

Icterícia neonatal: levantamento dos casos ocorridos no Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM), entre novembro de 1993 e julho de 1995

Ana Maria Silveira Machado de Moraes^{1*}, Éllen Cristina Santana Aleixo², Isolde Terezinha Santos Previdelli³, Ana Beatriz Tozzo Martins³, Eliana Carla Armelin¹, Adriana Domingues Valadares¹, Cynthia Renata Baiardi Mizoguti Oliveira¹ e Dalton Ivan Steimmacher¹

¹Departamento de Medicina, Universidade Estadual de Maringá, Av. Mandacarú, 1590, 87080-000, Maringá-Paraná, Brazil.

²Hospital Universitário Regional de Maringá. ³Departamento de Estatística, Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, 87020-900, Maringá-Paraná, Brazil. *Author for correspondence.

RESUMO. O objetivo do estudo foi traçar o perfil do serviço de neonatologia do HUM quanto ao atendimento ao recém-nascido icterício. Foram levantados todos os prontuários com diagnóstico de trabalho de parto registrados entre novembro de 1993 e julho de 1995 no HUM e considerados como população de estudo todos os recém-nascidos que apresentaram icterícia entre o nascimento e a alta hospitalar. Os dados foram processados pelo sistema EPI-info/Excel e utilizado teste não-paramétrico (Qui-quadrado) para análise dos resultados. No período, nasceram 574 crianças, das quais 281 (48,95%) tiveram icterícia neonatal, sendo 53,38% do sexo masculino e 46,62% do sexo feminino. As crianças icterícias foram distribuídas em 2 grupos (tratadas e não tratadas) e classificadas de acordo com a idade gestacional, peso ao nascimento, tipo de parto, presença de asfíxia ao nascimento, distúrbios associados. O teste do Qui-quadrado revelou-se significativo entre todas as variáveis, exceto quanto ao tipo de parto. Dos RN icterícios, 74,38% não receberam tratamento, 25,27% foram submetidos à fototerapia isolada e 0,35% a exsanguíneo-transfusão. Dentre os tratados, em 70,83% o diagnóstico foi de icterícia fisiológica e em 9,72% foi referido algum grau de desidratação como complicação da fototerapia. O observado não diferiu de dados da literatura, mostrando somente a alta frequência de icterícia e a diversidade de conduta frente ao mesmo nível de bilirrubina e à mesma idade gestacional.

Palavras-chave: icterícia neonatal; hiperbilirrubinemia.

ABSTRACT. Newborn jaundice: survey of the cases occurred in the Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM) from November 1993 to July 1995. The objective of the study was delineate the profile of the neonatology service of HUM concerning the service offered to the icteric newborn. All the medical records were surveyed with the diagnostic of the childbirth labor registered from November 1993 to July 1995 at HUM and all the newborn who presented jaundice from the birth to the discharge from the hospital were considered as subject of the study. The data were processed by the "EPI-info/Excel" system and a non-parametric test ("Qui-square") was used for the analysis of the results. During the period 574 children were born of whom 281 (48,95%) had neonatal jaundice, being 53,38% males sex and 46,62% females sex. The icteric children were divided in two groups (treated and non-treated) and classified according to the gestational age, birth weight, delivery mode, neonatal asphyxia, associated disturbances. The "Qui-square" test was significative for all variables except for the delivery mode. Among the icteric newborn, 74,38% did not receive treatment, 25,27% were submitted to isolated phototherapy and 0,35% to exchange transfusion. Among the treated icteric newborn, in 70,83% the diagnostic was of physiological jaundice and in 9,72% a complication of the phototherapy was attributed to some degree of dehydration. The results observed did not differ from the literature data, showing only the high frequency of jaundice and the diversity of conduct according to the same level of bilirubin and the same gestational age.

Key words: newborn jaundice; hyperbilirubinemia.

A icterícia é um dos problemas mais comuns e ao mesmo tempo controversos que ocorrem no período neonatal (Maisel, 1994). A dúvida existente é consequência da alta frequência com que recém-nascidos saudáveis são afetados e do grande potencial de lesão do sistema nervoso central demonstrado pela bilirrubina livre. Nos recém-nascidos prematuros e nos portadores de icterícia hemolítica, a época de intervenção e o tipo de tratamento já estão definidos, mas quando se trata de crianças saudáveis não existe consenso a respeito, muito embora se reconheça a eficácia dos métodos terapêuticos existentes (Carvalho e Lopes, 1995).

Este estudo retrospectivo foi realizado com a finalidade de traçar o perfil do serviço de neonatologia do Hospital Universitário Regional de Maringá quanto à frequência e possíveis causas de icterícia neonatal, a influência de alguns fatores predisponentes e à indicação e possíveis complicações da terapêutica instituída nos recém-nascidos icterícios.

Materiais e métodos

O trabalho foi realizado no Hospital Universitário de Maringá, na Unidade de Neonatologia e Alojamento Conjunto. Foi utilizado, como delineamento da pesquisa, estudo de casos. Todos os prontuários com diagnóstico de trabalho de parto registrados no período de 01 de novembro de 1993 a 31 de julho de 1995 foram pesquisados. Consideraram-se, como população de estudo, todos os recém-nascidos que apresentaram icterícia durante o período compreendido entre o nascimento e a alta hospitalar, totalizando 281 casos. Os dados foram obtidos das fichas perinatais utilizadas nos setores acima descritos e, quando necessário, os prontuários maternos foram revistos junto ao Serviço de Prontuário de Paciente. Foi elaborada ficha específica para compilação dos dados, sendo os mesmos processados pelo sistema EPI-info/Excel. Para verificar a existência de associação entre as variáveis estudadas e os recém-nascidos icterícios tratados e não tratados, foi aplicado teste não paramétrico (Qui-quadrado- X^2).

Resultados

No período de estudo, nasceram, no Hospital Universitário, 574 crianças, dentre as quais 281 (48,95%) tiveram icterícia neonatal, 150 (53,38%) do sexo masculino e 131 (46,62%) do sexo feminino (Tabela 1). Os recém-nascidos icterícios (281) foram distribuídos em dois grupos, não-tratados (209 - 74,38%) e tratados (72- 25,62%). Foram classificados

segundo a idade gestacional (Tabela 2), peso de nascimento (Tabela 3), tipo de parto (Tabela 4), asfixia (Tabela 5) e diagnósticos associados (Tabela 6 e 7) e aplicou-se o teste do Qui-quadrado (X^2) para verificar se houve associação entre os dois grupos e as variáveis acima. Foi possível estabelecer associação entre a idade gestacional ($X^2 = 13,33$; $P = 0,004$), o peso de nascimento ($X^2 = 7,71$; $P = 0,021$), asfixia ($X^2 = 10,6$; $P = 0,014$) e diagnósticos associados ($X^2 = 28,37$; $P = 1 \times 10^{-7}$). No entanto, o Qui-quadrado ($X^2 = 0,04$; $P = 0,849$) quanto ao tipo de parto, se normal ou cesariana, foi não-significativo.

Tabela 1. Distribuição dos recém-nascidos icterícios quanto ao sexo, 1993-1995

Sexo	Número	Porcentagem
Masculino	150	53,38
Feminino	131	46,62
Total	281	100,00

Fonte: Hospital Universitário Regional de Maringá

Tabela 2. Distribuição dos recém-nascidos icterícios não-tratados e tratados quanto à idade gestacional, 1993-1995

Idade gestacional	Não tratados		Tratados	
	N	%	N	%
Pré-termo extremo	0	0	0	0
Pré-termo moderado	13	06	15	21
Pré-termo limítrofe	20	10	07	10
A termo	169	81	49	68
Pós-termo	07	03	01	01
Total	209	100	72	100

Fonte: Hospital Universitário Regional de Maringá; ($X^2 = 13,33$; $P = 0,004$)

Tabela 3. Distribuição dos recém-nascidos icterícios não-tratados e tratados quanto ao peso de nascimento, 1993-1995

Peso (gramas)	Não tratados		Tratados	
	N	%	N	%
< 1000	0	0	0	0
1000 - 1499	01	01	01	01
1500 - 2499	19	09	15	21
> 2500	189	90	56	78
Total	209	100	72	100

Fonte: Hospital Universitário Regional de Maringá; ($X^2 = 7,71$; $P = 0,021$)

Dentre os recém-nascidos icterícios, 209 (74,38%) não receberam tratamento. Entre os tratados, 71 (25,27%) foram submetidos à fototerapia isolada e em somente 1 paciente (0,35%) foi realizado exsanguíneo-transfusão e fototerapia.

Tabela 4. Distribuição dos recém-nascidos icterícios não-tratados e tratados quanto ao tipo de parto, 1993-1995

Parto	Não tratados		Tratados	
	N	%	N	%
Normal	139	67	47	65
Cesariana	70	33	25	35
Total	209	100	72	100

Fonte: Hospital Universitário Regional de Maringá; ($X^2 = 0,04$; $P = 0,849$)

Tabela 5. Distribuição dos recém-nascidos icterícios não-tratados e tratados quanto à presença de asfixia, 1993-1995

Asfixia	Não tratados		Tratados	
	N	%	N	%
Grave	04	02	06	08
Moderada	14	07	09	13
Leve	14	07	07	10
Ausente	177	85	50	69
Total	209	100	72	100

Fonte: Hospital Universitário Regional de Maringá; ($\chi^2 = 10,6$; $P=0,014$)

Tabela 6. Distribuição dos recém-nascidos icterícios tratados e não-tratados quanto à presença de diagnósticos associados, 1993-1995

Distúrbios	Não tratados		Tratados	
	N	%	N	%
Presentes	46	22	40	56
Ausentes	163	78	32	44
Total	209	100	72	100

Fonte: Hospital Universitário Regional de Maringá; ($\chi^2 = 28,37$; $P=1 \times 10^{-7}$)

Tabela 7. Diagnósticos associados, 1993-1995

Diagnósticos	Não tratados N	Tratados N
Distúrbio metabólico isolado	15	19
Sífilis congênita	05	00
Bossa serossangüínea	04	02
Gemelaridade	05	01
Anóxia neonatal	07	12
Sofrimento fetal	03	03
Impetigo	03	02
Desidratação	03	03
Polidactilia	02	00
Cefaloematoma	01	00
Hematoma escrotal	01	00
Persistência do conduto onfalo mesentérico	01	00
Síndrome da abstinência alcoólica	01	00
Hipertermia	01	00
Fratura de clavícula	01	01
Septicemia	02	07
Aspiração de mecônio	00	03

Fonte: Hospital Universitário Regional de Maringá

Quanto às possíveis complicações decorrentes do tratamento com fototerapia isolada ou em associação com exsangüíneo-transfusão, somente em 7 (9,72%) recém-nascidos algum grau de desidratação foi observado.

Em relação à etiologia da icterícia neonatal entre os recém-nascidos tratados, em 51 (70,83%) foi tida como fisiológica, em 16 (22,22%) foi diagnosticada incompatibilidade ABO, em 04 (5,56%) ocorreu incompatibilidade Rh e em 1 (1,36%) foi diagnosticada incompatibilidade ABO/Rh.

Discussão

Sabe-se que algumas condições aumentam, significativamente, o risco de hiperbilirrubinemia, entre elas a história familiar de outros igualmente afetados, o peso ao nascimento e a idade gestacional (Maisels, 1994; American Academy of Pediatrics,

1994). Assim, na primeira parte desse estudo, procurou-se identificar se houve associação das variáveis idade gestacional, peso de nascimento, tipo de parto, asfixia e diagnósticos associados com a icterícia neonatal. O teste do Qui-quadrado confirmou que, com exceção do tipo de parto, as variáveis estudadas mostraram associação com o fato de as crianças terem sido ou não tratadas, ou seja, os recém-nascidos icterícios do grupo tratado apresentaram menor idade gestacional, menor peso ao nascer, maior prevalência e gravidade de asfixia no parto e maior prevalência de outros diagnósticos associados.

Na segunda parte, foi estudado o grupo de crianças icterícias tratadas. Neste grupo, o diagnóstico de icterícia fisiológica foi presuntivo, não tendo sido feita investigação laboratorial para afastar outros fatores etiológicos, como a incompatibilidade sangüínea por outros grupos, deficiência da glicose 6-fosfato-desidrogenase e uso de drogas pela mãe, principalmente, entre as crianças a termo.

O nível de bilirrubina total utilizado para indicar o início da fototerapia na população estudada variou de 9,31 a 20,37 mg/dl no grupo de crianças prematuras e entre o grupo a termo e pós-termo de 5,84 a 23,30 mg/dl. Neste último grupo, foi indicada fototerapia com níveis de bilirrubina muito mais variáveis do que no grupo dos prematuros. Revendo os casos com bilirrubina inferior a 10 mg/dl, constatou-se que não houve nenhum com icterícia hemolítica e, dos casos com níveis superiores a 13mg/dl, um foi devido a icterícia de aparecimento precoce por provável incompatibilidade ABO e os demais tiveram hipótese diagnóstica de icterícia fisiológica e o início do tratamento após 48 horas de vida. Esses valores não são muito diferentes dos referidos por Carvalho e Lopes, 1995, onde os níveis séricos de bilirrubina total indicativos de fototerapia variaram de 5 a 18 mg/dL. Conclui-se que o observado neste levantamento não diferiu de dados da literatura, mostrando somente a alta frequência de icterícia e a diversidade de conduta frente ao mesmo nível de bilirrubina não-conjugada e à mesma idade gestacional.

Referências bibliográficas

- American Academy of Pediatrics. Practice parameter: management of hyperbilirrubinemia in the healthy term newborn. *Pediatrics*, 94(4):558-565, 1994.
- Carvalho, M.; Lopes, J.M. de A. Indicações de fototerapia em recém-nascidos a termo com icterícia não-hemolítica: uma análise crítica. *J. Pediatría*, 71(4):189-194, 1995.

Maisels, M.J. Jaundice. In: Avery, G.B.; Fletcher, M.A.; McDonald, M.G. *Neonatology: pathophysiology and management of the newborn*. 4.ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1994. p.630-725.

Newman, T.B.; Maisels, M.J. Evaluation and treatment of jaundice in the term newborn: a kinder, gentler approach. *Pediatrics*, 89(5):809-818, 1992.

Received on March 18, 1999.

Accepted on May 24, 1999.