

Tema 4

Protocolos y procedimientos básicos en atención domiciliaria

Cuidados en
**Atención
Domiciliaria**

GUÍA DE BUENA PRÁCTICA ENFERMERA



4.6 Prevención y tratamiento de las lesiones asociadas a la humedad (LESCAH)

Autor: José María Rumbo Prieto

INTRODUCCIÓN

El término lesión cutánea asociada a la humedad (LESCAH) es un concepto general que incluye en su definición de lesión el efecto de la humedad con otros agentes agresores y un efecto de la misma sobre la piel¹.

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:

“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 fístulas, sudor, saliva o moco)”².

En la Guía Práctica de Lesiones Cutáneas Asociadas a la Humedad (Guía nº 7), de la colección de guías prácticas de heridas del Sergas, describen 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.”³*

Hasta hace algunos años, solo se relacionaban las LESCAH con las dermatitis asociadas a incontinencia urinaria y/o fecal (DAI), obviándose otras lesiones por humedad producidas por la presencia de exudados, productos líquidos irritantes, sudor, salivación excesiva, moco, etc. En el 4º Estudio Nacional de Prevalencia por Úlceras por Presión en España⁴, según la etiología, las lesiones relacionadas con la humedad (LESCAH) suponen un 6,5 % del total. 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.

VALORACIÓN DEL RIESGO Y TIPOS DE LESCAH

Las 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:^{3,5}

- Por efecto de un exceso de humedad sobre la piel (incontinencia, sudoración, líquidos exógenos...)
- Pola acción de agentes químicos irritantes (productos cosméticos de aplicación tópica, exudados...)
- Pola actividad derivada de un **excesiva y repetida limpieza e higiene** (irritación física)

La adecuada valoración de la piel expuesta a humedad y/o a irritantes cutáneos es 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. En la actualidad, hay publicadas varias escalas o instrumentos para poder hacer una correcta valoración del riesgo de LESCAH y categorización del grado del eritema (dermatitis), y así poder adoptar las medidas necesarias para planificar y llevar a cabo el tratamiento más adecuado.

De todas las escalas publicadas hay dos consideradas básicas y recomendadas para utilizar en Atención Primaria (AP) por su fiabilidad y facilidad de utilización:^{3,5} la Escala Visual del Eritema (EVE), aconsejada para medir la dermatitis establecida, y la Sub-escala de Humedad de la Escala de Braden (SEH-Braden) escala validada para predecir el riesgo de humedad.

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)

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 mueve o gira 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 aprox. una vez al día.
Raramente húmeda	4	La piel está generalmente seca. La ropa de la cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambio de rutina.

Siguiendo las recomendaciones del GNEAUPP podemos clasificar las LESCAH en dos categorías, en función del eritema y el deterioro del tejido cutáneo en presencia de la humedad:^{2,6}

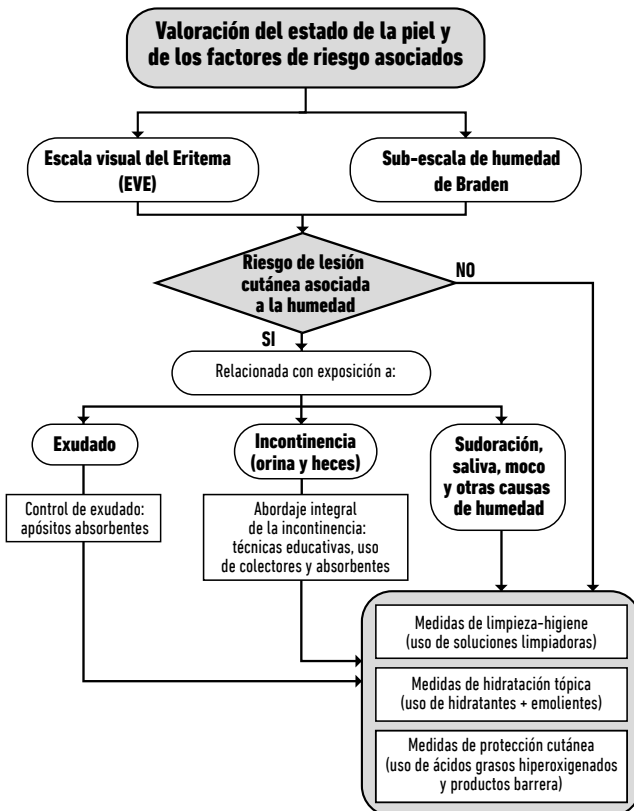
- Categoría I: Eritema sin pérdida de la integridad cutánea. La piel está integra con

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

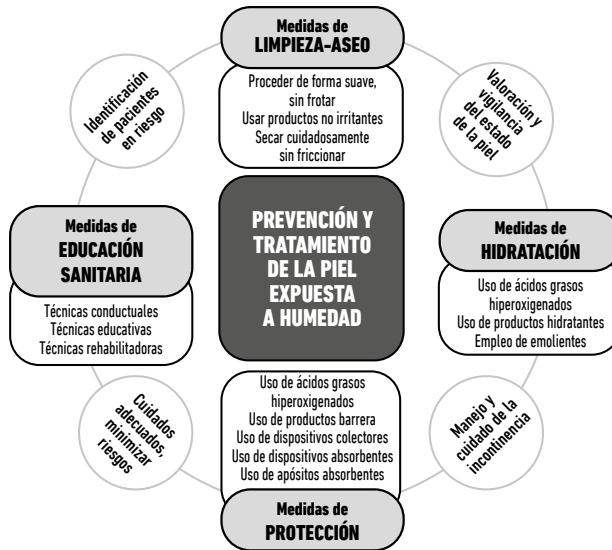
- Categoría 1A. Eritema leve-moderado (piel rosada)
- Categoría 1B. Eritema intenso (piel rosa oscuro o rojo)
- Categoría II: Eritema con pérdida de la integridad cutánea. Hay pérdida del espesor de la dermis en forma de lesión superficial de lecho rojo-rosado, habitualmente con bordes perilesionales macerados de color blanco-amarillento. A su vez, y en función del grado de erosión y/o escoriación se pueden clasificar en dos subcategorías:
 - Categoría 2A. Leve-moderado (erosión < 50% del total del eritema)
 - Categoría 2B. Intenso (erosión del > 50% del tamaño del eritema)

RECOMENDACIONES GENERALES DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

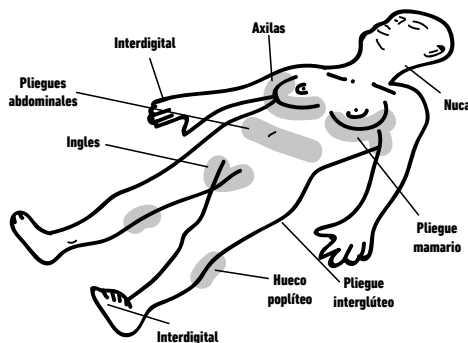
El abordaje integral de las LESCAH incluye que la prevención y el tratamiento tengan en cuenta las siguientes actividades (basadas en la evidencia) descritas en siguiente algoritmo de actuación y gráfico de recomendaciones.^{3,5}



De forma esquemática los pasos a seguir para prevenir y tratar las LESCAH son:^{3,5}



- **Determinar la causa (fuente de humedad):** 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 **[Buena Práctica, BP]**.
- **Valoración del Riesgo de LESCAH:** Valorar todos los procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de heridas, fiebre... 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 y la subescala de Humedad de la escala de Braden **[Recomendación alta, R= Alta]**.
- **Cuidados de la piel (Medidas de limpieza-aseo):** 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. Hay que diseñar un plan estructurado de cuidados de la piel basados en una adecuada limpieza/higiene de las zonas cutáneas expuestas a la humedad, preferentemente las que citamos en el siguiente dibujo:



Las técnicas y procedimientos más aconsejables según la evidencia son:

- El procedimiento de lavado/higiene con agua y jabón neutro (pH 5.5) para la limpieza y el cuidado de la piel sana son la técnica y/o procedimiento más común **[R= Baja]**. 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 en piel con riesgo de LESCAH; sin embargo, la utilización frecuente y reiterada de jabones convencionales en pieles con riesgo de LESCAH se considera una técnica demasiado agresiva para pieles expuestas a humedad y para pieles frágiles. No debemos utilizar jabones convencionales en presencia de dermatitis por humedad **[BP]**.
- Los jabones generalmente contienen surfactantes iónicos como el Lauril sulfato sódico, los cuales pueden irritar la piel y eliminar los aceites naturales de la misma, favoreciendo el desarrollo de una dermatitis por contacto. Es por ello, que 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 cocamidopropilbetaína, por ser menos irritativos y aconsejados para uso pediátrico; del mismo modo se recomienda que siempre se realice un aclarado con agua limpia, independientemente del jabón utilizado **[BP]**.
- El agua durante el lavado produce una acción mecánica (acción física 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. Lo aconsejable sería utilizar agua templada **[BP]**.
- 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 LESCAH y evita el excesivo enfriamiento corporal (sequedad de la piel). La piel debe secarse con suavidad, con mucho cuidado, mediante pequeños “toquecitos”, sin frotar y con especial atención en las zonas de los pliegues y zonas perianal y perigenital **[R= Moderada]**.
- Una vez realizado el lavado/secado de las zonas expuestas a humedad y/o incontinencia, sería el momento oportuno de procurar una adecuada hidratación y protección del manto lipídico de la piel, mediante la aplicación tópica de cremas o emolientes hidratantes, preferiblemente hidrosolubles, en cantidad adecuada a la extensión anatómica a aplicar (el exceso de producto, puede contribuir a aumentar la maceración); del mismo modo es un buen momento para tratar de concienciar y enseñar al paciente y sus cuidadores a través de una buena formación y educación sanitaria, constituyendo ésta, la medida preventiva más efectiva, barata y eficaz **[BP]**.
- 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 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]**.
- **Protección de la piel (Medidas de hidratación-protección):** Es recomendable llevar a cabo un programa de protección de la piel manteniendo hidratada y protegida de

los efectos de la humedad y la incontinencia. 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 %. Su formulación es en aceite y emulsión, pero 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. 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]**.
- **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_2Zn), 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]**, siendo recomendable su uso en piel íntegra y con una concentración no inferior al 10% de óxido de zinc. 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, no debiendo ser usada en los casos de piel muy irritada, por la alta posibilidad de fricción (piel frágil). 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]**.
- **Productos barrera que incorporan Siliconas:** Básicamente hay tres tipos de productos barrera siliconados: los que contiene polifenilmethylsiloxano (plastificante con base de silicona) que permite la formación de una película flexible; el hexametildisiloxano (solvente de base de silicona) no irritante y de rápida evaporación, y los siloxanos (grupo de aceites a base de silicona, como la dimeticona), combinados como crema barrera en el cuidado de la piel. 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]**. 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.
- **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 %. Está indicada para el tratamiento y protección del eritema asociado a la exposición

continuada de heces y orina **[BP]**. 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.

- **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]** 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).
- **Películas barrera Poliméricas Acrílicas:** 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. El film se inactiva en contacto con productos de base oleosa o por la fricción en la zona de contacto. Las películas barreras son utilizadas en la prevención y tratamiento de las dermatitis en zona perilesional de cualquier tipo de herida, estoma o drenaje **[R= Moderada]**. Su empleo también está recomendado en aquellas zonas expuestas a incontinencia, pliegues y partes blandas para evitar que los fluidos corporales irriten la piel por exceso de humedad **[R= Baja]**.
- **Película barrera No Poliméricas:** generalmente se encuentran asociadas a soluciones alcohólicas o productos volátiles para favorecer el rápido secado del exceso de humedad de la piel. En la higiene básica de la piel, **no son recomendables** las soluciones con alcohol **[R= Moderada]**, 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 (película fina) 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]**. También **no aconsejamos** el uso de los films de poliuretano como productos barrera **[BP]** por su facilidad para retener el exudado y la humedad, lo que puede favorecer la proliferación bacteriana y llegar a macerar la piel sana.
- **Gestión de la humedad:** Disponemos de una gama de dispositivos comercializados tanto para tratar, como para prevenir la aparición de problemas cutáneos derivados de la exposición reiterada a la humedad; se trata principalmente de dispositivos absorbentes, colectores, sondas vesicales, sistemas de drenaje, y apósitos absorbentes.
 - **Dispositivos absorbentes (incontinencia y drenajes).** Su recomendación de uso viene condicionada por la existencia de un programa individualizado de

cambios sistemáticos, dispositivos adecuados, aplicación correcta y vigilar posibles fugas **[R= Baja]**.

- **Apósitos absorbentes (exudados de heridas):** el exudado procedente de heridas crónicas, se caracteriza por su poder irritativo y lesivo para la piel sana expuesta a contacto directo y prolongado. Para gestionar de una manera adecuada el control de este exudado y prevenir fugas, así como para evitar lesionar la piel perilesional, es recomendable 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]**).
- **Ropa limpia (sudoración):** en caso de sudoración profusa debemos llevar un control periódico de la temperatura y cambios de ropa cuando sea necesario **[R= Baja]**.

Medidas de Limpieza e Higiene	Cuidados
<p>PIEL EXPUESTA A HUMEDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observación de zonas expuestas a humedad. • Usar productos no irritantes (pH 5,5 hipoalergénico). • Uso de agua potable a temperatura ambiente. • Correcto secado de la piel, con suavidad, sin friccionar. • Hidratación diaria. • Uso repetitivo de jabones con ácidos grasos y/o triglicéridos = riesgo de alcalinización de la piel. • Agentes irritantes: lauril sulfato sódico (sodium laureth sulfate), methyl. • Agentes no irritantes: glicol de propileno, cocamidopropil betaina, polisorbato-20.
<p>PIEL CON ERITEMA O ECZEMA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Productos limpiadores de acción de un solo paso (aplicar y retirar sin enjuagar) • Hidratación con AGHO (Ácidos Grasos Hiperoxigenados) en emulsión no aceite. • Protección con cremas barrera con óxido de zinc (al 10% - 30%). Pasta lassar. • Protección con cremas barrera con: silicona, karaya, vaselina, polimérica-acrílica, etc.

- **Educación sanitaria (medidas educativas):** 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. 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 **[BP]**.

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 educación sanitaria para facilitar el autocuidado del paciente en situación de riesgo o, si fuera el caso, implicar a sus cuidadores principales. Algunas de las técnicas educativas más eficaces, según la evidencia serían:

- Técnicas conductivas y/o conductuales: son estrategias de cuidados orientadas hacia aquellos individuos dependientes, con grave deterioro cognitivo y/o psicomotor que precisan ayuda permanente de un cuidador. Las estrategias más recomendadas son: entrenamiento del hábito vesical, vaciamientos programados, etc. **[BP]**.
- Técnicas de educación y/o 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]**.

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. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, 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.
3. Rumbo-Prieto JM, Arantón-Areosa L, López-de los Reyes R, Vives-Rodríguez E. Guía práctica de lesiones cutáneas asociadas a la humedad [Guía Práctica nº7]. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud;2016.
4. Pancorbo-Hidalgo P, García-Fernández FP, Torra i Bou J, Verdú-Soriano J, Soldevilla-Ágreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014; 25(4): 162-70.
5. Rumbo-Prieto JM, Arantón-Areosa L, López-De los Reyes R., Vives-Rodríguez E., Palomar-Llatas F, Cortizas-Rey JS. Valoración y manejo integral de las lesiones asociadas a la humedad (LESCAH): revisión de consenso. Enferm Dermatol. 2015; 9(25): 17-30.
6. Rodríguez Palma M., Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Soldevilla Ágreda JJ. Clasificación y diferenciación diagnóstica de las lesiones relacionadas con la dependencia. En: Soldevilla Ágreda JJ, García Fernández FP, Torra i Bou JE, editores. Atención integral de las heridas crónicas. 2º ed. Logroño: GNEAUPP-FSJJ; 2016.