

Poliglobulia

Protocolo neopuertomontt

Int. Sergio Durán

Docente: Dr. Gerardo Flores

9 de Febrero de 2020



Definición e incidencia

- Hematocrito (Hto) > 65% en muestra de sangre venosa.
- Se describe entre 1 a 5% de los recién nacidos.
- Depende de factores raciales, condición socioeconómica, altitud.
- También se ve influido por tiempo de ligadura de cordón, condiciones en que se toma la muestra como: horas de vida, sitio de punción y método de análisis.

Etiología

- La causa de poliglobulia es multifactorial pero hay dos mecanismos que son los más importantes:

Transfusión eritrocitaria (pasivo)

- Retardo en ligadura del cordón (> 2min)
- Parto precipitado
- Hipoxia intraparto
- Transfusión feto-fetal (10-15% de gemelos monocoriales)
- Transfusión materno-fetal (poco frecuente).

Incremento de Eritropoyesis intrauterina (activo)

- Insuficiencia placentaria
- Condiciones maternas que determinen hipoxemia
- Condiciones del RN

Diagnóstico

- Solicitar Hematocrito a todo RN sintomático: cianosis, taquipnea, dificultad en alimentarse o vómitos.
- Y en aquellos grupos de riesgo como con antecedente de RCIU, PEG .
- Hematocrito de sangre capilar $> 65\%$ debe confirmarse con hematocrito venoso ya que este último puede ser de 10-15% menor que el capilar.

Clínica

- La gran mayoría de los RN con poliglobulia son asintomáticos.
- Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: Cianosis y/o apneas y síntomas gastrointestinales como dificultad para alimentarse o vómitos.
- Menos frecuentes: plétora o rubicundez, taquipnea, taquicardia, priapismo, hipotonía, irritabilidad, temblores, llanto anormal, letargia.
- Las complicaciones asociadas a esta patología son: hipoglicemia (12-40%), hiperbilirrubinemia (30%), colelitiasis, enterocolitis necrotizante (ECN), trastornos de la coagulación, trombosis vena renal e hipertensión pulmonar.

Manejo

- **Pesquisa**
 - Realizar Hto venoso entre las 2 - 4 horas de vida a todo RN de riesgo :
 - Antecedente de RCIU y PEG.
 - Si es $\geq 65\%$, repetir Hto venoso central.
- **Medidas Generales**
 - Mantener con ayuno enteral por 24-48 horas en pacientes sintomáticos ó en aquellos con mayor riesgo como PEG severos, asfixia.
 - En pacientes asintomáticos buscar hipoglicemia e hipocalcemia.
 - Alimentar idealmente con lactancia materna exclusiva
 - Se pueden mantener con su madre y observar aparición de síntomas.

Eritroféresis

- Consiste en recambio parcial de la sangre total del RN restituyéndola con suero fisiológico (SF).
- Su objetivo es llevar el Hto a 55 - 60%.
- Indicaciones:
 - Hematocrito > 65% y RN sintomático (2 muestras)
 - Hematocrito > 70% y RN asintomático (2 muestras)
- Cálculo de volumen de recambio :
- $$\text{Vol. de ext.} = \text{Vol. sanguíneo (80ml / kg)} \times \frac{\text{Hto observado} - \text{Hto deseado (habitualmente es 60)}}{\text{Hto observado}}$$
- Como alternativa se puede extraer 15 - 20 ml/kg de sangre.
- Realizar por una vía venosa periférica, reposición del volumen con Suero Fisiológico en forma lenta.
- Controlar Hto 12 horas posterior a la Eritroféresis
- Mantener en régimen cero :
 - Durante 12 - 24 horas posterior al procedimiento en Poliglobulia sintomática con factores de riesgo asociados (asfixia, sepsis, hipoglicemia, PEG).
 - En Poliglobulia asintomática y sin asociación a factores de riesgo se puede reiniciar alimentación una vez finalizado el procedimiento.
- .

Eritroféresis

- Si bien la eritroféresis se ha utilizado rutinariamente por largos años, no está aún claro si previene las secuelas neurológicas de la Poliglobulia neonatal asintomática a largo plazo.
- El efecto de este procedimiento en RN con Poliglobulia sintomática no ha sido estudiado

Bibliografía

Extraído de http://www.saludinfantil.org/Guia_Alegria/guia/43.-%20Poliglobulia.html guía formulada por la Dra. Montserrat Vázquez a partir de:

1. John P. Cloherty Manual of Neonatal Care 7º Edition 2008 pag 572-577.
2. Mimouni F, Merlob P Neonatal polycythaemia: critica! review and a consensus statement of the Israeli Neonatology Association. Acta Paed 2011;100, 1290 - 1296.
3. Ozek E, Sol! R, Schimmel MS. Partial exchange transfusion to prevent neurodevelopmental disability in infants with polycythemia. Cochrane Oatabase Syst Rev 2010.

http://www.neopuertomontt.com/guiasneo/Guias_San_Jose/GuiasSanJose_27.pdf,
formulada por el Dr. Germán Mühlhausen

guía

- Mimouni FB, Merlob P, Dollberg S, Mandel D. Neonatal polycythaemia: critical review and a consensus statement of the Israeli Neonatology Association. Acta Paediatr. 2011 Oct. 100(10):1290-6.
- Rincon D, Foguet A, Rojas M, et al. Time of cord clamping and neonatal complications, a prospective study. An Pediatr (Barc). 2014 Sep. 81(3):142-8.
- Watchko JF. Common hematologic problems in the newborn nursery. Pediatr Clin North Am. 2015 Apr. 62 (2):509-24.
- Andersson O, Hellstrom-Westas L, Andersson D, et al. Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. BMJ. 2011 Nov 15. 343:d7157.
- Remon J, Raghavan A, Maheshwari A. Polycythemia in the newborn. Neo Reviews 2011; 12:e20-e28.