

Dermatitis Perineal en Pacientes de Cuidados Críticos

.....
Donna S. Driver, RN, CS, CWOCN

La dermatitis perineal es una condición inflamatoria de la piel en el área perineal, parte superior del muslo y glúteos, que está asociada frecuentemente a incontinencia. Se manifiesta mediante varios grados de injuria cutánea variando desde enrojecimiento hasta áreas despojadas de piel. Puede ser asintomática o estar acompañada de prurito o dolor.¹

La piel normal mantiene su función de barrera por medio de un epitelio intacto formado por células cutáneas individuales. El pH normal de la piel varía de una persona a otra, pero en el estado normal, la piel es ácida con un pH promedio de 5.5 a 5.9. Los cambios del pH externo de la piel afectan al contenido de ácidos grasos de la misma e impiden la integridad de la barrera formada por las células cutáneas.²

El pH de la orina normal varía de 5.5 a 6.5. Con la incontinencia urinaria, la piel queda expuesta al amonio formado por la conversión de urea a amonio, llevando a un incremento del pH local. El amonio puede tener un pH de 11.0 ó aun mayor, dependiendo de la concentración y forma química, entonces cuanto mayor cantidad de amonio en la orina, mayor será el pH de la misma. La combinación de la perspiración (levemente alcalina) con la orina pueden aumentar el pH cutáneo a 8 o más² (ver figura).

La materia fecal normal es también alcalina, con un pH típico de 7.0 a 7.5, contribuyendo a un pH cutáneo local anormal en los pacientes con incontinencia. El sobrecrecimiento de microorganismos de la

piel o de la materia fecal, lleva a irritación o infección cutánea, y puede debilitar aun más las defensas cutáneas. El daño mecánico de la piel por la fricción y la presión puede llevar a erosiones y úlceras por presión, particularmente en piel que ya está comprometida por la exposición prolongada a materia fecal y orina.²

Dermatitis Perineal

Factores Relacionados al Paciente

Los factores relacionados al paciente, asociados a la dermatitis perineal incluyen exposición crónica a la humedad, incontinencia urinaria y fecal, un dispositivo de incontinencia contaminado, un pH alcalino de la piel, sobrecrecimiento o infección con microorganismos como *Staphylococcus* y *Candida albicans*, y fuerzas de fricción sobre la piel. La irritación mecánica, la incontinencia fecal y la combinada urinaria-fecal, y la utilización de contenedores, son factores modificables asociados a un aumento del riesgo de dermatitis perineal en pacientes de clínicas geriátricas.³ Aunque se ha realizado un esfuerzo para crear una herramienta de estratificación de riesgo para la dermatitis perineal, los estudios de viabilidad y validación de esta herramienta están esperando todavía ser publicados.⁴

Incontinencia

La incontinencia es un problema frecuente en los pacientes hospitalizados. Hasta la mitad de la población anciana institucionalizada tiene incontinencia fecal.⁵ Se han reportado tasas variables de incontinencia urinaria de 30%⁶, 41%⁷ y 50%¹ en pacientes de clínicas geriátricas. La incontinencia es frecuente

también en el área de los cuidados intensivos, donde se reporta hasta un 33% de incontinencia fecal.⁸ La presencia de incontinencia urinaria en el área de los cuidados intensivos ha sido reportada en un 13.8%,⁹ aunque esta estimación puede ser baja debido a la tasa de prevalencia de incontinencia urinaria en la población general está reportada de hasta un 17%.¹⁰

La tasa de morbilidad asociada a incontinencia fecal es alta. La dermatitis perineal se desarrolla en un tercio de los pacientes con incontinencia fecal. La dermatitis perineal no solo puede causar prurito y dolor sino que también aumenta el riesgo de infección del tracto urinario, infección cutánea, y úlceras por presión.¹¹ En un estudio,¹² 56.7% de los pacientes con úlceras por presión tenían también incontinencia fecal, haciendo a esta última uno de los factores de riesgo más frecuentemente asociados a úlceras por presión.

El patrón de referencia de cuidados para los pacientes hospitalizados que tienen incontinencia incluye a la prevención de dermatitis perineal con cuidado regular de la piel y aplicación de protectores cutáneos. Los pacientes de riesgo para dermatitis perineal, deberían tener cuidado cutáneo perineal rutinario que incluya limpieza **suave**, uso de humectantes, y la aplicación de una barrera de humedad a la piel. Las guías de práctica clínica de la Sociedad de Enfermeros de Heridas, Ostomias y Continencia^{13(p14)} aconsejan mantener la piel limpia y seca y aplicar un protector cutáneo de incontinencia luego de cada episodio de incontinencia.

Es preferible un limpiador específicamente diseñado para el cuidado de la piel perineal al agua y jabón, ya que el jabón es secante y aumenta el pH de la piel. Los limpiadores cutáneos perineales incluyen típicamente un surfactante y están balanceados en pH; están rotulados para su uso como limpiador cutáneo perineal (Ej.: Aloe Vesta de ConvaTec, Princeton, New Jersey y Secura Personal Cleanser de Smith&Nephew, Largo, Florida). El uso de protectores cutáneos después de la limpieza es también importante, debido a que al agregar un protector (una barrera de humedad, como el óxido de zinc) reduce a la mitad la incidencia de dermatitis perineal.^{3;14}

La limpieza y la aplicación de un protector

preventivos reducen la incidencia de úlceras de presión tanto como 59%.¹⁵ A pesar de estos beneficios, las recomendaciones para la prevención de dermatitis perineal se dejan de lado frecuentemente y los protectores cutáneos son poco utilizados en pacientes hospitalizados.⁷ Estas circunstancias condujeron al desarrollo de un proyecto dirigido al mejoramiento de este aspecto del cuidado.

Objetivos del Proyecto

Los objetivos de este proyecto del mejoramiento del rendimiento fueron determinar con que frecuencia estaban siendo utilizadas las medidas de prevención apropiadas (utilizando un protocolo de intervención para pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos [UCI]) y la tasa de heridas cutáneas (soluciones de continuidad) en pacientes con incontinencia fecal quienes fueron manejados utilizando el protocolo de intervención.

Disposición del Estudio y Sujetos

Se reclutaron los pacientes para el programa de intervención de la UCI del Hospital Mary Washington, un centro médico regional de cuidados agudos en Fredricksburg, Virginia. La UCI es una unidad de 28 camas que maneja pacientes postquirúrgicos cardíacos y de neurocirugía como también pacientes con problemas tales como sepsis o que requieren ventilación asistida. El tiempo típico de estadía de los pacientes en UCI es de 3 a 5 días.

Se incluyeron todos los pacientes adultos que ingresaron a la UCI y que no tenían heridas cutáneas al momento del ingreso. Se excluyó a los pacientes si se conocía que tenían alguna herida cutánea o si tenían antecedentes de múltiples ingresos a la UCI. La meta era una muestra de tamaño de por lo menos 100 pacientes para cada una de las dos ramas de tratamiento del estudio.

Métodos

El Comité de Mejoría del Rendimiento de la UCI, desarrolló un formulario simple de recolección de datos para registrar diariamente las variables que pudieran afectar la integridad de la piel. Para cada variable, se solicitó a los enfermeros que hicieran una marca simple de chequeado en el formulario de datos si estaba presente la variable. Se registró información

sobre la presencia de incontinencia fecal, la secuencia de eventos cuando se aplicaban protectores de la piel, y la presencia de heridas cutáneas. Todos los pacientes tenían colocado una sonda vesical por lo que no tenían incontinencia de orina.

El evento principal a medir fue la herida cutánea y se definió como piel roja, exudante y denudada. Para mantener simple la recolección de datos, los enfermeros registraban si este hallazgo estaba presente, pero no se les requería medir el área denudada ni estimar su profundidad. Los datos fueron recolectados diariamente por el personal de enfermería durante el turno de 11 PM a 7 AM y fueron tabulados posteriormente por un enfermero certificado en heridas, ostomías e incontinencia. Se utilizó para la recolección de datos la valoración y documentación de enfermería en los registros de enfermería.

Se realizó el estudio en dos fases, y cada fase duró 4 semanas. La primera fase se enfocó en la frecuencia de uso por enfermería de limpiador sin enjuagar y una barrera de óxido de zinc. Después de ser revisados los resultados de la primera fase, la segunda fase del estudio se desarrolló con un protocolo diferente de tratamiento. En la segunda fase, se introdujo un producto de limpieza y de protección de un solo paso para uso por el personal de enfermería luego de un programa de educación intra-servicio sobre el uso del producto. La recolección de datos fue continua entre las fases.

Fase 1

En la fase 1, los pacientes con incontinencia fecal fueron lavados con un limpiador sin enjuague (Secura Personal Cleanser) y luego se aplicó una barrera de óxido de zinc (Calmoseptine, Calmoseptine Inc, Huntington Beach, California). El limpiador personal fue disperso en una toalla blanca descartable y luego se frotó la piel con la toalla. No se requirió enjuague. Se utilizaron según necesidad, toallas adicionales empapadas con el limpiador personal. El óxido de zinc fue retirado con el limpiador personal, y se añadió más con una mano enguantada después de la limpieza. Aunque se aconsejó la utilización de toallas descartables, a veces se utilizaron toallas de limpieza hechas de tela. El limpiador y el óxido de zinc fueron colocados

al lado de cada cama para estar listo para el uso por el personal de enfermería.

Fase 2

En la fase 2 se dio al personal de enfermería un programa intra-servicio sobre el uso adecuado del producto de un único paso, y los otros productos para el cuidado de la piel fueron retirados de las habitaciones. Para cada paciente se utilizó una toalla impregnada con dimeticona 3% (Comfort Shield, Perineal Care Washcloths, Sage Products Inc, Cary, Illinois) para limpiarlo y aplicar una barrera protectora a la vez. Los enfermeros frotaron el área perineal con las toallas descartables sin enjuagar ni aplicar un producto de barrera adicional. Se utilizaron toallas adicionales según necesidad.

Resultados

Fase 1

Se enrolaron un total de 131 pacientes en la fase 1. De estos, 16 tenían incontinencia fecal, y se desarrolló dermatitis perineal en 8 de los 16 (ver tabla). La duración de la estadía fue de 14 días o menos en 5 de los 8 pacientes que desarrollaron dermatitis perineal. En los 3 pacientes restantes se desarrolló la dermatitis perineal después de una estadía de duración mayor a 14 días. No se desarrolló dermatitis perineal en ningún paciente con continencia fecal.

Solamente 2 de los 8 pacientes incontinentes fueron tratados desde el primer episodio de incontinencia. Se utilizó óxido de zinc inconstantemente en todos los 8 pacientes. Las razones mencionadas para el uso inconstante fueron la dificultad para aplicar y para remover el óxido de zinc, aunque no sea necesario remover el óxido de zinc durante cada limpieza.¹⁶

Fase 2

Se enrolaron un total de 177 pacientes en la fase 2. De estos, 16 tenían incontinencia fecal, y en 3 de ellos se desarrolló alguna herida cutánea (ver tabla). Todos estos 3 pacientes en quienes se desarrolló dermatitis perineal o alguna herida cutánea tuvieron una duración de estadía mayor a 14 días.

El producto limpiador/barrera fue aplicado desde el primer día de incontinencia en todos los 16 pacientes y fue aplicado constantemente

después de cada episodio de incontinencia durante la estadía en UCI de cada paciente.

Discusión

La dermatitis perineal o alguna herida cutánea se desarrollaron en un 50% (8/16) de los pacientes incontinentes tratados según la fase 1 del protocolo comparado a 19% (2/16) de los pacientes incontinentes tratados según la fase 2 del protocolo (ver tabla). Entre los pacientes con una estadía de 14 días o menor, la incidencia de alguna herida cutánea fue 62% (5/8) en pacientes con incontinencia fecal tratados según la fase 1 del protocolo, comparado a 0% (0/7) en pacientes tratados según la fase 2 del protocolo. La herida cutánea ocurrió en todos los 3 pacientes incontinentes tratados según la fase 1 del protocolo, que habían tenido una estadía mayor a 14 días. Todos los 3 pacientes en el grupo de fase 2 que tuvieron heridas cutáneas, tuvieron una estadía mayor a 14 días.

En este estudio observacional del rendimiento, los pacientes tratados en la fase 2 con un producto de un solo paso, tuvieron una menor frecuencia de lesión cutánea perineal independientemente de la duración de la estadía comparados a los pacientes manejados con el procedimiento en 2 pasos utilizado en la fase 1. Esta diferencia puede ser debida a la mejor adherencia por el personal con el protocolo de tratamiento de un único paso que con protocolo de tratamiento de dos pasos. La mejor adherencia pudo haber sido debida al fácil uso del sistema de un solo paso o a la mayor facilidad de aplicación de dimeticona comparado al óxido de zinc. El programa de educación intra-servicio para el programa de un solo paso pudo haber contribuido también al incremento en la adherencia con la intervención. Además, el rendimiento de los enfermeros pudo haber mejorado con el tiempo debido a la comprensión creciente de la necesidad de intervención en el cuidado de la piel del paciente, mientras progresaba el estudio. Alternativamente, algún otro efecto benéfico no identificado, exclusivo del producto de un solo paso, pudo haber contribuido a los mejores resultados.

El pequeño número de pacientes impidió el análisis estadístico completo, y los estudios con grupos mayores pueden tener resultados diferentes. Otra limitante fue la naturaleza

exploratoria del estudio (no controlado). En estudios de mejoría del rendimiento, los productos no son comparados lado a lado, o contra placebo; por lo tanto los factores no controlados relacionados al paciente, tales como la agudeza (gravedad) o el diagnóstico del paciente, pudieron haber afectado los resultados. Implicaciones para la Práctica

La dermatitis perineal no se desarrolló en todos los pacientes con incontinencia fecal, aún en los pacientes de la fase 1 que tuvieron la intervención en forma inconstante. Los factores que se conoce contribuyen a la dermatitis perineal incluyen la edad y sexo del paciente, diagnóstico primario, condiciones de comorbilidad, agudeza de la enfermedad, movilidad, déficits motores o sensitivos, medicación, y estado de hidratación y nutrición. Serían de ayuda estudios futuros que determinen la contribución de cada uno de estos factores para determinar que pacientes se benefician más de la intervención.

La adherencia al protocolo de tratamiento es de primera importancia en cuanto a sí será efectiva una intervención. En este estudio, la adherencia al tratamiento mejoró con el uso del producto de un solo paso, luego de una sesión de entrenamiento intra-servicio. Deberían considerarse la facilidad del uso como también la eficacia, cuando se elige una medida de prevención de la dermatitis perineal. El personal de enfermería en todos los niveles de cuidados del paciente, debería estar involucrado en la elección de la medida de prevención. Tal involucramiento puede permitir la detección precoz de barreras al uso constante de un producto determinado. Además. La educación continua puede mejorar la adherencia a las medidas preventivas.

Conclusión

El cuidado de pacientes con incontinencia fecal es un desafío para cualquier enfermero. Durante el cuidado de pacientes con fallo orgánico multisistema, los enfermeros de UCI pueden no considerar a la piel como un órgano vital al cual dirigir la atención hasta después que haya ocurrido una lesión cutánea. La definición de los obstáculos específicos en la aplicación constante de las intervenciones, puede llevar a mejores aproximaciones al cuidado de los pacientes y a mejores resultados para los pacientes.

A pesar de las limitaciones de este estudio del rendimiento, los resultados mejoraron en los pacientes que fueron tratados constantemente con el producto de un solo paso que limpia y protege la piel a la vez. Estos resultados preliminares son prometedores y justifican más estudios para verificar los hallazgos.

Agradecimientos

Le agradezco a la Dra. Donna Coffman por su asistencia editorial en el desarrollo de este manuscrito.

Declaraciones de conflictos de interés

Ninguno reportado.

Educación Continua EC

Este artículo ha sido designado para créditos de ECU. Un examen de múltiples opciones a libro cerrado sigue al artículo, el cual pone a prueba su conocimiento en los siguientes objetivos:

1. Identificar factores asociados con mayor riesgo de desarrollo de dermatitis perineal.
2. Describir los desafíos del cuidado de pacientes hospitalizados con incontinencia urinaria y fecal.
3. Discutir consideraciones para mejorar la aplicación de las medidas preventivas para la dermatitis perineal.

Autor —————

Donna S. Driver es enfermera clínica médica-quirúrgica especializada, en el Centro de Enfermería de Educación de Enfermería de Excelencia en el Mary Washington Hospital en Fredericksburg, Virginia.

Correspondencia del Autor: Donna Driver, Mary Washington Hospital, 1001 Sam Perry Blvd., Fredericksburg, VA 22401 (email: donna.driver@medicorp.org).

Referencias

1. Hanson D, Macejkovic C, Langemo D, Anderson J, Thompson P, Hunter S. Perineal dermatitis: a consequence of incontinence. *Adv Skin Wound Care*. 2006;19(5):246-250.
2. Gray M. Preventing and managing perineal dermatitis: a shared goal for wound and continence care. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2004;31(1 suppl):S2-S9.
3. Bliss DZ, Savik K, Harms S, Fan Q, Gimman JF. Prevalence and correlates of perineal dermatitis in nursing home residents. *Nurs Res*. 2006;55(4):243-251.
4. Nix DH. Validity and reliability of the Perineal Assessment Tool. *Ostomy Wound Manage*. 2002;48(2):43-49.
5. Tariq SH. Geriatric fecal incontinence. *Clin Geriatr Med*. 2004;20:571-587.
6. Jumadilova Z, Zyczynski T, Paul B, Narayanan S. Urinary incontinence in the nursing home: resident characteristics and prevalence of drug treatment. *Am J Manag Care*. 2005;11(4 suppl):S112-S120.
7. Nix D, Ermer-Seltun J. A review of perineal skin care protocols and skin barrier product use. *Ostomy Wound Manage*. 2004;50(12): 59-67.
8. Bliss DZ, Johnson S, Savik K, Clabots CR, Gerding DN. Fecal incontinence in hospitalized patients who are acutely ill. *Nurs Res*. 2000;49(2):101-08.
9. Dowd TT, Campbell JM. Urinary incontinence in an acute care setting. *Urol Nurs*. 1995;15(3):82-85.
10. Nitti VW. The prevalence of urinary incontinence. *Rev Urol*. 2001;3(suppl 1):S2-S6.
11. Gray M, Ratliff C, Donovan A. Perineal skin care for the incontinent patient. *Adv Skin Wound Care*. 2002;15(4):170-178.
12. Maklebust JA, Magnan MA. Risk factors associated with having a pressure ulcer: a secondary data analysis. *Adv Wound Care*. 1994;7(5):25-42.
13. Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society. *Guideline for Prevention and Management of Pressure Ulcers*. WOCN Clinical Practice Guidelines No. 2. Glenview, IL: Wound, Ostomy & Continence Nurses Society; 2003.
14. Zimmaro Bliss D, Zehrer C, Savik K, Thayer D, Smith G. Incontinence-associated skin damage in nursing home residents: a secondary analysis of a prospective, multicenter study. *Ostomy Wound Manage*. 2006; 52(12):46-55.
15. Hunter S, Anderson J, Hanson D, Thompson P, Langemo D, Klug MG. Clinical trial of a prevention and treatment protocol for skin breakdown in two nursing homes. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2003;30(5):250-258.
16. Calmoseptine ointment product information. Calmoseptine Inc. Available at: <http://www.calmoseptineointment.com>. Accessed May 7, 2007.

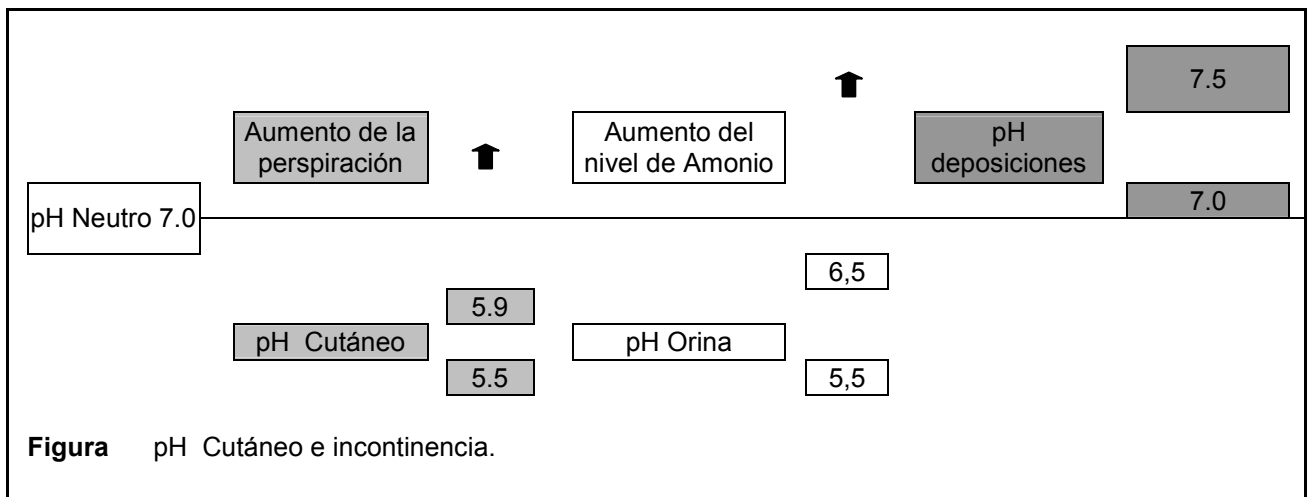


Figura pH Cutáneo e incontinencia.

Tabla Resultados de las 2 fases de tratamiento

Resultado	No. (%) de pacientes	
	Fase 1	Fase 2
Total de pacientes enrolados	131 (100)	177 (100)
Pacientes con incontinencia fecal	16 (12)	16 (9)
Pacientes incontinentes con herida cutánea	8/16 (50)	3/16 (19)
Pacientes incontinentes con estadía de duración ≤14 días		
Sin herida cutánea	8 (50)	7 (44)
Herida cutánea	5 (31)	0 (0)
Pacientes incontinentes con estadía de duración >14 días		
Sin herida cutánea	0 (0)	6 (38)
Herida cutánea	3 (19)	3 (19)