



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Resumen: Ictericia e Hiperbilirrubinemia

Docente:

Dr. Jeffery Anzhony Cruz Robles

Materia:

Pediatría

Alumno:

Karla Gpe. Alvarado López

6 Semestre Grupo A

04/Mayo/2021

Ictericia e hiperbilirubinemia

La Bilirubina producida por el R.N. debe ser excretada por su propio hígado. El neonato produce de 2 a 3 veces más bilirubina por Kg de peso que el adulto, debido a que el enterocteto tiene una vida más corta que en los adultos, y su hígado requiere excretar mayores cantidades de bilirubina proporcionalmente.

Los niveles de Bilirubina pueden llegar hasta 12.9 mg/dl en niños alimentados con leche substituida y hasta 18 mg/dl en niños alimentados con leche materna.

El tratamiento consiste en brindar un soporte hídrico y calórico adecuado y solo en raras ocasiones se tendrá que recurrir a técnicas como la fototerapia.

Ictericia e hiperbilirubinemia.

Hace referencia a la coloración amarillenta de la piel y las mucosas. Se presenta cuando las bilirubinas en sangre están elevadas. (hiperbilirubinemia). Ictericia en neonatos se da por la corta vida de los enteroctetos, al lento metabolismo y excreción de la bilirubina, como resultado se da un aumento en los niveles de bilirubina no conjugada en el torrente sanguíneo.

Tipos de Ictericia: 1) Ictericia fisiológica: La más común, aparece en la primera semana de vida. 2) Ictericia asociada a la leche materna, persiste más de 2 sem. llega a considerarse fisiológica e inofensiva, dada por el tránsito intestinal lento. 3) Ictericia no fisiológica: causas como incompatibilidad Rh y ABO, hemólisis, sepsis, hematoma y trastornos metabólicos.

Factores de riesgo: - Edad gestacional menor de 38 semanas, presencia de ictericia dentro de las primeras 24 hrs de vida extrauterina, historia familiar de ictericia que requirió fototerapia.

Alimentación exclusiva con leche materna.

Diagnóstico Medición de bilirrubina transcutánea, si se encuentra por arriba de 14.7 mg/dl, se debe medir bilirrubina sérica. (es el estándar de oro para el dx).

Investigar si existen Factores de Riesgo, Examinar al RN para detectar ictericia en primeras 72 hrs.

Inspección visual (con RN desnudo con luz brillante, de preferencia natural).

Escala de Kramer: ictericia se extiende de manera cefalocaudal. Las zonas de Kramer intentan cuantificar el grado y valores de bilirrubina, se comprueba utilizando digitocompresión.

Mayor de 21 días y aparición antes de 24 hrs de V.E.U será ictericia patológica. Menor de 21 días y aparición después de 24 hrs de V.E.U, ictericia fisiológica.

Clasificación de la hiperbilirrubinemia neonatal

1) Incremento en la producción de bilirrubina.

* Por hemólisis: Incompatibilidad por Factor Rh, ABO, y grupos menores. Defectos enzimáticos de los eritrocitos. Infecciones y septicemia neonatal.

* Por causas no hemolíticas: cefalohematoma, hemorragias, sangría dirigida. Policitemia, Aumento de la circulación entero-hepática.

2) Disminución en la captación y conjugación hepática:

Ictericia fisiológica, síndrome de Gilbert, hipotiroidismo e hipopituitarismo, ictericia por leche materna.

3) Dificultad o eliminación disminuida de bilirrubinemia

Infecciones, obstrucción biliar, problemas metabólicos, Anomalías cromosómicas, Drogas: Alcohol, corticoesteroides

Tratamiento específico.

Como principio general es importante mantener una hidratación adecuada, ya sea incrementando y estimulando la alimentación oral y/o canalizando una vena que permita la administración de fluidos.

- Fototerapia: Actualmente, luz del día, luz blanca fría, luz azul (más usado), con distancia de 20-30 cm con protección plástica para evitar irradiación infrarroja, se recomienda suspender fototerapia cuando se comprueba descenso de los niveles de bilirrubina en 4-5 mg/dl y por debajo de 14-15 mg/dl.
- Farmacológico: Fenobarbital, inductor enzimático mejorando conjugación de bilirrubina. Adm. 2-5 mg/kg/día 3 dosis por 7 días.

Agar gel o carbón: V.O., se unen a bilirrubina intestinal,

facilitando su eliminación, disminuyendo el círculo entero-hepático

* Protoporfirinas se fijan a hemo-oxigenasa más avidamente que el factor hem inhibiendo degradación de este factor, y por ende producción de bilirrubina.

* gammaglobulina intravenosa: disminuir hemólisis

- Recambio sanguíneo: en hemólisis severas.

Bibliografía

A, L., R, A., & M, R. (2017). Hiperbilirrubinemia Neonatal. *Revista de la American Medical Association*.

E, D. M. (2015). Hiperbilirrubinemia Neonatal. *Revista Social de Pediatría*.

