



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

ICTERICIA FISIOLÓGICA

DOCENTE: Dr. JEFFERY ANZHONY CRUZ ROBLES

ALUMNO: Jesus Alberto Perez Dominguez

MATERIA: Pediatría

CARRERA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 6 "A"

FECHA: 04 de Mayo del 2021

Comitán de Domínguez, Chiapas

ictericia fisiológica (Neonatal)

La ictericia clínica es la coloración amarillenta de la piel y mucosas por la impregnación de la piel por la bilirrubina.

Hiperbilirrubinemia > 5 mg/dl. Común en RN a término y RN pretérmino.

Fisiopatología

La bilirrubina no conjugada (indirecta) por la reacción de Van der Berg, es el producto final del catabolismo de la Hb por el sistema reticuloendotelial, y se transporta a las cel. hepáticas unida a la albumina sérica. Sobrepasa la capacidad de transporte de la albumina, atraviesa la barrera hematoencefálica produciendo lesiones en el sistema nervioso (Kernicterus). Algunos fármacos (ibuprofeno o acetaminofeno) disminuye la unión de la bilirrubina con la albumina \Rightarrow bilirrubina en plasma.

- En el hígado, la bilirrubina no conjugada (liposoluble) se convierte en bilirrubina directa o conjugada (hidrosoluble). Se excreta en los conductos biliares hacia el tracto intestinal, no se absorbe (por acción de la enzima β -glucuronidasa) en no conjugada, pasando de nuevo al hígado. Este mecanismo es conocido como circulación enterohepática.

Clínica

La ictericia presenta una progresión cefalocaudal con el ascenso de bilirrubina, por lo que la inspección ocular no es un indicador fiable.

Anamnesis y exploración

■ Anamnesis = edad materna, existencia de diabetes gestacional, medicaciones maternas (oxitocina), raza, edad gestacional, momento de aparición, ictericia neonatal en hembras, antecedentes neonatales (paliatoma, riesgo infeccioso), tipo de alimentación, pérdida de peso, Antecedentes de hemorragias (cefalohematomas o caput hemorragico) o fracturas, eliminación del meconio, presencia de ictericia láctea

■ **Expiración física** = celeración de piel y mucosas, estado general, reactividad de estímulos y despiñado de signos de infección. Extravasación de sangre o celos de tuerca. Existencia de miasmas abdominales o hepatoesplenomegalia. Signos de onfalitis, signos de hipotiroidismo.

Identificación de la ictericia.

en las primeras horas de vida o cualquier momento del periodo neonatal. Una aproximación clínica de los niveles puede ser: afección en la cara (presión digital sobre la nariz); los niveles de bilirrubina se encuentran entorno a 6-8 mg/dl, alcanzando los 10 mg/dl (parte sup. del tórax) • 10-15 (abdomen - ingles). Los niveles pueden ser predecibles mediante la medición fronscutánea de bilirrubina en la zona del estómago (Bilicheek).

- Medición de bilirrubina.
- Bilirrubina no conjugada = amarillento - anemizado (fondo pretónico)
- Bilirrubina conjugada = tinte amarillento - verdoso (niño humedado)
- Encefalopatía aguda = 1) Hipotonia, extupia, llanto agudo y problemas de succión. 2) Irritabilidad, hipertonia y fiebre. 3) Espasmos y convulsiones.
- Encefalopatía crónica (kernicterus) = Deficit intelectual, síndrome neurosensorial, mirada vertical hacia arriba y alt. dentales.

Diagnóstico

Clasificación de la ictericia.

1- Paciente de alto riesgo de desarrollar ictericia grave (Antecedentes de hermanos con ictericia grave, isoinmunización, politemia neonatal).

2- Si se trata de una ictericia fisiológica o patológica.

- niños a término = máximo hacia las 48-72 hrs. → 2da semana
- prematuros = el pico se produce entre el 4to y 5to día (max. 15 mg/dl)

Diferencias principales entre la ictericia fisiológica y patológica		
Parámetros	Fisiológica	Patológica
Aparición	Después de 24 hr.	1er día de vida o > una semana.
Intensidad	Moderada - leve	Elevada.
Crises de bilirrubinas total (BT) (mg/dl)	BT \leq 13 si la lactancia Art. BT \leq 15 si pretermo y LA BT \leq 17 si lactancia materna.	BT > 13 lactancia art. BT > 15 pretermo y LA BT > 17 si lactancia materna.
Predominio	Siempre indirecta	Predominio directa
Velocidad de incremento	< 0.5 mg/dl/hr.	> 0.5 mg/dl/hr
Desaparición	Hacia el 8º día (14º día si prematuro)	> 1 semana o aumento
Otros síntomas	Raro	Frecuente
Circunstancias asociadas	NO	Raro

Pruebas Diagnósticas.

Pruebas Diagnósticas.

- Grupo Sanguíneo y coombs: Independiente del grupo y Rh materno, hacer siempre grupo, Rh y coomb directo al niño. Coombs (-), hacer coomb indirecto
- Hemograma con fórmula leucocitaria, plaquetas, fórmula manual y reticulocitos, PCR; si es pretermo procalcitonina
- proteínas totales y albúmina (predominio)
- cultivos de sangre y orina
- Asimetría
- pruebas metabólicas (hipotiroidismo)
- niveles de bilirrubina directa & patológica cuando supera el 20% del valor de bilirrubina total, o > 1 mg/dl. valor común y estable.
- Otros = Alucosa - 6 - fructosa deshidrogenasa

Algoritmo en 43 días.

Factores de Riesgo para desarrollar una ictericia grave del RN 785 S04

Neonato con ictericia →

- 1- Momento de aparición
- 2- Factores de riesgo
- 3- Signos de enf. subyacente
- 4- Diagnóstico diferencial.

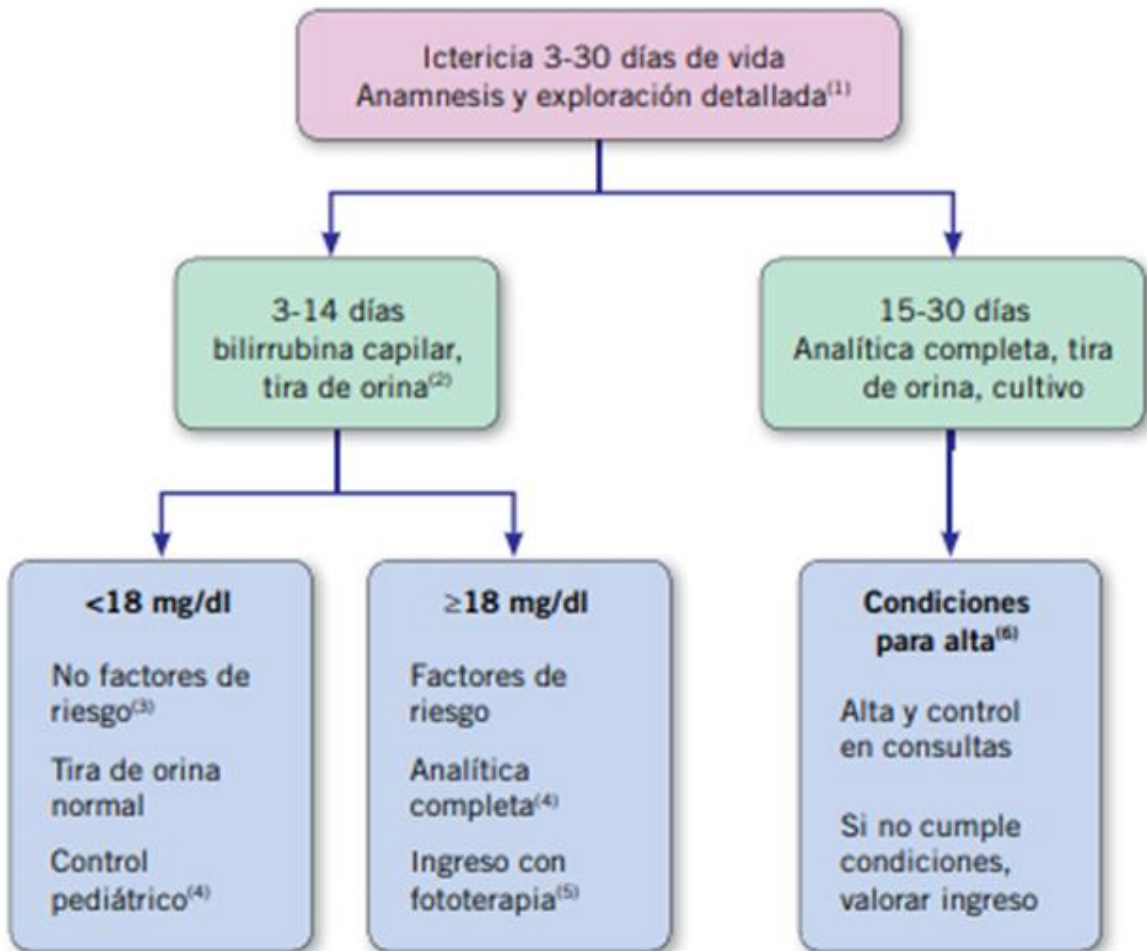
- Hermano premo con ictericia
- Edad gestacional 35-37 semanas
- 150 inmunización
- Icteric en primeros 24 hrs.
- Niveles de bilirrubina prenos al alta en zona de riesgo
- Sangre extrañada = ceterohematomas, cepit, hematomas, fractura de clavícula
- Leche materna o pérdida de peso (excesiva)
- Otros = pérdida de peso elevada, hematocrito 76%, meconios, hijos de madres diabéticas.

	A término sin factores de riesgo (Riesgo low)	A término con factores de riesgo EG=35-38 sin ER (Riesgo medio)	EG=35-38 y otros ER (Riesgo alto)
Edad (días)	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo Alto
1-2 días	13	11	9
2-3 días	15	17	11

Tratamiento

- **Fototerapia** = Tx inicial en todos los casos. El efecto máximo se produce durante los primeros 24-48 hrs. Complicaciones = los depósitos biliares, > pérdidas insensibles y deshidratación. > 10-20% durante las primeras 24 hrs.
- **Inmunoglobulinas IV** = En los casos graves de enf. hemolítica y se aplica con la fototerapia. Adm. 1g/Kg el primer día, mantenimiento 0.5g/Kg/día (2 días sig).
- **Exanguinotransfusión** = Los niveles de bilirrubina son muy elevados y existe riesgo de metaloprotein y cuando han fracasado el resto de medidas. Reemplazo por la vena umbilical, con sangre total lo más fresca posible.
 - centenas electrolíticos, hematocrito y bilirrubina.

ANEXO



1. Se debe realizar una historia clínica adecuada, con exploración física rigurosa, detallada en apartado "Diagnóstico".
2. La ictericia clínica puede orientarse mediante la medición de bilirrubina transcutánea, y comprobarse mediante la medición capilar. La tira de orina es de gran utilidad para poder realizar una evaluación inicial.
3. Considerar como factores de riesgo, los señalados en la tabla III.
4. Hemograma con fórmula manual, PCR. Función hepática y coagulación, bilirrubina conjugada. Según el caso, valorar hemocultivo. Tira de orina y urocultivo. En la tabla II, se muestra una aproximación diagnóstica válida.
5. Antes de valorar el tratamiento electivo, es necesario considerar: ¿la ictericia es fisiológica o patológica?, ¿el niño está icterico pero sano o icterico enfermo?
6. Condiciones para el alta: buen estado general, ganancia ponderal adecuada. En el caso de que se encuentre con lactancia artificial o mixta, debe considerarse patológico.

Figura 2. Algoritmo de manejo de la ictericia, a partir del tercer día de vida.

BIBLIOGRAFIA

- Kliegman, R. M., Geme, J. S., Blum, N., Shah, S. S., & Tasker, R. C. (Eds.). (2020). Nelson. Tratado de pediatría. Elsevier Health Sciences.
- Teres, F. O., & Gallardo, M. G. (2014). Ictericia neonatal. Servicio de Neonatología. Hospital universitario La Paz. *Pediatría Integral*, 367-374.