

Colección de guías prácticas de feridas do Servizo Galego de Saúde

Guía práctica de lesións cutáneas asociadas á humidade. Guía nº 7



**COLECCIÓN DE GUÍAS PRÁCTICAS DE FERIDAS
DO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE**

**GUÍA PRÁCTICA DE
LESIÓNS CUTÁNEAS ASOCIADAS Á HUMIDADE**
Guía nº 7

Edita: Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade
Servizo Galego de Saúde
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Deseño e maquetación: Versal Comunicación, S.L.

Ano: 2017



Licenza Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International Licence (CC BY-SA 4.0)
<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

COLECCIÓN DE GUÍAS PRÁCTICAS DE FERIDAS DO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

- N° 1 Úlceras por presión
- N° 2 Úlceras da extremidade inferior
- N° 3 Úlceras de pé diabético
- N° 4 Lesións cutáneas neoplásicas
- N° 5 Lesións por queimadura
- N° 6 Ferida cirúrxica aguda
- N° 7 **LESIÓNS CUTÁNEAS ASOCIADAS Á HUMIDADE**
- N° 8 Feridas traumáticas



PRESENTACIÓN

Por todos é coñecido que a abordaxe das úlceras e feridas leva implícito un problema de saúde de gran magnitude pola perda de calidade de vida nos pacientes, pola repercusión que ten nas súas familias e cuidadores e tamén pola carga de traballo que lles supoñen os seus cuidados aos profesionais sanitarios. A isto hai que engadir o sobrecusto económico que supón para a sustentabilidade do sistema sanitario.

Desde o Servizo Galego de Saúde (Sergas), somos conscientes da importancia e impacto asistencial dunha adecuada xestión da prevención e tratamento deste tipo de lesións; polo que desde hai anos e de forma máis intensiva dende a Subdirección Xeral de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa, a través do Servizo de Integración Asistencial, está a traballarse por mellorar a estrutura, recursos e condicións necesarias para tratar de normalizar e sistematizar a actividade asistencial derivada do devandito proceso de cuidados.

O **Programa Úlceras Fóra** constitúese no marco de referencia para desenvolver e establecer as liñas estratéxicas na abordaxe de todo o relacionado coas úlceras e as feridas, e inclúe como un dos seus obxectivos esenciais establecer criterios asistenciais comúns (para a identificación do risco, a valoración de lesións, establecemento de medidas preventivas, de terapias, utilización de produtos, seguimento, rexistro, etc.) que posibiliten avanzar cara á unificación de opinións e da correspondente redución da variabilidade clínica para este tipo de lesións.

É por iso que a presente **Colección de guías prácticas de feridas do Servizo Galego de Saúde** describe o esforzo e o entusiasmo de moitos profesionais (enfermeiros e médicos) por mellorar a súa práctica clínica no cuidado e abordaxe integral dos pacientes afectados por úlceras e feridas, ou con risco de padecerlas, co fin de incorporar a mellor evidencia dispoñible do momento cara á consecución dunha mellora da calidade asistencial e seguridade do paciente.

Jorge Aboal Viñas
Director xeral de Asistencia Sanitaria
Servizo Galego de Saúde

PREFACIO

Esta guía práctica foi elaborada coa participación de profesionais de saúde de atención primaria e atención hospitalaria do Sergas, e revisada por profesionais expertos na materia e institucións científicas de ámbito nacional; baixo a coordinación da Subdirección Xeral de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa e Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria do Sergas.

As recomendacións de práctica clínica baseada na evidencia que se inclúen nesta guía son de carácter xeral, polo que non definen un curso único de conduta para seguir nun procedemento ou tratamento para o coidado integral que se pretende levar. Calquera modificación ou variación das recomendacións aquí establecidas, deberán basearse no xuízo clínico (evidencia interna) do profesional sanitario que as aplica e das mellores prácticas clínicas do momento; así como, nas necesidades específicas e as preferencias de cada paciente en particular; os recursos dispoñibles no momento da atención sanitaria e na normativa establecida pola institución ou centro sanitario onde se pretende aplicar.

DIFUSIÓN E IMPLEMENTACIÓN

A difusión e a estratexia de implementación desta guía práctica; así como, de toda a Colección de guías prácticas de feridas do Sergas, coordinarase a través da dirección técnica do Programa Úlceras Fóra; é dicir, polo Servizo de Integración Asistencial, da Subdirección Xeral de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa, do Servizo Galego de Saúde.

O proceso de difusión comporta unha presentación protocolaria na Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia, a presentación oficial en todas as institucións públicas da rede sanitaria do Sergas, a difusión dun comunicado oficial aos medios de comunicación, a súa divulgación en eventos científicos e difusión na internet a través da nosa web oficial.

VIXENCIA E ACTUALIZACIÓN

A guía deberá ser revisada transcorridos tres anos desde a data da súa publicación. A súa actualización poderá realizarse antes de finalizar o devandito período se algunha das recomendacións de evidencia modifica a súa categorización e pode supoñer un risco clínico de seguridade para o paciente e/ou afectar a calidade asistencial.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESE E INDEPENDENCIA EDITORIAL

Os autores desta guía práctica declaran facer un esforzo por asegurarse de que a información aquí contida sexa completa e actual, e declaran que non foron influídos por conflitos de intereses que puidesen cambiar os resultados ou contidos durante a etapa da súa elaboración e desenvolvemento. Así mesmo, os autores da guía asumen a responsabilidade do contido expresado, que inclúe evidencias e recomendacións.

Os editores da Colección de guías prácticas de feridas do Servizo Galego de Saúde declaran a existencia de independencia editorial en canto ás decisións tomadas pola dirección técnica e os coordinadores do grupo de traballo.

AVALIACIÓN E CLASIFICACIÓN DA EVIDENCIA

As evidencias científicas e recomendacións expostas nesta guía práctica foron o resultado da avaliación e análise das fontes de información bibliográfica consultadas como referentes (guías de práctica clínica, guías baseadas na mellor evidencia, outros documentos baseados en evidencia, revisións sistemáticas e artigos orixinais), para a súa elaboración polo método de lectura crítica e consenso por grupo nominal entre autores e panel de expertos.

A clasificación do nivel de evidencia e gradación das recomendacións mantívose respectando a fonte orixinal consultada e a escala de evidencia que utilizou. Para iso, seguiuuse o método que desenvolve o CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnolóxica en Saúde) de México na elaboración da súa Guía de Práctica Clínica (GPC):

- Clasificar co símbolo **[E]** aquelas evidencias que aparecen publicadas nalgunha GPC, seguidas pola súa clasificación alfanumérica (calidade do estudo, se esta referenciada) e cita bibliográfica.
- Categorizar co símbolo **[R]** aquelas recomendacións identificadas por algunha GPC, seguidas pola súa forza de recomendación (por niveis A-B-C-D, en orde decrecente segundo a importancia clínica, ou pola súa gradación en alta-moderada-baixa evidencia).
- Identificar co símbolo **[BP]** aquelas accións e/ou actividades consideradas como boas prácticas, que non están referenciadas ou avaladas por ningunha GPC, pero que aparecen noutros documentos baseados na evidencia (guías de boas prácticas clínicas, vías clínicas, protocolos baseados na evidencia etc.) e cuxa evidencia se obtivo a través de revisións sistemáticas, metaanálises, ensaios clínicos etc.

As escalas sobre o nivel de evidencia e grao de recomendacións que se describen nos contidos desta guía práctica, pódense consultar a través das fontes bibliográficas referenciadas na táboa resumo de recomendacións / evidencias.

GUÍA PRÁCTICA DE LESIÓNS CUTÁNEAS ASOCIADAS Á HUMIDADE

GUÍA PRÁCTICA Nº 7

Colección de guías prácticas de feridas
do Servizo Galego de Saúde



ÍNDICE

01. RELACIÓN DE AUTORES, COORDINADORES E REVISORES	16
02. INTRODUCCIÓN	18
2.1. Xustificación	18
2.2. Alcance e obxectivos	18
2.3. Preguntas que vai responder esta guía	19
03. DEFINICIÓN	20
04. EPIDEMIOLOXÍA	21
05. ETIOPATOXENIA. FACTORES PREDISPOÑENTES	22
06. FISIOPATOLOXÍA. MANIFESTACIÓNS CLÍNICAS	27
07. VALORACIÓN DIAGNÓSTICA. CLASIFICACIÓN E DIFERENCIACIÓN CLÍNICA	31
7.1. Escalas de valoración do risco de lesión por humidade	18
7.2. Clasificación das LESCAH	18
7.3. Características de diferenciación entre LESCAH e UPP	19
08. DIRECTRICES XERAIS DE PREVENCIÓN E TRATAMENTO	27
8.1. Determinar a causa da lesión	18
8.2. Valoración do risco	18
8.3. Coidados da pel	19
8.4. Protección da pel	18
8.5. Medidas xerais de limpeza e hixiene	18
8.6. Algoritmo de decisión para a prevención das LESCAH	18
8.7. Educación sanitaria	18
8.8. Modelo de prevención e tratamento	18
09. RESUMO DAS RECOMENDACIÓNS DE EVIDENCIA	42
10. BIBLIOGRAFÍA	45
11. ANEXOS	49

01 RELACIÓN DE AUTORES, COORDINADORES E REVISORES

DIRECCIÓN TÉCNICA

Programa Úlceras Fóra

Servizo de Integración Asistencial. Subdirección Xeral de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde (Sergas). programa.ulceras.fora@sergas.es

GRUPO DE TRABAJO

AUTORES DA GUÍA

José María Rumbo Prieto

Supervisor de Coidados, Investigación e Innovación. Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estrutura Organizativa de Xestión Integrada de Ferrol.

Luis Arantón Areosa

Director de Procesos de Enfermería. Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estrutura Organizativa de Xestión Integrada de Ferrol.

Ramón López de los Reyes

Facultativo especialista adxunto do Servizo de Cirurxía Xeral e do Aparato Dixestivo. Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estrutura Organizativa de Xestión Integrada de Ferrol.

Eulalia Vives Rodríguez

Facultativa especialista adxunta do Servizo de Cirurxía Xeral e do Aparato Dixestivo. Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estrutura Organizativa de Xestión Integrada de Ferrol.

COORDINADORES DA COLECCIÓN DE GUÍAS

José María Rumbo Prieto

Supervisor de Coidados, Investigación e Innovación. Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.

Camilo Daniel Raña Lama

Enfermeiro. Centro de Saúde de Labañou. Xerencia de Xestión Integrada da Coruña.

María Blanca Cimadevila

Xefa do Servizo de Integración Asistencial. Subdirección Xeral de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde (Sergas).

Ana Isabel Calvo Pérez

Técnica do Servizo de Integración Asistencial. Subdirección Xeral de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde (Sergas).

Josefa Fernández Segade

Técnica do Servizo de Integración Asistencial. Subdirección Xeral de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde (Sergas).

REVISORES

Panel de expertos

- **Grupo de Formadores e Referentes en Feridas do Programa Úlceras Fóra do SERGAS**
- **Carmen Outón Dosil**
Enfermeira. Complexo Hospitalario Universitario da Coruña. Xerencia de Xestión Integral da Coruña.
- **Estela María Souto Fernández**
Enfermeira. Complexo Hospitalario Universitario da Coruña. Xerencia de Xestión Integral da Coruña.
- **Rocío Sanmartín Castrillón**
Enfermeira. Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol. Xerencia de Xestión Integral de Ferrol.
- **Juan Santiago Cortizas Rey**
Enfermeiro. Supervisor de Infección Nosocomial. Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol. Xerencia de Xestión Integral de Ferrol.
- **Pedro Pita Miño**
Enfermeiro. Supervisor de Cirurxía. Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol. Xerencia de Xestión Integral de Ferrol.
- **Federico Palomar Llatas**
Enfermeiro. Director Cátedra Hartmann de Coidados da Pel. Universidade Católica de Valencia.
- **Ana Isabel Calvo Pérez**
Enfermeira. Técnica do Servizo de Integración Asistencial. Subdirección Xeral de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde (Sergas).

Institucións e sociedades científicas

- **Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC)**
- **Sociedad Gallega de Heridas (SGH)**
- **Academia de Enfermería de Galicia**
- **Colexio Oficial de Enfermería de Lugo**
- **Colexio Oficial de Enfermería de A Coruña**
- **Colexio Oficial de Enfermería de Ourense**
- **Colexio Oficial de Enfermería de Pontevedra**

COMO CITAR O DOCUMENTO

Rumbo-Prieto J.M., Arantón-Areosa L., López-de-los-Reyes R., Vives-Rodríguez E. *Guía práctica de lesións cutáneas asociadas á humidade* [Guía Práctica n.º 7]. En: Rumbo-Prieto J.M., Raña-Lama C.D., Cimadevila-Álvarez M.B., Calvo-Pérez A.I., Fernández-Segade J., editores. Colección de guías prácticas de feridas do Servizo Galego de Saúde. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde; 2017.

02 | INTRODUCCIÓN

2.1. XUSTIFICACIÓN

A abordaxe das úlceras e feridas crónicas leva implícito un problema de saúde de gran magnitude polo sobrecusto económico que supón para os sistemas de saúde, pola perda de calidade de vida nos pacientes, pola repercusión que ten nas súas familias e cuidadores (que en moitos casos levan o peso da prevención e a tarefa de cuidados) e tamén pola carga de traballo que supoñen os seus cuidados aos profesionais sanitarios. Por iso, a toma de decisións sobre a súa abordaxe require ter en conta varias alternativas provenientes de diversas fontes de información (datos clínicos, experiencia profesional, preferencias do paciente, evidencias científicas, protocolos, guías etc.) que á súa vez orixinan unha considerable variabilidade de decisións en función do momento, da información dispoñible e da persoa que decide. Isto dá lugar a unha gran disparidade na actuación dos profesionais en técnicas, probas e habilidades diagnósticas, xuízo clínico e toma de decisións ante un mesmo problema ou paciente e mesmo nun mesmo profesional en relación a pacientes coa mesma clínica e patoloxía.

A presente *Guía práctica de lesións cutáneas asociadas á humidade* (guía práctica nº7) intégrase dentro da Colección de guías prácticas de feridas do Servizo Galego de Saúde; de acordo coas estratexias e liñas de acción promovidas a través do Programa Úlceras Fóra que coordina a Subdirección Xeral de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Pola súa vez, a dita colección, alíñase en consonancia coa estratexia núm. 10 (Mellorar a práctica clínica), do Plan de Calidade para o Sistema Nacional de Saúde 2010, así como, coa Estratexia Sergas 2014: A sanidade pública ao servizo dos pacientes.

Por tanto, esta guía confórmase como unha síntese das mellores intervencións e prácticas preventivas ou terapéuticas dispoñibles para a práctica clínica;

2.2. ALCANCE E OBXECTIVOS

O alcance da guía diríxese ás persoas afectadas, aos cuidadores informais e a todos os profesionais sanitarios con responsabilidade directa ou indirecta para a abordaxe integral das lesións cutáneas asociadas á humidade, en calquera dos tres ámbitos asistenciais de saúde da Comunidade: Atención Primaria de Saúde, Atención Hospitalizada e Atención Sociosanitaria.

O obxectivo da guía é dispoñer dunhas directrices e/ou criterios estandarizados que sirvan de referencia para identificar factores de risco, realizar accións específicas de prevención, detección, derivación e tratamento que supoñen estas lesións cutáneas como problema de saúde. A finalidade é contribuír ao benestar das persoas, reducir a variabilidade terapéutica e a incerteza profesional, diminuír a prevalencia e incidencia deste problema de saúde na sociedade; así como, conseguir unha maior optimización da xestión dos recursos humanos e económicos dispoñibles do sistema sanitario e sociosanitario de Galicia con base nas recomendacións de práctica baseada na evidencia e conseguir uns indicadores de calidade de atención de cuidados

e seguridade dos pacientes que permitan unha maior eficiencia do proceso entre os distintos niveis asistenciais.

2.3. PREGUNTAS QUE VAI RESPONDER ESTA GUÍA PRÁCTICA

- Que son e como se definen as lesións cutáneas asociadas á humidade (LESCAH)?
- Cal é a súa epidemioloxía e etiopatoxenia, de que tipo son e como se clasifican?
- Cales son as localizacións máis frecuentes?
- Como diagnosticar e/ou diferenciar unha LESCOAH?
- Que tratamentos e/ou medidas terapéuticas son as máis adecuadas?
- Que complicacións se poden producir?
- Que recomendacións de prevención son as máis indicadas?
- Que recomendacións de tratamento son as máis idóneas?
- Que pautas terapéuticas e de educación sanitaria deben seguir os pacientes, coidadores informais e profesionais para facilitar o seu coidado?

03 | DEFINICIÓN

O termo lesión cutánea asociada á humidade (LESCAH)¹ é un concepto xeral que inclúe na súa definición o efecto da humidade con outros axentes agresores e un efecto desta sobre a pel. Recentemente o termo foi obxecto dun debate de consenso para redefinir o concepto, concretar as fontes de humidade e diferenciar este tipo de lesións doutras que non o son 1-10.

O Grupo Nacional para o Estudo e Asesoramento en Úlceras por Presión e Feridas Crónicas (GNEAUPP), no seu documento n.º II; propón como definición de LESCACH:³ *“a lesión localizada na pel (non adoita afectar a tecidos subxacentes) que se presenta como unha inflamación (eritema) e/ou erosión desta, causada pola exposición prolongada (continua ou case continua) a diversas fontes de humidade con potencial irritativo para a pel (por exemplo: ouriños, feces, exsudado de feridas, efluentes de estomas ou fístulas, suor, saliva ou moco)”*.

Desta forma, podemos entender á LESCACH como: unha deterioración da integridade da pel causada pola exposición prolongada a diversas fontes de humidade, con irritación química ou física asociada, caracterizada por un tipo de dermatite e/ou eccema con inflamación e eritema, con ou sen excoriación da epiderme e xeralmente acompañada de maceración, que se localiza principalmente a nivel de pregaduras tegumentarias, en tecido perilesional e/ou periestomal, e en zona perianal ou perixenital (**figura 1**).



Figure 1. Lesión cutánea asociada á humidade en zona perianal e perixenital

04 | EPIDEMIOLOXÍA

A epidemioloxía das LESCAH vén condicionada pola súa etioloxía (humidade), pero tradicionalmente só se recoñecían neste grupo as dermatites asociadas á incontinencia (DAI), e obviábanse unha enorme cantidade de factores desencadeantes como a presenza de exsudados, produtos irritantes, etc.

As LESCAH relacionadas con DAI son as máis frecuentes e dolorosas (afectan o estado xeral da saúde da persoa, a súa calidade de vida e nun gran número de casos considéranse lesións que se poden prever). No noso contorno, a prevalencia epidemiolóxica das LESCAH está aínda pouco estudada pero obsérvase que esta irá en aumento a medida que se profunde en identificar especificamente esta etioloxía,^{1,2,6,7} sobre todo porque a coexistencia de incontinencia fecal e urinaria é moi frecuente, particularmente en persoas anciás e institucionalizadas en centros sociosanitarios; unha incidencia que aumenta coa idade e coa presenza de patoloxías comórbidas (tan común en mulleres como en homes).¹¹⁻¹⁴

A humidade asociada á incontinencia, xa sexa de tipo urinaria, fecal ou unha combinación das anteriores, é considerada un factor de risco de aparición de úlceras por presión (UPP),¹⁴⁻¹⁷ que combinada con presión non aliviada ou cizallamento, agrava os efectos destes porque diminúe as defensas naturais do organismo.

No 4.º Estudo Nacional de Prevalencia por UPP en España,¹⁸ segundo a etioloxía, as lesións relacionadas coa humidade (LESCAH) supoñen un 6,5 % do total. Ademais, determinouse a existencia dun 16% de lesións combinadas: presión e/ou cizalla + humidade. Por niveis asistenciais, a prevalencia de LESCAH en atención primaria foi do 3,7 %; en centros hospitalarios do 8,1 % e en centros sociosanitarios do 5,25 %. Segundo a localización, as zonas glúteas e os xenitais (zonas do cueiro) foron as máis afectadas, principalmente por lesións por dermatites asociadas á incontinencia.

05 | ETIOPATOXENIA. FACTORES PREDISPOÑENTES^{13, 14, 19, 22}

A LESCAH prodúcese por causa de tres importantes factores xerais que actúan deteriorando a pel e reducindo o seu efecto barreira e que, pola súa vez, interactúan e se potencian entre si:

1. Por efecto dun exceso de humidade sobre a pel (incontinencia, sudación, solucións exóxenas...) (figura 2).



Figura 2. Dermate asociada á incontinencia (DAI)

2. Pola acción de axentes químicos irritantes (produtos cosméticos de aplicación tópica, exsudados...) (figura 3).



Figura 3. Dermate con restos de produtos tópicos e incontinencia fecal

3. Pola actividade derivada dun excesiva e repetida limpeza e hixiene (irritación física) (figura 4).



Figura 4. Dermatitis derivada dunha excesiva e repetida limpeza ou hixiene

As consecuencias desta lesión cutánea son a aparición inicial dunha dermatite e/ou eccema con inflamación e eritema (pel íntegra) que, se non é detectada e tratada adecuadamente, poden dar lugar a lesións crónicas asociadas á humidade (pel deteriorada) (figura 5). Estas lesións por humidade, pola súa vez, requiren ser abordadas de maneira precoz e satisfactoria, xa que, como dicimos anteriormente, se se combinan con presión, poden desembocar en lesións máis profundas (úlceras por presión).



Figura 5. Deterioración da integridade cutánea por exceso de humidade

Doutra banda, a exposición ás diversas fontes de humidade non é causa suficiente para producir lesión na pel (dermatite), a probabilidade de producir lesión tamén estará determinada por outros factores contribuíntes, como a exposición prolongada (duración), o volume, a cantidade, o contido, o tipo e a intensidade do irritante (substancia que provoca a humidade), a duración do irritante, o volume e cantidade do irritante, as condicións da pel (integridade da pel), os factores mecánicos como as forzas de fricción e cizalla, a presenza de potenciais microorganismos patóxenos presentes na pel, o estado de saúde do paciente, a idade etc. (figuras 6 e 7).

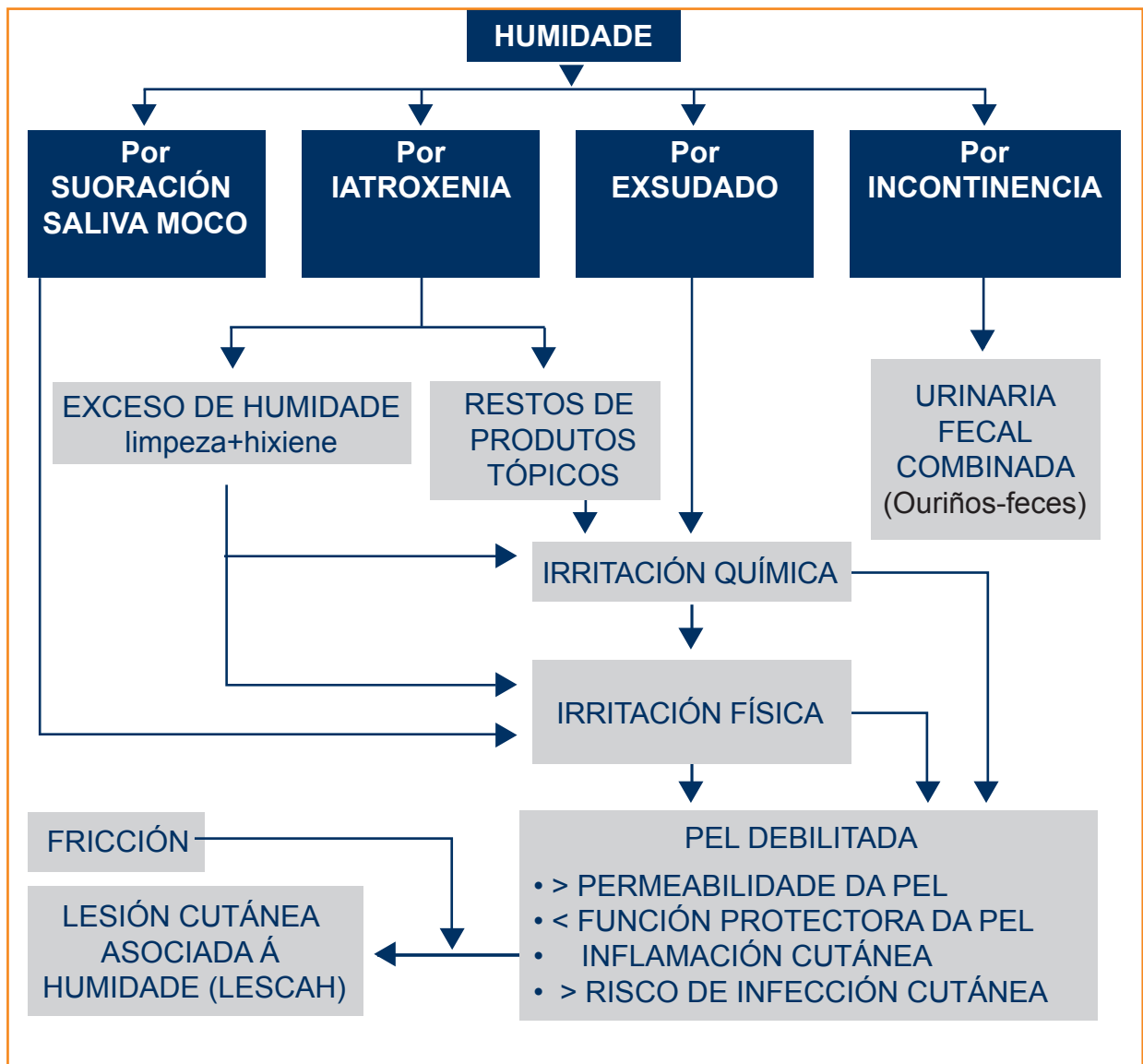


Figura 6. Clasificación das LESCAH segundo a súa etiopatoxenia



Figura 7. Modelo etiolóxico multicausal das LESCAH

Na seguinte escala, sobre os diferentes tipos de substancias irritantes, reflíctese de menor a maior a intensidade de afectación que poden provocar sobre a pel un contacto prolongado excesivo.

TIPO DE SUBSTANCIA IRRITANTE	INTENSIDADE DE AFECTACIÓN
Auga (quente / fría).	+
Suor.	+
Saliva.	+
Moco.	+
Ouriños.	++
Produtos tópicos irritantes.	++
Exsudado.	++
Feces formadas.	+++
Ouriños e feces.	++++
Feces brandas con ou sen ouriños.	++++
Feces líquidas con ou sen ouriños.	+++++

06 FISIOPATOLOXÍA. MANIFESTACIÓNS CLÍNICAS^{13,14,19-22}

Xeralmente, a pel da persoa afectada por LESCAH vólvese fráxil debido ao exceso de humidade e/ou á irritación química producida pola acción dos ouriños, feces ou exsudados, así como pola irritación física que se podería derivar da fricción reiterada exercida durante as actividades de hixiene, aseo ou mobilizacións do paciente. Esta alteración da barreira protectora da pel faina máis vulnerable, e aumenta a probabilidade de que se deteriore; caracterízase pois, pola instauración dun proceso inflamatorio (dermatite), con alcalinización cutánea, alteración da capa dermolipídica, e consecuenta deterioración da integridade cutánea e tisular provocada pola fricción de forzas externas asociadas a unha excesiva exposición da pel á humidade.

Os principais procesos fisiopatolóxicos e manifestacións clínicas implicadas nas LESCAH son:

PROCESOS FISIOPATOLÓXICOS	ELEMENTOS IMPLICADOS	MANIFESTACIÓNS CLÍNICAS
PROCESO INFLAMATORIO (Dermatite)	<ul style="list-style-type: none"> - Exceso de humidade. - Lavados continuos ou reiterados da zona exposta. - Presenza de ouriños, feces, exsudado, suor..) 	<ul style="list-style-type: none"> - A humidade excesiva pode lesionar a pel macerándoa (abrandamento e rotura como resultado da exposición prolongada á humidade). - O uso inadecuado de produtos de oclusión prolongada (produtos para incontinencia, apósitos, etc), que poden saturarse e favorecer que a pel quede exposta a maior risco de lesión. - Unha exposición prolongada á humidade, así como un secado non adecuado pode traducirse nun amolecemento da pel que de manterse ou incrementarse pode desembocar nunha dermatite. O eccema cutáneo resultante tende a cronificarse, co consecuenta aumento da permeabilidade cutánea podendo chegar a producir edema, eritema, maceración, excoriación tisular, exsudación, costras, prurito e dor.

<p>ALCALINIZACIÓN CUTÁNEA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exceso de humidade. - Lavados continuos ou reiterados da zona exposta. - Presenza de ouriños, feces, exsudado, suor..) 	<ul style="list-style-type: none"> - A auga penetra nos espazos intracelulares do estrato córneo fixándose ás proteínas. O estrato córneo pode aumentar ata 5 veces o seu tamaño e a pel perder o seu efecto barreira por deshidratación. Isto fai que se incremente a actividade encimática, a permeabilidade da pel e a actividade microbiana. - O pH normal da pel varía entre 4,8-5,6 o que garante a existencia dun manto ácido que evita que rompa o equilibrio existente coa flora normal. A exposición repetida e prolongada á humidade e ás substancias irritantes contidas nos ouriños e as encimas fecais poden causar irritación e producir efectos perniciosos que incrementan o risco de deterioración cutánea. - A presenza de ouriños crea un ambiente alcalino (por descomposición da urea urinaria en hidróxido de amonio), o que favorece a proliferación de bacterias e á súa vez pode dexenerar en irritación, inflamación e infección cutánea.
<p>ALTERACIÓN DERMOLIPÍDICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lavados continuos ou reiterados da zona exposta. - Exceso de humidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - O lavado frecuente da pel afectada, pode modificar a función de barreira protectora da pel ao eliminarse lípidos da pel e acelerarse a perda de auga epidérmica coa consecuenta perda de elasticidade cutánea (xerose cutánea). Isto que pode verse incrementado pola utilización de determinados produtos para o aseo/hixiene con compoñentes sensibilizantes que producirían liberación de substancias proinflamatorias que derivarían en dermatite de contacto.
<p>DETERIORACIÓN DA INTEGRIDADE CUTÁNEA E TISULAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exceso de humidade. - Lavados continuos ou reiterados da zona exposta. 	<ul style="list-style-type: none"> - O exceso de humidade pode aumentar o coeficiente de fricción, facendo que a pel se poida gretar ou facer unha fisura. As actividades reiteradas de limpeza implican tamén a realización de fricción no secado e posibles lesións de tipo mecánico. Un secado non adecuado pode traducirse nun exceso de humidade que de manterse ou incrementarse vai favorecer a dermatite. - As forzas de fricción e cizalla, fundamentalmente na zona interglútea, perianal, perixenital e pregaduras tegumentarias, asociadas a unha menor tolerancia cutánea, poden chegar a provocar que presións mantidas, aínda que non sexan excesivas, dean lugar a un proceso isquémico local coa consecuenta lesión e/ou necrose (úlceras de estadio II).

07 VALORACIÓN DIAGNÓSTICA. CLASIFICACIÓN E DIFERENCIACIÓN CLÍNICA

É primordial a adecuada valoración da pel exposta a humidade e/ou a irritantes cutáneos, polo que ten que ser un dos obxectivos prioritarios para lograr a detección e o tratamento precoz deste tipo de lesións e evitar a súa evolución a estadios clínicos máis complexos.

7.1. ESCALAS DE VALORACIÓN DO RISCO DE LESIÓN POR HUMIDADE

Existen varias escalas ou instrumentos para poder facer unha correcta valoración do risco de lesión asociado á humidade e en consecuencia poder adoptar as medidas necesarias para planificar e levar a cabo o tratamento máis adecuado:

- a) **escala Visual do Eritema (EVE)**: deseñada por Fader²³ a partir da escala da dermatite de contacto de Quinn.²⁴ Consiste nunha escala numérica de 0 a 4, que determina ata cinco graos colorimétricos de valoración do eritema (**anexo 1**).
- b) **escala Iconográfica da Dermatite do Cueiro por Humidade (DPH)**: deseñada por Pombal²⁵, a partir da escala EVE. Consiste nunha escala visual que valora a cor do eritema e o grao de afectación da pel. Esta escala clasifica a severidade da lesión por humidade en 6 tipos (**anexo 2**).
- c) **escala de Medida da Lesión Perineal (PAT, Perineal Assessment Tool)**: desenvolvida orixinalmente por Nix,²⁶ e adaptada polo GNEAUPP.1 É unha escala que consta de 4 ítems ou factores que valoran o risco de lesión cutánea por incontinencia na zona perineal (**anexo 3**).
- d) **escala Gradual da Dermatite Perineal (Perineal Dermatitis Grading Scale)**: creada por Brown e Sears.²⁷ É unha escala de 4 ítems que valoran o alcance e a severidade da dermatite asociada a incontinencia (DAI), e os cambios neses factores como consecuencia das intervencións de enfermería (**anexo 4**).
- e) **escala da Dermatite Asociada a Incontinencia (IAD, Incontinence Associated Dermatitis Skin Condition Assessment Tool)**: desenvolvida por Kennedy e Lutz.²⁸ Consta de tres ítems que avalían o grao de deterioración da pel debido á dermatite asociada a incontinencia (**anexo 5**).
- f) **escala de Severidade de Lesións Cutáneas por Incontinencia (ESLCI)**: desenvolvida por Rueda J et al.²⁹ É unha escala de 0 a 12 puntos (0= pel intacta sa, 12=pel danada gravemente), obtendo o sumatorio das puntuacións a través da avaliación de catro subapartados con valores entre 0 e 3 puntos (**anexo 6**).

É primordial a adecuada valoración da pel exposta a humidade e/ou a irritantes cutáneos, polo que ten que ser un dos obxectivos prioritarios para lograr a detección e o tratamento precoz deste tipo de lesións e evitar a súa evolución a estadios clínicos máis complexos.

7.2. CLASIFICACIÓN DAS LESCAH

Baseándonos no estudo de Torra i Bou e cols.¹ e seguindo as últimas clasificacións diagnósticas,²⁻⁵ as LESCAH clasifícanse en 6 tipos (**táboa n.º 1**).

De forma complementaria, o GNEAUPP propón clasificar as LESCAH en dúas categorías, en función da lesión que sofre o tecido cutáneo asociada á humidade:^{2, 3}

Categoría I: eritema sen perda da integridade cutánea

Habería pel integra con avermellamento (brankeable ou non) dunha zona localizada, xeralmente sometida a humidade. Pola súa vez, e en función do eritema, danse dúas subclases:




- **Categoría 1 A:** eritema leve-moderado (pel rosada).
- **Categoría 1 B:** eritema intenso (pel rosa escuro ou vermella).

Categoría II: eritema con perda da integridade cutánea

Habería perda do espesor da derme en forma de lesión superficial de leito vermello-rosado, habitualmente con bordos perilesionais macerados de cor branca-amarelada. Á súa vez, e en función do grao de erosión e/ou excoiación poden clasificarse en dúas subcategorías:

- **Categoría 2 A:** leve-moderado (erosión < 50% do total do eritema).
- **Categoría 2 B:** intenso (erosión do > 50% do tamaño do eritema).

Táboa 1. Clasificación das LESCAH¹

TIPO DE LESCAH	DESCRIPCIÓN	FACTORES IMPLICADOS	IMAXES
Dermatite asociada á incontinencia (DAI)	Afectación cutánea relacionada co contacto prolongado con substancias irritantes por incontinencia urinaria fecal ou mixta e produtos absorbentes.	<ul style="list-style-type: none"> - Ouriños e/ou feces. - Produtos absorbentes. - Produtos de hixiene e limpeza. 	 <p>© Teresa Segovia</p>
Dermatite intertrixinosa ou dermatite por transpiración	Afectación cutánea relacionada co contacto prolongado con suor nas zonas de pregaduras cutáneas.	<ul style="list-style-type: none"> - Suor. - Presión e fricción por pregaduras - Oclusións por pregaduras. - Sobre infección por flora. 	 <p>© Federico Palomar</p>
Dermatite perilesional asociada a exsudado	Afectación cutánea relacionada co contacto prolongado con exsudado procedente da lesión da pel perilesional.	<ul style="list-style-type: none"> - Exsudado procedente de lesións. - Tipo de apósitos. - Adhesivos apósitos. 	 <p>© Federico Palomar</p>

Dermatite cutánea asociada a exsudado	Afectación cutánea relacionada co contacto prolongado con exsudado procedente dalgunha extremidade coa pel.	<ul style="list-style-type: none"> - Exsudado non procedente de lesións. - Patoloxías de base: linfedema etc. 	 <p>© Teresa Segovia</p>
Dermatite periestomal	Afectación cutánea relacionada co contacto prolongado dos fluídos procedentes do estoma.	<ul style="list-style-type: none"> - Fluídos procedentes de ostomía. - Tipo de dispositivo recolector. - Adhesivo do dispositivo. 	 <p>© Pedro Pita</p>
Dermatite por salivación ou mucosidade	Afectación cutánea relacionada co contacto prolongado con saliva ou mucosidade procedente da cavidade orofarínxea ou as fosas nasais.	<ul style="list-style-type: none"> - Saliva. - Mucosidade. - Rozamento ou fricción. - Presión. - Procesos patolóxicos asociados (neurolóxicos, psiquiátricos etc.) 	 <p>©JM Rumbo Prieto</p>

7.3. CARACTERÍSTICAS DE DIFERENCIACIÓN ENTRE LESCAH E UPP

Actualmente, diversos estudos mostran a necesidade de separar etiolóxicamente as úlceras por presión das lesións cutáneas asociadas á humidade de causa incontinente (**táboa 2**), co fin de tratar adecuadamente as relacións causais que as favorecen e tomar as accións preventivas e específicas para a súa abordaxe terapéutica.^{1-3, 8, 10, 19, 20, 32-34}

Táboa 2. Diferenzas clínico-morfolóxicas entre LESCAH e UPP

CARACTERÍSTICAS DA LESIÓN	LESIÓN CUTÁNEA ASOCIADA Á HUMIDADE (LESCHAH)	ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)
CAUSAS	Presenza de humidade.	– Presenza de presión e/ou cizalla.
LOCALIZACIÓN	En pregamentos cutáneos, partes brandas e extensas da pel. En zona perineal e perixenital. En prominencias óseas, sen presión/cizalla.	– Sobre prominencias óseas. – Sobre partes brandas sometidas a presión e/ou cizalla.
FORMA	Irregulares. Adoitan ser “en espello” ou en forma de “ás de bolboreta”. Difusas e dispersas en máis dun lugar. Lineais en sucos ou pregamentos.	– Circulares e regulares. – Ben circunscritas. – Limitadas a un só lugar.
PROFUNDIDADE	Superficiais e moi extensas.	– Superficiais ou profundas (segundo estadios).
NECROSE	Non adoita haber necrose.	– Pode estar presente (éscara ou placa necrótica).
BORDOS	Irregulares e difusos.	– Claramente distinguibles. – Ás veces, bordos levantados e engrosados.
COR	Avermellamento non uniforme (eritema difuso). Rosa ou branca (maceración por humidade).	– Do vermello ao púrpura, segundo categoría.
OUTROS POSIBLES ASPECTOS	Febre, leucocitose, candidiase, (signos clínicos de infección dérmica) Dor ou prurito.	– Induración ou flutuación. – Dor crónica /aguda. – Prurito, queimura. – Olor fétido.
Presión + humidade = lesións mixtas ou combinadas (LESCHAH + UPP) (figura 8).		

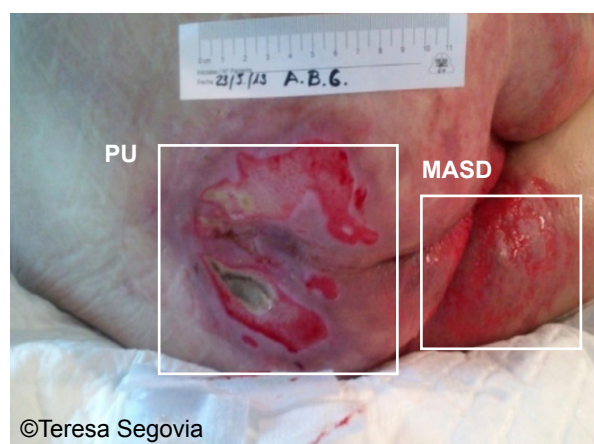


Figura 8. Presión + humidade (LESCHAH + UPP)

08 | DIRECTRICES XERAIS DE PREVENCIÓN E TRATAMENTO

A abordaxe integral das LESCAH inclúe que a prevención e o tratamento destas se realicen tendo en conta as seguintes actividades propostas:

8.1. DETERMINAR A CAUSA DA LESIÓN

Recoméndase realizar unha anamnese, unha exploración visual da pel e un exame físico, para lograr determinar a causa que orixina a lesión e poder levar a cabo un diagnóstico diferencial das lesións [BP].¹⁴

8.2. VALORACIÓN DO RISCO

É aconsellable a utilización dun instrumento validado que permita comprobar o estado da pel e monitorizar a súa evolución. Preferentemente, están recomendadas a escala EVE, PAT e a subescala de Humidade da Escala de Braden [R = Alta].^{16, 17}

Valorar todos os procesos que poidan orixinar un exceso de humidade na pel: incontinencia, sudación profusa, drenaxes, exsudados de feridas, febre [R = Baixa].¹⁶

8.3. COIDADOS DA PEL

Contar cun plan estruturado de coidados da pel baseados nunha adecuada limpeza/hixiene das zonas cutáneas expostas á humidade (figura 8).

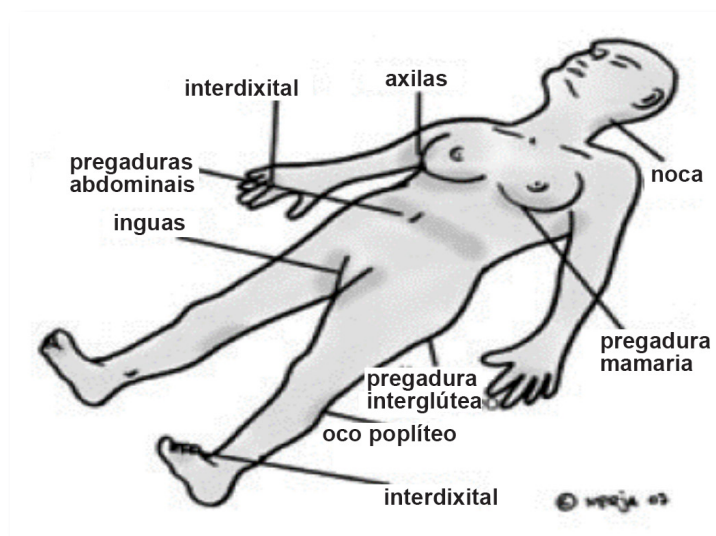


Figure 8. Zonas corporais en risco de excesiva humidade
(Fonte da imaxe: GPC Valencia. 2008)¹⁵

A limpeza coidadosa das zonas expostas á humidade prolongada, así como un correcto secado da pel, constitúen o primeiro paso para manter a integridade cutánea, especialmente no caso de pacientes incontinentes ou con peles fráxiles ou vulnerables **[R = Baixa]**.¹⁶

Tradicionalmente xabón e auga utilizáronse para limpar a pel. Non se pode falar de evidencia sobre cal sería a frecuencia óptima, a técnica de lavado e o tipo de secado máis adecuado para manter a hidratación da pel e a súa función protectora; con todo, a utilización frecuente e reiterada de xabóns convencionais considérase unha técnica demasiado agresiva para peles expostas a humidade e para peles fráxiles **[E]**.³⁵⁻³⁷

A auga durante o lavado produce unha acción mecánica (acción de arrastre) que axuda a eliminar os residuos orgánicos presentes na pel, e unha acción química que facilita a disolución das substancias químicas solubles. Se a auga utilizada no lavado está demasiado quente, podería orixinar, ademais de lesións pola calor, un secado excesivo e innecesario da pel. **[E]**.^{14, 35-37}

As solucións con xabón ao conter ácidos graxos ou triglicéridos e surfactantes iónicos como o lauril sulfato sódico, poden producir, polo uso frecuente e repetitivo, ou ao entrar en contacto coas feces e os ouriños, pode aumentar aínda máis o pH da pel provocando unha alcalinización desta, reducir o grosor do estrato córneo e mesmo deteriorar ou eliminar o manto hidrolipídico cutáneo, así como, alterar o equilibrio da flora saprófita co consecuente aumento do risco de colonización por microorganismos patóxenos e favorecer unha dermatite de contacto,^{3,37} ou empeorar a existente. Estímase que a pel tarda, en condicións normais, sobre 45 minutos en restaurar o seu pH normal (entre 4,8-5,6), pero en casos de exposicións prolongadas á humidade ou a incontinencia, este proceso pode durar ata 24 horas.¹³

O secado posterior ao lavado con auga e xabón require unha adecuada técnica, especialmente en pacientes incontinentes, xa que é un dos procedementos que mellor prevén o risco de lesión cutánea por humidade e evita o excesivo arrefriado corporal (sequidade da pel). A pel debe secarse con suavidade, con moito coidado, mediante pequenos toques, e evitar o rozamento da pel xa que isto pode conducir á fricción e xerar malestar, prestando especial atención nas zonas das pregaduras, zonas perianal e perixenital **[R = Baixa]**.^{16, 17}

En casos de eccema cutáneo (dermatite), pel macerada ou que presente lesións cutáneas (gretas, fisuras ou pequenas excoriacións), recoméndase utilizar produtos limpadores de acción dun só paso (aplicar e retirar sen enxaugar); estes produtos (aerosois ou toallas refugables) ao non utilizar auga para o seu aclarado, proporcionan máis beneficios (menor custo, menor tempo de coidados e maior efecto desodorizante), ademais de que non deixan a pel nin excesivamente seca, nin excesivamente húmida e por tanto non alteran a función protectora da pel como polo lavado con auga e xabón **[BP]**.^{13, 35-39}

Diversos estudos consideran que un mellor coñecemento, por parte dos profesionais e os propios usuarios, sobre os diferentes produtos de hixiene dispoñibles e os seus beneficios, axudaría a manter o coidado da pel **[BP]**.¹⁴. De aí a necesidade de elaborar un plan de educación sanitaria estruturado e comprensible para todos os niveis aos que está dirixido e que integre tanto aos profesionais como á rede de coidadores informais.^{1, 7, 13, 14, 25}

8.4. PROTECCIÓN DA PEL

Levar a cabo un programa de protección da pel para mantela hidratada e protexida dos efectos da humidade e a incontinencia **[R = Baixa]**.^{16, 17}

O uso de produtos barreira anti humidade, tamén chamados protectores cutáneos (substancias hidratantes, emolientes, humectantes e produtos barreira), proporcionan e favorecen a protección tópica ante o exceso de humidade externa, incontinencia e outros fluídos corporais, así como por causas de iatroxenia. Os máis habituais son os seguintes:

• **Ácidos graxos hiperoxixenados (AGHO):**

Son glicéridos hiperoxixenados de ácidos graxos esenciais (linolénico e linoléico), palmítico e esteárico, de fitoesteroides e tocoferol (vit. E) nun 99 %.¹⁵ A súa formulación é en aceite e emulsión, tamén os hai combinados con silicona e áloe, entre outras substancias. Destacan polas súas propiedades para mellorar a hidratación da pel e evitar a sequidade cutánea, aumentando a resistencia ao rozamento, ademais, reduce o eritema e o eccema, e alivia a sensación de prurito.^{39,40} Constitúe, por tanto, unha importante opción de prevención para mellorar a hidratación e a resistencia da pel fronte á fricción, a presión e o exceso de humidade en pacientes adultos . **[R = Alta]**.¹⁵⁻¹⁷

• **Produtos barreira que incorporan óxido de zinc:**

O zinc constitúe un oligoelemento que se atopa practicamente na totalidade das células. O óxido de zinc (Ou_2Zn), formulado en crema, pasta, unguento, pomada ou aceite, é un dos compostos máis coñecidos pola súa acción como protector e reparador cutáneo, sendo comunmente utilizado para tratamento do eritema asociado a uso de produtos absorbentes (cueiro) e á exposición continuada de ouriños e feces. Existe evidencia dunha adecuada protección da pel do exceso de humidade con cremas barreira a base de óxido de zinc **[R = Baixa]**;¹⁶⁻¹⁷ sendo recomendable o seu uso en pel integra e cunha concentración non inferior ao 10 % de óxido de zinc.¹³ Por outra banda, a súa combinación con outros produtos (sobre todo con perfumes) pode xerar irritación; ademais, no caso da pasta ou crema ao ser máis viscosas e ter unha concentración >20 % de zinc, a súa retirada é dificultosa polo que é recomendable utilizar substancias de base oleosa **[R = Moi Baixa]**^{16, 17} e non deberá ser usada nos casos de pel moi irritada, pola alta posibilidade de fricción (pel fráxil).⁶ Tampouco, debemos utilizar óxido de zinc como produto barreira se existe sospeita de signos de infección na pel xa que pode darse unha contaminación bacteriana in situ **[R = Baixa]**.¹⁴

• **Produtos barreira que incorporan siliconas:**

Basicamente hai tres tipos de produtos barreira siliconados: os que contén polifenilmetilsiloxano (plastificante con base de silicona) que permite a formación dunha película flexible;⁴¹ o hexametildisiloxano (solvente de base de silicona) non irritante e de rápida evaporación;^{17,41} e os siloxanos (grupo de aceites a base de silicona, como a dimeticona), combinados como crema barreira no coidado da pel.^{35,36} Adóitanse empregar porque facilitan a protección da pel, son substancias transparentes que actúan reducindo a resistencia das forzas de fricción e repelendo a humidade externa, á vez que protexen dunha excesiva desecación da pel **[BP]**.^{14, 35, 36} Como advertencia, hai que ter coidado co abuso das cremas de silicona xa que presentan o inconveniente de interferir cos produtos absorbentes saturándoos, debido ao tempo excesivo que necesitan para ser absorbidas na súa totalidade pola pel normal.⁴¹

• **Produtos barreira con vaselina:**

Avaselina é unha substancia emoliente que se combina con outros compostos. Caracterízase por ter unha función de protección e hidratación da pel; sendo unha alternativa a outros produtos barreiras. Adoita utilizarse combinada como excipiente (filante ou en aceite de parafina). A concentración habitual de uso adoita ser entre o 48 % e 98 %.⁴² Está indicada para o tratamento e protección do eritema asociado á exposición continuada de feces e ouriños **[BP]**.¹⁶ O seu uso desmesurado de produtos combinados con vaselina (ou vaselina pura ao 100%) provoca reaccións de taponamento, podendo interferir na absorción dos ouriños e das feces líquidas por parte do produto absorbente (cueiro, alxinatos etc), tamén pode provocar excoriacións e maceración irritativa na zona da lesión.⁴¹

• **Produtos barreira con karaya:**

A karaya é unha goma vexetal (polisacárido) que se usa combinada con outros compostos en forma de excipiente (po de karaya). Habitualmente pódense atopar en formulacións de pasta á auga e en unguento. Caracterízase por posuír a capacidade de absorber o exceso de humidade e mellorar a adherencia do produto barreira á superficie cutánea húmida e/ou macerada. Recoméndase utilizar produtos con base de karaya para os casos severos de diarrea recorrente (incontinencia fecal) **[BP]**³ e en incontinencia de ostomías, pola súa acción beneficiosa de protección da pel fronte á maceración. Entre os seus inconvenientes está que non permite visualizar a lesión, adoita irritar e/ou macerar a pel en tratamentos a longo prazo; no caso do unguento, este debe retirarse con aceite oleoso (de parafina).⁴¹

• **Película barreira polimérica:**

Xeralmente, están compostas dun copolímero acrílico e plastificante, non irritante e libre de alcol (p. ex., terpolímero de acrilato). Caracterízanse polo seu efecto protector sobre a epiderme xa que forman unha barreira impermeabilizante que non deixa pasar a humidade nin fluídos, pero son permeables ao intercambio de vapor de auga e aos gases. Unha vez aplicada a película (ou a crema), hai que deixala secar 30-60 segundos antes de cubrir a zona afectada, o seu efecto protector mantense estable durante 72 horas; e é aconsellable repetir a aplicación ás 24 horas en casos de incontinencia severa.³⁷ O filme inactívase en contacto con produtos de base oleosa ou pola fricción na zona de contacto.^{14,16} As películas barreira son utilizadas na prevención e tratamento das dermatites en zona perilesional de calquera tipo de ferida, estoma ou drenaxe **[R = Moderada]**.^{16,42} O seu emprego tamén está recomendado naquelas zonas expostas a incontinencia, pregamentos e partes brandas para evitar que os fluídos corporais irriten a pel por exceso de humidade **[R = Low]**.¹⁶

• **Película barreira non polimérica:**

Son películas que se atopan asociadas a solucións alcohólicas ou produtos volátiles para favorecer o rápido secado do exceso de humidade da pel.¹⁴ Na hixiene básica da pel, non son recomendables as solucións con alcol **[R = Moderada]**,¹⁶ xa que poden orixinar toxicidade nos tecidos, ademais dunha maior irritación e dor da pel macerada ou eccematosa.

• **Apósitos adhesivos:**

Baixo este grupo inclúense os filmes de poliuretano e apósitos extrafinos de hidrocoloide. Non debemos utilizar o filme de poliuretano sobre zonas con exsudado moderado ou moi exsudativas **[R = Moi Baixa]**.¹⁶ Tampouco é aconsellable o uso dos filmes de poliuretano como produtos barreira pola súa facilidade para reter o exsudado e a humidade, o que pode favorecer a proliferación bacteriana e chegar a macerar a pel sa **[BP]**.¹⁷

Ademais do uso de produtos barreira, tamén hai que valorar a posibilidade de utilizar dispositivos de control, para cada caso en particular:

• **Incontinencia:**

Colectores, sondas vesicais e cueiros absorbentes **[R = Baixa]**.²⁸

• **Drenaxes:**

Utilización de dispositivos adecuados e vixiar as fugas da drenaxe **[R = Baixa]**.²⁸

• **Sudación profusa:**

Control de temperatura e cambio de roupa cando sexa necesario **[R = Baixa]**.²⁸

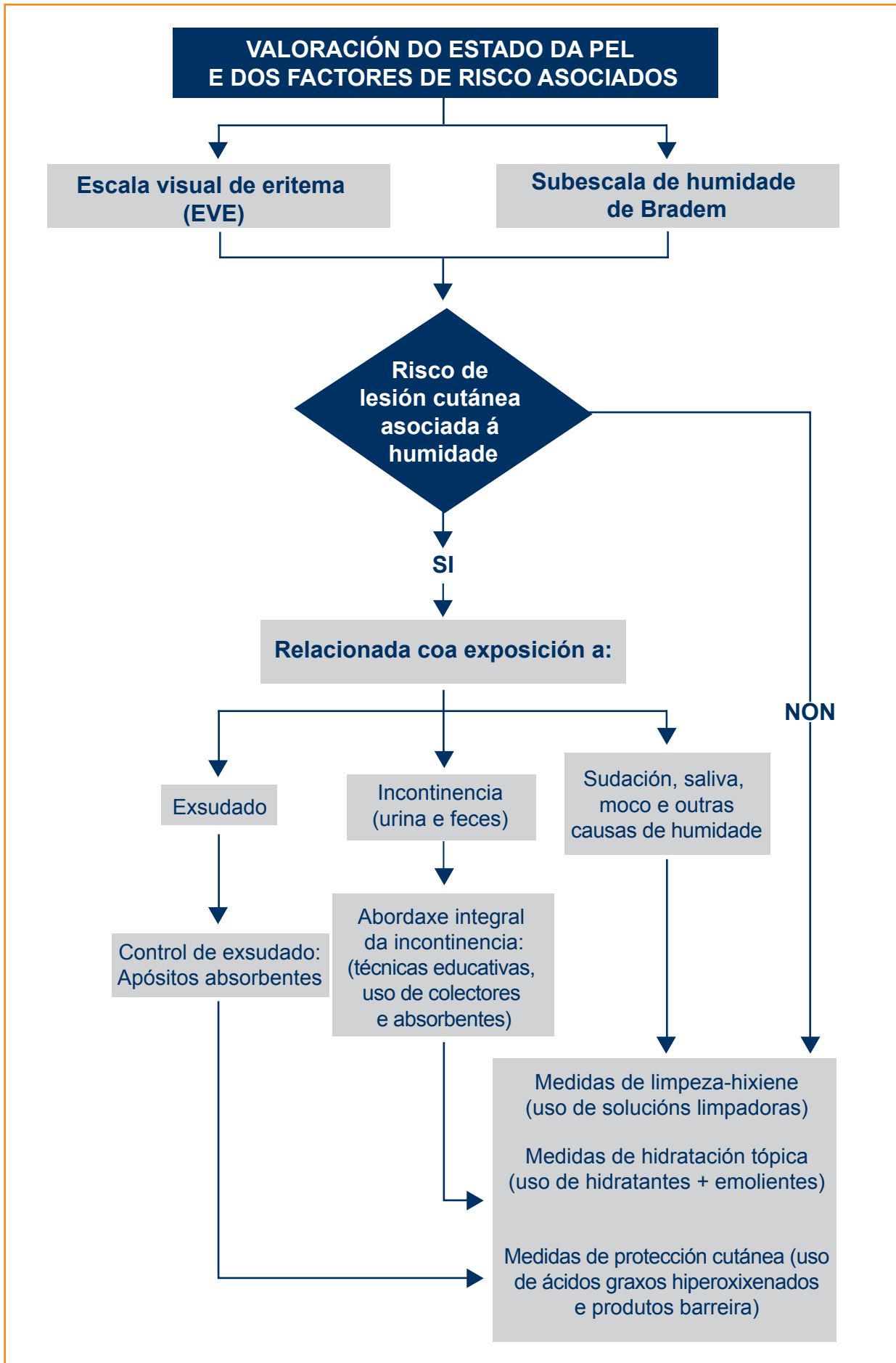
• **Exsudado de feridas:**

Utilizar apósitos absorbentes en función da cantidade de exsudado das feridas e a frecuencia de curación programada (os da familia das escumas hidrocelulares e hidropoliméricas, as hidrofibras de hidrocoloide e os alxinatos son altamente absorbentes, podendo ademais tratar a contaminación microbacteriana exóxena se se combinan con derivados de prata para tratar a infección local **[R = Baixa]**.²⁸

8.5. MEDIDAS XERAIS DE LIMPEZA E HIXIENE

MEDIDAS DE LIMPEZA E HIXIENE	COIDADOS
PEL EXPOSTA A HUMIDADE:	<ul style="list-style-type: none"> • Observación de zonas expostas a humidade. • Usar produtos non irritantes (pH 5.5, hipoalerxénico). • Uso de auga potable a temperatura ambiente. • Correcto secado da pel, con suavidade, sen friccionar. • Hidratación diaria. • Uso repetitivo de xabóns con ácidos graxos e/ou triglicéridos = risco de alcalinización da pel. • Axentes irritantes: lauril sulfato sódico (Sodium Laureth Sulfate), Methyl. • Axentes non irritantes: (glicol de propileno, cocamidopropil betaína, polisorbato-20).
PEL CON ERITEMA OU ECCEMA:	<ul style="list-style-type: none"> • Produtos limpadores de acción dun só paso (aplicar e retirar sen enxaugar). • Hidratación con AGHO (ácidos graxos hiperoxixenados) en emulsión non aceite. • Protección con cremas barreira con óxido de zinc (ao 10%-30%). Pasta Lassar. • Protección con cremas barreira con: silicona, karaya, vaselina, polimérica-acrílica etc.

8.6. ALGORITMO DE DECISIÓN PARA A PREVENCIÓN DAS LESCAH



8.7. EDUCACIÓN SANITARIA¹³⁻¹⁷

O obxectivo da educación sanitaria (ED) é que os pacientes afectados de LESCAH, ou en risco de padecelas; así como as súas familias e cuidadores, sexan suxeitos activos na prevención e tratamento deste tipo de lesións para lograr unha maior independencia no mantemento e/ou mellora da súa propia calidade de vida. Unha correcta ED favorece a prevención e o tratamento das lesións [R = C].¹⁷ Tamén, é importante que os profesionais aprendan a diferenciar este tipo de lesións doutras para, precozmente, estar en disposición de identificar o risco e aplicar adecuadamente as medidas de prevención e tratamento.

Está demostrado que a ED favorece a implicación do paciente e os cuidadores principais na prevención e tratamento, xa que actúan de apoio para mellorar a toma de decisións dos profesionais sanitarios que tratan as LESCAH. Esta constitúese coma a medida preventiva máis efectiva, barata e eficaz.

Os programas de ED deben ser estruturados e adaptados ás características individuais de cada paciente (logo da valoración das súas capacidades). En todos os ámbitos sanitarios, débese contar cun programa de educación sanitaria para previr a aparición destas lesións (talleres, folletos...), que inclúa: coñecementos básicos sobre a etiloxía, fisiopatoloxía, factores de risco, cuidados para previr a súa aparición, repercusións que leva a súa aparición, detección precoz das lesións e actuación ante a súa aparición. É por tanto prioritario, elaborar guías de práctica clínica que inclúan recomendacións para o cuidado que impliquen as opinións, preferencias e expectativas do paciente e do cuidador principal.

Os profesionais da saúde dispoñemos de diversas intervencións educativas que fan posible o deseño de estratexias preventivas para reducir e/ou eliminar o risco das lesións por humidade, así como promover a ED para facilitar o autocoidado do paciente. Algunhas das técnicas educativas máis eficaces, segundo a evidencia científica serían:

- **Técnicas educativas e instrutivas:**

Están constituídas por estratexias de cuidados orientadas cara a aqueles individuos dependentes que precisan axuda dun cuidador. As estratexias recomendadas son: ensino sobre unha adecuada limpeza e hixiene corporal, correcta aplicación das terapias tópicas etc [BP].^{14, 37, 43}

- **Técnicas condutuais-educativas e rehabilitadoras:**

Son técnicas recomendadas naqueles pacientes/individuos que son receptivos para o seu autocoidado. Son terapias de reforzo positivo que consisten en adestramentos vesicais, rehabilitación do chan pelviano, medidas hixiénico-dietéticas etc [BP].^{14, 37, 43}

8.8. MODELO DE PREVENCIÓN E TRATAMIENTO DAS LESCAH



09 RESUMO DAS RECOMENDACIÓNS DE EVIDENCIA

EVIDENCIA [E] / RECOMENDACIÓN [R] / BOA PRÁCTICA [BP]		NIVEL / GRAO
[BP]	Realizar unha anamnese, unha exploración visual da pel e un exame físico, para lograr determinar a causa que orixina a lesión e poder levar a cabo un diagnóstico diferencial das lesións.	BAIXO (GNEAUPP, 2006). ¹⁴
[R]	Usar un instrumento validado que permita comprobar o estado da pel e monitorizar a súa evolución. Preferentemente, están recomendadas a escala EVE, PAT e a subescala de humidade da escala de Braden.	ALTO (GPC Valencia, 2012), ¹⁶ (GPC Zaragoza, 2013). ¹⁷
[R]	Débense limpar cuidadosamente as zonas expostas á humidade prolongada, así como un correcto secado da pel.	BAIXO (GPC Valencia, 2012). ¹⁶
[R]	Valorar todos os procesos que poidan orixinar un exceso de humidade na pel: incontinencia, sudación profusa, drenaxes, exsudados de feridas, febre etc.	BAIXO (GPC Valencia, 2012). ¹⁶
[E]	A utilización frecuente e reiterada de xabóns convencionais considérase unha técnica demasiado agresiva para peles expostas a humidade e para peles fráxiles.	BAIXO (Global IAD Expert Panel, 2015). ³⁵
[E]	Non utilizar auga demasiado quente (preferentemente morna), podería orixinar, ademais de lesións pola calor, un secado excesivo e innecesario da pel.	BAIXO (GNEAUPP, 2006). ¹⁴
[BP]	Recoméndase o uso de xabóns a base de surfactantes non iónicos como o glicol de propileno, o polisorbato-20 e/ou xabóns con surfactantes anfotéricos como a cocamidopropil betaína, por ser menos irritativos e aconsellados para uso pediátrico.	BAIXO (GNEAUPP, 2006), ¹⁴ (Global IAD Expert Panel, 2015). ³⁵
[R]	A pel debe secarse con suavidade, con moito coidado, sen friccionar e con especial atención nas zonas dos pregamentos e zonas perianal e perixenital.	BAIXO (GPC Valencia, 2012), ¹⁶ (GPC Zaragoza, 2013). ¹⁷

[BP]	En casos de eccema cutáneo (dermatite), pel macerada ou que presente lesións cutáneas (gretas, fisuras ou pequenas excoriacións), recoméndase utilizar produtos limpadores de acción dun só paso (aplicar e retirar sen enxaugar).	MOI BAIXO (GNEAUPP, 2006), ¹⁴ (JBI, 2007). ³⁸
[BP]	Un mellor coñecemento por parte dos profesionais e os propios usuarios, sobre os diferentes produtos de hixiene dispoñibles e os seus beneficios, axudaría a manter o coidado da pel.	MOI BAIXO (GNEAUPP, 2006) ¹⁴ .
[R]	Levar a cabo un programa de protección da pel mantendo hidratada e protexida dos efectos da humidade e a incontinencia.	BAIXO (GPC Valencia, 2012), ¹⁶ (GPC Zaragoza, 2013). ¹⁷
[R]	Usar AGHO (en pel sa) para mellorar a hidratación e a resistencia da pel fronte á fricción, a presión e a humidade.	ALTO (GPC Valencia, 2012), ¹⁶ (GPC Zaragoza, 2013). ¹⁷
[R]	Protexa a pel do exceso de humidade con cremas barreira a base de óxido de zinc.	BAIXO (GPC Valencia, 2012) ¹⁶ , (GPC Zaragoza, 2013). ¹⁷
[R]	Retire o produto barreira de óxido de zinc con produtos de base oleosa antes de aplicala de novo sobre a pel afectada.	MOI BAIXO (GPC Valencia, 2012), ¹⁶ (GPC Zaragoza, 2013). ¹⁷
[R]	Non deben utilizarse o óxido de zinc ante a sospeita de signos de infección na pel xa que, pode darse unha contaminación bacteriana in situ.	BAIXO (GNEAUPP, 2006). ¹⁴ .
[BP]	Os produtos barreira con silicona facilitan a protección da pel, reducen a resistencia das forzas de fricción e repelen a humidade externa, á vez que protexen dunha excesiva desecación da pel.	MOI BAIXO (GNEAUPP, 2006), ¹⁴ (Global IAD Expert Panel, 2015). ³⁵
[BP]	Os produtos barreira con vaselina están indicados para o tratamento e protección do eritema asociado á exposición continuada de feces e ouriños.	MOI BAIXO (GPC Valencia, 2012). ¹⁶
[BP]	Recoméndase utilizar produtos con base de karaya para os casos severos de diarrea recorrente (incontinencia fecal) e en incontinencia de ostomías, pola súa acción beneficiosa de protección da pel fronte á maceración.	MOI BAIXO (PREVENCARE, 2008). ¹³
[R]	Utilice películas barreira poliméricas non irritativas para a prevención e tratamento da dermatite en zona perilesional de calquera tipo de ferida, estoma ou drenaxe.	MODERADO (GPC Valencia, 2012), ¹⁶ (Revisión sistemática, 2009). ⁴¹

[R]	Recoméndase o uso de películas barreira poliméricas non irritativas naquelas zonas expostas a incontinencia, pregamentos e partes brandas para evitar que os fluídos corporais irriren a pel por exceso de humidade.	MODERADO (GPC Valencia, 2012). ¹⁶
[R]	Na hixiene básica da pel, non son recomendables as solucións con alcol.	MODERADO (GPC Valencia, 2012). ¹⁶ BAIXO (GPC Zaragoza, 2013). ¹⁷
[R]	Non é recomendable utilizar filme de poliuretano sobre lesións con exsudado moderado ou moi exsudativas.	MODERADO (GPC Valencia, 2012). ¹⁶
[BP]	Non é aconsellable o uso de filme de poliuretano como produto barreira pola súa facilidade para reter o exsudado e a humidade, o que pode favorecer a proliferación bacteriana e chegar a macerar a pel sa.	MOI BAIXO (GPC Zaragoza, 2013). ¹⁷
[R]	Hai que valorar a posibilidade de utilizar dispositivos de control, para cada caso en particular: - Incontinencia: colectores, sondas vesicais e cueiros absorbentes. - Drenaxes: utilización de dispositivos adecuados (bolsas, redóns...) e vixiar fugas da drenaxe. - Sudación profusa: control de temperatura e cambio de roupa cando sexa necesario. - Exsudado de feridas: utilizar apósitos absorbentes en función da cantidade de exsudado das feridas e a frecuencia de curación programada.	BAIXO (GPC Valencia, 2012). ¹⁶ C (GPC Zaragoza, 2013). ¹⁷
[R]	Unha correcta educación sanitaria favorece a prevención e o tratamento das lesións.	C (GPC Zaragoza, 2013). ¹⁷
[BP]	Instruír en técnicas educativas a cuidadores de pacientes dependentes e en técnicas condutuais, educación e/ou rehabilitación no autocoidado a pacientes autónomos.	MOI BAIXO (GNEAUPP, 2006). ¹⁶

10 | BIBLIOGRAFÍA

1. 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. RODRÍGUEZ PALMA M., PANCORBO HIDALGO P. L., GARCÍA FERNÁNDEZ F. P., SOLDEVILLA AGREDA J. J. *Clasificación y diferenciación diagnóstica de las lesiones relacionadas con la dependencia*. En: Soldevilla Agreda J. J., García Fernández F. P., Torra i Bou J. E., editores. *Atención integral de las heridas crónicas*. 2º ed. Logroño: GNEAUPP-FSJJ; 2016.
3. GARCÍA-FERNÁNDEZ F. P., SOLDEVILLA-ÁGREDA J. J., PANCORBO-HIDALGO P. L., 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.
4. GARCÍA-FERNÁNDEZ F. P., SOLDEVILLA-ÁGREDA J. J., VERDÚ J., PANCORBO-HIDALGO P. L. *A New Theoretical Model for the Development of Pressure Ulcers and Other Dependence-Related Lesions*. *J Nurs Scholarsh*. 2014; 46(1): 28-38.
5. PALOMAR-LLATAS F., FORNES-PUJALTE B., ARANTÓN AREOSA L., RUMBO PRIETO J. M. *Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión*. *Enferm Dermatol*. 2013; 7(18-19): 14-25.
6. GONZÁLEZ-CONSUEGRA R. V., MORA-CARVAJAL L. H., CELIS-MORENO J. S., MATIZ-VERA G. D. *Dermatitis asociada a incontinencia en adultos: un problema sin definición, revisión sistemática*; *Rev Fac Med*. 2015; 63(2): 199-208.
7. SEGOVIA GÓMEZ T., BERMEJO MARTÍNEZ M., GARCÍA ALAMINO J. M. *Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlas*. *Gerokomos*. 2012; 23(3): 137-40.
8. ZAPATA SAMPEDRO MA, CASTRO VARELA L. *Diferencias entre lesiones por humedad y por presión*. *Enfermería Docente*. 2008; 88: 24-7.
9. ZAPATA SAMPEDRO MA, CASTRO VARELA L, TEJADA CARO R. *Lesiones por humedad. Revisión de conocimientos*. *Enf global*. 2015; 38: 325-34.
10. BIURRUN PÉREZ B. *Úlceras por humedad: diferenciación y prevención*. [Tesis Máster]. A Coruña: Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de A Coruña; 2014.
11. SALINAS J., DÍAZ RODRÍGUEZ A., BRENES F., CANCELO M. J., 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. TORRA I BOU J. E., LÓPEZ CASANOVA P., VERDÚ J., PUJALTE M. J., 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.
14. GARCÍA F. P., 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.

15. SÁNCHEZ-LORENTE M. M., editor. *Guía de práctica clínica de enfermería: prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2008.
16. AVILÉS MARTÍNEZ MJ, SÁNCHEZ LORENTE M. M., coordinadores. *Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas*. Valencia: Generalitat Valenciana; 2012.
17. 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.
18. PANCORBO-HIDALGO P., GARCÍA-FERNÁNDEZ F. P., TORRA I BOU J., VERDÚ-SORIANO J., SOLDEVILLA-AGREDA J. J. *Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia*. Gerokomos. 2014; 25(4): 162-70.
19. OUSEY K., BIANCHI J., BELDON P., YOUNG T. *The identification and management of moisture lesions*. Wounds UK. 2012; 8(2): S3-S19.
20. CROOK H., EVANS J., PRITCHARD B., YATES A., YOUNG T. *The All Wales Best Practice Statement on the Prevention and Management of Moisture Lesions*. London: Wounds UK; 2014.
21. GRAY M., BLACK J. M., BAHARESTANI M. M., BLISS D. Z., COLWELL J. C., GOLDBERG M., et al. *Moisture-Associated Skin Damage. Overview and pathophysiology*. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2011; 38(3): 233-41.
22. VOEGELI D. *Moisture-Associated skin damage: aetiology, prevention and treatment*. Br J Nurs. 2012; 21(9): 517-8.
23. FADER M., BAIN D., COTTENDEN A. *Effects of absorbent incontinence pads on pressure management mattresses*. J Adv Nurs. 2004; 48(6):569-74.
24. QUINN A. G., McLELLAND J., ESSEX T., FARR P. M. *Quantification of contact allergic inflammation: a comparison of existing methods with a scanning laser Doppler velocimeter*. Acta Derm Venereol. 1993; 73(1): 21-5.
25. 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.
26. 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.
27. BROWN D. S., SEARS M. *Perineal dermatitis: a conceptual framework*. Ostomy Wound Manag. 1993; 39(7): 20-5.
28. KENNEDY K. L., 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.
29. RUEDA LÓPEZ J., GUERRERO PALMERO A., SEGOVIA GÓMEZ T., MUÑOZ BUENO A. M., BERMEJO MARTÍNEZ M., ROSELL MORENO C. *Dermatitis irritativa del pañal. Tratamiento local con productos barrera y calidad de vida*. Gerokomos. 2012; 23(1): 35-41.
30. Bergstrom N., Braden B. J., Laguzza A., Holman V. *The Braden scale for predicting pressure sore risk*. Nurs Res. 1987; 36(4): 205-10.
31. OMOLAYO T., BROWN K., RAPP M. P., 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.
32. 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.

33. BATES-JENSEN B. M., MCCREATH H. E., PONQUAN V., APELES N. C. *Subepidermal moisture differentiates erythema and stage I pressure ulcers in nursing home residents*. Wound Repair Regen. 2008; 16(2): 189-97.
34. GUIHAN M., BATES-JENSON B. M., CHUN S., PARACHURI R., CHIN A. S., 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.
35. BEECKMAN D., GLOBAL IAD EXPERT PANEL. *Incontinence-associated dermatitis: Moving prevention forward. Addressing evidence gaps for best practice*. London: Wounds International; 2015.
36. BEECKMAN D., GLOBAL IAD EXPERT PANEL. *Dermatitis asociada a incontinencia (DAI): avanzando en prevención. Resolución de las Carencias en evidencias para implementar las mejores prácticas*. London: Wounds International; 2015.
37. ALL WALES TISSUE VIABILITY NURSE FORUM AND THE ALL WALES CONTINENCE FORUM. *Best Practice Statement on the Prevention and Management of Moisture Lesions*. London: Wounds UK; 2014.
38. INSTITUTO JOANNA BRIGGS (JBI). *Cuidado tópico de la piel en residencia de ancianos*. Best Practice. 2007; 11(3): 1-4.
39. SEGOVIA T., CURTO J., BARAHONA M., VERDÚ J. *Cuidados en piel perilesional o con riesgo de lesión*. Rev Rol Enferm 2007; 30 (10): 2-7.
40. MARTÍNEZ-CUERVO F., PARERAS GALOFÉ E. *La efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en el cuidado de la piel perilesional, la prevención de úlceras por presión, vasculares y de pie diabético*. Gerokomos. 2009; 20(1): 41-6.
41. GAGO-FORNELLS M., FERNANDO-GARCÍA GONZÁLEZ R. F. *Cuidados de la piel perilesional*. Madrid: Fundación 3M y Drug Farma SL; 2006.
42. GARCÍA-FERNÁNDEZ F. P., PANCORBO-HIDALGO P. L., 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.
43. RUMBO J. M., ARANTÓN L., LÓPEZ-DE LOS REYES R., VIVES E., PALOMAR F., CORTIZAS J. S. *Valoración y manejo integral de las lesiones asociadas a la humedad (LESCAH): revisión de consenso*. Enferm Dermatol. 2015; 9(25): 17-30.

12 ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA VISUAL DO ERITEMA	
0	Non eritema.
1	Pouco eritema (case imperceptible).
2	Eritema moderado (pel rosácea).
3	Eritema intenso (pel vermella ou púrpura).
4	Pel rota ou abrasión (superficial).

ANEXO 2

ESCALA ICONOGRÁFICA DA DERMATITE DO CUEIRO POR HUMIDADE			
CLASIFICACIÓN SEGUNDO AFECTACIÓN			
TIPO	SEVERIDADE DE LESIÓN	GRAO DE AFECTACIÓN	
Tipo 1	LIQUENIFICACIÓN: Epiderme engrosada.	LEVE	
Tipo 2	ERITEMA + EDEMA: Inflamación epidérmica.	LEVE +	
Tipo 3	DESCAMACIÓN ECCEMA: Epiderme seca.	MODERADO	
Tipo 4	ERITEMA IRRITATIVO + HUMIDADE: Epiderme superficial (vesículas).	MODERADO +	
Tipo 5	CANDIDIASE: Afectación de epiderme.	ALTO	
Tipo 6	ÚLCERA: Afectación derme profunda.	MOI ALTO	

ANEXO 3

Escala de medida da lesión perineal (Perineal AssessmentTool, PAT)			
	1	2	3
INTENSIDADE DO IRRITANTE	Feces formadas a / ou ouriños.	Feces brandas con ou sen ouriños.	Feces líquidas con ou sen ouriños.
DURACIÓN DO IRRITANTE	Precisa cambios de cueiro cada 8 horas.	Precisa cambios de cueiro cada 4 horas.	Precisa cambios de cueiro cada 2 horas.
CONDICIÓN DA PEL PERINEAL	Limpa e intacta.	Eritema e / ou dermatite con ou sen candidiase.	Pel denudada erosionada con ou sen dermatite.
FACTORES CONTRIBUÍNTES	Ningún ou 1 factor contribuínte.	2 factores contribuíntes.	3 ou mais factores contribuíntes.

Factores contribuíntes: antibióticos, albumina baixa, nutrición parenteral total, colonización, outros.

ANEXO 4

Escala gradual da dermatite perineal (Perineal Dermatitis GradingScale)						
	1	2	3	4	5	6
COR DA PEL	Non eritema.	Eritema leve.	Eritema moderado.	Eritema severo.		
INTEGRIDADE DA PEL	Intacta.	Lixeiro eccema.	Eritema / dermatose.	Ampolas ou vesículas.	Pel rota ou macerada.	Costras ou desescamación.
SÍNTOMAS DO PACIENTE	Ningún.	Formigo.	Proído.	Ardor.	Dor.	
ÁREA DE EXTENSIÓN	(A extensión e a anchura media en centímetros, primeiro para o lado dereito e, a continuación para o lado esquerdo).					

ANEXO 5

Escala de dermatite asociada a incontinencia (Incontinence Associated Dermatitis, AID)					
	0	1	2	3	4
ÁREA CUTÁNEA EXPOSTA	Ningunha.	Área pequena (<20 cm ²).	Área moderada (20 - 50 cm ²).	Área grande (>50 cm ²).	
ERITEMA CUTÁNEO	Ningún.	Avermellamento leve.	Avermellamento moderado.	Avermellamento severo.	
EROSIÓN SUTÁNEA	Ningunha.	Leve erosión epidérmica superficial.	Moderada erosión dérmica con ou sen exsudado.	Severa erosión epidérmica e moderada dérmica con ou sen exsudado.	Extrema erosión tisular con moderado exsudado.

ANEXO 6

ESCALA DE SEVERIDADE DE LESIÓNS CUTÁNEAS POR INCONTINENCIA (ESLCI)

A) ÁREA TOTAL DE AVERMELLAMENTO

Puntuación

- 0 Non área.
 - 1 Área pequena ($\leq 20 \text{ cm}^2$).
 - 2 Área moderada ($> 20 \text{ cm}^2 \leq 50 \text{ cm}^2$).
 - 3 Área grande ($> 50 \text{ cm}^2$).
-

B) GRAVIDADE DO AVERMELLAMENTO NO PEOR PUNTO

Puntuación

- 0 Sen avermellamento.
 - 1 Avermellamento suave (a manchas e con aparencia non uniforme).
 - 2 Avermellamento moderado (severo en canto a manchas, pero con aparencia non uniforme).
 - 3 Avermellamento grave (severo en aparencia de forma uniforme).
-

C) ÁREA TOTAL DE DENUDACIÓN DA PEL

Puntuación

- 0 Non área.
 - 1 Área pequena ($\leq 2 \text{ cm}^2$).
 - 2 Área moderada ($> 2 \text{ cm}^2 \leq 5 \text{ cm}^2$).
 - 3 Área grande ($> 5 \text{ cm}^2$).
-

D) SEVERIDADE DE DENUDACIÓN DA PEL NO PEOR PUNTO

Puntuación

- 0 Sen denudacións da pel.
 - 1 Denudacións suaves na epiderme (certa aparencia vidrosa).
 - 2 Denudacións grosas parciais que se estenden cara a capa vidrosa da epiderme, pero non a inclúen (marcada aparencia vidrosa da pel).
 - 3 Denudacións parciais ou completas que se estenden á capa vidrosa da epiderme e por ela (aparencia moi vidrosa da pel, superficie húmida e/ou mollada).
-

Puntuación total (A+B+C+D)

ANEXO 7

SUBESCALA DE HUMIDADE DA ESCALA DE BRADEN		
Exposición á humidade	Escala	Nivel de exposición da pel á humidade
Constantemente húmida	1	A pel está exposta constantemente a sudación, ouriños etc. Detéctase a humidade cada vez que se move ou xira o paciente.
A miúdo húmida	2	A pel está a miúdo, pero non sempre, húmida. A roupa de cama débese cambiar polo menos unha vez por quenda.
Ocasionalmente húmida	3	A pel está ocasionalmente húmida. Requírese un cambio suplementario de roupa de cama aproximadamente unha.
Raramente húmida	4	A pel está xeralmente seca. A roupa da cama cámbiase de acordo cos intervalos fixados para os cambios de rutina.

