

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

ICTERÍCIA NEONATAL

ANNA ELIZA MEIRELES DE VARGAS TINÔCO

**NATAL/RN
2013**

ANNA ELIZA MEIRELES DE VARGAS TINÔCO

ICTERÍCIA NEONATAL

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) na modalidade Artigo Científico apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte -UNIRN, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira.

**NATAL/RN
2013**

FOLHA DE APROVAÇÃO

O Artigo científico intitulado **ICTERÍCIA NEONATAL**, apresentado pela aluna do 8º período do Curso de Enfermagem **ANNA ELIZA MEIRELES DE VARGAS TINÔCO** à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte -UNIRN, foi considerado **APROVADO** pela Banca Examinadora, abaixo discriminada.

Natal, 13 de novembro de 2013

Profa. Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira

Orientadora - UNIRN

Profa. Msc. Patrícia de Cássia Bezerra Fonseca

Membro Titular - UNIRN

RESUMO

A icterícia é reconhecida pela coloração amarelada da pele, mucosas e escleróticas devido a um aumento da concentração de bilirrubinas séricas que aparecem por causa da incapacidade do fígado em unir toda a bilirrubina produzida. Existem causas diferentes. A manifestação clínica é mais comum no período neonatal; suas consequências podem ser graves, levando à lesão do Sistema Nervoso Central (SNC). Surge em até 80-90% dos bebês prematuros. Identificar a produção científica sobre o tema no Brasil nos últimos dez anos, conhecer a doença, enfocando seu diagnóstico, seus tipos, formas de tratamento, se é uma causa comum entre os recém-nascidos e a prevalência, constituem os objetivos do trabalho. Tratou-se de pesquisa bibliográfica realizada na Base de Dados SCIELO. Foram analisados os artigos publicados nos últimos dez anos sobre o tema icterícia neonatal. Os artigos selecionados estão presentes nos últimos dez anos com as seguintes palavras-chave: Icterícia Neonatal, Fototerapia na Icterícia, Kernicterus, Encefalopatia bilirrubínica, Exsanguíneotransusão na icterícia, Enfermagem na fototerapia. Foram encontrados trinta e sete artigos sobre o tema, sendo que a maioria recaiu sobre a palavra chave Icterícia neonatal. Em relação aos anos de publicação a maior parte desses encontrou-se nos anos de 2009, 2007 e 2004 por ordem decrescente. Conclui-se que esse tema não é muito abordado pelos profissionais de saúde. Existem casos de a icterícia passar despercebida pelos profissionais e principalmente pelos familiares. A icterícia é mais comum nos prematuros, pois o fígado ainda não foi desenvolvido completamente.

Palavras-chave: Icterícia neonatal, Fototerapia na icterícia, Kernicterus, Encefalopatia bilirrubínica, Exsanguíneotransusão na icterícia e Enfermagem na fototerapia.

ABSTRACT:

The jaundice is recognized by the yellowing of the skin, mucosal and sclerotics due to an increased concentration of serum bilirubin appearing due to the liver disability of join all the produced bilirubin. There are different causes. The clinical manifestation is more common at the neonatal period; Your consequences can be serious, causing injury to the Central Nervous System (CNS). Comes up 80-90% of premature babies. Identify the scientific literature on the subject in Brazil in the last ten years, understand the disease, focusing on diagnosis, their types, treatment forms, if it is a common cause among newborns, and the prevalence are the work's goal. Consisted of bibliographic research held in SCIELO's database. Were analyzed articles published in the last ten years on the subject of neonatal jaundice. Articles that are present in the last ten years were selected with the following keywords: Neonatal jaundice, phototherapy for jaundice, Kernicterus, Bilirubin encephalopathy, Exchange transfusion in neonatal jaundice, Nursing in phototherapy. Thirty-seven articles on the topic were found and most fell on the keyword Neonatal jaundice. In relation to the publication years most of those found in the years 2009, 2007 e 2004 in descending order. It is concluded that this topic is not much discussed by health professionals. There are cases of jaundice not be noticed by the professionals and especially by family. Jaundice is common in newborn babies, because the liver is not yet fully developed.

Keywords: Neonatal jaundice, Phototherapy for jaundice, Kernicterus, Bilirubin encephalopathy, Exchange transfusion in neonatal jaundice and Nursing in phototherapy.

1. INTRODUÇÃO

A icterícia é reconhecida pela coloração amarelada da pele, mucosas e escleróticas (parte branca do olho) devido a um aumento da concentração de bilirrubinas séricas que aparecem por causa da incapacidade do fígado em unir toda a bilirrubina produzida. Existem causas diferentes. A manifestação clínica é mais comum no período neonatal; suas consequências podem ser graves, levando à lesão do Sistema Nervoso Central (SNC). Surge em até 80-90% dos bebês prematuros (SOUZA, 2011).

A bilirrubina é um pigmento crômico. É produzido principalmente pela diminuição da hemoglobina das hemácias, sendo o produto final do catabolismo do heme. Temos duas formas de encontrar a bilirrubina no organismo:

-Bilirrubina indireta ou não conjugada: insolúvel em água, podendo atravessar a barreira hemato-encefálica, entrando no sistema nervoso central e levando a causar toxicidade às células. No feto, a maior parte da Bilirrubina Indireta entra na placenta, sendo absorvida pelo fígado materno. O fígado fetal tem uma capacidade limitada em conjugar a bilirrubina. –Bilirrubina direta ou conjugada: é hidrossolúvel, podendo ser eliminada na urina; no entanto, a maior parte é eliminada mais rápido como bile no intestino (FIGUEIREDO, 2005).

A icterícia é considerada fisiológica e normal, o que leva ao acúmulo de pigmento amarelo na pele e o fígado do recém-nascido não poder produzir bilirrubina (resíduo normal do sangue do bebê) na quantidade necessária (TABORDA; DEUTSCH, 2010).

A tonalidade varia do amarelo-claro até o amarelo. A cor amarelada aparece primeiro na face e no tórax, se espalha pelos membros superiores e inferiores, quando os níveis de bilirrubina crescem a cor se espalha para as costas e abdome. Além da pele e da esclera ficarem amareladas, ficar atento à perda elevada de peso, sonolência e sua capacidade de sucção reduzida (TABORDA; DEUTSCH, 2010).

A icterícia pode passar despercebida pelos familiares, pois muitos não possuem habilidade de diagnosticar e não sabem avaliar sua complicação. Embora poucas vezes maligna, a hiperbilirrubinemia indireta pode ficar muito elevada, causando danos ao sistema nervoso dos recém-nascidos, que se não for tratada a tempo, podem levar a sequelas graves. A ocorrência de hiperbilirrubinemias tem

sido relacionada com as altas precoces sem acompanhamento ambulatorial, principalmente nos primeiros dias de vida (FACCHINI et al, 2007).

A internação sendo longa ajuda a identificar os primeiros problemas, além disso, colabora para que a família fique devidamente preparada para cuidar do recém-nascido em casa. No caso da alta precoce, se o recém-nascido apresentar nível alto de bilirrubina não conjugada, ele pode ser readmitido para o tratamento com fototerapia. A readmissão pode gerar riscos para a amamentação, levando ao desmame precoce, problemas emocionais e expor o recém-nascido saudável ao ambiente hospitalar. O risco de hiperbilirrubinemia grave precisa de estratégias especiais para impedir uma alta taxa de morbidade (BERNALDO; SEGRE, 2004).

Não se deve ter alta hospitalar sem o devido acompanhamento dos níveis de bilirrubinemia no decorrer dos dias após o término do tratamento e a diminuição dos níveis de bilirrubinemia (FACCHINI; ASSIS, 2005).

O nível de bilirrubina junta no sangue do cordão umbilical é indicativo da gravidade de icterícia desenvolvida pelo recém-nascido prematuro, até seu terceiro dia de vida. A probabilidade da necessidade do tratamento com fototerapia quando os níveis de bilirrubina são iguais ou maiores que 2 mg é de 53%. A presença da incompatibilidade sanguínea mãe/recém-nascido leva a níveis séricos de bilirrubina conjugada, precisando também do tratamento com fototerapia (BERNALDO; SEGRE, 2004).

A escolha do tema deve-se ao conhecimento de um recém-nascido diagnosticado com icterícia, onde o nível de Bilirrubina se encontrava elevado, o que incentivou a conhecer a doença de forma mais aprofundada.

Identificar a produção científica sobre o tema no Brasil nos últimos dez anos, conhecer a doença, enfocando seu diagnóstico, seus tipos, formas de tratamento, se é uma causa comum entre os recém-nascidos e a prevalência.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Com a falta da flora bacteriana nos primeiros dias de vida, a Bilirrubina Direta pode se transformar em Bilirrubina Indireta e ser metabolizada pela célula intestinal para a circulação êntero-hepática. Isso faz com que a concentração plasmática de

Bilirrubina Indireta cresça, assim ela deve ser novamente absorvida pelo fígado e expelida (FIGUEIREDO, 2005).

A via de saída da bilirrubina é a placenta, pois o intestino do feto fica inativo. É encontrado somente 40mg de bilirrubina no mecônio. O feto produz o dobro da bilirrubina produzida por um adulto; essa produção é iniciada precocemente perto da 24ª semana de gestação. Muitos bebês apresentam nos primeiros dias de vida um acúmulo transitório de bilirrubina indireta. Para ser expelida, precisa ser levada ao fígado e conjugada para ser expulsa com a bile (SOUZA, 2011).

Os recém-nascidos com hematomas por causa do parto possuem maior probabilidade de apresentar á icterícia, pois os vasos sanguíneos rompidos do hematoma juntam uma maior quantidade de bilirrubina. Quem apresenta uma grande probabilidade de ter icterícia são os prematuros, pois seu fígado ainda não se desenvolveu completamente. Outras causas comuns são as infecções e os problemas hepáticos (TABORDA; DEUTSCH, 2010).

São três tipos de Icterícia

1- A icterícia fisiológica aparece 48 a 72 horas após o nascimento. No recém-nascido a termo encontra-se níveis sérico de bilirrubina de até 13 mg%, com aumento em torno do terceiro ao quinto dia de vida com durabilidade de uma semana após o nascimento. No recém-nascido pré-maturo encontra-se níveis séricos até 15mg%; com pico entre o quinto e sétimo dia de vida e durabilidade de até duas semanas (SOUZA, 2011).

O maior nível de bilirrubina indireta durante a icterícia fisiológica pode ser mais alto em recém-nascidos que não são alimentados com leite materno. Esta acumulação mais elevada pode ser parte do resultado da ingestão líquida diminuída dos bebês alimentados com leite materno (KLIEGMAN et al, 2006).

2- A Icterícia patológica normalmente acontece após o nascimento, antes de completar as vinte e quatro horas; apresentando valores de bilirrubina que passam de 13mg% nos recém-nascidos a termo e 15mg% nos recém-nascidos pré-maturos. Podendo se originar de circunstancias como anemia hemolítica adquirida, incompatibilidade materno-fetal (ABO, Rh, grupos raros) ou ligados a infecções (SOUZA, 2011).

Quando é descoberta a icterícia, deve ser realizada uma avaliação laboratorial incluindo uma medição da bilirrubina total para descobrir a magnitude da hiperbilirrubinemia. Os níveis de bilirrubina maiores que 5 mg/dL no primeiro dia de

vida ou maior que 13 mg/dL em diante em recém-nascidos a termo devem ser avaliados (KLIEGMAN et al, 2006).

3- A icterícia do leite materno pode ser ligada à hiperbilirrubinemia não conjugada sem evidência de hemólise até à segunda semana de vida. É raro ter um aumento da bilirrubina para mais que 20 mg/dL. A suspensão da amamentação por até dois dias leva a uma queda mais rápida das concentrações de bilirrubina, os quais não elevam muito depois que volta com a amamentação. O leite materno tanto pode ter um inibidor da conjugação da bilirrubina ou como pode elevar a recirculação êntero-hepática da bilirrubina em virtude da glicuronidase do leite materno (KLIEGMAN et al, 2006).

2.1DIAGNOSTICO

O diagnóstico é realizado com avaliação clínica e laboratorial. Na parte clínica: Examinar o recém-nascido na luz natural ou sob lâmpada fluorescente branca para observar a pele, mucosas e escleróticas; Pressionar uma proeminência óssea, afastando a coloração do sangue capilar e poder ver a real cor da pele; Quando os bebês forem de pele escura fica mais difícil de avaliar a icterícia, nesse caso olhar atentamente as mucosas e saco conjuntival (parte interna inferior dos olhos) (FIGUEIREDO, 2005).

O diagnóstico laboratorial é feito com a dosagem total e fracionada de bilirrubina: Verificar o grupo sanguíneo e Rh materno e do recém-nascido; Teste de coombs direto do sangue do recém-nascido; Caso o hematócrito esteja normal ou baixo olhar a determinação do hematócitos. O controle laboratorial nos casos de icterícia precoce e hemólise acentuada a dosagem de bilirrubina e hematócrito serão realizados a cada 6 horas. Já nos casos de icterícia tardia, o controle laboratorial será realizado a cada 12 ou 24 horas, de acordo com a gravidade do caso (SOUZA, 2011).

O grande risco da hiperbilirrubinemia para os recém-nascidos é ocorrer o Kernicterus, também conhecido como encefalopatia bilirrubínica ou icterícia nuclear. (FIGUEIREDO, 2005). A kernicterus é resultada quando a bilirrubina indireta entra nas células cerebrais e interrompe o metabolismo e a função neuronais, principalmente nos gânglios da base. A bilirrubina indireta pode entrar na barreira hematoencefálica em virtude da sua lipossolubilidade (KLIEGMAN, 2006). O

kernicterus pode levar ao retardamento mental, distúrbios comportamentais, retardo no desenvolvimento motor, ataxia, perda da audição neurossensorial, displasia do esmalte do dente e machas dentárias como sequela permanente (FIGUEIREDO, 2005). Alguns autores relatam que as principais sequelas do kernicterus é a deficiência auditiva e a encefalopatia crônica não evolutiva, fora os processos infecciosos, destacando-se a meningite bacteriana causada pelo *Haemophilus Influenzae*, por infecção meningocócica, citomegalovírus e toxoplasmose (LEVY; ROSEMBERG, 2009).

As manifestações clínicas iniciais são observadas depois do quarto dia de vida e tem poucas chances de ocorrer quando o nível de bilirrubina for mantido abaixo de 20mg/dL em lactentes a termo, são elas: sonolência, diminuição da tonicidade muscular, irritabilidade, dificuldade de alimentação, choro agudo e vômito. Os sinais tardios são: hemorragia pulmonar, fontanela saliente, febre, convulsões, paralisia ocular, entre outros. Outros riscos em recém-nascidos a termo são a hemólise, icterícia diagnosticada dentro das vinte e quatro horas do nascimento e diagnóstico tardio de hiperbilirrubinemia. Quando o estado é grave pode levar a morte, já quando é visto os sinais iniciais pode ser revertido pela instituição imediata de uma exsanguinotransfusão (KLIEGMAN, 2006).

2.2 TRATAMENTO

É indicado promover a redução da circulação entero-hepática, por meio do aumento da ingesta enteral, de preferência o leite humano, uso da fototerapia intensiva ou exsanguineotransfusão.

De acordo com alguns estudos todos os recém-nascidos com níveis de bilirrubina total maior que 35mg% tiveram danos irreversíveis no cérebro. O valor de elevação dos níveis séricos nesses recém-nascidos, antes do quinto dia de vida, foi de 0,2mg%/hora (SOUZA, 2011).

2.2.1 Fototerapia

A fototerapia é um tratamento que usa aplicação de luz com alta penetração, promovendo uma alteração fotoquímica da bilirrubina nas áreas que estão expostas à luz. Alterando a estrutura da molécula de bilirrubina, fazendo com que os

fotoprodutos sejam liberados pelos rins ou pelo fígado, sem ocorrer modificações metabólicas (SOUZA, 2011).

A fototerapia tem sido a escolha principal de tratamento a mais de 30 anos, é eficaz e confiável para baixar os índices de bilirrubina, sua taxa de diminuição é de acordo com a luz emitida, sua eficácia é maior de acordo com a intensidade de irradiação da fototerapia. A dose utilizada de fototerapia é que vai determinar o tempo que a bilirrubina vai voltar ao normal. Quando o tratamento for intensivo a bilirrubina irá diminuir entre 0,5 mg e 1 mg / dl por hora entre as primeiras 4-8 horas da terapia. Com um padrão de irradiação eficaz, a bilirrubina diminui de 6 a 20% no primeiro dia. Quanto maior for a irradiação liberada pelo aparelho de fototerapia, terá uma diminuição do tempo de terapia (FERREIRA et al, 2009).

É preciso ter alguns cuidados durante o tratamento, dentre eles estão: mudar o decúbito e monitorar a temperatura axilar de duas em duas horas, o recém-nascido tem que estar totalmente despido para uma exposição adequada, ser rigoroso com o balanço hídrico e colocar uma proteção ocular opaca, prevenindo assim lesões nos fotorreceptores da retina e queimaduras nessa área (CAMPOS; CARDOSO, 2004)

A exposição do recém-nascido a fototerapia não significa que está sendo fornecido um tratamento adequado, se não for cumprido adequadamente os critérios de técnicas para utilização, pode dificultar na eficiência e qualidade do tratamento realizado contra a icterícia (FERREIRA et al, 2009).

Também encontramos algumas complicações com o uso da fototerapia, sendo elas de menor importância comparando se não houvesse o tratamento. Estão presente entre as complicações: as alterações das hemácias, perda de água, lesão na retina, grande quantidade de evacuações, coloração avermelhada, queimaduras, sonolência e bronzeamento (CAMPOS; CARDOSO, 2004)

Quando o recém-nascido se encontra desidratado, é recomendado aumentar a quantidade de líquidos, de preferência por via oral, como o leite materno ou fórmulas lácteas próprias, assim, promovendo a reidratação, a diminuição da circulação entero-hepática e aumentando a eliminação dos metabólitos da bilirrubina. A quantidade do aumento de líquidos deve ser de acordo com cada caso (VIEIRA et al, 2004).

A luz interage com o pigmento bilirrubínico encontrado na pele do recém-nascido, assim, a eficácia do tratamento será melhor quando existir uma grande

quantidade de superfície corporal exposta à luz. A distância apropriada entre o recém-nascido e a fonte de luz tem que ser de 30 cm, uma distância menor que essa vai elevar o risco de hipertermia (VIEIRA et al, 2004).

A medição diária da irradiação dos dispositivos serve para garantir o bom funcionamento da fototerapia, com isso reduzindo o tempo de hospitalização do recém-nascido e o risco de infecção hospitalar. A medição diária também vai poder ajudar na identificação de quando será necessário mudar o dispositivo, assim ajudando na qualidade dos cuidados (FERREIRA et al, 2009).

De acordo com estudos, Souza (2011) mostra que existem sete tipos de tratamento de fototerapia e como melhorar sua eficácia, são eles:

1- Fototerapia convencional com lâmpada fluorescente (octofotoR): Com seis a oito lâmpadas fluorescente brancas de 20 Watts que emitem doses subterapêuticas. Não usar esse tratamento junto com o berço de calor radiante, pois leva ao superaquecimento do recém-nascido.

2- Fototerapia com lâmpadas azuis: Com sete lâmpadas, apresentando duas a três vezes mais irradiância comparado às lâmpadas brancas, monitorar os recém-nascidos com monitores cardíacos e respiratórios para uma melhor visualização da cianose, pois a identificação fica prejudicada. É indicada como a mais eficaz para o tratamento. Pode causar efeitos indesejáveis na equipe de saúde, entre eles estão: dor de cabeça, náuseas e mal-estar.

3- Fototerapia com lâmpadas verdes: Garante uma penetração mais profunda na pele, levando a uma maior penetração nos vasos sanguíneos da derme. Parecida com o tratamento de luz azul. Também pode provocar efeitos indesejáveis na equipe de saúde.

4- Fototerapia de fibra óptica (BiliBlanket ou colchão luminoso): Um colchão com foco de 20 cm de diâmetro e uma lâmpada com filtro para ultravioleta e infravermelho que trafega por um cabo de fibra óptica. Para recém-nascidos pequenos, com peso inferior a 2.550.

5- Fototerapia convencional de alta intensidade (Biliberço): Um berço de acrílico com colchão de silicone. Possi cinco lâmpadas fluorescente brancas no fundo, é colocado um filme refletor nas paredes internas e na cúpula curva que cobre o berço.

6- Fototerapia convencional com lâmpada halógena tipo Sport (Bilisport): Foto luminoso com uma lâmpada halógena dicróica e com um filtro de vidro especial para

raios infravermelhos e raios ultravioletas. Quando o recém-nascido for de tamanho grande usar dois focos, cobrindo todo o corpo.

7- Fototerapia por super LED (Bilitron): Possui cinco super Leds azuis e uma placa com 100 a 300 microlâmpadas de LED. Tem uma grande atenuação de irradiação ultravioleta e infravermelha. Sua durabilidade chega a durar duas vezes mais comparada aos outros, chegando a um ano de uso.

Para uma melhor eficácia da fototerapia é aconselhável colocar na parte de baixo ou ao lado do paciente uma superfície que possa refletir a luz, tais como um filme refletor, folha de alumínio, espelho parabólico ou tecido branco. Assim, aumentando a irradiância na área corporal em até 35%. Outra maneira de melhora a eficácia é deixar a cúpula da incubadora sempre limpa, evitando limpar com desinfetantes e álcool para não deixar o acrílico opaco, o aconselhável é limpar sempre com água e sabão. Antes de iniciar o tratamento verificar se todas as lâmpadas estão funcionando, continuar verificando no decorrer do tratamento. Se o recém-nascido estiver com o nível de bilirrubina muito elevado, tornando uma hiperbilirrubinemia grave, é indicado usar fototerapia dupla.

2.2.2 Exsanguineotransfusão

De acordo com estudos, Sá et al (2009) fala o seguinte sobre o tratamento com exsanguíneotransfusão.

A exsanguíneotransfusão foi o primeiro método de tratamento para curar a icterícia neonatal grave. Mesmo sendo considerado um método seguro, existem índices de mortalidade de 0,5 e 3,3%. No decorrer dos anos, o uso desse método foi diminuindo, pois foram aparecendo outros meios de tratamento na abordagem profilática e terapêutica da aloimunização Rh.

O que ajuda a contribuir com a diminuição da indicação da exsanguíneotransfusão são as transfusões intrauterinas, o início das fototerapias de alta intensidade, acompanhamento pré-natal, introdução da imunoglobulina específica anti-Rh (D), e o mais recente é o uso da imunoglobulina humana inespecífica.

Atualmente as recomendações para fazer a exsanguíneotransfusão esta entre os riscos de ocorrer à encefalopatia e os efeitos adversos relacionados ao

procedimento. Outras coisas para serem analisadas são: o quadro clínico do recém-nascido, idade gestacional e a presença ou não de hemólise.

A exsanguíneotransfusão ainda é o único método terapêutico capaz de retirar os anticorpos anti-Rh e as hemácias sensibilizadas. Mesmo os benefícios da exsanguíneotransfusão na doença hemolítica Rh sejam bem estabelecidos, os seus riscos continuam altos, com as taxas de mortalidade relacionadas ao procedimento encontrando-se em torno de 2%, de acordo com a literatura.

Souza (2011) fala o seguinte sobre o tratamento com exsanguíneotransfusão:

Para realizar a exsanguíneotransfusão os recém-nascidos tem que estar sob tratamento forte de fototerapia, sendo realizada dosagem dos níveis de bilirrubina nas primeiras 6 horas de tratamento, a exsanguíneotransfusão não é indicada quando os níveis diminuem em 3mg% durante esse período.

Sua indicação é mundialmente reconsiderada para os recém-nascidos que nascem saudáveis, como por exemplo, os que nascem com o peso maior que 2500g, sem doença hemolítica e os que nascem no tempo certo. Não realizar a exsanguíneotransfusão quando o nível estiver menor de 10mg%, caso se houver presença de doença hemolítica por incompatibilidade Rh, considerar os níveis de complicação. É aconselhável que os recém-nascidos que apresentam sinais de encefalopatia bilirrubínica sejam submetidos à exsanguíneotransfusão, para qual quer nível de bilirrubina total.

Se o recém-nascido estiver estável e se encontrar entre 35-37 semanas de gestação, onde se encontra em médio risco, podem-se olhar os níveis de exsanguíneotransfusão baseando-se na idade gestacional atual. Já os que se encontram internados, apesar da fototerapia intensiva, a exsanguíneotransfusão é aconselhada quando os níveis de bilirrubina total aumentam.

Entre as medidas gerais para ajudar a promover o tratamento da icterícia estão: Promovendo uma amamentação de livre demanda vai estimular a eliminação do mecônio e ajudar na produção do leite materno; Procurar não tomar medicações que atrapalhem na ligação da bilirrubina com a albumina ou que mudem o metabolismo hepático; ficar atento a eliminação de mecônio, pois a bilirrubina direta que não chegou a ser eliminada pelas fezes é reabsorvida na mucosa do intestino e levada ao fígado pela circulação êntero-hepática como forma de bilirrubina indireta, sobrecarregando o fígado; Observar a diurese, pois quando os níveis de bilirrubina

ficam elevado, a urina fica escura e concentrada, podendo aparecer nos recém-nascidos com função renal mais desenvolvida (FIGUEIREDO, 2005).

Nesse processo o enfermeiro tem que realizar as seguintes prescrições com segurança e cuidado para atingir melhor os resultados: ao instalar o aparelho da fototerapia devesse ser realizada anotação no prontuário sobre as condições da pele do recém-nascido; observar a região do corpo do recém-nascido que está recebendo a luz, estando sempre com a genitália e os olhos cobertos, evitando lesões na retina; realizar a higiene ocular com SF a 0,9%; se existe a irradiância adequada no aparelho de fototerapia; se a distância entre o recém-nascido e a fonte luminosa está correta, evitando assim uma queimadura; controlar os sinais vitais no decorrer do tratamento, principalmente a temperatura; avaliar o balanço hídrico; realizar o exame físico duas vezes ao dia enquanto permanecer no tratamento; orientar os pais sobre o tratamento e como será o contato com o recém-nascido no decorrer do tratamento (MACHADO et al, 2012).

3. METODOLOGIA

Tratou-se de pesquisa bibliográfica realizada na Base de Dados SCIELO. Serão analisados os artigos publicados nos últimos dez anos (2003 a 2012) sobre o tema icterícia neonatal. As palavras-chave que foram utilizadas para identificar os artigos são: Icterícia neonatal, Fototerapia na icterícia, Kernicterus, Encefalopatia bilirrubínica, Exsanguíneotransfusão na icterícia, Enfermagem na fototerapia.

De acordo com Brito (2012), a revisão de literatura mostra que o pesquisador está informado sobre as recentes publicações dos artigos nacionais e internacionais, livros já publicados, monografias, dissertações e teses. Todos são excelentes para consultar e fundamentar um projeto de pesquisa. A revisão mostra que outros pesquisadores tiveram respostas com a busca sobre tema.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A tabela 1 mostra as palavras-chave que foram selecionadas para servir como dados de pesquisa. Além das palavras também estão presentes a quantidade

dos artigos encontrados no período de 2003 a 2012, todos devidamente separados por ano e palavra-chave.

Quadro 1. Distribuição dos artigos publicados de 2003 a 2012

Palavras-Chave	20 03	20 04	20 05	20 06	20 07	20 08	20 09	20 10	20 11	20 12	Total
Icterícia neonatal	1	3	1	1	3	2	5	4			20
Fototerapia na ictericia		2	1		2		1				6
Kernicterus		1	1				1				3
Encefalopatia bilirrubinica					1						1
Exsanguíneotransfu são na icterícia							1				1
Enfermagem na fototerapia		3			1	1				1	6
Total	1	9	3	1	6	3	8	4		1	37

Fonte: Base de Dados Scielo, 2013.

Foram selecionados artigos publicados na Base de Dados SCIELO nos últimos dez anos (2003 a 2012). As palavras-chave utilizadas como motores de busca foram: Icterícia neonatal: foram encontrados vinte e sete artigos, vinte estão dentro dos últimos dez anos. Fototerapia na Icterícia: encontrado seis artigos. Kernicterus: seis artigos encontrados, cinco estão dentro dos últimos dez anos. Encefalopatia bilirrubinica: dois artigos encontrados, sendo apenas um presente no período dos dez anos. Exsanguíneotransfusão na icterícia: apenas um artigo encontrado. Enfermagem na fototerapia: seis artigos encontrados.

Entre os trinta e sete artigos sobre o tema, a maioria recai sobre a palavra chave icterícia neonatal. Em relação aos anos de publicação a maior parte desses encontrou-se nos anos de 2009, 2007 e 2004 por ordem decrescente. A minoria

encontrou-se nos anos de 2003, 2005, 2006, 2008, 2010 e 2012 por ordem crescente. No ano de 2011 não foi publicado nenhum artigo.

Isso mostra como o tema é pouco abordado pelos profissionais de saúde, resultando assim em poucos profissionais que se interessam pela pesquisa sobre esta temática, o que se reflete na baixa publicação de artigos.

5. CONCLUSÃO

Na pesquisa bibliográfica realizada na Base de Dados SCIELO foi possível constatar que esse tema não é muito abordado pelos profissionais de saúde. Existem casos de a icterícia passar despercebida pelos profissionais de saúde e, principalmente, pelos familiares. Esse comportamento pode causar danos ao sistema nervoso dos recém-nascidos, podendo levar a sequelas graves.

No caso dos profissionais seria por falta de interesse em se aprofundar nos detalhes da doença. A maternidade deveria realizar palestras que abordassem o tema. Como se trata de uma doença que acomete vários recém-nascidos deveria haver um aprofundamento melhor, evitando assim uma alta precoce que vai prejudicar o recém-nascido e também poder cuidar do recém-nascido com mais segurança, conhecimento e o cuidado para atingir melhor os resultados. Já no caso da família se torna mais aceitável, pois eles não têm contato frequente e noção sobre o que é a doença.

Foi possível analisar que a icterícia é mais comum nos prematuros, pois o fígado ainda não foi desenvolvido completamente.

Foi encontrado o total de trinta e sete artigos, entre eles vários repetidos ou que não se enquadravam na temática. Foram cumpridos todos os objetivos propostos, entre eles conhecer como é realizado o diagnóstico, seus tipos, formas de tratamento, entre outros.

REFERÊNCIAS

BERNALDO, Adélia Jeha Nasser; SEGRE, Conceição Aparecida de Mattos. Dosagem de bilirrubina no sangue do cordão umbilical: poderia prever a hiperbilirrubinemia neonatal? São Paulo, **Medicina Jornal** 2004, v.122, n.3, p 99-103.

CAMPOS, Antonia do Carmo Soares; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. O recém-nascido sob fototerapia: a percepção da mãe. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2004, v.12, n.4, p. 606-613.

FACCHINI, Fernando Perazzini et al. Acompanhamento da icterícia neonatal nos Recém-Nascidos de Termo e prematuros tardios. **Jornal Pediátrico** Rio Janeiro , Porto Alegre, v. 83, n. 4, p 313-318, agosto de 2007.

FACCHINI, Fernando P.; ASSIS, Angela Maria de. Hiperbilirrubinemia neonatal prolongada devido à Associação Entre síndrome de Gilbert e Doença hemolítica por Incompatibilidade RhD. **Jornal Pediátrico** Rio de Janeiro. 2005, v. 81, n. 5, p 421-424.

FERREIRA, Anne Laura Costa; NASCIMENTO, Renata Medeiros do; VERISSIMO, Regina Célia Sales Santos. Irradiância dos aparelhos de fototerapia nas maternidades de Maceió. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2009, v.17, n.5, p. 695-700.

FIGUEIREDO Nêbia Maria Almeida. **Práticas de Enfermagem: Ensinando a Cuidar da Mulher, do Homem e do Recém-nascido**. São Paulo: Yendis, 2005.

KLIEGMAN, R. M. et al. **Nelson Princípios de Pediatria**. 5. ed. Elsevier, 2006.

LEVY, Cilmara Cristina Alves da Costa; ROSEMBERG, Sergio. Crianças com encefalopatia crônica não evolutiva: avaliação audiológica e próteses auditivas. **Pró-Fono Revista Atualização Científica** 2009, v.21, n.3, p. 237-242.

MACHADO, Simone Pires Cavalcanti; SAMICO, Isabella Chagas; BRAGA, Taciana Duque de Almeida. Conhecimento, atitude e prática sobre fototerapia entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino. **Revista brasileira de enfermagem** 2012, v.65, n.1, p. 34-41.

SA, Cynthia Amaral M. et al. Eventos adversos associados à exsanguíneotransusão na doença hemolítica perinatal: experiência de dez anos. **Revista paulista de pediatria** 2009, v.27, n.2, p. 168-172.

SOUZA, Aspásia Basile Gesteira. **Enfermagem Neonatal: Cuidado integral ao recém-nascido**. São Paulo: Martinari, 2011.

SOUZA, Evânia Leiros de et al. (Org.). **Metodologia da pesquisa: Aplicabilidade em trabalhos científicos na área da saúde**. Natal: EDUFRN, 2012.

TABORDA, W; DEUTSCH, A. D. **A bíblia da gravidez**. São Paulo: CMS, 2010.

VIEIRA, Alan Araújo et al. O uso da fototerapia em recém-nascidos: avaliação da prática clínica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** 2004, v.4, n.4, p. 359-366.