

Cuidados com a pele para a proteção e tratamento da dermatite associada à incontinência (DAI) para minimizar a propensão ao desenvolvimento de lesões por pressão (LP)

RESUMO

Este manuscrito resume o importante conceito clínico de se ter um protocolo de cuidados com a pele para proteger e tratar a pele contra a Dermatite Associada à Incontinência (DAI) para prevenir e minimizar a associação que a DAI tem no desenvolvimento subsequente de lesões por pressão (LP).

A proteção cutânea para todos os tons de pele é imperativa para proteger a pele contra as apresentações exageradas tardias da DAI.

Palavras-chave DAI, dermatite associada à incontinência, proteção da pele com DAI, lesões por pressão

Como citar Smart H & Sibbald RG. Skin care for the protection and treatment of incontinence associated dermatitis (IAD) to minimise susceptibility for pressure injury (PI) development. WCET® Journal 2020;40(4):40-44

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.40.4.40-44>

INTRODUÇÃO

Preservar a função de barreira da pele é uma função importante da prática clínica que é muitas vezes encontrada no domínio da prática de enfermagem. A dermatite associada à incontinência (DAI) frequentemente inclui grave desconforto aos pacientes e tende a se desenvolver rapidamente em pessoas com tons de pele claros e mais tarde, mas de forma exagerada, em pessoas com tons de pele mais escuros; isso acontece porque as sugestões clínicas visuais ficam obscuras e não são identificadas. Usando evidências da literatura com exemplos clínicos, os autores focarão no uso da pasta de óxido de zinco como uma opção de cuidado no ambiente clínico devido a sua fácil disponibilidade e custo relativamente baixo.

Hiske Smart*

RN, MA (Nur), Hons BSocSc (Nur), PGDip (WHTR – UK), IIWCC (Can)
Enfermeira Gerente e Especialista de Enfermagem Clínica – Unidade de Oxigenoterapia Hiperbárica e de Tratamento de Feridas, King Hamad University Hospital, Reino do Bahrein
Secretária Geral – World Union of Wound Healing Societies
E-mail: hiskesmart@gmail.com

R. Gary Sibbald

BScMEd, MEd, DSC (Hon), FRCPC (Med)(Derm), FAAD, MAPWCA, JM
Professor de Medicina e Saúde Pública, University of Toronto
Diretor do International Interprofessional Wound Care Course (IIWCC) & Masters of Science Community Health (Prevention and Wound Care), Dalla Lana School of Public Health
Co-editor chefe *Advances in Skin & Wound Care*
Líder de Projeto ECHO Ontario, Skin & Wound
Investigador, Institute Better Health, Trillium Health Partners

*Autora correspondente

DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA (DAI)

A DAI é uma das quatro etiologias incluídas na categoria de lesões de pele associadas à umidade (MASD, do inglês moisture associated dermatitis). A DAI tem sido definida na literatura como "uma forma de dermatite de contato irritativa que se desenvolve pela exposição crônica à urina ou fezes líquidas".¹⁻³ Acredita-se que a etiologia venha da exposição prolongada da pele à urina ou fezes líquidas (frequentemente em combinação), resultando em uma mudança do pH normalmente ácido da pele para um pH de nível alcalino.¹⁻⁶ Uma vez que o manto ácido da pele é comprometido, a pele pode sofrer uma resposta inflamatória (eritema) à umidade da urina e/ou fezes e a barreira da pele pode ficar comprometida.¹⁻⁶

A pele avermelhada (eritema) tem uma aparência diferente dependendo da pigmentação natural da pele.⁵ Nas peles morenas e negras, o eritema pode não aparecer como vermelhidão, mas sim ter um tom mais escuro que a pele ao seu redor e criar uma dificuldade de diagnóstico no exame da pele (Figura 1). A prevenção aos danos cutâneos é sempre melhor que o tratamento, mas o dano cutâneo inicial é muitas vezes mais difícil de se detectar em tons de pele mais escuros⁵, levando ao início tardio das intervenções.

LESÕES POR PRESSÃO (LP) E DAI COMBINADAS

A literatura suporta a associação da DAI com a formação de lesões por pressão (LP), embora a etiologia divirja entre as duas.⁷⁻¹¹ Lachenbruch et al.⁸ analisaram 176.689 pacientes e descobriram que 92.889 das pessoas com incontinência tinham uma incidência de LP de 16,3% em comparação à incidência de 4,1% nas pessoas continentemente (n = 83.800). A DAI foi associada a uma maior incidência de LP que o previsto pela pontuação de

risco da escala de Braden sozinha. Gray e Giuliano⁹ avaliaram 5.342 pacientes, dos quais 2.492 (46,6%) tinham incontinência urinária. Eles concluíram que 21,3% das DAIs podem estar associadas à infecção secundária por fungos, imobilidade e um aumento na incidência de LP sacral.⁹

Clinicamente, as LPs se apresentam sobre as proeminências ósseas com bordas distintas.¹⁰ A DAI, por outro lado, tem uma aparência mais difusa que pode estar presente na área perineal e se espalhar pela área das nádegas, causando uma dermatite

distinta na pele no contato prolongado com o produto da incontinência.^{2,3,5,10} Quando elas coexistem, o padrão difuso da DAI permanece na forma exagerada^{8,9} (Figura 2). McNichol e colegas⁴ resumiram a literatura sobre a importância de tratar a DAI agressivamente em uma tentativa de diminuir o desenvolvimento subsequente das LP.

Mais suporte a essa associação da DAI/LP é documentado no mais recente Guia das Lesão por Pressão do European Pressure Ulcer Advisory Panel [Painel Consultivo Europeu de

A diferença na apresentação clínica do eritema baseado no teor de melatonina na pele		
	Apresentação superficial com ou sem envolvimento fúngico	Apresentação clínica da coexistência da DAI e LP independente de qual apareceu primeiro
Pele amarela		
Pele morena	 Com presença fúngica	
Pele negra		

Figura 1. A apresentação clínica do eritema e DAI coexistindo com a LP conforme visto em tons de pele mais escuros (Tabela e fotos © Smart & Sibbald)

Lesões por pressão claramente visíveis sobre três proeminências ósseas principais – sacro e duas tuberosidades isquiáticas	Lesões por pressão combinadas com dermatite associada à incontinência (DAI) com proeminências ósseas ofuscadas por dano cutâneo adicional
	

Figura 2. As LP sozinhas e coexistindo com a DAI em pessoas com tons de pele mais escuros (Tabela e fotos © Smart & Sibbald)

Úlcera por Pressão], National Pressure Injury Advisory Panel [Painel Consultivo Nacional de Lesão por Pressão], e Pan Pacific Pressure Injury Alliance [Aliança Pan Pacífica de Lesão por Pressão].¹⁰ Três elementos do guia são fundamentais para a prática no que diz respeito à coexistência da DAI e da LP. Um diz respeito à perda da capacidade de proteção inerte da pele, com a seguinte declaração: "lesões cutâneas associadas à umidade podem comprometer a função de barreira da epiderme e predispor o tecido à lesão por pressão".^{10(p.21)} O outro se refere à habilidade da pele de tolerar forças adicionais se comprometida pela umidade da superfície: "A umidade de superfície da pele combinada com a pressão e/ou cisalhamento pode aumentar a incidência de lesões por pressão".^{10(p.86)}

Ainda outra declaração, que pode soar contraditória por natureza, também não recomenda a pele desidratada ultra-seca ou escamosa como um fator de risco para a ruptura da pele quando em contato com o conteúdo da incontinência:

Embora não haja muitas pesquisa ligando diretamente a hidratação da pele com a redução da incidência da lesão por pressão, um estudo epidemiológico em indivíduos hospitalizados com mobilidade limitada (n = 286) notou que a pele seca foi um fator de risco significativo e independente

para lesões por pressão em uma análise com múltiplas variáveis 21 (prognóstico nível 3). Sugere-se a aplicação regular de um hidratante em um regime de higiene da pele para promover a hidratação da pele e prevenir outras condições cutâneas adversas, incluindo pele seca e rupturas da pele.^{10(p.86)}

FUNÇÃO DE BARREIRA E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA A PROTEÇÃO DA PELE

A chave é manter a pele bem hidratada, pois isso mantém o gradiente protetor de umidade da pele.^{4,8,12,13} Em indivíduos com pele branca, esse gradiente protetor de umidade é três vezes mais baixo que em pessoas com tons mais escuros de pele (razão 2:6).¹² Isso explica o risco da pele seca como um fator de dano por umidade das enzimas das fezes e ureia da urina que ocorre em pessoas com pele branca muito mais rapidamente do que em pessoas com tons mais escuros de pele. A qualidade do estrato córneo também é importante, pois ele é mais fino nas duas extremidades opostas da faixa etária (bebês¹³ e os idosos frágeis¹⁴). A intervenção precoce para tratar a causa da incontinência precisa ser alcançada em conjunto com um protocolo de cuidados com a pele para proteger, manter e recuperar a barreira da pele.^{4-8,11}

ACT ©Ayello & Sibbald 2016		
A	Assess [Avalie]	Habilidade de avaliação presente para uma avaliação da pele correta Abordagem pró-ativa com periodicidade correta
C	Cleanse [Limpe]	Limpeza diretamente após o incidente de incontinência Manter o equilíbrio de pH com o uso do produto correto Correção do procedimento na prevenção de microtraumas na pele
T	Treat [Trate]	Trate a causa da incontinência Proteja a pele vulnerável contra a umidade antes que ocorram lesões Evite a presença de dispositivos adicionais que podem causar traumas Use os produtos adequados e disponíveis corretamente A periodicidade da aplicação do produto é fundamental

Figura 3. Facilitador clínico para guiar os cuidados com a pele na presença da DAI

Na prática clínica, é vital aumentar a conscientização da equipe de enfermagem e profissionais que não são da saúde e incluir a família da pessoa envolvida em seus cuidados sobre o uso de produtos de limpeza da pele adequados. Os facilitadores educacionais são formas fáceis de resumir os pontos importantes e fornecer aos cuidadores aprendizado sobre os componentes essenciais relacionados aos cuidados. Um desses facilitadores para os cuidados com a pele para a DAI é o mnemônico ACT, usado para guiar o médico para uma abordagem completa de cuidados com a pele⁴ (Figura 3).

Opções de cuidados com a pele

A limpeza da pele após episódios de incontinência tem evidência no nível B2 como uma intervenção eficaz para remover os detritos residuais das fezes ou urina da superfície da pele.¹⁰ Sabonetes neutros ou produtos ricos em gordura¹⁵ são opções melhores em comparação a sabonetes comuns que são muito alcalinos (pH 9–10). Esse pH extremo ou perturba o manto ácido da pele ou danifica as proteínas estruturais presentes na pele. O enxágue adequado e a secagem suave da pele agregam valor adicional à proteção da pele, pois evitam a fricção ou a massagem vigorosa que pode levar a micro-danos na pele e subestruturas.^{10,11}

Uso de barreiras cutâneas

O fator de hidratação natural da pele é alcançado pelos umectantes embutidos para manter o teor de umidade da superfície da pele em 10% para a pele intacta.¹⁴ Produtos que não alteram o pH (uma vez que as bactérias prosperam em um ambiente alcalino¹⁰) e fornecem uma barreira para a incontinência são preferíveis e importantes para alcançar melhores resultados de restauração da pele.^{4–8,16,17} Os hidratantes mais usados nos protocolos de proteção da pele podem ser tanto em forma umectante como emoliente. Os umectantes estão disponíveis em muitas formas, que podem conter acrilatos, ceramidas, ureia, ácido láctico ou glicerina formadores de líquidos, com a finalidade de ligar água à superfície da pele.^{16,17} Pode causar ardência local e queimação quando a água é retirada das camadas mais profundas. Isso é evitado com sua aplicação após a lavagem ou banho enquanto a pele ainda está úmida (dentro de 2–3 minutos).¹⁶ Emolientes, por outro lado, podem ser aplicados a qualquer momento; eles evitam perdas insensíveis de umidade da superfície da pele.¹⁸ Como a pele danificada pela DAI pode ser dolorosa, produtos que não ardem ou queimam na aplicação podem ser melhores para atender às preocupações centradas no paciente de gerenciamento da dor.

O óxido de zinco como exemplo de um emoliente no tratamento preventivo da DAI

O óxido de zinco é uma barreira aprimorada que previne que bactérias, irritantes de contato (como fezes e urina) e alérgenos penetrem a pele. Em preparações de pomada de óxido de zinco, o óxido de zinco é combinado com petrolato, pois ele cria uma barreira "rígida", proporcionando aderência e proteção adicional à pele. Dessa forma, é menos provável que ela amoleça ou migre da pele para qualquer ferida mais profunda coexistente na mesma área do que com a base de petrolato sozinha.¹⁸

A revisão de Cochrane de 2016 sobre a prevenção e o tratamento da DAI em adultos¹⁷ citou diversos ensaios onde

a pomada de zinco preveniu ou tratou a DAI com êxito. As pomadas de óxido de zinco nem sempre precisam ser removidas se a superfície estiver limpa, mas podem ser deixadas para preencher os espaços. Usar um abaixador de língua para espalhar a pomada de óxido de zinco uniformemente ajuda a minimizar a resistência ao atrito na pele frequentemente encontrada na aplicação. É bem sabido que a aplicação tópica de zinco na pele aumenta o reforço dos sistemas de defesa locais na pele contra infecções superficiais, enquanto aumenta a migração do epitélio para cobrir rapidamente qualquer pequena lesão na área.¹⁸ Desde que o dermatologista alemão Unna criou a pasta de óxido de zinco para úlceras venosas em 1895, existem evidências suficientes sobre seu efeito no auxílio à cicatrização da pele, sem efeitos sistêmicos adversos atualmente documentados.¹⁶ Embora sejam necessários mais estudos robustos, as preparações de pasta de zinco são conhecidas por serem eficazes na proteção da pele¹⁷ e são seguras o suficiente para uso em bebês.¹³

De uma perspectiva da prática, na pele sem eritema ou na presença de vermelhidão leve, uma barreira de óxido de zinco pode ser aplicada facilmente usando uma mão enluvada ou um abaixador de línguas. Se houver erosões (perda da epiderme superficial com uma base epidérmica em oposição a uma base dérmica ou mais profunda) ou pápulas ou pústulas satélites indicando candidíase, um agente antifúngico tópico seria então necessário como primeira camada. O agente antifúngico pode ser aplicado primeiro à pele como um tratamento e depois a camada protetiva de óxido de zinco é adicionada como a segunda camada. Isso geralmente representa um desafio prático, pois a aplicação na presença da umidade é difícil. Ao sobrepor a pomada de zinco em um meio transportador (em gaze simples ou em gaze impregnada, se disponível) e, em seguida, aplicar esse transportador como uma última camada de cabeça para baixo na área, esse desafio pode ser evitado. Se o óxido de zinco se desgastar entre os episódios de incontinência, uma camada de repetição pode ser aplicada uma ou duas vezes ao dia. Com episódios consistentes de incontinência, a limpeza da pele, a secagem suave e a aplicação da pomada de barreira devem ser repetidas todas as vezes assim que a incontinência ocorrer.^{10,11}

CONCLUSÃO

A pele saudável precisa estar intacta e ter um teor de umidade de estrato córneo de 10%. A incontinência de fezes e urina pode comprometer essa barreira em pessoas tanto com pele clara ou com pele mais escura, ao mesmo tempo em que aumenta a propensão ao desenvolvimento da DAI e da LP. A proteção cutânea para todos os tons de pele é imperativa para proteger a pele mais escura contra as apresentações exageradas tardias da DAI. A pomada de óxido de zinco fornece uma barreira cutânea ideal baseada em evidências, prontamente disponível mesmo nos ambientes com recursos mais restritos. Sua aplicação e uso adequados têm evidência suficiente¹⁰ para incorporá-la nas estratégias de proteção da pele para prevenir e tratar esse problema comum de pele, especialmente nas populações jovens e idosas com problemas de incontinência.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores receberam um subsídio educacional da Calmoseptine para ensinar o curso WoundPedia em Manila, Filipinas.

REFERÊNCIAS

1. Black JM, Gray M, Bliss DZ, et al. MASD part 2: incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2011;38(4):359–70.
2. Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, Ermer-Seltun J, Kennedy-Evans KL, Palmer MH. Incontinence associated dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007;34(1):45–54.
3. Gray M, Black JM, Baharestani MM, et al. Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2011;38(3):233–41.
4. McNichol LL, Ayello EA, Phearman LA, Pezzella PA, Culver EA. Incontinence-associated dermatitis: state of the science and knowledge translation. *Adv Skin and Wound Care* 2018;31(11):502–513.
5. Ayello EA, Sibbald RG, Quiambao PCH, Razor B. Introducing a moisture-associated skin assessment photo guide for brown pigmented skin. *WCET J* 2014;34(2):18–25.
6. Beeckman D. A decade of research on incontinence-associated dermatitis (IAD): evidence, knowledge gaps and next steps. *J Tissue Viabil* 2017;26:47–56.
7. Bateman SD, Roberts S. Moisture lesions and associated pressure ulcers: getting the dressing regimen right. *Wounds UK* 2013;9(2):97–102.
8. Lachenbruch C, Ribbie D, Emmons K, Van Gilder C. Pressure ulcer risk in the incontinent patient: analysis of incontinence and hospital-acquired pressure ulcers from the International Pressure Ulcer Prevalence Survey. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2016;43(3):235–41.
9. Gray M, Giuliano KK. Incontinence-associated dermatitis, characteristics and relationship to pressure injury: a multisite epidemiologic analysis. *JWOCN* 2018;45(1):63–67.
10. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: clinical practice guideline. The International Guideline. Emily Haesler (Ed). EPUAP/NPIAP. PPPIA:2019.
11. Park KH, Kim KS. Effect of a structured skin care regimen on patients with fecal incontinence: a comparison cohort study. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2014;41(2):161–167.
12. De Farias PT, Azambuja AP, Horimoto AR, et al. A population-based study of the stratum corneum moisture. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2016;9:79–87. doi:10.2147/CCID.S88485
13. Shin HT. Diagnosis and management of diaper dermatitis. *Pediatr Clin North Am* 2014;61(2):367–382.
14. Sopher R, Gefen A. Effects of skin wrinkles, age and wetness on mechanical loads in the stratum corneum as related to skin lesions. *Med Biol Eng Comput* 2011;49(1):97–105.
15. Bou J, Segovia G, Verdu S, Nolasco B, Rueda L, Perejamo M. The effectiveness of a hyper oxygenated fatty acid compound in preventing pressure ulcers. *J Wound Care* 2005;14(3):117–21.
16. Schuren J, Becker A, Sibbald RG. A liquid film-forming acrylate for peri-wound protection: a systematic review and meta-analysis (3M™ Cavilon™ no-sting barrier film). *Int Wound* 2005;2:230–238.
17. Beeckman D, Van Damme N, Schoonhoven L, Van Lancker A, Kottner J, Beele H, Gray M, Woodward S, Fader M, Van den Bussche K, Van Hecke A, De Meyer D, Verhaeghe S. Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. *Cochrane Database System Rev* 2016;11. Art. No: CD011627.
18. Lansdown AB, Mirastschijski U, Stubbs N, Scanlon E, Agren MS. Zinc in wound healing: theoretical, experimental, and clinical aspects. *Wound Repair Regen* 2007;15(1):2–16.