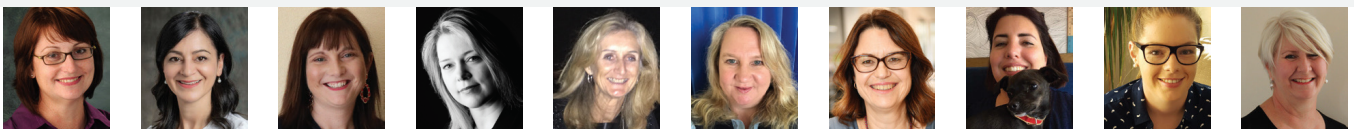


Um guia clínico para avaliação da pele pélvica

Lesões por pressão e dermatites associadas à incontinência são lesões comuns na pele pélvica. A avaliação da pele da região pélvica é complexa e deve considerar vários fatores. Lesões por pressão e dermatite associada à incontinência são frequentemente classificadas incorretamente, levando a estratégias de prevenção e tratamento implementadas. Isso pode resultar em maus resultados clínicos e uso subótimo de recursos de saúde. Este artigo relata os resultados de um processo de consenso do grupo de trabalho especializado para produzir um guia prático para apoiar a avaliação sistemática da pele da região pélvica em adultos. Ele também fornece informações que apoiam a diferenciação precisa entre essas lesões cutâneas comumente classificadas incorretamente.



Autores (da esquerda pra direita): Jill Campbell, Michelle Barakat-Johnson, Michelle Hogan, Kay Maddison, Jill McLean, Tabatha Rando, Monika Samolyk, Sarah Sage, Kate Weger and Ann Marie Dunk

Lesões na pele, como lesão por pressão (PI) e dermatite associada à incontinência (IAD), continuam a apresentar desafios para pacientes e profissionais de saúde em todo o continuum da área de saúde. Manter a integridade da pele é uma dimensão crítica do imperativo mais amplo de manter os pacientes a salvo de danos (Campbell et al, 2016a). A prevenção e o gerenciamento adequados de lesões da pele pélvica, com base em evidências, são sustentados por uma avaliação holística completa do paciente, da qual a avaliação da pele é um componente essencial. No entanto, a avaliação da pele, particularmente da área pélvica, é complexa, exigindo a consideração de múltiplos fatores inter-relacionados. Essa complexidade, colocação frequente e coexistência de IP e IAD, bem como algumas semelhanças na apresentação clínica, podem significar que essas lesões são frequentemente diagnosticadas ou classificadas incorretamente (Beeckman et al, 2016, Barakat-Johnson et al, 2018b), levando a maus resultados para pacientes e cuidados de saúde. Em resposta às solicitações de médicos em todo o continuum de assistência médica da Austrália para uma ferramenta prática para auxiliar na tarefa de avaliação da pele pélvica e para diferenciar entre PI e IAD, um grupo de integridade da pele de especialistas clínicos e acadêmicos foi convocado em Sydney, na Austrália, em 22 de março, 2019. Este artigo apresenta os resultados desse processo de reunião e consenso. Ele propõe um guia prático para apoiar os médicos na realização da avaliação da pele pélvica e auxilia os médicos na classificação precisa dos IP e DAI pélvicos.

Este artigo é direcionado principalmente a enfermeiros registrados, responsáveis pela avaliação e classificação de lesões na pele pélvica e pela formulação, implementação e avaliação de um plano de cuidados para tratar qualquer lesão e prevenir outras lesões. As informações fornecidas

também beneficiarão qualquer pessoa envolvida no cuidado de adultos com risco de lesão na pele pélvica. Veja a Tabela 1 para definições dos termos usados neste documento.

Lesão por pressão

Esse termo foi adotado originalmente pela Aliança Pan Pacific de Lesões por Pressão e, mais recentemente, pelo Painel Consultivo Nacional para Lesões por Pressão. O termo preferido do Painel Consultivo para Úlcera por Pressão da Europa (EPUAP) é "úlceras por pressão". O termo "lesão por pressão" é usado neste documento. Um IP é definido como dano localizado na pele e / ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionado a um dispositivo ou outro objeto. A lesão ocorre como resultado de pressão intensa ou prolongada, ou pressão em combinação com cisalhamento (EPUAP et al, 2019). Os PIs geralmente têm arestas ou margens distintas. Apresentam-se como eritema não-branqueador através de lesão de espessura total, expondo músculo ou osso, com desprendimento ou escara (EPUAP, 2019). Os PIs podem se desenvolver em todas as configurações de assistência médica. Globalmente, a prevalência de IP no ambiente de cuidados agudos varia de 1,8% a 20%, com a prevalência de lesão por pressão adquirida no hospital (HAPI) variando de 0,8% a 20% (Pieper et al, 2009; Worsley et al, 2016; Barakat-Johnson et al, 2018b; Comissão de Excelência Clínica, 2018; Feng et al., 2018; Tariq et al, 2019). No cenário de assistência a idosos, a prevalência de IP varia de 7,8% a 10,3% (Clinical Excellence Commission, 2018). As complicações da PI são graves e têm um impacto negativo nos pacientes, famílias e profissionais de saúde. Os IPs podem resultar em dor intensa e podem expor o indivíduo à infecção, variando de infecção tecidual localizada a infecção sistêmica e sepse. Um IP

*Detalhes do autor
Veja a página 32*

pode reduzir a qualidade de vida do paciente, causar incapacidade ou resultar em morte. Pode aumentar a complexidade e o custo do tratamento e prolongar o tempo de permanência no serviço de saúde (Dunk e Carville, 2016; Edsberg et al, 2016).

Prevenir e gerenciar o PI é uma atividade importante de enfermagem reconhecida internacionalmente como um indicador de qualidade dos cuidados (Comissão Australiana de Segurança e Qualidade em Cuidados de Saúde, 2017). O desenvolvimento de um IP adquirido em um hospital (HAPI) pode atrair um desincentivo financeiro e pode expor uma organização de saúde a litígios ou censura de reputação (Independent Hospital Pricing Authority, 2018).

Dermatite associada à incontinência

A DAI é um tipo de dermatite de contato irritante (inflamação da pele) encontrada exclusivamente em pacientes com incontinência urinária e / ou fecal. É caracterizada por inflamação da pele, eritema e / ou descoloração, e pode apresentar bolhas, erosão, denudação ou exsudato seroso ou serossanguíneo (Gray et al, 2007; Beeckman, 2015). Outros termos às vezes usados para descrever a DAI incluem dermatite irritante, lesão por umidade, dermatite perineal, erupção cutânea perineal, dermatite por fralda / napkin / fralda e / ou erupção cutânea. A DAI ocorre em áreas onde o irritante (urina e / ou fezes) entra em contato com a pele, como períneo, pregas labiais, escroto, virilha, coxas, nádegas, área retal, fenda glútea e pregas abdominais. As bordas da lesão geralmente são mal definidas e podem parecer "manchadas" (Beeckman, 2015).

Várias complicações graves estão associadas à DAI. Verificou-se que a infecção fúngica cutânea secundária, comumente causada por *Candida albicans*, ocorre em 32% dos pacientes com DAI (Campbell et al, 2016a). Além disso, o IAD é reconhecido como um fator de risco para o desenvolvimento de IP (Demarre et al, 2015; Gray e Giuliano, 2017; Barakat-Johnson et al, 2018a). A dor associada à DAI é uma complicação comum, porém pouco reconhecida e mal tratada. A dor da DAI tem sido comparada à dor de uma queimadura (Junkin e Seleko, 2008) e é composta cada vez que o paciente anula e / ou defeca, expondo ainda mais a pele lesionada ao irritante (veja [Caixa 1] uma história do paciente). Os pacientes também podem sofrer queimação, coceira ou formigamento (Beeckman, 2015). O impacto da natureza severa e muitas vezes implacável da dor da DAI e dos sintomas associados no bem-estar do paciente é frequentemente subestimado (Spacek et al, 2018). Internacionalmente, a prevalência de DAI no ambiente de cuidados agudos varia entre 4% e 42% (Campbell et al, 2016a; Clark et al, 2017; Barakat-Johnson et al, 2018a; Johansen et al,

2018). A incidência média na DAI adquirida no hospital foi de 23% em um estudo de três anos (Arnold-Long e Johnson, 2019) e no cenário de assistência a idosos varia entre 3% e 35% (Arnold-Long et al, 2011; Kottner et al. , 2014; Hahnel et al, 2017).

Incontinência

A compreensão da DAI exige uma apreciação da incontinência - uma condição associada a morbidade e impacto significativos na qualidade de vida, que é um fardo substancial para os profissionais de saúde. A incontinência é o fator causal da DAI, com a prevalência de incontinência refletindo o risco de DAI (Ersser et al, 2005). A incontinência também é um fator de risco para IP (EPUAP et al, 2019). A incontinência afeta desproporcionalmente as pessoas idosas (com 65 anos ou mais), com uma prevalência estimada de 24 a 43% na população de cuidados agudos (Junkin e Seleko, 2008; Campbell et al, 2016a; Barakat-Johnson et al, 2018a). No ambiente de cuidados a idosos, a prevalência de incontinência varia de 71% a 81% (Steel e Fonda, 1995; Deloitte Access Economics e The Continence Foundation of Australia, 2011; Hibbert et al, 2019), sendo a incontinência um dos principais motivos de admissão ao cuidado residencial (Pearson, 2003). A prevalência de incontinência na comunidade é de 21 a 25% (Deloitte Access Economics e The Continence Foundation of Australia, 2011).

Avaliação da pele pélvica

A avaliação da pele é um processo pelo qual a pele é examinada diretamente em busca de alterações ou anormalidades [Quadro 2]. Avaliações abrangentes da pele são repetidas regularmente para detectar quaisquer alterações cutâneas (Edsberg et al, 2016; Carville, 2017; Zulkowski, 2018). O objetivo é a identificação precoce de alterações cutâneas, lesões cutâneas ou a presença de fatores que possam predispor a lesões adicionais.

Caixa 1. História do paciente: dermatite associada à incontinência.

Um paciente hospitalizado de 62 anos de idade desenvolveu diarreia após cirurgia gastrointestinal complexa e hospitalização prolongada. Como resultado da exposição da pele a fezes soltas frequentes (por um período prolongado), ele desenvolveu dermatite associada à incontinência grave (categoria 2A da GLOBIAD) (Beeckman et al, 2017).



Jill Campbell is Clinical Nurse, and Nurse Researcher, Skin Integrity Service, Royal Brisbane and Women's Hospital, Herston, Queensland, Australia, and holds a Joint Appointment with the School of Nursing, Faculty of Health, Queensland University of Technology; Michelle Barakat-Johnson is Skin Integrity Lead, Sydney Local Health District, Sydney and Clinical Senior Lecturer, School of Nursing, Faculty of Medicine and Health, University of Sydney, Camperdown, NSW, Australia; Michelle Hogan is Client Safety and Quality Consultant, RN, CDE Helping Hand Aged Care, South Australia; Kay Maddison is Hand and Wound Clinical Nurse Consultant, Hand Unit, Sydney Hospital and Sydney Eye Hospital, Sydney, NSW, Australia; Jill McLean was Marketing Manager Wound Management at the time of writing, Paul Hartmann Pty Ltd, Macquarie Park, NSW, Australia; Tabitha Rando is Nurse Practitioner Wound Management, Wound Management Innovations Cooperative Research Centre, Clovelly Park, South Australia, Australia; Monika Samolyk is Wound Nurse Consultant, Info Health, Wangaratta, Victoria, Australia; Sarah Sage is Nurse Practitioner and Clinical Nurse Consultant – Wound Management, Coordinator Chronic Wound Service/ Wound CNC Team, The Royal Melbourne Hospital, Parkville, Victoria, Australia; Kate Weger is Clinical Surveillance and Governance Specialist, Southern Cross Care, Parkside, South Australia, Australia; Ann Marie Dunk is Clinical Nurse Consultant, Tissue Viability, Canberra Hospital, Canberra, ACT, Australia

Ele descreveu a dor ardente e ardente como a pior dor que já havia experimentado - muito pior do que a dor relacionada à cirurgia. Durante uma consulta com a enfermeira de tratamento de feridas, ele implorou para que ela: 'Por favor, corrija a dor na minha bunda. Não me importo com nenhuma outra dor ... é a dor no meu traseiro que está me causando mais agonia.'

A identificação precoce desempenha um papel crítico na manutenção da integridade da pele através da implementação oportuna de estratégias adequadas de prevenção e controle de lesões na pele. As recomendações para avaliação da pele dependem de pistas visuais e táteis para identificar alterações, por exemplo, cor na superfície da pele, temperatura, presença de lesões, edema, umidade, secura, turgor e estado de higiene da pele (Carville, 2017).

Os médicos devem inspecionar a pele em busca de eritema e diferenciar entre eritema blanchable e não blanchable. Uma área localizada de vermelhidão ou eritema não blanchable (geralmente acima de uma proeminência óssea) é classificada como lesão por pressão no estágio 1. A avaliação da temperatura da pele, edema e alteração da consistência do tecido em relação ao tecido circundante deve ser incluída como parte da avaliação da pele (EPUAP et al, 2019). Áreas sob dobras cutâneas - particularmente em pacientes obesos - são expostas à umidade da diaforese ou da urina e / ou fezes. O atrito aumentado pode resultar do atrito entre as dobras da pele e é exacerbado pela umidade e irritantes presos, o que pode levar à ruptura da pele. Infecções podem ocorrer em dobras profundas da pele. Isso inclui infecções fúngicas, como candidíase, infecção bacteriana, celulite ou até gangrena de Fournier (Beitz, 2014). Avaliação regular da pele sob profilaxia curativos e sob dispositivos médicos ou outros são essenciais. Como a pele exposta à urina e / ou fezes corre o risco de desenvolver DAI, a presença de incontinência deve desencadear inspeções regulares da pele (Beeckman, 2015).

A avaliação da dor é um componente crítico do procedimento de avaliação da pele pélvica. Os pacientes podem relatar a dor como constante, intensa, recorrente durante os procedimentos e / ou em repouso (Edsberg et al, 2016). Alguns pacientes podem descrever uma dor em queimação (exacerbada, por exemplo, ao esvaziar ou defecar) ou formigamento ou coceira (Beeckman, 2015). As indicações da dor podem ser verbais ou não verbais e devem ser medidas usando uma escala de dor validada, por exemplo, escala visual analógica ou numérica (Carville, 2017).

É essencial que os médicos sejam competentes na avaliação em todo o continuum do tom de pele (Oozageer Gunowa et al, 2018). Vários estudos indicam que pacientes com tons de pele mais escuros têm maior incidência de HAPI ou IP mais grave do que aqueles com tons de pele mais claros (Baumgarten et al, 2004). O IP do estágio 1 e a suspeita de lesão tecidual profunda podem ser difíceis de detectar em indivíduos com tons de pele mais escuros (EPUAP et al, 2019). O eritema geralmente se apresenta como violeta / azulado ou preto, em vez de vermelho (Clark, 2010). Os tons de pele mais escuros podem não escurecer com uma leve pressão, mas a cor pode ser diferente da cor de pele normal do indivíduo. Áreas de diferença de cor devem ser avaliadas mais de perto quanto a mudanças de temperatura, edema, alterações na consistência do tecido e dor (EPUAP et al, 2019).

A avaliação da pele deve ser conduzida de maneira sistemática, com adesão a procedimentos baseados em evidências e política local. O consentimento do paciente deve ser obtido antes da avaliação. Dignidade e privacidade devem sempre ser mantidas. Um ambiente quente e confortável, com uma boa fonte de luz e uma grade ou régua de medição para medir o tamanho e a distribuição da lesão, ferida ou dano à pele é essencial (Carville, 2017; Zulkowski, 2018).

Algoritmos de avaliação da pele pélvica

Propomos dois algoritmos para orientar os médicos na realização de uma avaliação da pele pélvica e auxiliar na diferenciação e classificação precisas de PI e / ou DAI. [Figura 1] fornece um guia para os primeiros passos na realização de uma avaliação da pele pélvica. Ele é direcionado a todos os profissionais de saúde que podem ser obrigados a realizar avaliações da pele pélvica, desde prestadores de cuidados não registrados até enfermeiros registrados. [Figura 2] orienta os médicos nas etapas subsequentes da avaliação, incluindo a identificação de qualquer etiologia de lesão cutânea pélvica e a classificação subsequente dessa lesão usando sistemas de classificação adequados.

Esse recurso é direcionado a enfermeiros registrados, que são os principais responsáveis pela avaliação e classificação de lesões na pele pélvica; no entanto, as informações fornecidas serão valiosas para diversos prestadores de serviços de saúde. Este segundo algoritmo propõe uma série de instruções para orientar os médicos através do complexo processo de avaliação e coloca questões que se concentram no aspecto clínico das alterações cutâneas e na presença de fatores causais e de risco. Também apoia a tomada de decisão clínica em relação à diferenciação e classificação de um IP, IAD ou ambos, usando a nomenclatura apropriada internacionalmente acordada encontrada na Ferramenta Global de Categorização de IAD de Ghent (GLOBIAD) (Beeckman et al, 2017) e sistema de classificação internacional para IP (EPUAP et al, 2019).

Qual é a diferença entre avaliação de risco e avaliação da pele?

É importante entender a diferença entre esses dois tipos de avaliação. A avaliação de risco tem como objetivo identificar pacientes suscetíveis a lesões cutâneas pélvicas, sustentar a prevenção de lesões cutâneas e identificar os múltiplos e frequentemente inter-relacionados fatores que interagem e resultam em vulnerabilidade a lesões cutâneas (Campbell et al, 2016b). Várias ferramentas estão disponíveis para orientar a avaliação sistemática estruturada de riscos de PI, incluindo a Escala de Braden (Bergstrom et al, 1987), a Norton Risk Assessment Tool (Bale et al, 1995) e a Waterlow Risk Assessment Tool (Waterlow, 2005). Várias ferramentas de avaliação de risco de DAI foram publicadas - uma incorporada a uma ferramenta de classificação da DAI (Nix, 2002) e outra, mais recente, desenvolvida para prever o risco de DAI no paciente em terapia intensiva (Wei et al, 2019). No entanto, essas ferramentas de avaliação de risco de DAI não são amplamente utilizadas na prática clínica.

A avaliação de risco é o primeiro passo crítico na prevenção de lesões na pele e informa o desenvolvimento de planos de cuidados individualizados para a prevenção de lesões na pele. A avaliação da pele envolve observação direta e exame de sinais e sintomas de alteração ou lesão e é um componente integrante da avaliação de risco.

Por que é importante diferenciar entre PI e IAD?

Classificação imprecisa da pele pélvica

Caixa 2: Elementos de uma avaliação estruturada da pele (Carville, 2017; Zuklowski, 2018).

- Cor de pele
- Temperatura da pele
- Eritema (palpável ou não palpável)
- Edema ou turgor
- Umidade
- Lesões
- Quebras na integridade da pele ou presença de feridas
- Erupção cutânea
- Secura
- Dor

Lesões podem resultar na implementação de estratégias inadequadas de prevenção e manejo. Isso pode resultar em resultados ruins para o paciente e expô-los a outras complicações. Lesões pélvicas classificadas incorretamente também podem levar ao uso subótimo de recursos de saúde, dados imprecisos que informam atividades de melhoria de qualidade e benchmarking e o potencial de perda financeira associada ao desenvolvimento de complicações adquiridas em hospitais (Independent Hospital Pricing Authority, 2018).

A avaliação e a classificação precisa de PI e IAD são complexas. O PI e o IAD geralmente coexistem e podem ser co-localizados.

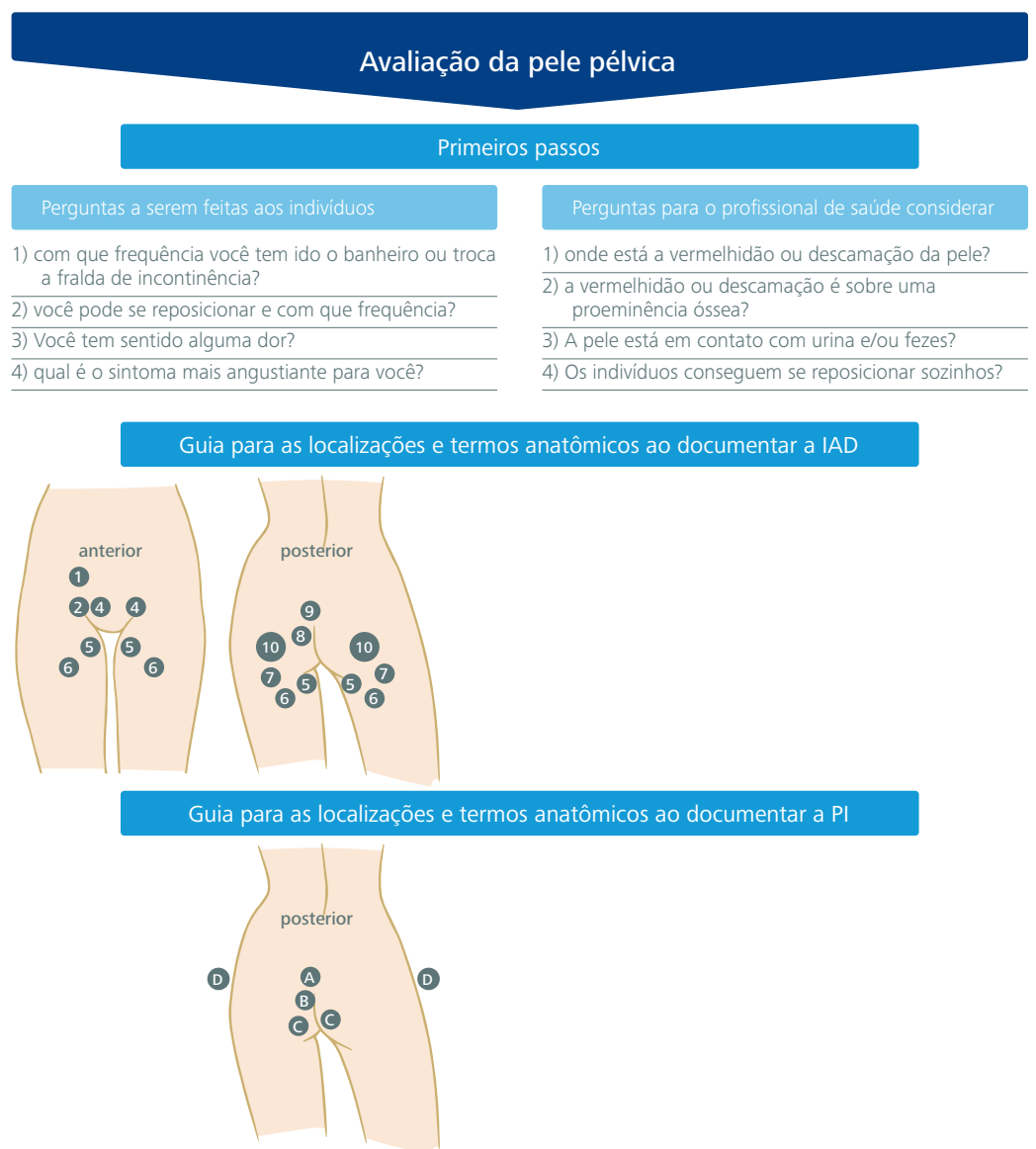
A DAI pode frequentemente ser mal classificada como IP de estágio 1 ou 2 ou suspeita de lesão tecidual profunda (Beeckman et al, 2007; Doughty et al, 2012; Beeckman, 2015; Francis, 2018). Também pode ser confundida com outras condições da pele, como dermatite de contato, infecções como herpes simplex ou intertrigo, uma lágrima na pele ou lesão cutânea médica relacionada ao adesivo (Beeckman, 2015; EPUAP et al, 2019).

Um estudo recente do hospital australiano encontrou imprecisões no diagnóstico, classificação e notificação de IP, com mais da metade (69,7%) dos indivíduos com uma condição de pele relatada como HAPI (Barakat-Johnson et al, 2018b).

Classificação de IP e IAD

Os IPs são classificados de acordo com a profundidade da perda de tecido e a identificação visual e palpatória do tecido, usando um sistema de classificação acordado internacionalmente (EPUAP et al, 2019). As categorias ou estágios incluem 1 a 4, IP instável e suspeita de lesão tecidual profunda. O sistema de classificação não deve ser usado para descrever lesões na pele, queimaduras, dermatite perineal, maceração ou escoriação (EPUAP et al, 2019).

Figura 1. Ferramenta de avaliação da pele pélvica ao lado da cama.



Tudo bem ver vermelhidão ou descoloração da pele?

Não

Nunca é bom ver vermelhidão ou descoloração. Se o indivíduo apresentar vermelhidão ou descoloração persistente, faça essas perguntas diferenciais sobre o diagnóstico. Observe, no entanto, que alguns pacientes podem ter PI e IAD, portanto, pode ser necessário tratar ambos

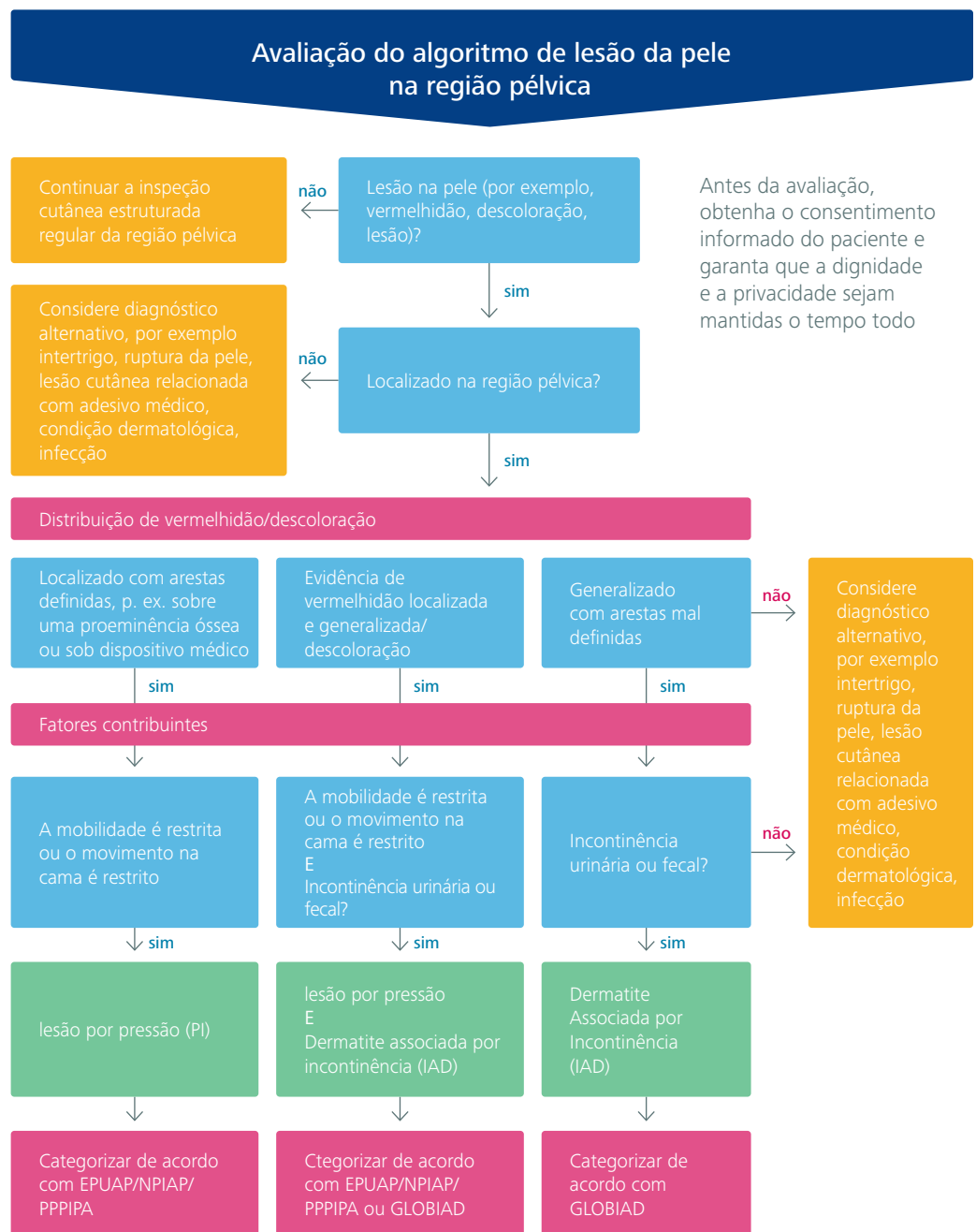
Os autores defendem o uso da ferramenta GLOBIAD [Tabela 2] para categorizar

IAD (Beeckman et al, 2017). Essa ferramenta foi desenvolvida por 34 especialistas de 13 países, usando um processo Delphi de três etapas. Ele categoriza a gravidade da DAI com base na inspeção visual das áreas afetadas da pele e na avaliação dos sintomas e avalia vermelhidão persistente, perda de pele e sinais clínicos de infecção (Beeckman et al, 2018). A discussão da avaliação de riscos e da pele em locais anatômicos que não sejam a região pélvica está além do escopo deste artigo.

Como diferenciar entre PI e IAD

O processo de diferenciação entre PI e IAD é uma tarefa clínica complexa, mas é de importância crítica para garantir que estratégias de gerenciamento apropriadas sejam implementadas. A diferenciação precisa começa com uma avaliação holística do paciente e uma avaliação de risco. Ao diferenciar IP de DAI, é importante entender os fatores etiológicos e a apresentação clínica de cada lesão cutânea [Tabela 1]. A interação complexa de fatores de risco para essas duas lesões na pele significa que nem sempre é possível obter uma diferenciação precisa e

Figura 2. Avaliação do fluxograma da lesão na pele da região pélvica (Beekman et al 2017; EPUAP et al 2019).



Nota: a vermelhidão é o principal sinal cutâneo de PI ou IAD, no entanto, em indivíduos com cor de pele mais escura, pode aparecer como descoloração. Os indivíduos podem apresentar eritema não-branqueador, ou seja, quando pressionados, a descoloração da pele não desbota.

Categorize e encaminhe lesões cutâneas de acordo com as diretrizes corporais locais

definitiva; um plano de manejo pode precisar ser instigado, com resposta ao tratamento indicando a condição presente (Beekman, 2015). As características distintivas de PI e IAD são descritas na [Tabela 3]. Uma lesão na pele pélvica que se desenvolve na ausência de exposição à urina e / ou fezes não é a DAI e deve ser realizada uma investigação mais aprofundada para determinar a etiologia da lesão (Beekman, 2015). Uma lesão na pele pélvica que se desenvolve quando um paciente é continente não é a DAI (Beekman, 2015).

Envolvendo o paciente

Uma avaliação holística do paciente é um elemento integrante do processo de avaliação. Além dos sintomas de dor ou desconforto associados ao PI ou à DAI, os pacientes também podem experimentar outras sequelas, como odor, infecção, perda de função, medo, vergonha, isolamento ou impacto no bem-estar. Incluir a experiência do paciente com dor ou outros sintomas, prioridades, preocupações e perguntas é fundamental para a avaliação e o planejamento contínuo dos cuidados (Dowsett et al, 2015;

Tabela 1. Definições para termos de avaliação da pele pélvica e etiologias da ferida.

Termo	Descrição
Avaliação da pele	Uma inspeção regular e sistemática da pele do paciente (da cabeça aos pés) para identificar a pele normal e alterações que podem indicar sinais precoces de lesão (Edsberg et al., 2016; Carville, 2017). A avaliação da pele também inclui os sintomas da avaliação, principalmente dor, coceira e queimação (Beeckman, 2015).
Avaliação da pele pélvica	Uma inspeção regular e sistemática da pele do paciente na região pélvica para identificar alterações e alterações da pele normal, bem como sintomas como prurido e queimação da dor que podem indicar sinais precoces de lesão (Edsberg et al, 2016; Carville, 2017).
Avaliação de risco	Um processo regular e sistemático que visa identificar indivíduos em risco de lesão de pele (EPUAP et al, 2019). Há uma variedade de ferramentas de avaliação de risco disponíveis para orientar os médicos na avaliação de risco para PI, incluindo Braden, Norton e Waterlow; no entanto, atualmente, as ferramentas de avaliação de risco não são amplamente utilizadas na prática clínica para DAL.
Lesão por pressão	Dano localizado na pele e / ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionado a um dispositivo ou outro objeto. A lesão ocorre como resultado de pressão intensa ou prolongada, ou pressão em combinação com cisalhamento (EPUAP et al, 2019).
Dermatite associada à incontinência	Um tipo de dermatite de contato irritante (inflamação da pele) encontrada em indivíduos com incontinência fecal e / ou urinária (Beeckman, 2015) com distribuição de lesão consistente com a localização do irritante em contato com a pele.

Tabela 2. Ferramenta de categorização Ghent Global IAD (adaptada de Beeckman et al, 2017).

Categoria 1: Vermelhidão persistente	Category 2: Skin loss
1A: Vermelhidão persistente sem sinais clínicos de infecção Critério crítico: Vermelhidão persistente (podem estar presentes vários tons de vermelhidão; a pele mais escura pode ser mais pálida ou mais escura do que o normal ou o roxo) Critérios adicionais: - Áreas marcadas de descoloração de defeitos anteriores da pele - Aparência brilhante - Maceração - Vesículas e / ou bolhas intactas - Pele tensa / inchada à palpação - Ardor, formigamento, coceira ou dor	2A: Vermelhidão persistente sem sinais clínicos de infecção Critério crítico: perda de pele (pode apresentar-se como erosão, denudação ou escoriação); padrão de dano pode ser difuso Critérios adicionais: - Vermelhidão persistente (podem estar presentes vários tons de vermelhidão; pele mais escura pode ser mais pálida ou mais escura que o normal ou roxo) - Áreas marcadas de descoloração de defeitos anteriores da pele - Aparência brilhante - Maceração - Vesículas e / ou bolhas intactas - Pele tensa / inchada à palpação - Ardor, formigamento, coceira ou dor
1B: Vermelhidão persistente com sinais clínicos de infecção Critérios críticos: - Vermelhidão persistente (vários tons de vermelhidão podem estar presentes; a pele mais escura pode ser mais pálida ou mais escura que o normal ou roxo) - sinais de infecção, por exemplo, escamação branca (sugerindo infecção por fungos); ou lesões por satélite (pústulas ao redor da lesão sugerindo infecção por Candida albicans) Critérios adicionais: - Áreas marcadas de descoloração de defeitos anteriores da pele - Aparência brilhante - Maceração - Vesículas e / ou bolhas intactas - Pele tensa / inchada à palpação - Ardor, formigamento, coceira ou dor	2B: Perda de pele com sinais clínicos de infecção Critérios críticos: - Perda de pele (pode apresentar-se como erosão, denudação ou escoriação); padrão de dano pode ser difuso - sinais de infecção, por exemplo, escamação branca (sugerindo infecção por fungos); ou lesões por satélite (pústulas ao redor da lesão sugerindo infecção por Candida albicans); o leito da ferida contém lama (amarela / marrom / acinzentada), aparência verde (sugerindo infecção por Pseudomonas aeruginosa) ou parece brilhante; ou há níveis excessivos de exsudato ou exsudato purulento Critérios adicionais: - Vermelhidão persistente (vários tons de vermelhidão podem estar presentes; a pele mais escura pode ser mais pálida ou mais escura que o normal ou roxo) - Áreas marcadas de descoloração de defeitos anteriores da pele - Aparência brilhante - Maceração - Vesículas e / ou bolhas intactas - Pele tensa / inchada à palpação - Ardor, formigamento, coceira ou dor

Tabela 3. Diferenças entre lesão associada à incontinência e lesão por pressão (adaptado de Beeckman, 2015).

Parâmetro	Dermatite associada à incontinência	Lesão por pressão
Histórico	Incontinência urinária e / ou fecal	Exposição à pressão / cisalhamento
Sintomas	Dor, ardor, coceira, formigamento.	Dor
Local	Afeta o períneo, área perigenital; nádegas; dobra glútea; aspectos mediais e posteriores das coxas; parte inferior das costas; pode se estender sobre proeminência óssea	Geralmente sobre uma proeminência óssea ou associada à localização de um dispositivo médico
Forma / arestas	A área afetada é difusa com bordas mal definidas; pode ser manchado	Bordas ou margens distintas
Apresentação / profundidade	Pele intacta com eritema (palpável ou não palpável), com / sem perda de pele superficial ou parcial; descamação pode estar presente	A apresentação varia de pele intacta com eritema não branqueado a perda de pele de espessura total; descamação e / ou escara podem estar presentes
Outros	Infeção superficial secundária (por exemplo, candidíase) pode estar presente	Pode haver infecção secundária dos tecidos moles

Lindsay et al, 2017). O paciente pode ter o poder de se tornar um parceiro igual em seu objetivo de avaliação e cuidados por meio de tomada de decisão colaborativa e flexível, divulgação aberta e fornecimento de informações, com o máximo de melhorar os resultados do paciente (Dowsett et al, 2015; Lindsay et al, 2017).

Avaliação em andamento

É necessário um ciclo contínuo de avaliação abrangente para manter a integridade da pele do paciente vulnerável. Esse ciclo é sustentado pelo processo de enfermagem (Ackely e Ladwig, 2014). Inclui avaliação contínua da pele e risco, diagnóstico, planejamento de cuidados, implementação e avaliação dos resultados. Se os resultados não forem alcançados, o plano de assistência deve ser revisado e alterado conforme necessário.

A avaliação da pele em indivíduos em risco de PI deve ocorrer o mais rápido possível após a admissão / transferência para o serviço de saúde (ou primeira visita em ambientes comunitários); deve aumentar a frequência em resposta a qualquer deterioração do estado geral; e deve ocorrer como parte de toda avaliação de risco (EPUAP et al, 2019). Uma avaliação da pele deve ocorrer sempre que a pele é limpa após um episódio de incontinência.

É necessária uma documentação precisa e abrangente dos cuidados como um componente da avaliação e fornece um registro legal e cronológico de riscos, avaliações, progresso clínico e resultados. A documentação garante a continuidade da prestação de cuidados e facilita a capacidade de revisar as metas de atendimento determinadas em um processo colaborativo de tomada de decisão com o paciente, sua família e membros da equipe clínica (Wounds Australia, 2016).

Discussão e conclusão

A avaliação da pele é um componente essencial da manutenção da integridade da pele e da

prevenção de danos a pacientes vulneráveis. É complexo e depende de conhecimento clínico, julgamento clínico e implementação sistemática e detalhada do procedimento. Manter a pele a salvo de lesões requer avaliação contínua dos riscos, planejamento e avaliação dos cuidados. Manter a integridade da pele e prevenir lesões na pele são componentes essenciais em um ciclo complexo e contínuo, dependente do conhecimento e das habilidades clínicas de todos os membros da equipe de saúde. Este artigo apresenta um guia para apoiar os médicos na condução ideal da avaliação da pele na região pélvica.

A avaliação da pele é realizada por uma variedade de profissionais de saúde. A avaliação regular e sistemática da pele é fundamental para a segurança do paciente. É essencial que todos os membros da equipe de saúde tenham o conhecimento e as habilidades necessárias para realizar uma avaliação da pele e que apreciem que esse procedimento seja a base dos melhores resultados para o paciente e a assistência médica.

Reconhecimentos

Os autores agradecem a Belinda Butcher BSc (Hons), MBIostat PhD da WriteSource Medical Pty Ltd, Sydney, Austrália, por fornecer suporte médico / redação médica preparando o esboço do manuscrito, desenvolvendo o primeiro rascunho e coletando e incorporando comentários dos autores. O suporte para redação médica foi financiado por Paul Hartmann Pty Ltd, Sydney, Austrália, de acordo com as diretrizes de Boas Práticas de Publicação (GPP3) (www.ismpp.org/gpp3).

Declaração de interesse

Jill McLean era funcionário da Paul Hartmann Pty Ltd quando este artigo foi escrito, que fabrica produtos para tratamento de feridas e gerenciamento de continência. O grupo de trabalho do estudo foi patrocinado pela Paul Hartmann Pty Ltd.

References

- Ackely B, Ladwig G (2014) *Nursing Diagnosis Handbook*. 10th edn. Elsevier Health Sciences Division
- Arnold-Long M, Johnson E (2019) Epidemiology of incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis (intertrigo) in an acute care facility. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 46(3): 201–6
- Arnold-Long M, Reed L, Dunning K, Yong J (2011) Incontinence-associated dermatitis in long term acute care (LTAC) facility: Findings from a 12 week prospective study. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 38: S7
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2017) *National Safety and Quality Health Service Standards*. 2nd edn. Sydney, NSW: ACSQH
- Bale S, Finlay I, Harding KG (1995) Pressure sore prevention in a hospice. *J Wound Care* 4(10): 465–8
- Barakat-Johnson M, Barnett C, Lai M et al (2018a) Incontinence, incontinence-associated dermatitis, and pressure injuries in a health district in Australia: A mixed-methods study. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 45(4): 349–55
- Barakat-Johnson M, Lai M, Barnett C et al (2018b) Hospital-acquired pressure injuries: Are they accurately reported? A prospective descriptive study in a large tertiary hospital in Australia. *J Tissue Viability* 27(4): 203–10
- Baumgarten M, Margolis D, Van Doorn C et al (2004) Black/White differences in pressure ulcer incidence in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 52(8): 1293–8
- Beeckman D (2015) Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence Associated Dermatitis: Moving Prevention Forward. London: Wounds International. Available at www.woundsinternational.com (accessed 13.01.20)
- Beeckman D, Schoonhoven L, Fletcher J et al (2007) EPUAP classification system for pressure ulcers: European reliability study. *J Adv Nurs* 60(6): 682–91
- Beeckman D, Van Damme N, Schoonhoven L et al (2016) Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 11: CD011627
- Beeckman D, Ven den Bussche K, Alves P et al (2017) The Ghent Global IAD categorisation tool (GLOBIAD). *Skin Integrity Research Group – Ghent University*. Available at: <https://bit.ly/2Gm0Na0> (accessed 25.01.2020)
- Beeckman D, Van den Bussche K, Alves P et al (2018) 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* 178(6): 1331–40
- Beitz JM (2014) Providing quality skin and wound care for the bariatric patient: An overview of clinical challenges. *Ostomy Wound Manage* 60(1): 12–21
- Bergstrom N, Braden BM, Laguzza A, Holman V (1987) The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res* 36(4): 205–10
- Campbell JL, Coyer FM, Osborne SR (2016a) Incontinence-associated dermatitis: A cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting. *Int Wound J* 13(3): 403–11
- Campbell JL, Coyer FM, Osborne SR (2016b) The skin safety model: Reconceptualizing skin vulnerability in older patients. *J Nurs Scholarsh* 48(1): 14–22
- Carville K (2017) *Wound Care Manual*. 7th edn. Perth, WA: Silver Chair Foundation
- Clark M (2010) Skin assessment in dark pigmented skin: A challenge in pressure ulcer prevention. *Nurs Times* 106(30): 16–7
- Clark M, Semplte MJ, Ivins N et al (2017) National audit of pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis in hospitals across Wales: A cross-sectional study. *BMJ Open* 7(8): e015616
- Clinical Excellence Commission (2018) 2017 NSW Pressure Injury Point Prevalence Survey Report. Sydney, NSW: Clinical Excellence Commission. Available at: <https://bit.ly/3a5J7gM> (accessed 13.01.20)
- Deloitte Access Economics and the Continence Foundation of Australia (2011) *The economic impact of incontinence in Australia*. Sydney, NSW: Deloitte Access Economics. Available at: <https://bit.ly/2QO0AT0> (accessed 13.01.20)
- Demarre L, Vergaeghe S, Van Hecke A et al (2015) Factors predicting the development of pressure ulcers in an at-risk population who receive standardized preventive care: Secondary analyses of a multicentre randomised controlled trial. *J Adv Nurs* 71(2): 391–403
- Doughty D, Junkin J, Kurz P et al (2012) Incontinence-associated dermatitis: Consensus statements, evidence-based guidelines for prevention and treatment, and current challenges. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 39(3): 303–15; quiz 316–7
- Dowsett C, Protz K, Drouard M, Harding KG (2015) Triangle of wound assessment made easy. *Wounds International* May: 1–6. Available at www.woundsinternational.com (accessed 13.01.20)
- Dunk AM, Carville K (2016) The international clinical practice guideline for prevention and treatment of pressure ulcers/injuries. *J Adv Nurs* 72(2): 243–4
- Edsberg LE, Black JM, Goldberg M et al (2016) Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 43(6): 585–97
- Ersser SJ, Getliffe K, Voegeli D, Regan S (2005) A critical review of the inter-relationship between skin vulnerability and urinary incontinence and related nursing intervention. *Int J Nurs Stud* 42(7): 823–35
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2019) *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline (3rd edn.)*. Available at: <https://bit.ly/30QW75J> (accessed 24.01.2020)
- Feng H, Wu Y, Su C et al (2018) Skin injury prevalence and incidence in China: A multicentre investigation. *J Wound Care* 27(Suppl 10): S4–S9
- Francis K (2018) Damage control: Differentiating incontinence-associated dermatitis from pressure injury. *Nursing* 48(6): 18–25
- Gray M, Bliss DZ, Doughty DB et al (2007) Incontinence-associated dermatitis: A consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 34(1): 45–54; quiz 55–6
- Gray M, Giulian KK (2017) Incontinence-associated dermatitis and immobility as pressure injury risk factors: A multisite epidemiologic analysis. *J Wound Ostomy Continence Nurs* Nov 14 (epub ahead of print)
- Hahnel E, Blume-Peytavi U, Trojahn C, Kottner J (2017) Associations between skin barrier characteristics, skin conditions and health of aged nursing home residents: a multi-center prevalence and correlational study. *BMC Geriatr* 17(1): 263
- Hibbert PD, Wiles LK, Cameron ID et al (2019) CareTrack Aged: the appropriateness of care delivered to Australians living in residential aged care facilities: a study protocol. *BMJ Open* 9(6): e030988
- Independent Hospital Pricing Authority (2018) *National Efficient Price Determination 2018–19*. Sydney, NSW: IHPA. Available at: <https://bit.ly/2FHMn3X> (accessed 13.01.20)
- Johansen E, Bskken LN, Duvaland E et al (2018) Incontinence-associated dermatitis (IAD): Prevalence and associated factors in 4 hospitals in southeast Norway. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 45(6): 527–31
- Junkin J, Seleko J (2008) Beyond “diaper rash”:

- Incontinence-associated dermatitis: Does it have you seeing red? Nursing 38(11 Suppl): 56hn1-10; quiz 56hn10-1.*
- Kottner J, Blume-Peytavi U, Lohrmann C, Halfens R (2014) Associations between individual characteristics and incontinence-associated dermatitis: A secondary data analysis of a multicentre prevalence study. *Int J Nurs Stud* 51(10): 1373–80
 - Lindsay E, Renyi R, Wilkie P et al (2017) Patient-centred care: A call to action for wound management. *J Wound Care* 26(11): 662–77 Nix DH (2002) Validity and reliability of the Perineal Assessment Tool. *Ostomy Wound Manage* 48(2): 43–6, 48–9
 - Oozageer Gunowa N, Hutchinson M, Brooke J, Jackson D (2018) Pressure injuries in people with darker skin tones: A literature review. *J Clin Nurs* 27(17–18): 3266–75
 - Pearson J (2003) Incidence of Incontinence as a Factor in Admission to Aged Care Homes. Canberra, ACT: Department of Health and Ageing
 - Pieper B, Langemo D, Cuddigan J (2009) Pressure ulcer pain: A systematic literature review and National Pressure Ulcer Advisory Panel white paper. *Ostomy Wound Manage* 55(2): 16–31
 - Spacek A, Dunk AM, Upton D (2018) Exploring the impact of incontinence-associated dermatitis on well being. *Wound Practice & Research* 26(4): 188–96 Steel J, Fonda D (1995) Minimising the cost of urinary incontinence in nursing homes. *Pharmacoeconomics* 7(3): 191–7
 - Tariq G, Hamed J, George B et al (2019) Pressure ulcer prevalence and prevention rates in Abu Dhabi: An update. *J Wound Care* 28(Suppl 4): S4–S11 Waterlow J (2005) Pressure Ulcer Prevention Manual. Available at: www.judy-waterlow.co.uk/thewaterlow-manual.htm (accessed 13.01.20)
 - Wei L, Bao Y, Chai Q et al (2019) Determining risk factors to develop a predictive model of incontinence-associated dermatitis among critically ill patients with fecal incontinence: A prospective, quantitative study. *Wound Manag Prev* 65(4): 24–33
 - Worsley PR, Smith G, Schoonhoven L, Bader DL (2016) Characteristics of patients who are admitted with or acquire pressure ulcers in a district general hospital; a 3 year retrospective analysis. *Nurs Open* 3(3): 152–8 Wounds Australia (2016) Standards for Wound Prevention and Management. 3rd edn. Osborne Park, WA: Wounds Australia. Available at: <https://bit.ly/2FNfCII> (accessed 13.01.20)
 - Zulkowski K (2018) Conducting a comprehensive skin assessment. Presentation. Agency for Healthcare Research and Quality. Available at: <https://bit.ly/2RcM7PF> (accessed 13.01.20)

Escrevendo para a Wounds International

A Wounds International dá boas-vindas a uma variedade de artigos relacionados aos aspectos clínicos, profissionais e educacionais do tratamento de feridas. Se você escreveu um artigo para publicação ou se está interessado em escrever para nós e gostaria de discutir uma ideia para um artigo, envie um e-mail ao editor, Adam Bushby, em: abushby@omniamed.com