



WHITE PAPER

ABORDAGEM À
PESSOA COM **LESÕES**
DE **PELE ASSOCIADAS**
À **HUMIDADE**

PRODUZIDO POR:
Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (APTFeridas)

TÍTULO:
**ABORDAGEM À PESSOA COM LESÕES DE PELE ASSOCIADAS
À HUMIDADE**

Este documento de consenso foi produzido pela APTFeridas.
Os pontos de vista expressos nesta publicação são da inteira responsabilidade dos
seus respetivos autores.

GRUPO DE PERITOS APTFeridas:
Armando Almeida – Universidade Católica Portuguesa | Instituto Ciências
da Saúde, Porto
Filomena Sousa – Hospital da Prelada, Porto
Liliana Grilo – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE,
Vila Real
Paulo Alves – Universidade Católica Portuguesa | Instituto Ciências da
Saúde, Porto
Paulo Ramos – ARS Norte – USF Corino de Andrade, Póvoa de Varzim

ESTE DOCUMENTO DEVE SER CITADO:
Ramos, P.; Grilo, L.; Sousa, F.; Almeida, A.; Alves, P. ABORDAGEM À
PESSOA COM LESÕES DE PELE ASSOCIADAS À HUMIDADE. Associação
Portuguesa de Tratamento de Feridas 2021. ISBN 978-989-54770-7-4

NOTA: Este documento contou com o apoio da 3M.



AGRADECIMENTO PELA CEDÊNCIA DE IMAGENS:
Gustavo Afonso – APTFeridas
Luís Ribeiro – APTFeridas
Anabela Moura – APTFeridas

ENDERECO PARA CORRESPONDÊNCIA:
assessoria@aptferidas.com

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
TIPOLOGIA DE LESÕES CUTÂNEAS ASSOCIADAS À HUMIDADE DA PELE	4
DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA	4
DERMATITE PERI-ESTOMAL	6
DERMATITE INTERTRIGINOSA/INTERTRIGO	6
DERMATITE PERI-LESIONAL/MACERAÇÃO PERI-LESIONAL	7
IMPLICAÇÃO PARA A PRÁTICA CLÍNICA	8
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA	10
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DERMATITE PERI-ESTOMAL	14
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DERMATITE INTERTRIGINOSA/INTERTRIGO	18
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DERMATITE PERI-LESIONAL/MACERAÇÃO PERI-LESIONAL	20
MNEMÓNICA DE ABORDAGEM ÀS LESÕES DE PELE ASSOCIADAS À HUMIDADE	22
CONCLUSÕES	23
INFOGRAFIAS	24
ADEPT – D	24
ADEPT – E	25
ADEPT – I	26
ADEPT – L	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

INTRODUÇÃO

A preservação da integridade cutânea está considerada, à luz dos conhecimentos atuais, como um forte indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados, nomeadamente ao nível da prevenção de lesões. Estima-se que entre 1 a 1,5% da população dos países industrializados tenha sido alvo de tratamento de lesões da pele e que na Europa entre 2 a 4% do orçamento da saúde se destine a este mesmo fim (1).

As lesões de pele associadas à humidade (LPAH) são causadas pela prolongada exposição da pele a fluidos e seus constituintes, de várias fontes, que incluem: urina ou fezes, transpiração (sudorese/diaforese), exsudação de feridas, muco e saliva (2, 3). Esta entidade incluiu 4 tipologias de lesões, a saber: dermatite associada à incontinência (DAI), dermatite intertriginosa/intertrigo, dermatite peri-estomal e maceração/dermatite peri-lesional. Neste documento, iremos abordar as quatro entidades, visto que são extremamente prevalentes nos diversos contextos clínicos e são muitas das vezes confundidas com outras lesões cutâneas, com real ou potencial impacto na avaliação dos cuidados prestados aos utentes. Existem múltiplos estudos que se dedicam à compreensão da lesão da pele seca (xerose) ou reações de hipersensibilidade (atopia), mas, comparativamente, existem poucos trabalhos que foquem as lesões cutâneas por exposição à humidade excessiva (4-6).

Lesões cutâneas associadas à humidade aparentemente surgem quando uma fonte de humidade permanece em contacto com a pele por um período de tempo prolongado, quando o efluente contém agentes irritantes, bacterias ou fungos potencialmente patogénicos e/ou quando a exposição à humidade aumenta a fricção na superfície da pele (2). Apesar da investigação nesta área ainda ser limitada, a evidência existente e a experiência clínica revelam que a exposição a fontes de humidade, por si só, não provoca lesão cutânea. Vários fatores estão envolvidos na etiologia das lesões associadas à humidade da pele, tais como a irritação química da fonte de humidade, forças mecânicas como a fricção e a presença de micro-organismos potencialmente patogénicos (2). Ou seja, a sua etiologia depende da conjugação de diferentes fatores, o que torna a sua prevenção e tratamento um processo complexo e desafiante.

A barreira cutânea consiste em proteínas e lípidos, que se encontram no estrato córneo, a camada mais externa das cinco que formam a epiderme. Os lípidos que se encontram são constituídos por ceramidas, colesterol e ácidos gordos livres, numa proporção de aproximadamente 3:2:1. Os corneócitos e os lípidos estão dispostos na epiderme de forma estratificada e entrelaçada, semelhante a uma estrutura de tijolos e cimento de uma parede (7). Esta organização contribui para a manutenção da humidade da pele, evitando a perda de água do espaço subcutâneo, enquanto que, simultaneamente, impede a absorção de água e outros fluidos em contacto com a superfície da pele. O estrato córneo normalmente possui 10%-15% de humidade intrínseca (8). Enquanto que a humidade excessiva é lesiva, a pele seca é propensa a fissuras superficiais, descamação e gretas, o que permite a penetração de agentes irritantes profundamente nas estruturas da pele. Em casos mais severos de xerose cutânea pode surgir irritação intensa, inflamação e prurido (8).

Com os corneócitos existem múltiplas moléculas higroscópicas, incluindo a proteína filagrina, vários aminoácidos, ureia e lactato que mantêm aproximadamente 20% do conteúdo de água, no estrato córneo de uma pele saudável. Eles atuam como humectante e são coletivamente denominados como o fator hidratante da pele (FHP). Os lípidos no estrato córneo também aumentam o fator hidratante natural da pele atuando como emolientes. Além disso, as aquagliceroporinas contribuem para a manutenção do FHP, formando canais que regulam o transporte de água, glicerol, ureia e outras pequenas moléculas dentro do estrato córneo, enquanto impedem o movimento de moléculas maiores, como as proteínas.

O pH da pele saudável varia de 5,5 a 5,9. Este manto levemente ácido contribuiu para várias funções importantes, incluindo a supressão de bactérias coliformes que preferem um ambiente mais alcalino. A importância do manto ácido para

a barreira torna-se evidente quando a superfície da pele é ocluída, resultando em aumento da humidade relativa, produção de dióxido de carbono e pH mais alcalino. O aumento do pH da pele impede que os lípidos recém-fabricados assumam a sua estrutura característica em camadas (lamelar), diminui a adesão dos corneócitos e aumenta a lise dos corneócitos existentes.

Pela breve descrição acima efetuada, conclui-se que existe um conjunto de mecanismos que interagem entre si, de forma a manter a homeostasia cutânea, impedindo a sua lesão. Contudo, em situações agudas ou crónicas, este equilíbrio fica comprometido e é necessária a intervenção externa para a prevenção e tratamento de lesões cutâneas. Neste contexto, surge o presente documento, como guia de orientação para as melhores práticas de prevenção e tratamento de lesões associadas à humidade da pele.

Sackett et al (9) afirmaram que “a prática baseada na evidência é o uso consciente, explícito e ponderado da melhor evidência disponível para tomar decisões sobre os cuidados aos indivíduos”. Para a tomada de decisão das melhores intervenções em saúde propõem 3 componentes de experiência clínica do profissional, preferências da pessoa e a melhor evidência externa disponível. Neste documento, pretende-se não só incluir uma revisão da literatura, mas também reflexões da prática clínica e partilha de experiências que podem ser o ponto de partida para a mudança de práticas.

OS OBJETIVOS DO DOCUMENTO SÃO:

- Descrever as lesões associadas à humidade da pele;
- Identificar as melhores práticas de prevenção das lesões associadas à humidade da pele;
- Identificar as melhores práticas de tratamento das lesões associadas à humidade da pele;
- Propor uma mnemónica de abordagem sistematizada de avaliação, prevenção e tratamento;
- Elaborar infografias que auxiliem a abordagem nos contextos clínicos deste tipo de lesões.

Este documento está dividido em introdução, descrição das diferentes tipologias de lesões associadas à humidade da pele, implicações para a prática clínica, prevenção e tratamento das lesões associadas à humidade da pele, mnemónica de abordagem, conclusões e infografias.

AVISO: As orientações emanadas deste documento são recomendações gerais para a prática clínica, que deverão ser implementadas, respeitando as políticas institucionais de manutenção da integridade cutânea, não prevalecendo sobre estas, mas antes servindo como complemento e mais-valia. Devem ser postas em prática de maneira culturalmente consciente e respeitosa, de acordo com os princípios de proteção, participação e colaboração.

TIPOLOGIA DE LESÕES CUTÂNEAS ASSOCIADAS À HUMIDADE DA PELE

Lesões associadas à humidade da pele (LAHP) estão classificadas como dermatites de contacto irritativas (10). Os agentes agressores mais comuns incluem: urina, fezes, transpiração, saliva, fluido intestinal de estomas e exsudado de feridas (3). O termo LAHP é uma espécie de “chapéu”, que inclui quatro subtipos de lesões: dermatite associada à incontinência, dermatite peri-estomal (relacionada com colostomia, ileostomia/conduto ileal, urostomia, catéter suprapúbico e traqueostomia), intertrigo (ocorre pela fricção entre pregas cutâneas) e maceração perilesional (11, 12).

Na última revisão da classificação internacional das doenças, foram descritas várias tipologias de dermatites irritativas associadas à humidade da pele, como descrito na Tabela 1.

Pela primeira vez, estas entidades ganham relevância e aparecem classificadas de forma independente.

TABELA 1. Tipos de dermatites de contacto irritativas, de acordo com a OMS ICD-11

EK02.2 Irritant contact dermatitis due to friction, sweating or contact with body fluids
EK02.20 Intertriginous dermatitis due to friction, sweating or contact with body fluids
EK02.21 Irritant contact dermatitis due to saliva
EK02.22 Irritant contact dermatitis due to incontinence
EK02.23 Irritant contact dermatitis related to stoma or fistula
EK02.24 Irritant contact dermatitis related to skin contact with prostheses or surgical appliances

DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA

Define-se DAI como um eritema e inflamação da pele, por vezes, acompanhada por erosão ou “desnudação” causada pela exposição à urina e/ou fezes (2, 8, 13, 14). Baseado numa amostra de dois países europeus, foi identificado que as pessoas com incontinência e que desenvolvem dermatite associada são mais frequentemente homens, com incontinência fecal, diabéticos, com maior IMC, mais dependentes com maior grau de incapacidade funcional e física. Após o ajuste da análise concluiu-se que, sendo incontinente fecal, diabético, tendo a pele constantemente ou frequentemente húmida, sujeita a forças de fricção ou cisalhamento durante o reposicionamento ou mobilizações, aumenta a possibilidade de dermatite associada à incontinência. Contudo, ainda são precisos estudos longitudinais em larga escala, para verificar a validade dos fatores de risco identificados (15).

O mecanismo fisiopatológico da DAI encontra-se sumarizado na Figura 1.

Podemos concluir que a presença de urina em contacto com a pele, associada a dispositivos, como fralda ou penso, aumentam o pH da pele, o que leva ao aumento da proliferação dos micro-organismos, que transformam a ureia em amónia, esta última bastante agressiva para o estrato córneo. Se, além da urina, também as fezes estiverem em contacto com a pele, aumenta ainda mais a carga microbiana, associada a enzimas presentes nas fezes, como as lípases e proteases, que agredem diretamente as proteínas e lípidos protetores da pele, principalmente na presença de diarreia. Com a necessidade de limpezas frequentes da pele e a utilização de agentes alcalinos, aumentamos ainda mais a agressão cutânea. Tudo isto leva a um aumento da permeabilidade da pele e consequente diminuição da sua função barreira e diminuição da resistência a forças mecânicas externas como a fricção. Da conjugação destes fatores resulta a dermatite associada à incontinência, em que temos, essencialmente, uma agressão química da pele, coadjuvado por forças mecânicas superficiais. A limpeza com sabão e agentes de pH elevado, quando associada a técnicas que envolvam um esfregar vigoroso com têxtil, esponja ou outros materiais, pode induzir lesão da pele (Figura 2). Além disso, estes métodos levam à deterioração da camada lipídica de proteção da pele, permitindo a penetração de agentes bacterianos (17).

FIGURA 1. Fisiopatologia da dermatite associada à incontinência, traduzido e adaptado de Beeckman, 2016 (4, 16)

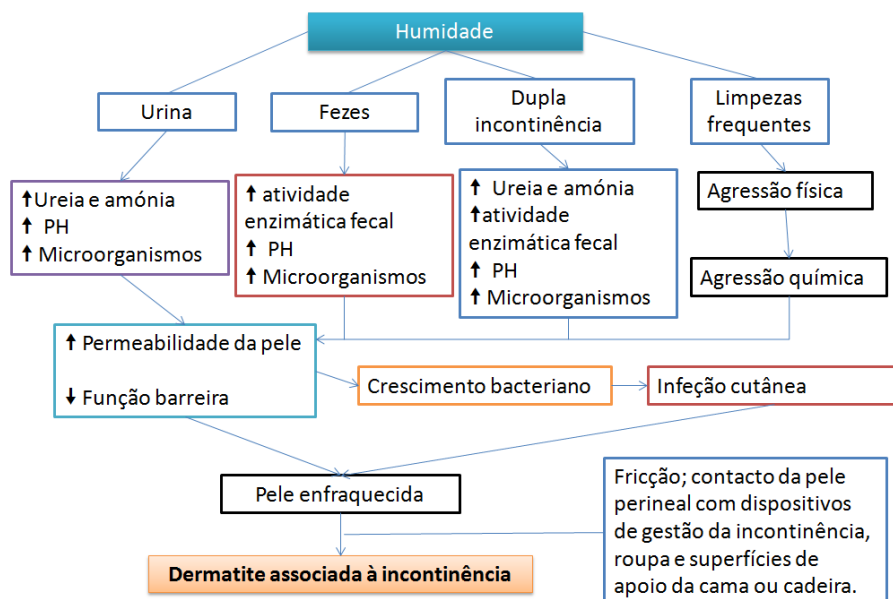
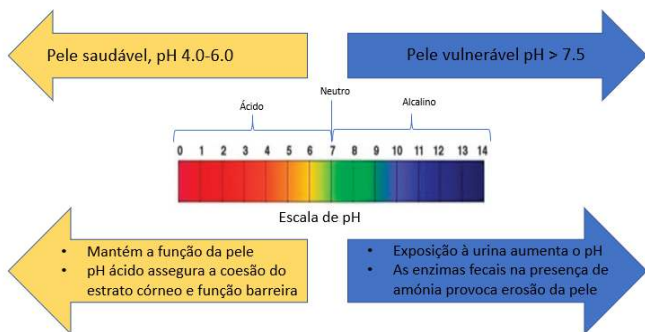


FIGURA 2. Escala de pH da pele e a sua relação com a lesão, traduzido e adaptado de McNichol et al 2018 (17)







Os principais critérios de diagnóstico de DAI são o rubor persistente, perda de pele e sinais de infecção, resultante de um painel de Delphi em que se obteve 100% de concordância. Assim, a DAI é classificada segundo esses dois critérios, rubor e perda de pele, de acordo com 34 peritos internacionais. Adicionalmente, devem ser levados em linha de conta os sinais de infecção, dado serem clinicamente importantes e influenciarem a intervenção a ser implementada (18).

Após um consenso internacional, as DAI são classificadas em: 1A - Rubor persistente sem sinais de infecção; 1B - Rubor persistente com sinais de infecção; 2A - Perda da espessura parcial da pele sem sinais de infecção; 2B - Perda da espessura parcial da pele com sinais de infecção – Escala GLOBIAD (Figura 3). Apesar da concordância intra e inter-observador ser substancial entre as categorias 1 e 2, o mesmo já não acontece entre as categorias A e B, em que a concordância é moderada. Os sinais clínicos de infecção incluem eritema, aumento da temperatura, edema, exsudado purulento e dor, que não são possíveis de avaliar através de fotografia (18).

A utilização de um sistema de classificação das lesões é relevante, de forma a uniformizar a linguagem usada e ao mesmo tempo permitir estabelecer um plano de intervenção adequado.

"OS PRINCIPAIS CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DE DAI SÃO O RUBOR PERSISTENTE, PERDA DE PELE E SINAIS DE INFECÇÃO (...)"

FIGURA 3. Classificação das DAI, escala GLOBIAD (18)

CATEGORIA 1 > ERITEMA PERSISTENTE			
1A - ERITEMA PERSISTENTE SEM SINAIS CLÍNICOS DE INFECÇÃO		1B - ERITEMA PERSISTENTE COM SINAIS CLÍNICOS DE INFECÇÃO	
			
<p>Critério obrigatório</p> <ul style="list-style-type: none"> Eritema persistente <p>Podem estar presentes vários tons de rubor. Em pacientes com pele mais escura, a pele pode estar mais pálida que o normal, mais escura que o normal ou apresentar cor púrpura.</p>	<p>Critérios adicionais</p> <ul style="list-style-type: none"> Áreas manchadas ou descoloração da pele em áreas com antecedente de lesão mas já cicatrizada Aparência brilhante da pele Pele macerada Vesículas e bolhas intactas A pele pode sentir-se tensa ou edemaciada ao toque Ardor, formigueiro, prurido ou dor 	<p>Critérios obrigatórios</p> <ul style="list-style-type: none"> Eritema persistente <p>Podem estar presentes vários tons de rubor. Em pacientes com pele mais escura, a pele pode estar mais pálida que o normal, mais escura que o normal ou apresentar cor púrpura.</p> <ul style="list-style-type: none"> Sinais de infecção <p>Tal como a descamação branca da pele (sugerindo infecção fúngica) ou lesões satélite (pústulas rodeando a lesão, sugestivas de infecção fúngica por <i>Candida albicans</i>).</p>	<p>Critérios adicionais</p> <ul style="list-style-type: none"> Áreas manchadas ou descoloração da pele em áreas com antecedente de lesão mas já cicatrizada Aparência brilhante da pele Pele macerada Vesículas e bolhas intactas A pele pode sentir-se tensa ou edemaciada ao toque Ardor, formigueiro, prurido ou dor
CATEGORIA 2 > PERDA DE PELE			
2A - PERDA DA PELE SEM SINAIS CLÍNICOS DE INFECÇÃO		2B - PERDA DA PELE COM SINAIS CLÍNICOS DE INFECÇÃO	
			
<p>Critério obrigatório</p> <ul style="list-style-type: none"> Perda de pele <p>A perda da pele pode apresentar-se como erosão da mesma (pode resultar de vesículas ou bolhas danificadas ou erodidas), denudação, escoriação. O padrão da lesão da pele pode ser difuso.</p>	<p>Critérios adicionais</p> <ul style="list-style-type: none"> Eritema persistente <p>Podem estar presentes vários tons de rubor. Em pacientes com pele mais escura, a pele pode estar mais pálida que o normal, mais escura que o normal ou apresentar cor púrpura.</p> <ul style="list-style-type: none"> Áreas manchadas ou descoloração da pele em áreas com antecedente de lesão mas já cicatrizada Aparência brilhante da pele Pele macerada Vesículas e bolhas intactas A pele pode sentir-se tensa ou edemaciada ao toque Ardor, formigueiro, prurido ou dor 	<p>Critérios obrigatórios</p> <ul style="list-style-type: none"> Perda de pele <p>A perda da pele pode apresentar-se como erosão da mesma (pode resultar de vesículas ou bolhas danificadas ou erodidas), denudação, escoriação. O padrão da lesão da pele pode ser difuso.</p> <ul style="list-style-type: none"> Sinais de infecção <p>Tal como a descamação branca da pele (sugerindo infecção fúngica ou lesões satélite (pústulas rodeando a lesão, sugestivas de infecção fúngica por <i>Candida albicans</i>), fibrina (tecido desvitalizado húmido) visível no leito da ferida (amarelo, castanho, acinzentado), aparência verde dentro do leito da ferida (sugerindo infecção bacteriana por <i>Pseudomonas aeruginosa</i>), níveis de exsudado excessivos, exsudado purulento (pus) ou aparência brilhante do leito da ferida.</p>	<p>Critérios adicionais</p> <ul style="list-style-type: none"> Eritema persistente <p>Podem estar presentes vários tons de rubor. Em pacientes com pele mais escura, a pele pode estar mais pálida que o normal, mais escura que o normal ou apresentar cor púrpura.</p> <ul style="list-style-type: none"> Áreas manchadas ou descoloração da pele em áreas com antecedente de lesão mas já cicatrizada Aparência brilhante da pele Pele macerada Vesículas e bolhas intactas A pele pode sentir-se tensa ou edemaciada ao toque Ardor, formigueiro, prurido ou dor

DERMATITE PERI-ESTOMAL

Embora os nossos conhecimentos e experiência, enquanto peritos em estomaterapia, nos permitam identificar os principais fatores etiológicos ao aparecimento das dermatites, ainda existem grandes lacunas na literatura, emergindo a necessidade de mais estudos e evidência científica neste campo.

Sabemos, no entanto, que é das complicações mais frequentes na pele peri-estomal e pode surgir devido a vários fatores (42):

- Traumatismo mecânico, por mau manuseamento dos dispositivos;
- Reação alérgica aos dispositivos e acessórios de ostomia;
- Uso inadequado dos materiais, corte desajustado ou demasiado grande;
- Inadequada manipulação do estoma e pele circundante aquando da higiene local;
- Contato direto com fluidos (dermatite irritativa);
- Localização incorreta do estoma, por ausência de marcação.

Determinadas lesões na pele podem surgir por traumatismo mecânico (Figura 4), provocado por trocas frequentes de dispositivo. Estas sucessivas e continuadas remoções mecânicas do adesivo, que faz aderir o dispositivo à pele, poderão causar trauma epidérmico, com lesão da pele associada a hemorragia, maceração, humidade e dor.

FIGURA 4. Traumatismo mecânico com a placa (Ileostomia)



A técnica cirúrgica na construção da ostomia também irá definir o tipo de estoma que vamos ter. Poderá ser um estoma perfeito, cujos problemas associados serão mínimos, ou poderá ser um estoma demasiado raso, invaginado, retraído total ou parcialmente, fatores preditores de problemas no próprio estoma e na pele circundante.

Há estudos que apontam que 10 a 70% das pessoas ostomizadas apresentam algum tipo de problema na pele peri-estomal e que grande parte dos mesmos poderão ser evitados quando estas pessoas são acompanhadas na consulta de estomaterapia desde a fase pré-operatória (43).

DERMATITE INTERTRIGINOSA/ INTERTRIGO

Dermatite intertriginosa (DI), também conhecida como Intertrigo, tem ainda descrições na literatura como: Eritema intertriginoso, Eczema intertriginoso, Dermatite superficial em superfícies opostas da pele. No ICD-11, é descrito como "uma forma de dermatite de contato irritante das pregas cutâneas causadas por repetitivas forças de fricção/tensão de pele com pele. Suor, outros fluidos corporais, oclusão e obesidade, contribuem para seu desenvolvimento (10).

Os dados relativos à epidemiologia do intertrigo são escassos e demonstram variações entre os 2 aos 16%, mediante diversos contextos de cuidados. Os estudos mais recentes são os de Ndiaye et al (2017) (19), um estudo prospetivo em duas unidades de dermatologia no Senegal, onde a prevalência identificada foi de 2,5%, mas numa média de idade de 41,5 anos; o de Gabriel et al, (2019) (20) numa amostra aleatória de lares de idosos na Alemanha, foi identificada uma prevalência de 16,1%, e o mais recente de Kottner et al. (2020) (21) na Holanda, numa análise secundária ao estudo de prevalência nacional de feridas, verifica-se uma prevalência de intertrigo no contexto domiciliário de 10% e nos lares de idosos de 7%.

Intertrigo é uma doença inflamatória cutânea comum, que resulta da retenção de humidade (fluidos, suor, saliva, urina) nas dobras ou pregas cutâneas, chamadas regiões intertriginosas, como resultado da oclusão ou escassa circulação de ar, associada à fricção de pele com pele (11, 13, 22-24). Está associado à não evaporação da humidade nesses espaços, tornando o estrato córneo excessivamente hidratado e até macerado. Esta humidade retida, normalmente causada pela perspiração/transpiração na pele das dobras, faz com que as superfícies da pele se "unam", o que aumenta o coeficiente de fricção.

Este excesso de humidade aumenta a probabilidade de lesões associadas à fricção, que muitas vezes são visíveis em ambos os lados da prega, comumente descrita lesão em espelho (Figura 5).

FIGURA 5. Dermatite intertriginosa na prega inframamária em espelho



DERMATITE PERI-LESIONAL/ MACERAÇÃO PERI-LESIONAL

Ocorre em qualquer idade e em qualquer área do corpo onde duas superfícies da pele, que estão em contato próximo uma com a outra, como nos casos específicos da região axilar, áreas inframamária, região umbilical e região inguinal.

Embora possa desenvolver-se em qualquer idade do ciclo vital, é mais frequente nos extremos de idade associados à obesidade (25), presença de diabetes *mellitus*, imunossupressão, incontinência e imobilidade (8, 24). É também mais frequente em doentes com grandes pregas cutâneas, que usam material de incontinência, que retêm humidade (fralda e/ou penso de incontinência) (26, 27).

A associação entre o desenvolvimento de intertrigo e a obesidade é amplamente defendida na literatura (20, 21, 26, 28), explorada desde os diferentes níveis de obesidade (26) até à compreensão da ciência básica, para explicar a relação com outros fatores, como por exemplo a presença de grandes camadas de gordura "castanha", que geram um aumento da temperatura corporal e sudorese profusa (26), potenciando o seu aparecimento.

Associado também à obesidade, temos um número de pregas cutâneas aumentado e outros fatores de risco, onde se inclui o aumento da transpiração para regular a temperatura corporal, aumento da perda de água transepidermica (TEWL) e um pH aumentado (que torna o manto ácido menos eficaz como barreira natural) (24). Todos, sinergicamente, aumentam a probabilidade de desenvolvimento do intertrigo.

Encontramos ainda a associação ao autocuidado, défice de cuidados e com referência específica à dependência nos cuidados de higiene (20, 21), sabendo que todos os fatores de risco da dermatite são exacerbados por ambientes quentes e húmidos (29).

A combinação de fatores como o aumento da temperatura, humidade, entre outros, e a fricção nas pregas cutâneas, resultam no desenvolvimento do intertrigo, conforme exemplifica o seguinte esquema na Figura 6.

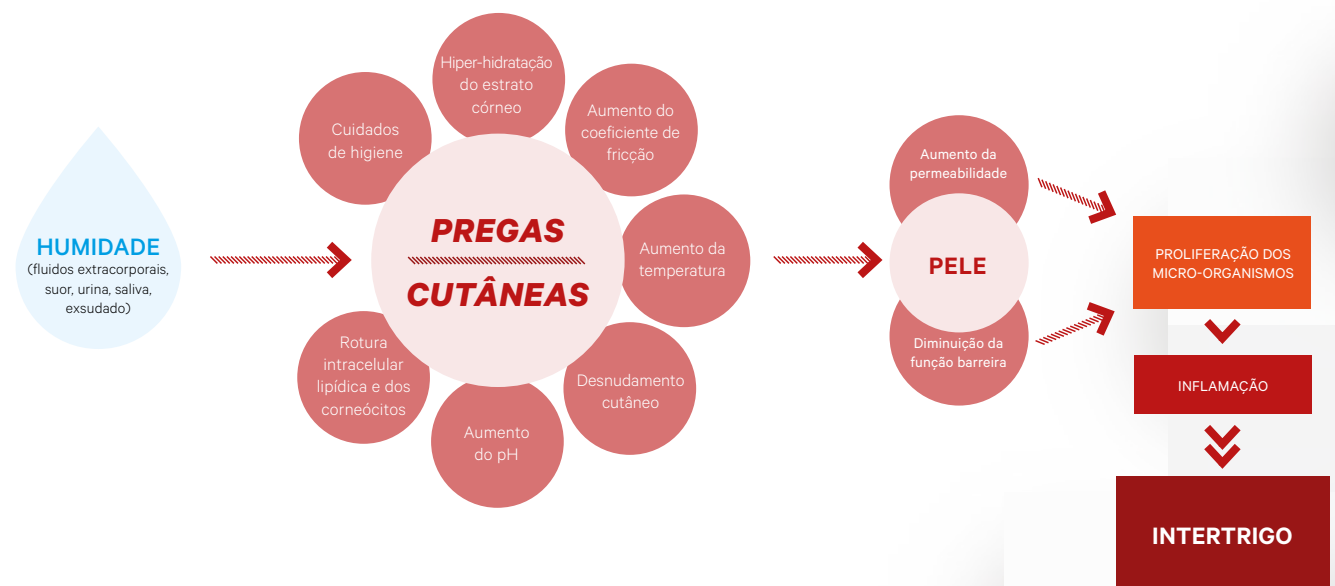
À medida que a hiper-hidratação do estrato córneo se intensifica e se instala a maceração, aumenta o atrito nos tecidos, enfraquecendo-os e, conseqüentemente, o risco aumentado de lesão cutânea. Este processo fisiopatológico está associado a um processo inflamatório e ao desnudamento da pele, tornando a área mais propensa à infeção.

As feridas crónicas são, muitas vezes, a causa da necessidade de cuidados de longa duração e acarretam sofrimento elevado, para além dos custos financeiros. São consumidoras de tempo de enfermagem e de outros profissionais de saúde. A sua prevenção e tratamento são, por isso, alvo de estudos e investigação, embora ainda haja lacunas no vasto universo que abarcam. A pele circundante é, cada vez mais, um foco da atenção dos profissionais de saúde, uma vez que da sua condição vai depender um incremento ou retrocesso do processo de cicatrização. Alguns dos sinais e sintomas que refletem o mau estado da pele incluem maceração, erosão, edema, eritema, formação de flictenas, prurido e dor. Existe uma relação de causa efeito, entre a humidade ou excesso de exsudado da ferida e o aumento da dor durante a substituição do material de penso e atraso no processo de cicatrização (30).

A pessoa com ferida apresenta-se em risco de agravar a sua condição geral e local, caso não seja abordada de forma integral e holística. Existem complicações de diversa ordem, que, desencadeadas por diversos fatores de risco, vão potenciar e aumentar o dano. O tratamento de feridas é, frequentemente, focado na própria ferida, em detrimento de uma abordagem mais global, incluindo a falta de atenção dada ao estado da pele peri-lesional.

A pele que rodeia a ferida é suporte da mesma, quer em termos estruturais quer em termos fisiológicos. Estes tecidos são o suporte para o processo de cicatrização de uma ferida crónica, a cicatrizar por segunda intenção. Caso haja lesão da estrutura do tecido conetivo desta mesma pele, existe o risco do aumento das dimensões do leito da ferida (30). No tratamento da ferida, há que incluir uma abordagem,

FIGURA 6. Esquema demonstrativo da interação dos diferentes agentes na etiologia do Intertrigo (adaptado de Voegli, 2020)



não só ao leito da mesma, como também à pele circundante. Existe um processo inflamatório dos tecidos subcutâneos, inerente à presença da ferida, que, por si só, podem gerar exsudado que poderá lesar a epiderme e enfraquecer a pele como barreira de proteção. O próprio processo inflamatório causa edema e endureção, que levam ao stresse fisiológico das estruturas anatómicas afetadas, incluindo a pele, pelo que aumenta o risco de dano.

A dermatite de contacto é também um problema muito negligenciado pelos profissionais de saúde e que, para além das consequências nefastas para a saúde física da pessoa, traz também grande desconforto. Existem dois tipos de dermatite de contato associado às feridas crônicas: a dermatite alérgica e a dermatite irritativa. A primeira está, frequentemente, associada às opções terapêuticas locais (Figura 7), enquanto a segunda se associa a produtos metabólicos da ferida (Figura 8), nomeadamente, o seu exsudado (30). Outra alteração que poderá surgir é a maceração (Figura 9) com características distintas, como: coloração branca, hiper-hidratação do estrato córneo e rugas. Estas alterações aumentam a probabilidade de infeção e deterioração da ferida.

A identificação da etiologia e fatores contribuintes para este tipo de condição são importantes, quer para a sua prevenção, quer para uma abordagem de tratamento. A composição do exsudado da ferida contribui para a lesão da pele que a rodeia (3). Componentes como bactérias, proteínas específicas, enzimas proteolíticas, em maior quantidade nas feridas crônicas, vão aumentar o risco de dano associado à humidade. Outro fator contribuinte para a lesão está associado à remoção de material adesivo, pois remove traumáticamente parte da epiderme, em especial do estrato córneo, causando eritema e enfraquecendo a sua resistência. Na escolha do material de penso, deve ponderar-se um com interface de silicone, que minimiza este trauma e a dor associada ao tratamento local (30).

FIGURA 7. Dermatite irritativa associada a material de penso. Pode-se ver em detalhe o "desenho" do penso na pele e a diferença de tom entre a área de contacto e a restante pele.



FIGURA 8. Dermatite irritativa por má gestão do exsudado, delimitada. Nota-se também a pendência do exsudado, dado que a pele da área superior da ferida encontra-se sem alterações.



FIGURA 9. Maceração peri-lesional, características a reter: coloração branca, hiper-hidratação do estrato córneo e rugas. Estas alterações aumentam a probabilidade de infeção e deterioração da ferida.



IMPLICAÇÃO PARA A PRÁTICA CLÍNICA

A abordagem estruturada da pele em risco de LAHP considera 3 componentes: limpeza para remover a humidade excessiva e irritantes; hidratação quando indicado e aplicação de um dispositivo ou produto de proteção, quando houver exposição adicional à fonte de humidade. A seleção do produto irá variar, tendo em conta vários fatores, sendo consensual que este deverá ter a capacidade de bloquear a exposição da pele a irritantes, ao mesmo tempo que deve manter o equilíbrio da humidade desta (2). Neste capítulo, o objetivo é resumir o conjunto de soluções disponíveis, para os cuidados à pele na prevenção e tratamento da LAHP. Na Tabela 2, encontram-se descritas as vantagens e desvantagens das diferentes formulações de prevenção e tratamento das lesões associadas à humidade da pele.

Os emolientes amaciam a superfície da pele com a adição de lípidos. Os humectantes atraem a água para o estrato córneo. Os produtos oclusivos formam uma barreira para a pele que está exposta às fezes e/ou urina, transpiração e exsudado. Os produtos barreira estão disponíveis em cremes, pastas, loções e filmes (7). Os diferentes produtos podem conferir vários graus de proteção, sendo desafiante decidir qual o melhor produto em cada circunstância específica. Apesar da falta de evidência sobre os produtos a usar, deve ser tido em conta os seus constituintes, para determinar o que melhor se adapta à condição da pessoa. A maioria são usados quer na prevenção quer no tratamento e contêm um ou mais dos seguintes constituintes: petrolato, óxido de zinco, dimeticone e terpolímero acrilato. O petrolato é a base comum de várias pomadas, é transparente, forma uma camada oclusiva e melhora a hidratação da pele. O óxido de zinco é creme ou pasta opaca ou clara, algumas formulações possuem aditivos que aliviam o prurido. A dimeticone é um produto com base de silicone, transparente, não oclusivo e hidratante. O terpolímero acrilato é um líquido que forma um filme de proteção transparente, que não requer remoção ou reaplicação a cada episódio de incontinência (8). Produtos barreira, novos e mais duráveis, como os cianoacrilatos, mantêm a sua função barreira durante vários dias, após a exposição repetida a urina e fezes e subsequentes limpezas da pele (31).

A utilização de formulações de cianoacrilato conferem uma considerável proteção do ponto de vista biomecânico para a pele e abaixo desta, formando uma camada de proteção quer para forças de compressão e fricção (cisalhamento). Estas conclusões indicam o efeito profilático do cianoacrilato, que confere um revestimento particularmente forte, onde a pele é particularmente fina e frágil (tipicamente menor que 0,7mm de espessura), que é característica da população idosa, pós-lesão nervosa, doenças neuromusculares e condições de atrofia por desuso (32).

Com base no conhecimento atual, a seleção do(s) produto(s) barreira deverá ser ponderada após avaliação da situação específica, disponibilidade, contexto dos cuidados de saúde, custo-eficácia/custo-efetividade, entre outros. Por exemplo, se preciso de proteger uma área peri-lesional, mas se no local é necessário aplicar um dispositivo adesivo, não posso utilizar cremes, loções, pomadas ou pastas; noutro exemplo, se pretendo diminuir o número de aplicações do protetor, então, devo optar por um produto mais durável e resistente.

**"OS DIFERENTES PRODUTOS PODEM
CONFERIR VÁRIOS GRAUS DE PROTEÇÃO,
SENDO DESAFIANTE DECIDIR QUAL
O MELHOR PRODUTO EM CADA
CIRCUNSTÂNCIA ESPECÍFICA."**

TABELA 2. Vantagens e desvantagens das diferentes formulações de prevenção e tratamento das lesões associadas à humidade da pele (8, 32)

OPÇÕES DE PRODUTOS BARREIRA PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES ASSOCIADAS À HUMIDADE DA PELE	
PRODUTOS COM BASE DE PETROLATO	VANTAGENS
	<ul style="list-style-type: none"> Formam uma película selante na pele e reduzem a perda de água transepidérmica; Mais eficaz quando aplicado na pele ligeiramente humedecida; As propriedades de adesão à pele protegem contra a agressão mecânica e serve de barreira aos agentes irritantes.
	DESvantagens
	<ul style="list-style-type: none"> O petrolato com o calor pode transformar-se em líquido; Pode deixar um resíduo gorduroso, que interfere com a adesão e absorção do penso primário; Pode ocluir os poros e atrair sujidade e bactérias, aumentando o risco de foliculite.
POMADAS DE ÓXIDO DE ZINCO COMPOSTO COM PETROLATO	VANTAGENS
	<ul style="list-style-type: none"> Repele irritantes presentes no exsudado, urina e outros fluidos; As propriedades de adesão à pele protegem contra a agressão mecânica; Anti-inflamatório e antioxidante.
	DESvantagens
	<ul style="list-style-type: none"> As apresentações podem ser espessas e de difícil aplicação e remoção; Pode deixar um resíduo gorduroso, que interfere com a adesão e absorção do penso primário; A pomada pode escorrer para a ferida e interagir com produtos antimicrobianos.
PRODUTOS COM BASE DE SILICONE (DIMETICONE)	VANTAGENS
	<ul style="list-style-type: none"> A dimeticone é permeável ao vapor de água, o que permite a evaporação e transpiração e minimiza o risco de rash pelo calor; Conformável à pele circundante da ferida ou área de pele em risco de lesão; De fácil aplicação, não dá a sensação de pele gordurosa.
	DESvantagens
	<ul style="list-style-type: none"> Cremes espessos podem interferir com a adesão e absorção do penso primário; O creme pode escorrer inadvertidamente para a ferida, o que pode não estar indicado em feridas abertas.
POLÍMEROS QUE FORMAM FILMES COM BASE DE ÁGUA OU SOLVENTES	VANTAGENS
	<ul style="list-style-type: none"> Formam uma barreira mecânica na área peri-lesional; Fina e sem resíduos; Permite a adesão do material de penso, previne as lesões por adesivo durante a mudança de penso.
	DESvantagens
	<ul style="list-style-type: none"> Alguns solventes orgânicos podem provocar dor e irritação; perigo de inalação e fogo; Muito do líquido aplicado evapora, deixando apenas uma fina camada, comparativamente com o cianoacrilato.
FORMULAÇÕES DE CIANOACRILATO	VANTAGENS
	<ul style="list-style-type: none"> Cria uma barreira resistente na pele; Protege contra a lesão por fricção; Não requer solvente, o que é aplicado torna-se barreira; Liga-se à pele por polimerização no local, muito resistente às lavagens ou remoção prematura.
	DESvantagens
	<ul style="list-style-type: none"> Os cianoacrilatos são matérias-primas caras para as formulações barreira; Pode haver pessoas alérgicas ao cianoacrilato.

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA

Os cuidados à pele sistematizados passam por uma estratégia de manutenção da função barreira, bem como a integridade e saúde da pele (15). Este facto é particularmente relevante nas populações de elevado risco, como os doentes em UCI e idosos. Estão recomendados, para prevenção da xerose cutânea e para prevenção de lesões cutâneas como as DAI, produtos e procedimentos de higiene específicos, hidratantes, cremes barreira ou outros, que não necessitem de enxaguamento (12). No entanto, a evidência baseada em estudos de elevada qualidade é praticamente inexistente, as recomendações são baseadas em boas práticas. Em algumas instituições, a prevenção e tratamento das DAI são combinadas com os protocolos de prevenção das úlceras por pressão (UPP), de forma a obter-se uma abordagem mais pragmática e holística da lesão na região perineal (12). É habitual a presença dos dois tipos de lesão (UPP e DAI) na mesma região anatómica (Figura 10).

A imobilidade é um fator comum aos dois fenómenos que favorece um ambiente quente e húmido, favorecendo o seu desenvolvimento (Figura 11).

FIGURA 10. Extensa DAI 2A, associada a UPP (lesão do tecido profundo)



FIGURA 11. DAI 1A em utente com obesidade mórbida, confinado a cama e cadeirão



Em contexto de cuidados intensivos, onde a maioria dos doentes estão ventilados mecanicamente e com cateter urinário, o agente causal de DAI é a exposição da pele a fezes líquidas, devido ao uso de medicação (laxantes, antibióticos), alimentação entérica contínua e pela própria condição clínica (33). Num estudo de Coher et al, 2020, em que se comparava os cuidados-padrão e o uso de cuidados-padrão com protetor cutâneo de terpolímero com cianoacrilato, três aplicações por semana: no grupo de controlo, os cuidados-padrão incluíam limpeza com água tépida e agente suave, proteção com dimeticone 3% em toalhete, a cada episódio de incontinência; no grupo de intervenção, eram efetuados os cuidados-padrão, sem a aplicação de dimeticone 3%, em substituição era aplicado terpolímero com cianoacrilato três vezes por semana. Neste estudo, não se encontraram diferenças significativas entre os grupos, talvez devido ao reduzido número de participantes (n=36), no grupo de controlo 3/15 desenvolveram DAI e no grupo de intervenção 2/16 desenvolveram DAI.

Em termos de proteção cutânea, os produtos baseados em polímeros têm vantagem, por serem à prova de água e respiráveis, em contraste com as pastas e pomadas, que são oclusivas. O filme protetor com base de terpolímero acrilato e elastomérico pode ser útil na proteção contra a fricção e deve ser considerado para utilização nestes doentes (11).

É recomendado que se limite a exposição a agentes de limpeza e se opte por substitutos de sabão e produtos de higiene sem necessidade de enxaguamento, com propriedades físicas de proteção. A generalidade das abordagens às DAI, passam pela avaliação, limpeza e tratamento, como exemplo da Tabela 3. Surfactantes com médio/baixo potencial de irritação e agentes de limpeza com pH baixo (34).

Resultados de estudos sugerem que a abordagem de 3 em 1, com a utilização de toalhetes (limpeza, hidratação e proteção), terá sido mais efetiva na prevenção de DAI, quer em termos de incidência, quer de severidade, comparativamente com a utilização de sabão e água. Contudo, não foi tão efetiva como a utilização da associação de agente de limpeza + filme barreira em spray, na prevenção da lesão (35). De uma forma geral, os agentes de limpeza em espuma, aparentemente, são mais efetivos que a água e sabão na prevenção e tratamento da DAI. Os filmes barreira parecem ser mais efetivos que as formulações de óxido de zinco. Os estudos sugerem ainda que os regimes que utilizam agentes de limpeza sem necessidade de enxaguamento são mais efetivos na prevenção das DAI, comparativamente com os que utilizam a água e sabão (35).

Da revisão da literatura, é claro que a DAI, enquanto complicação da incontinência, necessita de mais atenção na prevenção e tratamento. A investigação e os estudos atuais indicam que a abordagem dos cuidados à pele, que inclui um protetor cutâneo, é benéfica na prevenção e tratamento da DAI. Contudo, com os dados disponíveis, não existe evidência suficiente para indicar melhores resultados com um determinado produto. Conclui-se que todos os regimes de cuidados à pele, demonstraram conferir algum grau de proteção, à exceção dos que incluíam a utilização da água e sabão como agente de limpeza (35).

A evidência acumulada sugere que existem pequenas diferenças entre a eficácia dos protetores barreira com base de petrolato, óxido de zinco, produtos com base de silicone e filmes de polímeros barreira (Figura 12). Apesar disso, qualquer um deles é mais efetivo que os controlos: sem tratamento ou produtos não barreira como pomadas/loções/cremes. Os filmes de polímeros barreira foram considerados de fácil aplicação e mais custo-efetivo do que os cremes barreira. Outra opção são os produtos com base de cianoacrilato, que formam um revestimento forte com o tecido, criando uma barreira resistente à água, que sai naturalmente com a descamação da pele (36).

Os produtos barreira tradicionais incluem: cremes, pomadas e pastas, que não aderem, efetivamente, a áreas húmidas e superfícies lesadas. Estas pastas e pomadas podem deslocar-se, levando a um potencial risco de contaminação ou a uma remoção problemática (31). Requerem aplicações frequentes para assegurarem proteção. Outra limitação das pastas e pomadas é a impossibilidade

TABELA 3. Abordagem de prevenção e tratamento da DAI, traduzida livremente e adaptada de McNichol et al, 2018 (17)

ABORDAGEM DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DAI	
AVALIAÇÃO	<p>Avalie a pele, pelo menos, diariamente e após cada episódio de incontinência. Inclua na avaliação da pele o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Causa da alteração da pele: é urina, fezes ou ambas; Qual é o tempo de exposição à humidade? • Cor da pele: brilhante ou escuro do que o tom habitual; Existem sinais de inflamação? • Condição da pele: a pele está intacta ou com lesão/erosão; Estão presentes flictenas, <i>rash</i>, infecção (fungos) ou lesões satélites?
	<p>Limpe a pele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Use surfactantes, agentes de limpeza com pH balanceado; • Mantenha um pH ácido, evite produtos alcalinos; • Reduza a fricção/evite esfregar.
LIMPEZA	<p>Corrija a causa da DAI (se possível).</p> <p>Use dispositivos de recolha de urina e/ou fezes através de dispositivos internos e externos ou material absorvente (fralda, penso).</p>
	<p>Trate a pele vulnerável adequadamente com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protetores barreira com base de silicone, em pomada ou creme; • Protetores barreira com petrolato ou óxido de zinco, em pomada ou creme; • Filmes de proteção com base de acrilato (fórmulas de cianoacrilato), <i>sprays</i> ou toalhete impregnado.
TRATAMENTO	<p>Trate a pele lesada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controle a humidade da pele utilizando material superabsorvente.
	<p>Lesão traumática:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evite a utilização de adesivos que possam lesar a pele; • Utilize material de penso com capacidade de retenção.

de inspecionar a pele após aplicação. As novas formulações de terpolímero com cianoacrilato conferem uma barreira elastomérica que é durável, adere em áreas húmidas e protege o tecido exposto da agressão pela urina e fezes (37). Permite também a visualização da pele, é respirável, requer aplicação 2-3 vezes por semana e não é necessária a sua remoção (24). Em voluntários saudáveis, mesmo recorrendo a lavagens agressivas, o protetor cutâneo continuou efetivo por sete dias (38). No caso de já existirem pequenas lesões, os produtos com base de cianoacrilato permitem a cicatrização destas, com maior durabilidade e com efeito bacteriostático, prevenindo a infecção (39, 40). Neste contexto, deverão ser evitadas práticas rotineiras e desadequadas como a aplicação de produtos secante e coloram a pele, não permitindo a correta avaliação da pele nem monitorizar a evolução de lesões (Figura 13).

Ao contrário da cicatrização das UPP, a cicatrização da DAI, após controlo da causa, tem que ser observada evolução positiva em poucos dias, caso contrário, deve ser realizada nova reavaliação. Uma das complicações mais comuns das DAI são as infeções secundárias (Figura 14). Estas poderão ser fúngicas ou bacterianas e o seu tratamento, para além dos produtos barreira, passa pela aplicação de produtos tópicos com ação antifúngica ou antibacteriana, em casos mais severos pode mesmo ser necessário tratamento sistémico.

FIGURA 12. DAI 2A em utente com incontinência fecal, associada a diarreia após toma de antibiótico para infeção respiratória



FIGURA 13. Região perianal com eosina, sendo visível uma lesão junto ao sulco nadegueiro e crostas dispersas pela ação secante produto

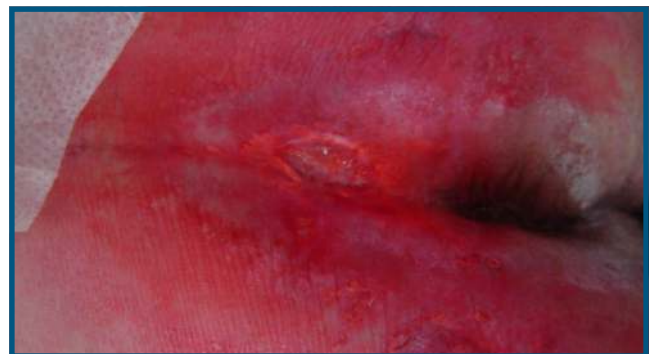


FIGURA 14. DAI 1B, com características de infeção fúngica



CASOS CLÍNICOS

DAI

Caso Clínico 1

FIGURA 15. DAI 2A, lesão extensa associada a UPP (lesão do tecido profundo).



FIGURA 16. Aplicação de terpolímero com cianoacrilato 2x por semana, resolução da DAI em 11 dias. Utente sedado e curarizado, muito instável a nível hemodinâmico e ventilatório.



Caso Clínico 2

FIGURA 17. DAI 2A em utente que está a maioria do dia sentado. A utilização de cremes de zinco não surtiu efeito.



FIGURA 18. Iniciou toalhetes 3 em 1 (limpeza, hidratação e proteção com Dimetecone 3%). Resolução ao fim de 27 dias.



CASOS CLÍNICOS

DAI

Caso Clínico 3

FIGURA 19. DAI 2A em utente com síndrome de má absorção após reconstrução de trânsito intestinal, incontinência fecal.



FIGURA 20. Limpeza com solução sem necessidade de enxaguamento e aplicação de creme de zinco a 30% sempre que necessário.



FIGURA 21. Resolução após 21 dias. Manteve os mesmos cuidados de prevenção.



Caso Clínico 4

FIGURA 22. DAI 2A, lesão extensa em utente com dupla incontinência e diarreia de difícil controlo. Pós-antibioterapia de largo espectro.



FIGURA 23. Aplicação de terpolímero com cianoacrilato 2x por semana. Resolução após 6 semanas.



PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DERMATITE PERI-ESTOMAL

Na presença de uma ostomia, seja de que natureza for, há fortes probabilidades de surgirem complicações na pele peri-estomal. Uma correta marcação do estoma contribui, significativamente, para manutenção de um estoma e pele peri-estomal intacta e viável (42).

Iniciando por este último fator (localização do estoma), é importante sublinhar que a marcação do local de construção do estoma, pelo enfermeiro estomaterapeuta no pré-operatório, é fundamental, não apenas na adaptação do indivíduo ao estoma e para a sua qualidade de vida (QV) em geral, mas também na prevenção das complicações no estoma e pele peri-estomal.

Um estoma não marcado ou mal localizado (Figura 24) é um estoma difícil de visualizar pelo seu portador, logo, difícil de cuidar, o que dificulta quer os cuidados de higiene, quer o adequado emparelhamento dos dispositivos (sacos).

FIGURA 24. Dermatite de contacto com as fezes (ileostomia com estoma demasiado lateralizado e retraído do lado direito – não teve marcação do estoma pré-ostomia)



Por outro lado, um estoma não marcado ou mal localizado pode propiciar o descolamento acidental dos sacos, situação que se agrava na presença de ostomias cujo efluente é tipicamente líquido (ex.: ileostomias, urostomias). O contato com o efluente pode surgir não apenas por descolamento acidental dos dispositivos, mas também por corte demasiado grande (Figura 25). Este contato torna-se irritativo e prejudicial para a pele, pela humidade inerente ao fluido eliminado pela ostomia em questão, mas também pela constituição do mesmo, em termos de pH (alcalino) e elementos constituintes (elevada concentração de enzimas e eletrólitos).

FIGURA 25. Corte desajustado (demasiado grande) numa ileostomia



A pele peri-estomal é também um ótimo meio para a proliferação de micro-organismos, nomeadamente, fungos como a *Candida albicans*, implicando o uso de tratamento tópico, grande parte das vezes sob a forma de cremes ou pomadas, que dificultam a adesividade dos dispositivos, podendo agravar a situação (43).

As foliculites, associadas à presença de pelo na pele peri-estomal, e a necessidade de tricotomia para melhor aderência dos dispositivos, causam inflamação e irritação local, com presença de eritema, úlceras, pústulas, cujo tratamento poderá passar também por aplicação de antibacterianos tópicos, associados aos acessórios de ostomias disponíveis, que permitam cicatrizar a área afetada e, ao mesmo tempo, colar o dispositivo.

Tratando-se de uma situação complexa, porque interfere, inquestionavelmente, na QV da pessoa, dá desconforto, mau estar, dor e excessivo gasto de material associado, pelo que é fundamental que estas situações sejam prevenidas e, quando tal não for possível, sejam tratadas por profissionais especializados com os conhecimentos, experiência e competências reconhecidos.

Considera-se ainda importante agrupar as ostomias por grau de risco associado à humidade, permitindo prestar cuidados prioritários, quer na prevenção, quer no tratamento, mediante a estratificação do risco, conforme Tabela 4.

TABELA 4. Estratificação do risco de lesão associado à tipologia de ostomia

RISCO ELEVADO	Ileostomias	Fezes líquidas e/ou semi-líquidas
	Colostomia do cólon ascendente e/ou transverso	Fezes com um pH alcalino
	Urostomias	Fuga de urina
MÉDIO RISCO	Ostomias respiratórias ou de ventilação	Produção de saliva Presença de secreções
	Ostomias de alimentação	Fuga do conteúdo gástrico
BAIXO RISCO	Colostomia do cólon descendente	Fezes moldadas e/ou consistentes
	Colostomia do sigmóide	Fezes moldadas e/ou consistentes

Obviamente, a situação agrava-se na presença de alguma alteração ao padrão considerado normal, do efluente eliminado por cada uma das ostomias (ex.: diarreia; infecção urinária, etc.).

São mais comuns nas ostomias de eliminação, contudo associado às ostomias de eliminação e respiratórias ou de ventilação também são identificados estes problemas. Como se pode observar nas Figuras 26 e 27, este tipo de lesões é recorrente.

FIGURA 26. Dermatite irritativa peri-estoma numa ostomia de alimentação



FIGURA 27. Dermatite irritativa peri-estoma numa nefrostomia



Outro exemplo menos frequente, mas também bastante difícil de ser prevenido, são as ostomias respiratórias ou de ventilação (Figura 28).

FIGURA 28. Marcada inflamação peri-estoma de ventilação e fistula orocutânea



Considerando o risco associado a cada tipo de ostomia, impõe-se uma maior necessidade de cuidados, quer na prevenção, quer no tratamento precoce das lesões.

Em termos de prevenção, para além da importância da marcação do estoma, são fundamentais adequados cuidados de higiene locais, com água tépida, sabão de pH neutro e secagem suave; aplicação de protetores cutâneos, preferencialmente em spray ou toalhetes, tratando-se de ostomias com necessidade de colar um dispositivo (ostomias de eliminação), ou em creme barreira nos restantes tipos de ostomia. Apesar dos melhores resultados dos agentes de limpeza com surfactantes serem mais suaves para a pele, estes têm na sua constituição agentes emolientes, que podem limitar a adesividade dos sistemas de ostomia, daí manter-se a indicação do uso de água e sabão de pH neutro.

De acordo com cada situação em particular, poderá haver necessidade de aplicação de determinados produtos cicatrizantes/ absorventes de humidade – pó de ostomia; o uso de dispositivos convexos, pasta ou anéis moldáveis, tiras de fixação e cintos de suporte, para melhor ajuste e selagem, e removedores de cola, para minimizar o risco de traumatismo aquando da remoção do dispositivo. É essencial excluir se a reação cutânea não é de causa alérgica (Figura 29).

FIGURA 29. Reação alérgica ao dispositivo numa colostomia



Fator importante e muito referenciado na literatura é a presença fundamental do enfermeiro estomaterapeuta, em todas as fases e ao longo de todo o processo que envolve a presença de um estoma na vida das pessoas, de modo particular na presença de risco acrescido de desenvolver lesão na pele.

A monitorização frequente da pele, com todos os cuidados profiláticos, a deteção precoce das complicações, as intervenções e cuidados emergentes e pontuais na presença das mesmas, são pontos cruciais para melhores práticas e melhores resultados (Figura 30).

FIGURA 30. Dermatite peri-estoma de alimentação por perda de conteúdo gástrico e fricção



CASOS CLÍNICOS

PERI-ESTOMA

Caso Clínico 5

FIGURA 31. Marcada inflamação peri-estoma de ventilação e fistula orocutânea.



FIGURA 32. Aplicação de protetor cutâneo terpolímero com cianoacrilato 2 vezes por semana, resolução após 14 dias (4 aplicações).



Caso Clínico 6

FIGURA 33. Dermatite peri-estoma de alimentação por perda de conteúdo gástrico e fricção.



FIGURA 34. 12 dias de evolução, 3 aplicações de terpolímero com cianoacrilato. Este produto vai destacando da pele com a renovação do extrato córneo.



CASOS CLÍNICOS

PERI-ESTOMA

Caso Clínico 7

FIGURA 35. Ileostomia sem marcação prévia (de urgência), muito lateralizado, invaginado em prega cutânea. Fuga de efluente que leva a trocas repetidas de dispositivos, provoca dermatite irritativa com perda de epiderme.



FIGURA 36. Abordagem multimodal no tratamento: pó cicatrizante de ostomia, protetor cutâneo na restante pele circundante, anel moldável para preencher irregularidade.



FIGURA 37. Placa convexa com utilização de cinto.



FIGURA 38. Consegue manter placa 3-4 dias, melhorou da dor e recuperou a pele circundante.



PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DERMATITE INTERTRIGINOSA/ INTERTRIGO

Para uma abordagem estruturada e sequencial, é essencial uma boa história clínica do doente, centrada numa avaliação global, tendo em conta a farmacologia, alergia e antecedentes, mas focando em particular numa inspeção visual completa das pregas cutâneas, o que irá contribuir para uma acurácia no diagnóstico diferencial do intertrigo, em particular em condições e locais menos comuns. Até à presente data, não existe nenhuma ferramenta ou instrumento de avaliação, ou de classificação do intertrigo, bem como na estimativa da sua severidade. O intertrigo pode ocorrer em qualquer área corporal, onde existam duas superfícies de pele em contato entre si, sendo os exemplos mais comuns os espaços interdigitais, ou os locais onde existem pregas e/ou dobras cutâneas, como é o caso da região axilar, região inguinal (Figura 39) ou a região mamária, em particular da mulher (13).

Em indivíduos obesos, vários fatores aumentam a probabilidade do desenvolvimento do intertrigo. Por exemplo, as dobras cutâneas são mais pronunciadas e o intertrigo comumente ocorre sob o panículo abdominal ou púbico (camadas de tecido adiposo) (24). Em algumas situações, podemos ter lesões combinadas, que muitas vezes dificultam o diagnóstico diferencial (Figura 40).

O intertrigo é comum nos extremos de idade e, no caso dos bebés, particularmente propensos a desenvolver nas pregas do pescoço (Figura 41), associado à anatomia curta do pescoço, posturas flexionadas e salivacção contínua (44).

O exame geral do doente e o exame físico das pregas cutâneas (Figura 39) revelam regiões de eritema com descamação periférica. Inicialmente, o intertrigo apresenta-se como uma lesão/eritema em espelho nas pregas cutâneas, que começam insidiosamente com o aparecimento de prurido, geralmente, acompanhado por ardência e sensação de queimadura. Um exame visual da pele ajudará a identificar lesões em outras áreas (45).

As lesões podem progredir para uma inflamação mais grave com erosão, escorrência, exsudação e maceração, sendo que a infeção secundária é uma complicação frequente (46).

FIGURA 39. Lesão intertriginosa na região inguinal



FIGURA 40. Lesão intertriginosa, panículo adiposo, com UPP no mesmo local



FIGURA 41. Lesão intertriginosa nas pregas cutâneas do pescoço



Esta inflamação secundária é facilmente perceptível, pelo aumento progressivo da resposta inflamatória, levando à exacerbação do eritema associada à continuidade da fricção, causando micro lesões consecutivas e abrindo uma porta de entrada para infeções secundárias, por fungos e bactérias.

Convém salientar e reforçar que esta combinação de ambiente quente, húmido e a pele danificada tornam-se nas condições ideais para a multiplicação dos micro-organismos. As manifestações clínicas em caso de infeção podem ser características, como é o exemplo da presença de odor fétido, no caso de associação a infeção fúngica, podendo causar aparecimento de pápulas e pústulas satélites, e no caso de presença de infeção bacteriana, a formação de placas e abscessos (Figura 42).

FIGURA 42. Lesão intertriginosa com infeção secundária na região inframamária



A prevenção começa por prevenir a causa, tendo como referência as duas principais razões: manter a área afetada pelo intertrigo seca e permitir a circulação de ar (exposição ao ar sempre que possível). Um aspeto muito importante é controlar os fatores predisponentes, como a obesidade, pelo que a pessoa deve ser encorajada a diminuir o seu peso, pois poderá ajudar a prevenir recorrências. Propor um cuidado à pele sistematizado, implementando medidas de higiene, assentes numa limpeza suave, hidratação e proteção, evitando a maceração cutânea, bem como a exposição aos fluidos orgânicos.

Apesar de existirem diferentes abordagens para o tratamento do intertrigo, não existem estudos que suportem a sua eficácia, em comparação com outros, são estudos isolados (13, 23). É emergente o desenvolvimento de ensaios clínicos bem elaborados, que sustentem as terapias habitualmente usadas, para tratar ou prevenir a dermatite intertriginosa (23, 29).

"AS LESÕES PODEM PROGREDIR PARA UMA INFLAMAÇÃO MAIS GRAVE COM EROSÃO, ESCORRÊNCIA, EXSUDAÇÃO E MACERAÇÃO, SENDO QUE A INFEÇÃO SECUNDÁRIA É UMA COMPLICAÇÃO FREQUENTE (46)."

CASOS CLÍNICOS INTERTRIGO

Caso Clínico 8

FIGURA 43. Lesão intertriginosa de grande extensão na prega abdominal.



FIGURA 44. Aplicação de terpolímero com cianoacrilato 3 aplicações, resolução após 7 dias.



Caso Clínico 9

FIGURA 45. Lesão intertriginosa da prega inframamária.



FIGURA 46. Aplicação de terpolímero com cianoacrilato 2 aplicações, resolução após 9 dias.



PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DERMATITE PERI-LESIONAL/MACERAÇÃO PERI-LESIONAL

A gestão do exsudado é o fator-chave para o cuidado à pele peri-lesional. Relembramos que a quantidade e o tipo de exsudado presente nas feridas crônicas são nocivos para a pele (30). O seu cuidado implica, não só a seleção de um penso com capacidade de retenção e absorção do exsudado (Figuras 47 e 48) e o recurso a produtos barreira, mas também a identificação das causas do exsudado aumentado (ex.: infecção local). O penso deve também adaptar-se ao local anatômico e às dimensões da ferida e permitir a evaporação, assim como ser impermeável a água e bactérias (30).

FIGURA 47. Material de penso repassado



FIGURA 48. Durante a remoção, observa-se que houve uma absorção vertical com praticamente nenhuma fuga para a pele circundante.



O cuidado à pele circundante tem de ter em atenção o equilíbrio entre o excesso de humidade e a sua desidratação. A desidratação contribui também para o atraso de cicatrização da ferida, pois as microfissuras causam inflamação, por absorção de produtos nos tecidos mais profundos. Assim, o objetivo será o de manter a humidade natural da pele e controlar o excesso, causado por fontes, como a drenagem da ferida.

Existe uma difusão passiva e contínua de água, através do estrato córneo, desde as camadas mais internas da pele até à sua superfície. A determinação de perda de água transepidermal pode ser um indicador de maceração da pele peri-lesional (30).

Tratamento e intervenções para Prevenção da Dermatite Peri-lesional

- Aumentar a frequência do tratamento
- Rever opções terapêuticas locais para gestão do exsudado
- Evitar pensos com adesivo agressivo ou forte
- Usar produto de remoção de adesivos específico para o efeito
- Proteger a pele com produto barreira
- Avaliar, frequentemente, a ferida e a pele circundante
- Limpar, cuidadosamente, a pele e remover todos os irritantes, antes de colocar material de penso
- Limpar a ferida e a pele peri-lesional com técnica e solutos não agressivos de forma a remover detritos e bactérias, eficazmente, e de forma não lesiva
- Terapia compressiva, na úlcera de perna de etiologia venosa

Como já foi referido, a humidade é um fator contribuinte para o aumento do dano dos tecidos. Usualmente, o microclima (humidade, temperatura e circulação do ar) constitui fator de risco para o aparecimento de lesões da pele e tecidos celulares subcutâneos, contribuindo para o seu enfraquecimento e diminuição da tolerância aos efeitos de forças mecânicas, que conduzem ao aparecimento de UPP (deformação dos tecidos) e aumentam a gravidade das mesmas (41). No que respeita à evidência, quanto à utilização de produtos barreira para a prevenção da lesão associada à humidade, esta ainda é escassa e existem poucos estudos experimentais ou quase-experimentais que deem uma força maior a essa mesma evidência (1). Tal como já foi apresentado anteriormente neste documento, a utilização de produtos barreira deverá ser pautada pela avaliação do profissional de saúde, baseada nas características de cada produto, tendo em conta a disponibilidade e acessibilidade do mesmo, bem como a situação clínica da pessoa (Figura 49). Os produtos barreira existentes no mercado devem ser, à semelhança de todas as opções terapêuticas locais, aplicados segundo as indicações do fabricante e segundo a tolerância individual de cada um.

FIGURA 49. Utilização de creme de óxido de zinco na proteção da pele circundante de uma úlcera de perna venosa



Em suma, o cuidado à pessoa com ferida deve incluir uma avaliação criteriosa do estado da pele circundante, assim como o cuidado da mesma. As características da ferida, os fatores que influenciam o processo de cicatrização, as opções terapêuticas disponíveis e uma prática baseada em evidência são importantes para os objetivos dos cuidados. Dadas as implicações negativas que a deterioração do estado da pele que rodeia a ferida (cerca de 4 cm de perímetro) tem na qualidade de vida da pessoa, é importante que os profissionais de saúde intervenham de forma a promover a cicatrização, a diminuir a dor e sintomas negativos. O conceito TIME é paradigmático ao indicar a necessidade de se controlar a quantidade de exsudado, sendo este o fator-chave no cuidado à pele peri-lesional.

"OS PRODUTOS BARREIRA EXISTENTES NO MERCADO DEVEM SER, À SEMELHANÇA DE TODAS AS OPÇÕES TERAPÊUTICAS LOCAIS, APLICADOS SEGUNDO AS INDICAÇÕES DO FABRICANTE E SEGUNDO A TOLERÂNCIA INDIVIDUAL DE CADA UM."

CASOS CLÍNICOS PERI-LESIONAL

Caso Clínico 10

FIGURA 50. Maceração dos bordos associado a uma dermatite irritativa de contacto com material de penso.

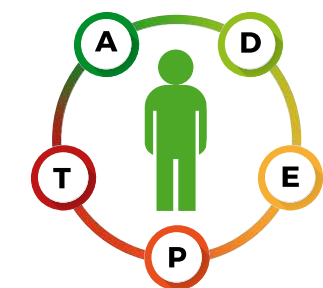


FIGURA 51. Aplicado terpolímero com cianoacrilato e mudado o material de penso, 7 dias após e duas aplicações, nota-se a completa recuperação da pele. Os círculos verdes representam restos do produto que saem naturalmente.



MNEMÓNICA DE ABORDAGEM ÀS LESÕES DE PELE ASSOCIADAS À HUMIDADE

ADEPT



<p>Avalie a pele, pelo menos, diariamente e após cada episódio de humidade e/ou incontinência. Inclua na avaliação da pele o seguinte:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas da pele onde se identifica humidade retida; • Cor da pele: brilhante ou escuro do que o tom habitual; Existem sinais de inflamação? • Condição da pele: a pele está intacta ou com lesão/erosão; Estão presentes flictenas, rash, infeção (fungos) ou lesões satélites? • Presença de odor, prurido ou dor.
<p>Identifique que tipo de fluido corporal ou extracorporal está a causar. Inclua as seguintes variáveis na avaliação global ao doente:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Causa da humidade na pele: urina, fezes (ou ambas), suor, exsudado; • Qual é o tempo de exposição à humidade? • Existe outras forças mecânicas associadas nas áreas de humidade (pressão, fricção) ou forças tangenciais (combinação de todas).
<p>Avalie o compromisso no autocuidado, relativamente à higiene, cuidados à pele e gestão do regime terapêutico:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avalie o autocuidado do doente nos cuidados de higiene (dependência, autonomia, destreza manual e o conhecimento); • Avalie o conhecimento do doente face à gestão da humidade; • Avalie o envolvimento e a consciencialização do indivíduo.
<p>Avalie a frequência/ técnicas de limpeza da pele e necessidade de secagem da pele, tendo em conta o seguinte:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Use surfactantes, agentes de limpeza com pH balanceado; • Mantenha um pH ácido, evite produtos alcalinos; • Reduza a fricção/evite esfregar; • Quando necessário secar, deve fazê-lo de forma suave.
	<p>Corrija a causa da humidade.</p> <p>Utilização de dispositivos de absorção e retenção da humidade (fraldas, pensos), bem como dos dispositivos de alimentação e eliminação internos e externos.</p>
<p>Trate a pele vulnerável adequadamente com:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protetores barreira com base de silicone, em pomada ou creme; • Protetores barreira com petrolato ou óxido de zinco, em pomada ou creme; • Filmes de proteção em spray ou toalhete impregnado. Para proteção mais prolongada, usar fórmulas de cianoacrilato em stick.
<p>Trate a pele lesada:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controle a humidade da pele utilizando material superabsorvente.
<p>Lesão traumática:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evite a utilização de adesivos que possam lesar a pele; • Utilize material de penso com capacidade de retenção.
	<p>Referencie para equipa diferenciada os casos refratários aos tratamentos.</p>

Consulte as infografias de cada lesão por humidade no final do documento.



CONCLUSÕES

As lesões associadas à humidade excessiva da pele constituem um desafio em todos os contextos de cuidados de saúde, sendo de difícil abordagem, quer pela falta de orientações concretas ou *guidelines* na sua abordagem preventiva e de tratamento, quer pela crescente complexidade das situações clínicas, que fragilizam a função barreira da pele. Qualquer pessoa ao longo da sua vida poderá ter este tipo de lesões, desde o lactente pela salivacção constante ou pelo não controlo voluntário dos esfíncteres, até à pessoa com uma ferida exsudativa, ou portadora de ostomia, passando pelo adulto jovem saudável, que, após uma prova desportiva pelo excesso de transpiração e fricção, desenvolve uma lesão inguinal ou axilar! Obviamente que, do ponto de vista clínico, damos particular enfoque às populações mais frágeis e suscetíveis, como os idosos, dependentes, com incontinência urinária e/ou fecal, diabéticos, imunocomprometidos, com défice de cuidados de higiene, com feridas de difícil cicatrização, ostomizados e obesos. Assim sabemos, apesar de ainda não termos evidência robusta que o suporte, que estes serão os fatores de risco a ter em atenção na prevenção das LAHP.

A prevenção e o tratamento das LAHP assenta num tronco comum, que deverá ser adaptado de acordo com a etiologia da lesão. O primeiro aspeto será sempre controlar a fonte de humidade, seguido dos cuidados estruturados à pele em risco, limpeza suave, secagem da área, hidratação e proteção com produto barreira. Nos casos específicos de dermatite peri-estomal e dermatite peri-lesional, deve ser tido em conta o uso de material adequado. Placas e sacos de ostomia com recurso a acessórios (pó cicatrizante, pasta/anéis de ostomia, cinto...), enfatizando a importância do correto recorte da placa. No caso das feridas, o uso de material de penso absorvente, que se adapte à área anatómica, que se mantenha no local e de tamanho adequado, serão aspetos a considerar.

Como várias vezes foi referido, a evidência sobre o uso dos produtos barreira e esquemas de cuidados à pele verdadeiramente efetivos é escassa. Contudo, parece haver um consenso que o uso de agentes de limpeza com surfactantes suaves e sem necessidade de enxaguamento são mais efetivos que água e sabão. Em termos de produtos barreira, as formulações de polímeros de acrilato são, comprovadamente, mais custo-efetivas que protetores com base de petrolato, óxido de zinco e dimeticone, pois são mais duráveis, de fácil aplicação, permitem a transpiração da pele e a sua inspeção, além de não ser necessária a remoção. Outro aspeto a ter em conta é que os polímeros de acrilato não interferem com a absorção de exsudado, urina ou fezes, além de permitirem a adesividade de dispositivos, quer pensos, quer material de ostomia. Mais recentemente, surgiram as fórmulas de polímeros com cianoacrilato, que, para além das vantagens já descritas, formam uma camada protetora mais durável, podem ser aplicadas em pele com lesão (perda da epiderme), aliviam a dor, previnem a infeção e resistem melhor às lavagens e agressões químicas dos fluidos corporais, além das forças mecânicas.

A tomada de decisão de qual a estratégia a adotar, quer para prevenção, quer para o tratamento das LAHP, está dependente do contexto de cuidados, políticas institucionais, da pessoa e da situação clínica específica e da acessibilidade/disponibilidade dos produtos.

Na perspetiva da APTFeridas, a manutenção da integridade cutânea é um direito de toda a pessoa e reflete, direta ou indiretamente, os cuidados de saúde prestados. Caberá a todas as instituições e profissionais envolvidos na prestação de cuidados a pessoas vulneráveis e em risco de LAHP ter políticas assertivas e prestar cuidados que visem a manutenção da integridade cutânea.

AVALIAÇÃO

AVALIE A PELE

DIARIAMENTE E APÓS CADA EPISÓDIO DE INCONTINÊNCIA:

- Alterações da pele:** tom de pele; temperatura; turgor dos tecidos; maceração; fissuras; perda parcial da epiderme
- Zonas de maior fricção** (pregas inguinais, sulco nadegueiro e prega infranadegueira)
- Lesões satélite** que possam indicar infecção secundária
- Sintomas ↓** ardor, prurido, dor, sensação de queimadura

 **CORRIJA A CAUSA DA DAI** (SE POSSÍVEL).

 **USE DISPOSITIVOS (INTERNOS/EXTERNOS) DE RECOLHA DE URINA/FEZES OU MATERIAL ABSORVENTE (FRALDA, PENSO).** 

TRATAMENTO

- TRATE A PELE VULNERÁVEL:**
 - Pondere utilizar protetores barreira com base de silicone, com petrolato **ou** óxido de zinco (em pomada ou creme);
 - Pondere a utilização de filmes de proteção em **spray** **ou** toallete. Para uma proteção mais prolongada e resistente, opte por fórmulas com cianoacrilato em **stick**.
- TRATE A PELE LESADA:**
 - Considere o uso de material superabsorvente → **Controle da Humidade;**
 - Em lesões parciais da epiderme, pondere a utilização de formulações de terpolímero com cianoacrilato.
- TRATE A LESÃO TRAUMÁTICA:**
 - **Evite a utilização de adesivos**, que possam lesar a pele;
 - **Pondere a utilização de material de penso** com capacidade de retenção.

 **REFERENCIE OS CASOS REFRTÁRIOS PARA DERMATOLOGIA/EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE FERIDAS.**




DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DAI vs. UPP vs. LESÃO COMBINADA

- Causa:** pressão/cisalhamento e/ou humidade pela urina/fezes
- Localização:** proeminência óssea/prega cutânea
- Forma/bordos:** regular/difusa
- Profundidade:** lesão profunda/lesão superficial
- Coloração:** preta e ou amarela/vermelha, rosa e/ou branca (em comparação com o tom de pele)
- Características individuais:** imobilidade e grau de incontinência



EMPODERAMENTO


HIGIENE E CUIDADOS À PELE

-  Avaliar a dependência, autonomia, destreza manual, conhecimento, hábitos e envolvimento da pessoa no autocuidado.
-  Identificar a pessoa responsável pelo autocuidado e capacitá-la para a vigilância e cuidados à pele.
-  Avaliar/Providenciar o acesso aos materiais.

PREVENÇÃO

AVALIE A FREQUÊNCIA/TÉCNICAS DE LIMPEZA/NECESSIDADE DE SECAGEM DA PELE:

- Use surfactantes, agentes de limpeza com pH balanceado; 
- Evite produtos alcalinos (mantenha um pH ácido);
- Reduza a fricção/evite esfregar. 

 **QUANDO NECESSÁRIO SECAR: FAZÊ-LO DE FORMA SUAVE.**

AVALIAÇÃO

AVALIE A PELE

DIARIAMENTE E/OU SEMPRE QUE TROCA O DISPOSITIVO:



Grau de risco da ostomia



Sintomas ↓
ardor, calor, prurido,
dor, sensação de
queimadura



Alterações da pele peri-estomal: cor; temperatura; turgor dos tecidos; maceração; perda parcial da epiderme



Pústulas e/ou lesões satélite

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

LESÃO IRRITATIVA DE CONTACTO vs. LESÃO TRAUMÁTICA



Causa:
trauma mecânico/
contacto com fluido
ou alergia a material



Localização:
justa-estoma ou em
zonas de contacto
com o dispositivo



Forma:
regular/difusa



Tipo de tecido/profundidade:
perda parcial dos tecidos/
sem perda de tecido



Coloração:
vermelha, rosa, branca



Características individuais:
destreza manual,
tipo de ostomia e
localização

TRATAMENTO

TRATE A PELE VULNERÁVEL:

- Pondere a utilização de filmes de proteção em **spray** ou toalhete. Para uma proteção mais prolongada e resistente, opte por fórmulas com cianoacrilato em **stick**;
- Evite cremes, pomadas, loções que possam interferir com a adesividade do dispositivo. Poderão ser usados nas ostomias de alimentação, respiratórias ou de ventilação.

ADAPTE O DISPOSITIVO:

- Pondere a utilização de placas convexas;
- Pondere a utilização de pasta, anéis moldáveis, tiras de fixação e cintos de suporte.

TRATE A LESÃO TRAUMÁTICA:

- **Evite a utilização de adesivos**, que possam lesar a pele; Pondere o uso de material de penso e/ou pó cicatrizante;
- **Utilize removedor de cola.**



REFERENCIE OS CASOS REFRATÁRIOS PARA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE ESTOMATERAPIA.

PREVENÇÃO

AVALIE A FREQUÊNCIA/TÉCNICAS DE LIMPEZA/ NECESSIDADE DE SECAGEM DA PELE:

- Use água tépida e sabão neutro suave;
- Mantenha um pH ácido, evite produtos alcalinos;
- Reduza a fric o/evite esfregar.



EMPODERAMENTO

CUIDADOS   PELE PERI-ESTOMAL



Avaliar a dependência, autonomia, destreza manual, conhecimento, hábitos e envolvimento da pessoa nos cuidados ao estoma e pele peri-estomal.



Identificar a pessoa responsável pelo autocuidado e capacit -la para a vigilância e cuidados ao estoma e pele peri-estomal.



Avaliar/Providenciar o acesso aos materiais.



**QUANDO NECESSÁRIO
SECAR: FAZÊ-LO
DE FORMA SUAVE.**



AVALIAÇÃO

AVALIE A PELE

ESPECIFICAMENTE AS PREGAS CUTÂNEAS, REGULARMENTE:

- ✓ Avaliar zonas de maior fricção (pregas inguinais/pescoço/abdominais, púbico, região inframamária, região interna da coxa, espaços interdigitais)
- ✓ Lesões em espelho nas duas faces da prega cutânea, que podem evoluir para inflamação severa com erosão, escorrença, exsudação e maceração
- ✓ Infecção secundária é complicação frequente
- ✓ **Sintomas** → ardor, prurido, dor, sensação de queimadura

CORRIJA A RETENÇÃO DE HUMIDADE NAS PREGAS CUTÂNEAS

(AREJAMENTO É ACONSELHADO).

A COMBINAÇÃO DE CALOR, HUMIDADE E PELE
DANIFICADA SÃO AS CONDIÇÕES PARA A
PROLIFERAÇÃO DE MICRO-ORGANISMOS.

TRATAMENTO

TRATE A PELE VULNERÁVEL:

- Limpe e enxague com soluções pH neutras;
- Considere o uso de agentes de limpeza substitutos do sabão;
- Pondere a utilização de protetores barreira para proteger a pele contra humidade e reduzir o atrito são recomendados;
- Pondere utilizar têxteis absorventes da humidade, especificamente para pregas cutâneas.

ADVERTÊNCIA: Cuidado na seleção de produtos barreira, pois pode ser muitas vezes difícil para os pacientes aplicarem e removerem com eficácia.

TRATE A PELE LESADA:

- Controle o excesso de humidade/exposição ao ar se possível;
- Mantenha a pele seca, absorvendo a humidade excessiva;
- Trate qualquer infecção secundária.

REFERENCIE OS CASOS REFRTÁRIOS
PARA DERMATOLOGIA/EQUIPA
MULTIDISCIPLINAR DE FERIDAS.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE INTERTRIGO

- | | | |
|---|--|--|
| 
Causa:
pressão/fricção e/ou
humidade associada
ao suor | 
Localização:
pregas cutâneas | 
Forma/bordos:
regular/difusa |
| 
Profundidade:
lesão profunda/
lesão superficial | 
Coloração:
vermelha e/ou rosa | 
Características
individuais:
obesidade, sudorese
intensa e imobilidade |

PODE SER DIFÍCIL DE DISTINGUIR, PELA APARÊNCIA E LOCALIZAÇÃO
SIMILARES, DE OUTRAS CONDIÇÕES DERMATOLÓGICAS QUE PODEM
AFETAR AS PREGAS CUTÂNEAS:

DAL, Psoríase inversa, Hidradenite supurativa, Doença Haley-Haley, Exantema intertriginoso simétrico e flexural relacionado a medicamentos, eritrasma, entre outros.

EMPODERAMENTO

HIGIENE E CUIDADOS À PELE



Avaliar a dependência, autonomia, destreza manual, conhecimento, hábitos e envolvimento da pessoa no autocuidado.

Identificar a pessoa responsável pelo autocuidado e capacitá-la para a vigilância e cuidados à pele.

Avaliar/Providenciar o acesso aos materiais.

PREVENÇÃO

**AVALIE A
FREQUÊNCIA/TÉCNICAS
DE LIMPEZA DA PELE E
NECESSIDADE DE
SECAGEM DA PELE:**

- Implemente regime de cuidados à pele;
- Minimize a fricção pele com pele;
- Reduza a humidade dentro e ao redor das pregas cutâneas;
- Mantenha zonas/áreas de alto risco limpas e secas;
- Use roupas largas e leves, que absorvam a humidade/transpiração;
- Prefira tecidos naturais absorventes (algodão);
- Evite o uso de tecidos sintéticos.

AVALIAÇÃO

AVALIE A ZONA PERI-LESÃO

A CADA MUDANÇA DE PENSO:

- Avaliar a ferida e zonas circundantes
- Identificar presença de flictenas, exsudação e maceração
- Infecção secundária é complicação frequente
- Avaliar a capacidade de gestão do exsudado da opção terapêutica
- Sintomas ↓ ardor, prurido, dor, sensação de queimadura

AVALIE A SATURAÇÃO DO PENSO EXTERNAMENTE.

TRATAMENTO

TRATE A PELE VULNERÁVEL:

- Pondere a utilização de material de penso eficaz na gestão do exsudado (absorção e retenção);
- Selecione materiais que se mantenham íntegros após remoção;
- Pondere a utilização de filmes de proteção em *spray*, toalhete ou *stick* impregnado;
- Evite cremes, pomadas e loções, que possam interferir com a adesividade dos dispositivos/materiais de penso;
- Aumente a periodicidade dos tratamentos.

TRATE A PELE LESADA:

- Evite pensos com adesivo agressivo ou forte;
- Prefira materiais de interface siliconados;
- Pondere o uso de produto de remoção de adesivos específico para o efeito.

REFERENCIE OS CASOS REFRATÁRIOS PARA DERMATOLOGIA/EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE FERIDAS.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

MACERAÇÃO vs. TECIDO DESVITALIZADO

- Causa:** humidade associada ao exsudado
- Localização:** bordos e área em redor da lesão e regiões distais da lesão associadas à gravidade
- Forma:** regular tendencialmente nos bordos ou distal compatível com escorrência
- Tipo de tecido:** hiper-hidratado/ macerado
- Coloração:** vermelha (dermatite)/ branca (maceração)
- Características individuais:** localização anatómica e dimensão da lesão

EMPODERAMENTO

GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO E CUIDADOS À PELE

- Avaliar a dependência, autonomia, destreza manual, conhecimento, hábitos e envolvimento da pessoa no autocuidado
- Identificar a pessoa responsável pelo autocuidado e capacitá-la para a vigilância à pele
- Avaliar a capacidade de monitorização do material de penso
- Identificar sinais de saturação do material de penso ou fuga de exsudado
- Avaliar/Providenciar o acesso aos materiais

PREVENÇÃO

AVALIE A FREQUÊNCIA/TÉCNICAS DE LIMPEZA DA PELE E NECESSIDADE DE SECAGEM DA FERIDA E PELE PERI-LESIONAL:

- Limpe, cuidadosamente, a ferida, bordos e pele circundante;
- Remova todos os irritantes, antes de colocar material de penso;
- Limpe a ferida e a pele peri-lesional com técnica e solutos não agressivos;
- Reduza a fricção/evite esfregar os bordos;
- Quando necessário secar, deve fazê-lo de forma suave;
- Proteja os bordos da ferida e área circundante com protetores barreira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Micheli C, Palese A, Canzan F, Ambrosi E. No Sting Barrier Film to Protect Skin in Adult Patients: Findings From a Scoping Review With Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2017;14(5):403-11.
2. Gray M, Black JM, Baharestani MM, Bliss DZ, Colwell JC, Goldberg M, et al. Moisture-associated skin damage: Overview and pathophysiology. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2011;38(3):233-41.
3. Mitchell A, Hill B. Moisture-associated skin damage: An overview of its diagnosis and management. *Br J Community Nurs*. 2020;25(3):S12-8.
4. Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, Heyneman A, Defloor T. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: Literature review. *J Adv Nurs*. 2009;65(6):1141-54.
5. Rancé F, Boguniewicz M, Lau S. New visions for atopic eczema: An iPAC summary and future trends. *Pediatr Allergy Immunol*. 2008;19(SUPPL.19):17-25.
6. Addor FASA, Aoki V. Skin barrier in atopic dermatitis. *An Bras Dermatol*. 2010;85(2):184-94.
7. Collier M. Protecting vulnerable skin from moisture-associated skin damage. *Br J Nurs*. 2016;25(20):S26-32.
8. Woo KY, Beeckman D, Chakravarthy D. Management of moisture-associated skin damage: A scoping review. *Adv Ski Wound Care*. 2017;30(11):494-501.
9. Sackett, David; Rosenberg, William; Gray, Jamur; Haynes, Brian; Richardson S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Brmj*. 1996;312(3):71-2.
10. WHO. <https://icd.who.int/en> [Internet]. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). 2018. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1890228613>.
11. Fletcher J, Beeckman D BA et al. Prevention and management of moisture-associated skin damage. *Wounds Int*. 2020;34(2):77-82.
12. Beele H, Smet S, Van Damme N, Beeckman D. Incontinence-Associated Dermatitis: Pathogenesis, Contributing Factors, Prevention and Management Options. *Drugs and Aging* [Internet]. 2018;35(1). Available from: <https://doi.org/10.1007/s40266-017-0507-1>.
13. Black JM, Gray M, Bliss DZ, Kennedy-Evans KL, Logan S, Baharestani MM, et al. MASD part 2: Incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis: A consensus. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2011;38(4):359-70.
14. Gray M. Optimal management of incontinence-associated dermatitis in the elderly. *Am J Clin Dermatol*. 2010;11(3):201-10.
15. Kottner J, Blume-Peytavi U, Lohrmann C, Halfens R. Associations between individual characteristics and incontinence-associated dermatitis: a secondary data analysis of a multi-centre prevalence study. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(10):1373-80.
16. Beeckman D. A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Evidence, knowledge gaps and next steps. *J Tissue Viability* [Internet]. 2017;26(1):47-56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtv.2016.02.004>.
17. McNicholl LL, Ayello EA, Phearman LA, Pezzella PA, Culver EA. Incontinence-associated dermatitis: State of the science and knowledge translation. *Adv Ski Wound Care*. 2018;31(11):502-13.
18. Beeckman D, Van den Bussche K, Alves P, Arnold Long MC, Beele H, Ciprandi G, et al. Towards an international language for incontinence-associated dermatitis (IAD): design and evaluation of psychometric properties of the Ghent Global IAD Categorization Tool (GLOBIAD) in 30 countries. *Br J Dermatol*. 2018;178(6):1331-40.
19. Ndiaye M, Taleb M, Diatta BA, Diop A, Diallo M, Diadie S, et al. Les étiologies des intertrigos chez l'adulte : étude prospective de 103 cas. *J Mycol Med*. 2017;27(1):28-32.
20. Gabriel S, Hahnel E, Blume-Peytavi U, Kottner J. Prevalence and associated factors of skin cancer in aged nursing home residents: A multicenter prevalence study. *BMC Geriatr*. 2019;14(4):1-8.
21. Kottner J, Everink I, van Haastregt J, Blume-Peytavi U, Schols J. Prevalence of intertrigo and associated factors: A secondary data analysis of four annual multicenter prevalence studies in the Netherlands. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2020;104:103437. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103437>.
22. Voegeli D. Intertrigo: Causes, prevention and management. *Br J Nurs*. 2020;29(12):S16-22.
23. Mistiaen P, van Halm-Walters M. Prevention and treatment of intertrigo in large skin folds of adults: A systematic review. *BMC Nurs*. 2010;9(June 2002).
24. Janniger CK, Schwartz RA, Szepietowski JC, Reich A. Intertrigo and Common Secondary Skin Infections - American Family Physician. *Am Fam Physician* [Internet]. 2005;72(5):833-828. Available from: www.aafp.org/afp.
25. Yosipovitch G, DeVore A, Dawn A. Obesity and the skin: Skin physiology and skin manifestations of obesity. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56(6):901-16.
26. Shareef A, Prasad PVS, Kaviarasan PK. Cutaneous markers of obesity. *Int J Res Med Sci*. 2018;6(11):3562.
27. Waldman RA, Kettler AH, Alexander R. Obesity and Weight-loss Medication Review Article : Open Access ClinMed. *J Obes Weight Med*. 2016;2(1):1-7.
28. Sibbald, R.G., Kelley, J., Kennedy-Evans, K.L., Labrecque, C. & Waters N. Prevention and Management of Intertrigo. *Wound Care Canada* [Internet]. 2013;11(2):4-21. Available from: <http://www.woundcarecanada.ca/wp-content/uploads/WCCv11n2SUPPLEMENT-Intertrigo.pdf>.
29. Voegeli D. Prevention and management of moisture-associated skin damage. *Nurs Stand (Royal Coll Nurs (Great Britain))*. 2019;34(2):77-82.
30. Dini V, Janowska A, Oranges T, De Pascalis A, Iannone M, Romanelli M. Surrounding skin management in venous leg ulcers: A systematic review. *J Tissue Viability* [Internet]. 2020;29(3):169-75. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2020.02.004>.
31. Brennan MR, Milne CT, Agrell-Kann M, Ekholm BP. Clinical evaluation of a skin protectant for the management of incontinence-associated dermatitis: An open-label, nonrandomized, prospective study. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2017;44(2):172-80.
32. Gefen A. The bioengineering theory of the key modes of action of a cyanoacrylate liquid skin protectant. *Int Wound J*. 2020;17(5):1396-404.
33. Coyer F, Campbell J, Doubrovsky A. Efficacy of Incontinence-Associated Dermatitis Intervention for Patients in Intensive Care: An Open-Label Pilot Randomized Controlled Trial. *Adv Ski Wound Care*. 2020;33(7):375-82.
34. Lichtenfeld-Kottner A, El Genedy M, Lahmann N, Blume-Peytavi U, Büscher A, Kottner J. Maintaining skin integrity in the aged: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2020;103.
35. Pather P, Hines N, Kynoch K, Coyer F. Effectiveness of topical skin products in the treatment and prevention of incontinence-associated dermatitis: A systematic review. *JBI Database Syst Rev Implement Reports*. 2017;15(5):1473-96.
36. Woo K, Hill R, LeBlanc K, Schultz G, Swanson T, Weir D, et al. Technological features of advanced skin protectants and an examination of the evidence base. *J Wound Care*. 2019;28(2):110-25.
37. Acton C, Ivins N, Bainbridge P, Browning P. Management of incontinence-associated dermatitis patients using a skin protectant in acute care: a case series. *Journa wound Care*. 2020;29(1).
38. Bernatchez F, Conrad-vlasak DM, Asmus RA. In vivo methods to evaluate a new skin protectant for loss of skin integrity. 2016;1-9.
39. Gutwein LG, Panigrahi M, Schultz GS, Mast BA. Microbial Barriers. *Clin Plast Surg* [Internet]. 2012;39(3):229-38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2012.04.002>.
40. Lipp A, Phillips C, Harris P, Dowie I. Cyanoacrylate as a microbial sealant: examining the evidence. *J Perioper Pract*. 2011;21(3):88-92.
41. Holloway S. Skin considerations for older adults with wounds. *Br J Community Nurs*. 2019;24(June):S15-9.
42. Bonnie A., David E. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. Volume 21, Number 1; 2008.
43. Miranda LSG. A importância da consulta de Enfermagem de estomaterapia na qualidade de vida da pessoa ostomizada na comunidade [Dissertation]. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2013.
44. Hahler B. An overview of dermatological conditions commonly associated with the obese patient. *Ostomy Wound Manage*. 2006;52(6):34-40.
45. Del Rosso JQ, Draelos ZD, Jorizzo JL, Joseph WS, Ribotsky BM, Rich P. Modern methods to treat superficial fungal disease. *Cutis*. 2007;79(2suppl):6-29.
46. Fitzpatrick TB, ed. *Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology: Common and Serious Diseases*. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 1997.



Rua Prof. Bismark, n.º 162,
4420-283 Gondomar, Portugal
Tel.: +351 222 026 725
aptferidas@aptferidas.com

www.aptferidas.com