

¿Lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH)?

Lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) es un término que describe las lesiones de la epidermis causadas por una exposición prolongada a la humedad (Gray et al, 2011; Young, 2017).

Entre las fuentes de humedad que pueden provocar LESCAH, se encuentran:

- La orina
- Las heces
- La sudoración
- El exudado de heridas
- Efluentes (Gray et al, 2011)

Tipos de LESCAH

Las lesiones cutáneas asociadas a la humedad se pueden dividir en cuatro grupos clínicos:

1

Dermatitis
asociada a la
incontinencia

2

Dermatitis
intertriginosa

3

Lesiones
de la piel
perilesional

4

Lesiones
de la piel
periestomal

RECUERDE:

Para diagnosticar una LESCAH, debe haber una fuente de humedad en contacto con la zona dañada de la piel.

Dermatitis asociada a la incontinencia (DAI):

La dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) es un tipo de dermatitis de contacto que surge de una irritación química de la piel provocada por una exposición prolongada a la orina o las heces (Young, 2017).

Aunque la incontinencia urinaria es una causa de DAI, esta afección se da con frecuencia en pacientes con incontinencia urinaria, fecal o mixta (Voegeli, 2012).

La orina es un componente alcalino y, durante un contacto prolongado, puede alterar el pH ácido de la piel y convertirlo en alcalino (pH>7).

Esta alteración del pH hace que la piel esté más expuesta a microorganismos virulentos, y las lesiones cutáneas actúan como puntos de entrada para las infecciones.

Un aumento de la alcalinidad también puede favorecer la actividad de las enzimas fecales (en caso de incontinencia fecal), que contribuyen a la erosión cutánea.

Principales factores de riesgo de la dermatitis asociada a la incontinencia:

- Tipo de incontinencia:
 - Incontinencia fecal (diarrea/heces consistentes)
 - Incontinencia doble (fecal y urinaria)
 - Incontinencia urinaria
- Episodios frecuentes de incontinencia (especialmente fecal).
- Uso de productos de contención oclusivos.
- Piel afectada (ej., por la edad/uso de esteroides/diabetes).
- Movilidad afectada.
- Conciencia cognitiva disminuida.
- Incapacidad de llevar a cabo una higiene personal.
- Dolor
- Aumento de la temperatura corporal (pirexia).
- Medicamentos (antibióticos, inmunosupresores).
- Nutrición deficiente.
- Enfermedad crítica (Beeckman et al, 2015).

Aunque el envejecimiento está asociado con una prevalencia superior de la incontinencia, la edad no parece ser un factor de riesgo individual para la dermatitis asociada a la incontinencia.

Prevención y control de la DAI

Expertos dermatólogos a nivel mundial han identificado dos aspectos principales para prevenir y controlar la dermatitis asociada a la incontinencia:

- Control de la incontinencia.
- Aplicar un régimen estructurado del cuidado de la piel (Beeckman, 2015).

RÉCUERDE:

La prevención de la dermatitis asociada a la incontinencia debe dirigirse a todos los pacientes con incontinencia con el fin de promover resultados positivos y evitar lesiones y daños en el paciente.

Dermatitis intertriginosa:

La dermatitis intertriginosa, también conocida como intertrigo, aparece cuando la humedad, generalmente el sudor, queda atrapada en los pliegues de la piel (Sibbald et al, 2013).

Los pliegues de la piel se encuentran en las piernas, en las nalgas, en los senos, los brazos, los dedos de los pies y en el cuello.

Esta lesión presenta un efecto espejo en cada lado del pliegue de la piel, y puede provocar una inflamación o una lesión cutánea si no se controla correctamente.

Cuando la integridad cutánea se ve afectada, aumenta el riesgo de infección, que suele darse en forma de infecciones fúngicas, como la candidosis (Sibbald et al, 2013; Zulkowski, 2017).

Control:

Los objetivos del control del intertrigo son controlar la humedad, minimizar el roce y tratar la infección, si procede.

- Examine los pliegues de la piel, incluida la base, en busca de eritema adicional o en proceso de empeoramiento, y manténgalos limpios y secos. La piel irritada se debe secar con palmaditas en lugar de frotarla o limpiarla pasando un paño (Sibbald et al, 2013).
- Limpie el área con un limpiador con pH equilibrado para mantener el pH ácido de la piel y evitar una mayor irritación. Evite el uso de polvos de talco, gasas o toallas entre los pliegues, ya que pueden atrapar la humedad y aumentar la fricción con la piel (Voegeli, 2013).
- De ser posible, mejore la ventilación de la zona afectada. Proteja la zona afectada para que no sufra más daños/maceración con una barrera que proteja la piel no solo de la humedad, sino también del roce.
- Existen productos disponibles para colocarlos entre los pliegues de la piel que absorben la humedad y reducen la fricción (Zulkowski, 2017). Evite los productos que contengan alcohol, perfume o gluconato de clorhexidina, ya que pueden agravar la irritación de la piel dañada.

RECUERDE:

Todos los factores de riesgo relacionados con la dermatitis intertriginosa se agravan en condiciones de calor y humedad.

Lesiones de la piel perilesional:

Las lesiones de la piel perilesional se dan cuando el fluido o exudado de la herida entra en contacto prolongado con la piel que la rodea. La producción de exudado es una etapa normal de la cicatrización de heridas, lleva nutrientes y células esenciales para la reparación de tejidos al lecho de la herida.

Sin embargo, si el exudado entra en contacto prolongado con la piel —por ejemplo, a través de un vendaje saturado—, puede resultar en una LESCAH, lo que puede provocar una maceración o excoriación del tejido (Woo et al, 2017; Young, 2017; Zulkowski, 2017).

La maceración deteriora la función de barrera de la piel y pone a la epidermis en riesgo de lesión provocada por la fricción. También puede prevenir la migración de células de la piel a través de la superficie de la herida, lo que provoca un retraso en la cicatrización.

La excoriación da provoca un enrojecimiento doloroso de la piel y puede dañarse aún más con el uso de productos adhesivos.

Control:

El tratamiento de las lesiones de la piel perilesional debe dedicarse a alejar el exceso de humedad del lecho de la herida y la piel circundante, mientras se aborda la causa subyacente de la producción excesiva de exudado, como puede ser una biopelícula o infección (Dowsett y Allen, 2013; Sibbald et al, 2013).

- Seleccione un apósito de acuerdo con las condiciones particulares de la herida, incluido el volumen de exudado y la posición de la herida. Asegúrese de que el apósito cubra la piel dañada y no se adhiera a ella, y que se cambie tan pronto como se sature. Las fugas aumentan la probabilidad de que aparezca una LESCAH.
- Proteja el área alrededor de la herida de daños mayores con una película de barrera que no provoque escozor. Se ha demostrado en numerosos estudios clínicos que una película de barrera de terpolímero de acrilato mejora el tratamiento perilesional. En particular, para el tratamiento de úlceras venosas de la pierna, donde el uso de la película de barrera puede conducir a una reducción significativamente mayor del tamaño de la herida y facilitar la cicatrización de heridas más grandes sin aumentar el coste. (Guest et al, 2012).
- Siga la preparación del lecho de la herida para optimizar la cicatrización. Vuelva a evaluar el lecho de la herida y la piel circundante en cada cambio de apósito, aprovechando los hallazgos para guiar el tratamiento (Dowsett y Allen, 2013; Young, 2017).
- La producción de exudado debería disminuir a medida que avanza la cicatrización y se abordan las causas subyacentes.

Lesiones de la piel periestomal:

Las lesiones de la piel periestomal aparecen por un ajuste incorrecto de los aparatos o por colocar el estoma en un sitio que resulta incómodo, lo que permite que las heces o la orina se acumulen debajo del punto de adhesión, un problema común para los pacientes con ostomía (Tam et al, 2014). La inflamación y la erosión de la piel pueden extenderse hacia afuera en un radio de 10 cm desde la ubicación del estoma (Woo et al, 2017; Zulkowski, 2017).

Cuando se daña la piel periestomal, puede resultar más difícil obtener una buena adherencia del aparato, lo que genera más fugas y acaba por provocar un círculo vicioso de daño en la piel.

También puede darse una LESCAH alrededor de otros sitios de ostomía, por ejemplo, los tubos de gastrostomía percutánea pueden filtrar enzimas digestivas, mientras que las traqueostomías causar daños en la piel asociados con el sudor o la saliva. Las lesiones de la piel periestomal también pueden estar relacionadas con la sudoración o el drenaje de heridas circundantes (Gray et al, 2013).

Control:

La herramienta para la ostomía cutánea ayuda a evaluar la piel periestomal de dos maneras; mediante la obtención de una puntuación basada en la evaluación de la piel y una entrevista guiada al paciente para determinar la causa de la LESCAH (Page, 2009).

Los objetivos del tratamiento de la lesión de la piel periestomal son:

- Proteja el área alrededor de la herida para evitar que la lesión se agrave o la maceración mediante el uso de un producto de barrera adecuado, como una película de barrera que no provoque escozor, para evitar daños en la piel por fluidos corporales, así como lesiones en la piel relacionadas con adhesivos médicos.
- Verifique el ajuste de cualquier producto/aparato utilizado y consulte al enfermero especializado en estoma si el aparato no se ajusta bien.
- Al aplicar una bolsa, se debe usar una barrera cutánea sólida para proteger la piel que se encuentra debajo. Debe absorber la humedad para mantener la piel seca y protegida. Si es demasiado absorbente, puede absorber efluentes, y si se seca demasiado, será ineficaz (Dowsett y Allen, 2013).

Referencias:

Beeckman D, Campbell J, Campbell K, et al (2015) Proceedings of the Global IAD expert panel. IAD: moving prevention forward. Wounds International, London

Dowsett C, Allen L (2013) MASD made easy. Wounds UK: 1-4

Gray M, Black MM, Baharestani MM, et al (2011) Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. J Wound Ostomy Continence Nurse: 233-41

Gray M, Colwell JC, Doughty D, et al (2013) Peristomal moisture-associated skin damage in adults with faecal ostomies: a comprehensive review and consensus. J Ostomy Continence Nurs: 389-99

Guest JF, Taylor RR, Vowden K, Vowden P (2012) Relative cost-effectiveness of a skin protectant in managing venous leg ulcers in the UK. J Wound Care: 389-98

Page AC (2009) Two new tools for your ostomy practice. Ostomy Wound Manage: 10

Sibbald RG, Kelley J, Kennedy-Evans KL, Labreque C, Waters N (2013) Presentation and management of intertrigo, or MASD due to perspiration: expert consensus on best practice. Wound care Canada: 1-21

Tam KW, Lai JH, Chen HC, et al (2014) A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials comparing interventions for peristomal skin care. Ostomy Wound Manage: 26-33

Voegeli D (2012) Moisture-associated skin damage: aetiology, prevention and treatment. Br J Nurs: 517-21

Voegeli D (2013) Moisture-associated skin damage: an overview of community nurse. Br J Community Nurs: 6-12

Woo KY, Beeckman D, Chkravarthy D (2017) Management of MASD: a scoping review. Adv Skin Wound Care: 494-500

Young T (2017) Back to basics: understanding moisture-associated skin damage. Wounds UK: 56-65

Zulkowski K (2017) Understanding moisture-associated skin damage, medical adhesive-related skin injuries and skin tears. Adv Skin Wound Care: 372-81

Para más información, consúltese la página web:

www.woundcare-today.com/global

