

María Piedad García Ruiz^{1,*}
Rosa María Torres Bautista²
María Dolores López Franco³
Agustina Orozco Cuadrado⁴
Araceli Alarcon Juárez⁴
Vicenta Nava Anguis⁴
Francisco Pedro García Fernández⁵

1. Enfermera de práctica avanzada en heridas crónicas complejas. Área de Gestión Sanitaria Jaén Norte. Jaén, España.
2. Enfermera. UGC Linares C San José. Linares, Jaén, España.
3. Profesora Contratada. Doctora. Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Jaén, España.
4. Enfermera Especialista de Atención de Familia y Comunitaria. UGC Linares C San José. Linares, Jaén, España.
5. Profesor Titular. Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Jaén, España.

*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: piedadgarcia Ruiz@gmail.com (María Piedad García Ruiz).

Recibido el 22 de diciembre de 2024; aceptado el 7 de enero de 2025.

Lesiones cutáneas asociadas a la humedad de pacientes incontinentes institucionalizados

Moisture-related skin lesions in institutionalized incontinent patients

DOI: S1134-928X2025000100008

RESUMEN

Objetivo: Conocer el perfil de los pacientes institucionalizados con incontinencia (urinaria y/o mixta). **Metodología:** Estudio de cohortes prospectivo multicéntrico en 10 centros sociosanitarios de varias provincias. Recogida de datos mediante cuestionario *ad hoc*. Se incluyeron a todos los pacientes con incontinencia. Se realizó un análisis descriptivo (frecuencias y porcentajes en las cualitativas y medias y desviación estándar en las cuantitativas). **Resultados:** Se incluyeron 164 participantes. La edad media fue 85,71 años. Un 71% mujeres. El 100% eran incontinentes urinarios y el 58,5% presentaba además incontinencia mixta. La incidencia de lesiones en esta muestra fue el 20,7% siendo prurito el síntoma más referido. La escala Perineal Assessment Tool presenta un valor medio de 5,05. El grado de dependencia media se calificó como severa. En el 100% de los casos se utilizó absorbentes como único método de manejo de la incontinencia. El antecedente personal más destacado fue la diabetes en un 29,3% de los casos con tratamientos de antidiabéticos orales en un 19,5%. El método de higiene más extendido en un 54,3% fue el agua y jabón. Respecto al método de protección utilizado, los más usados han sido las pomadas de OZn en un 47,6% y las películas barrera no irritantes en un 52,4%. **Conclusiones:** El perfil del paciente institucionalizado con incontinencia es de una mujer de edad avanzada, diabética con antidiabéticos orales, dependiente, con riesgo moderado de desarrollar lesiones y que, a pesar de las medidas de prevención utilizadas, 1 de cada 5 presenta lesiones asociadas a la humedad.

PALABRAS CLAVE: Dermatitis asociada a la incontinencia, lesiones por humedad, perfil sociodemográfico.

ABSTRACT

Objective: To know the profile of institutionalized patients with incontinence (urinary and/or mixed). **Methodology:** Multicenter prospective cohort study in 10 social and health centers in several provinces. Data collection through *ad hoc* questionnaire. All patients with incontinence were included. A descriptive analysis was carried out (frequencies and percentages in the qualitative ones and means and standard deviation in the quantitative ones). **Results:** 164 participants were included. The average age was 85.71 years. 71% women. 100% were urinary incontinent and 58.5% also had mixed incontinence. The incidence of lesions in this sample was 20.7%, with pruritus being the most frequently reported symptom. The Perineal Assessment Tool (PAT) scale has an average value of 5.05. The average degree of dependency was classified as severe. In 100% of cases, absorbents were used as the only method of managing incontinence. The most notable personal history was diabetes in 29.3% of cases with oral antidiabetic drugs (OAD) treatments in 19.5%. The most widespread hygiene method at 54.3% was soap and water. Regarding the protection method used, the most used were OZn ointments in 47.6% and PBNI in 52.4%. **Conclusions:** The profile of the institutionalized patient with incontinence is that of an elderly woman, diabetic with OAD, dependent, with moderate risk of developing injuries and, despite the prevention measures used, 1 in 5 presents injuries associated with humidity.

KEYWORDS: Dermatitis associated with incontinence, moisture injuries, sociodemographic profile.

INTRODUCCIÓN

La inflamación y erosión de la piel causada por la exposición prolongada a diversas fuentes de humedad, incluyendo la orina o las heces, el sudor,

el exudado de la herida, el moco o la saliva es la definición del término lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH)¹. Este término, traducción de la denominación norteamericana de *moisture associated skin damage*, se acuñó en España por primera vez en 2013¹.

Posteriormente se desarrolla un nuevo marco teórico que supone una modificación en la clasificación de las lesiones que aparecen en pacientes con algún grado de dependencia, como las lesiones por presión (LPP) o las LESCAH, por ejemplo, porque, aunque el grado de dependencia de quien la padece es el denominador común, la etiología o agente causal que las produce no es el mismo; por tanto, ni la prevención ni el tratamiento van a ser iguales². Este nuevo concepto de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD), además de incluir las LPP y las LESCAH incluyen 5 etiologías distintas más.

Con este nuevo marco teórico, el GNEAUPP en 2014 define las lesiones por humedad como: “La lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) que se presenta como una inflamación (eritema) y/o erosión de la misma, causada por la exposición prolongada (continua o casi continua) a diversas fuentes de humedad con potencial irritativo para la piel (por ejemplo: orina, heces, exudados de heridas, efluentes de estomas o fistulas, sudor, saliva o moco)”³.

Las LESCAH incluyen en su definición el agente causal, la humedad. La humedad en general, pero existen diferentes fuentes de esta, siendo la dermatitis asociada la incontinencia (DAI) el tipo de LESCAH más importante¹. La DAI se define como “inflamación de la piel producida por el contacto de la orina o heces con la piel perineal o perigenital”².

La DAI es un problema de gran relevancia en personas con incontinencia urinaria o mixta, con notorias repercusiones en el individuo que la padece en todos los aspectos biopsicosociales que lo engloba y en el ámbito de atención que lo trata, con un detrimento final de la calidad de vida de quien la padece⁴.

La DAI asociada a pacientes con incontinencia se sitúa en un 36% en personas mayores que reciben cuidados críticos según estudio de Bliss et al. en 2011⁵. Epidemiológicamente hablando, las cifras de prevalencia varían considerablemente dependiendo del tipo de población y de los criterios diagnósticos de lesión por humedad asociada a la incontinencia, ya que en muchas ocasiones se sigue diagnosticando a estas lesiones como LPP. Por esta razón, en la literatura encontramos rangos de prevalencia de entre el 4,3 y el 42% y de incidencia entre el 3,4 y el 50%⁶.

La disminución de su incidencia y prevalencia sigue siendo un reto para las instituciones y profesionales sanitarios⁷. Estamos ante un problema de salud de gran trascendencia y repercusión, tanto por su epidemiología como por el detrimento en la calidad de vida de quien la padece, como por el aumento de costes sanitarios directos e indirectos, por lo que la instauración de protocolos bien definidos que minimicen los pasos y el tiempo son eficaces y rentables⁸.

La DAI tiene múltiples manifestaciones que van desde una rojez brillante (enrojecimiento) hasta erosión de dermis-epidermis con exudado seroso acompañados de síntomas como ardor, prurito, escozor, quemazón, hormigueo o dolor, acompañado o no de infección^{3,8}.

La mera exposición a la humedad parece no ser suficiente para la aparición de una lesión⁸, ya que pueden influir otros factores como el tiempo prolongado de exposición, el contenido de irritantes químicos de la fuente de humedad y su pH, la presencia de microorganismos patógenos o el estado general del paciente¹, así como también un uso liberal de detergentes para limpiar la piel⁹. El tipo de absorbentes que se use también es un factor que hay que tener en cuenta, ya que puede alterar el pH de la piel y el ya débil manto ácido de la piel en una persona envejecida⁹.

Se ha identificado un aumento de la DAI asociado al proceso de envejecimiento, observándose que las personas mayores en comparación con las más jóvenes tienen un mayor riesgo de presentar incontinencia urinaria y/o fecal¹⁰. Es evidente que no todas las personas con incontinencia urinaria o mixta están afectadas por la DAI, pero se estima que aproximadamente un tercio de las personas con incontinencia fecal la desarrollarán¹¹.

El envejecimiento de la población es cada vez más evidente en prácticamente todos los países del mundo. Un ejemplo lo constituye España, con una población de 47.475.420 habitantes según el censo del Instituto Nacional de Estadística a fecha del 1 de enero de 2022, en que los octogenarios ya representan un 6% de la población¹².

Además de los factores que demuestran tener cierta relación con la aparición de estas lesiones, en una revisión exploratoria previa en 2022¹³, se determinó que los 2 productos más usados para la prevención en este contexto son las pomadas de óxido de zinc y las películas barreras no irritantes o películas de acrilato, aunque se precisa de más estudios en esta línea para determinar su eficacia y rentabilidad.

A la vista de lo expuesto, y teniendo en cuenta el crecimiento etario de la población, los costes derivados de la atención a un paciente con DAI continuarán aumentando en los próximos años.

La justificación de este estudio viene dada por la necesidad de conocer el perfil de los pacientes institucionalizados con incontinencia (urinaria y/o mixta), la incidencia de lesiones asociadas a la humedad por este tipo de incontinencia, las medidas preventivas utilizadas y las complicaciones derivadas de este tipo de lesiones, ya que permitirá evaluar los planes de cuidados que se establezcan, tanto para mejorar la calidad de vida de los pacientes incontinentes como para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario implantando medidas coste eficientes.

OBJETIVOS

- *Objetivo general:* conocer el perfil de los pacientes institucionalizados con incontinencia (urinaria y/o mixta).
- *Objetivos específicos:*
 - Analizar las medidas preventivas utilizadas en los pacientes con incontinencia incluyendo los sistemas de higiene, el tipo de absorbente, el número de cambios de este y el tipo de producto barrera utilizado en la poblacional analizada.
 - Determinar las principales complicaciones derivadas de la incontinencia que presentan los pacientes.
 - Establecer la incidencia de lesiones asociadas a la humedad por incontinencia urinaria y/o incontinencia mixta en una muestra poblacional de pacientes institucionalizados en varias residencias de Andalucía.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Esta investigación forma parte de un proyecto de investigación más amplio, en el que se llevó a cabo un estudio de cohortes prospectivo multicéntrico en 10 centros sociosanitarios de varios distritos de atención primaria en las provincias de Jaén y Cádiz, atendiendo al producto sanitario utilizado como prevención (óxido de zinc y películas de barrera no irritantes) para las lesiones por humedad asociadas a la incontinencia. En este artículo se presenta el perfil de las personas institucionalizadas con incontinencia (urinaria y/o mixta) incluidas en la investigación.

Unidad de estudio

- *Población de estudio:* pacientes atendidos en residencias de ancianos de los distritos sanitarios Jaén-Jaén Sur, Jaén Norte y Cádiz, que atienden a adultos mayores dependientes, acreditadas por la Comunidad Autónoma (Orden de 5 de noviembre de 2007 por la que se regula

el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía), con médico propio y atención de enfermería las 24 h y que presenten incontinencia urinaria y/o mixta.

- **Muestra:** pacientes de la población de estudio que cumplan los criterios de inclusión/exclusión, aceptaron participar en el estudio y que permanecieron ingresados desde la fecha de su inicio.
- **Método de selección de la muestra:** se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional o de conveniencia, seleccionando a todos los participantes en el proyecto primario desde el inicio del estudio hasta completar tamaño muestral.
- **Criterios de inclusión:**
 - Ser mayor de 18 años y previsión de esperanza de vida mayor a 6 meses desde el inicio del estudio.
 - Presentar incontinencia urinaria y/o incontinencia mixta.
 - Uso de absorbentes de manera continua y como único método para el manejo de la incontinencia.
 - Tener ausencia previa de lesión por humedad.
 - Utilizar de manera habitual y única uno de los productos llevados a estudio: pomada de óxido de zinc o película de barrera de no irritante.
- **Criterios de exclusión:**
 - Pacientes con alergia a algunos de los productos de estudio.
 - Pacientes en situación de enfermedad terminal.
 - Presencia de LPP, lesiones multifactoriales o lesiones combinadas previas al inicio del estudio en zona glútea, sacra, genital o perigenital.
- **Cálculo del tamaño de la muestra:** para el cálculo de la muestra en el estudio de cohortes, se tuvo en cuenta la hipótesis de que las personas tratadas con películas barrera no irritantes (PBNI) presentan mejores resultados de prevención en la DAI que las tratadas con pomadas de OZn. Se incluyeron los pacientes atendiendo a las estimaciones realizadas en el estudio de cohortes del proyecto principal, que fue asumiendo un error α de 0,05, una potencia estadística del 80% y considerando que la DAI asociada a pacientes con incontinencia se situaba en un 36% (8) estableciéndose un total de 110 pacientes (55 por cohorte).

Variables analizadas

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidades asociadas, tratamiento farmacológico, grado nutricional mediante una escala validada como el Mini Nutritional Assessment (MNA), tipo de incontinencia, existencia de infección urinaria o gastroenteritis en el momento de la intervención, grado de autonomía personal (Barthel), tipo de absorbente utilizado, número de cambios diarios de absorbente que realiza, escala de medida de lesión perineal (Perianal Assessment Tool, PAT), escala de riesgo de lesiones relacionadas con la dependencia (escala de Braden), método de higiene utilizada, malos hábitos, tipo de protección de la piel utilizada tras la higiene y porcentaje de OZn en el caso de utilizar la pomada de OZn como medida de protección.

Métodos e instrumentos en la recolección de los datos

La recolección de los datos se llevó a cabo mediante un cuestionario *ad hoc*.

Análisis de datos

Para este artículo se llevó a cabo un análisis descriptivo global. Las variables cualitativas se describen utilizando las frecuencias y porcentajes, y

las variables cuantitativas se calculan con las medias y desviación estándar si tiene distribución normal, y como mediana y rango intercuartílico si no la tienen

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía (CCEIBA). Se solicitó el consentimiento verbal y escrito de los pacientes y/o familiares respetando las normas de la Declaración de Helsinki, codificando y tratando de manera confidencial los datos identificativos tal y como indica la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos y los Derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición). Este estudio además cuenta con la financiación del organismo FIBAO (Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental. Alejandro Otero) bajo el código de Proyecto AP-0312-2022.

RESULTADOS

Sobre el perfil de los pacientes institucionalizados con incontinencia (urinaria y/o mixta)

El estudio incluye una muestra total de 164 participantes de 10 centros sociosanitarios privados, distribuidos en 3 distritos sanitarios de 2 provincias (Jaén y Cádiz). El 71% de la muestra son mujeres y el 29% hombres. La edad media de los pacientes es de 85,7 años con un rango entre 58 y 102 años. Todos los pacientes mostraban incontinencia, ya que este era un criterio de inclusión, pero en un 58,5% de los casos además de incontinencia urinaria, también presentaban incontinencia fecal o mixta.

Los antecedentes personales de los pacientes incontinentes incluidos en el estudio se presentan en la figura 1. Como se puede apreciar la principal patología es la diabetes (casi 1 de cada 3) seguido de la insuficiencia renal (casi 1 de cada 5). Otro de los antecedentes más presentes fue el deterioro cognitivo o demencia de cualquier etiología, quedando patente en 1 de cada 10 pacientes y la hipertensión arterial presente en 1 de cada 8 pacientes.

Al explorar los tratamientos farmacológicos más prevalentes (fig. 2) en esta muestra, nos encontramos que los 1 de cada 2 pacientes toma un diurético y 1 de cada 5 antidiabéticos orales. Corticoides orales, anticoagulantes, inmunosupresores fueron otros de los tratamientos documentados, pero con una frecuencia en el total de la muestra bastante inferior.

Los datos obtenidos con escala PAT indican que el 95% de los pacientes tienen una puntuación entre 4,89 y 5,22, es decir un riesgo bajo-moderado de desarrollar DAI. Según la escala Braden, que mide la probabilidad de desarrollar LPP, el 95% se encontraba con una puntuación de entre 14,23 y 15,04, lo que evidenciaba un riesgo medio.

Para la evaluación del grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria se utilizó el índice de Barthel, estando el 95% diagnosticado de dependencia severa, con un rango entre 21 y 28 puntos.

La evaluación del estado nutricional se valoró mediante el MMA, que dio como resultado que el 95% de los pacientes tuvieron entre 14 y 16 puntos, lo que sugiere un estado de malnutrición.

Como hábitos tóxicos para el organismo, se exploró la frecuencia de consumo de alcohol y tabaco. El tabaco no estuvo presente en ningún caso y el consumo de alcohol solo estuvo patente en 2 pacientes, suponiendo el 1,2% del total de la muestra.

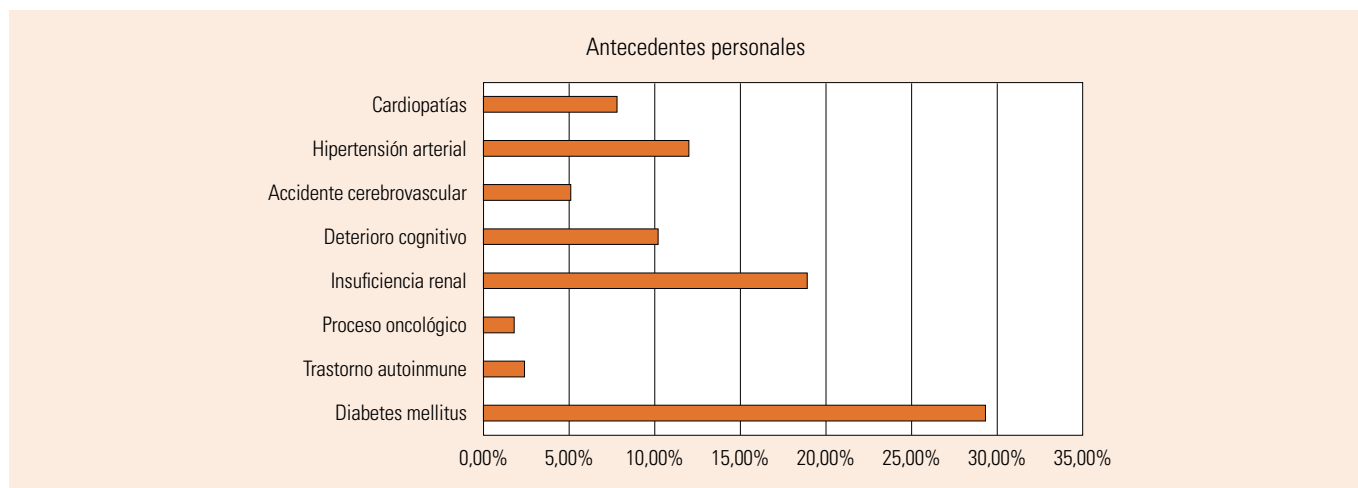


Figura 1. Antecedentes personales más prevalentes en los pacientes incontinentes institucionalizados del estudio.

Fuente: elaboración propia.

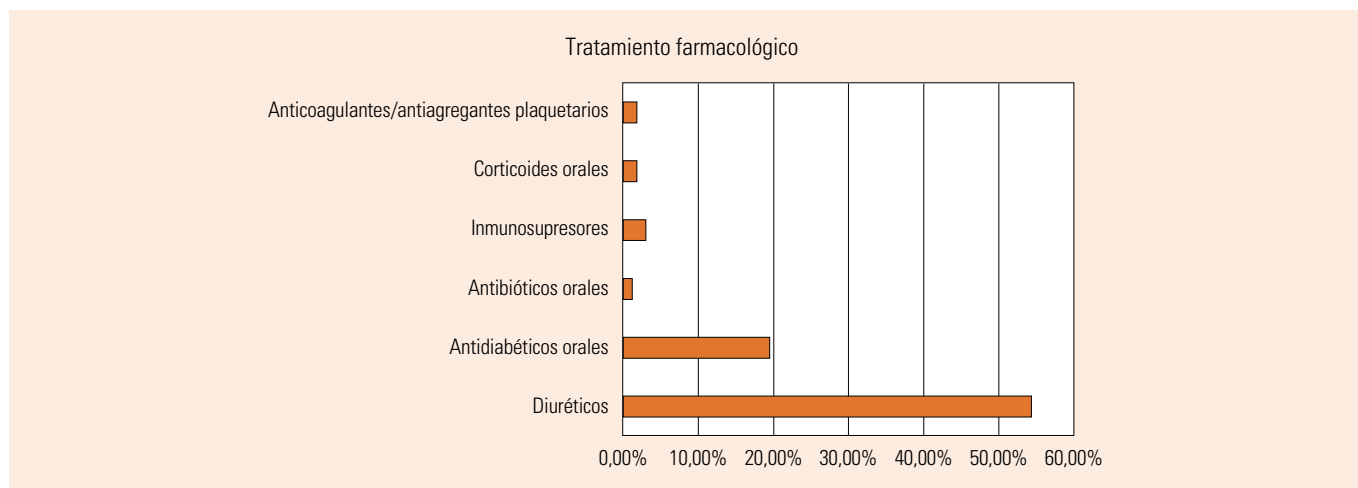


Figura 2. Tratamientos farmacológicos más prevalentes en los pacientes incontinentes institucionalizados del estudio.

Fuente: elaboración propia.

Sobre las medidas preventivas utilizadas en los pacientes con incontinencia

Si analizamos el método de higiene llevado a cabo, obtenemos que el tipo de higiene más extendida es el agua y jabón en un 54,3%, no siendo en ningún caso jabón específico para lavado de zona genitales. En un 31,7% de los casos, el método son las toallitas jabonosas, y solo en un 25,6% se utilizó un jabón 3 en 1 junto a toallitas secas, específico de la zona genital de higiene en seco. Se registraron pacientes que alternaban la higiene con agua y jabón junto a las toallitas jabonosas, según disponibilidad durante el aseo, no siendo la elección del método según el tipo de incontinencia o producto barrera protector.

El único método de manejo de la incontinencia fue la utilización de absorbentes. Un 65,9% con utilización de absorbentes de día, en un 81,1% de absorbentes de noche y un 45,1% de absorbentes supernoche con una media de 3,7 cambios diarios (IC95%, 3,56-3,89) y un rango entre 1 y 6.

En un 74,4%, la marca del absorbente fue la misma, es decir el 9 de cada 10 residencias tuvieron la misma marca y modelos de absorbentes, tan solo un centro sociosanitario utilizó una marca distinta.

Tras la higiene y aseo, se evaluaba qué tipo de protector cutáneo se aplicaba a la piel. Las dos opciones que se seleccionaron como criterio de inclusión en el estudio fueron la pomada de óxido de zinc o las PBNI y los resultados mostraron una distribución equitativa entre ambos grupos. En un 52,4% de los casos se utilizó de manera única la PBNI y en un 47,6% la pomada de óxido de zinc. Respecto al porcentaje de zinc que contenía la pomada, el utilizado en todos los casos fue del 21%.

Sobre las complicaciones derivadas de la incontinencia que presentan los pacientes

De la muestra obtenida, 4 personas institucionalizadas, es decir el 2,4%, mostraron infección urinaria en el momento de ser evaluadas, y tan solo se documentó 1 evento de gastroenteritis aguda.

Las complicaciones derivadas de la incontinencia que más se exploraron, sobre la base de las ya reflejadas en la literatura científica, fueron dolor, prurito, quemazón, dermatitis, eritema y ardor. A lo largo del seguimiento del estudio, 6 semanas, el prurito fue el síntoma más referido, en un 3,7%, seguido de eritema, en un 2,4%, y la sensación de quemazón, en un 1,8%.

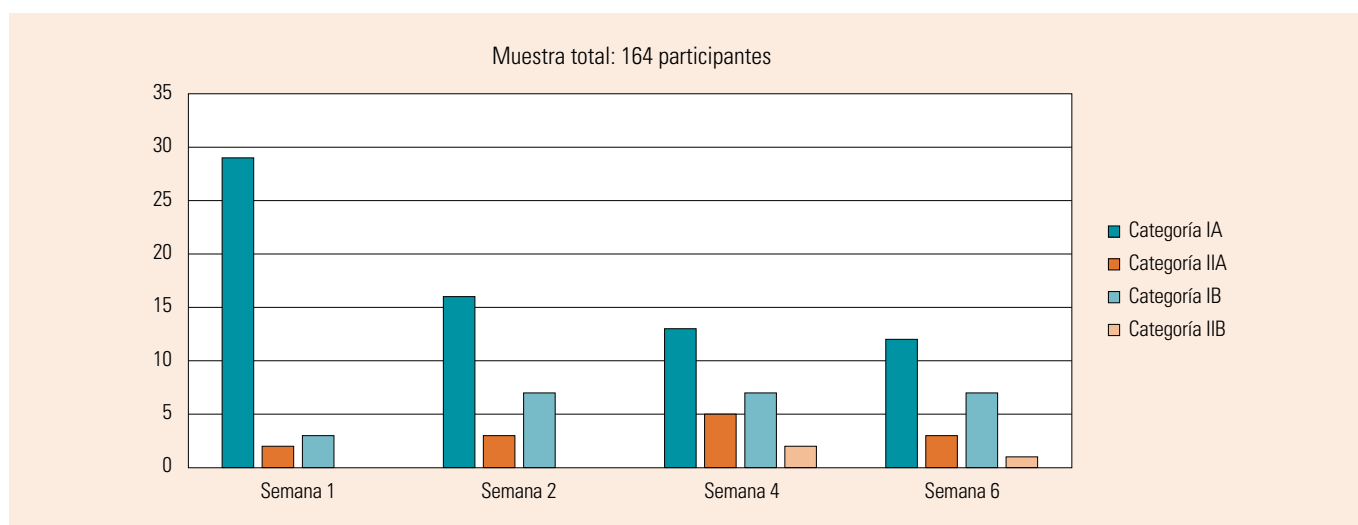


Figura 3. Frecuencia de incidencia de lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) y su categorización.

Fuente: elaboración propia.

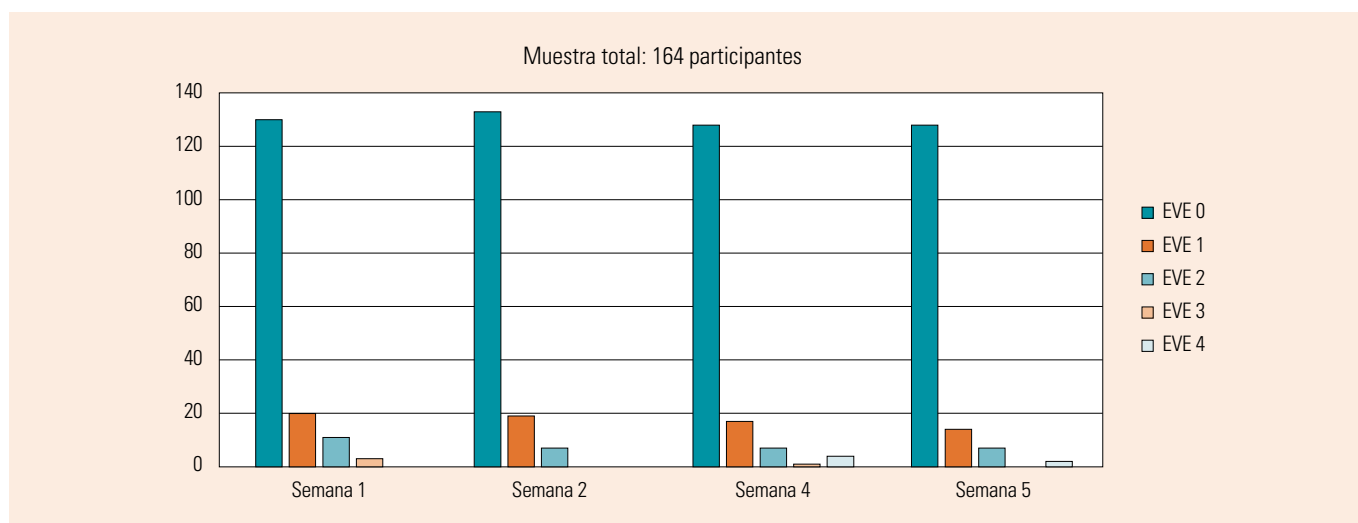


Figura 4. Frecuencias de dermatitis asociada la incontinencia (DAI) según la escala EVE

Fuente: elaboración propia.

Estas complicaciones generaron malestar en el paciente, pero no llegaron a manifestarlas como dolorosas mediante la escala numérica del dolor.

Además de estas complicaciones asociadas a la incontinencia, 3 pacientes llegaron a desarrollar LPP en este contexto de incontinencia suplida con absorbentes. Dos fueron identificados en categoría I y uno en categoría II. Es decir, el 1,8% de los pacientes incontinentes desarrolló una LLP.

El 98,8% de las complicaciones no requirieron asistencia médica para valoración o tratamiento.

Sobre la incidencia de lesiones asociadas a la humedad por incontinencia urinaria y/o incontinencia mixta en la muestra

La incidencia de lesiones por humedad asociadas a la incontinencia en esta muestra de estudio multicéntrica fue del 20,7%. Una de cada 5

personas, durante las 6 semanas de seguimiento que duró el estudio, desarrolló una LESCAH.

En la figura 3 se muestran las frecuencias de incidencia de LESCAH y su categorización en las 4 mediciones realizadas a lo largo de las 6 semanas de seguimiento de las cohortes. Como se puede ver, la mayor incidencia se detecta a la primera semana con la primera medición, con un 20,7% en total, siendo en su mayoría, en un 17,7%, de categoría IA. La incidencia en las semanas sucesivas desciende en un 15,9, 16,5 y 14%, que se corresponden con las mediciones a la segunda, cuarta y sexta semanas de seguimiento. En la incidencia para categorizaciones superiores, como 2B, tan solo se detectaron 2 casos en la semana 4, y 1 caso en la semana 6.

Estos datos van en sonoridad con la medición de la existencia y categorización de severidad del eritema mediante la escala EVE, que tal y como se muestra en la figura 4, que la incidencia máxima detectada fue de un 12,2% para un EVE 1 (poco eritema, casi imperceptible) en la primera medición.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio ha sido determinar el perfil de los pacientes institucionalizados con incontinencia (urinaria y/o mixta) en residencias de ancianos de los distritos sanitarios Jaén-Jaén Sur, Jaén Norte y Cádiz.

En una investigación previa realizada por Rodríguez Palma⁸ se identificaron 8 factores de riesgo que predisponen a la aparición de DAI: deterioro cognitivo o alteración del nivel de conciencia, uso de medicación, estado de salud deteriorado, uso de dispositivos absorbentes, cuidados de la piel inapropiados y alteración de la oxigenación tisular. Algunos de estos factores descritos por este autor van en consonancia con el perfil sociodemográfico detectado en este estudio respecto a los antecedentes personales más prevalentes de deterioro cognitivo, disminución de la movilidad y la doble incontinencia.

De igual manera, la diabetes mellitus, una de las patologías más prevalentes en la muestra estudiada también es considerada en otros estudios como factor de riesgo de desarrollo de DAI¹⁴⁻¹⁷.

Si atendemos al sexo, Kottner et al., en 2014¹⁴, también detectaron que la prevalencia es mayoritaria en mujeres en una proporción similar a la de este estudio, con un 75,1%. Bliss et al.¹⁵ y Rohwer et al.¹⁶, por el contrario, no encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la distribución por sexo, siendo la distribución más homogénea.

Otro de los AP más prevalentes en esta muestra de pacientes incontinentes institucionalizados, es la presencia de deterioro cognitivo y concretamente en estadio moderado-grave. Dato que va en consonancia con el tipo de pacientes reportados por otros estudios^{5,18}. Pero, aunque se detecte como una de las patologías más presentes en pacientes incontinentes, hay quien afirma que no existe diferencia significativa en el desarrollo de una DAI con respecto al grupo de pacientes incontinentes que no tienen deterioro cognitivo¹⁵.

Los antidiabéticos orales o diuréticos son los fármacos más prevalentes en la muestra de incontinentes que desarrollan DAI en este estudio, pero según la literatura existente⁸ no se pueden demostrar una relación clara en el papel que juegan éstos medicamentos en el desarrollo de la DAI. En estudios preliminares, se sugiere que ciertos fármacos como antibióticos, esteroides, inmunosupresores, etc., o sus metabolitos, al ser excretados por orina o heces, podrían afectar a la flora intestinal afectando la barrera cutánea protectora de la piel, pero se precisa de más líneas de investigación futuras en este campo⁸.

Al valorar el estado nutricional, en este estudio se detecta que el 95% de los pacientes tuvieron entre 14 y 16 puntos, lo que sugiere un estado de malnutrición. Aunque hay estudios que reportan que la necesidad de precisar soporte nutricional tiene un 20% más de probabilidad de desarrollar una DAI¹⁸ y se sabe que la nutrición es un factor coadyuvante ya que disminuye la tolerancia tisular⁸, los datos de malnutrición que reporta este estudio no se pueden tomar como fiables. El estado nutricional se midió con el MNA sin formación previa de los investigadores colaboradores responsables de la recogida de este dato, a diferencia del resto de las que sí se hizo: escala Braden, índice de Barthel, PAT y la evaluación del eritema según la escala EVE. Además de la categorización de las LCRD, certificándose con el diploma de superación del Sistema de Entrenamiento en la Clasificación de Lesiones Adquiridas Relacionadas con la Dependencia (SECLARED).

En 2018 se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado (ECA) en Portugal para evaluar el efecto de las pomadas de óxido de zinc y las PBNI

en la prevención de la dermatitis asociada a la incontinencia en pacientes ingresados en una clínica médica¹⁹ y se evidenció un perfil sociodemográfico muy similar al realizado en España en este estudio. El 62% fueron mujeres, la comorbilidad más frecuente fue la diabetes mellitus seguida de las infecciones del tracto urinario, deterioro cognitivo y accidentes cerebrovasculares. El uso de diuréticos y de antibióticos orales fueron los tratamientos más reportados. La frecuencia de cambios de absorbentes también fue similar, siendo este caso 3 absorbentes diarios, con una variación mínima de 2,84 y máxima de 3,03. Y respecto a la incidencia global de DAI, este ECA identificó un porcentaje algo más elevado, un 44%, pudiéndose atribuir a la situación basal de sus pacientes, ya que estos estaban ingresados en una clínica médica y los de este estudio se encontraban institucionalizados en centros sociosanitarios¹⁹.

Nuestra incidencia va en sonoridad con el 6º Estudio nacional de prevalencia en España de LCRD realizado por el GNEAUPP²⁰, que publicó que, de las lesiones reportadas en pacientes institucionalizados, en un 17,5% de esas lesiones el agente causal era la humedad, con más prevalencia la categoría IA. Y también con otro estudio realizado sobre centro sociosanitarios en Lleida en 2021²¹, que establecía la prevalencia de DAI en pacientes incontinentes institucionalizados en un 21,87%.

CONCLUSIONES

- La media de edad de los pacientes incontinentes institucionalizados es de 85,7 años, estando la incontinencia fecal añadida en más de 1 de cada 2 personas con incontinencia urinaria. La distribución por género es más predominante en la mujer. Siete de cada 10 pacientes incontinentes son mujeres.
- Es un perfil de paciente con un riesgo bajo-moderado de desarrollar DAI (según escala PAT) con un riesgo medio de desarrollar LPP (con escala Braden) y un nivel de dependencia es severo (I. Barthel).
- Los diagnósticos médicos concomitantes más importantes son la diabetes mellitus (1 de cada 3 personas) y la insuficiencia renal (1 de cada 5 personas). Antecedentes que concuerdan con los tratamientos farmacológicos más presentes, que son los antidiabéticos orales y los diuréticos.
- El método de higiene más extendido, en un 54,3% de los casos, ha sido el agua y jabón tradicional, y el tratamiento de protección posterior a la higiene fue indistintamente en una proporción equitativa la PBNI y la pomada de óxido de zinc.
- El único método para manejo de la incontinencia fue el uso de absorbentes.
- Las principales complicaciones derivadas de la incontinencia recogidas fueron el prurito, eritema y sensación de quemazón, aunque no llegaron a requerir asistencia médica en un 98,8% de los casos.
- Más de un 20% de los pacientes (1 de cada 5) desarrolló una LESCAH. Además, el 1,8% de los pacientes incontinentes, desarrolló una LPP ■

Agradecimientos

Organismo financiador FIBAO (Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental). Alejandro Otero. Código de Proyecto AP-0312-2022.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torra-i-Bou JE, Rodríguez-Palma M, Soldevilla-Agreda JJ, García-Fernández FP, Sarabia Lavín R, Zabala Blanco J, et al. Redefinición del concepto y del abordaje de las lesiones por humedad: Una propuesta conceptual y metodológica para mejorar el cuidado de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH). *Gerokomos*. 2013;24:90-4.
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;34:45-54; quiz 55-6.
3. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. 3.ª ed. Serie Documento Técnico GNEAUPP nº II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño: GNEAUPP; 2021.
4. Miner PB Jr. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. *Gastroenterology*. 2004;126(1 Suppl 1):S8-13.
5. Bliss DZ, Savik K, Thorson MA, Ehman SJ, Lebak K, Beliman G. Incontinence-associated dermatitis in critically ill adults: time to development, severity, and risk factors. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2011;38:433-45.
6. Rodríguez-Palma M, Verdú-Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ, García-Fernández FP. Dermatitis asociada a la incontinencia. *Rev ROL Enferm*. 2018;41:768-76.
7. Zapata-Sampedro MA, Castro-Varela L, Tejada-Caro R. Lesiones por humedad: revisión de conocimientos. *Enferm Global*. 2015; 14:325-34.
8. Rodríguez-Palma M. Revisión sistemática de los factores relacionados con la Dermatitis asociada a la incontinencia. Propuesta de un nuevo modelo teórico. Alicante: Universidad de Alicante; 2015.
9. Beguin AM, Malaquin-Pavan E, Guihaire C, Hallet-Lezy AM, Souchon S, Homann V, et al. Improving diaper design to address incontinence associated dermatitis. *BMC Geriatr*. 2010;10:86.
10. Gray M. Optimal management of incontinence-associated dermatitis in the elderly. *Am J Clin Dermatol*. 2010;11:201-10.
11. Gray M, Beecham D, Bliss DZ, Fader M, Logan S, Junkin J, et al. Incontinence-associated dermatitis: a comprehensive review and update. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2012;39:61-74.
12. Pérez-Díaz J, Ramiro-Fariñas D, Aceituno-Nieto P, Escudero-Martínez J, Bueno-López C, Castillo-Belmonte AB, et al. Un perfil de las personas mayores en España, 2023. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red. 2023.
13. García-Ruiz, MP. Efectividad de películas de barrera no irritantes y pomada con óxido de zinc: revisión exploratoria. *Gerokomos*. 2022;33:45-52.
14. Kottner J, Blume-Peytavi, Lohrmann C, Halfens R. Associations between individual characteristics and incontinence-associated dermatitis: a secondary data analysis of a multicentre prevalence study. *Int J Nurs Stud*. 2014;51:1373-80.
15. Bliss DZ, Zeher 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;52:46-55.
16. Rohwer K, Bliss DZ, Savik K. Incontinence-associated dermatitis in community-dwelling individuals with fecal incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013;40:181-4.
17. Long MA, Reed LA, Dunning K, Ying J. Incontinence-associated dermatitis in a long-term acute care facility. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2012;39:318-27.
18. Bliss DZ, Savik K, Harms S, Fan Q, Wyman JF. Prevalence and correlates of perineal dermatitis in nursing home residents. *Nurs Res*. 2006;55:243-51.
19. Goulart Constant Alcoforado CL. Efeito da pomada de óxido de zinco e película de barreira não irritante na prevenção da dermatite associada à incontinência em idosos hospitalizados: ensaio clínico randomizado. Tesis doctoral. Belo horizonte: Universidade federal de minas gerais. Escola de Enfermagem; 2018.
20. Torra-Bou JE, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, López-Franco MD, García-Fernández FP. Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en residencias de mayores y centros sociosanitarios de España: resultados del 6.º Estudio Nacional del GNEAUPP 2022. *Gerokomos*. 2023;34: 269-76.
21. Alexandre-Lozano S, Barallat-Gimeno E, Torra-Bou JE, García-Martínez E, Blanco-Blanco J. Adaptación transcultural y validación psicométrica en lengua española de la escala Perineal Assessment Tool para la evaluación de la dermatitis por incontinencia. *Gerokomos*. 2020;31:241-7.