

ABORDAJE DIAGNOSTICO COLESTASIS NEONATAL

< 90 días de vida
Ictericia, hipocolia o acolia y coluria

Evaluación inicial:
BH con reticulocitos, bilirrubinas, AST, ALT, albúmina, globulina, FA, GGT, TP, TPT, colesterol, triglicéridos, EGO, CO2 total

Bilirrubina directa (BD) > 2mg/dL o > 20%
de bilirrubinas totales

SI

NO

Iniciar estudio
hiperbilirrubinemia
indirecta

Búsqueda causas intrahepáticas

Búsqueda causas
extrahepáticas

Sustancias reductoras en orina, tamiz ampliado y ácidos orgánicos en orina

Cultivos: orina y sangre

Serología viral: (IgM hepatitis A, AgSHB y anticore Hepatitis B, Anticuerpos hepatitis C, IgM rubeola, citomegalovirus, Herpes y Epstein Barr.)
IgM Toxoplasma
VDRL

Alfa 1 antitripsina

US abdominal

Sondeo duodenal

Gammagrama hepatobiliar (3 a 5 días posteriores fenobarbital 5 mg/K/día)

Vesícula normal o ausente

Bilis +
BD ≥ BD sérica

Bilis -
Acolia > 10 días

No excreción al intestino

Edad > 30 y < 45 días

Edad > 45 días

Laparatomía con colangiografía transoperatoria y biopsia hepática en cuña

Biopsia hepática percutánea

Quiste de colédoco compresión biliar extrínseca

Resección quiste, Hepatoyeyuno-anastomosis

Excreción al intestino

Búsqueda de alteraciones concomitantes

CARDIOLOGIA
Valoración clínica
Rx Tórax
EKG
Ecocardiograma (Estenosis pulmonar, heterotaxia visceral, otras)

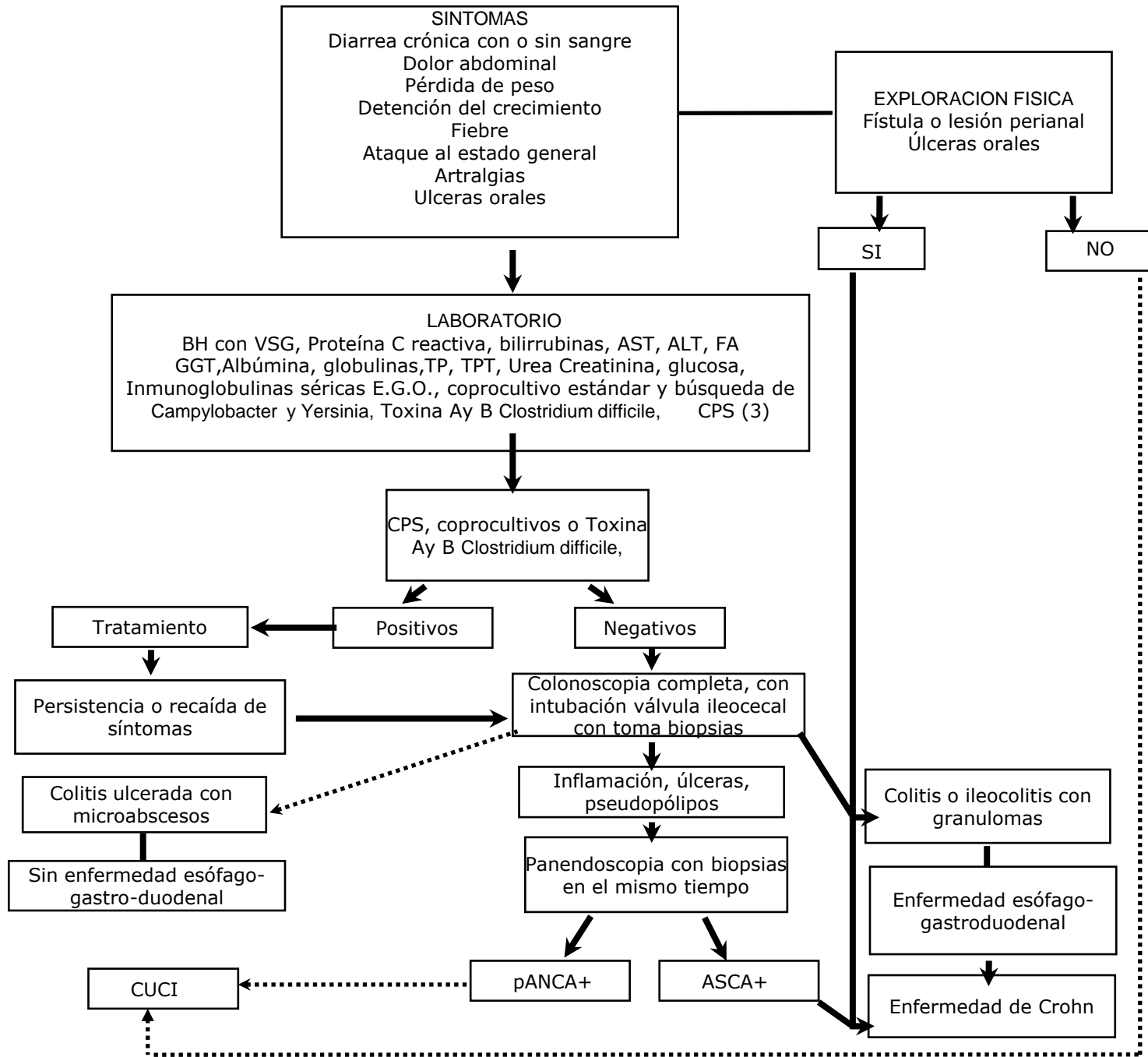
OFTALMOLOGIA
Lámpara de hendidura y fondo de ojo (Catarata, embriotoxon, coriorretinitis)

Rx cráneo, huesos largos, columna (Calcificaciones intracraneales, lesiones óseas por sífilis, hemivértebras, maduración ósea, osteopenia)

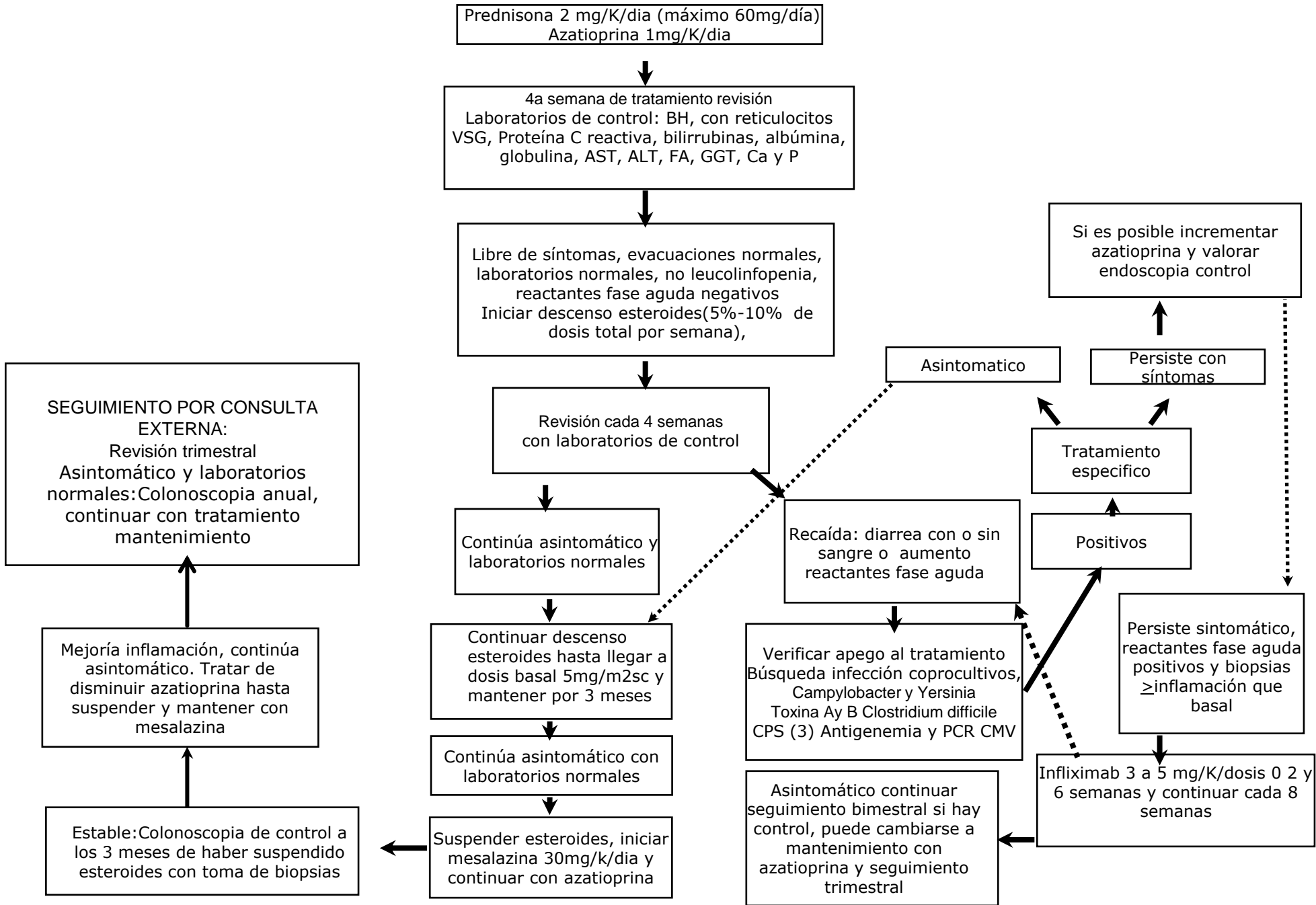
TRATAMIENTO ESPECIFICO

SEGUIMIENTO por consulta externa
Hasta resolución, si enfermedad crónica
Inicia protocolo trasplante hepático

ABORDAJE DIAGNOSTICO ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL



TRATAMIENTO ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL



ABORDAJE HEPATITIS CRONICA

6 MESES AL MENOS DE EVOLUCION
Ictericia persistente o intermitente
Incremento de aminotransferasas continuo o intermitente

Averiguar antecedentes :
Familiares con enfermedad hepática
Transfusionales
Tóxicos (administración de fármacos,
exposición a inhalantes o contaminantes
ambientales, ingesta de Tés o picaduras o
mordeduras de insectos o serpientes
Cirugías o procedimientos abdominales

Buscar signos clínicos de
autoinmunidad: Fotosensibilidad,
pérdida de cabello, úlceras
orales, fatiga, uveítis

Buscar signos clínicos de complicaciones de
hepatopatía crónica
Palidez , ictericia, hepatoesplenomegalia
Ascitis, red venosa colateral,
Hipotrofia muscular, eritema palmar

Escolar o
Adolescente

Evaluación inicial
BH con reticulocitos, bilirrubinas,
AST, ALT, FA, GGT, albúmina,
globulinas, TP, TPT,Urea
creatinina, EGO

Causas infecciosas
AgSHB, AntiSHB Anticore HB IgM
e IgG , AgeHB y antieHB
Anti hepatitis C
IgM e IgG hepatitis A, Epstein
Barr y CMV (conocer
antecedente de infección;
pueden ser agravantes de
enfermedad)

Perfil inmunológico
ANA, Anti DNA, Anti músculo liso,
LKM, anti p ribosomal,
Inmunoglobulinas , C3 y C4

Valoración oftalmológica
Uveítis, mancha rojo
cerezo, vasculitis

Cobre urinario ,
ceruloplasmina
sérica

Infección activa hepatitis
B , C, CMV o Epstein
Barr

Solicitar carga viral por PCR

Protocolo trasplante hepático

Progresión daño hepático

SEGUIMIENTO bi o trimestral
con laboratorios control

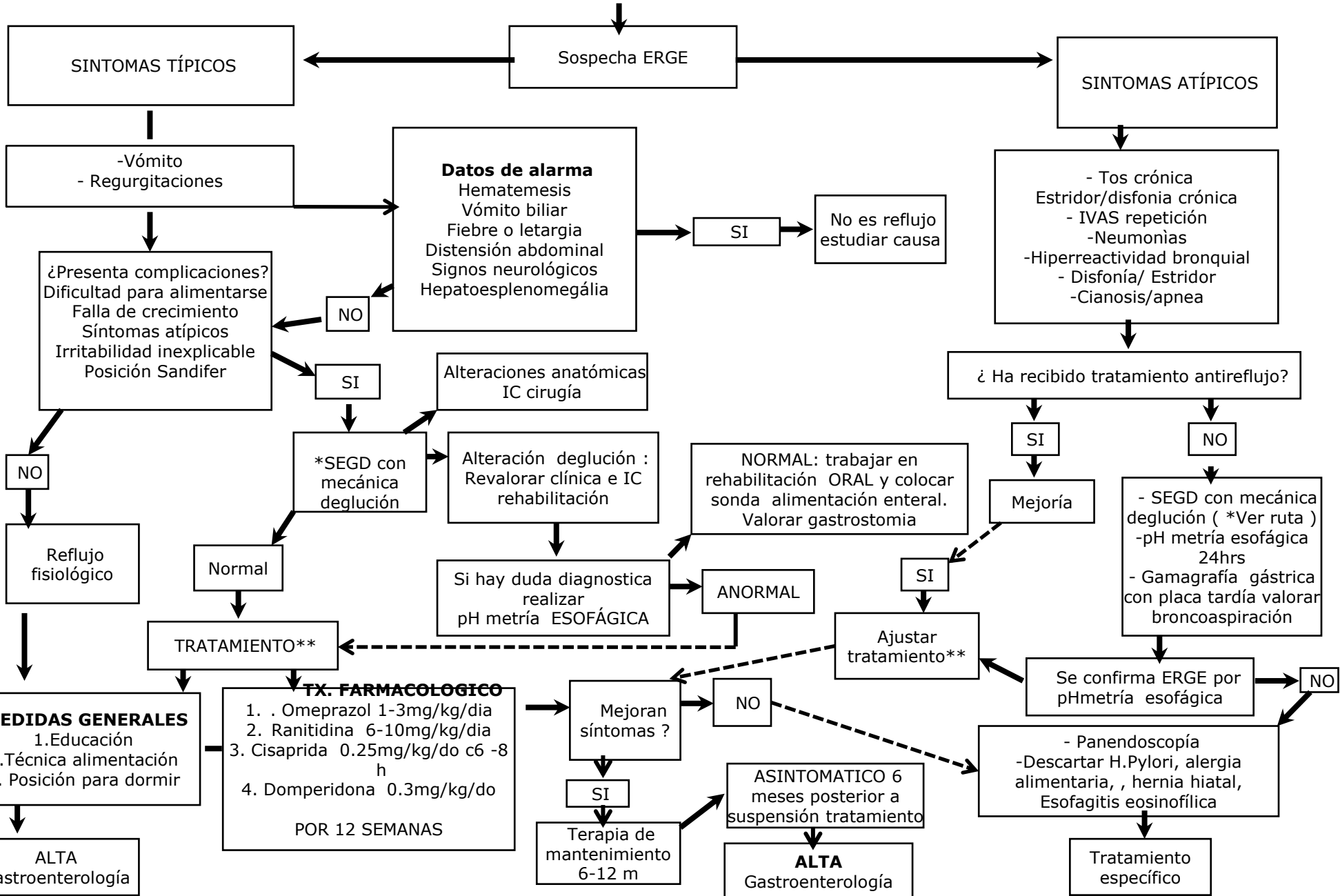
Tratamiento específico
si existe o de
mantenimiento

Diagnóstico final

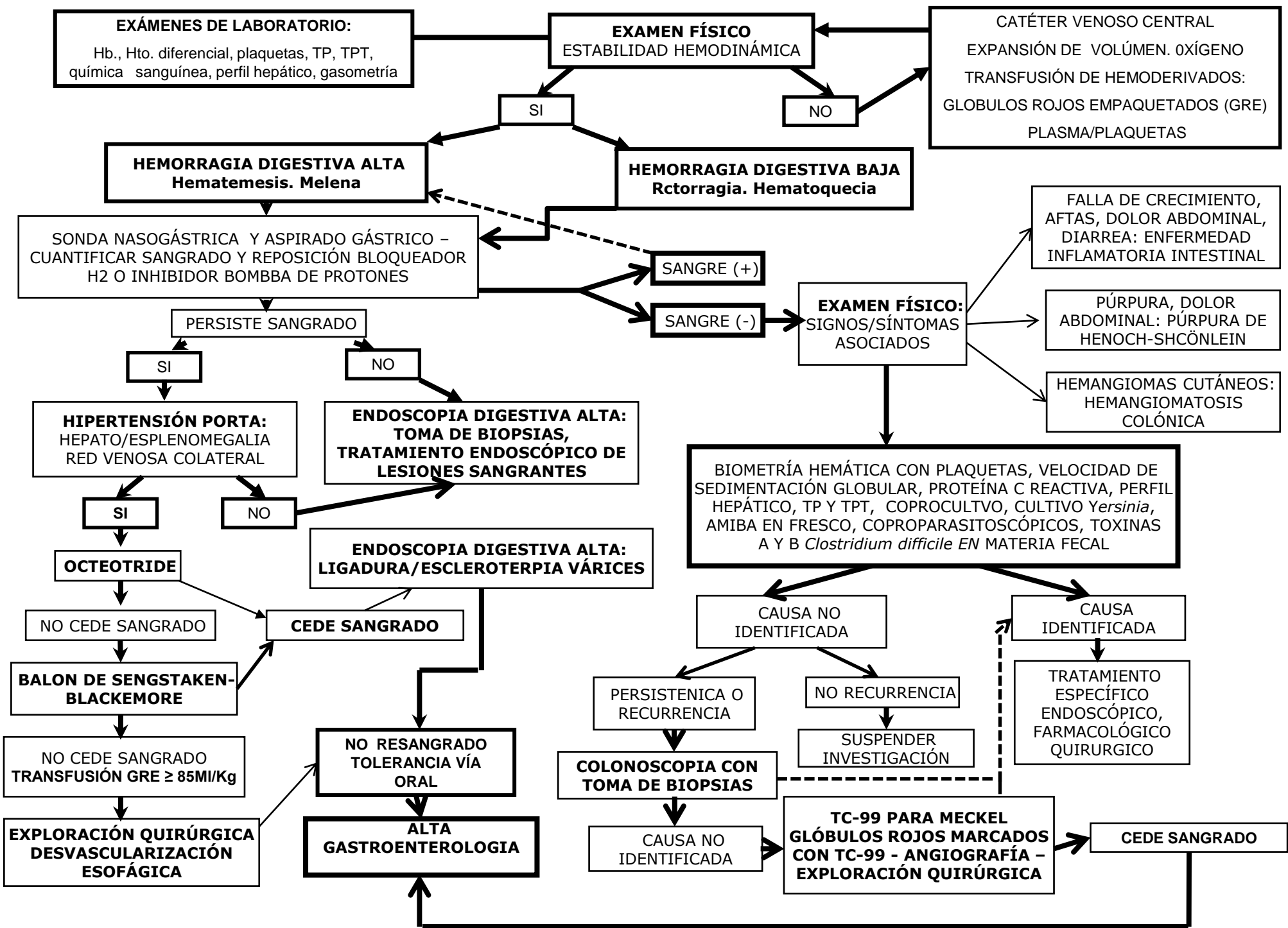
Biopsia hepática

Sospecha de enfermedad
mebabólica solicitar
microscopía electrónica y
determinación de cobre en
tejido hepático

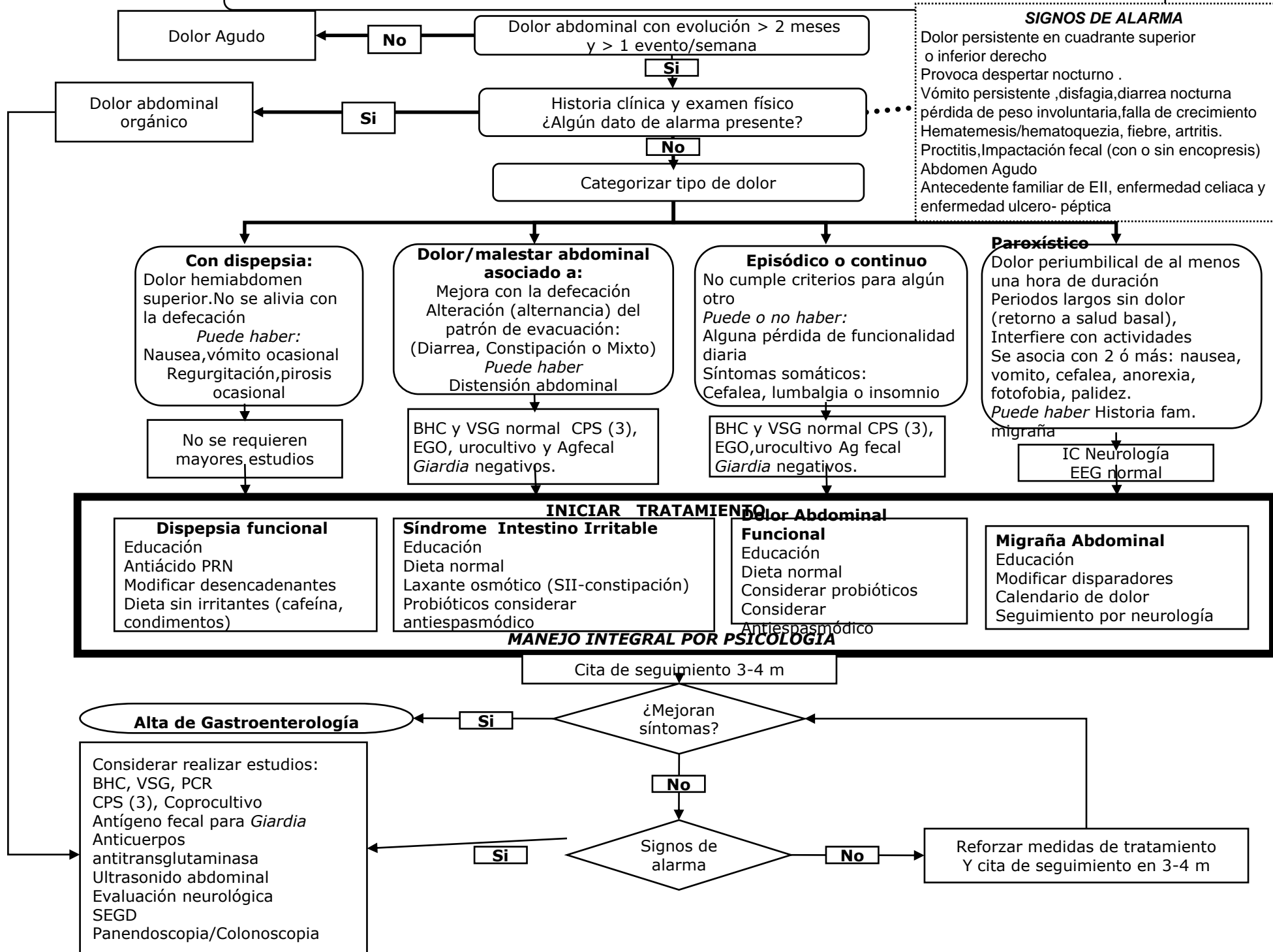
ABORDAJE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO



ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA



DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE ABORDAJE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO



HIPERTENSIÓN PORTAL RUTA CRÍTICA PARA EL DIAGNÓSTICO

Varices esofágicas
Esplenomegalia
Red venosa colateral
Ascitis

Extrahepática

Hipertensión portal

Intrahepática

Bilirrubinas, AST ALT, FA, GGT
TP,, TPT Albúmina, globulinas
Biometría hemática , Urea, Creatinina

Normales

Anormales

Ultrasonido convencional
incluyendo riñones doppler

Obstrucción venas
suprahepáticas

Enfermedad
veno-oclusiva ó
Budd-Chiari

Ausencia de flujo en vena
porta prehepática o en
vena esplénica. ovillo
vascular en hilio hepático

Crecimiento
Lóbulo hepático
izquierdo fibrosis
hepática con
quistes renales

Datos de hepatopatía
difusa

Hipertensión portal
intrahepática sinusoidal

Estudiar
hipercoagulabilidad:
Proteína C, S,
dimero D,
fibrinógeno,
anticoagulante
lúpico,
Anticardiolipinas,
anti beta 2
glicoproteínas
antitrombina III,
mutación THFR y
factor V

Angiotomografía
para evaluar
sistema porta ó
portografía
/esplenopografía
percutánea

Degeneración
cavernomatosa de
la porta

hipertensión portal
prehepática
presinusoidal:
Fibrosis hepática
congénita

Biopsia hepática

DIAGNÓSTICO
DEFINITIVO

Biopsia hepática
valoración
cardiológica
Búsqueda tóxicos

DIAGNÓSTICO
DEFINITIVO

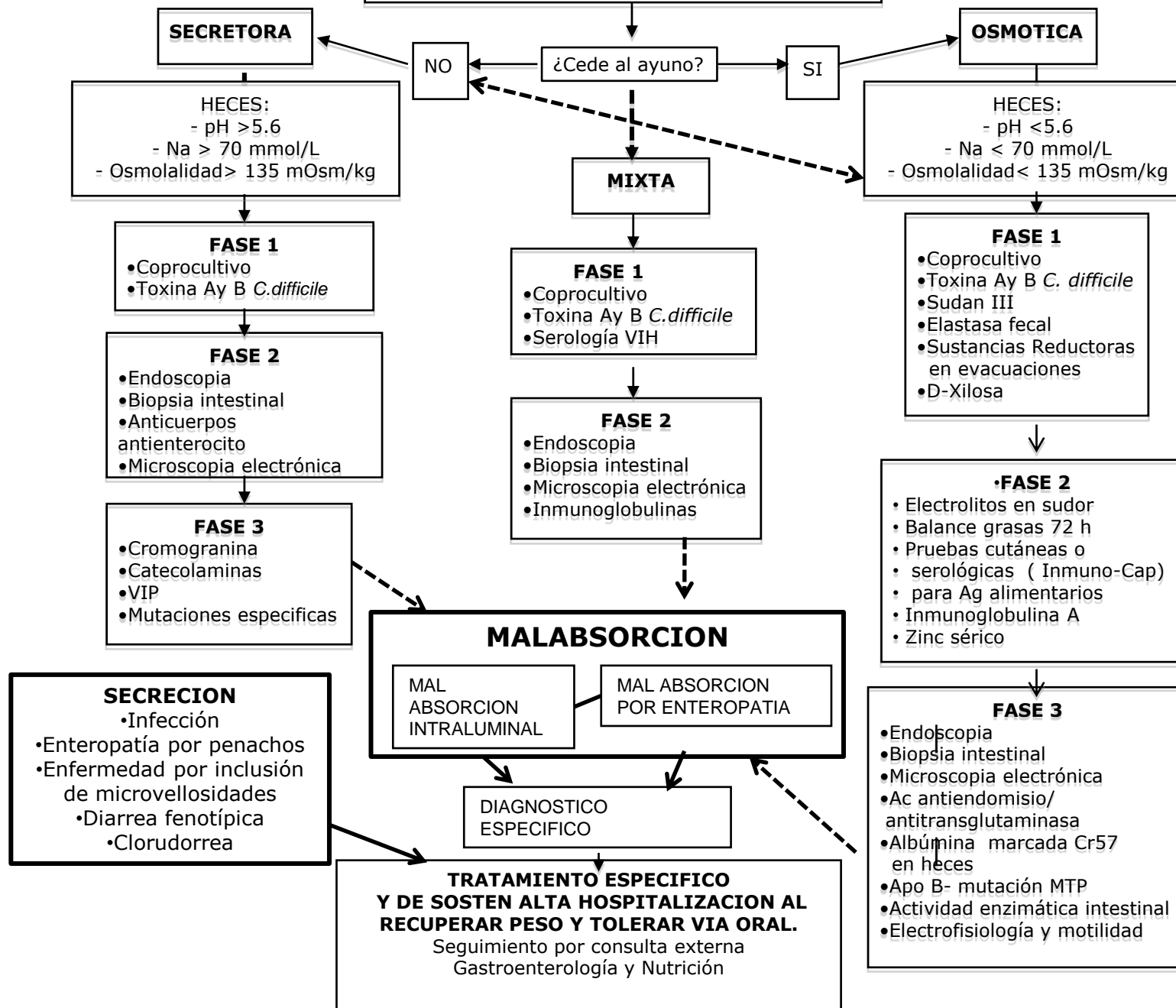
Tratamiento **específico**
enfermedad base si existe, y
de **sostén** :Si hay varices
esofágicas: propranolol
1-3 mg/K/día y esclerosis
/ligadura varices
Ascitis: Restricción hídrica,
espironolactona 3-6mg/K/día,
si es necesario agregar
transitoriamente furosemide
1-3mg/K/dia

SEGUIMIENTO por consulta
externa tri o cuatrimestral

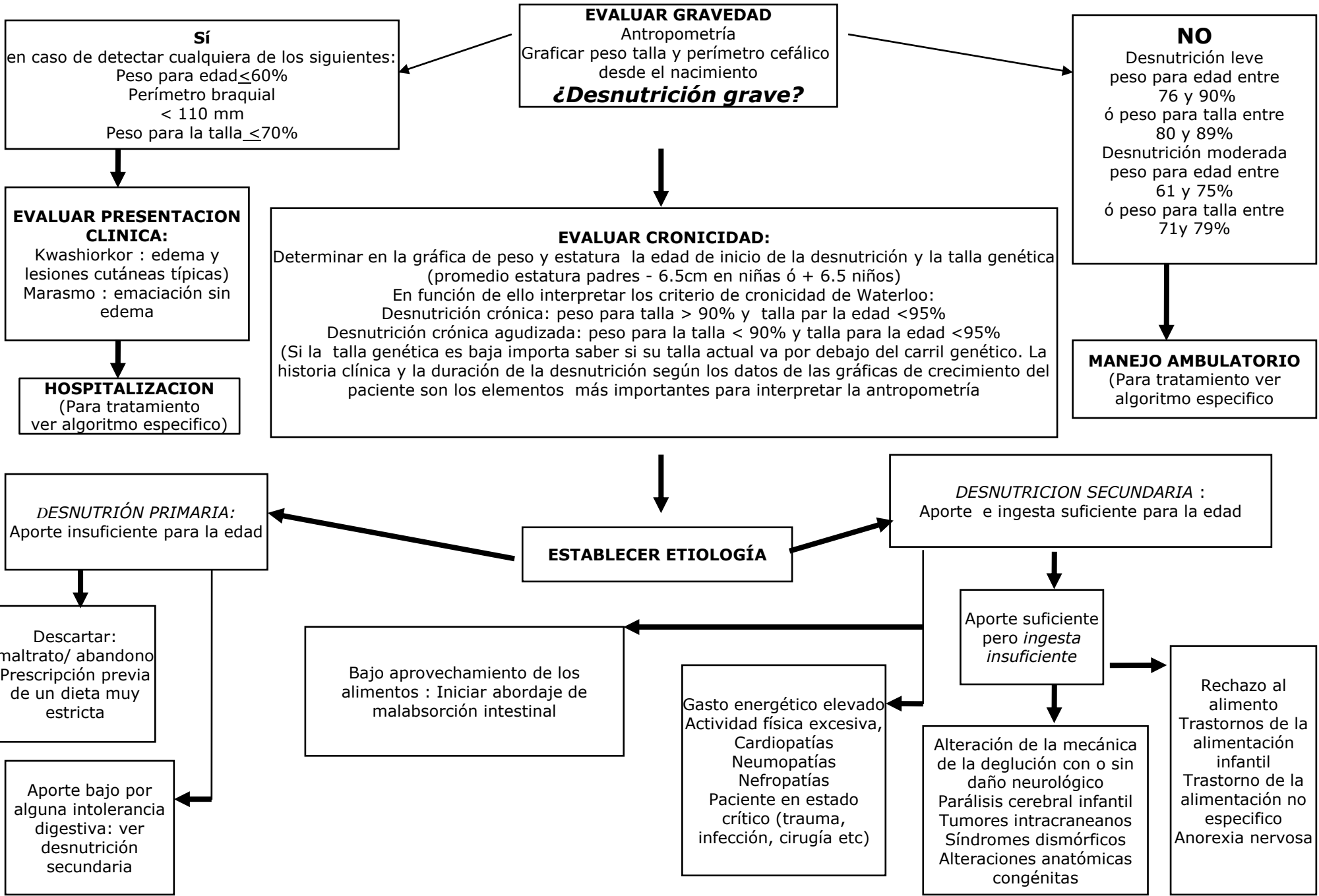
IC cirugía o trasplantes

ABORDAJE DIAGNOSTICO DIARREA CRONICA

- Incremento en número evacuaciones / día
- >14 días continuos
- Disminución consistencia evacuaciones liquidas
- Pérdida de peso o desnutrición



ABORDAJE DIAGNOSTICO DE LA DESNUTRICION INFANTIL



EVALUAR GRAVEDAD

Antropometría
Graficar peso talla y perímetro cefálico desde el nacimiento
¿Desnutrición grave?

SÍ
en caso de detectar cualquiera de los siguientes:
Peso para edad $\leq 60\%$
Perímetro braquial < 110 mm
Peso para la talla $\leq 70\%$

NO
Desnutrición leve
peso para edad entre 76 y 90%
ó peso para talla entre 80 y 89%
Desnutrición moderada
peso para edad entre 61 y 75%
ó peso para talla entre 71y 79%

EVALUAR PRESENTACION CLINICA:
Kwashiorkor : edema y lesiones cutáneas típicas)
Marasmo : emaciación sin edema

EVALUAR CRONICIDAD:
Determinar en la gráfica de peso y estatura la edad de inicio de la desnutrición y la talla genética (promedio estatura padres - 6.5cm en niñas ó + 6.5 niños)
En función de ello interpretar los criterio de cronicidad de Waterloo:
Desnutrición crónica: peso para talla $> 90\%$ y talla par la edad $<95\%$
Desnutrición crónica agudizada: peso para la talla $< 90\%$ y talla para la edad $<95\%$
(Si la talla genética es baja importa saber si su talla actual va por debajo del carril genético. La historia clínica y la duración de la desnutrición según los datos de las gráficas de crecimiento del paciente son los elementos más importantes para interpretar la antropometría)

HOSPITALIZACION
(Para tratamiento ver algoritmo específico)

MANEJO AMBULATORIO
(Para tratamiento ver algoritmo específico)

DESNUTRICIÓN PRIMARIA:
Aporte insuficiente para la edad

ESTABLECER ETIOLOGÍA

DESNUTRICION SECUNDARIA :
Aporte e ingesta suficiente para la edad

Descartar:
maltrato/ abandono
Prescripción previa de un dieta muy estricta

Aporte bajo por alguna intolerancia digestiva: ver desnutrición secundaria

Bajo aprovechamiento de los alimentos : Iniciar abordaje de malabsorción intestinal

Gasto energético elevado
Actividad física excesiva,
Cardiopatías
Neumopatías
Nefropatías
Paciente en estado crítico (trauma, infección, cirugía etc)

Aporte suficiente pero *ingesta insuficiente*

Alteración de la mecánica de la deglución con o sin daño neurológico
Parálisis cerebral infantil
Tumores intracraneanos
Síndromes dismórficos
Alteraciones anatómicas congénitas

Rechazo al alimento
Trastornos de la alimentación infantil
Trastorno de la alimentación no específico
Anorexia nervosa

TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICION INFANTIL

PACIENTE INESTABLE

Tratar complicaciones hidroelectrolíticas, hipoglucemia, anemia descompensada, infecciones, sepsis

PACIENTE ESTABLE

Alimentación enteral posible

Alimentación vía enteral contraindicada

SI

¿ Daño intestinal condicionante de intolerancia a lactosa ó a fórmula polimérica?

NO

¿Capaz de asegurar requerimientos con dieta oral fraccionada ?

NO

SI

Nutrición enteral

Nutrición parenteral

Sucedáneo sin lactosa ó semielemental o elemental

Leche humana y/o sucedáneo
Papilla enriquecida, dieta fraccionada

Desnutrición leve o moderada
150-200 Kcal/kg/d
2-4 g proteínas/kg/d

MARASMO 1er día
100 Kcal/kg/d
< 4 g prot/kg/d
liq 120-150 mL/kg/d

PARA TODA DESNUTRICION SEVERA ADMINISTRAR COMO SIGUE:
Vitamina A una dosis (días 1,2 y 14)
• 200 000 UI en niños >12 meses
• 100 000 UI en niños 6-12 meses
• 50 000 UI en niños 0-5 meses
Ácido fólico : en el día uno 5 mg Subsecuentemente 1 mg. Zinc: 2 mg/kg/d (no rebasar 20mg/día o 6mgkgd). Cobre :0.3 mg/Kg./d . Hierro: 3 mg/Kg./d, No dar antes de la segunda semana de incremento sostenido
de peso

KWASHIORKOR
1er día: 50 Kcal/kg/d
< 4 g proteínas/kg/d
Liq 100 mL/kg/d
Día 2 y subsecuentes:
incrementos de 25 Kcal/kg/d hasta 150 - 200 Kcal/kg/d < 4 a 5 g proteínas/kg/d líquidos 150-200 mL/kg/d

Vigilar y tratar en la desnutrición grave complicaciones como síndrome de realimentación (hipofosfatemia, hipotasemia y retención hídrica con repercusión cardiaca).
Monitoreo de electrolitos frecuente. Disminuir momentáneamente el aporte calórico si se presenta y corregir electrolitos.

¿Alimentación bien tolerada?

SI

NO

Descartar y tratar: errores en preparación y/o administración, contaminación de la preparación

Nutrición enteral a flujo continuo

Oral con ganancia ponderal adecuada

Nutrición enteral a flujo intermitente

Complementar ingesta con nutrición enteral a flujo intermitente

NO

¿Buena tolerancia ?

ALTA HOSPITALIZACION
Continúa seguimiento por consulta externa hasta recuperación

Si

No

ALTA HOSPITALIZACION
Continúa seguimiento por consulta externa hasta recuperación o envío a segundo nivel de atención

Crecimiento 10-20g/kg/día sostenido sobre 5-6días

SI

Alimentación oral fraccionada en forma exclusiva y continua ganancia ponderal

NO

Aumentar aporte calórico (concentración o volumen) valorar empleo de módulos