

Recién nacido: cuidado de la piel

S. Salcedo Abizanda, C. Ribes Bautista,
F.A. Moraga Llop

La piel del recién nacido tiene unas diferencias anatómicas y fisiológicas con la del adulto, que es necesario conocer para establecer unos cuidados apropiados. Las principales diferencias son: es más delgada, tiene menos pelo, falta de desarrollo del estrato córneo, disminución de la cohesión entre la dermis y la epidermis, las uniones intercelulares epidérmicas son más débiles, produce menor cantidad de sudor y de secreción de las glándulas sebáceas y el pH de la piel es neutro.

Las funciones principales del estrato córneo son la de conservación del agua corporal y la de barrera. En el recién nacido pretérmino es aún más fino que en el a término y no impide ni el paso del agua a través de la epidermis, ni la absorción de productos tópicos, ni la invasión microbiana.

La tasa de pérdida transepidérmica de agua es una medida objetiva de la integridad del estrato córneo. La permeabilidad epidérmica es mayor cuanto menor es la edad gestacional. En el recién nacido a término la permeabilidad es equivalente a la del adulto; los productos de aplicación tópica pueden alcanzar concentraciones sanguíneas elevadas debido al aumento de la relación entre la superficie cutánea y el peso corporal.

La actividad sebácea interviene en la formación del vórnix caseoso entre el sexto y noveno mes de gestación, y está aumentada por la acción de los andrógenos maternos; después desde el nacimiento hasta la pubertad está en fase de reposo por lo que la piel del niño tiene tendencia fisiológica a la sequedad.

Siempre se ha dicho que la piel del recién nacido es más susceptible a los irritantes externos.

Este concepto está sometido a controversia y requiere ser investigado. La absorción percutánea se produce fundamentalmente por dos mecanismos: a través de las células del estrato córneo y de la epidermis (vía transepidérmica) y a través de la vía del folículo piloso-glándula sebácea. Durante muchos años se ha considerado que la piel del neonato es más susceptible a la absorción percutánea de sustancias potencialmente tóxicas. Esto parece que es cierto en el caso del prematuro, pero no en el de la piel indemne (excepto la del escroto) en el recién nacido a término. Como ya se ha señalado anteriormente, en este sentido puede tener más trascendencia la mayor relación entre la superficie cutánea y el volumen corporal que ocurre en el periodo neonatal, en relación a épocas posteriores de la vida, y que podría jugar un papel en que se alcancen mayores concentraciones de sustancias potencialmente tóxicas aplicadas en la piel en el recién nacido.

El recién nacido está más predispuesto a presentar lesiones ampollosas traumáticas ya que la unión dermoepidérmica es más lábil y tiene menos uniones intercelulares epidérmicas.

En el cuidado de la piel son aspectos importantes la integridad de la piel, la higiene (con especial atención al cuidado del ombligo y el área del pañal), el control de la temperatura y el adecuado uso de antisépticos y emolientes.

Higiene de la piel

La limpieza de la piel no se debe iniciar hasta que la temperatura corporal se haya estabi-

lizado. La piel del neonato está cubierta de una materia blancogrisácea, de consistencia semigrasa denominada vérnix caseosa. Deriva de la secreción de las glándulas sebáceas y de los productos de descomposición de la epidermis fetal. No es necesario limpiar todo el vérnix ya que tiene, según algunos autores, una función protectora frente a las infecciones y nutritiva de la piel, y favorece la curación de lesiones cutáneas.

El cuidado de la piel del recién nacido es especialmente delicado ya que carece de flora bacteriana saprofita en el momento del nacimiento y existe en ella una herida fisiológica (cordón umbilical) y en ocasiones dos, en los varones circuncidados. Además, el personal sanitario que se ocupa de su cuidado y los fómites potencialmente pueden ser una fuente de agentes infecciosos.

El pH cutáneo normal es ácido y varía entre 4,5 y 6 según las zonas. Este manto ácido interviene en la inhibición de la proliferación microbiana. En el momento del nacimiento el pH es neutro, acidificándose posteriormente. La utilización de jabones alcalinos aumenta transitoriamente el pH cutáneo y favorece la irritación y las infecciones.

En el recién nacido a término se deben usar jabones neutros o discretamente ácidos y no perfumados, y aplicarlos en pequeñas cantidades con la mano o con una esponja suave. La piel sana tiene mecanismos de autolimpieza inherentes, por lo que excepto en determinadas zonas, no parece necesario el baño o la ducha diario. Las zonas anogenitales, los pliegues axilares e inguinales, las manos, las secreciones orales y nasales se limpiarán cuantas veces sea necesario.

El abuso de jabones y la excesiva temperatura, frecuencia o duración de los baños o las duchas favorecen la aparición de sequedad cutánea o dermatitis irritativa. El baño con agua templada en niños pequeños suele ser más reconfortante que la ducha.

En el recién nacido pretérmino hay que evitar los agentes de limpieza durante las dos primeras semanas y limpiar la piel suavemente sólo con agua tibia.

Soluciones antisépticas

La adición de antisépticos a los productos para la higiene de la piel sana del recién nacido no está justificada, ya que su utilización indiscriminada altera el ecosistema microbiológico cutáneo habitual y favorece la proliferación de otros microorganismos.



Aspecto de la piel de un recién nacido pretérmino.

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

El alcohol tiene efectos adversos potenciales como la absorción, las quemaduras, el impacto sobre la barrera de la piel y los cambios del pH.

Emolientes

Estas sustancias proporcionan hidratación y plasticidad, ya que aumentan la cantidad de

agua del estrato córneo. Los emolientes se utilizan en el recién nacido a término cuando la piel esté seca, fisurada o con descamación y se aplicarán después del baño con la piel húmeda.

Hay estudios que relacionan la aplicación de emolientes en el cuidado sistemático de la piel del prematuro con una mejoría de su apariencia y una disminución de la pérdida transepidérmica de agua.

El tipo de emoliente que se debe utilizar no tiene que contener productos perfumados, colorantes o conservantes. Se debe comprobar la composición y calidad de todos los agentes de uso tópico y si es posible emplear envases de un solo uso.

Temperatura

Las temperaturas altas se deben evitar, ya que pueden provocar hipertermia o sudamina y las temperaturas frías pueden dar lugar a hipotermia o paniculitis.



Aspecto de la piel de un recién nacido pretérmino.

En las primeras semanas de la vida son frecuentes las crisis de sudoración y las miliarias, debido a la inmadurez de los centros nerviosos simpáticos que regulan la respuesta a los estímulos térmicos.

Hay que evitar la exposición ultravioleta excesiva. Las radiaciones solares tomadas con precaución son aconsejables, ya que los rayos ultravioletas B favorecen la síntesis de vitamina D necesaria para el crecimiento del niño. El tiempo de exposición se debe limitar y aumentarlo progresivamente según la tolerancia. Es necesario utilizar filtros con factor de protección alto, que no contengan sustancias irritantes para los ojos.

Los vestidos del recién nacido han de ser holgados y preferentemente de algodón. Se deben evitar las prendas de lana en contacto directo con la piel, ya que pueden ser irritantes. El exceso de ropa es el responsable de la mayoría de casos de sudamina.

Cuidados del ombligo

La colonización bacteriana umbilical se ha relacionado con onfalitis, sepsis y otras infecciones neonatales, sobre todo de etiología estafilocócica. Por esto, el cuidado del ombligo es necesario para evitar que la colonización alcance niveles suficientes para desencadenar la infección.

La caída del cordón se produce como consecuencia de un doble proceso de deshidratación (momificación) y putrefacción (dependiente de bacterias). Los antisépticos más potentes suelen retrasar los procesos de putrefacción, y con ello el desprendimiento del cordón, y por tanto ofrecen a los microorganismos resistentes a su acción un medio idóneo para su desarrollo durante un mayor periodo de tiempo.

Se han utilizado muchos métodos de antisepsia umbilical y hay numerosos estudios sobre el grado de eficacia. En nuestro medio los más utilizados son el alcohol, el mercurocromo y la clorhexidina.

Algunos tienen un amplio espectro bactericida, mientras que otros poseen un efecto bacte-



Granuloma umbilical.

riostático débil. En un estudio comparativo de Perapoch y cols. se observó que la eficacia del alcohol de 70°, el mercurocromo y la mezcla de ambos era similar, mientras que si se empleaba una solución de clorhexidina al 1%, el grado de colonización umbilical era menor, pero aumentaba el número de cultivos para gérmenes gram-negativos y se alargaba el tiempo de cicatrización.

La aplicación de polvos de talco en la zona umbilical se debe evitar, ya que pueden dar lugar a granulomas a cuerpo extraño o a una desecación excesivamente rápida, con riesgo de hemorragias y de onfalitis.

En algunos casos, después de la caída del muñón umbilical, aparece una lesión exofítica, rojiza, carnosa y a menudo pediculada, que sangra fácilmente, denominada granuloma umbilical o piogénico. La aplicación de toques con barritas de nitrato de plata suele ser suficiente para su resolución. Si fracasa este tratamiento se debe sospechar la persistencia del conducto onfalomesentérico o del uraco.

Cuidados de la piel del área del pañal

La aparición de la dermatitis del pañal está en relación con la humedad, la irritación producida por las heces y la orina, la maceración secundaria a la oclusión por el pañal y la colonización microbiana, sobre todo por *Candida albicans*. En la mayoría de los casos se debe a que los cambios de pañal no se realizan con la suficiente frecuencia.

La limpieza se puede realizar con un jabón suave seguida de un secado exhaustivo de la zona. Se pueden emplear pastas con óxido de zinc para mantener la piel seca y pomadas antifúngicas en caso de colonización por hongos.

Bibliografía

1. Cartlidge P. The epidermal barrier. *Semin Neonatol* 2000; 5: 273-280.
2. García-Patos Briones V. Cuidados de la piel del recién nacido. *La dermatología y el pediatra*. Ed. Ergón: Barcelona 1997; 21-32.
3. Machet L, Vaillant L, Lorette G. La peau du nouveau-né. *Ann Dermatol Venereol* 1999; 126: 918-20.
4. Perapoch J, Salcedo S, Gallart A, Peguero G, Casellas M, Barroso C et al. Colonización umbilical en recién nacidos normales. Estudio comparativo de cuatro métodos de antisepsia umbilical. *An Esp Pediatr* 1993; 39: 195-198.
5. Rutter N. The newborn skin. *Semin Neonatol* 2000;5: 271.
6. Taeusch HW, Ballard RA. *Tratado de Neonatología Avery*. Ed. Harcourt: Madrid, 7ª edición, p. 1271-1281.