

DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA:

conceitos, medidas preventivas e conduta terapêutica



Organizadores:

Amanda Gabriele Tenório
Geraldo Magela Salomé

UNIVAS
UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ

DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA: CONCEITOS, MEDIDAS PREVENTIVAS E CONDUTA TERAPÊUTICA

Organizadores:
Amanda Gabriele Tenório
Geraldo Magela Salomé

Pouso Alegre, MG
2019

Tenório, Amanda Gabriele (Org.).

Dermatite associada à incontinência: conceitos, medidas preventivas e conduta terapêutica / organização de Amanda Gabriele Tenório e Geraldo Magela Salomé. – Pouso Alegre: Univás, 2019.

33p. : il.

ISBN: 978-85-67647-65-4

1. Fricção. 2. Higiene da pele. 3. Incontinência urinária. 4. Cuidados de enfermagem. I. Salomé, Geraldo Magela (Org.). II. Título.

CDD – 610.73

Criação e informação:

Amanda Gabriele Tenório e Geraldo Magela Salomé

Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS)

Av. Cel Alfredo Custódio de Paula - Centro - CEP: 37550-000- Pouso Alegre, MG. www.univas.edu.br

Equipe de Elaboração:

Amanda Gabriele Tenório (Discente)

Prof. Dr. Geraldo Magela Salomé (Orientador)

Projeto Gráfico e Diagramação:

Cristina Reis da Silva Costa - Fone: (35) 991147-3006

Revisão:

Antônia Cileide Pereira - Rua São Jorge, 52 - Apto. 33, Tatuapé. São Paulo - CEP: 03.087-000

Bibliotecária da Universidade do Vale do Sapucaí - Unidade Central:

Lucilene Marques

Desenhos e fotos:

Geraldo Magela Salomé

Editora:

Univás

Av. Prefeito Tuany Toledo, 470 - Fátima, Pouso Alegre - MG - CEP: 37554-210

Tiragem:

100 exemplares

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte, que não seja para qualquer fim comercial e que haja autorização prévia, por escrito, do autor. Distribuição gratuita.

Sumário

Lista de figuras	6
1. Introdução.....	7
Geraldo Magela Salomé	
2. Lesões de pele associadas à umidade.....	9
2.1 Definição de lesões de pele associada à umidade.....	9
Flávio Dutra Miranda	
José Ronaldo Alves	
Geraldo Magela Salomé	
Amanda Gabriele Tenório	
2.2 Dermatite Periferida.....	10
Flávio Dutra Miranda	
José Ronaldo Alves	
Geraldo Magela Salomé	
Amanda Gabriele Tenório	
2.3 Dermatite Periestoma	12
Flávio Dutra Miranda	
José Ronaldo Alves	
Geraldo Magela Salomé	
Amanda Gabriele Tenório	
2.4 Dermatite Intertriginosa	14
Amanda Gabriele Tenório	
Flávio Dutra Miranda	
Geraldo Magela Salomé	
José Ronaldo Alves	
3. Dermatite Associada à Incontinência.....	16
3.1 Definição de dermatite associada à incontinência.....	16
Geraldo Magela Salomé	
Amanda Gabriele Tenório	
Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga	
3.2 Prevenção da dermatite associada à incontinência	20
Geraldo Magela Salomé	
Amanda Gabriele Tenório	
Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga	
3.3. Conduta terapêutica para dermatite associada à incontinência.....	25
Geraldo Magela Salomé	
Amanda Gabriele Tenório	
Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga	
4. Referências bibliográficas.....	28

Lista de Figuras

- Figura 01 Dermatite Periferida
- Figura 02 Maceração ao redor da ferida
- Figura 03 Dermatite Periestoma
- Figura 04 Dermatite Intertriginosa
- Figura 05 Dermatite Associada à Incontinência
- Figura 06 Troca de fralda
- Figura 07 Higienização
- Figura 08 Hidratação da pele
- Figura 09 Cremes barreira

1. Introdução

Geraldo Magela Salomé

Este livro é o resultado de inquietações que surgiram durante as aulas teóricas e práticas ministradas no curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí, bem como durante os estágios feitos no hospital e nas instituições de longa permanência, onde pudemos vivenciar várias dificuldades na prestação da assistência, por vezes pela falta de conhecimento relacionado à conduta terapêutica e/ou à prescrição de medidas preventivas para Dermatite Associada à Incontinência Urinária (DAI) e outras lesões.

Este livro foi construído a partir de informações colhidas nas bases de dados das Ciências da Saúde, como a Biblioteca Cochrane, SciELO, (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciência da Saúde), MEDLINE (National Library of Medicine-USA), International Nursing Index (INI) e o Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), além de informes obtidos em consultas a bibliografias, livros e teses da área dos últimos dez anos.

O livro **“Dermatite associada à incontinência: conceitos, medidas preventivas e conduta terapêutica”** foi ilustrado com fotos e desenhos de modo a facilitar a compreensão das informações repassadas; apresenta a definição da DAI, fatores de risco para seu desenvolvimento, além das medidas preventivas e condutas terapêuticas que devem ser prestadas aos indivíduos que apresentam incontinência com ou sem risco para adquirir a DAI.

As recomendações deste livro “**Dermatite associada à incontinência: conceitos, medidas preventivas e conduta terapêutica**” são atuais, mas poderão, se necessário, sofrer adequações sistemáticas, uma vez que as pesquisas em saúde vêm evoluindo significativamente de modo a ofertar novos conhecimentos. De maneira geral, este livro consolida o trabalho de prevenção e condutas terapêuticas que devem ser prescritas e realizadas nos idosos com ou sem risco para desenvolver dermatite associada à incontinência, pois os leitores encontrarão informações necessárias para a higiene da pele, os tipos de produtos ou coberturas existentes no mercado para prevenir e tratar a DAI. As informações contidas neste livro irão garantir que os profissionais possam prestar uma assistência com segurança, sem risco ou danos significativos.

2. Lesões de pele associadas à umidade

2.1 Definição de lesões de pele associadas à umidade

*Amanda Gabriele Tenório
Flávio Dutra Miranda
Geraldo Magela Salomé
José Ronaldo Alves*

Os danos de pele associados à umidade são descritos pelo termo em inglês Moisture-associated skin damage (MASD). Trata-se de um termo geral utilizado para definir esses danos como uma inflamação ou erosão da pele causada por exposição prolongada a uma fonte de umidade, seja ela urina, fezes, suor, drenagem da ferida, saliva ou muco. Além da exposição à umidade, outros fatores mecânicos, como a fricção, químicos, contidos na fonte de umidade ou microbianos complicam o quadro clínico (BLACK *et al.*, 2011; WOLF *et al.* 2011; SIBBALD *et al.*, 2013)

As lesões de pele relacionadas à umidade classificam-se em quatro tipos:

- Dermatite Associada à Incontinência;
- Dermatite Periferida (DPF);
- Dermatite Periestoma (DPE);
- Dermatite Intertriginosa (DIT).

São fatores de risco para o desenvolvimento de MASD: estomas, umidade na superfície da pele, lesões com exsudato moderado ou abundante, incontinência urinária e/ou fecal, diarreia e fricção (GRAY e GIULIANO, 2018).

2.2 Dermatite Periferida

Amanda Gabriele Tenório
Flávio Dutra Miranda
Geraldo Magela Salomé
José Ronaldo Alves

A Dermatite Periferida é definida como uma inflamação e erosão da pele em um raio de 4 cm da margem da lesão, causada pela exposição ao exsudato, por infecção e/ ou traumatismos decorrentes da remoção de adesivos, onde a fonte de umidade é o exsudato proveniente da ferida (DOWSETT *et al.*, 2012; HINDHEDE e MEULENEIRE, 2012) (Figura 01).



Figura 01 - Dermatite Periferida

É causada pelo excesso de umidade nas lesões, a qual pode fazer com que a margem da ferida macere, tendo como consequência a quebra da barreira natural da pele. A maceração ao redor da ferida tem sido estudada por ser considerada a maior causa desse tipo de dermatite (MARTINS e REIS, 2011) (Figura 02).



Figura 02 - Maceração ao redor da ferida.

A pele periférica danificada representa um problema importante no tratamento de pessoas com feridas crônicas. A exploração adicional da avaliação da pele periférica e sua relevância para a progressão da ferida devem ser contempladas dentro do paradigma da cicatrização de feridas. (MARTINS e REIS, 2011; HINDHEDE e MEULENEIRE, 2012).

2.3 Dermatite Periestoma

*Amanda Gabriele Tenório
Flávio Dutra Miranda
Geraldo Magela Salomé
José Ronaldo Alves*

A DPE é definida como inflamação e erosão da pele em um raio de 10 cm ao redor do estoma, causadas pela exposição ao exsudato, por infecção e/ou traumatismo decorrentes da remoção de adesivos; a fonte de umidade é o estoma que libera seus efluentes (HUNT *et al.*, 2018) (Figura 03).



Figura 03 – Dermatite periestoma.

A realização de uma estomia, independentemente de ser temporária ou definitiva, acarreta uma série de mudanças na vida do paciente e requer um cuidado especializado de Enfermagem. O estoma pode conferir ao paciente a capacidade de se recuperar de sua patologia ou mesmo contribuir para a cura de algumas neoplasias. Ele traz consigo mudanças na vida do paciente

e requer cuidados imprescindíveis. (MARTINS e REIS, 2011; DOWSETT *et al.*, 2012; ALMUTAIRI *et al.*, 2018).

O enfermeiro precisa informar ao cliente os cuidados específicos na manipulação desse estoma, bem como a dieta alimentar e como fazer higiene do local. A complicação mais comumente encontrada em pessoas estomizadas é a dermatite periestoma (DPE), que frequentemente é ocasionada pela má adaptação da placa de ostomia à pele. Essa complicação vem diminuindo em virtude dos avanços tecnológicos, bem como das técnicas cirúrgicas (HUNT *et al.*, 2018).

As DPE podem decorrer da irritação cutânea causada pelo fluido intestinal em contato com a pele, o qual é caracterizado por fezes ou urina de pH alcalino ricos em enzimas, o que provoca irritações mais graves e precoces. Podem ocorrer também pela inadequação dos equipamentos utilizados e ainda serem agravadas pela associação às complicações dos estomas, que dificultam a adequação de placas ou bolsas apropriadas (SALOMÉ *et al.*, 2014; PEREIRA e SALOMÉ, 2018).

As dermatites podem ser causadas por um trauma mecânico, como remoção rápida do adesivo, levando a uma perda da integridade da pele, limpeza exaustiva da pele periestoma, troca frequente da bolsa, fricção contínua no grampo de fechamento da bolsa ou cinto elástico. Podem ainda ter origem irritativa, ou seja, as enzimas proteolíticas presentes nas fezes podem causar lesão química e ter ação corrosiva. Na ileostomia, o efluente drenado é líquido, porém o pH é alcalino; com isso, o mecanismo de defesa da pele altera-se, causando eritema, pontos sangrentos e dor. Já na colostomia, não há enzimas, mas as fezes podem causar irritações, se ficarem em contato contínuo com a pele periestoma. As substâncias químicas utilizadas no cuidado da pele, como o sabão, também podem causar agressões (BLACK *et al.*, 2011; NICHOLS, 2018).

2.4 Dermatite Intertriginosa

Amanda Gabriele Tenório

Flávio Dutra Miranda

Geraldo Magela Salomé

José Ronaldo Alves

A Dermatite Intertriginosa (DIT) ou Intertrigo é caracterizada por inflamação e erosão das pregas cutâneas, resultantes da umidade presa nas dobras submetidas à fricção, onde o ar tem sua circulação limitada, podendo envolver qualquer área do corpo, em que duas superfícies opostas da pele podem tocar-se ou atritar. É um distúrbio comum que pode afetar qualquer indivíduo desde a infância à velhice (ALAVI *et al.*, 2018) (Figura 04).

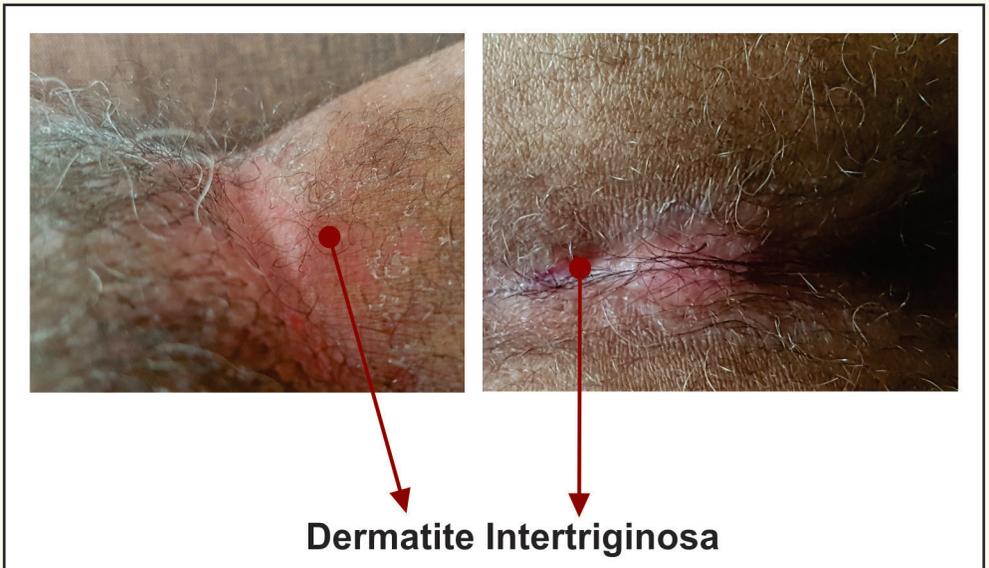


Figura 04- Dermatite Intertriginosa

É uma condição crônica de início insidioso com coceira, queimação e ardência na pele, que pode levar a um desconforto maior, quando secundariamente ocorre uma infecção. A aparência depende da área comprometida e da duração da inflamação, mas geralmente inicia-se por placas eritematosas, que evoluem para uma formação de vesículas e crostas. Também pode gerar fissuras na pele e, se houver outra infecção superveniente, podem surgir pústulas. No períneo, as camadas envolvidas costumam ser mais profundas em comparação com as superfícies convexas, nas quais em geral ocorre apenas uma dermatite irritativa (LACK *et al.*, 2011; SIBBALD *et al.*, 2013; JANNIGER *et al.*, 2015;).

A DIT pode ocorrer em uma ampla variedade de áreas do corpo, tais como: axilas, pregas inguinais, períneo, região interna das coxas, região inframamária, nas dobras abdominais e cutâneas dos membros inferiores de pessoas com linfedema, atrás das orelhas, espaços interdigitais e dobras do pescoço (LACK *et al.*, 2011; SIBBALD *et al.*, 2013).

Quando o suor não evapora, o extrato córneo torna-se excessivamente hidratado e macerado, o que facilita o dano à fricção, ocasionando a inflamação e o desnudamento da pele, deixando-a mais propensa a infecções. Geralmente afeta bebês com sobrepeso e pessoas obesas. A DIT pode ainda estar associada a bactérias, vírus ou outros fungos. O quadro pode ser agravado pela irritação causada pela urina, fezes e por outros agentes de ação tóxica. A obesidade, o diabetes mellitus, a hiperidrose, a incontinência urinária ou fecal, os corrimentos vaginais ou os ferimentos que eliminam secreções são considerados fatores de risco (LACK *et al.*, 2011; JANNIGER *et al.*, 2015).

3. Dermatite Associada à Incontinência

3.1 Definição da dermatite associada à incontinência

Amanda Gabriele Tenório

Geraldo Magela Salomé

Luiza Carla Fonseca Rennó Gonzaga

A Dermatite Associada à Incontinência (DAI) é a mais comum das dermatites que acometem todas as faixas etárias; é caracterizada por uma inflamação e eritema, com ou sem erosão da pele, afetando não só o períneo, como também a genitália, glúteo, coxas e a parte superior do abdômen (BEESON *et al.*, 2017; BEECKMAN *et al.*, 2018) (Figura 05).



Figura 05 - Dermatite associada à incontinência.

Estima-se que a DAI acometa cerca de 30% dos idosos que vivem na comunidade, 40% a 70% dos idosos hospitalizados, 50% dos idosos que vivem em instituições de longa permanência e 83% dos pacientes com incontinências urinária ou fecal internados em Unidade de Terapia Intensiva (BEESON *et al.*, 2017; BLISS *et al.*, 2018).

Trata-se de um tema relevante pela sua alta prevalência. O tratamento e a prevenção baseiam-se em medidas simples e de alto impacto. Em uma incidência de 25% em que ocorreria a DAI, esse número cai significativamente para 5% (BEESON *et al.*, 2017; BLISS *et al.*, 2018).

Desenvolve-se a partir de uma combinação de fatores, como a umidade excessiva causada pela incontinência urinária e/ou fecal, alterações no pH da pele, fricção, coloni-zação por microrganismos, entre outros. Uma vez que a barreira cutânea sofra prejuízo, a pele perde sua proteção natural, o que faz com a taxa de perda de água transepidérmica aumente, deixando a pele vulnerável aos agentes agressores presentes nas eliminações e infecções (STREHLOW *et al.*, 2018).

A área afetada apresenta eritema, maceração e, em situações mais graves, pode progredir para erosões cutâneas dolorosas de espessura parcial com drenagem de exsudato seroso. Em condições de higiene precárias, há o risco de infecção secundária, principalmente por *Cândida albicans*. O não tratamento associado à pressão e/ou atrito local poderá favorecer a formação de lesões por pressão (BENÍCIO *et al.*, 2016; BEECKMAN *et al.*, 2018).

A DAI é um problema que afeta pacientes portadores de incontinência urinária e/ou fecal. Sabe-se que mesmo conhecendo os fatores de risco que levam ao seu desenvolvimento, o número de pessoas afetadas ainda não é conhecido em muitos países, o que se deve às dificuldades no reconhecimento desta condição que, por vezes, é confundida com lesão por pressão em seus estágios iniciais, tornando este problema um desafio para os profissionais de Enfermagem. É considerada uma condição evitável, quando utilizada uma abordagem correta e resolutiva; portanto, a adoção de medidas de prevenção é uma prioridade (BEESON *et al.*, 2017; BEECKMAN *et al.*, 2018).

Alguns autores definem a DAI como área de eritema e edema da superfície da pele, por vezes acompanhada de lesões bolhosas com exsudato, erosão ou infecção cutânea secundária, a qual se relaciona a uma variedade de distúrbios clínicos devido à exposição excessiva aos efluentes como urina, fezes, perspiração, exsudato de feridas, entre outros (PICKARD *et al.*, 2018).

Em 2007, na cidade de Chicago, um consenso sobre o tema foi elaborado e publicado no Journal of Wound Ostomy & continence Nurses (JOWOCN) da sociedade norte-americana de enfermeiros estomaterapeutas, o qual considera a DAI como uma inflamação ou comprometimento da pele que ocorre em consequência do contato de urina ou fezes com a região perineal ou perigenital (ALAVI *et al.*, 2018).

As causas da DAI, na maioria das vezes, estão relacionadas a fatores exógenos e químicos. O uso constante de sabonetes e outras substâncias utilizadas para a higiene produzem dano estrutural na barreira da pele e levam ao ressecamento. A fricção constante para a remoção dos resíduos irritantes à pele, como cremes gordurosos, pomadas e óleos, também lesionam a barreira através da ação mecânica (STREHLOW *et al.*, 2018)

Alguns estudos indicam que para desenvolver DAI é necessária a presença de irritantes em contato com a pele por um determinado período de tempo. O pH alcalino dos pacientes com incontinência dupla, ou seja, incontinência urinária e fecal, é o responsável pela ativação de lipase e protease, as quais quebram proteínas e contribuem para a erosão da epiderme. A hiper-hidratação e a maceração do tecido, elevação da temperatura na região devido ao uso de fraldas, penetração dos agentes irritantes externos e internos, a fricção, dentre outros fatores, contribuem para o aparecimento e agravamento da situação descrita (BEESON *et al.*, 2017; BEECKMAN *et al.*, 2018).

Qualquer pessoa está susceptível a desenvolver DAI, especialmente aquelas que utilizam fraldas, porém há fatores de risco que contribuem para a ruptura da pele, quando relacionados à incontinência, como umidade, pH, colonização por microrganismos e atrito.

A incontinência fecal provoca mais danos na pele do que a incontinência urinária, por causa do conteúdo bacteriano e da presença de enzimas que podem ser corrosivas na presença de um pH alcalino. Esse pH favorece a colonização por fungos e bactérias presentes na flora da pele ou provenientes do trato gastrointestinal (BENÍCIO *et al.*, 2016; BEECKMAN *et al.* 2018)

O uso de fraldas intensifica a irritação da pele devido ao pH cutâneo potencializado pela conversão da ureia em amônia. A DAI manifesta-se com sensações de desconforto, prurido, ardência e dor, o que compromete a qualidade de vida. Pode-se intensificar por meio do efeito tóxico de produtos utilizados, como óleos, pomada e também por resíduos de substâncias químicas que são aplicadas diretamente sobre a pele, como sabões e limpadores (BENÍCIO *et al.*, 2016; BEESON *et al.*, 2017; BEECKMAN *et al.*, 2018; STREHLOW *et al.*, 2018).

Se não tratada no início, ela pode provocar infecção, os microrganismos mais frequentes são: *Cândida albicans*, *Bacillus faecalis*, *Protheus*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus* e *Streptococcus*. Vale ressaltar que a *Cândida albicans* pode aparecer em menos de três dias de evolução. A DAI tem proporcionado um custo de bilhões de dólares anuais em instituições de longa permanência para idosos (BEECKMAN *et al.*, 2018; BENÍCIO *et al.*, 2016; BEECKMAN *et al.*, 2018).

3.2 Prevenção da dermatite associada à incontinência

Amanda Gabriele Tenório

Geraldo Magela Salomé

Luiza Carla Fonseca Rennó Gonzaga

Existem cinco aspectos fundamentais na prevenção de dermatite:

1. Aumentar a frequência de troca das fraldas, sempre que possível, trocando-a após cada eliminação de urina ou fezes. (Figura 06).

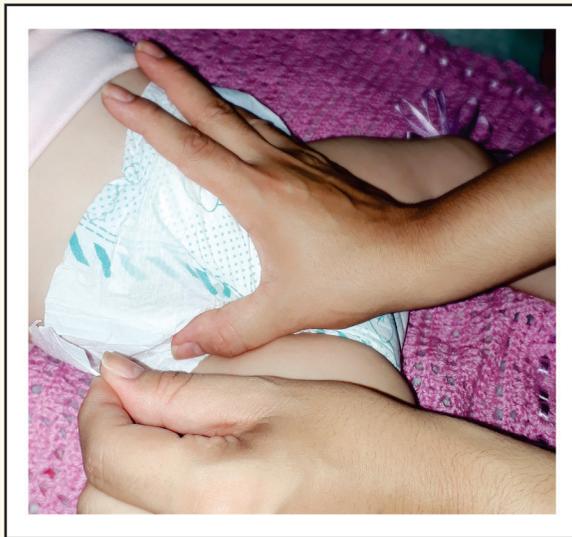


Figura 06 - Troca de fralda.

2. Capacidade de absorção das fraldas; a maioria contém um material acrílico em gel superabsorvente eficaz em manter a área da fralda seca e o meio ácido.
3. Controle de infecções como a *cândida albicans*, que contamina frequentemente a dermatite das fraldas.
4. Realizar higiene diária da área da fralda com água morna e algodão sem recorrer a sabonetes. (Figura 07).



Figura 07 - Higienização.

5. A melhor forma de prevenir a dermatite é manter a pele livre de umidade e hidratada. (Figura 08).

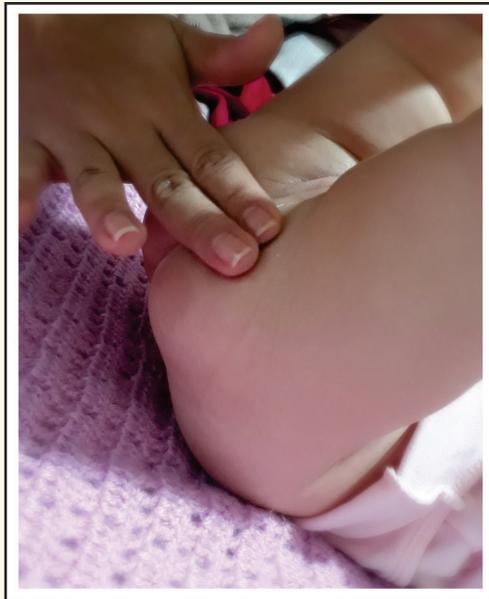


Figura 08 - Hidratação da pele.

Os cremes hidratantes, preferencialmente os emolientes e aqueles à base de dimeticona são os mais indicados para a hidratação da pele.

Para a higienização da pele, a utilização de uma espuma de limpeza é mais eficaz, pois a limpeza da pele com água e sabão de pH alcalino, apesar de apresentar baixo custo, pode levar à ruptura da pele por meio da remoção de sua oleosidade natural aliada a movimentos mecânicos excessivos. É recomendável usar algodão embebido em óleo mineral ou vegetal para remover o óxido de zinco e outros resíduos aderidos à pele, e só depois proceder à lavagem com sabonetes pouco agressivos e água corrente.

O uso de lenços umedecidos pode ser útil somente em situações de locomoção, deve se ter em mente que eles contêm fragrâncias e álcool, o contato continuado com a pele pode levar ao comprometimento da barreira cutânea, provocando dermatite de contato, a conduta adequada é enxaguar o local após o uso.

Lenços umedecidos impregnados com dimeticona a 3% podem ser usados, tanto para prevenção, quanto para tratamento da DAI.

Os pacientes que fazem uso de fraldas devem ser trocados a cada 4 horas, e outras medidas complementares devem ser adotadas, como exemplo, escolher adequadamente o tamanho da fralda de acordo com as medidas antropométricas, aparar os pelos pubianos, realizar higiene da região perineal a cada troca de fraldas, trocar o lençol, quando molhado, manter a área seca e limitar a mistura de fezes e urina a fim de reduzir o contato com a pele, o que evitará futuras irritações na barreira epidérmica.

Estas fraldas devem ser o menos oclusivas possíveis, permitindo assim a entrada de ar por suas laterais, o que diminui a super-hidratação do extrato córneo e mantém a integridade da função protetora da epiderme. A área ocluída deve estar sempre limpa e seca com manutenção do pH ácido. Deve-se sempre, após a troca de fraldas, aplicar uma camada de pomada ou cremes protetores à base de óxido de zinco, petrolatum, aloe Vera, dimeticona, gel hidrocoloide, dióxido de titânio e amido ou creme com dexapantenol e outros, visando criar uma barreira protetora sobre a pele, evitando assim a maceração da área.

O creme barreira ideal deve ser hipoalergênico, transparente, respirável, hidratante e de fácil aplicação e remoção (Figura 09).



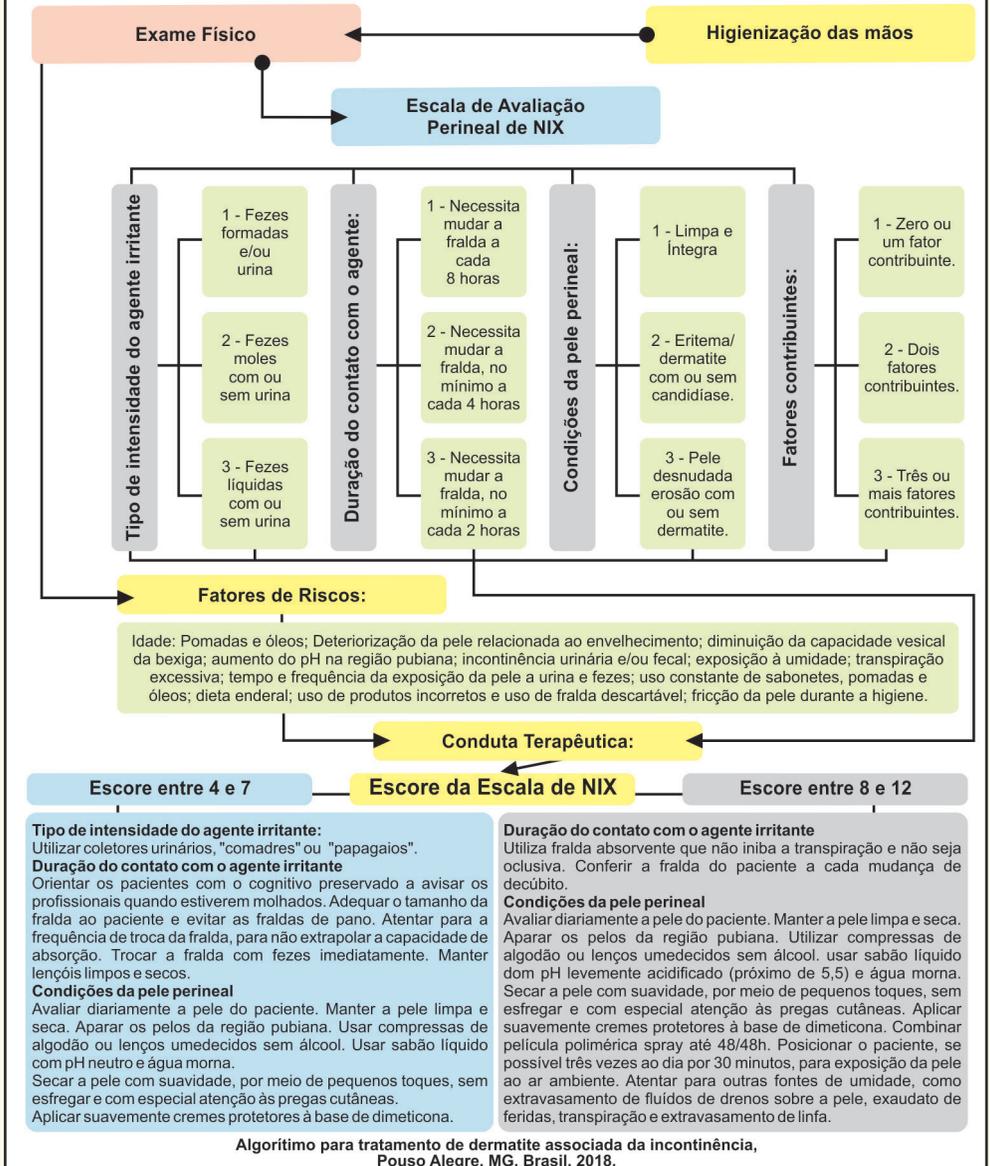
Figura 09 - Cremes barreira.

Preparações contendo ácido bórico e pó (talco) devem ser evitadas pelo alto risco de toxicidade e desenvolvimento de granulomas, assim como as preparações que contenham clara de ovo, leite, produtos com corante de anilina, desinfetante e amaciante e principalmente as que contêm hexaclorofeno ou pentaclorofeno.

O estado nutricional interfere diretamente no quadro clínico, por isso, se necessário, deve-se aumentar o consumo de proteínas, carboidratos e vitaminas, principalmente A, C e E, conforme avaliação individual do paciente, além de ingerir no mínimo 1 litro de líquido por dia e evitar consumir líquidos uma hora antes de dormir.

Como auxílio na prevenção das dermatites associadas à incontinência urinária, foi desenvolvido um algoritmo para auxiliar os profissionais de saúde.

Algoritmo para prevenção da Dermatite associada à incontinência Urinária



3.3 Conduta terapêutica para dermatite associada à incontinência

Amanda Gabriele Tenório
Geraldo Magela Salomé
Luiza Carla Fonseca Rennó Gonzaga

Os princípios do tratamento da dermatite associada à incontinência consistem na escolha adequada da fralda, bem como na frequência de trocas e na limpeza adequada da pele associada ao uso de produtos barreira como óxido de zinco e petrolato.

A maioria das fraldas descartáveis comercializadas são fabricadas com material acrílico em gel superabsorvente eficaz em manter a área da fralda seca em meio ácido. As fraldas descartáveis apresentam uma camada de lubrificante que é transferida para a pele; esse tipo de fralda tem sido muito recomendada, pois o lubrificante citado cria uma película protetora contra a umidade e evita a oclusão total da pele. As fraldas com materiais que possibilitam a transpiração da pele têm sido recomendadas a fim de evitar a elevação do pH ocasionado pela oclusão, e também para diminuir o tempo de sobrevivência de fungos como a *Cândida albicans*. Já as fraldas de pano não possuem nenhuma proteção, deixando assim as fezes e a urina em contato prolongado com a pele, o que favorece o aumento da temperatura local e a multiplicação de fungos (WILHEMS *et al.*, 2018).

Se a dermatite se der em grau leve, recomenda-se o aumento nas trocas e a utilização de fraldas superabsorventes associadas à aplicação de pomada e creme. As pastas e cremes são preparados à base de água, já as pomadas, à base de óleo, por isso têm efeito mais duradouro que os cremes; a pasta é uma pomada com pó adicionado que aumenta sua durabilidade e absorção (BRANDÃO *et al.*, 2018). Quando o diagnóstico apresenta uma associação da dermatite com infecções fúngicas, vários estudos apoiam a aplicação de pomada ou creme com algum antifúngico; a nistatina é o mais indicado seguido pelo nitrato de miconazol e o cetoconazol (BARAKAT-JOHNSON *et al.*, 2018).

Como opção complementar, temos os produtos tópicos na terapia da DAI, que podem ser pulverizados em toda a região perineal e perianal, criando assim uma película protetora. Como exemplo, temos os produtos barreira à base de película de polímero (STREHLOW *et al.*, 2018).

Para a limpeza, a melhor opção é o uso de água corrente morna e sabonete neutro; quando isso não é possível, o ideal é fazer a higiene com lenços umedecidos impregnados com dimeticona a 3 %, que podem ser utilizados, tanto na prevenção, quanto no tratamento das dermatites (VAN den BUSSCHE *et al.*, 2018).

O tratamento médico consiste em medidas simples que são ajustadas de acordo com a severidade e o tipo de dermatite; podem ser prescritos cremes com ação anticândida como a nistatina. Algumas vezes é necessária a associação com antifúngicos orais, como fluconazol; podem ser utilizados outros tipos de pomada de extrato metabólico das flores de camomila, pomada de dexapantenol e óxido de zinco, além do creme à base de hidrogel (JOHANSEN *et al.*, 2018).

Para auxiliar o tratamento das dermatites associadas à incontinência urinária, foi desenvolvido um algoritmo a fim de nortear os profissionais de saúde na prestação do melhor cuidado ao paciente.

Algoritmo para tratar a Dermaite associada à incontinência Urinária

Higienização das mãos

Uso da luva de procedimento

Presença da DAI

SIM

Não

Identificar fatores de risco para a DAI

Escala de avaliação da dermatite associada

I - COR DA PELE

- 0 - Sem eritema
- 1 - Eritema suave
- 2 - Eritema moderado
- 3 - Eritema grave

II INTEGRIDADE DA PELE

- 0 - Intacta
- 1 - Inchaço leve com áreas levantadas
- 2 - Áreas levantadas inchadas
- 3 - Bolhas abertas ou maceradas
- 4 - Áreas abertas ou maceradas
- 5 - Áreas com crosta ou escamação

III - TAMANHO

Medido com centímetro, relatando o comprimento e largura, primeiro do lado direito e depois do lado esquerdo.

IV - SINTOMAS DO PACIENTE

- 0 - Nenhum
- 1 - Formigamento
- 2 - Coceira
- 3 - Queimação
- 4 - Dor

DAI de leve a moderada pele intacta, mas há eritema, com ou sem candidíase

- Minimizar contato com agentes irritantes (urina, fezes e umidade excessiva)
- Manter a proteção da pele
- Pulverização de produto barreira à base de película de polímero em região perineal e perianal
- Uso de cremes barreira:
 - Petrolatum** - camada protetora semi oclusiva, diminuição da fricção entre a pele lesada-fralda, pele lesada-urina/fezes
 - Oxido de zinco** - camada protetora, ação emoliente e anti-inflamatória, a cada troca de fralda.
 - Dióxido de titânio** - camada protetora, ação emoliente e anti-inflamatória, a cada troca de fralda.
 - Amido ou d-pantenol** - camada protetora, ação emoliente e anti-inflamatória, a cada troca de fralda.
- Uso de fralda que viabilize a manutenção do pH ideal da pele, permitindo a ventilação da pele por suas laterais, diminui a super-hidratação e mantém a integridade da pele.
- Limpeza da DAI e pele com água e sabão (pH acidificado)
- Uso de lenços umedecidos com dimeticona a 3%.
- Uso de creme antifúngico, se sinais de candidíase cutânea, corticosteroíde por curto prazo, até a melhora dos sinais e sintomas.

- Manter etapas de cuidados de pele intacta.
- Aplicar creme barreira durável a cada troca de fralda.
- Combinar com protetor cutâneo sem ardor.

- Se candidíase cutânea, solicitar avaliação médica
- Avaliação diária da DAI e pele.

Uso de antibioticoterapia
Acamado, sem utilização de catéter vesical de demora
Uso de fralda descartável
Dieta enderal
Consistência e frequência da eliminação
Aplicar Escala de NIX

Conduta preventiva

- Manter a pele limpra e seca.
- Manter lesões limas e secas.
- Usar compressas de algodão para higienização.
- Não friccionar durante a higienização.
- Higienização com água morna.
- Usar sabão neutro.
- Aplicar película protetora Spray de 48/48 horas.
- Realizar troca de fralda sempre que estiver molhada.
- Atentar para outras fontes de umidade, como extravasamento de drenos sobre a pele, exsudado de ferida, suor e extravasamento de linfa em paciente com anasarca.
- Solicitar avaliação médica caso o paciente apresente diarreia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alavi A, Sibbald RG, Ladizinski B, Saraiya K, Lee KC, Skotnicki-Grant S, Maibach H. Wound related allergic irritant. *Adv Skin Wound Care*. 2016;29(6):278-86. doi: 10.1097/01.ASW.0000482834.94375.1e.

Almutairi D, LeBlanc K, Alavi A. Peristomal skin complications: dermatologists need to know. *Int J Dermatol*. 2018; 3: 257-264.

Barakat-Johnson M, Lai M, Wand T, White K. Cultivating practices for the prevention of incontinence-associated dermatitis in an Australian health district Location: a quasi-experimental study. *Ostomy Wound Manage*. 2018;64(12):16-28.

Beeckman D, Steven S, Bussche KV. Incontinence-associated dermatitis: why do we need a core outcome set for clinical research? *Wounds International Journal*. 2018;19(2): 21–5.

Beeson T, Eifrid B, Pike CA. Do intra-anal bowel management devices reduce incontinence-associated dermatitis and/or pressure injuries? *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2017;44(6):583-588. doi: 10.1097/WON.0000000000000381.

Benício CDAV, Luz MHBA, Lopes MHBM, Carvalho NAR. Urinary Incontinence: Prevalence and Risk Factors in Women at a Basic Health Unit. *Estima*. 2016;14(4): 161-8. doi: 10.5327/Z1806-3144201600040002.

Black JM, Gray M, Bliss DZ, Kennedy-Evans KL, Logan S, Baharestani MM, Colwell JC, Goldberg M, Ratliff CR. MASD part 2: incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2011; 38(4):359-70; quiz 371-2. doi: 10.1097/WON.0b013e31822272d9.

Bliss DZ, Gurvich OV, Hurlow J, Cefalu JE, Gannon A, Wilhems A, Wiltzen KR, Gannon E, Lee H, Borchert K, Trammel SH. Evaluation of validity and reliability of a revised Incontinence-Associated Skin Damage Severity Instrument (IASD.D.2) by 3 Groups of Nursing Staff. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2018;45(5):449-55. doi: 10.1097/WON.0000000000000466.

Brandão ACMAG, Gambin CC, Majado CA, Kunitake N, Alexandre NMC, Dantas SRPE. Adaptação do instrumento “Perineal Assessment Tool” para a cultura brasileira. *ESTIMA Braz. J. Enterostomal Ther.* 2018;16: e0618. doi: 10.30886/estima.v16.397_PT.

Dowsett C, Protz K, Drouard M, Harding KG. Triangle of wound assessment made easy. *Wounds International.* 2012;6(1): 1–6.

Gray, M, Giuliano KK. Incontinence associated dermatites, characteristic and relationship to pressure injury: a multisite epidemiologic analysis. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2018;45(1):63-7. doi: 10.1097/WON.0000000000000390.

Hindhede, A; Meuleneire, F. A clinical case-series evaluation of a superabsorbent dressing on exuding wounds. *J Wound Care.* 2012;21(11): 574-80. doi: 10.12968/jowc.2012.21.11.574.

Hunt R, Kelleher K, Coffey C, Clarke MM, Ahern M, Conway E, Hannigan M, Erwin-TP, O’Sullivan LW. Changes in peristomal skin condition and user experience of a novel ostomy Barrier ring with assisted flow: a 6 week feasibility study

J Wound Ostomy Continence Nurs. 2018;45(5):444-8. doi: 10.1097/WON.0000000000000463.

Johansen E, Bakken LN, Duvaland E, Faulstich J, Hoelstad HL. Moore Z, Vestby EM Beeckman D. Incontinence-Associated Dermatitis (IAD). *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2018;45(6):527-31.

Martins LEAM, Reis VMS. Imunopatologia da dermatite de contato alérgica. *An Bras Dermatol.* 2011; 86(3):419-33.

Nichols T. Health utility, social interactivity and skin peristomal status: a cross-sectional study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2018;45(5):438-43. doi: 10.1097/WON.0000000000000457

Pickard C, Rachel T, Robertson I. Creation of ostomy for palliative colorectal cancer patients metastases and intestinal obstruction. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2018;45(3):239-241. doi: 10.1097/WON.0000000000000424.

Pereira AP, Salomé GM. Prevenindo e tratando das complicações da pele perístoma intestinal. Pouso Alegre: UNIVÁS;2018.

Salomé GM, Santos LF, Cabeceira HS, Panza AMM, Paula MAB. Knowledge of undergraduate nursing course teachers on the prevention and care of peristomal skin. *J. Coloproctol.* 2014; 34(4):224–30. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2014.05.008>.

Sibbald R G, Kelley J, Kennedy-Evans K L, Labrecque C, Waters N. A practical approach to the prevention and management of intertrigo, or moisture-associated skin damage, due to perspiration: expert consensus on best practice. *Wound Care Canada.* 2013;11(2):321-9.

Strehlow BR, Fortes VLF, Amarante MV. Dermatite associada à incontinência em idosos hospitalizados: conhecimento autorreferido de enfermeiros. *J. Res: Fundam Care Online.* 2018;10(3):801-9. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i3.801-809.

Van den Bussche K, Sofie Verhaeghe, Ann Van Hecke, Dimitri Beeckman. Minimum Data Set for Incontinence-Associated Dermatitis (MDS-IAD) in adults: conception and pilot study in nursing home residents. *J Tissue Viability.* 2018;27(4):191-198. doi: 10.1016/j.jtv.2018.10.004.

Wolf R, Oumeish OY, Parish LC. Intertriginous eruption. *Clin Dermatol.* 2011;29(2): 173-79.

