

35 Dermatitis irritativa del pañal.  
Tratamiento local con productos barrera y calidad de vida

*Diaper rash. Local treatment with barrier products and quality of life*

Justo Rueda López	Enfermero. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona Miembro del Comité Director del GNEAUPP.
A. Guerrero Palmero	Enfermero CAP Terrassa Nord. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona.
T. Segovia Gómez	Supervisora de Enfermería. Responsable de la Unidad Interdisciplinar de Heridas Crónicas del Hospital Puerta de Hierro. Madrid. Miembro del Comité Director del GNEAUPP.
A. M. Muñoz Bueno	Enfermera. Unidad de Medicina Interna. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona.
M. Bermejo Martínez	Enfermero. Unidad Interdisciplinar de Heridas Crónicas del Hospital Puerta de Hierro. Madrid. Miembro del Comité Consultor del GNEAUPP.
C. Rosell Moreno	Máster en Ciencias de la Enfermería. Profesora Adjunta de la Escuela Superior en Ciencias de la Salud. Tecno Campus Mataró-Maresme. Barcelona.

Correspondencia:

Justo Rueda López

E-mail: justorueda5@hotmail.com

RESUMEN

Los trastornos cutáneos son derivados, en la mayoría de las ocasiones, de agresiones continuas por elementos externos que tiene como respuesta reacciones como la pérdida de lípidos epidérmicos por efecto de la humedad, cambios en el pH cutáneo (alcalinización) y aumento del coeficiente de fricción (denudación) junto al desequilibrio de la flora saprofita de la piel, que se traducen en procesos irritativos y en un aumento de las infecciones fúngicas y bacterianas en la zona expuesta a humedad. Dada la importancia de evaluar la calidad de vida de los pacientes con dermatitis que son tratados con productos barrera no irritantes (PBNI) se ha desarrollado un estudio multicéntrico, con el objetivo de evaluar los aspectos relacionados con la mejora en la calidad de cuidados a pacientes tratados con Cavilon® que presentaban dermatitis por incontinencia mediante la escala ESCLI. Los pacientes incluidos en el estudio fueron 25. Los resultados muestran una mejora importante de los aspectos evaluados mediante la escala ESCLI sobre la evolución de la dermatitis. Esta escala valora aspectos como el área afectada por el enrojecimiento y la severidad, presentan una reversión del 47% de los casos. La denudación de la piel en la zona del pañal desaparece en el 56% de los casos y la severidad de la denudación que presenta una mejoría del 47%. La valoración del dolor en la zona de incontinencia se reduce en un 76% en la zona de incontinencia y en un 73% al realizar la limpieza de la zona. Las conclusiones del presente estudio ponen de manifiesto que la aplicación de productos formadores de una película barrera no irritante (PBNI) en los pacientes que presentan dermatitis por incontinencia representa una alternativa a los tratamientos convencionales como son las cremas o ungüentos de óxido de cinc o pastas al agua. La reversión y reducción de la dermatitis es un aspecto que presenta una mejoría importante. Los resultados obtenidos que podemos relacionar con la calidad de vida o más concretamente con la mejora del dolor son destacables.

PALABRAS CLAVE

Dermatitis irritativa, dermatitis del pañal, dermatitis por incontinencia, productos barrera, calidad de vida.

SUMMARY

*The skin disorders are derived in most cases continuous injuries by external factors that have how responses the loss of epidermal lipids by the effect of moisture, derived of changes in*

INTRODUCCIÓN

La piel es un órgano muy dinámico que está en un proceso continuo de alteración y renovación para dar respuesta a estímulos endógenos y exógenos. El proceso de envejecimiento del ser humano hace que existan cambios en la dinámica cutánea, que se manifiesta en muchas ocasiones como una respuesta inflamatoria local y crónica o con la pérdida de continuidad de la piel como resultado de la alteración en su capacidad reparadora (1).

Los trastornos cutáneos son derivados en la mayoría de las ocasiones de agresiones continuas por elementos externos, que tienen una respuesta muy variada y que puede ir desde el engrosamiento de la capa córnea (hiperqueratosis), al aumento de la permeabilidad cutánea (pérdida de lípidos de cohesión "sequedad"), los procesos inflamatorios locales (dermatitis, irritación), la pérdida de fluidos corporales en forma de exudado (como consecuencia de edemas), etc.

La dinámica de la piel y su capacidad de responder a estímulos endógenos y exógenos ponen de manifiesto que *la piel es un órgano vital*, y que no siempre se le presta el cuidado y la atención que requiere. Pongamos como ejemplo otro órgano vital como el hígado. Este, cuando se somete o se aumentan los niveles de productos "hepatotóxicos" o irritantes como determinados fármacos o el alcohol, elabora una respuesta

*skin pH (alkalinization), an increased coefficient of friction (denudation) and the imbalance of the saprophytic flora of the skin, give how a result an increase to the irritative processes and the fungal and bacterian infections in the area exposed to moisture. Given the importance of assessing the quality of life of patients with dermatitis who are treated with No Sting Barrier Film (NSBF) Cavidon™ has developed a multicenter study, in order to evaluate the related to improving the quality of care that patients Incontinence Dermatitis with ESCLI scale. Patients included in the study were 25. The results show a significant improvement aspects ESCLI assessed by the scale of the evolution of the dermatitis. This scale assesses aspects such as the area affected by the redness and severity. Show a reversal 47% of cases. The denudation of the skin in the diaper area disappears in 56% of cases and the severity of the denudation which has a 47% improvement. The assessment of pain in the area of incontinence, is reduced by 76% in the area of incontinence and a 73% when cleaning the area. The findings of this study prove indicates that the application of forming products of a No Sting Barrier Film (NSBF) in patients with incontinence dermatitis is an alternative to conventional treatments such as creams or ointments or zinc oxide paste water. The reversal and reduction of dermatitis is an aspect that has improved important. The results that we can relate to quality of life or longer specifically with the improvement of pain are significant.*

#### KEYWORDS

*Irritant dermatitis, diaper rash, incontinence dermatitis, no Sting Barrier Film, barrier products, quality of activity.*

mediante un proceso inflamatorio, mediado y evaluado a través de marcadores. Ante esta situación, y desde un punto de vista clínico, podemos decir que se interviene planificando determinadas acciones para restablecer el equilibrio del hígado y evitando la administración de productos con potencial hepatotóxico. De la misma forma, esto lo aplicamos a los riñones o a cualquier otro órgano. Sin embargo, en la piel no ocurre igual; es decir, las agresiones a la piel son continuas y reiteradas, pero no siempre se puede actuar protegiendo o eliminado los factores desencadenantes, tal es el caso de la presión. A un paciente encamado se le pueden realizar cambios posturales para minimizar el efecto de la presión, pero no eliminamos la presión completamente de la piel, lo que hacemos es cambiar los puntos de presión de una zona a otra. Lo mismo ocurre con el exudado de la lesiones, aplicamos apósitos con capacidad de absorber, pero no eliminamos el contacto del exudado sobre la piel completamente, pero en este segundo caso, se podría actuar aislando completamente esta zona, aunque esto se traduciría en una limitación de la transpiración cutánea, que acabaría provocando la maceración de la zona con el consiguiente aumento de los niveles de enzimas proinflamatorias o metaloproteasas (MMP) y la destrucción de las capas de la piel.

De la misma manera, cuando la piel está expuesta a orina y/o heces, y esta situación desgraciadamente es muy frecuente en personas encamadas, la combinación de estos dos productos provocan cambios a nivel cutáneo por su efecto irritante (Fig. 1)

que va desde la pérdida de lípidos epidérmicos por efecto de la humedad, cambios en el pH cutáneo (alcalinización) y aumento del coeficiente de fricción (denudación) junto al desequilibrio de la flora saprofita de la piel, que se traducen en procesos irritativos y en un aumento de las infecciones fúngicas y bacterianas (2, 3, 4) en la zona expuesta a humedad

No cabe duda de que la piel es un órgano que presenta una elevada complejidad en el abordaje de sus alteraciones, pero no por ello se han de restar esfuerzos para conocer e interpretar de forma adecuada la respuesta que nos da la piel.

Langoën (2009) (5) pone de manifiesto que la piel periucleral es muy vulnerable y requiere un cuidado y manejo adecuado para evitar complicaciones o problemas en función del tipo de lesiones y de los productos que se utilizan para el cuidado de las heridas. Los procesos inflamatorios provocan una disminución de la perfusión de los tejidos haciendo que la piel sea más susceptible de presentar lesiones, principalmente si la zona está sometida a irritantes como las heces y orina, ya que se altera la permeabilidad cutánea. Por tanto, la aplicación de productos que limiten o reduzcan este efecto se traduce en una mejor respuesta de protección y resistencia de la piel.

Autores como Irvin (1991) (6) y Flour (2009) (7) nos indican que un fallo de la piel se manifiesta como la pérdida de control térmico o por un fallo en la capacidad de controlar la pérdida de fluidos corporales, electrolitos y proteínas o bien por una alteración de la función barrera, perdiendo

la capacidad de prevenir la penetración de sustancias extrañas o microorganismos. Otros autores como Ryan (1991) (8) comparan la importancia de la pérdida de función de la piel con las de otros órganos y aboga por la necesidad de que estas alteraciones sean tratadas por verdaderos especialistas en este órgano, dado que las alteraciones de la piel pueden estar causadas por uno o varios factores como son las características de la piel, el envejecimiento cutáneo, la sequedad de la piel, la disminución de la perfusión de los tejidos, la alteración de las células regeneradoras de la piel (queratinocitos), los trastornos genéticos, los depósitos específicos de determinadas sustancias (p. ej.: calcifilaxis), los procesos inflamatorios, la exposición a irritantes, los procesos infecciosos y/o colonización de microorganismos (bacterias y hongos).

Posiblemente uno de los principales causantes de las alteraciones cutáneas sea la combinación de factores relacionados con la resistencia de los tejidos y las fuerzas externas (intensidad y duración de la presión). Cada uno de los factores, de forma independiente, son una amenaza para la integridad de la piel, pero combinados, como describe Maklebust (1994), es 22 veces mayor el riesgo de desarrollar úlceras por presión en personas con incontinencia mixta que sin este problema (9). La incontinencia urinaria y fecal son factores de riesgo importantes para el desarrollo de UPP porque ambos provocan un exceso de humedad y si esta se combina con fuerzan tangenciales como la fricción o cizalla dan como resultado la rotura de la piel. Este efecto es el resultado de la combinación de un problema mecánico y la exposición a un irritante químico, que en la piel de pacientes ancianos se traduce en los primeros estadios como una irritación cutánea o dermatitis perianal (Fig. 2). Según diversos autores estas dermatitis pueden oscilar entre un 3% a un 48% (10). Pero este problema no se acaba en un proceso irritativo aislado, todo lo contrario, esta situación acaba progresando hacia úlceras de diferente categoría, como se pone de manifiesto en el estudio de prevalencia presentado por el Grupo Nacional de Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP): el 77,6% de los pacientes atendidos en atención domiciliaria con UPP son incontinentes, esta situación en atención hospitalaria se da en un 83% y en atención sociosanitaria en un 86,4% de los pacientes (11), esto se correlaciona con un mayor riesgo de infecciones, principalmente relacionado con la localización y la dificultad del manejo de la incontinencia.

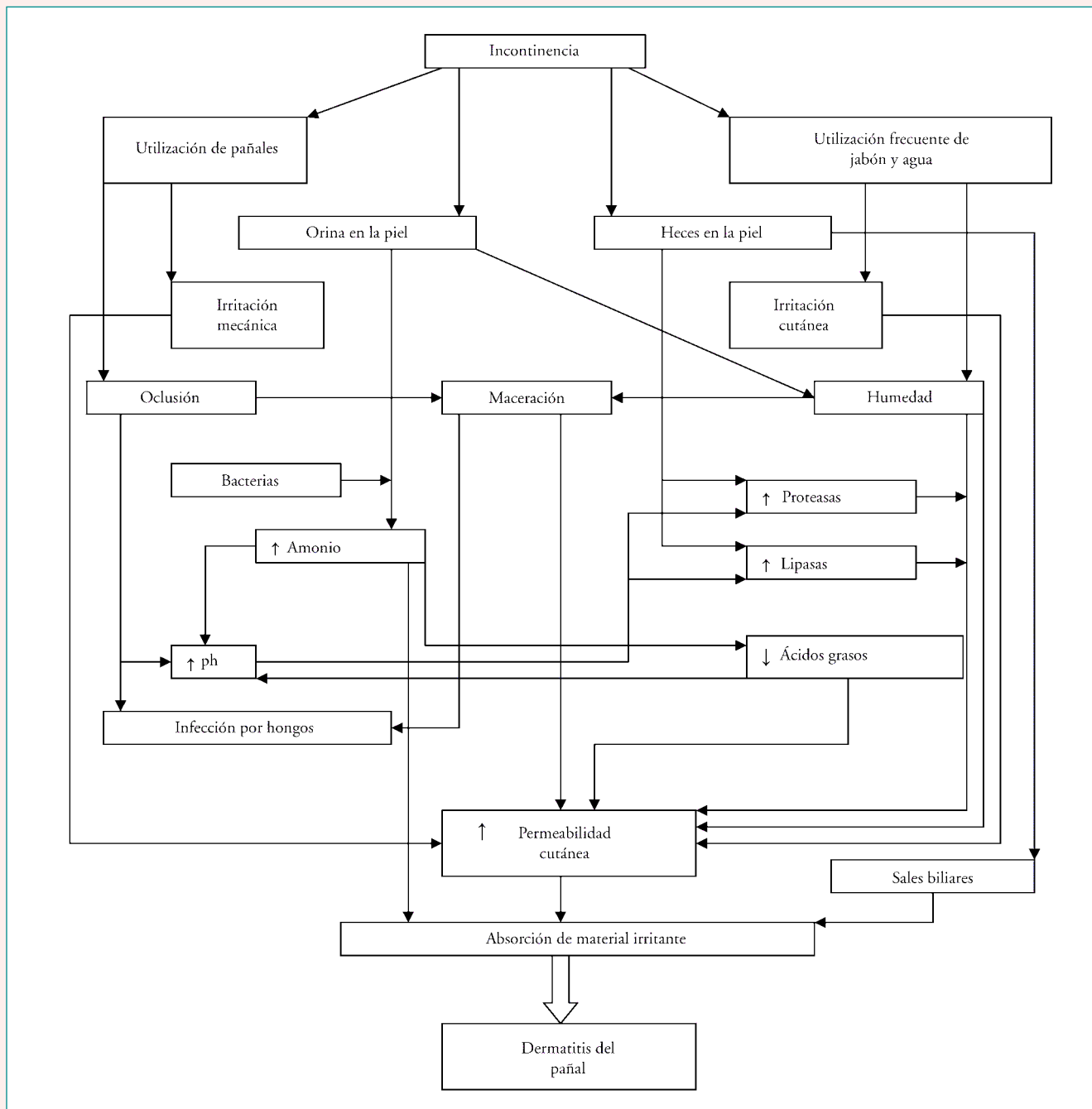


Fig. 1. Fuente: Langoën A. Dermatological problem and periwound skin. Work Widw Wounds. November 2009.

La dermatitis por incontinencia es una secuela de la incontinencia fecal y/o urinaria que se presenta frecuentemente con incomodidad, limitaciones de la protección de la piel y un incremento de los costes de tratamiento, así como una pérdida importante en la calidad de los pacientes afectados (2). El coste de estos procesos es muy elevado, pudiendo llegar a ser de hasta 547 €/año por paciente incontinente (Bliss 2007), aunque estos costes se pueden ver reducidos de forma considerable planificando cuidados adecuados y aplicando productos de protección para evitar la aparición

de procesos irritativos y haciendo un manejo adecuado de la incontinencia (12).

En cuanto a los productos indicados para el cuidado de la zona perianal o expuesta a la humedad, podemos decir que existe un extenso catálogo en el mercado, pero pocas recomendaciones claras desde un punto de vista clínico. Quizá la más significativa es la revisión sistemática de García Fernández y cols. (2009) (13) en la que se pone de manifiesto que la utilización de productos barrera es más efectiva para reducir las dermatitis que las cremas hidratantes y presentan mejor efecto en la reducción del

enrojecimiento y denudación que cremas con óxido de zinc y cremas hidratantes. En este mismo estudio se apunta la necesidad de analizar tanto la efectividad del producto como el confort para el paciente y para el profesional en cuanto a la facilidad de aplicación y de la retirada.

Dada la importancia de evaluar la calidad de vida de los pacientes con dermatitis que son tratados con productos barrera y como fruto de una investigación desarrollada en el año 2002 en el Consorci Sanitari de Terrassa a través de un estudio multicéntrico (14), hemos considerado oportuno



Fig. 2. Severidad de enrojecimiento 3 (máximo).



Fig. 3. Severidad de la denudación 3 (máximo).



Fig. 4. Severidad de la denudación 1 (tratada con Cavilon™).

hacer una análisis de los beneficios de la aplicación de productos barrera no irritantes (PBNI) con el objetivo de evaluar los aspectos relacionados con la mejora en la calidad de los pacientes tratados con Cavilon® que presentaban dermatitis por incontinencia.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo y multicéntrico para evaluar la efectividad de la aplicación de PBNI en pacientes que presentaban dermatitis por incontinencia.

La severidad de la lesión cutánea se determinó mediante la escala de Severidad de Lesiones Cutáneas por Incontinencia (ESLCI), en una escala de 0 a 12 (0 = piel intacta sana, 12 = piel dañada gravemente), obteniendo el sumatorio de las puntuaciones en cuatro apartados (Tabla 1).

Se analizaron de forma independiente los diferentes ítems de la ESLCI, aspectos relacionados con la calidad de vida y los cuidados del paciente con dermatitis perianal como son la evolución de la dermatitis, el dolor al realizar la limpieza de la zona, dolor al aplicar el producto y dolor a la retirada (estos aspectos se evalúan mediante una escala tipo Liker del 1 al 5) y otros aspectos sobre la efectividad de la aplicación del producto como el grado y evolución de la afectación dérmica en extensión y profundidad, evolución del área de enrojecimiento y el área de la denudación y su severidad.

En el estudio se incluyeron 25 pacientes que presentaban incontinencia fecal y/o urinaria y una valoración de ESLCI mínima de 2 puntos, a los que se realizó un seguimiento durante cuatro semanas, con siete valoraciones durante el periodo de estudio y una valoración final.

### PACIENTES INCLUIDOS

Los pacientes incluidos presentaban una media de edad de  $82,78 \pm 7,06$  años, una distribución por sexo del 60,9% mujeres y el 39,1% hombres. Se estudió el riesgo de pre-



Fig. 5. Severidad del enrojecimiento 3.



Fig. 6. Severidad del eritema (1 tratada con Cavilon®).

Tabla 1. Escala de Severidad de Lesiones Cutáneas por Incontinencia (ESLCI)	
<b>A) Área total de rojez</b>	
<b>Puntuación</b>	
<input type="checkbox"/> 0	No área
<input type="checkbox"/> 1	Área pequeña ( $\leq 20 \text{ cm}^2$ )
<input type="checkbox"/> 2	Área moderada ( $> 20 \text{ cm}^2 \leq 50 \text{ cm}^2$ )
<input type="checkbox"/> 3	Área grande ( $> 50 \text{ cm}^2$ )
<b>B) Gravedad de la rojez en el peor punto</b>	
<b>Puntuación</b>	
<input type="checkbox"/> 0	Sin rojez
<input type="checkbox"/> 1	Rojez suave (a manchas y con apariencia no uniforme)
<input type="checkbox"/> 2	Rojez moderada (severo en cuanto a manchas, pero con apariencia no uniforme)
<input type="checkbox"/> 3	Rojez grave (severo en apariencia de forma uniforme)
<b>C) Área total de denudación de la piel</b>	
<b>Puntuación</b>	
<input type="checkbox"/> 0	No área
<input type="checkbox"/> 1	Área pequeña ( $\leq 2 \text{ cm}^2$ )
<input type="checkbox"/> 2	Área moderada ( $> 2 \text{ cm}^2 \leq 5 \text{ cm}^2$ )
<input type="checkbox"/> 3	Área grande ( $> 5 \text{ cm}^2$ )
<b>D) Severidad de la denudación de la piel en el peor punto</b>	
<b>Puntuación</b>	
<input type="checkbox"/> 0	Sin denudaciones de la piel
<input type="checkbox"/> 1	Denudaciones suaves en la epidermis ( <b>Cierta apariencia vidriosa</b> )
<input type="checkbox"/> 2	Denudaciones gruesas parciales que se extienden hacia la capa vidriosa de la epidermis, pero no la incluyen ( <b>Marcada apariencia vidriosa de la piel</b> )
<input type="checkbox"/> 3	Denudaciones parciales o completas que se extienden a la capa vidriosa de la epidermis y por ella ( <b>Apariencia muy vidriosa de la piel, superficie húmeda y/o mojada</b> )
.....	<b>Puntuación total (A + B + C + D)</b>



Tabla 2. Escala de Braden. Evaluación del Riesgo de UPP

Valor W. Braden	n	%	Nivel riesgo
8	1	4,3	Riesgo alto
9	3	13	
10	1	4,3	
11	3	13	
12	2	8,7	
13	2	8,7	Riesgo medio
14	3	13	
15	3	13	
16	2	8,7	Riesgo bajo
17	1	4,3	
18	2	8,7	

Tabla 3. Resultados de la ESCLI

ESCLI	Inicial (media $\pm$ DS)	Final (media $\pm$ DS)	% Reducción
Área de enrojecimiento	2,42 $\pm$ 0,59	0,8 $\pm$ 0,92	66,94%
Severidad del enrojecimiento	2,09 $\pm$ 0,83	0,61 $\pm$ 0,66	70,8%
Área de denudación	1,42 $\pm$ 0,92	0,42 $\pm$ 0,81	70,4%
Severidad de la denudación	1,38 $\pm$ 0,97	0,38 $\pm$ 0,74	72,46%

Tabla 4. Evolución del dolor

Dolor	Inicial (media $\pm$ DS)	Final (media $\pm$ DS)	% Reducción
Dolor en la zona de incontinencia	1,11 $\pm$ 1,02	0,27 $\pm$ 0,66	75,67%
Dolor al realizar la limpieza	1,22 $\pm$ 1,30	0,33 $\pm$ 0,59	72,95%
Dolor al aplicar Cavilon® 3M	0,16 $\pm$ 0,51	0,16 $\pm$ 0,51	0%

sentar úlceras por presión mediante la valoración de las escala de Braden (Tabla 2), con una valoración media de 13,04  $\pm$  2,97 puntos, donde el 43,3% (n = 10) de los pacientes estudiados presenta un alto riesgo de desarrollo de UPP, un 34,7% (n = 8) riesgo medio y un 21,7% (n = 5) riesgo bajo. En cuanto a los antecedentes de dermatitis en el último año, 12 pacientes habían presentado algún episodio previamente (48,8%). En el momento de la inclusión del estudio, la dermatitis presentaba una evolución de entre 1 y 455 días (media 62,5  $\pm$  141,5 días). El uso de dispositivos para incontinencia

(absorbentes) era del 91,3% de los casos durante las 24 horas. Los cambios diarios de pañal oscilaron entre dos y ocho por paciente (media 4,43  $\pm$  1,8). De los pacientes incluidos en el estudio, dos abandonan el seguimiento, uno por traslado y otro por sobreinfección.

#### ESCALA DE VALORACIÓN (ESCLI)

Se utiliza la escala ESCLI que consta de cuatro subescalas que valoran, respectivamente: el área enrojecida, la severidad del enrojecimiento, el área que presenta denudación de la piel y la intensidad de la denudación.

Una de las condiciones para incluir a los pacientes en el estudio era que presentasen una valoración de la ESCLI mínimo de 2. La puntuación inicial de la escala ESCLI fue 7,13  $\pm$  2,65, que refleja la presencia de áreas de enrojecimiento y de áreas denudadas en el 100% y 82,6% de los pacientes, respectivamente, los valores se pueden apreciar en la figura 7.

Se evaluó la evolución de la dermatitis y la denudación, así como la evolución del dolor, como era este al realizar la limpieza de la zona y al aplicar el producto.

#### TRATAMIENTO

El tratamiento consistió en la aplicación de una película barrera no irritante (PBNI) en la zona de incontinencia (Cavilon®, 3M) cada 48 horas, aunque en algunas situaciones se aplicaba cada 24 horas.

Cavilon® es un apósito líquido que al aplicarse sobre la piel forma una película semipermeable. Está indicado para prevenir y tratar la irritación de la piel causada por fluidos corporales, humedad excesiva, adhesivos médicos y fricción continua. Es un producto compuesto por un copolímero acrílico que no contiene alcohol, no es citotóxico, no contiene fragancias ni conservantes, mantiene el efecto barrera durante 72 horas, sin necesidad de ser retirado pasado este tiempo.

#### RESULTADOS

Los pacientes incluidos en el estudio fueron 25, de los que finalizaron la evaluación (n = 23). Se observó una mejora importante de los parámetros evaluados con la escala ESCLI como se puede ver en la Tabla 3.

En cuanto a la *evolución de la dermatitis*, un 91,3% de los pacientes tratados presentó mejoría (43,5% [n = 10]) o reversión del problema, (47,8% [n = 11]), y tan solo dos pacientes se mantuvieron igual o empeoraron (4,3% en ambos casos) (Fig. 8).

El área afectada *por enrojecimiento* presentó una reversión en el 47,8% (n = 11) de los pacientes, una mejoría el 30,4% (n = 7), en el 13% (n = 3) se mantuvo igual y en el 8,7% (n = 2) se observó un empeoramiento del área enrojecida.

Con respecto a la *severidad del enrojecimiento*, en el 100% revierte o mejora, siendo un 47,8% (n = 11) y un 52,2% (n = 12) respectivamente (Fig. 9).

La *denudación* desaparece en un 56,5% (n = 13), hubo mejoría en el 8,7% (n = 2), el 13% (n = 3) se continuó igual y en un 4,3% (n = 1) se produjo un empeoramiento. En cuatro (17,4%) de los pacientes estudiados no se valoró este parámetro al finalizar la evaluación, por no presentar denudación previamente (Fig. 10).



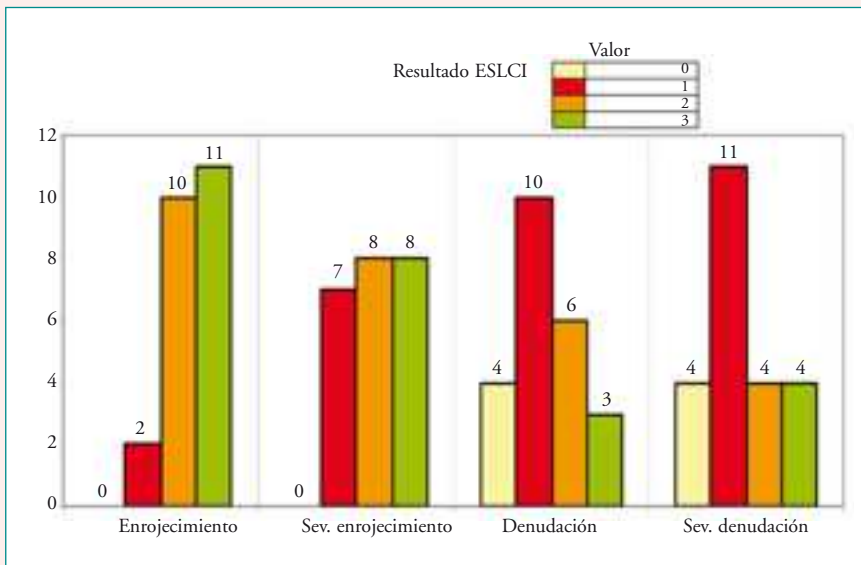


Fig. 7. Resultados ESLCI. Inicial.

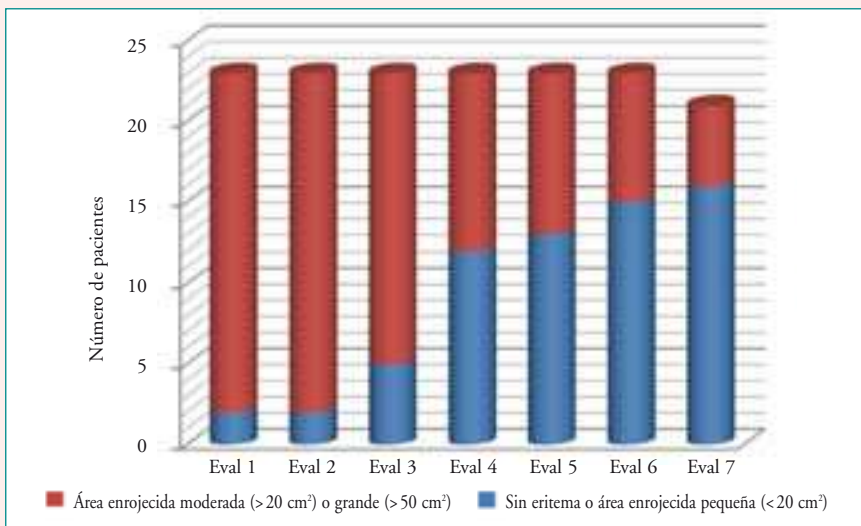


Fig. 8. Evolución del área de enrojecimiento.

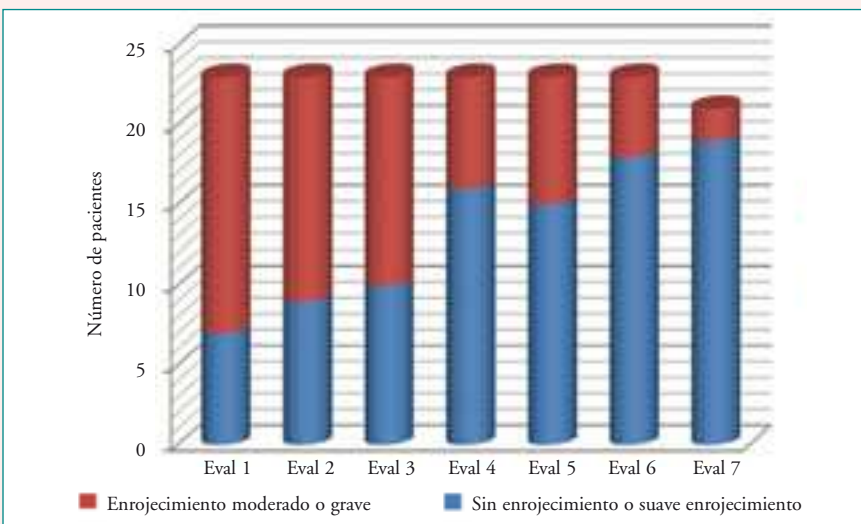


Fig. 9. Evolución de la gravedad del enrojecimiento.

La severidad de la denudación se revierte en un 47,8% (n = 11), la mejoría en un 13% (n = 3), y sin cambios en cuatro casos (17,4%) y uno empeora (4,3%) (Fig. 11).

Con respecto al dolor, se evaluaron diferentes aspectos: dolor en la zona de incontinencia (nalgas), el dolor a la aplicación del Cavilon® y el dolor al realizar la limpieza de la zona. En la Tabla 4 se puede apreciar la mejora con respecto a la reducción del dolor principalmente en la zona de incontinencia y al realizar la limpieza.

En cuanto a la evolución de los casos tratados, 11 (47,8%) de los sujetos estudiados presentan una reversión completa del cuadro, en un tiempo medio de  $22 \pm 8,7$  (mínimo: 7-máximo: 30) días. Hay dos abandonos del estudio del total de 25 (un exitus, un abandono voluntario), en un caso no se finaliza la valoración de la cuarta semana completa, por traslado de centro y en dos casos la evolución es desfavorable. Uno de los sujetos de estudio presenta una sobreinfección micótica y hay otro caso, que se agravan las lesiones preexistentes.

#### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La aplicación de productos formadores de una película barrera no irritante (PBNI) en los pacientes que presentan dermatitis por incontinencia representa una alternativa a los tratamientos convencionales como son las cremas o ungüentos de óxido de cinc o pastas al agua.

La utilización de una PBNI como Cavilon® aporta elementos interesantes desde un punto de vista clínico como es la reducción del número de aplicaciones de producto, con una frecuencia de una vez al día, que en estudios publicados por Bale (15) y Baatenburg (2004) (16) y Bliss (2007) (17) coinciden en la reducción del número de aplicaciones frente a protocolos estándar y en la reducción del tiempo de aplicación. La reversión y reducción de la dermatitis es un aspecto que presenta una mejoría importante en un 90% de los casos aproximadamente; estos datos concuerdan con el metaanálisis de estudios realizado por Schuren (18) y con los resultados de Bliss (17) en un estudio cuasi experimental en los que se pone de manifiesto la mayor efectividad de Cavilon® frente a otros productos indicados para el tratamiento de la dermatitis irritativa por incontinencia.

Los resultados obtenidos que podemos relacionar con la calidad de vida o más concretamente con la mejora del dolor son destacables. Se apreció una mejoría en el 70% de los casos, tanto en la reducción del dolor en la zona de la dermatitis como al rea-



lizar la limpieza de la zona, aspectos que junto a la aplicación sin necesidad de extender sobre la piel de forma manual, suponen una mejora importante en la reducción del dolor y en un mayor confort del paciente. Además, la reducción de las manipulaciones de los profesionales en la zona lesionada podría traducirse en un menor riesgo de infecciones donde el vector de contaminación es el profesional. Otro aspecto a destacar es la reducción de los costes del tratamiento en relación al consumo de material y tiempo del profesional.

Según los resultados obtenidos en el presente estudio, podríamos concluir que la aplicación de un PBNI como Cavilon® está indicado en pacientes con incontinencia urinaria, fecal y/o mixta para prevenir la presencia de lesiones por dermatitis irritativas en la zona del pañal, así como en pacientes con cuadros de dermatitis en la zona de incontinencia con carácter de moderada a severa. Sería oportuno como ya apuntan García y cols. (13) profundizar y desarrollar trabajos centrados en la evaluación de la calidad de vida de los pacientes en relación a los tratamientos aplicables a la zona de incontinencia.

#### Agradecimientos

A todos los investigadores que han hecho posible el desarrollo de este estudio: Joan Blanco y Jordi Ballester (Lleida), Teresa Segovia y Mariano Bermejo (Madrid), José Verdú y Pablo López (Alicante), Javier Soldevilla (La Rioja), Fernando Martínez (Asturias), Luisa M.<sup>a</sup> Royan y Elvira Hernández (Cantabria), Manuel Gago y Fernando García (Cádiz), Joan Enric Torra, Justo Rueda y Carmen Rosell (Barcelona).

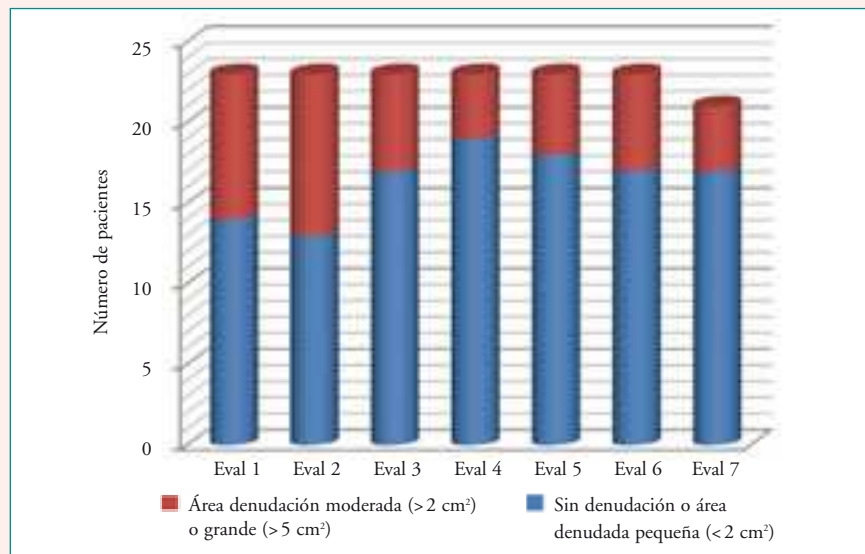


Fig. 10. Evolución del área total de denudación.

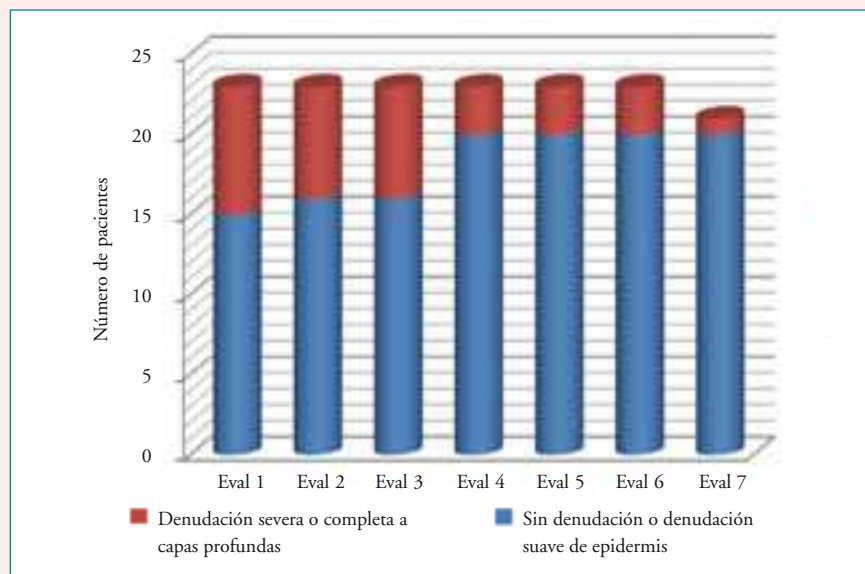


Fig. 11. Evolución de la severidad de la denudación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Soldevilla J, Torra J. Atención Integral a las Heridas Crónicas. Madrid: SPA S.L., 2004.
- Warsaw E, Nix D, Kula J, Markon DE. Clinical and Cost Effectiveness of a Cleanser Protectant Lotion for Treatment of Perineal Skin Breakdown in Low-Risk Patients with Incontinence. *Ostomy/Wound Management* 2002; 48: 44-51.
- Brown DS, Sears M. Perineal dermatitis: a conceptual framework. *Ostomy/Wound Management* 1993; 39: 20-6.
- Faria DT, Shwayder T, Krull EA. Perineal skin injury: extrinsic environmental risk factors. *Ostomy/Wound Management* 1996; 42: 28-37.
- Langoen A. Dermatological problem and periwound skin. *Worl Widw Wounds*. November 2009; Consultado: 23 de julio 2010.
- Irvine C. 'Skin failure' - a real entity: discussion paper. *J R Soc Med* 1991; 84: 412-3.
- Flour M. The pathophysiology of vulnerable skin *Worl Widw Wounds*. September 2009; Consultado: 23 de julio 2010.
- Ryan TJ. Disability in dermatology. *Br J Hosp Med* 1991; 46: 33-6.
- Maklebust J, Magnan MA. Risk factors associated with having a pressure ulcer: a secondary data analysis. *Advances in Wound Care* 1994; 7: 25, 7-8, 31-4.
- Zehrer CL, Lutz JB, Hedblom EC, Ding L. Feature: Comparison of Cost and Efficacy of Three Incontinence Skin Barrier Products. *Ostomy/Wound Management* 2004; 50: 51-8.
- Soldevilla JJ, Torra JE, Rueda J, Martínez F, Verdú J, Mayán JM, López P. Segundo Estudio Nacional de Prevalencia de úlceras por Presión en España, 2005: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* 2006; 17: 154-72.
- Bliss DZ, Zehrer C, Savik K, Smith G, Hedblom E. An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence: economics of skin damage prevention. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007; 34: 143-52.
- García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J. Efectividad de la película barrera no irritante en la prevención de lesiones de piel: Revisión sistemática. *Gerokomos* 2009; 20: 29-40.
- Verdú J, García González F, Gago Fornells M, Rueda López J, Segovia Gómez T. Comparative study of a barrier product vs. zinc oxide cream for treatment of incontinence lesions. París: XIII EWMA Conference, 2004.
- Bale S, Tebble N, Jones V, Price P. The benefits of implementing a new skin care protocol in nursing homes. *J Tissue Viability* 2004; 14: 44-50.
- Baatenburg de Jong H, Admiraal H. Comparing cost per use of 3M Cavilon No Sting Barrier Film with zinc oxide oil in incontinent patients. *J Wound Care* 2004; 13: 398-400.
- Bliss DZ, Zehrer C, Savik K, Smith G, Hedblom E. An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence: economics of skin damage prevention. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007; 34: 143-52.
- Schuren J, Becker A, Sibbald RG. A liquid film-forming acrylate for peri-wound protection: a systematic review and meta-analysis (3M Cavilon no-sting barrier film). *Int Wound J* 2005; 2: 230-8.