

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL IMPÉTIGO Y EL SÍNDROME DE PIEL ESCALDADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

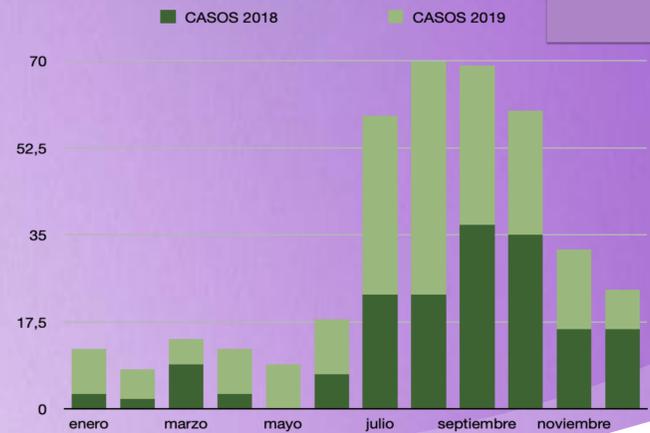
Carbonell Viciano Y¹; Melgar Díaz S²; Solá Truyols A³.

(¹Residente Enfermería Pediátrica, ²Residente Pediatría, ³Residente Dermatología. Palma de Mallorca)

INTRODUCCIÓN

El Impétigo y el Síndrome de la piel escaldada son dos entidades patológicas poco frecuentes, cuya incidencia ha ido en aumento en los últimos años y de las que no hay datos epidemiológicos suficientes en nuestro país.

Durante los años 2018/19 se realizó una recogida de datos en las urgencias de pediatría, analizando el porcentaje que suponen estas dos patologías sobre el total, observando un incremento de los casos en los meses de verano y otoño.



OBJETIVOS

- Conocer y diferenciar estas dos entidades patológicas
- Conocer y aplicar los cuidados de enfermería que precisa el niño afecto de Síndrome de piel escaldada
- Conocer su incidencia en las urgencias de pediatría

IMPÉTIGO	SÍNDROME PIEL ESCALDADA
<ul style="list-style-type: none"> • Infección cutánea superficial • Causado por Strept.pyogenes y/o Staph.aureus • Impétigo no ampuloso: <i>pápula</i> → <i>vesícula</i> → <i>costra amarillenta</i> • Impétigo ampuloso: <i>ampolla transparente</i> → <i>turbio</i> → <i>erosión eritematosa</i> → <i>costra</i> • Lesiones limitadas a 1 zona (cara, boca, nariz o EE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Infección cutánea ampulosa • Causado por Staph.aureus • Descamación intraepidérmica por diseminación hematógena • Cuadro brusco de fiebre, irritabilidad, hiperestesia cutánea y eritema • Lesiones de predominio en cara, axilas e ingles

CASO CLÍNICO

Niña de 4 años que acude a urgencias pediátricas por reacción cutánea de 2 días de evolución, tratada de modo ambulatorio sin mejoría.

Presenta lesiones eritematosas de predominio en axilas, ingles y tronco; de tacto rugoso, aspecto escarlatiniforme y sin descamación. Se decide ingreso en UCE para observación y a la espera de resultados analíticos.

Manifiesta una rápida progresión del cuadro cutáneo, así como fiebre alta y signo de Nikolsky positivo, por lo que ante sospecha de Síndrome de piel escaldada, se decide ingreso en hospitalización pediátrica.



PLAN DE CUIDADOS: NANDA-NOC-NIC

DX ENFERMERÍA	NOC	NIC
00004 Riesgo de infección	0703 Severidad de la infección Ingreso 3 Objetivo 5 Alta 4	2300 Administración de medicación 6550 Protección contra las infecciones - Adm. ATB iv - Vigilar signos infección heridas - Cura de heridas 3590 Vigilancia piel 2316 Administración medicación tópica 6540 Control de la infección
	1101 Integridad tisular: piel y membrana mucosa Ingreso 3 Objetivo 4 Alta 4	
00132 Dolor agudo	1605 Control del dolor 2102 Nivel del dolor: *210205 Expresiones orales de dolor Ingreso 3 Objetivo 5 Alta 4	1400 Manejo del dolor 2210 Administración de analgesia
00046 Deterioro de la integridad cutánea	1102 Curación de la herida: por 1ª intención *110208 Resolución del eritema cutáneo Ingreso 4 Objetivo 4 Alta 4	3660 Cuidado de las heridas 7040 Apoyo al cuidador principal

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

- El desarrollo del lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC permite organizar el trabajo enfermero, facilitando su registro y normalizando la práctica.
- La incidencia de estas patologías requiere conocimiento de las mismas, así como un plan de cuidados de enfermería que unifique criterios.
- Existen insuficientes datos epidemiológicos sobre estas dos entidades y sería necesario investigar más sobre la correlación existente entre el aumento de la incidencia en las estaciones de verano/otoño y su causalidad.

Bibliografía:

1. Nso Roca AP, Baquero-Artigao F, García-Miguel MJ, de José Gómez M.I., Aracil Santos F.J., del Castillo Martín F. *Síndrome de escaldadura estafilocócica*. An Pediatr (Barc). 2008;68(2):124-7.
2. Errasti Viader I, Domínguez Riscart J, del Rosal Rabes T, de Ceano-Vivas La Calle M. *¿Urticaria? ¿Dermatitis atópica? Diagnóstico final: síndrome de la piel escaldada estafilocócica*. Rev Pediatr Aten Primaria. 2017;19:e59-e62.
3. Sellarés Casas E, Moraga Llop FA. *Infecciones cutáneas bacterianas*. Pediatr Integral 2012; XVI(3): 235-243