

2.- CUIDADOS DE LA PIEL CON BARRERAS DE PROTECCION DEL RECIEN NACIDO A TERMINO Y PREMATURO

“M. A. López Daríes”, Y. Castilla RodríguezJ. L. Rodríguez de Dios B.

A. M. Cebrian Jorge, M^a Jose Riera Torres M. Castaño Cantero

Hospital: Universitario La Fe

Ciudad: Valencia

INTRODUCCIÓN:

La piel del recién nacido (R.N.) prematuro y sus cuidados generales, son causa común de consulta. Conocer su anatomía , fisiología y las alteraciones de su desarrollo, hacen que podamos realizar una correcta valoración y actuación para prevenir y tratar las lesiones cutáneas.

La piel es un órgano destinado a mantener la forma del cuerpo, establecer relaciones sensoriales con el medio ambiente y protegerlo de las agresiones externas. Además es responsable de la homeostasis y la termorregulación.

ESTRUCTURA HISTIOLOGICA DE LA PIEL

La piel está constituida por 3 capas, situadas horizontalmente, de superficie a profundidad i son:

- Epidermis (superficial)
- Dermis
- Hipodermis (profundidad)
- Otras estructuras como pelos, uñas, glándulas, sebáceas, sudoríparas, apocrinas y enzimas.

-La piel es la más extensa y uno de los más importantes órganos de nuestro cuerpo.

Su función principal es de protección

- La unión que existe entre la epidermis y la dermis se llama dermo-epidermal . El área de contacto entre ambas capas las mantienen unidas, si esta unión se debilita o es destruida podrían aparecer: ampollas, quemaduras, lesiones, por fricción o lesiones por exposición a sustancias irritantes.
- El peso de la piel del R.N. es el 13% del total mientras que en un adulto es apenas el 3 %
- El RN a término posee una epidermis bien desarrollada, tiene cubierta parte de su piel en el momento del nacimiento por el vernix caseoso.
- La piel del RN a término desarrolla una barrera cutánea relativamente impermeable que es el “extracto corneo”

BEBE PREMATURO

El RN prematuro posee pocas capas de estrato córneo con lo cual:

- Aumenta la perdida de calor y agua
- Aumenta la absorción de sustancias
- Disminuye cohesión entre dermis y epidermis (hay edema en dermis lo que disminuye el flujo sanguíneo. Aumenta el riesgo por el uso de adhesivos. Aumenta el riesgo de daño y necrosis.

El ph normal de la piel es de 4'5-5.

Al nacimiento es de 6'3.

A los 14 días desciende a 5 .

Este manto acido aseguraría:

- Una cierta capacidad antibacteriana
- Aumenta el riesgo de lesiones
- Aumenta el riesgo infecciones
- Aumenta el riesgo de sensación de dolor , daño térmico y mecánico.

Para prevenir las lesiones de la piel se recomienda :

- Uso de barreras para proteger la piel antes de colocar adhesivos
- Fijaciones fáciles y seguras
- Retirar los adhesivos con agua tibia y muy despacio para evitar la lesión de la epidermis

Aproximadamente a las dos semanas de vida postnatal, independientemente de la edad gestacional la función protectora de la piel de los prematuros madura y es parecida a la del recién nacido a término

| CARACTERISTICAS | ADULTO | RN TÉRMINO | PRETÉRMINO | SIGNIFICADO |
|-----------------|--------|------------|------------|-------------|
|-----------------|--------|------------|------------|-------------|

| | | | | |
|-----------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|
| Grueso de la piel | 2.1mm | 1.2 mm | 0.9 mm | Pérdidas Transepidermias |
| Epidermis | 50 micras | 50 micras | 25 micras | Permeabilidad a agentes tópicos |
| Capa córnea | 9-15 micras > 15 capas | 9-10 micras 15 capas | 5 micras 5 capas | Pérdidas transepidermicas Susceptible a trauma |
| Melanocitos | Producción según piel y zona | Escasa producción de melanina | Pocos melanosomas maduros | Fotosensibilidad |
| Unión dermoepidermica | Estructuras Adhesivas | Rasgos similares al adulto | Menos desmosomas más pequeños | Tendencia a ampollas |
| Glándulas ecrinas | Normal | Control neurológico | Anhidrosis | Respuesta a estrés término |

Diferencias en la piel del adulto y el recién nacido (RN) a término y pretermino

PALABRAS CLAVE:

Integridad de la piel.

JUSTIFICACIÓN:

Cuidados de enfermería basados en las necesidades de los pacientes y técnicas asociadas a dichas patologías.

OBJETIVO:

Mantener la integridad de la piel y prevenir lesiones físicas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Hemos realizado un estudio observacional en la unidad de cuidados intensivos neonatales desde el 21 de marzo al 21 de mayo del 2009.

Tuvimos 50 ingresos y observamos las lesiones que se produjeron en los pacientes portadores de cateter arterial umbilical (CAU), cateter venoso umbilical (CVU), sonda orogástrica (SOG) y CPAP.

Las fijaciones las realizamos con materiales hidrocoloides y láminas de poliuretano.

| VARIANTES | Nº PTES (%) | SIN LESIÓN | CON LESIÓN |
|-----------|-------------|------------|------------|
| CAU | 17 (34%) | 12 (70.5%) | 5 (29.5%) |
| CVU | 43 (86%) | 35 (81.4%) | 8 (18.6%) |
| SOG | 40 (80%) | 33 (82.5%) | 7 (17.5%) |

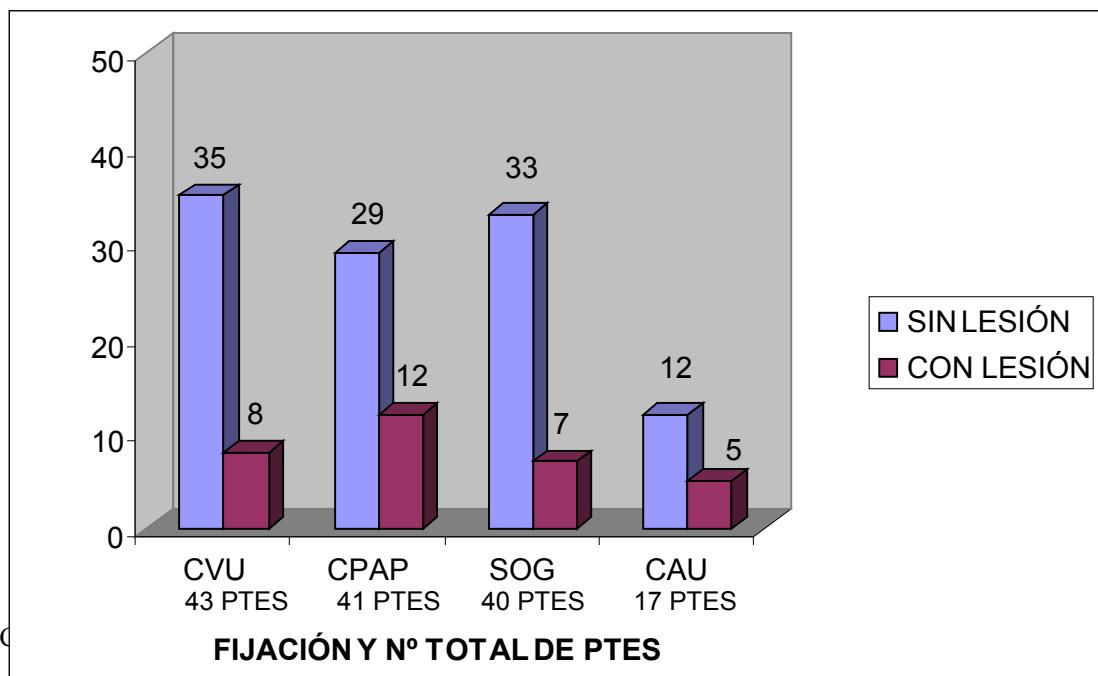
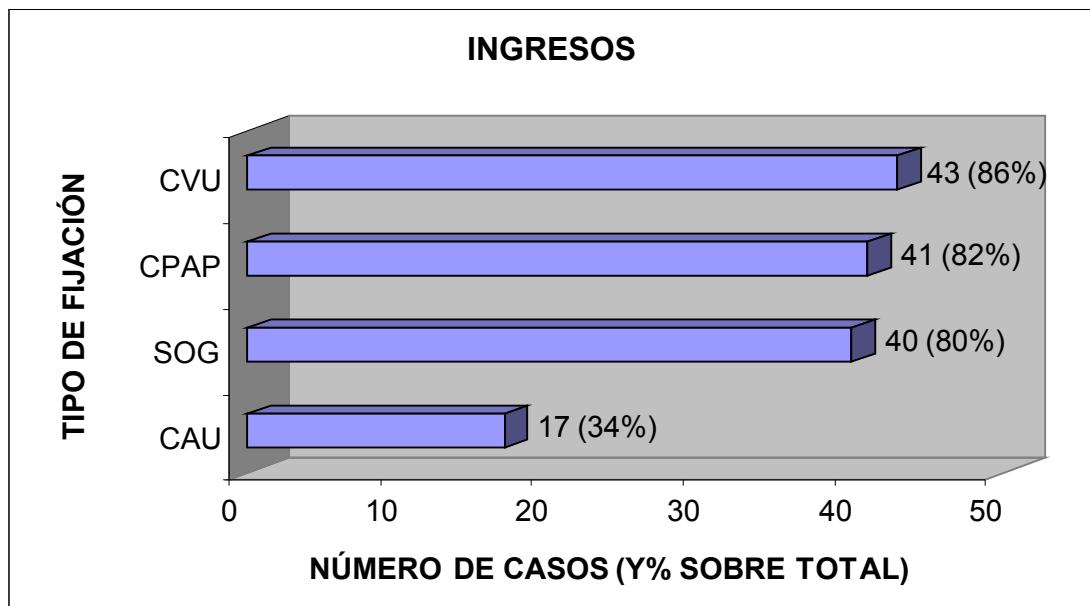
RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

| | | CON LESIÓN (n=5) | |
|-----|---|-------------------|-----------|
| | | SEMANAS GESTACIÓN | PESO (gr) |
| CAU | piel erosionada (n=4) | 25 | 880 |
| | | 26 | 460 |
| | | 27 | 1.480 |
| | | 29 | 1.555 |
| | enrojecimiento al retirar el apósito (n=1) | 27 | 1.170 |

| | | CON LESIÓN (n=8) | |
|-----|--|-------------------|-----------|
| | | SEMANAS GESTACIÓN | PESO (gr) |
| CVU | enrojecimiento al retirar apósito (n=4) | 25 | 675 |
| | | 25 | 850 |
| | | 25 | 880 |
| | | 38 | 4.150 |
| | Lesión "sangrante" Escoriación (n=4) | 27 | 875 |
| | | 28 | 1.380 |
| | | 29 | 900 |
| | | 29 | 1.555 |

| | | CON LESIÓN (n=7) | |
|-----|---|-------------------|-----------|
| | | SEMANAS GESTACIÓN | PESO (gr) |
| SOG | Piel enrojecida al cambiar sonda (n=6) | 25 | 675 |
| | | 25 | 850 |
| | | 26 | 835 |
| | | 33 | 2.500 |
| | | 34 | 2.560 |
| | | 38 | 4.150 |
| | Lesión, eritema en mejilla, escoriacion | 27 | 1.010 |

| | | CON LESIÓN (n=12) | |
|------|------------------------|-------------------|-----------|
| | | SEMANAS GESTACIÓN | PESO (gr) |
| CPAP | Lesión en fosa nasal | 25 | 1.040 |
| | | 27 | 875 |
| | | 27 | 1.170 |
| | | 27 | 1.180 |
| | | 28 | 830 |
| | | 28 | 1.135 |
| | | 28 | 1.340 |
| | | 28 | 1.380 |
| | | 29 | 900 |
| | Enrojecimiento de piel | 27 | 1.105 |
| | | 34 | 2.160 |
| | | 38 | 4.150 |



- Las técnicas de fijación tienen que estar protocolizadas y deben de ser fáciles y seguras.
- Minimizar usos de adhesivos
- Elevada preparación y experiencia de enfermería son básicas para incrementar la calidad de los cuidados
- Es un reto de enfermería investigar en los nuevos avances y productos que aparecen en el mercado para mejorar la integridad de la piel en el neonato prematuro.

BIBIOGRAFIA:

- Pediatric Dermatology Edited.1996. by Lawrence A. Schachner, Ronald C. Hansen. V.1
- Neonatal Skin and skin disorders, Annette M. Wagner and Ronald C. Hansen, 263-264
- The Skin: Eleanor E. Sahib, Nancy B. Esterly: V.2:1637
- Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Embriología En. Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP editores. Dermatología ed Elsevier;2004: 39-48
- Bedi MK, Shenefelt PD. Herbal Therapy in dermatology. Arch Dermatol 2002, 138 (2):232-242
- Torra I, Bou JE. manual de sugerencias sobre cicatrización y cura en medio ambiente húmedo. Dossier técnico coloplast. <en línea> <www.coloplast.es> Consulta:diciembre 2004