

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea crónica en pediatría

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Crónica en Pediatría

Unidad de Atención Integral Especializada

**Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub
Especialidades**

Gastroenterología pediátrica



| | | |
|--|--|---|
| Elaborado por: Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades – Gastroenterología pediátrica | Revisado por: <ul style="list-style-type: none">• Sub Unidad de Atención integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades• Unidad de Atención Integral Especializada• Unidad de Gestión de la Calidad | Aprobado por: Dra. Elizabeth Zulema Tomás Gonzales de Palomino Directora General del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja |
|--|--|---|



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Crónica en Pediatría

INDICE

| | | |
|-------|---|----|
| I. | FINALIDAD | 3 |
| II. | OBJETIVO | 3 |
| III. | ÁMBITO DE APLICACIÓN | 3 |
| IV. | DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PANCREATITIS AGUDA | 3 |
| • | NOMBRE Y CODIGO | 3 |
| V. | CONSIDERACIONES GENERALES | 3 |
| 5.1 | DEFINICIÓN | 3 |
| 5.2 | Etiología(1,5) | 4 |
| 5.3 | FISIOPATOLOGÍA | 6 |
| 5.4 | ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS | 7 |
| VI. | CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS | 9 |
| 6.1 | CUADRO CLÍNICO | 9 |
| 6.1.1 | SIGNOS Y SINTOMAS | 9 |
| 6.1.2 | INTERACCION CRONOLOGICA | 10 |
| 6.1.3 | GRAFICOS, DIAGRAMAS O FOTOGRAFIAS | 10 |
| 6.2 | DIAGNÓSTICO | 10 |
| 6.4.5 | Criterios de Alta | 16 |
| 6.4.6 | Criterios de Retorno | 16 |
| 6.5 | COMPLICACIONES | 16 |
| 6.6 | CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA | 16 |
| 7 | Anexos | 18 |
| 8 | Referencias Bibliográficas o Bibliografía | 18 |



Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea crónica en pediatría

I. FINALIDAD

Lograr una atención protocolizada a los pacientes que presenten diarrea crónica

II. OBJETIVO

La presente guía establece recomendaciones para el personal de salud que participe en la atención de pacientes pediátricos con diarrea crónica, apoyándolos en la toma de decisiones para el diagnóstico y manejo oportuno.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta Guía es de aplicación en los diferentes ejes del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PANCREATITIS AGUDA

- **NOMBRE Y CODIGO**

DIARREA CRÓNICA

CIE-10: A09

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

Diarrea es el aumento en el volumen fecal, acompañado de aumento en el número de deposiciones y/o una disminución de su consistencia, con relación al patrón defecatorio habitual del individuo(1). De manera objetiva se considera patológica cuando el volumen de heces es mayor a 10 gr/kg/día en infantes y niños pequeños (menores de 2 años) , y mayor a 200 gr/día en niños mayores y adultos(2). Se considera crónica cuando la duración es mayor a 2 semanas(3,4).

5.2 ETIOLOGÍA(1,5)

| TABLA 1: ETIOLOGÍA DE DIARREA CRÓNICA EN NIÑOS | |
|---|---|
| ENFERMEDADES SISTÉMICAS | |
| INFECCIOSAS | <div>5.2.1 Enteritis vírica prolongada</div> <div>5.2.2 Bacterias: Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter</div> <div>5.2.3 Parásitos: Giardia Lamblia, Criptosporidium parvum</div> <div>5.2.4 Sobrecrecimiento bacteriano</div> <div>5.2.5 Síndrome postenteritis</div> |
| ALTERACIONES INMUNITARIAS E INFLAMATORIAS | <div>5.2.6 Enfermedad celíaca</div> <div>5.2.7 Alergia alimentaria</div> <div>5.2.8 Gastroenteritis eosinofílica</div> <div>5.2.9 Enfermedad inflamatoria intestinal</div> <div>5.2.10 Enteropatía autoinmune</div> <div>5.2.11 Síndrome de IPEX</div> <div>5.2.12 Inmunodeficiencias primarias y secundarias</div> |
| INSUFICIENCIA PANCREÁTICA | <div>5.2.13 Fibrosis quística</div> <div>5.2.14 Síndrome de Schwachman</div> <div>5.2.15 Déficit congénito de enteroquinasa, lipasa o tripsinógeno</div> |
| DISFUNCIÓN HEPATOBILIAR | <div>5.2.16 Colestasis crónica</div> <div>5.2.17 Malabsorción primaria de ácidos biliares</div> <div>5.2.18 Resección del íleon terminal</div> <div>5.2.19 Enfermedad ileal en la enfermedad de Crohn</div> <div>5.2.20 Síndrome de asa ciega</div> |
| INTOLERANCIA A CARBOHIDRATOS | <div>5.2.21 Déficit congénito de lactasa</div> <div>5.2.22 Intolerancia secundaria a la lactosa</div> <div>5.2.23 Hipolactasia primaria de tipo adulto</div> <div>5.2.24 Déficit congénito de sacarosa-isomaltasa</div> <div>5.2.25 Déficit congénito de glucosa-galactosa</div> |

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea crónica en pediatría

| | |
|--|--|
| | 5.2.26 Ingesta excesiva de azúcares(ej.sorbitol) |
| ALTERACIONES DE MOTILIDAD | 5.2.27 Diarrea crónica inespecífica 5.2.28 Síndrome de intestino irritable 5.2.29 Hipertiroidismo 5.2.30 Pseudoobstrucción intestinal crónica |
| ALTERACIONES ESTRUCTURALES | 5.2.31 Enfermedad por inclusión de vellosidades 5.2.32 Enteropatía en penacho 5.2.33 Diarrea fenotípica o sindrómica 5.2.34 Deficiencia de heparán sulfato 5.2.35 Linfangiectasia intestinal |
| DEFECTOS EN EL TRANSPORTE DE ELECTROLITOS Y METABOLITOS | 5.2.36 Diarrea clorada congénita 5.2.37 Diarrea sódica congénita 5.2.38 Acrodermatitis enteropática 5.2.39 abetalipoproteinemia |
| TUMORES | 5.2.40 Síndrome de Zollinger- Ellison 5.2.41 Vipoma 5.2.42 Mastocitosis sistémica 5.2.43 Feocromocitoma 5.2.44 Linfoma |
| TRASTORNO ANATOMICO | 5.2.45 Síndrome de intestino corto |

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea crónica en pediatría

| TABLA 2: ETIOLOGÍA SEGÚN FALLA DE CRECIMIENTO (2) | |
|--|---|
| SIN FALLA DE CRECIMIENTO | CON FALLA DE CRECIMIENTO |
| Diarrea Crónica No Específica | Diarrea Intratable de la Infancia |
| Colitis Infecciosa | Enteropatía Alérgica |
| Malabsorción de Lactosa | Enfermedad Celíaca |
| Sobrecrecimiento Bacteriano | Enfermedad Inflamatoria Intestinal |
| Síndrome de Intestino Irritable | Inmunodeficiencias |
| | Fibrosis Quística |
| | Diarreas Congénitas y Enteropatías |

5.3 FISIOPATOLOGÍA

En el transcurso de un día, el intestino humano maneja grandes cantidades de agua, electrolitos y nutrientes. La mayoría del líquido que ingresa al intestino delgado superior proviene de secreciones gastrointestinales endógenas, y la minoría proviene de la ingesta oral. Las vellosidades intestinales son las unidades funcionales del intestino delgado, donde tienen lugar la mayoría de los procesos de absorción. En las células indiferenciadas de las criptas de Lieberkühn, predomina la secreción. Cuando hay un desequilibrio entre absorción y secreción, se produce diarrea(1). La información sobre el manejo de líquidos y electrolitos que ingresa al intestino delgado en niños es limitada pero probablemente siga el mismo patrón que en adultos(5):

5.3.1 9 litros / día (dieta 1.8 litros, secreciones endógenas 7.2 litros)

5.3.2 Entrada de fluidos al colon: 1.5 - 2.0 litro / día

5.3.3 Salida de fluidos en heces: 100 - 200 ml / día.

Las muchas causas de la diarrea crónica se pueden dividir en cuatro mecanismos fisiopatológicos principales: osmótica, secretora, asociado a la dismotilidad e inflamatorio.

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea crónica en pediatría

- a) Osmótica:** se produce cuando hay un número excesivo de partículas osmóticamente activas en la luz intestinal, que ocasiona el paso pasivo de fluido hacia el lumen, por un gradiente osmótico, que puede exceder la capacidad de absorción del intestino y, por lo tanto, se produce diarrea. Los niños con diarrea osmótica mejoran con el ayuno y las heces tienen un pH bajo (2,5,6).
- b) Secretora:** se produce cuando hay una secreción neta de agua y electrolitos al lumen intestinal sin una suficiente capacidad de absorción compensatoria. Existen unas sustancias endógenas llamadas "secretagogos", que inhiben la absorción neutra de cloro y sodio en las vellosidades de los enterocitos y/o un incremento de la secreción de cloro en las células de las criptas. Las deposiciones son voluminosas, acuosas y alcalinas. Los niños con diarrea secretora pura continuarán con diarrea incluso en ayunas(1,2,6).
- c) Dismotilidad:** se produce en un escenario en el cual las capacidades de absorción intestinal están intactas. Hay un aumento de la velocidad de tránsito intestinal lo que contribuiría a un menor contacto del contenido luminal con las enzimas digestivas y transportadoras, con lo cual hay retención del fluido dentro de la luz intestinal. Por el contrario, una hipomotilidad resultaría en estasis y sobrecrecimiento bacteriano intestinal(2,5).
- d) Inflamatoria:** puede abarcar todos los mecanismos fisiopatológicos. La lesión intestinal inducida por algún agente puede conducir a la mala absorción de macronutrientes dietéticos que, a su vez, crean un gradiente osmótico luminal. Además, agentes infecciosos particulares pueden inducir la secreción de líquido en la luz, y la sangre en el intestino puede alterar la motilidad intestinal(1).

TABLA 3: ELECTROLITOS FECALES

| ELECTROLITOS FECALES | DIARREA SECRETORA | DIARREA OSMÓTICA |
|----------------------|-------------------|------------------|
| Na en heces | >70 mEq/L | >70 mEq/L |
| Cloro en heces | >40 mEq/L | >40 mEq/L |
| Osmolaridad fecal | < 50 mOsm/kg | >100 mOsm/kg |

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La enfermedad diarreica es la segunda causa principal de mortalidad infantil; entre los niños menores de cinco años en todo el mundo, causa un estimado de 1.5 a 2 millones de muertes al año(7,8). A pesar de las mejoras en el nivel de vida, los avances en el

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea crónica en pediatría

saneamiento, el tratamiento del agua y la conciencia de la seguridad alimentaria, la enfermedad diarreica sigue representando pérdidas económicas y sociales significativas(9). Los estudios a gran escala indican que la prevalencia de enfermedad diarreica crónica en todo el mundo oscila entre el 3% y 20%, y la incidencia es de 3.2 episodios por niño/año(2). En nuestro país no existen estudios epidemiológicos que reporten la prevalencia de diarrea crónica en niños.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

- Niños menores de 2 años
- Niños con desnutrición y/o anemia
- Niños con inmunodeficiencia primaria o adquirida
- Niños con patología clínica o quirúrgica congénita y/o adquirida del sistema gastrointestinal

5.5.1 MEDIO AMBIENTE

- Familias con nivel socioeconómico bajo.
- Familias que habitan en zonas de riesgo (carencia de agua potable, sin desagüe, endémica de parasitosis y/o zoonosis)
- Bajo grado de instrucción de cuidadores
- Madres adolescentes

5.5.2 ESTILOS DE VIDA

- Consumo de agua y alimentos contaminados
- Inadecuada higiene personal, familiar, comunitaria y hogar.
- Vacunación incompleta o ausente
- Lactancia materna no exclusiva
- Práctica inadecuada de eliminación de excretas y manejo de residuos sólidos.

5.5.3 FACTORES HEREDITARIOS

- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Enfermedad celíaca
- Alergia

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS**6.1 CUADRO CLÍNICO****6.1.1 SIGNOS Y SINTOMAS**

| TABLA 4: SÍNTOMAS DE LA DIARREA | |
|--|---|
| SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES | SÍNTOMAS GENERALES |
| 6.1.1 Dolor abdominal 6.1.2 Náuseas y/o vómitos 6.1.3 Deposiciones líquidas | 6.1.4 Fiebre 6.1.5 Hiporexia 6.1.6 Pérdida de peso |

| TABLA 5: SIGNOS DE ALARMA O BANDERA ROJA EN PACIENTE CON DIARREA CRÓNICA(4) |
|---|
| 1.- EN HECEs: -Sangre -Moco -Nocturnas 2.- PÉRDIDA DE PESO O FALLA DE MEDRO 3.- SIGNOS Y SÍNTOMAS ASOCIADOS -Fiebre -Edema -Deshidratación -Rash -Artritis -Lesión Perianal (Fistula, Fisura Refractaria) |

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea crónica en pediatría**6.1.2 INTERACCION CRONOLOGICA**

No Aplica.

6.1.3 GRAFICOS, DIAGRAMAS O FOTOGRAFIAS

No Aplica.

6.2 DIAGNÓSTICO**6.2.1 CRITERIO DE DIAGNOSTICO**

Volumen de heces mayor a 10 gr/kg/día en infantes y niños pequeños (menores de 2 años) ,y mayor a 200 gr/día en niños mayores y adultos(2). Se considera crónica cuando la duración es mayor a 2 semanas(3,4).

6.2.2 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

No Aplica.

6.3 EXAMENES AUXILIARES**6.3.1 DE PATOLOGIA CLINICA**

Los exámenes debieran solicitarse en forma progresiva y en base a la orientación clínica. En la primera consulta se debera realizar una adecuada anamnesis y exploracion fisica para determinar posibles diagnosticos e identificar signos de alarma como mal estado general, deshidratación y desnutrición. Posteriormente, de acuerdo a la presuncion diagnostica se realizará un estudio analítico general de primer nivel.

Los exámenes más específicos de segundo nivel deben ser solicitados teniendo en consideración el resultado del estudio inicial y la orientacion clinica. A Continuación se describen los exámenes generales y específicos en la diarrea crónica (1, 4–6)

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea crónica en pediatría**TABLA 6: EXÁMENES AUXILIARES EN DIARREA CRÓNICA**

| EXAMENES AUXILIARES DE 1º NIVEL | EXAMENES AUXILIARES DE 2º NIVEL |
|--|--|
| 6.1.7 Hemograma | 6.1.27 Determinación de grasa en heces (Van de Kamer) |
| 6.1.8 Proteína C reactiva | 6.1.28 Esteatocrito |
| 6.1.9 Velocidad de sedimentación globular | 6.1.29 Elastasa-1 Fecal |
| 6.1.10 Glucosa | 6.1.30 Alfa-1 antitripsina fecal |
| 6.1.11 Electrolitos | 6.1.31 Calprotectina fecal |
| 6.1.12 Calcio, fósforo, magnesio | 6.1.32 Electrolitos en heces |
| 6.1.13 Transaminasas | 6.1.33 Elisa para VIH. |
| 6.1.14 Bilirrubinas | 6.1.34 Anticuerpos antitransglutaminasa IgA en sangre |
| 6.1.15 Amilasa y lipasa | 6.1.35 Test del sudor |
| 6.1.16 Colesterol y triglicéridos | 6.1.36 Prueba de hidrógeno espirado con lactosa y otros hidratos de carbono. |
| 6.1.17 Proteínas totales y fraccionadas | 6.1.37 Biopsia de Intestino delgado y grueso. |
| 6.1.18 Inmunoglobulinas | 6.1.38 Estudio genético para fibrosis quística, enfermedad celíaca y diarreas congénitas |
| 6.1.19 Tiempo de protombina | |
| 6.1.20 Ferritina | |
| 6.1.21 Vitamina B12 y Ac. Fólico | |
| 6.1.22 Hormonas tiroideas (TSH-T4L) | |
| 6.1.23 Coprológico funcional | |
| 6.1.24 Coprocultivo | |
| 6.1.25 Parasitológico seriado de heces | |
| 6.1.26 Examen de completo de orina | |

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea crónica en pediatría

| TABLA 7: VALORES REFERENCIALES DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS | | |
|--|--|--|
| PRUEBA | VALOR NORMAL | POSIBLE DIAGNOSTICO |
| ALFA-1 ANTITRIPSINA FECAL | <0.9 mg/gr | ENTEROPATÍA PERDEDORA DE PROTEINAS |
| ESTEATOCRITO | <2.5% (en >de 2 años) | MALABSORCIÓN DE GRASA |
| VAN DE KAMER | <3 gr/24 horas | MALABSORCIÓN DE GRASA |
| ELASTASA-1 FECAL | >200 U/gr | INSUFICIENCIA PANCREATICA |
| SUSTANCIA REDUCTORAS EN HECES | <1 % | MALABSORCIÓN DE CARBOHIDRATOS (SALVO SACAROSA) |
| CALPROTECTINA FECAL | <50 ug/gr | INFLAMACIÓN INTESTINAL |
| TEST DE HIDROGENO ESPIRADO (TRAS ADMINISTRACIÓN 2GR/KG DEL AZÚCAR A ESTUDIAR) | NO AUMENTO DE HIDROGENO ESPIRADO O AUMENTO MENOR A 10 PPM EN RELACIÓN A DATOS BASALES | MALABSORCIÓN DE HIDRATOS DE CARBONO (PICO A LOS 90-120 MINUTOS) SOBRECRECIMIENT O BACTERIANO (PICO A LOS 30-60 MINUTOS) |
| ANTICUERPO IG A ANTI- TRANSGLUTAMINASA TISULAR | < 10 VECES EL LÍMITE SUPERIOR DE LO NORMAL | ENFERMEDAD CELIACA |

6.3.2 DE IMÁGENES

El valor de los estudios radiológicos en el contexto de la diarrea crónica es limitado. Las radiografías abdominales pueden mostrar estreñimiento o asas dilatadas de intestino delgado. La radiografía contrastada, tomografía computarizada y la resonancia magnética pueden ser útiles en la Enfermedad inflamatoria intestinal para mostrar el engrosamiento de la pared intestinal que sugiere inflamación de la mucosa(2).

6.3.3 DE EXAMENES ESPECIALES COMPLEMENTARIOS

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

En pacientes con diarrea crónica, en los cuales la etiología no sea clara, será necesaria alguna forma de investigación endoscópica. Existen ciertas enfermedades que ante su sospecha será necesario el procedimiento endoscópico para la toma de biopsia y así confirmar su diagnóstico. Si bien en pacientes pediátricos no hay recomendaciones definidas de su utilización en diarrea crónica, en la población adulta si se recomienda que en los pacientes menores de 40 años sin síntomas típicos de trastorno intestinal funcional y / o síntomas severos y diarrea documentada deben someterse a una evaluación adicional con endoscopia(10).

La endoscopía alta puede ser útil para revelar un aplanamiento de las vellosidades y la presencia de linfocitos intraepiteliales en el duodeno en el caso de la enfermedad celíaca o en la colonoscopia evidencia de inflamación ileal o colónica en colitis infecciosa o Enfermedad inflamatoria intestinal(2). La biopsia de intestino delgado durante la endoscopia también puede revelar evidencia de duodenitis en infecciones parasitarias(2).

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

El reconocimiento precoz de los casos de enfermedad diarreica crónica es fundamental para iniciar el apropiado tratamiento y las medidas de soporte, a fin de reducir la morbilidad. Se debe hacer un seguimiento ambulatorio del paciente y según la gravedad de la enfermedad realizar su hospitalización.

6.4.2 TERAPEUTICA

Los pilares del tratamiento de la diarrea crónica son: etiológico, cuando sea posible, y la prevención y tratamiento de la desnutrición(1).

En todos los casos, es primordial el tratamiento nutricional. El objetivo es proporcionar un adecuado aporte de calorías para permitir el aumento de peso. En el lactante es recomendable no suspender la lactancia materna y si se encuentra recibiendo fórmula maternizada valorar la administración de fórmulas hidrolizadas (extensamente o elementales) que son de mas fácil digestión cuando hay mala digestión o lesión vellositaria intestinal. En los niños mayores se puede indicar suplementos nutricionales, fórmulas poliméricas, para conseguir un adecuado aporte calórico (1,5). Cuando la ingesta oral es inadecuada o la malabsorción impide la ingesta necesaria, se puede requerir alimentación enteral continua o nutrición parenteral. En la rehabilitación intestinal, es importante considerar los suplementos de micronutrientes y vitaminas ya que los niños con diarrea crónica y desnutrición a menudo son deficientes en vitamina A, zinc, ácido fólico, cobre y selenio(11). Las deficiencias en estos micronutrientes pueden afectar la función del sistema inmune y tener un efecto directo sobre la estructura y función de la mucosa. La deficiencia de zinc es un riesgo particular debido al aumento de las pérdidas a través del tracto gastrointestinal durante los episodios de diarrea. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la administración de suplementos de zinc para bebés y niños con diarrea aguda o que persista más de 14 días. En Niños <6 meses de edad 10 mg / día y en niños > 6 meses de edad 20 mg / día durante 10 a 14 días(12,13).

MEDICACIÓN

Probióticos

Hay evidencia limitada de que los probióticos sean efectivos en el tratamiento de la diarrea crónica en pediatría(14).

Antidiarreicos

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea crónica en pediatría

No se recomiendan su uso de rutina, sin embargo pueden tener utilidad en casos de diarrea crónica con diagnóstico etiológico establecido (Ej. Síndrome del intestino irritable) y administrándose siempre bajo supervisión cuidadosa.

6.1.39 Loperamida : 0.4–0.8 mg/kg/day (VO) dividido en 4 dosis (máx.: 8 mg/ día) (15).

Somatostatina

La somatostatina u octreotide (análogo sintético) se puede administrar en enfermedades con diarreas secretoras severas al ser un medicamento que produce efectos antidiarreicos y antisecretores al actuar sobre receptores específicos de somatostatina (Ej. Diarrea por tumores neuroendocrinos, diarrea inducida por quimioterapia, enfermedad de inclusión microvellosa y diarrea severa inducida por enterotoxina (16,17). En adultos se recomienda el inicio de octreotida a 100–150 mcg / dosis tres veces al día por vía subcutánea, o a 25–50 mcg / h, por vía intravenosa en infusión continua. Sin embargo, en pediatría una relación dosis respuesta no se ha establecido. El efecto del inicio temprano y el aumento rápido de la dosis en la relación dosis-respuesta deben evaluarse en estudios grandes(16). La dosis 1–2 µg/kg/h (EV) por 2–5 días es segura(18).

6.4.3 EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES DEL TRATAMIENTO

En caso de utilizar antidiarreicos, existe el riesgo de megacolon tóxico.

6.4.4 PRONÓSTICO

La evolución de la diarrea crónica puede conllevar al desarrollo de complicaciones como la desnutrición, deshidratación y trastornos hidroelectrolíticos que aumentan la morbimortalidad, por lo cual, es necesario un diagnóstico precoz.

Parámetros De Severidad (1)

- Desnutrición severa.
- Deshidratación asociada a desnutrición.
- Deshidratación severa.
- Alteración electrolítica.

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea crónica en pediatría

- Signos de infección grave.

6.4.5 Criterios de Alta

- Paciente con diagnóstico etiológico.
- Paciente con estado nutricional mejorado.
- Ausencia de complicaciones.

6.4.6 Criterios de Retorno

Paciente con diagnóstico etiológico y estado nutricional mejorado sin evidencia de complicaciones.

6.5 COMPLICACIONES

- Desnutrición
- Deshidratación
- Alteración electrolítica
- Infección generalizada

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- Referencia(1):

Los criterios de derivación de un niño con diarrea crónica al servicio hospitalario de gastroenterología pediátrica son los siguientes:

- Retraso importante de crecimiento que no responde al tratamiento.
- Diarrea desde el nacimiento.
- Diarrea crónica en la que no se llega al diagnóstico etiológico después de la realización de las pruebas complementarias generales
- Sospecha de enfermedad celíaca.
- Sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal.
- Rectorragia mantenida con cultivos negativos.
- Niños en los que se ha llegado a un diagnóstico, pero que precisan el seguimiento en unidades especializadas, como en el caso de la fibrosis quística.

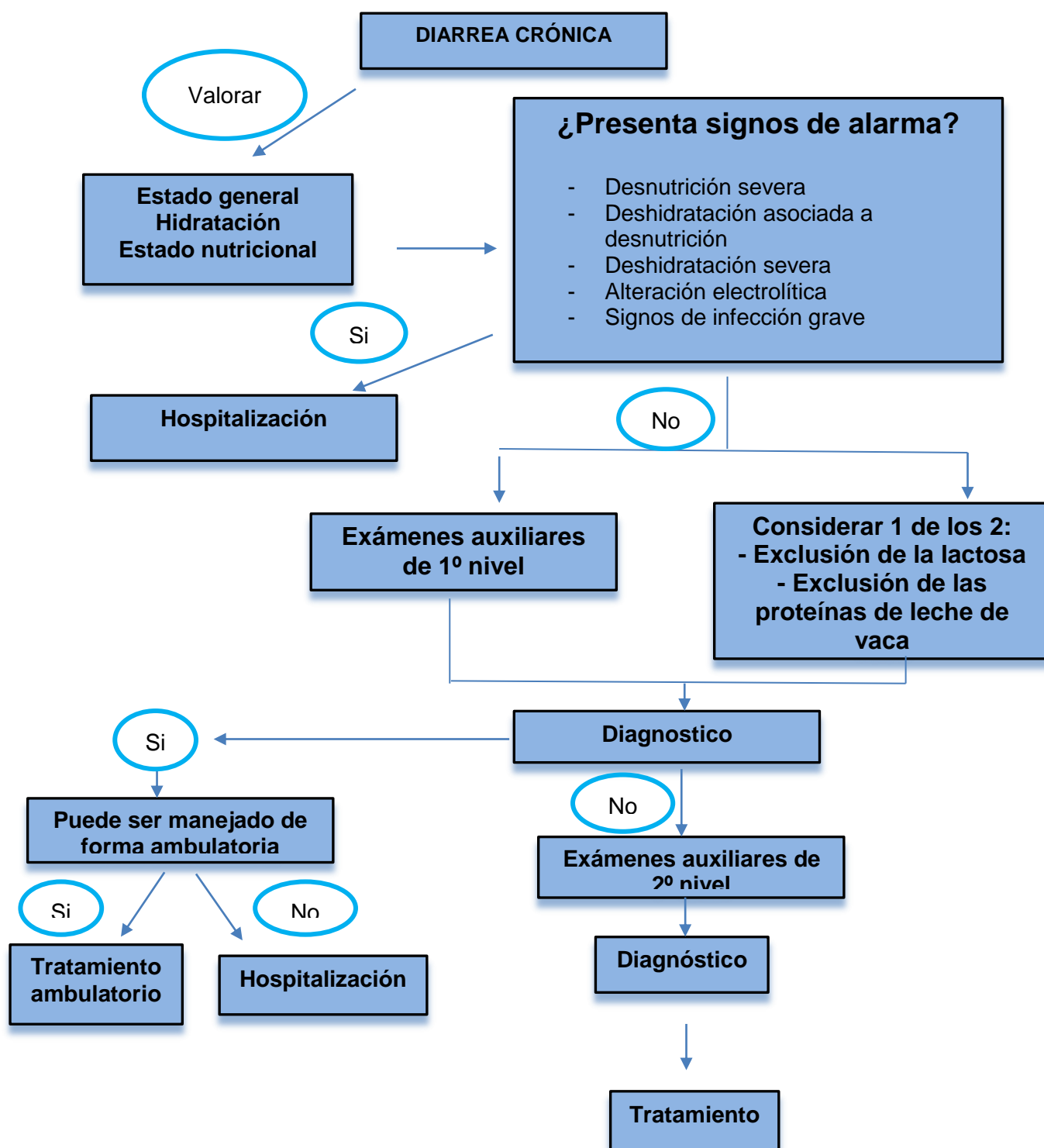
Contrareferencia:

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea crónica en pediatría

Paciente con diagnóstico etiológico y estado nutricional mejorado sin evidencia de complicaciones.

- Seguimiento:

Se deberá realizar control por consulta ambulatoria con un intervalo de tiempo a determinar según la etiología.

6.7 FLUXOGRAMA / ALGORITMO

7 Anexos

No aplica.

8 Referencias Bibliográficas o Bibliografía

1. Carbajo Ferreira AJ. Diarrea Crónica. PEDIATRÍA INTEGRAL. 2015;XIX(2):92-101.
2. Zella GC, Israel EJ. Chronic Diarrhea in Children. Pediatr Rev. 1 de mayo de 2012;33(5):207-18.
3. Thiagarajah JR, Kamin DS, Acra S, Goldsmith JD, Roland JT, Lencer WI, et al. Advances in Evaluation of Chronic Diarrhea in Infants. Gastroenterology. junio de 2018;154(8):2045-2059.e6.
4. Lee KS, Kang DS, Yu J, Chang YP, Park WS. How to Do in Persistent Diarrhea of Children?: Concepts and Treatments of Chronic Diarrhea. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2012;15(4):229.
5. Canales R P, Alliende G F. Diarrea crónica en el niño. Rev Chil Pediatría. abril de 2012;83(2):179-84.
6. Whyte LA, Jenkins HR. Pathophysiology of diarrhoea. Paediatr Child Health. 1 de octubre de 2012;22(10):443-7.
7. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE, WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. Lancet Lond Engl. 26 de abril de 2005;365(9465):1147-52.
8. Boschi-Pinto C, Velebit L, Shibuya K. Estimating child mortality due to diarrhoea in developing countries. Bull World Health Organ. septiembre de 2008;86(9):710-7.
9. Mokomane M, Kasvosve I, de Melo E, Pernica JM, Goldfarb DM. The global problem of childhood diarrhoeal diseases: emerging strategies in prevention and management. Ther Adv Infect Dis. enero de 2018;5(1):29-43.



Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea crónica en pediatría

10. Arasaradnam RP, Brown S, Forbes A, Fox MR, Hungin P, Kelman L, et al. Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults: British Society of Gastroenterology, 3rd edition. Gut. 1 de agosto de 2018;67(8):1380-99.
11. Bhan MK, Bhandari N, Bahl R. Management of the severely malnourished child: perspective from developing countries. BMJ. 18 de enero de 2003;326(7381):146-51.
12. Lukacik M, Thomas RL, Aranda JV. A meta-analysis of the effects of oral zinc in the treatment of acute and persistent diarrhea. Pediatrics. febrero de 2008;121(2):326-36.
13. World Health Organization y Department of Child and Adolescent Health and Development - 2005 - The treatment of diarrhoea a manual for physician.pdf [Internet]. [citado 21 de abril de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43209/9241593180.pdf;sequence=1>
14. Bernaola Aponte G, Bada Mancilla CA, Carreazo Pariasca NY, Rojas Galarza RA. Probiotics for treating persistent diarrhoea in children. Cochrane Database Syst Rev. 10 de noviembre de 2010;(11):CD007401.
15. Chandra R, Kesavan A. Current treatment paradigms in pediatric short bowel syndrome. Clin J Gastroenterol. abril de 2018;11(2):103-12.
16. Pai V, Porter K, Ranalli M. Octreotide acetate is efficacious and safe in children for treating diarrhea due to chemotherapy but not acute graft versus host disease. Pediatr Blood Cancer. enero de 2011;56(1):45-9.
17. Bisset WM, Jenkins H, Booth I, Smith V, Milla PJ. The effect of somatostatin on small intestinal transport in intractable diarrhoea of infancy. J Pediatr Gastroenterol Nutr. agosto de 1993;17(2):169-75.
18. Al-Hussaini A, Butzner D. Therapeutic Applications of Octreotide in Pediatric Patients. Saudi J Gastroenterol Off J Saudi Gastroenterol Assoc. 2012;18(2):87-94.