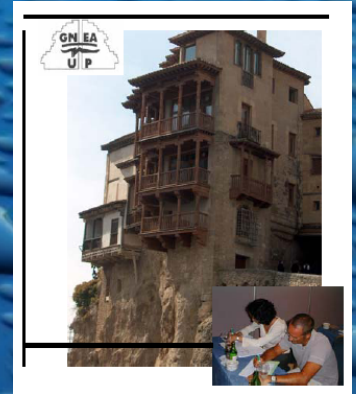


**6ª ESCUELA DE VERANO DEL GNEAUPP.**  
*Cuenca (Tierra de la ilustre Teresa Segovia).*  
**17-20 de Junio de 2009.**



# LESIONES POR HUMEDAD.



**Manuel Rodríguez Palma.**

*Enfermero.*

**Residencia de Mayores "José Matía Calvo". Cádiz.  
Miembro Comité Director GNEAUPP.**

# LESIONES POR HUMEDAD.

INCONTINENCIA

SUDORACIÓN

EXUDADO

- Aumento Humedad.
- Acción agentes químicos.
- Actividad limpieza.
- (Edad).

LESIONES POR HUMEDAD (LPH).



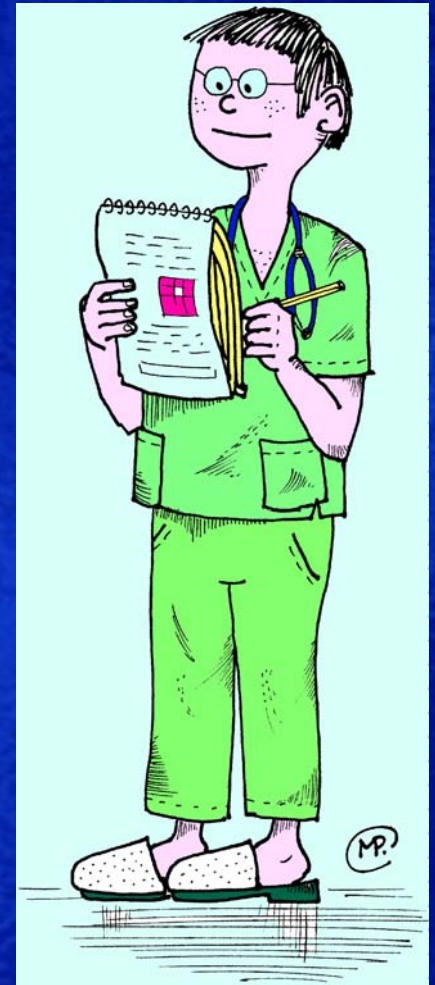
UPP



Otras lesiones.

# PROBLEMAS CUTÁNEOS RELACIONADOS CON LA INCONTINENCIA.

- Introducción.
- Definición. Terminología.
- Manifestaciones clínicas.  
Clasificaciones.
- Epidemiología.
- Etiología. Fisiopatología.
- Diferenciación con otras lesiones.
- Prevención y tratamiento.
- Consideraciones finales.



# 1. Introducción.

- Problemas cutáneos relacionados con la incontinencia: variabilidad clínica e investigadora.
- Manifestación clínica de lesión de la piel asociada a la humedad, común en pacientes con incontinencia.
- Lesiones caracterizadas por erosión de la epidermis y maceración de la piel.
- Incontinencia y lesión dérmica tienen considerables efectos sobre el bienestar físico y psicológico.
- Cuidado de la piel en pacientes incontinentes: reto diario para los profesionales de la salud.



## 2. Definición. Terminología (I).

- Terminología diversa para los Problemas cutáneos relacionados con incontinencia (más de 18 términos):
  - ICD-10 (WHO, 2007): “Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo” (Cap. XII, L00-L99; Subcategoría “Dermatitis y eczema” L20-L30).
  - MeSH Database (US NLM): **Diaper rash** (Erupción del pañal).
  - NANDA 2008.
  - Literatura internacional:
    - **Moisture maceration injury** (Lesión macerativa por humedad).
    - **Irritant dermatitis** (Dermatitis irritante).
    - **Contact dermatitis** (Dermatitis por contacto).
    - **Intertrigo** (Intértrigo).
    - **Heat rash** (Erupción por calor).
    - **Perineal dermatitis** (Dermatitis perineal) (\*).



## 2. Definición. Terminología (II).

- Dermatitis asociada a incontinencia (DAI) – **Incontinence-associated dermatitis (IAD)**- (Chicago, 2005).
- “Respuesta reactiva de la piel a la exposición crónica a orina y materia fecal, que podría ser observada como inflamación y eritema, con o sin erosión o denudación, a nivel de la zona perineal o perigenital”.
  - Describe la respuesta de la piel por la exposición crónica a orina o heces: inflamación y eritema con o sin denudación de la piel.
  - Identifica específicamente la causa irritante (incontinencia urinaria y/o fecal).
  - Reconoce un área anatómica más extensa que el perineo.

# Área anatómica a valorar.



Parte inferior del abdomen. Región sacrocoxígea e internalgas. Parte interna de los muslos. Región perianal y perineal. Zona genital (escroto, labios mayores).

### 3. Manifestaciones clínicas. Clasificaciones (I).



- DAI: inflamación de la superficie de la piel, con enrojecimiento, edema y en algunos casos vesículas con exudado claro. La erosión o denudación de las capas superficiales también aparece relacionándose con casos más avanzados o severos.

### 3. Manifestaciones clínicas. Clasificaciones (II).

- Localización DAI según tipo de incontinencia:
  - Urinaria: pliegues de labios mayores – escroto.
  - Fecal: zona perianal.
- Complicaciones:
  - Candidiasis (erupción maculopapular y lesiones satélite).
  - Eritrasma (infección bacteriana por *Corynebacterium*).



# 3. Manifestaciones clínicas. Clasificaciones (II).

- Perineal Assessment Tool (Nix, 2002).

Evalúa riesgo de DAI según:

- Tipo de irritante.
- Duración del contacto.
- Condición de la piel perineal.
- Número total de factores contribuyentes.

- Perineal Dermatitis Grading Scale (Brown & Sears, 1993).

Para valorar alcance y severidad de la DAI y medir los cambios en esos factores como consecuencia de las intervenciones enfermeras (Color e integridad piel, tamaño y síntomas del paciente).

- IAD Skin Condition Assessment Tool (Kennedy & Lutz, 1996):

- Área de piel afectada.
- Grado de enrojecimiento.
- Profundidad de la erosión.

- Clasificación estadiaje UPP.



- Nix DH. *Validity and Reliability of the Perineal Assessment Tool*. *Ostomy Wound Manag* 2002; 48(2):43-49.

- Brown DS, Sears M. *Perineal dermatitis: a conceptual framework*. *Ostomy Wound Manag* 1993; 39(7):20-22,24-25.

- Kennedy KL, Lutz L. *Comparison of the efficacy and cost-effectiveness of three skin protectants in the management of incontinence Dermatitis*. In: *Proceedings of the European Conference on Advances in Wound Management*. Amsterdam; October 4, 1996.

## PERINEAL ASSESSMENT TOOL (PAT). *(Nix, 2002).*

<b>Escala de medida de la lesión perineal (PAT = Perineal Assessment Tool)</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Intensidad del irritante</b> (Tipo e intensidad del mismo)	Heces formadas y/o orina	Heces blandas con o sin orina	Heces líquidas con o sin orina
<b>Duración del irritante</b> (Tiempo de exposición al irritante)	Precisa cambios de pañal cada 8 horas o menos	Precisa cambios de pañal al menos cada 4 horas	Precisa cambios de pañal al menos cada 2 horas
<b>Condición de la piel perineal</b> (Integridad de la piel)	Limpia e intacta	Eritema / Dermatitis con o sin candidiasis	Piel desnuda / erosionada con o sin dermatitis
<b>Factores contribuyentes</b> (Albumina baja, antibióticos, NPT, colonización, otros)	0 o 1 factor contribuyente	2 factores contribuyentes	3 factores o más

## PERINEAL DERMATITIS GRADING SCALE.

*(Brown & Sears, 1993).*

- Brown DS. Perineal dermatitis: can we measure it? *Ostomy Wound Manag* 1993; 39(7):28-30, 31 .  
- Brown DS, Sears M. Perineal dermatitis: a conceptual framework. *Ostomy Wound Manag* 1993; 39(7): 20-22,24-25.

Assessment rating	Characteristic
<b><i>Skin Color</i></b>	
<b>0</b>	No erythema
<b>1</b>	Mild erythema
<b>2</b>	Moderate erythema
<b>3</b>	Severe erythema
<b><i>Skin Integrity</i></b>	
<b>0</b>	Intact
<b>1</b>	Slight swelling with raised areas
<b>2</b>	Swollen raised areas
<b>3</b>	Bullae or vesicles
<b>4</b>	Open or macerated areas
<b>5</b>	Crusted or scaling areas
<b><i>Size</i></b>	
_____	Length and width measured in centimeters, first for the right side and then for the left side
<b><i>Patient Symptoms</i></b>	
<b>0</b>	None
<b>1</b>	Tingling
<b>2</b>	Itching
<b>3</b>	Burning
<b>4</b>	Pain

Score	Characteristic
<b>Area of Skin Breakdown</b>	
<b>0</b>	None
<b>1</b>	Small area (<20 cm <sup>2</sup> )
<b>2</b>	Moderate area (20-50 cm <sup>2</sup> )
<b>3</b>	Large area (>50 cm <sup>2</sup> )
<b>Skin Redness</b>	
<b>0</b>	No redness
<b>1</b>	Mild redness (blotchy and non-uniform)
<b>2</b>	Moderate redness (severe in spots but not uniform in appearance)
<b>3</b>	Severe redness (uniformly severe in appearance)
<b>Erosion</b>	
<b>0</b>	None
<b>1</b>	Mild erosion involving epidermis only
<b>2</b>	Moderate erosion involving epidermis and dermis with no or little exudate
<b>3</b>	Severe erosion of epidermis with moderate involvement of dermis with low volume or no exudate
<b>4</b>	Extreme erosion of epidermis and dermis with moderate volume and persistent exudate

## INCONTINENCE- ASSOCIATED DERMATITIS SKIN CONDITION ASSESSMENT TOOL. *(Kennedy & Lutz, 1996)*

*- Kennedy KL, Lutz L. Comparison of the efficacy and cost-effectiveness of three skin protectants in the management of incontinence Dermatitis. In: Proceedings of the European Conference on Advances in Wound Management. Amsterdam; October 4, 1996.*

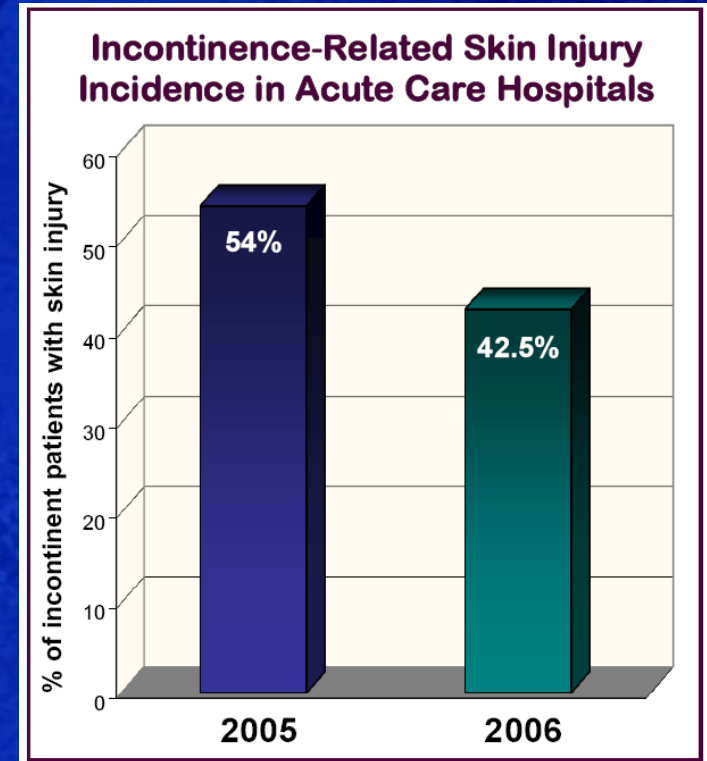
## ESCALA VISUAL DEL ERITEMA (EVE). *(Fader, 2004)*

0	No eritema
1	Poco eritema (casi imperceptible).
2	Eritema moderado (piel rosa).
3	Eritema intenso (piel púrpura o roja).
4	Piel rota o abrasión.

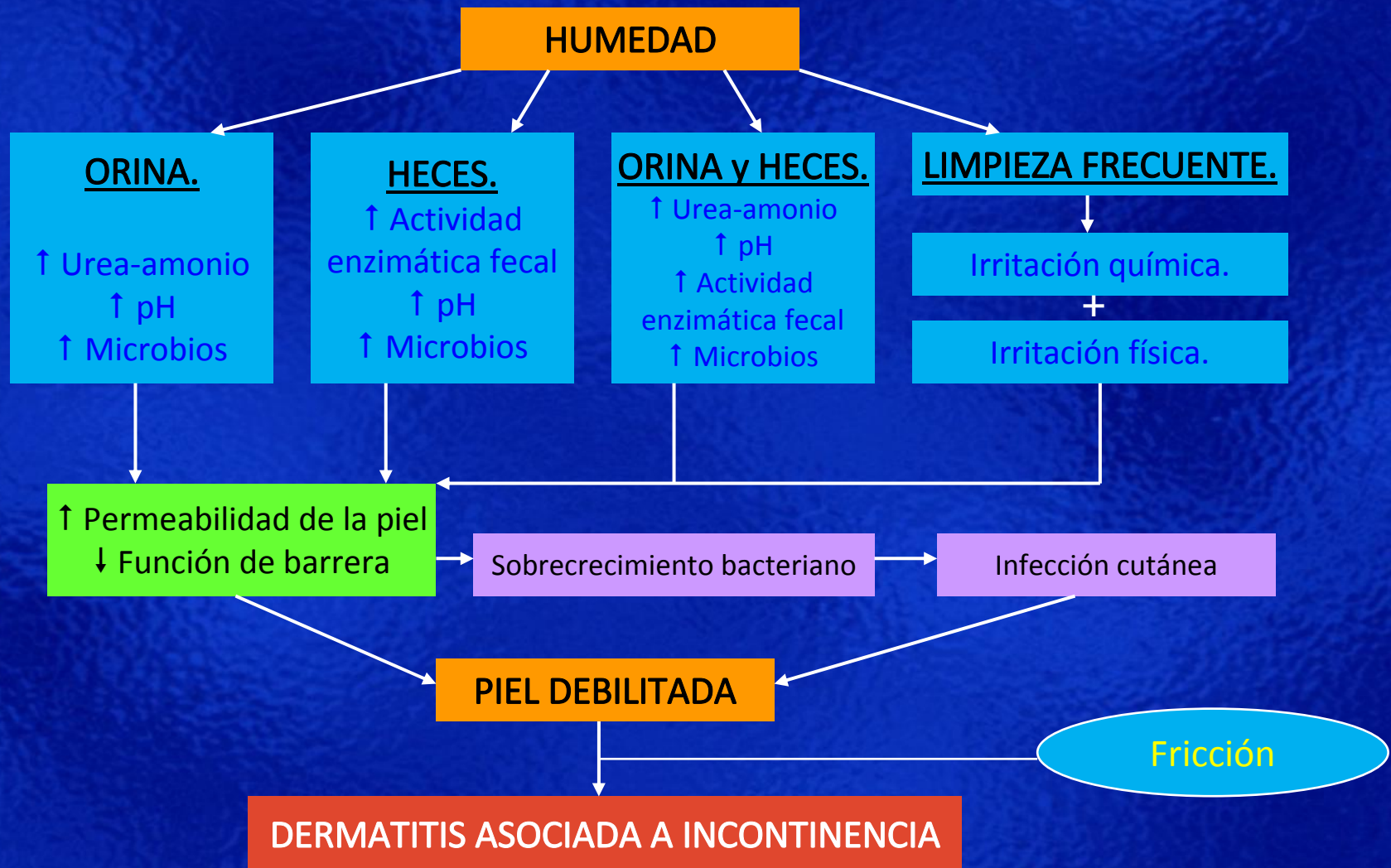
*Fader M, Bain D, Cottenden A. Effects of absorbent incontinence pads on pressure management mattresses. J Adv Nurs 2004; 48 (6): 569-574*

# 4. Epidemiología.

- Incontinencia urinaria:
  - Residencias de ancianos: 50%.
  - Adultos en domicilio: 10-35%.
- Incontinencia fecal:
  - Residencias de ancianos: 23-66%.
- Doble incontinencia:
  - Residencias de ancianos: 50%.
- Prevalencia DAI:
  - 5.6% a 50%.
- Incidencia DAI:
  - 3-4% a 25%.



# 5. Etiología-Fisiopatología (I).



# 5. Etiología-Fisiopatología (II).



- JE Torra Bou / M. Rodríguez Palma.

Modificado de: Brown DS, Sears M. Perineal dermatitis: A conceptual framework. *Ostomy Wound Manage* 1993; 39(7):20-5.

# 6. Diferenciación de lesiones (I).

## Dermatitis asociada a incontinencia (DAI).

- Presencia en la zona perineal de humedad por incontinencia, perspiración u otras causas. La fricción y zonas de presión no son un problema.
- Escozor y dolor en la zona de enrojecimiento.
- Utilización reciente de nuevas lociones, jabones líquidos, detergentes o medicación.
- Extensión súbita o diseminación a otras áreas no afectadas por la presión.



- Zulkowski K, Bozeman MT. Perineal dermatitis versus pressure ulcer: Distinguishing characteristics. *Adv Skin Wound Care* 2008; 21: 382-8.

# 6. Diferenciación de lesiones (II).

## Úlcera por presión (UPP).

- Enrojecimiento en la zona de presión que no palidece al ser presionada.
- Aparecen en zonas de presión, o de presión y cizalla, generalmente sobre una prominencia ósea.
- Presencia en la zona perineal de humedad por incontinencia, perspiración u otras causas. La fricción y zonas de presión son un problema.



# Lesiones por incontinencia o humedad (I).

- Pueden confundirse en su inicio con UPP.
- Etiología: La humedad está presente. Son lesiones cutáneas que no están causadas por la presión y/o fricción. Si se dan: úlceras combinadas.
- Localización: es improbable que ocurran sobre prominencias óseas –cuando esto ocurre es probable que sean lesiones mixtas-.
- Forma: irregular y en “islas” (varias lesiones difusas).



# Lesiones por incontinencia o humedad (II).























- Color: pueden tener una apariencia más purpúrea que rojiza. No suelen presentar necrosis.
- Profundidad: superficiales.
- Piel: puede estar edematosa, hinchada, macerada y/o excoriada, así como mojada.
- El paciente puede presentar incontinencia urinaria, fecal o mixta.




























TABLA I

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON EL TIPO DE LESIÓN

Traducido y adaptado con autorización de Defloor et al, 2005

	UPP	LESIÓN POR "HUMEDAD"	A TENER EN CUENTA
Causas	 La presión y/o cizalla debe estar presente.	 Debe haber humedad (ej. piel mojada y brillante causada por incontinencia urinaria o fecal).	 Si la humedad y la presión/cizalla están presentes a la vez, la lesión puede ser tanto una upp como una lesión por humedad (lesión mixta o combinada).
Localización	 Una herida que no está sobre una prominencia ósea es improbable que sea una upp.	 Una lesión por humedad puede producirse sobre una prominencia ósea. Aunque tanto la presión como la cizalla deberían reducirse como causas.  Una combinación de humedad y fricción puede causar lesiones por humedad en pliegues cutáneos.  Una lesión limitada sólo al surco anal y tiene una forma lineal es probable que sea una lesión por humedad.	 Es posible desarrollar un upp donde los tejidos blandos se pueden comprimir (ej. sonda nasogástrica, gafas nasales o catéter urinario).  Las heridas en los pliegues cutáneos de pacientes muy obesos pueden estar causadas por una combinación de fricción, humedad y presión.  Los huesos pueden ser mucho más prominentes donde hay una pérdida significativa de tejido (pérdida de peso).
Forma	 Si la lesión está limitada a un solo lugar, es probable que sea una upp.  Las heridas dorsales o con una forma regular son muy probablemente upp; aunque la posibilidad de daño por fricción se debe haber excluido.	 Lesiones superficiales, difusas y en más de un lugar es más probable que sean lesiones por humedad.  En una lesión "por beso" o "aspajo" (copita de lesión), al menos una de las lesiones es muy probable que se haya causado por humedad (orina, heces, transpiración o sudor de herida).  Una lesión limitada sólo al surco anal y tiene una forma lineal es probable que sea una lesión por humedad.	 Formas irregulares de las lesiones, a menudo, están presentes en lesiones combinadas (upp y lesión por humedad).  La fricción en los talones puede causar una lesión circular que abarca la pérdida total de la piel. La distinción entre una lesión por fricción y una upp debería basarse en la historia clínica y la observación.
Necrosis	 Una escara negra necrótica sobre una prominencia ósea es una upp de estadio II o IV. Si bajo la escara la masa muscular es escasa, la lesión es una upp de estadio IV.  También se puede considerar necrosis cuando, en los talones, está presente y visible una mancha negra azul (la lesión probablemente se tomará en una escara).	 No hay necrosis en las lesiones por humedad.	 La necrosis comienza sin un borde claro pero acaba definiendo los bordes. La necrosis asciende hacia arriba y cambia de color (ej. azul, marrón, amarillo, o gris) pero nunca es superficial.  Se debe distinguir entre una escara negra necrótica y una fibrinosa con sangre seca.

	UPP	LESIÓN POR "HUMEDAD"	A TENER EN CUENTA
Profundidad	 La pérdida parcial de la piel está presente solo cuando se ha lesionado la primera capa de la piel (estado II).  En la pérdida total de la piel, todas las capas de la piel están dañadas (estado III o IV).  Si hay una pérdida total de la piel y la capa muscular está intacta, la lesión es de estado III.  Si la capa muscular está lesionada, entonces la lesión debería diagnosticarse como de estado IV.	 Las lesiones por "humedad" son superficiales (pérdida parcial de la piel).  En los casos donde la lesión por humedad está infectada, la profundidad y la extensión de la herida puede aumentar de manera importante.	 Una abrasión es causada por fricción.  Si se ejerce fricción en una lesión por humedad, esta dará lugar a la pérdida superficial de la piel en la cual se rasgan y hacen punta los fragmentos de la piel.
Bordes	 Si los bordes son claramente distinguibles, la lesión será una UPP.  Las heridas con los bordes levantados y engrosados son lesiones amigdas.	 Las lesiones por humedad suelen tener bordes irregulares o difusos.	 Los bordes dentados en las lesiones por humedad se considera que se han expuesto a la fricción.
Color	 Piel roja: Si el enrojecimiento es no blanqueable, lo más probable es que sea una upp de estado I.  Para la gente con la piel oscura, el enrojecimiento persistente puede manifestarse como azul o púrpura.  Rojo en el lecho de la herida: Si hay tejido rojo en el lecho la herida puede ser una upp de estado II, III o IV con tejido de granulación.  Amarillo en el lecho de la herida: Si hay necrosis blanda, amarilla y no superficial; puede ser una upp de estado II o IV.  El estracalo es una capa superficial, fina y de aspecto cramoso; estaría en una upp de estado III o IV.  Negro en el lecho de la herida: El tejido necrótico negro en el lecho indica una upp de estado III o IV.	 Piel roja: Si el enrojecimiento no está distribuido uniformemente, probablemente sea una lesión por humedad (incluyendo la presión y la cizalla como causas).  Piel rosa o blanca alfredada: Maceración como resultado de la humedad.	 Piel roja: Si la piel (o la lesión) es roja y seca o roja con un brillo blanco, podría ser una infección fúngica o un impetigo.  A menudo se observa en el surco anal.  Verde en el lecho de la herida: Infección.  Tener en cuenta que los preparados a base de óxido de zinc blanquean la piel.  Aunque la escina no está recomendada, se sigue usando en algunos lugares. Esta puede tornar la piel de color rojo/marrón y obstaculizar la observación de la piel.



- García FP, Ibars P, Martínez F, Perdomo E, Rodríguez M, Rueda J et al. Incontinencia y úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEA UPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid, 2006.  
- Defloor T, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Heyman H, Lindholm C et al. Statement of the EPUAP-Pressure Ulcer Classification: Differentiation between Pressure Ulcers and Moisture Lesions. Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing 2005; 35(5):302-306.

# 7. Prevención de DAI (I).

- Condición de la piel:
  - Piel intacta en persona con IU o IF.
- Objetivos:
  - Prevenir DAI.
  - Minimizar contacto con irritantes (orina, heces o humedad excesiva).
  - Mantener la protección de la piel.
  - Favorecer la función de barrera con los cuidados apropiados.



## 7. Prevención de DAI (II).

- Intervenciones (Empezar un régimen estructurado de cuidados de la piel):
  - Limpieza piel perineal diaria y tras cada episodio de incontinencia mayor usando un limpiador de un solo uso - evitando el lavado agresivo de la piel-.
  - ¿Aplicar crema humectante y emoliente?
  - Aplicar un protector de la piel para reducir al mínimo el contacto entre la orina y / o las heces (cremas barrera, PCBNI).
  - Combinar los pasos utilizando un producto que contenga un ¿limpiador y una crema hidratante con o sin un protector de la piel?
  - Educar a los cuidadores a aplicar el régimen estructurado de la piel y para evaluar sistemáticamente la DAI.
  - Comenzar programa de tratamiento para la incontinencia subyacente.

# 7. Tratamiento de DAI (I).

- Condición de la piel:
  - DAI media a moderada (la piel permanece intacta pero hay eritema, con o sin candidiasis).
- Objetivos:
  - Minimizar contacto con irritantes (orina, heces o humedad excesiva).
  - Mantener la protección de la piel.
  - Erradicar candidiasis cutánea.



# 7. Tratamiento de DAI (II).

- Intervenciones:
  - Combinar un programa estructurado de cuidado de la piel con el tratamiento activo de la DAI.
  - Utilizar soluciones limpiadoras de un solo uso para limpiar la piel y utilizar las medidas mencionadas anteriormente.
  - Rutinariamente aplicar **¿crema hidratante?/protector de la piel** (cremas barrera, PCBNI, pomada cicatrizante...)
  - Tratar cuando se presente la candidiasis cutánea.
  - Educar a los cuidadores para aplicar un régimen estructurado de la piel y evaluar sistemáticamente la resolución o la progresión de la DAI.
  - Evaluar la gestión del programa/abordaje subyacente para la incontinencia.

# Resumen de recomendaciones.

- Programa estructurado de cuidados de la piel.
- Limpieza con productos de pH no irritante.
- Soluciones limpiadoras con hidratantes.
- Protectores de piel para pacientes en riesgo de DAI (volumen, frecuencia, incontinencia doble,...).
- Soluciones limpiadoras en prevención y tratamiento versus agua y jabón.
- Cuidado óptimo de piel tras cada episodio de incontinencia (sobre todo fecal).
- Combinación de medidas: optimizar eficiencia.

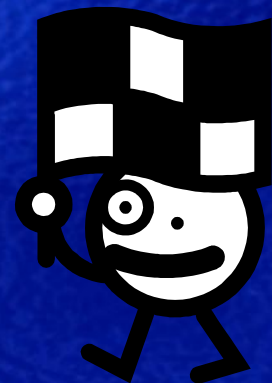


- Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, Heyneman A, Defloor T. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *Journ Adv Nurs* 2009; 65(6):1141-54.

- Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, Ermer-Seltun JA, Kennedy-Evans KL, Palmer MH. Incontinence-associated dermatitis. A consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007; 34(1): 45-54

## 8. Consideraciones finales (I).

- Diversidad de términos.
- Calidad metodológica estudios pobre: participantes, randomización, análisis, período de estudio e instrumentos.
- Importante: desarrollo de un instrumento uniforme y metodología para estudiar la prevalencia y tratamiento de DAI en los diferentes grupos (faltan UCI, cuidados agudos y comunidad).



## 8. Consideraciones finales (II).

- Investigar en fisiopatología (IF y Doble incontinencia, enzimas fecales, bacterias, exceso de humedad si diarreas, ambiente perineal, volumen y frecuencia de incontinencia, fricción, agentes irritantes, factores que compromete la función de barrera de la piel (hidratación, pH, enzimas fecales, patógenos bacterianos o fúngicos,...).
- Clara definición e instrumento de valoración de DAI.
- Correcta definición entre UPP y DAI.
- Identificar y evaluar la eficacia y efectividad de las diversas intervenciones en la DAI.

