

**HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA
PROTOCOLO DE MANEJO DE DIARREA CRÓNICA**

1. AUTORES
2. REVISORES
3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES / REVISORES
4. JUSTIFICACIÓN
5. ALCANCE
6. PROPÓSITO
7. OBJETIVO GENERAL
8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
9. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD
10. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD
11. EPIDEMIOLOGIA
12. DEFINICIÓN
13. FISIOPATOLOGÍA
14. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
15. TRATAMIENTO
16. CRITERIOS DE REFERENCIA
17. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO
18. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE Y/O FAMILIAR
19. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL
20. SEGUIMIENTO Y CONTROLES
21. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

	HOSPITAL DEL NIÑO Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 2 de 16
	Título: Abordaje de la Diarrea Crónica	Edición: Septiembre 2020	
	Elaborado: Dr. José Daniel Cenci3n. /Dr. Ricardo Chanis	Revisi3n N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterolog3a	

1. AUTORES

Dr. Jos3 Daniel Cenci3n. /Dr. Ricardo Chanis

2. REVISORES

Dr. Ricardo Chanis, Dr. Ricardo McCalla, Dra. Analissa S3nchez. Dra. Ecaterina Julio. Oficina de calidad y seguridad del paciente.

3. DECLARACI3N DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES / REVISORES

Los autores y revisores participantes en la elaboraci3n de este protocolo de atenci3n declaran que no existen conflictos de intereses que afecten el contenido.

4. JUSTIFICACI3N

En los pa3ses con recursos en v3as de desarrollo, la diarrea persistente es m3s com3n en ni3os menores de dos a3os, pero tambi3n puede ocurrir en ni3os mayores, con importantes repercusiones en su estado nutricional, calidad de vida y morbimortalidad.

5. ALCANCE

Este protocolo est3 dirigido a la poblaci3n pedi3trica que requiera atenci3n en Hospital del Ni3o Dr. Jos3 Ren3n Esquivel, en cualquier v3a de consulta, cuarto de urgencias o en 3reas de consulta externa especializada donde se aborde por episodios de diarrea persistente o cr3nica.

6. PROP3SITO

El prop3sito es fundamentalmente implementar y elaborar un protocolo que nos permita atender a los pacientes que consulten por cuadros de diarrea persistente o cr3nica.

7. OBJETIVO GENERAL

Establecer un protocolo de atenci3n para el paciente que curse con diarrea persistente o cr3nica.

8. OBJETIVOS ESPEC3FICOS

- Describir las principales entidades relacionadas como causa de diarrea cr3nica.
- Presentar los hallazgos principales en examen cl3nico y ex3menes de gabinete.
- Especificar el manejo inicial y de seguimiento de pacientes con diarrea cr3nica.
- Establecer recomendaciones y medidas preventivas para familiares y pacientes con diarrea cr3nica.

	HOSPITAL DEL NIÑO Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 3 de 16
	Título: Abordaje de la Diarrea Crónica	Edición: Septiembre 2020	
	Elaborado: Dr. José Daniel Cencián. /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

9. ANTECEDENTES LOCALES

En Panamá no se ha documentado en estudios de investigación la presencia de diarrea crónica en pediatría.

10. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD

Diarrea crónica K52.9, código internacional de enfermedades.

11. EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia real de la diarrea crónica en países en desarrollo aún no es conocida, ya que el diagnóstico es limitado. La enfermedad celíaca y las infecciones por parásitos son las etiologías mayormente reconocidas en los países en desarrollo. Las causas alérgicas e inmunológicas son más comunes en los países occidentales. La presencia de otras enfermedades como neumonías, infecciones urinarias o anemia aumentan significativamente el riesgo de presentar una diarrea prolongada.

En países en vías de desarrollo: la *Escherichia coli* enteropatogénica y *Escherichia coli* enteroagregante son los patógenos bacterianos en la diarrea persistente, mientras que *Campylobacter* y *Salmonella* son raros.

En los países desarrollados: el norovirus y el rotavirus pueden contribuir a la diarrea persistente. En Asia, Latinoamérica y África se aprecia que un 10% de las diarreas evolucionan a diarrea prolongada con rangos entre el 5% y el 25%.

12. DEFINICIÓN

- **La diarrea crónica** es aquella cuya duración excede más de 4 semanas. Generalmente se acompaña de malabsorción y de causa no infecciosa.
- **La diarrea persistente** se define como la diarrea que dura de 2 a 4 semanas.

Las etiologías infecciosas predominan como causa de diarrea persistente similar a los de las diarreas agudas.

La diarrea persistente puede estar asociada con una morbilidad significativa debida malabsorción que a menudo puede acompañar a la diarrea.

- **Diarrea crónica funcional**

Se ha llamado previamente diarrea crónica inespecífica.

Criterios:

Cuatro o más deposiciones sueltas diarias indoloras.

Duración mayor de cuatro semanas.

Inicio entre 6 y 60 meses de edad.

Ausencia de fallo de medro si la ingesta calórica es adecuada.

	HOSPITAL DEL NIÑO Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 4 de 16
	Título: Abordaje de la Diarrea Crónica	Edición: Septiembre 2020	
	Elaborado: Dr. José Daniel Cencián. /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

13. Fisiopatología

Desde el punto de vista de la fisiopatología se clasifica la diarrea crónica en función del nivel del proceso digestivo en que se presenta la alteración.

- **Diarrea por alteración en la digestión:** las deposiciones son pastosas, homogéneas oleosas, de color pálido, olor rancio y flotan en el agua. El volumen de las heces es constante.
- **Diarrea por alteración en la absorción:** las deposiciones son blandas o líquidas, de olor ácido. La esteatorrea es habitualmente leve.
- **Diarrea por fermentación:** las deposiciones son líquidas, ácidas y acompañadas de gases. El volumen es variable en función de la cantidad de carbohidratos que se hayan ingerido.

Mecanismos

Osmótico:

- La presencia en el intestino de solutos no absorbidos como lactosa, sacarosa o glucosa, aumentan la carga osmótica y arrastran agua a la luz intestinal desde el plasma.
- Hay un déficit transitorio o permanente de disacaridasas, que lleva a fermentación por la flora bacteriana con aumento de ácidos orgánicos de cadena corta que generan una mayor carga osmótica.
- Los agentes infecciosos inducen diarrea al causar daño directo al epitelio.
- Atrofia vellositaria adquirida o congénita (*enf. celiaca, S intestino corto*).
- Ingesta de solutos no absorbibles: el sorbitol (abuso de chicle) consumo excesivo fructosa (fruta) o al uso de laxantes (la lactulosa).

Secretora:

- Se produce por una mayor secreción de agua y electrólitos desde el plasma hacia la luz intestinal, que supera la capacidad de absorción.
- Estimulación del AMPc que abre los canales de cloro como en el caso del inducido por toxinas de *Vibrio cholerae* y de *Escherichia coli*.
- Activación de GMPc o del calcio intracelular por ejemplo en el protozoo *Cryptosporidium parvum*, *Rotavirus a través de proteína NSP4*, VIH el factor de transferencia TAT.
- Sobre crecimiento bacteriano, desconjugación de los ácidos biliares y una hidroxilación de los ácidos grasos.
- Es influido por el papel de citoquinas inflamatorias, hormonas neurotransmisoras, alteraciones genéticas.

	HOSPITAL DEL NIÑO Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 5 de 16
	Título: Abordaje de la Diarrea Crónica	Edición: Septiembre 2020	
	Elaborado: Dr. José Daniel Cencián. /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

	Diarrea osmótica	Diarrea secretora
Volumen en heces	< 200 ml/ 24 horas	> 200ml/24 horas
Respuesta al ayuno	Cesa la diarrea	Persiste la diarrea
Na⁺ en heces	< 70 mEq/l	> 70 meq/l
C. Reductores	Positivos	Negativos
pH en heces	< 5	> 5

Mecanismo inflamatorio o exudativo:

Se produce por fenómenos infecciosos o inmunológicos que ulceran la mucosa con exudación posterior de moco, proteínas y sangre a la luz intestinal.

Invasivo:

Hay rreplicación de gérmenes en colon e íleon terminal.

- Invaden y lesionan la mucosa, un proceso inflamatorio local.
- Clínicamente se aprecia diarrea disenteriforme, (heces mucosanguinolentas).
- La absorción en colon puede alterarse pero es normal en intestino delgado.

Citotóxico presente en infecciones virales:

- El germen penetra y destruye los enterocitos maduros.
- Disminuyendo la superficie absorptiva.
- Suele coexistir también un efecto osmótico y secretor.

Etiologías

Diarrea de comienzo neonatal

- Defectos estructurales del enterocito.
- Mal absorción congénita de Gluc –Gal.
- Deficiencia congénita de lactasa.
- Diarrea clorada congénita.
- Diarrea sódica congénita.
- Malabsorción congénita de ácidos biliares.

	HOSPITAL DEL NIÑO Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 6 de 16
	Título: Abordaje de la Diarrea Crónica	Edición: Septiembre 2020	
	Elaborado: Dr. José Daniel Cención. /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- Deficiencia congénita de enteroquinasa.

Menores de 1 año

- Reacciones adversas a proteína de leche de vaca o otras proteínas alimentarias.
- Síndrome post enteritis.
- Deficiencia secundaria a disacaridasas.
- Errores dietéticos.
- Giardiasis.
- Diarrea crónica inespecífica.
- Fibrosis quística.
- Infecciones a repetición.

1-3 años

- Diarrea crónica inespecífica.
- Giardiasis.
- Enfermedad celíaca.
- Síndrome post enteritis.
- Deficiencia secundaria de disacaridasas.
- Fibrosis quística.
- Infecciones a repetición.

Escolar/ adolescentes

- Síndrome de intestino irritable.
- Enfermedad celíaca.
- Intolerancia a la lactosa.
- Giardiasis.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Diarrea auto inducida.

Evaluación, signos y síntomas

- En la evaluación del paciente debe incluir una historia clínica detallada con atención especial a la edad del paciente, la evolución de la curva de peso y talla o velocidad del crecimiento, las características de las heces (frecuencia, número de deposiciones), retraso en la deposición de meconio y la presencia de síntomas asociados.

	HOSPITAL DEL NIÑO Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 7 de 16
	Título: Abordaje de la Diarrea Crónica	Edición: Septiembre 2020	
	Elaborado: Dr. José Daniel Cencián. /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- Antecedentes heredofamiliares, como enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal, fibrosis quística, inmunodeficiencia.

Características de las heces

- Heces líquidas, explosivas, ácidas que producen eritema del pañal: considerar diarrea por fermentación con intolerancia a los carbohidratos.
- Heces brillantes, abundantes, pálidas, fétidas con olor rancio: sospechar diarrea por malabsorción.
- Heces de predominio diurno, con restos de vegetales sin digerir, moco que disminuye de consistencia a lo largo del día: considerar diarrea de tipo funcional.
- Heces con moco o sangre que se acompañan de tenesmo, malestar general, pérdida de peso, de predominio nocturno: considerar como bandera roja para investigar por enfermedad inflamatoria intestinal.

Clasificación clínica de absorción deficiente basada en el tipo de evacuaciones

Evacuaciones aguadas	Evacuaciones grasosas	Evacuaciones normales
Deficiencia congénita o secundaria de lactasa, monosacáridos y disacáridos	Fibrosis quística Insuficiencia pancreática e insuficiencia de médula ósea	Hipomagnesemia primaria Absorción deficiente de aminoácidos Absorción deficiente de vitamina B12
Deficiencia de sacarosa isomaltasa Absorción deficiente de glucosa-galactosa Defectos inmunes primarios	Celiaco-esprue Síndrome de intestino corto Alipoproteinemia beta Linfangiectasia intestinal Enfermedad de Whipple	Anemia perniciosa juvenil Absorción congénita de ácido fólico
Clorhidrorrea congénita Deficiencia de enteroquinasa Alergia a la proteína de la leche de vaca Sensibilidad a la proteína de la soja	Déficit lipasa ácida lisosomal Esprue tropical Síndrome de estasis intestinal Obstrucción de vías biliares Acción de medicamentos y radiaciones Enfermedades endocrinológicas	
Parasitosis Giardia <i>Strongiloides stercoralis</i>		
Producción exagerada de gastrina		

	HOSPITAL DEL NIÑO Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 8 de 16
	Título: Abordaje de la Diarrea Crónica	Edición: Septiembre 2020	
	Elaborado: Dr. José Daniel Cencián. /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Signos y síntomas que pueden dar alarma:

- Astenia.
- Retraso del crecimiento.
- Distensión abdominal.
- Cambios en los hábitos evacuatorios.
- Dolor abdominal.
- Hemorragias digestivas.
- Afectación perianal.
- Palidez cutánea, pelo ralo.
- Cuadros respiratorios a repetición.
- Aftas bucales, artralgias, uveítis.

Presencia de escapes o manchado de la ropa interior investigar por estreñimiento oculto.

14. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Hallazgos de laboratorio e imágenes

- Depende de la entidad que se sospeche se puede hacer el uso de laboratorios.

Laboratorios:

Nivel Básico

- Hemograma: ante sospecha de anemia relacionada o deposiciones con sangre.
- Bioquímica plasmática, glicemia, nitrógeno de urea, creatinina, proteínas totales, albúmina, perfil lipídico, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, ferritina, inmunoglobulinas, considerar ante la sospecha de diarrea secundaria a condición metabólica, inmunodeficiencias, enteropatía, perdedora de proteínas, enfermedad inflamatoria intestinal y por efecto catártico de sales biliares y que se acompañan de compromiso nutricional.
- TSH
- Anti transglutaminasa IgA IgG, antiendomiso, ante la sospecha clínica de enfermedad celiaca.
- VES, PCR, considerando en diarreas secundaria a condición infecciosa o inflamatoria.
- Considerar urocultivo, coprocultivo, análisis general de heces.

	HOSPITAL DEL NIÑO Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 9 de 16
	Título: Abordaje de la Diarrea Crónica	Edición: Septiembre 2020	
	Elaborado: Dr. José Daniel Cencián. /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Nivel intermedio

- **Grasa en heces** técnica de Sudan.
- Grasa en heces, **test de Van de Kamer**, que es un método tradicional para detectar la esteatorrea. Es necesario la recogida de heces de 72 horas, con valores normales en niños de < 3g/24horas y en adultos < 6g/24 horas.
- **Alfa 1 anti-tripsina fecal:** se determina en heces de 24 horas, es útil si se sospecha enteropatía pierde proteínas. Valor normal 0.2-0.72 mg/g de heces.
- **Quimiotripsina fecal:** refleja la actividad del páncreas exocrino. Valores normales > 375 U/24 horas o mayor de 7.5 U/g en una muestra aislada.
- **Elastasa fecal:** Es el indicador más sensible y específico de la función pancreática exocrina. Valor normal mayor de 200 mcg/g de heces. Se considera insuficiencia pancreática moderada 100-200 mcg/g e insuficiencia pancreática grave < 100 mcg/g.
- **pH y sustancias reductoras en heces:** si se sospecha malabsorción de hidratos de carbono, en el pH fecal será menor de 5.5, los cuerpos reductores > 1% y glucosa en heces positiva.
- **Calprotectina fecal:** es un marcador inespecífico de inflamación intestinal. Puede estar aumentado en otros procesos inflamatorios del colon. Si son muy elevados > 500g/g son sugestivos de enfermedad inflamatoria intestinal.
- Leucocitos fecales: Su aumento indica inflamación colónica, valor normal menor de 5 / campo.
- **Test de sudor:** mide la concentración de cloro en sudor. Dos determinaciones >60 mmol/l confirman el diagnóstico de fibrosis quística. Se considera valores dudosos 40-60 mmol/l y normal menor de 40 mmol/l.
- **Test de hidrógenos espirado.** Útil en la sospecha de sobrecrecimiento bacteriano e intolerancia a carbohidratos.
- **Técnica de infrarrojo cercano:** cuantifica la eliminación de todos los principios inmediatos de las heces. Valores normales Grasas < 5%, nitrógeno fecal <2% o menor de 1.2 g/24 horas, Azúcares <2.5%.

Imágenes

- La radiografía simple puede ser útil en mostrar alteración en la distribución del gas, líquido y asas.

	HOSPITAL DEL NIÑO Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 10 de 16
	Título: Abordaje de la Diarrea Crónica	Edición: Septiembre 2020	
	Elaborado: Dr. José Daniel Cención. /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- Estudios con medio como el bario puede demostrar la presencia de anomalías como divertículos, malrotaciones, estenosis, asas ciegas, líquido excesivo en la luz intestinal o incluso alteraciones de la motilidad, y datos indirectos de malabsorción.

Estudios endoscópicos

- La Video endoscopía alta y colonoscopia con la toma de muestra para análisis histopatológico son herramientas diagnósticas en el abordaje de diarrea crónica.

Diagnóstico diferencial.

- Enfermedad celiaca.
- Diarrea crónica no específica. Es considerada una causa común entre los 6 meses a los 4 años, el paciente cursa con buen crecimiento, no deficiencia de minerales o vitaminas, presentan 4-5 deposiciones suaves con vegetales no digeridos durante el día.
- Giardiasis y amebiasis.
- Inmunodeficiencia congénita: (agammaglobulinemia ligada al X, deficiencia selectiva de IgA, entre otras.)
- Inmunodeficiencia adquirida: pacientes con cuenta de CD4 por debajo de 200 células/ml tienen riesgo aumentado de infecciones oportunistas, daño a la mucosa y disfunción de los enterocitos que predispone a infecciones oportunistas entre ellas, Salmonella, Shigella, campylobacter, Citomegalovirus, Cándida, Cryptococcus, Cryptosporidium, Isospora, Giardia.
- Abetalipoproteinemia, en estos pacientes una mutación en el transportador de proteínas microsomal conduce a una formación deficiente de quilomicrones y transporte del intestino e hígado.
- En plasma cursan con niveles de LDL, VLDL y quilomicrones muy bajos o ausentes y la biopsia duodenal muestra enterocitos cargados de gotas de lípidos.
- Acrodermatitis enteropática: son aquellos pacientes que no pueden absorber el zinc a nivel intestinal, y cursan con área eccematosa perianal, alopecia, diarrea crónica luego de iniciar el destete. El zinc sérico y la fosfatasa alcalina son bajos.
- Linfangiectasia intestinal: cursan con enteropatía perdedora de proteínas, linfopenia, hipocalcemia, hipoalbuminemia, hipogammaglobulinemia.
- Síndrome de intestino corto.
- Sobrecrecimiento bacteriano.
- Diarrea inducida por medicamentos.
- Diarrea intratable de la infancia. Esta difícil condición se divide en dos grupos:
 - sin atrofia vellositaria** que incluye defectos congénitos de transportadores como receptor de ácidos biliares, ileal, malabsorción congénita de glucosa o galactosa.

	HOSPITAL DEL NIÑO Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 11 de 16
	Título: Abordaje de la Diarrea Crónica	Edición: Septiembre 2020	
	Elaborado: Dr. José Daniel Cencián. /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- Condiciones **con atrofia de vellosidades**, incluye la enfermedad de inclusión microvellositaria, enteropatías autoinmunes, Displasia epitelial (intestinal Congenital Tufting Enteropathy).
- Diarrea mediada por hormonas. Generalmente en tumores neuroendocrinos como el Vipoma.

15. TRATAMIENTO

El tratamiento va dirigido a la causa primaria de la diarrea crónica, sin embargo, existen medidas generales que incluyen:

- Corregir desequilibrios hidroelectrolíticos.
- Manejo y corrección de las deficiencias vitamínicas y de micronutrientes.
- El soporte nutricional es el pilar del tratamiento, y se prefiere siempre optar por la vía enteral.
- El uso nocturno de tubos de alimentación nasogástrico, nasojunal puede ser necesario en casos de malnutrición severa.
- Las modificaciones de la dieta deben ir de acuerdo al diagnóstico, por ejemplo, alergia a la proteína de la leche de vaca, enfermedad celiaca etc.
- El uso de nutrición parenteral total se necesita en un pequeño subgrupo, sobre todo en aquellos con diarreas de inicio en etapa neonatal y en el síndrome de intestino corto. Se recomienda el uso de estímulos tróficos en estos pacientes para evitar la colestasis secundaria al uso de nutrición parenteral.
- Las infusiones de albúmina sólo se necesitan en los casos de hipoalbuminemia severa sintomática, hay que individualizar los casos.
- Prevenir el síndrome de realimentación.
- Manejo específico de acuerdo a la causa primaria de diarrea crónica.

16. CRITERIOS DE REFERENCIA

Pacientes con antecedente de diarrea crónica, que luego de hacer abordaje inicial y primario de causas del cuadro no se encuentre explicación.

Paciente que no responda a medidas nutricionales, y de soporte básicas.

Desequilibrio hidroelectrolítico, síndrome de realimentación o estado nutricional con compromiso severo.

17. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

El pronóstico dependerá de la causa principal de diarrea crónica. El soporte nutricional y la corrección de la deficiencia de micronutrientes es esencial en todos los niños.

El empleo de fórmulas especiales y nutrición parenteral total ha ayudado a disminuir la morbimortalidad relacionada.

	HOSPITAL DEL NIÑO Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 12 de 16
	Título: Abordaje de la Diarrea Crónica	Edición: Septiembre 2020	
	Elaborado: Dr. José Daniel Cencián. /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

La evolución dependerá de la causa primaria, del reconocimiento temprano de la entidad.

18. RECOMENDACIONES PARA LA FAMILIA

- Acudir a su control periódico con pediatría o subespecialista gastroenterólogo, nutriólogo, endocrinólogo, o especialidad primaria de control.
- Cumplimiento de la medicación de control indicada, con dosis fecha de inicio.
- Disminuir el consumo excesivo de azúcares simples, lácteos y derivados de acuerdo a su condición primaria.
- Anotar peso, presión arterial y dudas relacionado a la enfermedad antes de acudir a la cita control.
- Vigilar por signos de alarma, sangrado, alteración del estado de conciencia, fiebre, signos de deshidratación- desequilibrio hidroelectrolítico, oliguria, anuria, dificultad respiratoria. Ante estos datos debe acudir a su instalación de urgencias más cercana para su estabilización.
- Seguimiento estricto de citas de control.
- Recibir información sobre su patología de base y recomendaciones alimentarias a seguir.

19. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL

Mantener medidas nutricionales, farmacológicas y los signos de alarma de agravamiento de su condición.

20. SEGUIMIENTO Y CONTROLES

Se requiere seguimiento dependiendo la respuesta al tratamiento nutricional, farmacológico, y ante la presencia de signos de alarma es importante acudir a cuarto de urgencias para estabilización.

Peso diario, monitoreo de presión arterial, micronutrientes, electrolitos séricos y pruebas de acuerdo a su patología de base son medidas básicas en el seguimiento.

	HOSPITAL DEL NIÑO Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 13 de 16
	Título: Abordaje de la Diarrea Crónica	Edición: Septiembre 2020	
	Elaborado: Dr. José Daniel Cencián. /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

21. Bibliografía.

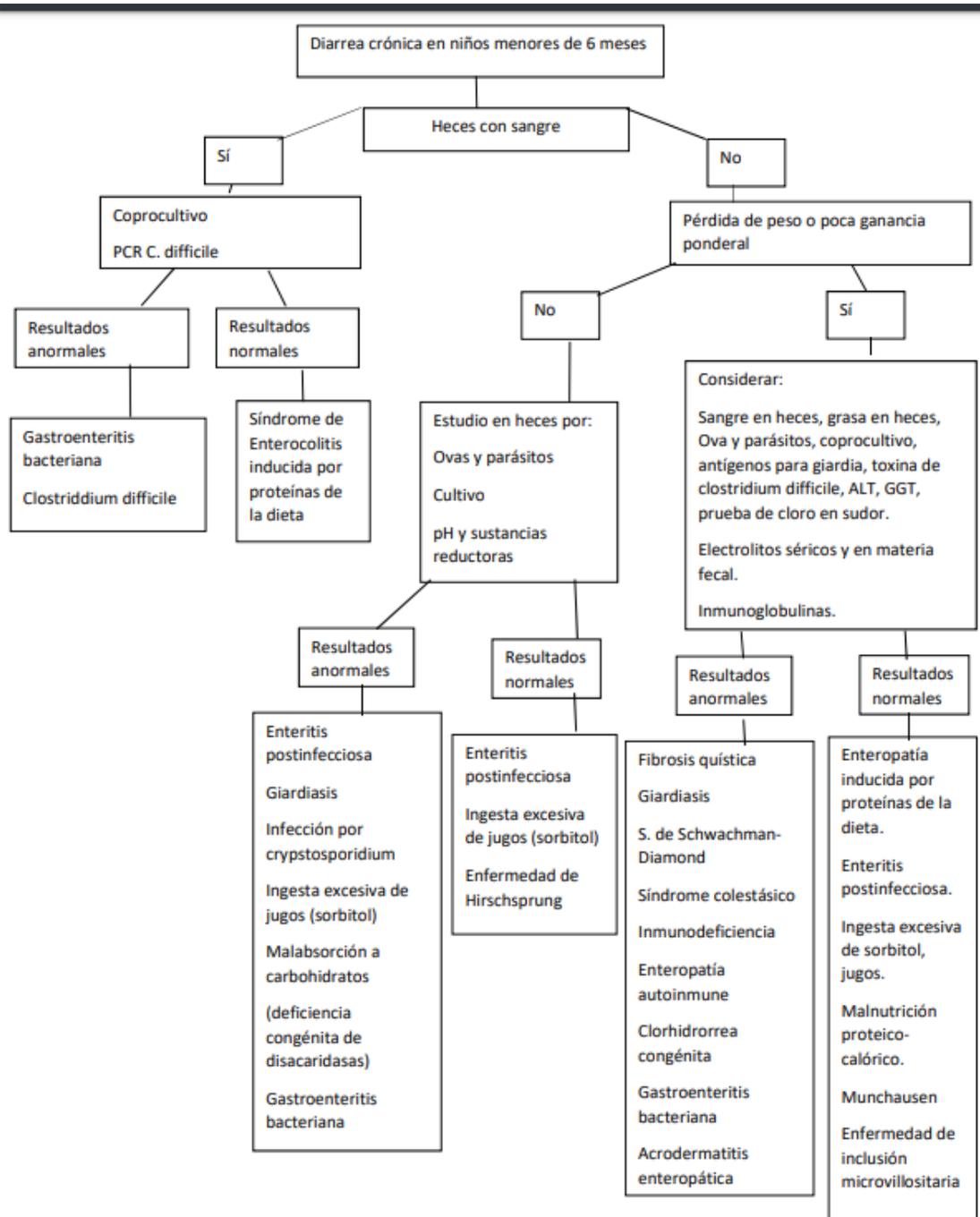
1. Arguelles F. Tratado de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica, capítulo 2.5 página 103, Sociedad española de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica, editorial Ergon 2010
2. Jara P. Enfermedad hepática en el niño, capítulo 41 SEGHNPE España
3. Gupta S, Narang S, Nunavath V, Singh S. Chronic diarrhoea in HIV patients: prevalence of coccidian parasites. Indian J Med Microbiol 2008;26:172–175
4. Guandalini S. Diarrhea Diagnostic and therapeutic advances chapter 1 humana press
5. Blesa Luis curso de actualización pediatría 2017 Trastornos digestivos funcionales pediátricos. Criterios Roma IV, Sociedad española de Pediatría.
6. Waasdorp C. The NASPGHAN fellows concise review of Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition 2nd edition
7. Arguelles F. Tratamiento en gastroenterología hepatología y nutrición pediátrica, capítulo 12, SEGHNPE 2016
8. Ramírez Mayans El niño con diarrea crónica Editorial Interamericana 1984 página 22
9. Sibal Anupam, Gopalam Sarath Chronic and persistent diarrhea chapter 7, Textbook of Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition. Editorial Jaypee 2013.
10. Pomeranz A. Pediatric decision making strategies chapter 23, second edition editorial Elsevier, 2016
11. Bavdekar A, Matthai J. Chronic diarrhea and malabsorption syndrome chapter 6 Indian academy of Pediatrics Pediatric Gastroenterology second edition, editorial Jaypee, 2013.

	HOSPITAL DEL NIÑO Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 14 de 16
	Título: Abordaje de la Diarrea Crónica	Edición: Septiembre 2020	
	Elaborado: Dr. José Daniel Cencián. /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

ANEXOS



HOSPITAL DEL NIÑO Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 15 de 16
Título: Abordaje de la Diarrea Crónica	Edición: Septiembre 2020	
Elaborado: Dr. José Daniel Cencián. /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°: 0	
Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	





HOSPITAL DEL NIÑO Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 16 de 16
Título: Abordaje de la Diarrea Crónica	Edición: Septiembre 2020	
Elaborado: Dr. José Daniel Cencián. /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°: 0	
Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Gráfico 2

