



**Nombre del alumno:**

Yessica Guzmán Sántiz

**Nombre del profesor:**

Dr. Luis Enrique Guillén Reyes

**Nombre del trabajo:  
ICTERICIA NEONATAL**

**Materia:**

Pediatría

**Grado:**

6°A

# ICTERICIA NEONATAL

Coloración amarilla de piel y mucosas cuando existe hiperbilirrubinemia

## EPIDEMIOLOGÍA

Ictericia en la 1ra semana

60% RN término

80% prematuros

Ictericia durante el 1er mes de vida

10% RN lactancia materna

Mayoría presenta ictericia fisiológica

se resuelve 3-5to día de vida

## FACTORES DE RIESGO

INCREMENTO DE BILIRRUBINA

1. <38SDG

2. Ictericia 1ras 24h

3. AHF que requirió fototerapia

4. Lactancia materna exclusiva

## RECOMENDACIONES

1. Investigar FR

2. Examinar RN 1ras 72h

3. Inspección visual RN desnudo

luz brillante, natural

4. Revisar esclerótidas, encías, piel blanqueada

No confiar solo en la inspección, medir bilirrubina

5. Medir urgente niveles si en 24h hay ictericia

Dificultad en la examinación: color de piel

**BLANQUEAR PIEL:** realizar presión e inspeccionar esclerótida y paladar

## AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

1. Bilirrubina transcutánea (bilirrubinómetro)

>14.7mg/dl medir bilirrubinas séricas

Sitios de medición: frente o **esternón**

(más usada, lectura adecuada, en frente se arruga al llorar)

2. Bilirrubina sérica

estándar de oro

DETECTAR ENFERMEDAD SUBYACENTE

1. BHC (descartar policitemia)

2. Reticulocitos (descartar alt. MO)

3. Grupo sanguíneo Rh

4. Prueba de coombs

PATOLOGÍA ESPECÍFICA

1. FSP

2. Niveles de glucosa 6 fosfato

3. Deshidrogenasa en sangre

4. Cultivos sangre, origina, LCR

Se presenta debido a la corta vida media de los eritrocitos concentración alta y a un lento metabolismo y excreción de la bilirrubina

Bilirrubina no conjugada es tóxica al tejido neural

*puede progresar a encefalopatía hiperbilirrubinémica o kernicterus (niveles bajos de bilirrubina)*

## TIPOS DE ICTERICIA

Fisiológica	Lactancia materna	No fisiológica
1ra sem no tiene causa identificable	1ra sem persiste >2sem	<b>Déficit G6PD ictericia grave</b>
1. > carga de bilirrubinas en hepatocitos 2. < vida media GR 90d 3. > reabsorción en intest 4. defectuosa captación 5. conjugación defect (glucoroniltransferasa)	Medición antes >38SDG repetir c/6h	1. incompatibilidad grupos sanguíneos 2. Hemólisis 3. sepsis 4. hematomas 5. trastornos metabólicos (deficit G6PD, sx Gilbert)

*luz azul 460-490nm*

## FOTOTERAPIA

*evitar kernicterus*

inicio	durante	retiro
Medición antes >38SDG repetir c/6h	Repetir c/4-6h Si decrece nivel c/6-12h	Cuando descienda al menos 2.92mg/dl de lo medido inicial Medir c/12-18h
<b>convierte bilirrubina en un compuesto soluble en agua LUMIRUBINA, se excreta en orina/bilis</b>		

## ESCALA DE KRAMER

Escala visual, niveles de bilirrubina y localización cutánea (cefálo-caudal)

1	cabeza y cuello	5-6mg/dL bilirrubina
2	MS, tórax y abdomen superior (hasta imbligo)	7-9mg/dL bilirrubina
3	Abdomen inferior y muslos (hasta rodilla)	10-12mg/dL bilirrubina
4	piernas (hasta tobillos)	13-16mg/dL bilirrubina
5	palmas y plantas	>17mg/dL bilirrubina

**Solo para determinar ausencia/presencia**

## RECOMENDACIONES BS

1. Medir/registrar dentro de las 2h
2. Interpretar bilirrubina de acuerdo a edad postnatal en horas
3. Ictericia visible 24h: medir bilirrubinas a las 6h

**bilirrubina conjugada >=147mg/dl sospechar enfermedad hepática grave**

**FOTOTERAPIA FRACASO** cuando existe 2 incrementos sucesivos post.

