



## Revisión sobre las recomendaciones de expertos en el Manejo de las Heridas en Pediatría. Parte III.

Este documento es una obra adaptada y derivada<sup>1</sup> del siguiente artículo de revisión creada por un panel de expertos: "Best Practice Statement (2014) Principles of wound management in paediatric patients. London: Wounds UK. Available to download from: [www.wounds-uk.com](http://www.wounds-uk.com)".<sup>2</sup>

El documento de revisión pretende ser una primera edición actualizada. La metodología usada en la realización de este documento ha sido mediante grupo de expertos y revisión de la literatura más actual en el momento de su redacción. Las autoras clasificaron la revisión en tres secciones:

1. Etiología, valoración y diagnóstico de las heridas en Pediatría.
2. Manejo de las heridas centrado en el niño y jóvenes.
3. Prevención y Manejo de las dermatitis del pañal.
4. Síntesis Recomendaciones.

<sup>1</sup> Este documento ha sido traducido, resumido e interpretado por D. Pablo García-Molina (Universidad de Valencia), editor [www.upppediatria.org](http://www.upppediatria.org). El autor interpreta las principales ideas que se pueden extraer del documento. Edición y revisión realizada según normativa del grupo [upppediatria.org](http://upppediatria.org).

El documento ha sido revisado por D<sup>a</sup> Carmen Alonso, D<sup>a</sup> Evelin Balaguer-López, suscriptora y editora respectivamente de [www.upppediatria.org](http://www.upppediatria.org).

<sup>2</sup> Documento financiado con una beca por parte de la empresa Clinimed®, que avisa que las opiniones aquí vertidas por el panel de expertas no tienen por qué ser las de la empresa.

### 3. Prevención y Manejo de las dermatitis del pañal.

El panel de expertas relaciona los casos más graves de dermatitis del pañal (DP) con la candida albicans. Las autoras describen un protocolo de manejo de la DP. Este protocolo es interesante y puede ser adaptado a nuestro contexto sanitario. En este documento se recomiendan una serie de intervenciones según el estado de la piel y de la gravedad de la DP.

- a) **Sin lesión ni irritación, cuidados generales.** Se debe limpiar con agua potable templada y una gasa de algodón suave. Secar a toques y cambiar el pañal (núcleo de gel) cada vez que se ensucie el pañal o lo más frecuentemente posible. Si a pesar de todas las medidas se produce una DP se debe valorar su gravedad. Si estando la piel intacta, observamos que su estado se deteriora rápidamente -por cualquier motivo- la piel se tratará como si tuviera una DP moderada o severa. Se pretende proteger la piel intacta de los niños a pesar de su deterioro general. A partir de este estado moderado de gravedad se debe limpiar la piel mediante irrigación con jeringa de 20 mL de agua templada o emoliente (producto oleoso). Secando la piel intacta a toques, evitando la fricción.
- b) **En la DP leve.** Se debe aplicar spray barrera no irritante o aplicar emoliente (puede ser fabricado en el hospital o comercializado por empresas), utilizando siempre pañales súper absorbentes (con núcleo de gel por ejemplo) tan pronto como el niño haya orinado o ensuciado el pañal.



- c) **En DP moderada y severa.** Actuaremos igual que en el anterior estado de gravedad, pero ante un empeoramiento o estancamiento de la DP en 72 horas, se debe contactar con una especialista. La misma puede ser enfermera, estomaterapeuta o dermatóloga. Siendo que el plan de cuidados debe ser consensuado con la enfermera responsable del cuidado del neonato.
- d) **En DP con infección fúngica.** En este caso no aplicaremos spray barrera únicamente, debido a que crea una barrera casi impermeable que favorece que la colonización fúngica se convierta en infección. El panel de expertas anglosajonas recomiendan la aplicación de cremas con clotrimazol 1%, 3 veces al día durante 3 semanas en piel limpia. Sugieren que, por encima de este producto, usemos un producto barrera (spray, crema, pasta, etc.) según la gravedad de la DP. Ante una DP con signos de infección fúngica, recomiendan que el profesional adecuado pauté el tratamiento oral antifúngico.

### Consideraciones especiales DP.

Las autoras del panel de expertas realizaron una serie de consideraciones según el estado del paciente. Es decir, si el paciente tiene alguna de las siguientes características deberá ser tratado como si tuviera un alto riesgo de desarrollo de DP. Así, si el paciente pediátrico está inmunodeprimido o va a ser trasplantado, se empezarán los cuidados directamente como si sufriera una DP moderada o severa. Si lleva ileostomía o colostomía se aplicará el mismo protocolo como si tuviera una DP moderada o severa. Estos cuidados intensivos se aplicarán aunque la piel del niño esté intacta.

Otra consideración respecto a los cuidados de un niño con DP será la implicación de los padres en los cuidados. Como profesionales responsables del cuidado debemos educar a los padres en la aplicación correcta de los cuidados. Las autoras recomiendan que no se use la pauta de cuidados que los padres llevan en casa. En especial si el niño tiene una DP o está en riesgo. Solo se mantendrá la pauta del domicilio cuando la enfermera valore una capacidad adecuada de los padres en el cuidado y evalúe que la pauta de cuidados es la correcta.

Aconsejan, también el uso de cremas, pastas y preparados oleosos sobre la piel. Estos productos deben ser impermeables al agua para proteger la piel de la maceración, pero transpirable a los gases y no deben contener parabenos ni perfumes.

Las expertas aconsejan el uso de pañales desechables súper absorbentes. Nunca utilizar pañales reutilizables pues aumentan la incidencia de DP. Y controlar los cambios en la consistencia de las heces, para predecir DP químicas.



El panel de expertas también valora que, en los casos moderados o severos -siempre que sea posible- se bañará o duchará al niño una o dos veces al día. Nunca se detendrá o cambiará un plan de cuidados antes de 48 horas, a menos que la condición de la piel se deteriore. Y por último, las toallitas húmedas comercializadas para bebé no se usarán en la piel de los recién nacidos.

#### 4. Síntesis de las recomendaciones del Panel de Expertas sobre el cuidado de la piel en pediatría:

1. Los niños no deben ser tratados como adultos: se deben crear guías adaptadas a esta población.
2. Las bases de datos deben estar adaptadas a la población pediátrica. La evolución de las heridas debe quedar registrada.
3. Consultar a un especialista cuando la herida no mejora.
4. Se debe proteger al niño con heridas del dolor y la ansiedad.
5. Usar apósitos no adherentes o esparadrapos con silicona, así como sprays especiales para retirar los apósitos y esparadrapos adhesivos.
6. Limpie la herida solo después de la primera valoración.
7. Utilice apósitos adecuados para cada niño. El tamaño del apósito debe ser el justo para que no haya riesgo de lesión en el tejido perilceral.
8. Los clínicos deben saber cómo prevenir la dermatitis del pañal y, si se produce, cómo manejarla. La dermatitis del pañal produce un alto grado de dolor y ansiedad al paciente pediátrico, así como a su familia. Se debe actuar apoyado en un algoritmo como el que proponen en el documento.

9. Asegúrese de que las necesidades especiales de los pacientes pediátricos y sus padres / tutores se satisfacen.

**Nota de los revisores científicos UPPPE-DIATRIA.org:** el autor de la traducción-interpretación y las revisoras de este documento no suscriben todas las recomendaciones mencionadas por las autoras del artículo de WOUNDS. Sugieren que la lectura de las recomendaciones mencionadas por el panel de expertas debe ser interpretada con cautela. Cada profesional sanitario responsable del cuidado de la piel debe valorar las condiciones del contexto sanitario donde se produce la intervención de cuidado.

Por este motivo se exponen una serie de comentarios sobre algunas de las recomendaciones del panel de expertas.

El panel de expertas debería especificar si los emolientes, ungüentos, pastas, cremas recomendados deben llevar óxido de Zinc además si, deben ser aplicados de forma conjunta con otros producto barrera como vaselina, película de poliuretano en spray o polvo de hidrocoloide. Por ejemplo, las revisoras sugieren la aplicación conjunta de pasta con óxido de Zinc y vaselina si DP. La pasta de óxido de Zinc se aplicará primero y luego, para evitar que se adhiera la pasta a la superficie del pañal, se aplicará la suficiente vaselina. En el grupo de riesgo pasta con óxido de Zinc o vaselina (depende del factor). En piel sana y sin riesgo no aplica nada.

Si a las 72h la DP -a pesar del correcto tratamiento- no ha mejorado o incluso ha empeorado, sospecharemos de que hay una infección por cándida. Para lo cual, algunos estudios recomiendan cultivar una toma de muestras (mediante hisopo) de la zona y empezar con el tratamiento antifúngico. Según el resultado del cultivo, el tratamiento antifúngico se mantendrá o se retirará. En DP severas, tanto si se mantiene o no el antifúngico, se recomienda el uso de "hidrocoloide en polvo" y después la doble capa (producto barrera y vaselina). El pañal debe quedar holgado para evitar la fricción y el contacto con heces.

Las revisoras de este documento también sugieren que la prevención también se realice con niños que tengan tratamiento antibiótico, que reciban glucosmón o que hagan de 3 a 4 deposiciones al día o cuando las deposiciones sean líquidas.