



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA**  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL GENERAL DR MANUEL GEA GONZALEZ

“FRECUENCIA DE LESIONES DERMATOLÓGICAS TRANSITORIAS Y  
ADQUIRIDAS EN LOS RECIEN NACIDOS DURANTE SU ESTANCIA EN LA  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL DR.  
MANUEL GEA GONZÁLEZ”

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA  
PRESENTA  
DRA TATIANA PATRICIA RUIZ MORAN.

ASESOR DRA BEATRIZ VALLARTA RODRIGUEZ

MEXICO, D.F.  
AGOSTO DEL 2009.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

Este trabajo fue realizado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González y en la Sección de Estudios de Postgrado e Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México bajo la Dirección de la Dra. Beatriz Vallarta Rodríguez.

Este trabajo de Tesis con No. PROT-21-52-2009, presentado por el alumno Tatiana Patricia Ruíz Morán se presenta en forma con visto bueno por el Tutor principal de la Tesis Dra. Beatriz Vallarta Rodríguez con fecha del 5 de agosto del 2009 para su impresión final.

Tutor Principal

Dra. Beatriz Vallarta Rodríguez

## **AUTORIZACIONES**

Dr. Octavio Sierra Martínez  
Director de Enseñanza e Investigación  
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

---

Dra. Rita Valenzuela Romero  
Jefa de la División de Enseñanza de Pregrado  
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

---

Dr. Antonio Lavallo Villalobos  
Jefe de la División de Pediatría  
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

---

Dra. Beatriz Vallarta Rodríguez  
Médico Adscrito del Servicio de Neonatología  
Asesor de Tesis  
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

---

**“Frecuencia de lesiones dermatológicas transitorias y adquiridas en los recién nacidos durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Dr. Manuel Gea González.”**

**COLABORADORES:**

Investigador Responsable:

Dra. Beatriz Vallarta Rodríguez.

Firma:

Investigador Principal:

Dra. Tatiana Patricia Ruíz Morán.

Firma:

Investigador Asociado:

Dra. Lorena Lammoglia Ordiales.

Firma:

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Dra Beatriz Vallarta Rodríguez por su apoyo incondicional para realizar este estudio; así como agradezco la colaboración de la Dra. Lorena Lammoglia.

A mis padres y hermanos, quienes con su amor y apoyo me permitieron terminar una etapa más de mi vida, así como, a mis sobrinas quienes son la luz de mi vida.  
Por último, a tí burris, que formaste parte fundamental de mi vida y de mi residencia, gracias por tu apoyo incondicional.

## INDICE

Glosario.....	IV
Relación de figuras y tablas .....	V
Resumen.....	VI
Abstract.....	VII
1. Antecedentes .....	11
2. Justificación.....	23
3. Objetivos .....	23
3.1. Objetivo General.....	23
3.2. Objetivos Particulares.....	23
4. Material y Métodos .....	24
4.1. Tipo de estudio	
4.2. Ubicación temporal y espacial	
4.3. Criterios de selección de la muestra	
4.4. Variables	
4.5. Tamaño de la muestra	
4.6. Procedimiento	
4.7. Análisis estadístico	
4.8. Descripción operativa del estudio	
5. Resultados .....	28
6. Discusión y conclusiones .....	32
8. Perspectivas.....	33
9. Bibliografía .....	34
10. Anexos .....	35

## **GLOSARIO**

**SOG:** Sonda orogástrica

**SDG:** Semanas de gestación

**RN:** Recién nacido

## **RELACION DE FIGURAS Y TABLAS**

Cuadro 1. Definición de variables.

Cuadro 2. Recursos financieros.

Cuadro 3. Total de recursos financieros.

Figura 1. Edad gestacional

Figura 2. Lesiones asociadas al nacimiento.

Cuadro 4. Lesiones transitorias benignas.

Figura 3. Lesiones transitorias benignas más frecuentes.

Figura 4. Lesiones adquiridas asociadas a factores externos.

Cuadro 6. Lesiones adquiridas por posición.

## RESUMEN

La piel tiene funciones importantes para la vida como son protección, regulación de la temperatura, recepción de las sensaciones, excreción de las glándulas sudoríparas, absorción de la radiación ultravioleta del sol, etc.

La importancia en el cuidado de la piel de los recién nacidos se ha estudiado desde el año de 1974. En México, existen pocos reportes de hospitales de tercer nivel, con servicios de dermatología, que quizá reflejen pobremente la situación real del país y que carecen de actualización. Este estudio pretende conocer las lesiones dermatológicas presentes en los recién nacidos de un hospital de segundo nivel, así como las lesiones adquiridas, ya sea como consecuencia de maniobras instrumentales y terapéuticas, así como las relacionadas a su estancia intrahospitalaria.

El objetivo del estudio es determinar cuales son las lesiones dermatológicas tanto transitorias como adquiridas que presentan los recién nacidos durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Se estudió una población de 31 RN durante el mes de Julio del 2009 en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de nuestro hospital, explorando a cada RN diario hasta su egreso. De la población en estudio, 17 de 31 RN fueron prematuros (31-36.6 SDG), siendo esta población mas susceptible por la inmadurez de la piel.

Se observo que toda la población en estudio presento una o más lesiones transitorias benignas, siendo la más frecuente el lanugo. Las lesiones adquiridas se relacionaron a la colocación de factores externos ya sea para su tratamiento como monitorización, observándose que a mas días de estancia, mayor presencia de lesiones adquiridas.

Con los resultados obtenidos, se concluye la importancia del conocimiento de este tipo de lesiones para su tratamiento oportuno. Se recalca la importancia del trabajo del personal médico así como de enfermería para la prevención, detección y tratamiento oportuno de las mismas, para mejorar así la calidad de vida de nuestros pacientes.

## **ABSTRACT**

The skin has important functions for the life like protection, regulation of the temperature, receipt of the sensations, excretion of the sweat glands, absorption of the ultraviolet radiation of the sun, etc.

The importance in the care of the skin of the newborn children has been studied since the year of 1974. In Mexico, there exists few reports of third and second level hospitals which probably reflect poorly the real situation of our country and which lack update. This study tries to know the dermatological injuries in the newborn children of a second level hospital, as well as the acquired injuries, that are consequence of instrumental and therapeutic maneuvers and the hospital stay. The aim of the study was determined which the dermatological injuries are and clasified like transitory and acquired that the newborn children presented during the stayed in the Intensive Care Newborn Unit of the General Hospital "Dr. Manuel Gea Gonzalez".

During July 2009 was studied 31 newborns in the Intensive Care Newborn Unit of our hospital. Of the population in study, 17 of 31 newborn were premature (31-36.6 SDG), being this population more susceptible because of the immaturity of the skin. We observed that the whole population in study present one or more transitory benign injuries, being the most frequently was the lanugo. The acquired injuries related to external factors which associated with the time of intrahospital stay.

The results of this study showed us the importance of the knowledge of this type of injuries and consequently we must offer an oportune treatment. That is way, we can make emphasis in the importance of the medical personal and nursing work for the prevention, detection and oportune treatment, to improve the quality of life of our patients.

## **“Frecuencia de lesiones dermatológicas transitorias y adquiridas en los recién nacidos durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Dr. Manuel Gea González.”**

### **I. ANTECEDENTES**

La piel se encarga de funciones como son protección contra las lesiones, invasión bacteriana y desecación, regulación de la temperatura corporal, recepción de las sensaciones continuas provenientes del ambiente, excreción de las glándulas sudoríparas, absorción de la radiación ultravioleta del sol, etc. La piel se examina con facilidad mediante observación y palpación directa para comprobar el color, la temperatura, la hidratación y la turgencia. (1)

Esta constituida por dos capas, la epidermis y la dermis. La epidermis esta compuesta por epitelio escamosos queratinizado estratificado derivado del ectodermo. La dermis es derivada del mesodermo y compuesta por tejido conectivo colagenoso denso irregular. Por debajo de la piel se encuentra la hipodermis, capa de tejido conectivo laxo que contiene diversas cantidades de grasa. La hipodermis no es parte de la piel, sino constituye la fascie superficial que cubre todo el cuerpo, inmediatamente por debajo de la piel. (1,2)

#### **1. EPIDERMIS**

Tiene un espesor de 0.07 a 0.12 mm sobre la mayor parte del cuerpo con un engrosamiento localizado en palmas de las manos y plantas de los pies. Aunque la piel más gruesa sobre las palmas y las plantas se manifiesta en el feto. El uso, la presión aplicada y la fricción con el paso del tiempo, dan por resultado el espesor de la piel.

El epitelio escamosos queratinizado y estratificado de la piel esta compuesto por cuatro tipos de células: Queratinocitos, melanocitos, células de Langerhans y células de Merkel. Se diferencian 5 zonas morfológicamente diferentes de la epidermis:

- 1) Estrato basal (germinativo)
- 2) Estrato espinoso
- 3) Estrato granuloso
- 4) Estrato lúcido
- 5) Estrato córneo

### **a) Estrato basal (germinativo)**

Se encuentra soportado por una lámina basal y se asienta sobre la dermis. Consiste en una sola capa de células cuboideas o cilíndricas bajas mitóticamente activas que contiene citoplasma basofílico y un gran núcleo.

### **b) Estrato espinoso.**

Es la capa más gruesa de la epidermis, compuesto por células poliédricas aplanadas. Las células del estrato espinoso contienen además gránulos citoplásmicos de secreción que se denominan gránulos de cubierta de membrana (gránulos laminillares). Algunos refieren a las capas del estrato basal y espinosos como la Capa de Malpigio.

### **c) Estrato granuloso**

Constituido por tres a cinco capas de queratinocitos aplanados, es la capa más superficial de la epidermis.

### **d) Estrato lúcido**

La capa de células delgada, clara, homogénea y de tinción ligera que esta inmediatamente superficial en relación con el estrato granuloso es el estrato lúcido.

### **e) Estrato córneo**

Esta compuesta por numerosos capas de células queratinizadas aplanadas que tienen plasmalema engrosada.

### **Células de Langerhans.**

Se encuentran principalmente en la epidermis, aunque pueden presentarse en la dermis, (cavidad oral, esófago, vagina). Funcionan ante la reacción inmunológica. Tienen receptores de superficie celular para FC (anticuerpo) y C3 (complemento) fagocitan y desintegran los antígenos extraños. Son células presentadoras de antígenos.

### **Células de Merkel.**

Se encuentran intercaladas entre los queratinocitos del estrato basal de la epidermis.

### **Melanocitos.**

Se originan de la cresta neural. Producen melanina, pigmento pardo que imparte diversas tonalidades de color de piel. La tirosinasa, enzima que poseen los melanocitos, es esencial para la síntesis de melanina.

## 2. DERMIS (CORION)

Se deriva del mesodermo y se divide en dos capas: la superficial, capa papilar entretejida de manera laxa, y la capa reticular más profunda. Esta compuesta por tejido conectivo colagenoso denso de distribución irregular, que contienen principalmente fibras de colágeno del tipo I y redes de fibras elásticas que brindan sostén a la epidermis y fijan la piel contra la hipodermis subyacente.

### **a) Capa papilar**

Esta compuesta por tejido conectivo laxo cuyas fibras de colágena del tipo III y fibras elásticas están distribuidas en redes laxas. La capa papilar contiene fibroblastos, macrófagos, mastocitos y otras células. Se encuentran en algunas papilas dérmicas los corpúsculos de Meissner, localizados en las regiones de la piel sensibles a la estimulación táctil, también se presenta el bulbo terminal de Krause.

Posee también asas capilares, que se extienden hacia la interfase entre epidermis y dermis. Estos capilares regulan la temperatura corporal y nutren a las células de la epidermis que es avascular.

### **b) Capa reticular**

Esta compuesta por tejido conectivo denso irregular, que pone de manifiesto fibras de colágena del tipo I gruesas. Hay dos tipos de mecanorreceptores localizados en la dermis que son: *corpúsculos de Paccini*, que reacciona a la presión y vibraciones y los *corpúsculos de Ruffini*, que reaccionan a las fuerzas tensionales.

El recién nacido prematuro posee una piel inmadura. El estrato córneo comienza a formarse en el feto luego de las 21 semanas de edad gestacional. Alrededor de las 32-34 semanas se encuentra suficientemente desarrollado como para ejercer la función de barrera protectora, con estructura similar a la del adulto.

La epidermis embrionaria comienza a formarse en una hilera celular que se divide en dos capas a las 4 semanas: la basal profunda, que dará origen a la epidermis, y la superficial, que se encuentra únicamente en la vida intrauterina. Esta última capa, llamada también peridermo, es una débil lámina de células con probables funciones de regulación osmótica, protección, secreción de líquido amniótico, lípidos y mucina. Alrededor del segundo trimestre, las células peridérmicas proyectan ampollas microscópicas en el líquido amniótico. A las 18 semanas, estas ampollas se liberan al líquido amniótico y otras involucionan. El peridermo es reemplazado por el estrato córneo derivado de la membrana basal. A las 24 semanas, la epidermis tiene 2 o 3 líneas celulares y una fina capa de estrato córneo. Se inicia la función de barrera, lo que coincide con los límites actuales de la viabilidad. (1, 2)

A las 34 semanas, el estrato córneo se encuentra totalmente desarrollado; a diferencia del prematuro, en el recién nacido a término tiene todas las características de la piel adulta. (2)

La capa superficial de la piel, el estrato corneo, en recién nacidos prematuros es delgada y menos efectiva que en recién nacidos a término o adultos. Los recién nacidos prematuros, tienen una barrera de epidermis disfuncional, presentando dificultad para la homeostasis de líquidos, termorregulación y control de infecciones. (4)

El conocimiento y diagnóstico de estas lesiones es fundamental para tranquilizar a los padres, evitar falsas alarmas, tratamientos innecesarios, a veces agresivos que pueden ser iatrogénicos, así como establecer cuidados apropiados.

Se pueden producir lesiones cutáneas ya desde antes, durante y después del parto como consecuencia de maniobras instrumentales diagnósticas y terapéuticas, practicadas en el embarazo o al feto.

Se define como trauma obstétrico o lesiones producidas durante el nacimiento, a las lesiones que se producen a los tejidos del recién nacido durante el trabajo de parto o durante las maniobras necesarias para la atención necesarias. Dentro de estas se encuentran la presencia de caput succedaneum, marcas por fórceps, petequias en las partes de apoyo de la presentación fetal, laceraciones o heridas por bisturí en el curso de una cesárea. Se pueden prevenir con una oportuna valoración de los factores de riesgo prenatales como la macrosomía, la desproporción cefalo-pélvica, la distocia, la prematuridad, el trabajo de parto prolongado, las presentaciones anormales y la utilización de fórceps. (3, 4)

Durante el postparto puede presentarse lesiones producidas por el uso de electrodos, tubo endotraqueal, sonda orogástrica, catéteres umbilicales, catéteres percutáneos así como venodisección. Es importante mencionar también las lesiones producidas por venoclisis ocasionando infiltración o quemadura. (4,5)

Se puede observar de manera frecuente las lesiones secundarias a los días de estancia intrahospitalaria en una unidad de cuidados intensivos neonatales, como son escara, moldeamiento y edema de posición.

Las lesiones transitorias benignas más frecuentes que se presentan en los recién nacidos son las siguientes: (16)

## **1. ERITEMA TOXICO**

Es una erupción autolimitada benigna de origen desconocido, que puede afectar al 50% de los recién nacidos a término (4,5-70%). Pueden observarse máculas y pápulas eritematosas, pústulas o una combinación de estas lesiones en cualquier zona del cuerpo, con predominio del tronco y parte proximal de las extremidades. Generalmente se inicia durante las primeras 24 horas de vida y desaparece al cabo de varios días. A nivel histológico se aprecian acúmulos de eosinófilos debajo de la unión dermoepidérmica. En algunos pacientes (7-15%) coexiste eosinofilia sanguínea. No requiere tratamiento, ya que involuciona espontáneamente. (5,6,7,8,9)

## **2. MELANOSIS PUSTULOSA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO.**

Se trata de una enfermedad benigna descrita en 1976 por Ramamurthy y cols. que se manifiesta desde el nacimiento en el 5 % de los recién nacidos de raza negra y en el 1 % de los de raza blanca.

Las lesiones características son pequeñas pústulas superficiales que se rompen con facilidad, dejando un collarete de escama fina y máculas hiperpigmentadas. Las lesiones pueden ser escasas o numerosas afectando a cualquier parte de la superficie cutánea incluidas palmas, plantas y cuero cabelludo. Las pústulas perduran 48 horas pero las máculas pueden persistir varios meses. La causa es desconocida. La tinción con Wright de la extensión del contenido de las pústulas muestra un número variable de polimorfonucleares con pocos o ningún eosinófilo y el cultivo es negativo. Se debe establecer diagnóstico diferencial con el eritema tóxico. No requiere tratamiento. Es un trastorno asintomático y autolimitado. (5,6,7,8,9)

## **3. MILIA.**

La milia o *millium* es un conjunto de pápulas de color blanco perlado o amarillento de 1 a 2 mm de diámetro que aparecen en la cara y afectan al 40% de los recién nacidos a término. Los lugares más afectados son las mejillas, la frente y la barbilla, aunque en raras ocasiones aparecen en otras localizaciones como el prepucio o la areola mamaria. Las pápulas son pequeños quistes epiteliales llenos de queratina, obteniéndose al exprimir las un material parecido a diminutas perlas blancas y formado fundamentalmente por restos de queratinocitos.

Cuando la milia afecta a la mucosa oral recibe el nombre de perlas de Epstein o nódulos de Bohn, que son pequeñas lesiones quísticas que se encuentran en el 85% de los recién nacidos, generalmente en el rafe mediopalatino y en la unión entre paladar duro y blando, y con menor frecuencia en los bordes alveolares. La milia se resuelve espontáneamente en el plazo de un mes. Las perlas de Epstein pueden tardar varios meses en desaparecer y no requiere tratamiento. (5,6,7,8,9)

#### **4. MILIARIA**

La miliaria es una dermatitis vesiculosa o pustulosa secundaria a la retención intraepidérmica de la secreción glandular écrina. Se distinguen cuatro variantes según el nivel de la obstrucción del conducto excretor de la glándula écrina:

a) Miliaria cristalina (sudamina): vesículas claras de 1-2 mm, superficiales y no inflamatorias que se rompen con facilidad. La vesícula se forma en el estrato córneo.

b) Miliaria rubra (“salpullido por el calor”): son pequeñas pápulas eritematosas y agrupadas que suelen localizarse en los pliegues cutáneos y en las áreas cubiertas por la ropa. Es secundaria a una obstrucción más profunda y va acompañada de inflamación.

c) Miliaria pustulosa: lesiones pustulosas superficiales, no asociadas a folículos.

d) Miliaria profunda: erupción papulosa ligeramente inflamatoria que se origina en la porción dérmica del conducto ecrino. No se observa generalmente en los niños y es un proceso más frecuente en países tropicales.

Se cree que la miliaria se debe a la acumulación de sudor en los conductos ecrinos obstruidos que acaba produciendo la disrupción del conducto glandular (favorecida por la inmadurez de la glándula del neonato) y la acumulación intraepidérmica de la secreción. Los recién nacidos tienen una dotación completa de glándulas ecrinas que se distribuyen con mayor densidad que tras el crecimiento. Es probable que el calentamiento exagerado, por el exceso de ropa o por la fototerapia, contribuya a la patogenia de la miliaria.

Dentro del tratamiento se encuentra retirar el exceso de ropa y controlar la humedad y temperatura ambientales. (5,6,7,8,9)

#### **5. HIPERPLASIA DE GLANDULAS SEBACEAS**

Relacionada con una estimulación androgénica materna que provoca un incremento del volumen y del número de las glándulas sebáceas. Se manifiesta por la profusión de diminutas lesiones blanco-amarillentas localizadas en nariz, labio superior y zona malar. Es un proceso fisiológico que se resuelve espontáneamente. (5, 6, 7, 8,9)

#### **6. LANUGO**

O vello primitivo, suave, poco pigmentado que crece sobre los hombros, orejas y dorso, desapareciendo en las primeras semanas de vida. (5,6,7,8,9)

## **7. VERNIX CASEOSA**

Es un manto graso que cubre la piel del recién nacido a término predominando en los pliegues. Suele secarse y desprenderse a las pocas horas del nacimiento. (5,6,7,8,9)

## **8. MANCHA MONGOLICA O DE BALTZ**

Se trata de un nevo que es más frecuente en el recién nacido de raza negra y en los asiáticos. Se localiza en la dermis profunda de la región lumbosacra, aunque puede extenderse a la región glútea o incluso hasta los hombros, pudiendo aparecer aunque de forma infrecuente en otras localizaciones como las extremidades y la cara. Se origina por la proliferación de melanocitos formadores de un pigmento de color azul pizarra o gris.

La mancha azul se encuentra en el momento del nacimiento y va desapareciendo gradualmente en el curso de los primeros años de vida, aunque en algunos casos persiste durante la infancia y hasta la edad adulta. (5,6,7,8,9)

## **9. SINDROME DEL NIÑO BRONCEADO**

La ictericia en el recién nacido es frecuente en el período neonatal. Su incidencia tiene íntima relación con la edad gestacional, patologías asociadas, tipo de alimentación, raza y áreas geográficas. Se observa un aumento en los últimos años probablemente relacionado al aumento de niños con lactancia materna.

Alrededor de un 60 o 70% de los recién nacidos a término presentan ictericia en los primeros días de vida y es la primera causa de reingreso hospitalario. Los productos provenientes de la foto degradación de la bilirrubina sensibilizan a las porfirinas de cobre, formándose fotoproductos de color marrón que broncean la piel en niños susceptibles. El síndrome del niño bronceado se presenta como consecuencia de la exposición a la fototerapia. (5,6,7,8)

## **10. DERMATITIS DEL PAÑAL**

Aparece por contacto constante y prolongado con orina y/o heces atrapadas por oclusión a causa de las coberturas de plástico de los pañales. Se observa un eritema en la parte interna y superior de los muslos y nalgas, sin afectación del fondo de los pliegues. El tratamiento consiste en cambios frecuentes del pañal, emolientes con óxido de cinc y corticoides de baja potencia.

En la mayoría de dermatitis del pañal se produce sobrecrecimiento de *Candida*, observándose sobre el eritema pápulas y pústulas satélites. (5,6)

## **11. ACNE NEONATAL**

Las lesiones son comedones, pápulas inflamatorias y pústulas que casi siempre se limitan a la cara. A diferencia de lo que ocurre en el acné vulgar, los quistes y las cicatrices son excepcionales. La enfermedad afecta hasta el 20% de los lactantes y es más frecuente en los varones. Existen dos formas de presentación: el acné neonatal, que aparece en las dos primeras semanas de vida cediendo en un plazo de tres meses, y el acné del lactante que se manifiesta después de 3-6 meses de edad pudiendo persistir durante años.

En el neonato las lesiones de acné pueden desarrollarse por estimulación hormonal de las glándulas sebáceas, que no han involucionado a su estado infantil de inmadurez, probablemente debido a la acción de los andrógenos suprarrenales y gonadales, de origen tanto endógeno como materno. Es frecuente que existan antecedentes familiares de acné y los lactantes afectados tienen un riesgo mayor de desarrollar un acné grave en etapas posteriores de la vida, lo que apunta hacia una predisposición genética.

En los lactantes con acné grave o persistente debe descartarse una endocrinopatía androgénica y hay que diferenciarlo de erupciones acneiformes desencadenadas por la aplicación de sustancias oclusivas o por la ingesta materna de medicaciones como las hidantoínas o el litio. (5,6,7,8)

## **12. NEVUS TELANGIECTASICOS**

Se trata de hemangiomas debidos a pequeñas dilataciones telangiectásicas que son frecuentes en el recién nacido en las siguientes localizaciones de la línea media: glabella (33% de los recién nacidos), párpados (45%) y nuca (81%). Se manifiestan como una lesión en forma de mancha, de color rosa (mancha color salmón), que aumenta a rojo por el llanto y el calor. La evolución tiende a la desaparición en el primer año en el 99% de los casos, a excepción del de la nuca (nevus de Unna) que persiste en el 40% de los niños y en el 5 % o más de los adultos. (6,7,18)

## **13. CUTIS MARMORATA**

Es un proceso considerado como una alteración fisiológica del recién nacido, que se manifiesta a lo largo de semanas o meses y que carece de significado patológico. Se caracteriza por manchas azuladas de aspecto reticulado que afectan la piel del tronco y las extremidades, dándoles un aspecto marmolado, el cual se intensifica cuando el niño es expuesto a baja temperatura.

Puede manifestarse de manera persistente en el síndrome de Down, síndrome de Corneliade Lange, trisomía 18, hipotiroidismo congénito, homocistinuria, lupus neonatal, etc.

El cutis marmorata no se debe confundir con el cutis marmorata, telangiectásica congénita, que consiste en un defecto vascular que provoca la aparición de un cutis marmorata persistente, flebectasias y telangiectasias, que en ocasiones se acompañan de úlceras, atrofia de extremidades y otras anomalías asociadas. (5,6)

#### **14. COLORACION EN ARLEQUIN**

El cambio de color de tipo arlequín fue descrito en 1952. Es un trastorno vasomotor benigno y transitorio en el que la mitad longitudinal del cuerpo adopta una coloración eritematosa con blanqueamiento simultáneo de la otra mitad. Entre ambas mitades se encuentra una neta demarcación en la línea media; en ocasiones la línea de demarcación puede ser incompleta, respetando la cara y los genitales. Cuando se gira el cuerpo de un lado a otro, el blanqueamiento de la mitad superior y el enrojecimiento de la inferior se acentúan. La duración de estos episodios puede oscilar entre algunos minutos a varias horas. No se producen cambios de la frecuencia respiratoria, los reflejos pupilares, el tono muscular ni la respuesta a estímulos externos.

El cambio de color tipo arlequín es más frecuente en el prematuro, pero puede verse hasta en el 10% de los recién nacidos a término. No se conoce la fisiopatología de este fenómeno, pero no tiene significado patológico, no requiere tratamiento y desaparece en el curso de las tres primeras semanas de vida. (5,6,7,8,9)

#### **14. ACROCIANOSIS**

Es la coloración azulada de las manos, pies y labios en ausencia de cianosis central, y se puede intensificar con el llanto, o por enfriamiento del recién nacido. Este trastorno está asociado a un aumento del tono de las arterias periféricas, las cuales presentan un vaso espasmo, con lo que con un suave masaje se induce a una rápida reacción vasomotora, desapareciendo la cianosis. (6,10)

#### **15. DESCAMACIÓN FISIOLÓGICA**

Se presenta en pequeñas láminas y se llega a convertir al descamarse, en láminas más grandes. (8)

#### **16. ICTERICIA FISIOLÓGICA**

Es la presencia de coloración amarilla en la piel secundaria a un aumento en la concentración sérica de bilirrubina. En los recién nacidos se observa este síntoma cuando es superior a 7 mg/dl. El 25 a 50% de todos los recién nacidos a término y un porcentaje mayor de prematuros desarrollan ictericia clínica. (8)

## **CUIDADOS DE LA PIEL.**

Los cuidados sistémicos de la piel, favorecen su integridad y reducen a un mínimo las complicaciones. Los recién nacidos requieren un baño inicial después de la estabilización de la temperatura y de su estado fisiológico. Para no alterar el manto ácido de la piel es preciso utilizar un jabón suave, que sea poco alcalino. Durante las 2 a 3 primeras semanas de vida no se recomiendan los jabones que contengan perfumes y colorantes por el incremento al riesgo de irritación de la piel. En los neonatos prematuros de menos de 2 meses de edad los baños se espaciaron más y su frecuencia no será mayor de 2 o 3 veces a la semana.

El cuidado del cordón umbilical se realizara con agua y jabón suave, se evitara el uso de alcohol. Se debe evitar los productos con látex, por el riesgo de desarrollar alergias. Los adhesivos son un irritante de la piel y pueden causar traumatismos si se aplican o retiran incorrectamente. Se deben de utilizar productos no adhesivos (gel para asegurar los electrodos, cierres de velero y ropa de tejidos suaves para vestir al recién nacido). Para fijar los catéteres intravenosos y los tubos se utilizaran apósitos transparentes que permitan la visualización directa de la piel subyacente y reduzcan a un mínimo la irritación de los adhesivos.

Cuando se retiren los adhesivos de la piel, debe de realizarse con mucha paciencia así como se debe utilizar agua estéril caliente. Los disolventes para retirar los adhesivos que contienen derivados hidrogenocarbonatos o nafta de petróleo deben evitarse en recién nacidos prematuros durante las 2 primeras semanas después del nacimiento debido a su toxicidad potencial. Se evitará la utilización de agentes adhesivos de tipo pegamento, ya que pueden provocar irritación o absorberse sistémicamente. En recién nacidos prematuros, la fijación creada por estos agentes con frecuencia es más fuerte que la cohesión creada entre la dermis y la epidermis, y su eliminación puede causar la denudación de la epidermis.

Las intervenciones para mantener la integridad de la piel incluyen el cambio de posición del neonato, la alternancia de los lugares de aplicación de los dispositivos de monitorización a intervalos frecuentes, y aplicar un vendaje compresivo protector en los lugares de presión. Es necesario evitar las lesiones térmicas de fuentes de calor como los guantes llenos de agua, electrodos calentados usados para la monitorización del oxígeno transcutáneo. La temperatura de cualquiera de estos productos no debe superar los 41 C. Las sondas de temperatura cutánea de los calentadores radiantes con servocontrol de la temperatura y de las incubadoras deben fijarse de forma segura al neonato y se debe controlara a intervalos regulares.

La extravasación de soluciones intravenosas que contienen agentes vasoconstrictores o soluciones hiperosmolares o muy alcalinas pueden provocar necrosis de los tejidos y un esfacelamiento. Al producirse la extravasación de un fluido, la infusión debe interrumpirse de inmediato elevando el lugar o la extremidad afectada. No debe aplicarse ni frío ni calor, ya que esto puede afectar más el tejido. (11,12,13)

## II. MARCO DE REFERENCIA

La importancia en el cuidado de la piel de los recién nacidos se ha estudiado desde el año de 1974, publicándose un artículo en la American Academy of Pediatrics, donde se resalta la importancia en la manipulación mínima del recién nacido. (11)

En un estudio realizado en el año 1998 en el Departamento de Neonatología de nuestro hospital, se identificaron la incidencia y el tipo de lesiones asociadas al nacimiento, realizándose un estudio observacional, descriptivo, donde se estudió a 50 recién nacidos con trauma obstétrico de una población total de 4033 nacidos vivos en ese hospital durante un periodo de un mes. Se observó que dentro de las lesiones más frecuentes se encuentran equimosis, petequias y laceraciones. La incidencia de traumatismo obstétrico fue de 12.5 a 1000 nacidos vivos y la mortalidad del 12%. (5)

Durante el 2001 se realizó un estudio descriptivo, de observación en el área conurbada de San Pedro Mártir titulado "Epidemiología de las dermatosis en niños de 0 a 2 años de edad de un área de la Ciudad de México, en donde se obtuvo que la prevalencia observada de dermatosis fue de 35%, con densidad de incidencia de 5.9 episodios por 100 niños al mes. Las enfermedades más frecuentes fueron dermatitis atópica en un 14%, dermatitis del pañal (14%), pitiriasis alba (13%), prurigo por insectos (10%), y miliaria (7%). Se concluyó que los casos de dermatosis en recién nacidos y lactantes no han variado mucho desde la década de 1970 y los datos concuerdan con los reportes de hospitales de tercer nivel. (18)

En el estudio titulado "Alteraciones cutáneas del neonato e dos grupos de población de México", cuyo objetivo era conocer cuáles y que tan frecuentes son las enfermedades o trastornos cutáneos en 2 grupos representativos del neonato mexicano. Como muestra se observaron 500 neonatos de una institución pública y otros 500 de 2 hospitales privados. Se observó que el 100% de los recién nacidos presentó alguna alteración o enfermedad en la piel, como promedio 3 a 6, observándose de 2 tipos: transitorias y permanentes. Las alteraciones transitorias fueron más frecuentes que las permanentes, siendo la descamación fisiológica la más común en ambos grupos. Se concluyó que las alteraciones de la piel del neonato son, en su mayoría, de tipo transitorio y usualmente no afectan la vida, la función, ni el desarrollo del niño. (15)

Se realizó un estudio en un hospital infantil de Bangladesh en el 2007, cuyo objetivo era mantener la función protectora de la piel, usando emolientes, para favorecer la tasa de supervivencia en recién nacidos prematuros de ese hospital. Como resultado se obtuvo la importancia de este tratamiento en base al uso de aceite de semilla de girasol, así como acuafor reduciendo mortalidad en un 26% y 32% respectivamente. (12)

Existen estudios recientes que nos hablan de la importancia de conocer las lesiones dermatológicas mas frecuentes en los neonatos, para su tratamiento correcto. En el 2008 se publico el artículo titulado “Neonatal Skin Disorders and the Emergency Medicine Physician”, cuyo objetivo es presentar las lesiones mas frecuentes, para que puedan ser valoradas por el médico de primer contacto. (9)

Por ultimo en el año 2009 se han publicado dos artículos referentes a las lesiones benignas transitorias del recién nacido.

La importancia de realizar este estudio consiste en conocer las lesiones dermatológicas presentes en un los recién nacidos de un Hospital de segundo nivel, así como su relación con la presencia de lesiones producidas durante el momento del parto; y las ocasionadas durante su estancia intrahospitalaria como consecuencia de maniobras instrumentales diagnósticas y terapéuticas.

### **III. PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Qué tipo de lesiones dermatológicas transitorias y adquiridas se presentan en los recién nacidos durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales?

### **IV. JUSTIFICACIÓN.**

La epidemiología de las dermatosis en niños se ha estudiado en todo el mundo. En México, existen pocos reportes de hospitales de tercer nivel, con servicios de dermatología, que quizá reflejen pobremente la situación real del país y que carecen de actualización. La importancia de realizar estudios epidemiológicos reside en conocer las enfermedades más frecuentes a fin de implantar programas de prevención y manejo de las mismas. Siendo nuestro hospital considerado de segundo nivel, se podrá conocer que tipo de lesiones dermatológicas son mas frecuentes en los recién nacidos que ingresen a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, siendo uno de los primeros estudios realizados en hospitales de este nivel.

### **V. OBJETIVO.**

Determinar cuales son las lesiones dermatológicas tanto transitorias como adquiridas que presentan los recién nacidos durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General Manuel Gea González.

#### ***Específicos***

- Determinar la frecuencia de las lesiones dermatológicas transitorias que presentan los recién nacidos durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General Manuel Gea González.
- Determinar la frecuencia lesiones dermatológicas adquiridas que presentan los recién nacidos durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General Manuel Gea González.

## **VI. DISEÑO**

Descriptivo, observacional, abierto, longitudinal, prospectivo.

## **VII. MATERIALES Y MÉTODO.**

### **Universo de estudio.**

Todos los recién nacidos que ingresen a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (terapia intensiva e intermedia) del Hospital General Dr. Manuel Gea González durante un periodo de un mes (de 30 a 50 pacientes).

### **Tamaño de la muestra.**

Recién nacidos que ingresen a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (terapia intensiva e intermedia) del Hospital General Dr. Manuel Gea González durante un periodo de un mes que cumplan con los criterios de inclusión.

### **Criterios de selección:**

Criterios de Inclusión.

Recién nacidos que ingresen a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (terapia Intensiva e Intermedia) del Hospital General Manuel Gea González.

## VARIABLES

Cuadro 1. Definición de variables

Variable independientes	Variable dependiente
1. Edad en días : <b>Intervalo</b>	1. Clasificación de lesión
2. Peso en gramos : <b>Intervalo</b>	: <b>Nominal</b> (adquirida, transitoria, ambas)
3. Sexo: femenino o masculino : <b>Nominal</b>	2. Número de lesiones adquiridas por recién nacido : <b>Intervalo</b>
4. Vía de nacimiento : <b>Nominal</b>	3. Número de lesiones transitorias por recién nacido : <b>Intervalo</b>
5. Tiempo de estancia : <b>Intervalo</b>	4. Tipo de lesión adquirida o transitoria : <b>Nominal</b>

## DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

1. Todo recién nacido que ingrese a la Terapia Intermedia e Intensiva Neonatal es registrado y capturado en Hoja de Captura de datos durante dos meses.
2. Se realiza revisión rutinaria (exploración física) de recién nacido en búsqueda de lesiones dermatológicas transitorias benignas o adquiridas por parte de Residente de Pediatría, supervisado por Médico adscrito de Neonatología.
3. Se solicitara apoyo por parte del Servicio de Dermatología del Hospital en caso de ser necesario.
4. Se realizará revisión (exploración física) diaria de los recién nacidos capturados, en búsqueda de lesiones dermatológicas.
5. Se realizaran anotaciones correspondientes en Hoja de captura de datos.
6. Se revisara a los recién nacidos desde su nacimiento hasta su egreso.
7. Al completar dos meses de estudio, se realizara análisis estadístico de los resultados obtenidos en hoja de captura de datos.
8. Se realizaran conclusiones del trabajo realizado.

## **CALENDARIO**

- 1.- Revisión bibliográfica: Tres semanas
- 2.- Elaboración del protocolo: Dos meses
- 3.- Obtención de la información. Un mes
- 4.- Procesamiento y análisis de los datos. Un mes
- 5.- Elaboración del informe técnico final. Dos semanas
- 6.- Divulgación de los resultados. Tres meses

Fecha de inicio: Febrero 2009

Fecha de terminación: Agosto 2009

## **RECURSOS**

### **Recursos humanos:**

Investigador: Tatiana Patricia Ruíz Morán

Actividad: Capturar las lesiones dermatológicas presentes en los recién nacidos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (Terapia Intensiva y Terapia Intermedia) de nuestro hospital.

Se realizara de forma diaria durante un mes.

Investigador: Beatriz Vallarta Rodríguez

Actividad: Capturar las lesiones dermatológicas presentes en los neonatos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (Terapia Intensiva y Terapia Intermedia), supervisando al investigador.

Se realizara de forma diaria durante un mes.

### **Recursos materiales:**

Solo se requerirá lápiz y goma para realizar las anotaciones respectivas en la hoja de captura de datos.

## **Recursos financieros.**

Cuadro 2. Recursos financieros

Cargo	Sueldo * Neto mensual	Sueldo por hora /160	Multiplique por número horas a la semana <sup>(1)</sup>	Multiplique por número de semanas <sup>(2)</sup>
Especialista	17008	106	530	14840
Residente III	10759	67	469	13132
				27972

\*Sueldo a mayo 2004

(1) Número de horas a la semana que dedica al protocolo

(2) Número de semanas que durará el protocolo

Cuadro 3. Total de recursos financieros.

Total de Recursos Humanos	Materiales, reactivos y procedimientos	Equipo	Mantenimiento	Servicios generales	Total
27972	100	0	0	853.8	28072

## **VIII. VALIDACIÓN DE DATOS.**

I) Se utilizará estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión: rango, media, mediana, moda, desviación estándar, proporciones o porcentajes.

## IX. RESULTADOS

Se estudiaron a todos los recién nacidos vivos, de ambos sexos, que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos del Servicio de Neonatología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” durante el mes de Julio del año 2009. El estudio incluyó a todos aquellos recién nacidos que fueran ingresados durante este periodo a la Terapia Intermedia y Terapia Intensiva de Neonatología. La muestra incluyó 31 recién nacidos con un promedio de días de estancia intrahospitalaria de 10.6 días.

Una vez identificadas y clasificadas las lesiones dermatológicas que presentan los recién nacidos durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, se determinó la frecuencia utilizando el programa estadístico Stata Versión 6, obteniéndose una muestra representativa de 31 recién nacidos, de los cuales el 58% (18 RN) fue del sexo masculino y el 42% (13 RN) de sexo femenino.

El peso que mayor frecuencia tuvo fue el del rango abarcado de 1.000 – 1.500 gr y de 2.501 – 3.000 gr con 8 pacientes cada uno respectivamente. Cabe recalcar aquí la igualdad en cantidad de pacientes de peso bajo y peso adecuado que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de nuestro hospital.

La edad gestacional prevalente fue el rango comprendido de 31-36.6 SDG con 17 de 31 pacientes, se observa en la figura 1.

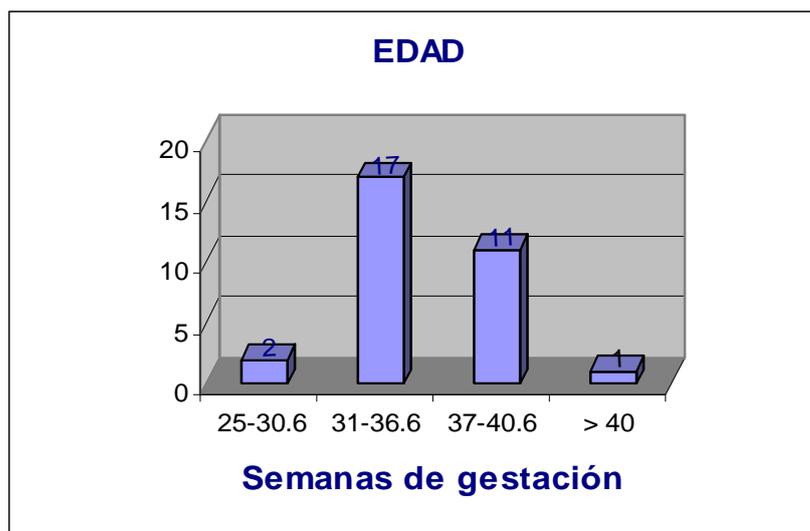


Figura 1. Edad gestacional

La vía de nacimiento no tuvo gran diferencia estadística ya que el 51.6 % (16 RN) se obtuvieron vía cesárea y el 48.39 % (15 RN) vía vaginal.

En el mes de estudio solo se observó en un recién nacido la presencia de labio y paladar hendido, asociado a pie equino varo bilateral. No se contó con la confirmación diagnóstica por parte del servicio de genética.

La frecuencia de lesiones asociadas al nacimiento es mayor al tamaño de la muestra ya que pueden coexistir una o más lesiones en un mismo paciente. De un total de 31 pacientes, observamos que la lesión mas frecuente fue el caput succedaneum, seguido de Petequias y laceraciones. En un paciente se pudo haber presentado más de una lesión obteniéndose un total de 47. No se presentó ninguna lesión relacionada a marcas de fórceps. La distribución se puede observar en la Figura 2.

### LESIONES ASOCIADAS AL NACIMIENTO

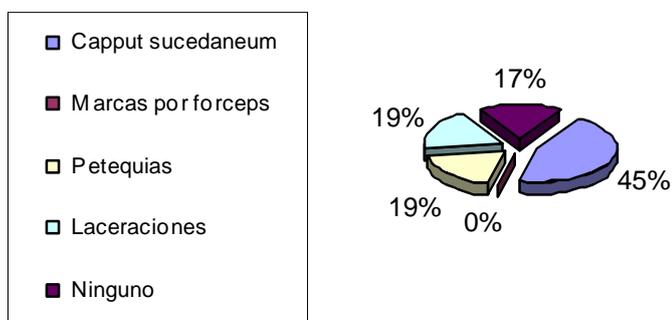


Figura 2. Lesiones asociadas al nacimiento

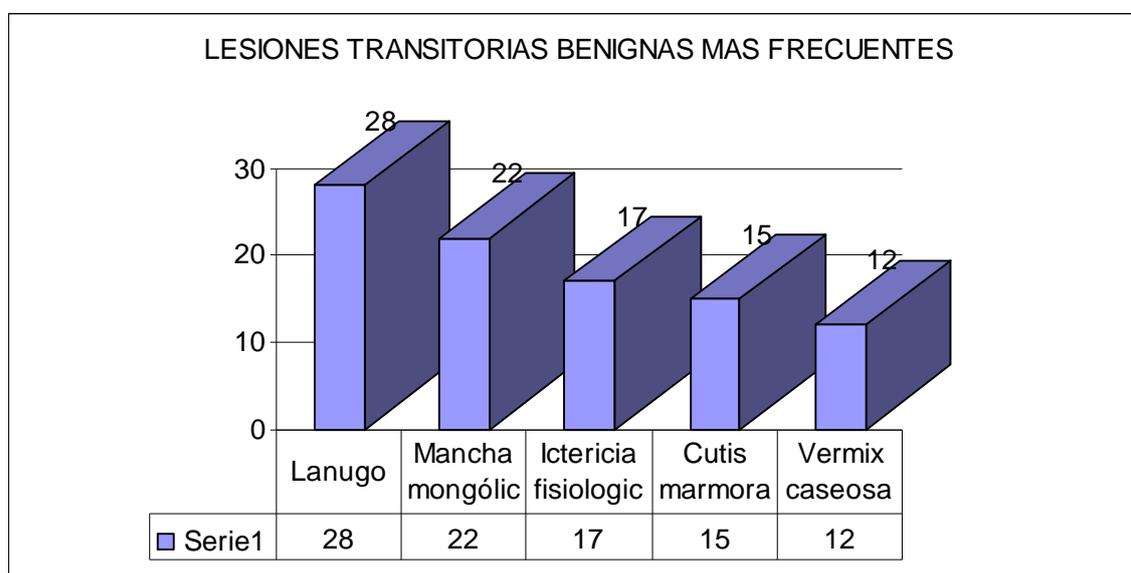
La frecuencia de lesiones transitorias benignas de nuestra muestra de estudio se muestra en el cuadro 4, dónde observamos que todos RN presentaron como mínimo una lesión transitoria benigna.

LESION	NUMERO	LESION	NUMERO
Eritema tóxico	3	Dermatitis del pañal	2
Melanosis pustulosa transitoria del RN	0	Acne neonatal	0
Milia	11	Nevus telangiectasicos	7
Miliaria	1	Cutis marmorata fisiológico	15
Hiperplasia de glándulas sebáceas	2	Coloración en arlequín	0

Lesiones de succión	0	Acrocianosis	6
Lanugo	28	Descamación fisiológica del RN	11
Vermix caseosa	12	Eritema fisiológico	10
Mancha mongólica o de Baltz	22	Ictericia fisiológica	17
Síndrome del niño bronceado	7	Dientes neonatales	1
Nódulos de Epstein, Bohn.	1	TOTAL	157

**Cuadro 4. Lesiones transitorias benignas.**

De las lesiones transitorias benignas, las tres lesiones más frecuentes encontradas fueron lanugo, mancha mongólica e ictericia fisiológica. Ver figura 3.



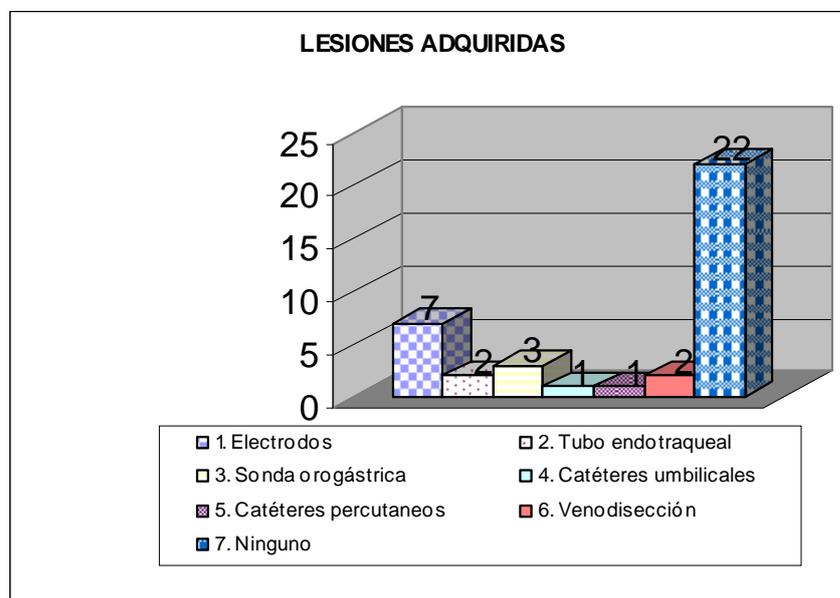
**Figura 3. Lesiones transitorias benignas más frecuentes.**

En lo que se refiere a las lesiones adquiridas que se encuentran relacionadas a factores externos utilizados tanto para el tratamiento como para la monitorización continua de los pacientes, los que se muestran en el Cuadro 5.

Presencia de	Numero de pacientes
Electrodos	14
Tubo endotraqueal	12
Sonda orogástrica	12
Catéteres umbilicales	13
Catéteres percutáneos	1
Venodisección	5
Ninguno	15
TOTAL	72

**Cuadro 5. Presencia de factores externos**

El factor externo que con más frecuencia se asoció a dermatosis fueron los electrodos con 7/14, seguido de sonda orogástrica 3/12. Ver figura 4.



**Figura 4. Lesiones adquiridas asociadas a factores externos**

En todos los RN se utilizó venoclisis, presentándose en el 29% (9 RN) infiltración, y un solo RN presentó quemadura.

Por último se estudió la presencia de lesiones adquiridas relacionadas a la posición observándose en el Cuadro 6.

<b>LESION POR POSICIÓN</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Escara	2	5%
Moldeamiento	11	30%
Edema de posición	5	14%
Ninguno	19	51%

**Cuadro 6. Lesiones adquiridas por posición.**

## **X. DISCUSION Y CONCLUSIONES**

El objetivo de este estudio es determinar cuales son las lesiones dermatológicas tanto transitorias benignas como adquiridas que presentan los recién nacidos durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General Dr. Manuel Gea González, estudiando la frecuencia de las mismas.

Se obtuvo una muestra representativa de 31 recién nacidos que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Dr. Manuel Gea González durante el período de un mes, con un promedio de estancia intrahospitalaria de 10.6 días.

El 58 % de la muestra fue de sexo masculino, mientras que el 42% del sexo femenino. La vía de nacimiento no tuvo diferencia estadística, observándose que 51.6 % se obtuvo vía cesárea y el 48.39 % vía vaginal.

El 54.8% de los pacientes son pretérminos, dentro del rango de edad gestacional de 31-36.6 semanas de gestación. Debido a que este es un grupo vulnerable, es importante recalcar que aumenta la presencia factores externos utilizados para su tratamiento o monitorización continua, siendo la población más susceptible para el desarrollo de lesiones adquiridas.

Dentro de las lesiones asociadas al nacimiento, se obtuvo que la mas frecuente fue el capput succedaneum, seguido de petequias y laceraciones. No se pudo realizar una correlación con la vía de nacimiento, ya que no se encontró diferencia significativa. Se concluye que no existe correlación significativa de la presencia de lesiones asociadas al nacimiento con la vía de nacimiento.

Durante el mes de estudio, se observó, que los recién nacidos pueden presentar una o más lesiones transitorias benignas, incrementando el número o aparición de las mismas con los días de estancia intrahospitalaria, donde a más días de estancia, más lesiones transitorias benignas observadas.

Dentro de las lesiones adquiridas, se encuentran las relacionadas al uso de factores externos utilizados en la monitorización continua y tratamiento de los recién nacidos de nuestra población en estudio, observándose que el 50% de los pacientes con electrodos, presentó lesiones dermatológicas relacionadas a su uso. Se observó con mayor frecuencia quemadura, así como eritema localizado en la región de su inserción. En los pacientes tanto de peso bajo como prematuros se presenta de forma más frecuente, esto es por las características de la piel de los mismos, así como por el incremento de factores externos asociados.

El 100% de nuestra muestra de estudio contó con venoclisis durante su estancia intrahospitalaria, donde el 29% presentó infiltración de la misma, haciendo hincapié en la importancia por parte del servicio de enfermería como de personal médico para evitar este tipo de lesión prevenible.

Durante el mes de estudio, la presencia de moldeamiento se presenta como la lesión más frecuente relacionada a la posición, presentada en el 30% de la población, concluyendo que el cambio frecuente de posición de los RN hospitalizados es importante para disminuir la incidencia de la misma.

Los resultados obtenidos en este trabajo, demuestran la importancia de conocer la frecuencia de lesiones tanto transitorias benignas como adquiridas de los recién nacidos, para ofrecer un tratamiento oportuno y eficaz a los pacientes. El cuidado de la piel es fundamental en el tratamiento del recién nacido crítico, siendo parte fundamental el cuidado y atención por parte del servicio médico y de enfermería para lograr una mejor calidad de vida.

## **XI. PERSPECTIVAS**

Con el estudio realizado, observé la frecuencia de lesiones que presentan los RN, tanto transitorias como adquiridas, en un hospital de segundo nivel. Siendo éste el primer estudio de su clase, da pauta a continuar con el mismo para ampliar nuestro conocimiento y poder ofrecer un tratamiento oportuno.

## **XII. CONSIDERACIONES ETICAS**

"Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado.

### XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1. Yosipovitch G, et al. Skin barrier Properties in Different Body Areas in Neonates. *Pediatrics*; 2000;106 (1): pp 105-107.
- 2 J. Mancini A. Skin. *Pediatrics* 2004; 113; 1114-1119.
- 3. Conlon J., Drolet B. Skin Lesions in the neonates. *Pediatr Clin N Am* 2004; 51; pp: 863-888.
- 4. BAYLISS S. Trastornos cutáneos neonatales. *Clin Ped Norteamerica* 1991; 4: 767-81.
- 5. Garcia H., Peña A. Incidencia de lesiones asociadas al nacimiento en recién nacidos. *Rev. Med IMSS* 2004; 42 (1): pp 25-30.
- 6. COHEN BA. Transient eruptions of the newborn. En: *Pediatric Dermatology*. 2a edición. Ed Mosby.
- 7. O Connor N, McLaughlin M. Newborn skin: Part 1. Common Rashes. *American Academy of Family Physicians*; 2008; 77 (1): pp 47-52.
- 8. McLAUGHLIN M, et al. Newborn Skin: Part II. Birthmarks. *American Academy of Family Physicians.*; 2008; 77 (1): pp 56-59.
- 9. Sethuraman G, Mancini A. Neonatal Skin disorders and the Emergency Medicine Physician. *Clin Ped Emerg Med* 2008; 9: 200-209.
- 10. Conlon JD, Drolet BA. Skin lesions in the neonate. *Pediatr Clin North Am.* 2004; 51:863-88.
- 11. STANLEY James, et al. Skin Care of Newborns. *Pediatrics*; 1974; 54 (6): pp 682-683.
- 12. Gary L. Darmstadt, et al. Effect of Skin Barrier Therapy on Neonatal Mortality Rates in Preterm Infants in Bangladesh: A Randomized, Controlled, Clinical Trial. *Pediatrics* 2008; 121; pp: 522-529.
- 13. BELLVER E, et al. Problemas dermatológicos mas frecuentes del recién nacido; 1991; 245-247.
- 14. LaVoo EJ, Paller AS. Dermatitis frecuentes durante el primer año de vida. *Clin Ped Norteamerica* 1994; 5: 1105-17.
- 15. Magaña M., et al. Alteraciones cutáneas del neonato en dos grupos de población de Mexico. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2005; 62 : 117-23.
- 16. Magaña M, Vazquez R. Lesiones cutáneas transitorias en neonatos. Estudio de 100 casos. *Rev Med Hosp Gral Mex.* 1993; 56: 149-56.
- 17. Magaña M. Nevos melanocíticos en la infancia. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2000; 57: 280-92.
- 18. García de Acevedo B, et al. Epidemiología de las dermatosis en niños de 0 a 2 años de edad de un area de la Ciudad de México. *Dermatología Rev Mex* 2005; 49 (1): pp 8-11.

## XIV. HOJA DE CAPTURA DE DATOS

Frecuencia de lesiones dermatológicas transitorias y adquiridas en los recién nacidos durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Dr. Manuel Gea González.

Nombre: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino  
 semanas de gestación: \_\_\_\_\_ Femenino  
 Tiempo de estancia: \_\_\_\_\_

Vía de nacimiento: Parto  
 Cesárea

Malformaciones congénitas al nacimiento: \_\_\_\_\_

Lesiones asociadas al nacimiento:

Caput succedaneum      Marcas por fórceps      Petequias      Laceraciones

Lesiones transitorias benignas:

LESION	DIA DE VIDA DE PRESENTACION	LESION	DIA DE VIDA DE PRESENTACION
Eritema tóxico		Dermatitis del pañal	
Melanosis pustulosa transitoria del RN		Acne neonatal	
Milia		Nevus telangiectasicos	
Miliaria		Cutis marmorata fisiológico	
Hiperplasia de glándulas sebáceas		Coloración en arlequín	
Lesiones de succión		Acrocianosis	
Lanugo		Descamación fisiológica del RN	
Vermix caseosa		Eritema fisiológico	
Mancha mongólica o de Baltz		Ictericia fisiológica	
Síndrome del niño bronceado		Dientes neonatales	
Nódulos de Epstein, Bohn.			

Lesiones adquiridas relacionadas con:

Electrodos		
Tubo endotraqueal		
Sonda orogástrica		
Catéteres umbilicales		
Catéteres percutáneos		
Venodisección		

Venoclisis:      Infiltración  
 Quemadura

Lesiones por posición:      Escara      Moldeamiento      Edema de posición