



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**  
**MEDICINA HUMANO**  
**CAMPUS COMITAN**



Citlali Anayanci Palacios Coutiño

Pediatría

Dr. Jesus Alejandro Morales Perez

2da unidad

6to semestre grupo A

Se trata de recién nacido masculino, de 38 semanas de gestación, producto de un parto eutócico sin complicaciones. Su madre es una mujer de 26 años, grupo sanguíneo O Rh negativo, sin antecedentes patológicos relevantes. El recién nacido pesó 3,100 g, APGAR 9/9, alimentación exclusiva con leche materna

A las 48 horas de vida, la madre nota que su hijo tiene un color amarillo en la piel, principalmente en la cara y el tronco. No presenta fiebre, letargo, rechazo al alimento ni dificultad respiratoria.

#### Exploración Física

- Peso: 3,100 g
- FC: 140 lpm, FR: 40 rpm, T°: 36.8°C
- Piel y mucosas: ictericia hasta el abdomen (grado II de Kramer).
- Resto de la exploración sin alteraciones.

#### Laboratorios

- Bilirrubina total: 13.5 mg/dL
- Bilirrubina indirecta: 12.8 mg/dL
- Bilirrubina directa: 0.7 mg/dL
- Hemoglobina: 16 g/dL
- Hematocrito: 48%
- Grupo sanguíneo y Rh del RN: O Rh positivo
- Prueba de Coombs indirecta (madre): negativa
- Prueba de Coombs directa (RN): negativa

1. ¿Cómo diferenciarías una ictericia fisiológica de una patológica? Realizas un cuadro comparativo utilizando solo CONCEPTOS.

Ictericia fisiológica 2do y 3er día de vida	Ictericias de las primeras 24 horas	Ictericias 4to y 5to día de vida	Ictericia después de la 1era semana
<p><b>Aparición en RN término: 36-48 horas de vida</b>  <b>Desaparece a término: primera semana</b></p> <p><b>Aparición en RN pretérmino: 48-72 horas</b>  <b>Desaparece pretérmino: 14 días</b></p> <p><b>Bilirrubina término: 12,9 mg/dl</b>  <b>Bilirrubina pretérmino: 15 mg/dl</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones adquiridas</li> <li>• Extravasaciones sanguíneas</li> <li>• Sangre deglutida</li> <li>• Policitemia</li> <li>• Anemias hemolíticas causadas por drogas, morfología anormales de los hematíes, deficiencias enzimáticas de los hematíes etc.</li> <li>• Hiperbilirrubinemia neonatal transitoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incompatibilidad por Rh, ABO, E, C, Kell, MN, etc</li> <li>• Infecciones intrauterinas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación con leche materna</li> <li>• Síndrome de dificultad respiratoria</li> <li>• Hijo de madre diabética</li> <li>• Hipotiroidismo</li> <li>• Síndrome de Crigler y Najjar</li> <li>• Síndrome de Gilbert</li> <li>• Obstrucción gastrointestinal del recién nacido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estenosis pilórica</li> <li>• Herpes simple</li> <li>• Hepatitis neonatal a células gigantes</li> <li>• Infecciones adquiridas</li> <li>• Atresias de vías biliares</li> <li>• Quiste del colédoco</li> <li>• Galactosemia</li> </ul>

	Fisiológica	Patológica
<b>Aparición</b>	Después de las 24 horas de vida	Primeras 24 horas de vida
<b>Predominio</b>	Bilirrubina indirecta o no conjugada	Bilirrubina directa o conjugada
<b>Duración</b>	Primera semana de vida RN a término 14 días RN pretérmino	>1 semana RN a término >14 días RN pretérmino
<b>Cifras de bilirrubina total</b>	BT <13 lactancia artificial BT <15 prematuridad BT <17 lactancia materna	BT >13 lactancia artificial BT >15 prematuridad BT >17 lactancia materna
<b>Velocidad de incremento de bilirrubina sérica</b>	<5 mg/dl/día	>5 mg/dl/día

2. Explica la fisiopatología de la ictericia en este paciente.

Sospechando de una ictericia patológica por incompatibilidad de Rh sin embargo descarte el diagnóstico ya que esta causa tiene aparición de ictericia en las primeras 24 horas de vida, acompañándose de palidez debido a anemia (en este caso no presenta anemia ya que su hemoglobina está en parámetros normales), letargo y rechazo a la alimentación, este neonato no presenta ningún síntoma descrito, en esta ictericia patológica había bilirrubina sérica >18 mg/dl sin embargo el recién nacido tiene una bilirrubina en parámetros de ictericia fisiológica.

Llegando al diagnóstico de ictericia fisiológica ya que se presenta a las 48 horas de vida, tiene predominio en la bilirrubina indirecta, no hay antecedentes de importancia en la madre y el neonato no presenta síntomas de alarma.

Fisiopatología: los recién nacidos tienen una mayor masa eritrocitaria (más glóbulos rojos por kg de peso). Además, estos eritrocitos tienen una vida media más corta (~70-90 días) comparado con adultos. Esto lleva a una mayor hemólisis fisiológica, generando más bilirrubina no conjugada.

El hígado del neonato tiene actividad reducida de la enzima UDP-glucuroniltransferasa (UGT1A1). Esta enzima es responsable de conjugarse la bilirrubina no conjugada para volverla soluble y excretable. Al estar inmadura, se acumula bilirrubina no conjugada en sangre.

3. ¿Qué factores de riesgo podrían influir en la ictericia neonatal en este RN?

La lactancia materna se considera dentro del factor de riesgo especialmente si hay poca ingesta ya que puede llevar a una deshidratación leve y pérdida de peso y aumenta la reabsorción intestinal de bilirrubina (circulación enterohepática).

La incompatibilidad de Rh y las pruebas de coombs negativas.

Y que los recién nacidos tienen poca actividad de la enzima UGT1A1, esta al estar inmadura acumula bilirrubina no conjugada en sangre provocando ictericia.

4. ¿Este paciente requiere fototerapia? Justifica tu respuesta.

No requiere ya que se habla de iniciar tratamiento con fototerapia cuando supera el umbral fisiológico o si la bilirrubina alcanza niveles considerados riesgosos según la edad del bebé en horas y otros factores (peso, prematuridad).

5. ¿Qué medidas generales recomendarías a la madre para el manejo de la ictericia neonatal en casa?

1. Alimentación frecuente

- Darle pecho cada 2–3 horas, incluso si no lo pide.
- Asegurarse de que el bebé succiona bien y orina al menos 6 veces al día después del día 4.
- Si toma fórmula, también debe alimentarse con frecuencia.

2. Observación del color del bebé

- Revisar si la coloración amarilla sube o baja:
- Empieza en la cara y baja hacia el tronco y piernas.
- Si llega a las palmas o plantas, es señal de mayor bilirrubina.
- Observar el color de los ojos (escleróticas amarillas = ictericia visible).

3. Control de la hidratación

Verificar que el bebé:

- Orina frecuentemente.
- Tiene heces amarillas o mostaza (a partir del 4.º o 5.º día).
- No está demasiado somnoliento o difícil de despertar.

4. Evitar exposición solar directa

- No es recomendable exponer al bebé al sol directo como tratamiento.
- La luz solar indirecta (ambiente iluminado) no reemplaza la fototerapia.

5. Contacto piel a piel

- Favorece el vínculo, ayuda a la lactancia y regula temperatura.
- Estimula el comportamiento de búsqueda y succión.

6. Asistir a los controles postnatales

- Llevar al bebé al control dentro de las primeras 48 horas después del alta.

- Seguir todas las indicaciones del pediatra.

#### 7. Reconocer signos de alarma

Contactar al pediatra si el bebé:

- Está muy adormilado o no se alimenta bien.
- Tiene color amarillo intenso o rápido ascenso de la ictericia.
- Tiene fiebre, vómitos, llanto agudo o rigidez.

Seguimiento en todos los casos de ictericia:

- La salud auditiva
- El desarrollo neurológico a largo plazo
- La presencia de anemias en las siguientes 4-6 semanas