



sábado 4 de febrero de 2023

NOTICIAS Y PERSPECTIVAS EDUCACIÓN MÉDICA

La *American Academy of Pediatrics* (AAP) actualiza su guía sobre la hiperbilirrubinemia

Heidi Splete

CONFLICTOS DE INTERÉS

12 de agosto de 2022

El aumento de los umbrales para la fototerapia y la revisión de la evaluación del riesgo son algunos de los cambios clave en la guía actualizada de la *American Academy of Pediatrics* (AAP) para el manejo terapéutico de la hiperbilirrubinemia en lactantes de 35 semanas de gestación y mayores.^[1]

"Más de 80% de los recién nacidos presentan algún grado de ictericia", señalaron el Dr. Alex R. Kemper, del *Nationwide Children's Hospital* de Columbus, Estados Unidos, y sus coautores. Es necesario el seguimiento cuidadoso de las concentraciones elevadas de bilirrubina y evitar la encefalopatía bilirrubínica aguda y el kernícterus, un trastorno neurológico discapacitante.

La revisión actual, publicada en *Pediatrics*, actualiza y sustituye a la guía de práctica clínica de la *American Academy of Pediatrics* de 2004 para el tratamiento y la prevención de la hiperbilirrubinemia en recién nacidos de al menos 35 semanas de gestación.

El comité de la guía revisó la evidencia publicada desde que se emitió la guía anterior, en 2004, y abordó cuestiones similares de prevención, evaluación del riesgo, seguimiento y tratamiento.

Un cambio notable con respecto a 2004 fue la inclusión de una actualización de la recomendación de 2009 para "la determinación general de la bilirrubina antes del alta, con medidas de bilirrubina sérica total o bilirrubina transcutánea que se vinculan a recomendaciones específicas para el seguimiento", afirmaron los autores.

En lo que respecta a la prevención, las recomendaciones incluyen una prueba de antiglobulina directa para los lactantes cuya prueba de anticuerpos de la madre fue positiva o desconocida. Además, se sabe que la lactancia materna exclusiva está asociada a la hiperbilirrubinemia, pero los médicos deben apoyar la lactancia materna al mismo tiempo que vigilan los signos de hiperbilirrubinemia consecutiva a una alimentación no óptima, señalaron los autores. Sin embargo, en la guía se recomienda no utilizar la suplementación oral con agua o [dextrosa](#) en agua para prevenir la hiperbilirrubinemia.

Para la evaluación y el seguimiento, se aconseja el uso de la bilirrubina sérica total como prueba definitiva de hiperbilirrubinemia para guiar la fototerapia y la intensificación del tratamiento, incluida la exanguinotransfusión.

"La existencia de factores de riesgo de [neurotoxicidad](#) por hiperbilirrubinemia disminuye el umbral para el tratamiento con fototerapia y el nivel en el que se debe intensificar el tratamiento", afirmaron los autores. También hicieron hincapié en la necesidad de tener en cuenta la deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, un trastorno genético que disminuye la protección contra la lesión oxidativa y que se ha identificado como una de las principales causas de hiperbilirrubinemia peligrosa en todo el mundo.

En la guía se recomienda evaluar la ictericia de todos los lactantes al menos cada 12 horas después del nacimiento hasta el alta, y determinar la bilirrubina sérica total o la bilirrubina transcutánea lo antes posible cuando se sospecha ictericia. La guía completa incluye tablas de niveles de bilirrubina sérica total para guiar la intensificación del tratamiento. "La sangre para la bilirrubina sérica total puede obtenerse en el momento en que se obtiene para las pruebas de cribado del recién nacido con el fin de evitar una punción adicional en el talón", observaron los autores.

La tasa de aumento de bilirrubina sérica total o bilirrubina transcutánea, si se dispone de más de una medida, permite identificar a los lactantes con más riesgo de hiperbilirrubinemia, según la guía, y puede ser necesario un posible retraso del alta hospitalaria de los lactantes si no es posible un seguimiento adecuado.

En lo referente al tratamiento, la nueva evidencia de que la neurotoxicidad de la bilirrubina no se produce hasta concentraciones muy superiores a las indicadas en la guía de 2004 justificaron el aumento de los umbrales para el tratamiento, aunque en un rango estrecho. "Con el aumento de los umbrales para

fototerapia, es importante seguir adecuadamente la guía actual, incluyendo la determinación de bilirrubina durante la hospitalización para el parto y el seguimiento oportuno tras el alta", indicaron los autores.

Los nuevos umbrales, descritos en la guía completa, se basan en la [edad gestacional](#), los factores de riesgo de neurotoxicidad por hiperbilirrubinemia y la edad del lactante en horas. Sin embargo, los lactantes pueden tratarse a niveles inferiores, lo que depende de las circunstancias individuales, las preferencias de la familia y la toma de decisiones compartida con los médicos. Se puede utilizar la fototerapia a domicilio en algunos casos, pero no debe emplearse si hay dudas sobre la calidad del dispositivo, el tiempo de entrega y la capacidad de los cuidadores para utilizarlo correctamente.

"Interrumpir la fototerapia es una opción cuando la bilirrubina sérica total ha disminuido al menos 2 mg/dl por debajo del umbral específico de la hora al inicio de la fototerapia", y el seguimiento debe basarse en el riesgo de hiperbilirrubinemia de rebote, según la guía.

"Esta guía de práctica clínica proporciona indicaciones y enfoques para la fototerapia y la intensificación de los cuidados y cuándo se puede interrumpir el tratamiento y la monitorización sin riesgo". Sin embargo, los médicos deben entender la fundamentación de las recomendaciones y combinarlas con su criterio clínico, incluyendo la toma de decisiones compartida cuando sea apropiado, concluyeron los autores.

La evidencia actualizada apoya la intensificación del tratamiento

El mensaje para los pediatras es que la hiperbilirrubinemia neonatal es un hallazgo muy común y las complicaciones son raras, pero el trastorno puede dar lugar a resultados devastadores para toda la vida, dijo en una entrevista Cathy Haut, doctora en enfermería, enfermera pediátrica en Rehoboth Beach, Estados Unidos.

"La guía anterior, publicada en 2004 y actualizada en 2009, incluía recomendaciones basadas en la evidencia, pero todavía se necesitaba investigación adicional para orientar a los médicos sobre la prevención de las complicaciones de la

hiperbilirrubinemia", dijo Haut, quien no participó en la elaboración de la guía.

"Los nuevos datos que documentan los factores de riesgo adicionales, la importancia del apoyo continuo a la lactancia materna y el tratamiento de la hiperbilirrubinemia como un problema urgente" son aspectos que se añadieron a los métodos de prevención en la última guía publicada, prosiguió.

"La encefalopatía aguda y el kernícterus pueden ser consecuencia de la hiperbilirrubinemia, con efectos neurológicos graves y devastadores, pero son prevenibles mediante la identificación y el tratamiento tempranos", apuntó Haut. Por consiguiente, "no es sorprendente que la *American Academy of Pediatrics* utilizara la evidencia continua y más reciente para respaldar las nuevas recomendaciones".

"Durante mucho tiempo se han tenido en cuenta los factores de riesgo maternos y neonatales en la presentación de la hiperbilirrubinemia neonatal, pero las recomendaciones recientes incorporan una evaluación adicional de los factores de riesgo y la urgencia en brindar la atención adecuada. Los umbrales detallados para la fototerapia y la exanguinotransfusión beneficiarán a las familias de los recién nacidos a término sin otros factores de riesgo e intensificarán la atención a los neonatos con factores de riesgo". Sin embargo, persisten posibles obstáculos para seguir la guía, señaló Haut.

"El seguimiento frecuente de los lactantes puede resultar difícil en los ajetreados consultorios de atención primaria, ya que los resultados de los laboratorios de los pacientes externos suelen tardar mucho más en obtenerse que en un entorno hospitalario", observó.

Además, "llevar a un recién nacido al servicio de urgencias o a un laboratorio de hospital puede resultar aterrador para las familias por el riesgo de exposición a enfermedades". La monitorización frecuente de los niveles de bilirrubina sérica es molesta para los padres e inconveniente inmediatamente después del parto", explicó Haut. "En pocas clínicas se utiliza la monitorización transcutánea de la bilirrubina, que puede ser un método adicional de detección".

Asimismo, "a pesar de la importancia de la lactancia materna, las madres no disponen fácilmente de apoyo continuo tras el alta hospitalaria. Un especialista [en lactancia](#) que colabore en el consultorio puede aliviar la carga de los médicos y añadir la oportunidad de instruir a la familia".

En lo que respecta a la investigación adicional, "puede estar justificada la evaluación continua de la comparación de la monitorización transcutánea de la bilirrubina y los niveles en suero, junto con el uso de la monitorización transcutánea en instalaciones extrahospitalarias", añadió Haut. "La recopilación de datos sobre la incidencia y los factores de riesgo concomitantes de los neonatos que desarrollan encefalopatía hiperbilirrubínica aguda y kernícterus es una oportunidad de estudio a largo plazo".

La guía no tuvo financiación externa. El autor principal, Dr. Kemper, ha declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente. Haut ha declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente y forma parte del consejo asesor editorial de Pediatric News.

Este artículo fue publicado originalmente en [MDedge](#), parte de la Red Profesional de Medscape

Para más contenido [suscríbase a nuestros boletines](#) y siga a Medscape en [Facebook](#), [Twitter](#), [Instagram](#) y [YouTube](#).