

NO SOLICITAR SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL PARA DIAGNOSTICAR ALERGIA ALIMENTARIA.

La prueba de sangre oculta en materia fecal (SOMF) tiene un impacto positivo limitado para los pacientes con sangrado rectal, debido a que puede retrasar conductas mientras se esperan los resultados de la prueba. Y su uso inadecuado puede dar lugar a investigaciones adicionales innecesarias lo que también conlleva riesgos, además de limitar la disponibilidad de otros paraclínicos para indicaciones más adecuadas.

Lactantes sanos o con enfermedades no alérgicas han mostrado una alta prevalencia de SOMF positiva. La mucosa digestiva desde la zona oral hasta la perianal está expuesta a múltiples lesiones de diferente índole y cualquier daño mucoso menor que permita el escape de glóbulos rojos a la luz será evidenciado por la prueba de sangre oculta, de ahí la baja especificidad que presenta. Por lo tanto, no se recomienda el uso rutinario de SOMF para el diagnóstico de alergia alimentaria.

1. Concha Sara, Cabalín Carolina, Iturriaga Carolina, Pérez-Mateluna Guillermo, Gomez Constanza, Cifuentes Lorena et al . *Diagnostic validity of fecal occult blood test in infants with food protein-induced allergic proctocolitis. Rev. chil. Pediatr. 2018*
2. Caubet JC, Szajewska H, Shamir R, Nowak-Węgrzyn A. *Alergias alimentarias gastrointestinales no mediadas por IgE en niños. Pediatr Allergy Immunol. 2017;28(1): 6-17.*
3. Feuille E, Nowak-Węgrzyn A. *Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias, proctocolitis alérgica y enteropatía. Curr Allergy Asthma Rep. 2015;15*
4. Ip S, Sokoro AAH, Kaita L, et al. *Uso de pruebas de sangre oculta en heces en pacientes hospitalizados: resultados de una auditoría. Can J Gastroenterol Hepatol 2014;28(9):489-94.*
5. Sharma VK, Komanduri S, Nayyar S, et al. *Una auditoría de la utilidad de las pruebas de sangre oculta en heces para pacientes hospitalizados. Am J Gastroenterol 2001;96(4):1256-60.*
- 6.

NO REALIZAR COLONOSCOPIA EN NIÑOS CON ESTREÑIMIENTO SI NO HAY SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA.

El estreñimiento crónico funcional se diagnostica con base en síntomas detallados en los criterios de Roma IV. La evidencia no apoya el uso rutinario de estudios como la colonoscopia para diagnosticar el estreñimiento funcional. En los casos de difícil manejo o con síntomas/signos de alarma, es necesario realizar exploraciones para descartar causas orgánicas, sin embargo, la colonoscopia no se encuentra dentro de los primeros estudios para el abordaje de estreñimiento orgánico. Se consideraría la realización de colonoscopia solo en casos de obstrucción colónica (pólipo gigante, tumores o EI con estenosis secundaria). Por tanto, la evidencia científica sobre el uso de colonoscopia en el diagnóstico o manejo del estreñimiento es limitada y se reserva para casos específicos.

1. Hyams JS, Functional Disorders: Children and Adolescents. *Gastroenterology*. 2016 Feb 15;S0016-5085(16)00181-5. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.015.
2. Tabbers MM, European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; North American Society for Pediatric Gastroenterology. *Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014 Feb;58(2):258-74. doi: 10.1097/MPG.0000000000000266.*
3. Tran DL, Functional constipation in children: What physicians should know. *World J Gastroenterol*. 2023 Feb 28;29(8):1261-1288. doi: 10.3748/wjg.v29.i8.1261
4. Rybak, Anna, Colonic Function Investigations in Children: Review by the ESPGHAN Motility Working Group. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 74(5):p 681-692, May 2022. | DOI: 10.1097/MPG.0000000000003429

NO SE DEBE REALIZAR MANEJO DE ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI* EN TODOS LOS NIÑOS QUE SEAN POSITIVOS EXCEPTO EN CIERTAS CONDICIONES ESPECÍFICAS INDICADAS EN LAS GUÍAS CLÍNICAS.

Las guías clínicas sobre el “Diagnóstico, Prevención y Tratamiento de Infección por *Helicobacter pylori* en Pediatría”, de las sociedades internacionales y regionales de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica recomiendan realizar tratamiento de erradicación de la infección por *H. pylori* solo en caso de erosiones o úlceras gástrica o duodenal (UGD) o antecedente familiar de primer o segundo grado con cáncer gástrico^{1,2}. Las otras causas de dolor abdominal no van a mejorar con la erradicación del *H. pylori*.³ El riesgo de cáncer gástrico o linfoma MALT asociado a infección por *H. pylori* durante la infancia es bajo en ausencia de historia familiar de cáncer gástrico.²

1. Jones NL, Koletzko S, Goodman K, Bontems P, Cadranet S, Casswall T, Czinn S, Gold BD, Guarner J, Elitsur Y, Homan M, Kalach N, Kori M, Madrazo A, Megraud F, Papadopoulou A, Rowland M; ESPGHAN, NASPGHAN. Joint ESPGHAN/NASPGHAN Guidelines for the Management of Helicobacter pylori in Children and Adolescents (Update 2016). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017 Jun;64(6):991-1003. doi: 10.1097/MPG.0000000000001594. PMID: 28541262.
2. Harris, Paul R., Calderón-Guerrero, Otto Gerardo, Vera-Chamorro, José Fernando, Lucero, Yalda, Vásquez, Margarita, Kazuo Ogata, Silvio, Angulo, Diana, Madrazo, Armando, Gonzáles, José, Rivero, Anelsy, & Gana, Juan Cristóbal. (2020). Adaptación a la realidad de Latinoamérica de la Guía Clínica NASPGHAN/ESPGHAN 2016 sobre Diagnóstico, Prevención y Tratamiento de Infección por Helicobacter pylori en Pediatría. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 809-827.
3. Sierra MS, Hastings EV, Goodman KJ. What do we know about benefits of H. pylori treatment in childhood? *Gut Microbes* 2013;4:549-67.

NO RETRASAR LA INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS POTENCIALMENTE ALERGÉNICOS EN EL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

Las guías más recientes sobre alimentación complementaria recomiendan el inicio temprano de alimentos potencialmente alergénicos (huevo, pescados, mariscos, soya, trigo, gluten) entre los 4 a 6 meses e incluso hay estudios que lo recomiendan a los 3 meses sin encontrar aumento en la prevalencia de alergia alimentaria al año de edad, por medio de clínica y de pruebas cutáneas. Esto también es cierto incluso en pacientes de muy alto riesgo de AA como los niños con dermatitis atópica moderada a severa o que tengan padres atópicos.

1. Trogen B, Jacobs S, Nowak-Wegrzyn A. Early Introduction of Allergenic Foods and the Prevention of Food Allergy. *Nutrients* 2022, 14, 2565.
2. Vásquez-Frías R, Ladino L, Bagés-Mesa M.C, et al. Consenso de alimentación complementaria de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. *Revista de Gastroenterología de México* 88 (2023) 57-70
3. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017;64:119-132.
4. Perkin M, Logan K, Tseng A, et al. Randomized Trial of Introduction of Allergenic Foods in Breast-Fed Infants. *N Engl J Med* 2016;374:1733-43.

NO SOLICITAR GAMMAGRAFÍA HEPÁTICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE VÍA BILIARES.

La gammagrafía hepatobiliar en comparación con la exploración quirúrgica para la evaluación diagnóstica de los lactantes con sospecha de atresia de vías biliares (AVB) introduce retrasos de tiempo significativos para la realización de la portoenterostomía de Kasai .

La colangiografía intraoperatoria se considera el método estándar para el diagnóstico AVB. La gammagrafía hepatobiliar tiene baja especificidad (68%) y riesgo aumentado de falsos positivos/ negativos cuando el flujo de bilis está limitado como en pacientes con escasez de conductos biliares interlobulillares, hepatitis neonatal idiopática, bajo peso al nacer, prematuridad, la edad en el momento de la prueba y la gravedad de la colestasis durante el examen.

Por lo tanto, no se recomienda el uso rutinario de gammagrafía hepatobiliar por su *especificidad limitada* para el diagnóstico de AVB.

1. Lim, Yi & Chaudhary, Usamah & Issioui, Yacine & Corbitt, Natasha. (2023). Kasai Portoenterostomy Delays: Is a HIDA Scan Worth the Wait?. *Journal of Pediatric Surgery*. 10.1016/j.jpedsurg.2023.01.003.
2. Chan WK, Chung PHY, Wong KKY. The Value of Hepatic Scintigraphy in the Diagnosis of Biliary Atresia. *Front Pediatr.* 2022 May 31;10:874809. doi: 10.3389/fped.2022.874809. PMID: 35712619; PMCID: PMC9194445.
3. Fawaz, Rima *; Baumann, Ulrich †; Ekong, Udeme ‡; Fischler, Björn §; Hadzic, Nedim ||; Mack, Cara ¶; McLin, Valérie A. #; Mollleston, Jean P. **; Neimark, Ezequiel ††; Ng, Vicky L. ††; Karpen, Saúl J. ††. Guía para la evaluación de la ictericia colestática en lactantes: recomendaciones

conjuntas de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica y la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 64(1):p 154-168, enero de 2017. | DOI: 10.1097/MPG.0000000000001334.

4. Kianifar HR, Tehranian S, Shojaei P, et al. Accuracy of hepatobiliary scintigraphy for differentiation of neonatal hepatitis from biliary atresia: systematic review and meta-analysis of the literature. *Pediatr Radiol* 2013; 43:905–919.