



Incontinencia urinaria y dermatitis asociada: un doble desafío en salud

Autor: Dr. Juan Peiró

Coordinador del Grupo de Trabajo de Vasculopatías de Semergen.



Título original

Incontinencia urinaria y dermatitis asociada: un doble desafío en salud

© 2024. SEMERGEN

Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o por cualquier otro sistema de reproducción, sin autorización expresa del propietario del copyright.



hello@akirahealthcare.net

www.akirahealthcare.net

El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información contenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto.



Incontinencia urinaria y dermatitis asociada: un doble desafío en salud

Dr. Dr. Juan Peiró

Coordinador del Grupo de Trabajo de Vasculopatías de Semergen.

Introducción

La incontinencia urinaria (IU), los pacientes encamados y las úlceras por presión (UPP) son problemas de salud que afectan a una amplia gama de personas, especialmente a aquellas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad debido a la movilidad reducida o la fragilidad de su estado de salud.

Estas condiciones, aunque distintas en su naturaleza, a menudo están interconectadas y requieren una atención especializada y una gestión integral y holística para mejorar la calidad de vida de los pacientes¹.

Además, suponen un impacto económico en las personas que las sufren por el aumento de los costes de salud directos e indirectos². Por todo ello, es muy importante hacer un énfasis especial en la prevención precoz.

Definiciones, causas y factores de riesgo

La dermatitis asociada a incontinencia (DAI) se define como una respuesta reactiva a la exposición crónica de orina y materia fecal, que conduce a la irritación e inflamación de la piel a nivel de la zona perineal, en los genitales (labios mayores, escroto, etc.), nalgas, ingles, surco interglúteo y perianal, caras interna y posterior de los muslos, y la parte inferior del abdomen³⁻⁴, pudiéndose asociar a su erosión y/o denudación con apariencia de herida superficial acompañada, en ocasiones, de infección cutánea secundaria⁵⁻⁶.

También conocida como *dermatitis perineal*, *dermatitis del pañal* o *lesiones por humedad*, la DAI está considerada como un problema habitual en la atención sanitaria, con una prevalencia de entre el 5,6 % y el 50 %⁷, mayor en pacientes institucionalizados y mujeres⁸. Debido

a la localización y apariencia de las lesiones que provoca, a menudo se confunde con las UPP⁹.

La etiología exacta de la DAI no está clara, pero se supone que existe una serie de factores que debilitan y dañan la barrera epidérmica y que conducen a su inflamación y erosión, lo que le da una apariencia macerada a la piel. Entre estos factores se encuentran el aumento de la humedad y del pH superficial de la piel, el aumento de las cargas microbianas, proteasas fecales y lipasas, y factores mecánicos como la fricción⁸.

Algunos de los principales factores de riesgo (FR) para desarrollar una DAI son: incontinencia (más riesgo si es de tipo fecal), uso de productos de contención oclusivos cuando los episodios son frecuentes, mal estado de la piel (por ejemplo, debido al envejecimiento, al uso de esteroides tópicos o a la diabetes), movilidad comprometida, percepción cognitiva disminuida, dolor, mala higiene personal, temperatura corporal elevada (pirexia), mal estado nutricional, enfermedad crítica y uso de algunos medicamentos (antibióticos, inmunosupresores, etc.)⁸.

El desconocimiento en la identificación y manejo de manera integral de la DAI también constituye un FR para su aparición y complicación, que es responsabilidad de los profesionales sanitarios que gestionan el cuidado de la salud de los pacientes¹⁰.

Los pacientes más vulnerables a desarrollar deterioro de la integridad cutánea por IU son

los pacientes neurológicos, obesos, con edad avanzada, incontinencia fecal, fricción y cizallamiento durante la movilización, deterioro cognitivo, alguna alteración funcional y pobre calidad de vida^{8,11,12}.

Métodos de diagnóstico

el diagnóstico es clínico y se basa en la inspección visual de la piel. En la DAI, el daño cutáneo tiende a mostrarse inicialmente como un eritema difuso persistente, signo de la inflamación cutánea; a veces, la piel circundante se macera, con hinchazón y apariencia blanquecina. Si la inflamación aumenta, se produce edema, flogosis y endurecimiento de la piel. En ocasiones, aparecen pápulas, flictenas, vesículas o ampollas, si bien esta fase a menudo no se observa debido a su rotura espontánea o por pequeños traumatismos o roces. En los casos más severos, la piel presenta erosiones o denudaciones y muestra el aspecto de una herida superficial¹³.

Los daños en la epidermis pueden alcanzar distintas profundidades; en algunos casos, puede estar erosionada toda la epidermis y dejar expuesta una dermis húmeda y exudativa⁸. Los pacientes con DAI pueden experimentar molestias como dolor, incomodidad, prurito, ardor u hormigueo en las zonas afectadas. El dolor puede estar presente incluso con la epidermis intacta¹⁴. Son pacientes proclives a contraer infecciones cutáneas se-



cundarias, y la candidiasis es una de las más habituales⁸.

Para hacer un correcto diagnóstico, se debe realizar una clasificación con los diferentes estadios de la enfermedad, y hacer un diagnóstico diferencial con otras entidades, ya que, a menudo, la DAI se confunde con UPP, mientras que su tratamiento y prevención son diferentes¹⁵.

Todos los pacientes con incontinencia urinaria o fecal deberían someterse a una evaluación periódica de la piel para detectar signos de DAI. La evaluación debería hacerse al menos una vez al día, pero podría ser con mayor frecuencia, en función del número de episodios de incontinencia⁸.

Para evaluar la DAI, nos encontramos con diferentes escalas, aunque no son del todo válidas por carecer de estudios metodológicos rigurosos para ser instrumentos generales. Además, la diversidad cultural de cada país hace más complicada esta tarea⁵. Algunas escalas son: Escala de Severidad de Lesiones Cutáneas por Incontinencia (ESLCI)¹⁶, Perirectal Skin Assessment Tool (PSAT)¹⁷, Modelo de Brown 18, Perineal Assessment Tool (PAT)¹⁹ e Incontinence-Associated Dermatitis and its Severity (IADS)¹⁸.

Federico Palomar y sus colaboradores realizaron un estudio descriptivo observacional cuyo objetivo principal fue desarrollar una escala de valoración de la dermatitis del pañal con iconografía de lesiones para reconocer las DAI²⁰ (tabla 1).

Diagnóstico diferencial entre la DAI y las UPP⁸

La incontinencia es un FR conocido para el desarrollo de UPP. La DAI y las UPP tienen diferente etiología, pero pueden coexistir. La DAI es una lesión en la que el daño se inicia en la superficie de la piel, mientras que en las UPP el daño se inicia a partir de los cambios en los tejidos blandos que se encuentran en la piel y debajo de ella, tras un proceso de isquemia por una presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos a esta.

Una lesión por humedad no cicatrizará si se trata únicamente mediante alivio de presión. El color, la ubicación, la profundidad y la presencia o ausencia de tejido necrótico son indicadores visuales que se utilizan para diferenciar la DAI del daño cutáneo relacionado con la presión (tabla 2).

Estrategias de tratamiento

Prevención y manejo de la DAI^{8,21}

tanto el manejo como la prevención de la DAI se basan en dos intervenciones fundamentales, que son: evitar o minimizar el contacto de la orina y heces con la piel, y aplicar un régimen estructurado para el cuidado de la misma, basado en la limpieza de la piel, la hidratación y la protección cutánea.

TABLA 1. Valoración dermatitis por humedad

Lesión	Afectación	Dispositivo absorbente y tratamiento tópico
ÚLCERA	MUY ALTA	Apósitos de cura en ambiente húmedo (alginato cálcico), cremas de óxido de zinc y control de exudados.
CANDIDIASIS	ALTA	Fomentos astringentes (permanganato potásico al 1 ⁰⁰ %) y cremas antimicóticas.
EXUDATIVO	MODERADA +	Fomentos astringentes (agua sulfatada al 1 ⁰ %) y pasta de óxido de zinc.
DESCAMACIÓN + ECZEMA	MODERADA	Pasta de óxido de zinc y crema de hidrocortisona.
ERITEMA + EDEMA	LEVE +	Pasta de óxido de zinc.
LIQUENIFICACIÓN	LEVE	Hidratación con lociones corporales o ácidos grasos hiperoxigenados.

Palomar Llatas F, Landete Belda L, Díez Fornes P, et al. 2013. Valoración dermatitis por humedad, Estudio descriptivo observacional, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. Disponible en^o123+ https://www.ulceras.net/publicaciones/valoracion_dermatitis_por_humedad.pdf (Consulta: 7 de abril de 2024).



TABLA 2. Distinción entre dermatitis asociada a incontinencia (dai) y úlceras por presión (UPP)

Parámetro	DAI	UPP
Historia	Incontinencia urinaria o fecal.	Exposición a presión/ cizallamiento.
Síntomas	Dolor, escozor, prurito, hormigueo.	Dolor.
Localización	Afecta al perineo, la zona perigenital, las nalgas, el pliegue interglúteo, las caras interna y posterior de la parte superior de los muslos, y la parte inferior de la espalda; se puede extender a las prominencias óseas.	Normalmente en una prominencia ósea o asociada a la colocación de un dispositivo médico.
Forma/bordes	La zona afectada es difusa, con bordes poco definidos, y puede presentar manchas.	Bordes o márgenes bien diferenciados.
Presentación/ profundidad	Piel intacta con eritema (blanqueable o no blanqueable), con/sin pérdida superficial y parcial de la piel.	La presentación oscila entre piel intacta con eritema no blanqueable y pérdida total de la piel. La base de la herida puede contener tejido no viable.
Otros	Puede presentar infección cutánea secundaria superficial (por ejemplo, candidiasis).	Puede presentar infección secundaria del tejido blando.

Beeckman D et al. (2015): "Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward", Wounds International. Disponible en: www.woundsinternational.com (Consulta: 7 de abril de 2024).

El manejo de la incontinencia exige una valoración integral del paciente para identificar y tratar las causas reversibles, como, por ejemplo, el uso de diuréticos, el estreñimiento o la infección de las vías urinarias. El tratamiento de las causas reversibles suele comenzar con intervenciones conductuales no invasivas, como el manejo nutricional, el control de los fluidos o las técnicas de aseo.

Si no existe la posibilidad de revertir la incontinencia, la opción más factible será la elección de un tratamiento paliativo (dispositivos absorbentes o dispositivos conductivos como colectores) de calidad y de manera individualizada. Los absorbentes deberán ser transpirables y con un bajo retorno de humedad, es decir: mantendrán el microclima de la zona cubierta de manera similar al de la piel sin cubrir y evitarán que la humedad que entra en el absorbente retroceda, de modo que la piel del paciente esté lo más seca posible.

En situaciones agudas se puede necesitar una derivación temporal de la orina o las heces para alejarlas de la piel y permitir así una protección o una cicatrización adecuadas. En el caso de la IU, puede suponer el uso de una sonda urinaria permanente, aunque solo se debe considerar como último recurso, por el elevado riesgo de infección de las vías urinarias.

A pesar de la escasa evidencia disponible sobre el uso de absorbentes en la prevención de úlceras por incontinencia, la experiencia clínica señala que la utilización de los dispositivos de un solo uso adecuados al tipo de incontinencia,

junto a un programa individualizado de cambios, es un recurso perfecto en la prevención de úlceras por humedad.

Limpieza de la piel

la limpieza deberá realizarse cada vez que se identifique que el paciente presenta humedad o suciedad ocasionada por la incontinencia.

Existen soluciones limpiadoras específicas para la piel. Los limpiadores adecuados contienen detergentes y surfactantes que eliminan la suciedad y las sustancias irritantes, y que no afectan al pH cutáneo. Estos productos tienen humectantes y emolientes que preservan los lípidos de la superficie cutánea. Además, algunas formulaciones no requieren enjuague ni aclarado posterior. Algunas pueden contener un agente antimicrobiano con el objetivo de limitar el crecimiento bacteriano y reducir los olores.

En el caso de utilizarse agua y jabón, este tendrá un pH análogo al de la piel, y será importante que se aclare correctamente, para eliminar todos los restos de jabón, y que se seque meticulosamente sin fricción. No se deben utilizar pastillas de jabón, ya que pueden ser un reservorio de bacterias.

Hidratación

los productos hidratantes son sustancias que se aplican en la piel para reemplazar los lípidos, que forman una parte esencial de la barrera cu-



tánea. Estos se dividen en humectantes, emolientes y oclusivos. Los humectantes (glicerol, urea, alfa-hidroxiácidos, azúcares como el sorbitol, etc.) atraen al agua hacia el estrato córneo. Los emolientes reemplazan los lípidos intercelulares y suavizan la piel; disminuyen la inflamación y favorecen igualmente la retención de agua en el estrato córneo, al formar una capa oleosa sobre la superficie de la piel. Los oclusivos forman una barrera que evita la pérdida de fluidos a través de la piel.

En pacientes con piel hiperhidratada o macerada —como puede ser en los estadios iniciales de la DAI— deberán utilizarse sustancias emolientes, preferiblemente no oclusivas. Los productos emolientes se presentan en forma de pomada, loción o sustancias oleosas. Se deberán aplicar después del baño del paciente y tras cada cambio de pañal, lo que contribuye a restaurar el equilibrio de la piel. Hay que tener especial precaución en la zona de pliegues.

El tratamiento de la piel dañada dependerá del grado de lesión. En el caso de pacientes con piel erosionada o denudada, se recomienda el uso de un protector cutáneo, y no de emolientes ni de humectantes.

Protección cutánea

los protectores de la piel o productos barrera pueden clasificarse como películas protectoras

que utilizan polímeros de acrilato para crear una barrera transparente que repele la humedad o como cremas barrera (pomadas o ungüentos) que hidratan y protegen la piel para bloquear la humedad.

Los acrilatos líquidos son películas barrera de polímeros acrílicos que se adhieren a la capa córnea y se desprenden durante 72 horas, están exentos de alcoholes y sustancias irritantes y citotóxicas, y protegen contra la orina, heces, exudado y la acción agresiva de los adhesivos. Los acrilatos líquidos pueden aplicarse sobre la piel denudada y/o intacta y secan rápidamente.

Las cremas barrera tienen una base de agua y pueden contener dimeticona, lanolina u óxido de zinc en diferentes proporciones. Se aplican sobre piel seca, intacta en una fina capa y se eliminan después de cada episodio de incontinencia para evitar la acumulación de crema y restos orgánicos en caso de que contengan óxido de zinc. Los ungüentos tienen una base de aceite y ejercen un efecto oclusivo sobre la piel, de modo que ofrecen una mayor protección que las cremas.

Los productos barrera deben aplicarse siguiendo las instrucciones del fabricante y pueden proporcionar hasta 72 horas de protección. Antes de colocar el absorbente o la ropa, han de dejarse secar por completo (entre 30-60 segundos).



Conclusiones

La DAI es un proceso irritativo e inflamatorio de la piel causado por la exposición crónica a orina/heces.

Se debe hacer un correcto diagnóstico diferencial con las UPP, ya que la DAI tiene un tratamiento y un abordaje preventivo diferente. La prevención y el tratamiento de la DAI se basan en una limpieza suave, la aplicación de una crema hidratante y el uso de un producto barrera.

La valoración de la DAI deberá ser individualizada en cada paciente y se adecuará el tratamiento según sus necesidades.



Bibliografía

1. Martínez Córcoles B, Salinas Sánchez AS, Giménez Bachs JM, Donate Moreno MJ, Pastor Navarro H, Virseda Rodríguez JA. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2008 [citado 2 de abril de 2024];32(2):202-10. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062008000200008.
2. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Incontinence in the aged: contact dermatitis and other cutaneous consequences. *Contact Dermatitis* [Internet]. 2007 [citado 2 de abril de 2024];57(4):211-7. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0536.2007.01199.x>.
3. Gray M. Incontinence-related skin damage: essential knowledge. *Ostomy Wound Manage* [Internet]. 2007 [citado 2 de abril de 2024];53(12):28-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18184980/>.
4. Beeckman D, Defloor T, Verhaeghe S, Vanderwee K, Demarré L, Schoonhoven L. What is the most effective method of preventing and treating incontinence associated dermatitis? *Nursing Times* [Internet]. 2010 [citado 3 de abril de 2024];106(38):22-4. Disponible en: <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-zones/continence/what-is-the-most-effective-method-of-preventing-and-treating-incontinence-associated-dermatitis/5019714.article>.
5. Gray M, Black JM, Baharestani MM, Mona M, Bliss DZ, Colwell JC, et al. Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [Internet]. 2011 [citado 3 de abril de 2024];38(3):233-41. Disponible en: https://journals.lww.com/jwocnonline/Abstract/2011/05000/Moisture_Associated_Skin_Damage_Overview_and.4.aspx.
6. Colwell JC, Ratliff CR, Goldberg M, Baharestani MM, Bliss DZ, Gray M, et al. MASD part 3: peristomal moisture-associated dermatitis and periwound moisture-associated dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [Internet]. 2011 [citado 3 de abril de 2024];38(5):541-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21873913/>.
7. Bliss DZ, Savik K, Harms S, Fan Q, Wyman JF. Prevalence and correlates of perineal dermatitis in nursing home residents. *Nurs Res* [Internet]. 2006;55(4):243-51. doi: 10.1097/00006199-200607000-00004.
8. Beeckman D, Campbell J, Campbell K, Chimentao D, Domansky R, Gray M, et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. *Wounds Int* [Internet]. 2015 Disponible en: www.woundsinternational.com.
9. Zapata Sampedro MA, Castro Varela L, Tejada Caro R. Lesiones por humedad: revisión de conocimientos. *Enferm Glob* [Internet]. 2015 [citado 3 de abril de 2024];14(38):325-34. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412015000200017&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

10. Bayón García C, Binks R, De Luca E, Dierkes C, Franci A, Gallart E, et al. Prevalence, management and clinical challenges associated with acute faecal incontinence in the ICU and critical care settings: the FIRST cross-sectional descriptive survey. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2012 [citado 4 de abril de 2024];28(4):242-50. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339712000067>.
11. Black JM, Gray M, Bliss DZ, Kennedy Evans KL, Logan S, Baharestani M, et al. MASD part 2: incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [Internet]. 2011 [citado 4 de abril de 2024];38(4):359-70. Disponible en: https://journals.lww.com/jwocnonline/Abstract/2011/07000/MASD_Part_2___Incontinence_Associated_Dermatitis.9.aspx.
12. Kottner J, Blume-Peytavi U, Lohrmann C, Halfens R. Associations between individual characteristics and incontinence-associated dermatitis: A secondary data analysis of a multicentre prevalence study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2014 [citado 4 de abril de 2024];51(10):1373-80. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002074891400039X>.
13. González Consuegra RV, Mora Carvajal LH, Celis Moreno JS, Matiz Vera GD. Dermatitis asociada a incontinencia en adultos: un problema sin definición, revisión sistemática. *Rev Fac Med* [Internet]. 2015 [citado 5 de abril de 2024];63(2):199-208. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/48349#textoCompletoHTML>.
14. Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, Ermer Seltun J, Kennedy Evans KL, Palmer MH. Incontinence-associated dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [Internet]. 2007 [citado 5 de abril de 2024];34(1):45-54. Disponible en: https://journals.lww.com/jwocnonline/Abstract/2007/01000/Incontinence_associated_Dermatitis__A_Consensus.8.aspx.
15. Beeckman D, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Heyman H, Paquay L, et al. Pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis: effectiveness of the Pressure Ulcer Classification education tool on classification by nurses. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2010 [citado 6 de abril de 2024];19(5). Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/19/5/e3.short>.
16. Rueda López J, Guerrero Palmero A, Segovia Gómez T, Muñoz Bueno AM, Bermejo Martínez M, Rosell Moreno C. Diaper rash. Local treatment with barrier products and quality of life. *Gerokomos* [Internet]. 2012 [citado 6 de abril de 2024];23(1):35-41. Disponible en: <http://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/23-1-2012-35-helcos.pdf>.
17. Yeomans A, Davitt M, Peters CA, Pastuszek C, Cobb S. Efficacy of chlorhexidine gluconate use in the prevention of perirectal infections in patients with acute leukemia. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 1991 [citado 6 de abril de 2024];18(7):1207-13. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/1945967>.
18. Borchert K, Bliss DZ, Savik K, Radosevich DM. The Incontinence-Associated Dermatitis and Its Severity Instrument: Development and Validation. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [Internet]. 2010 [citado 7 de abril de 2024];37(5):527-35. Disponible en: <https://journals.lww.com/>



jwocnonline/Abstract/2010/09000/The_Incontinence_Associated_Dermatitis_and_Its.14.aspx.

19. Nix DH. Validity and reliability of the Perineal Assessment Tool. *Ostomy Wound Manage.* 2002;48(2):43-6, 48-9.
20. Palomar Llatas F, Landete Belda L, Díez Fornes P, Sierra Talamantes C, Bonias López J, Fornes Pujalte B, et al. Valoración dermatitis por humedad: Estudio descriptivo observacional [Internet]. Valencia: Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas; 2013 [citado 7 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.ulceras.net/publicaciones/valoracion_dermatitis_por_humedad.pdf.
21. Martínez Iriarte I. *Ocronos.* 2021;4(11):163.



Incontinencia urinaria y dermatitis asociada: un **doble desafío** en salud

