

1. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD O SITUACIÓN DE SALUD:

CIE 10: P 59.3 ICTERICIA NEONATAL POR INHIBIDOR DE LECHE MATERNA

2. DEFINICIÓN DE LA ENFERMEDAD O SITUACIÓN DE SALUD:

Afección que provoca coloración amarillenta de la piel y mucosas del neonato causada por el depósito de bilirrubina en TCS. Es evidente con niveles mayores de 5 mg/d y puede llegar a valores de 13 mg/dl si recibe lactancia artificial y 15 mg/dl si es lactancia materna. No se acompaña de otros síntomas. Se desarrolla luego del tercer día y puede durar hasta por 3 semanas. Hay varias teorías etiológicas, se cree que se debe a que la leche materna tiene acción de lipasa, por lo que se liberan ácidos grasos que interfieren con la captación y/o conjugación de la bilirrubina. El pico de bilirrubina se produce tardíamente (de 5 a 6 días). El riesgo de encefalopatía hiperbilirrubinémica es bastante bajo. Intervenciones específicas son indicadas muy raramente, a menos que los niveles excedan los 18 mg/dL.

Los lactantes, pueden tener una deficiencia combinada de la conjugación y la excreción de la bilirrubina, mediada por factores en la leche materna, que pueden suprimir la función hepática, aumentar la reabsorción de la bilirrubina desde el intestino delgado, o ambos.

3. DIAGNÓSTICO: SINTOMAS Y SIGNOS.

El diagnóstico es clínico y de laboratorio.

Anamnesis.

Orientada hacia excluir ictericia patológica. No debe estar presente ninguna de las siguientes condiciones:

Antecedentes personales de asfixia, hipoxia, acidosis, incompatibilidad de grupo y factor, sepsis, prematurez, peso bajo, hipoglucemia, hipotermia, trauma obstétrico, distrés respiratorio.

Antecedentes familiares de hermanos que necesitaron fototerapia.

Presentarse antes de las 72 horas de vida.

Examen físico.

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

Palpar en busca de hepato y esplenomegalia

Zonas de Kramer.

ZONA DE KRAMER	LOCALIZACIÓN	VALOR DE BBT (MG/DL)
1	Cara	4 – 8
2	Mitad superior del tronco	5 – 12
3	Abdomen	8 – 16
4	Porción proximal de extremidades	10 – 18
5	Palmas de manos y plantas de los pies	≥ 18



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:

Ictericia por hipotiroidismo

Enfermedad de Gilbert

Hepatitis neonatal

Obstrucción anatómica intrínseca o extrínseca de las vías biliares

Infecciones

Policitemia neonatal

Crigler – Najjar

Síndrome de Lucey-Driscoll

6. TRATAMIENTO:

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

CUIDADOS PRIMARIOS

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 y reemplazarla por leche de fórmula. RN a término debería recibir 150 Kcal/Kg/día lo que equivale a 1 – 2 oz cada 2 – 3 horas durante la primera semana. La madre debe extraerse la leche para mantener su producción y evitar complicaciones por acumulación.

El objetivo de la alimentación es estimular la motilidad del intestino y aumentar las evacuaciones para disminuir la circulación entero-hepática 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 NVEL

Si a pesar de medidas generales las bilirrubinas aumentan, considerar fototerapia según protocolos específicos.

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

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 o la ictericia es excesiva para el tiempo de vida en horas.

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

CONTRARREFERENCIA

Desde el tercer nivel si se han superado las complicaciones agudas, no requiere exsanguíno transfusión y 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:

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

Disponible en:

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

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>

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>

Principles and Practice of Pediatrics. Oski F., DeAngelis C., Feigin R. J. B. Lippincott Company. Pp. 399 - 408.

