

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE

**CAMPUS:**

SAN CRISTOBAL

**LICENCIATURA:**

MEDICINA HUMANA

**MATERIA:**

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

**GRUPO: A**

3ER SEMESTRE

**ACTIVIDAD:**

SUPER NOTA

**TEMA:**

HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL

**ALUMNOS:**

JOSE SANCHEZ ZALAZAR

**DOCENTE:**

DR. KATIA PAOLA MARTÍNEZ LÓPEZ

**FECHA:**

19/11/2022

**CIUDAD:**

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS

CHIAPAS

## HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL



La hiperbilirrubinemia neonatal se manifiesta como la coloración amarillenta de la piel y mucosas que refleja un desequilibrio temporal entre la producción y la eliminación de bilirrubina.

### Epidemiología

Aproximadamente el 50-60% de neonatos presentan hiperbilirrubinemia y la mayoría de los recién nacidos desarrollan ictericia clínica luego del segundo día de vida como expresión de una condición fisiológica.



### Fisiopatología

El recién nacido en general tiene una predisposición a la producción excesiva de bilirrubina debido a:

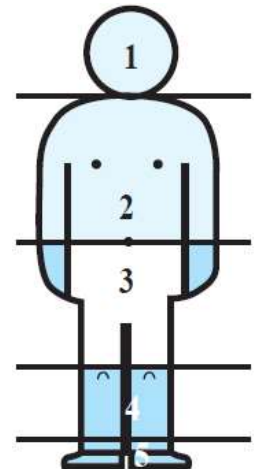


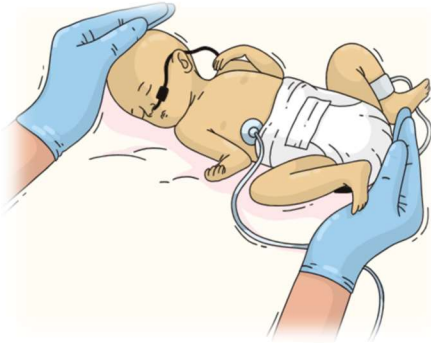
- Mayor número de eritrocitos.
- Menor sobrevivencia del glóbulo rojo.
- Eritrocitos envejecidos en proceso de destrucción.
- Ingesta oral disminuida, y escasa flora intestinal (mayor circulación entero-hepática).
- Insuficiente funcionalidad hepática.
- Presencia de sangrados y hematomas.
- Ausencia de placenta.

### Presentación Clínica

La bilirrubina es visible con niveles séricos superiores a 4-5 mg/dL. Es necesario evaluar la ictericia neonatal con el niño completamente desnudo y en un ambiente bien iluminado, es difícil reconocerla en neonatos de piel oscura, por lo que se recomienda presionar la superficie cutánea.

La ictericia neonatal progresa en sentido céfalo-caudal y se puede estimar en forma aproximada y práctica, aunque no siempre exacta, los niveles de séricos de bilirrubina según las zonas corporales comprometidas siguiendo la escala de Kramer.





### Hiperbilirrubinemia severa temprana

Generalmente asociada a una producción incrementada por problemas hemolíticos y presente antes de las 72 horas de vida.

Los niveles séricos de bilirrubina se encuentran por encima del percentilo 75 en el nomograma horario y representan un alto riesgo para el recién nacido.

### Hiperbilirrubinemia severa tardía

Generalmente asociada a una eliminación disminuida, que puede o no asociarse a incremento de su producción y presente luego de las 72 horas de vida. Generalmente se debe a problemas de lactancia o leche materna, estreñimiento, mayor circulación entero hepática, etc.



1. Ictericia en las primeras 24 horas: determinación del nivel de bilirrubina sérica
2. Ictericia excesiva para la edad del paciente: determinación del nivel de bilirrubina sérica
3. Neonato en fototerapia o con ascenso rápido de la bilirrubina: grupo y Rh, prueba de Coombs, hemograma, frotis sanguíneo, bilirrubina total y fracciones, recuento de reticulocitos, determinación seriada del nivel de bilirrubina dependiendo de la edad, en forma opcional G6PD.
4. Nivel de bilirrubina cercana a recambio sanguíneo: recuento de reticulocitos, G6PD, albuminemia.
5. Hiperbilirrubinemia directa: examen de orina y urocultivo, evaluación para sepsis.
6. Ictericia prolongada: nivel de bilirrubina total y fracciones, función tiroidea y descartar galactosemia. Evaluación de causas de colestasis en caso de hiperbilirrubinemia directa.

Evaluación de la hiperbilirrubinemia en neonatos de 35 o más semanas de gestación.

### CAUSAS DE LA HIPERBILIRUBINEMIA NEONATAL

1. Incremento en la producción de bilirrubina  
Por hemólisis
2. Disminución en la captación y conjugación hepática
3. Dificultad o eliminación disminuida de bilirrubina.

## Manejo

El manejo correcto de la hiperbilirrubinemia se basa en el reconocimiento de factores de riesgo y/o en los niveles de bilirrubina sérica total específica para la edad post natal del neonato.

## TRATAMIENTO

1. Luminoterapia: fotoisomerización, oxidación de bilirrubina e intramolecular
2. Recambio sanguíneo: remoción de bilirrubina extracorpórea
3. Protoporfirinas: bloquea la hemo-oxigenasa
4. Fenobarbital: acelera conjugación y excreción de bilirrubina
5. Agar y carbón: disminuyen la circulación entero hepática
6. Inmunoglobulina IV: inhibe hemólisis
7. Albúmina: mejorar la unión de bilirrubina

## INDICACIONES PARA LA LUMINOTERAPIA EFECTIVA



1. Colocar al paciente a 20-30 cm de la luminoterapia.
2. Mantener protección plástica o acrílica
3. Contar como mínimo con seis focos
4. Verificar que todos los focos funcionan. Evitar "focoterapia".
5. Medir periódicamente la eficacia de los focos
6. Exponer la mayor superficie corporal a la luz.
7. Continuar en lo posible la ingesta oral
8. Proteger los ojos

## Bibliografía:

hiperbilirrubinemia neonatal / Mazzi e. y col.pdf