

Incontinência e úlceras por pressão

Julho 2006



TRADUCCION:
LOURDES MUÑOZ HIDALGO

DUE. Enfermeira de Família
Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas (Coimbra, Portugal)
Responsável de Enfermagem pela Área de Diabetes e Pé Diabético
Especialista no Cuidado e Tratamento de UPP e Feridas Crónicas pelo GNEAUPP
Membro do GNEAUPP, EWMA e GAIF

O PRESENTE DOCUMENTO TÉCNICO DE CONSENSO FOI ELABORADO ENTRE ENERO E JUNHO DE 2005

Grupo de Especialistas

- **FRANCISCO PEDRO GARCÍA FERNÁNDEZ**
Enfermeiro. Supervisor de Calidad y Formación.
Complejo Hospitalario de Jaén. Miembro Comité Director GNEAUPP
- **PILAR IBARS MONCASÍ**
Enfermeira. Supervisora Unidad de Nefrología.
Hospital Arnau de Vilanova. Lleida. Miembro Comité Director GNEAUPP
- **FERNANDO MARTÍNEZ CUERVO**
Enfermeiro. Residencia Mixta de Ancianos del ERA.
Gijón (Principado de Asturias). Miembro Comité Director GNEAUPP
- **ESTRELLA PERDOMO PÉREZ**
Enfermeira. Centro de Salud “Miller Bajo”.
Las Palmas de Gran Canaria. Miembro Comité Director GNEAUPP
- **MANUEL RODRÍGUEZ PALMA**
Enfermeiro. Residencia de Mayores “José Matía Calvo”. Cádiz.
Miembro Comité Director GNEAUPP
- **JUSTO RUEDA LÓPEZ**
Enfermeiro. CAP Terrassa Nord. Consorci Sanitari de Terrassa, Miembro Comité Director GNEAUPP
- **J. JAVIER SOLDEVILLA ÁGREDA**
Enfermeiro. Unidad de Gestión Clínica en Enfermedades Infecciosas y Medicina Preventiva. Hospital de La Rioja. Profesor de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería de Logroño. Universidad de La Rioja. Director GNEAUPP
- **JOSÉ VERDÚ SORIANO**
Enfermeiro. Profesor Titular del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante.
Miembro Comité Director GNEAUPP

REVISORES

- **ELENA SANTAMARÍA ANDRÉS**
Enfermeira. Supervisora. Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora y Dermatología. Ciutat Sanitaria i Univesitaria de Bellvitge. L’Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Miembro Comité Director GNEAUPP
- **CARMEN BLASCO GARCÍA**
Enfermera UFFIS-Geriatria. Hospital Univesitari German Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. Miembro Comité Director GNEAUPP

Submetido o projecto à reunião plenaria do Comité Director del GNEAUPP, foi aprobado o documento en Cercedilla (Madrid) el día 12 de Junio de 2006.

Como citar este documento:

García Fernández, FP; Ibars Moncasi P; Martínez Cuervo F; Perdomo Pérez E; Rodríguez Palma M; Rueda López J; Soldevilla Ágreda, JJ; Verdú Soriano J. Incontinencia y Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid. 2006

© 2006 GNEAUPP – 1ª edición

ISBN-10: 84-690-0926-5

Edición y producción : LABORATORIOS INDAS S.A.

Depósito Legal : M-39600-2006

Imprenta: Numancia Artes Gráficas



Índice de conteúdos

0. AGRADECIMENTOS

1. INTRODUÇÃO

2. OBJECTIVOS

3. A PELE

3.1 Estrutura, função e transtornos da barreira cutânea

3.2 Características especiais da pele do idoso

4. INCONTINÊNCIA E ÚLCERAS POR PRESSÃO

4.1 Breve definição dos termos

4.2 Importância do problema. Epidemiologia

4.3 A incontinência nas Escalas de Valoração do risco de desenvolver UPP

4.4 Controvérsias na classificação das úlceras por pressão: diferenças entre UPP e lesões por “humidade”

5. IMPACTO DA INCONTINENCIA-EXCESSO DA HUMIDADE NA BARREIRA CUTÂNEA

5.1 Identificação dos grupos de especial risco

5.2 Incontinência e desenvolvimento de lesões na pele

5.3 O excesso de exsudado nas feridas e o estrago na pele perilesional: maceração

5.4 Avaliação da pele exposta à urina e fezes: indicadores e técnicas de medida

6. DIAGNÓSTICOS NANDA, RESULTADOS NOC E INTERVENÇÕES NIC RELACIONADAS COM A INCONTINÊNCIA E AS ÚLCERAS POR PRESSÃO

7. PREVENÇÃO: COMO MANTER A PELE SAUDÁVEL E LIVRE DE LESÕES EM UTENTES INCONTINENTES

7.1 Sobre a utilização de água e sabão

7.2 Sobre os produtos de limpeza utilizados para a pele

7.3 Sobre os ácidos gordos hiperoxigendos

7.4 Sobre as substâncias emolientes e hidratantes

7.5 Sobre os produtos de barreira

7.6 Sobre a utilização de produtos absorventes

7.7 Sobre outras intervenções

8. ALGORITMO DE PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR INCONTINÊNCIA

9. ALGORITMO DO TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR INCONTINÊNCIA

10. BIBLIOGRAFIA

0. AGRADECIMENTOS

Queremos agradecer ao LABORATORIOS INDAS S.A., a concessão da bolsa científica que favoreceu o desenvolvimento do presente documento técnico do GNEAUPP nº X sobre incontinência e úlceras por pressão.

1. INTRODUÇÃO

A incontinência, seja ela urinária, fecal ou uma combinação das duas, sempre foi tradicionalmente relacionada com as úlceras por pressão (UPP), estando presente na maior parte das escalas da avaliação de risco de desenvolver UPP (EVRUPP) a incontinência ou a humidade da pele como um fator de risco para ter em conta.

Contudo, e pelo avanço no conhecimento da etiologia das lesões por pressão e por incontinência, a relação entre estes dois problemas tornou-se um tema controverso e criou discussão entre os especialistas na cura de feridas.

Apareceram algumas publicações que tentaram tomar partido na classificação e/ou diferenciação entre as lesões por incontinência e as upp, e inclusive, alguns autores¹, indicam que deveria considerar-se um novo sistema de classificação de lesões.

Por isto desde o GNEAUPP foi tida em conta a proposta de trabalhar num documento sobre esta matéria, com a finalidade de dar resposta aos objetivos definidos a continuação.

2. OBJECTIVOS

Os objetivos do presente documento são:

- Aprofundar, atualizar e difundir o conhecimento das relações causais entre a incontinência e as úlceras por pressão.
- Revisar as ações preventivas derivadas e as especificidades da abordagem terapêutica das lesões nas que prevalece esta etiologia.

3. A PELE

3.1 Estrutura, função e transtornos da barreira cutânea

A pele ou estrutura cutânea (do latim cutis) é o órgão mais extenso do nosso corpo, a sua superfície atinge aproximadamente os dois metros quadrados e constitui o 16% do peso corporal; apresenta como particularidade a capacidade de regenerar-se a si própria. No entanto, é tão acessível e está presente em tantas das nossas percepções que no que respeita aos cuidados é a grande esquecida.

As principais funções da pele passam pela proteção perante agressões: físicas, tais como as radiações ultravioletas; químicas, evitando a absorção de substâncias tóxicas; mecânicas, como as contusões e os corpos estranhos; e biológicas, impedindo a proliferação de gérmes.

Outra das funções é a de relacionamento com o meio através das diferentes terminações nervosas que proporcionam sensações de frio ou calor, de pressão (tacto) e também de dor e mal-estar.

Ajuda a manter o equilíbrio interno através do controlo da temperatura, gerando a transpiração em situação de calor e a pilo ereção quando existe frio, ou o controlo hidroelectrolítico que repercute na perda de iões.

A nível metabólico, a pele reage ante o contacto com agentes patógenos com uma série de mecanismos relacionados com a resposta imunológica. Na pele é sintetizada a vitamina D, cujo défice ocasiona má absorção das sais de cálcio e fósforo e hipotonia muscular e ligamentoso.

A pele consta de três camadas presentes nas diferentes localizações do corpo, embora possam variar de espessura dependendo da zona. As características e funções de cada uma estão diferenciadas. São de fora para dentro as seguintes: epiderme, derme e hipoderme ou tecido subcutâneo.

A **epiderme** é a camada mais superficial, desenvolve uma função de barreira e através dela comunica-se com o exterior. Da sua invaginação surgem as glândulas sudoríferas, os folículos pilosos e outros anexos cutâneos. O 80% das células da epiderme são os queratinocitos, responsáveis pela síntese de queratina, são necessários entre 26 e 42

dias para que um queratinocito recém formado se transforme em placa de queratina. A queratina forma o estrato córneo da epiderme que constitui a capa protetora e se mantém unida pela presença de ceramidas, colesterol, ácidos gordos livres e desmossomos que atuam como âncoras.

A *capa ácida gorda* está formada pela emulsão das secreções das glândulas sudoríferas e sebáceas, pelos restos de descamação das células epidérmicas da camada córnea e por substâncias que procedem do meio ambiente. Funciona como cosmético natural da pele que cobre e protege a epiderme lubrificando-a; tem propriedades hidratantes e emolientes. O pH ácido da pele pode variar segundo as características da película hidrolipídica modificada pela mudança na transpiração, na secreção sebácea, pela ação da flora cutânea ou pelos hábitos higiénicos. Na higiene e cuidado cutâneo, convém favorecer o equilíbrio e as condições necessárias para evitar agredir este meio, assim como para respeitar o microclima natural da pele ³⁻⁷.

A camada media é a **derme** na que encontramos os anexos epidérmicos, vasos sanguíneos, nervos e terminações nervosas, bem como abundantes fibras de colagénio e em menor proporção fibras de elastina, responsáveis por aportar resistência à pele.

A derme está composta por uma matriz de polissacarídeos e proteínas que formam uma substância fundamental de macro moléculas que possuem uma alta capacidade de armazenarem água, podendo conter até 1.000 vezes o seu próprio volume de água. Os principais polissacarídeos são os glicosaminoglicans, que estão unidos a moléculas de proteínas para formar proteoglicanos e possuem uma forte carga negativa. Os principais glicosaminoglicans da pele são o ácido hialurónico, a condroitina e o dermatan sulfato.

A camada mais profunda é a **hipoderme ou tecido celular subcutâneo**, formada especialmente por tecido adiposo e rede subcutânea de artérias e veias. A hipoderme se configura como o grande depósito de gordura do organismo.

Além da função de reserva serve de almofada mecânica perante as agressões externas ao absorver traumatismos (entre os que se encontram as forças de tração ou cisalhamento) e proporciona isolamento térmico, evitando a perda de calor ².

O contacto da pele com a humidade procedente da urina, das fezes, da transpiração ou inclusive do exsudado das feridas geram modificações na estrutura e na função que a define, alterando a barreira cutânea e provocando a rotura.

Entre as repercussões que podemos enunciar estão:

- A irritação química pela urina e pelo sabão utilizado.
- A irritação cutânea pela ação das lipasas e proteasas fecais.
- A maceração por excesso de humidade.
- A dermatite por hidratação.
- A formação de gretas pelo aumento do coeficiente de fricção.
- A denudação pela lavagem e secagem frequente e por arraste.
- As colonizações bacterianas e fúngicas.

Quando presentes conjuntamente a incontinência urinária e fecal os efeitos secundários à irritação cutânea se potencializam.

A permanência do estrato córneo em contacto com humidade, detergentes, etc. favorecem a perda da impermeabilidade da pele, a degradação da substância hidrófoba de união entre a queratina, o aumento da absorção de água por parte da queratina, acrescentando o seu volume e amolecendo, sendo assim mais suscetível a novos traumatismos e/ou às agressões bacterianas ou micóticas.

A complexidade da pele fica representada na relação entre as diferentes estruturas que convivem e nas peculiaridades das funções que desenvolve. Podemos assim falar duma pele que nos isola e defende de agressões externas, que nos protege ante a possibilidade de uma perda descontrolada de água ou outras substâncias corporais e que ao mesmo tempo serve para nos relacionar com os outros 2.

3.2 Características especiais da pele do idoso

A pele do idoso é qualitativamente diferente da pele do adulto mais novo, pelo que os idosos apresentam um alto risco de sofrer danos na pele.

As diferenças mais significativas são :

- A epiderme apresenta uma diminuição da espessura potenciando a sua fragilidade. A origem está numa diminuição do processo de mitose celular dos queratinocitos, da sua vida média e da desorganização celular.
- Maior permeabilidade que permite a passagem exterior e aumenta a fricção.
- Maior secura por diminuição da quantidade e qualidade da transpiração e da capa ácida gorda.
- Alteração na pigmentação cutânea por alteração da melanina.
- Fragilidade capilar, diminuição do fluxo sanguíneo, alteração da termorregulação e deterioro da rede nervosa.
- Perdas nas alterações mecânicas da pele (elasticidade e recuperação).
- Modificações na união dermo-epidérmica (membrana basal da derme) favorecendo o aparecimento de hematomas sub epidérmicos provocados por pequenos traumatismos.
- Mudanças e modificações nos anexos cutâneos.

No idoso, os cuidados da pele devem ser nímios pelas peculiaridades derivadas das modificações estruturais e funcionais resultantes da passagem do tempo.

4. INCONTINÊNCIA E ÚLCERAS POR PRESSÃO

4.1 Breve definição dos termos

A perda involuntária de fezes ou urina se designa como incontinência, a qual passamos a definir a continuação.

4.1.1 Se designa **incontinência urinária (IU)** a perda involuntária de urina determinável objetivamente, que se produz num momento e lugar inadequados, provocando na pessoa que a sofre um problema higiénico, social e psíquico, bem como uma importante limitação da sua atividade laboral, educacional, familiar e individual ¹⁰.

Não existe consenso internacional sobre a frequência com que se produzem os episódios de incontinência. Segundo Martínez et al.: “...Campbell y Sommer entendem como incontinente à pessoa que tenha experimentado

uma única perda no último ano. A quantificação que realizam outros autores para considerar uma pessoa incontinente encontra entre os valores refletidos anteriormente...” 11.

Ao invés, quando falamos da classificação da incontinência urinária sim existe um consenso internacional que a divide em dois grandes grupos: a incontinência aguda ou transitória e a incontinência crónica ou estabelecida. A primeira, apresenta uma evolução curta no tempo (inferior a quatro semanas), não convive com alterações estruturais do sistema urinário e uma vez limitada a causa (confusão mental agudo, poli medicação, processos infecciosos, etc.) cessará a incontinência. A segunda prolonga-se por cima das quatro semanas de evolução e apresenta alterações estruturais do sistema urinário ou fora dele. À sua vez, a incontinência crónica ou estabelecida está subdividida em 12:

- Incontinência urinária de urgência (incapacidade para atrasar o esvaziamento).
- Incontinência urinária de stress (por aumento brusco e momentâneo da pressão intra abdominal).
- Incontinência urinária por transbordamento.
- Incontinência urinária funcional (incapacidade física ou falta de vontade para recorrer à casa de banho).
- Incontinência urinária total (falta completa do controlo da micção).

4.1.2 Se designa **incontinência fecal** como a incapacidade para controlar a saída de gases ou fezes pelo ânus, caracteriza-se pela evacuação involuntária das mesmas devido a uma mudança nos hábitos normais de eliminação.

A incontinência fecal se classifica em cinco grandes grupos:

- Por transbordamento (derivado da presença de fecalomas, por estase, poli medicação ou tumor rectal).
- Por alteração da função anorretal (derivada de doenças que afetam o esfíncter anal ou secundária à cirurgia)
- Por sobrecarga do esfíncter (por processos diarreicos, doença inflamatória intestinal ou bem induzida por medicação).

- Neurogénica (alterações do sistema nervoso central).
- Funcional (incapacidade física ou falta de vontade para recorrer à casa de banho)

4.1.3 Incontinência mista ou dupla incontinência, faz referência à presença num mesmo indivíduo de ambos tipos de incontinência (urinária e fecal) em qualquer das suas apresentações. Pouco frequentemente, podemos encontrar o termo na literatura referido à combinação de incontinência urinária de urgência e de stress.

4.1.4 Úlceras por pressão se definem como uma área lesada localizada na pele e nos tecidos subjacentes causado por pressão, fricção, tração ou a combinação das mesmas ^{1,13,14}.

O Grupo Nacional para o Estudo e Assessoramento em Úlceras Por Pressão e Feridas Crónicas ¹⁵ recomenda desde 1997, mantendo a revisão de 2003, como ferramenta que permite a comunicação e avaliação, um sistema de Classificação -Estadiamento das Úlceras por Pressão, em conformidade com o preconizado pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Development Conference (NPUAP, 1989), o Wound Ostomy and Continence Nurse Society (WOCNS) e a International Association of Enterostomal Therapy (IAET 1988), por serem os sistemas mais difundidos a nível internacional, aceites e em processo de revisão permanente.

Aceite, hoje, em todos os continentes, estão estabelecidos quatro graus/estágios/estádios para as úlceras por pressão que se podem observar no Documento Técnico nº II Classificação -Estadiamento do GNEAUPP ¹⁵).

4.2 Importância do problema. Epidemiologia

A prevalência de IU afeta, a nível mundial, 50 milhões de pessoas, aproximadamente, sendo espanholas 2.5 milhões das mesmas ¹⁶; outros autores rebaixam este algarismo a um intervalo entre 600.000 e 2.300.000 afetados em Espanha¹⁷.

A Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) indica que a prevalência de IU afeta o 25% das mulheres entre 15 e 65 anos. O Instituto Carlos III num estudo sobre a incontinência urinária em pessoas não institucionalizadas maiores de 65 anos encontrou que o 14.5 % dos homens e o 16.1% das mulheres padecem incontinência no nosso país. Deles o 13.3 % tem uma idade compreendida entre os 65 e os 74 anos, o 16.3% entre 75 e 84 anos e o 26.3% mais de 84 anos¹¹.

Segundo outros autores, a prevalência de IU em maiores de 65 anos oscila entre o 15 e o 36%, em idosos institucionalizados, os números variam entre o 40 e 60%, dos quais os 33.7% são idosos internados em unidades de longa duração.

No nosso país, Martínez Agulló ¹¹ e colaboradores sustentam que o 1% das pessoas com idades compreendidas entre 35-44 anos tem perdas involuntárias de urina com carácter ocasional; no 8% dos compreendidos entre 35-44 anos as perdas involuntárias se produzem com maior frequência; e no 12% dos maiores de 55 e mais anos as perdas são muito frequentes, sendo diárias em quase o 40% das pessoas.

A taxa de mortalidade do utente incontinente é baixa mas a morbilidade e diminuição da qualidade de vida são importantes. Sete de cada dez utentes tardarão no mínimo 4 anos em recorrer aos serviços de Saúde para solicitar ajuda.

A abordagem precoce poderia solucionar o 50% dos casos e/ou melhorar outro 20%. Por este motivo, é primordial a identificação do problema, pelo que é importante a motivação e atitude dos profissionais¹⁸.

Concernente ao custo económico sabemos que supõe o 2% do orçamento sanitário nos países desenvolvidos^{19,20}, deste orçamento o 90% se deve a acessórios (absorventes, fraldas, sondas,...), o 2% a diagnóstico e tratamento e o 8% a estadias hospitalares e cuidados básicos²¹. Se estima que aproximadamente o 25% dos idosos com incontinência urinária necessita de uma terceira pessoa para realizar a higiene pessoal.

Os custos da incontinência urinária não são desconhecidos, se calcula que uma pessoa com incontinência gasta uns 1.000 euros anuais só em absorventes, sem considerar outros produtos necessários para o cuidado da pele.. Em 2000 os

absorventes de incontinência urinária foram mais de 33-000 milhões das antigas pesetas, sendo o 97.5% de todos os absorventes de incontinência urinária imputáveis ao grupo de reformados²².

Devemos recordar que existem custos diretos e indiretos. Os primeiros são derivados do diagnóstico, tratamento cirúrgico ou farmacológico, ajudas técnicas, pessoal, tempo de trabalho e cuidados básicos. Os custos indiretos se devem à perda de produtividade laboral que produz invalidez do incontinente tanto no mesmo como nos cuidadores, e cujo impacto económico varia em função da idade da pessoa afetada.

Na literatura científica existem poucos dados que falem da problemática específica da incontinência fecal (IF) e mista. Estima-se que a IF afeta aproximadamente ao 2% da população adulta²³. Outro estudo, realizado através de um questionário administrado no Reino Unido a mais de 10.000 pessoas cifra a IF, com uma frequência de apresentação de várias vezes pelo menos, em 5.7% para as mulheres e dum 6.2% para os homens maiores de 40 anos que vivem nas suas casas.

Outro dado obtido é que o 0.7% padece uma IF incapacitante, afetando em grande medida a sua qualidade de vida. Alguns estudos cifram a percentagem de upp em pessoas com IF num 56,7%. Também, o padecer uma incontinência fecal supõe ter um 22% mais risco de padecer uma upp⁹.

Distintos autores^{24,25} estimam que a IF pode chegar originar riscos para a integridade da pele ainda maiores que a IU, potenciando-se quando se trata de incontinência mista.

Como vimos na IU, existe maior risco de IF e de incontinência mista em utentes institucionalizados.

4.3A incontinência nas Escalas de Valoração do Risco de desenvolver UPP

Desde que Doreen Norton ²⁶ desenvolveu em 1962 a primeira escala de valoração do risco de desenvolver úlceras por pressão (EVRUPP), na que incluiu a incontinência como um dos fatores de risco que favorecem o aparecimento destas

lesões, todas as escalas posteriores incluíram (com este ou outro nome) a exposição à humidade. Assim todas as escalas derivadas de Norton (Ek, Gosnell, Arnell, EMINA, Soldevilla, etc.)²⁷⁻³⁰ introduziram a incontinência urinária e fecal como um factor a considerar.

As outras duas grandes escalas que não estão baseadas no esquema conceitual de Norton, Braden³¹ e Waterlow³², também o valoriza. Waterlow considera a incontinência, enquanto que Barbara Braden não considera a incontinência como tal senão a exposição à humidade oscilando entre raramente exposta até habitualmente exposta.

4.4 Controvérsias na classificação das úlceras por pressão:

Diferenças entre upp e lesões por humidade.

Nos últimos anos veio para o primeiro plano a controvérsia sobre a diferenciação entre as upp e as lesões por incontinência. Respeito às lesões por incontinência dizer que se caracterizam pela presença de humidade, sendo esta a responsável pela presença de eritema, maceração e escoriação da pele, o que pode ser confundido com uma upp.

O impacto da incontinência sobre a pele foi monitorizado por Deefloor et al.¹ encontrando uma alta incidência de eritema branqueável, particularmente na região perineal. Eles consideraram este facto como um marcador de risco elevado para o desenvolvimento de upp e outras desordens da pele, mas parece razoável postular que um observador não treinado poderia considerar tais lesões por incontinência como upp Grau I. As lesões por incontinência têm as seguintes características, que podemos ver ampliadas e comparadas com as upp na tabela I.

TABELA I

Características relacionadas com o tipo de lesão

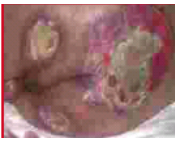



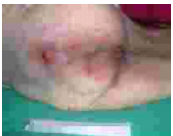


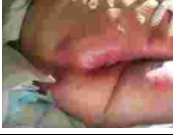



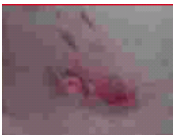

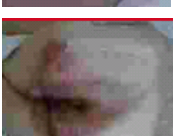

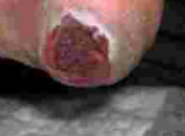



	UPP	LESÃO POR "HUMIDADE"	A CONSIDERAR
C A U S A S	 <p>A pressão e/ou tração deve estar presente.</p>	 <p>Deve haver humidade (p.e. pele molhada e brilhante causada por incontinência urinária ou fecal)</p>	 <p>Se a humidade e a pressão/tração estão presentes ao mesmo tempo, a lesão pode ser tanto uma upp como uma lesão por humidade (lesão mista ou combinada)</p>
L O C A L I Z A Ç Ã O	 <p>Uma ferida que não está sobre uma proeminência óssea é improvável que seja uma upp.</p>	 <p>Uma lesão por humidade pode produzir-se sobre uma proeminência óssea. Embora tanto a pressão como a tração deverão excluir-se como causas.</p>  <p>Uma combinação de humidade e fricção podem causar lesões por humidade em pregas cutâneas.</p>  <p>Uma lesão limitada só ao sulco anal e com forma lineal é provável que seja uma lesão por humidade.</p>  <p>A vermelhidão perianal/irritação da pele é muito provável que seja uma lesão por humidade das fezes.</p>	 <p>É possível desenvolver uma upp onde os tecidos moles podem ser comprimidos (p.e. Sonda nasogátrica, óculos nasais ou cateteres urinários.).</p> <p>As feridas nas pregas cutâneas em utentes com obesidade podem ser causadas por uma combinação de fricção, humidade e pressão</p>  <p>Os ossos podem ser muito mais proeminentes onde há uma perda significativa de tecido (perda ponderal).</p>
F O R M A	 <p>Se a lesão está limitada a uma só ponto, é provável que seja uma upp. As feridas circulares ou de forma regular são muito provavelmente upp; embora a possibilidade de dano tissular por fricção deve ser excluída.</p>	 <p>As lesões superficiais, difusas e em mais do que uma localização com maior probabilidade são lesões por humidade.</p>  <p>Numa lesão "por beijo" ou "espelho" (copia da lesão, no mínimo uma das lesões é muito provável que tenha sido causada por humidade (urina, fezes, transpiração ou exsudado da ferida").</p>  <p>Uma lesão limitada só ao sulco anal e com forma lineal é provável que seja uma lesão por humidade.</p>	 <p>Formas irregulares das lesões, amíde, estão presentes em lesões combinadas (upp e por humidade).</p>  <p>A fricção nos calcanhares pode causar uma lesão circular que abarca a perda total da pele. A distinção entre uma lesão por fricção e uma upp deveria basear-se na história clínica e na observação.</p>
N E C R O S E	 <p>Uma escara preta necrótica sobre uma proeminência óssea é uma upp de Grau III ou IV. Se sob a massa muscular é escassa, a lesão é uma upp de Grau IV. Também se considera necrose quando nos calcanhares, está presente e visível uma mancha preta azulada (a lesão provavelmente se tornará uma escara)</p>	 <p>Não há necrose nas lesões por humidade.</p>	 <p>A necrose começa sem um bordo claro mas acaba definindo os bordos. A necrose ascende para cima e muda de cor (p.e. Azul, castanho, amarelo ou cinzento) mas nunca é superficial. Deve distinguir-se entre uma escara negra necrótica e uma flictena com sangue seca.</p>

TABELA I (continuação)

Características relacionadas com o tipo de lesão			
	UPP	LESÃO POR "HUMIDADE"	A CONSIDERAR
P R O F U N D I D A D E	 <p>A perda parcial da pele está presente só quando se lesionou a primeira capa da pele (Grau II).</p>	 <p>As lesões por humidade são superficiais (perda parcial da pele).</p>	 <p>Uma abrasão é causada por fricção.</p>
	 <p>Na perda total da pele todas as capas da pele estão lesadas (Grau III ou IV).</p>	 <p>Quando a lesão por humidade está infetada, a profundidade e a extensão da ferida pode aumentar de maneira importante.</p>	 <p>Se é exercida fricção numa lesão por humidade, esta dará lugar à perda superficial da pele na qual se rasgam e fazem pontiagudos os fragmentos da pele.</p>
	 <p>Se há uma perda total da pele e a camada muscular está intacta, a lesão é de Grau III.</p>	 <p></p>	
	 <p>Se a camada muscular está afetada, então a lesão deve diagnosticar-se como de Grau IV.</p>		
B O R D O S	 <p>Se os bordos são claramente distinguíveis a lesão será uma upp.</p>	 <p>As lesões por humidade normalmente têm bordos irregulares ou difusos.</p>	 <p>Os bordos dentados nas lesões por humidade consideram-se terem sido expostos à fricção-</p>
	 <p>As feridas com os bordos levantados e engrossados são lesões antigas.</p>		
C O R	 <p>Pele vermelha: se a vermelhidão não é branqueável, o mais provável é que seja uma upp Grau I.</p>	 <p>Pele vermelha: se a vermelhidão não está distribuída uniformemente provavelmente seja uma lesão por humidade (excluindo a pressão e tração como causa).</p>	 <p>Pele vermelha: se a pele (ou lesão) é vermelha e seca ou vermelha com um brilho branco poderia ser uma infeção fúngica ou impetigo.</p>
	 <p>Para as pessoas com pele mais escura, a vermelhidão persistente pode manifestar-se como azul ou roxo.</p>	 <p>Pele rosada ou esbranquiçada perilesional: maceração como resultado da humidade.</p>	 <p>Amíúde observa-se no sulco anal.</p>
	 <p>Vermelho no leito da ferida: se há tecido vermelho no leito da ferida pode ser uma upp de Grau II,III ou IV com tecido de granulação.</p>		 <p>Verde no leito da ferida: infeção.</p>
	 <p>Amarelo: no leito da ferida: se há necrose mole, amarela e não superficial pode ser uma upp de Grau III ou IV.</p>		 <p>Ter em conta que os produtos a base de oxido de zinco esbranquiçam a pele.</p>
	 <p>O esfacelo é uma camada superficial, fina e de aspeto cremoso, estaria numa upp de Grau III ou IV.</p>		 <p>Embora a eosina não esteja recomendada continua a ser utilizada, tornando a pele vermelha-acastanhada e obstaculiza a observação da pele.</p>
	 <p>Preto no leito da ferida: o tecido necrótico negro no leito indica uma upp de Grau III ou IV.</p>		

Para a identificação bem sucedida deste tipo de lesões é importante a formação da equipa de cuidados na problemática das lesões por incontinência e aprender como diferenciar estas upp superficiais.

Na tabela II encontramos os critérios para a identificação das causas das lesões por incontinência e por pressão.

Tabela II

CARACTERISTICAS RELACIONADAS COM O UTENTE
Tente determinar as causas da lesão
<p>Procure a historia (da ferida) nos registos do utente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se a ferida começou como uma lesão de grandes dimensões e profundidade é improvável que seja uma lesão por humidade. • Se a lesão ocorreu após de um longo período de estar submetido a pressão/tração (p.e. cirurgia, urgências, radiologia), inclusive se a pressão e/ou tração não estão atualmente presentes, é provável que a lesão seja uma upp.
<p>Que medidas serão realizadas/ que cuidados se proporcionarão?</p> <ul style="list-style-type: none"> • As lesões lineares superficiais são causadas removendo os restos da pasta e outros produtos, não são nem upp nem lesões por humidade. • Se a lesão não melhora apesar das medidas de alívio da pressão e pensos adequados durante mais de 7-10 dias, e a humidade está presente, considere a possibilidade que a lesão seja por humidade. • Se a lesão não melhora apesar da utilização dos produtos barreira da pele e do cuidado da incontinência/humidade durante mais de 2 dias, e a pressão e/ou tração está presente, considere a possibilidade que a lesão seja uma upp. Exclua a possibilidade de sensibilização por contacto (p.e. alergia ao látex). Recomenda-se uma consulta dermatológica quando há duvida sobre o diagnóstico de alergia por contacto.
<p>Qual é a condição da pele nos diferentes pontos de pressão?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se há uma upp presente em algum ponto de pressão, é provável que a nova lesão também seja uma upp.
<p>Estude se os movimentos, mudanças de posição, etc, do utente podem ter causado a lesão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se a área afetada é um ponto de pressão é provável que seja uma upp. • Se a área afetada não é uma área de pressão, será pouco provável que seja uma upp. • Se é exercida fricção sobre uma lesão por humidade, resultará uma perda parcial da pele na que os fragmentos da pele estarão quebrados e dentados. • A fricção continua causa abrasões. • Se a tração deforma as camadas de tecido superficial e profundo, uma upp será o resultado. • Se a lesão ocorre sobre o calcanhar, comprove se a ferida foi causada por: <ul style="list-style-type: none"> -Pressão e/ou tração, será upp. -Movimentos,mudanças, sapatos, será uma abrasão, não uma upp.
<p>Se o utente é incontinente considere se a lesão é ou não é por humidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se foram utilizados produtos de barreira em utentes incontinentes, a possibilidade de que uma nova lesão seja por humidade está limitada. • Se as fraldas ou pensos higiénicos estão saturados, considere a possibilidade de uma lesão por humidade.
<p>Exclua outras possíveis causas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algumas vezes pode ser difícil diferenciar entre a lesão por humidade e uma infeção, também caracterizadas por bordos irregulares e lesões satélites. Nestas ocasiões, a situação clínica (febre, leucocitose,...) deve servir para diferenciar as lesões por incontinência. • Outras condições dermatológicas devem considerar-se quando existem duvidas sobre o diagnóstico entre upp e lesões por humidade. Recomenda-se a consulta com o dermatologista.

Parâmetros adicionais
Textura da pele <ul style="list-style-type: none"> O tecido morto sente-se como seco e coriáceo e não flexível.
Temperatura da pele <ul style="list-style-type: none"> Compare a temperatura da pele dos pontos de pressão com a temperatura da pele circundante. Este pode ser também um indicador para a deteção das upp Grau I em utentes com pele escura. <ul style="list-style-type: none"> -Se a temperatura é superior que a do tecido circundante, a hiperemia está presente e a lesão é recente. -Se a temperatura é inferior que a do tecido circundante, a irrigação sanguínea é limitada e a lesão não é recente.
Dor <ul style="list-style-type: none"> A dor está descrita no 37% ao 87% dos utentes com upp. Mesmo assim, a dor não é um critério discriminante para as upp. A dor é causada por: <ul style="list-style-type: none"> -por irritação das terminações sensitivas e ao e dor da úlcera. -quando a úlcera é desbridada. -quando os dispositivos são aplicados com firmeza (p.e. sondas,drenagens,...) -quando os pensos são esfregados pela superfície da ferida. -quando se removem os pensos colados à superfície da ferida. Os utentes com upp experimentam tanto dor aguda como crónica e é descrita como uma sensação mantida de queimadura, prurido, picadas e zumbidos.

5. IMPACTO DA INCONTINÊNCIA-EXCESSO DE HUMIDADE NA BARREIRA CUTÂNEA

5.1 Identificação de grupos especiais de especial risco

Pelo disposto em parágrafos anteriores, especialmente nos apartados da epidemiologia, poderíamos identificar grupos de pessoas com especial risco de integridade cutânea prejudicada relacionada com a incontinência e/ou excesso da humidade. Assim podemos distinguir diferentes grupos em função da idade, género e outros fatores relacionados:

Idosos: constituem um grupo de alto risco de sofrer danos na pele, uma vez que a sua pele é qualitativamente diferente da pele de um adulto mais novo. É mais permeável, o que permite que a humidade exterior penetre nas capas da epiderme e que aumente o coeficiente de fricção na superfície da pele, aumentando por tanto o risco de lise ³³. Esta maior permeabilidade provoca também que a pele nos idosos seja mais propensa à secura através da perda de água ³⁴, o que se calcula afeta entre o 59% e o 80% da população idosa ³⁵. Todas essas mudanças provocam que os idosos tenham um menor aporte de oxigénio e outros nutrientes nos tecidos periféricos ou na mesma pele ³⁶.

Mulheres: como vimos anteriormente os estudos sobre incontinência mostram uma maior prevalência em mulheres e um aumento da mesma com a idade, a menopausa e o número de partos ^{16,37}.

Obesidade: este problema foi reconhecido recentemente como um factor de risco para a incontinência urinária, especialmente em mulheres. Dada a prevalência da obesidade e considerando o aumento junto da possibilidade de provocar outros riscos para a vulnerabilidade da pele (formação de pregas, etc.) este facto deve ser estudado com maior atenção ³⁸. Gray afirma que a obesidade exacerba a incontinência urinária de stress mas não é a desencadeante primária ³⁹.

Enurese: embora é um factor predominante na idade infantil e juvenil, um número importante de pessoas (cerca do 1% da população) a segue desenvolvendo na idade adulta ^{40,41}.

Utentes neurológicos: urinar é uma acto voluntario e consciente que se consegue graças ao controlo que exercem os centros superiores sobre o reflexo de micção. Qualquer patologia que intervenha sobre este processo pode induzir à incontinência, tais como traumatismos cranioencefálicos, AVC, tumores cerebrais, esclerose múltipla em fases iniciais, demências, doença de Parkinson, etc. ou como sequela de outras patologias com comprometimento neurológico secundário como pode ser a diabetes mellitus, intervenções na zona pélvica ou abdominal ou a utilização de algum tipo de fármaco ¹⁶.

Outros problemas de saúde: problemas cardio-pulmonares que comprometem diretamente a oxigenação e nutrição dos tecidos ³⁶. Problemas de mobilidade ou restrições físicas ou sensoriais também podem comprometer à continência urinária ⁴². Baixos níveis de albumina podem provocar um edema intersticial que comprometem a cura de feridas e aporte de nutrientes à pele ⁴². A incontinência fecal, acrescentada à urinária, pode provocar maiores riscos para a integridade cutânea ^{24,25}.

Tratamentos farmacológicos: determinados fármacos podem favorecer a incontinência tanto urinária tanto como fecal, entre os que se encontrariam ^{16,24,25,39}.

-Urinária: diuréticos, antihipertensores (antagonistas do cálcio), AINE, etc.

-Fecal: antibióticos, lítio, digoxina, cloruro potássico, anti-H₂, antigripais, etc.

5.2 Incontinência e desenvolvimento de lesões da pele

A pele da pessoa incontinente fica vulnerável pela humidade e irritação química da urina, a transpiração ou as fezes. Isto, pode alterar a barreira protetora da pele, tornando-a mais frágil e aumentando a probabilidade que se quebre por 9, 43, 44, 45, 46.:

- Processo inflamatório (dermatites) com tendência para a cronificação, com o conseqüente aumento da permeabilidade cutânea resultando muitas vezes em rubor, a degradação do tecido, exsudação, crostas, prurido e dor 47,48.
- Alcalinização cutânea. O pH da pele normal é entre 5,4 a 5,9, o que garante a existência de uma capa ácida que pode modificar as condições nas que crescem as bactérias saprófitas, causando a sua proliferação ou inibição e, por tanto, que se quebre o equilíbrio existente com a flora normal⁴⁹). A decomposição da ureia urinária por diferentes microrganismos liberta amoníaco formando um alcali, o hidróxido de amónio. A irritação química da pele pode ser originada por ambos motivos, o aumento da alcalinidade e a proliferação de bactérias.
- Alteração da capa dermo lipídica. O excesso de humidade pode aumentar o coeficiente de fricção fazendo com que a pele possa quebrar 33. Isto, junto à lavagem frequente da pele do utente com incontinência, pode comprometer a função de barreira protetora da pele ao eliminar os lípidos da mesma e acelerar a perda de água epidérmica com perda da elasticidade cutânea (xerose cutânea) que pode resultar mantida ou aumentada pela utilização de sabões, produtos de limpeza, etc...^{50,51}.
- Forças externas: a menor tolerância dos tecidos provoca pressões mantidas, ainda que estas não sejam desmedidas, provocam um processo isquémico local com a conseqüente lesão e/ou necrose. Da mesma forma, as forças de fricção e tangenciais provocam um mecanismo similar à pressão com lesão dos tecidos, fundamentalmente a região interglúteas.

Todos estes elementos favorecem o aparecimento de uma lesão (úlceras, fundamentalmente de grau/estágio II segundo a classificação do GNEAUPP), embora como já observámos anteriormente apresenta discrepâncias sobre se pode catalogar como úlceras por pressão ou por incontinência.

Deste modo, muitas das publicações consultadas se focam na relação entre a humidade da pele (incontinência) e o desenvolvimento de úlceras por pressão, ainda que com a mesma natureza esta relação continua sem estar esclarecida.

Apesar de algumas investigações revelarem uma associação geral entre a incontinência urinária e úlceras por pressão, poucas demonstram qual é a direção donexo da união entre ambos fenômenos.

É por isso, que ainda hoje, a classificação destas lesões está submetida a debate. Assim, diversos autores postulam que as lesões por incontinência se diferenciam das úlceras por pressão no mínimo nos seguintes elementos:

- Pouca probabilidade que ocorram sobre proeminências ósseas. (quando assim acontece é provável que sejam lesões mistas).
- Podem ter uma aparência mais roxa que avermelhada.
- A pele pode estar edemaciada, macerada e/ou escoriada.
- O utente pode apresentar incontinência urinária, fecal ou mista.

5.3O excesso de exsudado nas feridas e o dano da pele perilesional: maceração

O ambiente húmido é adequado para a cura de feridas. Mas quando existe um excesso de humidade conjugada com o contacto com a pele poderá prejudicar a região perilesional⁵². Habitualmente ocorrem sinais de maceração definidos como amolecimento e quebra da pele resultantes de exposição prolongada à humidade ⁵³. Estas lesões aparecem como um espessamento dos bordos, de aspeto esbranquiçado.

O exsudado da ferida contém água e não só, foi demonstrado que a água por si só causa dermatite por hidratação^{54,55}, porém, contém também restos celulares e enzimas⁵⁶. Este cocktail pode ser corrosivo para a pele perilesional íntegra.

Outros elementos como a oclusão prolongada da pele (provocada por tratamentos com produtos para a incontinência, pensos, etc) diminuem a função de barreira protetora da pele⁵⁷, denudando a zona e provocando dor⁵⁸, aumentando significativamente a concentração de microrganismos (estafilococo aureus, cândida albicans, etc) e o pH^{59,60}, favorecendo o desenvolvimento da colonização crítica⁶¹.

Os pensos para o tratamento das feridas podem ficar saturados; se não são mudados até produzir-se a fuga do exsudado, a pele fica exposta continuamente^{52,62} aumentando o risco de lesão.

Todos estes aspetos podem provocar atraso na cicatrização das lesões, um aumento do risco de infeção e um aumento das dimensões das feridas. Sem subestimar que não é necessária tanta fricção sobre a pele para a danificar quando esta está sobre hidratada⁶² como foi supracitado anteriormente.

5.4 Avaliação da pele exposta à urina e fezes: indicadores e técnicas de medida.

Na avaliação da pele exposta à humidade e/ou produtos químicos irritantes podemos utilizar diferentes instrumentos:

- Escala Visual do Eritema (EVE)⁶³: baseada na escala internacional da dermatite de contacto de Quinn⁶⁴, constituída por 5 graus:

-0 = não eritema.

-1 = eritema ligeiro (pouco perceptível)

-2 = eritema moderado (pele rosada)

-3 = eritema intenso (pele roxa ou avermelhada)

-4 = pele quebrada ou abrasão.

As provas realizadas por Lahti et al.⁶⁵ no 1993 demonstraram uma adequada correlação entre a Escala Visual do Eritema e um colorímetro específico de fibra ótica para a medição do eritema (Diastron Erythema meter).

- Escala de medida da lesão perineal (Perineal Assessment Tool-PAL-): desenvolvido a partir de uma revisão bibliográfica, consta de 4 itens ou factores determinantes da lesão perineal:

Escala de medição da lesão perineal (PAT=Perineal Assessment Tool)			
	1	2	3
Intensidade do produto irritante (tipo e intensidade do mesmo)	Fezes formadas e/ou urina	Fezes moles com ou sem urina	Fezes líquidas com ou sem urina
Duração do produto irritante (tempo de exposição ao irritante)	Necessita mudar a fralda cada 8h ou menos	Necessita mudar fralda no mínimo cada 4h	Necessita mudar a fralda no mínimo cada 2h
Condição da pele perineal (integridade da pele)	Limpa e integra	Eritema / dermatite com ou sem candidíase	Pele denudada /erosão com ou sem dermatite
Factores contribuintes (hipoalbuminemia,, antibióticos, NPT, colonização, outros)	0 ou 1 factor contribuinte	2 factores contribuintes	3 ou mais factores contribuintes

Adaptada de Nix, DH: validity and reability of the perineal assessment tool. Ostomy / Wound Management. 2002; 48(2);43-49. {Fiabilidade interobservador (r=0,97 [95%=0,92-0,99] p<0,001)}²³

Neste estudo e na sequência da análise das enfermeiras que participaram nele, sugerem que entre 7 e 8 pontos estaria a pontuação de corte para distinguir entre baixo e alto risco, mas sem esquecer que isto é um consenso sem medição da sua validade preditiva (sensibilidade e especificidade).

Ambas escalas podem complementar-se e no ponto referente à condição da pele da PAT, pode complementar-se com a escala visual do eritema, considerando a pontuação 1 do

PAT com o 0 da EVE, a pontuação 2 do PAT com os valores 1, 2 e 3 da EVE e o 3 do PAT com o valor 4 da EVE. Embora esta sugestão deve corroborar-se com a investigação.

6. DIAGNOSTICOS NANDA, RESULTADOS NOC E INTERVENÇÕES NIC RELACIONADAS COM A INCONTINÊNCIA E AS ÚLCERAS POR PRESSÃO

Este documento converge no cuidado da pele, pelo que o plano de cuidados descrito a continuação está focado nos diagnósticos referentes a esta necessidade. Não incluem os diagnósticos referentes à incontinência urinária ou fecal, que só por si próprias conduziram a outros cuidados, baseados noutros raciocínios diagnósticos, que implicariam intervenções diretas sobre o utente, fundamentalmente de tipo comportamental, como o treino vesical, reabilitação perineal, duplo esvaziamento, treinos dos hábitos, etc... e que podem ser complementarias para este plano de cuidados, nunca excludentes.

NANDA	NOC	NIC
47 Risco de integridade da pele prejudicada r/c excreções ou secreções e/ou humidade e/ou substâncias químicas	1101 Integridade tissular/pele e mucosas 110113 Integridade da pele	3540 Prevenção das úlceras por pressão 3590 Vigilância da pele 0610 Cuidados na incontinência urinária 0410 Cuidados na incontinência intestinal
46 Integridade da pele prejudicada r/c excreções ou secreções e/ou humidade e/ou substâncias químicas	1103 Cicatrização de feridas 110321 Diminuição do tamanho da ferida	3520 Cuidados das úlceras por pressão 3540 Prevenção das úlceras por pressão 3590 Vigilância da pele 0610 Cuidados na incontinência urinária
m/p destruição das camadas da pele		0410 Cuidados na incontinência intestinal

7. PREVENÇÃO: COMO MANTER UMA PELE SAUDÁVEL E LIVRE DE LESÕES EM UTENTES INCONTINENTES

Os utentes com incontinência, urinária e/ou fecal são, como tornou-se evidente noutras secções deste documento, firmes candidatos para apresentar complicações de distinta entidade ao nível da integridade da pele: dermatite, maceração, infeção, úlceras por pressão, etc.

É necessário revelar a dificuldade nos cuidados destes utentes, especialmente lesados com perdas permanentes de urina e/ou fezes, para manter íntegra e resistente a pele durante o processo.

Da revisão de diversos estudos⁶⁶ podemos inferir que se os profissionais de saúde e os

próprios utentes e cuidadores tivessem um maior conhecimento sobre os produtos disponíveis e os seus benefícios, o cuidado da pele nos utentes com incontinência iria melhorar. Daí a necessidade de formação para todos os intervenientes, nesta matéria.

7.1 Sobre a utilização de água e sabão

A água e o sabão são utilizados tradicionalmente para a limpeza da pele do utente incontinente, sendo um procedimento comum e prioritário no âmbito domiciliário assim como nos distintos níveis assistenciais⁶⁷. Contudo, não foram estudados escrupulosamente questões relativas aos seus efeitos, alternativas, frequência de utilização ótima, técnica de lavagem, tipo de secagem da pele e os diferentes procedimentos para manter a humidade da pele e a sua função de barreira.

O procedimento de lavagem elimina os restos orgânicos da superfície da pele, incluindo as células descamadas, a transpiração, a gordura e os microrganismos. A água participa na eliminação dos resíduos mediante a ação mecânica (retirando a matéria orgânica) e química (ao facilitar a dissolução de substâncias químicas solúveis uma vez desprendidas da pele). Se a água utilizada na lavagem estiver muito quente pode originar uma secagem desmedida e desnecessária da pele⁶⁸.

Tradicionalmente a água utiliza-se associada ao sabão nos cuidados da pele destes utentes. O sabão com sais alcalinas (de sódio e potássio) de ácidos gordos solúveis na água, derivados de gorduras e óleos de origem animal ou vegetal⁶⁹, tratados quimicamente com um alcali forte.

Os surfatantes no sabão favorecem a limpeza uma vez que diminuem a tensão superficial da água conseguindo que a água contida no sabão possa aceder melhor aos resíduos orgânicos. As cadeias de hidro-carbono com carga negativa do sabão permitem a permanência dispersa na água. O sabão atua como agente emulsionante dispersando um líquido noutro líquido imiscível, conseguindo que a gordura ou os resíduos permaneçam em suspensão na água de maneira a poderem ser eliminados facilmente.

Os surfatantes contidos no sabão podem provocar dermatites de contacto. O lauril sulfato sódico é um dos surfatantes comuns⁷⁰, constituindo com o tempo um potente irritante cutâneo⁷¹. Os surfatantes não iónicos como o glicol de propileno constituem o grupo de surfatantes menos irritativos. Os surfatantes anfotéricos como o cocamidopropil betaína,

também poucos irritativos, utilizam-se em produtos tais como os champôs para crianças⁷⁰.

Outro efeito adverso do sabão sobre a pele é a remoção do manto hidrolipídico⁷², por efeito secante, uma vez que uma pele seca em excesso ou excessivamente húmida fica debilitada na sua função protetora.

O sabão utilizado em águas “duras” podem provocar ressecção e irritação transformando-se numa substância insolúvel se não é retirada adequadamente⁷⁴.

Alguns sabões provocam um aumento da alcalinidade obstaculizando a ação do manto ácido protector⁴⁹, alterado o equilíbrio da flora saprófita e aumentando o risco de colonização por microrganismos patógenos.

A secagem após a lavagem com água e sabão é necessária para evitar a maceração, o arrefecimento em excesso e o desconforto do utente incontinente. A pele deve secar-se com suavidade^{66, 75, 76}, e com cuidado, por meio de pequenos toques, sem esfregar e com especial atenção às pregas cutâneas.

7.2 Sobre os produtos especiais para a limpeza da pele

São substâncias que lavam e desodoram a pele do utente incontinente sem necessidade de limpar, contêm surfatantes e desodorizantes. São produtos denominados de ação com um único passo. Em forma de spray, solução, cremes, espumas,...Entre as suas características destacam a eliminação do cheiro, a ação desodorizante, serem substâncias não-irritantes, não sensibilizantes nem tóxicas. Ajudam na restauração da humidade da pele por serem compostas por aloé, glicerina,...e têm um pH equilibrado para a manutenção da integridade cutânea. Segundo alguns estudos diminuem o tempo e o esforço de enfermagem no cuidado dos utentes incontinentes.

No nosso contexto assistencial, são produtos de incipiente utilização que constituem um meio alternativo para a promoção da higiene da pele. Podem reduzir alguns efeitos indesejáveis do sabão, pela sua composição química, e podem ajudar na manutenção do pH reduzindo a degradação da barreira da pele⁹.

Alguns estudos fora fronteiras compararam a utilização e efeito de alguns destes produtos com o uso de água e sabão. Estes estudos, com alguns erros metodológicos, não revelaram resultados conclusivos.

Muitos dos dados das publicações baseiam-se em experiências no âmbito clínico mais do que na utilização de critérios definidos e comprovados. Os estudos que comparam os produtos com a água e sabão proporcionam indícios de que os primeiros têm utilidade terapêutica e benefícios económicos, especialmente quando combinados com emoliente.

7.3 Sobre os ácidos gordos hiperoxigenados

Os ácidos gordos hiperoxigenados demonstraram em estudos recentes⁷⁷ a sua efectividade na melhoria da hidratação da pele de utentes de alto risco de desenvolver úlceras por pressão, melhorando a resistência da pele ante a fricção, pressão e humidade, melhorando a circulação capilar de zonas isquémicas, constituindo-se numa importante opção a considerar quando se pretendem estes objetivos.

7.4 Sobre as substâncias emolientes e hidratantes

Da análise dos diferentes produtos comercializados no nosso meio, objetiva-se uma combinação habitual de distintos compostos com propriedades assináveis a diferentes grupos de substâncias referidos neste documento: hidratantes, emolientes, protetores, barreira. Apesar do predomínio de uns sobre os outros, declaramos uma importante dificuldade no enquadramento certo destes produtos. As firmas produtoras optam por um grupo ou outro, frequentemente por razões comerciais ou de posicionamento no mercado.

Os termos hidratante e emoliente não são entendidos da mesma maneira nas publicações científicas e são utilizados amiúde indistintamente. Ambos grupos de materiais favorecem a função protetora da pele perante à sua exposição à urina e às fezes⁷⁸.

Os produtos hidratantes são as substâncias que hidratam a pele ativamente⁷⁶. São substâncias oleosas macias que aplicam-se sobre a pele substituindo os óleos naturais⁷⁹. O filme aplicado reduz a evaporação da água na pele e, portanto, mantém a humidade no interior. Alguns produtos específicos para o cuidado da pele do utente com incontinência hidratam ao mesmo tempo que limpam⁷⁵.

Os produtos hidratantes devem ser aplicados sobre a pele íntegra. A sua absorção deve ser favorecida mediante a realização de uma massagem, evitando assim a potencial maceração da pele nessa zona.

Alguns destes produtos comercializados contêm entre as suas componentes habituais, potenciais alergénios como a lanolina, perfumes, emulsionantes, estabilizadores, etc.

O termo emoliente faz referência específica aos preparados com os que se cobre a superfície da pele, retendo à água dentro da capa córnea⁷⁶, e favorecendo a reparação do manto hidrolipídico.

Os emolientes são preparados usados tipicamente como uma barreira para melhorar a proteção da pele perante os efeitos indesejáveis da humidade e da matéria orgânica como a urina e as fezes. Compostos principalmente por lípidos, que podem ser extraídos de produtos animais (como a lanolina e o petrolato) ou vegetais (frutos secos, sementes, e algumas frutas, como o óleo de girassol).

Alguns emolientes estão associados a humectantes, como a glicerina, que favorece a sua ação hidratante na atração da água desde a derme até a capa córnea, assim como os agentes emulsionantes (para a estabilização das emulsões de óleos e água, evitando a separação) e repelentes da água como o dimeticona (derivado da sílica⁸⁰).

7.5 Sobre os produtos barreira

Genericamente devemos considerar como produto barreira a todos os preparados que facilitem a proteção da pele mediante a configuração dum revestimento impermeabilizante perante o excesso de humidade ou a ação irritante da urina, fezes ou outras substâncias com capacidade para comprometer a integridade da pele.

Podem conter componentes com efeitos bacteriostáticos (propilenglicol,...) e regeneradores naturais (aloe vera, óleo de lavanda,...)

Na prática, distinguiremos entre várias categorias:

- **Óxido de Zinco**

Provavelmente são os produtos mais utilizados, pela sua acessibilidade, custo e tradição em pessoas com peles sensíveis e frágeis, tais como crianças, idosos e outros de

qualquer idade afetados por incontinência. Também é aplicado na pele perilesional de diferentes feridas crónicas.

É uma composição presente em diferentes proporções num amplo espectro de produtos comercializados para o cuidado da pele. Quando associado com outras composições, especialmente perfumes, pode aumentar o potencial alergénico.

Dificulta a inspeção da pele e a sua utilização varia a capacidade de absorção e adesividade dos materiais (pensos, absorventes,...) utilizados sobre essas zonas. Igualmente geram uma resistência firme para a sua remoção com métodos habituais de limpeza sendo necessária a aplicação de óleos ou substâncias oleosas.

Não devem utilizar-se com sinais de infeção da pele e às vezes pode uma contaminação bacteriana in situ que requeriria a sua remoção.

- **Cremes de silicone**

São produtos transparentes que facilitam a visualização da pele, fáceis de aplicar, com maior resistência às forças de fricção nessa localização. A sua principal ação radica na sua capacidade de repulsão da humidade. Na sua formulação habitual combina-se com hidrocarburos e/ou água.

- **Películas barreira**

Compostas por um derivado polimérico acrílico. A sua ação baseia-se na proteção da capa córnea da pele, engrossando-a e formando uma barreira impermeabilizante para os fluídos mas permeável aos gases.

De grande utilidade associado com pensos adesivos, aumentando o efeito e diminuindo os riscos de lesão no processo de remoção.

Não requer a remoção dos restos do produto. Por ser um copolímero acrílico não irritante, sem conteúdo alcoólico, não provoca irritação nem dor ao contacto com lesões abertas nem mucosas.

O seu efeito mantém-se até 72h após à aplicação, sendo inativados se aplicado junto gordurosos ou se for exercida uma fricção enérgica sobre a zona aplicada.

Existem algumas variedades de películas barreira, não poliméricas, que associam

soluções alcoólicas ou produtos voláteis para favorecer a secagem rápida podendo gerar dor e irritação no contacto com pele não íntegra, mucosas ou feridas abertas.

- **Pensos adesivos**

Alguns pensos adesivos tais como os filmes de poliuretano e pensos hidrocoloides finos, podem ser incluídos como produtos barreira.

Não devem ser olvidadas as complicações associadas à sua utilização, tais como o fácil enrolamento desde os bordos, o excesso de tensão, a possibilidade de proliferação bacteriana, assim como as possíveis reações alérgicas.

7.6 Sobre a utilização de produtos absorventes

Apesar da fraca evidência disponível sobre a utilização de dispositivos absorventes na prevenção de úlceras por incontinência, a experiência clínica assinala que a utilização de dispositivos absorventes dum solo uso adequados ao tipo de incontinência juntamente à utilização dum programa de mudanças é um aliado perfeito na prevenção destes processos, significando estudos recentes a existência de indícios de maior efetividade nos superabsorventes⁸¹.

7.7 Sobre outras intervenções

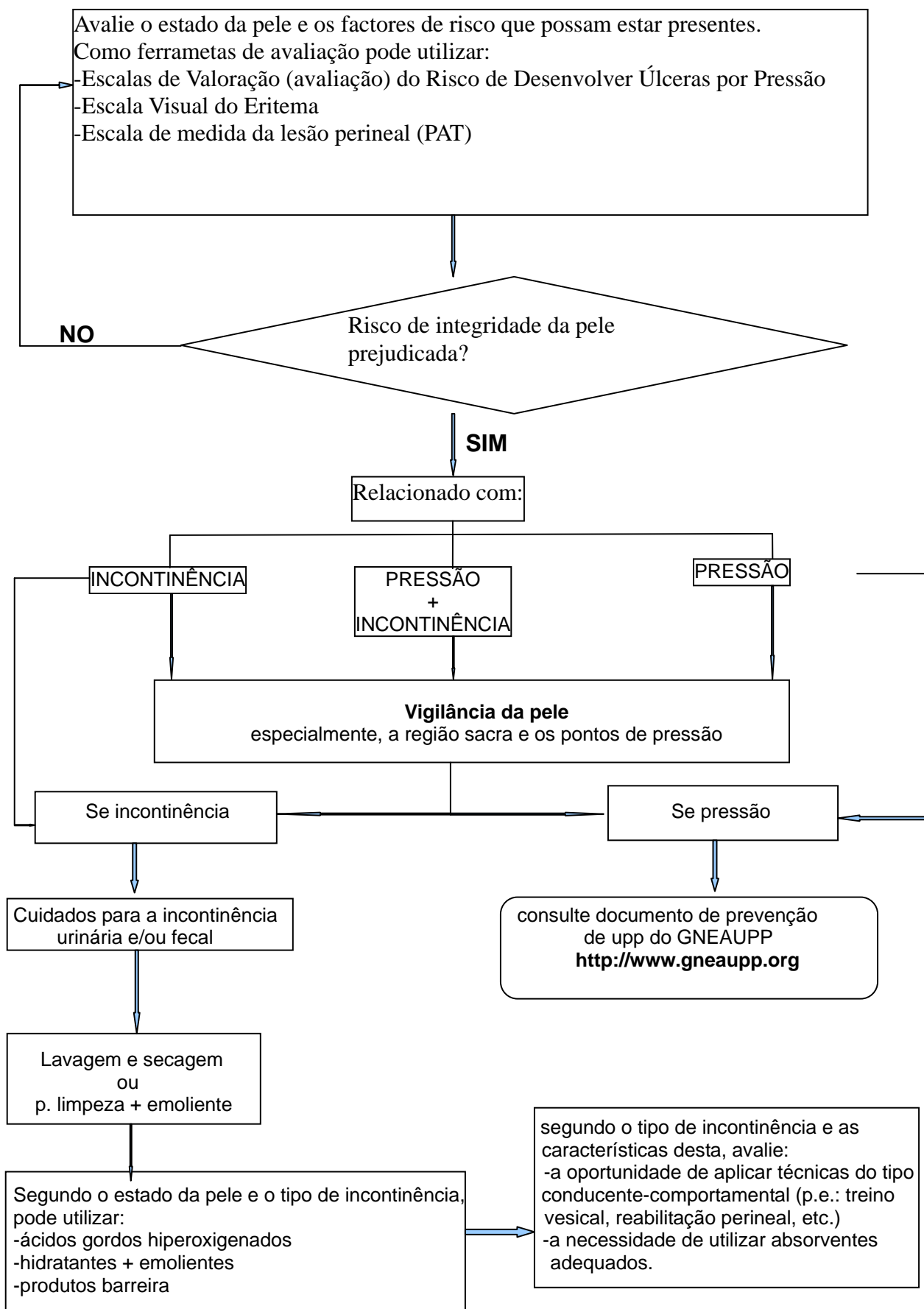
Dispomos doutras intervenções, com distintos graus de evidência, para o tratamento da incontinência e por conseguinte para a prevenção da aparição dos problemas derivados.

Podemos citar:

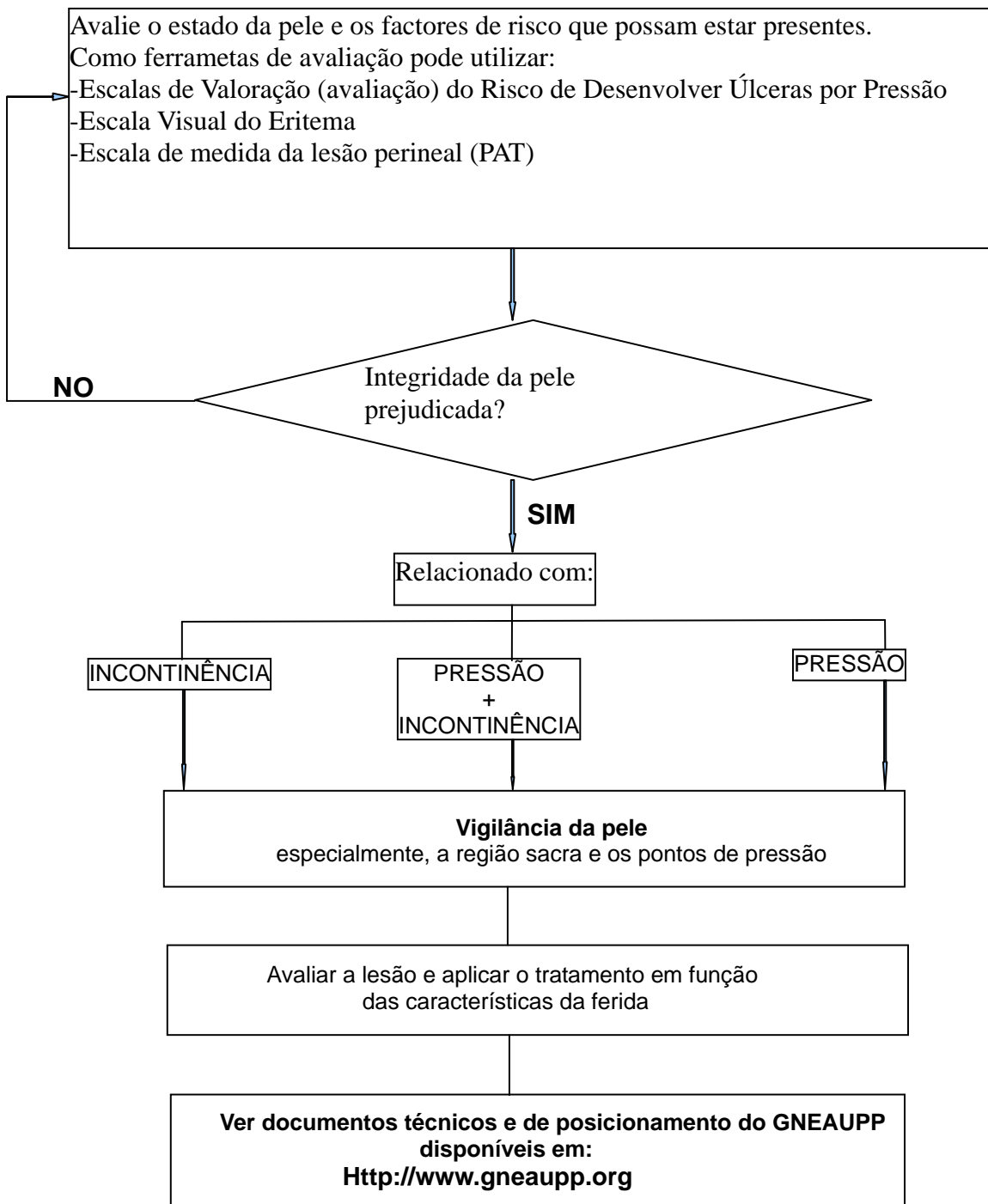
- Técnicas conducentes: coletores, algáliação vesical, absorventes.
- Técnicas comportamentais cuidadores-dependentes (para indivíduos com diminuição motora ou cognitiva acentuada que necessitam da ajuda do cuidador): esvaziamento programado, treino dos hábitos, reforço da incontinência, etc.

Técnicas comportamentais de educação e/ou reabilitação (indivíduos que permitem manter um reforço positivo): treino vesical, reabilitação perineal, terapia da retroalimentação, exercícios com pesos vaginais¹⁶.

8. ALGORITMO DE PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR INCONTINÊNCIA



9. ALGORITMO DE TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR INCONTINÊNCIA



10. BIBLIOGRAFIA

1. Defloor T, Schoonhoven L, Fletcher J *et al.* Statement of the European Pressure Ulcer Advisory Panel- Pressure Ulcer Classification: Differentiation Between Pressure Ulcers and Moisture Lesions. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2005; 32(5):302-6.
2. Martínez Cuervo F. La piel: nuestra gran desconocida. *Ulcus Clínica* 2004; 1(1):4-8.
3. Karen A, Holbrook K. Estructura y desarrollo de la piel. En Fitzpatrick, TB: *Dermatología en medicina general*. Buenos Aires: Panamericana S.A., 1997.
4. Silbert J. Proteoglycans and glycosaminoglycans of skin. In Fitzpatrick TB: *Dermatology in general medicine*. New York: McGraw-Hill, 1997.
5. Abraham W, Downing DT. Interaction between corneocytes and stratum corneum lipid liposomes in vitro. *Biochim Biophys Acta* 1990; 1021(2):119-25.
6. Long SA, Wertz PW, Strauss JS, Downing DT. Human stratum corneum polar lipids and desquamation. *Arch Dermatol Res* 1985; 277(4):284-7.
7. Downing D, Stewart M, Wetz P, Strauss J. Lipids of the epidermis and the sebaceous glands. In Fitzpatrick TB: *Dermatology in general medicine*. New York: McGraw-Hill, 1997.
8. Lever WF, Schaumburg-Lever G. *Histopathology of the Skin*. St. Louis.: Lippicott Company, 1989.
9. Ersser S, Getliffe K, Voegeli D, Regan S. A critical review of the inter relationship between skin vulnerability and urinary incontinence and related nursing intervention. *Int J Nurs Stud* 2005; 42(7):823-35.
10. International Continent Society. Standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Urology* 1997; 9:237.
11. Martínez E, Arlandis S, Ruiz J, Burgués J, Jiménez J. Epidemiología de la incontinencia urinaria. *Doyma Newsletters* 2002; 2.
12. García M, Martínez F, Flores M, et al. *Grande síndromes geriátricos*. 2005: MAD, 2005.
13. Shea JD. Pressure sores: classification and management. *Clin Orthop Relat Res* 1975; (112):89-100.
14. European Pressure Ulcers Advisory Panel. Guidelines on treatment of pressure ulcers. *EPUAP Review* 1999; 1(2):31-3.
15. GNEAUPP. Clasificación-estadiaje de las úlceras por presión. 14(3):154-155. 2003.
16. Morrillas Herrera J. *Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria*. Málaga: Servicio Andaluz de Salud y Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, 2003.
17. Cervera J, Serralta I, Macia C, Moreno J, Mayoral E. Incontinencia urinaria un problema oculto? *Rehabilitación* 2004; 38(1).
18. Álvarez L. Experiencia en el abordaje de la incontinencia desde una residencia de ancianos. En: Libro de Actas 1 Jornada sobre Incontinencia Urinaria. Gijón: SEEGG, 2005.
19. Hu TW. Impact of urinary incontinence on health-care costs. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38(3):292-5.
20. Ekelund P, Grimby A, Milsom I. Urinary incontinence. Social and financial costs high. *BMJ* 1993;306(6888):1344.
21. Torre E, Montilla M, Higuera F, Sierra M, Jaramillo I, Aguado Taberne C. Características de la Documento Técnico GNEAUPP nº X “Incontinência e úlceras por pressão”

población que precisa el uso de accesorios para la incontinencia urinaria en un centro de salud urbano. *Medicina De Familia* 2002; 1:15-23.

22. Suárez F. Impacto de la incontinencia urinaria en el mayor. En: Libro de Actas 1 Jornada sobre Incontinencia Urinaria. Gijón: SEEGG, 2005.
23. Nix D, Ermer-Seltun J. A review of perineal skin care protocols and skin barrier product use. *Ostomy Wound Manage* 2004; 50(12):59-67.
24. Shannon ML, Skorga P. Pressure ulcer prevalence in two general hospitals. *Decubitus* 1989; 2(4):38-43.
25. Allman RM. Pressure sores among hospitalized patients. *Ann Intern Med* 1986; 105:337-42.
26. Norton D, Exton-Smith AN, McLaren R. An investigation of geriatric nursing problems in hospital. National Corporation for the care of old people. London.: Curchill Livingstone, 1962.
27. Gosnell DJ. An assessment tool to identify pressure sores. *Nurs Res* 1973; 22(1):53-9.
28. Fuentelsaz Gallego C. Validación de la escala EMINA: un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Enfermería Clínica* 2001; 11(3):97-103.
29. Soldevilla Agreda J. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel. Madrid: Grupo Masson, 1998.
30. Ek A, Bowman G. A descriptive study of pressure sores: the prevalence of pressure sores and the characteristics of patients. *J Adv Nurs* 1982; 7(1):51-7.
31. Bergstrom N, Braden B, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res* 1987; 36(4):205-10.
32. Waterlow J. A risk assessment card. *Nurs Times* 1985; 81(49):51-5.
33. Nach S, Close J, Yeung D, Ganse H. Skin friction coefficient: changes induced by skin hydration and emollient application and correlation with perceived skin feel. *Journal of the Society of Cosmetic Chemists* 1981; 32:5565.
34. Ghadially R, Brown BE, Sequeira-Martin SM, Feingold KR, Elias PM. The aged epidermal permeability barrier. Structural, functional, and lipid biochemical abnormalities in humans and a senescent murine model. *J Clin Invest* 1995; 95(5):2281-90.
35. Frantz RA, Gardner S. Clinical concerns: management of dry skin. *J Gerontol Nurs* 1994; 20(9):15-8, 45.
36. Shannon ML, Lehman CA. Protecting the skin of the elderly patient in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1996; 8(1):17-28.
37. Bretones Alcaraz J, Pino y Pino M, García Vilchez M, Fajardo Cabrerizo M, Sáez García J, Ortega López I. Incontinencia urinaria en mujeres de edad adulta: estudio descriptivo en una población rural. *At Prim* 1999; 24(7):103-4.
38. National Audit Office. tackling obesity in England. Report by the Comptrolle and Auditor General. London: National Audit Office. The Stationery Office, 2001.
39. Gray M, Burns S. Continence management. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1996; 8(1):29-38.
40. ERIC. Incontinencia Promotional leaflet enuresis resource and information centre Bristol.
41. Rodriguez do Forno A, Ariceta Iraola G. Resultados de una estrategia terapéutica frente a la enuresis nocturna monosintomática. *An Pediatr* 2001; 54(1):38-43.

42. Paul B, Séller J, Wille J, Van Ramshorts B, Van der Werken Ch. Pressure ulcer in intensive care patients: a review of risk and prevention. *Intensive Care Med* 2002; 28(1379-1388).
43. Kent W, Buckingham KW, Berg R.W. Etiologic factors in diaper dermatitis: the role of feces. *Pediatr Dermatol* 1986; 3(2):107-12.
44. Faria DT, Shwayder T, Krull EA. Perineal skin injury: extrinsic environmental risk factors. *Ostomy Wound Manage* 1996; 42(7):28-30, 32-4, 36-7.
45. Zambrano E, Torrelo A, Zambrano A. Dermatitis del pañal. En: Moraga Llop, FA: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Versión Electrónica: Asociación Española de Pediatría, 2003.
46. Dealey C, Lindholm C. Pressure ulcer clasification. In: Romanelli, M; Clark, M; Cherry, G; Colin, D; Defloor, T: Science and practice of pressure ulcer managemenet. London: Springer, 2006.
47. Gray M. Preventing and managing perineal dermatitis: a shared goal for wound and continence care. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2004; 31(1 Suppl):S2-9; quiz S10-2.
48. Brown DS, Sears M. Perineal dermatitis: a conceptual framework. *Ostomy Wound Manage* 1993; 39(7):20- 2, 24-5.
49. Korting HC, Braun-Falco O. The effect of detergents on skin pH and its consequences. *Clin Dermatol* 1996; 14(1):23-7.
50. Soldevilla J, Torra J. Atención Integral a las Heridas Crónicas. Madrid: SPAS.L., 2004.
51. Rueda López J, Guerrero Palmero A, Muñoz Bueno A, Esquius Carbonell J, Rosell Moreno C. Utilidad de las cremas protectoras en pieles frágiles y envejecidas. *Rev. Rol Enf.* 2005; 28(69):409-12.
52. Weir D. Pressure Ulcers: Assessment, clasification and management. In: Krasner D; Rodeheaver G, Sibbald RG: *Chronic Wound Care: A Clinical source book for healthcare professionals* . Wayne, PA: HMP Communications, 2001.
53. Cutting KF, White RJ. Maceration of the skin and wound bed. 1: Its nature and causes. *J Wound Care* 2002; 11(7):275-8.
54. Kligman A. Hydratation injury to human skin. In Elsner, P; Berardesca, E; Mailbach, H: *Bioengineering of the skin: water and stratum corneum*. Boca Raton: CRC Press.
55. Tsai TF, Maibach HI. How irritant is water? An overview. *Contact Dermatitis* 1999; 41(6):311-4.
56. Chen W, Rogers A. Characterisation of biological properties of wound fluid collected durin the early stages of wound healing. *J Invest Dermatolo* 1992; 99(5):559-64.
57. Fluhr JW, Lazzarini S, Distante F, Gloor M, Berardesca E. Effects of prolonged occlusion on stratum corneum barrier function and water holding capacity. *Skin Pharmacol Appl Skin Physiol* 1999; 12(4):193-8.
58. Gago Fornells M, García González RF, Segovia Gómez T, Verdú Soriano J. Piel perilesional. En Soldevilla JJ y Torra JE: *Atención Integral a las Heridas Crónicas*. Madrid: 2004.
59. Faergemann J, Aly R, Wilson D, Mailbach H. Skin occlusion: effect on *Pityrosporum orbiculare*, skin PCO₂, pH, transepidermal water loss, and water content. *Arch Dermatol Res* 1983; 275(6):383–387.
60. Aly R, Shirley C, Cunico B, Mailbach H. Effect of prolonged occlusion on the microbial flora, pH, carbon dioxide and transepidermal water loss on human skin. *J Invest Dermatol* 1978; 71(6):378–381.
61. Kemp M. Protecting the skin from moisture and associated irritants. *J Gerontol Nurs* 1994; 20(9):8.

62. Braden B. Risk Assessment in pressure ulcers prevention. In: Krasner D; Rodeheaver G, Sibbald RG: Chronic Wound Care: A Clinical source book for healthcare professionals. Wayne, PA: HMP Communications, 2001.
63. Fader M, Bain D, Cottenden A. Effects of absorbent incontinence pads on pressure management mattresses. *J Adv Nurs* 2004; 48(6):569–574.
64. Quinn AG, McLelland J, Essex T, Farr PM. Quantification of contact allergic inflammation: a comparison of existing methods with a scanning laser Doppler velocimeter. *Acta Derm Venereol* 1993; 73(1):21-5.
65. Lahti A, Kopola H, Harila A, Myllyla R, Hannuksela M. Assessment of skin erythema by eye, laser Doppler flowmeter, spectroradiometer, two-channel erythemameter and Minolta chroma meter. *Arch Dermatol Res* 1993; 285(5):278-82.
66. Le Lievre S. The management and prevention of incontinence dermatitis. *Br J Community Nurs* 2001; 6(4):180-5.
67. Skewes SM. Bathing: it's a tough job! *J Gerontol Nurs* 1997; 23(5):45-9. 68. Gooch J. Skin hygiene. *Prof Nurse* 1989; 5(1):13-8.
69. Soap & Detergent Association. Cemistry. 21-04-06.SODA.
70. Kirsner RS, Froelich CW. Soaps and detergents: understanding their composition and effect. *Ostomy Wound Manage* 1998; 44(3A Suppl):62S-9S; discussion 70S.
71. Held E, Agner T. Effect of moisturizers on skin susceptibility to irritants. *Acta Derm Venereol* 2001; 81(2):104-7.
72. Baillie L, Arrowsmith V. Meeting elimination needs. *Developing practical Nursing Skill* (Chapter 6).
73. Spiller J. For whose sake-patient or nurse? Ritual practices in patient washing. *Prof Nurse* 1992;7(7):431-4.
74. Timby B.K. Hygiene. *Fundamental skills and concepts in patient care*. London: Lippincott Raven, 1996.
75. Fiers SA. Breaking the cycle: the etiology of incontinence dermatitis and evaluating and using skin care products. *Ostomy Wound Manage* 1996;42(3):32-4, 36, 38-40, passim.
76. Marks R. *Sophisticated Emollients*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2001.
77. Torra i Bou JE, Segovia Gómez T, Verdú Soriano J, Nolasco Bonmati A, Rueda López J, Arboix i Perejamo M. The effectiveness of a hyperoxygenated fatty acid compound in preventing pressure ulcers. *J Wound Care* 2005; 14(3):117-21.
78. Bryant R, Rolstad B. Examining threats to skin integrity. *Ostomy Wound Manage* 2001; 47(6):18–27.
79. Lynde CW. Moisturizers: what they are and how they work. *Skin Therapy Lett* 2001;6(13):3-5.
80. BMA & RPSGB. *British National Formulary 46*. London: BMA & RPSGB, 2003.
81. Shirran E, Brazzelli M. Productos absorbentes para la contención de la incontinencia urinaria y/o fecal en adultos. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005; (4):CD001406.