

VALORACIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE LAS LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD (LESCAH): REVISIÓN DE CONSENSO

ASSESSMENT AND INTEGRATED MANAGEMENT OF MOISTURE ASSOCIATED SKIN DAMAGES (MASD): CONSENSUS REVIEW

Autores: José María Rumbo Prieto^(1,2), Luis Arantón Areosa^(1,2), Ramón López de los Reyes⁽³⁾, Eulalia Vives Rodríguez⁽³⁾, Federico Palomar Llatas^(2,4), Juan Santiago Cortizas Rey⁽⁵⁾

(1) Máster en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas. Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol.
(2) Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la piel. Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir"

(3) Facultativo Especialista Adjunto de Cirugía.

Servicio de Cirugía General del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

(4) Doctor y Máster en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas.

Director Área de la Piel. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

(5) Experto Universitario en el Cuidado de Heridas y en Cuidados Paliativos.

Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol.

Contacto: jmrumbo@gmail.com

Fecha de recepción: 15/01/2015

Fecha de aprobación: 20/04/2015

RESUMEN

Objetivo: Determinar qué tipos de LESCAH hay, como identificarlas y valorarlas; así como saber cuál es la mejor práctica clínica y de cuidados para prevenirlas y tratarlas.

Método: Estudio observacional descriptivo de revisión bibliográfica. Lectura crítica por medio de la técnica de grupo nominal y revisión de consenso por panel de expertos

Resultados: Las LESCAH son el resultado de un modelo multicausal provocado por 3 factores determinantes (exceso de humedad, irritación física e irritación química sobre la piel). Se identificaron 6 tipos de LESCAH, siendo la Escala Visual del Eritema (EVE) y la SubEscala de la Humedad de Braden (SHB) las más utilizadas para su gradación y valoración del riesgo. Las recomendaciones sobre su prevención y tratamiento se dirigen hacia un correcto cuidado e higiene de la piel, el uso de cremas barrera, la formación del profesional y la educación sanitaria del paciente y familiares.

Conclusiones: Debemos empezar a tomar conciencia de las LESCAH (diferenciándolas de otros tipos de lesiones), a fin de estandarizar procesos asistenciales y de cuidado, en busca de visibili-

zar el problema y su abordaje valoración y manejo integral.

ABSTRACT

Objective: Determine what types of MASD there are, as identify and appraise them; as well as to know what the best clinical practice is and care to prevent and treat it.

Methods: Descriptive observational study of bibliographic review. Critical reading through the nominal group technique and review of consensus by expert panel.

Results: The MASD are the result of a multi-causal model caused by 3 determinants (excess moisture, physical irritation and chemical irritation on the skin). We identified 6 types of MASD, being the Visual Scale of erythema and the subscale of the humidity of Braden the most used for its gradation and assessment of risk. Recommendations on its prevention and treatment are directed toward a proper care and hygiene of the skin, the use of barrier creams, professional training and health education of the patient and family.

Conclusions: We must start to take conscience of the MASD (opposed to other type of injury), in order to standardize processes and care, in or-

der to standardize processes and care, in search of increase the visibility of the problem and its valuation approach and integrated management.

INTRODUCCIÓN

El término lesión cutánea asociada a la humedad (LESCAH)⁽¹⁾, es un concepto general que incluye en su definición el efecto de la humedad con otros agentes agresores y un efecto de la misma sobre la piel. Recientemente el término ha sido objeto de un debate de consenso⁽²⁻⁶⁾ para redefinir el concepto, concretar las fuentes de humedad y diferenciar este tipo de lesiones de otras que no lo son.

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), en su documento nº II; propone como definición de LESCAH: "La lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) que se presenta como una inflamación (eritema) y/o erosión de la misma, causada por la exposición prolongada (continua o casi continua) a diversas fuentes de humedad con potencial irritativo para la piel (por ejemplo: orina, heces, exudado de heridas, efluentes de estomas o fístulas, sudor, saliva o moco)"⁽⁷⁾.

Desde el punto de vista epidemiológico, las LESCAH están originadas por su etiología (humedad), pero tradicionalmente solo se reconocían en este grupo, las dermatitis asociadas a incontinencia (DAI), obviándose una enorme cantidad de factores desencadenantes como presencia de exudados, productos irritantes, etc.

Las LESCAH relacionadas con DAI son las más frecuentes y dolorosas (afectan al estado general de la salud de la persona, a su calidad de vida y en un gran número de casos se consideran lesiones prevenibles). En nuestro entorno, la prevalencia epidemiológica de las LESCAH está todavía poco estudiada pero se observa que ésta irá en aumento a medida que se profundice en identificar específicamente esta etiología⁽⁸⁻¹⁰⁾, sobre todo porque la coexistencia de incontinencia fecal y urinaria es muy frecuente, particularmente en personas ancianas e institucionalizadas en centros socio-sanitarios; una incidencia que aumenta con la edad y con la presencia de patologías comórbidas (tan común en mujeres como en hombres)^(11,12).

La humedad asociada a incontinencia, ya sea de tipo urinaria, fecal o una combinación de las anteriores, es considerada un factor de riesgo de aparición de úlceras por presión (UPP)⁽⁹⁾, que combinada con presión no aliviado o cizallamiento, agrava los efectos de éstos porque disminuye las defensas naturales del organismo.

En el 4º Estudio Nacional de Prevalencia por UPP en España⁽¹²⁾, según la etiología, las lesiones relacionadas con la humedad (LESCAH) suponen un 6,5% del total. Además, se determinó la existencia de un 16% de lesiones combinadas: presión y/o cizalla + humedad. Por niveles asistenciales, la prevalencia de LESCAH en Atención Primaria fue del 3,7%; en centros hospitalarios del 8,1% y en centros socio-sanitarios del 5,25%. Según la localización, las zonas glúteas y los genitales (zonas del pañal) fueron las más afectadas, principalmente por lesiones por dermatitis asociadas a la incontinencia.

El objetivo de este trabajo de investigación fue determinar qué tipos de LESCAH hay, como identificarlas y valorarlas; así como saber cuál es la mejor práctica clínica y de cuidados para prevenirlas y tratarlas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo de revisión bibliográfica a través de fuentes secundarias basadas en la evidencia.

La búsqueda bibliográfica incluyó los gestores de bases de datos de evidencia en ciencias de la salud (Cochrane library plus, JBI library, PubMed, EmBase, Scopus y Cuiden Plus), Metabuscadores de evidencias (SUM Search, Google Scholar, TripDatabase, eGuidelines) y organismos compiladores (Infobase, NICE, GuiaSalud, GNEAUPP). La búsqueda fue abierta, no estableciendo límites de periodo temporal (revisión bibliográfica realizada en 2014) y aceptando documentos en otros idiomas distintos del español y del inglés.

Los documentos incluidos en la búsqueda susceptibles de revisión fueron: artículos originales, artículos basados en evidencias, revisiones sistemáticas de evidencia, resúmenes de revisiones sistemáticas, guías, vías y protocolos basados en evidencias y guías de práctica clínica con recomendaciones de evidencia.

Los términos de búsqueda fueron: “lesiones por humedad (moisture lesions)”; “lesiones cutáneas asociadas a la humedad (moisture associated skin damage)”; “dermatitis asociada a incontinencia (incontinence associated dermatitis)”; dermatitis intertriginosa (intertriginous dermatitis); “dermatitis por transpiración (sweat moisture)”; dermatitis perilesional asociado a exudado (periwound moisture associated dermatitis); “dermatitis cutánea asociada a exudado (skin moisture associated)”; “Dermatitis periestomal (Peristomal moisture associated dermatitis)”; “dermatitis por saliva o mucosidad (saliva-mucosity moisture associated dermatitis)”.

Tras la recuperación bibliográfica de los documentos, se procedió a su selección y lectura crítica por medio de la técnica de grupo nominal (consenso del grupo investigador).

Tras la redacción de un documento en formato borrador, por parte del grupo nominal; se procedió a una revisión en profundidad para su consenso final por un panel de expertos en heridas (134 miembros) del Programa Úlceras Fóra del Servicio Galego de Saúde (SERGAS).

Para la elaboración y posterior redacción de la evidencia incluida en este artículo, fruto de la evaluación y análisis de las múltiples fuentes de información bibliográfica consultadas; se ha seguido el método que desarrolla el CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud) de México en la elaboración de sus Guías de Práctica Clínica (GPC):

- Clasificar con el símbolo **[E]** a aquellas evidencias que aparecen publicadas en alguna GPC.
- Categorizar con el símbolo **[R]** a aquellas recomendaciones identificadas por alguna GPC, seguidas por su fuerza de recomendación.
- Identificar con el símbolo **[BP]** a aquellas acciones y/o actividades consideradas como buenas prácticas, que no están referenciadas o avaladas por ninguna GPC, pero que aparecen en otros documentos basados en la evidencia (guías de buenas prácticas clínica, vías clínicas, protocolos basados en la evidencia, etc.) y cuya evidencia se ha obtenido a través de revisiones sistemáticas, metaanálisis, metasíntesis, ensayos clínicos, consensos de expertos, etc.

Para un mayor conocimiento, el nivel de evidencia y grado de recomendación de los documentos originales, se puede consultar a través de las fuentes bibliográficas referenciadas.

RESULTADOS

1. Etiopatogenia y Factores determinantes (MODELO MULTICAUSAL):

La LESCAH se produce por causa de tres importantes factores que actúan deteriorando la piel y reduciendo su efecto barrera^(7,8) y que a su vez interactúan y potencian entre sí:

- Por efecto de un exceso de humedad sobre la piel (incontinencia, sudoración, soluciones exógenas...)
- Por la acción de agentes químicos irritantes (productos cosméticos de aplicación tópica, exudados,...)
- Por la actividad derivada de un excesiva y repetida limpieza e higiene (irritación física)

Las consecuencias son la aparición inicial de una dermatitis y/o eczema con inflamación y eritema (piel íntegra), que si no es detectada y tratada adecuadamente, pueden dar lugar a lesiones crónicas asociadas a la humedad (piel deteriorada). Estas lesiones por humedad a su vez, requieren ser abordadas de manera precoz y satisfactoria, ya que, si se combinan con presión, pueden desembocar en lesiones más profundas (úlceras por presión).

Tipo de sustancia irritante	Intensidad de afectación
• Agua (caliente/fría)	+
• Sudor	+
• Saliva	+
• Moco	+
• Orina	++
• Productos tópicos irritantes	++
• Exudado	++
• Heces formadas	+++
• Orina y Heces	++++
• Heces blandas con o sin orina	++++
• Heces líquidas con o sin orina	+++++

Figura 1 - Tipos de sustancias irritantes e intensidad de afectación

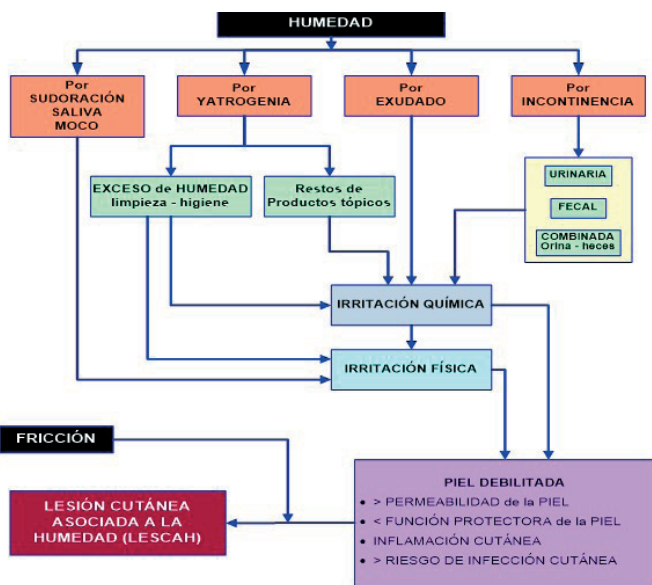


Figura 2 - Etiopatogenia de las LESCAH

Por otro lado, la exposición a las diversas fuentes de humedad no es causa suficiente para producir lesión en la piel (dermatitis), la probabilidad de producir lesión también estará determinada por otros factores contribuyentes⁽¹⁻³⁾, como la exposición prolongada (duración), el volumen, la cantidad, el contenido, el tipo y la intensidad del irritante (sustancia que provoca la humedad)^(Figura 1), la duración del irritante, el volumen y cantidad del irritante, las condiciones de la piel (integridad de la piel), los factores mecánicos como las fuerzas de fricción y cizalla, la presencia de potenciales microorganismos patógenos presentes en la piel, el estado de salud del paciente, la edad, etc.^(Figuras 2 y 3).

2. Valoración Diagnóstica e Identificación (ESCALAS Y TIPOS DE LESCAH):

La adecuada valoración de la piel expuesta a humedad y/o a irritantes cutáneos tiene que ser uno de los objetivos de prioritarios para lograr la detección y el tratamiento precoz de este tipo de lesiones y evitar su evolución a estadios clínicos más complejos.

En la actualidad, hay publicadas varias escalas o instrumentos para poder hacer una correcta valoración del riesgo de LESCAH y en consecuencia poder adoptar las medidas necesarias para planificar y llevar a cabo el tratamiento más adecuado:

- Escala Visual del Eritema (EVE): Diseñada por Fader⁽¹³⁾ a partir de la escala de la dermatitis de contacto de Quinn⁽¹⁴⁾. Consiste en una escala numérica de 0 a 4, que determina hasta cinco grados colorimétricos de valoración del eritema^(Figura 4).

Escala visual del Eritema (EVE)	
0	No eritema
1	Poco eritema (casi imperceptible)
2	Eritema moderado (piel rosácea)
3	Eritema intenso (piel roja o púrpura)
4	Piel rota o abrasión (superficial)

Figura 4 - Escala Visual del Eritema (EVE)

- Escala Iconográfica de la Dermatitis del Pañal por Humedad (DPH): Diseñada por Palomar⁽¹⁵⁾, a partir de la escala EVE. Consiste en una escala visual que valora el color del eritema y el grado de afectación de la piel. Esta escala clasifica la severidad de la lesión por humedad^(Figura 5), en 6 tipos.
- Escala de Medida de la Lesión Perineal (PAT, Perineal Assessment Tool): Desarrollada originalmente por Nix⁽¹⁶⁾ y adaptada por el GNEAUPP⁽²⁾. Es una escala que consta de 4 ítems o factores que valoran el riesgo de lesión cutánea por incontinencia en la zona perineal^(Figura 6).
- Escala Gradual de la Dermatitis Perineal (Perineal Dermatitis Grading Scale): Creada por Brown y Sears⁽¹⁷⁾, es una escala de 4 ítems



Figura 3 - Modelo multicausal de las LESCAH

Escala Iconográfica de la Dermatitis del Pañal por Humedad (DPH)		
CLASIFICACIÓN según AFECTACIÓN		
TIPO	SEVERIDAD DE LESIÓN	GRADO DE AFECTACIÓN
Tipo 1	LIQUENIFICACIÓN: Epidermis engrosada	LEVE
Tipo 2	ERITEMA + EDEMA: Inflamación epidérmica	LEVE +
Tipo 3	DESCAMACIÓN ECZEMA: Epidermis seca	MODERADO
Tipo 4	ERITEMA IRRITATIVO + HUMEDAD: Epidermis superficial (vesículas)	MODERADO +
Tipo 5	CANDIDIASIS: Afectación de epidermis	ALTO
Tipo 6	ÚLCERA: Afectación Dermis profunda	MUY ALTO

Figura 5 - Escala Iconográfica de la dermatitis del pañal por humedad (DPH)

Escala de Medida de la Lesión Perineal (Perianal Assessment Tool, PAT)			
	1	2	3
Intensidad del irritante	Heces formadas y/o orina	Heces blandas con o sin orinas	Heces líquidas con o sin orina
Duración del irritante	Precisa cambios de pañal cada 8 h	Precisa cambios de pañal cada 4 h	Precisa cambios de pañal cada 2 h
Condición de la piel perineal	Limpia e intacta	Eritema y/o dermatitis con o sin candidiasis	Piel denudada /erosionada con o sin dermatitis
Factores contribuyentes	Ninguno o 1 factor contribuyente	2 factores contribuyentes	3 o más factores contribuyentes

(Factores contribuyentes: Antibióticos, albúmina baja, nutrición parenteral total, colonización, otros.)

Figura 6 - Escala de medida de la lesión perianal (PAT)

que valoran el alcance y la severidad de la dermatitis asociada a incontinencia (DAI), y los cambios en esos factores como consecuencia de las intervenciones enfermeras^(Figura 7).

- Escala de la Dermatitis Asociada a Incontinencia (IAD, Incontinence Associated Dermatitis Skin Condition Assessment Tool): desarrollada por Kennedy y Lutz⁽¹⁸⁾, consta de tres ítems que evalúan el grado de deterioro de la piel debido a la dermatitis asociada a incontinencia^(Figura 8).
- Escala de Humedad de la Escala de Braden: La Escala de Braden⁽¹⁹⁾ es una escala validada que se utiliza para la predicción de riesgo de úlceras por presión; incluye seis sub-escalas, de las cuales, una está referida a la humedad

como factor de riesgo⁽²⁰⁾. Esta sub-escala consta de 4 ítems que valoran el nivel de exposición de la piel a la humedad^(Figura 9).

Basándonos en el estudio de Torra i Bou y cols⁽¹⁾ y siguiendo las últimas clasificaciones diagnósticas⁽⁷⁾, las LESCH se clasifican^(Figura 10) en seis tipos:

De forma complementaria, el GNEAUPP propone clasificar las LESCAH en dos categorías, en función de la lesión que sufre el tejido cutáneo asociada a la humedad⁽⁷⁾:

Categoría I: Eritema sin pérdida de la integridad cutánea.

Habría piel integra con enrojecimiento (blanqueable o no) de un zona localizada, generalmente sometida a humedad. A su vez, y en función del eritema, se dan dos subclases:

- *Categoría 1A. Eritema leve-moderado (piel rosada)*
- *Categoría 1B. Eritema intenso (piel rosa oscuro o rojo)*

Categoría II: Eritema con pérdida de la integridad cutánea.

Habría pérdida del espesor de la dermis en forma de lesión superficial de lecho rojo-rosado, habitualmente con bordes perilesionales macerados de color blanco-amarillento. A su vez, y en función del grado de erosión y/o escoriación pueden clasificarse en dos subcategorías:

Escala Gradual de la Dermatitis Perineal (Perineal Dermatitis Grading Scale)						
	0	1	2	3	4	5
Color de la Piel	No eritema	Eritema leve	Eritema moderado	Eritema Severo		
Integridad de la piel	Intacta	Ligero eczema	Eritema/ Dermatosis	Ampollas o vesículas	Piel rota o macerada	Costras o descamación
Síntomas del paciente	Ninguno	Hormigueo	Prurito	Quemazón	Dolor	
Área de extensión	(La longitud y la anchura medida en centímetros, primero para el lado derecho y, a continuación para el lado izquierdo)					

Figura 7 - Escala gradual de la dermatitis perineal (PDGS)

Escala Dermatitis Asociada a Incontinencia (Incontinence Associated Dermatitis, IAD)					
	0	1	2	3	4
Área cutánea expuesta	Ninguna	Área pequeña (< 20 cm ²)	Área moderada (20-50 cm ²)	Área grande (> 50 cm ²)	
Eritema cutáneo	Ninguno	Enrojecimiento leve	Enrojecimiento moderado	Enrojecimiento severo	
Erosión cutánea	Ninguna	Leve erosión epidérmica superficial	Moderada erosión dérmica con o sin exudado	Severa erosión epidérmica y moderada dérmica con o sin exudado	Extrema erosión tisular con moderado exudado

Figura 8 - Dermatitis asociada a la incontinencia (DAI)

Sub-Escala de Humedad de la Escala de Braden		
Exposición a la Humedad	Escala	Nivel de Exposición de la Piel a la humedad
Constantemente húmeda	1	La piel está expuesta constantemente a sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira el paciente.
A menudo húmeda	2	La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de la cama se ha de cambiar al menos una vez por turno.
Ocasionalmente húmeda	3	La piel esta ocasionalmente húmeda. Se requiere un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.
Raramente húmeda	4	La piel está generalmente seca. La ropa de la cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.

Figura 9 - Subescala de la humedad de la escala de Braden







TIPO DE LESCAH	DESCRIPCIÓN	FACTORES IMPLICADOS	IMÁGENES
Dermatitis Asociada a Incontinencia (DAI)	Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado con sustancias irritantes por incontinencia urinaria, fecal o mixta y productos absorbentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Orina y/o heces • Productos absorbentes • Productos de higiene y limpieza 	
Dermatitis Intertriginosa o Dermatitis por Transpiración	Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado con sudor en zonas de pliegues cutáneos.	<ul style="list-style-type: none"> • Sudor • Presión y fricción por pliegues • Oclusión por pliegues • Sobreinfección por flora 	
Dermatitis Perilesional Asociada a Exudado	Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado con exudado procedente de la lesión de la piel perilesional.	<ul style="list-style-type: none"> • Exudado procedente de lesiones • Tipo de apósitos • Adhesivos de apósitos 	
Dermatitis Cutánea Asociada a Exudado	Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado con exudado procedente de alguna extremidad con la piel.	<ul style="list-style-type: none"> • Exudado no procedente de lesiones • Patologías de base: linfedema, etc. 	
Dermatitis Periestomal	Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado de los fluidos procedentes del estoma.	<ul style="list-style-type: none"> • Fluidos procedentes de Ostomía • Tipo de dispositivo recolector. • Adhesivo del dispositivo 	
Dermatitis por Salivación o Mucosidad	Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado con saliva o mucosidad procedente de la cavidad orofaríngea o las fosas nasales.	<ul style="list-style-type: none"> • Saliva • Mucosidad • Roce o fricción • Presión • Procesos patológicos asociados (neurológicos, psiquiátricos, etc.) 	

Figura 10 - Clasificación de las LESCAH

- Categoría 2A. Leve-moderado (erosión < 50% del total del eritema)
- Categoría 2B. Intenso (erosión del > 50% del tamaño del eritema)

3. Diferenciación de las LESCAH de otras lesiones:^(Figura 11)

Actualmente, diversos estudios muestran la necesidad de separar etiológicamente las úlceras por presión de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad de causa incontinente, con el fin

de tratar adecuadamente las relaciones causales que las favorecen y tomar las acciones preventivas y específicas para su abordaje terapéutico^(7,8,21-23).

4. Recomendaciones Generales de Prevención Y Tratamiento

El abordaje integral de las LESCAH incluye que la prevención y el tratamiento de las mismas se realicen teniendo en cuenta las siguientes actividades propuestas^(Figura 12):

Características de la lesión	Lesión cutánea asociada a la humedad (LESCAH)	Úlceras por presión (UPP)
CAUSAS	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de humedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de presión y/o cizalla
LOCALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • En pliegues cutáneos, partes blandas y extensas de la piel • En zona perineal y perigenital • En prominencias óseas, sin presión/cizalla 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre prominencias óseas • Sobre partes blandas sometidas a presión y/o cizalla
FORMA	<ul style="list-style-type: none"> • Irregulares • Suelen ser "en espejo" o en forma de "alas de mariposa" • Difusas y dispersas en más de un lugar • Lineales en surcos o pliegues 	<ul style="list-style-type: none"> • Circulares y regulares • Bien circunscritas • Limitadas a un solo lugar
PROFUNDIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Superficiales y muy extensas 	<ul style="list-style-type: none"> • Superficiales o profundas (según estadios)
NECROSIS	<ul style="list-style-type: none"> • No suele haber necrosis 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede estar presente (escara o placa necrótica)
BORDES	<ul style="list-style-type: none"> • Irregulares y difusos 	<ul style="list-style-type: none"> • Claramente distinguibles • A veces, bordes levantados y engrosados
COLOR	<ul style="list-style-type: none"> • Enrojecimiento no uniforme (eritema difuso) • Rosa o blanco (maceración por humedad) 	<ul style="list-style-type: none"> • Del rojo al púrpura, según categoría
OTROS POSIBLES ASPECTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre, leucocitosis, candidiasis, (signos clínicos de infección dérmica) • Dolor o prurito 	<ul style="list-style-type: none"> • Induración o fluctuación • Dolor crónico /agudo • Prurito, quemazón • Olor fétido
Presión + humedad = lesiones mixtas o combinadas (LESCAH + UPP)		

Figura 11 - Diferenciación entre UPP y LESCAH



Imagen 12 - Medidas de prevención y tratamiento de las LESCAH

4.1. Determinar la causa:

Se recomienda realizar una anamnesis, una exploración visual de la piel y un examen físico, para lograr determinar la causa que origina la lesión y poder llevar a cabo un diagnóstico diferencial de las lesiones. **[BP]**^(8,9)

4.2. Valoración del Riesgo:

Es aconsejable la utilización de un instrumento validado que permita comprobar el estado de la piel y monitorizar su evolución. Preferentemente, están recomendadas la escala EVE, PAT y la sub-escala de Humedad de la escala de Braden. **[R= Alta]**^(21,28,29)

4.3. Cuidados de la piel:

Contar con un plan estructurado de cuidados de la piel basados en una adecuada limpieza/higiene de las zonas cutáneas expuestas a la humedad.

La limpieza cuidadosa de las zonas expuestas a la humedad prolongada, así como un correcto secado de la piel, constituyen el primer paso para mantener la integridad cutánea, especialmente en el caso de pacientes incontinentes o con pieles frágiles o vulnerables. **[R= Baja]**⁽²⁸⁾.

Tradicionalmente, el procedimiento de lavado/higiene con agua y jabón para la limpieza y el cuidado de la piel son la técnica y/o procedimiento más común en el ámbito domiciliario y en la mayoría de las instituciones hospitalarias. No

se puede hablar de evidencia sobre cuál sería la frecuencia óptima, la técnica de lavado y el tipo de secado más adecuado para mantener la hidratación de la piel y su función protectora; sin embargo, la utilización frecuente y reiterada de jabones convencionales se considera una técnica demasiado agresiva para pieles expuestas a humedad y para pieles frágiles. **[R= Baja]**^(8,28,29).

El agua durante el lavado produce una acción mecánica (acción de arrastre) que ayuda a eliminar los residuos orgánicos presentes en la piel, y una acción química que facilita la disolución de las sustancias químicas solubles. Si el agua utilizada en el lavado está demasiado caliente, podría originar, además de lesiones por el calor, un secado excesivo e innecesario de la piel. **[BP]**⁽⁸⁾.

Los jabones generalmente contienen surfactantes iónicos como el Lauril sulfato sódico, los cuales pueden irritar la piel y eliminar los aceites naturales de la misma, favoreciendo el desarrollo de una dermatitis por contacto. Es por ello, que se recomienda el uso de jabones a base de surfactantes no iónicos como el glicol de propileno, el polisorbato-20 y/o jabones con surfactantes anfotéricos como la cocamidopropilbetaína, por ser menos irritativos y aconsejados para uso pediátrico; del mismo modo se recomienda que siempre se realice un aclarado con agua limpia, independientemente del jabón utilizado. **[BP]**⁽⁸⁾.

El secado posterior al lavado con agua y jabón requiere una adecuada técnica, especialmente en pacientes incontinentes, ya que es uno de los procedimientos que mejor previene el riesgo de lesión cutánea por humedad y evita el excesivo enfriamiento corporal (sequedad de la piel). La piel debe secarse con suavidad, con mucho cuidado, mediante pequeños "toquecitos", sin frotar y con especial atención en las zonas de pliegues y zonas perianal y perigenital. **[R= Moderada]**^(28,29)

Además, las soluciones jabonosas al contener ácidos grasos o triglicéridos, pueden producir, por el uso frecuente y repetitivo, una alcalinización de la piel, reducir el grosor del estrato córneo e incluso deteriorar o eliminar el manto hidrolipídico de la piel, así como, alterar el equilibrio de la flora saprofitas con el consiguiente aumento del riesgo de colonización por microorganismos patógenos. Se estima que la piel tarda, en condiciones normales, sobre 45 minutos en restaurar su pH normal (entre 4,8-5,6), pero en casos

de exposiciones prolongadas a la humedad o la incontinencia, este proceso puede durar hasta 24h. [BP]⁽⁸⁾.

En casos de eczema cutáneo (dermatitis), piel macerada o que presente lesiones cutáneas (grietas, fisuras o pequeñas excoriaciones), se recomienda utilizar productos limpiadores de acción de un solo paso (aplicar y retirar sin enjuagar); estos productos al no utilizar agua para su aclarado, proporcionan más beneficios (menor coste, menor tiempo de cuidados y mayor efecto desodorante), además de que no dejan la piel ni excesivamente seca, ni excesivamente húmeda y por lo tanto no alteran la función protectora de la piel como por el lavado con agua y jabón. [BP]⁽⁸⁾.

Diversos estudios consideran que un mejor conocimiento, por parte de los profesionales y los propios usuarios, sobre los diferentes productos de higiene disponibles y sus beneficios, ayudaría a mantener el cuidado de la piel. De ahí la necesidad de elaborar un plan de educación sanitaria estructurado y comprensible para todos los niveles a los que está dirigido y que integre tanto a los profesionales como a la red de cuidadores informales. [BP]^(8,16,23,30,31).

4.4. Protección de la piel:

Llevar a cabo un programa de protección de la piel manteniendo hidratada y protegida de los efectos de la humedad y la incontinencia. [R= Baja]^(28,29).

El uso de productos barrera anti-humedad, también llamados protectores cutáneos (sustancias hidratantes, emolientes, humectantes y productos barrera), proporcionan y favorecen la protección tópica ante el exceso de humedad externa, incontinencia y otros fluidos corporales, así como por causas de iatrogenia. Los más habituales son los siguientes:

- *Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO):* Diversos estudios publicados demuestran la eficacia del empleo de AGHO para mejorar la hidratación y la resistencia de la piel frente a la fricción, la presión y la humedad. Constituye por tanto, una importante opción de prevención para reducir las agresiones de la piel debidas a estas causas. [R= Alta]⁽²⁸⁾.
- *Productos barrera que incorporan Óxido de Zinc:* El óxido de zinc es uno de los compues-

tos más conocidos por su acción como protector cutáneo, siendo comúnmente utilizado para tratamiento del eritema asociado a uso de productos absorbentes (pañal) y a la exposición continuada de orina y heces [R= Baja]⁽²⁸⁾. Por otra parte, su combinación con otros productos (sobre todo con perfumes) puede generar irritación, así como dificultar la capacidad de absorción y adhesividad de los productos utilizados; además su retirada de la piel solo es posible utilizando sustancias oleosas.

- *Productos barrera que incorporan Siliconas:* Facilitan la protección de la piel, son sustancias transparentes que actúan reduciendo la resistencia de las fuerzas de fricción y repeliendo la humedad externa, al tiempo que protegen de una excesiva desecación de la piel. [R= Baja]⁽²⁸⁾.
- *Productos barrera con Vaselina:* La vaselina es una sustancia que se combina con otros compuestos. Tiene una función de protección e hidratación de la piel. Es una alternativa a otros productos barreras, se suele utilizar con una concentración del 48%-98% para el tratamiento y protección del eritema asociado a la exposición continuada de heces y orina. [BP]^(32,33).
- *Productos barrera con Karaya:* La Karaya es una sustancia que se combina con otros compuestos (excipientes). Se caracteriza por poseer la capacidad de absorber el exceso de humedad y mejorar la adherencia del producto barrera a la superficie cutánea húmeda y/o macerada. Se recomienda utilizar para casos severos de diarrea recurrente (incontinencia fecal) por su acción beneficiosa de protección de la piel frente a la maceración. [BP]^(9,34).
- *Películas barrera Poliméricas Acrílicas:* Suelen ser copolímeros acrílicos no irritantes sin contenido alcohólico. Tienen efecto protector sobre la epidermis ya que forman una barrera impermeabilizante que no deja pasar la humedad ni fluidos, pero si los gases. Su efecto es de corta duración (72h), inactivándose en contacto con productos de base oleosa o por la fricción en la zona de contacto. Su empleo está recomendado en zonas de pliegues y partes blandas para evitar que los fluidos corporales iriten la piel; además, es altamente

recomendado junto con apósitos adhesivos para reducir los riesgos de lesión cutánea, de la piel expuesta a humedad, durante el proceso de retirada de los mismos. **[R= Baja]**⁽²⁸⁾.

- *Película barrera No Poliméricas*: Generalmente se encuentran asociadas a soluciones alcohólicas o productos volátiles para favorecer el rápido secado del exceso de humedad de la piel. No son recomendables en el caso de deterioro de la integridad cutánea porque pueden originar una mayor irritación y dolor de la piel macerada o eccematosa. **[R= Moderada]**⁽²⁸⁾.
- *Apósitos adhesivos*: Bajo este grupo se incluyen los films de poliuretano y apósitos extrafinos de hidrocoloide. No son recomendables como productos barrera por su facilidad para retener el exudado y la humedad, favorecer la proliferación bacteriana, así como por posibles reacciones alérgicas cutáneas. **[R= Baja]**⁽²⁸⁾.

También, disponemos de una gama de dispositivos comercializados tanto para tratar, como para prevenir la aparición de problemas cutáneos derivados de la exposición reiterada a la humedad; se trata principalmente de colectores y absorbentes, de entre los que destacan los denominados “superabsorbentes” porque clínicamente tienen más eficacia para prevenir las lesiones por humedad asociadas a incontinencia⁽²⁹⁾. Su recomendación de uso viene condicionada por la existencia de un programa individualizado de cambios sistemáticos de dispositivo absorbente y por la necesidad de que solo pueden ser de un solo uso. **[E]**⁽²⁹⁾.

Fuera de las causas por incontinencia (orina y heces), el exudado procedente de heridas crónicas, se caracteriza por su poder irritativo y lesivo para la piel sana expuesta a contacto directo y prolongado. Para gestionar de una manera adecuada el control de este exudado y prevenir fugas, así como para evitar lesionar la piel perilesional, es recomendable utilizar apósitos absorbentes en función de la cantidad de exudado de las heridas y la frecuencia de curación programada (los de la familia de las espumas hidrocélulas e hidropoliméricas, las hidrofibras de hidrocoloide y los alginatos son altamente absorbentes, pudiendo además tratar la contaminación microbacteriana exógena si se combinan con derivados de plata para tratar la infección local. **[R= Baja]**⁽²⁸⁾.

4.5. Educación sanitaria:

Es importante promover la educación sanitaria de profesionales, pacientes y cuidadores para que aprendan a diferenciar este tipo de lesiones de otras, para precozmente estar en disposición de identificar el riesgo y disminuir la tasa de incidencia/prevalencia. **[E]**⁽²⁹⁾.

Una vez realizado el lavado/secado de las zonas expuestas a humedad y/o incontinencia, sería el momento oportuno de procurar una adecuada hidratación y protección del manto lipídico de la piel, mediante la aplicación tópica de cremas o emolientes hidratantes, preferiblemente hidrosolubles, en cantidad adecuada a la extensión anatómica a aplicar (el exceso de producto, no solo no mejora la hidratación, sino que puede contribuir a aumentar la maceración); del mismo modo es un buen momento para tratar de concienciar y enseñar al paciente y sus cuidadores a través de una buena formación y educación sanitaria, constituyendo ésta, la medida preventiva más efectiva, barata y eficaz. **[BP]**^(8,9).

Los profesionales de la salud disponemos de diversas intervenciones educativas que hacen posible el diseño de estrategias preventivas para reducir y/o eliminar el riesgo de las lesiones por humedad, así como promover la educación sanitaria para facilitar el autocuidado del paciente en situación de riesgo o, si fuera el caso, implicar a sus cuidadores principales. Algunas de las técnicas educativas más eficaces, según la evidencia científica serían:

- *Técnicas conductivas y/o conductuales*: Están constituidas por estrategias de cuidados orientadas hacia aquellos individuos dependientes, con grave deterioro cognitivo y/o psicomotor que precisan ayuda permanente de un cuidador. Las estrategias más recomendadas son: entrenamiento del hábito vesical, vaciamientos programados, etc. **[BP]**^(8,9,35) **[R=baja]**⁽³⁶⁾.
- *Técnicas de educación y/o rehabilitadoras*: Son técnicas recomendadas en aquellos pacientes/individuos que son receptivos para su autocuidado. Son terapias de refuerzo positivo que consisten en entrenamientos vesicales, rehabilitación del suelo pelviano, medida higiénico-dietéticas, etc. **[BP]**^(8,9,35) **[R=baja]**⁽³⁶⁾.

CONCLUSIONES

En la práctica clínica la LESCAH las podemos identificar como un deterioro de la integridad de la piel causada por la exposición prolongada a diversas fuentes de humedad, con irritación química o física asociada, caracterizada por un tipo de dermatitis y/o eczema con inflamación y eritema, con o sin excoriación de la epidermis y generalmente acompañada de maceración, que se localiza principalmente a nivel de pliegues tegumentarios, en tejido perilesional y/o periostomal, y en zona perianal o perigenital.

Si bien, hasta ahora, las LESCAH ha sido durante años infravaloradas por parte de las instituciones y de los profesionales de la salud (por su errónea clasificación e identificación), debemos

exigirnos, con la formación y las herramientas de evaluación adecuadas, el empezar a tomar conciencia sobre este tipo de lesiones (diferenciándolas de otros tipo de lesiones), a fin de estandarizar procesos asistenciales y de cuidado, en busca de visibilizar el problema y su abordaje de forma integral, y que involucre tanto a profesionales, como a cuidadores informales, a cargo del cuidado de la piel de las personas que la presentan o están en un riesgo de desarrollarla.

A tenor de la evidencia más actual, y a través del consenso utilizado en este trabajo de investigación, se propone el siguiente algoritmo de actuación^(Figura 13) para la prevención y tratamiento de las LESCAH, basado en las recomendaciones expuestas.

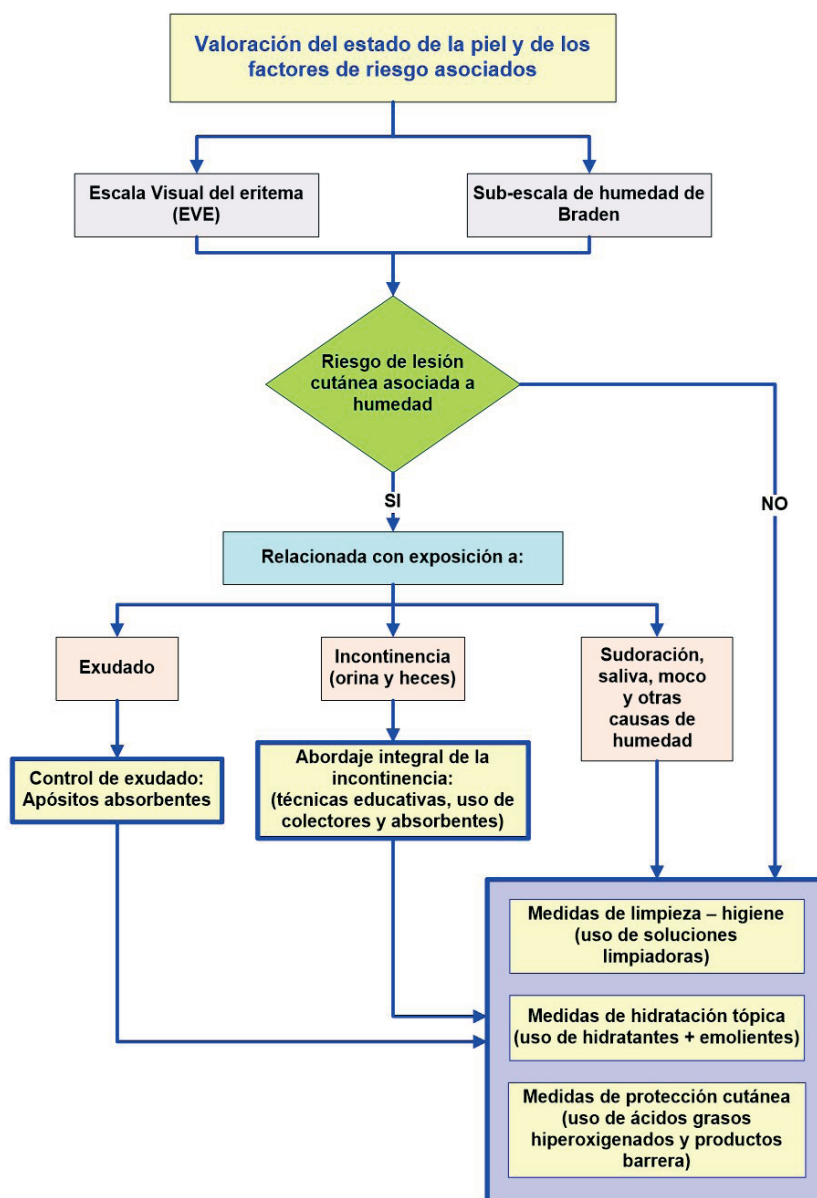


Figura 13 - Algoritmo de prevención y tratamiento de las LESCAH

Sin embargo, a la escasez de resultados y hallazgos de investigación actuales hay que sumarles que las recomendaciones con las que contamos no son concluyentes, y por ello se hace necesario desarrollar e implementar Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia científica; para poder tomar decisiones con respecto al diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las LESCAH y contar con recomendaciones de evidencia basadas en revisiones sistemáticas y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes que las padecen.

Se abre por tanto una línea de investigación que es necesario profundizar en aras de una mejor calidad asistencial que ofrecen los profesionales de la salud.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses y que no han recibido ningún tipo de subvención para la realización de este trabajo de investigación.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración en la revisión por parte del panel de expertos y referentes en heridas del Programa "Úlceras Fóra" del SERGAS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torra i Bou JE, Rodríguez Palma M, Soldevilla Agreda JJ, García Fernández FP, Sarabia Lavín R, Zabala Blanco J. Redefinición del concepto y del abordaje de las lesiones por humedad. Una propuesta conceptual y metodológica para mejorar el cuidado de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH). *Gerokomos*. 2013; 24(2):90-4.
2. Gray M, Black JM, Baharestani MM, Bliss DZ, Colwell JC, Goldberg M, et al. Moisture-Associated Skin Damage. Overview and pathophysiology. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2011; 38(3): 233-41.
3. Black JM, Gray M, Bliss DZ, Kennedy-Evans KL, Logan S, Baharestani MM, Colwell JC, et al. MASD part 2: incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2011; 38 (4): 359-70.
4. Adderley UJ. Managing wound exudate and promoting healing. *Br J CommunityNurs*. 2010; 15(3): S15-20.
5. Zulkowski K. Diagnosing and treating Moisture-associated skin damage. *Adv Skin Wound Care*. 2012; 25(5): 231-6.
6. Voegeli D. Moisture-Associated skin damage: aetiology, prevention and treatment. *Br J Nurs*. 2012; 21(9): 517-8.
7. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. (2º Ed.). Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014.
8. Torra i Bou JE, López Casanova P, Verdú J, Pujalte MJ, Alonso B, Blanco del Valle A, et al. Monografía Prevencare 1. Cuidado de la piel en pacientes ancianos con incontinencia, exceso de exudado y exceso de sudoración. San Joan Despí (Barcelona): Smith & Nephew; 2008. p. 7.
9. García FP, Ibars P, Martínez F, Perdomo E, Rodríguez M, Rueda J, et al. Incontinencia y úlceras por Presión. Serie Documento Técnico GNEAUPP nº 10. Cercedilla (Madrid): GNEAUPP; 2006.
10. Defloor T, Shoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Heyman H, Lubbers M. Statement of the European Pressure Ulcer Advisory Panel-Pressure Ulcer Classification: differentiation between pressure ulcers and moisture lesions. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2005; 32(5): 302-6.
11. Salinas J, Díaz Rodríguez A, Brenes F, Cancelo MJ, Cuenllas A, Verdejo C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *Urod A*. 2010; 23(1): 55-66.
12. Maestre Y, Parés D, Vial M, Bohle B, Sala M, Grande L. Prevalencia de incontinencia fecal y su relación con el hábito defecatorio en pacientes atendidos en medicina primaria. *Med clínic*. 2010; 135(2):59-62.
13. Pancorbo-Hidalgo P, García-Fernández FP, Torra i Bou J, Verdú-Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*. 2014; 25(4): 162-70.
14. Fader M, Bain D, Cottenden A. Effects of absorbent incontinence pads on pressure management mattresses. *J Adv Nurs*. 2004; 48(6):569-74.

15. Quinn AG, McLelland J, Essex T, Farr PM. Quantification of contact allergic inflammation: a comparison of existing methods with a scanning laser Doppler velocimeter. *Acta Derm Venereol.* 1993; 73(1): 21-5.
16. Palomar F, Fornés B, Sierra C, Landete L, Diéz P, Castellano E, et al. Estudio del uso de dispositivos absorbentes en pacientes incontinentes institucionalizados aplicando una escala de valoración de dermatitis de pañal por humedad. *Enferm Dermatol.* 2013; 7(20): 14-30.
17. Nix D, Ermer-Seltun J. A review of perineal skin care protocols and skin barrier products use. *Ostomy Wound Manage.* 2004; 50(12): 59-67.
18. Brown DS, Sears M. Perineal dermatitis: a conceptual framework. *Ostomy Wound Manag.* 1993; 39(7): 2005.
19. Kennedy KL, Lutz L. Comparison of the efficacy and costeffectiveness 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.
20. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res.* 1987; 36(4): 205-10.
21. Omolayo T, Brown K, Rapp MP, Li J, Barrett R, Horn S, Bergstrom N. Construct Validity of the Moisture Subscale of the Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Adv Skin Wound Care.* 2013; 26(3): 122-7.
22. Zapata Sampedro MA, Castro Varela L. Diferencias entre lesiones por humedad y por presión. *Enfermería Docente.* 2008; 88: 24-7.
23. Segovia Gómez T, Bermejo Martínez M, García Alamino JM. Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlas. *Gerokomos.* 2012; 23(3): 137-40.
24. Bates-Jensen BM, McCreath HE, Ponquuan V, Apeles NC. Subepidermal moisture differentiates erythema and stage I pressure ulcers in nursing home residents. *Wound Repair Regen.* 2008; 16(2): 189-97.
25. Guihan M, Bates-Jenson BM, Chun S, Parachuri R, Chin AS, McCreath H. Assessing the feasibility of subepidermal moisture to predict erythema and stage 1 pressure ulcers in persons with spinal cord injury: A pilot study. *J Spinal Cord Med.* 2012; 35(1): 46-52.
26. Fletcher J. Understanding the differences between moisture lesions and pressure ulcers: moisture lesions, frequently caused by incontinence, are often wrongly classified as pressure ulcers. *Nursing Times.* 2008; 104(50-51): 38-9.
27. Kottner J, Halfens R. Moisture lesions: interrater agreement and reliability. *J Clin Nurs.* 2010; 19(5-6):716-20.
28. Avilés Martínez MJ, Sánchez Lorente MM, coordinadores. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Generalitat Valenciana; 2012.
29. Subcomisión de Lesiones por Presión del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Guía de práctica clínica: Prevención y tratamiento de las lesiones por Presión. Zaragoza: Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón; 2013.
30. Instituto Joanna Briggs (JBI). Cuidado tópico de la piel en residencia de ancianos. *Best Practice.* 2007; 11(3): 1-4.
31. Palomar Llatas F, coordinador. Gestión de los cuidados enfermeros en úlceras y heridas. Madrid: Editorial DAE SL; 2009.
32. García-Fernández FP, Pancorbo-hidalgo PL, Verdú-Soriano J. Efectividad de la Película Barrera No Irritante en la prevención de lesiones de piel: Revisión sistemática. *Gerokomos.* 2009; 20(1):29-40.
33. Bliss DZ, Zehrer C, Savik K, Smith G, Hedblom E. An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence: economics of skin damage prevention. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007; 34 (2): 143-52.
34. Gago-Fornells M, Fernando-García González RF. Cuidados de la Piel perilesional. Madrid: Fundación 3M y Drug Farma SL; 2006.
35. Gil Gregorio P, coordinador. Guía de buena práctica en geriatría. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y gerontología (SEGG); 2012.
36. IMSS. Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. México: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 2011.