



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

---

---

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

DERMATOSIS NEONATALES, FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN Y  
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
NEONATALES DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.

TESIS  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

PRESENTA:  
DRA. GRISELDA PALOMA LEAL CASTREJÓN

DIRECTORA DE TESIS:  
DRA. MIRNA E. TOLEDO BAHENA

ASESORES DE TESIS:  
DRA. ADRIANA MA. VALENCIA HERRERA  
DRA. EDNA PATRICIA VÁZQUEZ SOLANO



Febrero 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

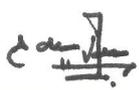
---

**DRA. REBECA GÓMEZCHICO VELASCO  
JEFA DE ENSEÑANZA  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**



---

**TUTOR: DRA. MIRNA ERÉNDIRA TOLEDO BAHENA  
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA  
DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**



---

**ASESOR: DRA. ADRIANA VALENCIA HERRERA  
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA  
DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**



---

**ASESOR :DRA. EDNA PATRICIA VÁZQUEZ SOLANO  
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA  
DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**

## **DEDICATORIAS**

**“Es de Gente bien nacida ser agradecida”  
Miguel de Cervantes Saavedra.**

**A mi familia, maestros y amigos por su apoyo incondicional**

## Guía de Contenido

<b>Antecedentes.....</b>	<b>2</b>
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>3</b>
<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>14</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>15</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>16</b>
<b>Hipótesis</b>	
<b>Métodos.....</b>	<b>17</b>
<b>Plan de análisis estadísticos.....</b>	<b>19</b>
<b>Descripción de variables.....</b>	<b>19</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>25</b>
<b>Discusión .....</b>	<b>30</b>
<b>Conclusión .....</b>	<b>33</b>
<b>Cronograma de actividades.....</b>	<b>34</b>
<b>Limitación del estudio .....</b>	<b>35</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>35</b>
<b>Anexos. ....</b>	<b>40</b>

## **ANTECEDENTES.**

La piel neonatal presenta características distintivas que nos permiten observar los eventos fisiológicos y patológicos de una manera muy singular. Inmediatamente después del parto, los recién nacidos asumen el desafío de la vida independiente, la temperatura exterior ya no es estable, entran en contacto con otras personas, con la luz del sol y del medio ambiente y con los gérmenes. En los recién nacidos a término, la piel está bien desarrollada y ofrece una función de barrera eficaz; pero, muestra importantes diferencias anatómicas con la piel del adulto. Al nacer, la diferencia más evidente con la piel del adulto es la presencia de una capa de vérnix caseosa, lanugo y la descamación, que le dan al bebé un aspecto peculiar durante los primeros días de vida. En los recién nacidos, la inmadurez de la piel conduce a la predisposición a determinadas enfermedades que no se pueden observar en la edad adulta, como la deshidratación, hipotermia, el aumento de la absorción de las sustancias de aplicación tópica, las lesiones de la luz solar, laceraciones iatrogénicas y quemaduras. Las salas de neonatología deben estar bien preparadas para minimizar la incidencia de complicaciones iatrogénicas.<sup>1,2</sup>

La piel es un órgano esencial para la vida, es una estructura compleja, con gran variación de acuerdo al segmento corporal que cubre, las características de la piel del neonato predisponen a estos pacientes a un alto riesgo de infección, que puede conllevar a graves secuelas y daños irreversibles, su cuidado y el mantenimiento de su integridad es un tema de gran importancia en las unidades de cuidados intensivos neonatales.<sup>2,3</sup>

Durante la hospitalización en unidades de cuidados intensivos las lesiones dermatológicas son comunes, al nacimiento la piel representa el 13% de la superficie corporal, en estas unidades se realizan varios procedimientos que conllevan a un riesgo de infección como la venopunción, colocación de electrodos, higiene corporal, cambio de ropa, cambios de posición.<sup>4</sup> El

conocimiento de la microbiota de la piel, ha servido para entender e identificar las alteraciones en la integridad de la piel y en el desarrollo de nuevos tratamientos. Los neonatos se colonizan con estafilococos coagulasa negativos en la piel, en los primeros días en las unidades de cuidados intensivos, siendo adquiridos por la flora del hospital o del personal de salud. Candida es una causa frecuente de infecciones de las membranas mucosas y de la piel perianal en los neonatos, la dermatitis fúngica invasiva es una infección postnatal de la piel que puede ocurrir también en estas unidades. Esto conlleva a que se desarrollen varias medidas de cuidado para prevenir estas lesiones.<sup>1,4,</sup>

## **MARCO TEÓRICO**

Las alteraciones cutáneas en el periodo neonatal pueden ser fundamentalmente de tres tipos:<sup>4</sup>

- A. Cambios fisiológicos y dermatosis transitorias
- B. Permanentes o marcas cutáneas
- C. Iatrógenas
- D. Otras ( Infecciosas , etc)

### **A. Cambios fisiológicos y dermatosis transitorias del recién nacido**

#### **a) Vértex caseosa.**

Durante el último trimestre de gestación el feto es cubierto por una capa biológica protectora denominada vértex caseosa. Ambos derivan del latín "Vernix" quiere decir barniz y caseosa queso. Es una sustancia resbalosa, grasosa, blanca-grisácea. Forma una barrera mecánica contra la maceración por líquido amniótico e infecciones bacterianas y micóticas, lubrica la piel y facilita el paso a través del canal del parto. En los prematuros la vértex caseosa es una capa delgada y se convierte en una capa gruesa con la edad gestacional, los posmaduros están cubiertos por poca cantidad de vértex, después del nacimiento desaparece después de varios días.<sup>1,5</sup>

### **b) Rubor y acrocianosis**

El rubor y la acrocianosis son hallazgos fisiológicos presentes en la mayoría de los recién nacidos en la etapa neonatal, representan la manifestación de la inestabilidad vasomotora mientras el neonato se ajusta al cambio entre el líquido amniótico a la vida extrauterina. <sup>2</sup>

### **c) Cutis marmorata**

La cutis marmorata es una coloración azul moteado de la piel, de aspecto reticular, es una entidad benigna y transitoria que puede durar de minutos a horas, que afecta tanto a recién nacidos a término como a prematuros. <sup>3</sup>

Es debida a una respuesta vasomotora exagerada a la hipotermia (32-35°C), por lo que al aumentar la temperatura ambiental la cutis marmorata da una apariencia normal o casi normal.

### **d) Cambio de color en arlequín**

El cambio de color en arlequín, es un eritema transitorio que envuelve un hemicuerpo del recién nacido, con blanqueamiento simultáneo, contralateral, con límites bien definidos en la línea media. <sup>1</sup>

Este trastorno es atribuido a control nervioso anormal de la vasculatura, al parecer localizado a nivel del hipotálamo, que también controla los mecanismos reguladores de calor, se ha asociado a daño intracraneal.

Se encuentra reportado en la literatura que se presenta en el 10% de los recién nacidos que ocurre con mayor frecuencia en pacientes pretérmino que en los de término.

Se considera completamente benigna y generalmente no se presenta después de la tercera semana, por lo que no requiere tratamiento.<sup>4,6</sup>

#### **e) Descamación fisiológica**

En los recién nacidos de término la descamación epidérmica se encuentra incrementada durante los tres primeros meses de vida y es más marcada en neonatos posttérmino.<sup>1</sup>

#### **f) Lanugo**

Los recién nacidos se encuentran cubiertos con cabellos sedosos y finos denominados lanugo, es más prominente en los recién nacidos pretérmino. En los hombros y el tronco posterior suele ser más pronunciado. El lanugo es generalmente no pigmentado y es reemplazado por vello durante los primeros meses de vida.<sup>7</sup>

#### **g) Ampollas por succión y erosiones**

Las ampollas por succión, erosiones o callos se encuentran presentes al nacimiento, generalmente localizadas en los dedos, muñecas o antebrazos. La lesión primaria es una vesícula o ampolla sobre una piel no inflamada y erosiones como resultado de la ruptura de la ampolla. Los callos los observamos a raíz de la succión crónica. Se resuelven en forma espontánea sin secuelas. <sup>4,7</sup>

#### **h) Hiperplasia de glándulas sebáceas**

La hiperplasia de glándulas sebáceas ocurre en más del 50% de los recién nacidos a término y es menos común en prematuros. Las lesiones consisten en pápulas múltiples, puntiformes, de color blanco amarillento en la apertura del cada folículo pilosebáceo, en las áreas donde existe mayor cantidad de

glándulas sebáceas, como la nariz, mejillas, labio superior y frente. No hay enrojecimiento de la piel subyacente.<sup>4,5</sup>

#### **i) Milia**

La milia representa una de las dermatosis transitorias del recién nacido más frecuentes. Se presenta en el 30 al 50% de los neonatos. Consiste en pápulas blancas o amarillentas de 1 a 2 mm de diámetro sobre la nariz, mentón, mejillas y frente. Son quistes epidérmicos derivados del folículo pilosebáceo, se resuelven en pocas semanas.<sup>4</sup>

#### **j) Pubertad en miniatura**

A los fenómenos que ocurren durante el periodo neonatal como resultado de la influencia del paso de hormonas maternas y placentarias se ha denominado pubertad en miniatura del recién nacido.<sup>1</sup>

**El acné neonatal ocurre en aproximadamente el 20% de los recién nacidos en cuyas familias no se había presentado, según Katsambas y colaboradores en 1999 en un estudio realizado en 22 pacientes.**

#### **k) Eritema tóxico del recién nacido**

El eritema tóxico del recién nacido (ETRN) es una dermatosis transitoria más común en neonatos sanos. Se caracteriza por la presencia de manchas eritematosas de 1 a 2 mm de diámetro, con o sin pápula o pústula central cuyo contenido es principalmente de eosinófilos y se presenta en los primeros dos días de vida.

La incidencia varía desde el 30 al 70%, no existe predilección por el sexo.

El ETRN es autolimitado por lo que no requiere un tratamiento específico.<sup>1,4</sup>

En un estudio realizado en Philadelphia en el 2006 por Echenfield y colaboradores la incidencia reportada es la misma que la nuestra se estima

entre un 31-72% en recién nacidos de término pero disminuye conforme aumenta la edad gestacional y peso.

### **l) Melanosis pustular transitoria neonatal**

La melanosis pustular transitoria neonatal (MPTN) es una condición benigna de los neonatos a término, se caracteriza por pústulas que están presentes desde el nacimiento, rodeadas de una mancha hiperpigmentada. El contenido de la pústula es principalmente neutrofílico.<sup>1,4</sup>

### **m) Miliaria**

El término miliaria es usado para describir un grupo de enfermedades transitorias ocasionadas por alteraciones de las glándulas écrinas. Éstas dermatosis son debidas a la oclusión de los conductos sudoríparos a varios niveles, resultando en la falta de sudor en la epidermis o dermis papilar. El nivel de obstrucción determina las manifestaciones clínicas.

Se encuentra en más del 15% de los neonatos, siendo más frecuente en los climas cálidos y en niños con fiebre.<sup>3</sup>

## **B. Marcas de nacimiento**<sup>1,4</sup>

### **a) Mancha Mongólica**

Es una mancha o parche hiperpigmentado, azulado, presente al nacimiento o que aparece poco tiempo después, con predilección racial, es casi normal encontrarlo en los bebés asiáticos y de raza negra. La localización más frecuente es a nivel del sacro y en área lumbar, en ocasiones la pigmentación azul se puede extender hasta muslos. Se ha documentado en un estudio realizado por Cordova en Clinical Pediatrics de 1981 una incidencia que se

encuentra marcada por diferencias étnicas: neonatos asiáticos 85-100%, negros mayor 60%, neonatos hispanos 46-70%, y blancos caucásicos menor al 10%.

#### **b) Nevos de Ota e Ito**

Esta variedad es muy similar a las pigmentaciones azul/negra, se ve la piel normal pero las áreas involucradas son la cara (Ota) y el tronco superior (Ito).

#### **c) Manchas café con leche**

Son máculas cutáneas con pigmentación ligera, histológicamente hay un incremento en la melanina basal y puede haber melanosomas gigantes. No hay proliferación de melanocitos en el área basal. El 3% de los bebés tiene al menos una mancha café con leche.

### **C. Lesiones cutáneas secundarias a traumatismos**

#### **Lesiones iatrogénicas en el recién nacido**

Cualquier tipo de daño o lesión a la piel en el recién nacido puede ocurrir antes, durante o después del nacimiento y esto puede dar como resultado desde la desaparición de la lesión sin dejar huella, hasta la presencia de cicatrices y marcas irreversibles o bien complicaciones como trombosis, sangrado o pérdida de la función de algún aparato o sistema, gran parte de éstas lesiones se pueden prevenir, por lo que es de gran importancia conocerlas y saber las complicaciones derivadas de éstas. <sup>6,7</sup>

#### **Lesiones iatrogénicas durante el embarazo <sup>3</sup>**

##### **Amniocentesis**

##### **Estudio de vellosidades coriónicas**

##### **Biopsia de piel fetal.**

##### **Biopsia hepática fetal.**

##### **Biopsia de tumor fetal.**

## **Lesiones iatrogénicas durante el trabajo de parto<sup>3</sup>**

### **Monitorización fetal**

#### **Daños adquiridos durante el trabajo de parto<sup>3</sup>**

**Caput succedaneum**, que se define como un edema de tejidos blandos que abarca el área de presentación del feto. Este cede espontáneamente después de algunos días del nacimiento, no necesita un tratamiento en especial.

**Cefalohematoma** es un hematoma subperiosteal que se produce sobre los límites de las suturas craneales, usualmente no es visible hasta varias horas después del nacimiento y tarda hasta varios meses en desaparecer.

#### **Fórceps**

Pueden ser causantes de zonas de eritema, abrasiones, equimosis y necrosis grasa subcutánea o de tejidos blandos, también ocasionan marcas faciales en el sitio de su colocación.

#### **Extractores manuales (vacumm)**

#### **Sección por Cesárea**

## **Lesiones iatrogénicas posteriores al nacimiento.**

**Daño producido por la aplicación de mascarilla para oxígeno**

**Condiciones relacionadas con la colocación de líneas arteriales**

**Complicaciones relacionadas con la administración intravenosa de nutrientes y medicamentos**

Absorción percutánea de agentes tópicos

**Lesiones por extravasación**

## **Problemas relacionados con la monitorización en cuidados intensivos**

### **Monitorización transcutánea**

## **Daño por adhesivos**

### **E. Otros:**

#### **Alteraciones del tejido subcutáneo en el recién nacido<sup>1,4</sup>**

##### **a) Necrosis grasa del recién nacido**

Nódulos o placas usualmente limitadas en áreas de trauma o isquemia local, móviles no adheridas a planos profundos, se localizan más comúnmente en mejillas, nalgas y tronco posterior, pero pueden verse en extremidades. Tiende a respetar parte anterior del tórax. Las lesiones aparecen dentro de las primeras cuatro semanas de vida, sin embargo pueden no hacerse notorias hasta meses después. Las lesiones pueden resolverse en algunas semanas o persistir más allá de los seis meses.

##### **b) Esclerema neonatal**

Alteración grave, fatal en ocasiones, del tejido adiposo que se produce principalmente en los lactantes pretérmino extremadamente enfermos, que presentan otra enfermedad subyacente, manifestada por una induración difusa no cicatricial en el tejido afectado.

##### **c) Pápulas plantares del recién nacido**

Son poco comunes, son congénitas, bilaterales, simétricas, suaves y no dolorosas, localizadas en la línea media plantar en el talón de los recién nacidos.

#### **Manifestaciones cutáneas de infecciones congénitas y adquiridas<sup>6</sup>**

##### **a) Escabiasis neonatal**

La escabiasis es una infestación cutánea causada por el parásito *Sarcoptes scabiei*, es rara en el periodo neonatal. La escabiasis congénita no ha sido reportada.

### **c) Candidiasis congénita y neonatal**

La *Candida* es el hongo patógeno más común en los recién nacidos. La infección puede ser adquirida verticalmente de la madre o en horizontal por la transmisión nosocomial en el cunero. Durante el periodo neonatal se pueden observar varios tipos de infección con *Candida sp.*

La **candidiasis congénita** se adquiere durante el periodo prenatal y se manifiesta los primeros días de vida, puede ser responsable de parto prematuro o muerte intrauterina. Existe un amplio espectro de presentaciones clínicas, desde la candidiasis cutánea congénita con una erupción cutánea difusa con o sin síntomas sistémicos, hasta la grave infección sistémica por *Candida* potencialmente mortal, sin manifestaciones cutáneas.

La **candidiasis neonatal**, es adquirida durante el paso a través del canal del parto, o después del nacimiento. Puede presentarse en forma de candidiasis localizada, como muguet o dermatitis del pañal; como dermatitis fúngica invasora, en el que la infección primaria por *Candida* se presenta con placas erosivas y costras que pueden conducir a la enfermedad sistémica; y como infección sistémica, asociada con inmunodeficiencia primaria, inmunosupresión, tratamiento crónico con antibióticos, hiperglucemia, hiperalimentación, catéteres, intubación endotraqueal prolongada u otros procedimientos invasivos.

Las especies de *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis*, y *Candida stellatoidea* pueden causar la candidiasis congénita o neonatal; pero la *Candida albicans* se ha aislado en el 95% de los casos.

#### **d) Toxoplasmosis congénita**

La infección congénita con el protozoario *Toxoplasma gondii* intracelular fue reconocido por Wolf et al. en 1939. La infección congénita clásica resulta de la exposición de la primera vez en mujeres embarazadas no inmunes.

La gravedad de la enfermedad fetal varía inversamente con la edad gestacional en el momento de la infección, la infección temprana tiene más probabilidades de causar la muerte del feto o enfermedad neurológica grave y oftalmológica.

#### **e) Citomegalovirus (CMV)**

La infección del recién nacido por CMV es común, y puede ser adquirida congénita, perinatal o postnatalmente . Es la causa más común de infección congénita, se estima en el 0.5-3% de los nacimientos en todo el mundo. El 5-38% de los niños infectados presentan al nacer los hallazgos clásicos de petequias o púrpura (22.7%), hepatoesplenomegalia (22.7%), retraso del crecimiento intrauterino (22.7%), trombocitopenia (41%), coriorretinitis (4.7%) y microcefalia (31.8%). La afección neurológica en general se reporta hasta en un 45.4% de los lactantes sintomáticos y más tarde puede manifestarse como sordera y retraso mental.<sup>1,4</sup>

#### **f) Herpes simple neonatal**

La infección por virus herpes simple (VHS) es una de las enfermedades más temidas en el recién nacido. Las lesiones cutáneas sutiles o poco visibles pueden ser datos claves de esta infección.

### **g) Varicela neonatal y congénita**

**Se describen 3 trastornos que pueden ocurrir** después de la exposición intrauterina o neonatal al virus varicela-zoster (VZV):

- síndrome de varicela fetal,
- varicela neonatal
- herpes zoster infantil.

### **h) Sífilis congénita en el neonato**

Es la infección transmitida por la madre al producto de la concepción, durante la gestación o en el momento del parto.

La sífilis congénita se produce cuando las espiroquetas de una madre infectada y no tratada pasan de la circulación materna por la placenta a la circulación fetal; por lo tanto, el feto en desarrollo recibe una transfusión de espiroquetas de la madre, de manera que las manifestaciones de la sífilis congénita temprana se parecen a la de una sífilis adquirida secundaria.

Tenemos referencias de la frecuencia de presentación de las más comunes, sin embargo son reportes extranjeros. Uno de los más importantes realizado en Brasil, en el que se estudian 137 recién nacidos, de los cuales el 26% presentó alguna dermatosis, siendo los hematomas los más comunes en un 46%, seguido de eritema en el 18%, excoriaciones en el 12%, equimosis en el 10%, pústulas en el 6% y otros en el 8%; las extremidades fueron las áreas más afectadas, seguidas del tronco en el 24%, la cabeza en el 26% y la cara con el 8%.<sup>8,9</sup>

Larralde de Luna reportó un estudio sistemático sobre las afecciones cutáneas transitorias en Argentina, estudió un millar de neonatos y encontró que la afección más común fueron los quistes de inclusión en la boca, con 78%, el segundo lugar lo ocupó el hemangioma plano tipo mancha salmón con 60% y en tercer término a la mancha mongólica con 58%.<sup>9</sup>

#### **h) Sífilis congénita en el neonato**

Es la infección transmitida por la madre al producto de la concepción, durante la gestación o en el momento del parto.

La sífilis congénita se produce cuando las espiroquetas de una madre infectada y no tratada pasan de la circulación materna por la placenta a la circulación fetal; por lo tanto, el feto en desarrollo recibe una transfusión de espiroquetas de la madre, de manera que las manifestaciones de la sífilis congénita temprana se parecen a la de una sífilis adquirida secundaria.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la literatura mundial encontramos un reporte brasileño en el que se estudian 137 recién nacidos, de los cuales el 26% presentó alguna dermatosis, siendo los hematomas los más comunes en un 46%, seguido de eritema en el 18%, excoriaciones en el 12%, equimosis en el 10%, pústulas en el 6% y otros en el 8%; las extremidades fueron las áreas más afectadas, seguidas del tronco en el 24%, la cabeza en el 26% y la cabeza con el 8%.<sup>8,9</sup>

Larralde de Luna reportó un estudio sistemático sobre las afecciones cutáneas transitorias en Argentina, estudió un millar de neonatos y encontró que la afección más común fueron los quistes de inclusión en la boca, con 78%, el segundo lugar lo ocupó el hemangioma plano tipo mancha salmón con 60% y en tercer término a la mancha mongólica con 58%.<sup>9</sup>

Muchas de estas dermatosis varían en su frecuencia de presentación de acuerdo a la población estudiada, no tenemos referencia de la misma en nuestra Institución.

En la atención diaria de los pacientes ingresados en una UCIN las dermatosis pueden ser subregistradas si no tenemos el cuidado explorar cuidadosamente a los recién nacidos, considerando muchas veces que su evolución es autolimitada o benigna, sin embargo, este mismo hecho puede retrasar el diagnóstico de alguna patología que comprometa la vida del recién nacido.

### **JUSTIFICACION**

En la literatura mundial son escasos los reportes sobre la frecuencia de las dermatosis en el periodo neonatal y es importante denotar que dicha frecuencia puede variar de acuerdo a las características poblacionales.

Desconocemos la frecuencia de presentación de las dermatosis en neonatos en estado crítico hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del HIMFG.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

- Describir las dermatosis presentes en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante el periodo de comprendido entre junio a noviembre 2013.

### **ESPECIFICOS**

- Caracterizar a los pacientes según edad y sexo y diagnóstico.
- Describir los tipos de dermatosis, frecuencia de presentación
- Describir las características de las dermatosis encontradas.

## **METODOLOGÍA**

### **1. Lugar**

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Infantil de México Federico Gómez

### **2. Diseño**

Estudio cohortes prospectivo.

### **3. Procedimiento**

A todos los pacientes que ingresen a la UCIN en el periodo de estudio se les realizará un examen dermatológico de rutina por el residente de segundo año de pediatría al ingreso del paciente, se recolectará la información en un formato especial (Anexo 1) y se le dará seguimiento durante su estancia en el servicio al menos dos veces por semana, al detectarse alguna dermatosis se registrará en el mismo formato hasta su egreso para conformar la base de datos para el análisis de la información.

#### **a. Población de estudio**

Pacientes ingresados en la UCIN del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) durante el periodo de estudio.

#### **b. Periodo de estudio:**

Octubre del 2013 a Enero de 2014.

**c. Criterios de inclusión**

1. Pacientes recién nacidos, sexo masculino o femenino.
2. Hospitalizados en la UCIN del Hospital Infantil de México Federico Gómez
3. Durante el periodo comprendido entre septiembre 2013 a Noviembre 2013.

**a. Criterios de exclusión**

1. Pacientes en los que no pueda completar la evaluación dermatológica por alguna causa.

**b. Criterios de eliminación**

1. Pacientes en los que la información registrada en el formato de recolección se encuentre incompleta.

## PLAN DE ANALISIS ESTADISTICOS

Se realizó la recolección de la información conformando una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 20, y se presentarán los resultados mediante estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión y estadística inferencial de acuerdo al tipo de variable.

## DESCRIPCION DE VARIABLES

### DERMATOSIS TRANSITORIAS

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO	ESCALA
Eritema Tóxico del recién nacido	Dermatosis caracterizada por manchas eritematosas de 1-2mm de diámetro, con o sin pápula central.	Dermatosis transitoria del recién nacido caracterizada por la presencia de manchas eritematosas con vesículas con eosinófilos, en tronco principalmente	Cualitativo nominal dicotómico	Ausente Presente
Melanosis pustulosa neonatal	Pústulas rodeadas de una mancha hiperpigmentada.	Dermatosis transitoria del recién nacido caracterizada por la presencia de manchas eritematosas con pústula central con neutrófilos en tronco principalmente	Cualitativo nominal dicotómico	Ausente Presente

DERMATOSIS NEONATALES, FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GÓMEZ

---

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO	ESCALA
Acné neonatal	Dermatosis caracterizada por la presencia de comedones, nódulos y quistes en nariz, mejillas y frente	Hiperplasia de glándulas sebáceas que se manifiesta con formación de comedones, nódulos y quistes sobre nariz, mejillas y frente.	Cualitativo nominal Dicotómico	Ausente Presente dicotómico
Milia	Presencia de pápulas amarillentas en nariz, mentón, mejillas y frente	Pápulas blancas o amarillentas de 1-2mm de diámetro sobre nariz, mentón, mejillas y frente.	Cualitativo nominal dicotómico	Ausente Presente
Miliaria	Obstrucción de los conductos sudoríparos	Máculo pápulas eritematosas ocasionadas por oclusion de conductos sudoríparos, cuello, tórax y piernas.	Cualitativo nominal Dicotómico	Ausente Presente
Acropustolosis del lactante	Dermatosis con pústulas en regiones acrales	Pústulas localizadas a regiones acrales	Cualitativo nominal dicotómico	Ausente Presente
Foliculitis pustulosa eosinofílica	Dermatosis con pústulas estériles en piel cabelluda	Pustulas estériles que afectan a piel cabelluda, tórax	Cualitativo nominal dicotómico	Ausente Presente
Hiperplasia de	Dermatosis con	Pápulas amarillentas en	Cualitativo	Ausente

DERMATOSIS NEONATALES, FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GÓMEZ

---

las glándulas sebáceas	pápulas amarillentas	la apertura de los folículos pilosos.	nominal dicotómico	Presente
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>
Necrosis de la grasa subcutánea	Dermatosis caracterizada por placas y nódulos eritematovioláceas en tronco, glúteos y extremidades	Nódulos y placas eritemato-violáceas que afectan tejido adiposo de torax, glúteos, piernas.	Cualitativo nominal dicotómico	Ausente Presente
Lesiones de succión	Dermatosis caracterizada por fisuras en región peribucal	Fisuras en región peribucal.	Cualitativo nominal dicotómico	Ausente Presente
Candidiasis	Dermatosis con lesiones papulares, blanquecinas en región oral y del pañal.	Lesiones papulares blanquecinas circunscritas, de 1mm de diametro en región oral y área del pañal.	Cualitativo nominal dicotómico	Ausente Presente

**TRASTORNOS VASOMOTORES Y ALTERACIONES VASCULARES**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>
Nevus telangiectásico	Máculas de color rojizo generalmente	Maculas de color rojizo generalmente	Cualitativo nominal dicotómico	Ausente Presente

DERMATOSIS NEONATALES, FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GÓMEZ

---

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>
	por tratarse de malformaciones vasculares.	por tratarse de malformaciones vasculares.		
Cutis marmorata fisiológica	Coloración azul moteado de la piel de aspecto reticular.	Coloración azul moteado de la piel de aspecto reticular.	Cualitativo nominal dicotómico.	Ausente Presente
Coloración en arlequín	Eritema transitorio que envuelve un hemicuerpo.	Eritema transitorio que envuelve un hemicuerpo.	Cualitativo nominal dicotómico.	Ausente Presente
Acrocianosis	Coloración azul-violácea principalmente por hipoxia tisular en regiones acrales.	Coloración azul-violácea principalmente por hipoxia tisular en regiones acrales.	Cualitativo dicotómico.	Ausente Presente

### OTROS TRASTORNOS

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DEFINICION	TIPO	ESCALA
Lanugo	Se trata de cabellos sedosos y finos, generalmente recién nacidos pretérmino.	Se trata de cabellos sedosos y finos, generalmente recién nacidos pretérmino.	Cualitativo nominal dicotómico.	Ausente Presente
Vermix caseoso	Capa biológica protectora resbalosa, gasosa, blanca grisácea.	Capa biológica protectora resbalosa, gasosa, blanca grisácea.	Cualitativo dicotómico.	Ausente Presente
Mancha mongólica	Mancha hiperpigmentada azulosa presente al nacimiento.	Mancha hiperpigmentada azulosa presente al nacimiento.	Cualitativo dicotómico.	Ausente Presente
Descamacion del recién nacido fisiológica	Descamación epidérmica se incrementa durante los primeros meses de vida.	Descamación epidérmica se incrementa durante los primeros meses de vida.	Cualitativo dicotómico.	Ausente Presente
Eritema fisiológico	Eritema disseminado que remite con el tiempo.	Eritema disseminado que remite con el tiempo.	Cualitativo dicotómico.	Ausente Presente

DERMATOSIS NEONATALES, FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GÓMEZ

---

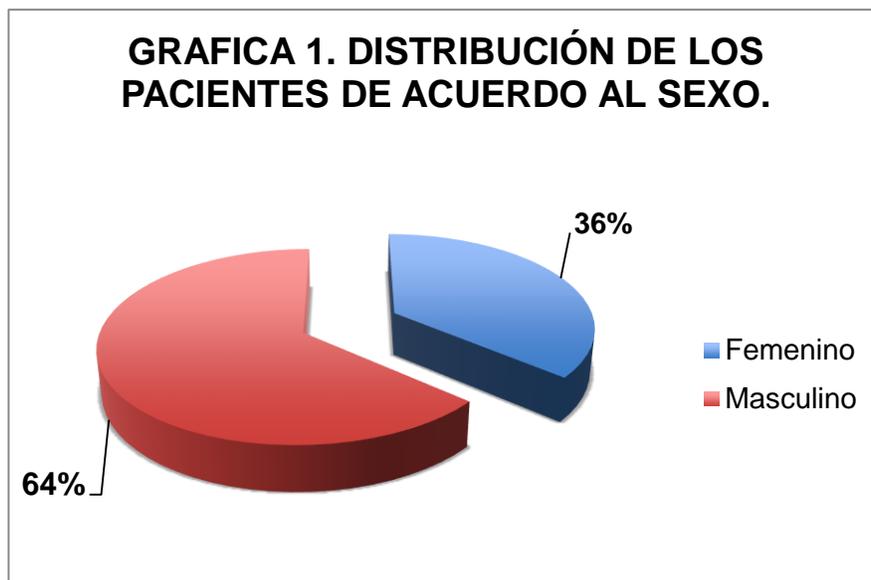
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DEFINICION	TIPO	ESCALA
Ictericia fisiológica	Coloración amarilenta en piel y tegumentos secundaria a elevación de bilirrubinas.	Coloración amarilenta en piel y tegumentos secundaria a elevación de bilirrubinas.	Cualitativo nominal dicotómico.	Ausente Presente

**IATROGENAS**

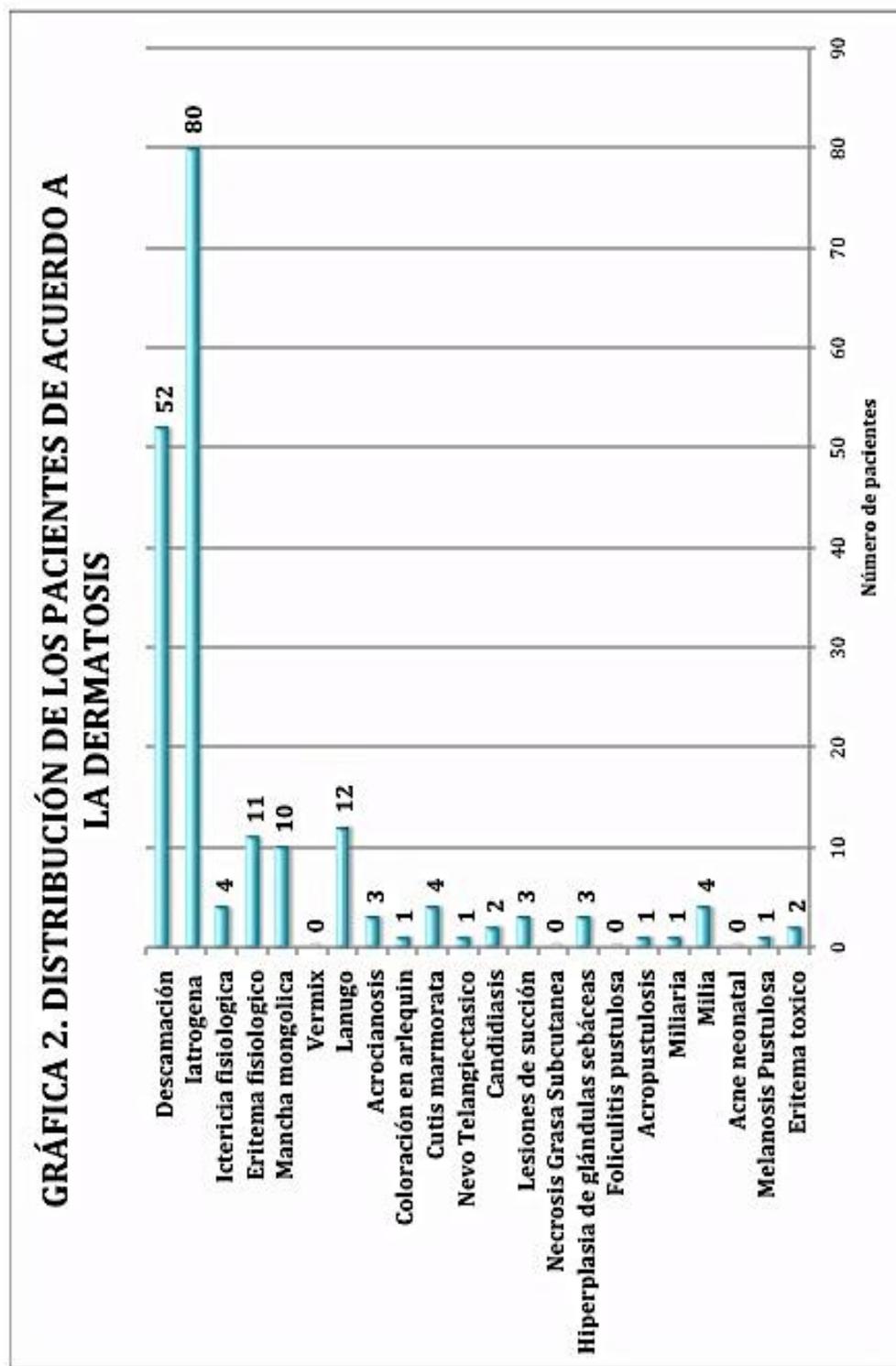
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	INDICADORES
Durante el embarazo	Amniocentesis Biopsias de piel fetal, hepática fetal, y tumor fetal.	Cualitativo dicotómico.	1.Ausente 2.Presente
Durante el trabajo de parto	Monitorización fetal Caput succedaneum Cefalohematoma Fórceps Succión por cesárea	Cualitativo dicotómico.	1.Ausente 2.Presente
Posteriores al nacimiento	Daño producido por mascarillas de oxígeno. Hematomas por punción de líneas arteriales y toma de productos. Daño por adhesivos.	Cualitativo dicotómico.	1.Ausente 2.Presente

## RESULTADOS

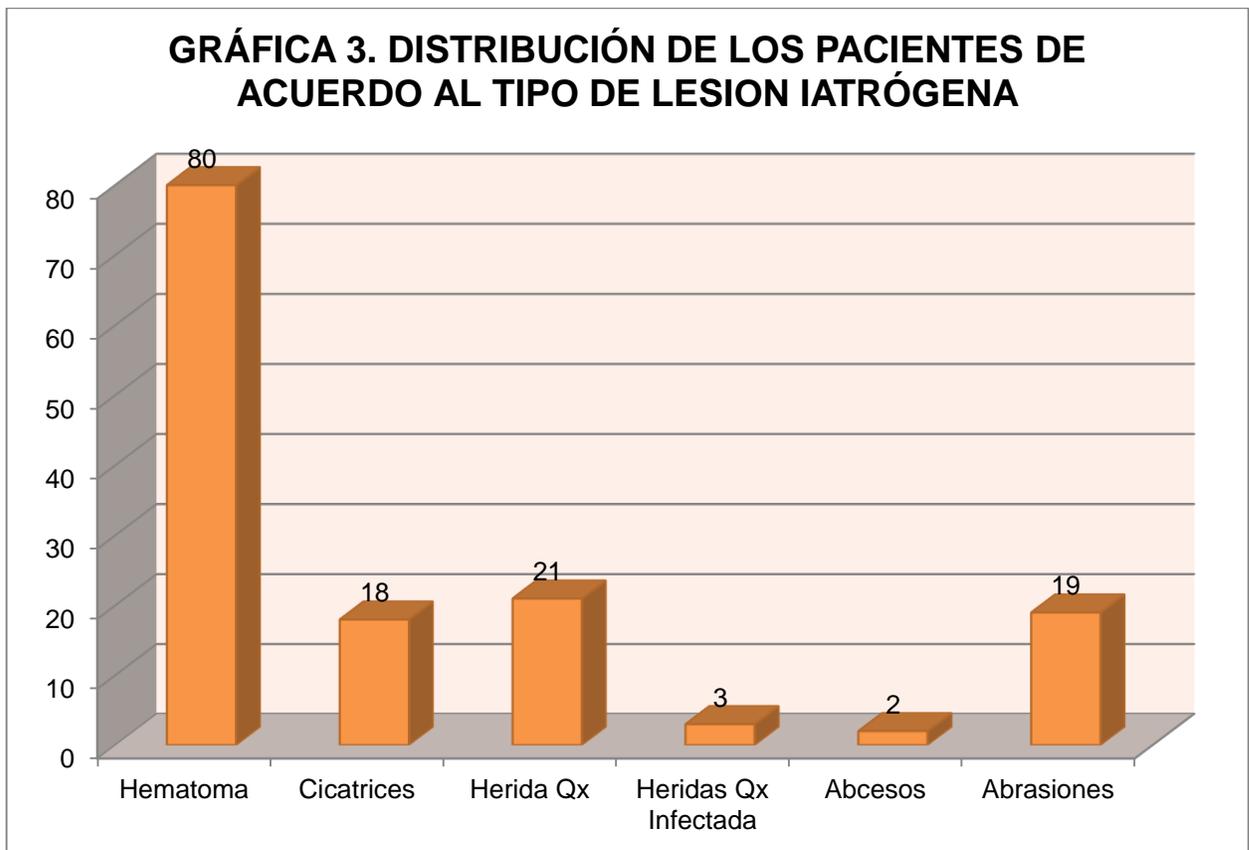
Durante el periodo de estudio de Octubre del 2013 a Enero del 2014 se ingresaron 80 pacientes a la UCIN, de los cuales 29 (%) correspondieron al sexo femenino y 51 (%) correspondieron al sexo masculino.. Gráfica 1. La edad de los pacientes fue desde 1 a 108 días de vida, con un promedio de  $19 \pm 25$  días.



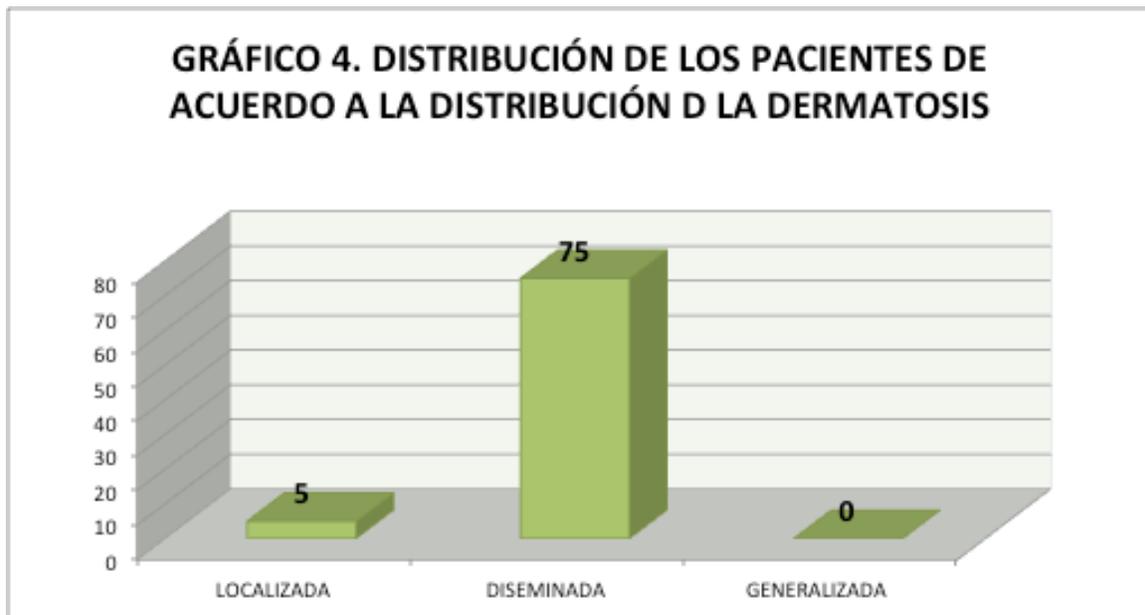
De los 80 pacientes incluidos el 100% presentó alguna dermatosis, las más frecuentes fueron las dermatosis iatrógenas y de éstas los hematomas secundarios a venopunciones, en segundo lugar la descamación fisiológica del recién nacido con 52 casos (65%), y en tercer lugar la presencia de lanugo con 12 casos (15%). Gráfica 2.



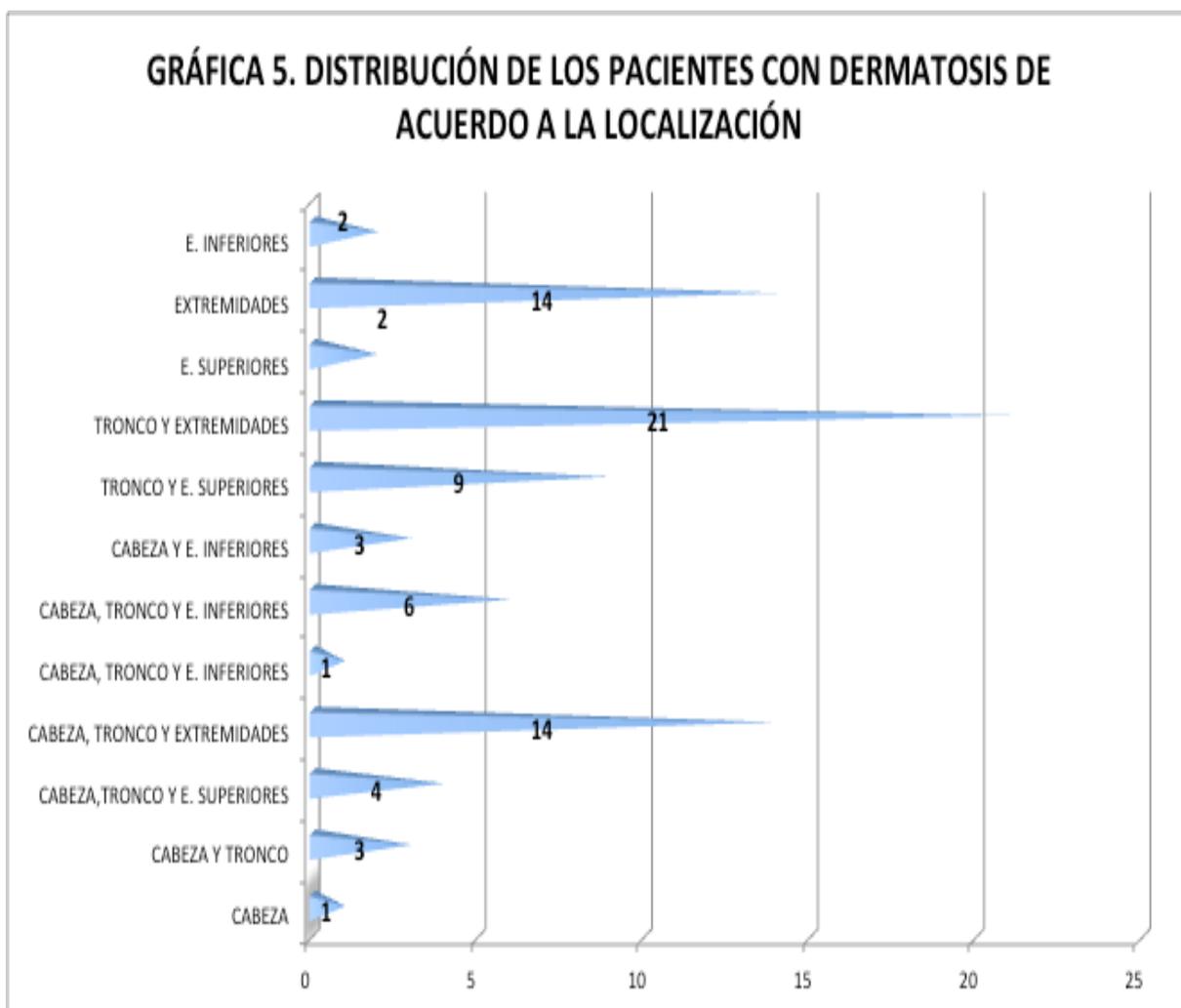
Las lesiones iatrógenas destacaron por su frecuencia siendo el hematoma la lesión que ocupó con mayor frecuencia un 55 (%) de los casos, seguida de las heridas quirúrgicas en un 14%, abrasiones en un 13%, heridas infectadas (3%), abscesos en un 1% y cicatrices en un 12%, Gráfica 3.



El 93.7% de los pacientes (75) presentaron una dermatosis diseminada y el 6.3% (5) presentaron una dermatosis localizada. Gráfico 4.



De acuerdo a la localización de la dermatosis, las regiones más afectadas fueron el tronco y las extremidades, tanto superiores como inferiores en 21 pacientes (26.3%), seguido de cabeza, tronco y extremidades en 14 pacientes (17.2%). Gráfica 5.



## **DISCUSION**

Se ha documentado en la literatura en un estudio realizado en Sao Paulo en el 2001 en el que se estudio un grupo de 137 recién nacidos, 36(26%) de los cuales presentaron lesiones en la piel, con un total de 51 casos de pacientes con dermatosis. Los hematomas se presentaron en el (46%), equimosis (10%), pústulas (6%), y otras (8%). La topografía de región más frecuente de afectación de dermatosis fueron las áreas articulares (52%), seguidas del tronco (24%), cabeza (16%), y otras (8%). El tamaño de la lesiones en relación a su medida oscilaron entre 1-2cm (68%), aunque se registraron lesiones menores a 1cm (20%) y mayores de 2 cm (12%) también se presentaron.

En relación con la topografía comparado con la literatura se encuentra documentado que la region más frecuentemente afectada fue la cabeza y cara (34%), frente (29%), comparada con nuestra población fue la cabeza la region menos afectada (15%); miembros superiores (13%), en nuestro estudio afectada mas comunmente (33%), torax (12%), miembros inferiores (8%) en la literatura respectivamente.

Los hematomas fueron las dermatosis más frecuentemente encontradas, no relacionadas a ningún proceso infeccioso. Debido a la necesidad de venopunciones para laboratorios diarios, aunque se extremaran medidas de precaución y compresión al momento de obtener las muestras. Es importante mencionar que dichos hematomas remitieron sin necesidad de drenaje ni otros procesos terapéuticos comparado con lo documentado en la literature no hubo

ninguna diferencia tal como es mencionado en el artículo de Cavalcante y colaboradores.(15)

Las excoriaciones y lesiones traumáticas con pérdida superficial de la epidermis, también se encuentran reportadas al igual que en la literature, como causantes de severos problemas para el recién nacido, incluyendo infecciones. Las infecciones neonatales congénitas o adquiridas son una gran preocupación en medio intrahospitalario para los profesionales de la salud, puesto que evitan la curación y aumentan el riesgo de morbi-mortalidad, sin embargo apesar de su alta de que existen casos encontrados de dermatosis relacionadas a infecciones los casos fueron mínimos como los reportados por Cavalcante y colaboradores.

Una búsqueda bibliográfica revela que la colonización de la piel por otras bacterias nosocomiales ocurre frecuentemente en pacientes con largas estancias intrahospitalarias. Se revela que cualquier agente de limpieza de la misma incluyendo el agua modifican el ph de la piel que interfiere en la protección (manto ácido), provocando cambios en la flora bacteriana y en la actividad de las enzimas de la epidermis. Otra consecuencia es la disolución de la superficie de la piel que modifica las condiciones de hidratación y predispone a la sequedad.

En una investigación en la literatura las areas más frecuentemente reportadas como afectadas son la cara en un 34(%) en lo que diferimos con nuestro estudio donde las areas mas comunmente afectas fueron las extremidades por la frecuencia de la presentación de los mismos hematomas posteriores a venopunción. La importancia del conocimiento de esta incidencia nos permite orientar a los padres quienes frecuentemente se encuentran preocupados ante la presencia de aparición de lesiones dérmicas en la piel del recién nacido.

En los recién nacidos la vía intravenosa son la via mas frecuentemente utilizada para la realización de los tratamientos, razón por la cual los profesionales de la

salud debemos verificar los sitios de fijación y permeabilidad de los accesos venosos durante la estancia intrahospitalaria de nuestros pacientes.

En la categoría de *otras* entran lesiones de la región perianal, donde se ha evidenciado su presencia en nuestro estudio similar con lo reportado en la literatura. Las lesiones perianales son dolorosas, y se encuentran en constante contacto con la orina y la heces fecales ocluidas por el pañal. Debe enfatizarse la revisión diaria en los recién nacidos de esta área y extremar medidas de higiene para prevención de enfermedades infecciosas como candidiasis del pañal. Un estudio sobre el desarrollo de dermatosis relacionadas al uso del pañal encontró una alta incidencia en la aparición de las mismas. Los signos clínicos encontrados fueron irritación de la piel como el más común, que progresivamente se van desarrollando después del primer mes de vida. Dentro de los factores predisponentes se identifica el uso de antibióticos de alto espectro como factor exacerbante de las dermatosis, puesto que favorecen la colonización de la piel por *Candida albicans*.

Durante la fase de adaptación de vida extrauterina, se encuentra el desarrollo de eritema fisiológico relacionado con los traumas o lesiones que ocurren y laceran la barrera de la piel, derivados de los baños de rutina, desinfección de la piel y remoción de adhesivos. Dentro de estas consecuencias encontramos la resequedad, irritación, y eritema de la piel que suelen ser lesiones frecuentes en el recién nacido.

En los recién nacidos prematuros la inmadurez de la piel, la disminución de la presencia de glándulas sebáceas y capa de grasa, permite que la piel sea una barrera más susceptible a la resequedad y predisposición de infecciones.

Ninguna dermatosis en el recién nacido debe ser subestimada, por más pequeña que se vea. En la mayoría de los casos, este es un factor que puede producirse

a causa de una complicación. Es importante observar las medidas y topografía del área lesionada, así como las características propias de la lesión.

En esta perspectiva fue demostrado que las lesiones en recién nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales a pesar de no ser reportadas en el expediente como parte de los diagnósticos de base del recién nacido son una realidad. Deben tomarse en cuenta todos los factores predisponentes de los recién nacidos para su presentación y manifestaciones.

Por lo que la prevención de las lesiones de la piel independientemente de las patologías de base de los pacientes deben ser intencionadamente previstas para disminuir su prevalencia, por lo que los profesionales de la salud debemos tomar medidas importantes para la mejor evolución de nuestros pacientes.

## **CONCLUSIONES**

Este estudio revela una realidad de la Unidad Neonatal de cuidados intensivos neonatales del Hospital infantil de México Federico Gómez por la frecuencia tan importante que se documentó de las alteraciones de la piel de los recién nacidos se deben emplear estrategias y medidas adecuadas para el cuidado de la piel del recién nacido. Este estudio abre una panorámica para continuar el estudio de las dermatosis en el recién nacido que ingresa a nuestra institución para el mejor cuidado de su piel.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDAD	2012	2013												2014			
		E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B	M A R	
PROTOCOLO																	
PERIODO DE INVESTIGACIÓN																	
ANÁLISIS DE RESULTADOS																	
REDACCIÓN DE TESIS																	
PRESENTACIÓN DE LA TESIS																	

## LIMITACION DEL ESTUDIO

El presente estudio presenta la información observada en la unidad neonatal de cuidados intensivos neonatales tanto en la observación directa de los pacientes al momento de la exploración física de la piel como a través de los expedientes médicos de cada paciente en donde algunas lesiones no fueron descritas, razón por la que se obtuvo la información más confiable de observación y exploración de cada paciente ingresado en ese periodo de tiempo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Shachner LA et al. Pediatric Dermatology, Fifth edition. Mosby Elsevier 2011, páginas 465-496.
2. Pueyo de CS, Valverde, R. Dermatología neonatal. Primera edición. Buenos Aires 2005, páginas 872-895.
3. Pueyo S, Máximo JA. Dermatología infantil en la clínica pediátrica. Buenos Aires, Argentina. Artes Gráficas Buschi S. A., 1999, páginas 900-921.
4. Harper J, Oranje A. and Prose Neil. Textbook of Pediatric Dermatology, 3rd. Edition. Blackwell Publishing. USA, 2011, 2.1-8.1.
5. Nelson K. Textbook of Pediatrics, Editorial Saunders, 18a. edición, 2007, páginas 300-311.
6. Bologna J. et al. Dermatología, 3rd. Edition. Elsevier 2012, páginas 2012-2020.
7. Weston WL, Lane AT. Neonatal dermatology. En: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, et al, editores. Fitzpatrick's

- dermatology in general medicine New York: McGraw-Hill; 2008:Vol. II. p. 1663-81.
8. Conlon JD, Drolet BA. Skin lesions in the neonate. *Pediatr Clin North Am.* 2004; 51: 863-88
  9. Magaña M, Valerio J, Mateo A, Magaña LM. Alteraciones cutáneas del neonato en dos grupos de población de México. *Bol Med Hosp Infant Mex;* 2005;62:117-123.
  10. Larralde de Luna M. Neonatal and genetic dermatology. En: Krafchik BR, Burgdorf WHC, Katz SI, editores. *Dermatology, progress & perspectives. The proceedings of the 18th world congress of dermatology 1992.* New York: The Parthenon Publishing Group; 1993. p. 1172-4.
  11. Josie A Pielop, MD. Et al. Benign skin and scalp lesions in the new born and young infant. *Dermatology Internacional Journal. Literature review current through: Apr 2014. No 124.* p 112-120.
  12. Disorders of the sebaceous glands. In: Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology, 3rd Paller AS, Mancini AJ(Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2006.p.185.
  13. Carr JA, Hodgman JE, Freedman RI, Levan NE. Relationship between toxic erythema and infant maturity. *Am J Dis Child* 1966; 112:129.
  14. Treadwell PA. Dermatoses in newborns. *Am Fam Physician* 1997; 56:443.
  15. Cutaneous disorders of the newborn. In: Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology, 3rd, Paller AS, Mancini AJ (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2006. p.17.
  16. Berg FJ, Solomon LM. Erythema neonatorum toxicum. *Arch Dis Child* 1987; 62:327.
  17. Ramamurthy RS, Reveri M, Esterly NB, et al. Transient neonatal pustular melanosis. *J Pediatr* 1976; 88:831.

- 18.18. Barr RJ, Globerman LM, Werber FA. Transient neonatal pustular melanosis. *Int J Dermatol* 1979; 18:636.
- 19.19. Katsambas AD, Katoulis AC, Stavropoulos P. Acne neonatorum: a study of 22 cases. *Int J Dermatol* 1999; 38:128.
- 20.20. Transient benign cutaneous lesions in the newborn. In: *Neonatal Dermatology*, 2nd, Eichenfield LF, Frieden IJ, Esterly NB (Eds), Saunders, Philadelphia 2008. p.90.
- 21.21. Niamba P, Weill FX, Sarlangue J, et al. Is common neonatal cephalic pustulosis (neonatal acne) triggered by *Malassezia sympodialis*? *Arch Dermatol* 1998; 134:995.
22. Bernier V, Weill FX, Hirigoyen V, et al. Skin colonization by *Malassezia* species in neonates: a prospective study and relationship with neonatal cephalic pustulosis. *Arch Dermatol* 2002; 138:215.
- 23.22. Ayhan M, Sancak B, Karaduman A, et al. Colonization of neonate skin by *Malassezia* species: relationship with neonatal cephalic pustulosis. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57:1012.
- 24.23. Disorders of the sebaceous and sweat glands. In: *Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology*, 3rd, Paller AS, Mancini AJ (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2006. p.185.
- 25.24. Rapelanoro R, Mortureux P, Couprie B, et al. Neonatal *Malassezia furfur* pustulosis. *Arch Dermatol* 1996; 132:190.
- 26.25. Hoath, SB, Narendran, V. The skin. In: *Neonatal-Perinatal Medicine*, 9th Ed, Fanaroff, AA, Martin, RJ, Walsh, MC (Eds), Elsevier Mosby, St. Louis 2011. p.1705.
- 27.26. Cunliffe WJ, Baron SE, Coulson IH. A clinical and therapeutic study of 29 patients with infantile acne. *Br J Dermatol* 2001; 145:463.
- 28.27. Barnes CJ, Eichenfield LF, Lee J, Cunningham BB. A practical approach for the use of oral isotretinoin for infantile acne. *Pediatr Dermatol* 2005; 22:166.

- 29.28. O'Connor NR, McLaughlin MR, Ham P. Newborn skin: Part I. Common rashes. *Am Fam Physician* 2008; 77:47.
- 30.29. Humeau S, Bureau B, Litoux P, Stalder JF. Infantile acropustulosis in six immigrant children. *Pediatr Dermatol* 1995; 12:211.
- 31.30. Mancini AJ, Frieden IJ, Paller AS. Infantile acropustulosis revisited: history of scabies and response to topical corticosteroids. *Pediatr Dermatol* 1998; 15:337.
- 32.31. Jennings JL, Burrows WM. Infantile acropustulosis. *J Am Acad Dermatol* 1983; 9:733.
33. Dromy R, Raz A, Metzker A. Infantile acropustulosis. *Pediatr Dermatol* 1991; 8:284.
- 34.32. Van Praag MC, Van Rooij RW, Folkers E, et al. Diagnosis and treatment of pustular disorders in the neonate. *Pediatr Dermatol* 1997; 14:131.
- 35.33. Vignon-Pennamen MD, Wallach D. Infantile acropustulosis. A clinicopathologic study of six cases. *Arch Dermatol* 1986; 122:1155.
- 36.34. Bundino S, Zina AM, Ubertalli S. Infantile acropustulosis. *Dermatologica* 1982; 165:615.
- 37.35. Kahn G, Rywlin AM. Acropustulosis of infancy. *Arch Dermatol* 1979; 115:831.
- 38.36. Findlay RF, Odom RB. Infantile acropustulosis. *Am J Dis Child* 1983; 137:455.
- 39.37. Feng E, Janniger CK. Miliaria. *Cutis* 1995; 55:213.
- 40.37. Adam R, Schroten H. Picture of the month. Congenital sucking blisters. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161:607.
- 41.38. Levy R, Lam JM. Cutis marmorata telangiectatica congenita: a mimicker of a common disorder. *CMAJ* 2011; 183:E249.
- 42.39. Cordova A. The Mongolian spot: a study of ethnic differences and a literature review. *Clin Pediatr (Phila)* 1981; 20:714.

- 43.40. Jacobs AH, Walton RG. The incidence of birthmarks in the neonate. *Pediatrics* 1976; 58:218.
44. Leung AK. Mongolian spots in Chinese children. *Int J Dermatol* 1988; 27:106.
- 45.41. Onayemi O, Adejuyigbe EA, Torimiro SE, et al. Prevalence of Mongolian spots in Nigerian children in Ile-Ife, Nigeria. *Niger J Med* 2001; 10:121.
- 46.42. Gupta D, Thappa DM. Mongolian spots--a prospective study. *Pediatr Dermatol* 2013; 30:683.
47. Goldenhersh MA, Savin RC, Barnhill RL, Stenn KS. Malignant blue nevus. Case report and literature review. *J Am Acad Dermatol* 1988; 19:712.
- 48.43. Patel BC, Egan CA, Lucius RW, et al. Cutaneous malignant melanoma and oculodermal melanocytosis (nevus of Ota): report of a case and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1998; 38:862.
- 49.44. Hanson M, Lupski JR, Hicks J, Metry D. Association of dermal melanocytosis with lysosomal storage disease: clinical features and hypotheses regarding pathogenesis. *Arch Dermatol* 2003; 139:916.
- 50.45. Ashrafi MR, Shabanian R, Mohammadi M, Kavusi S. Extensive Mongolian spots: a clinical sign merits special attention. *Pediatr Neurol* 2006; 34:143.
- 51.46. Hackbart BA, Arita JH, Pinho RS, et al. Mongolian spots are not always a benign sign. *J Pediatr* 2013; 162:1070.
- 52.47. Kurata S, Ohara Y, Itami S, et al. Mongolian spots associated with cleft lip. *Br J Plast Surg* 1989; 42:625.
- 53.48. Halamek LP, Stevenson DK. Neonatal jaundice and liver disease. In: *Neonatal-Perinatal Medicine*, 7th, Fanaroff AA, Martin RJ (Eds), Mosby, St. Louis 2002. p.1309.
- 54.49. Rubaltelli FF, Da Rioli R, D'Amore ES, Jori G. The bronze baby syndrome: evidence of increased tissue concentration of copper porphyrins. *Acta Paediatr* 1996; 85:381.

- 55.50. Eisen DB, Michael DJ. Sebaceous lesions and their associated syndromes: part I. J Am Acad Dermatol 2009; 61:549.
- 56.51. Tanzi EL, Hornung RL, Silverberg NB. Halo scalp ring: a case series and review of the literature. Arch Pediatr Adolesc Med 2002; 156:188.
- 57.52. Das S. Permanent baldness following caput succedaneum. J R Coll Gen Pract 1980; 30:428.
58. Siegel DH, Holland K, Phillips RJ, et al. Erosive pustular dermatosis of the scalp after perinatal scalp injury. Pediatr Dermatol 2006; 23:533.

**ANEXOS.**

ANEXO 1. RECOLECCIÓN DE DATOS DERMATOSIS EN PACIENTES INGRESADOS A LA UCIN.

Nombre: \_\_\_\_\_

Registro \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Tiempo de estancia intrahospitalaria al momento del registro de la dermatosis: \_\_\_\_\_ días.

Marca con una “x” si presenta alguna de las siguientes dermatosis . FAVOR DE LLENAR UNA HOJA EN CADA OCASIÓN QUE SE PRESENTE UNA DERMATOSIS.

Localización

1. Lesiones benignas del RN	PRESENTE	LOCALIZACIÓN	OBSERVACIONES
Eritema tóxico del recién nacido			
Melanosis pustulosa neonatal transitoria			
Acné neonatal			
Milia			
Miliaria			

DERMATOSIS NEONATALES, FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GÓMEZ

---

Acropustulosis del lactante			
Foliculitis pustulosa eosinofílica			
Hiperplasia de las glándulas sebáce			
Necrosis de la grasa subcutánea			
Lesiones de succión			
Candidiasis			
<b>2.Trastornos vasomotores y alteraciones vasculares</b>			
Nevus telangiectásicos			
Cutis marmorata fisiológico			
Coloración en arlequín			
Acrocianosis			
<b>3.Otros trastornos</b>			
Lanugo			
Vérnix caseosa			
Mancha mongólica o de Baltz			
Descamación fisiológica del recién nacido			
Eritema fisiológico			
Ictericia fisiológica			
<b>4. Iatrógenas</b>			
_____			
<b>5. OTROS</b>			

IMAGENES.



Imagen 1. Lánugo



Imagen 2. Milia



Imagen 3. Eritema tóxico del recién nacido



Imagen 4. Dermatitis por contacto en mejillas



Imagen 5 Nevo sebáceo



Imagen 6. Descamación fisiológica del recién nacido



Imagen 7. Cicatriz postquirúrgica.



Imagen 8. Trauma obstétrico