

VANTAGENS DO USO DE CREMES BARREIRA VS PELÍCULA POLIMÉRICA, EM DERMATITES DE CONTACTO E LESÕES POR HUMIDADE

ADVANTAGES OF USING BARRIER CREAMS VS POLYMERIC FILMS IN CONTACT DERMATITIS AND MOISTURE LESIONS

VENTAJAS DEL USO DE CREMAS BARRERA VS PELICULAS POLIMERICAS EN DERMATITIS DE CONTACTO Y LESIONES POR HUMEDAD

Autores

Joana Martinho¹, Liliana Faustino², Maria Escada³

¹ Enfermeira Centro Hospitalar do Oeste, ² Enfermeira, Santa Casa da Misericórdia do Bombarral - Unidade de Cuidados Continuados Integrados, ³ Enfermeira, Santa Casa da Misericórdia do Bombarral - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Corresponding author: joanasantosmartinho20@gmail.com

Resumo

Com esta prática baseada na evidência pretende-se determinar as características, as vantagens/desvantagens do uso da película polimérica e cremes barreira realizando uma revisão da literatura com o objetivo de comparar estes dois produtos, tendo em conta o seu custo-efectividade. **Objectivo:** Identificar com base na evidência científica existente, tendo em conta a população seleccionada (> de 18 anos) as vantagens e desvantagens da película polimérica vs cremes barreira na prevenção e tratamento das dermatites de contacto (nomeadamente as irritativas) e lesões por humidade. **Metodologia:** Realizamos uma pesquisa na EBSCO (código S1 e S2) abrangendo todas as bases de dados disponíveis. Foram procurados artigos científicos publicados em texto integral entre 1990 e 2012, usando as seguintes palavras-chave: Código S1 – Barrier cream OR No Sting Barrier Cream AND Skin*; Código S2 – Dermatitis AND Incontinence AND Skin*. Foi utilizada a metodologia de P(I)CO e seleccionados 12 artigos no total. Do primeiro código de pesquisa do total de 158 foram seleccionados 7 artigos e do segundo código de pesquisa do total 76 artigos foram seleccionados 5. **Resultados:** Como resultado de toda esta pesquisa foram identificadas vantagens e desvantagens no uso da película polimérica e dos cremes barreira na prevenção e tratamento de dermatites de contacto (nomeadamente irritativas) e lesões por humidade. **Conclusão:** Com os resultados obtidos elaboramos uma tabela de dupla coluna com as vantagens e desvantagens do uso dos diferentes produtos tendo por base a mais recente evidência científica.

Palavras-chave: Cremes barreira, película polimérica, dermatites, incontinência, pele.

Abstract

This practice based on evidence is intended to determine characteristics, advantages/ disadvantages of the use of the polymeric film and barrier creams performing a review of the literature in order to compare these two products taking into account their cost-effectiveness. **Objective:** Taking into account the selected population (>18 years) we pretend to identify the advantages and disadvantages of the polymeric barrier film vs barrier creams taking into account the prevention and treatment of contact dermatitis (including irritative) and lesions by moisture, based on scientific evidence. **Methods:** We conducted a search in EBSCO (code S1 and S2) covering all available databases. Were searched for articles published in full text from 1990 to 2012, using the following keywords: S1 Code- Barrier Cream OR No Sting Barrier Cream AND Skin *; S2 Code – Dermatitis AND Incontinence AND Skin*. The methodology used was P(I)CO. Were selected 12 articles in total. The first search code of the total of 158 articles were selected 7 and from the second search code of the total of 76 articles were selected 5. **Results:** As a result of all this research were identified advantages and disadvantages of the use of the polymeric film and barrier creams for prevention and treatment of contact dermatitis (including irritative) and lesions by moisture. **Conclusion:** Based on these results we developed a dual column table with the advantages and disadvantages of using different products based on the latest scientific evidence.

Keywords: Barrier Cream, polymeric film, Dermatitis, Incontinence, Skin.

Introdução/ Justificação da Problemática

No âmbito da pós-graduação em Gestão de Feridas Complexas: Uma Abordagem de Boas Práticas elaborámos uma revisão sistemática da literatura tendo como intuito dar resposta à seguinte pergunta P(I)CO: (O) Quais as vantagens (C) do uso de cremes barreira vs película polimérica na prevenção e tratamento das dermatites de contacto e lesões por humidade (P) em indivíduos com idade superior a 18 anos?

A prevenção de lesões na pele constitui um dos pilares da prestação de cuidados de enfermagem e é por isso um desafio para todos os profissionais de saúde na sua prática diária. A taxa de incidência de lesões ao nível da pele é um indicador bastante sensível acerca dos cuidados de enfermagem prestados.

A estrutura e funções da pele sofrem várias alterações fruto do envelhecimento (Fernández et al, 2006). As lesões cutâneas, nomeadamente as feridas crónicas são uma das causas de morbilidade e mortalidade e de consideráveis custos económicos e sociais nos cuidados de saúde (Guest, 2011). As dermatites de contacto apesar de serem situações geralmente agudas podem trazer várias complicações e aumentar a dependência dos indivíduos.

A dermatite consiste num processo inflamatório que é caracterizada pelo aparecimento de eritema, vesículas e, numa fase crónica ou eritema em regressão a pele torna-se descamativa, habitualmente acompanhado de prurido. Segundo Venes (2010a), a inflamação da pele pode ser causada por várias condições, incluindo o contacto com irritantes da pele, estase venosa, edema entre outras. A dermatite

de contacto pode ser classificada em irritativas ou alérgicas.

As dermatites de contacto irritativas constituem um processo inflamatório causado pelo dano da matriz água-lípido-proteína da pele devido ao contacto prolongado com a substância irritativa. Dependendo da fase e do tipo de lesão da dermatite pode-se observar edema, eritema, vesículas, erosão cutânea, exsudação, crostas, descamação e prurido (Zulkowski, 2008).

As lesões por humidade aparecem comumente sob a forma de dermatite de contacto irritativa na região perineal, porção proximal da coxa e nádegas associada a situações de incontinência (Driver, 2007). A prevalência das dermatites associadas a situações de incontinência está aproximadamente entre 5% e 41% (Gray, 2010). Um estudo de Jurkin e Selekof (2007 citado por Gray, 2010) em dois hospitais dos EUA e com uma amostra de 607 indivíduos mostra uma prevalência de 8% (19,7% dos quais com incontinência).

Os sintomas das dermatites de contacto provocadas pela humidade passam pela sensação de ardor e prurido. As lesões podem ser superficiais, irregulares com os bordos difusos e dispersas ou então pode aparecer sob a forma linear limitada ao sulco anal (Jurkin e Selekof, 2008). Para que se possa afirmar que a causa de uma lesão é a humidade este mesmo factor tem que estar presente, como por exemplo a existência de urina, fezes ou suor.

A dermatite de contacto irritativa é muitas vezes diagnosticada sem firmes critérios ou quando os testes

epicutâneos para dermatite de contacto alérgica são negativos.

A dermatite alérgica, segundo Bourke e Coulson (2009), envolve a activação do sistema imunitário através do contacto com uma substância alergénica específica. Um dos passos para o tratamento da dermatite passa inicialmente pela realização de anamnese, incluindo muitas das vezes também visitas ao domicílio, ao local de trabalho ou de qualquer elemento de lazer ocupacional a fim de determinar o possível factor alergénico. É possível isolar e confirmar o factor alergénico através dos testes epicutâneos. Apesar das dermatites alérgicas serem comuns, na pesquisa elaborada constatou-se que são muitas vezes associadas a situações do foro ocupacional.

A prevenção das dermatites de contacto é um aspeto muito importante no cuidado à pele tendo como objetivos minimizar o agravamento de lesões já existentes e o aumento da sua incidência. A prevenção passa por várias intervenções, nomeadamente, uma adequada limpeza e secagem da pele, o uso do apósito mais adequado em caso de lesão e a utilização de produtos barreira.

Produtos barreira são aqueles que conferem um revestimento impermeável ao excesso de humidade ou à acção irritativa da urina e fezes. São exemplo de produtos barreira a película polimérica e as preparações à base de óxido de zinco, petrolato e dimeticone.

As preparações à base de óxido zinco e petrolato são os produtos barreira mais comumente utilizados devido à sua

acessibilidade, resistência e custo (Fernández et al, 2006).

A película polimérica é constituída por diferentes componentes cuja fórmula varia de laboratório para laboratório, mas de uma forma geral contém polímeros de acrilato.

Os cremes barreira por si só são de valor questionável na protecção contra o contacto com agentes irritantes, apesar de alguns autores como Venes (2010b) consistirem um produto de aplicação tópica que permite limitar ou evitar o contacto com irritantes, alérgenos, parasitas ou toxinas.

No caso específico das dermatites alérgicas (Bourke e Coulson, 2009) o tratamento de eleição passa pela utilização de corticóides tópicos e afastamento do elemento que causa alergia.

Os cuidados à pele são muito valorizados pela indústria cosmética, mas o mesmo não é tão evidente no âmbito da prestação de cuidados de saúde. Os cuidados são muitas vezes práticas ritualistas e pouco baseados em evidências (Voegeli, 2007 citado por Voegeli, 2010). Torna-se imprescindível escolher o melhor produto barreira de prevenção e concomitantemente de tratamento para evitar complicações graves como a ulceração. A escolha do produto barreira mais adequado deve cada vez mais ter em conta os custos e benefícios em saúde, avaliados a longo prazo (Guest, 2011).

Metodologia

O motor de busca consultado foi a EBSCO, sendo que foram recrutadas todas as bases de

Critérios de Selecção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
	Pessoas com idade superior a 18 anos	Artigos que falem exclusivamente de pessoas com idade inferior a 18 anos
Participantes	Pessoas que apresentem dermatites de contacto ou lesões por humidade	Artigos que relatem a presença de outros tipos de dermatites ou lesões
	Pessoas inseridas no contexto dos cuidados de saúde	Artigos que relatem situações do âmbito ocupacional, cosmética e lazer
Intervenções	Artigos que relatem o uso de cremes barreira e/ou película polimérica como intervenção	Artigos que relatem o uso de outro tipo de medidas interventivas
Desenho	Todo o tipo de artigos publicados desde 1990	Todos os resultados da pesquisa que não apresentem o tipo de estudos dos critérios de inclusão

Quadro I - Critérios de inclusão/exclusão da amostra

dados disponível para a pesquisa em causa. Foram procurados artigos científicos publicados em Texto Integral (21/09/2012), entre 1990 e 2012. Os descritores (palavras-chave) utilizados foram repartidos em dois códigos de pesquisa (S1 e S2) de forma a ampliar e conseguir o maior número de artigos. Assim, em S1 os descritores seleccionados foram: Barrier Cream (Full Text) OR No Sting Barrier Film (Full Text) AND Skin* (Full Text). Obteve-se um total de

158 artigos, dos quais foram seleccionados apenas 7 através de um conjunto de critérios de inclusão e exclusão descritos no Quadro I. No código S2 os descritores seleccionados foram: Dermatitis (Full Text) AND Incontinence (Full Text) AND Skin* (Full Text). O número total de artigos obtidos foi de 76, dos quais apenas foram seleccionados 5 com base nos mesmos critérios já referidos. Obtivemos no final um corpus de análise composto por 12 artigos.

O intervalo temporal de pesquisa foi definido com base na informação de que a película polimérica surgiu no mercado na década de 90 (Schuren, Becker e Sibbald, 2005).

Análise de Dados

No artigo, ***3M Cavilon no sting barrier film in the protection of vulnerable skin***” (Clare Williams, 1998) com um nível de evidência V, a autora conclui que a película polimérica não causa ardor nem dor quando não tem componente alcoólica. A durabilidade da película polimérica é superior aos restantes produtos barreira americanos. Para além disso, não altera os produtos de incontinência (fraldas, etc), nem interfere com a adesividade de apósitos ao contrário dos produtos há base de petrolato. A película polimérica é transparente e fácil de aplicar, não deixando resíduos. Os resultados justificam o custo/benefício.

No artigo, ***A liquid film forming acrylate for peri-wound protection: a systematic review and meta analysis (3M™ Cavilon™ no sting barrier film)***” (J. Schuren, A. Becker, R. Gary Sibbald, 2005) nível de evidência I, pode concluir-se que a película polimérica é um produto barreira seguro e efectivo na protecção da pele perilesional das feridas crónicas. Não foram encontradas diferenças entre as propriedades dos diferentes métodos barreira. Comparada com a ausência de tratamento ou o uso de placebo, a película polimérica tem um significativo contributo.

No terceiro artigo analisado, ***“A practice based evaluation of a liquid barrier film”*** (Nicola Harding, 2002) nível de evidência IV, pode

constatar-se que o uso da película polimérica teve uma avaliação positiva em vários aspectos. Foi eficaz na prevenção e tratamento da pele. Promoveu o conforto em utentes em situação de doença terminal.

No quarto artigo analisado, ***“A comparison of cost and efficacy of three incontinence skin barrier products”*** (Zehrer, C L, Lutz, J B, Hedblom, E , Ding, L, 2004) nível de evidência III, os autores chegaram à conclusão que o uso da película polimérica é uma alternativa aceitável em relação aos cremes barreira tendo em conta o custo-efectividade na prevenção de dermatites de contacto irritativas devido a incontinência.

No quinto artigo analisado, ***“Clinical and economic evidence supporting a transparent barrier film dressing in incontinence-associated dermatitis and periwound skin protection”*** (J.F. Guest, M.J. Greener, K Vowden, P. Vowden, 2011) nível de evidência I, pode constatar-se que a película polimérica é descrita como tendo semelhante eficácia aos produtos com petrolato e óxido de zinco. No entanto, tem maior custo-efectividade em situações de dermatite por incontinência e maceração da pele perilesional das feridas. Os cremes tradicionais apesar de mais acessíveis, a longo prazo acarretam mais custos para as instituições.

No sexto artigo analisado, ***“3M Cavilon Durable Barrier Cream in skin problem management”*** (Clare Williams, 2001) nível de evidência V, pode verificar-se que os cremes barreira com dimeticone e terpolímero de acrilato demonstrou ser eficaz na gestão da humidade da pele e na protecção da pele dos

idosos. Para além disso é hidratante, com maior durabilidade e não interage com fraldas ou com a adesividade de apósitos.

No sétimo artigo analisado, "**Incontinence associated dermatitis: protecting the older person**" (Pauline Beldon, 2012) nível de evidência IV, recorrendo a estudos de caso o autor comprovou que associado a uma adequada limpeza da pele e aplicação de creme barreira consegue-se restabelecer a integridade da pele lesada. O creme com dimeticone apresentado tem maior durabilidade, necessitando de menos aplicações.

No oitavo artigo analisado, "**Barriers creams for skin breakdown**" (Debbie Fliynn e Sally Williams, 2011) nível de evidência IV, o autor constatou que a aplicação do produto de limpeza e do creme barreira com dimeticone mostrou-se eficaz no tratamento das dermatites por incontinência. O creme apresenta uma bioadesividade que lhe permite ter maior durabilidade.

No nono artigo analisado, "**Prevention and treatment of incontinence –associated dermatitis: literature review**" (D. Beeckman, L. Schoonhoven, S. Verhaeghe, A. Heyneman e T. Defloor, 2009) nível de evidência I, pode verificar-se que a existência de programas estruturados de cuidados à pele perineal reduz a incidência de dermatites por incontinência. Recomendam que esses protocolos incluam a utilização de vários produtos. Evidenciam a necessidade de desenvolvimento de instrumentos mais objetivos de avaliação das dermatites por incontinência e de uma análise

mais rigorosa dos custos totais das intervenções.

No décimo artigo analisado, "**Effectiveness of topical skin care provided in aged care facilities**" (B. Hodgkinson e R. Nay, 2005) nível de evidência I, verificou-se que na prevenção e tratamento das dermatites por incontinência um creme à base de óxido de zinco com propriedades antissépticas mostrou-se mais efetivo na redução do eritema do que um outro creme com o tradicional óxido de zinco. A existência ou não de um plano estruturado na prevenção das dermatites por incontinência não foi conclusiva em termos de efetividade.

No décimo primeiro artigo analisado, "**Perineal Dermatitis in Critical Care Patients**" (Donna S. Driver, RN, CS, CWOCN, 2007) nível de evidência IV, os autores constataram que o uso de toalhetes de limpeza da pele dimeticone na sua constituição mostrou-se mais eficaz e com maior adesão por parte dos participantes. A aplicação do creme com óxido de zinco foi inconsistente devido a algumas desvantagens como a dificuldade na remoção dos resíduos.

No décimo segundo artigo analisado, "**The use of honey in incontinence associated dermatitis**" (Alison Bardsley, 2008) nível de evidência V, verificou-se que uma boa prática nos cuidados à pele exige o uso de vários produtos, nomeadamente produtos que protejam a pele da humidade e infeção. Tendo em conta o atual aumento da resistência à antibioterapia, o uso de cremes barreira com mel representa uma opção efetiva na prevenção

e tratamento das lesões da pele e na prevenção de possíveis infeções.

Discussão

Os artigos seleccionados contribuíram para dar resposta, de um modo adequado, à nossa pergunta P(I)CO, uma vez que todos eles abordam aspectos essenciais da prevenção e tratamento de dermatites e lesões por humidade.

É consensual de que a primeira linha de cuidados deve ser sempre a prevenção de situações de lesão visto que, com a existência de lesão há um aumento dos custos de saúde, bem como um aumento das horas de cuidados de enfermagem.

Com a análise dos artigos seleccionados foi possível verificar que existe um conjunto de intervenções de enfermagem interligadas que contribuem para a prevenção e tratamento das dermatites. Verificou-se que, em pelo menos dois artigos, a criação de programas estruturados de intervenção nas dermatites por incontinência é referida como uma medida base (Beeckman *et al*, 2009 e Hodgkinson e Nay, 2005). Segundo Beeckman *et al* (2009), estes programas contemplam a aplicação de vários produtos com funções complementares. A higiene da pele com produtos de limpeza que não alterem o pH deve ser preferencial ao uso do tradicional “sabão”. Após isto, deve aplicar-se um hidratante/emoliente que pode estar associado a um dos outros produtos. E por fim, nos utentes considerados em risco de desenvolver uma dermatite por incontinência recomenda-se um agente que tenha a função de

protecção, que pode ser um creme barreira ou a película polimérica. Na literatura consultada a maioria dos cremes barreira continha como substância ativa o óxido zinco, dimeticone ou petrolato. O uso de fraldas/ absorventes de incontinência com maior capacidade de absorção e de afastar a humidade do contacto com a pele é também descrito como uma medida adjuvante.

Um dos artigos analisado reforça ainda a importância de uma correcta avaliação da pele lesada, de forma a distinguir dermatites de contacto ou lesões por humidade de úlceras de pressão. Esta medida é essencial para melhor direccionar as intervenções e os cuidados à pele (Beeckman *et al*, 2009).

Essencialmente todos os autores tentam encontrar dados sobre o custo-efetividade dos diferentes produtos barreira embora haja limitações relacionadas com a dimensão e composição da amostra e a adesão dos profissionais que participam nos estudos.

Dois artigos que revelam estudos comparativos afirmam não encontrar diferenças significativas entre as propriedades protetoras da película polimérica e outros métodos tradicionais como alguns cremes barreira, em termos de eficácia clínica (Guest *et al*, 2011 e Harding, 2002). No entanto, algumas publicações referem a película polimérica como mais eficaz clinicamente que os produtos a base de petrolato ou óxido de zinco (Beeckman *et al*, 2009 e Zehrer *et al*, 2004). O maior custo-efetividade da película polimérica, atendendo às suas características mais vantajosas é referido praticamente em todos os estudos comparativos encontrados. Vários são os artigos que comprovam com

valores monetários o maior custo-efetividade da película polimérica face aos outros cremes. Zehrer *et al* (2004) refere no seu artigo que a aplicação de película polimérica quer seja uma vez por dia ou três vezes por semana é mais económica do que a aplicação de cremes barreira à base de petrolato usados diariamente. Neste contexto, o custo anual do uso do creme barreira referido é de \$38.325, enquanto o da película polimérica é de \$16.425 se aplicado diariamente ou de \$7.118 se for três vezes por semana. O artigo de Guest *et al* (2011) apresenta em termos económicos, conclusões semelhantes.

As propriedades da utilização da película polimérica são várias, pois para além de benefícios económicos, permite maior conforto e menor dispêndio de tempo na sua utilização. A menor frequência de aplicações durante um tratamento está diretamente ligada à sua maior resistência (Harding, 2002; Schuren, Becker e Sibbald, 2005 e Williams, 1998). O facto de ser transparente e permitir a monitorização contínua da área lesada facilita a prestação de cuidados (Schuren, Becker e Sibbald, 2005 e Williams, 1998). Por outro lado, alguns cremes barreira apresentam limitações quanto à sua cor, consistência e facilidade de remoção que por vezes dificulta a prestação dos cuidados à pele e diminui a aceitação ao produto (Driver, 2007; Guest *et al*, 2011 e Schuren, Becker e Sibbald, 2005). Alguns autores referem ainda a interacção dos cremes barreira com a absorção de fraldas e adesividade de apósitos ao contrário da película polimérica (Schuren, Becker e Sibbald, 2005 e Williams, 1998).

É descrita, pelo menos em três artigos, a aplicação de cremes barreira que apresentam

ingredientes à base de silicone, como o dimeticone. São cremes que possuem propriedades mais vantajosas na sua aplicação. Os cremes são mais fáceis de aplicar e apresentam maior durabilidade, tal como estimulam a hidratação da pele (Beldon, 2012; Flynn e Williams, 2011 e Williams, 2001). Num destes artigos é descrito um creme com dimeticone e terpolimero de acrilato que não interfere com a absorção das fraldas e que permite aplicar adesivos (Williams, 2001).

O artigo de Driver (2007) documenta o uso de uma nova estratégia de mercado que contempla um produto de limpeza da pele com creme barreira incorporado. O produto surge sob a forma de toalhetes com 3% de dimeticone. Mostrando-se eficaz clinicamente e para além disso aumenta a adesão por parte dos cuidadores por ser também uma estratégia combinada.

Dois estudos sugerem a aplicação de um creme com óxido de zinco e propriedades antissépticas como mais eficaz que o óxido de zinco tradicional (Beeckman *et al*, 2009 e Hodgkinson e Nay, 2005). Apesar do primeiro não ser comercializado em Portugal parece ser uma sugestão que vai responder preventivamente ou como tratamento de possíveis infeções secundárias, muitas vezes responsáveis por situações de moderada/grave severidade das lesões. O uso do creme barreira com mel para além da função protectora tem também uma função antibacteriana que permite contornar o problema da resistência aos antibióticos, bem como antifúngica. A sua elevada viscosidade hidrata a pele e promove a acidificação do pH da pele (Bardsley, 2008).

CONCLUSÃO

As dermatites de contacto, nomeadamente as provocadas por incontinência, são um problema frequente principalmente na população idosa, diminuindo a sua qualidade de vida e acarretando custos às instituições de saúde.

Cada vez mais as instituições e os profissionais de saúde devem investir na prevenção através da criação de programas estruturados de prevenção, intervenção e de diagnóstico das situações de dermatite. Estes programas devem incluir o uso de um produto de limpeza que não altere o pH da pele, um emoliente e um produto barreira, não esquecendo os cuidados na secagem da pele e a escolha das fraldas/absorventes de incontinência. Os produtos barreira devem, cada vez mais, ter um maior custo-efetividade e trazer vantagens a quem aplica e a quem é alvo dos cuidados.

A facilidade na aplicação e remoção do produto, a diminuição da frequência de aplicações e o conforto são os aspetos que mais refletem o custo-efetividade. A adesão à aplicação do produto é essencial para a eficácia clínica. O uso na prevenção da pele em risco de um produto de limpeza com creme barreira incorporado pode aumentar essa adesão.

A película polimérica apresenta várias vantagens decorrentes das suas propriedades. Os cremes barreira mais recentemente desenvolvidos tentam aproximar-se destas propriedades em termos de durabilidade e facilidade de aplicação, como é o caso dos cremes com dimeticone e polímeros de acrilato. A adição de substâncias antissépticas ou de mel

aos cremes barreira tradicionais pode ser vantajoso na prevenção e tratamento de situações infecciosas.

Em suma, pensamos ser pertinente a recolha de mais dados sobre o custo-efetividade dos produtos barreira em Portugal, nomeadamente os gastos monetários com os cuidados e a incidência e prevalência de dermatites de contacto, nomeadamente as decorrentes da incontinência. Os custos económicos deveriam incluir não só os gastos em produtos e material, mas também as horas de prestação de cuidados e a qualidade de vida dos utentes.

Uma das limitações do nosso trabalho é a não existência de estudos comparativos entre o uso da película polimérica e os cremes mais recentes com dimeticone, não deixando de ser uma sugestão para futuros estudos.

De forma a sistematizar as vantagens e desvantagens da película polimérica e dos cremes barreira acima referidos esquematizámos os dados nos quadros que se seguem (Quadro II e III).

	Vantagens	Desvantagens
Película Polimérica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conforto^{10,12,14} ✓ Não causa dor^{10,12,14} ✓ Não é irritante para a pele¹⁴ ✓ Maior resistência às lavagens¹⁴ ✓ Maior durabilidade¹⁴ ✓ Fácil aplicação^{12,14} ✓ Não interfere com absorção das fraldas/absorventes de incontinência¹⁴ ✓ Fácil na remoção – não deixa resíduos na pele^{12,14} ✓ Transparente – permite observação da pele lesada^{12,14} ✓ Diminui tempo de Enfermagem na prestação de cuidados^{9,12} ✓ Maior custo-efetividade^{2,9,12,16} 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Algumas marcas de película polimérica contêm base alcoólica que provoca ardor e dor na aplicação.¹⁴

Quadro II: Quadro resumo das vantagens e desvantagens da película polimérica.

		Vantagens	Desvantagens
Cremes Barreira	"Tradicionais"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comumente utilizados⁹ ✓ Acessibilidade⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interfere com absorção das fraldas/absorventes de incontinência^{14,15} ✓ Dificuldade na remoção dos resíduos^{5,12} ✓ Alguns cremes à base de óxido de zinco podem conter substâncias irritantes¹² ✓ Dificultam a observação da pele^{9,12} ✓ Interfere com apósitos (adesividade e absorção)¹² ✓ Podem interferir com metais pesados (prata)¹² ✓ Diminuição da adesão à sua aplicação⁵
	Com Dimeticone (polímeros de acrilato)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilidade de aplicação^{3,15} ✓ Maior durabilidade^{3,7,15} ✓ Hidratante¹⁵ ✓ Algumas marcas – não interferência com absorção das fraldas e adesivos¹⁵ 	
	Com Propriedades antissépticas ou mel	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prevenção e tratamento de infecções secundárias às dermatites^{1,2,11} 	

Quadro III: Quadro resumo das vantagens e desvantagens dos cremes barreira.

Referências Bibliográficas

1. Bardsley, A. (2008). The use of honey in incontinence associated dermatitis. *Continence UK*, Vol.2, N.º 4.
2. Beeckman, D., Schoonhoven, L., Verhaeghe, S., Heyneman, A., & Defloor, T. (2009). Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(6), 1141-1154.
3. Beldon, P. (2012). Incontinence-associated dermatitis: protecting the older person. *British Journal Of Nursing*, 21(7), 402-407.
4. Bourke J, Coulson I, English J. (2009). Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. *Brit J Dermatol*.
5. Driver, D. S. (2007). Perineal Dermatitis in Critical Care Patients. *Critical Care Nurse*, 27(4), 42-46.
6. Fernández, F, & [et al] (2006). Incontinencia y Úlceras por Presión: Documento Técnico. GNEAUPP n.º 10. Madrid: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, 28p. ISBN-10: 84-690-0926-5.
7. Flynn, D., Williams, S. (2011). Barrier creams for skin breakdown. *Nursing & Residential Care*, 13(11), 553.
8. Gray, M. (2010). Optimal management of incontinence-associated dermatitis in the elderly. *American Journal Of Clinical Dermatology*, 11(3), 201-210.
9. Guest, J., Greener, M., Vowden, K., & Vowden, P. (2011). Clinical and economic evidence supporting a transparent barrier film dressing in incontinence-associated dermatitis and peri-wound skin protection. *Journal Of Wound Care*, 20(2), 76-84.
10. Harding, N. (2002). A practice-based evaluation of a liquid barrier film. *International Journal Of Palliative Nursing*, 8(5), 233.
11. Hodgkinson, B., & Nay, R. (2005). Effectiveness of topical skin care provided in aged care facilities. *International Journal Of Evidence-Based Healthcare*, 3(4), 65-101.
12. Santos, V., Santos, A., Menoita, E. (2012) Healing of complex wounds: Results of the application of a complex of Hyaluronic acid and iodine. *Journal of Aging & Innovation*, 1 (5): 69-88
13. Santos, V., et al., (2012) Identification and treatment of infection on complex wounds. *Journal of Aging & Innovation*, 1 (2): 48-64

14. Santos, V., et al.,(2012) Wound Healing: Stagnant/Chronic Wounds Particularity. Journal of Aging & Innovation, 2012; 1 (2): 32-39
15. Schuren, J., Becker, A., Gary Sibbald, R. (2005). A liquid film-forming acrylate for peri-wound protection: a systematic review and meta-analysis (3M Cavilon no-sting barrier film). International Wound Journal, 2(3), 230-238.
16. Venes D, (2010a) Dermatitis. Taber's Cyclopedic Medical Dictionary, 21st ed.
17. Williams, C. (1998). 3M Cavilon No Sting Barrier Film in the protection of vulnerable skin. British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing), 7(10), 613-615.
18. Williams, C. (2001). 3M Cavilon Durable Barrier Cream in skin problem management. British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing), 10(7), 469-472.
19. Zehrer, C., Lutz, J., Hedblom, E., Ding, L. (2004). A comparison of cost and efficacy of three incontinence skin barrier products (Structured abstract). Ostomy/Wound Management, 50(12), 51-58.
20. Zulkowsky, K. (2008) Perineal Dermatitis versus Pressure Ulcer: Distinguish Characteristics. Advances in Skin & Wound Care: The Journal for Prevention and Healing. Vol. 21, n. 8. p. 382-388.