



Rede
Hospitalar Federal
no Rio de Janeiro

HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO

**AVALIAÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA DO RECÉM-NASCIDO
PREMATURO**

CLAUDIA APARECIDA DA SILVA RODRIGUES

RIO DE JANEIRO

2011



HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO

**AVALIAÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA DO RECÉM-NASCIDO
PREMATURO**

**Relatório Final do Projeto de Pesquisa
Claudia Aparecida da Silva Rodrigues**

RIO DE JANEIRO

2011

DEDICATÓRIA

**Aos Recém-Nascidos prematuros
especial fonte de inspiração em minha
busca profissional pela qualidade da
assistência neonatal!!**

**O mundo está nas mãos daqueles que têm
coragem de sonhar e correr riscos de viver
seus sonhos...**

Cada qual com seu talento

(Paulo Coelho)

RESUMO

Lesão de pele no recém-nascido prematuro hospitalizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal representa um importante indicador de qualidade. Os objetivos do estudo foram: avaliar as condições da pele do RN pré-termo hospitalizado na UTI Neonatal; Traçar um perfil diagnóstico de possíveis lesões de pele entre prematuros, a partir da Aplicação do instrumento Escore do Estado da Pele do Neonato - EEPN; Identificar os principais fatores de risco para injúria da pele na realidade estudada; Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa do tipo exploratório descritivo, realizado na terapia intensiva neonatal de um hospital federal do Rio de Janeiro no período de setembro a novembro de 2010, através da avaliação a pele dos pré-termos no momento da admissão e diariamente utilizado o instrumento - EEPN. Os resultados apontam que esse instrumento pode auxiliar o enfermeiro na identificação dos prematuros em risco de desenvolver injúria na pele auxiliando no planejamento da assistência.

Palavras Chaves: prematuro, integridade cutânea, indicador de qualidade.

ABSTRACT

Skin lesion in preterm infants hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit is an important indicator of quality. The study objectives were to assess the conditions of the skin of preterm infants hospitalized in the NICU; To study a possible diagnosis of skin lesions among preterm infants, from the application of the instrument's score of Newborn Skin Condition - EEPN; Identify the main risk factors for skin injury in the studies, This is a study of quantitative approach is an exploratory descriptive study in the Intensive Care Unit of a federal hospital in Rio de Janeiro during the period September-November 2010, by assessing the skin of preterm infants on admission and daily used the instrument - EEPN. The results indicate that this instrument can help nurses to identify infants at risk of injury to the skin assisting in care planning.

Keywords: premature skin integrity, quality indicator.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1. A Pele do Recém-Nascido	12
2.2. Otimização da Assistência Frente aos Cuidados com a Pele do Recém-Nascido Prematuro	13
2. MÉTODOS	16
2.1. Tipo de Estudo	16
2.2. Local do Estudo	16
2.3. População do Estudo	16
2.4. Aspectos Éticos	17
2.5. Procedimento de Coleta dos Dados	17
2.6. Tratamento dos Dados	19
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	20
4.1. Caracterização da População	20
4.2. Caracterização das Lesões	26
4.3. Aplicação do Instrumento Escore do Estado da Pele do Neonato - EEPN	33
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
5. REFERÊNCIAS	38
6. ANEXOS	41

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição das frequências relativas ao sexo dos RNPT	20
Gráfico 2	Distribuição das frequências relativas ao índice da apgar apresentados pelos RNPT do 5º minuto de vida	21
Gráfico 3	Distribuição das frequências relativas à idade gestacional dos RNPT, de acordo com a classificação de prematuridade	22
Gráfico 4	Distribuição das frequências relativas ao peso de nascimento (em gramas) dos RNPT.	23
Gráfico 5	Distribuição das frequências relativas ao tipo de parto	24
Gráfico 6	Distribuição das frequências relativas referentes à procedência dos RNPT.	25
Gráfico 7	Distribuição das frequências relativas referentes ao diagnóstico médico de admissão na UTI Neonatal (n= 66)	26
Gráfico 8	Distribuição das frequências relativas referentes ao aparecimento de lesão de pele adquirida durante a internação.	27
Gráfico 9	Distribuição das frequências relativas referentes aos tipos de lesões adquiridas.	28
Gráfico 10	Distribuição das frequências relativas referentes às localizações das lesões de pele	39
Gráfico 11	Distribuição das frequências relativas referentes aos fatores	30

de riscos associados ao desenvolvimento da lesão de pele

Gráfico 12	Distribuição das frequências relativas referentes a idade gestacional dos RNPT com lesões de pele.	31
Gráfico 13	Distribuição das frequências relativas referentes ao peso de nascimento (em gramas) dos RNPT com lesões de pele.	32
Gráfico 17	Distribuição geral das frequências relativas aos pontos do Instrumento EEPN na avaliação diária da pele e a ocorrência de lesão.	33
Gráfico 18	Distribuição geral das frequências relativas aos pontos do Instrumento EEPN na avaliação diária da pele e a ocorrência de lesão.	34

1. INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), associado aos avanços tecnológicos e à ciência da saúde, houve aumento da sobrevivência dos recém nascidos (RNs) principalmente dos pré-termos (aqueles nascidos antes de completar 37 semanas de gestação).¹⁻²

Dados estatísticos demonstram que ocorreu um aumento de 30% dos nascimentos prematuros no Brasil entre 2000 e 2005, constituindo assim, uma população específica com necessidades específicas.¹

A prematuridade pode ser uma condição de risco para o RN, pois sua imaturidade anatomofisiológica predispõe-no a uma série de dificuldades para sua adaptação e evolução na vida pós-natal.³

Manter a integridade cutânea é um aspecto importante na assistência durante o período neonatal, especialmente no caso do pré - termo⁴, pois sua pele não está totalmente formada, não constituindo, portanto, uma barreira efetiva, o que a torna susceptível a ruptura, principalmente quando o mesmo se encontra em condição crítica na UTIN.⁵

As lesões de pele no prematuro aumenta os estímulos dolorosos e o risco de adquirir infecção, podendo ainda causar sequelas e cicatrizes irreversíveis.⁶⁻⁷

Oitenta por cento dos recém-nascidos prematuros desenvolvem alguma injúria na pele, até o primeiro mês de vida. Sabe-se, entretanto, que alguns casos não podem ser evitados mais podem ser minimizados.⁶⁻⁷

Assim o enfermeiro precisa conhecer as características do sistema tegumentar do neonato, avaliando-o criteriosamente, identificando os riscos inerentes às particularidades dessa clientela e os riscos associados á terapêutica, direcionando a assistência prestada.⁸

Uma das finalidades do cuidado de enfermagem é prevenir as complicações que o paciente possa apresentar durante a hospitalização, principalmente em decorrência do uso de tecnologia.

Os cuidados que preservam a integridade da pele do prematuro devem ser prioritários, durante sua permanência na Unidade Intensiva Neonatal.⁴

Neste contexto traçamos como objetivos:

Geral

Avaliar as condições da pele de recém-nascidos prematuros hospitalizado na UTI neonatal.

Específicos

Traçar um perfil diagnóstico de possíveis lesões de pele entre prematuros, a partir da Aplicação do instrumento Escore do Estado da Pele do Neonato - EEPN;

Identificar os principais fatores de risco para injúria da pele na realidade estudada;

Diante das especificidades anatômicas e fisiológicas do tecido tegumentar dessa clientela, que o suscetibilizam ao desenvolvimento das injúrias, manter sua integridade é algo gratificante e desafiador.⁸

A avaliação do sistema tegumentar do neonato é essencial para promover um cuidado de qualidade, permite identificar e tratar precocemente os agravos e esse órgão.

Neste sentido, a avaliação da assistência deve ser uma atividade integrante do trabalho do enfermeiro, permitindo discussão dos problemas e encaminhamento de soluções na busca de excelência na qualidade dos cuidados prestados aos clientes e a família.⁸

Os indicadores de qualidade são imprescindíveis na avaliação do processo de trabalho, tanto no planejamento como na organização/ coordenação/ direção e no controle das atividades desenvolvidas.⁹

Consideramos o tema relevante para toda a equipe multiprofissional, que cuida dos neonatos em terapia intensiva. Devemos sempre aprimorar os cuidados prestados a esses pequenos clientes totalmente dependentes das ações dos profissionais. O padrão da assistência nas UTINs reflete na qualidade de vida das crianças após a alta hospitalar.¹⁰

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. A Pele do Recém-nascido.

A pele é uma estrutura indispensável para a manutenção da vida, pois forma uma barreira entre os órgãos internos e o ambiente externo, participando de muitas funções vitais do organismo.¹¹

A pele é formada pela epiderme, derme e tecido celular subcutâneo ou hipoderme.¹¹⁻¹²

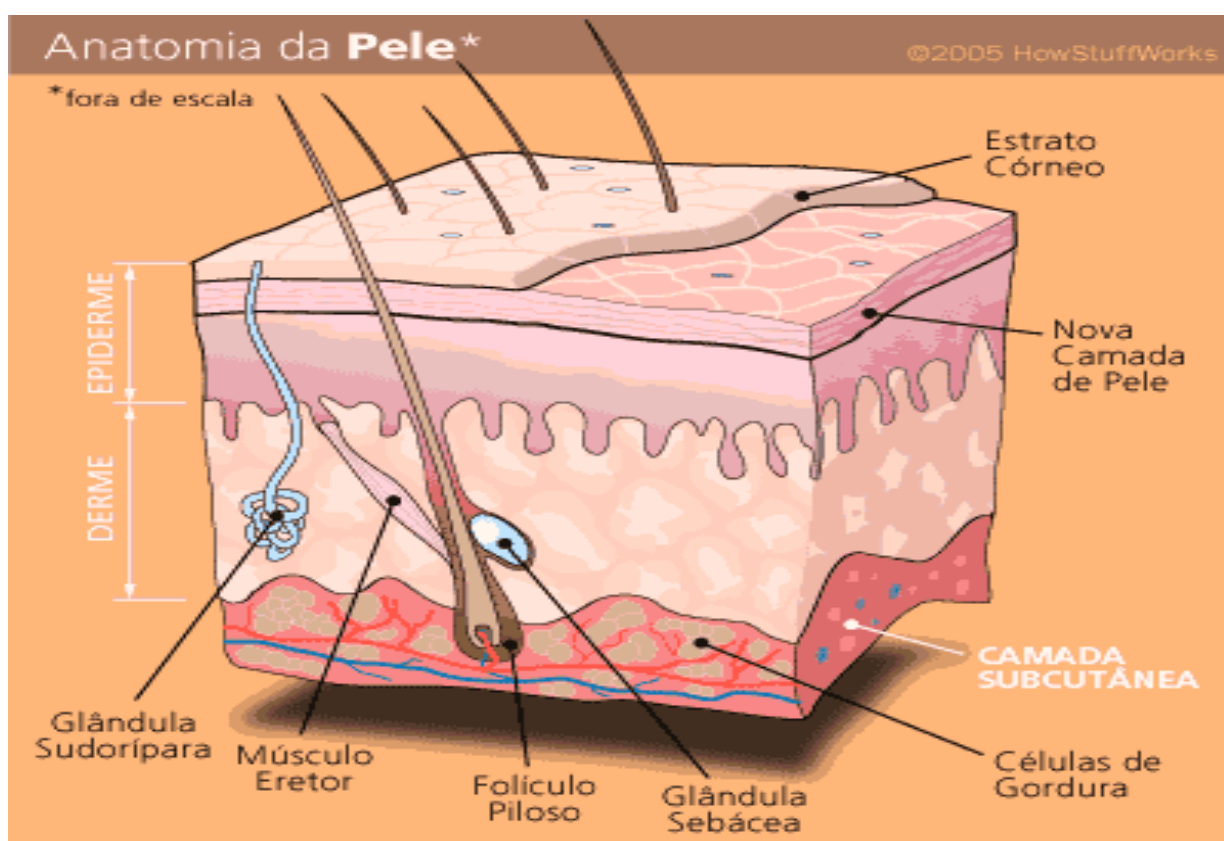


Fig 1. Anatomia da pele.

A epiderme é formada basicamente por queratinócitos, formando um tecido epitelial estratificado córneo que se renova constantemente e confere a pele a

função de barreira, prevenir a penetração e absorção de toxinas e microrganismos, reter água, calor, e outras substâncias. Possui três camadas:¹²

☒ Estrato Córneo - é a camada mais externa da pele formando a barreira epidérmica. É construído como se fosse tijolo e cimento de uma parede; os queratinócitos individuais são os tijolos e os lipídios entre as células são o cimento. Estas células diferenciadas migram da porção mais profunda da epiderme, a camada basal.¹²

☒ Camada de células basais, localizada perto da junção da epiderme com a derme, é a fonte de renovação da epiderme, está em divisão constante e crescimento de novos queratinócitos.¹²

☒ Camada malpighiana - também denominada camada espinhosa, formada pelas células escamosas ou espinhosas, que têm configuração poliédrica, achatando-se progressivamente em direção à superfície - formam o maior componente da epiderme e também são produzidas pela divisão da camada basal. Entre estas células estão as células dentríticas chamadas células Langerhans.¹²

A derme é a camada que fica embaixo da epiderme, contém vasos sanguíneos e linfáticos, bem como fibroblastos, que sintetizam tecido elástico e colágeno. As glândulas sudoríparas, glândulas sebáceas e seus folículos originam-se na derme. Os fibroblastos, que são responsáveis por secretar colágeno, elastina e a substância de ligação - mucopolissacarídeos que dão suporte e elasticidade à pele. Também estão presentes células imunes envolvidas na defesa contra invasores externos que passam pela epiderme (agem no processo inflamatório). A derme é tipicamente dividida em duas zonas: camada papilar e camada reticular. A camada papilar contém uma rede de vasos que faz o aporte de nutrientes vitais para a epiderme e promove uma rede para a termorregulação. A camada reticular consiste de tecido conectivo denso e irregular. É importante para dar à pele a força mecânica e elasticidade.¹²

A camada subcutânea é composta por tecido conectivo gorduroso, possui suprimento sanguíneo e linfático abundante, e tem a função de isolamento térmico, absorção de choque mecânico e reservatório calórico.¹²

A pele é um órgão capacitado à execução de múltiplas funções sendo as principais delas.⁷⁻¹²

☒ Proteção Física - serve como barreira contra ação químicas, mecânicas e biológicas (bacteriológica).

☒ Termorregulação - auxilia na regulação e manutenção da temperatura corporal.

☒ Órgão Sensorial - devido à inervação abundante em nível da derme, é sensível a recepção de estímulos tácteis, térmicos e dolorosos.

☒ Propriedades Imunológicas - produz uma substância ácida que forma uma camada em sua superfície com propriedades bactericidas.

☒ Propriedade de Renovação - a pele está mudando, com reposição de novas células e descamação das velhas.

O RN prematuro possui uma pele gelatinosa, translúcida, com falta de depósito de gordura e relativamente incapaz de reter calor ou água.

Embora após o nascimento haja aceleração da maturação, até a segunda semana vida pós-natal a pele imatura do pré-termo é mais suscetível a rupturas, o que facilita a entrada de germes.

2.2. Otimização da Assistência Frente aos Cuidados com a Pele do Recém-Nascido Prematuro.

O cuidado com a pele do pré-termo é uma preocupação constante da equipe que atua na UTIN, devendo este ser iniciado logo após o nascimento, garantindo assim uma assistência segura e livre de iatrogenias⁴. Englobam avaliação, planejamento, medidas de prevenção e manutenção da sua integridade.

Diante da maior sensibilidade e fragilidade da pele do RN prematuro, a assistência de enfermagem a essa clientela tem as seguintes metas a serem alcançadas:

- ☒ Manutenção da integridade cutânea;
- ☒ Prevenção de injúrias físicas, químicas e infecção;
- ☒ Diminuir a perda insensível de água, estabilidade da temperatura;
- ☒ Proteção de absorção de agentes tópicos.

As injúrias são mais frequentes com o aumento da gravidade do quadro clínico da criança, e a hospitalização na UTIN, pois encontramos vários fatores correlacionados, cabendo a equipe minimizar de acordo com a possibilidade individual de cada RN.⁴⁻⁶

A avaliação rotineira da pele é uma estratégia prioritária e essencial no cuidado com o tecido tegumentar dos prematuros, é uma media simples, que possibilita identificar os fatores de riscos, promover estratégias preventivas e tratar precocemente os agravos.⁸⁻¹²

Neste contexto, o enfermeiro precisa conhecer as características da pele do neonato, avaliando criteriosamente, identificando os riscos inerentes a condição clínica do RN e a terapêutica, direcionando a assistência prestada.⁸

O rompimento da pele tem consequências importantes para o prematuro, como o prolongamento da hospitalização, aumento dos custos, risco elevado de infecção, estímulos dolorosos, possíveis problemas estáticos e redução da qualidade de vida.⁶ A mensuração de sua ocorrência fornece subsídios para a prevenção e retrata a assistência a essa clientela como indicador de qualidade.

A especificidade do trabalho de enfermagem em unidade neonatal exige profissionais bem preparados para identificação rápida dos problemas e implementação das intervenções necessárias.⁸

Estratégias como implementação de protocolos de atuação baseadas nas evidências, bem como a realização de estudos relacionados as práticas são elementos fundamentais para a melhoria da qualidade da assistência prestada.¹⁴ Assim aumentaremos a satisfação da nossa clientela, reduzindo seqüelas, custos e tempo de internação, além de estarmos melhorando profissionalmente e acompanhado o avanço da tecnologia na neonatologia.⁶

Tornando possível a utilização de ferramentas para auxiliar no cuidado que objetivem a segurança do paciente, pois o prognóstico de qualquer prematuro depende também da qualidade da assistência recebida na UTIN.

3. MÉTODOS

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa do tipo exploratório descritivo, baseado no levantamento prospectivo dos dados.

O fenômeno de interesse estudado será a avaliação da pele do RN prematuro, utilizando o Escore do Estado da Pele do Neonatal - EEPN.

3.2. Local do Estudo

O cenário de pesquisa foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB) uma instituição do Ministério da Saúde, localizado na cidade do Rio de Janeiro.

Quanto a planta física o setor divide-se em 12 leitos de neonatologia, 3 leitos de pediatria e 1 leito de transplante hepático.

A equipe de enfermagem é composta por 26 enfermeiros e 69 técnicos de enfermagem que fazem rodízio nas três unidades do setor.

A população atendida nesta unidade constitui-se em sua maioria de recém nascidos provenientes do Centro Obstétrico da própria instituição. São admitidos também bebês nascidos por partos domiciliares, há ainda os transferidos de outras instituições.

3.3. População de Estudo

A população de estudo foi constituída pelos RN prematuros admitidos na unidade no período de coleta dos dados que atenderem aos seguintes critérios

3.3.1. Critérios de inclusão

⇒ Ser RN prematuro (Aqueles nascidos antes de completar 37 semanas de gestação).

⇒ Ter apresentado pele íntegra no momento da admissão.

⇒ Não apresentar malformações graves que afetem a integridade da pele

3.4. Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi cadastrado no Sistema Nacional de Ética e Pesquisa (SISNEP) e encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa da instituição de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹⁵. (anexo A)

Os dados foram coletados após aprovação desse órgão sob o protocolo 37/10 e consentimento livre esclarecido dos responsáveis. (anexo B)

3.5. Procedimento de Coleta de Dados

Para a coleta dos dados, foi elaborado uma ficha onde levantamos as informações referentes à identificação dos RNs. (anexo E)

3.5.1. Instrumento de coleta de dados

O instrumento que utilizamos para coleta dos dados foi o Escore do Estado da Pele do Neonato - EEPN.

O EEPN foi desenvolvido pela Association of Neonatal Nurses na Neonatal Nurse (AWHONN) do EUA em parceria com a National Association of Neonatal Nurses em 2001.^{12 - 16}

O instrumento tem o propósito de avaliar o estado da pele do RN prematuro de muito baixo peso e até dos nascidos a termo; avalia o sistema

tegumentar quando há presença de ressecamento, eritema e ruptura. O escore varia de 3 a 9, redução na pontuação significa melhoria do estado da pele do RN, aumento significa piora na condição da pele do RN.^{12 - 16}

Quando 1 - Composição do EEPN.

Escore	Ressecamento
1	Normal, nenhum sinal de ressecamento
2	Pele seca, descamação visível
3	Pele muito ressecada, com fissuras
Escore	Eritema
1	Nenhuma evidência de eritema
2	Eritema visível em menos de 50% da superfície corporal
3	Eritema visível em mais de 50% da superfície corporal
Escore	Escoriação ou Ruptura da Pele
1	Nenhuma evidência
2	Pequenas em áreas localizadas
3	Extensa

Fonte: AWAHONN,2001

3.5.2. Operacionalização da coleta de dados

O levantamento dos dados foi efetuado pela pesquisadora na unidade Neonatal, iniciando pelos critérios de inclusão do RNP no estudo.

Após esta etapa, foi preenchida a ficha de identificação do RN prematuro. (Anexo C)

Aplicamos o EEPN na admissão do neonato na unidade e a cada 24 horas, após realização do exame físico detalhado do RN. Os dados foram coletados num período de três meses, de novembro de 2010 a janeiro de 2011.

3.5.3. Preparo da equipe

A equipe de enfermagem da unidade foi comunicada sobre a pesquisa e orientada quanto a importância de anotar todas as intercorrências em relação à integridade da pele do RN no impresso de evolução de enfermagem.

3.6. Tratamento dos dados

Os dados foram armazenados em planilhas eletrônicas no programa Excell. Submetidos a testes estatísticos e apresentados na forma de gráficos, em frequências simples e percentuais.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

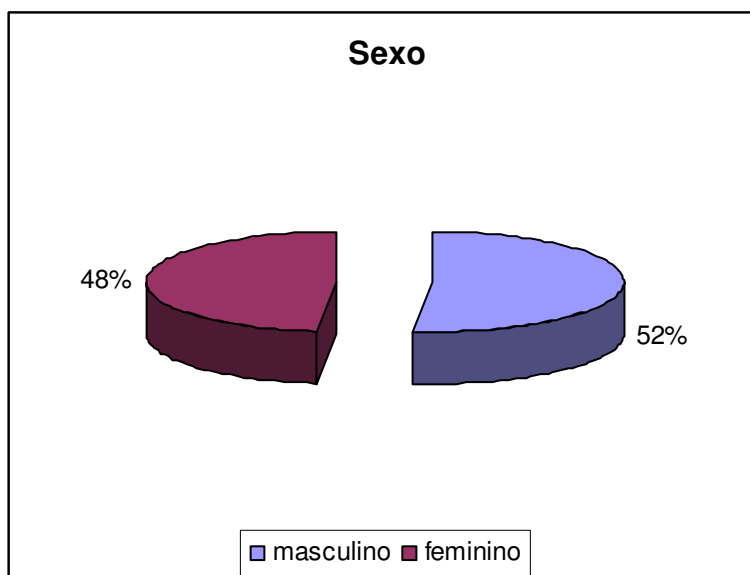
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POLULAÇÃO - ALVO (N= 31)

População-alvo foi composta por 31 recém nascidos pré-termos que foram admitidos na unidade no período de setembro a novembro de 2010, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Os RNPT foram caracterizados de acordo com os seguintes aspectos: sexo, apgar, idade gestacional e peso de nascimento.

Conforme o gráfico 1, 52% dos RNPT eram do sexo masculino e 48% do sexo feminino.

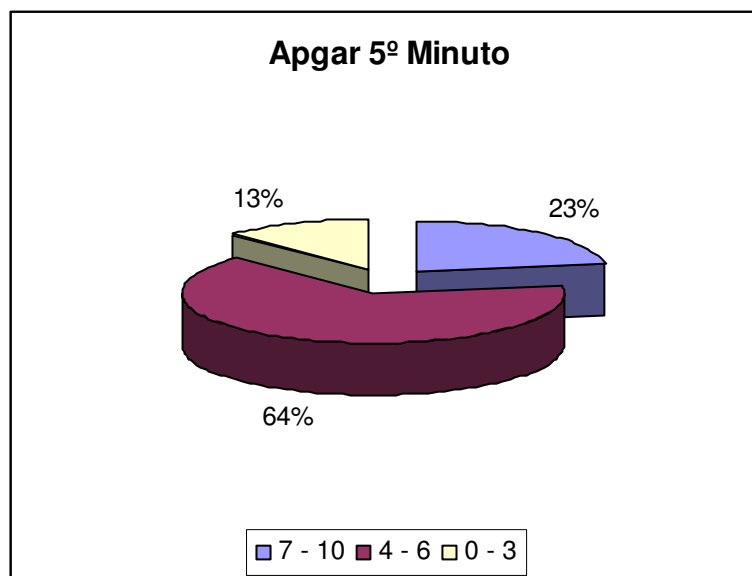
GRÁFICO 1 - Distribuição das frequências relativas ao sexo dos RNPT



Fonte: UTI Neonatal/ HFB, 2010.

O gráfico 2 demonstra o índice de apgar no 5º minuto de vida dos RNPT, 64% apresentaram apgar entre 4 - 6, 23% apgar entre 7 - 10 e 13% apgar entre 0 - 3.

GRÁFICO 2 - Distribuição das frequências relativas ao índice de apgar apresentados pelos RNPT no 5º minuto de vida.



Fonte: UTI Neonatal/ HFB, 2010.

O índice de apgar é uma das estratégias que englobam os cuidados imediatos prestados ao RN após o nascimento. Observam-se função cardíaca, respiratória, neurológica, tônus muscular e coloração da pele do recém-nascido, no primeiro e quinto minuto de vida. Sendo o valor satisfatório quando igual ou maior que sete.⁷

Valores 0 - 3 RN que apresentam dificuldade severa de adaptação, 4 - 6 aqueles que apresentam dificuldade moderada e 7 - 10 aqueles com ausência de dificuldade de adaptação a vida extra-uterina.¹⁷

Neste contexto conforme o gráfico 2 na amostra do estudo 64% apresentaram dificuldade moderada de adaptação, 23% ausência de dificuldade e apenas 13% com dificuldade severa.

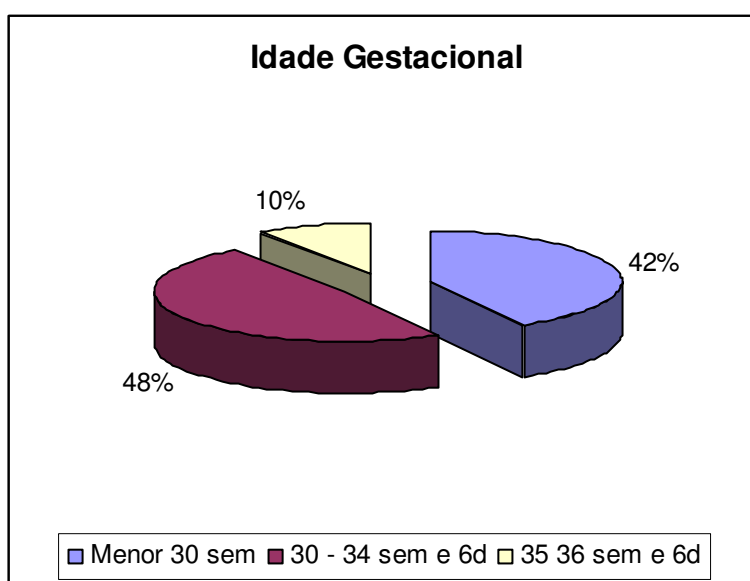
Na prática neonatal a avaliação do índice de apgar não tem nenhuma influência no surgimento de lesões de pele. Porém as respostas dos RN somente são satisfatórias quando estão com seus sistemas totalmente desenvolvidos, o que não ocorre nos prematuros, necessitando algumas vezes de suporte

ventilatório e manobras de reanimação, intervenções terapêuticas estas muitas vezes lesivas à pele do bebê, se não conduzidas adequadamente.¹⁸

Os RNPT podem ser classificados de acordo com a idade gestacional e com o peso de nascimento, tendo em vista as diferentes características de seu comportamento no período neonatal. Com relação à idade gestacional podem ser classificados em três categorias: prematuridade extrema (<30s), prematuridade moderada (30 - 34s6d) e prematuridade limítrofe (35 - 36s 6d).¹⁸

De acordo com o gráfico 3, 42% dos RNPT possuíam menos de 30 semanas (prematuros extremos), 48% tinham entre 30 - 34s6d (prematuros moderados) e apenas 10% tinham entre 35-36s6d (prematuros limítrofes).

GRÁFICO 3 - Distribuição das frequências relativas à idade gestacional dos RNPT, de acordo com a classificação de prematuridade.

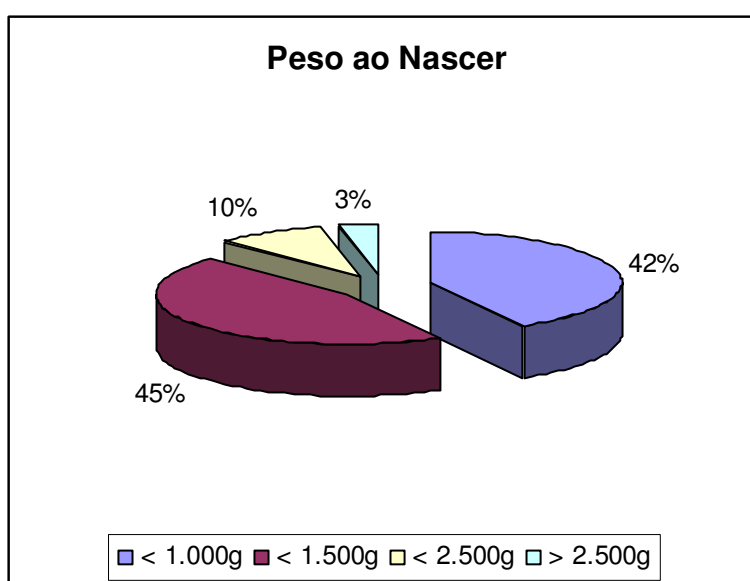


Fonte: UTI Neonatal/ HFB, 2010.

De acordo com o peso de nascimentos, os RN podem ser classificados em: RN de extremo baixo peso (<1000g). RN de muito baixo peso (<1500g) e RN de baixo peso (<2500g).²⁰

Observamos no gráfico 4, que 45% dos RNPT apresentaram peso inferior a 1.500g (muito baixo peso), 42% peso inferior a 1.000g (extremo baixo peso), 10% peso inferior a 2.500g (baixo peso) e apenas 3% peso superior a 2.500g.

GRÁFICO 4 - Distribuição das frequências relativas ao peso de nascimento (em gramas) dos RNPT.

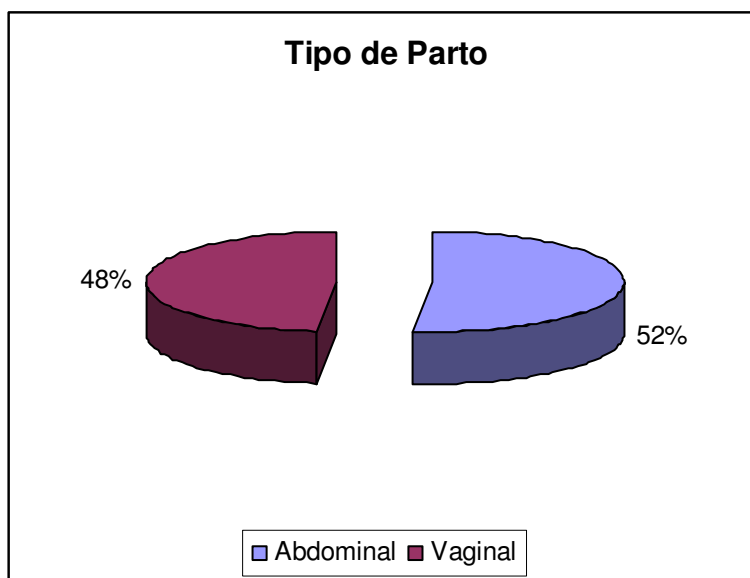


Fonte: UTI Neonatal/ HFB, 2010.

No gráfico 5 analisamos os tipos de partos, tivemos 52 casos em que foram realizado parto abdominal e 48% parto vaginal.

No intuito de salvaguardar o bem estar materno-fetal tem se ampliado as indicações de operação cesariana, em virtude das causas maternas e fetais.²¹ Neste contexto destacamos que o cenário do estudo é uma instituição de referência para gestação de alto risco, justificando o índice elevado de cesariana.

GRÁFICO 5 - Distribuição das frequências relativas ao tipo de parto.



Fonte: UTI Neonatal/ HFB, 2010.

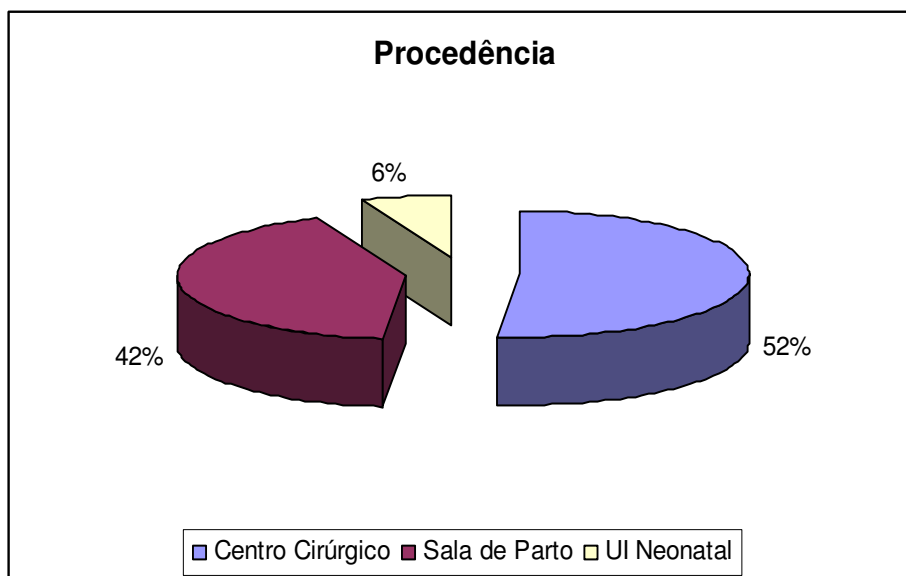
O gráfico 6 demonstra dados referentes à procedência do RMPT no momento da admissão na UTIN.

Conforme mostra os dados do gráfico abaixo dos prematuros estudados 52% foram procedentes do centro cirúrgico obstétrico, 42% da sala de parto e 6% da unidade intermediária neonatal (UI).

Alguns autores afirmam que as lesões de pele são mais frequentes com o aumento da gravidade da situação clínica do recém-nascido⁶.

Conforme caracteriza nossa população de estudo, todos recém-nascidos prematuros com necessidade de hospitalização na UTI, na grande maioria imediatamente após o nascimento por dificuldade da adaptação a vida extra-uterina.

GRÁFICO 6 - Distribuição das frequências relativas referentes à procedência dos RNPT.



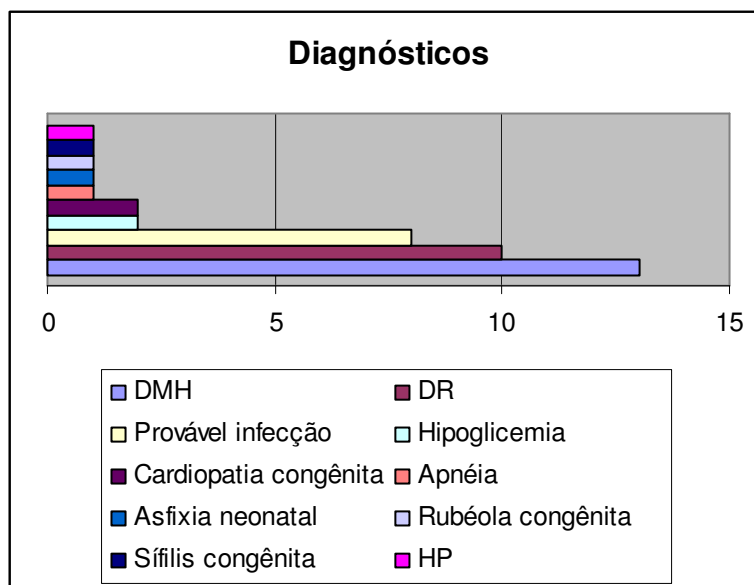
Fonte: UTI Neonatal/ HFB, 2010.

O gráfico 7 apresenta os diagnósticos médicos de admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal dos 31 neonatos prematuros do estudo. Cabe ressaltar que cada um RNPT recebeu mais de um diagnóstico.

Dentre os diagnósticos de internação a prematuridade ocorreu em 100% dos casos. Associada a esta condição clínica observamos outros motivos de internação na UTIN como: Doença da membrana hialina 32,5%, desconforto respiratório 25%, provável infecção 20%, hipoglicemia 5%, cardiopatia congênita 5%, apnéia 2,5%, asfixia neonatal 2,5%, rubéola congênita 2,5%, sífilis congênita 2,5%, e hipertensão pulmonar 2,5%.

Diante das características da clientela estudada, todos os diagnósticos são relevantes, pois necessitam de cuidados de UTI neonatal específicos, podendo vir a ter complicações quando não tratados adequadamente.²¹

GRÁFICO 7 - Distribuição das frequências relativas referentes ao diagnóstico médico de admissão na UTI Neonatal.



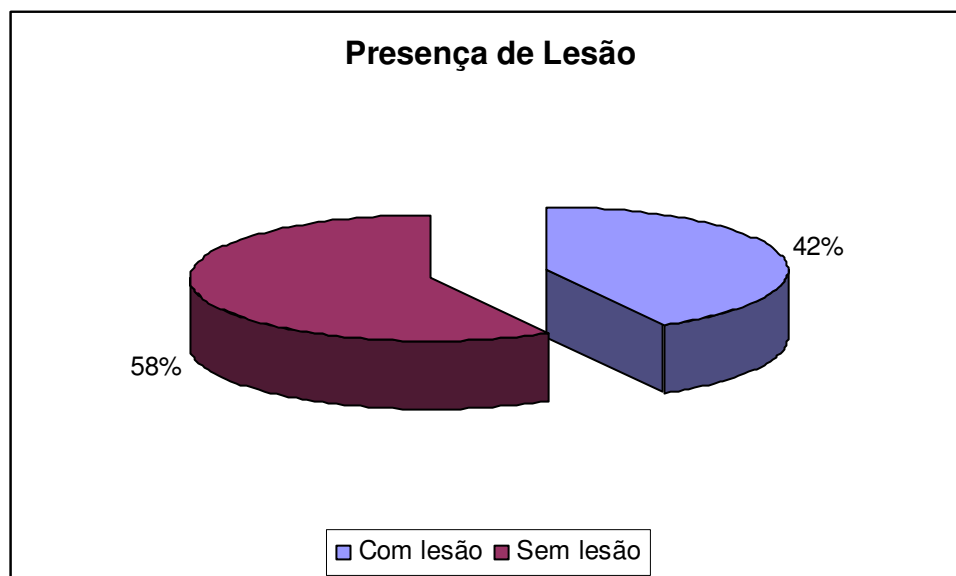
Fonte: UTI Neonatal/ HFB, 2010.

Quanto maior as complicações clínicas dos RNPT, maior será o tempo de permanência na terapia intensiva, conseqüentemente maior o risco de desenvolver lesão de pele.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS LESÕES

O gráfico 8 demonstra que dos 31 RNPT estudados 58% não apresentaram nenhum tipo de lesão e 42% apresentou algum tipo de lesão de pele adquirida durante o período de internação hospitalar.

GRÁFICO 8 - Distribuição das frequências relativas referentes ao aparecimento de lesão de pele adquirida durante a internação.



Fonte: UTI Neonatal/ HFB, 2010.

Mesmo diante de uma população de RNPT com risco elevado de desenvolverem rompimento no tecido tegumentar tivemos uma taxa expressiva de lesão de pele.

Esse fator enfatiza a necessidade de capacitação dos profissionais desta unidade, com medidas para reduzir a ocorrência desse evento e melhorar o padrão da assistência prestada.⁸

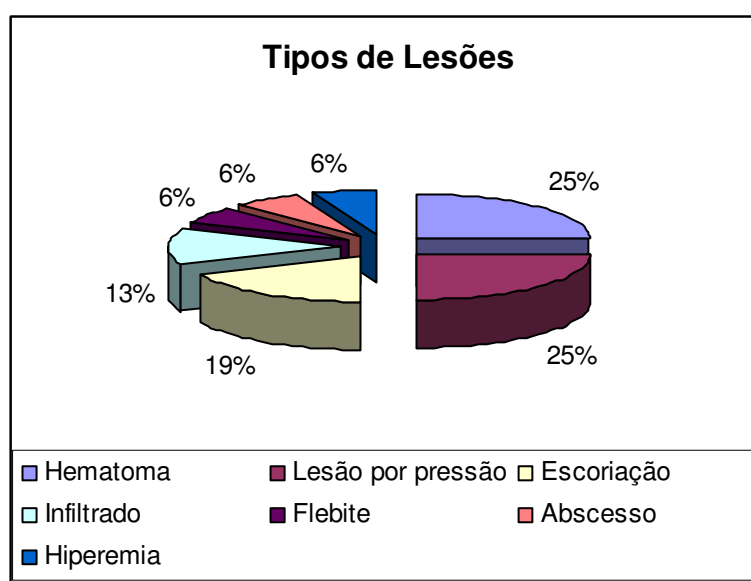
A prevenção das lesões de pele no RNPT tem sido considerado um indicador de qualidade não só do serviço de saúde, como também do cuidado de enfermagem, pois são vistos com um evento adverso ocorrido no processo de hospitalização, que refletem na qualidade do cuidado prestado e na recuperação da clientela.²³

Em um estudo sobre lesão de pele onde observou-se 121 RN 77,7% desenvolveram algum tipo de injúria, enfatiza também que alguns neonatos apresentaram mais de uma lesão no período de análise.⁸

No gráfico 9 tem-se uma visão geral do número e tipos de lesões. Na população estudada foram identificadas 16 lesões de pele dentre os 13 RNPT que as desenvolveram, considerando que o mesmo prematuro desenvolveu mais de uma injúria na pele no período de coleta dos dados.

Quanto ao tipo de lesão de pele apresentados pelos RNPT, observamos que 25% apresentaram hematoma, 25% lesão por pressão, 19% escoriação, 13% infiltrado, 6% flebite, abscesso e hiperemia.

GRÁFICO 9 - Distribuição das frequências relativas referentes aos tipos de lesões adquiridas.



Fonte: UTI Neonatal/ HFB, 2010.

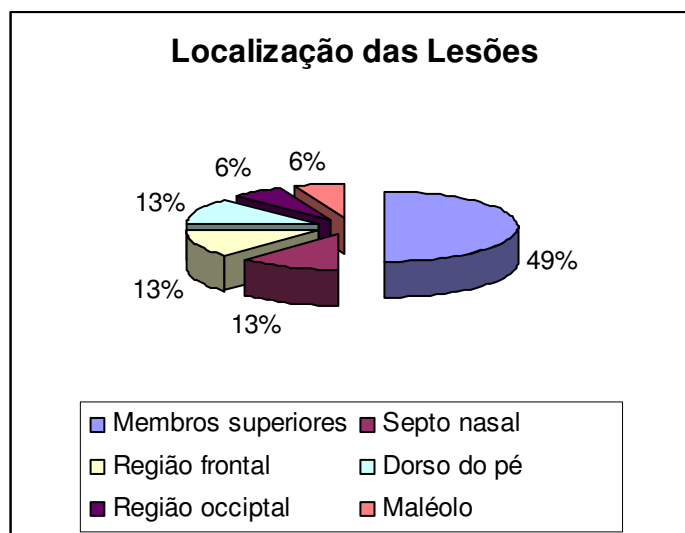
Deve-se dar muita atenção ao tipo de lesão de pele do recém-nascido; sempre que há um rompimento da integridade cutânea com solução de continuidade, abre-se uma porta para várias opções como: infecção, incômodo, dor, estética corporal alterada que podem prejudicar e retardar a recuperação dos prematuros.²²

Uma injúria na pele pode se fechada, sem solução de continuidade, ou aberta, com solução de continuidade. Portanto pode-se afirmar que toda ferida é considerada uma lesão, mas nem toda lesão é uma ferida.²²

Os dados de uma pesquisa sobre lesão de pele do RN que avaliou 121 neonatos tendo encontrados as seguintes lesões: equimose 50,9%, eritema perineal 28,7%, monilíase 8,3%, infiltração 3,5%, hematoma 3%, erosão 2,2%, fissura 1,7%, escoriação 0,9%, impetigo 0,4% e abscesso 0,4%.⁸

O gráfico 10 apresenta a distribuição das regiões corporal que ocorreram as lesões de pele. Verificou-se que apresentaram em sua maioria nos membros superiores 49% seguidas do septo nasal 13%, região frontal 13%, dorso do pé 13%, região occipital 6% e maléolo 6%.

GRÁFICO 10 - Distribuição das frequências relativas referentes às localizações das lesões de pele.



Fonte: UTI Neonatal/ HFB, 2010.

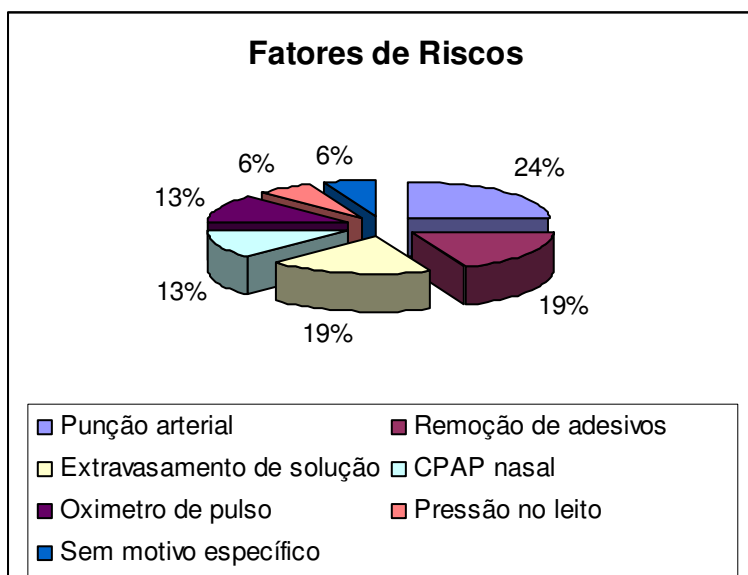
Observamos que os MMSS foram os mais acometidos pelas lesões provavelmente por serem os locais de escolha para coleta de sangue e introdução de dispositivos para terapia intravenosa.

Devemos intensificar a preocupação com as alterações que podem surgir na pele do bebê, porque muitos procedimentos terapêuticos indicados na assistência, inevitavelmente, acabem por expô-los a situações de agravos a sua delicada e sensível cútis.²²

O mesmo estudo sobre lesão de pele já citado anteriormente relata a ocorrência de lesão nas seguintes regiões: MMSS 52%, região perianal 27%, MMII 12%, região cefálica 6% e outros 3%.⁸

A presença de fatores de riscos associados ao desenvolvimento das lesões de pele no RNPT também foram levantados conforme mostra o gráfico 11, punção arterial 25%, remoção de adesivo 19%, extravasamento de solução 19%, CPAP nasal 13%, oxímetro de pulso 13% , pressão no leito 6% e sem motivo específico 6%.

GRÁFICO 11 - Distribuição das frequências relativas referentes aos fatores de riscos associados ao desenvolvimento da lesão de pele

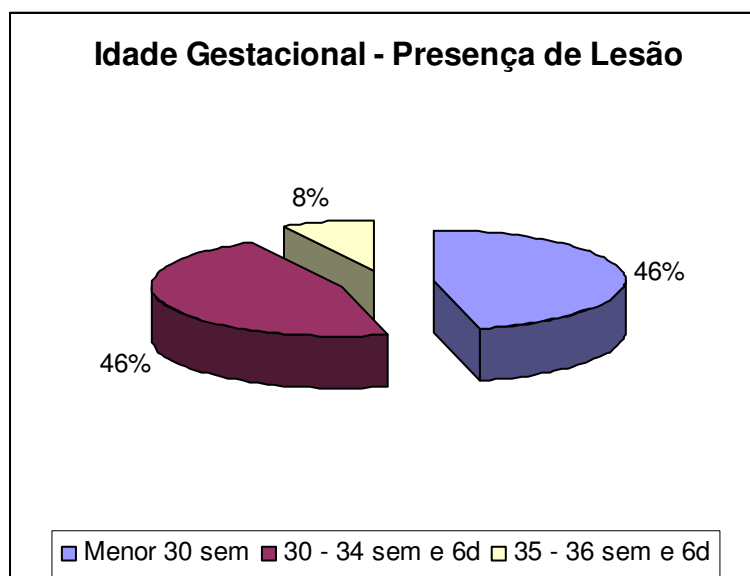


Fonte: UTI Neonatal/ HFB, 2010.

Evidenciamos na UTI neonatal principalmente nos primeiros dias de internação que os RNPT são expostos a uma variedade de procedimentos como: coleta de sangue frequente, instalação de terapêutica intravenosa, uso de

sensores de temperatura, monitorização transcutânea, tubos, sondas, coletores de urina suporte ventilatório entre outros, os quais predispoem a formação de lesão na sua frágil epiderme.⁶

GRÁFICO 12 – Distribuição das frequências relativas referentes a idade gestacional dos RNPT com lesões de pele.

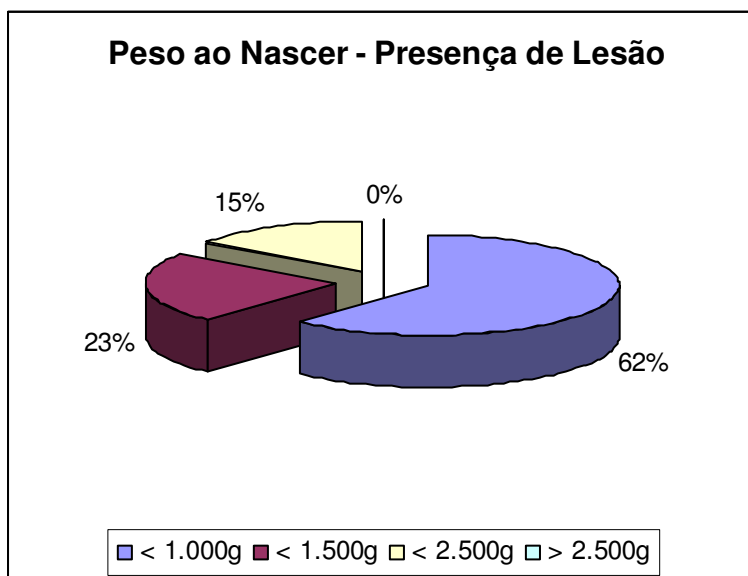


Fonte: UTI Neonatal/ HFB, 2010.

Referindo-se à idade gestacional dos RNPT com a presença de lesão de pele, destacamos duas faixas predominantes: menor que 30 sem 46%, 30 - 34 sem e 6d 46% e um índice menor de 35 - 36 sem 6d 8%.

A maturidade tegumentar está diretamente relacionada à idade gestacional visto que a imaturidade deste órgão, no prematuro determina sua vulnerabilidade orgânica. Quanto menor a IG, maior a fragilidade da pele do neonato, que algumas vezes, ao mínimo manuseio ocorrem as lesões.²²

GRÁFICO 13 - Distribuição das frequências relativas referentes ao peso de nascimento (em gramas) dos RNPT com lesões de pele.



Fonte: UTI Neonatal/ HFB, 2010.

Pelos dados do gráfico acima, conclui-se que a faixa etária dos RNPT que desenvolveram lesões de pele foi: <1.000g 62% seguidos de < 1.500g 23% e < 2.500g 15% já os > 2.500g nenhum apresentou injúria na pele.

O peso do prematuro é um dado muito importante quando discutimos lesões de pele, pois esta população apresenta pouco tecido subcutâneo, pele delicada, frouxa, sem elasticidade, translúcida e pouco muscular, ocorrendo frequentemente instabilidade térmica, tendência a desidratação e ressecamento, favorecendo o risco de desenvolvimento de injúrias.¹⁸

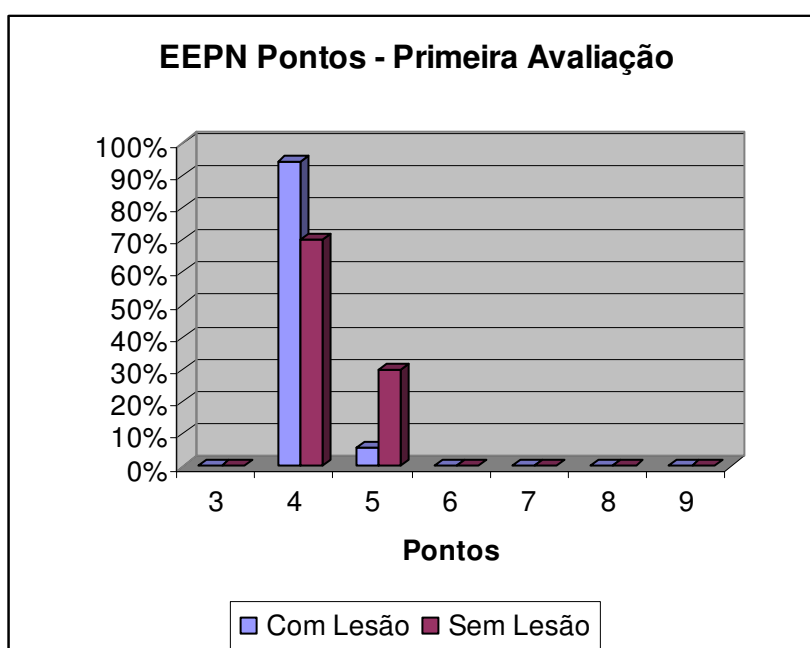
4.3 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO ESCORE DO ESTADO DA PELE DO NEONATO - EEPN.

O EEPN foi desenvolvido pela Association of Neonatal Nurses na Neonatal Nurse (AWHONN) do EUA em parceria com a National Association of Neonatal Nurses em 2001.

O instrumento tem o propósito de avaliar o estado da pele do RN prematuro de muito baixo peso e até dos nascidos a termo; avalia o sistema tegumentar quando há presença de ressecamento, eritema e ruptura. O escore varia de 3 a 9, redução na pontuação significa melhoria do estado da pele do RN, aumento significa piora na condição da pele do RN.

O gráfico 12 demonstra dados referentes ao somatório dos pontos do instrumento EEPN no primeiro dia de internação na UTI Neonatal dos RNPT com e sem lesão de pele

GRÁFICO 14 - Distribuição geral das frequências relativas aos pontos do Instrumento EEPN na avaliação da pele no primeiro dia de internação e a ocorrência de lesão. (n=31)



Fonte: UTI Neonatal/ HFB, 2010.

Encontrou-se que para os RNPT sem lesão de pele, o somatório do escore do instrumento EEPN a maioria foi 4 pontos 70% seguido de 5 pontos 30%.

Já os prematuros com lesão de pele a maioria também apresentou o somatório do escore de 4 pontos 94% seguido 5 pontos 6%.

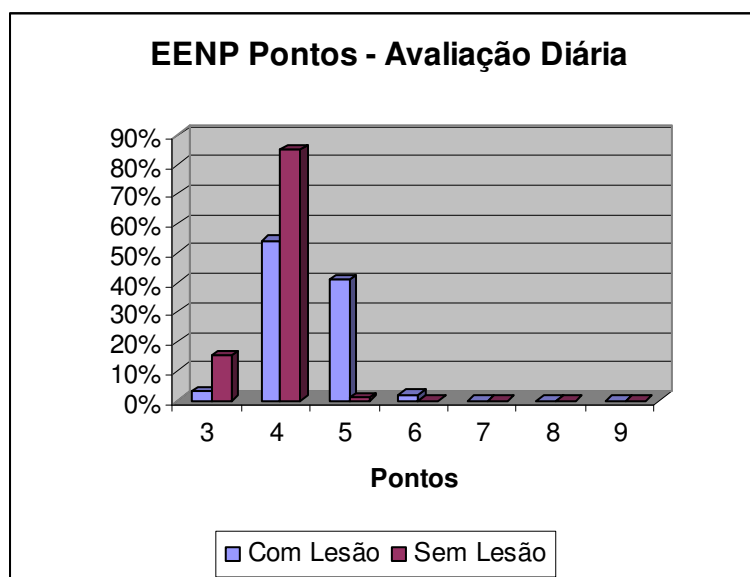
A avaliação de risco é uma ferramenta eficaz na prevenção das lesões, a literatura vem cada vez mais ressaltando a importância desse tipo de instrumento para nortear as ações de enfermagem, no que diz respeito ao uso de medidas preventivas.²⁵

Fatores de riscos para o desenvolvimento de injúrias na pele no contexto da UTI neonatal são muitos, principalmente com o agravamento do quadro clínico.

A escala para avaliação de risco deve ser aplicada o mais precocemente possível, e de preferência na admissão do recém-nascido na unidade, recomenda-se estar impresso no histórico de enfermagem, o que agiliza a implementação das medidas preventivas adequadas, reduzindo a incidência destas iatrogenias.²⁵

No gráfico 13 apresentam-se os dados referentes aos pontos do instrumento do EEPN gerados pela avaliação diária da pele dos 31 neonatos prematuros do estudo durante os três meses de coleta dos dados

GRÁFICO 15 - Distribuição geral das frequências relativas aos pontos do Instrumento EEPN na avaliação diária da pele e a ocorrência de lesão. (n= 830)



Fonte: UTI Neonatal/ HFB, 2010.

Segundo a classificação de risco pelo instrumento EEPN no grupo sem lesão apresentou o seguinte somatório: 3 pontos 15%, 4 pontos 85% e 5 pontos 1%.

No grupo com lesão apresentou o seguinte somatório: 3 pontos 3%, 4 pontos 54%, 5 pontos 41% e 6 pontos 2%.

Assim no grupo com lesão predominou o escore entre 4 e 5 pontos, já no grupo sem lesão predominou o escore 4 pontos. Quanto maior o escore significa piora na condição da pele do prematuro.

A utilização dessa escala por um profissional devidamente capacitado, é possível avaliar o pré-termo hospitalizado diagnosticando as situações de: ressecamento da pele, evidência de eritema e escoriação ou ruptura da pele.

O tecido tegumentar do prematuro é frágil e incapaz de desempenhar todas as suas funções estando íntegra, na presença de lesões, acentua-se esta ineficácia. Assim o conhecimento das particularidades da pele do pré-termo determina as ações que devem ser realizadas no cuidado diário desta clientela quando hospitalizado, visando manter as principais funções desse órgão.⁷

O uso desse instrumento deve sempre estar associado ao julgamento clínico do enfermeiro, para norteá-lo na implementação de ações preventivas condizentes com o risco de cada pequeno cliente.²⁵

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do enfermeiro na UTI Neonatal visa o atendimento do recém-nascido, incluindo as intervenções terapêuticas e a avaliação dos cuidados específicos prestados, considerando como um dos indicadores dessa qualidade a manutenção da integridade cutânea visto a importância deste aspecto para a sobrevivência desses pequenos clientes.

Um dos passos decisivos para a recuperação do prematuro na terapia intensiva é representado pela proteção e preservação da integridade da pele. Assim torna-se essencial que o cuidado de enfermagem esteja voltado para a prevenção das injúrias na pele.

O enfermeiro neonatologista assume posição fundamental nesta assistência, por ser o responsável pela elaboração do plano de cuidado, individual e específico para cada paciente.

O estudo evidenciou que o somatório mais elevado dos pontos do escore do instrumento EEPN estavam associados ao desenvolvimento de lesão nos pré-termos hospitalizados na UTIN.

Essa escala pode ser utilizada para avaliação de risco, auxiliando na identificação dos neonatos com propensão de perda da integridade cutânea e, para nortear o planejamento das medidas preventivas, direcionando para o controle do problema.

A identificação de risco e o uso de medidas preventivas recomendadas como “as melhores práticas” podem levar à redução da incidência de injúria na pele, dificultar o seu agravamento e prevenir recidivas, assim como favorecer a restauração das lesões já presentes, melhorando a assistência de enfermagem de do serviço de saúde como um todo.²⁶

Consideramos essencial a padronização das condutas profissionais e a formulação de instrumento norteadores para a assistência do cuidado com a pele do RNPT, acarretando redução de risco e variações indesejadas na assistência.²⁷

Entretanto para que as recomendações sejam adotadas, torna-se necessário envolvimento dos profissionais de enfermagem em todos os níveis na prática diária.

A partir dos resultados do estudo e fundamentado em evidências científicas sugerimos a elaboração de um algoritmo ou protocolo para o cuidado com a pele do prematuro na UTIN, com o objetivo de direcionar e apoiar a equipe de enfermagem neste desafio de manter a pele do RN prematuro livre de lesões.

Consideramos relevante a utilização do EEPN para avaliação diária do tegumento do pré-termo na unidade de terapia intensiva neonatal, promovendo uma evolução descritiva deste órgão, permitindo o diagnóstico precoce de qualquer alteração nesta barreira e suas conseqüências para qualidade de vida desta clientela.

6. REFERÊNCIAS

1. Oliveira TG, Britto RR, Parreira VF. Efeito do posicionamento prono e supino na função respiratória do recém-nascido pré-termo: Uma revisão bibliográfica. *Rev. Min. Enf.* 2007; 11(1): 73 - 76.
2. Medeiros MD, Madeira LM. Prevenção e tratamento da dor do recém-nascido em Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. Min. Enf.* 2006; 10(2): 118 - 124.
3. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGS. Sucção não - nutritiva em bebê prematuro: estudo bibliográfico. *Rev. Latino - am Enfermagem.* 2003; 11(2): 232 - 6.
4. Cunha MLC, Procianoy RS. Banho e colonização da pele do pré-termo. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2006; 27(2): 203 - 8.
5. Cunha ML, Mendes ENW, Banilha ALL. O cuidado com a pele do recém-nascido. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2002; 23(2): 6 - 15.
6. Ferreira VR, Madeira LM. Lesão de pele em recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a assistência de enfermagem. *Rev. Min. Enf.* 2004; 8(1): 165 - 252.
7. Tomaz RN, Silva MJP. *Enfermagem na UTI neonatal: assistência do recém-nascido de alto risco.* 2ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2002.
8. Nepomuceno LMR, Kuragant P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2008; 42 (4): 665 - 72.
9. Bittar OJNN. Indicador de qualidade e quantidade em saúde. *Rev. Adm. Saúde.* 2001; 12(3): 21 - 8.
10. Barbosa AL, Campos ACS, Chaves EMCC. Complicações não clínicas da ventilação mecânica: Ênfase no cuidado de enfermagem neonatal. *Acta Paul. Enferm.* 2006; 19(4): 439 - 43.
11. Figueira MC, et al. *Manual de Enfermagem: Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP).* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
12. APECIH. *Diagnóstico e prevenção de infecção hospitalar em neonatologia.* São Paulo. APECIH, 2002.
13. Pinhata MMM, Rego MAC. Particularidade imunológica do pré-termo extremo: um desafio para a prevenção da sepse hospitalar. *Jornal de Pediatria.* 2005; 81(1): 59 - 68.

14. Adriano LSM, et al. Cuidados intensivos com a pele do recém-nascido pré-termo. Rer Eletr. Enf. [internet]. 2009; 11(1): 173 - 80. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1a22.htm>.
15. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Diretrizes e Normas Regulamentadores de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos 196/96.
16. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Neonatal skin care. Evidence - based clinical practice guideline. Washington DC. Association of Women's Health, obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN, 2001). Jan. 54p. <http://www.Awhonn.org>.
17. Whaley LF, Wong DL. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais a intervenção eletiva. 5ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1999.
18. Fontenele FC, Cardoso MULML. Lesão de pele em Recém-nascidos prematuros internados na unidade de terapia intensiva neonatal. Rer. Rede Enferm. Nordeste, 2005; 6(2): 88 - 95.
19. Marcondes E. et al. Pediatria básica. Pediatria clinica especializada. 9ª ed, São Paulo. Sarvier, 2004.
20. Rodrigues YT. Rodrigues PPB. Semiologia pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
21. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Frebasgo). Assistência Pré-natal: Manual de Orientações. São Paulo. 2000.
22. Fontenele FC. Lesões de pele em recém-nascido na unidade de terapia intensiva [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2008.
23. Sousa CA. Santos I, Silva LP. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlcera por pressão - evidência do cuidado em enfermagem. Rev. Bras. Enferm. 2006; 56(3): 279-84.
24. Martins CP, Tapia CLV. A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. Rer. Bras. Enferm. 2009; 62(5): 778-83.
25. Rocha ABL. Barros SMO. Avaliação de risco de úlcera por pressão. propriedades de medida da versão em português da Escala de Waterlow. Acta. Paul. Enferm. 2007; 30(2): 143-50.
26. Wound Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN) Guideline for prevention and management of pressure ulcers. WOCN Clinical Practice Guidelines Series. Glenview (IL): WOCN; 2003.

27. Rolim KMC, Barbosa RMA, Medeiros RMG. et al. Permanência da membrana semipermeável na pele do recém-nascido: um cuidado diferenciado. *Rer. Rene. Fortaleza*. 2010; 11(1): 144-51

ANEXOS

Anexo A - Carta ao comitê de Ética e pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso

AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

Rio de Janeiro, 05 Outubro 2010.

De: Enf^a. Claudia Aparecida da Silva Rodrigues

Para: Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso

Venho por meio desta, solicitar a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso para a realização da pesquisa intitulada: Avaliação da Integridade Cutânea do Recém-Nascido Prematuro.

Este projeto possui como **objetivo**: Avaliar as condições da pele de recém-nascidos prematuros hospitalizado na UTI neonatal. Os sujeitos serão os RN pré-terms hospitalizados no setor. Será um estudo com abordagem quantitativa do tipo exploratório descritivo.

O desenvolvimento do mesmo será de responsabilidade da Enf^a. Claudia Aparecida da Silva Rodrigues.

Certa de contar com a colaboração agradeço a atenção e o apoio a esta solicitação institucional e coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos,

Enf^a. Claudia Aparecida da Silva Rodrigues
Coren: 107181
Matrícula: 2506366

Anexo B - Carta à diretora da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do HGB

Prezada Dr^a. Flávia Gonçalves C. S. de Oliveira

Gostaria de pedir autorização para realização de uma pesquisa intitulada **Avaliação da Integridade Cutânea do Recém-Nascido Prematuro**. Têm-se como **objetivo**: Avaliar as condições da pele de recém-nascidos prematuros hospitalizado na UTI neonatal. Os sujeitos serão os RN prematuros hospitalizados Na UTI neonatal. Será um estudo com abordagem quantitativa do tipo exploratório descritivo.

Espera-se que o estudo proposto possa contribuir para enriquecer esta temática e despertar nos enfermeiros neonatologistas um olhar que os faça compreender a importância da prevenção de lesão no RN pré-termo e contribua para elaboração de um protocolo de cuidado com a pele dessa clientela, garantindo um desenvolvimento mais saudável.

Agradeço a sua colaboração e estarei sempre à disposição para esclarecimentos quanto ao andamento da pesquisa.

Assinado este documento, autorizo a realização da pesquisa nesta Unidade.

Rio de Janeiro, 05 de Outubro2010.

Dr^a. Flávia Gonçalves C. S. de Oliveira

Enf^a. Claudia Aparecida da Silva Rodrigues

Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Estou convidando você para participar de uma pesquisa intitulada: **Avaliação da Integridade Cutânea do Recém-Nascido Prematuro**, que será realizada sob a minha responsabilidade, enfermeira Claudia Aparecida da Silva Rodrigues.

A pesquisa se propõe a avaliar as condições da pele de recém-nascidos prematuros hospitalizado na UTI neonatal.

Sua participação não vai trazer nenhum desconforto e nem riscos para a sua saúde e nem do seu filho. Não haverá nenhum tipo de recompensa ou remuneração nesta pesquisa. A sua participação é voluntária e você só participará se quiser.

Os dados serão utilizados para fins desta pesquisa científica. Asseguro que o que for, avaliado e registrado será respeitosamente utilizado e que será mantido o sigilo e o anonimato dos participantes. Mantendo a sua privacidade e não estaremos lhe causando nenhum malefício.

Os dados poderão ser publicados para fins de efeito acadêmico em congressos, revistas, sem, entretanto, expor sua identidade.

A qualquer momento você poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e desistir dela, sem nenhum malefício.

Você receberá uma cópia deste Termo que está assinando juntamente com o pesquisador.

Declaro que fui informada(o) e esclarecida(o) sobre o que consta acima e concordo em participar, voluntariamente, da pesquisa.

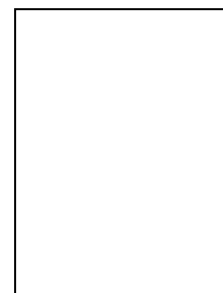
Autorizo a coleta de dados e, posterior, publicação dos resultados das análises em conjunto para fins científicos.

Estou ciente de que posso, a qualquer momento, abandonar esta pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo para mim ou para meu filho.

Nome: _____

Assinatura: _____

Telefone para Contato: _____



Parte III - Lesão na Pele do Prematuro Adquirida na UTIN**Lesão - 1**

Tipo de Lesão: _____

Local: _____ Característica: _____

Fatores de risco associado à lesão relacionado à terapêutica: _____

Lesão - 2

Tipo de Lesão: _____

Local: _____ Característica: _____

Fatores de risco associado à lesão relacionado à terapêutica: _____

Lesão - 3

Tipo de Lesão: _____

Local: _____ Característica: _____

Fatores de risco associado à lesão relacionado à terapêutica: _____