



Universidad Del Sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana



Tema:

Infografía sobre “Ictericia neonatal”

Alumna:

Anzuetto Aguilar Mónica Monserrat.

Grupo: A

Grado: 6°

Materia:

“Pediatria”

Docente:

Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

Comitán de Domínguez, Chiapas a 23 de mayo de 2024.

La ictericia neonatal se trata de la coloración amarillenta de la piel del recién nacido, se debe a una alteración de bilirrubina en sangre y debe alcanzar >5 mg/dL para que aparezcan las manifestaciones, es realmente frecuente en el medio hospitalario que aparezca, generalmente no representa un cuadro grave sin embargo si puede llegar a prolongarse más de lo normal y por lo tanto a tener complicaciones que llegan a ser de alto riesgo para ese recién nacido. La detección y tratamiento precoz es de gran importancia ya que puede ayudar a mantener en margen este signo, tomando en cuenta los antecedentes y su susceptibilidad según antecedentes o los factores de riesgo (como la edad gestacional, factores genéticos, elementos sanguíneos). Las medidas de prevención también toman un gran papel ya que es fundamental poder hacer detecciones, según sea el caso, con los correspondientes análisis y resultados obtenidos, y no debe dejarse de monitorizar el estado del hígado.



ICTERICIA NEONATAL

Signo que se manifiesta cuando la bilirrubina total >5 mg/dL o percentil >95



EPIDEMIOLOGÍA

- COMÚN EN EL PERÍODO NEONATAL
- 60% DE LOS RNT Y 80% DE RNPT
- PUEDE SER UN DÉFICIT COMPLETO (SX DE CLIGER- NAJJAR) O INCOMPLETO (SX GILBERT)



GENERALIDADES

- SUELE SER BENIGNA, PERO LA BILIRRUBINA TIENE UNA TOXICIDAD POTENCIAL
- SEGUIMIENTO HASTA CONOCER LA CAUSA
- SE PROMOVERÁ LA FOTOTERAPIA POR RIESGO DE KEINICTERUS

DETERMINAR

- Hiperbilirrubinemia directa
- Hiperbilirrubinemia indirecta (+ frecuente)



FX DE RIESGO

- Edad gestacional <38 SDG
- Historia de familia
- Alimentación exclusiva con leche materna
- Ictericia en las primeras 24 hrs
- Cefalohematoma



MECANISMOS

- 1) + PRODUCCIÓN DE BILIRRUBINA
- 2) < ACLARAMIENTO

- 1) Hemolítica: Mediada por AC (Rh, ABO)
- 2) No hemolítica: Prematurez, >circulación enterohepática, errores del metabolismo



<24 HRS DVEU ES PATOLÓGICO Y GRAVE

HIPER-INDIRECTA

- Fisiológica:
- Sx Cliger Najjar
- Asociado a leche materna
- Incompatibilidad Rh
- Incompatibilidad grupo ABO

FISIOLÓGICA

- Inicio: 2do DVEU
- Resolución: 1 semana
 - >10.15 días no es fisiológica
- Se relaciona con <vida de eritrocitos + inmadurez transitoria de conjugación hepática
- Pico a las 48 hrs DVEU
- Bilirrubina D: <2 mg/dL y total: <5 mg/dL
- Representa el 63%
- No suele requerir TX



ASOCIADO CON LECHE MATERNA

- Inicio: 4-7 DVEU
- Resolución: 3-12 semanas
- Relacionado con >Bglucoronidasa
- >Bilirrubina Indirecta al 7 día
- Mecanismo desconocido
- NO suspender leche materna
- Descartar otras etiologías
- Pico máximo de bilirrubina 3 semana



INCOMPATIBILIDAD RH

- Inicio: 2do día
- Anticuerpos IgG
- Resolución: 1 semana
- Hemólisis de eritrocitos fetales por AC transplacentarios
- Cuadro grave: Hydrops Fetalis (aspecto de Buda)
- DX: Coombs directo o indirecto
- TX fetal: transfusiones intrauterinas, posnatal: fototerapia, exanguinotransfusión



INCOMPATIBILIDAD ABO

- Inicio: 2do día
- Madre O y RN A o B
- Cuadro +leve, sin palidez y el hydrops es poco frecuente
- Dx: Grupo sanguíneo materno y del RN
- TX: fototerapia si es necesaria

SX CLIGER NAJJAR

- Inicio: 2-3 DVEU
- Tipo 1: Actividad nula de la udpgt
 - Tx: Transplante hepático
- Tipo 2: <actividad de UDPGT
 - Buen pronóstico

Dentro de las ictericias debe de poder identificarse su causa, se pueden hacer diagnósticos diferenciales no solo a partir del período de presentación sino también apoyados de estudios de laboratorio que orienten principalmente a una de ellas, que será de vital importancia para comprender el procedimiento a seguir y conocer bien los parámetros en los que esa ictericia siga siendo normal, ya que como se mencionó la mayoría van a ser casos benignos que no requieren un tratamiento como tal, más son medidas de soporte o se autolimitan, pero si hay ciertos casos en los que puede llegar a ser una enfermedad muy grave, por lo que debe valorarse rutinariamente, tener los valores actualizados y vigilar la evolución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Martínez, D. R. (2013). Salud y Enfermedad del Niño y del Adolescente 8a edición. México: El Manual Moderno SA de CV.