

# Dermatitis asociada a la incontinencia

## ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO

**MANUEL RODRÍGUEZ PALMA:** Doctor por la Universidad de Alicante. Enfermero. Residencia de Mayores José Matía Calvo. Cádiz. Miembro del Comité Director del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP).

**JOSÉ VERDÚ SORIANO:** Doctor por la Universidad de Alicante. Enfermero. Profesor titular de Universidad. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. Miembro del Comité Director del GNEAUPP. Coordinador CONUEI.

**JOSÉ JAVIER SOLDEVILLA AGREDA:** Doctor por la Universidad de Santiago. Enfermero. Servicio Riojano de Salud. Director del GNEAUPP.

**FRANCISCO PEDRO GARCÍA FERNÁNDEZ:** Doctor por la Universidad de Jaén. Enfermero. Profesor Departamento de Enfermería. Vicedecano Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Miembro del Comité Director del GNEAUPP. Correo e.: [manolo.rpalma@gmail.com](mailto:manolo.rpalma@gmail.com)

### Resumen

La dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) es un tipo de dermatitis de contacto irritante, que se observa frecuentemente en pacientes con incontinencia fecal o urinaria. Se manifiesta como una inflamación de la superficie de la piel caracterizada por eritema, y en ocasiones erosión cutánea. Es una condición prevalente y clínicamente relevante, con serias repercusiones sobre el estado de salud y la calidad de vida del paciente. Su etiología es compleja y multifactorial y sus complicaciones implican la infección cutánea y la apa-

rición de otras lesiones añadidas. Es fundamental la correcta diferenciación entre las DAI y otras lesiones cutáneas similares como paso principal para su prevención y tratamiento, y el uso de instrumentos validados para su valoración, seguimiento y monitorización. La ausencia de estudios bien planteados hace que las recomendaciones para el abordaje de la DAI se apoyen en la opinión de expertos y las mejores prácticas disponibles. Las bases de la prevención y tratamiento de la DAI son el abordaje de la incontinencia y la aplicación de un programa o protocolo estructurado de cuidados de la piel que incluya la limpieza suave, la aplicación de productos barrera y el uso de agentes tópicos hidratantes. El presente artículo intenta recoger el estado actual del conocimiento sobre los aspectos fundamentales de la DAI y su implicación para la práctica enfermera.

**PALABRAS CLAVE:** DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA; INCONTINENCIA FECAL; INCONTINENCIA URINARIA; CUIDADO DE LA PIEL; ENFERMERÍA.

### INCONTINENCE-ASSOCIATED DERMATITIS. CURRENT STATE OF KNOWLEDGE

#### Summary

*Incontinence-associated dermatitis (IAD) is a type of irritant contact dermatitis,*

*which is frequently observed in patients with fecal and/or urinary incontinence. It manifests as an inflammation of the surface of the skin characterized by erythema, and occasionally skin erosion. It is a prevalent and clinically relevant condition, with serious repercussions on the patient's state of health and quality of life. Its etiology is complex and multifactorial and its complications involve cutaneous infection and the appearance of other lesions added. The correct differentiation between IAD and other similar skin lesions is fundamental as the main step for their prevention and treatment, and the use of validated instruments for their assessment, follow-up and monitoring. The absence of well-designed studies means that the recommendations for the approach to the IAD are based on expert opinion and best practices available. The bases of the prevention and treatment of the IAD are the approach to incontinence and the application of a structured program or protocol of skin care that includes gentle cleansing, the application of barrier products and the use of topical moisturizing agents. The present article tries to collect the current state of knowledge about the fundamental aspects of the IAD and its implication for nursing practice.*

**KEYWORDS:** INCONTINENCE-ASSOCIATED DERMATITIS; FECAL INCONTINENCE; URINARY INCONTINENCE; SKIN CARE; NURSING.

## Introducción

La incontinencia, tanto urinaria como fecal, se corresponde con la pérdida involuntaria de orina o heces. Afecta a un porcentaje elevado de la población y por su gravedad, frecuencia, repercusiones y magnitud se constituye en un relevante problema social y de salud, al afectar a la calidad de vida, limitar la autonomía personal y la independencia, provocar importantes repercusiones psicológicas y sociales, predisponer a una mayor morbilidad y mortalidad y generar un enorme gasto económico<sup>1</sup>.

La incontinencia –tanto urinaria, fecal o mixta– puede dar lugar a numerosas complicaciones, siendo una de las más prevalentes las lesiones cutáneas, al comprometer la integridad de la piel, predisponer a infecciones cutáneas e incrementar el riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP)<sup>2</sup>. La incontinencia en sí y el daño de la piel motivado por dicha incontinencia tienen un considerable efecto negativo en el bienestar físico y psicológico de las personas afectadas, y supone un reto diario para los profesionales de la salud de hospitales, residencias y domicilios mantener un adecuado cuidado de la piel en estos pacientes<sup>3</sup>.



Figura 1. DAI en mujer con doble incontinencia. Piel intacta con eritema leve en zonas perianal, perigenital y cara posterior de muslos. (Autor de la fotografía: Manuel Rodríguez Palma.)



Figura 2. Mujer con DAI manifestada por erosión cutánea en zona perianal producida por la acción de heces líquidas. (Autor de la fotografía: Manuel Rodríguez Palma.)

A este tipo de lesiones cutáneas ocasionadas por la acción de las heces u orina provenientes de la incontinencia se las ha llamado «dermatitis asociadas a la incontinencia» (DAI), y forman parte de un grupo más amplio, denominado «lesiones cutáneas asociadas a la humedad» (LESCAH), en el cual también se incluye la dermatitis intertriginosa, la dermatitis perilesional asociada al exudado, la dermatitis periestomal, la dermatitis cutánea asociada al exudado y la dermatitis por saliva o mucosidad<sup>4,5</sup>.

En el presente artículo intentaremos esbozar el estado actual del conocimiento existente en cuanto a los aspectos y componentes principales de la DAI.

## Definición

La DAI es una forma de dermatitis de contacto irritante que se observa en pacientes con incontinencia fecal o urinaria<sup>2,6,7</sup>. Podríamos definirla como la lesión localizada en la piel –no suele afectar a tejidos subyacentes– que se presenta como una inflamación de la misma, y que puede manifestarse como eritema o erosión cutánea (figs. 1 y 2), con apariencia de herida superficial, debido a la acción prolongada y repetida –aunque a veces no necesariamente– de la humedad e irritantes procedentes de heces u orina.

## Etiología y factores de riesgo

La etiología de la DAI es compleja y multifactorial debido a los distintos agentes y procesos fisiopatológicos que interaccionan y tienen lugar simultáneamente. De forma general, la humedad excesiva y la presencia de irritantes provenientes de las heces u orina en contacto con la piel provocan la inflamación y maceración de la misma, generan irritación química y física e incrementan el pH de la superficie de la piel y su permeabilidad comprometiendo la función de barrera cutánea. Esto hace la piel más sensible y permeable a determinados agentes externos irri-

tantes y patógenos y más susceptible a padecer otras lesiones añadidas. Varios estudios confirman que los pacientes con incontinencia fecal o doble incontinencia tienen un mayor riesgo de desarrollar DAI que los pacientes con incontinencia urinaria<sup>8,9</sup>. La presencia de heces u orina compromete la función de barrera cutánea a través de diferentes mecanismos. La humedad de las excretas provoca la sobrehidratación del estrato córneo (EC), lo que origina la hinchazón de los corneocitos y la alteración de las bicapas lipídicas intercelulares. Esto aumenta la permeabilidad de la piel a las enzimas digestivas (proteasas y lipasas), otros irritantes y microorganismos, cosa que agrava el proceso inflamatorio. La acción de las enzimas digestivas descomponen las proteínas que unen a desmosomas y lípidos del EC, disminuyendo aún más la función de barrera cutánea. En el caso de la incontinencia urinaria, el principal irritante químico es el amoníaco proveniente de la urea y transformado por la ureasa (producida por las bacterias fecales). El amoníaco provoca un aumento del pH cutáneo. Este pH más alcalino altera el manto ácido de la piel y reduce la cohesión del EC, lo cual favorece el deterioro de la función de barrera; paralelamente altera la microbiota cutánea (aumentando los patógenos) y activa las proteasas y lipasas, con lo que persiste y se incrementa el daño cutáneo<sup>7,10-12</sup>.

La piel también está expuesta a irritación física como consecuencia de la fricción, por lo que algunos autores consideran esta como un agente etiológico de la DAI al favorecer una piel más debilitada y fácil de dañar<sup>3</sup>, si bien, si nos basamos en el modelo de las lesiones relacionadas con la dependencia (LRD), la presencia de fricción en combinación con humedad ocasionaría lesiones combinadas o mixtas<sup>13,14</sup>.

### Factores asociados o de riesgo

Investigaciones clínicas realizadas en los distintos entornos de atención han identificado diversos factores de riesgo para el desarrollo de la DAI. Los estudios realizados en residencias de mayores destacan la incontinencia fecal, la doble incontinencia, el deterioro cognitivo, la movilidad disminuida, el uso de restricciones físicas, el riesgo de caídas, los déficits funcionales en actividades de la vida diaria, los problemas de oxigenación y perfusión, la fiebre, el soporte nutricional, la presencia de comorbilidades, la fricción y la cizalla, la ausencia de intervenciones preventivas, la presencia de UPP, la DAI categoría 1, el índice de masa corporal (IMC) aumentado y el sexo

femenino<sup>8,15-17</sup>. En un estudio realizado en residencias, hospitales y atención primaria, el IMC aumentado, la incontinencia fecal, la diabetes mellitus, la humedad y la fricción-cizalla se identificaron como factores de riesgo<sup>9</sup>. El estado nutricional deficiente y las deposiciones semi-formadas y líquidas se asociaron con la DAI en el entorno de los cuidados agudos<sup>18,19</sup>. Y en cuidados intensivos, lo fueron la incontinencia fecal con heces líquidas o sueltas, el deterioro cognitivo, la edad y la diabetes mellitus<sup>20,21</sup>.

El único modelo conceptual existente sobre la DAI sus autoras lo desarrollan basándose en revisiones de la literatura y otros modelos existentes para las UPP y la dermatitis del pañal (en niños)<sup>22</sup>. Recientemente, en nuestro país, se ha desarrollado un nuevo modelo teórico sobre la DAI, dentro del marco conceptual de las LRD, que intenta facilitar la comprensión de este complejo proceso a través de la identificación de sus agentes etiológicos, mecanismos fisiopatológicos y factores de riesgo<sup>12</sup>.

### Presentación clínica y localización

En la DAI, el daño cutáneo tiende a mostrarse inicialmente como un eritema difuso persistente, signo de la inflamación cutánea (fig. 1); a veces, la apariencia blanquecina y leve hinchazón de la piel circundante denota maceración. El eritema puede variar del rosa al rojo, en personas de piel clara (fig. 3); en pacientes con tono de piel más oscuro, el enrojecimiento puede ser más sutil y la piel puede estar más pálida, más oscura, púrpura, roja o amarillenta en comparación con la piel normal<sup>7,10,23</sup>. Al persistir la exposición a orina y heces, la respuesta inflamatoria aumenta, produciéndose una hinchazón de la piel o edema, mostrándose la piel más caliente y dura que la adyacente. En ocasiones aparecen pápulas o flictenas (vesículas o ampollas), si bien esta fase no se observa a menudo debido a su rotura, espontánea o por pequeños traumatismos o roces.



Figura 3. Mujer con DAI por incontinencia fecal. Eritema intenso, simétrico, que afecta a glúteos, zona genital, perineal y perianal, cara posterior de muslos y se extiende hasta sacro-cóxis. (Autor de la fotografía: Manuel Rodríguez Palma.)

En los casos más severos, la piel se presenta con erosiones o denudaciones mostrando el aspecto de una herida superficial (fig. 2).

Los pacientes con DAI pueden experimentar molestias como dolor, disconfort, prurito, ardor u hormigueo en las zonas afectadas<sup>2,10</sup>. El dolor incluso puede estar presente con la epidermis intacta.

La DAI se localiza no solo en el perineo (la zona comprendida entre la vulva y el ano en las mujeres, y desde el escroto al ano en varones), sino también en los genitales (labios mayores/escroto), ingles, nalgas o glúteos, debido a la exposición a la orina, y en el pliegue interglúteo y perianal por la exposición a heces. Dependiendo de las zonas de la piel expuestas a orina o heces o al uso de dispositivos de contención para la incontinencia, la DAI también puede extenderse a la cara interna y posterior de los muslos y la parte inferior del abdomen<sup>6,10</sup>.

### Complicaciones

Los pacientes con DAI son susceptibles a infecciones secundarias de la piel. Debido a la presencia cercana del tracto gastrointestinal y urinario, el riesgo de contaminación bacteriana o fúngica aumenta en comparación con las heridas de otra localización.

Los microorganismos más comunes asociados con la DAI son *Escherichia coli*, *Candida albicans* y *Clostridium difficile* procedentes del tracto gastrointestinal, y *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa* de la piel perineal<sup>6,7,24,25</sup>.

En el caso de la infección por *Candida*, esta generalmente se presenta como una erupción maculopapular de color rojo brillante que se disemina desde un área central, con lesiones satélites características en los márgenes de la erupción que se extienden hasta la piel normal. Estas erupciones en ocasiones se presentan como pápulas confluyentes inespecíficas. En los tonos de piel más oscuros, el área central de la infección por hongos puede ser más oscura. Por todo ello, el diagnóstico clínico puede resultar difícil.

En cuanto a la coexistencia con otras lesiones, UPP principalmente, algunos estudios concluyen que parece existir una relación entre la DAI y sus principales factores etiológicos (incontinencia y humedad) y el desarrollo de UPP, considerándose la DAI un factor predictor<sup>26-28</sup> de la aparición de UPP superficiales en la región sacra principalmente.

A la sintomatología física que pueden experimentar los pacientes con DAI vista más arriba, se suman otra serie de consecuencias o costes llamados intangibles y que tienen impacto en el aspecto psicológico y social: pérdida de independencia, sensación de suponer una carga, interrupción de actividades o sueño y calidad de vida reducida que empeora a medida que aumenta la severidad del daño.

### Epidemiología

La epidemiología de la DAI puede variar ampliamente dependiendo del país, nivel de atención y población de estudio. Por ello, la literatura científica presenta grandes variaciones, con cifras de prevalencia entre el 4.3 % y el 42 %, e incidencia del 3.4 % al 50 %, según el tipo de centro y población estudiada<sup>12</sup>. A los motivos reseñados que explicarían esa variabilidad epidemiológica, habría que añadir la falta de criterios diagnósticos para diferenciar la DAI de otras afecciones de la piel, como las UPP superficiales.

Hemos de tener en cuenta que actualmente la población mundial supera los 7 mil millones de personas, de los cuales más de 137 millones tienen una edad de 80 o más años. Dado el crecimiento progresivo general y etario, es lógico pensar que la relevancia y el coste derivado de la atención a los pacientes con DAI continuarán aumentando en los próximos años.

### Valoración y diferenciación de las lesiones

La diferenciación entre DAI y otras lesiones similares es importante, ya que los cuidados y las medidas preventivas y terapéuticas que se han de aplicar son diferentes. La confusión en la diferenciación de estas lesiones resulta en un uso inadecuado y deficiente de los recursos disponibles.

De forma general, la DAI se caracteriza por ser lesiones superficiales, con forma difusa e irregular, a veces simétricas («lesiones en beso»), de bordes imprecisos, que asientan en zonas expuestas a la acción de la incontinencia y que no presentan necrosis. Si bien las lesiones más similares son las UPP superficiales, no deben descartarse otras enfermedades cutáneas como la psoriasis inversa, la dermatitis de contacto alérgica o seborreica.

En la tabla 1 se muestran distintas características diferenciadoras entre úlceras por presión-cizalla, lesiones asociadas a la humedad y lesiones por fricción<sup>5,29</sup>.

### Escalas para la valoración de la dermatitis asociada a la incontinencia

Hasta la fecha, se han desarrollado numerosos instrumentos o escalas relacionados con la DAI, tanto para valorar el riesgo, describir la severidad de las lesiones o favorecer su clasificación y tratamiento, si bien no todos han sido sometidos a los procesos adecuados de validación ni se hallan traducidos al español<sup>12</sup>. Recientemente, en nuestro país, se ha realizado la adaptación cultural y validación de la Perineal Assessment Tool (PAT) para valorar el riesgo de desarrollar DAI<sup>30</sup>. El uso de un instrumento válido y fiable para la detección de pacientes en riesgo y la evaluación y monitorización de la evolución de la DAI es importante tanto para la práctica clínica como para la investigación. Por ello, se ha propuesto un conjunto mínimo de datos en relación con los resultados obtenidos tras la atención a pacien-

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE LAS LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA*				
Características	Úlceras por presión		Lesiones cutáneas asociadas a la humedad	Lesiones por fricción
Exposición o causa	Presión.	Presión y/o cizalla.	Humedad prolongada e irritantes asociados.	Fricción o roce.
Evolución del daño	De fuera a dentro.	De dentro a fuera.	De fuera a dentro.	De fuera a dentro.
Localización de la lesión	Habitualmente perpendicular a prominencias óseas, o sobre tejidos blandos sometidos a presión externa de dispositivos clínicos	Prominencias óseas (generalmente con 30-45° de desplazamiento).	Cualquier zona expuesta a humedad (pliegues cutáneos glúteos, zona perineal y perigenital), ya sea prominencia ósea o no (habitualmente no).	Cualquier zona sometida a fricción o rozamiento, ya sea prominencia ósea o no (espalda, glúteos, sacro, maléolos, talones,...).
Color piel íntegra	Rojo (eritema no blanqueable). Piel perilesional normal.	De rojo, rojo intenso, a marrón y/o púrpura azulado (LTP). Frecuente doble eritema (segundo más oscuro y dentro del primero)	Enrojecimiento no uniforme, de color rojo o rojo brillante. Distintas intensidades. También color rosado o blanco amarillento. Enrojecimiento perianal.	Rojo a rojo oscuro (eritema no blanqueable, de formas lineales) Puede haber flictenas, generalmente con líquido seroso.
Afectación y Profundidad	<i>Piel y/o tejidos subyacentes (también mucosas).</i> Desde piel intacta (ENB), lesiones superficiales (categoría II) a profundas (categorías III-IV).	<i>Piel y/o tejidos subyacentes.</i> Lesiones profundas (categorías III-IV) a veces con piel intacta (LTP).	<i>Piel (no tejidos subyacentes).</i> Lesiones superficiales (epidermis y/o dermis).	<i>Piel (no tejidos subyacentes).</i> Lesiones superficiales (epidermis y/o dermis).

\* Reproducida con autorización. Documento técnico GNEAUPP II: Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia (GNEAUPP, 2014<sup>5</sup>).

tes con DAI que incluyen: eritema, erosión, maceración, dolor relacionado con la DAI y satisfacción del paciente<sup>31</sup>.

**Prevención y tratamiento de la dermatitis asociada a la incontinencia**

Aunque la cantidad de estudios sobre prevención y tratamiento de DAI va en aumento, la evidencia actual aún es limitada. Dos revisiones sistemáticas de ensayos clínicos sobre prevención y tratamiento<sup>32,33</sup> concluyen que la calidad general de los estudios fue baja, con pequeños tamaños de muestra y períodos de seguimiento cortos, no pudiéndose realizar metaanálisis debido a la heterogeneidad de la población, los productos y procedimientos de cuidados de la piel, los resultados y los instrumentos de medida. Parece

que los regímenes de cuidado de la piel que incluyen el uso de un protector cutáneo son beneficiosos para prevenir y tratar la DAI. Sin embargo, con los datos actuales disponibles, no hay evidencia comprobada que indique resultados superiores de un producto en particular, con la excepción del uso de agua y jabón, que no se recomienda. Los hallazgos de los otros ensayos, todos de baja a

**CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE LAS LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA\***

**1**

<p><b>Color lecho lesión</b></p>	 <p>Rosa, rojo, brillante (categoría II). Rojo, amarillento, marrón, negro (según tipo de tejido y categoría UPP).</p>	 <p>Rosa, rojo, amarillento, marrón, púrpura, negro,...</p>	 <p>Rojo, rosado, brillante, no uniforme. Piel perilesional rosa, amarillenta, blanquecina (maceración).</p>	 <p>Rojo, rosado o con restos hemáticos.</p>
<p><b>Bordes</b></p>	 <p>Delimitados, marcados, bien circunscritos. (Sobreelevados y engrosados: signo de cronicidad).</p>	 <p>Delimitados, marcados. También pueden ser irregulares.</p>	 <p>Difusos, imprecisos.</p>	 <p>Tras rotura de flictena, bordes con piel dentada o levantada.</p>
<p><b>Forma y distribución</b></p>	 <p>Regular. Redondeada, ovalada. Forma del dispositivo clínico. Lesión limitada a una sola zona. Aisladas.</p>	 <p>Ovalada, elongada. A veces irregular. Aisladas. Ocasionalmente, lesión en espejo.</p>	 <p>Irregular. Varias zonas o áreas difusas, que pueden ser extensas, en parches. Lesiones en espejo o beso. En pliegues cutáneos, con la forma de la base.</p>	 <p>Lineal, siguiendo los planos de deslizamiento.</p>
<p><b>Necrosis</b></p>	 <p>Tejido desvitalizado: blanco-amarillento u oscuro (esfacelos o necrosis) en categorías III-IV; puede aparecer necrosis seca (escara).</p>	 <p>Tejido desvitalizado: blanco-amarillento u oscuro (esfacelos o necrosis) en categorías III-IV; puede aparecer necrosis seca (escara).</p>	 <p>No está presente. Puede haber exudado congelado, pero no esfacelos.</p>	 <p>No está presente.</p>

\* Reproducida con autorización. Documento técnico GNEAUPP II: Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia (GNEAUPP, 2014\*).

muy baja calidad, sugieren que la aplicación de un producto sin aclarado, humectante o protector de la piel podría ser más efectiva que no aplicarlo. En ambas revisiones se recomienda la realización de estudios de alta calidad con regímenes de prevención y tratamiento estandarizados y comparables en diferentes entornos-regiones, así como de la efectividad de los productos. Mientras tanto, las recomendaciones de prevención y tratamiento de la DAI se basan en las mejores prácticas disponibles y en las recomendaciones de expertos.

Tanto la prevención como el tratamiento de la DAI se fundamentan en dos principios del cuidado: evitar o minimizar el contacto de la orina o heces con la piel a través de un correcto abordaje de la incontinencia, y proteger la piel del efecto nocivo de heces u orina ayudando a restaurar

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE LAS LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA*				
<b>Exudado</b>	Según categoría y estado de la lesión.	Según categoría y estado de la lesión.	Ninguno, o exudado claro, seroso.	Ninguno, o exudado claro, seroso o sero-sanguinolento.
<b>Otros síntomas: dolor, edema, olor,...</b>	Dolor agudo, prurito; el dolor puede intensificarse al liberar las zonas lesionadas (categorías I y II). En ENB, cambios de temperatura, consistencia, edema (>15 mm de diámetro). En categoría I no presentan olor, y en el resto según presencia de infección o tejido no viable. Puede haber tunelizaciones y cavitaciones (categorías III-IV).	Dolor, prurito. En LTP, cambios de temperatura, consistencia, edema (>15 mm de diámetro). Olor según presencia de infección o tejido no viable. Puede haber tunelizaciones y cavitaciones (categorías III-IV).	Quemazón, prurito, picazón, hormigueo, ardor, dolor –según excoiación-. Eritema e inflamación, con o sin erosión. Olor a orina y/o heces, y otros fluidos corporales. No tunelizaciones ni cavitaciones. Piel perilesional habitualmente macerada. Infecciones cutáneas secundarias.	Dolor, aumento de temperatura, cambios de coloración, edema,... No tunelizaciones ni cavitaciones.
<b>Pronóstico</b>	Generalmente y con los cuidados adecuados, suele tener una evolución favorable.	Generalmente y a pesar de los cuidados adecuados, suelen tener una rápida progresión y una evolución desfavorable.	Generalmente y con los cuidados adecuados, suele tener una evolución favorable.	Generalmente y con los cuidados adecuados, suele tener una evolución favorable.

\* Reproducida con autorización. Documento técnico GNEAUPP II: Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia (GNEAUPP, 2014<sup>9</sup>).

rar su función de barrera, por medio de la implementación de un programa estructurado de cuidados de la piel<sup>7,10,12,23</sup>.

**Abordaje de la incontinencia**

De forma general, el manejo y gestión de la incontinencia se inicia con una evaluación completa del paciente incontinente para identificar la etiología del problema y sus factores de riesgo, estableciendo un plan de atención integral. Habitualmente, el tratamiento de las causas reversibles se basa en intervenciones conductuales no invasivas (técnicas de gestión de dietas, manejo de líquidos o técnicas de higiene). Según los casos, el abordaje precisará de otras técnicas conductuales y llegará a intervenciones farmacológicas o quirúrgicas.

El uso de productos absorbentes y de contención (pañales, compresas, salvacamás, colectores...) y el uso de dispositivos permanentes (catéter urinario o sistema de desviación de heces) constituyen medidas habituales en el abordaje del paciente incontinente, si bien es recomendable considerar estas intervenciones solo después de una evaluación detallada del proceso y de las características del sujeto, haciendo un uso adecuado y consecuente de las mismas y siendo sometidas a evaluación periódica, como el resto de procedimientos, para confirmar su indicación.

**Programa estructurado para el cuidado de la piel**

En algunos entornos, las directrices para la prevención y el tratamiento de la DAI se combinan con el protocolo de prevención de UPP para obtener un enfoque combinado, integral y pragmático en el cuidado de la piel. Par-

tiendo de una evaluación del riesgo y valoración clínica periódica, dicho programa debe basarse en tres principios básicos:

*1. Limpieza suave de la piel*

Es importante usar una técnica de limpieza suave y cuidadosa en pacientes con DAI o en riesgo, evitando la fricción y el frotado vigoroso, y utilizando productos con un pH similar al de la piel normal. Se aconseja limpiar diariamente y después de cada episodio de incontinencia fecal, evitando lavados frecuentes o agresivos que ocasionen la irritación y sequedad de la piel al influir en su pH y en la microbiota.

Los productos limpiadores para pacientes con incontinencia, contienen detergentes y surfactantes que eliminan la suciedad y las sustancias irritantes de la piel y no afectan de manera negativa el pH cutáneo, añadiendo en ocasiones humectantes y



Figura 4. Programa estructurado de cuidados de la piel en la prevención y tratamiento de la dermatitis asociada a la incontinencia. (Autor: Manuel Rodríguez Palma.)

emolientes que preservan los lípidos de la superficie cutánea. Se presentan en forma de soluciones limpiadoras, espumas o toallitas, no requiriendo enjuague ni aclarado, por lo que se evita el uso de toallas para secar la piel. Si es necesario, y tras la limpieza, debe secarse la piel suavemente, evitando fricciones.

### 2. Protección de la piel

El objetivo principal de un protector cutáneo o productos barrera es evitar el deterioro de la piel, proporcionando una barrera impermeable o semipermeable e impidiendo así la penetración del agua y los irritantes biológicos que se encuentran en las heces y orina.

Varios estudios clínicos sugieren que la aplicación de un producto barrera puede proteger la piel contra los efectos adversos de la humedad y la incontinencia. Entre los principales protectores de la piel están el petrolato, el óxido de zinc y las fórmulas a base de dimeticona, en forma de cremas o ungüentos, y las películas cutáneas poliméricas de acrilatos y cianoacrilatos.

La formulación de los productos de barrera disponibles varía ampliamente, en cuanto a composición y concentraciones y, por lo tanto, la elección del producto dependerá del estado de la piel entre otros aspectos. Se recomienda aplicar el protector cutáneo con una frecuencia acorde a su capacidad para proteger la piel y según las instrucciones del fabricante, comprobar que dicho producto es compatible con otros productos utilizados e intentar la aplicación del protector en toda la piel que esté en contacto o potencialmente pueda estarlo con la orina o heces.

### 3. Hidratación

La hidratación es clave para reparar o mejorar la barrera de la piel, manteniendo y aumentando su contenido en agua, reduciendo su pérdida

transepidérmica y restaurando la capacidad de la barrera de lípidos de atraer, retener y redistribuir el agua.

En pacientes con piel hiperhidratada o macerada, como puede ser en los estadios iniciales de la DAI, se recomienda el uso de sustancias emolientes (preferiblemente no oclusivas). Los productos emolientes se presentan en forma de pomada, loción o sustancias oleosas, debiendo aplicarse posteriormente al baño del paciente y después de cada cambio de absorbente. Es recomendable limitar la cantidad de hidratante en los pliegues de la piel, para evitar su ablandamiento y maceración. En el caso de piel seca o áspera, es esencial el uso rutinario de emolientes y humectantes para reemplazar los lípidos intercelulares y mejorar el contenido de humedad del EC.

En la figura 4 se esquematizan las claves para el abordaje de estas lesiones en el marco de un programa estructurado de cuidados de la piel.

**Conclusiones**

La DAI se presenta como un proceso inflamatorio causado por el daño ocasionado a la piel debido al contacto prolongado con la orina o heces. Su etiología es compleja y multifactorial, así como sus manifestaciones clínicas, que son diversas. La aparición de DAI es una condición prevalente y clínicamente relevante, con importantes repercusiones sobre el estado de salud y la calidad de vida del paciente, que requiere de una valoración y diferenciación con otras lesiones, así como de una prevención y tratamiento eficaz por parte de los profesionales del cuidado. Esto implica el abordaje de la incontinencia para tratar las causas y la implementación de un programa estructurado de cuidados de la piel, cuyos elementos esenciales incluyen la limpieza, protección e hidratación de la piel.

Aun siendo una condición sobre la que se ha investigado mucho en es-

tos últimos años, siguen existiendo lagunas y es necesario seguir avanzando en el estudio e investigación de los diversos aspectos de la DAI en cuanto a la comprensión de su etiología y factores de riesgo, fisiopatología, diagnóstico, herramientas de valoración y monitorización, epidemiología, y estrategias efectivas de prevención y tratamiento, entre otras, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención.

**Bibliografía**

1. Morilla JC. Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. Sevilla: SAS - ASANEC; 2003.
2. Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, Ermer-Seltun J, Kennedy-Evans KL, Palmer MH. Incontinence-associated dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007 Ene-Feb;34(1):45-54; test 5-6.
3. Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, Heyneman A, Defloor T. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *J Adv Nurs.* 2009 Jun;65(6):1141-54.
4. Torra i Bou J, Rodríguez Palma M, Soldevilla Agreda J, García Fernández F, Sarabia Lavín R, Zabala Blanco J, et al. 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.
5. García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez Palma M, editores. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014.
6. Black JM, Gray M, Bliss DZ, Kennedy-Evans KL, Logan S, Baharestani MM, et al. MASD part 2: incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011 Jul-Ago;38(4):359-70; test 71-2.
7. Gray M, Beeckman D, Bliss DZ, Fader M, Logan S, Junkin J, et al. Incontinence-Associated Dermatitis: A Comprehensive Review and Update. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2012 Ene-Feb;39(1):61-74.
8. Bliss DZ, Zehrer C, Savik K, Thayer D, Smith G. Incontinence-associated skin damage in nursing home residents: a secondary analysis of a prospective, multicenter study. *Ostomy Wound Manage.* 2006 Dic;52(12):46-55.
9. Kottner J, Blume-Peytavi U, Lohrmann C, Halfens R. Associations between individual characteristics and incontinence-associated dermatitis: a secondary data analysis of a multi-centre prevalence study. *Int J Nurs Stud.* 2014 Oct;51(10):1373-80.
10. Beeckman D, Campbell JL, Campbell K, Chimentao D, Coyer FM, Domansky R, et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. *Wounds International.* 2015.
11. Foureur N, Vanzo B, Meaume S, Senet P. Prospective aetiological study of diaper dermatitis in the elderly. *Br J Dermatol.* 2006 Nov;155(5):941-6.
12. Rodríguez Palma M. Revisión sistemática sobre los factores relacionados con la dermatitis asociada a la incontinencia. Propuesta de un nuevo modelo teórico [Systematic review of related factors with incontinence-associated dermatitis. Proposal for a new theoretical model]. Alicante: Universidad de Alicante; 2015.
13. García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Verdú J, Pancorbo Hidalgo PL. A new theoretical model for the development of pressure ulcers and other dependence-related lesions. *J Nurs Scholarsh.* 2014 Ene;46(1):28-38.
14. García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez Palma M. Classification of dependence-related skin lesions: a new proposal. *J Wound Care.* 2016 Ene;25(1):26, 8-32.
15. Bliss DZ, Mathiason MA, Gurvich O, Savik K, Eberly LE, Fisher J, et al. Incidence and Predictors of Incontinence-Associated Skin Damage in Nursing Home Residents With New-Onset Incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2017 Mar/Apr;44(2):165-71.
16. Boronat-Garrido X, Kottner J, Schmitz G, Lahmann N. Incontinence-Associated Dermatitis in Nursing Homes: Prevalence, Severity, and Risk Factors in Residents With Urinary and/or Fecal Incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2016 Nov/Dic;43(6):630-5.
17. Van Damme N, Van den Bussche K, De Meyer D, Van Hecke A, Verhaeghe S, Beeckman D. Independent risk factors for the development of skin erosion due to incontinence (incontinence-associated dermatitis category 2) in nursing home residents: results from a multivariate binary regression analysis. *Int Wound J.* 2017 Oct;14(5):801-10.
18. Campbell JL, Coyer FM, Osborne SR. Incontinence-associated dermatitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting. *Int Wound J.* 2016 Jun;13(3):403-11.
19. Junkin J, Selekof JL. Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007 May-Jun;34(3):260-9.
20. Bliss DZ, Savik K, Thorson MA, Ehman SJ, Lebak K, Beilman G. Incontinence-associated dermatitis in critically ill adults: time to development, severity, and risk factors. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011 Jul-Ago;38(4):433-45.
21. Van Damme N, Clays E, Verhaeghe S, Van Hecke A, Beeckman D. Independent risk factors for the development of incontinence-associated dermatitis (category 2) in critically ill patients with fecal incontinence: A cross-sectional observational study in 48 ICU units. *Int J Nurs Stud.* 2018 May;81:30-9.
22. Brown DS, Sears M. Perineal dermatitis: a conceptual framework. *Ostomy Wound Manage.* 1993 Sep;39(7):20-2, 4-5.
23. Beele H, Smet S, Van Damme N, Beeckman D. Incontinence-Associated Dermatitis: Pathogenesis, Contributing Factors, Prevention and Management Options. *Drugs Aging.* 2018 Ene;35(1):1-10.
24. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Incontinence in the aged: contact dermatitis and other cutaneous consequences. *Contact Dermatitis.* 2007 Oct;57(4):211-7.
25. Campbell JL, Coyer FM, Mudge AM, Robertson IM, Osborne SR. Candida albicans colonisation, continence status and incontinence-associated dermatitis in the acute care setting: a pilot study. *Int Wound J.* 2017 Jun;14(3):488-95.
26. Demarre L, Verhaeghe S, Van Hecke A, Clays E, Grypdonck M, Beeckman D. Factors predicting the development of pressure ulcers in an at-risk population who receive standardized preventive care: secondary analyses of a multicentre randomised controlled trial. *J Adv Nurs.* 2015 Feb;71(2):391-403.
27. Beeckman D, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S. A systematic review and meta-analysis of incontinence-associated dermatitis, incontinence, and moisture as risk factors for pressure ulcer development. *Res Nurs Health.* 2014 Jun;37(3):204-18.
28. Gray M, Giuliano KK. Incontinence-Associated Dermatitis, Characteristics and Relationship to Pressure Injury: A Multisite Epidemiologic Analysis. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2018 Ene-Feb;45(1):63-7.
29. García Fernández FP, Ibars Moncasi P, Martínez Cuervo F, Perdomo Pérez E, Rodríguez Palma M, Rueda López J, et al. Incontinencia y Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n.º 10. Madrid: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2006.
30. Alexandre S. Adaptación cultural y validación al español de la escala Perineal Assessment Tool [Cultural adaptation and validation to spanish of the Perineal Assessment Tool scale]. Lérida: Universitat de Lleida; 2017.
31. Van den Bussche K, Kottner J, Beele H, De Meyer D, Dunk AM, Ersrer S, et al. Core outcome domains in incontinence-associated dermatitis research. *J Adv Nurs.* 2018 Jul;74(7):1605-17.
32. Beeckman D, Van Damme N, Schoonhoven L, Van Lancker A, Kottner J, Beele H, et al. Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. *Cochrane Database System Rev.* 2016 Nov 10;11:CD011627.
33. Pather P, Hines S, Kynoch K, Coyer F. Effectiveness of topical skin products in the treatment and prevention of incontinence-associated dermatitis: a systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep.* 2017 May;15(5):1473-96.