

Hajar Djemmah
Gabriela Quesada Cáceda

**LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ
DE LA DERMATITIS ASOCIADA A LA
INCONTINENCIA (DAI)**

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por:
Sra. Marisa Mateu Gil

Enfermería



Facultad de Enfermería
TORTOSA 2018

*Quisiéramos agradecer a varias personas la ayuda que nos han prestado en la realización de este trabajo de Fin de Grado. Entre ellas, y en primer lugar, a nuestra querida tutora, **Marisa Mateu**, por haber confiado en nosotras en todo momento para la realización de este TFG. Ante todas las dificultades que se han presentado, siempre ha estado dispuesta a dedicarnos su tiempo, ayuda y su conocimiento, sin los cuales hubiera sido muy difícil la realización de este trabajo. Se lo agradecemos de todo corazón.*

*También queremos agradecer la ayuda de **Anna Roig**, la referente en curas crónicas de las Tierras del Ebro, por estar siempre dispuesta a ayudarnos y aconsejarnos en que guías y organismos teníamos que buscar la información más actual. Hemos aprendido mucho de ella durante las prácticas en cirugía, muchas gracias.*

*Y a toda nuestra **familia**: en especial a nuestros padres, hermanos y en caso de Gaby a su marido e hijos. Han sido un apoyo constante, y nos lo han dado todo y siguen mimándonos y apoyándonos cada día. Todas las personas que han sido aquí citadas han colaborado en la realización de este trabajo de fin de grado. Unos, directamente con nosotras en la recerca y elaboración física del trabajo, y otros transformando los días en momentos únicos. Cada página ha tenido una parte de vosotros, porque todas ellas están dedicadas a vosotros.*

ÍNDICE

1. RESUMEN / ABSTRACT	3
2. INTRODUCCIÓN	5
3. MARCO CONCEPTUAL.....	6
3.1. DEFINICIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD (LESCAH).....	6
3. 2. INCONTINENCIA	8
3.2.1. INCONTINENCIA URINARIA (IU):.....	8
3.2.2. INCONTINENCIA FECAL (IF):.....	9
3.2.3. INCONTINENCIA DOBLE O INCONTINENCIA MIXTA	9
3.3. DERMATITIS ASOCIADAS A LA HUMEDAD (DAI).....	9
3.3.1. EPIDEMIOLOGIA.....	10
3.3.2. ETIOPATOGENIA.....	10
3.3.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS	13
3.3.4. LOCALIZACIÓN	13
3.3.5. VALORACIÓN Y DIFERENCIACIÓN CON OTRAS LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA	14
3.3.6. ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DE LA DAI.....	16
3.3.7. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DAI	19
4. OBJETIVOS.....	21
5. METODOLOGIA	21
6. RESULTADOS/DISCUSIÓN.....	25
7. CONCLUSIONES	29
8. PROPUESTAS DE MEJORA	30
9. BIBLIOGRAFIA	31
10. ANEXOS	34
10.1. ANEXO 1: Características claves para la identificación y diferenciación de las lesiones relacionadas con la dependencia.....	34
10.2. ANEXO 2: Escalas e Instrumentos de valoración de las DAI	36
10.3. ANEXO 3: Tabla Resumen de los Resultados	39

1. RESUMEN / ABSTRACT

La dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) es un estado caracterizado por irritación e inflamación, y es una consideración común en pacientes con incontinencia urinaria y/o fecal. Debido a la localización y apariencia de estas “lesiones por humedad”, a menudo se confunden con las úlceras por presión (UPP).

Nuestro objetivo es demostrar la importancia de la detección y prevención precoz de la DAI. Determinar la necesidad de diferenciar entre una DAI vs UPP e identificar la necesidad de unificar criterios. Se realizó una búsqueda de la literatura científica en las bases de datos de Pubmed - Medline, Cinahl y SciELO de los últimos diez años (2008-2018).

Se identificaron y analizaron 25 artículos. El diagnóstico diferencial, basado en el examen visual, puede ayudar a determinar si está presente una UPP o DAI. Las recomendaciones sobre su prevención y tratamiento se dirigen hacia un correcto cuidado e higiene de la piel, el uso de productos de barrera, la formación del profesional y la educación sanitaria del paciente y familiares.

La DAI es un tema infravalorado por parte de las instituciones y personal sanitario. Toda esta problemática, nos hace reflexionar sobre la importancia que se le debe dar, visualizando el problema para poder abordar estas lesiones de forma integral, implicando a todos los profesionales sanitarios a tomar conciencia de ello. Se hace necesario mayor formación e investigación en este campo, sobre todo en estudios de validación de escalas que ayuden a las enfermeras a saber diferenciar y diagnosticar una DAI de una UPP. Un plan de cuidados estandarizado, la unificación de criterios y evitar la diversidad de actuaciones ante un mismo proceso; contribuirán a disminuir la prevalencia de las DAI, sus costes, el tiempo invertido por los profesionales en el tratamiento, pero sobre todo a mejorar la calidad de vida del paciente y de sus familiares.

Palabras claves: Dermatitis Asociada a la Incontinencia, Úlcera por Presión/ Úlcera por Decúbito, Prevención y Control, Cuidados de Enfermería y Lesiones Asociadas a la Humedad (LESCAH).

ABSTRACT

Incontinence-associated dermatitis (IAD) is a condition characterized by irritation and inflammation and is a common consideration in patients with fecal and/or urinary incontinence. Due to the location and appearance of “moisture lesions”, they are often mistaken for pressure ulcers (UPP).

Our goal is to demonstrate the importance of early detection and prevention of IAD. Determine the need to differentiate between an IAD vs UPP and identify the need to unify criteria. We did a systematic review of scientific papers searching in Pubmed - Medline, Cinahl and SciELO databases of the last ten years (2008-2018).

We identified and analyzed 18 articles. The differential diagnosis, based on the visual examination, can help to determine if an IAD or UPP is present. Recommendations on its prevention and treatment are directed toward a proper care and hygiene of the skin, the use of barrier products, professional training and health education of the patient and family.

The IAD is an underestimated subject on the part of institutions and health personnel. All this problem, makes us reflect on the importance that should be given, visualizing the problem to address these injuries in a comprehensive manner, involving all health professionals to become aware of it. More training and research is needed in this field, especially in validation studies of scales that help nurses to differentiate and diagnose an IAD of a UPP. A standardized care plan, the unification of criteria and avoid the diversity of actions before the same process; they will contribute to reduce the prevalence of IAD, their costs, the time invested by professionals in the treatment, but above all to improve the quality of life of the patient and their families.

Keywords: Incontinence-Associated Dermatitis, Pressure ulcer / Decubitus ulcer, Prevention and control, Nursing care and Moisture Associated Skin Damages (MASD).

2. INTRODUCCIÓN

Históricamente, las lesiones de la piel ocasionadas por la humedad y la incontinencia se han vinculado de forma directa con las úlceras por presión (UPP) o se han estudiado como tales. No fue hasta el año 2006, cuando el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) publicó un documento técnico sobre Incontinencia y Úlceras por Presión, en el que se exponían, entre otros aspectos, las características diferenciadoras entre las UPP y las lesiones por humedad. Posteriormente en el año 2013, Torra et al en un artículo publicado en la revista *Gerokomos*, realiza una redefinición del concepto y nombran por primera vez las “lesiones cutáneas asociadas a la humedad” (LESCAH) [1,2].

Las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) se definen como la inflamación y erosión de la piel causada por la exposición prolongada a diversas fuentes de humedad: la orina o heces, sudor, exudado de las heridas, moco o saliva.

En la clínica se pueden distinguir 6 tipos de LESCAH: La dermatitis asociada a la incontinencia (DAI), la dermatitis intertriginosa o por transpiración, la dermatitis perilesional asociada al exudado, dermatitis cutánea asociada al exudado, dermatitis periestomal y dermatitis por saliva o mucosidad [3].

En este trabajo nos centraremos en la dermatitis asociada a la incontinencia (DAI), también conocida como Dermatitis del pañal, ya que es la lesión por humedad más frecuente y se suele confundir y tratar como úlcera por presión. La DAI es la inflamación y/o erosión de la piel por la exposición continua a la humedad procedente de la orina y/o heces. Con el exceso de humedad, la piel pierde su impermeabilidad y aparece una sobrehidratación que, junto con el aumento de pH favorece el daño en la piel. Además, al verse comprometida la integridad de la piel, aumenta el riesgo de infección, de lesiones por fricción y de úlceras por presión (UPP).

Como la DAI y las UPP tienen características similares (eritema y erosión de la piel) y comparten las mismas zonas de localización, puede generar confusión para diferenciarlas y justificar la variabilidad de la actuación de enfermería ante estas lesiones. Por lo tanto, resulta muy importante para las enfermeras tener los conocimientos y las habilidades necesarias para diferenciar entre una úlcera por presión y una lesión por humedad, ya que su manejo y las actividades preventivas a aplicar son distintas [4].

Si no se realiza un buen diagnóstico de enfermería de la DAI, que se basa en la inspección visual de la piel, es muy probable que se confunda con una úlcera por presión, lo cual genera intervenciones inadecuadas y, con ello, un incremento en el daño a la piel. Todo esto conlleva repercusiones importantes al paciente como, por ejemplo:

- Deterioro de la calidad de vida del paciente.
- Pérdida de autonomía del paciente.
- Aumento del dolor, donde en muchos casos se llega a necesitar de procedimiento quirúrgico (desbridamiento).
- Aumento del riesgo de infección, que puede llevar a una sepsis y conllevar esto a la muerte.
- Deterioro de la calidad de vida de los familiares y/o cuidadores por el grado de implicación que requieren sus cuidados. A veces la sobrecarga es tanta que ocasiona la claudicación de los cuidadores.
- Incremento del coste sanitario, por el aumento de tiempo de la hospitalización.

Por este motivo, es importante reflejar la importancia de la detección y prevención precoz de la DAI para el personal de enfermería, ya que si se contribuye en ello, se consigue mejorar la calidad de vida de los pacientes y generar menos costes para el sistema sanitario. Por ello, es responsabilidad del equipo de enfermería contar con las competencias y destrezas necesarias para adquirir las habilidades y así poder valorar e identificar estas lesiones y dar con el correcto manejo de ellas.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. DEFINICIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD (LESCAH)

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), en su documento nº II en el año 2014; 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)”* [5].

Torra et al.,[2] admiten que a pesar de que existen limitaciones por las pocas investigaciones, exponen que no es sólo suficiente la humedad para causar daño en la piel, sino que existen múltiples factores que influyen en las lesiones, como por ejemplo: el tiempo de exposición prolongado, sumado al volumen, la cantidad, diversidad y el contenido de irritantes químicos de la fuente de humedad, el pH de la misma, la presencia de microorganismos potencialmente patógenos, el estatus fisiológico (edad temprana y envejecimiento) y de salud del paciente.

De esta forma, podemos entender a las 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 [5].

En la clínica podemos distinguir seis formas de LESCAH [3]:

- **Dermatitis asociada a la incontinencia (DAI):** suele localizarse en zona perianal y genital y cuyo origen está en el contacto con la orina y heces en la piel. Es la más típica y frecuente de las lesiones por humedad.
- **Dermatitis intertriginosa o dermatitis por transpiración:** producida por el sudor en zona de pliegues cutáneos. Se define de una manera más concreta como dermatosis inflamatoria, causada por la humedad en superficies opuestas de la piel que contacta entre sí, frecuente entre pliegues de piel en las zonas inframamarias, axilares, inguinales y debajo de abdómenes globulosos, cuello, etc. En estas lesiones la sobreinfección por bacterias y hongos es habitual.
- **Dermatitis perilesional:** asociada al exudado procedente de las heridas en la piel perilesional y cuya localización está en relación con las lesiones primarias.
- **Dermatitis cutánea asociada a exudado:** en estas lesiones el exudado no procede de heridas, sino de otros procesos, como la insuficiencia cardíaca severa o la linfedema, entre otros, y se suele localizar en las extremidades inferiores o en la zona afectada de la linfedema.
- **Dermatitis periestomal:** ocasionada por los efluentes procedentes de estomas (saliva, efluente intestinal u orina)
- **Dermatitis por saliva o mucosidad:** procedente de la boca o de las fosas nasales.

En todos los tipos mencionados de LESCAH, observamos que a pesar de que comparten un factor común denominador: la humedad, presentan distintas características con relación a la etiología, la localización, la fisiopatología, la epidemiología, la valoración, los signos y síntomas, las complicaciones, la prevención y el tratamiento. En la mayoría de trabajos académicos y artículos de investigación destacan la Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI), ya que son las lesiones más frecuentes que se detectan en el ámbito sanitario [1,6].

3. 2. INCONTINENCIA

A continuación, realizaremos una breve explicación de la incontinencia y los diferentes tipos que hay definidos.

La incontinencia es la pérdida involuntaria de orina, heces o la mezcla de ambos. Cualquiera de ellas, tiene efectos negativos y graves en las personas que lo sufren; además de los elevados costes sanitarios que generan. Están causados por múltiples factores, muchas veces no identificados, pero los más comunes suelen ser los psicológicos y fisiológicos [1].

3.2.1. INCONTINENCIA URINARIA (IU):

Se define como la pérdida involuntaria de orina que provoca cualquier tipo de molestia o incomodidad. Suele producirse en un momento y lugar no adecuado, hecho que provoca en la persona que la sufre un problema higiénico, social y psíquico, así como una importante limitación de su actividad laboral, educacional, familiar y de su autonomía personal e independencia [6,7].

Afecta a todos los grupos de población, edades y ambos sexos, aunque es más frecuente en mujeres y ancianos, siendo en estos últimos, uno de los síndromes geriátricos más frecuentes. En 2009, en España, se estimó una prevalencia del 15,8% de la población (6.510.000 habitantes). En mujeres, se puede cifrar una prevalencia global del 24% (más de 5 millones de mujeres), aumentando al 30-40% en las mujeres de mediana edad y hasta un 50% en las mujeres ancianas. Para el varón, la prevalencia global estimada es del 7% (casi 1,5 millones de hombres), pudiendo alcanzarse en personas mayores de 65 años el 14-29%, llegando a ser más del 50% en mayores de 85 años [1,6,8].

3.2.2. INCONTINENCIA FECAL (IF):

Se define como la pérdida de la capacidad para controlar voluntariamente la expulsión de gases y materia fecal; es frecuente en el anciano, siendo uno de los síntomas geriátricos con más repercusiones en su calidad de vida y una mayor carga en el cuidador, originando un gran impacto psicosocial y económico.

Al ser un trastorno “oculto”, la incidencia real de IF es difícil de conocer. Se han descrito prevalencias entre el 2,2 y el 17% en personas que viven en la comunidad, y del 10 al 39% en pacientes institucionalizados [1,6,8].

3.2.3. INCONTINENCIA DOBLE O INCONTINENCIA MIXTA

La asociación de IF con IU – llamada doble incontinencia o incontinencia mixta – hace referencia a la presencia en un mismo individuo de ambos tipos de incontinencia en cualquiera de sus presentaciones. Es frecuente, unas doce veces más común que IF, debido a la presencia de factores favorecedores comunes, como la inmovilidad, el deterioro cognitivo, las lesiones neurológicas periféricas o el estreñimiento crónico. En varios estudios de poblaciones mayores de 50 años se describe una mayor prevalencia de doble incontinencia entre los varones que entre las mujeres, comportando esta asociación a una mayor mortalidad [1,6,7,8].

3.3. DERMATITIS ASOCIADAS A LA HUMEDAD (DAI)

La dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) según Gray, se define como la inflamación de la piel al contacto de la orina o materia fecal en la región perineal o piel perigenital y se suelen caracterizar por el eritema y edema de la superficie de la piel, acompañadas a veces por ampollas con exudado seroso, erosión o infección cutánea secundaria. La DAI suele afectar mayormente a las personas de edad avanzada, con alguna patología asociada a la incontinencia urinaria o fecal, mayoritariamente mujeres, personas con obesidad, pacientes neurológicos y pacientes con reposo en cama por tiempo prolongado [9].

Las lesiones de la DAI se caracterizan dependiendo de la frecuencia y tipo de incontinencia (urinaria, fecal o mixta), condiciones de la piel (inflamación, edema) y factores que deterioran la integridad de la piel (humedad, pH, componentes químicos y agentes patógenos de la orina o heces) [9].

3.3.1. EPIDEMIOLOGIA

Se desconoce la prevalencia e incidencia de DAI, debido a la falta de investigaciones por la aparición reciente del tema, a la ausencia de herramientas validadas para valorar su presencia y evolución, y a la dificultad que existe en diferenciarla de otras lesiones.

En los pocos estudios realizados, la prevalencia varía entre el 5,6% al 50%, mientras que las tasas de incidencia se encuentran entre 3,4% al 25%. La mayoría de estos datos proceden de resultados de estudios epidemiológicos hechos en muestras pequeñas de un solo centro de ámbito sociosanitario. A pesar de la amplia variedad de cifras reportadas sobre la prevalencia e incidencia de DAI en los diversos estudios, todos sugieren que se trata de un problema común e importante [1,6,10].

3.3.2. ETIOPATOGENIA

3.3.2.1. La piel: estructura y función

La piel es el órgano más extenso del cuerpo, mide aproximadamente dos metros cuadrados de superficie y supone el 16% del peso corporal. La piel tiene como misión cubrir y proteger la superficie corporal. Es considerada como la primera línea de defensa del organismo ya que funciona como barrera mecánica permeable y como órgano termorregulador. Asimismo, puede iniciar las respuestas inmunes primarias. Centrándonos en la función de barrera de la piel, actúa como tal en dos sentidos: evitando la pérdida de agua, electrolitos y otros constituyentes corporales, y bloqueando la penetración de moléculas indeseables o nocivas del medio ambiente [1,11].

La piel está formada, de fuera hacia dentro, de tres capas: epidermis, dermis e hipodermis. (ver Fig. 1)

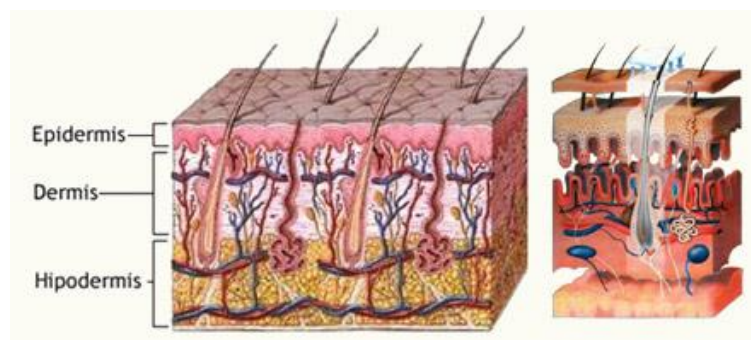


Figura 1: Estructura de la piel

Adaptada de A.D.A.M. suite of Healthcare Products

La **epidermis** es la capa celular más superficial, de epitelio escamoso estratificado, la cual es avascular y varía en grosor. La epidermis tiene una función de barrera y a través de ella se comunica con el exterior. El manto ácido que la cubre está formado por las secreciones de las glándulas sudoríparas y sebáceas, por el resto de células epidérmicas descamadas y por sustancias del medio ambiente [11,12].

La capa medial es la **dermis** en la que encontramos los anejos epidérmicos, vasos sanguíneos, nervios y terminaciones nerviosas, así como abundantes fibras de colágeno y en menor proporción de elastina, que son responsables de aportar resistencia a la piel [7,12].

La capa más profunda es la **hipodermis** o **tejido celular subcutáneo**, formada especialmente por tejido adiposo y la red subcutánea de arterias y venas. La hipodermis se configura como el gran depósito de grasa del organismo. Además de esta función de reserva, nos sirve de cojín mecánico frente a agresiones externas al absorber traumatismos (entre los que se encuentran las fuerzas de cizalla) y nos proporciona aislamiento térmico, evitando la pérdida de calor [7,12].

Algunos factores como la dieta, la raza, la edad, el envejecimiento cutáneo, estrés, clima, entorno externo, enfermedad y por supuesto agentes físicos y químicos pueden alterar la estructura y función de la piel, y por lo tanto su papel de barrera [1].

3.3.2.2. Etiología y fisiopatología de la DAI

Aunque en muchos estudios la etiopatogenia y fisiopatología exacta de la DAI no está aun completamente definida, Beeckman et al. en la Fig.2 plantea una propuesta que intenta exponer la etiopatogenia compleja de la DAI, donde afirma que la sobrehidratación de la piel, el aumento del pH, la actividad enzimática fecal el aumento de la colonización bacteriana o de la susceptibilidad a la infección

secundaria y la irritación física en forma de lavados frecuentes y fricción, son factores que contribuyen al desarrollo de la DAI [6,10]

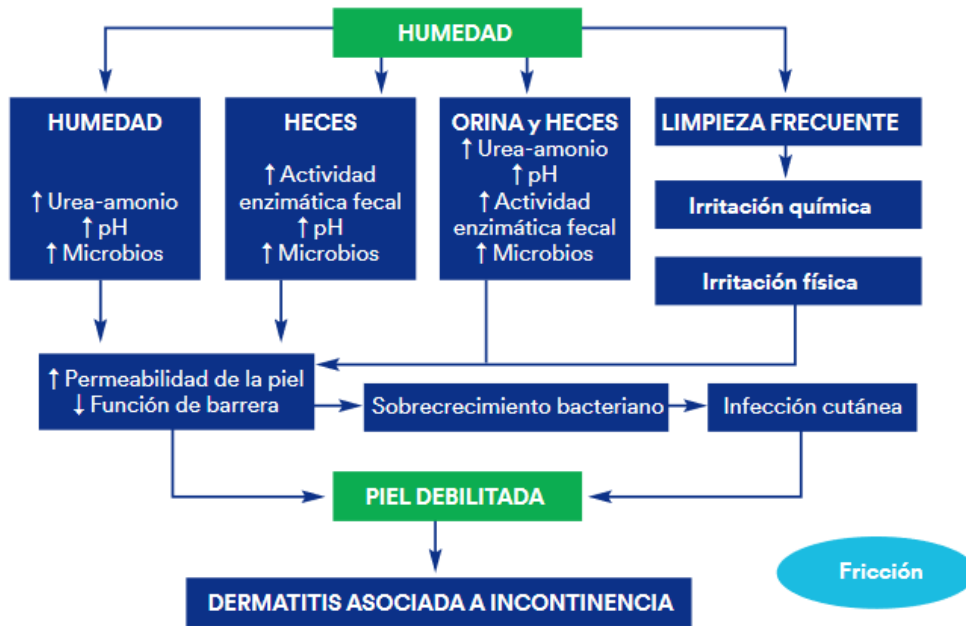


Figura 2: Etiología y fisiopatología de la DAI
Adaptada de Beeckman et al, 2009

A causa de los factores etiológicos expuestos en la Fig.2, se producen los siguientes procesos fisiopatológicos [1,5]:

- **Proceso Inflamatorio (Dermatitis):** una exposición prolongada a la humedad, así como un secado no adecuado y un uso inadecuado de oclusión prolongada pueden ocasionar un reblandecimiento y rotura de la piel. En caso de mantenerse o incrementarse puede ocasionar una dermatitis.
- **Alcalinización cutánea:** Con el aumento de humedad, orina y/o heces, el pH de la piel se alcaliniza deteriorando el manto ácido, ya que las bacterias de la piel convierten la urea urinaria en amoniaco. Por este motivo, la piel es más permeable a las sustancias químicas de la orina y heces, y más indefensa a la invasión bacteriana y a las infecciones.
- **Alteración dermolipídica:** causada principalmente por lavados continuos o reiterados de la piel afectada ya que eliminan los lípidos de la piel y aceleran la pérdida de agua epidérmica con la consiguiente alteración de función de barrera protectora y elasticidad cutánea.
- **Deterioro de la integridad cutánea y tisular:** El exceso de humedad puede aumentar el coeficiente de fricción, haciendo que la piel se pueda agrietar o fisurar. Además, el uso de dispositivos absorbentes y los lavados reiterados

implican también la realización de fricción en el secado y posibles lesiones de tipo mecánico.

3.3.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS

El daño cutáneo de la DAI tiende a mostrarse inicialmente como inflamación de la piel (dermatitis), con apariencia de eritema brillante (enrojecimiento), que puede variar del rosado al rojizo en personas de piel clara. En cambio, en pacientes de tonos de piel más oscuros, la piel puede estar más pálida, más oscura, púrpura, roja oscura o amarilla. Los bordes de la lesión, por lo general, están mal definidos y puede extenderse sobre grandes áreas de piel de forma continua o como parches irregulares aislados [1,13].

El eczema cutáneo resultante de la dermatitis tiende a cronificarse, con el consecuente aumento de la permeabilidad cutánea pudiendo llegar a producir edema, eritema, maceración, excoriación tisular, exudación, costras, prurito, hormigueo y dolor. Puede haber sensación de dolor, incluso con la epidermis intacta.

Los pacientes con DAI son proclives a contraer infecciones cutáneas secundarias, siendo la más habitual la candidiasis. Sólo un pequeño porcentaje presenta un exantema, producto de una infección fúngica, que suele aparecer como un exantema de color rojo brillante que se propaga desde una zona central. Además, el desarrollo de la DAI puede conllevar una carga asistencial excesiva, pérdida de independencia, alteración de las actividades y/o sueño, y una calidad de vida deteriorada, que empeoran con la frecuencia y la cantidad de deposiciones [5,13].

3.3.4. LOCALIZACIÓN

La DAI no solo afecta el perineo (en mujeres es la zona comprendida entre la vulva y el ano, y en varones es la zona comprendida entre el escroto y el ano), sino que también puede dañar a los pliegues de los labios genitales, ingle, glúteos o escroto por la explosión a la orina y en el pliegue interglúteo y perianal por la exposición a heces. También puede extenderse a la parte inferior del abdomen y a las partes anterior y media de los muslos. Por eso la distribución de la piel afectada por la DAI es variable en función de la extensión del contacto de la piel con la orina y/o heces [13].

3.3.5. VALORACIÓN Y DIFERENCIACIÓN CON OTRAS LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA

Para realizar un diagnóstico adecuado y precoz de la DAI, la inspección visual y la historia del paciente son consideradas elementos claves. Se remarca la importancia de realizar una historia centrada en identificar la presencia, duración y severidad de la IU o IF, los factores asociados a una alta posibilidad de padecer DAI y los factores funcionales que incrementan el riesgo como la incapacidad para el aseo o ir al baño [1].

Beeckman et al. insisten en que todos los pacientes con incontinencia urinaria o fecal deberían someterse a una valoración periódica de la piel para detectar signos de DAI. Esta valoración consiste en revisar las zonas de la piel que podrían estar afectadas: perineo, zona perigenital, nalgas, pliegues interglúteo, muslos, parte inferior de la espalda, pliegues de la piel, etc. con el fin de detectar: maceración, eritema, presencia de lesiones (vesículas, pápulas, pústulas, etc.), erosión y signos de infección fúngica o bacteriana de la piel. Una vez hecha la valoración es muy importante documentar los hallazgos y las intervenciones realizadas en la historia clínica del paciente [13].

Muchos autores han reflejado en sus estudios la dificultad de establecer la correcta diferenciación entre las distintas lesiones relacionadas con la dependencia para los profesionales sanitarios y la variabilidad en cuanto al diagnóstico correcto ya que las lesiones en el sacro son a menudo clasificadas y tratadas desde un principio como úlceras por presión [1,5,6,14].

Para la diferenciación y evitar la confusión entre un tipo de lesión u otra, se han descrito en la literatura algunas características relacionadas con el tipo de lesión (causa, localización, forma, necrosis, profundidad, bordes, color...) y con el paciente (historia de la herida, efectividad de las medidas aplicadas, condición de la piel en los diferentes puntos de presión, movimientos del paciente y cambios de posición, incontinencia, y otros parámetros adicionales).

Por esta razón, se expone a continuación las diferencias más significativas señaladas por la EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) para distinguir las úlceras por presión de las lesiones por humedad, relacionadas fundamentalmente con las características clínicas de la herida, y también con las características clínicas del paciente, con el fin de servir de guía a las enfermeras a la hora de distinguir entre ambos tipos de lesiones en la práctica clínica diaria [17].

- **Localización:** Una herida que no se encuentra sobre una prominencia ósea es poco probable que pueda ser una UPP. De cualquier forma, debemos recordar que un exceso de presión en tejidos blandos puede producir también una úlcera por presión (por ejemplo, la producida en la nariz por la presencia de una sonda nasogástrica) [7]. En cambio, una lesión por humedad sí puede aparecer en una prominencia ósea, por lo que debemos descartar el exceso de presión y/o cizalla como etiología de la herida.

- **Causas:** Una úlcera por presión, para ser tal, necesita evidentemente un exceso de presión y/o cizalla. En cambio, en las lesiones por humedad debe estar presente esta misma, generalmente relacionadas con algún tipo de incontinencia. Por lo tanto, resulta trascendente valorar las características relacionadas con el paciente, y no solo la herida. De cualquier forma, ambas entidades (humedad y presión) pueden presentarse de forma conjunta.

- **Forma:** Si la lesión está limitada a un solo lugar, es posible que se trate de una úlcera por presión. Igualmente, se sospecha de UPP en el caso de tratarse de heridas circulares o de bordes regulares. Pero, por otro lado, es posible que sea una lesión por humedad cuando encontramos heridas que aparecen más difusas, y en más de un lugar. Así, una lesión en espejo (con forma similar a ambos lados de un pliegue cutáneo) suele deberse a un exceso de humedad, como las lesiones limitadas al surco anal [7]. Formas irregulares suelen estar presentes en heridas de tipo mixto (humedad y presión).

- **Bordes:** Las lesiones por humedad suelen presentar bordes irregulares o difusos, mientras que en las lesiones por presión son claramente distinguibles [7].

- **Profundidad:** Las lesiones por humedad son superficiales, correspondiendo la pérdida parcial del espesor de la piel, que pueden hacerse más profundas en caso de infección. En cambio, las UPP son más superficiales en las primeras etapas (grado II), aunque progresan hacia una pérdida total del espesor de la piel (grado III) e incluso hacia la afectación de la capa muscular (grado IV). Por este motivo, puede ocurrir clasificaciones erróneas de lesiones por humedad como úlcera por presión de grado II, especialmente cuando se trata de un observador poco entrenado. En este punto también debemos recordar que una abrasión es causada por la fricción, y si esta se produce sobre una lesión por humedad se traducirá en la pérdida superficial de la piel en forma desgarrada y dentada.

- **Color:** Esta es otra diferencia significativa. Un eritema no blanqueable a la presión digital del observador es muy probable que se trate de una UPP grado I. Mientras que Defloor y sus colaboradores [7] han monitorizado el impacto sobre la piel de la incontinencia, encontrando una alta incidencia del eritema blanqueable en las lesiones por humedad, particularmente en la zona perianal. En estos casos el enrojecimiento y/o la irritación se presenta de forma difusa.
- **Necrosis:** La humedad no produce necrosis, así que la presencia de estas es claramente indicativa de una úlcera por presión, aunque no descarta la implicación conjunta de la humedad.

En la Tabla 1 [6] se muestra un resumen de las diversas características diferenciadoras entre UPP y DAI. Para más detalles de cada característica expuesta, consultar la Tabla 2 de características claves para la identificación y diferenciación de las lesiones relacionadas con la dependencia adaptada de la guía nºII de la GNEAUPP (anexo 1).

Tabla 1: Parámetros básicos para diferenciar las lesiones relacionadas con la dependencia entre ellas

Parámetro	DAI	Úlcera por presión
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 un prominencia ósea o asociada a la colocación de un dispositivo médico
Forma/bordes	La zona afectada es difusa con bordes poco definidos/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 (p. ej., candidiasis)	Puede presentar infección secundaria del tejido blando

Adaptada de Beekman y Wounds International, 2015

3.3.6. ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DE LA DAI

Para la valoración específica de las lesiones asociadas a la humedad por orina o heces se han desarrollado varias escalas que pueden ayudar a clasificar las lesiones

de este tipo, con el propósito de poder estandarizar la evaluación, lograr la detección y el tratamiento precoz, y evitar y/o monitorizar la evolución de la lesión a estadios clínicos más complejos [6,7].

Actualmente, hay varias herramientas para valorar la DAI, y ya se está investigado la validez de algunas de ellas. No obstante, su uso en la práctica cotidiana sigue siendo limitado. Este hecho se debe, en parte, a la falta de evidencia de que mejoran la toma de decisiones clínicas y el cuidado. Por este motivo, hacen falta nuevos estudios para detectar los posibles beneficios. A continuación presentamos brevemente las diferentes escalas de valoración, que se pueden consultar en el Anexo 2 [1,5,6,7,8]:

- **Escala visual del eritema (EVE):** La EVE fue diseñada por Mandy Fader et al el 2003 para la valoración objetiva del daño ocasionado por determinados factores de riesgo (piel expuesta a humedad y/o irritantes químicos, por ejemplo). Se basa en la escala internacional de la Dermatitis de Contacto; consiste en una escala numérica de 0 a 4, que determina hasta cinco grados colorimétricos de valoración del eritema.
- **Escala Gradual de la Dermatitis Perineal (PAT, Perineal assessment tool)**
Desarrollada originalmente por la enfermera norteamericana Nix, y adaptada por el GNEAUPP. Es una escala que consta de 4 ítems o factores que valoran el riesgo de lesión cutánea por incontinencia en la zona perineal según el tipo y la intensidad del irritante, la duración del contacto, la condición de la piel perineal y la presencia de otros factores contribuyentes. Es una escala positiva (a mayor puntuación mayor riesgo) con un rango de puntuación total de 4 a 12.
- **Escala Gradual de la Dermatitis Perineal (Perineal dermatitis grading scale):** Creada por Brown y Sears. 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 consecuencias de las intervenciones enfermeras (color e integridad de la piel, tamaño y síntomas del paciente).
- **Escala de la Dermatitis Asociada a Incontinencia (Incontinence-associated Dermatitis skin condition assessment tool):**
Escala desarrollada por Kennedy y Lutz que valora el grado de deterioro de la piel mediante tres parámetros: Área de la piel afectada; Grado de enrojecimiento y Profundidad de la erosión.

- **Escala de Severidad de Lesiones Cutáneas por Incontiencia (Incontinence-associated dermatitis and its severity instrument) o escala de Boerchert:** es la única escala publicada con Buena validez y fiabilidad Inter observador. Fue desarrollada por Rueda J. et al. 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 subapartados (Localización; Enrojecimiento; Pérdida de piel y Rush) con valores entre 0 y 3 puntos.

- **Categorización de las LESCAH del GNEAUPP**

El GNEAUPP propone clasificar las lesiones cutáneas asociadas a la humedad en dos categorías, en función de la lesión que sufre el tejido cutáneo asociada a la humedad, a pesar de que ya nos alerta que se pueden confundir con las lesiones por presión o por fricción [3].

- Categoría I: Eritema sin pérdida de integridad cutánea

Piel integra con enrojecimiento, que puede ser no blanqueable, de un área localizada, generalmente sometida a humedad. A su vez y en función del eritema puede clasificarse como:

- 1A. Leve-Moderado (piel rosada).
- 1B. Intenso (piel rosa oscuro o rojo)

El eritema puede ser especialmente difícil de detectar en individuos con tonos de piel oscura, y la inflamación puede manifestarse con un color distinto de la piel de los alrededores.

- Categoría II: Eritema con pérdida de la integridad cutánea

Pérdida parcial del espesor de la dermis que se presenta como una lesión abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado. Los bordes de la piel perilesional suelen estar macerados presentado un color blanco-amarillento. En lesiones extensas compuestas por multitud de lesiones satélites puede entremezclarse ese color rojo-rosado en el banco-amarillento. A su vez, y en función del grado de erosión o denudación puede clasificarse como:

- 2A. Leve-Moderado (erosión menor al 50% del total del eritema)
- 2B. Intenso (erosión del 50% o más del tamaño del eritema)

3.3.7. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DAI

A la hora de prevenir y tratar la DAI hay dos intervenciones fundamentales que hay que tener en cuenta [1,13]:

- Manejar la incontinencia para identificar y tratar las causas reversibles (por ejemplo: infecciones de la vía urinaria, estreñimiento, uso de diuréticos) con el fin de reducir o eliminar el contacto de la piel con la orina y/o las heces.
- Aplicar un plan de cuidados para proteger la piel expuesta a la orina o las heces y ayudar a restaurar una función de barrera de la piel eficaz.

Para la prevención de las DAI varios autores recomiendan aplicar el plan de curas para el cuidado de la piel que se basa en la limpieza, la hidratación y la protección cutánea de la piel.

Limpieza de la piel: 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. Se recomienda una limpieza a diario y después de cada episodio de incontinencia fecal.

La utilización frecuente y reiterada de jabones convencionales (alcalinos) se considera una técnica demasiado agresiva para pieles expuestas a humedad y para pieles frágiles. 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.

El secado posterior al lavado con agua y jabón requiere una adecuada técnica, 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”, sin frotar y con especial atención en las zonas de los pliegues y zonas perianal y perigenital.

En casos de eczema cutáneo (dermatitis), piel macerada o que presente lesiones cutáneas (grietas, fisuras o pequeñas excoりaciones), 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 [1,13,15].

Hidratación: la hidratación de la piel es un aspecto clave y deberá realizarse mediante el uso de sustancias emolientes. Los emolientes disminuyen la inflamación y favorecen la retención del agua en el estrato córneo, al formar una capa oleosa sobre la superficie de la piel, por ello se consideran también sustancias hidratantes. Los productos emolientes se presentan en forma de pomada, loción o sustancias oleosas. Estas sustancias deben aplicarse posteriormente al baño del paciente y después de cada cambio de pañal, contribuyendo a restaurar el equilibrio de la piel. El tratamiento en la piel dañada dependerá del grado de la lesión, disponiendo de un gran arsenal de productos en el mercado [8].

Protección Cutánea: Después de la limpieza, hay que proteger la piel mediante protectores, los cuales forman una barrera entre la epidermis y la humedad o agente irritante. Además de proteger la piel de los agentes irritantes, cuando la DAI está presente, la aplicación de un protector de la piel ayuda a que se resuelva antes la DAI y permita la recuperación de la barrera natural de la piel. Los principales protectores de la piel son los siguientes [8,13]:

- Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO): diversos estudios evidencian la eficacia del uso de los AGHO para mejorar la hidratación y la resistencia de la piel frente a fricción, la presión y la humedad.
- Productos barrera que incorporan Óxido de Zinc: El óxido de zinc es uno de los compuestos más conocidos por su acción como protector cutáneo, siendo comúnmente utilizado para tratamiento del eritema asociado a uso de productos absorbentes (pañal) y a la exposición continuada de orina y heces. Por otra parte, su combinación con otros productos (sobre todo con perfumes) puede generar irritación, así como dificultar la capacidad de absorción y adhesividad de los productos utilizados; además su retirada de la piel solo es posible utilizando sustancias oleosas.
- Productos barrera que incorporan Siliconas: Facilitan la protección de la piel, actúan reduciendo la de las fuerzas de fricción y la humedad externa, al tiempo que protegen de una excesiva desecación de la piel.
- Productos barrera con Vaselina: La vaselina es una sustancia que se combina con otros compuestos. Tiene una función de protección e hidratación de la piel. Es una alternativa a otros productos barreras, se suele utilizar con una

concentración del 48%-98% para el tratamiento y protección del eritema asociado a la exposición continuada de heces y orina.

En relación con el tratamiento, hoy en día existen infinidad de productos. Este hecho supone un reto para la enfermera, a la hora de elegir el producto correcto para aquellos pacientes con DAI donde es necesario mantener el pH de la piel. Muchos estudios evidencian y concluyen, que el uso de un limpiador de espuma junto con un protector de barrera sea en forma de crema o film, es más efectivo que el uso de agua y jabón en pacientes con incontinencia urinaria y/o fecal, ya que éste último es alcalino y puede alterar el equilibrio del pH de la piel [16].

4. OBJETIVOS

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es demostrar la importancia de la detección y prevención precoz de la DAI, para saber diferenciarla de otras lesiones cutáneas que ocurren en la misma zona de la piel.

Los objetivos específicos definidos son determinar la necesidad de diferenciar entre una DAI vs UPP, porque al ser dos heridas parecidas, localizadas en el mismo sitio, generan confusión a la hora de decidir el tipo de tratamiento. Así como identificar la necesidad de unificar criterios, por la falta de evidencia científica y el desconocimiento por parte del personal sanitario.

5. METODOLOGIA

En el trabajo que presentamos se llevó a cabo una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica existente actualmente sobre la dermatitis asociada a la incontinencia. La búsqueda de los artículos se realizó durante los meses de noviembre y diciembre del año 2017 y los meses de enero y febrero del año 2018. Se hizo una revisión sistemática de documentos de sociedades científicas dedicadas a las lesiones relacionadas con la dependencia, así como de revisiones sistemáticas y estudios científicos.

Estrategia de búsqueda:

En primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda de documentos, trabajos y guías en el metabuscador de evidencias: Google Scholar y en los organismos compiladores, que recogen guías clínicas basadas en la evidencia y evaluadas con diferentes instrumentos, como: “Biblioteca Alhambra” de la web GNEAUPP y Wounds International, para la elaboración del marco conceptual.

En segundo lugar, se realizó una búsqueda inversa a partir de las listas de referencias y bibliografías de los trabajos, guías y artículos potencialmente relevantes y seleccionados para la elaboración del marco conceptual.

Y en tercer y último lugar, se llevó a cabo una búsqueda de los estudios publicados en revistas indexadas en las siguientes bases de datos:

- PUBMED-MEDLINE
- CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)
- SciELO (Scientific Electronic Library Online)

Para realizar la búsqueda se utilizaron las palabras clave que encontramos clasificadas según el idioma en la tabla 3.

Para delimitar los términos de búsqueda, además de utilizar el thesaurus desarrollado por la National Library of Medicine (NLM) llamado Medical Subject Headings (MeSH), el cual podemos localizar en la base de datos PubMed, se emplearon los operadores booleanos AND y OR.

Tabla 3: Clasificación de las palabras claves según idioma.

Castellano	Catalan	Inglés
Dermatitis asociada a incontinencia	Dermatitis associada a la incontinència	Incontinence-Associated Dermatitis
Úlcera por presión / úlcera por decúbito	Úlcera per pressió / Úlcera per decúbit	Pressure ulcer / Decubitus ulcer
Prevención y control	Prevençió i control	Prevention and control
Cuidados de enfermería	Cuidatges d'infermeria	Nursing care
Lesiones Cutáneas Asociadas a la Humedad (LESCAH)	Lesions Cutànies Associades a la Humitat (LESCAH)	Moisture Associated Skin Damages (MASD)

Criterios de inclusión y exclusión de los estudios:

Antes de realizar la búsqueda bibliográfica, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión utilizados para todas las bases de datos consultadas.

Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos publicados en los últimos 10 años (2008-2018)
- Estar publicados en inglés, castellano o catalán.
- Artículos de publicación libre o que se puedan acceder a ellos a través de la biblioteca de la Universidad Rovira y Virgili de Tortosa/Tarragona (CRAI URV).

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos publicados antes de los últimos 10 años (< año 2008)
- Artículos publicados en otros idiomas que no sean inglés, castellano o catalán.
- Artículos a los que no se pudiera acceder al texto completo.
- Artículos de comunicaciones, proyectos, trabajos en los que se valoraba la efectividad clínica de cualquier producto o material sobre el cuidado de la piel expuesta a factores irritantes por presencia de incontinencia y estudios patrocinados por alguna empresa que se dedique a la producción de material para la prevención/tratamiento de la dermatitis asociada a la incontinencia.

Descripción del proceso de selección de los artículos

Con las dos estrategias de búsqueda utilizadas para realizar la revisión bibliográfica se identificó un total de 1925 artículos. De ellos, 1907 se obtuvieron de la búsqueda en las distintas bases de datos descritas en el apartado anterior y 18 de otras fuentes de estudio mediante búsqueda inversa de los trabajos, guías, etc. utilizados para la realización del marco conceptual. Tras eliminar los artículos duplicados en las diferentes bases de datos (578 títulos), a los 1347 artículos se les aplicaron todos los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Quedaron 80 artículos potencialmente relevantes para la revisión que fueron analizados a texto completo por nosotras dos. Se descartaron 20 artículos de ellos por estar patrocinados por alguna empresa que se dedica a la producción de material para la prevención/tratamiento de la dermatitis asociada a la incontinencia y estaba dando publicidad a su producto. Por lo tanto, de los 60 artículos potencialmente relevantes tras una lectura crítica en base a responder nuestros objetivos se obtuvieron 25 estudios para la elaboración de la revisión

sistemática. Todo el proceso de selección de los estudios queda reflejado en la Figura 3.

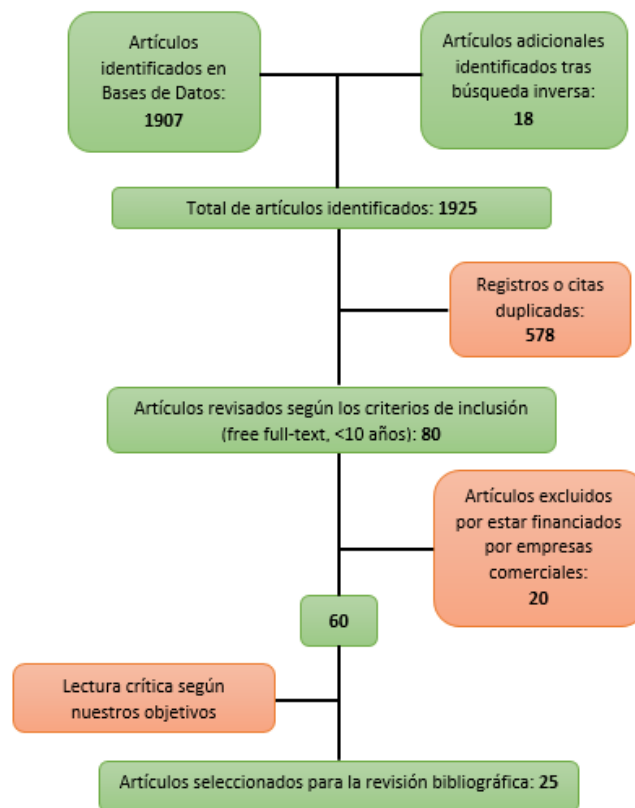


Figura 3: Diagrama de flujo del proceso de selección de los artículos

Limitaciones del estudio

En el proceso de elaboración de esta revisión bibliográfica nos encontramos con los siguientes sesgos de accesibilidad: Algunos artículos no han podido ser incluidos en la presente revisión debido a la incapacidad de acceder a los mismos, por requerir suscripción, es decir aportación económica, y permitiendo la visualización únicamente del Abstract.

6. RESULTADOS/DISCUSIÓN

Con el uso de las estrategias de búsqueda descritas anteriormente se obtuvieron 25 estudios para la revisión bibliográfica. Al haber una naturaleza heterogénea de los diseños, metodología, población de pacientes, y para facilitar el análisis de los artículos se realizó una tabla resumen (Anexo 3) donde se extrajo de cada estudio el título, información sobre la autoría, año, metodología, objetivos y conclusiones. A pesar de la gran diversidad de estudio, 9 tipos para ser exactos, la mayoría de los artículos encontrados son revisiones sistemáticas (11 artículos de 25).

Los datos se han analizado a través de una lectura crítica de los artículos, recopilando, analizando y categorizando la información más relevante en relación con los objetivos planteados.

Al finalizar el análisis de los artículos, donde el idioma predominante de publicación es el español (14 artículos) respecto los publicados en inglés (11 artículos), se intentó agruparlos en los siguientes epígrafes:

- Demostrar la importancia de la detección y prevención precoz de la DAI
- Determinar la necesidad de diferenciar entre una DAI y una UPP
- Identificar la necesidad de unificar criterios

Como la mayoría de los artículos podían haber sido catalogados en más de un epígrafe, no se pudo realizar la clasificación. Pese a ello, se decidió utilizar los epígrafes para analizar los resultados.

Demostrar la importancia de la detección y prevención precoz de la DAI

La dermatitis asociada a la incontinencia al igual que las demás formas de lesiones cutáneas asociadas a la humedad son una condición prevalente y clínicamente relevante, con repercusiones en el estado de salud y la calidad de vida del paciente [17]. Coyer y Campbell [2] resaltan que es importante destacar que la DAI puede disminuir la calidad de vida y causar un dolor que se asemeja a una quemadura en la que cada episodio de incontinencia causa un dolor insoportable. Segovia et al. [18] concluye que las lesiones por humedad no son una consecuencia inevitable de la incontinencia, sino que pueden ser prevenibles y ello mejorará, entre otras cosas, la dignidad del paciente.

Diversos estudios de revisión bibliográfica concluyen que los factores clave para la prevención y el tratamiento exitosos son una evaluación cuidadosa del paciente mediante una observación precisa, un buen cuidado de la incontinencia y protocolos

claros sobre el cuidado de la piel basados en la evidencia, que mejoren la experiencia del paciente y los resultados clínicos, demostrando una vez más la importancia de un buen cuidado fundamental [19, 20, 21]. Zapata et al. [4], indican que el diagnóstico diferencial, basado en examen visual, puede ayudar a determinar si lo que está presente es una UPP o LESCAH. Los objetivos del tratamiento incluyen proteger la piel de un daño adicional por la exposición de irritantes y establecer un ambiente orientado a la curación. Beele et al. [22] deducen los mismos factores clave para la prevención que los anteriores estudios, pero sugieren añadir dos componentes más para la protección de la piel contra los efectos adversos de la humedad y la incontinencia: una hidratación suficiente de la piel y la aplicación de productos de barrera de salida.

Palomar et al. [23] predicen que la adecuada valoración e identificación de la DAI permitirá establecer los cuidados específicos más adecuados para evitar o minimizar los riesgos y lesiones, además de permitir, dirigir y optimizar el esfuerzo terapéutico. Yates [24] en su actual y reciente revisión bibliográfica secunda todos estos factores claves y predicciones, pero resalta que los problemas de continencia que conducen a DAI son multifactoriales y complejos de identificar y controlar. El caso clínico de la Sra. Smith realizado por Beeckman et al. [20] ilustró que la prevención no es una tarea fácil; requiere una vigilancia constante de los profesionales de la salud y los miembros de la familia. Esto es un desafío cuando las pautas o protocolos no son consistentes, las enfermeras ven a su paciente solo una o dos veces al día, y los miembros de la familia experimentan una carga considerable de cuidados de sus familiares.

Como la detección de las DAI se basa en la observación, durante estos últimos años una serie de escalas de clasificación de las DAI han sido publicadas y testadas. En 2015, se concluyó que los instrumentos DAI existentes consumen mucho tiempo y son lingüísticamente complejos para su uso en la práctica clínica habitual. Se propuso una herramienta de categorización simplificada que consta de tres categorías respaldadas por fotografías (incluido el estar "en riesgo"), pero se necesitan más estudios de validación de esta herramienta y de las demás escalas de categorización [10]. A pesar de la falta de validación de las escalas que todos los autores corroboran, Beeckman et al. en su ensayo controlado aleatorio para evaluar la efectividad de una herramienta de clasificación y Lee et al. en su estudio observacional y analítico para valorar el efecto de un programa de educación del sistema de clasificación, ambos con una muestra superior a 400 enfermeras/os, concluyen que la herramienta y el programa de educación fueron eficaces para mejorar el conocimiento, la clasificación y la capacidad de diagnóstico visual diferencial del sistema de clasificación de la UPP y la DAI [25, 26].

Determinar la necesidad de diferenciar entre una DAI y una UPP

Tradicionalmente las lesiones relacionadas con la humedad han sido tratadas y clasificadas como úlceras por presión superficiales (estadio II) a pesar de poderse tratar de lesiones diferentes con identidad propia.

González et al. [9], explican que establecer la diferenciación entre la DAI y las UPP es complicado por las escasas herramientas que se encuentran para diagnosticar la DAI. Sin embargo, la literatura científica reciente da una posibilidad de delimitar diferencias mediante el conocimiento de la teoría de mediano rango que considera 7 tipos de lesiones de piel relacionadas con la dependencia.

Chiquero et al. [27] en su estudio observacional y descriptivo, indica que, tanto las enfermeras clínicas como las estudiantes, los aspectos que mejor reconocieron para la identificación de la DAI fueron la causa y localización; y los peores: la forma, la posibilidad de necrosis y el color. La diferenciación entre UPP vs DAI es compleja, y tanto estudiantes como enfermeras clínicas muestran peores resultados en las preguntas más relacionadas con las UPP.

Valls et al. [14] en el mismo año que Chiquero et al. (2016), también refería que las enfermeras tienen dificultades para diferenciar las LESCAH de las UPP. El hecho de no saber diferenciar estas dos lesiones, etiológicamente diferentes, afecta a las estrategias preventivas y de tratamiento que pueden tener repercusiones clínicas y económicas.

Zapata et al. [28], postula que la experiencia demuestra que, debido a la localización de las lesiones por humedad, éstas son clasificadas a menudo incorrectamente como úlceras por presión. Por este motivo, se hace necesario establecer una serie de diferencias clínicas entre ambos tipos de lesiones, para proporcionar a la enfermera una referencia que le sirva para una adecuada valoración de cada herida y una interpretación lo más exacta posible de los datos obtenidos. Con la adecuada diferenciación, la enfermera podrá tomar medidas preventivas más adecuadas para evitar la aparición de heridas o proporcionar los cuidados oportunos. Chiqueros et al. [27] y Valls et al. [14], concluyen que se debería implementar un plan de formación que mejore los conocimientos y las habilidades de las enfermeras referente a este tema.

Castro et al. [29], con el caso clínico de una persona que sufre lesión combinada por humedad y por presión, destacan la importancia de distinguir convenientemente entre las lesiones por humedad y aquellas producidas por la presión, o aquellas que producen lesiones mixtas. Ya que de ello dependerá la elección de un tratamiento correcto con el

objetivo principal de mantener la integridad tisular o lograr la curación por segunda intención de las heridas.

En su estudio reciente (2018), Gray y Guiliano, nos exponen que los hallazgos de su estudio son consistentes con investigaciones previas, que respaldan una asociación clínicamente relevante entre la DAI y la lesión por presión del área sacra. Ese riesgo persiste incluso después de controlar la presencia de inmovilidad, lo que sugiere que la DAI funciona como un factor de riesgo independiente para la aparición de lesiones por presión [30].

Valls et al. [31], en su estudio se observó que la alta prevalencia de la DAI, da como resultado un alto coste en términos de dinero y calidad de vida para los pacientes. Sin embargo, la incidencia de DAI se puede reducir significativamente mediante medidas preventivas efectivas que implican la implementación correcta de un protocolo estructurado de cuidado de la piel. Exponen que es necesario sensibilizar a los profesionales sobre las lesiones cutáneas asociadas a la humedad. También reflejan la necesidad de escalas para evaluar el riesgo de exposición a las diferentes fuentes de humedad, así como explorar el comportamiento de las escalas de riesgo de UPP para determinar su valor predictivo en este tipo de lesiones.

A pesar de la creciente información que hay hoy en día sobre la DAI, sigue habiendo problemas relacionados con la observación, la diferenciación y un apropiado manejo de ellas. Para solventarlos hace falta validación de las escalas de categorización de las DAI para así poder usarlas en la clínica, más programas de educación sanitaria para saber diferenciar una UPP de una DAI, y más investigación para estipular parámetros diferenciadores entre estas dos heridas crónicas muy parecidas [10].

Identificar la necesidad de unificar criterios

La piedra angular del cuidado de las lesiones de la piel relacionadas con la DAI es la educación real y continua tanto para el equipo de salud desde la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, abordando las complicaciones y la rehabilitación, como para los cuidadores [9].

Rumbo et al. [15], nos explican la necesidad de tomar conciencia de las LESCAH (diferenciándolas de otros tipos de lesiones), a fin de estandarizar procesos asistenciales y de cuidados, en busca de visibilizar el problema y su abordaje, valoración y manejo integral.

Las diferentes etiologías de las heridas crónicas, el elevado número de productos en el mercado, así como la práctica no contrastada con evidencias científicas han hecho que

se elaboren guías de práctica clínica, protocolos y manuales con el objetivo de unificar criterios de actuación, identificar pacientes de riesgo y disminuir la variabilidad de los cuidados enfermeros [32].

Los profesionales tienen la obligación y el derecho de formarse, la administración sanitaria debe facilitar y potenciar las actividades formativas para garantizar la competencia de los profesionales y una atención sanitaria de calidad. A pesar del aumento considerable de la creación de guías, manuales y protocolos de prevención y tratamiento de heridas, aún falta unificarlos y que sean conocidos por todos los profesionales [32].

Diversos estudios consideran que un mejor conocimiento, por parte de los profesionales y los propios usuarios, ayudaría a mantener el cuidado de la piel. De ahí la necesidad de elaborar un plan de educación sanitaria estructurado y comprensible tanto para los profesionales y los cuidadores informarles. Es necesario realizar una mayor difusión de esta problemática entre los profesionales, dedicar tiempo a la formación específica en este tipo de lesiones con la finalidad de mejorar los cuidados para los pacientes a riesgo o que ya presenten la lesión, y también para reducir su incidencia. Las úlceras por humedad no son una consecuencia inevitable de la incontinencia, sino que pueden ser prevenibles y ello mejorará, entre otras cosas, la dignidad del paciente [4, 14, 15, 18, 33, 34, 35].

7. CONCLUSIONES

La dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) durante muchos años ha sido un tema infravalorado por parte de las instituciones y personal sanitario, debido a ser un concepto novedoso y por asemejarse y localizarse en la misma zona donde suele aparecer una UPP, hecho que hace que se confundan entre ellas y se catalogue a la DAI como una UPP de estadio II. El hecho de no saber diferenciar entre estas dos lesiones, etiológicamente diferentes, afecta a las estrategias preventivas y de tratamiento, por lo que pueden tener repercusiones clínicas y económicas. Toda esta problemática, nos hace reflexionar sobre la importancia que se le debe dar, a fin de estandarizar criterios, visualizando el problema para poder abordar estas lesiones de forma integral, implicando a todos los profesionales sanitarios a tomar conciencia de ello.

La mayoría de los artículos analizados concluyen en la importancia del examen visual como herramienta para realizar el diagnóstico diferencial entre una lesión por humedad y una úlcera por presión. La diferencia entre ambas es de suma significación, para poder realizar un correcto plan de cuidados individualizado y sobre todo para la prevención de

ellas. Ya que las lesiones por humedad no son una consecuencia inevitable de la incontinencia, sino que pueden ser prevenibles y en ello mejorará, entre otras cosas, la calidad de vida del paciente.

También se evidencia la gran necesidad de desarrollar herramientas válidas y fiables para la detección y prevención precoz de las dermatitis asociadas a la incontinencia. Sin estas herramientas, se hará difícil para el personal poder clasificarlas adecuadamente, y ello conducirá a que las tratemos como una úlcera por presión, causando mayor daño.

Por lo tanto, además de invertir en estudios de validación de escalas para ayudar al personal sanitario a saber diferenciar y diagnosticar una lesión por humedad de una úlcera por presión, se hace necesario mayor formación e investigación en este campo, a causa de la gran variabilidad de cuidados frente de una misma lesión y el elevado número de productos en el mercado con la misma efectividad. Así pues, un plan de cuidados estandarizados facilitaría las estrategias de actuación, favoreciendo la unificación de criterios y evitando la diversidad de actuaciones ante un mismo proceso. Ello contribuirá a disminuir la prevalencia de las DAI, sus costes, el tiempo invertido por los profesionales en el tratamiento, pero sobre todo a mejorar la calidad de vida del paciente y de sus familiares.

8. PROPUESTAS DE MEJORA

- Consideramos que desde la Facultad de Enfermería sería importante incluir en el plan de estudios una asignatura específica sobre las heridas relacionadas con la dependencia, con una duración mínima de un cuatrimestre.
- Las instituciones sanitarias deberían fomentar la formación continua y capacitar a su personal en este tema para evitar así los altos costes en material y recursos usados. Las referentes expertas en estos temas deberían de realizar varios seminarios periódicos dentro de un plan de Formación Continua, con contenido claro y sencillo, donde den herramientas que puedan ayudar a las enfermeras a detectar y prevenir precozmente las lesiones por humedad y las úlceras por presión.
- Proporcionar programas educativos desde Atención Primaria, donde se toquen temas de complicaciones, curas básicas, etc.; donde sean los propios pacientes y/o familiares los protagonistas.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez Palma M. Revisión sistemática de los factores relacionados con la Dermatitis asociada a la Incontinencia. Propuesta de un nuevo modelo teórico. Universidad de Alicante. 2015
2. Torra i Bou J-E, Rodríguez Palma M, Soldevilla Agreda JJ, García Fernández FP, Sarabia Lavín R, Zabala Blanco J et al. 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 Jun; 24 (2): 90-94.
3. 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. Documento técnico GNEAUPP nºII. Logroño. 2014.
4. Zapata Sampedro MA, Castro Varela L, Tejada Caro R. Lesiones por humedad: revisión de conocimientos. *Enferm glob*. 2015 Abr; 14 (38): 325-334.
5. 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), 2016.
6. García Fernández FP, López Casanova P, Rodríguez Palma M, Segovia Gómez T, Soldevilla Agreda JJ. Cuidados de la piel en pacientes con incontinencia y prevención de lesiones asociadas a la humedad. 2016.
7. García Fernández FP, Ibars Moncasi P, Martínez Cuervo F, Perdomo Pérez E, Rodríguez Palma M, Rueda López J, et al. Incontinencia y úlceras por presión. Documento técnico GNEAUPP nºX. Madrid, 2006.
8. Villar Redondo M del R. Prevalencia de la Dermatitis Asociada a Incontinencia en el área de Santiago de Compostela. Universidade da Coruña; 2016.
9. González-Consuegra RV, Mora-Carvajal LH, Celis-Moreno JS, Matíz-Vera GD. Dermatitis asociada a incontinencia en adultos: un problema sin definición, revisión sistemática. *Rev Fac Med*. 2015; 63 (2): 199-208.
10. Beeckman D. A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Evidence, knowledge gaps and next steps. *J Tissue Viability*. 2017 Feb; 26(1): 47-56.
11. Molina Castillo E. Úlceras por presión: Actualización y puesta al día. 2a ed. S.L. Formación Alcalá, editor. Jaen; 2004. 220 p.
12. Biurrún Pérez B. Úlceras por humedad: diferenciación y prevención. Universidad

- de la Coruña, 2013-2014
13. Beeckman D, Campbell J, Campbell K, Chimentão D, Coyer F, Domansky R, et al. Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI): Avanzando en prevención. En: Wounds International, editor. Proceedings of the Global IAD Expert Panel, 2015.
 14. Valls-Matarín J, Del cotillo-Fuente M, Pujol-Vila María, Ribal-Prior R, Sandalinas-Mulero I. Diferenciación entre lesiones cutáneas asociadas a la humedad y úlceras por presión mediante el uso de fotografías en un área de críticos. *Enferm Clin* 2016; 26: 268-74.
 15. Rumbo-Prieto JM, Areosa Luis, Reyes R, Vives-Rodríguez E, Palomar-Llatas F, Cortizas-Rey JS. Valoración y manejo integral de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH): revisión de consenso. *Enfermería Dermatológica*. 2015; 9: 17-30.
 16. Flynn D, Williams S. Barrier creams for skin breakdown. *Nurs Resid Care*. 2011; 13 (11).
 17. Coyer F, Campbell J. Incontinence-associated dermatitis in the critically ill patient: an intensive care perspective. *Nurs Crit Care*. 2017 Dec 20.
 18. Segovia-Gómez Teresa, Bermejo Martínez Mariano, García-Alamino Josep M.. Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlas. *Gerokomos*. 2012 Sep; 23 (3): 137-140.
 19. Bardsley A. Prevention and management of incontinence-associated dermatitis. *Nurs Stand*. 2013 Jul 3-9; 27(44): 41-6.
 20. Beeckman D, Woodward S, Gray M. Incontinence-associated dermatitis: step-by-step prevention and treatment. *Br J Community Nurs*. 2011 Aug; 16(8): 382-9.
 21. Voegeli D. Incontinence-associated dermatitis: new insights into an old problem. *Br J Nurs*. 2016 Mar 10-23; 25(5): 256, 258, 260-2.
 22. Beele H, Smet S, Van Damme N, Beeckman D. Incontinence-Associated Dermatitis: Pathogenesis, Contributing Factors, Prevention and Management Options. *Drugs Aging*. 2018 Jan; 35(1): 1-10.
 23. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. *Enfermería dermatológica*. 2013 Enero-Agosto; 18-19: 14-25.
 24. Yates A. Preventing skin damage and incontinence-associated dermatitis in older people. *Br J Nurs*. 2018 Jan 25; 27(2): 76-77.
 25. Beeckman D, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Heyman H, Paquay L, De Bacquer D Defloor T. Pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis: effectiveness of the Pressure Ulcer Classification education tool on classification

- by nurses. *Qual Saf Health Care*. 2010 Oct; 19(5): e3.
26. Lee YJ, Kim JY; Korean Association of Wound Ostomy Continence Nurses. Effects of pressure ulcer classification system education programme on knowledge and visual differential diagnostic ability of pressure ulcer classification and incontinence-associated dermatitis for clinical nurses in Korea. *Int Wound J*. 2016 Mar; 13 Suppl 1: 26-32.
 27. Chiquero Valenzuela S, Cruz Lendínez Alfonso J, García Fernández FP. Dermatitis asociada a incontinencia: conocimientos de estudiantes de enfermería y enfermeras clínicas de Jaén. *Gerokomos*. 2016 Dic; 27 (4): 168-175.
 28. Zapata Sampedro MA, Castro Varela L. Diferencias entre lesiones por humedad y por presión. *Enfermería Docente* 2008; 88: 24-27.
 29. Castro Varela L, Zapata Sampedro MA, Tejada Caro R. Lesión combinada por humedad y presión: Caso Clínico. *Rev Enferm Doce*. 2014; (102): 52-57.
 30. Gray M, Giuliano KK. Incontinence-Associated Dermatitis, Characteristics and Relationship to Pressure Injury: A Multisite Epidemiologic Analysis. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2018 Jan/Feb; 45(1):63-67.
 31. Valls-Matarín J, del Cotillo-Fuente M, Ribal-Prior R, Pujol-Vila M, Sandalinas-Mulero I. Incidencia de lesiones cutáneas asociadas a la humedad en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 2017; 28 (1): 13-20.
 32. Esperón Güimil JA, Loureiro Rodríguez M.^a Teresa, Antón Fuentes VM.^a, Rosendo Fernández JM, Pérez García I, Soldevilla-Agreda J. Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas: ¿qué opinan las enfermeras? *Gerokomos*. 2014 Dic; 25 (4): 171-177.
 33. Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Sierra Talamantes C, Landete Belda L, Díez Fornes P, Castellano Rioja E, et al. Estudio del uso de dispositivos absorbentes en pacientes incontinentes institucionalizados aplicando una escala de valoración de dermatitis de pañal por humedad. *Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea*. 2013 Sep-Des; 20: 14-30.
 34. González-Consuegra RV, Pérez-Valderrama DC, Valbuena-Flor LF. Prevención de lesiones de piel: educación en el equipo de salud y familiares de personas hospitalizadas. *Rev Fac Med*. 2016; 64 (2): 229-38.
 35. Bliss DZ, Mathiason MA, Gurvich O, Savik K, Eberly LE, Fisher J, Wiltzen KR, Akermark H, Hildebrandt A, Jacobson M, Funk T, Beckman A, Larson R. Incidence and Predictors of Incontinence-Associated Skin Damage in Nursing Home Residents with New-Onset Incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2017 Mar/Apr; 44(2): 165-171.

10. ANEXOS

10.1. ANEXO 1: Características claves para la identificación y diferenciación de las lesiones relacionadas con la dependencia

Características	Úlceras por presión		Lesiones cutáneas asociadas a la humedad	Lesiones por fricción
	Presión	Presión y/o cizalla	Humedad prolongada e irritantes asociados	Fricción o roce
Exposición o causa	Presión	Presión y/o cizalla	Humedad prolongada e irritantes asociados	Fricción o roce
Evolución del daño	De fuera a dentro	De dentro a fuera	De fuera a dentro	De fuera a dentro
Localización de la lesión	 Habitualmente perpendicular a prominencias óseas o sobre tejidos blandos sometidos a presión externa de dispositivos clínicos	 Prominencias óseas (generalmente con 30-45° de desplazamiento)	 Cualquier zona expuesta a humedad (pliegues cutáneos glúteos, zona perineal y perigenital), ya sea prominencia ósea o no (habitualmente no)	 Cualquier zona sometida a fricción o rozamiento, ya sea prominencia ósea o no (espalda, glúteos, sacro, maléolos, talones,...)
Color piel integra	 Rojo (eritema no blanqueable). Piel perilesional normal	 De rojo, rojo intenso, a marrón y/o púrpura azulado (LTP). Frecuente doble eritema (segundo más oscuro y dentro del primero)	 Enrojecimiento no uniforme, de color rojo brillante. Distintas intensidades. También color rosado o blanco amarillento. Enrojecimiento perianal	 Rojo a rojo oscuro (eritema no blanqueable, de formas lineales). Puede haber flictenas, generalmente con líquido seroso
Afectación y profundidad	 Piel y/o tejidos subyacentes (también mucosas). Desde piel intacta (ENB), lesiones superficiales (categoría II) a profundas (categorías III-IV)	 Piel y/o tejidos subyacentes. Lesiones profundas (categorías III-IV) a veces con piel intacta (LTP)	 Piel (no tejidos subyacentes). Lesiones superficiales (epidermis y/o dermis)	 Piel (no tejidos subyacentes). Lesiones superficiales (epidermis y/o dermis)

Características	Úlceras por presión		Lesiones cutáneas asociadas a la humedad	Lesiones por fricción
Color lecho lesión	 Rosa, rojo, brillante (categoría II). Rojo, amarillento, marrón negro (según tipo de tejido y categoría UPP)	 Rosa, rojo, amarillento, marrón, púrpura, negro,...	 Rojo, rosado, brillante, no uniforme. Piel perilesional rosa, amarillenta, blanquecina (maceración)	 Rojo, rosado o con restos hemáticos
Bordes	 Delimitados, marcados, bien circunscritos. Sobrelvados y engrosados: signo de cronicidad)	 Delimitados, marcados. También pueden ser irregulares	 Difusos, imprecisos	 Tras rotura de flictena, bordes con piel dentada o levantada
Forma y distribución	 Regular. Redondeada, ovalada. Forma del dispositivo clínico. Lesión limitada a una sola zona. Aisladas	 Ovalada, elongada. A veces irregular. Aisladas. Ocasionalmente, lesión en espejo	 Irregular. Varias zonas o áreas difusas, que pueden ser extensas, en parches. Lesiones en espejo o en beso. En pliegues cutáneos, con la forma de la base.	 Lineal, siguiendo los planos de deslizamiento
Necrosis	 Tejido desvitalizado: blanco-amarillento u oscuro (esfacelos o necrosis) en categorías III-IV; puede aparecer necrosis seca (escara)	 Tejido desvitalizado: blanco-amarillento u oscuro (esfacelos o necrosis) en categorías III-IV; puede aparecer necrosis seca (escara)	 No está presente. Puede haber exudado congelado, pero no esfacelos	 No está presente

Características	Úlceras por presión		Lesiones cutáneas asociadas a la humedad	Lesiones por fricción
Exudado	Según categoría y estado de la lesión	Según categoría y estado de la lesión	Ninguno o exudado claro, seroso	Ninguno o exudado claro, seroso o serosanguinolento
Otros síntomas: dolor, edema, olor, ...	Dolor agudo, prurito; el dolor puede intensificarse al liberar las zonas lesionadas (categorías I y II). En ENB, cambios de temperatura, consistencia, edema (>15mm de diámetro). En categoría I no presentan olor, y en el resto según presencia de infección o tejido no viable. Puede haber tunelización y cavitaciones (categorías III-IV)	Dolor, prurito. En LTP, cambios de temperatura, consistencia, edema (> 15mm de diámetro). Olor según presencia de infección o tejido no viable. Puede haber tunelización y cavitaciones (categorías III-IV)	Quemazón, prurito, picazón, hormigueo, ardor, dolor-según excoriación-. Eritema e inflamación, con o sin erosión. Olor a orina y/o heces, y otros fluidos corporales. No tunelización ni cavitaciones. Piel perilesional habitualmente macerada. Infecciones cutáneas secundarias.	Dolor, aumento de temperatura, cambios de coloración, edema,... No tunelización ni cavitaciones.
Pronóstico	Generalmente y con los cuidados adecuados, suele tener una evolución favorable	Generalmente y a pesar de los cuidados adecuados, suelen tener una rápida progresión y una evolución desfavorable	Generalmente y con los cuidados adecuados, suele tener una evolución favorable	Generalmente y con los cuidados adecuados, suele tener una evolución favorable

10.2. ANEXO 2: Escalas e Instrumentos de valoración de las DAI

- **Escala visual del eritema (EVE)**

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).

- **Escala Gradual de la Dermatitis Perineal (PAT, Perineal assessment tool)**

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

- **Escala Gradual de la Dermatitis Perineal (Perineal dermatitis grading scale)**

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

- **Escala de la Dermatitis Asociada a Incontinencia (Incontinence-associated Dermatitis skin condition assessment tool)**

ESCALA DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA (Incontinence Associated Dermatitis, IAD)					
	0	1	2	3	4
ÁREA CUTÁNEA EXPUESTA	Ninguna.	Área pequeña (< 20 cm ²).	Eritema moderado.	Eritema severo.	
ERITEMA CUTÁNEO	Ninguno.	Enrojecimiento leve.	Enrojecimiento moderado.	Enrojecimiento severo.	
EROSIÓN CUTÁNEA	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.

- **Escala de Severidad de Lesiones Cutáneas por Incontiencia (Incontinence-associated dermatitis and its severity instrument) o escala de Boerchert**

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 extienden 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)

10.3. ANEXO 3: Tabla Resumen de los Resultados

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	METODOLOGÍA	OBJETIVO	POBLACIÓN	RESULTADOS/ CONCLUSIÓN
Pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis: effectiveness of the Pressure Ulcer Classification education tool on classification by nurses (nº15)	Beeckman D, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Heyman H, Paquay L, De Bacquer D, Defloor T. (2010)	Ensayo controlado aleatorio	Evaluar la efectividad de la herramienta de educación Clasificación de la úlcera por presión (PUCLAS). PUCLAS fue desarrollado por el Grupo de Trabajo PUCLAS del Panel Asesor de Úlceras de Presión Europeas.	1217 enfermeras belgas, holandesas, británicas y portuguesas	Asistir a PUCLAS mejoró la clasificación de la úlcera por presión y la diferenciación de la DAI de manera significativa. PUCLAS es eficaz para facilitar el aprendizaje sobre este tema. Las habilidades mejoradas de clasificación y la capacidad de diferenciar entre las úlceras por presión y la DIA probablemente darán como resultado una prevención y un tratamiento más adecuados.
Effects of pressure ulcer classification system education programme on knowledge and visual differential diagnostic ability of pressure ulcer classification and incontinence-associated dermatitis for clinical nurses in Korea (nº19)	Lee YJ, Kim JY, Korean Association of Wound Ostomy Continence Nurses. (2016)	Estudio observacional, de origen transversal y analítico realizado mediante cuestionario voluntario auto cumplimentado.	Evaluar el efecto de la educación del sistema de clasificación de úlceras por presión sobre el conocimiento de las enfermeras clínicas y la capacidad de diagnóstico visual diferencial para distinguir la clasificación de la UPP y la DAI	407 enfermeras	Los resultados del estudio muestran que el programa de educación del sistema de clasificación de la UP fue eficaz para mejorar el conocimiento y la capacidad de diagnóstico visual diferencial del sistema de clasificación de la UPP y la DAI.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	METODOLOGÍA	OBJETIVO	POBLACIÓN	RESULTADOS / CONCLUSIONES
Lesiones por Humedad. Revisión de conocimientos (nº10)	Zapata-Sampedro MA, Castro-Varela L, Tejada-Caro R. (2015)	Revisión Bibliográfica	Revisar los conocimientos sobre las lesiones por humedad y asociadas a la incontinencia desde una perspectiva de enfermería.	-	El diagnóstico diferencial, basado en examen visual, puede ayudar a determinar si está presente una UPP o LESCAH. Los objetivos del tratamiento incluyen proteger la piel de un daño adicional por la exposición a irritantes y establecer un ambiente orientado a la curación. Esta revisión señala la escasa información basada en la evidencia y destaca la necesidad de realizar más estudios.
Diferencias entre lesiones por humedad y por presión (nº8)	Zapata-Sampedro, MA, Castro-Varela L. (2008)	Revisión Bibliográfica	Dar a conocer las diferencias clínicas más significativas entre las lesiones provocadas por la humedad, y las producidas por presión, para ayudar a la enfermera en su labor asistencial diaria en el manejo del deterioro de la integridad cutánea y/o tisular.	-	Este artículo refleja la importancia de establecer una serie de diferencias clínicas entre UPP y LESCAH, para proporcionar a la enfermera una referencia que le sirva para una evaluación cuidadosa y adecuada de cada herida y una interpretación lo más exacta posible de los datos obtenidos. Esto favorecerá que la enfermera ejecute las medidas preventivas más adecuadas para evitar la aparición de heridas, o proporcione los cuidados enfermeros oportunos al deterioro de la integridad cutánea y/o tisular dentro del plan de cuidados al paciente.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	METODOLOGÍA	OBJETIVO	POBLACIÓN	RESULTADOS / CONCLUSIONES
Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. (nº18)	Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. (2013)	Revisión Bibliográfica	Diferenciar cada una de las categorías clínicas, exponer de forma pedagógica, cuáles se dan habitualmente en pacientes encamados con enfermedades crónicas y que circunstancias deben tenerse en cuenta para tratar de evitarlas y tratarlas de manera más adecuadas.	-	La adecuada valoración e identificación permitirán establecer los cuidados específicos más adecuados para evitar o minimizar esos riesgos y lesiones, además de permitir dirigir y optimizar el esfuerzo terapéutico. El principal tratamiento de cualquier lesión debe contemplar siempre la eliminación del factor o factores desencadenantes de la misma, ya que de persistir éstos, las medidas terapéuticas perderían toda su efectividad.
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) (nº9)	Torra i Bou J, Rodríguez-Palma M, Soldevilla-Agreda J, García-Fernández F, Sarabia-Lavín R, Zabala-Blanco J, Verdú-Soriano J, Segovia-Gómez A. (2013)	Comunicación	Identificar y describir las LESCAH y los diferentes tipos que hay. Proponer un plan básico de actuación para facilitar la integración de la valoración, prevención y tratamiento de los pacientes con algún tipo de LESCAH.	-	Las distintas formas de LESCAH son una condición prevalente y clínicamente relevante, con repercusiones en el estado de salud y la calidad de vida del paciente, que requiere de una valoración y diagnóstico preciso, así como de una prevención y tratamiento eficaz por parte de los profesionales del cuidado. Para evitarlas, estos deberían centrar sus esfuerzos en mantener las condiciones óptimas de la piel, y realizar un diagnóstico y tratamiento precoz en sus formas iniciales, evitando la progresión a lesiones más complejas. También destaca la necesidad de clarificar y unificar conceptos y tipos de LESCAH.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	METODOLOGÍA	OBJETIVO	POBLACIÓN	RESULTADOS / CONCLUSIONES
Dermatitis asociada a incontinencia en adultos: un problema sin definición, revisión sistemática. (nº3)	González-Consuegra RV, Mora-Carvajal LH, Celis-Moreno JS, Matiz-Vera GD. (2015)	Revisión Bibliográfica	Describir la producción científica disponible que aborde la gestión de los cuidados de las personas adultos mayores que presentan dermatitis asociada a incontinencia urinaria, fecal o mixta.	-	La toma de decisiones con respecto al diagnóstico, la prevalencia y el tratamiento de la dermatitis asociada a incontinencia, deben apoyarse en los múltiples factores de riesgo y etiológicos de las lesiones de piel que puedan tener relación con la dependencia, los cuales, sin lugar a duda, orientarán el mecanismo de producción y así, la intervención de la enfermedad. La piedra angular del cuidado de las lesiones de la piel relacionadas con la DAI es la educación real y continua tanto para el equipo de salud desde la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, abordando las complicaciones y la rehabilitación, como para los cuidadores.
Valoración y manejo integral de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad: revisión de consenso (nº7)	Rumbo-Prieto JM, Arantón-Areosa L, Lopez de los Reyes R, Vives-Rodriguez E, Palomar-Llatas F, Cortizas-Rey JS. (2015)	Revisión Bibliográfica	Determinar qué tipos de LESCAH hay, como identificarlas y valorarlas; así como saber cuál es la mejor práctica clínica y de cuidados para prevenir las y tratarlas.	-	Debemos empezar a tomar conciencia de las LESCAH (diferenciándolas de otros tipos de lesiones), a fin de estandarizar procesos asistenciales y de cuidado, en busca de visibilizar el problema y su abordaje, valoración y manejo integral.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	METODOLOGÍA	OBJETIVO	POBLACIÓN	RESULTADOS / CONCLUSIONES
Lesión combinada por humedad y presión. (nº6)	Castro-Varela L, Zapata-Sampedro MA, Tejada-Caro R. (2014)	Caso clínico	Describir los cuidados enfermeros que se llevan a cabo en el caso clínico de una persona que sufre una lesión combinada por humedad y por presión, para conseguir los objetivos enfermeros.	Varón de 76 años	Con este artículo se pretende subrayar la importancia que tiene una correcta evaluación de las características relacionadas con la propia herida y con el paciente en la labor de la enfermera, ya que de ello dependerá la elección de un tratamiento correcto, que comprenderá una serie de intervenciones y actividades de enfermería, con el objetivo de lograr los criterios de resultados deseados, como puede ser, en este caso, el de la integridad tisular o la curación por segunda intención de las heridas.
Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas: ¿Qué opinan las enfermeras? (nº5)	Esperón-Güimil JA, Loureiro-Rodríguez MT, Antón-Fuentes VM, Rosendo Fernández JM, Pérez García I, Soldevilla-Agreda JJ. (2014)	Estudio observación, de origen transversal y analítico realizado mediante cuestionario voluntario autocumplimentado	Conocer la opinión de las enfermeras sobre la variabilidad en el abordaje y manejo de las heridas crónicas, así como los factores que la causan.	142 enfermeras	Aunque las guías de práctica clínica reflejan recomendaciones basadas en la evidencia en el abordaje de las heridas crónicas, el estudio muestra que un alto porcentaje de las encuestadas consideran que existe variabilidad en el tratamiento de aquellas. A pesar del nivel de formación que dicen tener un gran número de encuestadas, una de las principales causas de la existencia de variabilidad es el déficit de formación, además del estilo de práctica profesional, la discontinuidad de cuidados y el exceso-escasez de productos.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	METODOLOGÍA	OBJETIVO	POBLACIÓN	RESULTADOS / CONCLUSIONES
Incontinence-Associated Dermatitis, Characteristics and Relationship to pressure Injury. (nº16)	Gray M, Guiliano KK. (2018)	Análisis descriptivo y de correlación de datos de una base de datos. (Revisión Bibliográfica)	Medir la prevalencia de dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) entre personas con incontinencia en el entorno de atención aguda, las características de la DAI en este grupo y las asociaciones entre DAI, incontinencia urinaria, fecal y doble, inmovilidad y lesión por presión en el área sacra.	-	Los hallazgos de nuestro estudio son consistentes con investigaciones previas, que respaldan una asociación clínicamente relevante entre la DAI y la lesión por presión del área sacra. Este riesgo persiste incluso después de controlar la presencia de inmovilidad, lo que sugiere que la DAI funciona como un factor de riesgo independiente para la aparición de lesiones por presión.
A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Evidence, knowledge gaps and next steps (nº1)	Beeckman D. (2017)	Revisión Bibliográfica Integrativa	Actualizar conceptos sobre terminología etiología, epidemiología, observación, prevención y tratamiento de la DAI.	-	A pesar de la creciente información que hay hoy en día sobre la DAI, sigue habiendo problemas relacionados con la observación, la diferenciación y un apropiado manejo de ellas. Para solventarlos hace falta validación de las escalas de categorización de las DAI para así poder usarlas en la clínica, más educación para saber diferenciar una UPP de una DAI, y más investigación para estipular parámetros diferenciadores entre estas dos heridas crónicas muy parecidas.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	METODOLOGÍA	OBJETIVO	POBLACIÓN	RESULTADOS / CONCLUSIONES
Diferenciación entre lesiones cutáneas asociadas a la humedad y úlceras por presión mediante el uso de fotografías en un área de críticos. (nº2)	Valls-Matarín J, Cotillo-Fuente M, Pujol Vila M, Ribal Prior R, Sandalinas Mulero I. (2016)	Estudio descriptivo transversal en un área de críticos durante el año 2014.	1. Determinar las dificultades de la enfermera en la diferenciación entre LESCAH y UPP y en la clasificación de las UPP según la escala GNEAUPP mediante el uso de fotografías. 2. Evaluar el grado de concordancia en la valoración correcta según el tipo y la categoría de la lesión.	56 enfermeras/os	Las enfermeras tienen dificultades para diferenciar las LESCAH de las UPP y para clasificar correctamente estas últimas. El hecho de no diferenciar estas 2 lesiones, etiológicamente diferentes, afecta a las estrategias preventivas y de tratamiento que pueden tener repercusiones clínicas y económicas. Con estos resultados les conducen a implementar un plan de formación que mejore los conocimientos y las habilidades de las enfermeras de críticos en referencia a este tema.
Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlas (nº4)	Segovia-Gómez T, Bermejo-Martinez M, García-Alamino JM. (2012)	Comunicación.	Conocer las úlceras por humedad para poder prevenirlas.	-	Para poder comprar estudios sobre las úlceras por humedad es necesario la utilización de una definición consensuada y operativa para ellas. Es necesario realizar una mayor difusión de esta problemática entre los profesionales, dedicar tiempo a la formación específica en este tipo de lesiones con la finalidad de mejorar los cuidados para los pacientes a riesgo o que ya presenten la lesión. Las UPH no son una consecuencia inevitable de la incontinencia, sino que pueden ser prevenibles y ello mejorará, entre otras cosas, la dignidad del paciente.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	METODOLOGÍA	OBJETIVO	POBLACIÓN	RESULTADOS / CONCLUSIONES
Estudio del uso de dispositivos absorbentes en pacientes incontinentes institucionalizados aplicando una escala de valoración de dermatitis de pañal por humedad (nº11)	Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Sierra-Talamantes C, Landete-Belda L, Díez-Fornés P, Castellano-Rioja E, Fernández-García D, et al. (2013)	1º) Estudio retrospectivo, observacional descriptivo sobre 140 historias clínicas. 2º) Estudio prospectivo multicéntrico, durante una semana sobre 134 pacientes institucionalizados.	Diseñar una escala de valoración de la dermatitis del pañal por humedad para desarrollar un plan de cuidados sobre el uso adecuado de los dispositivos absorbentes en personas incontinentes y el tratamiento de lesiones producidas por la humedad.	1º) 140 historias clínicas 2º) 134 pacientes institucionalizados	La utilización de escalas de valoración cutánea adecuadas al uso de dispositivos absorbentes favorece el cuidado de la integridad de la piel en pacientes incontinentes. La utilización de un plan de cuidados estandarizado para pacientes con incontinencia facilita las estrategias de actuación, favorece la unificación de criterios y evita la diversidad de actuaciones ante un mismo proceso.
Prevención de lesiones de piel: educación en el equipo de salud y familiares de personas hospitalizadas (nº12)	González-Consuegra RV, Pérez Valderrama DC, Valbuena-Flor LF. (2016)	Estudio de intervención prospectivo en un hospital universitario de Bogotá, D.C.	Fortalecer los conocimientos en prevención de lesiones de piel – UPP y DAI – del equipo de enfermería y cuidadores de personas hospitalizadas en el área de medicina interna y la unidad de cuidado intensivo de un hospital universitario de Bogotá, D.C	Equipo de salud y cuidadores de pacientes con UPP y/o DAI o con riesgo de padecerlas: 4 enfermeros, 17 auxiliares de enfermería y 3 cuidadores	Es importante realizar intervenciones educativas permanentes a los implicados en el cuidado preventivo de lesiones de piel para generar transformaciones positivas en el equipo de salud y los cuidadores. Uno de los componentes principales para la prevención adecuada, es el uso de la escala EVRUPP debidamente validada, al igual que contar con los recursos mínimos necesarios para mitigar la aparición de estas lesiones.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	METODOLOGÍA	OBJETIVO	POBLACIÓN	RESULTADOS / CONCLUSIONES
Incontinence-associated dermatitis: step-by-step prevention and treatment (nº13)	Beeckman D, Woodward S and Gray M. (2017)	Revisión Bibliográfica + Caso clínico	Proporcionar una breve actualización sobre la evidencia de: 1.La fisiopatología de la DAI 2.La diferenciación entre DAI y úlceras por presión 3. La prevención/tratamiento de la DAI. Dar recomendaciones específicas para el cuidado del paciente en la comunidad, descritas y vinculadas con el paciente ficticio, la señora Smith de 74 años	Mujer de 74 años.	El caso de la Sra. Smith ilustró algunos de los problemas más importantes en el manejo diario de la DAI: diagnosticar y decidir sobre la prevención y el tratamiento apropiado. La revisión sistemática muestra la falta de guías basadas en la evidencia para la diferenciación, prevención y tratamiento, así como la gran cantidad de productos diferentes y la falta de evidencia sobre la efectividad de los productos e intervenciones disponibles. Para la prevención y el tratamiento se recomienda centrarse en la observación precisa, la diferenciación y el desarrollo de protocolos coherentes. También es importante proporcionar a los profesionales de la salud una educación apropiada.
Incontinence-Associated Dermatitis: Pathogenesis, Contributing Factors, Prevention and Management Options (nº23)	Beele H, Smet S, Van - Damme N, Beeckman D. (2017)	Revisión Bibliográfica.	Explorar el conocimiento actual sobre DAI y resumir las revisiones de mejores prácticas para la prevención y tratamiento.		Los principales principios de cuidado para la prevención y el tratamiento de la DAI son: cuidado adecuado de la incontinencia, limpieza suave de la piel. Se recomienda que las pautas de prevención y tratamiento de la DAI se completen con protocolos listos para usar para pacientes con todas las etapas de DAI, con o sin signos clínicos de infección. Hidratación suficiente y un producto de barrera de salida.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	METODOLOGÍA	OBJETIVO	POBLACIÓN	RESULTADOS / CONCLUSIONES
Dermatitis asociada a incontinencia: conocimientos de estudiantes de enfermería y enfermeras clínicas de Jaén (nº17)	Chiquero-Valenzuela S, Cruz Lendínez AJ, García Fernández FP. (2016)	Estudio observacional, descriptivo, transversal realizado en la Universidad y el Complejo Hospitalario de Jaén en 2015.	Determinar el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de enfermería y las enfermeras clínicas acerca de la DAI. Establecer qué aspectos de la identificación de la DAI son los mejor y peor conocidos e Identificar si tanto Estudiantes como enfermeras son capaces de distinguir las características diferenciales entre la DAI y las UPP.	Estudiantes de 3º (10 personas) y 4º (10 personas) Grado de Enfermería y 20 enfermeras clínicas de unidades donde son prevalentes las lesiones de piel.	El nivel de conocimientos de los estudiantes de enfermería y las enfermeras clínicas acerca de la dermatitis asociada a incontinencia es medio-alto. Los aspectos mejor conocidos para la identificación de la DAI fueron la causa y la localización, y los peores, la forma, la posibilidad de necrosis y el color. La diferencia entre UPP y DAI es compleja, y tanto estudiantes como enfermeras clínicas muestran peores resultados en las preguntas más relacionadas con las UPP.
Preventing skin damage and incontinence-associated dermatitis in older people (nº24)	Yates A. (2018)	Revisión Bibliográfica.	Prevenir el daño de la piel y la dermatitis asociada a la incontinencia en las personas mayores	-	Los problemas de continencia que conducen a DAI en el anciano en cuidados intensivos son multifactoriales y complejo. Para prevenir el daño de la piel y la formación de DAI es imprescindible que los pacientes sean evaluados, tratados adecuadamente y con un régimen de cuidado de la piel estructurado que incluyan productos de barrera.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	METODOLOGÍA	OBJETIVO	POBLACIÓN	RESULTADOS / CONCLUSIONES
Prevention and management of incontinence-associated dermatitis (nº25)	Voegeli D. (2017)	Revisión Bibliográfica.	Determinar los factores claves para prevenir y tratar una lesión por humedad relacionada con la incontinencia urinaria y/o fecal.	-	La DAI es un problema común que afecta a casi la mitad de los pacientes con incontinencia urinaria o fecal que se manejan con productos absorbentes. Todavía existe confusión en diferenciar DAI con UPP, pero una evaluación cuidadosa puede ayudar a distinguir entre los dos y permitir la prevención y el tratamiento apropiados. Los factores clave en la prevención y el tratamiento exitosos son una evaluación cuidadosa del paciente, un buen cuidado de la continencia y protocolos claros de cuidado de la piel basados en la evidencia.
Incidence and Predictors of Incontinence-Associated Skin Damage in Nursing Home Residents with New-Onset Incontinence (nº22)	Bliss DZ, Mathiason MA, Gurvich O, Savik K, Eberly LE, Fisher J, Wiltzen KR, et al. (2017)	Estudio de cohorte para determinar la incidencia de DAI en residentes de hogares de convalecientes mayores (≥65 años).	Determinar la incidencia y los predictores de dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) en residencias de hogar de ancianos.	10,713 ancianos (≥ 65 años), recién incontinentes, residentes en 448 residencias de ancianos en 28 estados libres de DAI, fueron estudiados para el desarrollo de la DAI	DAI se produjo en casi el 6% de los residentes, donde desarrollaron al poco tiempo de su ingreso a la residencia. Residentes con déficit funcional, físico y cognitivo están en riesgo de desarrollar DAI. La falta de prevención de DAI y la presencia de lesión por presión en el área perineal son predictores para desarrollar DAI. Estos hallazgos guían a las enfermeras sobre los factores de riesgo para la DAI y la importancia de formación para reducir su incidencia, lo que mejorará resultados de estos pacientes.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	METODOLOGÍA	OBJETIVO	POBLACIÓN	RESULTADOS / CONCLUSIONES
Incidencia de lesiones cutáneas asociadas a la humedad en una unidad de cuidados intensivos (nº21)	Valls-Matarín J, Del Cotillo-Fuente M, Ribal-Prior R, Pujol-Vila M y Sandalinas-Mulero, I. (2016)	Estudio descriptivo longitudinal (junio de 2014-abril de 2015) en una UCI polivalente de 12 camas.	Determinar la incidencia de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) en el área del pañal, identificar los factores predisponentes y conocer las medidas preventivas y registros realizados.	Se estudiaron 145 pacientes mayores de 18 años con una estancia superior a 48h en la UCI. Se excluyeron los que presentaban lesiones cutáneas en el pañal, muerte cerebral o imposibles de valorar la zona del pañal diariamente.	<p>La alta prevalencia de incontinencia en personas en cuidados a largo plazo, cuidados agudos y en la comunidad sugiere que la incidencia de DAI es alta. Esto resulta en un alto costo, en términos de dinero y calidad de vida para los pacientes. Sin embargo, la incidencia de DAI se puede reducir significativamente mediante medidas preventivas efectivas que implican la implementación correcta de un protocolo estructurado de cuidado de la piel.</p> <p>Es necesario sensibilizar a los profesionales sobre las lesiones cutáneas asociadas a la humedad y en especial sobre la dermatitis intertriginosa. Sería necesario escalas para evaluar el riesgo de exposición a las diferentes fuentes de humedad, así como explorar el comportamiento de las escalas de riesgo de UPP para determinar su valor predictivo en este tipo de lesiones.</p>

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	METODOLOGÍA	OBJETIVO	POBLACIÓN	RESULTADOS / CONCLUSIONES
Incontinence-associated dermatitis: new insights into an old problem (nº20)	Voegeli D. (2016)	Revisión Bibliográfica	Explorar los principales desarrollos en la DAI y las implicaciones para la práctica clínica de la enfermería.	-	Todavía existe confusión entre DAI y úlcera por presión, pero una evaluación cuidadosa puede ayudar a distinguir entre ambas y permitir la prevención y el tratamiento apropiado. Los factores clave en la prevención y manejo exitoso son: una cuidadosa evaluación del paciente, buena atención de continencia y protocolos claros de cuidado de la piel basados en evidencia, que mejoren la experiencia del paciente y mejoren los resultados clínicos, demostrando una vez más la importancia de un buen cuidado 'fundamental'
Incontinence-associated dermatitis in the critically ill patient: an intensive care perspective (nº14)	Coyer F y Campbell J. (2017).	Revisión Bibliográfica	Proporcionar una visión general de las definiciones, la prevalencia y la incidencia de la DAI. Además de exponer la DAI desde el punto de vista del paciente crítico y las perspectivas de la enfermería de cuidados intensivos.		Es importante destacar que la DAI puede disminuir la calidad de vida y causar dolor que se asemeja a una quemadura en la que cada episodio de incontinencia causa un dolor insoportable. El inicio de medidas para tratar la incontinencia fecal para prevenir la DAI es primordial, pero a menudo es un desafío en la UCI, donde las modalidades de tratamiento pueden ser la causa de la diarrea. Independientemente de la falta de evidencia sustancial de la mejor opción de manejo, la evaluación meticulosa de enfermería y la implementación de un régimen estructurado de cuidado de la piel que incluya limpieza y protección, junto con documentación minuciosa y detallada, siguen siendo los pilares de la prevención y el tratamiento de la DAI.