1 Barreira plana	24
6.2 Barreira convexa	24
6.2.1 Barreira convexa macia	25
6.2.2 Barreira convexa firme	26
7. Adjuvantes	27
7.1 Lenço ou spray película protetora de silicone	27
7.2 Lenço ou spray removedor de adesivos	27
7.3 Pó de hidrocolóide	28
7.4 Pasta de hidrocolóide	29
7.5 Cinto	29
7.6 Gelificador de efluentes	30
8. Programas de atendimento multi-empresas	31
9. Serviços: Classificações e atribuições	32
10. Plano de Alta	33
11. Indicadores de Qualidade	34
12. Legislação Brasileira	36
13. Referências	37



1. OBJETIVOS

1.1 GERAL

Promover a reabilitação pós cirúrgica da pessoa com estomia, auxiliando o profissional de saúde na avaliação personalizada e indicação adequada de produtos segundo a necessidade de cada indivíduo, com as melhores evidências científicas publicadas até o momento, contemplando o portfólio padronizado no Estado de SP, correlacionando as características dos produtos com as necessidades de cada pessoa com estomia. E assim, elevar a qualidade de vida e propiciar vida plena à estas pessoas. Além de otimizar recursos institucionais, humano e financeiro/custo efetivo, aumentando a satisfação do cliente e a resolubilidade da equipe de saúde.

1.2 ESPECÍFICOS

1. Definir critérios de avaliação e indicação de produtos com tecnologias padronizadas para pessoas com estomia intestinal e urinária;
2. Gerenciar riscos e promover a prevenção de lesões de pele periestoma;
3. Orientar e subsidiar a capacitação da equipe de saúde de acordo com a demanda e necessidades específicas de cada nível de atenção;

2. INTRODUÇÃO

Entre as principais causas de doenças crônicas degenerativas, o câncer se configura como uma doença de destaque e relevância para saúde pública. Na última década, houve um aumento de 20% na incidência e espera-se que, para 2030 ocorram mais de 25 milhões de casos novos. Conforme as estimativas mais recentes do Instituto Nacional de Câncer (INCA), no triênio 2023-2025 o câncer de cólon e reto (colorretal) deve representar aproximadamente 45.630 casos novos por ano no Brasil, correspondendo a um risco estimado de 21,10 casos por 100.000 habitantes. Desse total 21.970 casos seriam entre os homens (risco estimado de 20,78/1000.000) e 23.660 casos entre mulheres (risco estimado 21,41/100.000). INCA, 2023.

O câncer é a principal causa para a confecção de uma estomia, sendo assim, parte do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, a busca por estratégias que facilitem o atendimento e a reinserção das pessoas com estomas.²


A atenção à saúde da pessoa com estoma intestinal e/ou urinária deve se estabelecer a partir da compreensão sobre as necessidades advindas do viver nestas condições, com perspectiva de reabilitação e ressocialização com garantia de uma assistência de políticas públicas que favoreçam o atendimento seguro e de excelência.^{2,3}

No Brasil, o acesso universal e equânime aos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde devem ser garantidos ao usuário pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, foram estabelecidas garantias de atenção integral às pessoas com estomia por meio de intervenções especializadas de natureza interdisciplinar. Desta forma, para que haja pleno atendimento às suas necessidades, faz-se necessária a qualificação dos processos de atenção, a estruturação da rede de serviços, a adequação de área física, a capacitação de profissionais, a disponibilização de recursos materiais específicos e a definição de fluxos e protocolos assistenciais, possibilitando maior qualidade e eficiência nos cuidados à saúde.⁴

Em 2004, o atendimento à pessoa com estomia é viabilizado pela Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, por meio do Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004, quando a pessoa com ostomia passa a ser considerada como deficiente física e assim usufruir de direitos já garantidos, tais como benefício financeiro, assentos preferenciais, mobiliário de recepção adaptados às suas condições físicas, ajuda técnica como o fornecimento e disponibilização de produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa com deficiência favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida; entre outros.⁵

É essencial para o processo de reabilitação que as pessoas com estomia mantenham a pele periestomia saudável. Quando a pele é danificada, a adesão da base protetora é reduzida, o padrão cíclico de risco de vazamento é aumentado e mais danos à pele são gerados. O efluente da estomia é um irritante químico e a principal razão para lesões da pele periestomia. Além dos irritantes químicos, outras razões importantes para a perda da integridade da pele parecem ser: 1) lesões mecânicas, caracterizadas como MARSI (lesões relacionadas a adesivos médicos) durante a remoção do dispositivo, 2) Infecções, como foliculite, 3) Doenças de pele subjacentes, como psoríase e eczema e, 4) Distúrbios imunológicos, como dermatite de contato alérgica a um produto de cuidado da pele usado sob o adesivo. Os distúrbios da pele também podem estar relacionados à doença abdominal primária, por exemplo, malignidade ou doença de Crohn.⁶

A escolha de um equipamento coletor é uma das contribuições mais importantes envolvidas na reabilitação da pessoa com estomia. Tendo em vista a importância da pele é indispensável estabelecer e manter um selo seguro e durável. Este será um princípio norteador no gerenciamento de riscos e prevenção de complicações de pele periestomia. Múltiplos fatores influenciarão na escolha de um sistema coletor adequado, incluindo a altura da estomia, o ângulo de drenagem, o contorno abdominal e a localização da tensão necessária com fundo terapêutico, concluindo com a escolha do equipamento coletor ideal sendo bases planas ou convexas, peça única ou duas peças.



Dentre os produtos que incorporam a convexidade são frequentemente considerados uma ferramenta importante para alcançar esse objetivo, são frequentemente citados nas indicações para o cuidado da pele quando relacionados a características como estomias planas ou retraídas, irregularidades abdominais e pregas cutâneas.^{7,8}

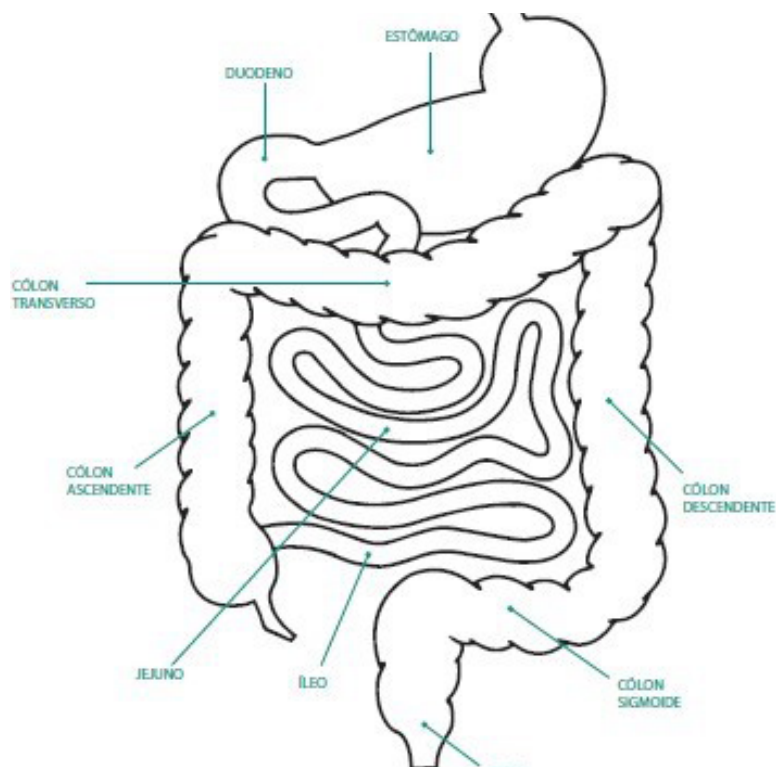
A seleção de uma opção terapêutica é problema científico e deve guiar-se pelo estado de arte e nível de conhecimento profissional, embora na tomada da decisão de utilização do uso de uma tecnologia estejam envolvidos aspectos políticos, sociais, éticos e mesmo culturais. Atualmente, os aspectos econômicos são absolutamente fundamentais. Ademais, à medida que a demanda nos sistemas de saúde, público e privado, aumenta e os recursos tornam-se cada vez mais escassos, o próprio sistema de saúde, bem como os profissionais da saúde têm de reexaminar os benefícios e custos de suas ações para assegurar que haja uma implementação efetiva das intervenções.⁹

3. ESTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

O termo estomia pode ser definido, de forma geral, como “construção” cirúrgica de um orifício artificial para fistulização externa de um ducto ou vaso por inserção de um tubo com ou sem sonda de apoio.

De forma específica, as estomias intestinais podem ser classificadas como estomias de alimentação ou de eliminação, sendo as mais comuns, nesse último caso, as colostomias e ileostomias.¹⁰

3.1. ESTOMIAS INTESTINAIS



As causas que geralmente levam à confecção de estomias de eliminação intestinal são tumores colorretais, doenças inflamatórias intestinais e traumas abdominais. Esse cenário é preocupante, pois, segundo estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA), 36.360 novos casos de câncer colorretal surgiram no Brasil em 2018; as doenças inflamatórias intestinais apresentam aumento progressivo em sua incidência e prevalência nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, e estudos mostram que o trauma abdominal é o tipo mais prevalente entre os politraumas.¹⁰

COLOSTOMIA

A colostomia é a exteriorização de uma porção do intestino grosso através da parede abdominal, para desviar o trânsito intestinal. A localização da colostomia vai depender da porção do intestino afetada, ou em função da melhor localização no abdômen, quando o objetivo é desviar as fezes de uma lesão na região perianal. As imagens que se seguem mostram as diferentes localizações possíveis para a construção da estomia. Dependendo da localização e causa da ostomia, esta pode ser temporária ou definitiva.^{11, 12}

COLOSTOMIA ASCENDENTE



- No cólon ascendente (secção vertical, à direita)
- Tipo de ostomia pouco comum
- As fezes são líquidas a semilíquidas, fluindo quase continuamente, sendo muito irritantes para a pele.^{12,13}

8

COLOSTOMIA TRANSVERSA



- No cólon transversal (secção horizontal, a meio do abdômen)
- As fezes são semilíquidas e irritantes quando em contato com a pele
- Geralmente são construídas em alça, com 2 estomias.
- Normalmente são temporárias.^{11,12,13}

COLOSTOMIA DESCENDENTE



- No cólon descendente (secção vertical esquerda)
- É o tipo mais comum
- As fezes são semiformadas e menos irritantes quando em contato com a pele. ^{11, 12, 13}

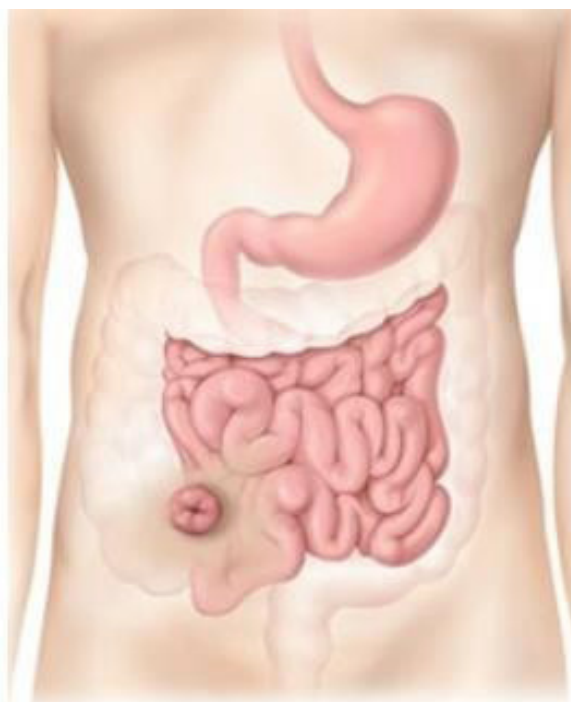
COLOSTOMIA SIGMOIDE



- A parte inferior do intestino grosso é exteriorizada, à esquerda, pouco antes do reto.
- As fezes são formadas. Não são irritantes quando em contato com a pele. ^{11, 12, 13}

ILEOSTOMIA

A ileostomia é a exteriorização de uma porção do intestino delgado e exige alguns cuidados específicos, para se manter confortável e saudável.¹¹



Os efluentes da ileostomia são altamente irritantes para a pele, devido ao seu elevado teor em enzimas digestivas. É necessário um cuidado adicional para assegurar o selo seguro e impedir que o efluente entre em contato com a pele periestomia.¹² Destaque a orientação na ingesta hídrica, pois este tipo de estomia aumenta propensão à desidratação.¹⁴

10

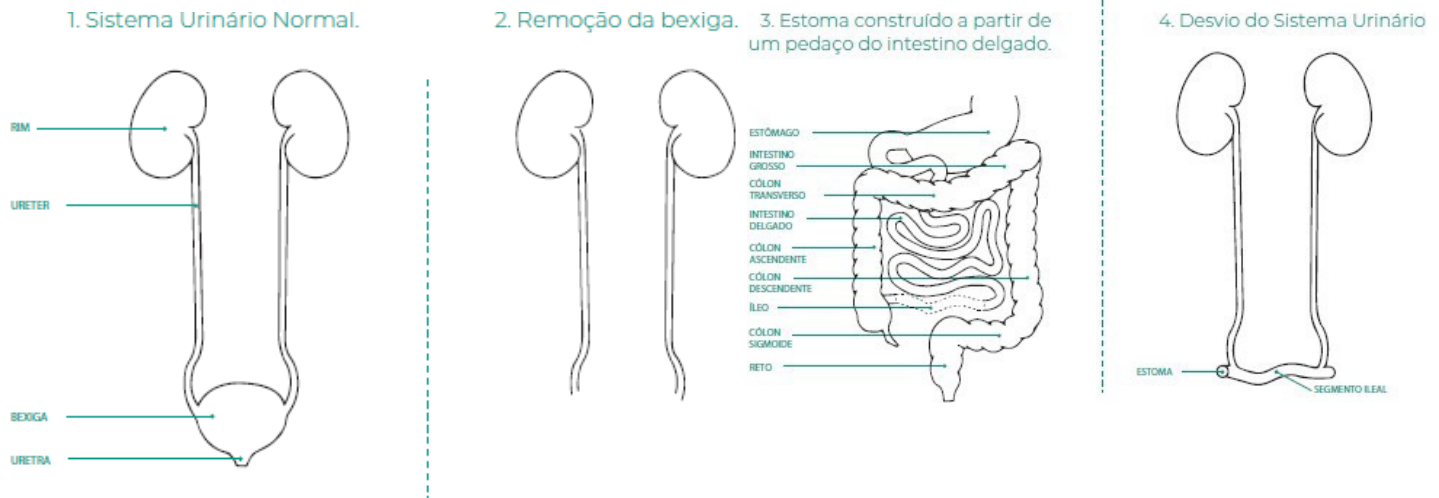
3.2. ESTOMIAS URINÁRIAS

A urostomia é a exteriorização dos condutos urinários através parede abdominal, permitindo a eliminação constante da urina por gotejamento. Por este motivo, é necessário o uso de um dispositivo coletor com válvula antirrefluxo e torneira de drenagem, permitindo o seu esvaziamento ao longo do dia.

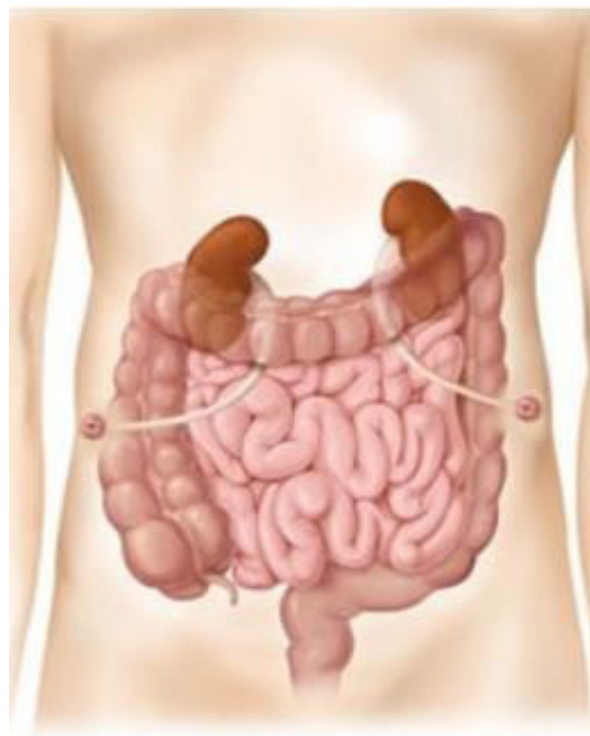
Conduto Ileal ou Bricker



É o tipo mais comum de urostomia, sendo que, nestas situações, a bexiga é removida devido a doença ou lesão e uma porção de intestino delgado é utilizada para construção da estomia. Neste caso, uma das extremidades é encerrada. Os dois ureteres, que transportam a urina dos rins, são conectados a esta porção do intestino (que funcionará como a “nova bexiga”). A parte proximal será exteriorizada através da parede abdominal, originando a estomia.¹⁵



Ureterostomia



É a exteriorização de um ou dos dois ureteres através da parede do abdômen, formando uma estomia. Geralmente são estomas temporários.¹⁵

4. PROTOCOLO CLÍNICO

4.1 ORIENTAÇÕES GERAIS

O resultado do tratamento cirúrgico depende do preparo psicossocial do paciente no pré-operatório em que podem ser revelados sentimentos de ansiedade e medo, relacionados à anestesia, às alterações na imagem corporal, às mudanças no estilo de vida, às preocupações com o risco de morte e ao próprio procedimento cirúrgico.¹⁶

As orientações pré-operatórias devem ser realizadas para o paciente e família, sempre que possível, e devem incluir explicações sobre a estomia e sua demarcação, procedimento cirúrgico e cuidados da estomia no pós-operatório. A demarcação infra umbilical da estomia deve ser realizada na região do músculo reto-abdominal, longe de cicatrizes, dobras, pregas cutâneas e linha da cintura. O procedimento deve ser realizado pelo enfermeiro estomaterapeuta ou generalista capacitado, no pré-operatório nas cirurgias eletivas e de urgência, sempre que possível.¹⁷

A confecção de uma estomia pode resultar em imagem distorcida e em diminuição da autoestima, repercutindo na percepção sobre si mesmo. A mudança súbita da imagem corporal origina confusão e alteração negativa na forma como ela se percebe.¹⁶

Além da imagem corporal, a criação de uma estomia pode influenciar negativamente na qualidade de vida e na sexualidade deste indivíduo. Estas questões devem ser avaliadas no pré e pós-operatório para o planejamento de cuidados adequados.¹⁷

À medida que o tempo evolui e utilizando as estratégias de adaptação encontradas, as pessoas com estomia têm mais facilidade em integrar as mudanças, em todas as suas múltiplas dimensões, podendo a aceitação ser potencializada pela integração com familiares e amigos e pela intervenção sistematizada dos profissionais de saúde.¹⁶

Para tanto, a ressocialização e reabilitação da pessoa com estomia dependem da preservação de sua saúde e manutenção do equipamento coletor, de forma segura e confortável, gerenciando os riscos para formação de lesões periestomais.

Independente da evolução das técnicas cirúrgicas e da assistência a esse tipo de paciente ao longo dos anos, as complicações das estomias de eliminação podem surgir e representam redução da qualidade de vida do indivíduo e aumento dos gastos para os serviços de saúde.¹⁰

A atenção personalizada é imprescindível na assistência à pessoa com estomia, pois pode ser considerado fator importante na imagem corporal desses indivíduos, já que produz impacto psicológico considerável, alterando sua autoestima e por vezes suas relações sociais. A estomização altera a imagem que a pessoa tem de si e de seu corpo, havendo ainda preocupações acerca da percepção dos outros em relação à sua nova condição.¹⁶

O enfermeiro que presta atenção às pessoas com estomia deve considerar o impacto que o cuidado desta população gera também para a qualidade de vida do cuidador/familiar. E considerar que as dúvidas relacionadas à estomia e seu cuidado podem variar de acordo como país de origem e cultura da pessoa com estomia. Dúvidas podem estar relacionadas com diferenças nos cuidados médicos recebidos, produtos para o cuidado da estomia disponíveis no mercado, fatores econômicos, relacionados ao gênero, religião, crenças sobre a doença e lesões periestomia.¹⁷

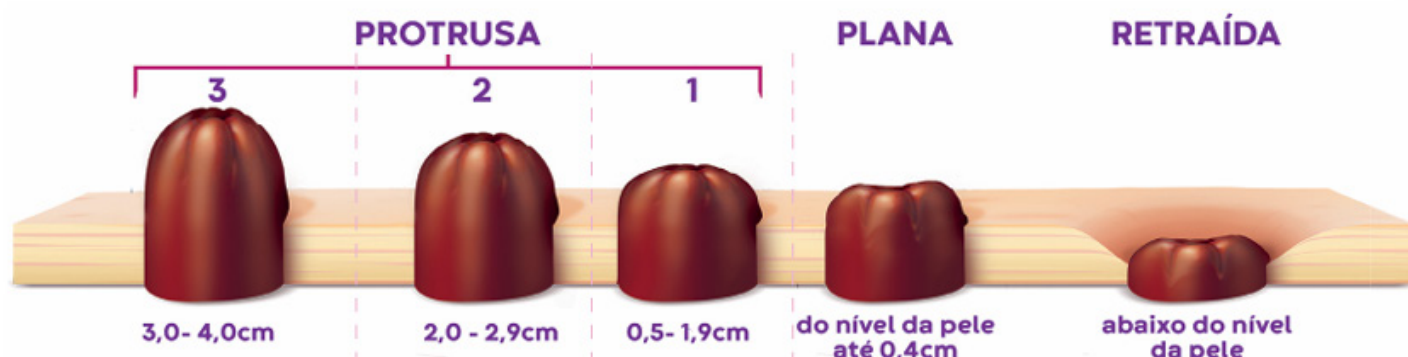
4.2 AVALIAÇÃO E PRESCRIÇÃO DE TECNOLOGIAS

Pacientes, familiares e enfermeiros devem identificar as características de uma estomia normal e com complicações. Aos profissionais de saúde, principalmente aos enfermeiros, especialistas ou generalistas, está a responsabilidade da orientação para identificação dos mesmos e a prescrição de equipamento coletor para contenção do efluente da estomia. Este, prioritariamente, deve oferecer uma vedação segura e garantir a manutenção da integridade e proteção da pele periestomia. Para isso existem ferramentas/instrumentos para

auxiliar os enfermeiros nesta escolha.¹⁷

Apresentamos neste protocolo um algoritmo desenvolvido como uma destas fontes de informação facilitadora na construção de uma atenção adequada e mais resolutive. Desta forma, foi priorizado quatro parâmetros de avaliação para a utilização deste instrumento: altura da estomia, ângulo de drenagem, forma abdominal e localização de tensão.

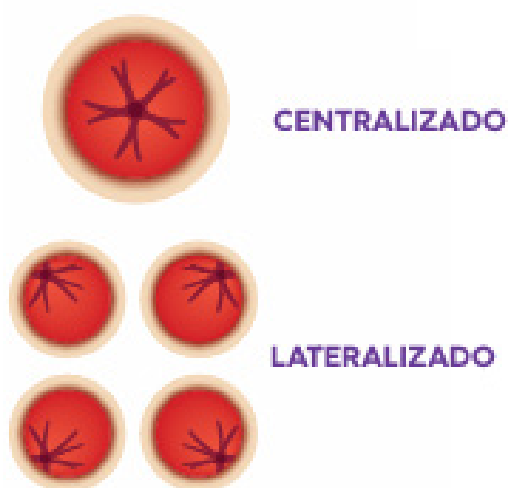
ALTURA



ÂNGULO DE DRENAGEM

Indica a localização do ponto de saída do efluente da estomia que pode apresentar-se de forma central ou lateralizado. Quando lateralizado aumenta o risco de lesão de pele periestomia já que a possibilidade de fuga do sistema coletor é maior.

ÂNGULO DE DRENAGEM



Assim, neste caso quando há ângulo de drenagem lateralizado será necessário o uso de convexidade para correção e gerenciamento de risco de lesão de pele periestomia.

CONTORNO ABDOMINAL

Existem situações anatômicas que dificultando a avaliação adequada da pessoa com estomia. Por isso, é importante ressaltarmos a necessidade de avaliarmos, sempre que possível, a pessoas nas três posições: sentado, deitado e de pé. Isto porque o contorno abdominal é dinâmico segundo a posição que tomamos. Para garantir a vedação periestomia e o selo seguro contra vazamentos o equipamento coletor ou barreira deve ser capaz de exercer sua função de proteção da pele periestomia em qualquer situação, em alguns casos a convexidade será necessária. Algumas das situações que poderá ser encontrada:

Abdome flácido ou suave é um abdômen que requer um nível firme de apoio para estabilizar o sistema coletor. Está indicado o uso de barreira mais ampla, uma tensão periférica, para aplinar a pele. É necessária adaptação com acomodação da estomia.^{20,21}



Fotografia: Convatec Medical Care México

Pregas cutâneas: Abdome inserido em prega superficial ou profunda. Requer uma barreira flexível, macia que se conforme à prega.



Fotografia: Convatec Medical Care México

Abdômen Globoso: Abdome circular ou distendido. Requer uma convexidade flexível e macia, que se conforme à superfície abdominal. Usar convexidade rígida deve ser muito bem analisada e acompanhada, visto que pode aumentar o risco de lesão por pressão.²²



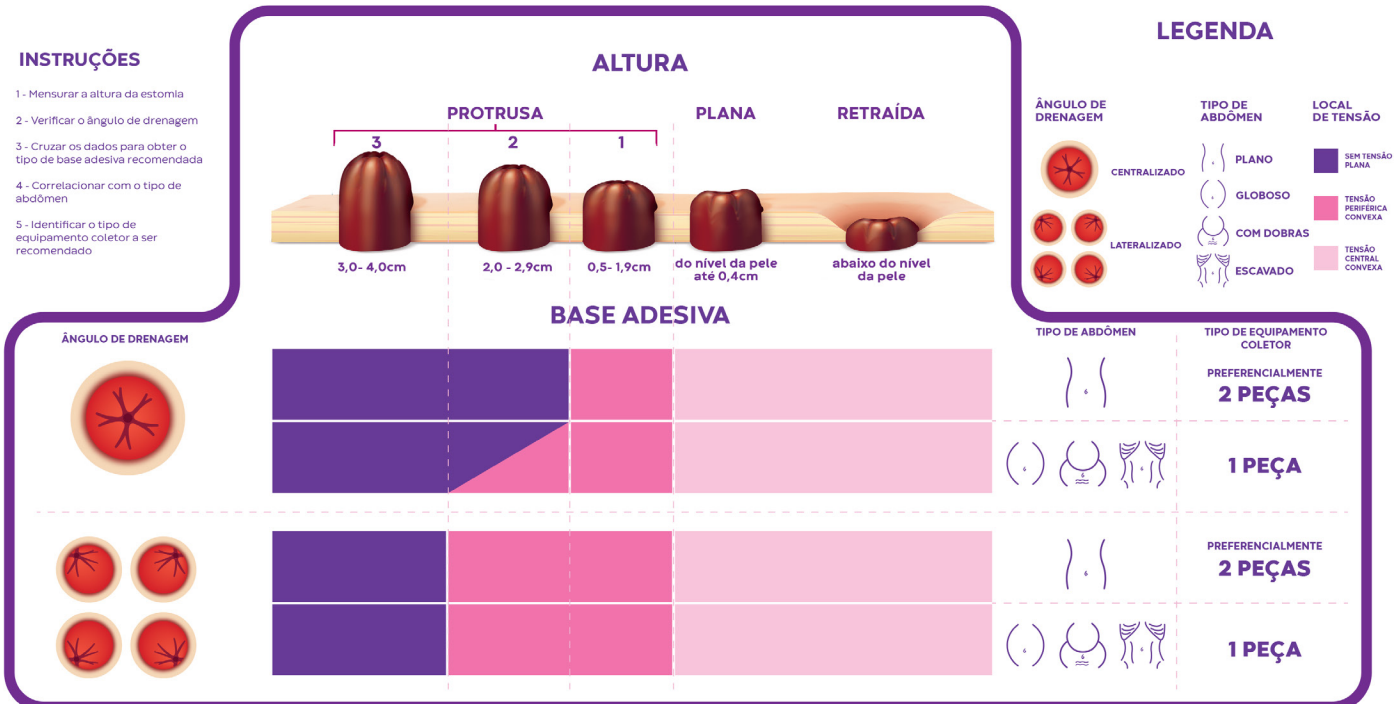
Fotografia: Convatec Medical Care México

Frente aos três parâmetros descritos foi desenvolvido o Algoritmo de Indicação de Tecnologia ConvaTec uma ferramenta para auxiliar a prescrição de equipamento coletor que garanta o selo seguro de vedação periestomia, com isso, proporcionar melhor qualidade de vida à pessoa com estomia.

Este instrumento tem como referência o guia Ostomy Solutions Algorithm desenvolvido pela Convatec e não substitui a avaliação integral da pessoa com estomia e apropriada indicação de um equipamento coletor.

Ao utilizá-lo o profissional terá subsídios iniciais para uma avaliação efetiva e uma prescrição resolutiva. Consequentemente um menor riscos de lesão em pele periestomia, além de melhor gerenciamento de recursos humanos e financeiros para a instituição/serviço. Visto que paciente adaptado e sem complicações demanda menos tempo de assistência, necessita de menos materiais de consumo e diminui o tempo de reabilitação.

**ALGORITMO DE RECOMENDAÇÃO DE EQUIPAMENTO COLETOR
PARA PESSOAS COM ESTOMIAS DE ELIMINAÇÃO**



Modo de aplicação: basta cruzar os parâmetros partindo da altura da estomia e ângulo de drenagem (central ou lateralizado), você terá um ponto de partida, por último verificar dentro do quadro específico do ângulo de drenagem escolhido qual contorno abdominal você aplicará. Este último parâmetro determinará se o equipamento coletor deverá ser de 1 ou duas peças.

Exemplo: Uma pessoa com estomia de altura de baixo perfil (menos de 2,0 cm de altura) com ângulo de drenagem lateralizado terá a indicação de uso de convexidade. Dentro do quadro de ângulo de drenagem lateralizado existe a divisão de duas linhas. A primeira para abdômen plano e/ou flácido com indicação de sistema 2 peças de convexidade. E a segunda linha referente a abdômen globoso ou em pregas com indicação de sistema 1 peça de convexidade, mas a grande diferença dos tipos de convexidade, estará no ponto de tensão onde divide em tensão periférica ou tensão centralizada.

4.3 PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE PERIESTOMIA.

O enfermeiro que avalia e prescreve cuidados para as pessoas com estomia precisa implementar planos de prevenção e manejo dos cuidados para tratar a estomia e a pele periestomia com complicações reais ou em potencial.¹⁷

O impacto de uma avaliação inadequada e uma prescrição equivocada além de consumo excessivo de material, retardo no processo de adaptação e ressocialização pode gerar sofrimento e lesões de pele complexas de difícil manejo.

Para garantir o melhor ajuste entre a barreira protetora de pele e a estomia, certifique-se de monitorar as alterações no tamanho e na forma da estomia. À medida que a estomia muda, é necessário ajustar o tamanho do recorte da barreira protetora de pele e do sistema de bolsa ou substituir por um novo sistema ou barreira protetora de pele.

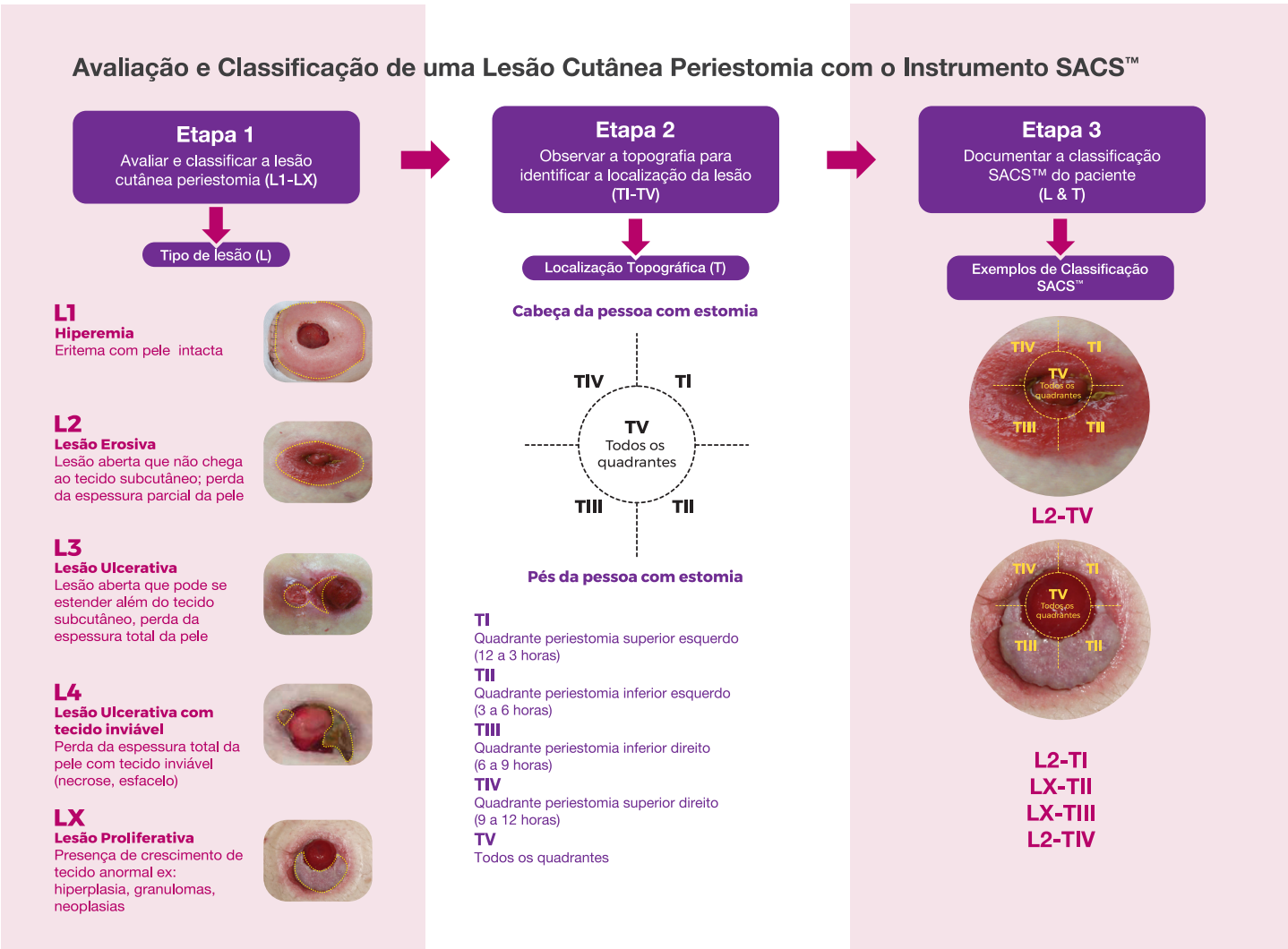
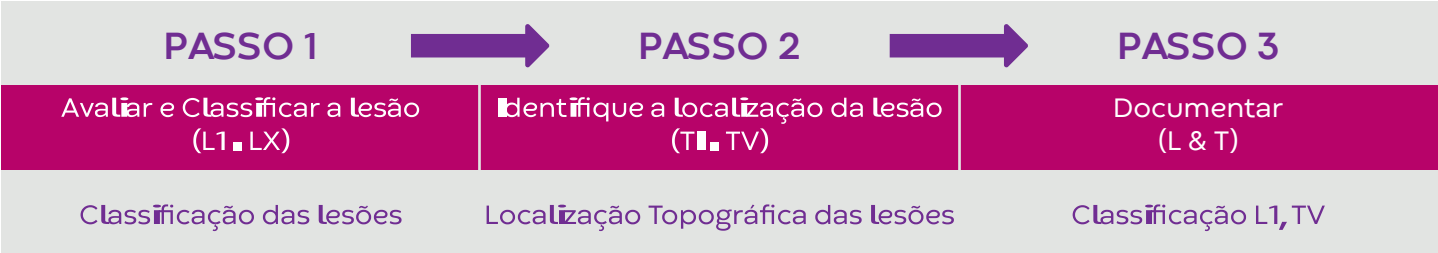


A prevenção destas lesões está diretamente relacionada à educação de profissionais, pacientes e familiares para o cuidado personalizado, prescrição assertiva e acesso às tecnologias.

4.4 CLASSIFICAÇÃO DE LESÕES DE PELE PERIESTOMIA

O uso de instrumentos validados para a avaliação da pele periestomia ajudam a padronizar a descrição e comunicação sobre as condições da mesma.¹⁷

O instrumento SACS™ foi desenvolvido para estabelecer uma linguagem padrão para a avaliação e classificação de lesões periestomias, de acordo com o tipo de lesão (nível da profundidade do envolvimento cutâneo e a localização com relação à estomia).²³



ETAPA 1 - CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO:

Identificada pela letra L (lesão) será classificada de 1 a X segundo o número de camadas da pele comprometida.

L1 - Hiperemia: Eritema periestoma com pele íntegra. Sem lesão aberta.

	L1	HIPEREMIA Eritema periestoma com a pele íntegra
	L2	Lesão Erosiva Lesão aberta que envolve a epiderme e derme (Espessura Parcial)
	L3	Lesão Ulcerativa Lesão aberta que envolve tecido celular subcutâneo e estruturas inferiores (Espessura Total)
	L4	^{vc} Lesão Ulcerativa com tecido inviável Perda total da espessura da pele com tecido morto (necrótico, <u>esfacelo</u>).
	LX	Lesão Proliferativa Crescimento anormal presente (Hiperplasia, Granulomas, Neoplasia)

18

L2 - Lesão Erosiva: Lesão aberta que envolve a epiderme e derme, comprometendo a espessura parcial da pele.

	L1	HIPEREMIA Eritema periestoma com a pele íntegra
	L2	Lesão Erosiva Lesão aberta que envolve a epiderme e derme (Espessura Parcial)
	L3	Lesão Ulcerativa Lesão aberta que envolve tecido celular subcutâneo e estruturas inferiores (Espessura Total)
	L4	Lesão Ulcerativa com tecido inviável Perda total da espessura da pele com tecido morto (necrótico, <u>esfacelo</u>).
	LX	Lesão Proliferativa Crescimento anormal presente (Hiperplasia, Granulomas, Neoplasia)

L3 - Lesão Ulcerativa: Lesão aberta que envolve tecido celular subcutâneo e estruturas inferiores, comprometendo a espessura total da pele.

	L1	HIPEREMIA Eritema periestomia com a pele íntegra
	L2	Lesão Erosiva Lesão aberta que envolve a epiderme e derme (Espessura Parcial)
	L3	Lesão Ulcerativa Lesão aberta que envolve tecido celular subcutâneo e estruturas inferiores (Espessura Total)
	L4	Lesão Ulcerativa com tecido inviável Perda total da espessura da pele com tecido morto (necrótico, <u>esfacelo</u>).
	LX	Lesão Proliferativa Crescimento anormal presente (Hiperplasia, Granulomas, Neoplasia)

L4 - Lesão Ulcerativa com tecido inviável: Perda total da espessura da pele com presença de tecido necrótico ou esfacelo.

19

	L1	HIPEREMIA Eritema periestomia com a pele íntegra
	L2	Lesão Erosiva Lesão aberta que envolve a epiderme e derme (Espessura Parcial)
	L3	Lesão Ulcerativa Lesão aberta que envolve tecido celular subcutâneo e estruturas inferiores (Espessura Total)
	L4	Lesão Ulcerativa com tecido inviável Perda total da espessura da pele com tecido morto (necrótico, <u>esfacelo</u>).
	LX	Lesão Proliferativa Crescimento anormal presente (Hiperplasia, Granulomas, Neoplasia)

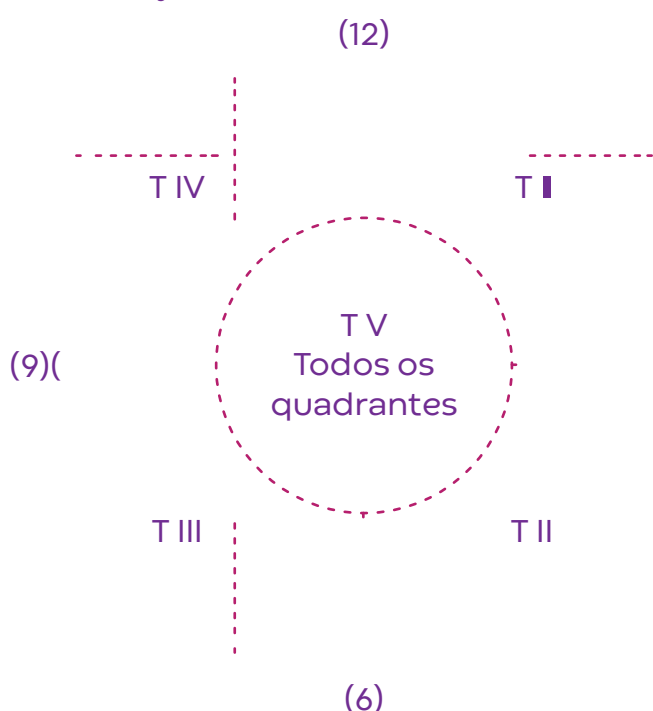
LX - Lesão Proliferativa: Crescimento anormal presente em região periestomia, como hiperplasia, granulomas ou neoplasias.

	L1	HIPEREMIA Eritema periestomia com a pele íntegra
	L2	Lesão Erosiva Lesão aberta que envolve a epiderme e derme (Espessura Parcial)
	L3	Lesão Ulcerativa Lesão aberta que envolve tecido celular subcutâneo e estruturas inferiores (Espessura Total)
	L4	Lesão Ulcerativa <u>com tecido inviável</u> Perda total da espessura da pele com tecido morto (necrótico, <u>esfacelo</u>).
	LX	Lesão Proliferativa Crescimento anormal presente (Hiperplasia, Granulomas, Neoplasia)

ETAPA 2 - LOCALIZAÇÃO TOPOGRAFIA DA LESÃO

Identificada pela letra T (topografia) será classificada segundo o quadrante de localização da lesão. Como a face de um relógio, utiliza-se a estomia como ponto central, dividimos os quatro quadrantes em sentido horário: TI, TII, TIII, TIV. Quando a lesão é circular e compromete todos os quadrantes classificamos como TV.

Cabeça da pessoa com estomia



T I

Quadrante Periestomia Superior Esquerdo (12 a 3h)

T II

Quadrante Periestomia Inferior Esquerdo (3 a 6h)

T II

Quadrante Periestomia Inferior Direito (6 a 9h)

T IV

Quadrante Periestomia Superior Direito (9 a 12h)

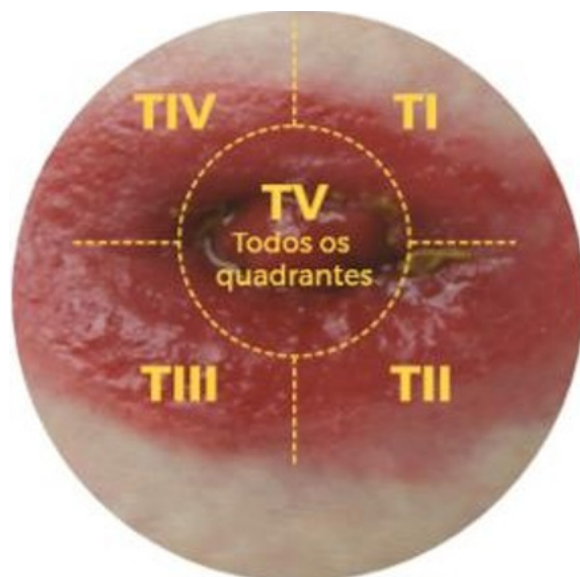
T V

Todos os Quadrantes

Pés da pessoa com estomia

ETAPA 3 - DOCUMENTAR/REGISTRAR LESÃO

Identificados o nível de comprometimento na pele (L) e a localização topográfica da lesão (T), registramos de forma simples e objetiva como o exemplo a seguir: L2, TV



5. ESTOMIAS EM PEDIATRIA

5.1 INTRODUÇÃO

A confecção de estomias em pediatria é, predominantemente, decorrente de malformações congênicas, sendo grande parte dos procedimentos realizados no período neonatal. Em sua maioria são estomas temporários, destinados a proteger anastomoses, descomprimir segmentos obstruídos ou permitir o crescimento e desenvolvimento até correção definitiva. O avanço tecnológico e a ampliação das políticas públicas de atenção integral à criança possibilitam diagnósticos precoces e manejo cirúrgico mais seguro.

Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei nº 8.069/1990): a classificação das crianças, são até 12 anos incompletos e adolescentes de 12 até 18 anos incompletos, ambos têm direito ao acesso integral à saúde, incluindo órteses, próteses e tecnologias assistivas necessárias ao tratamento.

O poder público deve garantir equipamentos coletores, adjuvantes e materiais essenciais ao cuidado da criança ostomizada.

Segundo os dados epidemiologia do SINASC (2010-2018) tem média de 83 casos de anomalias congênicas/10.000 nascidos vivos, aproximadamente 23.793 crianças/ano nascem com malformações e as anomalias congênicas constituem a segunda principal causa de morte em menores de cinco anos.

5.2 INDICAÇÃO DE ESTOMIAS EM PEDIATRIA

Conforme Johnson (1992) a distribuição etária na confecção de estomias está dividida entre 80% ocorrerem nas primeiras 6 semanas de vida, 10% entre 6 semanas e 1 ano e 10% após 1 ano do nascimento. As indicações variam de acordo com algumas patologias descritas, tais como:

22

Trato digestório

- Anomalia anorretal
- Doença de Hirschsprung
- Enterocolite necrotizante
- Íleo meconial
- Atresias (esôfago/duodeno/jejuno)
- Peritonite meconial
- Fístula traqueoesofágica
- Imperfuração anal

Trato urinário

- Extrofia vesical / extrofia da cloaca
- Obstruções urinárias altas e baixas
- Estenose de ureter
- Refluxo vesicoureteral grave
- Disfunções neuromusculares (mielomeningocele)
- Síndrome de Prune Belly

Outras causas

- Traumas abdominais
- Doenças inflamatórias intestinais
- Situações emergenciais para descompressão

5.3 OBJETIVOS DA CONFEÇÃO DO ESTOMA

Dentre os principais objetivos estão: descompressão de alças intestinais ou vias urinárias, drenagem de conteúdo intestinal, urinário, proteção de anastomoses, alívio de pressão e prevenção de complicações, restabelecimento das funções fisiológicas e preparação para cirurgia corretiva definitiva.

Tipos de estomias do **trato digestivo**: colostomia, ileostomia, esofagostomia, jejunos-tomia e mucosa fistulada.

Tipos de estomias do **trato urinário**: ureterostomia, vesicostomia, nefrostomia, condutos urinários (bricker) - mais raros em pediatria.

5.4 CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Dentro dos hospitais, ambulatorios e polos de atenção aos pacientes pediátricos ostomizados, precisamos nos atentar em diversos pontos importantes como: cor (ideal: vermelho vivo), umidade e brilho, presença de sangramento mínimo esperado, presença de edema que é muito comum nas primeiras semanas e em lactentes: monitorar maior risco de retração.

A **avaliação da pele** periestomia também é de suma importância, onde identificamos a integridade tecidual ou presença de dermatites, lesões mecânicas ou químicas e uso de barreira protetora conforme necessidade individual.

A **escolha do dispositivo coletor** deve ser de acordo com a idade: base recortável, bolsas pequenas, placas convexas macias quando indicado (hérnias ou retração) e em recém-nascidos: preferir sistemas de uma peça de baixo peso.

Cuidados adicionais importantes controles hídricos (ileostomias → risco de desidratação e distúrbio eletrolítico), monitorização de débito urinário ou intestinal, avaliação de sinais de infecção e orientação inicial à família.

Complicações de estomas pediátricos **precoce**: isquemia/necrose, retração, descolamento de pele, fístula periestomia, sangramento excessivo, edema grave e separação mucocutânea. **Complicações tardias**: prolapso, hérnia paraestomal, estenose, dermatite periestomia (química, mecânica, infecciosa), granulomas, aumento ou diminuição excessiva de débito e obstruções.

A **seleção de dispositivos e adjuvantes**, podem ser embasados de acordo com o algoritmo de indicação clínica sempre levando em conta a opinião do especialista frente ao cuidado e vale ressaltar sobre a idade, tamanho da criança, destreza manual e sensibilidade da pele. Os adjuvantes possíveis são como para os adultos, podendo ser utilizado barreiras protetoras (spray ou lenço), pós secativos de hidrocoloides, anéis moldáveis de hidrocoloides, pastas niveladoras de hidrocoloides, placas convexas (avaliar cautelosamente em neonatos) e cintas pediátricas (hérnias).

Quanto aos **cuidados da pele periestomia** vale ressaltar os cuidados básicos como higienizar apenas com água e compressas macias, evitar uso de sabonetes oleosos, secagem completa antes da colocação da placa, controle rigoroso da umidade, tratamento de dermatites conforme etiologia (mecânica, química, fúngica) e reavaliação diária nos neonatos.

O acompanhamento ambulatorial ou via polo de atenção aos pacientes ostomizados, precisam ser periódicas para adequação de possíveis alterações do dispositivo conforme o crescimento corporal da criança e possível monitorização de complicações tardias, além da adequação nutricional e da hidratação.

Nas consultas, é realizada orientação e educação às famílias e/ou acompanhantes do menor e ressaltamos ensinar a troca do dispositivo, realização do recorte adequado da base adesiva, orientamos o reconhecimento de complicações, fomentamos sobre o controle do débito (urinário ou fecal), cuidados com hidratação (ileostomia), fornecemos também a orientações escrita com materiais ilustrativos com contatos do serviço de Estomaterapia e alinhamos os retornos com a equipe multiprofissional, além das orientações dos direitos fornecidos pelo SUS e possível planejamento de fechamento do estoma.

6. EQUIPAMENTO COLETOR

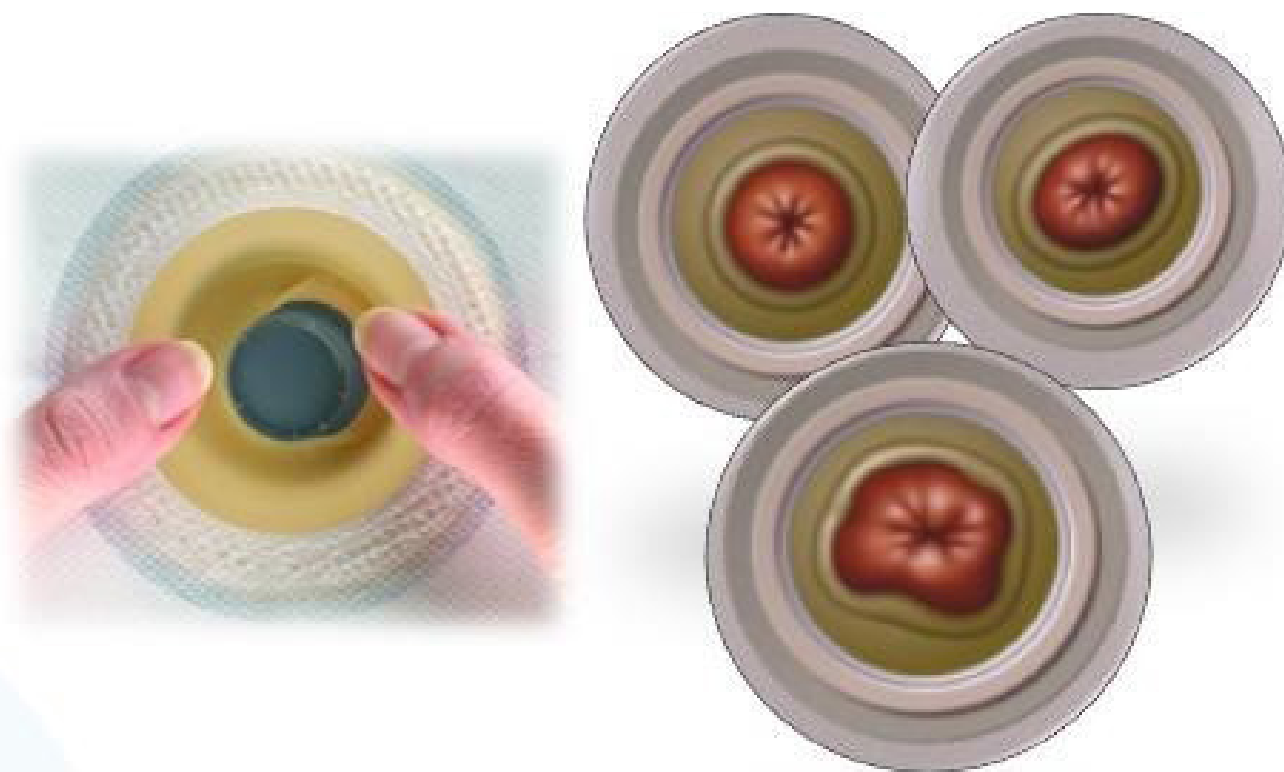
6.1 BARREIRA PLANA

Uma barreira protetora de pele adere à pele periestomia ajudando a sua forma, protegê-la do efluente eliminado pela estomia e fixando a bolsa ao corpo. Em um sistema de duas peças, a barreira protetora de pele pode ser desacoplada da bolsa; em um sistema de peça única, elas são unidas.

O equipamento coletor melhor indicado será aquele capaz de manter a pele periestoma saudável.

Além da dificuldade na avaliação e indicação de produtos adequados, cortar a barreira é um grande desafio para muitos, obedecer às margens de tamanho e formato da estomia para que a barreira adesiva consiga criar um bloqueio físico de proteção da pele contra o efluente de forma efetiva.

Tecnologias específicas no mercado se diferenciam por ser moldável para o ajuste perfeito e possuem memória rebote que acompanha o movimento do peristaltismo da mucosa intestinal, além de garantir maior segurança por ser composta por três camadas de proteção para pele periestomia, evitando erosões tecidual, irritabilidade e descolamento precoce do equipamento.



6.2 BARREIRA CONVEXA

O recurso mais utilizado para prevenção das dermatites periestomais é a utilização de um dispositivo coletor que se ajuste perfeitamente aos contornos abdominais e que mantenha aderência confortável e segura entre o dispositivo e a pele. Em diversas situações, a convexidade é utilizada para manter esse encaixe da barreira adesiva com a anatomia abdominal, permitindo a adesão completa do equipamento com a pele, evitando descolamento e vazamento precoce do dispositivo coletor.²⁵

Alguns estudos referentes ao manejo de estomias complicadas e também a respeito da influência de medicamentos na consistência e características do efluente indicam a convexidade em situações, como estomias retraídas, dobras de pele, uso de quimioterapia, abdome flácido, vazamentos frequentes do efluente ou ainda quando a durabilidade do equipamento não atinge o esperado pelo usuário. São essas ocorrências complexas que impactam diretamente a vida daqueles que vivem com a estomia, assim como representam grandes desa-



fios para os profissionais de saúde e para os serviços.

A Convexidade, segundo alguns autores, pode ser definida como:

- A curvatura externa da placa frontal ou da barreira da pele. 26,27
- As curvas da barreira em direção à pele.28
- Parte curva da barreira protetora de pele que se exterioriza e entra em contato com a pele periestomia.²⁹

A terminologia e as características da convexidade foram classificadas de acordo com a profundidade, compressibilidade, flexibilidade, localização de tensão e inclinação.⁴¹ No JWOCN, 2017 ele traz de forma clara e simplificada a importância da convexidade, sendo mais que um ajuste ideal, uma proteção. O ajuste perfeito para melhor vedação e redução das complicações com MASD (dermatite associada a umidade), promove qualidade de vida, mais conforto, segurança e autonomia para o usuário; conseqüentemente redução de custos, menos trocas, menos complicações, menos intervenções clínicas e menor utilização de adjuvantes.

Segundo os resultados internacionais do Consenso JWOCN de 2021, a **indicação de convexidade** baseia-se com alguns pontos:

- Qualquer tipo ou construção da estomia;
- O ângulo de drenagem pode ser um indicador para evitar vazamentos;
- Uma estomia protusa pode exigir convexidade;
- Considerar o uso no pós-operatório imediato;
- **Abdômen firme** é indicado **convexidade macia**;
- **Abdômen flácido** é indicado **convexidade firme**;
- Pessoas com alterações na pele periestoma podem necessitar de convexidade.

Ainda sobre o JWOCN de 2017, os objetivos da convexidade são:

- Nivelar vincos e dobras ao redor da estomia (gerenciar irregularidades da pele);
- Fornecer imagem espelhada para criar uma melhor vedação;
- Fornecer tensão à pele periestoma;
- Projetar ou acomodar a estomia.

A convexidade bem indicada é conhecida como soluções inteligentes. Cada indicação é um passo a menos na jornada de complicações e um passo a mais na confiança do paciente.

6.2.1 BARREIRA CONVEXA MACIA

Para fazer a escolha ideal para o equipamento **convexo macio**, precisamos escolher dentro das características da convexidade o equipamento com maior compressibilidade e flexibilidade, se tornando um equipamento macio e esperamos que faça acomodação da pele periestoma.

A indicação da compressibilidade da base adesiva convexa está diretamente relacionada às implicações clínicas. Segundo o consenso, uma base adesiva mais compressível é recomendada no pós-operatório imediato^{1,2}, especialmente em casos com presença de edema, onde a convexidade é essencial para garantir uma boa vedação. Nesses casos, é ideal optar por uma base que seja o mais macia, ou seja mais compressível possível, com local de tensão periférica, para evitar pressão inicial na junção mucocutânea. Além disso, bases compressíveis são indicadas quando precisam se ajustar firmemente aos contornos abdominais, que exigem menor força para comprimir a barreira, tornando-os mais macias e adequados para essas implicações clínicas.

Peripheral tension, where the tension
is located away from the stoma,

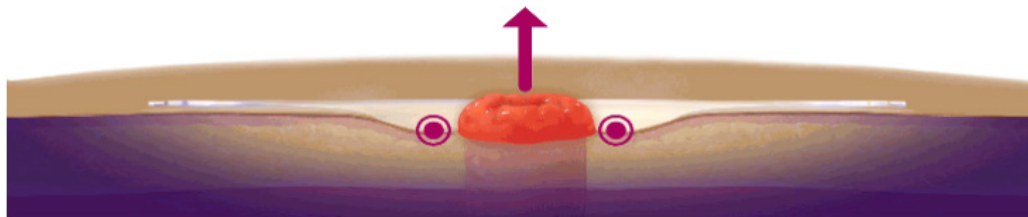


Acomodar contornos abdominais.

6.2.2 BARREIRA CONVEXA FIRME

Para fazer a escolha ideal para o equipamento convexo firme, precisamos escolher dentro das características da convexidade o equipamento com menor compressibilidade e flexibilidade, se tornando um equipamento firme e esperamos que faça protusão/projeção da estomia.

A convexidade firme é aquela que exerce uma pressão direta sobre a superfície da pele periestomia, proporcionando proteção por protrusão. Está presente nos produtos convexos precortados já que, neste caso, apresentam um anel rígido em sua estrutura responsável pela pressão pontual periestoma



Protusão.

26

- Para ajudar a melhorar a vedação em estomias planas ou retraídas com efluente líquido.
- Para gerenciar as irregularidades da estomia.³⁰
- Para reduzir ao mínimo os vazamentos de efluente, assegurando um equipamento seguro.³⁰
- Para simplificar o autocuidado com a estomia e melhorar sua qualidade de vida.³¹

7.0 ADJUVANTES

A prevenção sempre será o caminho de menor impacto socioeconômico para as famílias, serviços de saúde e sociedade em geral. Desta forma os adjuvantes estão para nos ajudar na prevenção e, em alguns casos, no tratamento de lesões de pele periestoma.

7.1 Películas protetoras de pele filme de silicone (lenço ou spray)

Atua como uma barreira contra o excesso de umidade e agentes irritantes presentes nas fezes e urina, foi concebido para ser aplicado diretamente na pele sem a necessidade de tocar o paciente. O risco de se danificar mais a pele do paciente ou de contaminação bacteriana são reduzidos, já que a aplicação com spray dispensa que o produto seja esfregado manualmente na pele.

Indicações:

- Proteção contra efeitos nocivos de secreções corporais, efluentes, enzimas e produtos adesivos em pele danificada, com risco de danos ou peles lesionadas;
- Pele de idosos em uso de adesivos;
- Pacientes com pele sensível;
- Pacientes com hipersensibilidade a adesivos;
- Pacientes com incontinência fecal ou urinária.
- Pele adjacente de pacientes com qualquer tipo de estomia: cistostomia, traqueostomia, colostomia, gastrostomia ou urostomia;
- Prevenção de skin tears ou lesão por fricção;
- Prevenção de dermatites.

Modo de uso

1. Antes da utilização deve-se agitar o frasco spray;
2. Limpe e seque completamente a pele;
3. Segure a aproximadamente 10 cm da área a ser tratada e aplique uma camada uniforme em toda sua extensão;
4. Certifique-se que a película de silicone esteja completamente seca antes de aplicar produtos adesivos, tais como placas protetoras ou curativos;
5. A barreira protetora deve ser reaplicada a cada troca de placa protetora ou curativo, a fim de manter uma proteção completa.
6. Caso não seja utilizado sob um produto adesivo, recomenda-se a reaplicação a cada 12-72 horas, dependendo das condições da superfície da pele.

Observações

- Evite usar em áreas sensíveis ou delicadas (olhos, boca, ouvidos, nariz, região íntima);
- Película de silicone não afeta a aderência de placas protetoras ou curativos nem causa acúmulo de barreira protetora na superfície da pele;
- Normalmente, a remoção não é necessária, no entanto, lenço ou spray removedor de adesivo pode ser utilizado para remover resíduo da barreira protetora.

7.2 LENÇO OU SPRAY REMOVEDOR DE ADESIVO.

Liberador - rápida ação, indolor e atraumática do adesivo colocado sobre a pele, criando uma superfície limpa, sem afetar a adesão do curativo posterior.

Removedor - rápida ação, indolor e atraumática dos resíduos de adesivo colado na pele, criando uma superfície limpa sem afetar a adesividade posterior.

Forma uma fina camada de silicone entre o adesivo e a pele, auxiliando na remoção de adesivos. Por ser um agente de liberação de baixa viscosidade, após ser aplicado, espalha-se entre a pele e o adesivo, facilitando a sua remoção a traumática, forma uma película na pele

que a protege dos efeitos nocivos de adesivos, resíduos corporais e ataques enzimáticos.

Indicações

- Remoção dos adesivos usados em dispositivos para ostomia, como placas protetoras e bolsas e em curativos hidrocoloides, que permaneçam aderidos à pele ao redor de um estoma, ferida ou pele íntegra.
- Prevenção de Skin tears.

Modo de uso

1. Aplicar o produto sobre adesivos micro porosos ou remover, delicadamente, o adesivo oclusivo da pele, aplicando o produto entre o adesivo e a pele, facilitando a remoção;
2. O produto secará em alguns segundos. Uma vez seco, não afetará a aderência de novos curativos ou equipamentos;
3. O liberador de adesivo pode ser aplicado com o aerossol de cabeça para baixo;
4. Ideal para uso diário: não há acumulação de resíduos na pele deixando com que às dobras da pele adiram entre si;
5. Após ser aplicado, o produto espalha-se rapidamente entre a pele e o adesivo, facilitando a remoção e evitando traumas.

Observações

- Proteger da luz solar e não expor a temperaturas acima de 50° C.
- Proteção da pele em curso por até 72 horas.
- Liberador de Adesivo deixa uma sensação suave e sedosa na pele deixando-a preparada para o próximo curativo.

7.3 PÓ HIDROCOLOIDE - (CMC SÓDICA, GELATINA E PECTINA)

Tratamento de dermatites úmidas, absorve a umidade proveniente do tecido lesionado e favorece a regeneração da pele, auxiliando o processo de cicatrização. Aplique sobre a lesão e retire o excesso. O spray película protetora de silicone poderá ser aplicado em seguida para proporcionar uma vedação mais efetiva.



7.4 PASTA HIDROCOLOIDE

Auxilia na vedação periestomia, criando uma barreira ou selo seguro periestomia, preenche pregas e sulcos na pele e auxilia no nivelamento das irregularidades da pele periestomia.



7.5 CINTO

É utilizado para estabilizar a pressão proposta ou acentuar o efeito da convexidade, principalmente em abdômen grande, flácido e estoma localizado em dobras de pele. É recomendado sempre quando se utiliza uma convexidade, seja ela rígida ou leve/moderada.



7.6 GELIFICADOR DE EFLUENTES PARA ESTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

Saches de papel biodegradável contendo polímero absorvente a base de celulose e carvão ativado. Indicado para efluente fecal líquido, ileostomia ou colostomia. São gelificantes com controle de odor que auxiliam no controle de vazamentos e fugas do sistema coletor.



Agora que entendemos a importância de uma avaliação efetiva, uma prescrição adequada e as diferentes funções de cada produto. Podemos parar e refletir: será que meu serviço de atenção a pessoa com estomia, está preparado para atender estas distintas necessidades? Vamos exercitar completando o quadro abaixo, ele nos permitirá uma visualização atual do seu portfolio e com isso sua capacidade resolutiva:

8.0 PROGRAMAS DE ATENDIMENTO MULTIENTREPRISES

O impacto de uma estomia na vida de qualquer pessoa traz consequências que se refletem nos diferentes aspectos, entre eles, o biológico, o psicológico, o social e o espiritual, sendo a alteração da autoestima uma das mais importantes. Ressalta-se que as reações a respeito da estomia são fundamentais na recuperação física do paciente, na sua autoestima, autoconfiança e no retorno às atividades sociais.³³

A assistência ao paciente exige dos profissionais da área da saúde reflexão sobre os aspectos da reabilitação. O paciente submetido a esse tipo de procedimento agressivo, que altera a sua fisiologia gastrointestinal, autoestima, imagem corporal, além de outras complicações em sua vida devido à presença de uma estomia, tem constituído um desafio para a equipe. A autorrejeição é um sentimento comum no período que se segue à realização da estomia. É necessário o desenvolvimento do trabalho em equipe, pois o processo de reabilitação dessas pessoas é muito complexo, sendo fundamental a atuação da equipe de saúde, constituída por médicos, enfermeiros, assistente social, nutricionista, psicólogos, entre outros, a fim de construir um planejamento de assistência discutido e compartilhado por todos.³⁴

Por tudo isso, uma assistência hospitalar qualificada em todos os momentos de atenção a este indivíduo, sem dúvidas traz um impacto muito significativo na sua qualidade de vida.³⁵

Os **Programa de suporte ao paciente** é uma oferta, gratuita, de qualificação do serviço, possibilitando orientação especializada, que minimiza os potenciais riscos associados adaptação do dispositivo e à entrega das informações.

Aos **serviços de atenção a pessoa com estomia e seus profissionais de saúde**, fica à disposição nas mais diversas instituições, em todos os níveis de atenção, público ou privado, oferecendo treinamentos e todas as orientações referentes ao programa. Acreditamos que com orientação educativa e suporte acessível construímos uma rede de apoio com atenção qualificada que além de melhorar a qualidade de vida das pessoas com estomia e profissionais da saúde, que se tornam mais resolutivos, melhoramos também o gerenciamento de nossos serviços com redução de custos e de desperdício de materiais.

9.0 SERVIÇOS: CLASSIFICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES

Segundo a Portaria MS 400/09, o serviço que presta assistência especializada às pessoas com estomia pode ser classificado em:

- Atenção às Pessoas com Estomia Nível I
- Atenção às Pessoas com Estomia Nível II.

O objetivo de ambas as categorias é a reabilitação do usuário, com ênfase na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Para tanto, devem dispor de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, integrados à rede de assistência, legalmente definida.

ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM ESTOMIA NÍVEL I

- Responsabilizar-se, sob a coordenação do gestor local, pela organização da demanda e do atendimento às pessoas com estomia, no âmbito de seu território;

- Prestar atenção qualificada que envolve a educação para o autocuidado, a avaliação das necessidades biopsicossociais gerais do indivíduo e da família, e suas necessidades especificamente relacionadas à estomia e à pele periestoma, incluindo a indicação e prescrição de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, enfatizando a prevenção de complicações nas estomias;

- Responsabilizar-se pela administração dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança desde a aquisição, o controle do estoque, condições de armazenamento e o fornecimento para as pessoas com estomia;

- Orientar os profissionais da atenção básica para o atendimento das pessoas com estomia;

- Orientar e incentivar os usuários à participação em grupos de apoio;

- Realizar e manter atualizado o cadastro dos usuários atendidos no Serviço;

- Estabelecer, com os usuários e/ou familiares, a periodicidade para entrega dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança;

- Orientar sobre a importância do acompanhamento médico no serviço de origem;

- Realizar encaminhamento adequado quando detectadas quaisquer intercorrências;

- Orientar a pessoa com estoma para o convívio social e familiar;

- Adotar as medidas necessárias quando detectada a possibilidade de reconstrução do trânsito natural;

ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM ESTOMIA NÍVEL II

Além das atribuições acima descritas, cabe, ainda, aos serviços classificados nesta categoria:

- Orientar e capacitar os profissionais da atenção básica e do Serviço classificado em Atenção às Pessoas com Estomia I;

- Realizar junto às unidades hospitalares a capacitação das equipes de saúde quanto à assistência nas etapas pré e pós-operatórias das cirurgias que levam à realização de estomias, incluindo a reconstrução de trânsito natural, assim como o tratamento das complicações pós-operatórias;

- Realizar capacitação para técnicas especializadas junto aos profissionais das unidades hospitalares quanto ao Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomia I.

10. PLANO DE ALTA

O plano de alta para a pessoa com estomia tem como finalidade a sistematização da assistência de enfermagem na busca de inserção à realidade na qual estão inseridos os pacientes, ampliando a ótica de cuidados de enfermagem e adentrando em domicílio para auxiliar as competências da pessoa com estomia e seus familiares/ cuidadores a reproduzir o que foi orientado em ambiente hospitalar. Imprescindivelmente considera-se que o enfermeiro tenha sensibilidade para utilizar linguagem acessível a todas as camadas sociais, no momento em que explica os itens do plano de alta ao sujeito que é cuidado.³⁶ Sugere-se que este plano de alta seja preenchido e entregue a pessoa com estomia e/ou ao acompanhante/família na ocasião da alta e que todas as vezes que retornar à unidade hospitalar ou procurar uma unidade de apoio para solicitar bolsa ou assistência, carregue consigo o plano de alta, que conterà sua história clínica, favorecendo a continuidade do cuidado prestado.³⁶

Assim, podemos utilizar a **ficha de avaliação** apresentada anteriormente preenchida em duas vias, que uma cópia permaneça com a pessoa com estomia e/ou ao acompanhante/família, para que seja um instrumento a ser utilizado no seu **plano de alta**.

Importante ressaltar alguns pontos essenciais no momento da Alta hospitalar:

- Avaliar o aprendizado da pessoa com estomia sobre as orientações fornecidas durante o período de internação, reforçando aquelas que forem necessárias.³⁷
- Fornecer-lhe bolsas coletoras em quantidade suficiente para suprir o período de tempo que levará para adquiri-las, ou indicar onde comprar.³⁷
- Fornecer-lhe ainda o manual de orientações usado pela instituição. A leitura poderá esclarecer-lhe dúvidas sobre os cuidados da estomia e pele periestoma e do manuseio da bolsa coletora, e servir-lhe para reforçar as orientações recebidas e resolver problemas imediatos que possam ocorrer antes do retorno ao ambulatório, polo de assistência ou consultório.³⁷
- Encaminhá-la aos recursos da comunidade relacionados com o seguimento ambulatorial e/ou serviço especializado de assistência, destacados anteriormente, portanto o resumo da alta hospitalar bem como das atividades de autocuidado da estomia desenvolvidos no processo de aprendizagem.³⁷

O período de tempo ideal para o retorno ao ambulatório ou polo de assistência é de no máximo 15 dias após a alta hospitalar. Acredita-se que nesse espaço de tempo a convivência com a estomia tornou a pessoa e/ou o cuidador mais capacitado para identificar e relatar as dificuldades encontradas para desempenhar as atividades de autocuidado.³⁷

Neste momento é necessário revisar as ações específicas de autocuidado relacionado a estomia e pele periestomia, encaminhar a outros profissionais sempre que necessário, planejar e executar visitas domiciliares em casos específicos, estimular o auto cuidado e independência, estimular a ressocialização da pessoa com estomia, enfatizar a importância da convivência e participação em associações e grupos de iguais, esclarecer sobre técnicas e cuidados alternativos como a irrigação, reforçar as características de complicações que poderão surgir e a necessidade de buscar ajuda precocemente, acompanhar a evolução da doença de base, ressaltar a importância do acompanhamento ambulatorial.

11. INDICADORES DE QUALIDADE

Indicadores de qualidade são ferramentas utilizadas para medir e acompanhar o desempenho de uma empresa, instituição ou serviço. Assim podemos mensurar o qual resolutivo estamos sendo em nossas ações e buscar melhor gerenciamento de recursos humanos e financeiros.

Na assistência a pessoa com estomia buscamos a manutenção da integridade cutânea periestomia, afim de proporcionar melhor qualidade de vida e por consequência uma breve reabilitação e ressocialização.

Assim, nossos indicadores de qualidade estão relacionados a esta integridade cutânea já comentada, são eles:

- Incidência de dermatites periestoma associada à umidade
- Incidência de lesão por adesivo médico

INCIDÊNCIA DE DERMATITE PERIESTOMA ASSOCIADA À UMIDADE

Definição: relação entre o número de casos novos de pacientes com dermatite periestomia associada à umidade em um determinado período e o número de pessoas expostas ao risco de adquirir dermatite periestomia associada à umidade no período, multiplicado por 100.

Equação para cálculo:

$$\text{Incidência de dermatite} = \frac{\text{nº de casos novos de pacientes com dermatite periestoma} \times 100}{\text{nº de pessoas expostas ao risco de adquirir dermatite periestoma}}$$

Responsável pelo dado: enfermagem

Frequência de levantamento:

() Diário () Semanal () Mensal () Anual

Dimensão da coleta:

() Todas as unidades da instituição
() Em unidades específicas. Quais?

Observações:

- Somente os novos casos de dermatite periestoma associada à umidade devem ser incluídos no numerador.
- Dermatite Associada à Umidade (MASD) compreende a inflamação e erosão da pele causada pela exposição prolongada a várias fontes de umidade, incluindo urina, fezes, transpiração, exsudato da ferida, efluente do estoma, muco e saliva.³⁸
- Dermatite periestoma associada à umidade é uma inflamação ao redor da estomia secundária ao contato sustentado das fezes, urina e/ou suor com a pele.³⁸
- Os fatores de risco para a dermatite periestoma associada à umidade podem incluir equipamento coletor inadequado, vincos da pele durante o movimento, altura da estomia (baixo perfil, plana ou retraída), ângulo de drenagem lateralizado, estomia inserida em irregularidades do abdome (dobras, pregas cutâneas, cicatrizes, flacidez) e banho por longos períodos.^{22,38}

Considerar para a coleta a ocorrência uma única vez.

INCIDÊNCIA DE LESÃO POR ADESIVIDADE DO EQUIPAMENTO COLETOR

Definição: relação entre o número de casos novos de pacientes com lesão por adesivo do equipamento coletor em um determinado período e o número de pessoas expostas ao risco de adquirir lesão por adesividade do equipamento coletor no período, multiplicado por 100.

Equação para cálculo:

$$\text{Incidência de lesão} = \frac{\text{nº de casos novos de pacientes com lesão por adesivo} \times 100}{\text{nº de pessoas expostas ao risco de adquirir lesão por adesivo}}$$

Responsável pelo dado: enfermagem

Frequência de levantamento:

☐ Diário ☐ Semanal ☐ Mensal ☐ Anual

Dimensão da coleta:

☐ Todas as unidades da instituição

☐ Em unidades específicas. Quais?

Observações:

- Somente os novos casos de lesão por adesivo médico devem ser incluídos no numerador.

- Lesão por adesivo médico ocorre quando a ligação adesiva entre a fita e a pele é maior do que a existente entre a epiderme e a derme; quando a fita é removida, a epiderme permanece ligada ao adesivo, resultando em uma lesão dolorosa. O grau de descamação, ou seja, de perda da epiderme, pode variar segundo as condições da pele, as características do adesivo e a frequência de exposição.³⁸

Considerar para a coleta a ocorrência uma única vez.

Considerar apenas as lesões por adesividade do equipamento coletor.

12. LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade (BRASIL, 1988).

PORTARIA 116/93 E 146/93 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: estabelece as diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses através da Assistência Ambulatorial. Sendo as Secretarias Municipais e Estaduais responsáveis pela coordenação, supervisão, controle, avaliação e aquisição das próteses e órteses, por meio de coordenação técnica designada pelo gestor local. Desta forma, cabe ao Secretário Estadual/Municipal de Saúde estabelecer critérios e fluxo para a concessão das próteses e órteses; cadastrar as unidades públicas, que contenham as especialidades médicas específicas para cada tipo de prótese e órtese; fixar a programação físico orçamentária para a concessão dos equipamentos constantes da referida portaria e constituir comissão técnica nas unidades cadastradas para apreciação, autorização, fornecimento, treinamento e controle das próteses e órteses (BRASIL, 1993).

DECRETO Nº 3.298 DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999: estabelece como portador de deficiência física a pessoa que possui alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções e estabelece a distribuição de equipamento com auxílio técnico (BRASIL, 1999).

DECRETO Nº 5296 DE 02 DE DEZEMBRO DE 2004: a pessoa com ostomia passa ser considerada como deficiente física, podendo gozar dos mesmos direitos concedidos aos portadores de deficiência física, estabelecidos pelo DECRETO Nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999 (BRASIL, 2004).

PORTARIA MINISTERIAL Nº 400 DE 16 DE NOVEMBRO DE 2009: institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, tratando dos direitos e estabelecendo a política de saúde da pessoa com ostomia intestinal e família, contempla a integralidade, com assistência especializada e distribuição de equipamentos, prevendo a necessidade de capacitação dos profissionais e de organização dos serviços de saúde que prestam cuidado às pessoas com ostomia e de definir fluxos de referência e contra referência com os hospitais (BRASIL, 2009).

PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012: Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

PORTARIA Nº 835, DE 25 DE ABRIL DE 2012: Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012)

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 325, DE 18 DE ABRIL DE 2013: Altera a Resolução Normativa - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, de que trata art. 10-B da Lei nº 9.656, de 1998. (BRASIL, 2013)

13. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Estimativa 2018. Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <file:///C:/Users/silvia.moreira/Desktop/Ostomy/PROTOCOLO%20POA/estimativa-2018%20INCA.pdf>;
2. Estado de Santa Catarina. Diretrizes para Atenção à Saúde da Pessoa com Ostomia Intestinal, Urinária e/ou Fístula Cutânea do Estado de Santa Catarina. 2017. Disponível em: www.saude.sc.gov.br/documentos/11860-diretrizes-estaduais-ostomia;
3. Ardigo, F.S.; Amante, L. N. Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 04, out./dez. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400024 > Acesso em: 02 out de 2019.
4. Estado do Espírito Santo. Manual de Orientação aos Serviços de Atenção às Pessoas Ostomizadas. 2017. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20Pública/MANUAL_OSTOMIZADOS.pdf
5. Brasil, 2004. Decreto n. 5296, de 2 dezembro 2004. Diário Oficial da União. Brasília: 2004. Legislação Federal e marginalia.
6. Herlufse P. et al. Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *British Journal of Nursing*, 2006, Vol 15, No 16, 854-862.
7. Hoeflok J. et al. Use of Convexity in Ostomy Care. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2017;44(1):55-62.
8. Hoeflok J.; Kattscha J.; Purnell P. Use of Convexity in Pouching. *Wound Ostomy Continence Nurs.* 2012;40(5):506-512.
9. Secoli S.R. et al. Avaliação de tecnologia em saúde. II. A análise de custo-efetividade. *Arq. Gastroenterol.* vol.47 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032010000400002 Acesso em 03 de out de 2019.
10. Perissoto, S. et al. Ações de enfermagem para prevenção e tratamento de complicações em estomias intestinais. *Revista Estima, Braz. J. Enterostomal Ther.*, São Paulo, v17, e0519, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.30886/estima.v17.638_PT Acesso em 02 de out de 2019.
11. McGarity WC. Gastrointestinal surgical procedures. In: Hampton BG, Bryant RA, eds. *Ostomies and Continent Diversions: Nursing Management*. St Louis, MO: Mosby-Yearbook; 1992:349-371.
12. What is an ostomy? page. United Ostomy Associations of America Web site. <http://www.uoaa.org>. Acesso 03 de out de 2019.
13. Clark J, Grover P, reviewers. *Colostomy Guide*. United States: United Ostomy Association; 2004.
14. Inflammatory Bowel Disease Group Foods page. Mount Sinai Hospital Web site. <http://www.mountsinai.on.ca>. Acesso em 03 out 2019.
15. Tomaselli N, McGinnis DE. *Urinary diversions: surgical interventions*.

In: Colwell JC, Goldberg MT, Carmel JE. Fecal and Urinary Diversions: Management and Principles. St Louis, MO: Mosby-Yearbook; 2004:184-204.

16. Ferreira EC et al. Autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde de estomizados. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 mar-abr;70(2):288-95.

17. WCET International Ostomy Guideline Recommendations. WCET Journal Volume 34 Number 2 - April/June 2014, pág. 26.

18. Bryant, R.A., Hampton B.G., (1992) Principles and procedures of Stomal Management. Ed. Mosby. Pp. 48

19. Burch, 2011; Management of Stoma Complications, Nursing Times.net, 10 Nov 2011.

20. Rolstad BS. 2006 Update: Principles and techniques in the use of convexity. Hollister Incorporated, WOCN Society 38th Annual conference, 2006

21. Boyd. K. Clinical Protocols for Stoma Care - Use of convex appliances. Nursing Standard. 2004; 18(20):

22. Hoeflok J., Salvadalena, G., et al. Use of Convexity in Ostomy Care: Results of an International Consensus Meeting. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2017; 44(1):55-62

23. Silveira, N.I. Tradução e adaptação cultural do instrumento: "The SACS TM Instrument", dissertação de mestrado 2018. Pontifícia Universidade de São Paulo. Disponível - <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/21226>

24. Rolstad BS, Erwin-Toth PL. Peristomal skin complications: prevention and management. Ostomy Wound Management. <http://www.o-wm.com/content/peristomal-skin-complications-prevention-and-management>. Last accessed December, 11, 2015 por www.contavec.com.br

25. Rafaldini BP, Poletti NAA, Ruiz PBO, Squizzato RH, Lopes AO, de Oliveira NC Tradução do Convexity Assessment Guide para a língua portuguesa. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., São Paulo, v16, e4018, 2018.

26. Rolstad BS. Principles and techniques in the use of convexity. Ostomy Wound Manage. 1996; 42(1):24-32.

27. Pontieri-Lewis V. Basics of Ostomy Care. Medsurg Nurs. 2006; 15(4):199-202.

28. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. Convex Pouching Systems: A Best Practice Document for Clinicians. Mount Laurel, NJ: Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society; 2007

29. Hoeflok J. Use of Convexity in Pouching. A Comprehensive Review. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2012; 40(5):506-512

30. Rolstad BS. 2006 Update: Principles and techniques in the use of convexity. Hollister Incorporated, WOCN Society 38th Annual conference, 2006.

31. Cronin E. A guide to the appropriate use of convex stoma care products. Gastrointestinal

nursing. 2008; 6 (2): 12-16

32. Bourke R. Making sense of convexity. Hollister Incorporated, 2006

33. Costa IG, Maruyama SAT. Implementação e avaliação de um plano de ensino para a auto-irrigação de colostomia: estudo de caso. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004;12(3):557-63

34. Bellato R, Maruyama SAT, Silva CM, Castro P. A condição crônica da ostomia e as repercussões que traz para a vida da pessoa e sua família. Cienc Cuid Cogitare Enferm. 2010 Out/Dez; 15(4): 631-8 638 Saúde. 2007;6(1):40-50

35. Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com ostomia intestinal definitiva. Revista Latino-Am Enfermagem. 2006;14(4):483-90.

36. Brito LEÓ, Fé ÉM, Carvalho REFL de, Melo GAA, et al. Plano de alta de enfermagem para estomizados intestinais. Rev enferm UFPE online. 2019;13: e239794 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239794>

37. Santos, L.C.G; Cesaretti, I U R. Assistência em estomaterapia. Cuidados de Pessoas nos Períodos Pre, Trans e Pós de Cirurgia Geradora de Estomia. 2015; 2ªed,(8):93-97

38. Ahead of the Curve: Identification and Prevention of Moisture-Associated Skin Damage, 2018 Kestrel Health Information.

39. Brasil, 2009. Portaria N° 400, de 16 de novembro de 2009. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html > Acesso em 02 de out de 2019.

40. Domansky, R.C., Borges E.L. Manual para Prevenção de Lesões de Pele: Recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.

41. McNichol et al. Characteristics of Convex Skin Barriers and Clinical Application - Results of an Internacional Consensus Panel J Wound Ostomy Continence Nurs. 2021;48(6):524-532

42. Brasil, 2012. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm >. Acesso em 02 out 2019. Legislação Federal e marginalia.

43. Brasil, 1993. Portaria nº 146, de 14 de outubro de 1993. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0146_14_10_1993.html Acesso em 02 de out de 2019.

44. Brasil, 1999. Decreto N° 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Diário Oficial da União. Brasília: Seção 1 - 21/12/1999. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3298-20-dezembro-1999-367725-norma-pe.html> Acesso em 02 de out de 2019.

45. Brasil, 2004. Decreto N° 5296 de 02 de dezembro de 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm Acesso em 02 de out de 2019.

46. Brasil, 2012. Portaria N° 793, de 24 de abril de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html Acesso em 02 de out de 2019.

47. Brasil, 2012. Portaria Nº 835, de 25 de abril de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html Acesso em: 02 de out de 2019.

48. Brasil, 2013. Resolução Normativa, RN Nº 325, de 18 de abril de 2013. Diário Oficial da União. Brasília: 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2013/res0325_18_04_2013.html Acesso em 02 de out de 2019. Legislação Federal e marginália.

49. Santos VLGG, Cesaretti IUR. Assistência em Estomaterapia: Cuidado de Pessoas com Estomias. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2015.

50. Black P, Dawson A. Stoma Care. 1st ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2014.

51. Turnbull GB. Stoma creation and complications in pediatric patients. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2004;31(5):259-269.

52. Chandramouli B, Srinivasan K, Jagdish S, Jagdish C. Colostomy in children: indications and complications. J Pediatr Surg. 2004;39(4):596-599.

53. Haddad LB, Carvalho N, Petroianu A. Estomas intestinais na pediatria: indicações e evolução. Rev Med Minas Gerais. 2017;27(Supl 5):S34-40.

54. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI Neonatal e Pediátrica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.

55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Anomalias congênitas no Brasil 2010-2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

56. Johnson P. Stoma formation in infancy: indications and outcomes. Pediatr Surg Int. 1992;7(1):10-14.

57. Martins JCA, Calado SMEG, Madeira M. Pediatric ostomies: overview, complications, and management. Pediatr Nurs. 2018;44(6):290-297.

58. Bezerra LN, Lima KMC, Costa MML. Complicações mais comuns em estomas pediátricos: revisão integrativa. Rev SOBEST - Estomaterapia. 2020;13(2):85-93.

59. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica n. 33. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

60. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990.

61. Colwell JC, Goldberg M, Carmel J. Stoma Complications: Management and Nursing Care. St. Louis: Elsevier; 2004.

62. Kiely EM. Stomas in infants and children: when, where, and how. Semin Pediatr Surg. 2008;17(1):37-45.

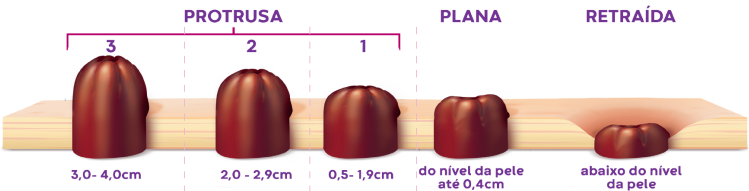
63. Moore TC, Lawrence KM. Pediatric ostomies: special considerations. Clin Colon Rectal Surg. 2017;30(4):247-254.

ALGORITMO DE RECOMENDAÇÃO DE EQUIPAMENTO COLETOR PARA PESSOAS COM ESTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

INSTRUÇÕES

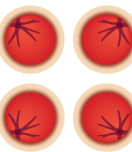
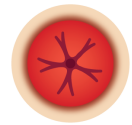
- 1 - Mensurar a altura da estomia
- 2 - Verificar o ângulo de drenagem
- 3 - Cruzar os dados para obter o tipo de base adesiva recomendada
- 4 - Correlacionar com o tipo de abdômen
- 5 - Identificar o tipo de equipamento coletor a ser recomendado

ALTURA



BASE ADESIVA

ÂNGULO DE DRENAGEM



ÂNGULO DE DRENAGEM	PROTRUSA	PLANA	RETRAÍDA
CENTRALIZADO	SEM TENSÃO PLANA	TENSÃO PERIFÉRICA CONVEXA	TENSÃO CENTRAL CONVEXA
LATERALIZADO	SEM TENSÃO PLANA	TENSÃO PERIFÉRICA CONVEXA	TENSÃO CENTRAL CONVEXA

LEGENDA

ÂNGULO DE DRENAGEM	TIPO DE ABDÔMEN	LOCAL DE TENSÃO
CENTRALIZADO	PLANO	SEM TENSÃO PLANA
LATERALIZADO	GLOBOSO	TENSÃO PERIFÉRICA CONVEXA
	COM DOBRAS	TENSÃO CENTRAL CONVEXA
	ESCAVADO	

TIPO DE ABDÔMEN	TIPO DE EQUIPAMENTO COLETOR
PLANO	PREFERENCIALMENTE 2 PEÇAS
GLOBOSO	1 PEÇA
COM DOBRAS	PREFERENCIALMENTE 2 PEÇAS
ESCAVADO	1 PEÇA

Local de tensão da base adesiva

SEM TENSÃO PLANA

PERIFÉRICA CONVEXA

CENTRAL CONVEXA

Efeito para proteção da pele periestomia

Proteção simples

Acomodação periestomia

Protrusão da estomia

Equipamentos de 1 peça

Esteem™
Tecnologia Moldável™ Convatec ou Recortável
ActiveLife®
Recortável

EsteemBody™ with Leak Defense.
Recortável - área máxima de recorte distante da estomia
ESTEEM™ Flex Convex
Recortável - área máxima de recorte distante da estomia

EsteemBody™ with Leak Defense.
Recortável - área máxima de recorte distante da estomia
ESTEEM™ Flex Convex
Recortável - área máxima de recorte distante da estomia

Equipamentos de 2 peças

SUR-FIT ADVANTAGE
Tecnologia Moldável™ Convatec ou Recortável

SUR-FIT ADVANTAGE
Tecnologia Moldável™ Convatec ou Recortável com área máxima de recorte distante da estomia

SUR-FIT ADVANTAGE
Pré-cortada ou recortável com área máxima de recorte distante da estomia