

# Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud

Guía práctica de lesiones cutáneas asociadas a la humedad. Guía nº7





**COLECCIÓN DE GUÍAS PRÁCTICAS DE HERIDAS  
DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD**

**GUÍA PRÁCTICA DE LESIONES  
CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD**

Guía N°7

Edita: Xunta de Galicia  
Consellería de Sanidad  
Servicio Gallego de Salud  
Dirección General de Asistencia Sanitaria

Diseño y maquetación: Versal Comunicación, S.L.

Año: 2016



# COLECCIÓN DE GUÍAS PRÁCTICAS DE HERIDAS DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD

- N°1 Úlceras por presión
- N°2 Úlceras de la extremidad inferior
- N°3 Pie diabético
- N°4 Lesiones cutáneas neoplásicas
- N°5 Lesiones por quemadura
- N°6 Herida quirúrgica aguda
- N°7 **LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD**
- N°8 Heridas traumáticas





# PRESENTACIÓN

Por todos es conocido que el abordaje de las úlceras y heridas lleva implícito un problema de salud de gran magnitud por la pérdida de calidad de vida en los pacientes, por la repercusión que tiene en sus familias y cuidadores y también por la carga de trabajo que suponen sus cuidados a los profesionales sanitarios. A lo que hay que añadir el sobrecoste económico que supone para la sostenibilidad del sistema sanitario.

Desde el Servicio Gallego de Salud (Sergas) se es consciente de la importancia e impacto asistencial de una adecuada gestión de la prevención y tratamiento de este tipo de lesiones; por lo que desde hace años y de forma más intensiva desde la Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa a través del Servicio de Integración Asistencial, se está trabajando por mejorar la estructura, recursos y condiciones necesarias, para tratar de normalizar y sistematizar la actividad asistencial derivada de dicho proceso de cuidados.

El **Programa Úlceras Fóra** se constituye en el marco de referencia para desarrollar y establecer las líneas estratégicas en el abordaje de todo lo relacionado con las úlceras y las heridas, e incluye como uno de sus objetivos esenciales el establecer criterios asistenciales comunes (para la identificación del riesgo, la valoración de lesiones, establecimiento de medidas preventivas, establecimiento de terapias, utilización de productos, seguimiento, registro, etc.) que posibilitasen avanzar hacia la unificación de criterios y la correspondiente reducción de la variabilidad clínica para este tipo de lesiones.

Es por ello, que la presente **Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud**, describe el esfuerzo y entusiasmo de muchos profesionales (enfermeros y médicos) por mejorar su práctica clínica en el cuidado y abordaje integral de los pacientes afectados por úlceras y heridas, o con riesgo de padecerlas, con el fin de incorporar la mejor evidencia disponible del momento hacia la consecución de una mejora de la calidad asistencial y seguridad al paciente.

**Jorge Aboal Viñas**  
Director general de Asistencia Sanitaria  
Servicio Gallego de Salud

# PREFACIO

Esta guía práctica fue elaborada con la participación de profesionales de salud de atención primaria y atención hospitalaria del Sergas y revisada por profesionales expertos en la materia e instituciones científicas de ámbito nacional; bajo la coordinación de la Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa y Dirección General de Asistencia Sanitaria del Sergas.

Las recomendaciones de práctica clínica basada en la evidencia que se incluyen en esta guía son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta a seguir en un procedimiento o tratamiento para el cuidado integral que se pretende llevar. Cualquier modificación o variación de las recomendaciones aquí establecidas, deberán basarse en el juicio clínico (evidencia interna) del profesional sanitario que las aplica y de las mejores prácticas clínicas del momento; así como, en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles en el momento de la atención sanitaria y en la normativa establecida por la institución o centro sanitario donde se pretende aplicar.



# DIFUSIÓN E IMPLEMENTACIÓN

La difusión y la estrategia de implementación de esta guía práctica; así como, de toda la colección de guías prácticas de heridas del Sergas, se coordinará a través de la dirección técnica del Programa Úlceras Fóra; es decir, por el Servicio de Integración Asistencial, de la Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa del Sergas.

El proceso de difusión conlleva una presentación protocolaria en la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, la presentación oficial en todas las instituciones públicas de la red sanitaria del Sergas, la difusión de un comunicado oficial a los medios de comunicación, su divulgación en eventos científicos y difusión en internet a través de la web oficial del Sergas.

# VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

La guía deberá ser revisada transcurridos 3 años desde la fecha de su publicación. Su actualización podrá realizarse antes de finalizar dicho periodo si alguna de las recomendaciones de evidencia modifica su categorización y puede suponer un riesgo clínico de seguridad para el paciente y / o afectar a la calidad asistencial.

# DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS E INDEPENDENCIA EDITORIAL

Los autores de esta guía práctica declaran haber hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual, y declaran que no han sido influidos por conflictos de intereses que pudieran cambiar los resultados o contenidos durante la etapa de elaboración y desarrollo de la misma. Así mismo, los autores de la guía asumen la responsabilidad del contenido expresado, que incluye evidencias y recomendaciones.

Los editores de la Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud, declara la existencia de independencia editorial en cuanto a las decisiones tomadas por la dirección técnica y los coordinadores del grupo de trabajo.

# EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA

Las evidencias científicas y recomendaciones expuestas en esta guía práctica fueron el resultado de la evaluación y análisis de las fuentes de información bibliográfica consultadas como referentes (guías de práctica clínica, guías basadas en la mejor evidencia, otros documentos basados en evidencia, revisiones sistemáticas y artículos originales), para la elaboración de la misma por el método de lectura crítica y consenso por grupo nominal entre autores y panel de expertos.

La clasificación del nivel de evidencia y gradación de las recomendaciones se ha mantenido respetando la fuente original consultada y la escala de evidencia que ha utilizado. Para ello, se ha seguido el método que desarrolla el CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud) de México en la elaboración de sus Guías de Práctica Clínica (GPC):

- Clasificar con el símbolo **[E]** a aquellas evidencias que aparecen publicadas en alguna GPC, seguidas por su clasificación alfanumérica (calidad del estudio, si esta referenciada) y cita bibliográfica.
- Categorizar con el símbolo **[R]** a aquellas recomendaciones identificadas por alguna GPC, seguidas por su fuerza de recomendación (por niveles A-B-C-D, en orden decreciente según la importancia clínica, o por su gradación en alta-moderada-baja evidencia).
- Identificar con el símbolo **[BP]** a aquellas acciones y / o actividades consideradas como buenas prácticas, que no están referenciadas o avaladas por ninguna GPC, pero que aparecen en otros documentos basados en la evidencia (guías de buenas prácticas clínica, vías clínicas, protocolos basados en la evidencia, etc.) y cuya evidencia se ha obtenido a través de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos, etc.

Las escalas sobre el nivel de evidencia y grado de recomendaciones que se describen en los contenidos de esta guía práctica, se pueden consultar a través de las fuentes bibliográficas referenciadas en la tabla resumen de recomendaciones / evidencias.

# LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD GUÍA PRÁCTICA N°7

Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud





# ÍNDICE

<b>01. RELACIÓN DE AUTORES, COORDINADORES Y REVISORES</b>	16
<b>02. INTRODUCCIÓN</b>	18
2.1. Justificación	18
2.2. Alcance y objetivos	18
2.3. Preguntas a responder	19
<b>03. DEFINICIÓN</b>	20
<b>04. EPIDEMIOLOGÍA</b>	21
<b>05. ETIOPATOGENIA. FACTORES PREDISPONENTES</b>	22
<b>06. FISIOPATOLOGÍA. MANIFESTACIONES CLÍNICAS</b>	26
<b>07. VALORACIÓN DIAGNÓSTICA. CLASIFICACIÓN Y DIFERENCIACIÓN CLÍNICA</b>	28
7.1. Escalas de valoración del riesgo de lesión por humedad	28
7.2. Clasificación de las LESCAH	29
7.3. Características de diferenciación entre LESCAH y UPP	30
<b>08. DIRECTRICES GENERALES DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO</b>	32
8.1. Determinar la causa de la lesión	32
8.2. Valoración del riesgo	32
8.3. Cuidados de la piel	32
8.4. Protección de la piel	34
8.5. Medidas generales de limpieza e higiene	36
8.6. Algoritmo de decisión para la prevención de las LESCAH	37
8.7. Educación sanitaria	38
8.8. Modelo de prevención y tratamiento	39
<b>09. RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES DE EVIDENCIA</b>	40
<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b>	43
<b>11. ANEXOS</b>	46

# 01 RELACIÓN DE AUTORES, COORDINADORES Y REVISORES

## DIRECCIÓN TÉCNICA

---

### **Programa Úlceras Fóra**

Servicio de Integración Asistencial. Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud (Sergas). [programa.ulceras.fora@sergas.es](mailto:programa.ulceras.fora@sergas.es)

## GRUPO DE TRABAJO

---

### **AUTORES DE LA GUÍA**

#### **José María Rumbo Prieto**

Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Ferrol.

#### **Luis Arantón Areosa**

Director de Procesos de Enfermería. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Ferrol.

#### **Ramón López de los Reyes**

Facultativo Especialista Adjunto del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Ferrol.

#### **Eulalia Vives Rodríguez**

Facultativa Especialista Adjunta del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Ferrol.

### **COORDINADORES DE LA COLECCIÓN DE GUÍAS**

#### **José María Rumbo Prieto**

Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Ferrol.

#### **Camilo Daniel Raña Lama**

Enfermero. Centro de Salud de Labañou. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de A Coruña.

#### **María Blanca Cimadevila Álvarez**

Jefa del Servicio de Integración Asistencial. Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud (Sergas).

#### **Ana Isabel Calvo Pérez**

Técnica del Servicio de Integración Asistencial. Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud (Sergas).

#### **Josefa Fernández Segade**

Técnica del Servicio de Integración Asistencial. Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud (Sergas).



## REVISORES

### Panel de expertos

- **Grupo de Formadores y Referentes en Heridas del Programa Úlceras Fóra del Sergas**
- **Carmen Outón Dosil**  
Enfermera. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Gerencia de Gestión Integral de A Coruña.
- **Estela María Souto Fernández**  
Enfermera. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Gerencia de Gestión Integral de A Coruña.
- **Rocío Sanmartín Castrillón**  
Enfermera. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Gerencia de Gestión Integral de Ferrol.
- **Juan Santiago Cortizas Rey**  
Enfermero. Supervisor de Infección Nosocomial. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Gerencia de Gestión Integral de Ferrol.
- **Pedro Pita Miño**  
Enfermero. Supervisor de Cirugía. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Gerencia de Gestión Integral de Ferrol.
- **Federico Palomar Llatas**  
Enfermero. Director Cátedra Hartmann de Cuidados de la Piel. Universidad católica de Valencia.
- **Ana Isabel Calvo Pérez**  
Enfermera. Técnica del Servicio de Integración Asistencial. Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud (Sergas).

### Instituciones y 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**
- **Colegio Oficial de Enfermería de Lugo**
- **Colegio Oficial de Enfermería de A Coruña**
- **Colegio Oficial de Enfermería de Ourense**
- **Colegio Oficial de Enfermería de Pontevedra**

## CÓMO CITAR EL DOCUMENTO

---

Rumbo-Prieto J. M., Arantón-Areosa L., López-de los Reyes R., Vives-Rodríguez E. *Guía práctica de lesiones cutáneas asociadas a la humedad* [Guía Práctica nº7]. 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 heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud; 2016.

# 02 INTRODUCCIÓN

## 2.1. JUSTIFICACIÓN

---

El abordaje de las úlceras y heridas crónicas lleva implícito un problema de salud de gran magnitud por el sobrecoste económico que supone para los sistemas de salud, por la pérdida de calidad de vida en los pacientes, por la repercusión que tiene en sus familias y cuidadores (que en muchos casos llevan el peso de la prevención y la tarea de cuidados) y también por la carga de trabajo que suponen sus cuidados a los profesionales sanitarios. Por ello, la toma de decisiones sobre su abordaje requiere tener en cuenta varias alternativas provenientes de diversas fuentes de información (datos clínicos, experiencia profesional, preferencias del paciente, evidencias científicas, protocolos, guías, etc.) que a su vez originan una considerable variabilidad de decisiones en función del momento, de la información disponible y de la persona que decide. Esto da lugar a una gran disparidad en la actuación de los profesionales en técnicas, pruebas y habilidades diagnósticas, juicio clínico y toma de decisiones ante un mismo problema o paciente e incluso en un mismo profesional en relación a pacientes con la misma clínica y patología.

La presente *Guía práctica de lesiones cutáneas asociadas a la humedad* (guía práctica nº 7) se integra dentro de la Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud; de acuerdo con las estrategias y líneas de acción promovida a través del Programa Úlceras Fóra que coordina la Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. A su vez, dicha Colección, se alinea en consonancia con la estrategia nº10 (Mejorar la práctica clínica), del Plan de Calidad para el Sistema nacional de salud 2010, así como, con la Estrategia Sergas 2014: La Sanidad pública al servicio de los pacientes.

Por tanto, esta guía se conforma como una síntesis de las mejores intervenciones y prácticas preventivas o terapéuticas disponibles para lesiones cutáneas asociadas a la humedad; según la práctica clínica basada en la evidencia más actual.

## 2.2. ALCANCE Y OBJETIVOS

---

El alcance de la guía se dirige a las personas afectadas, a los cuidadores informales y a todos los profesionales sanitarios con responsabilidad directa o indirecta para el abordaje integral de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad, en cualquiera de los tres niveles de asistenciales de salud de la Comunidad de Galicia: Atención Primaria de Salud, Atención Hospitalizada y Atención Sociosanitaria.

El objetivo de la guía es disponer de unas directrices y / o criterios estandarizados que sirvan de referencia para identificar factores de riesgo de infección, realizar acciones específicas de prevención, detección de la infección, derivación y tratamiento que suponen las lesiones cutáneas asociadas a la humedad como problema de salud. La finalidad es contribuir al bienestar de las personas, reducir la variabilidad terapéutica e incertidumbre profesional, disminuir la prevalencia e incidencia de infección; así como, conseguir una mayor optimización de la gestión

de los recursos humanos y económicos disponibles del sistema sanitario y sociosanitario de Galicia en base a las recomendaciones de práctica basada en la evidencia y; conseguir unos indicadores de calidad de atención de cuidados y seguridad de los pacientes que permitan una mayor eficiencia del proceso entre los distintos niveles asistenciales.

## **2.3. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA PRÁCTICA**

---

- ¿Qué son y cómo se definen las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH)?
- ¿Cuál es su epidemiología y etiopatogenia, de qué tipo son y cómo se clasifican?
- ¿Cuáles son las localizaciones más frecuentes?
- ¿Cómo diagnosticar y / o diferenciar una lesión LESCAH?
- ¿Qué tratamientos y / o medidas terapéuticas son las más adecuadas?
- ¿Qué complicaciones se pueden producir?
- ¿Qué recomendaciones de prevención son las más indicadas?
- ¿Qué recomendaciones de tratamiento son las más idóneas?
- ¿Qué pautas terapéuticas y de educación sanitaria deben seguir los pacientes, cuidadores informales y profesionales para facilitar su cuidado?

## 03 | DEFINICIÓN

El término lesión cutánea asociada a la humedad (LESCAH)<sup>1</sup> es un concepto general que incluye en su definición el efecto de la humedad con otros agentes agresores y un efecto de la misma sobre la piel. Recientemente el término ha sido objeto de un debate de consenso para redefinir el concepto, concretar las fuentes de humedad y diferenciar este tipo de lesiones de otras que no lo son<sup>1-10</sup>.

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), en su documento nº II; propone como definición de LESCAH<sup>3</sup>: *“la lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) que se presenta como una inflamación (eritema) y / o erosión de la misma, causada por la exposición prolongada (continua o casi continua) a diversas fuentes de humedad con potencial irritativo para la piel (por ejemplo: orina, heces, exudado de heridas, efluentes de estomas o fistulas, sudor, saliva o moco)”*.

De esta forma, podemos entender a la LESCAH como: un deterioro de la integridad de la piel causada por la exposición prolongada a diversas fuentes de humedad, con irritación química o física asociada, caracterizada por un tipo de dermatitis y / o eczema con inflamación y eritema, con o sin excoriación de la epidermis y generalmente acompañada de maceración, que se localiza principalmente a nivel de pliegues tegumentarios, en tejido perilesional y / o periestomal, y en zona perianal o perigenital (**figura 1**).



**Figura 1. Lesión cutánea asociada a la humedad en zona perianal y perigenital**

## 04 | EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología de las LESCAH viene condicionada por su etiología (humedad), pero tradicionalmente solo se reconocían en este grupo, las dermatitis asociadas a incontinencia (DAI), obviándose una enorme cantidad de factores desencadenantes como presencia de exudados, productos irritantes, etc.

Las LESCAH relacionadas con DAI son las más frecuentes y dolorosas (afectan al estado general de la salud de la persona, a su calidad de vida y en un gran número de casos se consideran lesiones prevenibles). En nuestro entorno, la prevalencia epidemiológica de las LESCAH está todavía poco estudiada pero se observa que ésta irá en aumento a medida que se profundice en identificar específicamente esta etiología<sup>1, 2, 6, 7</sup>, sobre todo porque la coexistencia de incontinencia fecal y urinaria es muy frecuente, particularmente en personas ancianas e institucionalizadas en centros socio-sanitarios; una incidencia que aumenta con la edad y con la presencia de patologías comórbidas (tan común en mujeres como en hombres)<sup>11-14</sup>.

La humedad asociada a incontinencia, ya sea de tipo urinaria, fecal o una combinación de las anteriores, es considerada un factor de riesgo de aparición de úlceras por presión (UPP)<sup>14-17</sup>, que combinada con presión no aliviado o cizallamiento, agrava los efectos de éstos porque disminuye las defensas naturales del organismo.

En el 4º Estudio Nacional de Prevalencia por UPP en España<sup>18</sup>, según la etiología, las lesiones relacionadas con la humedad (LESCAH) suponen un 6,5 % del total. Además, se determinó la existencia de un 16 % de lesiones combinadas: presión y / o cizalla + humedad. Por niveles asistenciales, la prevalencia de LESCAH en Atención Primaria fue del 3,7 %; en centros hospitalarios del 8,1 % y en centros socio-sanitarios del 5,25 %. Según la localización, las zonas glúteas y los genitales (zonas del pañal) fueron las más afectadas, principalmente por lesiones por dermatitis asociadas a la incontinencia.

## 05 | ETIOPATOGENIA. FACTORES PREDISPONENTES<sup>13,14,19,22</sup>

La LESCAH se produce por causa de tres importantes factores generales que actúan deteriorando la piel y reduciendo su efecto barrera y que a su vez interactúan y potencian entre sí:

1. Por efecto de un exceso de humedad sobre la piel (incontinencia, sudoración, soluciones



Figura 2. Dermatitis asociada a incontinencia (DAI)

exógenas...) (figura 2).

2. Por la acción de agentes químicos irritantes (productos cosméticos de aplicación tópica,



Figura 3. Dermatitis con restos de productos tópicos e incontinencia fecal

exudados...) (figura 3).

3. Por la actividad derivada de un excesiva y repetida limpieza e higiene (irritación física)



Figura 4. Dermatitis derivada de una excesiva y repetida limpieza o higiene

(figura 4).

Las consecuencias de esta lesión cutánea son la aparición inicial de una dermatitis y / o eczema con inflamación y eritema (piel íntegra) que, si no es detectada y tratada adecuadamente, pueden dar lugar a lesiones crónicas asociadas a la humedad (piel deteriorada) (figura 5). Estas lesiones por humedad a su vez, requieren ser abordadas de manera precoz y satisfactoria, ya que, como decíamos anteriormente, si se combinan



Figura 5. Deterioro de la integridad cutánea por exceso de humedad

con presión, pueden desembocar en lesiones más profundas (úlceras por presión). Por otro lado, la exposición a las diversas fuentes de humedad no es causa suficiente para producir lesión en la piel (dermatitis), la probabilidad de producir lesión también estará determinada por otros factores contribuyentes, como la exposición prolongada (duración), el volumen, la cantidad, el contenido, el tipo y la intensidad del irritante (sustancia que provoca la humedad), la duración del irritante, el volumen y cantidad del irritante, las condiciones de la piel (integridad de la piel), los factores mecánicos como las fuerzas de fricción y cizalla, la presencia de potenciales microorganismos patógenos presentes en la piel, el estado de salud del paciente, la edad, etc. (figuras 6 y 7).

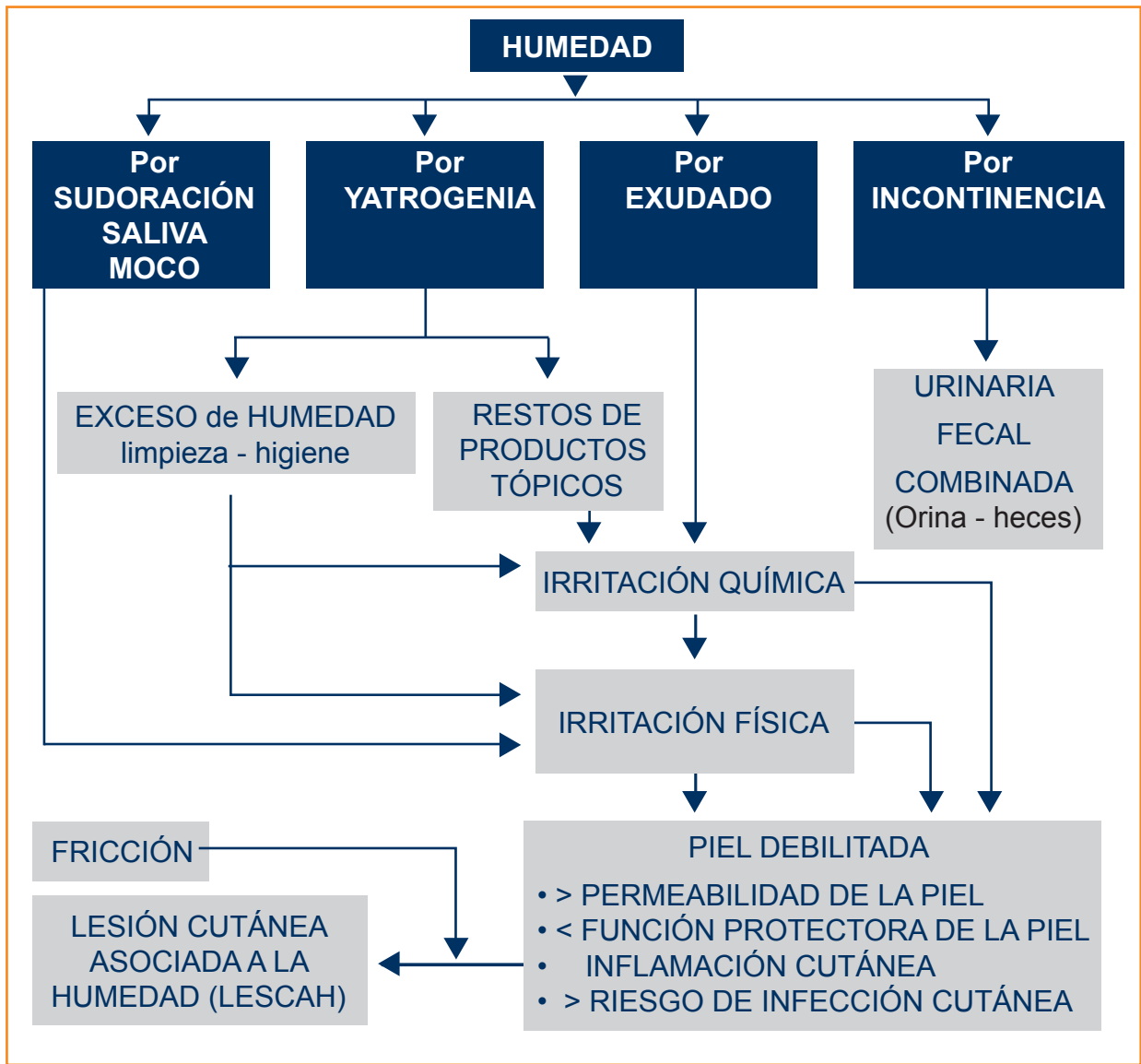


Figura 6. Clasificación de las LESCAH según su etiopatogenia



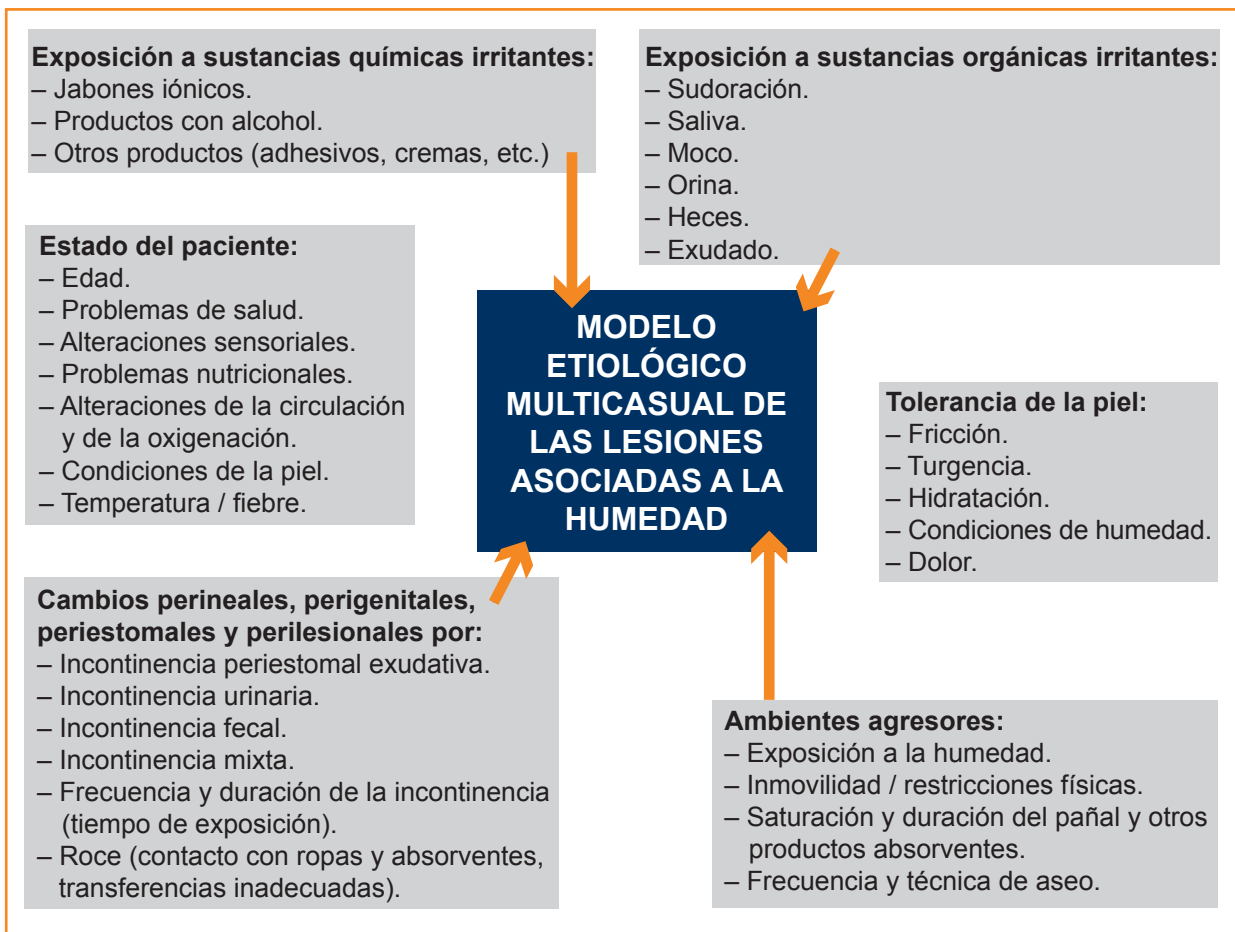


Figura 7. Modelo etiológico multicausal de las LESCAH

En la siguiente escala, sobre los diferentes tipos de sustancias irritantes, se refleja de menor a mayor la intensidad de afectación que pueden provocar sobre la piel un contacto prolongado excesivo.

TIPO DE SUSTANCIA IRRITANTE	INTENSIDAD DE AFECTACIÓN
Agua (caliente / fría)	+
Sudor	+
Saliva	+
Moco	+
Orina	++
Productos tópicos irritantes	++
Exudado	++
Heces formadas	+++
Orina y heces	++++
Heces blandas con o sin orina	++++
Heces líquidas con o sin orina	+++++

# 06 FISIOPATOLOGÍA. MANIFESTACIONES CLÍNICAS<sup>13,14,19-22</sup>

Generalmente, la piel de la persona afectada por LESCAH se vuelve frágil debido al exceso de humedad y / o a la irritación química producida por la acción de la orina, heces o exudados, así como por la irritación física que se podría derivar de la fricción reiterada ejercida durante las actividades de higiene, aseo o movilizaciones del paciente. Esta alteración de la barrera protectora de la piel la hace más vulnerable, aumentando la probabilidad de que se deteriore; se caracteriza pues, por la instauración de un proceso inflamatorio (dermatitis), con alcalinización cutánea, alteración de la capa dermolipídica, y consecuente deterioro de la integridad cutánea y tisular provocada por la fricción de fuerzas externas asociadas a una excesiva exposición de la piel a la humedad.

Los principales procesos fisiopatológicos y manifestaciones clínicas implicadas en las LESCAH son:

PROCESOS FISIOPATOLOGICOS	ELEMENTOS IMPLICADOS	MANIFESTACIONES CLÍNICAS
<b>PROCESO INFLAMATORIO (Dermatitis)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Exceso de humedad.</li> <li>– Lavados continuos o reiterados de la zona expuesta.</li> <li>– Presencia de orina, heces, exudado, sudor...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– La humedad excesiva puede lesionar la piel macerándola (ablandamiento y rotura como resultado de la exposición prolongada a la humedad).</li> <li>– El uso inadecuado de productos de oclusión prolongada (productos para incontinencia, apósitos, etc.), que pueden saturarse y favorecer que la piel quede expuesta a mayor riesgo de lesión.</li> <li>– Una exposición prolongada a la humedad, así como un secado no adecuado puede traducirse en un reblandecimiento de la piel que de mantenerse o incrementarse puede desembocar en una dermatitis. El eczema cutáneo resultante tiende a cronificarse, con el consecuente aumento de la permeabilidad cutánea pudiendo llegar a producir edema, eritema, maceración, excoriación tisular, exudación, costras, prurito y dolor.</li> </ul>

<p><b>ALCALINIZACIÓN CUTÁNEA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Exceso de humedad.</li> <li>– Lavados continuos o reiterados de la zona expuesta.</li> <li>– Presencia de orina, heces, exudado, sudor...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– El agua penetra en los espacios intracelulares del estrato córneo fijándose a las proteínas. El estrato córneo puede aumentar hasta 5 veces su tamaño y la piel perder su efecto barrera por deshidratación. Esto hace que se incremente la actividad enzimática, la permeabilidad de la piel y la actividad microbiana.</li> <li>– El pH normal de la piel varía entre 4,8- 5,6 lo que garantiza la existencia de un manto ácido que evita que se rompa el equilibrio existente con la flora normal. La exposición repetida y prolongada a la humedad y a las sustancias irritantes contenidas en la orina y las enzimas fecales pueden causar irritación y producir efectos perniciosos que incrementan el riesgo de deterioro cutáneo.</li> <li>– La presencia de orina crea un ambiente alcalino (por descomposición de la urea urinaria en hidróxido de amonio), lo que favorece la proliferación de bacterias y a su vez puede degenerar en irritación, inflamación e infección cutánea.</li> </ul>
<p><b>ALTERACIÓN DERMOLIPÍDICA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lavados continuos o reiterados de la zona expuesta.</li> <li>– Exceso de humedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– El lavado frecuente de la piel afectada, puede modificar la función de barrera protectora de la piel al eliminarse lípidos de la piel y acelerarse la pérdida de agua epidérmica con la consiguiente pérdida de elasticidad cutánea (xerosis cutánea). Esto que puede verse incrementado por la utilización de determinados productos para el aseo / higiene con componentes sensibilizantes que producirían liberación de sustancias proinflamatorias que derivarían en dermatitis de contacto.</li> </ul>
<p><b>DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA Y TISULAR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exceso de humedad.</li> <li>- Lavados continuos o reiterados de la zona expuesta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– El exceso de humedad puede aumentar el coeficiente de fricción, haciendo que la piel se pueda agrietar o fisurar. Las actividades reiteradas de limpieza implican también la realización de fricción en el secado y posibles lesiones de tipo mecánico. Un secado no adecuado puede traducirse en un exceso de humedad que de mantenerse o incrementarse va a favorecer la dermatitis</li> <li>– Las fuerzas de fricción y cizalla, fundamentalmente en la zona interglútea, perianal, perigenital y pliegues tegumentarios, asociadas a una menor tolerancia cutánea, pueden llegar a provocar que presiones mantenidas, aunque no sean excesivas, den lugar a un proceso isquémico local con la consiguiente lesión y / o necrosis (úlceras de categoría II).</li> </ul>

# 07 VALORACIÓN DIAGNÓSTICA. CLASIFICACIÓN Y DIFERENCIACIÓN CLÍNICA

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

## 7.1. ESCALAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE LESIÓN POR HUMEDAD

---

Existen varias escalas o instrumentos para poder hacer una correcta valoración del riesgo de lesión asociado a la humedad y en consecuencia poder adoptar las medidas necesarias para planificar y llevar a cabo el tratamiento más adecuado:

- a) **Escala Visual del Eritema (EVE):** Diseñada por Fader<sup>23</sup> a partir de la escala de la dermatitis de contacto de Quinn<sup>24</sup>. Consiste en una escala numérica de 0 a 4, que determina hasta cinco grados colorimétricos de valoración del eritema (**anexo 1**).
- b) **Escala Iconográfica de la Dermatitis del Pañal por Humedad (DPH):** Diseñada por Palomar<sup>25</sup>, a partir de la escala EVE. Consiste en una escala visual que valora el color del eritema y el grado de afectación de la piel. Esta escala clasifica la severidad de la lesión por humedad en 6 tipos, (**anexo 2**).
- c) **Escala de Medida de la Lesión Perineal (PAT, Perineal Assessment Tool):** Desarrollada originalmente por Nix<sup>26</sup>, y adaptada por el GNEAUPP<sup>1</sup>. Es una escala que consta de 4 ítems o factores que valoran el riesgo de lesión cutánea por incontinencia en la zona perineal (**anexo 3**).
- d) **Escala Gradual de la Dermatitis Perineal (Perineal Dermatitis Grading Scale):** Creada por Brown y Sears<sup>27</sup>. Es una escala de 4 ítems que valoran el alcance y la severidad de la dermatitis asociada a incontinencia (DAI), y los cambios en esos factores como consecuencia de las intervención enfermera (**anexo 4**).
- e) **Escala de la Dermatitis Asociada a Incontinencia (IAD, Incontinence Associated Dermatitis Skin Condition Assessment Tool):** desarrollada por Kennedy y Lutz<sup>28</sup>. consta de tres ítems que evalúan el grado de deterioro de la piel debido a la dermatitis asociada a incontinencia (**anexo 5**).
- f) **Escala de Severidad de Lesiones Cutáneas por Incontinencia (ESLCI):** desarrollada por Rueda J. et al.<sup>29</sup>. Es una escala de 0 a 12 puntos (0 = piel intacta sana, 12 = piel dañada gravemente), obteniendo el sumatorio de las puntuaciones a través de la evaluación de cuatro sub-apartados con valores entre 0 y 3 puntos (**anexo 6**).
- g) **Sub-Escala de Humedad de la Escala de Braden:** La Escala de Braden<sup>30</sup> es una escala validada que se utiliza para la predicción de riesgo de úlceras por presión; incluye

seis sub-escalas, de las cuales, una está referida a la humedad como factor de riesgo<sup>31</sup>. Esta sub-escala consta de 4 ítems que valoran el nivel de exposición de la piel a la humedad (**anexo 7**).

## 7.2. CLASIFICACIÓN DE LAS LESCAH

Basándonos en el estudio de Torra i Bou y cols.<sup>1</sup> y siguiendo las últimas clasificaciones diagnósticas<sup>2-5</sup>, las LESCAH se clasifican en 6 tipos (**tabla nº 1**).

De forma complementaria, el GNEAUPP propone clasificar las LESCAH en dos categorías, en función de la lesión que sufre el tejido cutáneo asociada a la humedad<sup>2,3</sup>:

### Categoría I: Eritema sin pérdida de la integridad cutánea

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

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

### Categoría II: Eritema con pérdida de la integridad cutánea

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

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

Tabla nº 1. Clasificación de las LESCAH<sup>1</sup>

TIPO DE LESCAH	DESCRIPCIÓN	FACTORES IMPLICADOS	IMÁGENES
<b>Dermatitis asociada a incontinencia (DAI)</b>	Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado con sustancias irritantes por incontinencia urinaria, fecal o mixta y productos absorbentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Orina y / o heces.</li> <li>– Productos absorbentes.</li> <li>– Productos de higiene y limpieza.</li> </ul>	 <p>© Teresa Segovia</p>
<b>Dermatitis intertriginosa o dermatitis por transpiración</b>	Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado con sudor en zonas de pliegues cutáneos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sudor.</li> <li>– Presión y fricción por pliegues.</li> <li>– Oclusión por pliegues.</li> <li>– Sobreinfección por flora.</li> </ul>	 <p>© Federico Palomar</p>

<p><b>Dermatitis perilesional asociada a exudado</b></p>	<p>Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado con exudado procedente de la lesión de la piel perilesional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Exudado procedente de lesiones.</li> <li>– Tipo de apósitos.</li> <li>– Adhesivos de apósitos.</li> </ul>	 <p>© Federico Palomar</p>
<p><b>Dermatitis cutánea asociada a exudado</b></p>	<p>Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado con exudado procedente de alguna extremidad con la piel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Exudado no procedente de lesiones.</li> <li>– Patologías de base: linfedema, etc.</li> </ul>	 <p>© Teresa Segovia</p>
<p><b>Dermatitis periestomal</b></p>	<p>Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado de los fluidos procedentes del estoma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fluidos procedentes de ostomía.</li> <li>– Tipo de dispositivo recolector.</li> <li>– Adhesivo del dispositivo.</li> </ul>	 <p>© Pedro Pita</p>
<p><b>Dermatitis por salivación o mucosidad</b></p>	<p>Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado con saliva o mucosidad procedente de la cavidad orofaríngea o las fosas nasales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Saliva.</li> <li>– Mucosidad.</li> <li>– Roce o fricción.</li> <li>– Presión.</li> <li>– Procesos patológicos asociados (neurológicos, psiquiátricos, etc.).</li> </ul>	 <p>©JM Rumbo Prieto</p>

### 7.3. CARACTERÍSTICAS DE DIFERENCIACIÓN ENTRE LESCAH Y UPP

Actualmente, diversos estudios muestran la necesidad de separar etiológicamente las úlceras por presión de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad de causa incontinente (**tabla nº 2**), con el fin de tratar adecuadamente las relaciones causales que las favorecen y tomar las acciones preventivas y específicas para su abordaje terapéutico<sup>1-3, 8, 10, 19, 20, 32-34</sup>.

Tabla nº2. Diferencias clínico-morfológicas entre LESCAH y UPP

CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN	LESIÓN CUTÁNEA ASOCIADA A LA HUMEDAD (LESCAH)	ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)
CAUSAS	Presencia de humedad.	– Presencia de presión y / o cizalla.
LOCALIZACIÓN	En pliegues cutáneos, partes blandas y extensas de la piel. En zona perineal y perigenital. En prominencias óseas, sin presión / cizalla.	– Sobre prominencias óseas – Sobre partes blandas sometidas a presión y / o cizalla.
FORMA	Irregulares. Suelen ser “en espejo” o en forma de “alas de mariposa”. Difusas y dispersas en más de un lugar. Lineales en surcos o pliegues.	– Circulares y regulares. – Bien circunscritas. – Limitadas a un solo lugar.
PROFUNDIDAD	Superficiales y muy extensas.	– Superficiales o profundas (según estadios).
NECROSIS	No suele haber necrosis.	– Puede estar presente (escara o placa necrótica).
BORDES	Irregulares y difusos.	– Claramente distinguibles. – A veces, bordes levantados y engrosados.
COLOR	Enrojecimiento no uniforme (eritema difuso). Rosa o blanco (maceración por humedad).	– Del rojo al púrpura, según categoría.
OTROS POSIBLES ASPECTOS	Fiebre, leucocitosis, candidiasis, (signos clínicos de infección dérmica). Dolor o prurito.	– Induración o fluctuación. – Dolor crónico / agudo. – Prurito, quemazón. – Olor fétido.
Presión + humedad = lesiones mixtas o combinadas (LESCAH + UPP) (figura 8).		

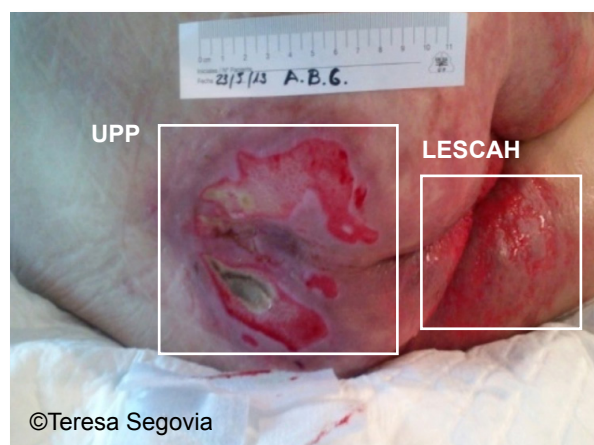


Figura 8. Presión + humedad (LESCAH + UPP)

## 08 DIRECTRICES GENERALES DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

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

### 8.1. DETERMINAR LA CAUSA DE LA LESIÓN

Se recomienda realizar una anamnesis, una exploración visual de la piel y un examen físico, para lograr determinar la causa que origina la lesión y poder llevar a cabo un diagnóstico diferencial de las lesiones [BP]<sup>14</sup>.

### 8.2. VALORACIÓN DEL RIESGO

Es aconsejable la utilización de un instrumento validado que permita comprobar el estado de la piel y monitorizar su evolución. Preferentemente, están recomendadas la escala EVE, PAT y la sub-escala de Humedad de la escala de Braden [R = Alta]<sup>16,17</sup>.

Valorar todos los procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de heridas, fiebre [R = Baja]<sup>16</sup>.

### 8.3. CUIDADOS DE LA PIEL

Contar con un plan estructurado de cuidados de la piel basados en una adecuada limpieza / higiene de las zonas cutáneas expuestas a la humedad (figura nº8).

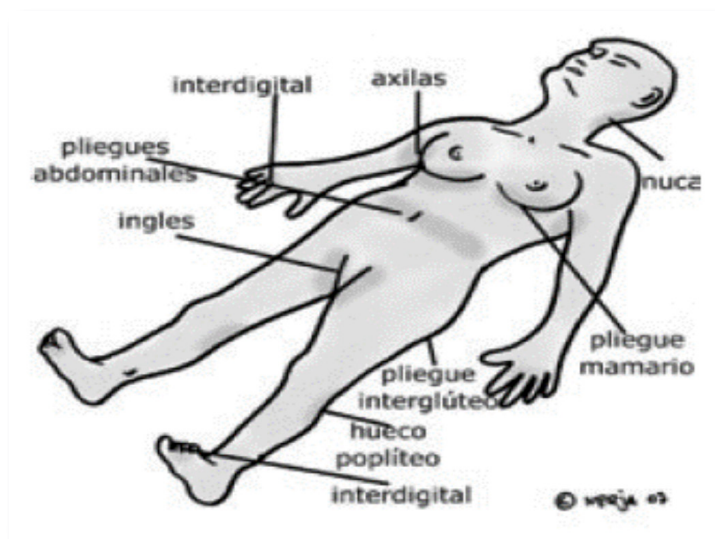


Figura 8. Zonas corporales en riesgo de excesiva humedad

(Fuente de la imagen: GPC Valencia. 2008)<sup>15</sup>



La limpieza cuidadosa de las zonas expuestas a la humedad prolongada, así como un correcto secado de la piel, constituyen el primer paso para mantener la integridad cutánea, especialmente en el caso de pacientes incontinentes o con pieles frágiles o vulnerables **[R = Baja]**<sup>16</sup>.

Tradicionalmente jabón y agua se han utilizado para limpiar la piel. No se puede hablar de evidencia sobre cuál sería la frecuencia óptima, la técnica de lavado y el tipo de secado más adecuado para mantener la hidratación de la piel y su función protectora; sin embargo, la utilización frecuente y reiterada de jabones convencionales se considera una técnica demasiado agresiva para pieles expuestas a humedad y para pieles frágiles **[E]**<sup>35-37</sup>.

El agua durante el lavado produce una acción mecánica (acción de arrastre) que ayuda a eliminar los residuos orgánicos presentes en la piel, y una acción química que facilita la disolución de las sustancias químicas solubles. Si el agua utilizada en el lavado está demasiado caliente, podría originar, además de lesiones por el calor, un secado excesivo e innecesario de la piel **[E]**<sup>14, 35-37</sup>.

Las soluciones jabonosas al contener ácidos grasos o triglicéridos y surfactantes iónicos como el lauril sulfato sódico, pueden producir, por el uso frecuente y repetitivo, o al entrar en contacto con las heces y la orina, puede aumentar aún más el pH de la piel provocando una alcalinización de la misma, reducir el grosor del estrato córneo e incluso deteriorar o eliminar el manto hidrolipídico cutáneo, así como, alterar el equilibrio de la flora saprofita con el consiguiente aumento del riesgo de colonización por microorganismos patógenos y favorecer una dermatitis de contacto<sup>13, 37</sup>, o empeorar la existente. Se estima que la piel tarda, en condiciones normales, sobre 45 minutos en restaurar su pH normal (entre 4, 8-5, 6), pero en casos de exposiciones prolongadas a la humedad o la incontinencia, este proceso puede durar hasta 24 h<sup>13</sup>.

El secado posterior al lavado con agua y jabón requiere una adecuada técnica, especialmente en pacientes incontinentes, ya que es uno de los procedimientos que mejor previene el riesgo de lesión cutánea por humedad y evita el excesivo enfriamiento corporal (sequedad de la piel). La piel debe secarse con suavidad, con mucho cuidado, mediante pequeños “toquecitos”, evitando el roce de la piel ya que esto puede conducir a la fricción y generar malestar, prestando especial atención en las zonas de los pliegues, zonas perianal y perigenital. **[R = Baja]**<sup>16, 17</sup>.

En casos de eczema cutáneo (dermatitis), piel macerada o que presente lesiones cutáneas (grietas, fisuras o pequeñas excoriaciones), se recomienda utilizar productos limpiadores de acción de un solo paso (aplicar y retirar sin enjuagar); estos productos (aerosoles o toallitas desechables) al no utilizar agua para su aclarado, proporcionan más beneficios (menor coste, menor tiempo de cuidados y mayor efecto desodorante), además de que no dejan la piel ni excesivamente seca, ni excesivamente húmeda y por lo tanto no alteran la función protectora de la piel como por el lavado con agua y jabón. **[BP]**<sup>13, 35-39</sup>.

Diversos estudios consideran que un mejor conocimiento, por parte de los profesionales y los propios usuarios, sobre los diferentes productos de higiene disponibles y sus beneficios, ayudaría a mantener el cuidado de la piel. **[BP]**<sup>14</sup>. De ahí la necesidad de elaborar un plan de educación sanitaria estructurado y comprensible para todos los niveles a los que está dirigido y que integre tanto a los profesionales como a la red de cuidadores informales<sup>1, 7, 13, 14, 25</sup>.

## 8.4. PROTECCIÓN DE LA PIEL

Llevar a cabo un programa de protección de la piel manteniendo hidratada y protegida de los efectos de la humedad y la incontinencia **[R = Baja]**<sup>16, 17</sup>.

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

### • **Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO):**

Son glicéridos hiperoxigenados de ácidos grasos esenciales (linolénico y linoléico), palmítico y esteárico, de fitoesteroles y tocoferol (vit. E) en un 99 %<sup>15</sup>. Su formulación es en aceite y emulsión, también los hay combinados con silicona y aloe, entre otras sustancias. Destacan por sus propiedades para mejorar la hidratación de la piel y evitar la sequedad cutánea, aumentando la resistencia al rozamiento, además, reduce el eritema y el eczema, y alivia la sensación de prurito<sup>39, 40</sup>. Constituye, por tanto, una importante **opción de prevención** para mejorar la hidratación y la resistencia de la piel frente a la fricción, la presión y el exceso de humedad en pacientes adultos. **[R = Alta]**<sup>15-17</sup>.

### • **Productos barrera que incorporan óxido de zinc:**

El zinc constituye un oligoelemento que se encuentra prácticamente en la totalidad de las células. El óxido de zinc (O<sub>2</sub>Zn), formulado en crema, pasta, ungüento, pomada o aceite, es uno de los compuestos más conocidos por su acción como protector y reparador cutáneo, siendo comúnmente utilizado para tratamiento del eritema asociado a uso de productos absorbentes (pañal) y a la exposición continuada de orina y heces. Existe evidencia de una adecuada protección de la piel del exceso de humedad con cremas barrera a base de óxido de zinc **[R = Baja]**<sup>16-17</sup>; siendo recomendable su uso en piel íntegra y con una concentración no inferior al 10 % de óxido de zinc<sup>13</sup>. Por otra parte, su combinación con otros productos (sobre todo con perfumes) puede generar irritación; además, en el caso de la pasta o crema al ser más viscosas y tener una concentración >20 % de Zinc, su retirada es dificultosa por lo que es recomendable utilizar sustancias de base oleosa **[R = Muy Baja]**<sup>16, 17</sup> no debiendo ser usada en los casos de piel muy irritada, por la alta posibilidad de fricción (piel frágil)<sup>6</sup>. Tampoco, debemos utilizar óxido de zinc como producto barrera si existe sospecha de signos de infección en la piel ya que puede darse una contaminación bacteriana in situ **[R = Baja]**<sup>14</sup>.

### • **Productos barrera que incorporan Siliconas:**

Básicamente hay tres tipos de productos barrera siliconados: los que contiene polifenilmetilsiloxano (plastificante con base de silicona) que permite la formación de una película flexible<sup>41</sup>; el hexametildisiloxano (solvente de base de silicona) no irritante y de rápida evaporación<sup>17, 41</sup>; y los siloxanos (grupo de aceites a base de silicona, como la dimeticona), combinados como crema barrera en el cuidado de la piel<sup>35, 36</sup>. Se suelen emplear porque facilitan la protección de la piel, son sustancias transparentes que actúan reduciendo la resistencia de las fuerzas de fricción y repeliendo la humedad externa, al tiempo que protegen de una excesiva desecación de la piel **[BP]**<sup>14, 35, 36</sup>. Como advertencia, hay que tener cuidado con el abuso de las cremas de silicona ya que presentan el inconveniente de interferir con los productos absorbentes saturándolos, debido al tiempo excesivo que necesitan para ser absorbidas en su totalidad por la piel normal<sup>41</sup>.

- **Productos barrera con vaselina:**

La vaselina es una sustancia emoliente que se combina con otros compuestos. Se caracteriza por tener una función de protección e hidratación de la piel; siendo una alternativa a otros productos barreras. Suele utilizarse combinada como excipiente (filante o en aceite de parafina). La concentración habitual de uso suele ser entre el 48 % y 98 %<sup>42</sup> Está indicada para el tratamiento y protección del eritema asociado a la exposición continuada de heces y orina **[BP]**<sup>16</sup>. El su uso desmesurado de productos combinados con vaselina (o vaselina pura al 100 %) provoca reacciones de taponamiento, pudiendo interferir en la absorción de la orina y de las heces líquidas por parte del producto absorbente (pañal, alginatos, etc.), también puede provocar escoriaciones y maceración irritativa en la zona de la lesión<sup>41</sup>.

- **Productos barrera con karaya:**

La Karaya es una goma vegetal (polisacárido) que se usa combinada con otros compuestos en forma de excipiente (polvo de karaya). Habitualmente se pueden encontrar en formulaciones de pasta al agua y en ungüento. Se caracteriza por poseer la capacidad de absorber el exceso de humedad y mejorar la adherencia del producto barrera a la superficie cutánea húmeda y / o macerada. Se recomienda utilizar productos con base de Karaya para los casos severos de diarrea recurrente (incontinencia fecal) **[BP]**<sup>3</sup> y en incontinencia de ostomías, por su acción beneficiosa de protección de la piel frente a la maceración. Entre sus inconvenientes está que no permite visualizar la lesión, suele irritar y / o macerar la piel en tratamientos a largo plazo; en el caso del ungüento, éste debe retirarse con aceite oleoso (de parafina)<sup>41</sup>.

- **Película barrera polimérica:**

Generalmente, están compuestas de un copolímero acrílico y plastificante, no irritante y libre de alcohol (P. ej., terpolímero de acrilato). Se caracterizan por su efecto protector sobre la epidermis ya que forman una barrera impermeabilizante que no deja pasar la humedad ni fluidos, pero son permeables al intercambio de vapor de agua y a los gases. Una vez aplicada la película (o la crema), hay que dejarla secar 30-60 segundos antes de cubrir la zona afectada, su efecto protector se mantiene estable durante 72 horas; siendo aconsejable repetir la aplicación a las 24 horas en casos de incontinencia severa<sup>37</sup>. El film se inactiva en contacto con productos de base oleosa o por la fricción en la zona de contacto<sup>14, 16</sup>. Las películas barrera son utilizadas en la prevención y tratamiento de las dermatitis en zona perilesional de cualquier tipo de herida, estoma o drenaje **[R = Moderada]**<sup>16, 42</sup>. Su empleo también está recomendado en aquellas zonas expuestas a incontinencia, pliegues y partes blandas para evitar que los fluidos corporales iriten la piel por exceso de humedad **[R= Baja]**<sup>16</sup>.

- **Película barrera no polimérica:**

Son películas que se encuentran asociadas a soluciones alcohólicas o productos volátiles para favorecer el rápido secado del exceso de humedad de la piel<sup>14</sup>. En la higiene básica de la piel, no son recomendables las soluciones con alcohol **[R = Moderada]**<sup>16</sup>, ya que pueden originar toxicidad en los tejidos, además de una mayor irritación y dolor de la piel macerada o eccematosa.

- **Apósitos adhesivos:**

Bajo este grupo se incluyen los films de poliuretano y apósitos extrafinos de hidrocoloide. No debemos utilizar el film de poliuretano sobre zonas con exudado moderado o muy

exudativas [R = Muy baja]<sup>16</sup>. Tampoco es aconsejable el uso de los film de poliuretano como productos barrera por su facilidad para retener el exudado y la humedad, lo que puede favorecer la proliferación bacteriana y llegar a macerar la piel sana [BP]<sup>17</sup>.

Además del uso de productos barrera, también hay que valorar la posibilidad de utilizar dispositivos de control, para cada caso en particular:

• **Incontinencia:**

Colectores, sondas vesicales y pañales absorbentes [R = Baja]<sup>28</sup>.

• **Drenajes:**

Utilización de dispositivos adecuados y vigilar fugas del drenaje [R = Baja]<sup>28</sup>.

• **Sudoración profusa:**

Control de temperatura y cambio de ropa cuando sea necesario [R = Baja]<sup>28</sup>.

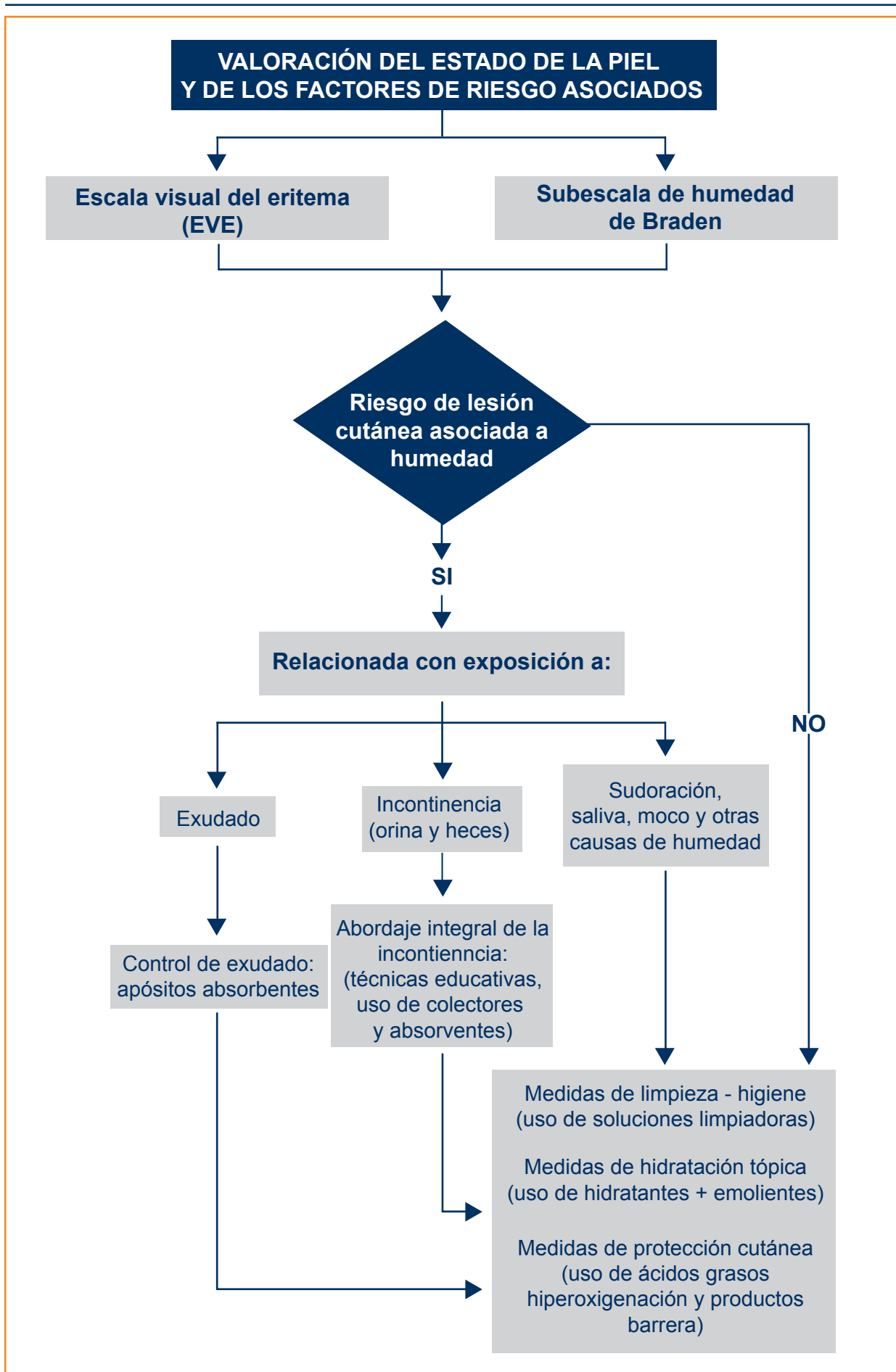
• **Exudado de heridas:**

Utilizar apósitos absorbentes en función de la cantidad de exudado de las heridas y la frecuencia de curación programada (los de la familia de las espumas hidrocelulares e hidropoliméricas, las hidrofibras de hidrocoloide y los alginatos son altamente absorbentes, pudiendo además tratar la contaminación microbacteriana exógena si se combinan con derivados de plata para tratar la infección local [R = Baja]<sup>28</sup>.

## 8.5. MEDIDAS GENERALES DE LIMPIEZA E HIGIENE

MEDIDAS DE LIMPIEZA E HIGIENE	CUIDADOS
PIEL EXPUESTA A HUMEDAD:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación de zonas expuestas a humedad</li> <li>• Usar productos no irritantes (pH 5.5, hipoalergénico).</li> <li>• Uso de agua potable a temperatura ambiente.</li> <li>• Correcto secado de la piel, con suavidad, sin friccionar.</li> <li>• Hidratación diaria.</li> <li>• Uso repetitivo de jabones con ácidos grasos y / o triglicéridos = riesgo de alcalinización de la piel.</li> <li>• Agentes irritantes: lauril sulfato sódico (sodium laureth sulfate), methyl.</li> <li>• Agentes no irritantes: (glicol de propileno, cocamidopropil betaína, polisorbato-20).</li> </ul>
PIEL CON ERITEMA O ECZEMA:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Productos limpiadores de acción de un solo paso (aplicar y retirar sin enjuagar).</li> <li>• Hidratación con AGHO (Ácidos Grasos Hiperóxigenados) en emulsión no aceite.</li> <li>• Protección con cremas barrera con óxido de zinc (al 10 % - 30 %). Pasta lassar.</li> <li>• Protección con cremas barrera con: Silicona, karaya, vaselina, polimérica-acrílica, etc.</li> </ul>

## 8.6. ALGORITMO DE DECISIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LAS LESCAH



## 8.7. EDUCACIÓN SANITARIA<sup>13-17</sup>

El objetivo de la educación sanitaria (ED) es que los pacientes afectados de LESCAH, o en riesgo de padecerlas; así como sus familias y cuidadores, sean sujetos activos en la prevención y tratamiento de este tipo de lesiones para lograr una mayor independencia en el mantenimiento y / o mejora de su propia calidad de vida. Una correcta ED favorece la prevención y el tratamiento de las lesiones **[R = C]**<sup>17</sup>. También, es importante que los profesionales aprendan a diferenciar este tipo de lesiones de otras para, precozmente, estar en disposición de identificar el riesgo y aplicar adecuadamente las medidas de prevención y tratamiento.

Está demostrado que la ED favorece la implicación del paciente y los cuidadores principales en la prevención y tratamiento; ya que, actúan de apoyo para mejorar la toma de decisiones de los profesionales sanitarios que tratan las LESCAH. Constituyendo ésta, la medida preventiva más efectiva, barata y eficaz.

Los programas de ED deben ser estructurados y adaptados a las características individuales de cada paciente (previa valoración de sus capacidades). En todos los ámbitos sanitarios, se debe contar con un programa de educación sanitaria para prevenir la aparición de estas lesiones (talleres, folletos...), que incluya: Conocimientos básicos sobre la etiología, fisiopatología, factores de riesgo, cuidados para prevenir su aparición, repercusiones que conlleva su aparición, detección precoz de las lesiones y actuación ante su aparición. Es por tanto prioritario, elaborar guías de práctica clínica que incluyan recomendaciones para el cuidado que la impliquen las opiniones, preferencias y expectativas del paciente y del cuidador principal.

Los profesionales de la salud disponemos de diversas intervenciones educativas que hacen posible el diseño de estrategias preventivas para reducir y / o eliminar el riesgo de las lesiones por humedad, así como promover la ED para facilitar el autocuidado del paciente. Algunas de las técnicas educativas más eficaces, según la evidencia científica serían:

- **Técnicas educativas e instructivas :**

Están constituidas por estrategias de cuidados orientadas hacia aquellos individuos dependientes que precisan ayuda de un cuidador. Las estrategias recomendadas son: enseñanza sobre una adecuada limpieza e higiene corporal, correcta aplicación de las terapias tópicas, etc. **[BP]**<sup>14, 37, 43</sup>.

- **Técnicas conductuales-educativas y rehabilitadoras:**

Son técnicas recomendadas en aquellos pacientes / individuos que son receptivos para su autocuidado. Son terapias de refuerzo positivo que consisten en entrenamientos vesicales, rehabilitación del suelo pelviano, medida higiénico-dietéticas, etc. **[BP]**<sup>14, 37, 43</sup>.

## 8.8. MODELO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS LESCAH



## 09 RESUMEN DE RECOMENDACIONES DE LA EVIDENCIA

EVIDENCIA [E] / RECOMENDACIÓN [R] / BUENA PRÁCTICA [BP]		NIVEL / GRADO
[BP]	Realizar una anamnesis, una exploración visual de la piel y un examen físico, para lograr determinar la causa que origina la lesión y poder llevar a cabo un diagnóstico diferencial de las lesiones.	<b>BAJA</b> (GNEAUPP, 2006) <sup>14</sup> .
[R]	Usar un instrumento validado que permita comprobar el estado de la piel y monitorizar su evolución. Preferentemente, están recomendadas la escala EVE, PAT y la sub-escala de Humedad de la escala de Braden.	<b>ALTA</b> (GPC Valencia, 2012) <sup>16</sup> , (GPC Zaragoza, 2013) <sup>17</sup> .
[R]	Se debe limpiar cuidadosamente las zonas expuestas a la humedad prolongada, así como un correcto secado de la piel.	<b>BAJA</b> (GPC Valencia, 2012) <sup>16</sup> .
[R]	Valorar todos los procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de heridas, fiebre, etc.	<b>BAJA</b> (GPC Valencia, 2012) <sup>16</sup> .
[E]	La utilización frecuente y reiterada de jabones convencionales se considera una técnica demasiado agresiva para pieles expuestas a humedad y para pieles frágiles.	<b>BAJA</b> (Global IAD Expert Panel, 2015) <sup>35</sup> .
[E]	No utilizar agua demasiado caliente (preferentemente tibia), podría originar, además de lesiones por el calor, un secado excesivo e innecesario de la piel.	<b>BAJA</b> (GNEAUPP, 2006) <sup>14</sup> .
[BP]	Se recomienda el uso de jabones a base de surfactantes no iónicos como el glicol de propileno, el polisorbato-20 y / o jabones con surfactantes anfotéricos como la cocamidopropil betaína, por ser menos irritativos y aconsejados para uso pediátrico.	<b>BAJA</b> (GNEAUPP, 2006) <sup>14</sup> , (Global IAD Expert Panel, 2015) <sup>35</sup> .
[R]	La piel debe secarse con suavidad, con mucho cuidado, sin friccionar y con especial atención en las zonas de los pliegues y zonas perianal y perigenital.	<b>BAJA</b> (GPC Valencia, 2012) <sup>16</sup> . (GPC Zaragoza, 2013) <sup>17</sup> .



<b>[BP]</b>	En casos de eczema cutáneo (dermatitis), piel macerada o que presente lesiones cutáneas (grietas, fisuras o pequeñas excoiaciones), se recomienda utilizar productos limpiadores de acción de un solo paso (aplicar y retirar sin enjuagar).	<b>MUY BAJA</b> (GNEAUPP, 2006) <sup>14</sup> , (JBI, 2007) <sup>38</sup> .
<b>[BP]</b>	Un mejor conocimiento por parte de los profesionales y los propios usuarios, sobre los diferentes productos de higiene disponibles y sus beneficios, ayudaría a mantener el cuidado de la piel.	<b>MUY BAJA</b> (GNEAUPP, 2006) <sup>14</sup> .
<b>[R]</b>	Llevar a cabo un programa de protección de la piel manteniendo hidratada y protegida de los efectos de la humedad y la incontinencia.	<b>BAJA</b> (GPC Valencia, 2012) <sup>16</sup> , (GPC Zaragoza, 2013) <sup>17</sup> .
<b>[R]</b>	Usar AGHO (en piel sana) para mejorar la hidratación y la resistencia de la piel frente a la fricción, la presión y la humedad.	<b>ALTA</b> (GPC Valencia, 2012) <sup>16</sup> , (GPC Zaragoza, 2013) <sup>17</sup> .
<b>[R]</b>	Proteja la piel del exceso de humedad con cremas barrera a base de óxido de zinc.	<b>BAJA</b> (GPC Valencia, 2012) <sup>16</sup> , (GPC Zaragoza, 2013) <sup>17</sup> .
<b>[R]</b>	Retire el producto barrera de óxido de zinc con productos de base oleosa antes de aplicarla de nuevo sobre la piel afectada.	<b>MUY BAJA</b> (GPC Valencia, 2012) <sup>16</sup> , (GPC Zaragoza, 2013) <sup>17</sup> .
<b>[R]</b>	No deben utilizarse el óxido de Zinc ante la sospecha de signos de infección en la piel ya que, puede darse una contaminación bacteriana in situ.	<b>BAJA</b> (GNEAUPP,2006) <sup>14</sup> .
<b>[BP]</b>	Los productos barrera con silicona facilitan la protección de la piel, reduciendo la resistencia de las fuerzas de fricción y repeliendo la humedad externa, al tiempo que protegen de una excesiva desecación de la piel.	<b>MUY BAJA</b> (GNEAUPP,2006) <sup>14</sup> , (Global IAD Expert Panel, 2015) <sup>35</sup> .
<b>[BP]</b>	Los productos barrera con vaselina están indicados para el tratamiento y protección del eritema asociado a la exposición continuada de heces y orina.	<b>MUY BAJA</b> (GPC Valencia, 2012) <sup>16</sup> .
<b>[BP]</b>	Se recomienda utilizar productos con base de Karaya para los casos severos de diarrea recurrente (incontinencia fecal) y en incontinencia de ostomías, por su acción beneficiosa de protección de la piel frente a la maceración.	<b>MUY BAJA</b> (PREVENCARE, 2008) <sup>13</sup> .
<b>[R]</b>	Utilice películas barrera poliméricas no irritativas para la prevención y tratamiento de las dermatitis en zona perilesional de cualquier tipo de herida, estoma o drenaje.	<b>MODERADA</b> (GPC Valencia, 2012) <sup>16</sup> , (Revisión sistemática, 2009) <sup>41</sup> .

<b>[R]</b>	Se recomienda el uso de películas barrera poliméricas no irritativas en aquellas zonas expuestas a incontinencia, pliegues y partes blandas para evitar que los fluidos corporales irriten la piel por exceso de humedad.	<b>MODERADA</b> (GPC Valencia, 2012) <sup>16</sup> .
<b>[R]</b>	En la higiene básica de la piel, no son recomendables las soluciones con alcohol.	<b>MODERADA</b> (GPC Valencia, 2012) <sup>16</sup> . <b>BAJA</b> (GPC Zaragoza, 2013) <sup>17</sup> .
<b>[R]</b>	No es recomendable utilizar film de poliuretano sobre lesiones con exudado moderado o muy exudativas.	<b>MODERADA</b> (GPC Valencia, 2012) <sup>16</sup> .
<b>[BP]</b>	No es aconsejable el uso de los film de poliuretano como productos barrera por su facilidad para retener el exudado y la humedad, lo que puede favorecer la proliferación bacteriana y llegar a macerar la piel sana.	<b>MUY BAJA</b> (GPC Zaragoza, 2013) <sup>17</sup> .
<b>[R]</b>	Hay que valorar la posibilidad de utilizar dispositivos de control, para cada caso en particular: – <b>Incontinencia:</b> Colectores, sondas vesicales y pañales absorbentes. – <b>Drenajes:</b> Utilización de dispositivos adecuados (bolsas, redones...) y vigilar fugas del drenaje. – <b>Sudoración profusa:</b> Control de temperatura y cambio de ropa cuando sea necesario. – <b>Exudado de heridas:</b> Utilizar apósitos absorbentes en función de la cantidad de exudado de las heridas y la frecuencia de curación programada.	<b>BAJA</b> (GPC Valencia, 2012) <sup>16</sup> . <b>C</b> (GPC Zaragoza, 2013) <sup>17</sup> .
<b>[R]</b>	Una correcta educación sanitaria favorece la prevención y el tratamiento de las lesiones.	<b>C</b> (GPC Zaragoza, 2013) <sup>17</sup> .
<b>[BP]</b>	Instruir en técnicas educativas a cuidadores de pacientes dependientes y en técnicas conductuales, educación y / o rehabilitación en el autocuidado a pacientes autónomos.	<b>MUY BAJA</b> (GNEAUPP, 2006) <sup>16</sup>

# 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., DíEZ 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 DEL ERITEMA (EVE)	
0	No eritema.
1	Poco eritema (casi imperceptible).
2	Eritema moderado (piel rosácea).
3	Eritema intenso (piel roja o púrpura).
4	Piel rota o abrasión (superficial).

## ANEXO 2

ESCALA ICONOGRÁFICA DE LA DERMATITIS DEL PAÑAL POR HUMEDAD (DPH)			
CLASIFICACIÓN SEGÚN AFECTACIÓN			
TIPO	SEVERIDAD DE LESIÓN	GRADO DE AFECTACIÓN	
Tipo 1	LIQUENIFICACIÓN: Epidermis engrosada.	LEVE	
Tipo 2	ERITEMA + EDEMA: Inflamación epidérmica.	LEVE +	
Tipo 3	DESCAMACIÓN ECZEMA: Epidermis seca.	MODERADO	
Tipo 4	ERITEMA IRRITATIVO + HUMEDAD: Epidermis superficial.	MODERADO +	
Tipo 5	CANDIDIASIS: Afectación de epidermis.	ALTO	
Tipo 6	ÚLCERA: Afectación dermis profunda.	MUY ALTO	

## ANEXO 3

ESCALA DE MEDIDA DE LA LESIÓN PERINEAL (Perianal Assessment Tool, PAT)			
	1	2	3
<b>INTENSIDAD DEL IRRITANTE</b>	Heces formadas y / u orina.	Heces blandas con o sin orinas.	Heces líquidas con o sin orina.
<b>DURACIÓN DEL IRRITANTE</b>	Precisa cambios de pañal cada 8 h.	Precisa cambios de pañal cada 4 h.	Precisa cambios de pañal cada 2 h.
<b>CONDICIÓN DE LA PIEL PERINEAL</b>	Limpia e intacta.	Eritema y / o dermatitis con o sin candidiasis.	Piel denudada / erosionada con o sin dermatitis.
<b>FACTORES CONTRIBUYENTES</b>	Ninguno o 1 factor contribuyente.	2 factores contribuyentes.	3 o más factores contribuyentes.
(Factores contribuyentes: antibióticos, albúmina baja, nutrición parental total, colonización, otros.)			



## ANEXO 4

ESCALA GRADUAL DE LA DERMATITIS PERINEAL (Perianal Dermatitis Grading Scale)						
	1	2	3	4	5	6
<b>COLOR DE LA PIEL</b>	No eritema.	Eritema leve.	Eritema moderado.	Eritema severo.		
<b>INTEGRIDAD DE LA PIEL</b>	Intacta.	Ligero eczema.	Eritema / dermatosis.	Ampollas o vesículas.	Piel rota o macerada.	Costras o descamación.
<b>SÍNTOMAS DEL PACIENTE</b>	Ninguno.	Hormigueo.	Prurito.	Quemazón.	Dolor.	
<b>ÁREA DE EXTENSIÓN</b>	(La longitud y la anchura medida en centímetros, primero para el lado derecho y a continuación para el lado izquierdo).					

## ANEXO 5

ESCALA DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA (Incontinence Associated Dermatitis, IAD)					
	0	1	2	3	4
<b>ÁREA CUTÁNEA EXPUESTA</b>	Ninguna.	Área pequeña (< 20 cm <sup>2</sup> ).	Eritema moderado.	Eritema severo.	
<b>ERITEMA CUTÁNEO</b>	Ninguno.	Enrojecimiento leve.	Enrojecimiento moderado.	Enrojecimiento severo.	
<b>EROSIÓN CUTÁNEA</b>	Ninguna.	Leve erosión epidérmica superficial.	Moderada erosión dérmica con o sin exudado.	Severa erosión epidérmica y moderada dérmica con o sin exudado.	Extrema erosión tisular con moderado exudado.

## ANEXO 6

---

### ESCALA DE SEVERIDAD DE LESIONES CUTÁNEAS POR INCONTINENCIA (ESLCI)

#### A) ÁREA TOTAL DE ROJEZ

##### Puntuación

- 0 No área.
  - 1 Área pequeña ( $\leq 20 \text{ cm}^2$ ).
  - 2 Área moderada ( $> 20 \text{ cm}^2 \leq 50 \text{ cm}^2$ ).
  - 3 Área grande ( $> 50 \text{ cm}^2$ ).
- 

#### B) GRAVEDAD DE LA ROJEZ EN EL PEOR PUNTO

##### Puntuación

- 0 Sin rojez.
  - 1 Rojez suave (a manchas y con apariencia no uniforme).
  - 2 Rojez moderada (severo en cuanto a manchas, pero con apariencia no uniforme).
  - 3 Rojez grave (severo en apariencia de forma uniforme).
- 

#### C) ÁREA TOTAL DE DENUDACIÓN DE LA PIEL

##### Puntuación

- 0 No área.
  - 1 Área pequeña ( $\leq 2 \text{ cm}^2$ ).
  - 2 Área moderada ( $> 2 \text{ cm}^2 \leq 5 \text{ cm}^2$ ).
  - 3 Área grande ( $> 5 \text{ cm}^2$ ).
- 

#### D) SEVERIDAD DE LA DENUDACIÓN DE LA PIEL EN EL PEOR PUNTO

##### Puntuación

- 0 Sin denudaciones de la piel.
  - 1 Denudaciones suaves en la epidermis (cierta apariencia vidriosa).
  - 2 Denudaciones gruesas parciales que se extienden a la capa vidriosa de la epidermis, pero no la incluyen (marcada apariencia vidriosa de la piel).
  - 3 Denudaciones parciales o completas que se entienden a la capa vidriosa de la epidermis y por ella (apariencia muy vidriosa de la piel, superficie húmeda y / o mojada).
- 

**Puntuación total (A + B + C+ D)**

## ANEXO 7

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



