CORRELATO

ICTERICIA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO

Drs. ALICIA HILLE y LUIS VERA

Servicio de Puericultura. Maternidad del Hospital San Borja. Santiago.

Es sabido que en el recién nacido, el síntoma ictericia aparece con una frecuencia mayor que en ningún otro período de la vida, y en no pocas oportunidades adquiere caracteres de extrema gravedad, tanto por la rapidez con que puede ocasionar la muerte como por las secuelas que suele dejar, cuando el enfermito logra sobrevivir.

Sabemos también que las causas de este síntoma pueden ser múltiples: incompatibilidad sanguínea materno fetal, sepsis, malformación congénita de las vías biliares, toxoplasmosis, lúes, enfermedad por inclusiones citomegálicas, enfermedad hemolítica congénita familiar, y finalmente la más frecuente, la ictericia idiopática o fisiológica.

Ahora bien, algunos de estos cuadros aparecen más precozmente y otros más tardíamente, pero esto no es absoluto; por otro lado, el pronóstico de estos cuadros y también su tratamiento varían mucho en las distintas ictericias del recién nacido; de ahí que nos hayamos propuesto estudiar las ictericias de aparición más precoz.

Catalogamos como ictericia precoz aquellas que aparecieron en las primeras 36 horas de vida.

Nuestra serie comprende 100 casos de recién nacidos que presentaron este cuadro de ictericia precoz, en nuestro Servicio de Puericultura de la Maternidad San Borja, en un período de 16 meses.

En nuestra serie en estudio, analizamos tanto los antecedentes de la madre como del niño.

En la madre investigamos antecedentes inmunológicos y obstétricos de multiparidad, antecedentes de abortos a repetición (provocados o espontáneos) de mortinatos, de niños nacidos vivos, o muertos de ictericia precoz, o de niños que sobrevivieron con tratamiento a base de exanguíneo transfusiones o de transfusiones simples. También se consideraron transfusiones o hemoterapias reci-

das por ésta, con anterioridad al actual embarazo.

El estudio inmunológico consistió en:

Estudio del grupo sanguíneo, estudio del factor Rh, estudio de la sensibilización mediante la búsqueda de anticuerpos hiperinmunes anti Rh, anti A o anti B. Titulación de los anticuerpos encontrados en medio salino y albuminoideo.

En el niño se practicó un estudio clínico, que incluyó peso, estado general, grado de ictericia o de anemia, compromiso visceral (hepato y esplenomegalia) tonus muscular y estado psíquico.

En el estudio inmunohematológico se investigó: grupo sanguíneo, factor Rh, Test de Coombs directo, examen de bilirrubinemia, hemograma (hematocrito, hemoglobina, eritroblastemia, esferocitosis).

Las muestras de sangre fueron obtenidas por punción venosa practicada en la fontanela posterior (seno longitudinal superior). Los exámenes fueron practicados en el Laboratorio del Servicio de Transfusiones del Hospital San Borja, excepto las bilirrubinemias que fueron hechas en el Laboratorio Central del mismo Hospital.

MATERIAL Y MÉTODO DE ESTUDIO

Como ya hemos dicho, con este plan se estudiaron 100 casos de ictericia precoz aparecidas en el transcurso de 1 año 4 meses. Durante este período hubo un total de 10.344 partos con niño vivo, lo que da una incidencia de 1% de ictericias precoces, de las cuales, 55 fueron debidas a incompatibilidad de grupos sanguíneos clásicos ABO (0,5%); 26 a incompatibilidad al factor Rh (0,25%); y 19 casos (0,1%) en las cuales no había incompatibilidad sanguínea materno fetal ni síntomas de otras enfermedades que producen ictericia neo natal y que evolucionaron no siempre en forma benigna. Sobre este grupo haremos un breve comentario más adelante.

Establecido el diagnóstico clínico e inmunohematológico de enfermedad hemolítica por incompatibilidad sanguínea, seguimos la evolución de cada enfermo, controlando su estado general y haciendo hasta donde fué posible, estudio seriado de bilirrubinemia.

Examen de Bilirrubinemia:

A fin de obtener un índice preciso de valor normal y patológico de las bilirrubinemias, practicamos previamente un estudio de los valores de bilirrubinemia en un grupo de 32 niños clínicamente sanos, con un máximo de 24 horas de vida y con muestras de sangre obtenidas por el mismo procedimiento que seguimos para con los niños ictericos, para que de este modo los valores fueran comparables. El promedio obtenido fué de 34.4 mgrs. por mil (± 17.4 mgrs. por mil), lo que da valores que fluctúan entre 51,8 y 17,0 mgrs. por mil.

Formas clínicas

El análisis de los signos clínicos y los valores de bilirrubinemia, nos permitieron dividir los casos en formas benignas y graves. En el análisis clínico le dimos importancia a la intensidad de la ictericia, a la precocidad de su aparición, a la rapidez de su intensificación, y a su distribución (en muchos casos de ictericia por incompatibilidad ABO, el tinte icterico respetó las manos y los pies, al igual de lo que sucede con las ictericias fisiológicas). Controlamos siempre el compromiso visceral (hepato y esplenomegalia),

el tonus muscular y el estado psíquico, para despistar un compromiso neurológico; consideramos también el peso del niño, por cuanto exageramos los controles en los prematuros.

Catalogamos como formas benignas aquellas que se presentaron con buen estado general y en las que el valor promedio de bilirrubinemia no sobrepasó de 126,8 mgrs. por mil, después de 24 horas de vida, y formas graves aquellas que presentaron ictericia precozmente, en las primeras horas de vida, con gran hepato y esplenomegalia, con valores altos de bilirrubinemia, con niveles que alcanzaban más de 150 mgrs. por mil durante las primeras 24 hrs., o cuando una bilirrubinemia tomada de sangre del cordón era de 28 mgrs. o más y que ascendía rápidamente (más o menos 10 mgrs. por hora).

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1.—Estudios en la madre.

Entre los antecedentes obstétricos maternos, se trató de ver si existía alguna relación entre el número de hijos y el tipo de ictericia precoz, ya que sabemos que para que haya enfermedad hemolítica por incompatibilidad al Rh se necesita sensibilización previa, sea por embarazos anteriores o por hemoterapias.

En la Tabla Nº 1 se puede ver que la ictericia por incompatibilidad al Rh se presentó en el 11,1% en el primogénito y en la incompatibilidad por grupos sanguíneos clásicos en un 22,2%. Continuando el análisis de esta Tabla, vemos que en los embarazos 7º y 8º existe un 14,6 y un 18%

TABLA Nº 1
ICTERICIA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO
Gravedad de la ictericia según causa y número de embarazos.

Rh							ABO					
Nº	Ict. grave		Ict. benign.		Total		Ict. grave		Ict. benign.		Total	
Embar. Nº	%		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	3	15	—	—	3	11.1	1	14.3	11	23.4	12	22.2
2	—	—	2	28.6	2	7.4	2	28.5	9	19.2	11	20.4
3	—	—	2	28.6	2	7.4	—	—	6	12.8	6	11.1
4	2	10	1	14.3	3	11.1	2	28.6	12	25.5	14	26.0
5	2	10	—	—	2	7.4	—	—	1	2.1	1	1.8
6	3	15	1	14.2	4	14.6	1	14.3	5	10.6	6	11.1
7	4	20	—	—	4	14.6	—	—	2	4.3	2	3.7
8	4	20	1	14.3	5	18.0	—	—	—	—	—	—
9	1	5	—	—	1	3.7	—	—	—	—	—	—
10	1	5	—	—	1	3.7	—	—	—	—	—	—
11	—	—	—	—	—	—	1	14.3	1	2.1	2	3.7
Total	20	100.0	7	100.0	27	100.0	7	100.0	47	100.0	54	100.0

de ictericias en casos de incompatibilidad al Rh y en cambio sólo un 3,7% de ictericia en incompatibilidad ABO en el 7º embarazo. No se observó ningún caso en el 8º embarazo. Hay que hacer notar sí, que las series tienen un número reducido de casos por lo cual estas diferencias pueden no ser significativas pero nos pueden servir de base para estudios posteriores.

En todos los casos de ictericia por incompatibilidad al Rh en primogénitos, es importante hacer notar, que existía el antecedente de sensibilización anterior (transfusión o hemoterapias); en cambio observamos el hecho de que la Enf. hemolítica por incompatibilidad ABO puede aparecer en el primer hijo sin previa sensibilización y sin relación con la multiparidad, ya que los embarazos repetidos no aumentan la posibilidad de enfermedad.

La ictericia por incompatibilidad al Rh apareció con mayor frecuencia hacia el 8º embarazo, esto en relación con las sensibilizaciones previas, ya sea por embarazos anteriores de término, abortos o mortinatos. En la incompatibilidad ABO no se llegó tan adelante, por cuanto el aborto espontáneo debido a incompatibilidad ABO parece ser muy raro. No se llegó al 8º o más embarazo porque las madres no tienen abortos espontáneos debido a esta causa (por lo menos a repetición) y por tanto conservan sus hijos vivos, y a mayor número de hijos, voluntariamente se reduce la natalidad. En cambio en la incompatibilidad al Rh se llega al 8º embarazo y más allá porque las mujeres tienen abortos espontáneos uno tras otro y vuelven a embarazarse por el deseo de tener más hijos.

El examen inmunológico de la madre consistió en el estudio del grupo sanguíneo y factor Rh. En las madres Rh negativas se buscaron anticuerpos hiperinmunes en medio albuminoideo. En las madres Rh positivas, se buscó incompatibilidad a grupo clásico frente a su hijo. Como en el caso anterior, se titularon aglutininas anti A y anti B en medio salino y proteico, frente a los glóbulos rojos del padre cuando fué posible. En la incompatibilidad ABO los títulos fueron más altos que los que se encuentran en embarazos heteroespecíficos con niños sanos y en general, mayores en medio proteico que en medio salino. En la mayoría de los casos obser-

vamos hemólisis en los tres primeros tubos de dilución, siendo este signo más constante en medio salino con incubación a 37º durante una hora. Los títulos de los anticuerpos hiperinmunes anti Rh siempre fueron más bajos y en casos excepcionales se llegó a 1 por 1024 o más.

2.—Estudios en el niño.

Ya hemos dicho que de los 100 casos estudiados por nosotros, entre un total de 10.344 nacidos vivos, en 55 (0,5%) de ellos encontramos como causante de la ictericia, a la incompatibilidad a grupos clásicos. De los 45 restantes, hubo 26 casos de incompatibilidad al factor Rh (0,25%) y 19 casos sin incompatibilidad sanguínea (0,1%). A todos ellos se les practicó Test de Coombs directo. Este Test fué positivo en todos los casos de enfermedad por incompatibilidad al Rh y negativo en la totalidad de los casos ABO.

De los exámenes hematológico practicados podemos deducir que el porcentaje de eritroblastos en la sangre guardó relación directa con la intensidad de la enfermedad, de tal manera que podría aceptarse como índice de gravedad, especialmente en las formas anémicas, donde alcanzó cifras hasta de 154%; sus valores variaron entre 0 y 154. En los frotis sanguíneos en general, encontramos microesferocitosis en la incompatibilidad ABO y más bien macrocitosis en la incompatibilidad al Rh.

a) Hemoglobina:

El estudio de la hemoglobina se hizo en 65 casos que incluyen los dos tipos de incompatibilidades. Los valores oscilaron entre 7 y 25 grs. %. Hubo algunos casos de anemia con valores de 7 grs. que evolucionaron favorablemente después de tratamiento a base de transfusiones simples.

De los 65 casos en que se determinó la hemoglobina, 46 casos correspondieron a formas benignas (70%); 19 casos a formas graves (30%). Tabla Nº 2.

Analizando el valor de hemoglobina para cada uno de los dos grupos, se ve que si bien es cierto que el 79% de las formas graves presentaron valores por debajo de 16 grs. %, hubo un porcentaje de 21% de estas formas graves con valores de hemoglobina sobre 16 grs. %. En

TABLA Nº 2
ICTERICIA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO
Hemoglobina en 65 casos según forma clínica

HEMOGLOBINA grs. %	BENIGNAS		FORMAS CLÍNICAS GRAVES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
6 — 7	—	—	3	15.8	3	4.6
8 — 9	—	—	1	5.3	1	1.5
10 — 11	1	2.2	2	10.4	3	4.6
12 — 13	1	2.2	—	—	1	1.3
14 — 15	5	10.8	3	15.8	8	12.3
16 — 17	9	19.5	6	31.7	15	23.2
18 — 19	16	34.7	2	10.4	18	27.9
20 — 21	8	17.5	1	5.3	9	13.8
22 — 23	4	8.7	1	5.3	5	7.8
24 — 25	2	4.4	—	—	2	3.0
Total	46	100.0	19	100.0	65	100.0

las formas benignas encontramos también valores por sobre y por debajo de 16 grs. %, no llegando en ninguna ocasión a 9 grs. %.

No podemos considerar entonces a la hemoglobina como un buen índice que sirva para indicar una terapéutica apropiada; aún más, en nuestra casuística encontramos casos en los que hubo que llegar a la exanguíneo-transfusión con valores normales de hemoglobina.

b) Bilirrubinemia:

En la Tabla Nº 3 se analizan las bilirrubinemias en 56 casos, de los cuales 19 corresponden a incompatibilidad al Rh y 37 al ABO, que incluyen tanto a formas benignas como graves. La bilirrubinemia en ambos casos fué alta. El 71.5% del total de las dos causas de incompatibilidad presentaron concentraciones que fluctuaron entre 100 y 200 mgrs./ μ l. Cada uno de los

dos grupos tuvieron concentraciones muy semejantes entre sí: 73,8% para la incompatibilidad por Rh y 70,3% para ABO.

Estas cifras, si las comparamos con las bilirrubinemias del niño normal, son estadísticamente significativas, puesto que los valores normales, que expusimos al comienzo, fluctuaron entre 51,8 y 17,0. Dentro del grupo de las formas benignas, el promedio de las bilirrubinemias fué de 126,8 ($\pm 22,6$), lo que da valores extremos de 149,4 y 104,2 cifras que son muy superiores a las obtenidas por nosotros como normales en el grupo control. En cambio en las formas graves se encuentran algunas concentraciones más bajas que este promedio y aún muy cercanas a la normal, debido a que en estos casos, o eran formas preferentemente anémicas o bien se trató de casos en que se intervino haciendo substitución antes de alcanzar niveles que pudieran significar un riesgo para los niños.

TABLA Nº 3
ICTERICIA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO
Bilirrubinemia en 56 casos según causa.

CAUSAS						
Bilirrubinemia	Rh		ABO		Total	
mgrs. 0/100	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 — 20	—	—	—	—	—	—
20 — 40	1	5.2	1	2.7	2	3.6
41 — 60	—	—	3	8.1	3	5.3
61 — 80	3	15.8	6	16.2	9	16.0
81 — 100	1	5.2	1	2.7	2	3.6
101 — 120	3	15.8	4	10.8	7	12.5
121 — 140	3	15.8	6	16.2	9	16.0
141 — 160	5	26.5	9	24.4	14	25.0
161 — 180	1	5.2	3	8.1	4	7.2
181 — 200	2	10.5	2	5.4	4	7.2
201 — 220	—	—	—	—	—	—
221 y más	—	—	2	5.4	2	3.6
Total	19	100.0	37	100.0	56	100.0

c) *Análisis de las formas clínicas de los 81 casos de ictericia precoz por incompatibilidad sanguínea.*

Como dijimos anteriormente, las formas clínicas las dividimos en benignas y graves, según los signos clínicos y los valores de bilirrubinemia. Relacionando la forma clínica y la causa de enfermedad, podemos observar que del total de 81 casos, 55 corresponden a incompatibilidad por ABO (68%) y 26 casos a incompatibilidad por Rh (32%).

De las ictericias graves, el mayor número corresponde a incompatibilidad al Rh: 19 casos (70,4%); en cambio hubo sólo 8 casos graves por incompatibilidad ABO (29,6%). A la inversa, el mayor porcentaje de ictericias benignas, corresponde a la incompatibilidad ABO: 47 casos (87%), habiendo solamente 7 casos benignos por incompatibilidad al Rh (12,9%).

Entre los casos graves por incompatibilidad al Rh, tuvimos dos kernicterus, un hidrops fetal que sobrevivió 3 horas, 3 recién nacidos que fallecieron a las pocas horas después de nacer, sin que se les alcanzara a practicar tratamiento y un fallecido de síncope respiratorio mientras se le hacía recambio. Los 13 restantes evolucionaron favorablemente con uno u otro tratamiento. Los casos graves de incompatibilidad ABO correspondieron: uno a un recién nacido con ictericia prolongada y complicada de ictericia obstructiva por espesamiento biliar, uno a una forma anémica que necesitó transfusiones simples, un tercero que presentó kernicterus y falleció, un cuarto que hizo simultáneamente un cuadro de edema cerebral de causa obstructiva y 4 a los cuales fué necesario hacerles exanguíneo-transfusión.

TRATAMIENTO

Establecido el diagnóstico y la intensidad del cuadro y de acuerdo con el criterio ya expuesto, procedimos en igual forma con ambos grupos (Rh y ABO). Dividimos los procedimientos a seguir en: simple expectación, transfusión simple y exanguíneo-transfusión. Guiándonos por los valores de bilirrubinemia, con la convicción de que es el índice más seguro y útil, si estos valores se desviaban de lo normal en cifras no alarmantes, es de-

cir, que progresaban lentamente sin llegar más allá de 150 mgrs. % en las primeras 24 hrs. de vida, nuestra conducta era expectación con mayor razón si se asociaba un buen estado general del niño y antecedentes obstétricos maternos negativos. Esta conducta fué más constante en la enfermedad hemolítica por ABO, que es más benigna.

En aquellos casos en que encontramos valores de hemoglobina de 6 a 10 grs. % con valores de bilirrubinemia normales o ligeramente elevados (en estas formas anémicas la bilirrubinemia es generalmente baja), indicamos transfusión simple, con el criterio de que no temíamos un kernicterus, pero sí, un estado de anoxemia. Practicamos transfusiones pequeñas, seriadas, de sangre compatible, y a veces concentrada, con recuperación total y rápida.

Practicamos substitución sanguínea en las siguientes circunstancias:

1. Cuando la bilirrubinemia era mayor de 180 mgrs. % en un primer examen.
2. Cuando la bilirrubinemia era de 28 o más mgrs. % en la sangre del cordón.
3. Cuando la bilirrubinemia era de 150 mgrs. % en las primeras 24 hrs. de vida.
4. Y cuando la bilirrubinemia ascendía progresivamente con un ritmo de alrededor de 10 mgrs. por hora.

Esta conducta se observó más rigurosamente cuando se agregaban antecedentes obstétricos maternos o cuando se trataba de prematuros.

En la Tabla N° 4 podemos ver el tipo de tratamiento de los 81 casos de ictericia precoz debido a incompatibilidad sanguínea materno fetal. De todos estos casos el 11,1% recibió transfusión simple, el 51,8% de los casos graves recibió exanguíneo-transfusión quedando un 71,6% en los que mantuvimos expectación, por tratarse de formas benignas. En este grupo se incluyen 5 casos en los que no se hizo tratamiento alguno porque los niños fallecieron muy poco después de nacer.

Del total de 81 casos, sólo recibieron tratamiento 23, que incluye tanto formas graves como benignas. El resto del total, se mantuvo en simple expectación (71,6% de los casos). Esto se explica porque el mayor número de enfermos corresponde a incompatibilidad por ABO, que como sabemos, es un cuadro más benigno y que

TABLA Nº 4
ICTERICIA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO

Tratamiento en ambos tipos de incompatibilidad según forma clínica.

Tratamiento	FORMA CLINICA					
	benignas		graves		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Transfusión Exanguíneo- transfusión	1	1.8	8	29.6	9	11.1
	—	—	14	51.8	14	17.3
Sin trat.	53	98.2	5	18.6	58	71.6
Total	54	100.0	27	100.0	81	100.0

ocasionalmente requiere tratamiento. En resumen se puede decir que casi la totalidad de los casos tratados, fueron por incompatibilidad al Rh.

Sólo en 4 oportunidades de 55 casos de incompatibilidad ABO, se hizo substitución. En los casos graves de incompatibilidad Rh, se practicó exanguíneo-transfusión en más de la mitad de los casos.

De los 26 casos de incompatibilidad al factor Rh, 19 de ellos fueron catalogados como graves (73%), en todos los cuales pudo haberse hecho exanguíneo transfusión; sin embargo, nosotros la llevamos a cabo sólo en el 52,6% de esos casos y el resto recibió transfusiones simples o ningún tratamiento; ello fué debido a que en todos esos casos, el diagnóstico se hizo después de la aparición de la ictericia, por carecer de datos maternos previos al parto.

En resumen, podemos decir, que en las ictericias aparecidas a las pocas horas después del nacimiento, se indicó recambio, y en aquellas de aparición más tardía (24 ó 36 hrs.) transfusión simple (7 casos —26,9%— formas preferentemente anémicas), o recambio, dependiendo uno u otro tratamiento del estado general del niño y de las cifras de bilirrubinemia.

Los recambios se efectuaron en la mayoría de los casos dentro de las primeras

9 horas después del nacimiento, sin embargo hubo algunos casos substituidos más tardíamente ya porque la ictericia se pesquizó tardíamente, o como sucedió en un caso de incompatibilidad ABO en que la bilirrubinemia alcanzó niveles de 240 mgrs. % a las 72 hrs., momento en que no hubo dificultades en substituir con éxito.

La cantidad de sangre utilizada fué de 176 cc. por kilo de peso siguiendo las recomendaciones de Walker y Neligan, ya que de esta manera se logra cambiar el 85% de los glóbulos rojos circulantes. Todos los recambios se hicieron por vía umbilical, la que nos permitió medir la presión venosa cada 100 cc. de sangre recambiada. No tuvimos dificultades en usar esta vía preconizada como la ideal.

La sangre utilizada fué siempre Rh negativa para los casos de enfermedad por incompatibilidad al Rh y 0 en la incompatibilidad ABO, calentada a 37° durante todo el tiempo que duró la intervención.

Considerando que el éxito del tratamiento que se obtiene mediante la exanguíneo transfusión depende de dos factores principales que son: precocidad en su aplicación y cantidad suficiente de sangre a substituir podemos anotar las siguientes consideraciones derivadas de

TABLA Nº 5
ICTERICIA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO
Muertos según las diferentes causas

Sobrevivida	CAUSAS							
	Rh		ABO		Causa X		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muertos	8	30.7	1	1.8	2	10.5	11	11
Vivos	18	69.3	54	98.2	17	89.5	89	89
Total	26	100.0	55	100.0	19	100.0	100	100.0

nuestra experiencia: éxito del tratamiento mismo: dos fracasos: un kernicterus por tratamiento tardío (36 hrs. después de nacer) y un kernicterus por cantidad insuficiente (no hubo posibilidad de encontrar un dador apropiado). Desde el punto de vista técnico: un fallecido al finalizar un recambio, posiblemente por síncope respiratorio.

LETALIDAD

La letalidad total fué de 11%. De estos 11 muertos, 8 corresponden a enfermedad hemolítica por incompatibilidad al Rh, uno a incompatibilidad ABO y dos al grupo en los que no se comprobó incompatibilidad sanguínea. (Tabla Nº 5).

La letalidad por grupos separados fué de: 30.7% para el Rh; 1.8% para la incompatibilidad ABO y 10.5% para los casos sin incompatibilidad sanguínea.

En la Tabla Nº 4 vimos que 23 casos del total de 81 enfermos fueron sometidos a tratamiento, ya sea con transfusión simple o exanguíneo transfusión. De este total de tratados, sólo fallecieron 3 y 20 mejoraron, lo que da un 87% de sobrevida. De los 3 fallecidos, dos hicieron previamente un kernicterus. (Uno fué tratado tardíamente por substitución y al otro se le practicó transfusión simple). El tercero falleció durante el recambio como ya se dijo.

Refiriéndonos ahora a aquellos casos de ictericia precoz en los que no se comprobó enfermedad hemolítica, diremos que en 3 de los 19 casos estudiados hubo incompatibilidad sanguínea entre madre e hijo, pero con negatividad de todos aquellos exámenes que en conjunto hacen el diagnóstico de enfermedad hemolítica por incompatibilidad ABO.

En los 19 casos, la ictericia fué comprobada entre las 6 y las 36 hrs. de vida; 15 de estos niños eran de término y 4 prematuros.

Se determinó la bilirrubinemia en 10 de los 19 casos. Las cifras oscilaron entre 51.5 y 256 miligrs. (%). Catorce evolucionaron en forma benigna y 5 graves (2 prematuros y 3 de término). De los graves, 2 fallecieron, 1 de Kernicterus y otro de Hepatitis. De los 3 restantes, a 2 se les practicó substitución sanguínea, basados en las cifras de bilirrubinemia (sobre 187 miligrs. (%)) y el tercero se trató con transfusiones simples (era una forma anémica, con hemoglobina de 3.5 grs. (%)).

CONCLUSIONES

1. Se estudió la Ictericia Precoz en el Recién Nacido, en nuestro Servicio de la Maternidad San Borja, en un periodo de 16 meses. (1º de Abril de 1955 al 1º de Agosto de 1956).

2. La incidencia de este cuadro fué de 1%.

3. El diagnóstico etiológico se fundamentó en el estudio clínico e immuno-hematológico de la madre y del niño.

4. En relación con el total de niños nacidos, hubo un 0.5% de casos para la incompatibilidad ABO, un 0.25 % para la debida al factor Rh, y un 0.1 % de casos de causa no precisada.

5. La Enfermedad por incompatibilidad al factor Rh, apareció en un 11.1% en el primer hijo, mientras la por incompatibilidad ABO, en un 22.2%.

6. La incompatibilidad ABO fué más frecuente y más benigna que la incompatibilidad al factor Rh. En relación con la totalidad de ictericias precoces por incompatibilidad sanguínea, la por incompatibilidad ABO se presentó en el 68% de los casos, y la por Rh en el 32%. Dada su benignidad, puede pasar inadvertida, o confundirse con la Ictericia Fisiológica precoz, lo que debe tenerse en cuenta, por cuanto los valores de bilirrubinemia pueden alcanzar niveles muy altos, y producir Kernicterus y muerte. La curva de bilirrubinemia sube más lentamente en la incompatibilidad ABO que en la enfermedad por Rh, pudiendo alcanzar al cabo del tercero o cuarto día, niveles superiores a 200 miligrs. (%); de ahí que sea recomendable la observación prolongada de estos enfermos, e insistir en exámenes seriados de bilirrubinemia, sobre todo si ella va en ascenso.

7. En todos aquellos casos de enfermedad por incompatibilidad al factor Rh, en primogénitos, encontramos antecedentes de sensibilización previa (hemoterapia o aborto).

8. Se confirma que la Hemoglobina no es un índice de seguridad en el pronóstico, porque en un 21% no guardó relación con la gravedad de los casos.

9. El pronóstico está dado sobre todo por el criterio de la bilirrubinemia.

10. Se deja establecido que el tratamiento está supeditado, casi exclusivamente, a los niveles de bilirrubinemia encontrados en el momento del examen.