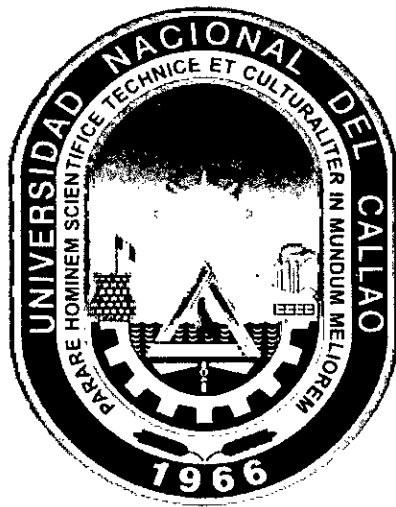


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO
PREMATURO EN LA UCI NEONATAL 2014-2016 EN EL
HOSPITAL DE APOYO II -2 SULLANA- PIURA**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA**

GLORIA ESPERANZA CORONADO DÍAZ,

**Callao, 2017
PERÚ**

MD

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. RAFAEL EDGARDO CARLOS REYES PRESIDENTE
- MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ SECRETARIA
- MG. ADRIANA YOLANDA PONCE EYZAGUIRRE VOCAL

ASESORA: MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 260

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1717-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	4
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 Descripción de la Situación Problemática	5
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	29
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	30
3.1 Recolección de Datos	30
3.2 Experiencia Profesional	30
3.3 Procesos Realizados del Informe	32
IV. RESULTADOS	35
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES	38
VII. REFERENCIALES	39
ANEXOS	40

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación, cuyo título es **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN LA UCI NEONATAL DESDE EL 2014 - 2016 EN EL HOSPITAL DE APOYO II – 2 SULLANA, ”** tiene como finalidad evaluar los cuidados de enfermería necesarios para proteger la piel del recién nacido prematuro, evitando así múltiples infecciones que le puedan causar daños irreversibles.

El recién nacido prematuro presenta una serie de desventajas fisiológicas que lo hacen más vulnerable que el recién nacido a término. Razón por la cual el profesional de enfermería debe de contar con una preparación eficiente y competente que le permita brindar cuidados de calidad al paciente. Los planes de cuidados estandarizados de enfermería son protocolos que se elaboran para servir de guía o norma en la práctica profesional. La utilización de dichas normas permite programar las intervenciones de la práctica enfermera en los pacientes cuyas respuestas humanas son previsibles y están relacionados con un diagnóstico clínico-medico.

La importancia del presente informe es dejar constancia de los cuidados especiales de enfermería en el recién nacido, en particular el cuidado de la piel; el cual es considerado una intervención humana reciproca e integral que guía el conocimiento y la practica tal como lo indica Dorothea Oren en su teoría.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Se debe tener en cuenta que debido a las características de la inmadurez de la piel en este grupo de pacientes no debe delegar ni postergar su cuidado.

Según la OMS (organización mundial de la salud), Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando y Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 cerca de un millón de muertes y tres cuartas partes de esas muertes podrían evitarse con intervenciones actuales, eficaces y poco onerosas.

En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. (OMS, Centro de prensa datos y cifras sobre obesidad y sobrepeso., 2013)

Todo esto se debe a que el recién nacido prematuro tiene todos sus sistemas inmaduros, dentro de ellos la piel que es la capa protectora ante la invasión de microorganismos.

Según MINSA más del 90% de todas las muertes neonatales ocurren entre los recién nacidos pretérmino y más de 75% en los menores de 32 semanas de gestación. La principal causa de muerte de los niños pretérmino es el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) y otra de las causas no menos importante se considera a la sepsis neonatal, debido a las lesiones de la piel, venopunciones, quemaduras. (MINSA, 2015)

En la Región Piura, entre los años 2006 y 2010, ocurrieron 1.486 muertes neonatales y 168.346 nacimientos con recién nacido vivo. En el mismo periodo, las tasas fluctuaron entre 7,8 por 1.000 nacidos vivos. el año 2010.

Al analizar la mortalidad neonatal en el Hospital de Apoyo II-2 provincia de Sullana se registró un número de 52 muertes en el año 2010, correspondiendo a un 8.7%. Siendo una de las principales causas la prematuridad y la sepsis neonatal.

(Pesantes, 2011)

1.2 OBJETIVOS

Describir los cuidados de enfermería en la atención de la piel del Recién Nacido Prematuro en la UCI Neonatal 2014 – 2016 en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana – Piura.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe de experiencia profesional es de gran importancia porque el recién nacido pretérmino o prematuro presenta una alta morbilidad y mortalidad debido a la inmadurez de sus diferentes órganos y sistemas, los cuales no están preparados para responder a las exigencias de la vida extrauterina.

Por tal razón me siento motivada a obtener información sobre el cuidado de la piel para que con los conocimientos, habilidades y destrezas se puedan evitar posibles complicaciones y así mejorar la supervivencia y evitar las secuelas en los neonatos. Por ello el nacimiento de un recién nacido prematuro es un gran reto para los profesionales y el sistema de salud.

La sobrevivencia de los recién nacidos extremadamente prematuros aumentó notablemente en los últimos años debido a un mejor cuidado perinatal, en especial la utilización de corticoides prenatales para la maduración pulmonar, adecuada recepción en sala de partos, optimización de los cuidados iniciales, utilización de surfactante y mejores técnicas de asistencia respiratoria. El conjunto de estrategias realizadas por médicos y enfermeras en el cuidado neonatal han logrado un cambio para mejora de la unidad neonatal (Chattás, 2014)

Este informe servirá de guía para nuevos profesionales de enfermería, estudiantes y otros profesionales de la salud que sientan la necesidad de conocer más sobre los cuidados de la piel en recién nacido prematuro.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Coarasa *et al.* Realizó en el año 2012 un artículo denominado "Cuidados de la piel en recién nacidos y lactantes" en el cual afirma que el recién nacido sufre un período de adaptación dentro de sus primeros días de vida, lo cual

Requieren procedimientos y cuidado especiales para garantizar el desarrollo saludable y proteger a la piel de la irritación e inflamación ya que tiene un PH superficial y cambiante en las primeras semanas de vida, creando una sensación de bienestar.

Figuroa *et al.* 2005 en su artículo "**Cuidados de la piel del RN**" recomienda que el primer baño debiera ocurrir luego que el niño logre regular en forma estable su temperatura lo ideal esperar 4 a 6 horas y evitar complicaciones de termorregulación, la frecuencia será de 2 a 3 veces por semana y no usar antisépticos

Aconseja que el baño pudiera ser con paños y agua y con productos carentes de aroma y colorantes si aún está presente el cordón umbilical. Una vez que el cordón ha caído lo baños debieran ser lo más natural posible

Si bien el baño debe ser un momento de relajación y un tiempo para favorecer el contacto entre el recién nacido y su cuidador, y por lo tanto rico en comunicación táctil; el baño de aseo no debe tarar más de 3 a 5 minutos

Chatas *et al.* 2012 en su trabajo "Cuidados de la piel en el recién nacido pre término" plantea las siguientes prácticas que han demostrado ser efectivas para disminuir las pérdidas transepidermicas de agua y mantener la hidratación y la integridad de la piel del recién nacido pretérmino:

- En los recién nacidos menores a 30 semanas, en la recepción del recién nacido utilizar bolsas de polietileno que cubran cuerpo y extremidades sin realizar el secado por arrastre, que además lesiona la epidermis.
- Utilizar sábanas plásticas o bolsas de polietileno durante la estabilización, luego del nacimiento. Las mismas reducen las pérdidas por evaporación. Retirar luego de la admisión a la UCIN.
- Movilizar al recién nacido precozmente de servo cunas a incubadoras de doble pared. (chattás, 2012)

Salcedo Abizanga *et al*; 2000. En España se realizó una investigación respecto al uso de antisépticos en neonatos, en el cual se determinó que su utilización indiscriminada altera el ecosistema microbiológico cutáneo habitual y favorece la proliferación de otros microorganismos.

La elección del antiséptico se ha de basar en su eficacia y su posible potencial tóxico. El riesgo de toxicidad sistémica o percutánea de la antisepsia cutánea realizada con clorhexidina es inferior al de la povidona yodada. Se han descrito en recién nacidos casos de intoxicación por yodo, bocio e hipotiroidismo asociados al uso de povidona yodada. Si se utiliza para desinfectar la superficie de la piel antes de un procedimiento invasor es más efectiva aplicarla dos veces consecutivas y es conveniente limpiar con agua estéril una vez finalizado el procedimiento. (Salcedo & Ribes, 2000)

2.2 MARCO CONCEPTUAL O TEÓRICO

2.2.1. Cuidados de enfermería en neonatos

El cuidado enfermero es un concepto, incorporado en la naturaleza del ser humano como una necesidad básica que asegura la calidad en el cuidado del paciente y permite individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

El cuidado de enfermería en neonatología según Callista Roy, la cual habla de la Teoría de la Adaptación. El modelo de Roy es determinado como una Teoría de Sistemas, contiene cinco elementos esenciales: paciente, entorno, meta de la enfermera, salud y entorno de las actividades. Importante teoría en el Cuidado de Neonatología, ya que el personal se plantea actividades diarias para el cuidado integral del neonato y su meta es la recuperación. (Moreno, 2005)

Así mismo Doroty Johnson plantea un “Modelo de Sistemas conductuales” considerando a la persona como un sistema conductual, compuesta de una serie de subsistemas interdependientes e integrados a un modelo basado en tratar de mantener un sistema balanceado para la interacción ambiental, pudiendo ocasionar inestabilidad y problemas de salud. La intervención de la enfermera solo se ve implicada cuando ocurre una ruptura del equilibrio de la salud. (Jimenez, 2013).

Hildegarte Peplau, nos hace reflexionar con su “Modelo de relaciones interpersonales” que consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Peplau basa su modelo en la psicología psicodinámica que ella define como la utilización y comprensión de uno mismo para ayudar a los demás. Según Peplau, la enfermera debe ser educada especialmente para reconocer y responder a las necesidades de ayuda. (Viecco, 2015)

No menos importante, la teoría de Lydia Hall, "Modelo del núcleo, el cuidado y la curación" donde el único campo de la enfermera es el cuidado que comprende el aspecto personal y corporal. Mientras que el círculo del núcleo y curación los comparte con profesionales de otras disciplinas.(Ysla, 2013)

2.2.2. Piel del Neonato

La piel, es el órgano de mayor extensión del prematuro representa el 13 % de su peso corporal; es sumamente importante y surge en los primeros días de la vida del embrión humano, casi al mismo tiempo que el cerebro, pero su maduración sólo finaliza con un nacimiento a término.

Consta de dos capas: la epidermis y la dermis.

La epidermis es la capa más superficial y a su vez consta de 3 capas: el estrato corneo, la capa granulosa y la capa basal.

La Dermis es la conductora del calor el dolor y el tacto. Sin embargo mencionaremos a otra capa no menos importante .

La Hipodermis compuesta de tejido graso que se acumula en el tercer trimestre del embarazo funcionando como aislante del calor, protege de los golpes y reserva de calor.

En el recién nacido pre término la piel no se ha desarrollado en su totalidad. El tejido subcutáneo prácticamente no aparece ya que la formación de la grasa se realiza en el último trimestre del embarazo. Provocando en el neonato prematuro un aumento de lesiones en la piel, úlceras por presión, pérdida de calor y agua, infecciones y dolor. La epidermis frena las infecciones y contiene células que actúan frente a ellas. (Guerrero, kunhardt, & Muñiz, 2010)

El vermex caseoso es una sustancia amarillenta y grasosa que aparece localizada estratégicamente para ayudar a las defensas de la piel. El tejido

subcutáneo prácticamente no aparece, ya que, la formación de grasa comienza a formarse a partir de la semana 27 de gestación.

La piel del pre término es diferente: su piel es más fina, la coloración suele ser pletórica, suele tener lanugo o no tener nada de vello, y estar edematosos.

Aproximadamente a las 2 semanas de vida, independientemente de la edad de gestación, la función protectora de la piel de los prematuros es parecida a la del RN a término, debido a un incremento en el proceso de maduración de la epidermis. (López, Navarret, & Perez, 2010)

La epidermis, el estrato más superficial de la piel, consta en diversas capas de células con diferencia de función y propiedades. La mayoría de las células de la capa basal, la capa interna de la epidermis, tienen la capacidad de proliferar a capas más superficiales, y a medida que migran de la zona basal a la superficie van perdiendo su capacidad de subdividirse. Finalmente entran en una etapa destructiva, pierden su núcleo y se convierten en fibras situadas en una matriz insoluble. Este es un proceso que lleva aproximadamente 25 días. En el feto pasarán a formar el unto sebáceo que lo cubre y lo protege.

El estrato córneo, la capa más externa de la epidermis, consiste en un grupo de células muertas unidas por lípidos intracelulares y forman la verdadera barrera de protección de la piel. La piel es la primera barrera que poseen los recién nacidos para hacer frente a factores nocivos y agentes del medio ambiente, para adecuarse a la vida intrauterina segura y protegida del mundo exterior. La maduración del estrato corneo se produce después de las 28 semanas, antes de este tiempo la piel está pobremente queratinizada. En el recién nacido pretérmino el estrato corneo está constituido por queratinocitos con bajo contenido de agua. Estas características hacen que la piel tenga aspecto gelatinoso, transparente y aumente la permeabilidad de la piel.

Dentro de las funciones de la epidermis se encuentran:

- Protección contra microorganismos: función de barrera.
- Limita la pérdida de calor y agua corporal.
- Evita la absorción de sustancias tóxicas.
- Evita el ingreso de microorganismos.
- Pequeña contribución a la respiración total.

La epidermis de un recién nacido pre término tiene características muy especiales, entre ellas:

Estrato córneo disminuido

, Un niño prematuro posee pocas capas de estrato córneo. Las complicaciones clínicas de estas características son el aumento de la pérdida de calor por evaporación, aumento en los requerimientos de líquidos en condiciones basales, y un mayor riesgo de toxicidad a la aplicación de sustancias tóxicas.

A menor edad gestacional, mayor permeabilidad. La gran permeabilidad de la piel del prematuro favorece las pérdidas insensibles de agua, y contribuye a la dificultad en mantener la temperatura corporal.

Disminución del manto ácido

Otra alteración ocurre en la formación del manto ácido, o sea la superficie cutánea con PH menor de 5. Una cierta acidez en la piel aseguraría una capacidad bactericida contra patógenos. En un gran número de recién nacidos, el PH al nacimiento es superior a 6, reestableciendo la acidez

recién al cuarto día. Mantener el manto ácido está directamente relacionado con las prácticas del cuidado, tales como el uso de jabones en el baño, tardando por lo menos una hora en restablecer el PH, y exponiendo al neonato durante este período a la colonización y penetración bacteriana.

La dermis de un recién nacido pretérmino tiene características muy especiales, entre ellas:

- Inestabilidad de la dermis producida por la disminución del colágeno:

Hace que el prematura tenga mayor tendencia al edema y cuando sucede esto hay disminución sanguínea produciendo daño isquémico.

- Disminución de la cohesión entre la dermis y la epidermis.
- Producción de melanina disminuida.
- Glándulas sudoríparas inmaduras.
- Circulación dérmica y sistema vasomotor inmaduro.

Inestabilidad de la dermis

El colágeno de la dermis aumenta con la edad gestacional. Esto determina que los recién nacidos prematuros tengan más tendencia al edema. Cuando hay edema hay disminución de la perfusión sanguínea, exponiendo a la piel al riesgo de daño isquémico.

Disminución de la cohesión entre la dermis y la epidermis: la cual provoca la vulnerabilidad para la formación de lesiones en la piel.

Glándulas sudoríparas inmaduras: En los prematuros no existe la sudoración lo que limita al recién nacido a tolerar excesivo calor

. Cuando se produce estrés por calor, al no haber sudoración, se produce vasodilatación para incrementar las pérdidas, y pueden aparecer cuadros de hipotensión y deshidratación producida por el aumento de las pérdidas insensibles. La hidratación cutánea neonatal está disminuida por actividad deficitaria de las glándulas sudoríparas, disminución de las pérdidas de agua y descenso del agua extracelular.

- Valoración de la piel del recién nacido

Para valorar la piel del recién nacido diariamente es adecuado utilizar herramientas objetivas para evitar impresiones personales, con el fin de detectar anomalías y problemas en la piel de los recién nacidos.

2.2.3. FUNCIÓN

FUNCIÓN DE PROTECCIÓN

La piel, como órgano externo, se enfrenta a gran número de estímulos ambientales deseables o no, nos protege de la invasión de microorganismos ya que la capa cornea cumple la función de barrera ante los gérmenes patógenos, cuando se presenta una herida se desencadena una reacción de defensa. Frente a los estímulos mecánicos, el tejido subcutáneo amortigua como colchón a los golpes violentos distribuyendo su efecto. Frente a los estímulos térmicos, radiaciones la piel actúa como barrera aislante ya que la circulación sanguínea un 90% sirve para la termorregulación y un 10% para la nutrición y la función de las glándulas sudoríparas. Los estímulos de intensidad distinta a la fisiológica se encuentran en primer lugar con los mecanismos de defensa y protección locales de la piel.

FUNCIÓN SENSITIVA

La piel tiene receptores sensitivos repartidos en toda su superficie que le permiten el reconocimiento del medio ambiente y la defensa ante los peligros. Los estímulos adecuados provocan las sensaciones de tacto, presión, temperatura y dolor y permite el reconocimiento de la intensidad y la procedencia del estímulo (palpación de un tumor cutáneo, picadura de insecto en la espalda, uña dentro del zapato, agua demasiado caliente). Los estímulos pueden desencadenar reacciones motoras voluntarias o involuntarias , reflejo de huida ante un estímulo doloroso). (Palomino, 2011)

FUNCIÓN DE COMUNICACIÓN Y EXPRESIÓN

La piel, como órgano superficial, desempeña un papel esencial en la comunicación psicosocial, sobre todo a nivel facial. Su aspecto sería valorado para obtener conclusiones acerca de su edad, estado anímico, carácter ("la piel como espejo del alma"), pero también para descartar posibles enfermedades internas ("la piel como espejo de las enfermedades internas"). El estado y el aspecto de la piel determinan también en gran medida la propia imagen de uno mismo y por eso se manipulan de modo voluntaria.

FUNCIÓN METABÓLICA Y DE RESERVA:

La piel puede acumular agua en forma de edema y desecarse ante una gran pérdida de agua. Cuando se produce una sobre alimentación se puede acumular un exceso de grasa en la piel , mientras que en la desnutrición se pierde dicho depósito . A nivel metabólico destaca la síntesis fotoquímica de la vitamina D, (si falta la luz solar se puede producir raquitismo).

ÓRGANO DE ALTA COMPLEJIDAD INMUNOLÓGICA

Participa en la vigilancia inmunológica. Dado que sus células: queratinocitos, linfocitos, fibroblastos, melanocitos y células de Langerhans, entre otras, sintetizan numerosas sustancias inmunológicamente activas, intervienen a modo de portero inmunológico en el reconocimiento y la internalización de antígenos, autorregulan el crecimiento y la diferenciación de sus componentes celulares, participan activamente en el tráfico linfocitario, y es uno de los órganos diana, en los intrincados mecanismos de la inflamación. Las sustancias inmunológicamente activas son interleuquinas, factores transformadores de crecimiento, factores estimuladores de colonias, interferones y cito lisinas.

2.2.4. Cuidados de la piel

- Lavado de manos.
- Uso de apósitos hidrocoloides en puntos de apoyo o donde deba usarse cinta adhesiva.
- Minimizar el uso de cinta adhesiva a lo estrictamente necesario para evitar lesiones.
- Mantener la superficie de la piel limpia y seca.
- Cambiar pañales con frecuencia para evitar dermatitis y lesiones.
- Rotar los sensores para evitar quemaduras o abrasiones.
- Prevenir el contacto con superficies que puedan producir quemaduras.
- Proteger los sitios de apoyo con aros, almohadillas, apósitos hidrocoloides, piel de cordero o colchones de agua o gel.

- Controlar los accesos venosos por infiltraciones, utilizar apósitos adhesivos transparentes para visualizar las zonas de inserción de los catéteres y controlar con frecuencia horaria como máximo los sitios de punción.
- Lubricar la piel si fuera necesario.
- Rotar y reposicionar al recién nacido según necesidad. (N.Erpen, 2011)

Reducción de pérdidas transepidermicas de agua

Las siguientes prácticas han demostrado ser efectivas para disminuir las pérdidas transepidermicas de agua y mantener la hidratación y la integridad de la piel:

- En los recién nacidos menores a 30 semanas, en la recepción del recién nacido, utilizar bolsas de polietileno que cubran cuerpo y extremidades sin realizar el secado por arrastre, que además lesiona la epidermis.
- Utilizar sábanas plásticas durante la estabilización, luego del nacimiento. Las mismas reducen las pérdidas por evaporación. Retirar luego de la admisión a la UCIN.
- Movilizar al recién nacido precozmente de servo cunas a incubadoras de doble pared.
- Proporcionar humedad relativa dentro de la incubadora. Si bien no hay consenso generalizado, las recomendaciones sobre niveles de humedad es de 70 a 90% teniendo en cuenta la edad gestacional del recién nacido (23-26 semanas, 85%, 27-30 semanas, 70-75%) y luego de la primera semana disminuir gradualmente hasta 50% hasta los 28 días de vida o al momento

de retirarla. Los recién nacidos prematuros mayores de 30 semanas no requieren humedad en la incubadora.

- Usar una técnica o la combinación de varias para disminuir la pérdida de agua y minimizar las pérdidas de calor por evaporación en menores de 30 semanas de gestación.

Uso de lubricantes y emolientes

La hidratación cutánea neonatal está disminuida por actividad deficitaria de las glándulas sudoríparas, disminución de las pérdidas de agua y descenso del agua extracelular. El grado de hidratación del estrato córneo es directamente proporcional a la habilidad de este tejido para mantener y evitar las pérdidas de agua.

- Sustancias hidratantes sobre la piel

En la actualidad existen evidencias de que el uso tópico de determinados productos puede mejorar la hidratación del estrato córneo de la piel. La glicerina (glicerol) al 10% mantiene el nivel de hidratación o la cantidad de agua en el estrato córneo de la piel más tiempo que la simple aplicación de agua.

La aplicación de emolientes disminuye la pérdida de agua transepidérmica. Los aceites son componentes hidrófobos con efecto oclusivo. Su misión es reblandecer el tejido cutáneo al tiempo que favorecer la retención de agua en el estrato córneo (por ello, se consideran hidratantes). Algunos estudios en prematuros han concluido que la aplicación diaria de aceite mejora el estado de la piel y reduce el riesgo de dermatitis.

Uso de antisépticos

No se aconseja el uso rutinario de antisépticos tópicos. Su uso sólo se justifica antes de un procedimiento quirúrgico, ya que una aplicación indiscriminada altera el ecosistema microbiológico. La clorhexidina es una de las sustancias más seguras, mientras que los antisépticos alcohólicos y los derivados de mercurio y halogenados no se recomiendan en recién nacidos. El gluconato de clorhexidina al 0,5% tiene un amplio espectro de actividad contra bacterias Gram positivas y negativas y levaduras, es más eficaz que la povidona yodada en la reducción del riesgo de colonización de los catéteres intravenosos y no atraviesa el tegumento cutáneo.

Baño del recién nacido pretérmino

El primer baño del recién nacido tiene múltiples propósitos, remover sangre y fluidos potencialmente infecciosos, reducir la colonización microbiana, permitir una correcta observación de la piel del recién nacido, además de cuestiones de estética.

La vernix caseosa es la capa de protección se recomienda no ser eliminada ya que posee un manto ácido que lo protege de las infecciones.

Para el primer baño, en los recién nacidos menores de 32 semanas se utilizará agua estéril templada, si las condiciones clínicas lo permiten. Esta desaconsejado frotar la piel, sino realizar la higiene con torundas de algodón.

La mayoría de autores afirman que todos los jabones son irritantes y hacen hincapié en que su uso frecuente es perjudicial, ya que quitan la película de lípidos de la superficie de la piel.

Bañar frecuentemente a los recién nacidos pretérmino puede modificar el “manto ácido” y elevar el pH de la piel. Los mecanismos implicados en la

colonización de la piel de los recién nacidos prematuros en una UCIN no son totalmente conocidos. La colonización de la piel de un recién nacido en una UCIN es consecuencia de múltiples factores, incluyendo el baño de rutina. El uso de antisépticos de rutina está desaconsejado, ya que si bien reducen la colonización, su acción es corta, y producen irritación y resecaamiento.

El jabón es una sustancia capaz de diluir la grasa, provocando una emulsión en gotas que posteriormente es arrastrada por el agua.

El agua sólo es capaz de limpiar la suciedad sin grasa. Los bebés se ensucian poco: no son capaces de sudar pero frecuentemente suelen tener restos de leche en pliegues como el cuello o de heces en la zona del pañal. Ambas sustancias contienen grasa y, por tanto, requieren algo más que agua para su limpieza.

Mantenimiento de temperatura corporal

- En la sala de partos y/o quirófano, tener preparado la cuna radiante, de modo que esté caliente. Si se utiliza bolsa de plástico también se dejará sobre ella. Colocar al neonato recubriéndolo con la bolsa y sin secarlo, evitando así la pérdida de calor. Se medirá y pesará envuelto en él y no se procederá a retirar hasta que alcance una temperatura adecuada.
- Control de temperatura corporal, subiendo y bajando la temperatura de incubadora según necesidades.
- Realizar el mínimo de manipulaciones posibles para evitar enfriamiento por apertura de puertas de incubadora.
- Control especial al instaurar fototerapia.
- Verificar correcta humidificación y temperatura en los sistemas ventilatorios invasivos y no invasivos.

Cuidados de la piel del área del pañal

El medio ambiente sobre la superficie de la piel interactúa con la barrera cutánea deficiente en un recién nacido, dando lugar al adelgazamiento adicional de la barrera, la penetración de irritantes y alérgenos y la inflamación. Éste es el fenómeno más importante en el desarrollo de la dermatitis atópica y la dermatitis del pañal.

En ocasiones, la piel de esta área pierde su condición de normalidad, utilizándose en este caso los términos de dermatitis del pañal (DP) o erupción cutánea de la piel". Este es un término poco específico que describe las erupciones inflamatorias del área del pañal.

La DP puede reconocerse por su patrón característico de eritema en las áreas cubiertas por el pañal (genitales externos, nalgas, parte superior de los muslos y zona perineal).

- **Características particulares y bases fisiopatológicas del área del pañal**

La oclusión de la piel por el pañal genera sobrehidratación y maceración del estrato córneo, aumentando, de esta forma, la susceptibilidad a la fricción y favoreciendo el crecimiento de microorganismos en su superficie. Las enzimas (proteasas y lipasas) de las bacterias de las heces aumentan, por un lado, la permeabilidad de la piel a las sales biliares que son irritantes y, por otro lado, liberan amoníaco de la orina, aumentando el pH de la piel, que sumado a la oclusión que producen los pañales, favorece la actividad irritante de las enzimas fecales. Entre los factores que agravan la integridad de la piel del área del pañal, se incluyen un mal cuidado de la piel, los microorganismos, la diarrea y la utilización de antibióticos de amplio espectro.

Prevención y tratamiento de lesiones

Como consecuencia de la inmadurez de la piel neonatal un número de diferentes tipos de heridas se producen en este grupo de pacientes. Las siguientes tablas ofrecen detalles de los diferentes tipos de heridas, la causa de la lesión y proporcionar orientación para evitar la ocurrencia.

Lesión epidérmica.

Manipulación mínima del recién nacido

Remoción de las telas adhesivas utilizadas para fijar vías, tubos y drenajes.

Prevenir las lesiones epidérmicas.

Intervenciones

Manejar con cuidado extremo al recién nacido prematuro, los anillos en las manos pueden causar daño epidérmico.

Evitar los productos que se adhieran firmemente a la piel.

Fijar las vías endovenosas con apósitos transparentes que permita el seguimiento del sitio, y evitar el cambio frecuente de los mismos.

Para la remoción de adhesivos y electrodos, utilizar solo agua tibia, evitando solventes u otros productos que se puedan absorber.

Para prevenir las lesiones epidérmicas se pueden utilizar elementos para que eviten la presión sobre los tejidos, por ejemplo: colchones de agua, gel o aire, apósitos transparentes o hidrocoloides en la zona de apoyo (codos y rodillas).

Escoriaciones:

Causas

Diarrea, secreciones pulmonares, heces periestoma y orina sobre la piel.

Lesiones producidas por *Cándida*.

Intervenciones

Cambiar los pañales con frecuencia, cada 4 o 6 horas. Si el recién nacido se encuentra inestable, es necesario realizar las mínimas intervenciones y la frecuencia de la manipulación dependerá de la política de la UCIN.

Limpiar los genitales sólo con agua, las toallitas perfumadas son innecesarias.

Evitar el uso de jabones alcalinos que modifiquen el pH de la piel.

El uso de una pasta de hidrocóloide y pasta de zinc a veces es una barrera eficaz cuando hay pérdidas extraordinarias.

Si se sospecha de *Cándida*, es necesario realizar un cultivo y tratar al mismo tiempo. Dependiendo del cultivo si es negativo el tratamiento debe ser interrumpido.

Quemaduras químicas:

Causas

Contacto con soluciones antisépticas para la preparación de la piel de base alcohólica (clorhexidina y yodo)

Intervenciones

Las soluciones para la antisepsia de la piel deben ser en base acuosa y la exposición a las mismas limitada en el tiempo.

Evitar tópicar zonas demasiado extensas para la preparación de la piel durante la inserción de vías y otros dispositivos para evitar la absorción de la misma o que el recién nacido permanezca acostado en las sábanas mojadas.

Retirar antisépticos y cualquier agente de limpieza inmediatamente con agua estéril luego de realizar la antisepsia al colocar vías y otros procedimientos.

Evitar el uso de soluciones yodadas que puede causar hipotiroidismo y quemaduras graves.

Quemaduras por calor:

Causas

Contacto con luces calientes de luminoterapia, servo cunas e incubadoras en modo servo.

Uso de luces calientes para observación el recorrido de las venas para facilitar la inserción de vías endovenosas o para realizar procedimientos delicados.

Intervenciones

Valorar a los recién nacidos expuestas a estas terapéuticas en forma frecuente.

Evitar el uso de servo cunas, preferir el uso de incubadoras ya que aumentan las pérdidas insensibles y al brindar calor por radiación favorece a las quemaduras.

Preferir el uso de luces frías de luminoterapia para recién nacidos pretérmino.

Mantener la distancia correspondiente de acuerdo al tipo de luminoterapia para evitar quemaduras especialmente con luz halógena.

Limitar el tiempo de exposición de luces calientes.

Lesiones por presión:

La aparición de úlceras por presión es poco frecuente en los recién nacidos prematuros, debido a la gran superficie en relación al peso. Los recién nacidos que son sedados, paralizados y aquellos con presión arterial baja, con administración de inotrópicos, están en mayor riesgo de presentarlas, al igual que los neonatos con edemas. Las úlceras por presión pueden aparecer en las orejas, en el occipucio, si el recién nacido está en decúbito supino, o en las rodillas si se encuentra en decúbito prono.

Siempre que sea posible hay que reposicionar de los bebés para prevenir las lesiones y utilizar superficies que alivian la presión. Estos incluyen almohadillas de gel, colchones de aire que redistribuyan la presión.

Causas

Sondas

Sensores de saturación y temperatura

Tabique nasal en recién nacidos con presión positiva continua o asistencia respiratoria mecánica.

Recién nacidos edematosos

Intervenciones

Evitar que el recién nacido se encuentre acostado sobre tubos, sondas o cables de monitores.

Rotar sensores cada 3-4 o más a menudo si es necesario para los bebés muy prematuros.

Considerar el uso de protección con hidrocloide en las alas de la nariz y en la zona peri tubos endotraqueal.

Afloje las cintas adhesivas y ropa cuando el bebé está edematoso.

Lesiones por extravasación:

Causas

Infusión de soluciones irritantes o hiperosmolares

Obstrucción causada por fibrina o trombos

Vías de larga duración

Intervenciones

Controlar frecuentemente los sitios de inserción de los catéteres cortos y utilizar vías centrales cuando la concentración de glucosa sea mayor a 10% identificarlas adecuadamente. Evitar colocar catéteres en lugares con dificultades en la inmovilización, especialmente en zonas de flexión o cercanas a zonas donde se encuentran tendones, nervios o arterias.

Fijar las vías con apósitos transparentes que permiten la buena observación del tejido circundante.

La duración de las cánulas endovenosas en recién nacidos es de 36 horas. Ante la presencia de signos de infiltración, suspender la infusión inmediatamente. Los síntomas de la infiltración incluyen edema, dolor en el sitio, calor de la piel, rubor, y en algunos casos, la falta de retorno de sangre al catéter. Comunicar a la brevedad y adoptar una conducta activa dependiendo la droga que se ha extravasado. Se realizarán intervenciones de enfermería no farmacológicas entre las cuales la más frecuente es elevar el sitio donde se encuentra la infiltración o la extremidad afectada.

Procedimiento para la curación de lesiones

La curación de lesiones y heridas es un trabajo de equipo. Lo ideal sería realizar este procedimiento entre dos enfermeras, una para la contención y succión no nutritiva para la comodidad del bebé y la otra para hacer la técnica. Reducir los cambios de apósito a un mínimo, sólo quitar las cintas o vendajes si es esencial. Evitar el ruido, la iluminación brillante y la manipulación para reducir el estrés al bebé.

Si la herida requiere de lavado, utilizar líquidos tibios y no fríos ya que pueden causar trauma y mayor dolor. Para poder evaluar la evolución de la lesión, se pueden sacar las fotografías durante la curación, para evitar cambios adicionales cuando algún profesional desee ver la herida. Los padres pueden sentirse culpables o ansiosos y necesitan adquirir seguridad. Identificar su nivel de comprensión y que quieran saber sobre las lesiones de su bebé. Permitir a los padres a participar en el procedimiento si así lo desean.

Cuando las heridas son producidas por una mala infusión de gluconato de calcio causan dolor y destrucción de tejidos. (Rodriguez, 2009)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Intervenciones de Enfermería:** Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.
- **Antiséptico:** Es una sustancia que impide, bloquea el desarrollo de los microorganismos patógenos generadores de las infecciones, o directamente los elimina de plano.
- **Termorregulación:** Es la capacidad que tiene un organismo biológico para modificar su temperatura dentro de ciertos límites, incluso cuando la temperatura circundante es bastante diferente del rango de temperaturas-objetivo. El término se utiliza para describir los procesos que mantienen el equilibrio entre ganancia y pérdida de calor.
- **Signos vitales:** Son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos fundamentales (cerebro, corazón, pulmones). Hay cuatro signos vitales principales que los profesionales de salud examinan de forma sistemáticamente: Temperatura corporal, Pulso (o frecuencia cardíaca), Tensión arterial, Frecuencia respiratoria.
- **Escoriación:** Se dice que alguien tiene escoriaciones cuando su piel se halla irritada lo que puede suceder por rascado, caídas, o por el roce de alguna prenda de vestir o en algún pliegue de la piel que haga que roce entre ambas zonas de contacto.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para realizar el presente informe se recolectaron los datos de los recién nacidos pre términos con lesiones en la piel se obtuvo del libro de ingresos de pacientes al servicio de UCI neonatal del año 2013 al año 2016 con la debida autorización de la enfermera permanente del servicio así mismo se recolectaron datos de la unidad de epidemiología y de las historias clínicas.

3.2 Experiencia profesional

Mi experiencia profesional como enfermera asistencial en el Hospital de apoyo

II – 2 Sullana se inició en agosto de 1995 siendo dicho nosocomio un hospital referencial atendiendo el 70 % de la población de la provincia de Sullana contando con diferentes, servicios emergencia, medicina, cirugía, pediatría ginecoobstetricia, sala de operaciones, centro obstétrico, neo sano y consultorios externos. Brinde mi labor en el departamento de emergencia durante dos años donde aprendí a valorar el sufrimiento del prójimo cuando un ser querido enferma, a tener paciencia y prudencia cuando los familiares atacan al personal de enfermería porque no los atienden rápido. Pero también e fortalecido mis conocimientos y destrezas en las diferentes patologías brindando una atención de calidad y calidez al paciente y familia, Posteriormente labore en el servicio de ginecoobstetricia durante 5 años un trabajo diferente exclusivamente con patologías propias de la mujer pero identificada por el mismo sexo, tratando de comprender y aconsejar los problemas y miedos que cada paciente tiene .muchas de ellas por no saber de su enfermedad otras por el miedo de perder a sus bebés otras por

presentar tumoraciones o hemorragias sin causa alguna .Por necesidad de servicio en el año 2002 empecé a trabajar en el servicio de pediatría..

Cuando empecé a trabajar en el servicio de pediatría era un solo pabellón por ese entonces laboraban dos enfermeras, una enfermera permanente que se dedicaba a la labor administrativa y la otra colega brindaba cuidado a 22 niños entre recién nacidos, lactante, pre escolares y escolares. Los neonatos tenían un ambiente pequeño a los cuales les instábamos en cunas con lámparas de pie para mantener el calor corporal, evitando así la hipotermia, no existían incubadoras en ese entonces, el trabajo era arduo, agotador y con mucha responsabilidad casi nadie de las colegas quería rotar por pediatría lo consideraban como un castigo. Por pena de tratar con niños indefensos y por tener que pasar la noche canalizando venas de difícil acceso.

Con el pasar del tiempo la demanda en el área de neonatología aumento dándose cuenta que el personal de enfermería y técnicos no se abastecían para brindar un cuidado minucioso y de calidad a todos los pacientes a su cargo los neonatos necesitaban mayor cuidado fue entonces que separaron el servicio de pediatría y neo patológico en forma individual cada servicio con su personal 6 enfermeras y 6 técnicos en enfermería. Laborando en turnos de mañana tarde y noche.

La demanda de recién nacidos prematuros aumentaba y no contábamos con material ni recursos humanos para brindar cuidados especiales y de calidad necesitando capacitarme a través de talleres diplomados, especialidad para brindar una atención de cuidados integrales al recién nacido.

Mi labor como enfermera asistencial a la UCIN inició en el 2002. Antes de su funcionamiento, yo ya laboraba en el servicio de pediatría y fui una de las que participo en la implementación, de esta nueva unidad al principio con múltiples limitaciones como inadecuadas instalaciones eléctricas por lo que éramos afectadas con pequeñas descargas, atentando contra nuestra integridad física.

En la actualidad contamos con 4 incubadoras marca jiraff cada una con su ventilador mecánico y monitor para verificar las funciones vitales, también contamos con una máquina para verificar los valores de gases arteriales un bilirrubinometro que sin sacar muestras de sangre y sin causar daño sobre la piel del paciente nos brinda los valores de bilirrubinas totales lo permite verificar si el recién nacido necesita o no estar bajo la luz de las fototerapias . En cuanto a recursos humanos trabajan 2 enfermeras en la mayoría de turnos cada una trabaja con 2 recién nacidos conectados a ventilador mecánico como lo estipula la ley del enfermero peruano algunos turnos por lo general algunas tardes o noches se trabaja solas por ausencia del personal por enfermedad vacaciones o licencias por problemas personales .

La principal limitación de la UCI neonatal es un ambiente pequeño y la demanda de prematuros es en mucho más hay bebés que ni siquiera llegan a ser hospitalizados fallecen en la unidad de neo sano o en neo patológico. La unidad cuenta con 4 incubadoras 4 monitores y 4 ventilador mecánico 3 blender 3 lámparas para uso de fototerapia, en cuanto a los recursos humanos somos 7 licenciadas de enfermería y 5 técnicos de enfermería tratando de trabajar de acuerdo a lo estipulado por el colegio de enfermeros del Perú que una licenciada de enfermería brinde sus servicios a dos recién nacidos con ventilador mecánico.

En cuanto a recursos materiales el hospital de Sullana no cuenta con insumos necesarios la atención del cuidado del recién nacido prematuro y los padres de los neonatos que se encuentran en la unidad son de lugares lejanos de escasos recursos económicos.

3.3 PROCESO REALIZADO EN EL CUIDADO DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN LA UCIN

La piel del recién nacido prematuro necesita un cuidado especial y delicado por ello el profesional de enfermería debe tener conocimientos y destrezas

para actuar adecuadamente, cuando tiene en sus manos a este ser humano tan pequeño e indefenso.

Como enfermera, cuido mucho las medidas preventivas como el lavado de manos antes de manipular al recién nacido, evitando así contaminaciones cruzadas, logrando que el agua y el jabón por acción de la gravedad arrastre los microorganismos impregnado en ellas. Considerando la importancia de esta actividad he contribuido colocando afiches con los pasos del lavado de manos en todas las paredes cerca de los lavaderos logrando así que sea una rutina y disminuyendo los casos de infecciones. Así mismo al manipular la piel del neonato lo realizo calzándome guantes estériles para evitar infecciones y laceraciones de la piel.

Cuando canalizo una vena periférica a un recién nacido evito múltiples venopunciones y el uso abusivo de esparadrapo en cuanto a su fijación, ya que al ser retirada esta cinta adhesiva hace que la piel pierda su continuidad permitiendo el ingreso de microorganismos o gérmenes causando infecciones y alterando las funciones vitales del prematuro. Actualmente para la fijación de dichas vías periféricas o en la fijación de apósitos en onfalocclisis y sondas vesicales, usamos un aditivo conocido como tegader de características finas y transparentes permitiendo ver signos de inflamación o extravasación de líquidos o hemoderivados.

En cuanto a la administración de medicamentos como el uso de glucónato de calcio, debe realizarse con sumo cuidado y verificando la permeabilidad de la vía endovenosa ya que cuando dicho medicamento no es administrado en forma adecuada y se extravasa, causa quemaduras severas en la piel donde la recuperación de los tejidos tardan en cicatrizar y en muchas ocasiones se han realizado injertos de las zonas lesionadas.

Para realizar el baño o higiene de la piel del prematuro me percaté que sus funciones vitales estén estables y su temperatura corporal se mantenga entre 37 a 37.5 grados centígrados. La higiene debe realizarse dentro de la

incubadora usando apósitos de algodón y agua estéril, jabón neutro sin perfume, para evitar alterar el manto ácido de la piel del prematuro el cual lo protege de las infecciones. Una vez que manipulo al neonato aprovecho para realizar la curación de ombligo con alcohol al 70 %, cambiar de posición corporal ya sea decúbito lateral supino o prono evitando zonas de presión y dolor por la inmadurez de la epidermis, rotar sensores fijados en la piel cada 4 horas para evitar quemaduras por radiación, cambio de pañal cada 2 a 4 horas evitando la irritación, o eritema de pañal causada por la humedad de las sustancias de deshecho del organismo. Termine mis acciones brindando comodidad y confort colocándole un nido de contención que semeja el útero materno el cual le da seguridad al prematuro.

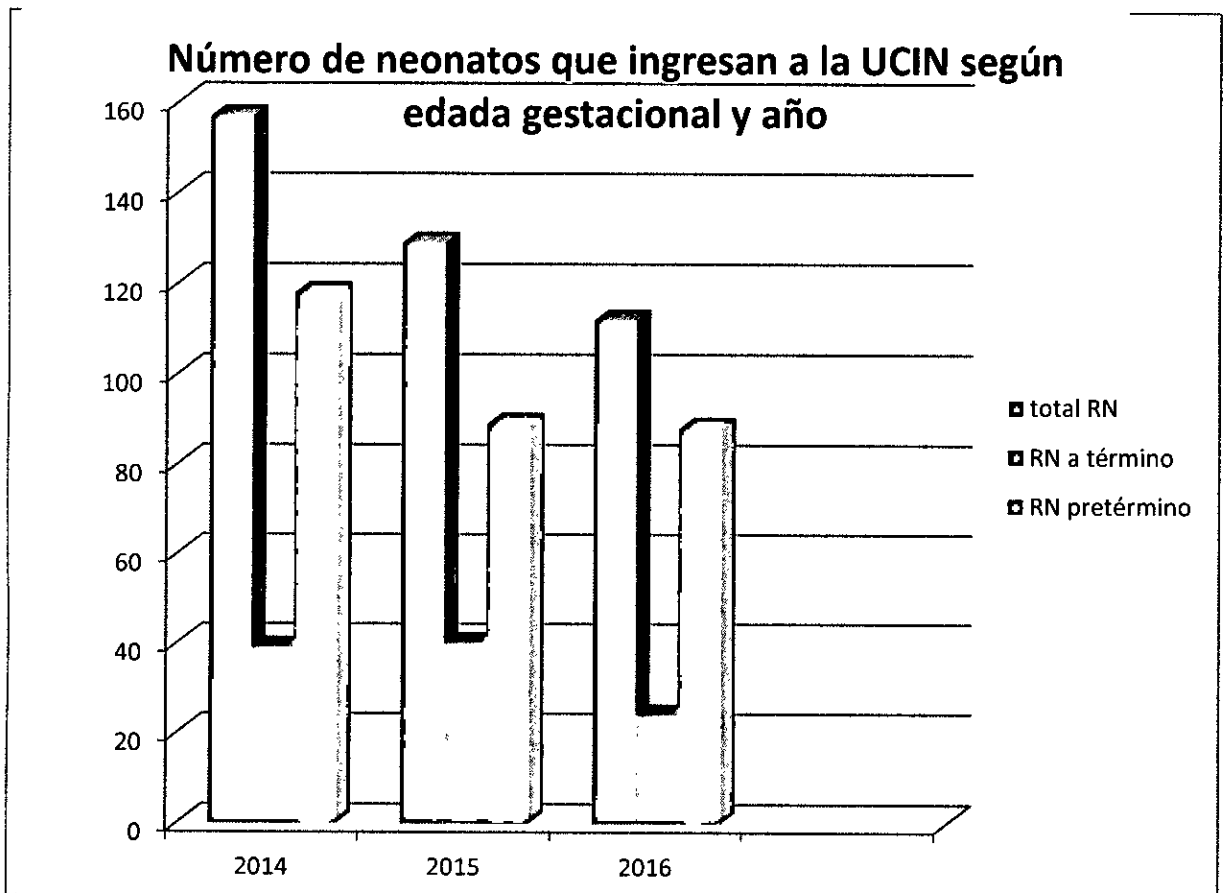
No sin antes dejar de lado la parte humana de los padres que tienen sus hijos hospitalizados en la UCIN ,muchos de ellos no llegaron a conocer a sus recién nacidos ya que por la complicación de su enfermedad fallecieron entre las 24 y 48 horas de vida, al constatar estos cuadros de tristeza y desesperación se optó por programar un horario de visita en turno de tarde para que los padres sean testigos de la evolución favorable o desfavorable de sus hijos incluso se permite la visita de un sacerdote respetando su religión y credo.

IV. RESULTADOS

Cuadro 4.1

Número de neonatos que ingresan a la UCIN según edad gestacional y durante los años 2014 a 2016

En el cuadro 4.1 se observa que el mayor número de ingresos fue de recién nacidos prematuros que de recién nacidos a término, siendo el año 2014 el que tuvo mayor nacimientos de prematuros.



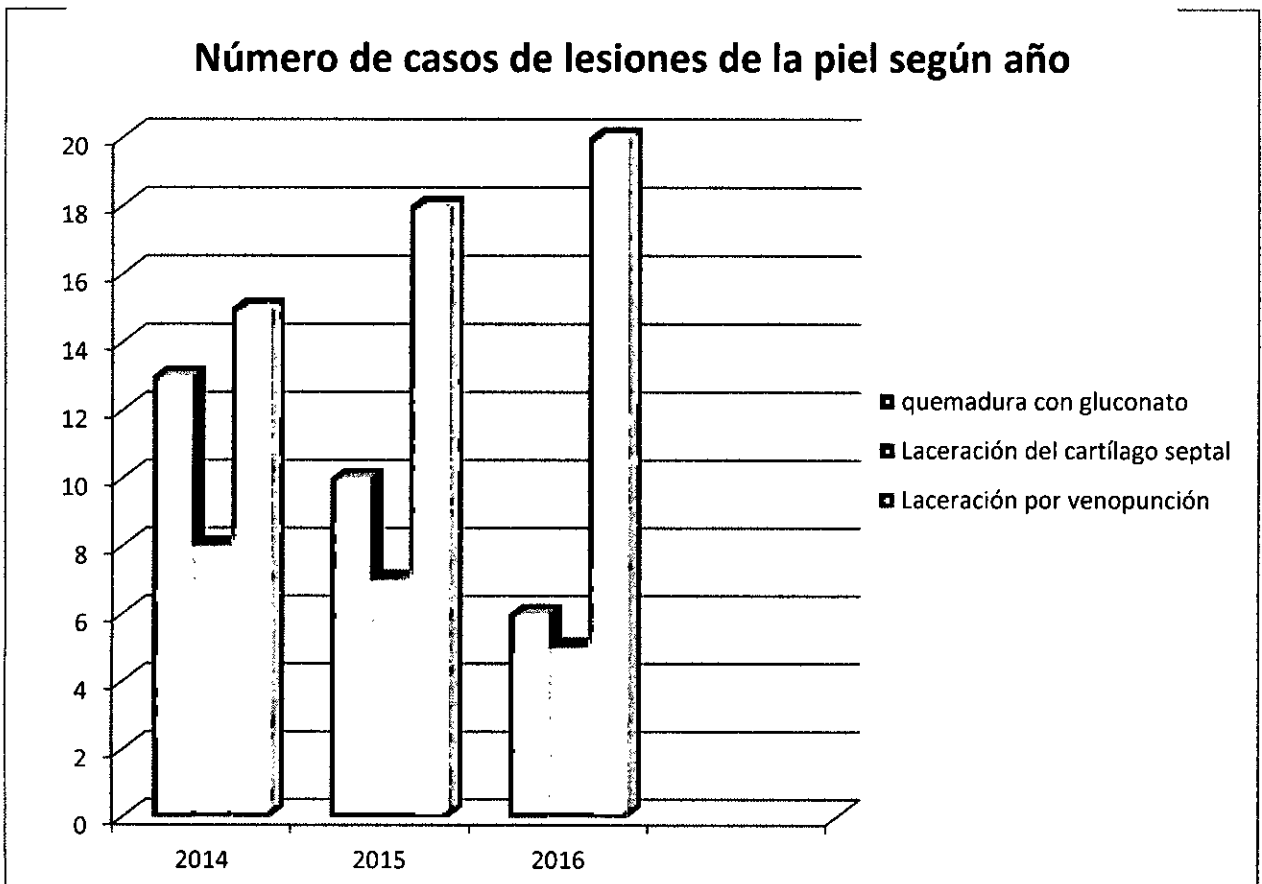
Cuadro 4.1

FUENTE: Libro de ingresos de pacientes a la UCIN

Cuadro 4.2

Número de casos de lesiones de la piel durante los años 2014 a 2016

En el cuadro 4.2 se observa que el mayor número de casos de lesiones de la piel fue por venopunción.



Cuadro 4.2

FUENTE: historias clínicas y registro de epidemiología

V. CONCLUSIONES

1. Producto de mi experiencia en la atención de recién nacidos pretérmino he adquirido habilidades y destrezas que me permiten aplicar un conocimiento especializado para satisfacer las necesidades particulares de los neonatos pudiendo atender a recién nacidos extremadamente prematuros evitando lesiones en la piel.
2. Las licenciadas que atendemos a recién nacidos pretérmino con lesiones en la piel nos permite desarrollar potencialidades humanas y mejorar nuestros planes de atención, pues somos conscientes de todos los riesgos a los que se encuentran expuestos, brindando una atención eficaz con calidad y calidez evitando complicaciones.
3. La correcta atención de enfermería facilita la buena evolución del recién nacido pre término pues en ellos las infecciones en la piel por ser una puerta abierta para la invasión de microorganismos conlleva a una alta mortalidad, de ahí la importancia de los cuidados rápidos y oportunos, junto con la unificación de criterios en cuanto al tratamiento.

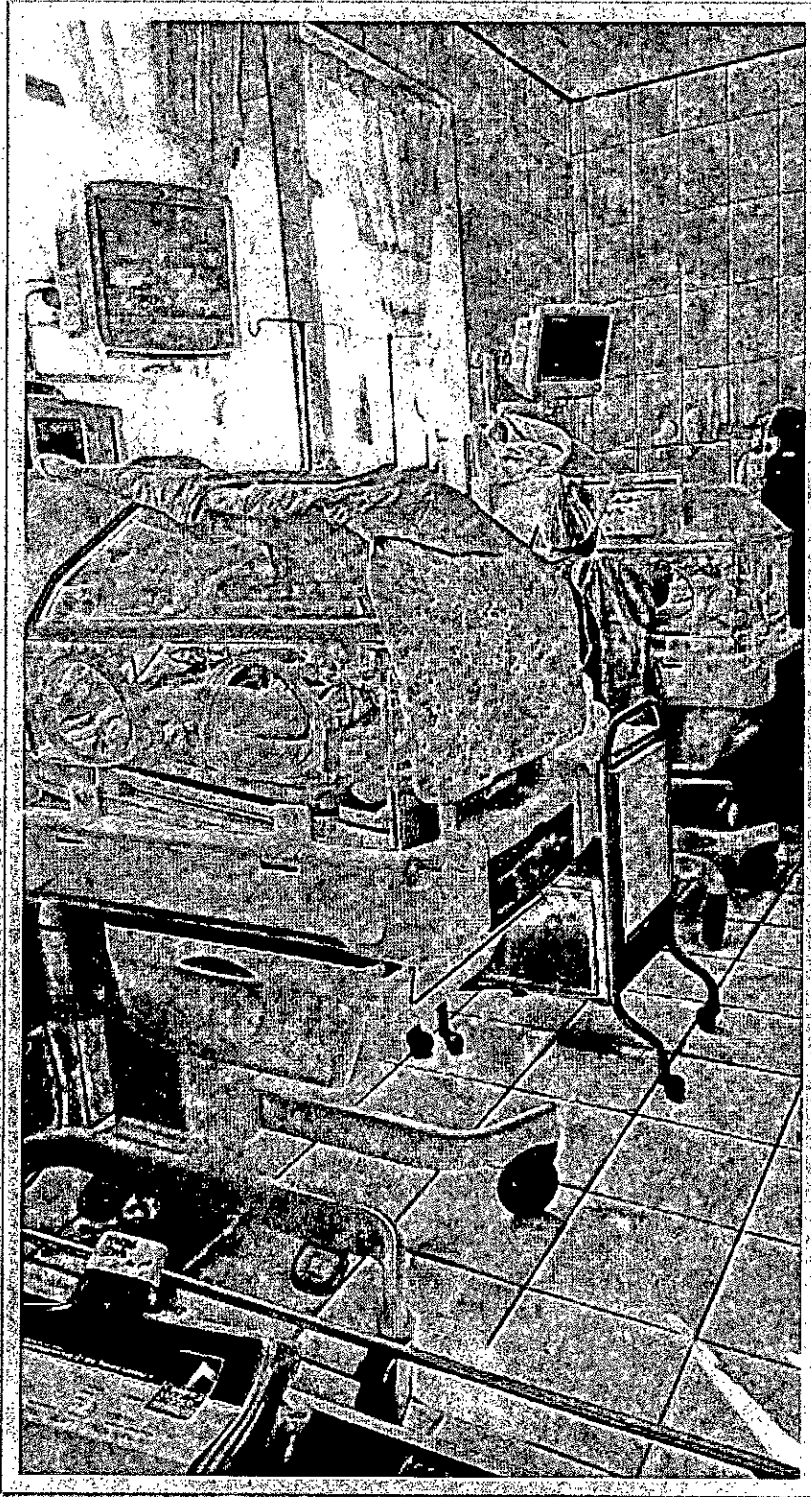
VI. RECOMENDACIONES

1. Para el personal de enfermería este trabajo ayudará a mejorar sus procesos en cuanto al cuidado de la piel del recién nacido prematuro y en el tratamiento ya que mejorará su salud.
2. Para la UCIN se debe recibir capacitaciones regularmente en cuanto a medidas de asepsia y manejo del paciente prematuro para que las licenciadas que ahí laboramos logremos una mejor atención asimismo realizar guías de atención.
3. Para la institución ampliar la UCIN evitando así el hacinamiento para una mejor distribución de los equipos y contar con más insumos para el cuidado de los recién nacidos.

VII. REFERENCIALES

1. Meritano et al, Comparación de dos métodos para reducir la pérdida insensible de agua en recién nacidos prematuros de muy bajo peso, Rev. Hosp. Mat.Inf Ramón Sardá 2008; 27
2. Wysocki AB, anatomía y fisiología de la piel y tejidos blandos . En: aguda y heridas crónicas. Gestión de enfermería Segunda. Edición. Capítulo 1. Byrant RA (ed) . Mosby, EE.UU. 2000 .
3. Irving V , cuidar y proteger la piel de los recién nacidos prematuros . Jornal of Wound Care, 10 (7) : 253-256 . 2001 .
4. Rutter N consecuencias clínicas de una barrera inmaduro. Seminarios en Neonatología, 5 (4) : 281-287 , 2000 .
5. Kalia NY, Nonato LB , Lund CH , Guy RH . Desarrollo de la función barrera de la piel en los niños con bajo peso al nacer. J Invest Dermatol . 1998; 111 : 320-326 .
6. Evans N. y N. Rutter Desarrollo de la epidermis en el recién nacido. Biología del neonato, 49: 74-80, 1986 .
7. Ookken A, Koch J , eds . La termorregulación de los recién nacidos de peso al nacer enfermos y bajos. Berlín: Springer ; 1995
8. Victoria López Cócera, et al. Cuidados de enfermería en la piel del recién nacido prematuro. Artículos Científicos. Valencia; 2010

ANEXOS



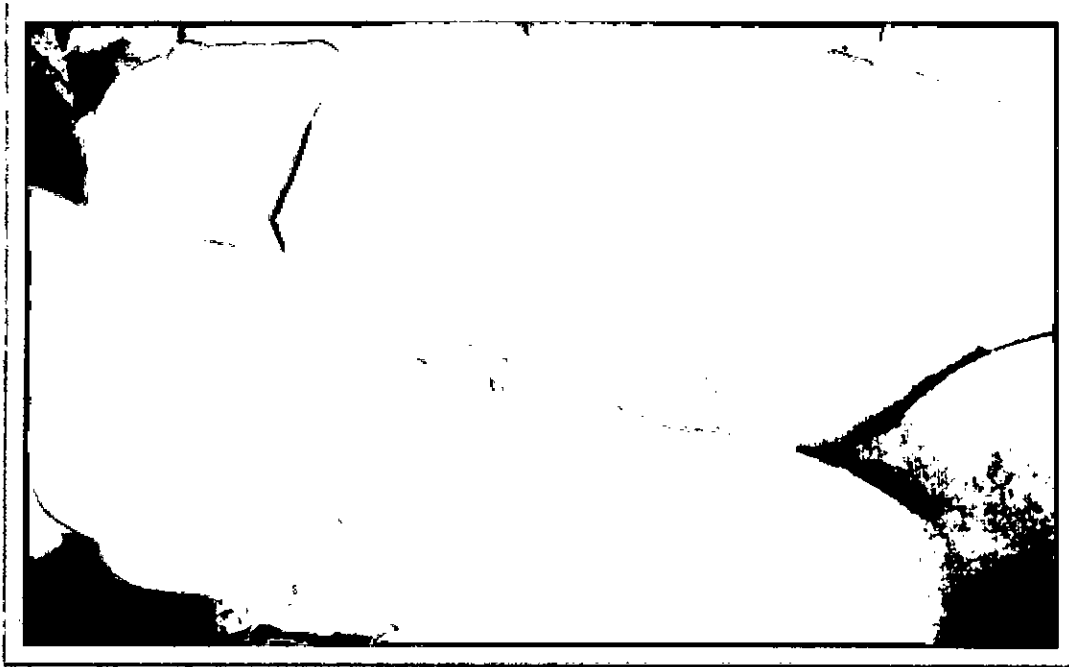
UCIN - SULLANA



CUIDADO INTEGRAL DEL NEONATO



ASPIRACIÓN DE SECRECIONES



QUEMADURA DE LA PIEL POR GLUCONATO DE CALCIO



Laceración por venopunción



VISITA DE LOS PADRES AL RECIÉN NACIDO