



OBNJ
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidad Federal Fluminense

uff

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Lesiones de piel en bebés internados en una unidad neonatal: estudio descriptivo

Michelle Thais Migoto¹, Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza², Edilaine Giovanini Rossetto²

¹Hospital del Corazón de Londrina

²Universidad Estadual de Londrina

RESUMEN

Objetivo: identificar la incidencia y el predominio de lesiones de piel en recién nacidos hospitalizados, así como caracterizar las lesiones planteadas en este estudio.

Método: estudio longitudinal, observacional, cuantitativo, realizado en una unidad neonatal con acompañamiento diario, por medio de examen físico, de 40 recién nacidos (RNs), durante septiembre y octubre del 2011. Los datos fueron tratados por estadística descriptiva e inferencial.

Resultados y Discusión: identificadas 195 lesiones, con media de cinco lesiones por RN; incidencia de 16%; predominio de 58% y; media de internación de 37,2 días. La dermatitis causada por pañales fue la lesión más incidente, con índice de evolución para complicación en moniliasis menor de que lo evidenciado en otros estudios. Se constató significado estadístico entre el uso de fungicida en las dermatitis causadas por pañales y el tiempo de tratamiento.

Conclusion: necesidad de una asistencia preventiva de lesiones que favorezca una mejor calidad de vida y el desarrollo de los recién nacidos.

Palabras-Clave: integumento Comúm; piel; recién-nacido; atención de enfermería

INTRODUCCIÓN

La lesión de la piel es común en los recién nacidos prematuros (RNPT) que se encuentran hospitalizados y luego en el primer mes de vida cerca de 80% de esos niños ya han sufrido alguna lesión en la piel. Con eso, la función de protección se queda perjudicada y la lesión se convierte en una puerta de entrada para microorganismos, de modo que 25% de los prematuros y niños con bajo peso desarrollan septicemia hasta el tercer día de vida⁽¹⁾.

La piel es un órgano sensorio que desempeña varias funciones para la sobrevivencia del organismo. La epidermis es la camada más externa responsable por la homeostasis de líquidos, protección contra infección, microorganismos y toxinas. Superpuesta a ella encontramos el estrato córneo que comprende una camada bilaminar de lípidos hidrofóbicos que permiten la regulación de la función de protección de la epidermis. En el proceso de embriogénesis, su formación se completa próxima a la vigésima cuarta semana de gestación en un pequeño número de camadas y su actividad funcional se madura próximo al nacimiento. Así, la prematuridad asociada a la existencia de lesiones cutáneas perjudica el desempeño de las funciones tegumentarias aumentando la permeabilidad y favoreciendo la pérdida transpidérmica. Por consecuencia, puede resultar en mucha pérdida de peso, hipotensión, desequilibrio hidroelectrolítico e infecciones. Con el nacimiento prematuro la piel se queda en contacto con el medio extrauterino que es más seco que el medio intrauterino, este cambio estimula su madurez, que puede ocurrir entre dos y cuatro semanas o extenderse en hasta ocho semanas de vida para los prematuros más extremos⁽²⁾.

Por ser extremadamente fina, la piel de los prematuros presenta, con frecuencia, lesiones por procedimientos durante la hospitalización. Considerando aun la inmadurez inmunológica de los prematuros, las lesiones de piel promueven perjuicios a la barrera cutánea, favoreciendo la formación de puertas de entrada para patógenos causando infección. Un estudio descriptivo, realizado en un hospital general identificó 768 tipos de infecciones, siendo que 485 (63,2%) fueron clasificadas como infección de origen

hospitalaria y de esas, 79 (16,3%) ocurrieron en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Esta alta incidencia de infección, principalmente en UTIN, ocurre debido a que los individuos hospitalizados, , están más susceptible a las infecciones debido a la exposición a mayor variedad de microorganismos patogénicos y la necesidad de diversos procedimientos invasivos para asegurarles su vida⁽³⁾.

La lesión de la piel puede provocar un sentimiento hostil en los padres, por representar el dolor y el sufrimiento que su hijo vive durante la hospitalización y hasta dificultar la formación del vínculo con el niño. Saber tratar y prevenir lesiones de piel comprende una asistencia de salud humanizada. Cabe al profesional de enfermería invertir en ese cuidado, ya que la falta de ese cuidado representa una negligencia profesional.

El desconocimiento de la incidencia y características de las lesiones de la piel dificulta la estandarización de las conductas adoptadas para su tratamiento y prevención, mediante la ausencia de un protocolo que será seguido por el equipo de enfermería y el equipo médico. Cabe a los profesionales de salud, principalmente al equipo de enfermería, estar atentos para evitar al máximo que la integridad de la piel del RNPT sea perjudicada durante la manipulación y realización de cuidados.

En ese contexto, este estudio tuvo como objetivo identificar la incidencia y el predominio de lesiones de piel y caracterizar las más comunes entre neonatos que permanecieron internados en una unidad neonatal de un hospital universitario.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo y observacional, de enfoque cuantitativo, que estudió las lesiones de piel de recién nacidos (RNs) internados en la Unidad de Cuidados Intermediarios (UCI) y UTIN de un hospital universitario. Fue aplicado un test piloto en agosto de 2011 para adecuaciones en el instrumento y entrenamiento de los profesionales para la colecta de datos. Diariamente, durante los meses de septiembre y octubre de 2011, las enfermeras de las unidades colectaron los datos durante la práctica del examen físico. Fueron utilizados dos formularios: el primero posibilitó el registro del

número de lesiones de piel por pacientes y su clasificación en hematoma, equimosis, infiltración, flebitis, necrosis, lesión nasal, lesión por adhesivo, úlcera por presión, granuloma umbilical, dermatitis en la región del pañal y dermatitis por contacto. Estos datos promovieron el relleno de un segundo instrumento, en el cual se registró la cantidad de pacientes atendidos en el día, el número de pacientes con lesión, el número de nuevas lesiones identificadas en el día y la media de funcionarios de enfermería presente en los tres turnos: diurno, tarde y nocturno.

Las variables independientes estudiadas fueron: peso, edad corregida, edad cronológica, sector y tiempo de internación, medicaciones sistémicas en uso (antibióticos y fungicidas), evolución de la lesión, tratamiento de elección y tiempo de duración del diagnóstico hasta la resolución del problema de salud.

Las lesiones fueron clasificadas conforme recomendado en la literatura:

Equimosis: lesión macular redondeada o irregular de tamaño mayor que 3mm. Su coloración inicial es azul púrpura que desvanece para verde, amarilla y pardusco, en este orden. Esta lesión surge como manifestación secundaria del desbordamiento de sangre que se queda cautivo en la piel después del trauma⁽⁴⁾.

Hematoma: acumulación de sangre bien localizada fuera del vaso sanguíneo, que forma un coágulo en cualquier tejido. En la piel se queda cautivo bajo ella y por eso puede presentar aspecto convexo. Se origina del trauma⁽⁴⁾.

Infiltración o desbordamiento: administración accidental de cualquier volumen infundido por vía venosa para el tejido adyacente, caracterizado por edema e hiperemia. Puede presentar como complicación la lesión de piel cuando el volumen infundido sea citotóxico⁽⁶⁾.

Flebitis: proceso inflamatorio que resulta en la formación de un cordón fibroso, o sea, endurecimiento de la pared del vaso notable a la palpación, debido a la acción mecánica, bacteriana o química, presentando dolor, calor y rubor⁽⁵⁾.

Necrosis del tejido: lesión irreversible de la membrana celular, debido al comprometimiento vascular del local que resulta en falta de suministro sanguíneo y muerte celular⁽⁵⁾.

Lesiones nasales: causadas por uso de cánulas nasales y pueden presentarse en tres etapas: ligero con presencia de hiperemia, moderada cuando presenta sangramiento y severa cuando hay formación de necrosis y destrucción parcial o total del septo nasal⁽⁶⁾.

Lesión por adhesivo: caracterizada por abrasión de la piel, eritema y hasta ulceraciones, provocadas por la fricción en la retirada del adhesivo⁽⁵⁾.

Úlcera por presión: lesión originada de la isquemia de los tejidos blandos por causa de la compresión y cizallamiento en prominencias óseas. Esto hace que el flujo sanguíneo sea perjudicado y que ocurra isquemia local disminuyendo el suministro de nutrición y oxígeno, resultando en muerte celular⁽⁵⁾.

Granuloma umbilical: durante el proceso de momificación del muñón umbilical puede ocurrir una infección por *Stafilococcus*. Se caracteriza por eritema y endurecimiento alrededor del muñón, con presencia o no de secreción clara, serosa, sangrienta o purulenta y olor fétido. Esa infección favorece la formación de un tejido de granulación, con presencia de secreción o apenas humedad local⁽⁷⁾.

Dermatitis en la región del pañal: es la afección cutánea más frecuente. Se caracteriza por eritema brillante de aspecto barnizado, que evoluciona para una piel "arrugada". Puede haber pápulas eritematosas asociadas a edema y descamación de la piel. Presente en las nalgas, muslos, parte inferior del abdomen, pubis, grandes labios y escroto con preservación de los pliegues cutáneos⁽⁸⁾.

Dermatitis de contacto: reacción inflamatoria cutánea, desencadenada por un agente externo, con formación de eczemas que es caracterizada por la presencia de eritema, vesículas, exudación, pápulas, escamas, liquenificación, siendo muchas veces semejante a una quemadura⁽⁹⁾.

Los factores de riesgos asociados al favorecimiento de incidencia de las lesiones de piel en esa población fueron: tiempo de internación menor, igual o mayor que 15 días; peso

menor, igual o mayor que 1.500g; edad de gestación al nacimiento (IGN) hasta 31 semanas y seis días o 32 semanas o más.

Para la asociación al tiempo de duración de la dermatitis perineal se utilizaron los siguientes factores: o peso, en el momento del diagnóstico de la lesión menor, igual o mayor que 1500g; tipo de tratamiento escogido; edad de gestación corregida (IGC) menor que 32 semanas, entre 32 semanas hasta 37 semanas y seis días, y 38 semanas o más. Esos factores fueron determinados a partir de la fiscalización de la asistencia de enfermería y revisión de la literatura.

Fueron incluidos en el estudio todos los individuos que necesitaron de asistencia en la unidad neonatal después de los partos que presentaron lesión de piel durante el periodo de colecta de datos. Fueron excluidos los individuos que recibieron alta de la unidad en menos de 24 horas.

Para calcular la incidencia y el predominio de lesiones de la piel fue utilizada una unidad de medida de la asistencia dada: paciente día, la cual incluye, para los cálculos de morbilidad, los usuarios que necesitan de la asistencia de enfermería las 24 horas, a excepción del día del alta o el de óbito. El día del alta solamente es computado cuando hay coincidencia con el día de internación, totalizando un día. En este estudio, sin embargo, recibir alta el mismo día de la internación fue un criterio de exclusión⁽¹⁰⁾.

Para el cálculo de predominio fue utilizando la siguiente fórmula:

Total de pacientes afectados por lesión de piel en el periodo X 100

Total de paciente día con evaluación de riesgo para lesión de piel

Para el cálculo de la incidencia:

Total de pacientes con nueva lesión piel en el periodo X 100

Total de paciente día con evaluación de riesgo para lesión de piel

Los datos fueron digitados en el programa *Microsoft Office Excel*[®] 2007 y para la aplicación del test estadístico chi-cuadrado fue utilizado el *software Statistic Package for Social Science-SPSS*[®] versión 15.0. Los pacientes fueron acompañados desde el momento de la internación hasta el alta del hospital y cada lesión fue clasificada y descrita conforme el orden cronológico del surgimiento hasta el momento de la remisión.

Para cada lesión diagnosticada fue establecido un tratamiento conforme la rutina de la institución.

Después del diagnóstico de la presencia de la lesión y su clasificación, los investigadores se dirigieron a los responsables por esos bebés, a los cuales se les solicitó autorización para incluir a su hijo en la investigación. Ellos fueron informados sobre los objetivos de la investigación y sobre los derechos de preservación del anonimato y la posibilidad de salida en cualquier momento del estudio. Después de la aceptación, el padre o la madre del individuo firmó el Término de Consentimiento Libre y Aclarado. El proyecto de Investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Estadual de Londrina, conforme el parecer 246/10.

RESULTADOS

De los 52 RNs que internaron en estas unidades durante el periodo de la colecta de datos, 12 fueron excluidos por haber recibido alta antes de las 24 horas o por no presentar ningún tipo de lesión de piel. La muestra fue compuesta por 40 RN, 55% del sexo masculino, con peso entre 535 a 3440g, edad de gestación al nacimiento entre 23 semanas y tres días a 41 semanas y tres días, 51,8% de las lesiones fueron identificadas en pacientes internados en la UCI y 61,2% estaban acomodados en incubadoras con calefacción.

El periodo de internación varió de dos a 135 días, con media de 37,2 días y moda de 15 días. Los periodos de internación más largos fueron de prematuros extremos que necesitaron de soporte intensivo prolongado y después recibieron alta para la UCI. El conjunto de los RNs presentó un total de 195 lesiones. La cantidad de lesión por RN varió de dos a 13, con media de cinco y moda de cuatro lesiones, como muestra la Tabla 1.

Tabla 1 - Caracterización de los recién-nacidos estudiados en unidad neonatal del hospital universitario, según sexo, peso y edad gestación al nacimiento, tiempo de internación y total de lesiones. Londrina-PR, 2011

Variable	N	%
Sexo		
Femenino	19	47,5
Masculino	21	52,5
Peso al nacer		
> 1500g	18	45,0
≤1500g	22	55,0
IG de nacimiento		
> 32 semanas	18	45,0
≤ 32 semanas	22	55,0
Tiempo de internación		
> 15 días	8	20,0
≤15 días	32	80,0
Total de lesiones		
> 5 lesiones	26	65,0
< 5 lesiones	14	35,0

La incidencia de lesiones de piel varió de cero a 56%, presentando una media de 16% de nuevas lesiones, o sea, a cada 17 bebés internados en esta unidad tres presentaron una nueva lesión en la piel. Para el predominio hubo una variación entre 30 a 91%, con una media de 58%, que equivale decir que a cada 17 bebés internados 10 presentarían algún tipo de lesión de piel.

La Tabla 2 demuestra el tipo de lesión y la media de su duración en días. A pesar de haber sido evaluados en cuanto a la presencia de úlcera por presión, ningún RN presentó ese tipo de lesión durante el estudio.

Tabla 2 - Caracterización de las lesiones de piel en cuanto al tipo y tiempo de duración en recién-nacidos internados en la unidad neonatal del hospital universitario. Londrina-PR, 2011

Tipo de lesión	N	%	Duración (en días)
Dermatitis por pañales	58	29,7	5,8
Hematoma y equimosis	48	24,7	9,9
Lesión por adhesivo	19	9,8	4,7
Infiltración	18	9,2	2,2
Flebitis	11	5,6	5,1
Lesión nasal	10	5,1	4,6
Granuloma umbilical	10	5,1	4,6
Incisión quirúrgica	10	5,2	10,6
Necrosis	9	4,6	9,0
Dermatitis de contacto	2	1,0	2,0

El investigador al diagnosticar una nueva lesión luego aplicaba un tratamiento conforme la rutina de la institución (Tabla 3). El uso del fungicida fue indicado para las dermatitis perineal que evolucionando para la infección por hongos, representando 8,7% do total de lesiones.

Tabla 3 - Terapia elegida para el tratamiento de las lesiones diagnosticadas en recién nacidos internados en una unidad neonatal del hospital universitario. Londrina-PR, 2011

Tratamiento	Tipo de lesão	N	%
Nenhum	Hematoma e equimose	75	5,1
Ácidos graxos essenciais (AGE)	Lesão por adesivo, lesão nasal, dermatite perineal, lesão de continuidade e fissura	52	26,6
Antifúngico	Dermatite perineal infectada com fungos	17	8,7
Hidrocoloide	Necrose, prevenção de lesão em septo nasal, lesão por adesivo	17	8,7
Calor/seco	Flebite, dermatite perineal	14	7,2
Nitrato de prata	Granuloma umbilical	10	3,1
Agarol®	Usado empiricamente em infiltração de grande extensão	6	38,5
Creme de barreira para prevenção	Dermatite perineal de grande extensão	4	2,1
Total		195	100

La Tabla 4 presenta la caracterización de los recién nacido que presentaron lesión más

allá de la media encontrada en este estudio, que fue de cinco lesiones. Los resultados del Migoto MT, Souza SNDH, Rossetto EG. Skin lesions of newborns in a neonatal unit: descriptive study. Online braz j nurs [Internet]. 2013 June [cited year month day]; 12 (2): 377-92. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4042>. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134042>

test chi-cuadrado para el estudio de las asociaciones entre la precocidad y el tiempo de internación ($p=0,412$), el peso ($p=0,212$) y la edad de gestación al nacimiento ($p=0,0446$), no presentaron significancia estadística.

Tabla 4 - Caracterización de los recién nacidos que presentaron más de cinco lesiones durante la internación en una unidad neonatal del hospital universitario, según el tiempo de internación, peso y edad gestación al nacimiento (IGN). Londrina-PR, 2011

Variables		Cinco o más lesiones			
		Sí	%	No	%
Internación	< 15 días	2	25,0	6	75,0
	≥ 15 días	12	37,5	20	62,5
Peso	< 1500g	8	44,4	10	55,6
	≥ 1500g	6	27,2	16	72,8
IGN	< 32 semanas	7	38,8	11	61,2
	≥ 32 semanas	7	31,8	15	68,2

La lesión más común que necesitó del aumento de la demanda de asistencia al enfermo en el desarrollo del proceso de trabajo fue la dermatitis en la región de los pañales. Para comprenderla mejor fue aplicado el test estadístico chi-cuadrado para encontrar asociaciones entre la duración en días y el tratamiento elegido. El resultado indicó significancia estadística ($p=0,014$) entre las variable analizadas. Las dermatitis tratadas con AGE tuvieron duración menor cuando comparadas a las dermatitis que presentaron infección y fueron tratadas con fungicida tópico.

Los resultados del test chi-cuadrado, realizado entre el tiempo de duración de la dermatitis en la región del pañal y las variables peso del RN ($p=0,100$) y edad corregida en el momento del diagnóstico ($p=0,666$), no presentaron significancia estadística.

Las principales causas observadas, en este estudio, para el surgimiento de lesiones de piel en los RN se relacionaron a los: agentes medicamentosos: punción y terapia intravenosa ($n=82$ lesiones; 42,1%). Los agentes no medicamentosos - uso do adhesivo para fijación directamente en la piel, cánulas nasales para soporte ventilatorio, procedimiento quirúrgico el sensor de oximetría para monitorización - fueron responsables por 36 lesiones (18,4%). En 77 lesiones (39,5%) no fue posible identificar una posible causa debida a la falta de esta información en las anotaciones de enfermería.

DISCUSIÓN

En este estudio fueron diagnosticadas 195 lesiones en un periodo de dos meses, en una población de 40 RNs. Algunas lesiones no fueron evaluadas de inmediato, siendo diagnosticados entre 24 y 48h después el surgimiento, debido a la dificultad en mantener a los investigadores, ininterrumpidamente, dentro del servicio. Esa realidad imposibilitó la identificación del tipo de lesión con total precisión, ya que la piel del RNPT es muy frágil y la evolución de las lesiones para la forma de necrosis se da rápidamente.

En estudio realizado con 121 recién nacidos, fueron identificadas 230 lesiones, en aproximadamente cinco meses, con media de 1,9 lesiones por paciente⁽⁹⁾. Otro estudio contabilizó 55 lesiones en aproximadamente tres meses en una muestra de 36 RN, con media de 1,5 lesiones por paciente⁽¹¹⁾. Ambos estudios presentaron una media de lesión por paciente inferior a la encontrada en esta investigación, que fue de cinco lesiones, a pesar de coleccionar datos por un período superior. Los recién nacidos estudiados por las referidas investigaciones, fueron los que necesitaron de internación en un hospital en UTI, lo que sugiere ser una población de riesgo elevado para problemas de piel, necesitando de cuidados especializados. Esas informaciones confirman la necesidad de crear un programa de entrenamiento para la enfermería direccionado a la formación de todo el equipo para el cuidado con la piel y mejor calidad del servicio de enfermería⁽¹¹⁾. Los indicadores del presente estudio retratan una alta incidencia y predominio de lesiones de la piel en esa población, evidenciando la necesidad de recibir cuidados especializados con la piel. Esa realidad puede ser alcanzada con la creación de protocolos para la estandarización de conductas e implementación de cuidados por medio de la capacitación de los profesionales.

En el presente estudio, durante la observación para la colecta de datos, se buscó identificar el agente causador de la lesión, siendo los agentes medicamentosos los más comunes (42,1%), seguido de los agentes no medicamentosos que cubre el adhesivo, las cánulas nasales y los procedimientos quirúrgicos (18,4%). Ambos presentaron incidencia mayor en relación a los valores identificados en otros estudios^(9, 11).

No fueron identificadas, en este estudio, lesiones clasificadas como úlcera por presión, posiblemente por la dinámica del proceso de trabajo del servicio que determina el cambio de decúbito rigurosamente a cada dos horas en el momento de la verificación de las señales vitales.

A pesar de que el sensor de oximetría es considerado un agente causador de lesión, esta investigación no identificó ninguna lesión originada por su mal uso, probablemente por la rigurosa rotación del local de monitoreo a cada 2 horas y fijación adecuada. En corroboración, Nepuceno y Kurckant⁽⁹⁾, que también consideraron el oxímetro de pulso como factor de riesgo para la lesión, tampoco encontraron ninguna lesión relacionada a su mal uso. Los principales factores de riesgo identificados por ellos fueron la terapia intravenosa (80,4%), que necesita de la punción e infusión de volumen provocando lesiones del tipo equimosis, hematoma, infiltraciones, erosión y hasta erupción cutánea en la región del pañal, posiblemente por la administración de antibioticoterapia y; el adhesivo (1,7%), por lesionar la piel debido a la fuerte adhesión y dificultad de eliminación debido a la fragilidad de la piel⁽¹¹⁾.

Fontanele y Cardoso⁽¹¹⁾, por su vez, detectaron el hematoma como la lesión más incidente (46,0%) y no describieron ninguna dermatitis por pañales, diferente de lo constatado en este estudio, que identificó esa lesión como la más frecuente (n=58; 29,7%). En segundo lugar, hematomas/equimosis con 48 casos (24,7%) y en tercero, lesión por adhesivo caracterizado por hiperemia con 19 casos (9,8%). Nepuceno y Kurckant⁽⁹⁾ detectaron la equimosis como la lesión más frecuente (n=117 casos; 50,9%), seguida del eritema perineal (n=66; 28,7%) y moniliasis (n=19; 8,3%). Para lesión del tipo dermatitis por pañales nuestro estudio encontró una incidencia menor, pero con una evolución para la complicación mayor de lo que mostró el estudio de Nepuceno y Kurckant⁽⁹⁾.

La moniliasis ocurre por el hongo *Candida albicans*, que es encontrado en la microbiota del trato gastrointestinal, boca, piel y vagina de personas saludables⁽¹²⁾. Esa infección en la región perinal tiene la presencia de puntos rojos, diferenciando de la dermatitis por

pañales y el profesional debe desconfiar y evaluar si hay infección oral asociada⁽¹³⁾. Es tratada con la aplicación de nistatina crema a cada cambio de pañales tras la higiene local con agua y jabón neutro. Para dermatitis sin la presencia de infección es indicado el baño de sol y el uso del almidón de maíz⁽¹⁴⁾.

La exposición de la piel al sol es indicada, pues las radiaciones ultravioletas son cicatrizantes e incluso eliminan los microorganismos patogénicos⁽¹³⁾. De las dermatitis causadas por pañales diagnosticadas por este estudio, 29,3% complicaron para la infección por hongos y recibieron la nistatina tópica como tratamiento de elección.

El RNPT puede adquirir la *Candida albicans* durante el periodo intrauterino, por vía ascendente y por el paso a través del canal del parto, pudiendo causar en infección mucocutánea. La infección por vía hematogénica es rara y la mayor incidencia de infección por el hongo puede ser debido a la presencia de catéteres y procedimientos invasivos durante la internación⁽¹²⁾. Hijos sanos que están con la piel integral, difícilmente son afectados por la infección por ese hongo. Sin embargo los bebés que presentan la dermatitis por pañales son 40 a 50% más susceptibles a la colonización de ese hongo, sólo, en virtud de la disfunción tegumentaria⁽¹⁵⁾.

Los RNPTs, durante el periodo de internación en el hospital, comúnmente necesitan de antibioticoterapia lo que favorece la presencia de moniliasis perineal, porque inhibe el crecimiento de la microbiota bacteriana normal de la piel. También puede necesitar del uso prolongado de corticosteroides que provocan la disminución de la defensa del organismo y, consecuentemente, favorecen la proliferación de hongos⁽¹¹⁾.

La constatación de que el tratamiento de la dermatitis con fungicida tópico fue menos eficiente que el tratamiento de las dermatitis sin señales de infección con AGE, considerando que el primer caso el tiempo de remisión de la lesión fue superior, puede ser explicado, en parte, por el hecho de que en la remisión es más favorable que suceda contaminación por hongos, lo que sugiere la importancia del tratamiento precoz en la prevención de infección local.

El tratamiento de elección más utilizado en ese estudio fue el AGE (26,6%) utilizado en el tratamiento de 52 lesiones, lo que corresponde a más de un cuarto del total de lesiones encontradas. Se sabe que el AGE integra el estrato córneo de la epidermis disminuyendo la pérdida de agua transepidérmica, promoviendo su elasticidad y garantizando la integridad de la piel. Los ácidos grasos esenciales también son esenciales para las funciones celulares por ser precursores de la síntesis de ácidos grasos poli insaturados de cadena larga, promoviendo la fluidez de las membranas, actividad de las enzimas de membrana y síntesis de eicosanoides como las prostaglandinas, leucotrienos y tromboxanos. Estas tres sustancias poseen la capacidad de modificar reacciones inflamatorias e inmunológicas, alterando funciones leucocitarias y acelerando el proceso de granulación del tejido, además promover quimiotaxis, atracción de leucocitos, amilogénesis y favorecer la humedad, acelerando el proceso de cicatrización. El ácido linoleico es un componente del AGE muy importante en el transporte de grasas, manutención de la función e integridad de las membranas celulares y actúa como inmunógeno local. El también es encontrado en la composición del aceite de girasol, que puede ser utilizado para el favorecimiento de la cicatrización de la piel⁽¹⁶⁾.

Para el tratamiento del granuloma umbilical fue utilizado el nitrato de plata, conducta establecida por el servicio para el tratamiento de ese tipo de lesión. Esta sustancia auxilia en el control de infección local por iniciar la acción bactericida contra bacterias gran-positivas como el *Stafilococcus aureus*. La literatura recomienda atención cuanto a las señales de hipersensibilidad, como picazón, hiperemia, dolor y calor que puedan ocurrir con el uso del nitrato. La Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) estableció criterios para la comercialización del nitrato de plata, conforme proporciona la RDC 199 de 2006⁽¹⁷⁾.

Estudio realizado con RNs de peso inferior a 2000g, internados en una unidad neonatal y aleatorizado en dos grupos en los cuales se utilizaron el microporo y el hidrocloide para la fijación de sensores con el objetivo de prevenir lesión, pues presenta menor fricción durante su retirada. Ambos provocaron lesión, pero el hidrocloide presentó menor

frecuencia e intensidad de la lesión con significancia estadística ($p < 0,05$), principalmente en los prematuros con peso menor que 1000g con la piel muy fina y gelatinosa⁽¹⁶⁾.

CONCLUSIÓN

Este estudio posibilitó describir las principales lesiones que afectan a los RNs durante la hospitalización y posibilitó una evaluación de las causas de las mismas, proporcionando, por lo tanto, informaciones para reflexiones sobre el cuidado de la piel del prematuro. Cabe al enfermero planear la asistencia dada y capacitar, al equipo de enfermería, con conocimiento teórico práctico para las intervenciones más adecuadas en el cuidado con la piel de prematuros, ofreciendo una asistencia más segura.

Es posible percibir que la realización de la investigación trajo un impacto positivo para el servicio que sirvió como escenario de estudio, pues, durante el período de la colecta de datos no fue encontrada ninguna lesión grave, que podrían ser identificadas entre los recién nacidos hospitalizados. Esto se debió, posiblemente, por el establecimiento de la dinámica de diagnóstico de la lesión e inicio precoz del tratamiento.

Con los hallazgos de este estudio es posible percibir la necesidad de una asistencia preventiva de lesiones, evitando dolor e infecciones, que favorezca una mejor calidad de vida y, por consecuencia, mejor desarrollo de los recién nacidos. Este estudio apunta, para la necesidad de pesquisas más específicas para instrumentalizar los procesos de evaluación del cuidado de la piel, con técnicas y productos disponibles en el mercado.

CITAS

1. Adriano LSM, Freire ILS, Pinto JTJM. Cuidados intensivos com a pele do recém-nascido pré-termo. Rev Eletr Enf [Internet]. 2009 [cited 2012 Apr 23]; 11(1):173-80. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a22.htm>.
2. Dinulos JGH, Darmstadt GL. Doenças Dermatológicas. In: Macdinald MG, Seshia MMK, Mullet MD. Every Naonatologia – Fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara e koogan, 2007. p. 1365-83.
3. Gaspar MDR, Busato CR, Severo E. Prevalência de infecções hospitalares em um hospital geral de alta complexidade no município de Ponta Grossa. Acta sci, Health sci. 2012; 34(1): 23-9.

4. Smeltzer AC, Bare BG. Brunner & Suddarth - tratado de enfermagem médico cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan; 2006.
5. Phillips LD. Terapia intravenosa: problemas especiais. In: Phillips LD. Manual de Terapia Intravenosa. 2º ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 269-91.
6. Guillaumon MR, Segre CAM. Atendimento Ambulatorial. In: Segre CAM. Perinatologia - Fundamentos e Prática. São Paulo: Servier; 2002. p. 881-885.
7. Fernandes JD, Machado MCR, Oliveira ZNP. Fisiopatologia da dermatite da área das fraldas: parte I. An Bras Dermatol [Internet]. 2008 Dec [cited 2012 Sep 07]; 83(6): 567-71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962008000600012&lng=en.
8. Motta AA, Aun MV, Kalil J, Giavina-Bianchi P. Dermatite de contato. Rev bras alerg imunopatol. 2011; 34 (3).
9. Nepuceno LMR, Kurckant P. Uso de indicadores de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(4): 665-72.
10. Ministério da Saúde [BR] [homepage on internet]. Secretaria de Assistência à Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. [cited 2012 Jan 25]. Available from: www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/SAS_CP4_01_informes.doc.
11. Fontenele FC, Cardoso MVLM. Lesões de pele em recém-nascidos no ambiente hospitalar: tipo, tamanho e área afetada. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(1):130-7.
12. Londrina. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. Saúde da Criança: protocolo. Londrina, PR: [s.n]; 2006.
13. Minari SV, Silva SDP. Anexo nº 03 - Assistência de Enfermagem à Criança. In: Campinas. Secretaria de Saúde [homepage on internet]. Atenção à Saúde. Protocolos. Protocolo de Saúde da Criança. 2009 [cited 2012 Apr 28]. Available from http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo_crianca_adol_escente/prot_saude_crianca_assistencia.htm.
14. Bowden VR, Greenberg CS. Troca de Fraldas In: Bowden VR, Greenberg CS. Procedimentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan; 2005. p. 704-7.
15. Manhezi AC, Bachion MM, Pereira AL. Utilização de ácidos graxos essenciais no tratamento de feridas. Rev Bras Enferm. 2008; 61(5): 620-9.
16. Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Assistência à Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. [Cited 2012 Jan. 25] Available from: www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/SAS_CP4_01_informes.doc.
17. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº199, de 26 outubro de 2006. Dispõe sobre os medicamentos de notificação simplificada. Diário Oficial da União 26 Out 2006; Seção 2.

Recibido: 07/09/2012

Aprobado: 06/02/2013