



Mi Universidad

DIAGRAMAS

Bryan Reyes González.

Diagramas.

Cuarto parcial.

Clínica pediátrica.

Dr. Miguel de Jesús García Castillo.

Licenciatura en Medicina Humana.

7° semestre grupo C

*Comitán de Domínguez, Chiapas a 18 de Diciembre del
2024.*

HIPOGLUCEMIA NEONATAL

DEFINICION

Se conoce como hipoglucemia neonatal transitoria la que ocurre dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento, como consecuencia de los cambios metabólicos que ocurren en la transición de la vida fetal a la extrauterina.
La que persiste más allá de las 48 horas de vida deja de considerarse transitoria, y deberá investigarse el origen de esta.

Se ha aceptado que un nivel de glucosa en sangre <47 mg/dl (2,6 mmol/l) debe utilizarse para definir la hipoglucemia neonatal.

Algunos autores difieren y consideran como hipoglucemia niveles <45 mg/dl (2,5 mmol/l) y otros hasta <50 mg/dl (2,78 mmol/l).

En los recién nacidos entre la 1era y 2da hrs de vida, las concentraciones medias de glucosa en plasma disminuyen entre 25 y 30 mg/dL (1.4-1.7mmol/L) llegando hasta 55-60 mg/dL (3-3.3 mmol/L).

Los siguientes 2 a 3 días los niveles de glucosa aumentan constantemente para volver al rango normal considerado entre 70 y 100 mg/dL (3.9-5.6 mmol/L).

VALORES NORMALES

HIPOGLUCEMIA

ETIOLOGIA

HIPOGLUCEMIA NEONATAL TRANSITORIA

- Sustrato inadecuado
- Función enzimática inmadura que hace que los depósitos de glucógeno sean escasos
- Hiperinsulinismo transitorio

FACTORES DE RIESGO

- Grande para la edad gestacional
- Hijo de madre diabética
- Parto prematuro o postérmino
- Medicamentos (valproato, betabloqueadores, hipoglucemiantes)

HIPOGLUCEMIA NEONATAL PERSISTENTE

- Hiperinsulinismo
- Defecto de la liberación de hormonas contrarreguladoras (hormona de crecimiento, corticosteroides, glucagón, catecolaminas)
- Trastornos hereditarios del metabolismo

CUADRO CLINICO

- Estupor 100%
- Agitación 81%
- Convulsiones 58%

DIAGNOSTICO

- CLINICO:
- Estupor 100%
- Agitación 81%
- Convulsiones 58%
- DETERMINACION POSPANDRIAL DE LA GLUCOSA CAPILAR A LAS DOS HORAS DE VIDA: <45MG/DL



TRATAMIENTO

TRATAMIENTO SINTOMATICA

- ADMINISTRAR SOLUCION GLUCOSADA AL 10%, EN BOLO IV (2ML/KG-200MG/KG)
- INICIAR INFUSION DE SG 10%, CON APORTE DE 6-8MG/KG/MIN
- SI ES POSIBLE CONTINUAR CON ALIMENTACION ORAL

TRATAMIENTO ASINTOMATICA

¿CUAL ES EL NIVEL DE GLUCOSA?

¿PRESENTA SINTOMAS?

SI

NO

GLUCOSA IGUAL O MENOR A 25MG/DL

- TOMAR MUESTRA DE SANGRE CON TECNICA ADECUADA Y VERIFICAR EL VALOR DE LA GLUCOSA CENTRAL
- SIN ESPERAR RESULTADO DE LABORATORIO: -INICIAR SOLUCION GLUCOSADA AL 10% CON APORTE DE 6-8MG/KG/MIN.
- VALORAR LA POSIBILIDAD DE ALIMENTACION ENTERAL

CONTINUAR MANEJO COMO HIPOGLUCEMIA SINTOMATICA

- INICIAR SOLUCION GLUCOSADA AL 10% CON APORTE DE 6-8MG/KG/MIN
- VALORAR LA POSIBILIDAD DE ALIMENTACION ORAL



GLUCOSA ENTRE 25-45MG/DL

- TOMAR MUESTRA DE SANGRE CON TECNICA ADECUADA Y VERIFICAR EL VALOR DE LA GLUCOSA CENTRAL
- SIN ESPERAR RESULTADO DE LABORATORIO: -CONTINUAR ALIMENTACION VIA ORAL, PREFERENTEMENTE SENO MATERNO
- DE NO SER POSIBLE OFRECER SUCEDÁNEO DE LECHE MATERNA 1-5 ML/KG/TOMA, 10 A 12 VECES AL DIA.
- DETERMINAR GLUCOSA DESPUES DE 30 A 60 MINUTOS

GLUCOSA IGUAL O MENOR 45MG/DL

- CONTINUAR ALIMENTACION CADA 1-2 HORAS
- DETERMINAR EL NIVEL DE GLUCOSA CADA 4-6 HORAS DURANTE LAS PRIMERAS 48HRS DE VIDA
- EL OBJETIVO ES MANTENER EL NIVEL DE GLUCOSA ENTRE 50-120MG/DL

DETERMINACION DE GLUCOSA A LOS 30 MIN ES DE >45MG/DL

CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO

SI

NO

- ADMINISTRAR BOLO DE SG 10% E INCREMENTAR APORTE DE GKM DE 2 EN DOS MG/KG/MIN. HASTA UN MAXIMO DE 12 MG/KG/MIN
- SI ES POSIBLE CONTINUAR CON ALIMENTACION VIA ORAL

DETERMINACION DE GLUCOSA A LOS 30 MIN ES DE >45MG/DL

NO

- INVESTIGAR COMORBILIDADES
- SOLICITAR VALORACION POR

NO

DETERMINACION DE GLUCOSA A LAS 6 HORAS ES DE >50MG/DL

SI

- CONTINUAR MISMO APORTE GKM POR 24HRS CON MONITORIZACION DE GLUCOSA CADA 6 HRS

GLUCOSA >50MG/DL

- DISMINUIR APORTE DE GKM DE 2 EN 2MG/KG/MIN
- INCREMENTAR APORTE VIA ORAL

- DESPUES DE 6 HORAS HAY GLUCOSA DE >50MG/DL Y ADECUADA ALIMENTACION

- SUSPENDER SOLUCIONES IV
- CONTINUAR CON ALIMENTACION VIA ORAL

CRISIS CONVULSIVA

DEFINICION

La crisis convulsiva febril es definida como un episodio convulsivo generalizado que ocurre durante una fiebre, sin evidencia de una causa subyacente más allá de la fiebre (es decir, sin una afección neurológica preexistente).

-2% A 5%: niños de 6 meses a 5 años de edad
-ALTOS EN 18 MESES DE EDAD
-BAJOS ANTES DE LOS 6 MESES O DESPUES DE LOS 3 AÑOS
-MAS FRECUENTE EN HOMBRES
-MAYO A JUNIO: INFECCION DE LAS VIAS SUPERIORES
-OCTUBRE A NOVIEMBRE: INFECCIONES GASTROINTESTINALES COMUNES

-Una convulsión asociada con una temperatura elevada superior a los 38°C
-Un niño mayor a seis meses y menor de cinco años
-Ausencia de infección o inflamación del sistema nervioso central
-Ausencia de alteración metabólica sistémica aguda que pueda producir convulsiones
-Sin antecedentes de convulsiones afebriles previas

CRITERIOS

EPIDEMIOLOGIA

FACTORES DE RIESGO

CARACTERISTICAS DE LAS CRISIS CONVULSIVAS INICIO FOCAL (PARCIALES)

CARACTERISTICAS DE LAS CRISIS CONVULSIVAS INICIO GENERALIZADO (PRIMARIAMENTE GENERALIZADO)

FACTORES DE RIESGO

-CONSCIENCIA PERSERVADA (SIMPLES)
Con memoria del evento con síntomas motores, sensoriales o psíquicos
-CONSCIENCIA ALTERADA (COMPLEJAS)
Somnolencia y una fase postictal
-FOCAL A BILATERAL (GENERALIZACION)

-AUSENCIA
se caracterizan por una mirada fija en un punto.
-TONICO-CLONICA
Se caracteriza por una contracción generalizada de los músculos, seguida de sacudidas rítmicas de brazos y piernas- MAS COMIUN
-TONICO
Se caracteriza por una contracción generalizada de los músculos de todo el cuerpo, que suele ser más intensa en las extremidades superiores
-ATONICA
Se caracteriza por una pérdida brusca del tono muscular, lo que puede provocar una caída al suelo
-MIOCLONICAS
Se caracterizan por sacudidas bruscas y rápidas de las extremidades.

-DESVELO
-FACTORES ESTRESANTES
-FIEBRE ALTA Y PROLONGADA
-ESTIMULOS LUMINOSOS
-ACTIVIDAD FISICA PELIGROSA O ESTRESANTES
-HISTORIA FAMILIAR DE CRISIS CONVULSIVAS



SINTOMAS ANTES DE LA CONVULSION

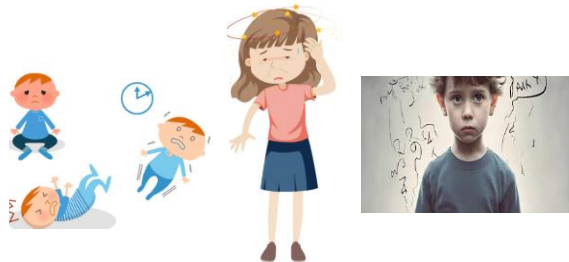
SINTOMAS DURANTE LA CONVULSION

SINTOMAS DESPUES DE LA CONVULSION

- Puede haber cambios en la visión
- el olfato o la audición,
- síntomas como miedo
- ansiedad
- náuseas o vértigo.

-Movimientos espasmódicos e incontrolables de los brazos y piernas
-Pérdida de la conciencia o desmayo
-Cambios emocionales o cognitivos, como miedo, ansiedad o déjà vu
-Espuma en la boca
-Bruxismo
-Cianosis
-Dificultades respiratorias
-Dolor articular
-Movimientos oculares incontrolados
-Ojos muy abiertos

-Cansancio
-Confusión
-Dolor de cabeza
-Otros síntomas...



DIAGNOSTICO

-CLINICO
-PUNCIÓN LUMBAR SI: sospecha de infección de SNC
-ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG)
-TAC Y RMN CEREBRAL
-TAC URGENTE (TCE, niños no se han recuperado de estado postictal después de una hora.)



TRATAMIENTO

CRITERIOS DE HOSPITALIZACION

Aplicar los criterios de hospitalización en personas que presentaron un CC, en las siguientes condiciones:
-Edad <1 año: CC afebril.
-CC febril Compleja o Atípica.
-Estado postictal 30 minutos posterior al evento convulsivo.
-Signos meníngeos subjetivos de infección de SNC.
-Primera CC no convocada que se presenta como estado epiléptico.
-Deficit neurológico en paciente sano previamente.

TRATAMIENTO

- 1.- Estabilización
- 2.- FRENAR LA CRISIS SI ESTA ACTIVA
- 3.- DIAZEPAM IV: 0.25 MG/KG
MIDAZOLAM 0.05-0.3 MG/KG
Si no funciona repetir benzodicepinas a los 5 min.
- 4.- FENITOINA IV 15-20 MG/KG
Si no funciona repetir segunda dosis

CRISIS EPILEPTICA FEBRIL Y DE PRIMERA VEZ

Durante los primeros 5 minutos de la fase ictal se recomienda los siguientes cuidados:

- Mantener la calma
- Colocar al paciente en decubito lateral, procurando que halla suficiente espacio alrededor de la persona
- Controlar la vía aérea
- No colocar objetos en la boca
- Medir la duración de la CC
- Remover órtesis (cuando proceda)

ESTABILIZACION

FRENAR CRISIS



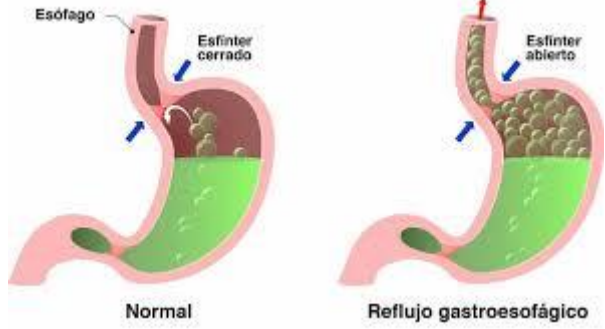
REFLUJO GASTROESOFAGICO

DEFINICION

El reflujo gastroesofágico (RGE), se define como el paso del contenido gástrico hacia el esófago.
La regurgitación se define como el paso del contenido gástrico hacia el esófago o hacia la boca "sin esfuerzo alguno" o "arcada" es decir, no hay contracción del diafragma; es el regreso involuntario hacia la boca, de comida o secreciones

El reflujo gastroesofágico ocurre en más de dos tercios de los lactantes menores de 1 año de edad, pero el reflujo patológico sólo se presenta en 1 de cada 300 lactantes. Es una entidad que se autolimita y que generalmente se resuelve entre los 6 y 12 meses de edad; sin embargo, 1% de los lactantes mayores de 1 año de edad continúa con regurgitaciones.

- ### POSIBLES ETIOLOGIAS
- Infecciones, especialmente de vías urinarias
 - Alergia a los alimentos
 - Anormalidades anatómicas
 - Desórdenes neurológicos
 - Enfermedades metabólicas
 - Negligencia y abuso



- ### FACTORES DE RIESGO
- Antecedente de reparación de fistulas traqueoesofágicas
 - Atresia esofágica
 - Pacientes con daño o retraso mental
 - Hernia hiatal
 - Displasia broncopulmonar
 - Asma
 - Fibrosis quística
 - Escoliosis
 - Parálisis cerebral espástica
 - Laringomalasia
 - Obesidad
 - Antecedente de prematurez



SINTOMAS

RGE no complicado (llamados vomitadores felices) es

- Reflujo gastroesofágico sin esfuerzo
- Regurgitación sin aparentemente sanos dolor, en niños
- Crecimiento normal



- En lactantes, los síntomas frecuentes de reflujo funcional son:
- Regurgitación
 - Irritabilidad
 - Vómito
- Son indistinguibles de los causados por:
- Alergia a la leche de vaca
 - Cólico
 - Otras alteraciones



Alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV)

- Náusea
- Vómito
- Dolor abdominal
- Diarrea
- Retraso en el crecimiento
- Pérdida de peso

DIAGNOSTICO

- Serie gastrointestinal superior
- pHmetría esofágica
- Impedancia intraluminal múltiple combinada con el monitoreo del pH (IIM/pH)
- Endoscopia alta
- La biopsia esofágica, gástrica o duodenal

DEFINICION

La alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV) es una reacción adversa que se origina por mecanismos inmunológicos mediados o no por IgE o mixtos. Es una de las primeras manifestaciones alérgicas que se observan en los niños. La mayoría de los afectados son menores de 3 años. Los niños sensibilizados deben evitar los productos lácteos.

FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes familiares (alergia materna)
- Nacimiento por cesárea
- Alergia materna más nacimiento por cesarea
- Alimentación mixta (lactancia materna y fórmula láctea)
- Edad materna >35 años
- Lactancia materna menos de 3 meses
- Concentraciones bajas de vitamina D en sangre

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

- La posición en semisupina, como la que se logra con los asientos de carro para niños, exacerba el RGE.
- uso de la fórmula espesada con cereal de arroz es más eficaz para disminuir la frecuencia de la regurgitación que la posición vertical después de la alimentación.
- Se recomienda la posición en decúbito supino en menores de 12 meses.
- No se recomienda la posición semisupina o sentada, ya que exacerba los eventos de ERGE.
- El espesamiento de la fórmula disminuye los eventos de regurgitación.
- uso de fórmulas de proteínas hidrolizadas durante 2 a 4 semanas de prueba para descartar alergia a proteína de leche de vaca
- Se recomienda comidas menos copiosas

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- Los antagonistas de los receptores H2 producen mejoría clínica y la histopatología de la mucosa esofágica.
- de ranitidina de 2 mg/kg/dosis vía oral, se observó una reducción del tiempo en el que el pH gástrico alcanzó <4 en 44% de los pacientes
- Hay estudios que mencionan que la eficacia de los antagonistas de los receptores H2 (ARH2) en pacientes con esofagitis leve es mayor que en aquéllos con esofagitis grave. (No se recomienda la utilización de ARH2 para uso crónico, por desarrollar taquifilia después de 6 semanas)
- Los IBP aprobados para uso en pediatría son:
 - En lactantes: Omeprazol, Lansoprazole, Esomeprazol
 - En niños y adolescentes agregar, además: Pantoprazol Y Rabeprazol
- Se recomienda el uso del omeprazol en pacientes con acidez moderada a severa, durante 2 a 4 semanas.
- En pacientes con dosis moderadas y altas de IBP (por ejemplo, omeprazol 40 mg 1 o 2 veces al día), puede reducirse la dosis a 50% cada semana, hasta suspender los IBP.

CLASIFICACION

Mediada por IgE	No mediada por IgE	Mixta
<ul style="list-style-type: none"> • Inicio en <1 hora (agudo) • Anafilaxia • Urticaria y angioedema • S. De alergia oral • S. G-I inmediato • Rinitis, asma • Anafilaxia por alfa-Gal • Anafilaxia inducida por ejercicio-alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio en más de 1 hora, crónico • Enterocolitis inducida por proteínas. (FPIES) • Proctocolitis inducida por proteínas (FPIAP) • Síndrome de Heiner • Dermatitis alérgica por contacto 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio en >1 hora, (crónico) • Dermatitis atópica • Gastroenteropatías no significativas • Escleritis • Gastritis • Enteritis • Colitis

CLINICA

Inmediatas	Mediadas	Tardías
<ul style="list-style-type: none"> • Ocurren antes de 30 min • Aparición de reacciones locales en la piel • Síndrome alérgico oral • Anafilaxia • Elevación de la IgE 	<ul style="list-style-type: none"> • Se dan luego de unas horas • Ocasiones por reacciones no mediadas por la IgE • Síntomas gastrointestinales 	<ul style="list-style-type: none"> • Entre el día 1 y 5 • La respuesta mediada por la IgE es tardía • Síntomas: Gastrointestinales Respiratorios o cutáneos • Angioedema y anafilaxia • Hemorragias pulmonar



PRUEBA ORAL

- Prueba de reto oral doble ciego controlada con placebo
 - Gold standard
 - Leche horneada y leche fresca
- Desventajas:
- Mucho tiempo
 - Costos
 - Reacciones anafilácticas graves



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Los síntomas de APLV pueden imitar otras afecciones y, según el historial, se debe considerar diagnóstico alternativo que puede incluir, entre otros:
- Cólico
- Intolerancia a la lactosa
- Reacciones alérgicas a otros alimentos (huevo, soja, trigo)
- Anormalidades anatómicas (Divertículo de Meckel)
- Estenosis pilórica
- Condiciones gastrointestinales crónicas (Reflujo gastroesofágico)

DIAGNOSTICO

- El diagnóstico se realiza más fácilmente cuando existe una relación entre la ingestión de leche de vaca y la aparición de síntomas y cuando se puede demostrar que los síntomas son consecuencia de una reacción inmunológica.
- amaño de Roncha durante pruebas cutaneas por punción (SPT)
- Roncha <5 mm - Tolerancia a los 4 años en 83%
- Roncha ≥5 mm - Persistencia de APLV en 74%



TRATAMIENTO

LECHE MATERNA

DIETA DE ELIMINACIÓN

- Primera opción de Tratamiento
- Durante 2-6 smeanas
- Evitar ingesta accidental
- Se debe continuar la Lactancia materna + Dieta de eliminación materna.
- La madre que esté lactando debe consumir alimentos con alto contenido de calcio y recibir suplementos de calcio (1,000mg/día) y vitamina D (400 IU/día) para cumplir con los requerimientos.
- Evaluación cada 6-12 meses para valorar la reintroducción de la leche

Demostrado retrasar la aparición de síntomas de alergia cuando hay alto riesgo. Introducción temprana o tardía de los alimentos en la dieta complementaria: El retraso en la ingestión (después de los 6 meses) puede favorecer la sensibilización a la mayoría de los alimentos, y en cambio la introducción temprana (entre los 4y 6 meses) puede ayudar a la tolerancia inmunológica hacia el alimento.

FORMULAS

- Fórmula extensamente hidrolizada
Definición: Más del 90% de los péptidos ≤3 kDa. A base de suero o caseína
La primera línea de tratamiento en APLV. (Tolerancia de 95 a 97%).
Más económica que las fórmulas de aminoácidos.
Desventajas
- Algunos pocos pacientes muy sensibles pueden tener síntomas con ellas.
 - Mal sabor.
 - Más caras que las de proteína de leche intacta.



FORMULA DE SOYA

Good Stan

- Ventajas
- Sabor aceptable.
 - Bajo costo.
- Desventajas:
- Hasta 14% de los pacientes con alergia mediada por IgE y 60% de la no mediada por IgE va a tener síntomas.
 - No indicada en menores de 6 meses por los efectos adversos potenciales de los estrógenos de isoflavonoides.
 - Puede que afecten negativamente la reproducción, principalmente en mujeres.
- No se debe indicar en prematuros por aumento del riesgo de osteopenia.
No se recomiendan en APLV.



FORMULAS ELEMENTALES O AMINOACIDOS LIBRES

- Definición: Sintetizada a partir de aminoácidos libres.
 - La segunda línea de tratamiento en APLV (Tolerancia de prácticamente del 100%).
 - Se prefiere en niños con trastornos gastrointestinales eosinofílicos agudos inducidos por alimentos o enterocolitis grave inducida por proteínas alimentarias.
- Desventajas:
- Mal sabor.
 - Costo.

CARDIOPATIAS CONGENITAS

DEFINICION

Malformaciones cardiacas o de sus grandes vasos presentes al nacimiento y que se originan en las primeras semanas de gestación por factores que actúan alterando o deteniendo el desarrollo embriológico del sistema cardiovascular.

-El 85% de los nacidos vivos con una cardiopatía congénita alcanza la vida adulta.
-Aunque en México no se cuenta con cifras oficiales, se calcula que existen 300 mil adolescentes y adultos con cardiopatía congénita a los que se agregan 15 000 pacientes cada año
-Los defectos cardiacos son las malformaciones congénitas más frecuentes, con incidencia de 4 a 12 por 100 recién nacidos vivos.

EPIDEMIOLOGIA

DETECCION DE ADULTOS Y ADOLESCENTES

CUADRO CLINICO EN NIÑOS

- Interrogar factores relacionados con lo siguiente:
- a) Antecedentes familiares:
 - Familiares consanguíneos portadores de cardiopatía congénita.
 - Enfermedades o exposiciones maternas
 - Edad materna avanzada
 - Diabetes
 - Enfermedad de la colágena
 - Fenilcetonuria – descomponer aminoacido fenilalanina
 - Agentes aintinfecciosos
 - Agentes físicos

- b) Factores personales
- Ser portados de cromosomopatía:
 - Síndrome de Down
 - Síndrome de Noonan
 - Síndrome de Williams
 - Síndrome de Turner
- Ser portador de cualquier malformación congénita:
 - Espina bifida
 - Fisura de labio y/o paladar hendido
 - Cardiopatía congénita

Niños que nacen con cardiopatias congénitas desarrollan síntomas en los primeros días de vida extrauterina:
-Insuficiencia cardiaca congestiva

(es frecuente que durante su alimentación presenten):
-Taquicardia
-Sudoración
-Retracción subcostal

MANIFESTACIONES CLINICAS ESCOLARES Y ADOLESCENTES

CARDIOPATIAS CONGENITAS NO CIANOGENAS
- Insuficiencia cardiaca congestiva y estatura menor

CARDIOPATIAS CONGENITAS CIANOGENAS
- HIPOXIA
- AFECTA EL PESO Y LA ESTATURA

EXPLORACION FISICA

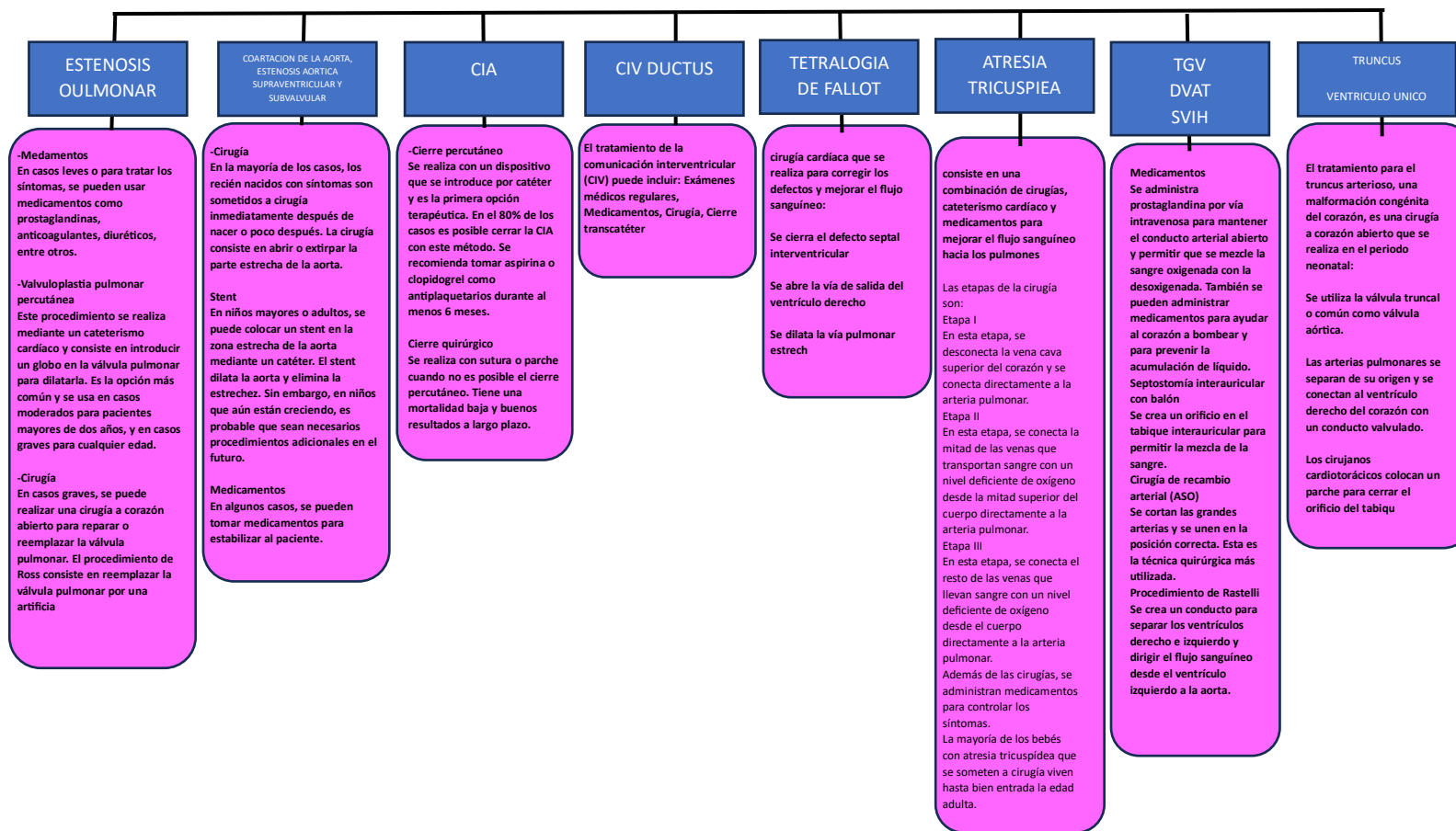
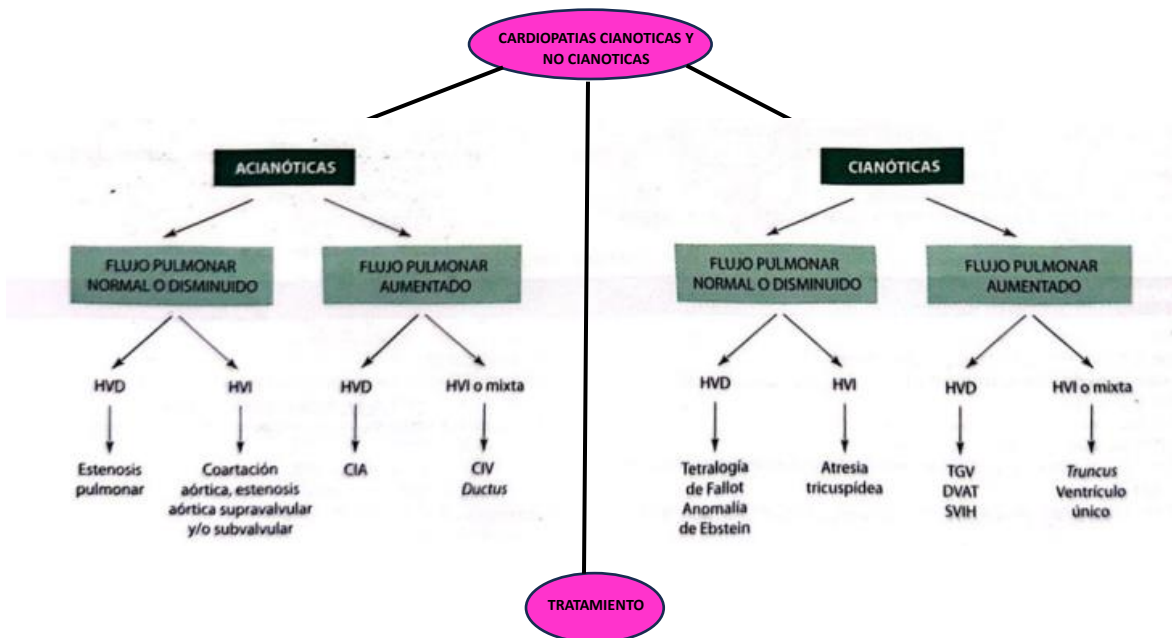
IMPORTANTE OBSERVAR EL FENOTIPO EN BUSCA DE RASGOS SINDRÓMICOS.
-Síndrome de down, Turner etc.
-Ojos: forma de parpados y presencia de luxación e cristalino
-Altura y simetría de pabellones auriculares
-Fisura labiopalatina
-Paladar ojival
-Alteraciones perinatales
-Deformidades torácicas
-Hiperlaxitud articular cuello "alado"
-Malformación dedos o manos

Las cardiopatias congénitas en niños mayores de 5 años adolescentes y adultos se manifiestan por:

- Cianosis universal
- Insuficiencia Cardiaca
- Síncope cardiogénico
- Palpitaciones
- Soplos cardiacos en pacientes asintomáticos

ESTUDIOS DE GABINETE

En sospecha de cardiopatía congénita:
-Tele de torax y electrocardiograma
-Radiografía de torax
-Ecografía bidimensional



Incompatibilidad del grupo y RH.

Realizar: HC completa con especial énfasis en SNC.
Investigar antecedentes maternos.

Madre HR negativo:

No

Sí

Determinar en RN:
Grupo sanguíneo ABO y RH.
Hematocrito.
Hemoglobina.
Bilirrubina sérica.
Frotis de sangre.
Coombs directo.

Rh positivo y Coombs directo positivo

Diagnóstico diferencial

No

Sí

Vigilancia: repartir bilirrubinas en 6 hrs y vigilar estado neurológico.

Bilirrubina elevada.
Hematocrito bajo.
Reticulocitos elevados.

Bilirrubina elevada

No

Sí

Bilirrubinas normales o levemente elevadas con signos sugestivos de encefalopatía.

Evaluar bilirrubinas: Edad gestacional.
Horas de vida.
Cifras de bilirrubinas séricas

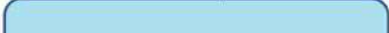
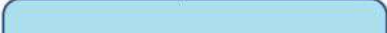
Sí

Realizar exanguinotransfusión, independientemente de cifras de bilirrubinas.

Fototerapia o xaguinotransfusión

Exanguinotransfusión

Fototerapia





Realizar con doble volumen

Decidir que tipo de acuerdo

Descenso de bilirrubinas

Sí

No

Egreso hospitalario, realizar seguimiento estrecho del desarrollo psicomotor.

Retiro de fototerapia cuando las cifras de bilirrubinas estén debajo del umbral de fototerapia

Investigar complicaciones y otras causas de hiperbilirrubinemia



Sí