

CAPACITAÇÃO EM PUERICULTURA

Alterações Comuns no Recém-Nascido

DIVISÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

DIRETORIA DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA A SAÚDE

ICTERICIA

- Frequente no período neonatal
- Expressão clínica da hiperbilirrubinemia
- Icterícia fisiológica → adaptação neonatal ao metabolismo da bilirrubina – até 98% dos recém nascidos, na primeira semana de vida.

ICTERICIA

- Bilirrubina indireta (BI) $>1,5\text{mg/dL}$ ou
- Bilirrubina direta (BD) $>1,5\text{mg/dL}$, desde que esta represente mais que 10% do valor de bilirrubina total (BT)

Classificação da hiperbilirrubinemia, de acordo com os níveis de bilirrubina⁴:

- Significante: BT sérica $>15\text{--}17\text{mg/dL}$ (1 a 8% dos nascidos vivos).
 - Grave: BT $>25\text{mg/dL}$ (1 caso em 500 a 5.000 nascidos vivos).
 - Extrema: BT $>30\text{mg/dL}$ (1 caso em 15.000 nascidos vivos).
-

ICTERICIA

A ampla variabilidade de valores encontrada em cada zona demonstra que não existe boa concordância entre avaliação clínica da icterícia por médicos e/ou enfermeiros e valores de BI sérica

ZONA		Bilirrubina
Zona 1		até 6 mg/dl
Zona 2		média 9 mg/dl
Zona 3		mg/dl, média 12 mg/dl
Zona 4	Braços,	11 a 18 mg/dl, média 15 mg/dl
Zona 5	Mãos e pés	>15 mg/dl, média >18 mg/dl



ICTERICIA

- Fisiológica → BT sérica que aumenta após o nascimento ($> 24h$), atinge seu pico médio ao redor de 3º dia de vida e então declina em uma semana.
- Presença de icterícia antes de 24 horas de vida e valores de BT $>12\text{mg/dL}$, independentemente da idade pós-natal, alerta para a investigação da causa.

ICTERICIA

Sobrecarga de bilirrubina ao hepatócito

Doenças hemolíticas:

- Hereditárias

Imunes: incompatibilidade Rh (antígeno D), ABO, antígenos irregulares (c, e, E, Kell, outros)

Enzimáticas: deficiência de G-6-PD, piruvato-quinase, hexoquinase

Membrana eritrocitária: esferocitose, eliptocitose

Hemoglobinopatias: alfa-talassemia

- Adquiridas:

Infecções bacterianas (sepse, infecção urinária) ou virais

Coleções sanguíneas extravasculares:

Hemorragia intracraniana, pulmonar, gastrointestinal

Cefalohematoma, hematomas, equimoses

Policitemia:

RN pequeno para a idade gestacional

RN de mãe diabética

Transfusão feto-fetal ou materno-fetal

Circulação êntero-hepática aumentada de bilirrubina:

Anomalias gastrointestinais: obstrução, estenose hipertrófica do piloro

Jejum oral ou baixa oferta enteral

Icterícia por oferta inadequada de leite materno

Deficiência ou inibição da conjugação de bilirrubina

Hipotiroidismo congênito

Síndrome da icterícia pelo leite materno

Síndrome de Gilbert

Síndrome de Crigler Najjar tipos 1 e 2

ICTERICIA

- Icterícia da amamentação:
 - RN em aleitamento materno exclusivo com dificuldades no aleitamento materno → desenvolvimento de hiperbilirrubinemia significativa na primeira semana de vida.
 - O déficit de ingestão, por dificuldade na sucção e/ou pouca oferta láctea, com consequente perda de peso maior → desidratação, aumento da circulação enterohepática da bilirrubina e a sobrecarga de bilirrubina ao hepatócito
- Síndrome da icterícia pelo leite materno:
 - Leite materno pode alterar a captação da bilirrubina pelo hepatócito e a conjugação da bilirrubina → icterícia prolongada após duas semanas, denominada.¹²

ICTERICIA

- Bilirrubina total e frações indireta e direta
- Hemoglobina, hematócrito, morfologia de hemácias, reticulócitos e esferócitos
- Tipagem sanguínea da mãe e RN – sistemas ABO e Rh (antígeno D)
- Coombs direto no sangue de cordão ou do RN
- Pesquisa de anticorpos anti-D (Coombs indireto) se mãe Rh (D ou Du) negativo
- Pesquisa de anticorpos maternos para antígenos irregulares (anti-c, anti-e, anti-E, anti-Kell, outros) se mãe multigesta/transfusão sanguínea anterior e RN com Coombs direto positivo
- Dosagem sanguínea quantitativa de glicose-6-fosfato desidrogenase
- Dosagem sanguínea de hormônio tireoidiano e TSH (teste do pezinho)

ADERÊNCIA BALANOPREPUCIAL

- Orifício prepucial estreito que impede a exposição da glândula
- Presente em quase todos os neonatos → fimose fisiológica
- 70 – 90% meninos → prepúcio se torna retrátil até os 3 anos

ADERÊNCIA BALANOPREPUCIAL

- Não é indicado realizar tração forçada ou massagens
- Após os 2 anos → uso de corticoide tópico, 2x/dia, por 4-8 semanas
- Sem melhora após os 3 anos → tratamento cirúrgico

SINEQUIA PEQUENOS LABIOS

- Aderência dos pequenos lábios por inflamação do epitélio vulvar
- Meninas entre 3 meses e 6 anos
- Pode predispor a vulvovaginites e infecções urinárias
- Pequenas e assintomáticas → conduta expectante
- Extensas e sintomáticas → crème de estrogênio de baixa absorção, 1x/dia por 10 dias.

SECREÇÃO VAGINAL / MAMÁRIA

- Corrimento vaginal esbranquiçado ou com presença de sangue
- Aumento do volume mamário ou presença de secreção leitosa



Resultam da ação dos estrogênios maternos
que atravessam a placenta

Fisiológicos, desaparecem nas primeiras
semanas de vida

Não requer tratamento

DERMATITES

- **DERMATITE DE FRALDAS**

- Injúria cutânea resultante do contato prolongado / repetitivo com agente irritativo: urina / fezes ou agente alergênico: fralda
- Lesão eritematosa, com descamação, aspecto brilhante da pele, pode ter pápulas e poupa as áreas de dobra



DERMATITES

- **DERMATITE SEBORREICA**

- Frequente nas primeiras semanas de vida.
- Erupção eritematosa coberta por escamas oleosas (amarelo-acinzentadas).
- Colonização por *Malassezia spp.*
- Afeta couro cabeludo (crosta láctea), rosto, sobrancelhas, regiões retroauriculares, nariz, pré-esterno e pregas axilares e inguinais
- Tende a resolução espontânea
- Se não melhora: tratamento tópicos com creme salicilado a 2% ou xampu com cetoconazol

DERMATITE SEBORRÉICA



DERMATITES

- **DERMATITE DE FRALDAS**

- Melhor tratamento = PREVENÇÃO
- Higiene adequada → água e sabão
- Trocas de fraldas frequentes
- Exposição da pele ao ar pelo maior tempo possível
- Cremes de barreira quando dermatite presente

ERITEMA TÓXICO

- Origem desconhecida
- Mais frequente no recém-nascido a termo
- A partir do 1o ao 4o dia de vida
- Máculas eritematosas com ou sem pequenas pápulas cor-de-rosa pálido ou amareladas (70% dos casos), e/ou vésico-pústula de 1-2 mm rodeadas por halo eritematoso (30%),
- Predomina no tronco superior.

ERITEMA TÓXICO

- Lesões assintomáticas
- Duração de 2-3 dias
- Não necessitam tratamento



MILIÁRIA (BROTOEJA)

- Ocasionada por obstrução dos condutos sudoríparos, devido imaturidade dessas glândulas no neonato.
- Mais comum na época de calor ou após fototerapia.
- Ao melhorar, deixam descamação residual
- Áreas intertriginosas, face, couro cabeludo e ombros
- Controle → evitar o calor, roupas em excesso, banhos refrescantes e compressas de camomila

MANCHAS SALMÃO

- Ocorre em 50 a 70% dos RN brancos
- Mancha de coloração rósea clara com limites indefinidos e que desaparece a pressão.
- Frequente na região occipital, região frontal, na glabella e pálpebras superiores.
- A intensidade de coloração aumenta ao esforço e choro
- Evolui com melhora gradativa até desaparecer entre o primeiro e o terceiro ano de vida

MANCHAS SALMÃO



MANCHA MONGÓLICA

- Ocorrem em 10% dos brancos, 40% dos latinos, 80% dos negros e 90% dos orientais.
- Manchas de coloração marrom azulada ou arroxeada
- Localizadas principalmente na região lombosacra
- Evolução involutiva espontânea

MANCHA MONGÓLICA



CANDIDÍASES

- Em área das fraldas:
 - Eritema intenso da região das nádegas, abdome inferior e parte interna das coxas, acomete as dobras
 - Lesões descamativas, limites circinados e com pápulas satélites bastante características
 - Tratamento deve ser realizado com imidazólicos (Nistatina) tópicos por 10-14 dias. Associar aos cuidados para dermatite de contato.

CANDIDÍASES



CANDIDÍASES

- Oral
 - Micose que atinge a superfície da mucosa oral
 - Candida albicans
 - Forma mais comum: placas brancas removíveis na mucosa oral
 - Tratamento nistatina suspensão, 1-2ml a cada 6 horas.
 - Desinfecção de chupetas, bicos e mamadeiras
 - RN em AM → avaliar a presença de sinais e sintomas sugestivos de infecção por cândida nos mamilos

CANDIDÍASES



© 2007 Elsevier Inc. Weston et al, Color Textbook of Pediatric Dermatology, 4e.

CÓLICA DO LACTENTE

- Fenômeno frequente do primeiro trimestre
- Presença de irritabilidade em um bebê alimentado e saudável, choro excessivo e inconsolável por mais de 3 horas por dia, com ocorrência de, no mínimo, 3 vezes por semana, e que desaparecem por volta do 3º mês de idade
- Geralmente episódios ocorrem no anoitecer.
- Início na segunda semana de vida, pico no 3º mês de vida

CÓLICA DO LACTENTE

- Causa desconhecida
- Relacionada a imaturidade do sistema digestivo, resposta alterada a dor, ingesta de ar na mamada, ambiente
- Medidas não medicamentosas
- Alerta: presença de diarreia, vômitos, pouco ganho de peso, recusa alimentar, persistência após o 4o mês → INVESTIGAÇÃO

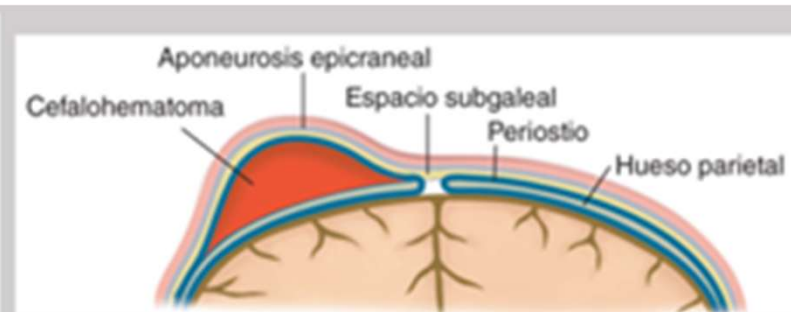
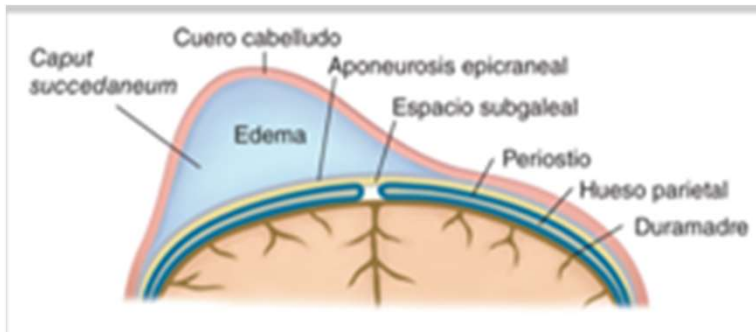
REGURGITAÇÃO FISIOLÓGICA

- Refluxo fisiológico: ocorre comumente em bebês desde o primeiro mês de vida
- Tende a melhorar no segundo trimestre de vida
- Vômitos e regurgitações em pequenas quantidade
- Bebê saudável, com bom ganho de peso, sono tranquilo, bom humor, sem alterações no exame físico.
- Controle com medidas posturais

CEFALOHEMATOMA / BOSSA SEROSANGUINOLENTA

- Bossa
 - Edema de partes moles
 - Não respeita o limite das suturas cranianas
 - Desaparece nos primeiros dias após o parto
- Cefalohematoma
 - Rompimento de vasos subperiostais durante o parto
 - Respeita o limite das suturas cranianas
 - Sem equimose
 - Desaparece em 2 a 3 semanas

CEFALOHEMATOMA / BOSSA SEROSANGUINOLENTA



BOSSA SEROSSANGUÍNEA



CÉFALO-HEMATOMA



REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dermatologia na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.- 1ª edição. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Consenso de cuidado com a pele do Recém-nascido. 2015
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual Prático de Atendimento em Consultório e Ambulatório de Pediatria. 2006
- Kosminsky FS, Kimura AF. Cólica em recém-nascido e lactente: revisão da literatura. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2004 ago;25(2):147-56
- Primeiro Painel Latino Americana, Cuidados com a Pele Infantil. Modificações fisiológicas e patológicas mais comuns da pele na infância | Dra. Carolina Guadalupe Palácios López. São Paulo, 2010.

Obrigada!

crianca.adolescente@sesa.pr.gov.br

INSCREVA-SE You
NO CANAL Tube



ATIVE O SININHO PARA RECEBER NOTIFICAÇÕES



[youtube/c/ESPPRvirtual](https://youtube.com/ESPPRvirtual)

