

REFERATA PEDIATRICA de la SPMycM

18 de junio de 2017

Resumen realizado por: Beatriz Fernández Manso y Mercedes Cuadrado Martín.

Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Editado por Miguel Zafra Anta

Leído en... ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRIA.

Por su interés citamos un Extracto de:

Recomendaciones para la prevención, la detección y el manejo de la hiperbilirrubinemia en los recién nacidos con 35 o más semanas de edad gestacional

María Dolores Sánchez-Redondo Sánchez-Gabriel, José Luis Leante Castellanos, Isabel Benavente Fernández, Alejandro Pérez Muñuzuri, Segundo Rite Gracia, Cesar W. Ruiz Campillo, Ester Sanz López, Manuel Sánchez Luna, en representación de la Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología
An Pediatr (Barc). 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.03.006>

Artículo En Prensa, aceptado el 13 de marzo de 2017

Disponible de momento sólo en línea.

Se trata del enfoque para el manejo de la ictericia del recién nacido, según recomendaciones basadas en la evidencia médica y en la opinión del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología.

Para graduar la calidad de la evidencia se ha seguido la clasificación adoptada por el Center of Evidence-Based Medicine (<http://www.cebm.net>) y la fuerza de la recomendación se realiza con base en las recomendaciones de la Canadian Task Force on Preventive Health Care.

- Estrategias de prevención
- Estimación visual de la ictericia. Medición de bilirrubina transcutánea y de bilirrubina total sanguínea
- Etiología de la ictericia neonatal precoz
- Criterios de medición de bilirrubina y frecuencia de las determinaciones antes del inicio de tratamiento
- Evaluación del riesgo antes del alta y seguimiento
- Tratamiento
 - Fototerapia
 - Exanguinotransfusión
 - Gammaglobulina
 - Exposición a la luz solar

COMENTARIOS A DESTACAR:

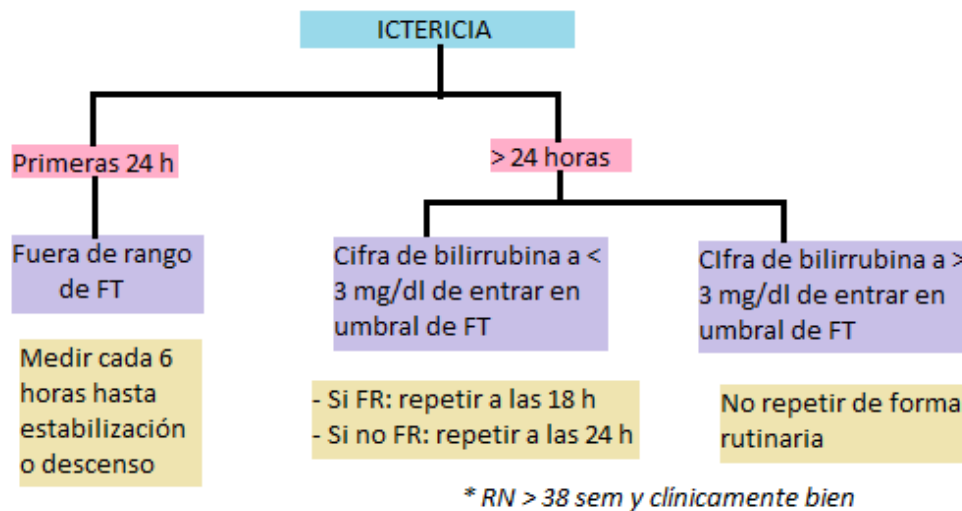
- Sospechar **ictericia patológica**:
 1. Aparición en las primeras 24 horas de vida o tras la semana
 2. A expensas de elevación de bilirrubinemia directa
 3. Asocie otros síntomas.
- Ictericias de aparición en las **primeras 24 horas** de vida: en el diagnóstico diferencial no se deben olvidar:
 1. Enf hemolíticas por isoimmunización
 2. Infección congénita.

- En **todo RN icterico se debe realizar una medición de bilirrubina** (pudiendo se de forma transcutanea) ya que la estimación de la cifra de bilirrubina mediante la inspección del RN es muy limitada.
- No se deben medir los niveles de bilirrubina de forma **transcutánea** en las primeras 24 hdv, y ha de hacerse con precaución en los < 35 semanas.
- Pensar en el **déficit de G6PD** en todo niño icterico que esté recibiendo FT y cuya historia familiar u origen étnico muestre la posibilidad de esta deficiencia, o si presenta una respuesta pobre a la misma.
- Para **suspender la FT** se deben tener 2 medidas de bilirrubina por debajo del valor umbral para tratamiento separadas 6-12 h.
- **No podemos recomendar la exposición solar** como tratamiento de la ictericia neonatal **en nuestro medio** debido a las dificultades prácticas en seguridad del procedimiento.

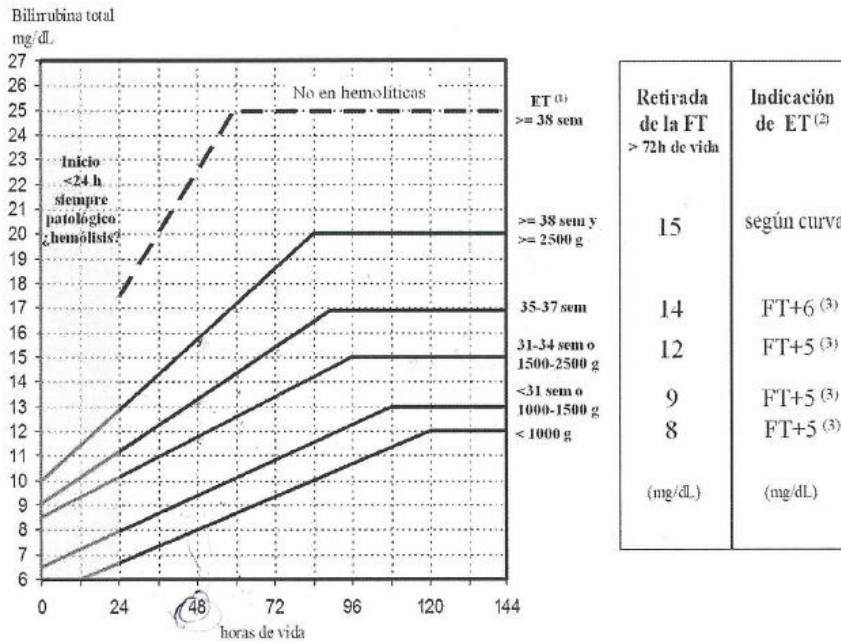
Disponible en:

<http://www.analesdepediatria.org/es/recomendaciones-prevencion-deteccion-el-manejo/avance/S1695403317301510/>

Dos imágenes de interés:



Para determinación de la necesidad de tratamiento de la ICTERICIA NEONATAL hay gráficas. Véase CHULETARIO 2017 de la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha y las referencias bibliográficas citadas.



Se iniciará FT cuando los valores de bilirrubina se sitúen por encima de la línea correspondiente a la edad gestacional (EG) y peso de nacimiento (PN).

En los recién nacidos con ≤ 37 semanas y con peso de nacimiento >1000 g, en caso de conflicto entre curvas se dará preferencia al peso al nacimiento.

Se podrá aplicar la edad postmenstrual cuando hayan transcurrido varios días de vida.

FT intensiva: considerar según factores de riesgo, a partir de nivel de bilirrubina en FT+3 mg/dL.

Si hay patología: hemólisis, Apgar 5 min <6 , clínica neurológica previa, sepsis grave, meningitis, neuroimagen patológica, acidosis persistente con pH $<7,15$ más de 1 hora, hipoxemia prolongada con $pO_2 <40$ mmHg más de 1 hora, hipercapnia prolongada con $pCO_2 >75$ mmHg más de 1 hora, hiponatremia <125 mEq/L, hipotermia persistente con T^a axilar $<35^\circ C$ más de 1 hora, hipoalbuminemia en ≥ 35 semanas: <30 g/L, 31 a 34 semanas: <20 g/L y <31 semanas: <15 g/L, **sumar 2 puntos a la bilirrubina total obtenida.**

Si existen signos de encefalopatía aguda bilirrubínica está indicada practicar exanguinotransfusión urgente.

(1) Indicación de ET para ≥ 2500 g de PN y ≥ 38 semanas de EG (excluidas formas hemolíticas).

(2) En ictericias hemolíticas ver indicaciones específicas de ET en la pauta correspondiente.

(3) FT+5 o FT+6 significa que debe practicarse la ET si la bilirrubina total es superior en 5 ó 6 mg/dL a los valores de indicación de FT (excluidas formas hemolíticas).

NOTA: Aunque la luz solar proporciona suficiente radiación en la banda de 425 a 475 nm para suministrar fototerapia, las dificultades prácticas para exponer de forma segura a un RN al sol evitando la quemadura solar **imposibilitan el uso de la luz del sol como herramienta terapéutica segura y no está recomendado en nuestro medio.**

Algunos estudios plantean que se debería investigar su uso en ciertos contextos de países en desarrollo, donde la fototerapia instrumental pueda ser un recurso de difícil disposición.

Alguna Bibliografía de interés en relación con este tema:

- F. Omeñaca Teres, M. González Gallardo. Ictericia neonatal. *Pediatr Integral* 2014; XVIII(6): 367-374
- F.M. Salih. Can sunlight replace phototherapy units in the treatment of neonatal jaundice? An in vitro study. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2001; 17: 272-277
- E.A. Criado Vega. Exanguinotransfusión. *An Pediatr Contin.* 2014;12(3):137-41
- P. Barss; K. Comfor. Ward design and neonatal jaundice in the tropics: report of an epidemic. *British Medical Journal.* 1985; Vol 291: 400-401
- T. M. Slusher et al. A Randomized Trial of Phototherapy with Filtered Sunlight in African Neonates. *N Engl J Med.* 2015. 373;12: 1115-1124.
- T. M. Slusher et al. Safety and Efficacy of Filtered Sunlight in Treatment of Jaundice in African Neonates. *Pediatrics* 2014;133:e1568-e1574

NOTA *La intención de esta Referata es fundamentalmente motivar a la lectura de estos artículos. Las opiniones vertidas sobre los artículos no son necesariamente compartidas por la Junta Directiva de la SPMYCM.*

Recibiremos encantados información sobre artículos internacionales y nacionales de interés realizados por pediatras madrileños y de Castilla La Mancha.