

Cuidados delicados

La incontinencia puede lesionar gravemente
la piel perineal de
un paciente y abrir
la puerta a la infección

En este artículo analizaremos cómo mantener las zonas delicadas secas e intactas.

Proporcione cuidados cutáneos a un paciente incontinente

UN PACIENTE AFECTADO DE INCONTINENCIA urinaria o fecal es especialmente vulnerable a la aparición de una dermatitis perineal. El plan de cuidado de enfermería, junto con la contención de la fuga de orina y el tratamiento del estado subyacente, debe incluir estrategias eficaces para prevenir que la piel se lesione. En este artículo, analizaremos cómo la incontinencia lesiona la piel perineal y qué acciones puede llevar a cabo para tratarla.

Cuatro riesgos perineales

Estos cuatro factores contribuyen a la aparición de una dermatitis perineal en pacientes incontinentes:

- **Humedad.** El exceso de humedad perineal procede de varias fuentes, que incluyen: la orina, la perspiración y las heces líquidas. Cuanto mayor sea la frecuencia y el volumen de la incontinencia, mayor será el riesgo de lesión cutánea. Los dispositivos de contención, como pañales o bragas, que a su vez atrapan la humedad próxima a la piel perineal y fomentan la perspiración, también incrementan el riesgo. Cuando la piel está empapada o macerada no puede

actuar como una barrera para el agua, para los productos químicos y para los microorganismos patógenos, y los componentes químicos de la orina o las heces irritan la piel. La pérdida de la barrera humectante normal cutánea estimula el crecimiento de la flora bacteriana patógena y de los hongos. El riesgo de presentar una infección secundaria es mayor en los pacientes afectados de incontinencia fecal, ya que ésta hace que la piel del paciente esté expuesta a la flora gastrointestinal y a las enzimas digestivas de las heces.

- **pH cutáneo.** La piel normal tiene un pH ligeramente ácido. La piel perineal que está en contacto con la orina o con las heces tiende a ser alcalina, lo que incrementa el riesgo de causar dermatitis y proliferación bacteriana.

- **Colonización con microorganismos.**

El sobrecrecimiento bacteriano puede dar lugar a infecciones cutáneas, que a su vez irritan e inflaman la piel y disminuyen, de nuevo, la eficacia que proporciona la piel como barrera. Los pacientes obesos que tienen pliegues cutáneos dentro del perineo, los inmunodeprimidos y aquellos

afectados de diabetes son particularmente propensos a presentar infecciones cutáneas secundarias.

- **Fricción.** Cuando hay un rozamiento de la piel humectante contra los dispositivos de contención de la incontinencia, la ropa y la superficie de la cama o de la silla, la fricción erosiona la piel. En la mayoría de casos la erosión permanece superficial, pero es posible que implique grandes zonas de la piel perineal. Las lesiones se generan cuando se realizan cambios posturales a un paciente inmovilizado, e incontinente en una cama o en una silla, lo que puede contribuir a que se forme una lesión por presión o úlcera.

El tipo de incontinencia también influye el riesgo de lesión cutánea perineal y su naturaleza. El agua de la orina contribuye a la saturación de la piel perineal; la urea y el amoníaco fomentan la alcalinidad. Muchos de los componentes de la orina estimulan el exceso de crecimiento de microorganismos, particularmente si el paciente presenta diabetes y glucosuria.

Aunque haya una sobre hidratación debido a la exposición de la orina o de las heces, la piel perineal puede describirse paradójicamente como “seca” porque le faltan los aceites naturales.

La incontinencia fecal es incluso más irritante para la piel perineal que la orina, porque las heces contienen bacterias y enzimas digestivas. En un paciente afectado de incontinencia urinaria y fecal, el entorno alcalino creado por la incontinencia urinaria hace que las enzimas de las heces sean incluso más destructoras.

Sus objetivos: limpiar y secar

Después de realizar una valoración perineal completa (véase *Consejos para la valoración de la piel perineal*), formule un plan de cuidados basándose en las necesidades del paciente. Seguidamente le proporcionamos algunas normas generales:

- **Piel intacta e incontinencia urinaria de leve a grave.** Limpie diariamente el perineo y siempre que haga un cambio de pañal húmedo, o después de cualquier episodio importante de

fuga de orina. Utilice un trapo blando húmedo o una toalla desechable y evite restregar enérgicamente. Aplique una barrera humectante (por lo general, crema o pomada) para ayudar a proteger la piel de una nueva lesión cuando esté expuesta a la orina y las heces.

- **Incontinencia fecal.** Limpie el perineo diariamente y después de cada episodio de incontinencia, utilizando el método descrito más arriba. Aplique de forma rutinaria una barrera humectante con crema o pomada.

- **Incontinencia urinaria y fecal.** Siga las normas específicas para la incontinencia fecal. Si el paciente presenta una erosión cutánea extensa con exudado, utilice una pasta de barrera que absorba el drenaje y proteja la piel de agentes irritantes. (Si emplea una pasta de óxido de cinc, utilice aceite mineral para retirar la pasta, de forma que no se lesione la piel por el restregado.) Consulte a la enfermera experta en cuidados de las heridas o a la enfermera de atención primaria acerca de la aplicación de una solución de Burow con un vendaje

compresivo, un astringente que seca y alivia ligeramente las molestias cutáneas. Siga este tratamiento aplicando una barrera humectante.

- **Infección cutánea perineal.** Consulte a la enfermera experta en cuidados de las heridas o a la enfermera de atención primaria acerca de un tratamiento localizado o sistémico.

Ahora, demos una ojeada a los productos que deberá utilizar.

Seleccione un producto para cuidados cutáneos

Los productos relacionados con los cuidados cutáneos perineales pueden dividirse en tres extensas categorías: productos para limpieza, barreras humectantes y cremas hidratantes.

Los *productos para limpieza cutánea perineales* eliminan los agentes y las bacterias de la piel, utilizando un surfactante, como sulfato de lauril sódico, sulfato de lauril de

trietanolamina, o estearato sódico. Los productos de limpieza de la piel también pueden contener un agente antibacteriano, como triclosan, paracloroxilenol o gluconato de clorhexidina, designados para limitar el crecimiento bacteriano y reducir los olores. El uso rutinario de un producto de limpieza antimicrobiano está en controversia y debería evitarse hasta que la evidencia científica demostrase su beneficio. Cuidado con las fragancias, que a su vez pueden actuar como agentes irritantes y sensibilizantes, particularmente cuando la integridad cutánea está comprometida.

Los emolientes, como los alcoholes cetílico o estearílico, son un aditivo útil para los agentes de limpieza cutáneos, porque ablandan la piel y alivian la irritación.

Considere el pH del agente de limpieza cutáneo: el pH cutáneo normal es de 5,5, de forma que será necesario un producto con un pH parecido a este valor.

Es posible que el producto que necesite venga preparado como líquido, emulsión o espuma, o los productos activos pueden estar impregnados en una toalla blanda. No utilice un producto en pastilla, ya que puede ser un reservorio para bacterias, si se emplea repetidamente sin secar, y la mayoría de pastillas contienen jabones o detergentes con un pH alto. Además de estas desventajas, las pastillas de jabón o detergentes deben utilizarse con una toalla, y la fricción puede exacerbar la erosión epidérmica y eliminar aceites de la piel del paciente, reduciendo la eficacia de la barrera.

Los *agentes hidratantes*, que a su vez contienen sustancias humectantes, como glicerina, ésteres de la metilglucosa, lanolina o aceite mineral reponen los aceites naturales de la piel y fomentan la efectividad cutánea como barrera humectante. Aunque haya una sobrehidratación debido a una exposición a la orina o las heces, la piel perineal puede paradójicamente describirse como “seca” porque le faltan estos aceites naturales. Los agentes hidratantes pueden aplicarse por separado, pero a menudo vienen combinados con agentes de limpieza cutáneos perineales, y así se ahorra tiempo.

Consejos para la valoración de la piel perineal

Durante una valoración cutánea perineal, debería examinar la integridad de la piel y la evidencia de infección secundaria. Después de proporcionar intimidad al paciente, quítele la ropa y los pañales, las bragas u otros dispositivos de contención.

Puntos de valoración

Cuando haga la valoración a un paciente masculino, retraíga el prepucio (si está presente) e inspecciónale el pene, así como la parte inferior del escroto, incluyendo los pliegues inguinales. Cuando haga la valoración a una mujer, retire los labios mayores y los labios menores e inspecciónale la mucosa, incluyendo la bóveda vaginal. En todos los pacientes, separe suavemente las nalgas para inspeccionar el ano.

La piel perineal normal, se parece superficialmente a la piel del abdomen inferior o de los muslos superiores. Puede ser más pálida que la piel del abdomen o de las piernas, si estas zonas del cuerpo están expuestas de forma regular a la luz solar. Una piel del escroto de un varón puede ser más oscura que la piel circundante, o rojiza si es un hombre blanco con pelo rojo. En las mujeres, la piel de los labios también puede ser algo más oscura que la piel adyacente, y la de los labios menores y la mucosa vaginal puede ser más pálida que la de las mujeres más jóvenes, pero este tejido no debería estar seco y sensible al tacto y los labios no deberían fusionarse.

Cuando haga la valoración a cualquier paciente, retire suavemente los pliegues cutáneos e inspeccione las superficies subyacentes. Esto es particularmente importante si el paciente es obeso, está afectado de diabetes mellitus o está inmunodeprimido. Supervise la piel durante la limpieza perineal, los pliegues cutáneos deberían retirarse e inspeccionarse cuidadosamente porque es probable que perspiren y sirvan como un excelente medio para el crecimiento bacteriano.

Identificación de problemas

Seguidamente le presentamos las principales características de los problemas cutáneos que debería ver en un paciente incontinente:

- La *dermatitis irritante* empieza como un enrojecimiento de la piel (pacientes blancos) o piel más oscura que la piel circundante (pacientes de piel oscura), que progresa rápidamente hasta la formación de una ampolla, erosión y exudado. La liquenificación (engrosamiento de la piel) puede ocurrir en dermatitis irritantes de larga duración en pacientes incontinentes crónicos, que es más común en personas de piel oscura que de piel blanca. En las mujeres, la dermatitis irritante debido a una incontinencia urinaria empieza, por lo general, en la parte interior de los labios; en los varones, puede empezar en el pene y en el prepucio o en la parte inferior del escroto (si se utiliza un pañal o unas bragas de contención).

La dermatitis irritante debido a la incontinencia fecal se origina en la zona perianal y se disemina hasta los pliegues cutáneos entre las nalgas y la parte interior de los muslos.

La erosión puede ser grave, particularmente si la incontinencia fecal está asociada a la diarrea (fig. 1).

- La *Candida albicans* es un hallazgo común entre pacientes afectados de dermatitis irritante, en los pacientes blancos, la dermatitis por *Candida* se caracteriza por una zona central enrojecida de brillante a mate con un enrojecimiento periférico, vesículas redondas, algunas veces llamadas satélites (fig. 2).

Todas las lesiones satélites empiezan como vesículas, pero también hay máculas cuando las vesículas se lesionan después de una fricción durante los cambios de pañal o los cambios posturales. En los países afroamericanos, la confluencia central de la *Candida* puede aparecer en una zona de piel oscurecida. Cuando existe una candidiasis de una duración de semanas a meses, la piel puede volverse de color rojo oscuro de un tono púrpura.

- Las *infecciones bacterianas secundarias* causan zonas enrojecidas con irritación cutánea y costras que pueden parecerse inicialmente a la tiña crural o inguinal, una infección cutánea por hongos de los genitales. En los países afroamericanos, la infección bacteriana causa placas rosadas, hipopigmentadas y escamosas. Al igual que la dermatitis irritante, las infecciones bacterianas tienden a ocurrir en los pliegues cutáneos o en zonas donde la piel permanece muy hidratada.

- El *prurito anal* se presenta como una inflamación de la zona perianal, que surge, por lo general, después de efectuar secados demasiado vigorosos o tras la limpieza del ano, si bien puede ocurrir en enfermedades sistémicas, como la insuficiencia hepática o renal, que causan prurito generalizado. A diferencia de la dermatitis irritante, el prurito anal provoca estallidos súbitos de prurito añadidos al prurito más moderado y, con frecuencia, existen lesiones lineales consistentes debido a los rasguños vigorosos.



Figura 1



Figura 2

Las barreras humectantes, algunas veces llamadas protectores cutáneos, son cremas o pomadas que cubren la piel de la exposición a agentes irritantes o humectantes. Los ingredientes activos de las barreras humectantes incluyen vaselina, dimeticona, lanolina y óxido de cinc. Una barrera humectante puede estar incorporada a los agentes limpiadores cutáneos o aplicarse por separado. Las pomadas tienden a durar más tiempo que las cremas.

Las alternativas a la barrera humectante incluyen películas de barrera líquidas, algunas veces se refieren a sellos cutáneos, que a su vez consisten de un polímero combinado con un solvente (por lo general, alcohol). Cuando se aplican a la piel, el solvente se evapora y el polímero se seca para formar una barrera. Sin embargo, es posible que el alcohol sea irritante o citotóxico local y comprometa la piel perineal.

Medidas preventivas

Tenga cuidado respecto a la causa subyacente de la incontinencia, ya que es posible que requiera una consulta con un urólogo, un gastroenterólogo, un ginecólogo o una enfermera experta en el tratamiento de la misma; consulte esto con la enfermera de atención primaria. Entretanto, ayude al paciente a obtener y a utilizar un dispositivo de contención que absorba la orina o contenga las heces, prevenga o minimice la exposición cutánea a estos agentes irritantes.

Muchos pacientes prefieren llevar un pañal o unas bragas para la incontinencia. Aconseje a las mujeres a utilizar un dispositivo designado específicamente para el tratamiento de la incontinencia, en lugar de utilizar productos de higiene femeninos, que a su vez no son convenientes para grandes cantidades de orina. Se debería utilizar un producto que contenga material superabsorbente (un relleno capaz de absorber grandes volúmenes de orina o de líquido) y que mantenga muchas horas el peso de la orina. Para los pacientes con una incontinencia urinaria de leve a moderada, utilice una compresa que

se adapte debajo de la ropa interior del paciente. Estas compresas pueden adherirse a la ropa interior con unas tiras adhesivas o adaptarse a una extensión del interior de una prenda diseñada específicamente para tal fin, que puede comprarse por separado.

Si el paciente tiene incontinencia urinaria y fecal, o incontinencia urinaria muy grave, utilice un pañal para incontinencia. Existen tipos de pañales desechables o reutilizables; la mayoría están diseñados para reemplazar la prenda interior. El producto ideal absorbe la fuga de orina y de heces, queda escondido debajo de la ropa, minimiza el olor y no hace ruido cuando se desplaza el paciente.

Los varones con incontinencia urinaria pueden utilizar un colector. Este dispositivo no debería estar en contacto con materiales de látex y tendría que mantener un sello hermético, incluso cuando el paciente tenga una erección. Algunos colectores pueden llevar un adhesivo cutáneo incorporado dentro del cuerpo del colector o tener un cuerpo no adhesivo con un cierre en una tira hinchable autoadhesiva. Consulte a la enfermera experta en cuidados de las heridas o a la enfermera rehabilitadora acerca de qué tipo de colector sería adecuado, si el paciente es obeso, tiene el cuerpo del pene pequeño o es alérgico al adhesivo cutáneo.

Los catéteres permanentes no son adecuados para pacientes con incontinencia urinaria y dermatitis irritantes, secundarias a infecciones o erosiones cutáneas dérmicas. Estos catéteres están reservados para un período de tiempo corto en pacientes afectados de úlceras por presión de estadio superior. En caso de que el paciente con incontinencia presente una úlcera por presión que afecte la piel perineal, consulte con el profesional de atención primaria y con la enfermera experta en cuidados de las heridas.

Para un paciente afectado de incontinencia fecal grave y con la piel perineal irritada y erosionada, considere el uso de una bolsa anal,

que a su vez es similar a los dispositivos de ostomía utilizados para las colostomías o ileostomías. Una buena aplicación de la bolsa anal requiere la creación de un sello hermético, por lo que debería consultar con la enfermera experta en cuidados de las heridas.

Si está prescrita una sonda o un catéter rectal, o un dispositivo similar, es posible que se utilice durante un período de tiempo breve, con el fin de desviar los residuos fecales de la piel perineal. Una sonda o un catéter permanente con un diámetro interno grande, habitualmente de calibre 22 o mayor, se inserta suavemente dentro del recto. Si está prescrito un catéter permanente, se infla el balón de retención que debería desinflarse periódicamente para prevenir la lesión de la mucosa rectal. El catéter se conecta a una bolsa de drenaje al lado de la cama que recoge una cantidad de 2.000 ml como mínimo.

Cuidados delicados

El cuidado del paciente incontinente con problemas cutáneos perineales requiere una valoración completa y la ejecución de un buen plan de cuidados. Utilizando los consejos de este artículo, puede revertir los problemas cutáneos perineales existentes y prevenir complicaciones mientras el estado subyacente esté bajo control. **■**

BIBLIOGRAFIA SELECCIONADA

Fiers S, Thayer D. Management of intractable incontinence. En: Dogherty D, editor. Urinary and fecal incontinence. Nursing management, 2nd ed. St. Louis, Mo., Mosby Inc., 2000.

Nix D. Factors to consider when selecting skin cleansing products. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing 2000;27:260-8.

Ratliff C, Rodeheaver G. Pressure ulcer assessment and management. Lippincott's Primary Care Practice 1999;3:242-58.

Mikel Gray es una profesora y enfermera asistencial del servicio de urología y de la escuela de enfermería de la University of Virginia in Charlottesville, Va. Catherine Ratliff es una enfermera experta en heridas, ostomías e incontinencias del departamento de enfermería y una profesora adjunta de la escuela de enfermería de la Universidad de Virginia. Ann Donovan es una enfermera experta en heridas, ostomías, e incontinencias del departamento de enfermería de la Universidad de Virginia.