Opinião do especialista sobre a sua prática clinica a partir de uma pergunta de interesse

HIPERBILIRRUBINEMIA EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS TARDIOS: UM SINAL DE ALERTA?

Fernando Antonio Barbosa Benevides

Especialista em Neonatologia. Coordenador da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS)

INTRODUÇÃO

A incidência de icterícia neonatal vem crescendo nos dias atuais, com destaque para os recém-nascidos (RN) prematuros próximo ao termo, denominados de prematuros tardios (RNPT-T). Estes passaram a ser definidos como os RN com idade gestacional (IG) compreendida entre 34 semanas completas (34 0/7 semanas) e menos de 37 semanas completas (36 6/7 semanas)[1]. Os RNPT-T representam uma população com graus de imaturidade ainda não bem determinados, com características e necessidades específicas que os diferenciam dos RN a termo[1,2].

Sabemos que existe atualmente acompanhamento mais rigoroso de RN a termo com doença hemolítica por incompatibilidade ABO/Rh. Entretanto, ainda é necessário haver atenção especial aos bebês prematuros tardios, pois estes apresentam uma intensificação dos mecanismos envolvidos na gênese da hiperbilirrubinemia própria do recém-nascido, exibindo assim icterícia mais intensa e prolongada[2].

Esse artigo tem por objetivo alertar sobre a evolução da hiperbilirrubinemia no RNPT-T e os riscos de icterícia grave, bem como salientar a importância do acompanhamento clínico e tratamento apropriado em tempo oportuno.

FATORES RELACIONADOS À ICTERÍCIA NO RECÉM-NASCIDO PRETERMO TARDIO

Vários fatores corroboram para a hiperbilirrubinemia mais acentuada em RNPT-T. Não se identifica nenhuma patologia específica no prematuro tardio que responda por esse fenômeno; evidencia-se apenas intensificação dos mecanismos de adaptação neonatal ao metabolismo da bilirrubina, inerente à imaturidade de vários sistemas[1,2]. A conseqüência esperada são valores mais altos de bilirrubina quando comparados com RN a termo; estudos contatam que o primeiro grupo tem treze vezes mais probabilidade de serem reinternados por icterícia grave que o segundo[1,2].

RNPT-T apresentam maior volume de eritrócitos com menor vida média, levando à produção de maiores quantidades de bilirrubina que sobrecarrega o hepatócito. Adicionalmente, a imaturidade das funções hepáticas no RNPT-T leva a captação e conjugação limitadas de bilirrubina e conseqüente acúmulo desta substância[1,2,3].

A circulação entero-hepática de bilirrubina encontra-

se elevada devido à maior atividade intestinal da enzima beta-glicuronidase, induzindo a entrada da bilirrubina não-conjugada e maior sobrecarga hepática[1, 2 ,3].

Vale salientar que sucção e deglutição menos eficientes associadas à amamentação ao seio em menor frequência (muitas vezes por falta de informações), conduzem a uma dieta hipocalórica, com perda de peso maior do que a apresentada por RN a termo, agrava ainda mais a evolução desses bebês[3].

A baixa concentração de albumina, característica da prematuridade resulta em menor concentração de bilirrubina ligada à albumina, aumentando os níveis de bilirrubina livre, que atravessa a barreira hematoencefálica, elevando o risco de encefalopatia bilirrubínica[2,3].

A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda a monitorização rotineira de todos os RN quanto aparecimento de icterícia neonatal[4]; alertamos também para aqueles bebês sadios que recebem alta precoce, principalmente RNPT-T por constituíram grupo de risco conforme anteriormente explanado.

Nossa experiência em hospital terciário de referência do Estado mostra reinternamentos de bebês entre quarto e sétimo dias de vida, sem evidência de hemólise por incompatibilidade ABO/Rh, atingindo níveis elevados de bilirrubinas, que requerem tratamento imediato com fototerapia de alta intensidade e/ou exsanguineotransfusão. Em muitas ocasiões, a história clínica destes neonatos denuncia os fatores causais da icterícia: parto cesáreo eletivo com idade gestacional próxima ao termo, alta precoce sem o devido acompanhamento clínico, dificuldades na alimentação do RN, falta de orientação aos pais sobre sinais de icterícia e sua evolução, com consequente demora na reinternação dos bebês.

Em relação ao tratamento, existem mais de 50 estudos clínicos controlados publicados sobre o uso da fototerapia de alta intensidade (irradiância $> 30\mu W/cm^2/nm$) para casos de icterícia grave. Essa irradiância pode ser alcançada com a associação de aparelhos de fototerapia (Biliberço® e 02 Bilispots®). A eficácia dessa modalidade de tratamento da icterícia é bastante satisfatória; observa-se queda de aproximadamente 40% nos valores de bilirrubina iniciais. A fototerapia de alta intensidade reduziu a necessidade de exsanguineotransfusão[5].

Entretanto, é importante enfatizar, seguindo-se os critérios de indicação de tratamento (baseados na IG, horas de vida e peso ao nascer) que, em recém-nascidos com hemólise sob uso de fototerapia e prematuros tardios, deve-se indicar exanguineotransfusão, após não constatado declínio dos níveis de bilirrubina, devido ao risco de encefalopatia bilirrubínica.

CONCLUSÃO

Devemos estar atentos para evolução da hiperbilirrubinemia e suas consequências nos recém-nascidos prematuros tardios, que recebem alta precoce com riscos importantes para encefalopatia bilirrubinica. E, uma vez detectada, tratá-la, conforme indicado com fototerapia e/ou exsanguineotranfusão.

Medidas importantes como apoiar o aleitamento materno com orientações quanto à pega e frequência das mamadas; avaliação criteriosa dos níveis de bilirrubinas, seguindo protocolos estabelecidos, e saber intervir em tempo hábil; vigiar os recém-nascidos prematuros tardios, aparentemente saudáveis, que recebem alta precoce, e agendar retorno ambulatorial dentro da primeira semana de vida, constituem atitudes significantes para prevenir à icterícia neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Leone CR, Recém-nascido pré-termo tardio: riscos e cuidados. In: Programa de Atualização em Neonatologia (ProRN) Ciclo 5. 2008; modulo 4:9-26.
2. Maisels MJ. Icterícia. In: Neonatologia - fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. Guanabara: Koogan; 1999. p.765-819.
3. Almeida MFB, Guinsberg R. Diagnóstico diferencial da hiperbilirrubinemia Indireta. In: Diagnóstico e tratamento em Neonatologia. Rio de Janeiro: Ateneu; 2004. p. 337-341.
4. American Academy of Pediatrics. Practice parameter: management of hyperbilirubinemia in the healthy term newborn. Pediatrics 1994; 94: 558-565.
5. Carvalho M, Mochdece CC, Sá CAM. In: Novos recursos da fototerapia e suas Indicações. Programa de Atualização em Neonatologia (ProRN) Ciclo 6. 2009; módulo 1: 39-60.

Conflito de Interesse: Não declarado

Correspondência:
Fernando Antonio Barbosa Benevides
E-mail: fernandoabenevides@gmail.com