

1. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD O SITUACIÓN DE SALUD:

ICTERICIA NEONATAL POR OTRAS CAUSAS Y POR LAS NO ESPECIFICADAS

CIE 10: P 59 Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas

(P59.1) Síndrome de la bilis espesa

(P59.2) Ictericia neonatal debida a otra lesión hepática especificada o no

(P59.8) Ictericia neonatal por otras causas especificadas

(P59.9) Ictericia neonatal, no especificada

2. DEFINICIÓN DE LA ENFERMEDAD O SITUACIÓN DE SALUD:

Es la coloración amarillenta de piel y mucosas causada por hiper-bilirrubinemia. Clínicamente se observa en el recién nacido (RN) cuando la bilirrubina total sobrepasa la cifra de 5 mg/dL. Los niveles de bilirrubina directa, se consideran elevados cuando son mayores de 1.5 - 2 mg/dl ó es mayor de 10% del valor de la bilirrubina total.

3. DIAGNÓSTICO: SINTOMAS Y SIGNOS.

El diagnóstico es clínico y de laboratorio. Se debe excluir causas más comunes (incompatibilidad grupo y factor, fisiológicas, lactancia, prematuridad, reabsorción de sangre como en céfalo-hematomas)

Anamnesis.

Antecedentes de asfixia, hipoxia, incompatibilidad de grupo y/o factor, sepsis, peso bajo, prematuridad, hipoglucemia, trauma obstétrico, distrés respiratorio.

Antecedentes familiares de Glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa, diabetes materna

Examen físico.

Estimación visual del grado de ictericia con las zonas de Kramer (nunca como método único).

Palpación en busca de hepato y esplenomegalia

La bilirrubina trans-cutánea medida en la zona esternal tiene una buena correlación con la bilirrubina sérica y es un método útil de cribaje.

4. APOYOS COMPLEMENTARIOS.

Grupo sanguíneo y factor Rh en madre y niño.

Hematocrito, hemoglobina

Reticulocitos.

Dosificación de bilirrubinas totales y fraccionadas en sangre periférica.

Prueba de Coombs directa.

Estudio de frotis de sangre periférica (morfología de glóbulos rojos).

Glucemia

Otros según sospecha clínica.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Es importante orientar el diagnóstico enfocado hacia otras causas según la etapa en que aparece.

En la primera semana pueden ser:

Otras enfermedades hemolíticas del recién nacido: defectos enzimáticos hereditarios del eritrocito (glucosa-6 fosfato deshidrogenasa, alteración estructural del eritrocito: esferocitosis hereditaria y otros.)

Por medicamentos: oxitocina, benzodiazepinas, ampicilina a la infusión rápida, furosemida, antimaláricos, salicilatos

Infecciones: bacterianas (sepsis, infecciones de las vías urinarias, meningitis, tuberculosis) Sífilis. Virales (rubéola, herpes, enfermedad de inclusión citomegálica, hepatitis) Protozoarios: toxoplasmosis, malaria.

Policitemia.

Defectos enzimáticos de conjugación y excreción de bilirrubinas: enfermedad de Crigler-Najjar.

En la segunda semana de vida:

Hepatitis neonatal.

Obstrucción anatómica intrínseca o extrínseca de las vías biliares por: Atresia congénita de vías biliares intra y extra hepática, quiste del colédoco y otros (por coleciostopatia del recién nacido).

Síndrome de bilis espesa secundario a eritroblastosis fetal, anemia hemolítica adquirida, otros.

Problemas metabólicos: considerar galactosemia, hipotiroidismo, deficiencia de α -1-antitripsina, enfermedades por almacenamiento, etc.

Fibrosis quística, malformaciones o anomalías funcionales del tracto gastrointestinal que retrasan el pasaje de meconio y prolongan la recirculación enterohepática de la bilirrubina.

Errores innatos del metabolismo de la bilirrubina (Síndromes de Crigler-Najjar o Gilbert).

6. TRATAMIENTO:

CUIDADOS PRIMARIOS

Hablar con los padres y explicar condición, tratamiento y pronóstico.

El manejo es básicamente de tipo preventivo, para lo cual deberá asegurarse:

Reconocimiento de factores de riesgo asociados a hiperbilirrubinemia.

Lactancia materna exclusiva a libre demanda mínimo cada 2 horas, de 8 a 12 veces al día. Si bilirrubinemia > 18 mg/dl suspender por 2 – 3 días por leche de fórmula. El objetivo de la alimentación es estimular la motilidad del intestino y aumentar las evacuaciones para disminuir la circulación enterohepática de la bilirrubina.

No son eficaces los suplementos de agua o suero glucosado para reducir los niveles séricos de bilirrubina.

No se debe utilizar ninguna de las siguientes alternativas:

Agar, albúmina, barbitúricos, carbón, clofibratos, penicilamina, glicerina, metaloporfirinas, riboflavina, acupuntura, homeopatía y medicina tradicional china

ATENCIÓN EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL

Fototerapia según protocolos específicos.

Vigilar la hidratación de forma minuciosa en todo RN que reciba fototerapia

Evaluar realización de exanguineo – transfusión según protocolo específico

7. REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA DE CONFORMIDAD A LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN

REFERENCIA

Transferir con historia clínica perinatal o informe con datos perinatales.

Desde el primer nivel si presenta factores de riesgo asociados a hiperbilirrubinemia:

Cuadro clínico de ictericia antes de las 24 horas de vida

Ictericia es excesiva para el tiempo de vida en horas.

Incremento de los valores de bilirrubina total más de 0.25 mg/dl por hora.

Desde el segundo nivel si no se cuenta con equipo de fototerapia, no hay posibilidad de exsanguino transfusión o se requiere otros estudios diagnósticos.

Bilirrubina sérica total > 14.9 mg/dl.

Ictericia clínica de más de dos semanas.

CONTRARREFERENCIA

Desde el tercer nivel si remiten las complicaciones (se han superado las complicaciones agudas, ya no requiere ex sanguíneo transfusión y si los valores de bilirrubina sérica están en descenso).

Desde el segundo nivel si no requiere hospitalización y las condiciones clínicas se muestran estables.

8. BIBLIOGRAFÍA:

Moerschel S, Ciancaruso L, Tracy LI,. A Practical Approach to Neonatal Jaundice. *Am Fam Physician*. 2008;77(9):1255-1262. Disponible en <http://www.aafp.org/afp/2008/0501/p1255.html>

Rodríguez Miguélez J, Figueras Aloy J. Protocolos de la Asociación Española de Pediatría. Ictericia neonatal. 2008. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38.pdf>

Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2007. Disponible en: <http://www.onu.org.pe/upload/documentos/MINSA-Guia-Atencion-Recien-Nacido.pdf>

Ministerio de Salud Pública, CONASA: COMPONENTE NORMATIVO NEONATAL. 2008.

Disponible en:

<http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/3.%20Componente%20Normativo%20Neonatal.pdf>

American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline. Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. *Pediatrics* 2004;114;297-316. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/114/1/297>

Engle W, Tomashek K, Wallman C, and the Committee on Fetus and Newborn. "Late-Preterm" Infants: A Population at Risk. *Pediatrics* 2007;120;1390-1401. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/120/6/1390>

Maisels M. What's in a Name? Physiologic and Pathologic Jaundice: The Conundrum of Defining Normal Bilirubin Levels in the Newborn. *Pediatrics* 2006;118;805-807. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/118/2/805>

Dennery P, Seidman D, Stevenson D. Neonatal Hyperbilirubinemia. *N Engl J Med* 2001; 344:581-590. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200102223440807>

Maisels M, McDonagh A. Phototherapy for Neonatal Jaundice. *N Engl J Med* 2008; 358:920-928. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMct0708376>

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Neonatal jaundice. (Clinical guideline 98.) 2010. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12986/48578/48578.pdf>