



CUIDADOS COM A PELE DO RECÉM-NASCIDO

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

A pele do recém-nascido (RN) apresenta algumas peculiaridades que a tornam diferente da pele do adulto, mais fina (40% a 60%), menos pilosa, apresenta menor coesão entre a epiderme e a derme, e a proporção entre a área da superfície corpórea e o peso é de até cinco vezes a do adulto.

Essa pele é submetida a um progressivo processo de adaptação ao ambiente extrauterino, para o qual cuidados especiais se tornam necessários devido a sua sensibilidade e fragilidade. A imaturidade da barreira epidérmica diminui significativamente a defesa contra a excessiva proliferação microbiana, tornando a pele mais suscetível ao trauma e a toxicidade por absorção percutânea de drogas.

No RN pré-termo, o problema é ainda maior, pois o estrato córneo também se apresenta imaturo, acarretando em maior perda de água através da epiderme e aumentando o risco de desidratação, desequilíbrio hidroeletrólítico e instabilidade térmica.

Com o objetivo de oferecer ferramentas de apoio para a decisão da equipe, são necessárias intervenções nas diversas situações em que ocorre exposição da pele do RN, no ambiente hospitalar.

1- Banho do recém-nascido

Recomenda-se que o primeiro banho seja retardado por no mínimo 6 h após o parto e que a temperatura axilar do RN esteja em no mínimo 36,8°C. O primeiro banho tem razões estéticas, visa remover secreções maternas e reduzir a colonização bacteriana. Outras informações sobre o banho do RN poderão ser obtidas na homepage da instituição (disponível em: www.me.ufrj.br) – Ver Protocolo Assistencial de Banho do Recém-Nascido.

2 - Perda transepidermica de água

- No caso de prematuros extremos ($\leq 1000g$) um saco de polietileno é utilizado com o objetivo de cobrir o tronco e as extremidades, desde sua saída da sala de parto até sua estabilização térmica na UTIN.
- A incubadora de parede dupla e umidificada deve ser utilizada para recém-nascidos com peso de nascimento $\leq 1000g$ ou ≤ 30 semanas.
- A umidificação da incubadora deve ser realizada de acordo com a rotina utilizada na instituição:

Quadro 1 - Utilização da incubadora aquecida e umidificada de acordo com idade do recém-nascido

| Dias de vida | 1º dia | 2º dia | 3º dia | 4º dia | 5º dia | 6º dia | 7º dia | 8º dia |
|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|
| % umidificação | 90% | 90% | 90% | 80% | 80% | 70% | 70% | Desligar |

Fonte: Rotina da UTIN-ME/UFRJ

3 - Queda da temperatura corporal

- As incubadoras aquecidas devem ser abertas somente quando necessário.
- O manuseio excessivo do RN deve ser evitado.
- Os recém-nascidos devem ser acomodados preferencialmente em incubadoras aquecidas, cuja temperatura deve ser regulada de acordo com a rotina da instituição:

Tabela 1 - Zonas de temperatura neutra nas primeiras semanas de vida, de acordo com peso e idade.

| Idade e Peso | Temperatura Inicial (C°) | Limites de Temperatura (C°) |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 0-seis horas | | |
| abaixo de 1200g | 35,0 | 34,0-35,4 |
| 1200 -1500g | 34,1 | 33,9-34,4 |
| 1501 - 2500g | 33,4 | 32,8-33,8 |
| acima de 2500g e >36 semanas | 32,9 | 32,0-33,8 |
| 6-12 horas | | |
| abaixo de 1200g | 35,0 | 34,0-35,4 |
| 1200 -1.500g | 34,0 | 33,5-34,4 |
| 1501 - 2500g | 32,8 | 32,2-33,8 |
| acima de 2500g e > 36 semanas | 32,4 | 31,4-33,8 |
| 12-24 horas | | |
| abaixo de 1200g | 34,0 | 34,0-35,4 |
| 1200 - 1500g | 33,8 | 33,3-34,3 |
| 1501 - 2500g | 32,8 | 31,8-33,8 |
| acima de 2500g e > 36 semanas | 32,4 | 31,0-33,7 |
| 24-36 horas | | |
| abaixo de 1200g | 34,0 | 34,0-35,0 |
| 1200 - 1500g | 33,6 | 33,1-34,2 |
| 1501 - 2500g | 32,6 | 31,6-33,6 |
| acima de 2500g e >36 semanas | 32,1 | 30,7-33,5 |
| 36-48 horas | | |
| abaixo de 1200g | 34,0 | 34,0-35,0 |
| 1200 -1500g | 33,5 | 33,0-34,0 |
| 1501 - 2500g | 32,5 | 31,4-33,5 |
| acima de 2500g e >36 semanas | 31,9 | 30,5-33,3 |
| 48-72 horas | | |
| abaixo de 1200g | 34,0 | 34,0-35,0 |
| 1200 - 1500g | 33,5 | 33,0-34,0 |
| 1501 - 2500g | 32,3 | 31,2-33,4 |
| acima de 2500g e >36 semanas | 31,7 | 30,1-33,2 |
| 72-96 horas | | |
| abaixo de 1200g | 34,0 | 34,0-35,0 |
| 1200 - 1500g | 33,5 | 33,0-34,0 |
| 1501 - 2500g | 32,2 | 31,1-33,2 |
| acima de 2500g e >36 semanas | 31,3 | 29,8-32,8 |
| 4-12 dias | | |
| Abaixo de 1500g | 33,5 | 33,0-34,0 |
| 1501 - 2500g | 32,1 | 31,0-33,2 |
| acima de 2500g e >36 semanas | | |
| 4-5 dias | 31,0 | 29,5-32,6 |
| 5-6 dias | 30,9 | 29,4-32,3 |
| 6-8 dias | 30,6 | 29,0-32,2 |
| 8-10 dias | 30,3 | 29,0-31,8 |
| 10-12 dias | 30,1 | 29,0-31,4 |

Fonte: ARAÚJO & REIS, 2012.

4 - Coto umbilical

- Manter a área do coto umbilical limpa e seca preferencialmente fora da área de fralda.
- Utilizar álcool a 70% no coto umbilical durante as trocas de fralda em caso de urina ou fezes na área.

5 - Procedimentos invasivos

- Clorexidina degermante 2% - antisséptico para limpeza da pele quando apresentar sujidade aparente.
- Clorexidina aquosa 0,2% - antisséptico para preparo da pele antes de procedimentos invasivos em recém-nascidos com peso <1000g. Utilizada em áreas de mucosa na realização de cateterismo vesical em todos os recém-nascidos, independente do peso.
- Clorexidina alcoólica 0,5% - antisséptico para preparo da pele antes de procedimentos invasivos em recém-nascidos com peso > 1500g.
- Para recém-nascidos com peso entre 1000 e 1500g deve ser realizada uma avaliação da pele e escolher o antisséptico que mais se adeque aquele momento.
- Independente do procedimento realizado TODO antisséptico deve ser removido por completo da pele após seu tempo de ação com soro fisiológico.
- Lesões abrasivas e queimaduras ocasionadas pelo contato do antisséptico com a pele podem ser tratadas com uso de ácido graxo essencial (AGE).

6 - Uso de adesivos

6.1 - Acesso venoso periférico

- Utilizar sempre adesivo do tipo hipoalergênico para fixação do dispositivo periférico à pele na menor quantidade possível para fixação do acesso periférico.
- Caso seja necessário utilizar adesivo impermeável, deve ser aplicado sobre o adesivo hipoalergênico e nunca diretamente sobre a pele do recém-nascido.

6.2 - Acesso venoso central

- Utilizar curativo do tipo filme transparente semipermeável e trocá-lo apenas na presença de sujidade no local de inserção (sangue, secreção) ou caso as bordas do curativo não estejam bem aderidas a pele.
- A utilização de gaze sob o curativo transparente semipermeável pode ser realizada no primeiro curativo, entretanto este deve ser trocado após 24-48h de sua aplicação.

6.3 - Ferida operatória

- Utilizar adesivo do tipo hipoalergênico sobre a cobertura indicada, para curativos cuja troca ocorra a cada 24h ou em menores intervalos de tempo.
- Utilizar filme transparente semipermeável caso o curativo tenha um intervalo de troca superior a 48 h.

6.4 - Outras finalidades

- O uso indiscriminado de adesivos deve ser evitado, independente da finalidade.
- O uso de adesivos não é recomendado após a punção de calcâneo, deve ser realizada apenas uma compressão manual suave com algodão no local.
- Para fixação do sensor de oximetria:
 - Uso de hidrocólóide sobre a pele do RN e sob o sensor de oximetria.
 - Uso de adesivo do tipo hipoalergênico ou impermeável sobre uma compressa de gaze. A gaze e o adesivo farão a fixação do sensor de oximetria sobre a pele do RN. Estes adesivos são contraindicados quando utilizados diretamente sobre a pele do RN.



Fonte: foto da internet

- Eletrodos devem ser fixados com o próprio gel adesivo do produto.
- Protetores oculares para fototerapia não devem ser fixados com adesivos sobre a pele.
- Lesões abrasivas ocasionadas pela retirada de adesivos podem ser tratadas com uso de ácido graxo essencial (AGE).

7 - Uso de emolientes

- Não utilizar como rotina aplicação de emolientes sobre a pele do recém-nascido.
- Utilizar emolientes a base de AGE (sem perfume) durante a remoção de adesivos e nas trocas de curativo.
- Em casos específicos de um ressecamento extremo da pele ou lesões abrasivas, pode ser realizado o uso regular de emoliente do tipo óleo de girassol (sem perfume).

8 - Lesões cutâneas

8.1- Lesões por flebite, infiltração ou extravasamento



Fonte: Foto da internet

- Não é recomendado puncionar áreas de difícil imobilização, especialmente próximo as articulações, tendões e nervos.
- O adesivo hipoalergênico deve ser utilizada em quantidade suficiente apenas para fixação do cateter periférico, permitindo a visualização da área de punção e adjacências.
- Filme transparente semipermeável é o curativo de escolha para fixação de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) e outros cateteres centrais (dissecção venosa e punção profunda).
- Os dispositivos intravenosos do tipo cateter sobre agulha devem ser utilizados para terapia intravenosa com tempo inferior a 6 dias e o PICC deve ser o dispositivo indicado para terapias intravenosas com tempo prolongado ou uso de medicamentos vesicantes e irritantes conforme protocolo de terapia intravenosa da instituição – Ver Protocolo de Terapia Intravenosa em Neonatologia (disponível em: me.ufrj.br).
- Nos dispositivos intravenosos do tipo cateter sobre agulha, a concentração de glicose não pode exceder 12,5% e a osmolaridade 600 mOsm/l.
- As áreas onde se encontram dispositivos intravenosos devem ser observadas regularmente nas 24 h.
- Sinais de flebite, infiltração e extravasamento devem ser observados e na presença de algum desses sinais o dispositivo periférico (cateter sobre agulha) deve ser removido imediatamente e as seguintes intervenções devem ser realizadas:
 - *Flebite* - compressas mornas podem ser indicadas para alívio da inflamação e dor local.
 - *Infiltração* - compressas com glicose a 50% podem ser empregadas para diminuir o edema.

- *Extravazamento* – na presença de lesão as coberturas primárias devem ser escolhidas de acordo com seu aspecto e com a rotina da instituição, conforme descrita no quadro em anexo (Anexo 1 e 2).
- Independente do aspecto da lesão deve ser realizada limpeza com soro fisiológico 0,9% a fim de facilitar a avaliação da ferida com o intuito de determinar: a fase de cicatrização; tipos de tecido presentes (necrótico, esfacelo, granulação ou epitelização); ausência ou presença de exsudato; e escolha da melhor cobertura.
- As coberturas primárias devem ser substituídas de acordo com a evolução da cicatrização e melhora do tecido presente no leito da lesão.
- Para cobertura secundária pode-se utilizar filme transparente semipermeável ou fita hipoalergênica, utilizados até a cicatrização da lesão.

8.2. Dermatite de fralda



Fonte: foto da internet

- As fraldas devem ser trocadas frequentemente (3-3h). No caso de fezes, a fralda pode ser removida antes desse intervalo.
- A cada troca de fralda a limpeza do períneo deve ser realizada com água morna e algodão. Sabonetes neutros podem ser utilizados na presença de fezes e removidos integralmente.
- A proteção da pele com óxido de zinco deve ser realizada apenas com prescrição médica.
- Na suspeita de candidíase está indicado o uso da Nistatina creme, somente com prescrição médica.
- Na suspeita de dermatite associada ao uso de uma determinada marca de fralda pode-se substituir por fraldas de outro fabricante.

8.3 - Úlcera por pressão



Fonte: foto da internet

- Durante o exame físico a pele do recém-nascido deve ser inspecionada de forma cautelosa principalmente em regiões de proeminências ósseas e região occipital.
- O uso de coxins (cabeça e corpo) deve ser indicado e estimulado para todos os recém-nascidos de forma que adotem um posicionamento confortável.
- Os coxins podem ser utilizados também no auxílio no controle de sobrecarga da pressão nos tecidos, criando um ambiente que favoreça a viabilidade dos tecidos moles e promova a cicatrização da úlcera de pressão.
- Placas de hidrocolóide podem ser aplicadas em áreas de proeminências ósseas de prematuros extremos e na região occipital de recém-nascidos graves ou que possuam uma mobilidade muito prejudicada por conta da patologia.
- A avaliação nutricional (equipe de nutrição e pediatria) assegura uma nutrição adequada e evita que ocorram deficiências calórico-protéicas associadas ao aparecimento de úlceras por pressão. Essa avaliação também é essencial na presença de úlceras já instaladas em que o suporte protéico oferecerá uma melhor cicatrização da lesão.

- A avaliação da dor na unidade é realizada como rotina junto à verificação dos sinais vitais, entretanto a avaliação da dor em recém-nascidos portadores de úlcera de pressão deve ter uma atenção especial no que diz respeito à prescrição de analgésicos ou utilização de medidas não farmacológicas para alívio da dor.
- O lençol deve ser mantido seco e sem dobraduras a fim de diminuir o risco de maceração e conseqüente de lesão da pele.
- A mudança de decúbito deve ser realizada a cada 3h.
- Para os lactentes crônicos internados na UTIN deve ser considerado a opção de utilização de um "bebê conforto", com o intuito de diminuir o tempo em que estes permanecem em decúbito dorsal no leito.
- Todos os tratamentos recomendados são indicados de acordo com o estágio da lesão (Anexo1 e 2).

8.4 - Ostmias

8.4.1 - Traqueostomia



Fonte: foto da internet

- O estoma deve ser mantido limpo e livre de secreções.
- A higienização deve ser realizada com soro fisiológico a 0,9% sempre que houver secreção ou sangue.
- A espuma de poliuretano é a cobertura de escolha na UTIN para todos os recém-nascidos traqueostomizados, pois minimiza a aderência à cânula, reduz o trauma durante o uso ou troca da cânula, além de proteger a pele periestoma.
- A cobertura deve ser trocada a cada 24h ou em intervalos menores quando houver excesso de secreção.

8.4.2 - Colostomia e ileostomia



Fonte: foto da internet

- No pós-operatório imediato deste tipo de ostomia, esta pode ser protegida apenas com gaze vaselinada até que inicie seu funcionamento (efluente).
- Ao primeiro sinal de efluente uma bolsa coletora deve se acoplada a pele e só deve ser trocada caso tenha perdido aderência.
- A pele periestoma deve ser higienizada com água destilada e sabão neutro, antes da troca da bolsa coletora.
- O contato do efluente com a pele pode provocar lesões.
- Produtos de barreira como Cavilon® podem ser aplicados antes da fixação do dispositivo coletor.

8.4.3 – Gastrostomia "Boton para gastrostomia"



Fonte: foto da internet

- Não é necessário a oclusão da região periostoma com qualquer tipo de curativo.
- Um fixador de cateter pode ser útil para manter a sonda mais firme e diminuir o trauma.
- Dispositivos como "botons" para gastrostomia são indicados ainda na UTIN para aqueles lactentes que permanecem por um longo período internado ou no momento da alta hospitalar.
- A pele ao redor do estoma deve ser higienizada apenas com água destilada ou soro fisiológico a 0,9%.
- Produtos de barreira como Cavilon® podem ser aplicados na área periostomia.

LEMBRETES

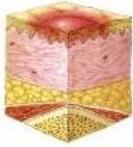
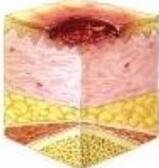
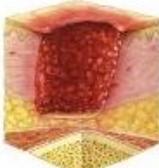
Quadro 2 – Fatores de Risco e causas determinantes para lesões de pele do RN

| Fatores de risco para ocorrências de lesões de pele do recém-nascido | Causas determinantes de lesões de pele do recém-nascido |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Idade gestacional < 32 semanas.• Edema.• Uso de sedativos.• Uso de vasopressores.• Uso de tubos, prongas nasais para pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP), sondas.• Uso de dispositivos vasculares.• Monitoramento, eletrodos, sensores.• Cirurgias.• Ostomias.• Ventiladores de alta frequência. | <ul style="list-style-type: none">• Remoção de adesivos.• Lesão térmica/ queimadura.• Fricção/ abrasão.• Dermatites.• Úlcera por pressão.• Infecções.• Extravazamento de infusões. |

Fonte: Araújo e Reis, 2012

ANEXO 1

Quadro 3 - Tratamento de úlcera por pressão em recém-nascidos

| Tipo de lesão | Característica definidora | Cobertura primária | Cobertura secundária |
|---|---|--|--|
| <p>Estágio I</p> <p>Stage 1</p>  <p>Fonte: figura da internet</p> | <p>Pele avermelhada, não rompida, mácula eritematosa bem delimitada, atingindo a epiderme</p> | <p>Acido graxo essencial (AGE) ou hidrocolóide em placa</p> | <p>Não há</p> |
| <p>Estágio II</p> <p>Stage 2</p>  <p>Fonte: figura da internet</p> | <p>Pequenas erosões na epiderme ou ulcerações na derme. Apresenta-se normalmente com abrasão ou bolha</p> | <p>Hidrocolóide</p> | <p>Não há</p> |
| <p>Estágio III</p> <p>Stage 3</p>  <p>Fonte: figura da internet</p> | <p>As lesões afetam o tecido subcutâneo</p> | <p>Alginato de cálcio, hidrogel ou hidrocolóide em placa / pasta de acordo com a característica da lesão</p> | <p>Gaze + filme transparente semipermeável ou gaze + fita hipoalergênica</p> |
| <p>Estágio IV</p> <p>Stage 4</p>  <p>Fonte: figura da internet</p> | <p>Perda total da pele atingindo músculos, tendões e exposição óssea.</p> | <p>Alginato de cálcio, hidrogel ou hidrocolóide em placa / pasta de acordo com a característica da lesão</p> | <p>Gaze + filme transparente semipermeável ou gaze + fita hipoalergênica</p> |

Fonte: POTT, 2013

ANEXO 2

Quadro 4 - Tratamento de outras lesões de pele do RN

| Tipo de lesão | Cobertura primária | Cobertura secundária |
|---|-----------------------------------|--|
| <p>Abrasivas / queimaduras</p>  <p>Fonte: foto da internet</p> | Ácido graxo essencial (AGE) | Não há |
| <p>Tecido necrótico</p>  <p>Fonte: Tayar, Peterlini, Pedreira; 2007.</p> | Com exsudato - Alginato de cálcio | Gaze + filme transparente semipermeável ou gaze + fita hipoalergênica |
| | Sem exsudato - hidrocolóide | Gaze + filme transparente semipermeável ou gaze + fita hipoalergênica |
| <p>Esfacelo</p>  <p>Fonte: Tayar, Peterlini, Pedreira; 2007.</p> | Alginato de cálcio ou hidrogel | Gaze + filme transparente semipermeável ou gaze + fita hipoalergênica |
| <p>Tecido de granulação</p>  <p>Fonte: Tayar, Peterlini, Pedreira; 2007.</p> | Com exsudato - alginato de cálcio | Gaze + filme transparente semipermeável ou gaze + fita hipoalergênica |
| | Sem exsudato - AGE | Gaze + filme transparente semipermeável ou gaze + fita hipoalergênica |
| <p>Tecido de epitelação</p>  <p>Fonte: Tayar, Peterlini, Pedreira; 2007.</p> | AGE | Gaze + filme transparente semipermeável ou gaze + fita hipoalergênica até o fechamento completo da lesão |

LEITURA SUGERIDA

- ARAÚJO, L. A.; REIS, A. T. **Enfermagem na prática materno-neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Protocolo assistencial de cuidados a pele do recém-nascido**. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/protocolos/med266.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2015
- POTT, F. S. et al. Algoritmo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. **Cogitare Enferm.**, v.18, n.2, p.238-244, 2013.
- TAYAR, G.; PETERLINI, M. A. S.; PEDREIRA, M. L. G. Proposta de um algoritmo para seleção de coberturas segundo o tipo de lesão aberta em crianças. **Acta Paul. Enferm**, v.20, n.3, p.284-290, 2007.