

# ***Protocolo de actuación ante Ictericia Neonatal en Urgencias***

Realización: Sara Vigil (Residente de pediatría)  
Supervisión: Jorge Lorente (Adjunto Urgencias Pediatría)  
Sección Urgencias HGU. Gregorio Marañón

Revisado Junio 2017.



# ICTERICIA NEONATAL

- **Definición:** Se denomina ictericia a la coloración amarillenta de la piel debido al depósito de bilirrubina a ese nivel. Clínicamente es valorable cuando la cifra de bilirrubina supera los 5 mg/dL. Según el momento de aparición se clasifica en:
  - Precoz (1-2ddv): poco frecuente. Ictericia hemolítica (Rh,ABO,otras)
  - Normal (3-10ddv): muy frecuente. Complicada: puede existir prematuridad, cefalohematoma, retraso en la eliminación de meconio, policitemia, lactancia materna.
  - Tardía (>14ddv): Lactancia materna (frecuente), ictericia conjugada (poco frecuente).
  
- **Epidemiología:** Junto a la irritabilidad, constituye el principal motivo de consulta en los Servicios de Urgencia durante las 2 primeras semanas de vida. Podemos diferenciar la ictericia fisiológica (60% de los RN a término) y no fisiológica (6% de los RN). El 85% de los reingresos de los neonatos en la primera semana de vida se debe a la ictericia no fisiológica.
  
- **Patologías que puede involucrar:**
  - Digestivas:
    - a. Alteraciones de la vía biliar intra o extrahepática
    - b. Enfermedades hepatocelulares (déficit de alta-1-antitripsina, fibrosis quística, Crigler-Najjar, galactosemia, intoxicaciones...)
    - c. Alteraciones de la circulación enterohepática (EHP, lactancia materna)
  
  - Hematológicas:
    - a. Anemias hemolíticas isoimunes
    - b. Anemias hemolíticas por alteración de la membrana del hematíe
    - c. Anemias hemolíticas por déficits enzimáticos
    - d. Coagulación intravascular diseminada
    - e. Policitemia
    - f. Reabsorción de sangre extravascular
  
  - Infeciosas:
    - a. TORCH
    - b. Hepatitis B,C. Varicela. ECHO.
    - c. Bacterianas: sepsis, ITU
  
  - Endocrinas:
    - a. Hipotiroidismo congénito
    - b. Diabetes materna

- **Clasificación:**

FISIOLÓGICA	PATOLÓGICA
-60% -Monosintomática -Fugaz(2º-7ºddv) -Leve(BT<15 mg/dl) en <3ºddv -Predominio indirecta	-6% RN -Inicio primeras 24hdv -BT sangre cordón >3-4mg/dl -Aumento>5 mg/dl/dia -BT >15 mg/dL -BD>2 mg/dl -Duración >7d en RNT ó >14d en RNPT(excepto si LM) -Asocia otros síntomas



### 3. EVALUACIÓN SECUNDARIA:

#### SAMPLE:

**S:** Coloración icterica (día de inicio, progresión). Acolia, coluria. Síntomas asociados: irritabilidad/somnolencia, vómitos, fiebre. Nutrición: alimentación con lactancia materna o FA (cantidad, número de tomas, adecuada preparación biberones). **A:** Alergias conocidas. **M:** Tratamiento. **P:** Raza, antecedentes de ictericia, enfermedades hematológicas. Grupo sanguíneo, Coombs directo. Determinación de bilirrubina previa. Control del embarazo (enfermedades, serologías). Edad gestacional. Tipo de parto (sufrimiento, traumatismos, riesgo infeccioso). **Factores de riesgo:** enfermedad hemolítica autoinmune, déficit de G6PDH, asfixia, letargia, inestabilidad térmica, sepsis, acidosis, Hipoalbuminemia < 3g/dL **L:** Última comida (tiempo desde última ingesta, cantidad). **E:** Eventos que llevaron a la enfermedad.

#### CLASIFICACIÓN

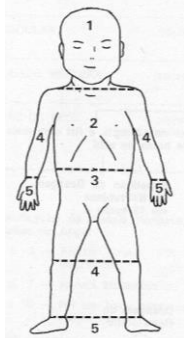
- Neonato de bajo riesgo: >38s y sano
- Neonato de riesgo intermedio: >38sem +factores de riesgo ó 35-37+6 y sano
- Neonato de alto riesgo: 35-37+6 y factores de riesgo

#### EXPLORACIÓN FÍSICA DETALLADA:

##### Peso, Tª

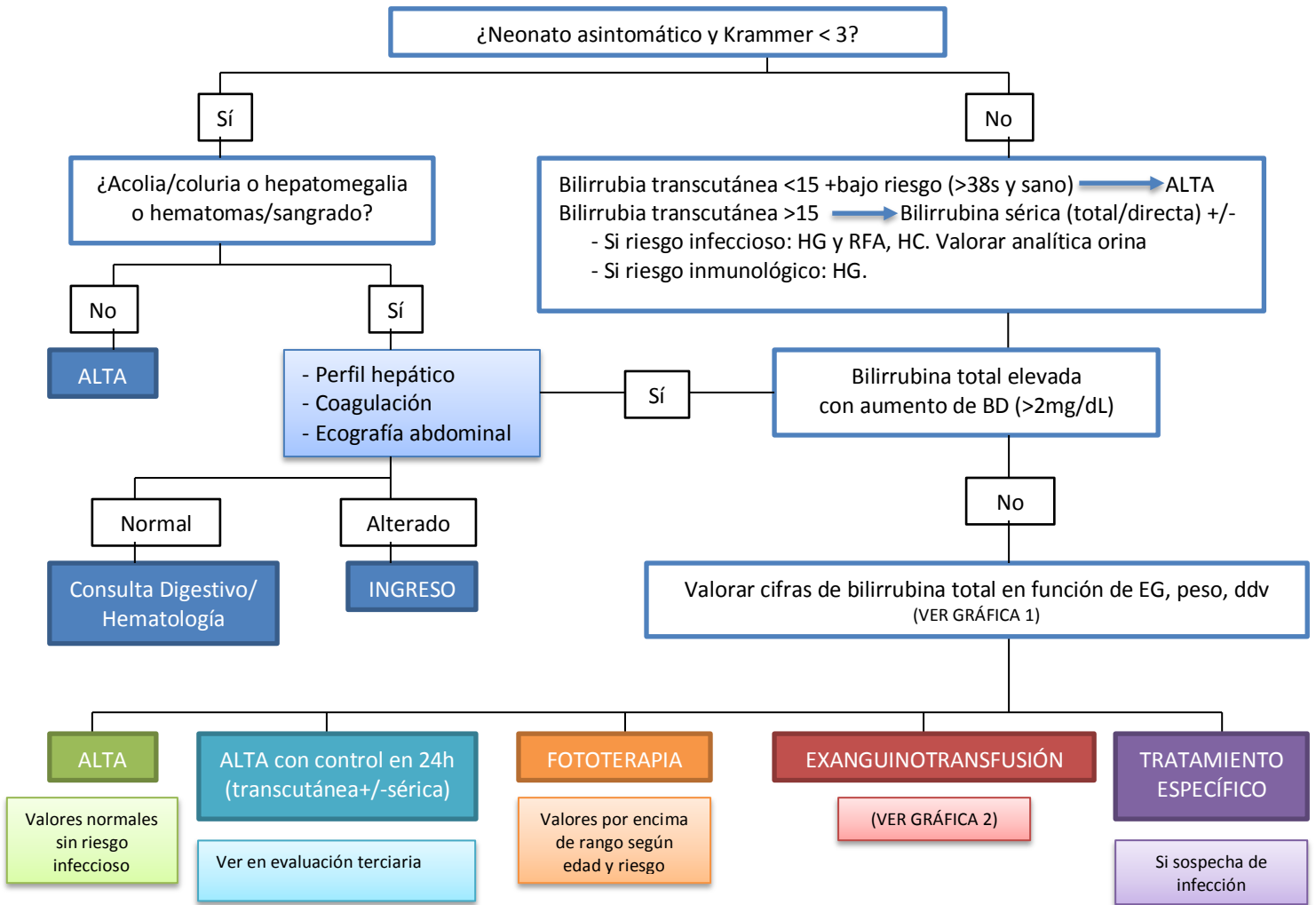
- Exploración PIEL: **inspección visual de ictericia, regla de Krammer.**

##### REGLA DE KRAMMER

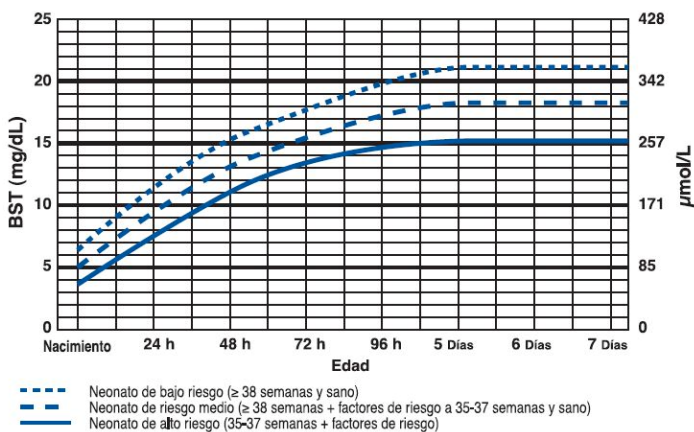


Zona 1: Brb 7 mg/dL  
Zona 2: Brb 10 mg/dL  
Zona 3: Brb 14 mg/dL  
Zona 4: Brb 17 mg/dL  
Zona 5: Brb >17 mg/dL

- Exploración abdominal: hepatoesplenomegalia.
- Valorar hidratación (piel y mucosas).
- Buscar hematomas (cefalohematomas, caput, fractura de clavícula)
- **Bilirrubinometría transcutánea: si >15 determinar bilirrubina sérica**



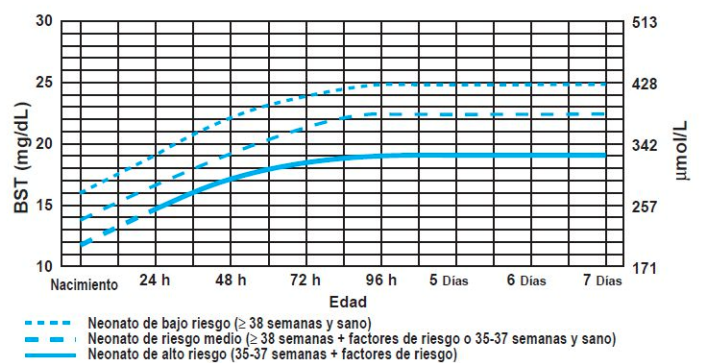
GRÁFICA 1. Indicaciones de FOTOTERAPIA



**Factores de riesgo:**

- Enfermedad hemolítica autoinmune
- Déficit de G6PDH, Asfixia, letargia, inestabilidad térmica
- Sepsis, acidosis
- Hipoalbuminemia < 3g/dL

GRÁFICA 2. Indicaciones de EXANGUINOTRANSFUSIÓN



- Se indicará exanguinotransfusión si persiste en rango tras 6 horas de fototerapia intensiva, reevaluando cada 2-3 horas
- Inmediata si existen signos de encefalopatía bilirrubínica aguda

## **4. EVALUACIÓN TERCIARIA:**

### **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

- **Analítica sanguínea:**
  - **Riesgo infeccioso:** hemograma, reactantes de fase aguda, sedimento de orina. Hemocultivo, urocultivo y gram.
  - **Sospecha de afectación hepática** (coluria, acolia, hepatomegalia): bilirrubina total y directa, GGT, transaminasas, fosfatasa alcalina, coagulación, hemograma.
  - **Riesgo inmunológico:** hemograma, bilirrubina total y directa.
- **Ecografía abdominal:** Indicada si acolia, coluria, hepatomegalia o aumento de bilirrubina directa.

### **TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS**

- Sospecha de ITU: ampicilina + gentamicina IV
- Sepsis o Meningitis: ampicilina + cefotaxima IV

### **ALTA CON CONTROL EN 24 HORAS: Niveles de bilirrubina sérica**

	Bajo riesgo	Riesgo intermedio	Alto riesgo
3 <sup>o</sup> ddv	15-17mg/dl	13-15mg/dl	11-13 mg/dl
4 <sup>o</sup> ddv	18-20 mg/dl	15-17 mg/dl	13-15 mg/dl
>5 <sup>o</sup> ddv	19-21 mg/dl	16-18 mg/dl	13-15 mg/dl

### **INDICACIONES DE INGRESO:**

- Hiperbilirrubinemia indirecta por encima de rango de fototerapia
- Aumento de bilirrubina directa con elevación de transaminasas, coagulopatía o afectación hepática en ecografía.
- Ictericia con coluria y/o acolia.
- Necesidad de antibioterapia intravenosa.
- Anemia hemolítica.

### **INDICACIONES DE INGRESO EN UCIN**

- Hiperbilirrubinemia indirecta por encima de rango de exanguinotransfusión
- Sospecha de sepsis o meningitis
- Sospecha de anemia hemolítica con necesidad de transfusión

### **INDICACIONES DE DERIVACIÓN A CONSULTAS EXTERNAS:**

- Aumento de bilirrubina directa sin criterios de ingreso.
- Ictericia prolongada sin signos clínicos ni analíticos de colestasis:
  - Si LM: >28 días
  - Si FA 13%: >14 días

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of Hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*. 2004; 114(1): 297-316.
2. Mandl KD. Jaundice. Unconjugated Hyperbilirubinemia. En: Fleisher GR, Ludwig S (eds). *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. 6ª revised edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2010. P. 212-6.
3. Rodríguez- Miguélez JM, Figueras J. Ictericia neonatal. En: Vento M, Moro M (eds). *De guardia en Neonatología*. 2ª edición. Madrid: Ergon; 2008. P. 575-91.
4. Caballero Martín S. Ictericia patológica en el recién nacido. En: Casado Flores J, Serrano A (eds). *Urgencias y tratamiento del niño grave*. 2ª edición. Madrid: Ergon; 2007. P. 1019-26.
5. Wong RJ, Bhutani VK. Pathogenesis and ethiology of unconjugates hyperbilirubinemia in the newborn. [Internet]. En: UpToDate Nov 12, 2014. (Acceso en Marzo 2015). Disponible en: <http://www.uptodate.com>