

Consulta del recién nacido en el servicio de urgencia

Sofía Aros A.¹

Resumen

Basado en la literatura y en datos estadísticos del Hospital Clínico San Borja Arriarán, se revisan los principales motivos de consulta del recién nacido en el servicio de urgencia. El amplio espectro diagnóstico incluye fenómenos fisiológicos, patologías de sencilla resolución y patologías graves que pueden poner en peligro la vida del recién nacido. Partiendo de los grandes síntomas referidos por los padres: dificultad respiratoria, apnea, ictericia, fiebre, cólicos, vómitos, constipación, sangramiento gastrointestinal y convulsiones, se realiza un diagnóstico diferencial que permita una orientación inicial en el manejo de este grupo etario de alto riesgo. El Objetivo de este artículo es entregar al pediatra general elementos orientadores útiles en el enfrentamiento inicial de un recién nacido que es traído por sus padres o cuidadores al servicio de urgencia.

(Palabras clave: emergencia, recién nacido, diagnóstico, pautas).

Rev Chil Pediatr 75 (3); 270-274, 2004

The newborn in the Emergency Room: Spectrum of Diseases

Based on the literature and statistical data from the San Borja Arriaran Hospital, we revised the principal causes of presentation of newborns in the Emergency Department. The wide diagnostic spectrum included physiological phenomenon, simple pathology and pathologies sufficient serious to endanger life. The symptoms bringing the newborn to the ER were difficulty breathing, apnoea, jaundice, fever, colic, vomiting, constipation, GI bleeding and seizures. A differential diagnosis was made allowing an orientation in the initial management of these high risk patients. The objective of this article is to give to the general pediatrician useful guidelines in the initial diagnosis of an ill newborn brought to the ER by his parents.

(Key words: Emergency, newborn, diagnosis, guidelines).

Rev Chil Pediatr 75 (3); 270-274, 2004

El período de recién nacido (RN) es un desafío especial para el pediatra, especialmente por la inespecificidad y labilidad con que el RN reacciona ante diferentes noxas, y por la variedad de patologías que pueden presentarse de manera similar.

Cada visita de un RN y sus padres al

servicio de urgencia obliga a abrir el pensamiento médico a un amplio espectro diagnóstico y a tomar conciencia de que esta consulta puede estar ocasionada por una patología banal o por una enfermedad que pone en peligro la vida. Es en este primer mes de vida cuando cobra especial impor-

1. Neonatología HCSBA. Departamento Pediatría Universidad de Chile.

tancia la premisa fundamental de confiar en la madre.

Durante el año 2002 consultaron en el Servicio de Urgencia del HCSBA en promedio 7 500 niños/mes, con números mayores entre julio y octubre, cifra equivalente a 250 consultas/día. De ellos 4 pacientes (1,6%) son RN (120 RN/mes). Al evaluar los motivos de consulta destacaban como los más frecuentes: tos y ahogo, ictericia, fiebre y cólicos (figura 1), les siguen el vómito, "llanto", quejido, lesiones cutáneas, deposiciones alteradas, dolor, traumatismos y convulsiones. Dentro de las hospitalizaciones del Servicio de Pediatría del HCSBA en el año 2002, los RN constituyen un 3,5% de los ingresos, siendo las causas más frecuentes de hospitalización: bronquiolitis - infección respiratoria baja, apnea e infección urinaria. Con menor frecuencia, pero muy importantes por su gravedad ictericia, fiebre, sepsis y meningitis.

Para comenzar se revisará hechos que son frecuentes, pero no necesariamente conforman patología. Los padres pueden preocuparse por fenómenos que resultan del proceso del nacimiento como son: petequias de cabeza y cuello, hemorragias subconjuntivales, edema de cuero cabelludo, cefalohematoma, hematoma o contractura del esternocleidomastoideo y fractura de clavícula. También puede ser motivo de consulta el desconocimiento de los llamados fenómenos fisiológicos: respiración periódica, movimientos espontáneos del mentón, movimientos espontáneos de extremidades, diarrea de transición, sudamina, estornudos, hipo, regurgitación, temblores y mioclonías (1^{ra} 2 días), sangramiento vaginal, "leche de brujas" y el color anaranjado o rojizo claro de la orina provocado por la presencia de cristales de urato.

Existen alteraciones comunes de la piel del RN como acné neonatal, eritema tóxico,

dermatitis seborreica, miliaria, mancha mongoliana y candidiasis del pañal, que en general no constituyen mayor problema. Pero hay otras alteraciones cutáneas que deben ser evaluadas cuidadosamente como la acrocirosis, que si está acompañada de compromiso del estado general obliga a descartar una sepsis o una cardiopatía congénita, o la piel marmórea que puede aparecer por frío, deshidratación, sepsis y en algunas genopatías como el síndrome de Down. Es necesario señalar aquí, que ante la tardanza en la caída del cordón umbilical por más de 1 mes debemos pensar en infección bacteriana, alteración inmunológica (granulocitos), granuloma umbilical y uraco persistente.

Es también frecuente la obstrucción del conducto lagrimal, que produce lagrimeo constante y secreción ocular intermitente, habitualmente con conjuntiva normal. La mayoría de las veces revierte antes de los 6 meses de vida.

La primera causa de consulta está dada por síntomas respiratorios que los padres refieren de diversas formas. La obstrucción nasal es gran motivo de preocupación y las causas van desde la más frecuente que es la rinitis neonatal hasta la atresia-estenosis de coanas, incluyendo infección viral alta, sífilis congénita, *Chlamydia trachomatis*, reflujo gastroesofágico, desviación congénita del tabique y tumor. El manejo habitual está basado en el aseo con suero fisiológico y no debe incluir el uso de descongestionantes. El Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) en un RN puede ser manifestación de diversas patologías. La primera de ellas, las infecciones respiratorias virales y bacterianas, aunque constituyen la primera causa de hospitalización no serán revisadas en detalle en este artículo, sólo recordar que VRS, Influenza, Parainfluenza y *Bordetella pertussis*

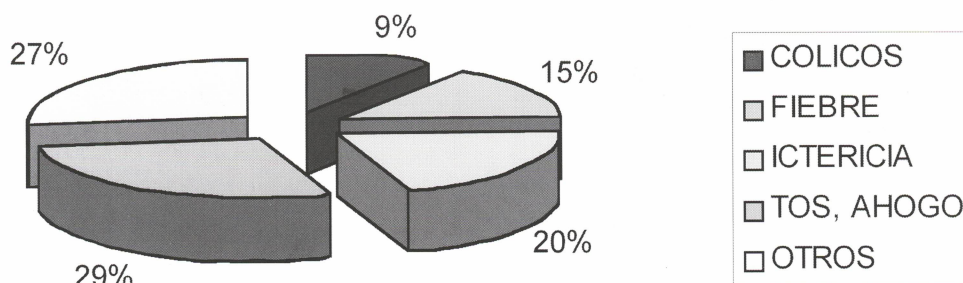


Figura 1. Motivos más frecuentes de consulta del RN en SU.

se presentan de forma especialmente grave en este primer mes de vida. La laringotraqueomalacia produce estridor inspiratorio que se agrava en decúbito supino y con el llanto, que va cediendo con los meses. Si existe cualquier duda diagnóstica debe ser evaluado por especialista. La Apnea, definida como cese de la respiración por 20 segundos o más, o asociado a bradicardia, palidez y/o cianosis y el ALTE (Apparent Life Threatening Event), que es un episodio apneico que a juicio del observador amenazó la vida del niño y requirió maniobras de reanimación, deben ser valoradas cuidadosamente. Una adecuada anamnesis debe objetivar lo mejor posible el episodio para intentar diferenciar de la respiración periódica del RN que nunca tiene bradicardia, palidez ni cianosis y debe indagar acerca de lo ocurrido previo al evento: cambios en la alimentación o en el sueño, posturas o movimientos anómalos, enfermedad intercurrente, historia de muerte súbita en la familia. Desafortunadamente, no existe un cuadro clínico típico de apnea y habitualmente el niño se presenta estable en el SU y los padres refieren el episodio. La historia junto a un detallado examen físico en busca de otros síntomas y signos nos pueden orientar dentro de la extensa lista de diagnósticos que debemos considerar: infecciones respiratorias virales, infección por *Bordetella pertussis*, neumonía, sepsis, meningitis, convulsiones y equivalentes convulsivos, hemorragia intracraneana, alteraciones ácido-base y electrolíticas, hipoglicemia, errores congénitos del metabolismo, anemia, reflujo gastroesofágico y alteraciones de coordinación faríngea, arritmias y maltrato infantil. Todo niño con apnea requiere una evaluación inicial que incluya monitor cardíaco y saturometría, hemograma y PCR, glicemia, gases -ELP, calcio-magnesio, ECG y radiografía de tórax. Estudios más específicos dependerán de la evaluación de cada paciente. También los padres pueden consultar por SDR en un RN con cardiopatía congénita, ya que los síntomas pueden ser: taquipnea, inicio brusco de cianosis, palidez, cianosis que empeora con el llanto, letargia y sudoración al alimentarse. La incidencia global de esta patología es de 8/1 000 RNV (en nuestra área alrededor de 60 niños al año). Recordar que algunas cardiopatías muy graves no presentan soplo cardíaco y que la prueba de hipoxia negativa ayuda en el diagnóstico de un RN

con intensa cianosis. Ocasionalmente se puede diagnosticar en el SU una hernia diafragmática no pesquisada en el período neonatal inmediato y algunas malformaciones pulmonares.

El segundo motivo de consulta es la Ictericia, que debiera convertirse en una hospitalización en muy contadas ocasiones. Para ello, es importante recordar que la ictericia fisiológica se presenta en el 60% de los RN de término, alcanza valores promedios de 12 mg/dl, con un máximo al 3º y 4º día y cede a los 7-10 días de vida. Muchas veces se recurre al diagnóstico de ictericia por leche materna, pero este debe ser un diagnóstico de exclusión, ya que está descrito sólo en un 2 a 4% de los RN con ictericia, de todos modos debemos mencionar que esta forma de aumento de bilirrubina indirecta aparece un poco más tarde (5-10 días de vida) en un niño completamente sano y se prolonga varios días más que la ictericia fisiológica. Si bien la definición de los valores de bilirrubina que son de riesgo para el niño provoca gran controversia, hay situaciones clínicas claramente definidas que deben ser motivo de preocupación: ictericia que persiste más allá de 14 días de vida en el niño de término y de 21 días en el de pretérmino, la que aparece tardíamente y/o va en aumento y la ictericia que está asociada a otro síntoma: fiebre y compromiso del estado general, palidez, soplo cardíaco, hepatomegalia, coluria y/o acolia, alteraciones neurológicas, ya que puede ser una de las manifestaciones de una sepsis o de una enfermedad metabólica, entre otras. Dentro de la hiperbilirrubinemia de tipo indirecto no se puede olvidar las infecciones, anemia hemolítica, síndrome de Crigler-Najjar y el hipotiroidismo. La hiperbilirrubinemia directa es un capítulo completo de la pediatría y no será revisado acá, pero es necesario reforzar el concepto de que una vez confirmada la colestasia, el estudio debe hacerse rápido, con el fin de tener una conducta definida antes de los 2 meses de vida. La principal interrogante es ¿cuándo hospitalizar a un niño con síndrome icterico?, parece prudente hacerlo en todo RN con bilirrubina indirecta ≥ 20 mg/dl para estudiar la etiología y eventualmente aplicar fototerapia, también siempre que existan síntomas asociados para buscar la causa de base (descartando rápidamente sepsis especialmente de origen urinario) y por supuesto ante la sospecha

de colestasia (bilirrubina directa $> 1,5$ mg/dl o $> 25\%$ del valor total). Con bilirrubina indirecta entre 17 y 20 mg/dl en un niño clínicamente bien, se recomienda control seriado clínico y de laboratorio. En un RN con ictericia se debe promover lactancia materna, educar y asegurar control médico.

El síndrome febril de un RN siempre debe alertar a padres y médicos. Las tres principales causas a considerar son: sobreabrigo, infección y hemorragia intracraneana. El niño con sobreabrigo no tiene ningún otro síntoma, se ve de buen aspecto general y no presenta frialdad distal. Ambientes extremadamente calurosos pueden llegar a producir el golpe de calor con $T^{\circ} > 41^{\circ} \text{C}$, encefalopatía, compromiso hemodinámico, acidosis metabólica y coagulación intravascular diseminada. La septicemia bacteriana del RN amerita un capítulo mucho más extenso, sólo se mencionará aquí conceptos que no debemos olvidar. Una vez planteado no permite espera ya que la tardanza en el tratamiento expone al RN a complicaciones y muerte. Las principales etiologías de sepsis en el RN siguen siendo estreptococo B hemolítico grupo B, *Listeria* sp y *E. coli*, debemos recordar especialmente la sepsis tardía por SGB (niño > 7 días). Los síntomas suelen ser inespecíficos: niño que "no se ve bien", hipotermia, rechazo alimentario, vómitos, SDR, apnea, ictericia. Los exámenes de laboratorio como hemograma y PCR, sólo nos orientan, pero si son negativos no necesariamente descartan infección bacteriana. Muchos estudios han intentado validar criterios que definan niveles de riesgo de infección grave, como existen en otras edades, pero expertos han determinado que el riesgo de infección bacteriana en RN febril es alto aún en niños que "se ven bien". Por esto se recomienda hospitalizar a todo RN febril y tomar todos los cultivos. El período de RN es además una etapa de mayor riesgo de meningitis, por lo que el estudio debe incluir una punción lumbar.

Los cólicos pueden poner a prueba la ingenuidad del pediatra. Se puede llegar a este diagnóstico solamente después de una cuidadosa evaluación clínica y de la exclusión de otras patologías. No está clara la etiología de los cólicos del lactante pequeño, pero se ha involucrado diferentes factores como: sobrecarga de lactosa, algunos alimentos y alérgenos, aumento del peristaltismo, ansiedad materna, neurolabilidad.

Son elementos característicos la distensión abdominal con flexión de extremidades y la periodicidad con ritmo horario (habitualmente entre 17 y 20 horas). La presentación en horario diferente, la edad > 3 meses, la aparición de vómitos y la falta de eliminación de gases por el ano deben alertarnos para buscar otras causas. El diagnóstico diferencial incluye: otro dolor, fiebre, infección, anomalías del tubo digestivo (RGE, fisura anal, prolapso rectal, hernia, malrotación intestinal, invaginación), ovario incarcerado, torsión testicular, alergia a la proteína de la leche de vaca, medicamentos como antihistamínicos y pseudoefedrina, errores congénitos del metabolismo.

La aparición de vómitos nuevamente requiere la búsqueda de varias etiologías. Primero se debe revisar la técnica alimentaria y diferenciar entre regurgitación y vómito. La regurgitación es muy frecuente en este período y debemos explicar esto a los padres. El reforzar medidas generales como la postura aliviarán este síntoma. El hallazgo de un RN con buen aspecto general y adecuada ganancia ponderal aleja mucho la posibilidad de una patología grave. El vómito es el resultado de una contracción muscular del diafragma y los músculos abdominales que resulta en la expulsión con fuerza de contenido gástrico por la boca y puede ser causado por: infección viral, otitis media, infección urinaria, neumonía, meningitis, reflujo GE, doble arco aórtico, fístula tráqueo-esofágica no diagnosticada en los primeros días, vólvulo y malrotación intestinal (más del 50% de los vólvulos ocurren en el primer mes de vida), atresia o diafragma de alguna zona de intestino (especialmente en niños con genopatías como Trisomía 21), hernia atascada, torsión testicular. Clásicamente, algunos errores congénitos del metabolismo se presentan en el RN con vómitos, acompañados de letargia y compromiso neurológico, después de algunos días asintomático. Especialmente entre la 2ª y 3ª semana de vida el vómito nos obliga a descartar la estenosis hipertrófica del píloro (EHP) y la hiperplasia suprarrenal congénita (HSC). La EHP, 4 veces más frecuente en hombres, se presenta con vómitos "en proyectil" y niño "hambriento", deshidratación y pérdida de peso si ya ha transcurrido un tiempo; la medición de residuo gástrico > 10 cc no bilioso, la presencia de alcalosis metabólica hipokalémica, hipoclorémica y una

ecografía abdominal confirmarán el diagnóstico; la estabilización del estado hidroelectrolítico y ácido-base son fundamentales antes de la cirugía. La HSC puede presentarse con deshidratación severa sin causa clara y compromiso hemodinámico, la hiponatremia e hiperkalemia y las alteraciones genitales (hiperpigmentación, macrogenitosomía o genitales ambiguos) son muy características, pero su ausencia no descarta el diagnóstico. La constipación, muchas veces es difícil de evaluar en el primer mes, pero si la historia nos orienta a una constipación verdadera se puede pensar en enfermedad de Hirschsprung, también más frecuente en niños, hipotiroidismo (además ictericia, mal aumento ponderal, hipotermia, hipotonía) y estenosis anal. El sangramiento gastrointestinal puede ser causado por: ingesta de sangre materna, fisura anal, invaginación, enterocolitis necrosante, divertículo de Meckel, úlceras de stress, malformaciones vasculares, trastorno de coagulación y epistaxis.

Si bien es poco frecuente y las probables causas son muchas, por su gravedad no es posible dejar de mencionar el síndrome convulsivo. En el RN las convulsiones rara vez son generalizadas y pueden tomar diversos patrones incluyendo apnea, "pedaleo" o "braceo", movimientos de succión, desviación de la mirada. Ayuda mucho en la diferenciación de los temblores el saber que la convulsión no cede al ser tomada la extremidad por otra persona. El diagnóstico diferencial incluye: infección, hipo e hipernatremia, hipoglicemia, hipocalcemia, malformación cerebral error congénito del metabolismo, intoxicación, trauma, retiro de drogas ingeridas por la madre, hipertensión arterial. El manejo, además de oxígeno y anticonvulsivantes, debe incluir en forma especial a esta edad el esquema sugerido por Lombroso: glucosa (bolo de 100-200 mg/kg), gluconato de calcio 10% (1 cc/kg), magnesio y piridoxina (50-100 mg ev).

Nos quedan muchas causas sin mencio-

nar y la mayoría sólo esbozadas, pero si queda el concepto de que ante un recién nacido, debemos detenernos y pensar que un mismo síntoma puede estarnos mostrando múltiples patologías, tendremos ya un paso avanzado. Es nuestra obligación profundizar en cada una de estas enfermedades para llegar a un adecuado diagnóstico y actuar oportunamente.

CONCLUSIONES

Un buen diagnóstico se hace especialmente difícil en el recién nacido que reacciona de forma similar ante distintas noxas, esto sumado a los riesgos inherentes a esta etapa de la vida hacen que la evaluación de un RN en un servicio de urgencia deba ser especialmente cuidadosa. Revisando los principales motivos de consulta en un servicio de urgencia de la Región Metropolitana, se entrega elementos de diagnóstico diferencial que permitan un enfoque inicial amplio y acucioso.

REFERENCIAS

- 1.- *McCollough M, Sharieff G*: Common complaints in the first 30 days of life. *Emergency Medicine Clinics of North America* 2002; 1: 20.
- 2.- *Tratado de Neonatología de Avery*. Séptima Edición. 2000.
- 3.- *Barrera F*: Recién Nacido mayor de 7 días. Consultas frecuentes en Servicio de Urgencia. Libro Actualización en el paciente del manejo agudo en el Servicio de Urgencia. 1997.
- 4.- *Pérez D, Pardo de la Vega R, Fernández N, Ibáñez Ández A, Prieto S, Fanjul JL*: Atención A neonatos en una unidad de urgencias pediátricas. *An Pediatr (Barc)* 2003; 59: 54-8.
- 5.- *Millar K, Gloor J, Wellington N, Joubert G*: Early neonatal presentations to the pediatric emergency department. *Ped Emerg Care* 2000; 16: 145-50.