



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA NICE 2012
SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL RECIÉN
NACIDO CON ICTERICIA, EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE.**

2015 - 2016

PRESENTADA POR

CLAUDIO ARMANDO BONILLA CASTRO

ASESORES

JORGE OSADA LIY

WILFREDO GAMONAL SANTACRUZ

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

CHICLAYO – PERÚ

2018



Reconocimiento - Compartir igual

CC BY-SA

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA NICE 2012
SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO
CON ICTERICIA, EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE. 2015 - 2016**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

CLAUDIO ARMANDO BONILLA CASTRO

ASESORES

Dr. JORGE OSADA LIY

Dr. WILFREDO GAMONAL SANTACRUZ

CHICLAYO, PERÚ

2018

DEDICATORIA

La presente tesis va dedicada a mi madre Angela Castro, la que con su apoyo incondicional, en tiempos de altibajos, me encaminó a superarlos y no claudicar en esta etapa de formación de esta gran carrera profesional como es la Medicina Humana, la cual satisfactoriamente he concluido.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecer a Dios por guiarme y darme el entendimiento suficiente para plasmar las ideas correctas dadas por mis asesores y jurados, gracias también a ellos por su paciencia y dedicación, me permiten decir que son importantes partícipes en el resultado de este trabajo.

ÍNDICE

	Páginas
PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIALES Y MÉTODOS.....	3
III. RESULTADOS	6
IV. DISCUSIÓN	9
V. CONCLUSIONES.....	11
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12
VII. ANEXOS	14

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de adherencia a la guía de práctica clínica NICE 2012 sobre el diagnóstico y tratamiento del recién nacido con Ictericia, en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque. **Material y método:** Diseño no experimental, descriptivo, retrospectivo, de enfoque cuantitativo, con una población de 131 historias clínicas de recién nacidos hospitalizados con un diagnóstico de Ictericia Neonatal de diferentes causas, durante enero del 2015 y setiembre del 2016. Se analizaron los datos utilizando el programa Microsoft Excel 2013, se estableció un nivel alto (> 70%), medio (50 - 70%) y bajo (< 50%). **Resultados:** La población se distribuyó, según el área de ingreso en: Neonatología I con 61 (46,60%), Neonatología II con 55 (42,00%) y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con 15 (11,40%). Considerando que la adherencia a la guía de práctica clínica NICE 2012 de Ictericia Neonatal resulta de cumplir todos los criterios, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, se obtuvo que sólo 70 (53,40%) actuaron acorde a lo señalado, a pesar que hubo un mayor número, 79 (60,30%), que si cumplieron con los criterios de tratamiento. **Conclusión:** Se determinó un nivel medio de adherencia a la guía de práctica clínica NICE 2012 sobre el diagnóstico y tratamiento del recién nacido con Ictericia, en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque durante enero del 2015 y setiembre del 2016.

Palabras clave: Adherencia a guía, ictericia neonatal, fototerapia. (fuente: DeCS-BIREME)

ABSTRACT

Objective: Determine the level of adherence to the guide of clinical practice NICE 2012 on the diagnosis and treatment of the newborn child with jaundice, in the service of Neonatology of the Hospital Regional Lambayeque. **Material and method:** Design not experimental, descriptive, retrospective, of quantitative approach, with a population of 131 newborn children's clinical histories hospitalized with a diagnosis of Jaundice Neonatal of different reasons, during January of 2015 and September of 2016. The information was analyzed using the program Microsoft Excel 2013, was established a high level (> 70 %), a average level (50 - 70 %) and down level (< 50 %). **Results:** The population was distributed, according to the area of revenue in: Neonatology I with 61 (46.60 %), Neonatology II with 55 (42.00 %) and the Unit of Intensive care Neonatales with 15 (11.40 %). Thinking that the adherence to the guide of clinical practice NICE 2012 of Jaundice Neonatal ensues to fulfill all the criteria, both in the diagnosis and in the treatment, there was obtained that only 70 (53.40 %) they operated chord to the notable thing, to sorrow that there was a major number, 79 (60.30 %), that if they expired with the criteria of treatment. **Conclusion:** Determined an average level of adherence to the guide of clinical practice NICE 2012 on the diagnosis and treatment of the newborn child with Jaundice, in In the service of Neonatology of the Hospital Regional Lambayeque during January of 2015 and September of 2016.

Key words: Guideline Adherence, jaundice neonatal, phototherapy. (source: MeSH-NLM)

I. INTRODUCCIÓN

La ictericia o hiperbilirrubinemia neonatal es una de las dos entidades clínicas más frecuentes en la edad neonatal, y una de las diez primeras causas de morbilidad neonatal en las unidades de cuidados intermedios; 60% a 70% de los neonatos maduros y 80% o más de los neonatos inmaduros llegan a padecer algún grado de esta enfermedad (1). Esta enfermedad ha sido, a lo largo de los años, motivo de preocupación porque, la bilirrubina puede ser tóxica para el cerebro del recién nacido, además de tener una mortalidad del 10% y una morbilidad a largo plazo del 70% (2,3).

Algunos profesionales creen que esta entidad ha desaparecido, pero el problema probablemente radica en que en muchas ocasiones no se realiza el diagnóstico temprano porque hay menor tiempo de hospitalización del recién nacido y los controles posteriores al alta con alguna frecuencia son tardíos (4). Además de recabar incorrectamente los antecedentes familiares, los del embarazo y parto, el estado y características del recién nacido, las horas de aparición de la ictericia, el ritmo de ascenso, la edad gestacional y la patología agregada (5).

Existe una reemergencia de kernicterus en países donde virtualmente había desaparecido, fenómeno debido principalmente a diferentes factores: Confianza exagerada en la evaluación visual, falta de seguimiento y evaluación apropiada, restar importancia a la ictericia presente en las primeras 24 horas, no reconocer la ictericia clínica y documentar su severidad antes del alta, no diagnosticar las causas de hiperbilirrubinemia. En Europa y Estados Unidos (USA) se estima una incidencia de 1:50.000 a 1:100.000 (6,7).

En Paraguay, un estudio descriptivo evidenció un escaso nivel de adhesión a la guías recomendadas por la Asociación Americana de Pediatría y que no hubo diferencias significativas al comparar pediatras, neonatólogos, y residentes (3).

En Colombia, se realizó un estudio descriptivo que concluyó que la hiperbilirrubinemia neonatal es un problema grave, prevalente, que está relacionado con la rápida alta hospitalaria, lo cual debería ser modificado (8).

En Uruguay, otra investigación descriptiva resultó que la ictericia neonatal es una causa importante de reingreso hospitalario, asociado a alta antes de las 72 h, sexo masculino y edad gestacional menor a 38 semanas (9).

En Perú, se realizó un estudio observacional que concluyó que la ictericia es una de las condiciones patológicas más frecuentes en el recién nacido, por lo que se considera la gran necesidad de una guía de diagnóstico y no basarse solamente en la estimación visual de la ictericia, que solo debe ser una primera aproximación a los niveles de bilirrubina, pero no determinante para una indicación certera de los pasos a seguir (10).

En la región Lambayeque no existen trabajos similares a los encontrados, por lo que el objetivo del presente trabajo fue calcular la frecuencia de adherencia a la guía de práctica clínica NICE 2012 sobre el diagnóstico y tratamiento del recién nacido con Ictericia, en el servicio de Neonatología de Hospital Regional Lambayeque durante los años 2015 y 2016.

Adherencia: es un indicador para medir el nivel de aceptación por parte del personal médico de las guías adoptadas, esta información se obtiene de calcular el cociente entre casos tratados de una patología que acogieron la guía sobre casos tratados de la patología en total multiplicado por cien (11).

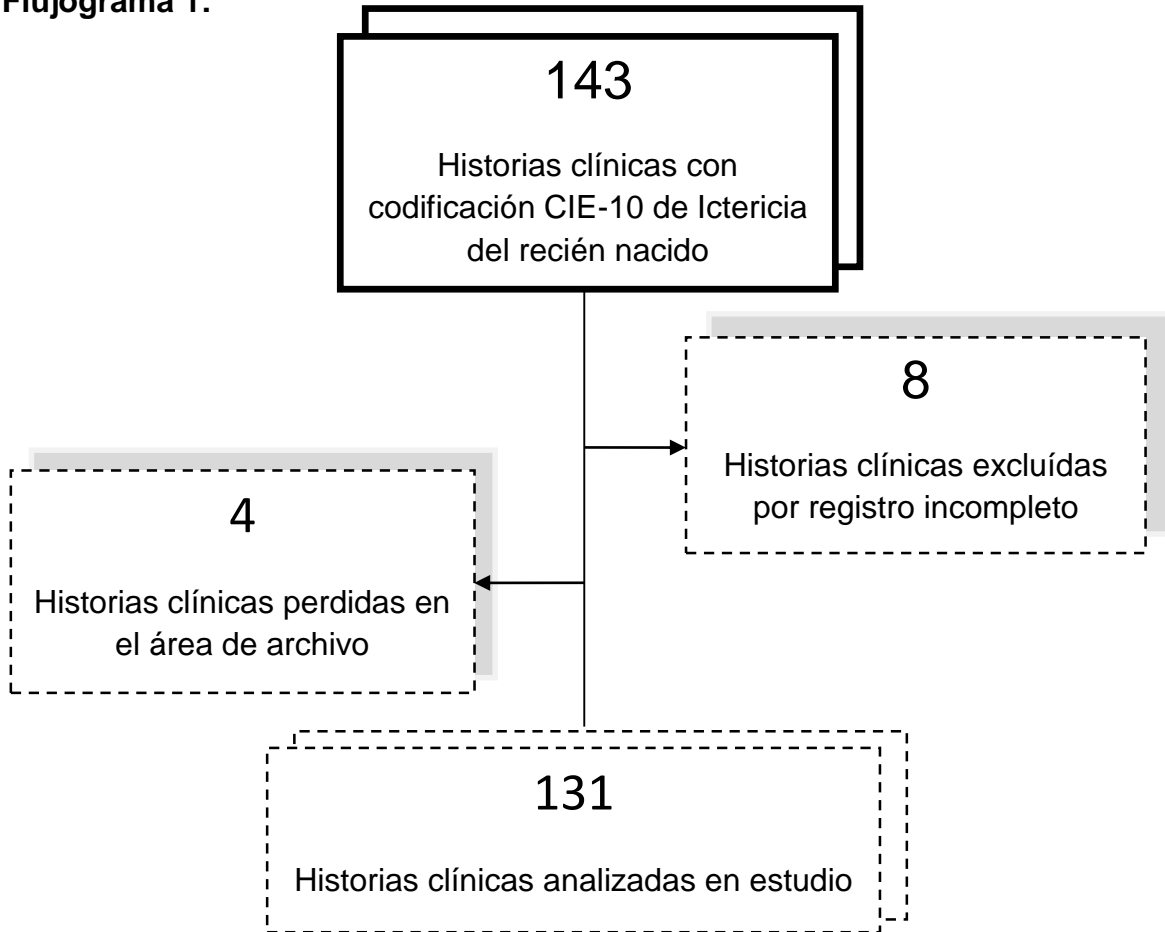
II. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio tuvo un diseño no experimental, descriptivo, retrospectivo, de enfoque cuantitativo. Cuya población fueron todas las historias clínicas de recién nacidos diagnosticados con Ictericia Neonatal de diferentes causas que ingresaron al Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque durante enero del 2015 y setiembre del 2016. Pero teniendo como muestra todas las historias clínicas de recién nacidos, a modo de tener mayor sensibilidad, se tomó en cuenta que en el registro de Ingresos y/o Egresos del Servicio de Neonatología, contaron específicamente con los diagnósticos principales, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), de: **P55** (Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido), **P57** (Kernicterus), **P58** (Ictericia neonatal debida a otras hemólisis excesivas), **P59** (Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas).

Se consultó la base de datos virtual de ingresos y egresos total de recién nacidos a las tres áreas del Servicio de Neonatología (Neonatología I, Neonatología II y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), para luego aplicar un filtro por codificación CIE-10, obteniéndose la población de interés para el estudio.

Se incluyeron en el estudio todas las historias clínicas de los recién nacidos que fueron diagnosticados con Ictericia y que fueron hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque. Y se excluyeron aquellas historias clínicas de recién nacidos que no cuenten con registro completo del diagnóstico o tratamiento de Ictericia.

Flujograma 1:



Se usó una ficha de recolección de datos la cuál constó de tres partes: **La primera parte**, donde se anotó el número de ficha de recolección de datos y fecha en que fue llenada, a manera de llevar un orden al momento del ingreso a la base de datos. **La segunda parte**, se anotaron datos sobre si el médico tratante cumplió los criterios durante los tres aspectos del diagnóstico de Ictericia Neonatal (12) que son: aspecto clínico, indicación de medición de la bilirrubina sérica, y la prescripción de exámenes auxiliares, y, **la tercera parte**, se anotaron datos sobre si el médico tratante cumplió los criterios durante los tres aspectos del tratamiento: antes, durante y después de fototerapia o exsanguíneo transfusión (13), según sea el caso que se presente. Tanto en la **segunda y tercera parte** del instrumento,

correspondió a responder el criterio a cumplir con un **SÍ**, cuando aparezca en la historia clínica y sea correcto, y a responder con un **NO**, cuando fuera todo lo contrario. Cabe señalar que, bastó que un criterio resultara negativo (en el diagnóstico o tratamiento), para considerarse que el médico tratante no se adhiere a la guía de práctica clínica NICE 2012. Para evaluar el nivel de adherencia se estableció: alto cuando resultara mayor al 70%, medio entre 50 y 70% y bajo menor al 50% (11).

El contenido de la ficha de recolección de datos se trabajó con la opinión de 2 médicos pediatras y 2 médicos neonatólogos, quienes brindaron sus opiniones y recomendaciones, las cuales se tomaron en cuenta para el instrumento final. Además que para la elaboración del instrumento, se tomó en cuenta el algoritmo correspondiente a la Guía NICE 2012 sobre el diagnóstico y tratamiento de la Ictericia Neonatal (14).

Después de finalizar con la recolección de datos, se analizaron los resultados de las fichas de recolección de datos utilizando el programa Microsoft Excel 2013, donde se realizaron tablas de frecuencias absolutas para el análisis de los resultados de las variables: los criterios seguidos para el diagnóstico y los criterios seguidos en el tratamiento de la ictericia neonatal.

Este trabajo de investigación se sometió a la evaluación del Comité de Ética del Hospital Regional Lambayeque, que emitió las autorizaciones respectivas para el acceso a sus ambientes y datos de los pacientes a estudiar, sólo el número de historia clínica fue el único dato que se tomó en cuenta como guía para obtener la información necesaria, de esta manera se respetó la confidencialidad de los datos personales.

III. RESULTADOS

El presente estudio fue realizado con un total de 131 historias clínicas distribuidas entre las tres áreas que conforman el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque: Neonatología I con 61 (46,60%), Neonatología II con 55 (42,00%) y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con 15 (11,40%). Y tomando en cuenta el año de ingreso y egreso del recién nacido con diagnóstico de Ictericia: al 2015 pertenecieron 61 (46,60%) y del 2016 fueron 70 (53,40%).

Considerando la adherencia a la guía de práctica clínica NICE 2012 de Ictericia Neonatal el cumplimiento de todos los criterios diagnósticos y de tratamiento, se obtuvo que en sólo un poco más de la mitad de las historias clínicas actuaron acorde a lo señalado, resultado de un menor número de los que si cumplieron con los criterios de diagnóstico, en comparación al número de los que cumplieron los criterios de tratamiento. (Ver Tabla 1).

En cuanto al análisis de cada uno de los criterios diagnósticos, observamos que el aspecto clínico fue el que tuvo mayor y total cumplimiento por parte de los médicos tratantes, por otro lado, el de menor cumplimiento fue el aspecto de indicación de los exámenes complementarios, debido a que solamente un poco más de la mitad del total de historias clínicas, hubo el criterio de indicar el cultivo de sangre u orina en el recién nacido. (Ver Tabla 2).

TABLA 1. Adherencia a la Guía NICE 2012 en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque, de enero del 2015 a setiembre del 2016.

	N	Cumple
		%
Adherencia a criterios diagnósticos	70	53,40
Adherencia a criterios de tratamiento	79	60,30
Adherencia total a la Guía NICE 2012	70	53,40

TABLA 2: Adherencia a los criterios diagnósticos de la Guía NICE 2012 en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque, durante enero del 2015 a setiembre del 2016

	N	Cumple
		%
Clinico		
Anotar grado de ictericia	131	100,00
Medición bilirrubina sérica		
Durante las primeras 24 hrs	131	100,00
Cada 6 horas después	90	68,70
Indicación de exámenes complementarios		
Hematocrito	131	100,00
Grupo sanguíneo - factor rh de neonato y madre		
Hemograma completo	131	100,00
Cultivo de sangre u orina	95	72,50
	70	53,40
Adherencia total a los criterios diagnósticos	70	53,40

Si vamos al análisis de cada uno de los criterios de tratamiento con fototerapia, observamos que ninguno de los tres aspectos (antes, durante y después) del tratamiento fue cumplido en las historias clínicas ya que, en cada uno, hubo un criterio que no llegó a cumplirse, siendo el de menor cumplimiento, la indicación de bilirrubina sérica 12 a 18 horas después de la detención de la fototerapia. (Ver Tabla 3).

TABLA 3: Adherencia a los criterios de fototerapia de la guía Nice 2012 en el servicio de neonatología del Hospital Regional Lambayeque durante enero del 2015 a setiembre del 2016

	N	Cumple %
Antes		
Neonato tuvo 24 hrs de vida	108	82,40
Neonato tuvo bilirrubina sérica >8,76 mg/dl	130	99,20
Durante		
Control de temperatura	130	99,20
Control de peso diario	130	99,20
Protección de ojos	130	99,20
Indicación de bilirrubina a las 6 hrs	85	64,90
Después		
Indicación de detención cuando bilirrubina sérica <8,76 md/dl	130	99,20
Indicación de bilirrubina sérica 12-18 horas después de detención	78	59,50
Adherencia total a los criterios de fototerapia	78	59,50

En relación a los casos que siguieron tratamiento con exsanguíneo transfusión, sólo hubo 1 historia clínica (0,80%) que si llegó a cumplir todos los criterios antes de tratamiento (neonato con características de encefalopatía aguda), durante tratamiento (continuación de fototerapia, indicación de albúmina y calcio vía endovenosa) y después de tratamiento (continuación de fototerapia e indicación a las 2 horas de terminado el tratamiento).

IV. DISCUSIÓN

En la presente investigación observamos que un poco más de la mitad de las historias clínicas estudiadas, actuaron acorde a los criterios de la guía de práctica clínica NICE 2012, resultado global que coincide por los descritos por Petrova A. y col (15), en el cuál, la misma cantidad de pediatras y neonatólogos se basó en criterios previamente escritos; pero al momento de comparar la causalidad de ese nivel de adherencia resultan diferentes, ya que ellos encontraron como principal motivo el iniciar la fototerapia o exanguineotransfusión en niveles de bilirrubina sérico muy por debajo de los recomendados por la Asociación Americana de Pediatría, que en nuestro estudio fue cumplido casi totalmente y que el verdadero más saltante, fue la incompleta indicación de exámenes complementarios para hallar el porqué del cuadro de ictericia en el recién nacido.

En contraste a los datos obtenidos por Benítez S. y col (3), ellos encontraron una mayor adherencia, debido a un mejor seguimiento durante el cuadro icterico y posterior al alta mediante la medición de bilirrubina sérica total según las recomendaciones de la guía recomendada por la Asociación Americana de

Pediatría en el manejo de la hiperbilirrubinemia neonatal, que en nuestro estudio resultaron con una menor adherencia, debido a la poca indicación médica de medición bilirrubina sérica de seguimiento.

No llegamos a evidenciar algún caso de ictericia crónica de kernicterus dentro de las historias clínicas estudiadas, pero si notamos que el nivel de adherencia a los criterios diagnósticos y terapéuticos encontrados resultaron así debido a que el seguimiento de la ictericia con indicación de bilirrubina sérica fue de nivel medio durante el diagnóstico, durante la fototerapia y después de la fototerapia, sumado a que inicio de fototerapia fue un poco menor del total, dentro de las primeras 24 horas de vida del neonato a pesar que los valores de bilirrubina sérica estuvieron en rangos elevados, además de sólo encontrar un nivel medio de indicación de exámenes complementarios para llegar al diagnóstico causal de la ictericia; todo lo señalado resulta acorde a la guía de práctica clínica de la OSECAC (2011), que señala como causales de baja adherencia y aumento de casos de kernicterus: una falta de seguimiento y evaluación apropiada, una menor importancia a la ictericia presente en las primeras 24 horas y al no diagnóstico de las causas de hiperbilirrubinemia (6).

A nivel latinoamericano y nacional, no se encontraron trabajos similares, analizando la aplicación de la guía de práctica clínica NICE 2012 para el manejo de ictericia neonatal de los casos locales, por lo que los presentes resultados generarán una base para posibles estudios posteriores.

La limitación de la presente investigación, fue el reducido número de población encontrada (131 historias clínicas estudiadas), debido a que el Hospital Regional Lambayeque siendo una institución relativamente joven, recientemente ha implementado desde el año 2015, una base de datos electrónica de ingresos y egresos de los pacientes a los diferentes servicios de hospitalización, por lo que por ahora el tamaño de población no es representativo, pero el presente trabajo sería una base de posteriores estudios a realizarse.

V. CONCLUSIONES

Se determinó un nivel medio de adherencia a la guía de práctica clínica NICE 2012 sobre el diagnóstico y tratamiento del recién nacido con Ictericia, en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque durante enero del 2015 y setiembre del 2016.

Se llegó a identificar también un nivel medio de adherencia a los criterios diagnósticos del recién nacido con ictericia, resultante de una incompleta indicación de los exámenes complementarios para llegar a la causal del cuadro de ictericia en los recién nacidos.

Y por último, hubo una adherencia media a los criterios de tratamiento del recién nacido con ictericia, resultante de una incompleta indicación de medición bilirrubina sérica, que sería necesaria para un adecuado seguimiento del cuadro.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gallegos J, Rodríguez I, Rodríguez R, Abrego V, Rodríguez G. Prevalencia y factores de riesgo para hiperbilirrubinemia indirecta neonatal en un hospital universitario. Rev. Medicina Universitaria. Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Nuevo León. México. 2009; 11(45): 226-230.
2. Raspall F. Importancia de una correcta valoración de la ictericia en el recién nacido sano. Rev. Matronas Profesión. España. 2006; 7(3): 24-26.
3. Benítez-Leite S, Mesquita M, Macchi M. Manejo de la hiperbilirrubinemia neonatal por pediatras que realizan atención inmediata del recién nacido. Organó Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría. 2005; 32(1): 23-33.
4. Espinosa G. El kernicterus: Un viejo diagnóstico y nuevas preocupaciones. Rev. Programa de Educación Continua en Pediatría de la Sociedad Colombiana de Pediatría. 2011; 10(1): 17-23.
5. Parodi J, Meana J, Ramos J. Ictericia Neonatal. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. Argentina. [Internet]. 2005; 151: 9-16.
6. Obra social de los empleados de comercio y actividades civiles. Guía Práctica de Hiperbilirrubinemia neonatal. Argentina. 2011; 52: 1-18.
7. Hernández M, Schmidt M, Huete I. Encefalopatía por kernícterus. Serie Clínica. Revista Chilena de Pediatría. 2013; 84 (6): 659-666.
8. Castaño J, Gallego J, Guevara J, González G, Meneses G, Pabón J, Salazar C. Caracterización de neonatos con diagnóstico de hiperbilirrubinemia indirecta en la unidad neonatal del Hospital de Caldas (Manizales-Colombia 2009-2013). Art. Centro de Investigaciones - Universidad de Manizales. 2013.

9. Moraes M, Iglesias M, Mernes M, Borbonet D. Reingreso para fototerapia en recién nacidos con ictericia sin hemólisis. *Archivo Pediatría Uruguay*. 2013; 84(1): 26-31.
10. Reina AR. Prevalencia y factores de riesgo para Ictericia Neonatal en el Servicio de Pediatría del Hospital Vitarte de enero a diciembre 2013. (Tesis Médico Cirujano). Lima-Perú, Universidad Privada San Juan Bautista; 2014. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/data/biblioteca/2015/B34.pdf>
11. Leveau CN. Adherencia al Protocolo de la Oms para el Manejo de Deshidratación por Diarrea Aguda en niños de 1-5 Años en el Hospital Santa Rosa en el año 2014. (Tesis Médico Cirujano). Lima, Universidad Ricardo Palma; 2016. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/541/1/Leveau_c.pdf
12. Nice.org.uk. [sitio en internet]. Londres: The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). [Actualizado 12 marzo del 2012]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs57>
13. Martínez L. Ictericia neonatal – hiperbilirrubinemia indirecta. *Rev. Programa de Educación Continua en Pediatría de la Sociedad Colombiana de Pediatría*. 2011; 12(2): 38-52.
14. Ruiz G, Vargas Y. Formato para la elaboración de guías de práctica clínica: Ictericia Neonatal. Hospital Universitario San Ignacio. Colombia. 2009.
15. Petrova A, Mehta R, Birchwood G, Ostfeld B, Hegyi T. Manejo de la hiperbilirrubinemia neonatal: Prácticas pediátricas y necesidades educativas. *BMC Pediatr* 2006; 6:6.

VII. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I.- DATOS GENERALES

1.1. Número de ficha:

1.2. Fecha de registro de datos:

II.- DIAGNÓSTICO DE ICTERICIA NEONATAL:

2.1. Clínico

¿Anotó grado de ictericia en base a la inspección visual? Sí:..... No:.....

2.2. Medición de bilirrubina sérica:

¿Indicó medición de la bilirrubina sérica durante las primeras 24 horas de vida del neonato? Sí:..... No:.....

¿Indicó medición de la bilirrubina sérica cada 6 horas hasta normalizarse? Sí:..... No:.....

2.3. Exámenes complementarios:

¿Indicó hematocrito del neonato? Sí:..... No:.....

¿Indicó grupo sanguíneo del neonato y madre? Sí:..... No:.....

¿Indicó hemograma completo del neonato? Sí:..... No:.....

¿Indicó cultivos microbiológicos de sangre u orina del neonato? Sí:..... No:.....

¿CUMPLIÓLOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN GUIA NICE 2012?

SÍ:..... (cumplió todos)

NO:..... (no cumplió al menos 1)

III.- TRATAMIENTO DE ICTERICIA NEONATAL:

3.1. Fototerapia:

Previo a fototerapia:

¿Neonato tuvo 24 horas de vida? Sí:..... No:.....

¿Neonato tuvo un nivel de bilirrubina mayor a 150 micromoles/litro (8.76 mg/dL)? Sí:..... No:.....

Durante la fototerapia:

¿Controló la temperatura del neonato bajo un ambiente térmico? Sí:..... No:.....

¿Controló el peso diario del neonato? Sí:..... No:.....

¿Indicó protección de los ojos del neonato? Sí:..... No:.....

¿Indicó repetir medición en suero de bilirrubina 4-6 horas después de iniciar la fototerapia?
Sí:..... No:.....

Detención de fototerapia:

¿Lo indicó cuando bilirrubina sérica cayó a un nivel menor a 150 micromol/litro (8.76 mg/dL)? Sí:..... No:.....

¿Indicó medición de la bilirrubina sérica a las 12-18 horas después de suspender la fototerapia? Sí:..... No:.....

¿CUMPLIÓ LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA SEGÚN GUÍA NICE 2012?

SÍ:..... (cumplió todos)

NO:..... (no cumplió al menos 1)

3.2. Exangineotransfusión:

Previo a exangineotransfusión:

¿Neonato tuvo características clínicas de encefalopatía bilirrubina aguda? Sí:.....
No:.....

Durante la exanguinotransfusión:

¿Indicó continuación de fototerapia? Sí:..... No:.....

¿Indicó administrar albúmina por vía endovenosa? Sí:..... No:.....

¿Indicó administrar calcio de forma rutinaria por vía intravenosa? Sí:..... No:.....

Después de la exangineotransfusión:

¿Indicó continuación de fototerapia? Sí:..... No:.....

¿Indicó medición de nivel de bilirrubina sérica dentro de 2 horas? Sí:..... No:.....

¿CUMPLIÓ LOS CRITERIOS DE EXANGINEOTRANSFUSIÓN SEGÚN GUIA NICE 2012?

SÍ:..... (cumplió todos)

NO:..... (no cumplió al menos 1)