

Ictericia Neonatal

La mayoría de los recién nacidos con bilirrubinas elevadas en suero no tienen una enfermedad subyacente, y la ictericia se resuelve a las dos primeras semanas de vida. Una minoría de los recién nacidos que presentan ictericia tiene un padecimiento que la condiciona y requiere tratamiento específico.

Hay evidencia consistente procedente de estudios de buena calidad que demuestran que son cuatro los factores asociados con un incremento en el riesgo de hiperbilirrubinemia:

- Edad gestacional menor de 38 semanas
- Presencia de ictericia dentro de las primeras 24 horas de vida
- Historia familiar de ictericia que requirió fototerapia
- Alimentación exclusiva con leche materna

Se recomienda realizar las siguientes acciones a todos los recién nacidos para diagnosticar en forma oportuna la ictericia:

- Investigar la presencia de factores asociados que predisponen al recién nacido para desarrollar hiperbilirrubinemia NICEficativa poco después del nacimiento.
- Examinar al recién nacido para detectar ictericia en cada oportunidad, especialmente en las primeras 72 horas.
- La inspección visual se realizará con el recién nacido desnudo con luz brillante, preferiblemente natural.
- Se deberán revisar las escleróticas, las encías y la piel blanqueada que es útil en todos los tonos de piel.

Se recomienda en todos los recién nacidos:

- En los recién nacidos que se encuentran en casa los padres deberán realizar un examen visual de la coloración de piel y mucosas durante las primeras 72 horas de vida.
- Los que tengan factores asociados con una mayor probabilidad de desarrollar hiperbilirrubinemia deben recibir la inspección visual por un profesional de la salud durante las primeras 48 horas de vida.
- la inspección visual se debe realizar en un lugar con luz adecuada, preferiblemente luz natural y con el recién nacido totalmente desnudo.
- Los padres, cuidadores y profesionales de la salud deben buscar ictericia mediante inspección visual.

- No confíe solamente en la inspección visual para estimar el nivel de bilirrubina.
- Medir (urgente) y registrar el nivel de bilirrubina cuando, dentro de las primeras 24 horas de vida se presente la ictericia.
- No medir niveles de bilirrubinas de forma rutinaria cuando la ictericia no es visible.

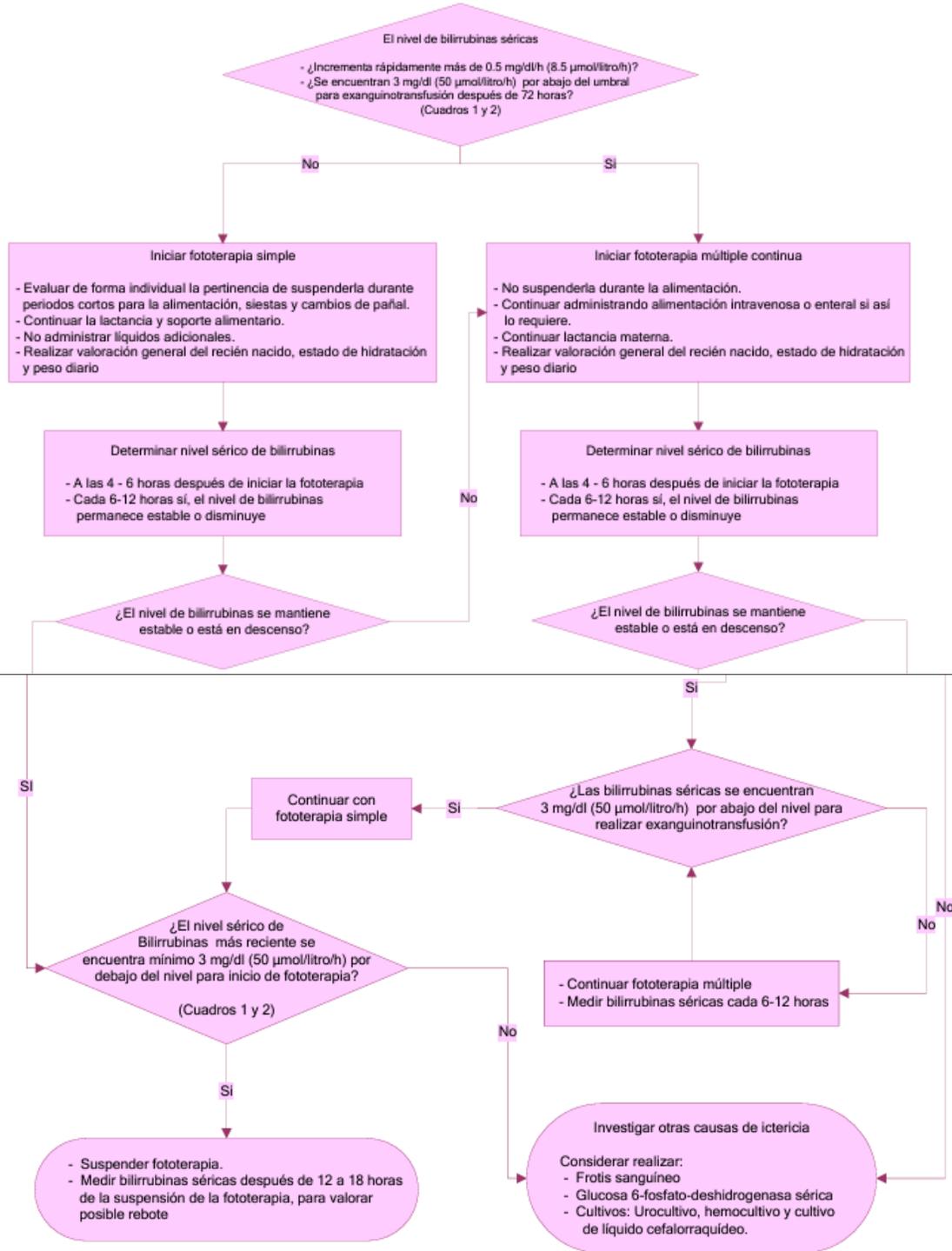
La fototerapia convierte la bilirrubina en un compuesto soluble en agua llamado lumirubina, que se excreta en la orina o la bilis sin necesidad de conjugación en el hígado. Para que la bilirrubina se convierta en lumirubina requiere de un determinado espectro y cantidad de luz. La bilirrubina es un pigmento amarillo, por lo que la luz azul con longitud de onda de 460 nm absorbe la mayoría del pigmento, lo que sucede cuando la longitud de onda penetra el tejido y absorbe la bilirrubina. Las lámparas con salida de 460 - 490-nm son las más efectivas en el tratamiento de la hiperbilirrubinemia.

Actualmente existen dispositivos con diferentes tipos de luz para aplicar la fototerapia:

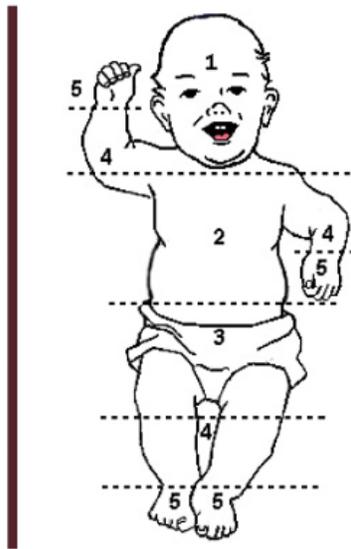
- Luz del día
- Luz blanca fría
- Luz azul
- Luz "especial azul" en focos fluorescentes o lámparas de tungsteno-halógeno
- Mantas de fibra óptica que proporcionan luz azul-verde que sirve solo para determinadas regiones del cuerpo.

La luz fluorescente y en especial la "luz azul" es la más eficaz y debe ser utilizada cuando se requiere fototerapia intensiva, La luz ultravioleta no se usa para fototerapia. Aunque se ha demostrado que la luz del sol disminuye las concentraciones de bilirrubina, no se recomienda su uso porque no se ha determinado el tiempo de exposición seguro para el recién nacido desnudo sin que se produzcan quemaduras por el sol.

Tratamiento con Fototerapia



Cuadro 1. Escala de Kramer



Zona	Definición	Bilirrubinas totales
1	Cabeza y cuello	5.8 md/dl (100 μ mol/l)
2	Parte superior del tronco, hasta el ombligo	8.8 md/dl (150 μ mol/l)
3	Parte inferior del tronco, desde el ombligo hasta las rodillas	11.7 md/dl (200 μ mol/l)
4	Brazos y piernas	14.7 md/dl (250 μ mol/l)
5	Palmas y plantas	> 14.7 md/dl (> 250 μ mol/l)

Cuadro 2. Consenso para el Tratamiento de la Hiperbilirrubinemia en Recién Nacidos de 38 semanas de edad gestacional o más

Consenso para el Tratamiento de la Hiperbilirrubinemia en Recién Nacidos De 38 semanas de edad gestacional o más								
Edad en horas	Nivel de bilirrubinas							
	μ mol/litro	mg/dl	μ mol/litro	mg/dl	μ mol/litro	mg/dl	μ mol/litro	mg/dl
0					> 100	> 5.85	> 100	> 5.85
6	> 100	> 5.85	> 112	> 6.55	> 125	> 7.31	> 150	> 8.77
12	> 100	> 5.85	> 125	> 7.31	> 150	> 8.77	> 200	> 11.69
18	> 100	> 5.85	> 137	> 8.01	> 175	> 10.23	> 250	> 14.62
24	> 100	> 5.85	> 150	> 8.77	> 200	> 11.69	> 300	> 17.54
30	> 112	> 6.55	> 162	> 9.47	> 212	> 12.39	> 350	> 20.46
36	> 125	> 7.31	> 175	> 10.23	> 225	> 13.15	> 400	> 23.39
42	> 137	> 8.01	> 187	> 10.93	> 237	> 13.86	> 450	> 26.31
48	> 150	> 8.77	> 200	> 11.69	> 250	> 14.62	> 450	> 26.31
54	> 162	> 9.47	> 212	> 12.39	> 262	> 15.32	> 450	> 26.31
60	> 175	> 10.23	> 225	> 13.15	> 275	> 16.08	> 450	> 26.31
66	> 187	> 10.93	> 237	> 13.86	> 287	> 16.78	> 450	> 26.31
72	> 200	> 11.69	> 250	> 14.62	> 300	> 17.54	> 450	> 26.31
78			> 262	> 15.32	> 312	> 18.24	> 450	> 26.31
84			> 275	> 16.08	> 325	> 19.00	> 450	> 26.31
90			> 287	> 16.78	> 337	> 19.70	> 450	> 26.31
96 +			> 300	> 17.54	> 350	> 20.46	> 450	> 26.31
Acción a realizar	↓		↓		↓		↓	
	Repetir medición en 6-12 horas		Valorar individualmente la pertinencia de iniciar fototerapia Repetir medición de bilirrubinas en 6		Iniciar fototerapia		Realizar exanguinotransfusión, a menos que el nivel de bilirrubinas caiga por abajo del umbral, mientras se prepara el procedimiento	

SDR

Los siguientes antecedentes incrementan la incidencia de SDR:

- Hipotermia
- Asfixia perinatal
- Fetopatía diabética
- No haber recibido esteroides prenatales
- Ser del género masculino

Evitar la hipotermia reduce la mortalidad. No se conocen las repercusiones de la hipertermia en pacientes con SDR.

Los datos clínicos que apoyan el diagnóstico de SDR son:

- Dificultad respiratoria progresiva evaluada con la escala de Silverman/ Andersen:

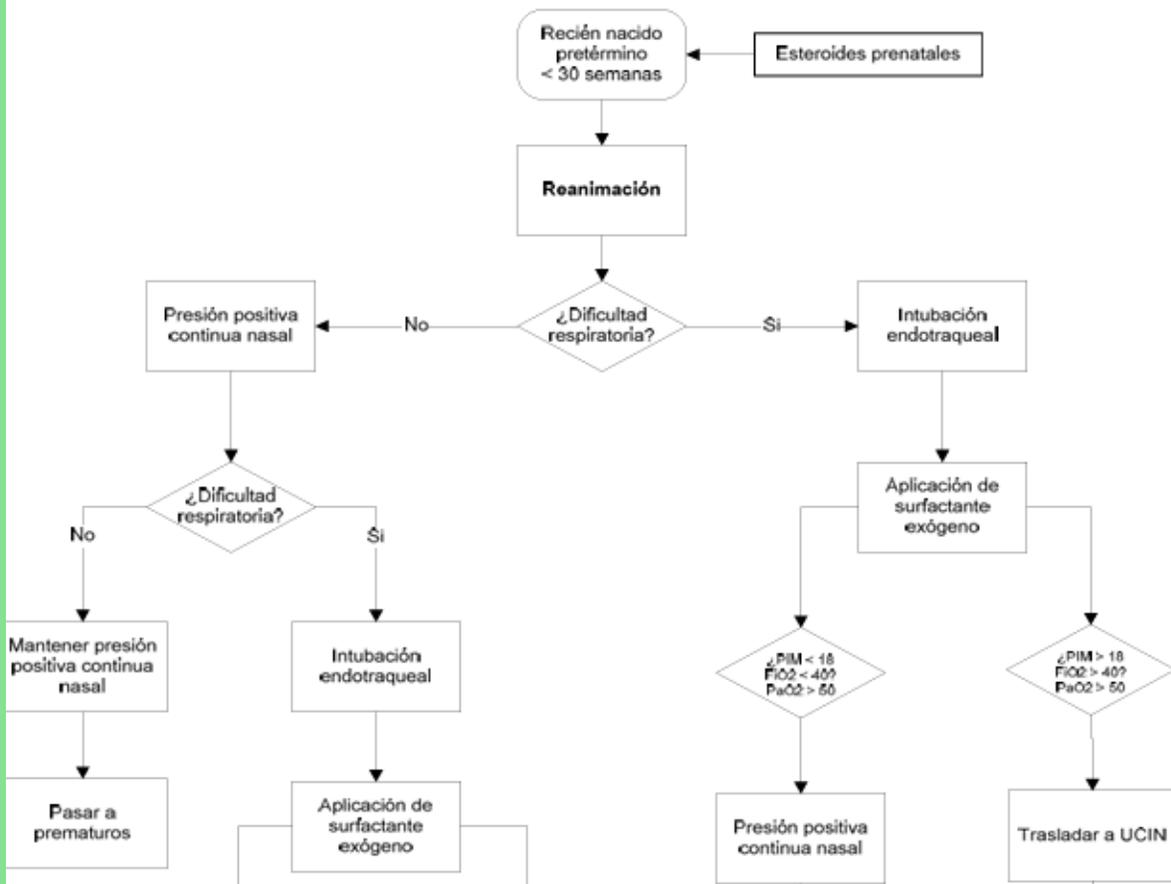
- Aleteo nasal - Quejido espiratorio - Tiraje intercostal-Disociación toracoabdominal - Retracción xifoidea

- Cianosis
- Polipnea

Las complicaciones más frecuentes en el prematuro con SDR son:

- Síndrome de fuga de aire
- Sepsis • Neumonía
- Conducto arterioso con repercusión hemodinámica
- Hemorragia peri e intraventricular
- Enterocolitis necrosante
- Hidrocefalia poshemorrágica
- Pérdida de peso corporal > 10% que se traduce en alteraciones nutricionales e hídricas que requieren intervención temprana para limitarla.

Algoritmo 1. Tratamiento de SDR en el pretérmino < 30 semanas



Los recién nacidos pretérmino < 750 g deben ser atendido en unidades de cuidados intensivos neonatales que cuenten con la infraestructura adecuada y personal capacitado para su tratamiento. Lo cual puede realizarse en 2º nivel de atención, o bien, en 3er nivel de atención cuando los hospitales generales de zona no cuenten con los recursos necesarios.

Los recién nacidos pretérmino atendidos en unidades de cuidados intensivos neonatales en 2º y 3er nivel de atención en quienes se haya retirado la asistencia mecánica a la ventilación o PPC y no tengan otras razones para permanecer en áreas de cuidado intensivo deben trasladarse a salas de atención de prematuros o enviarse de las UCIN en tercer nivel a sus HGZ correspondientes.