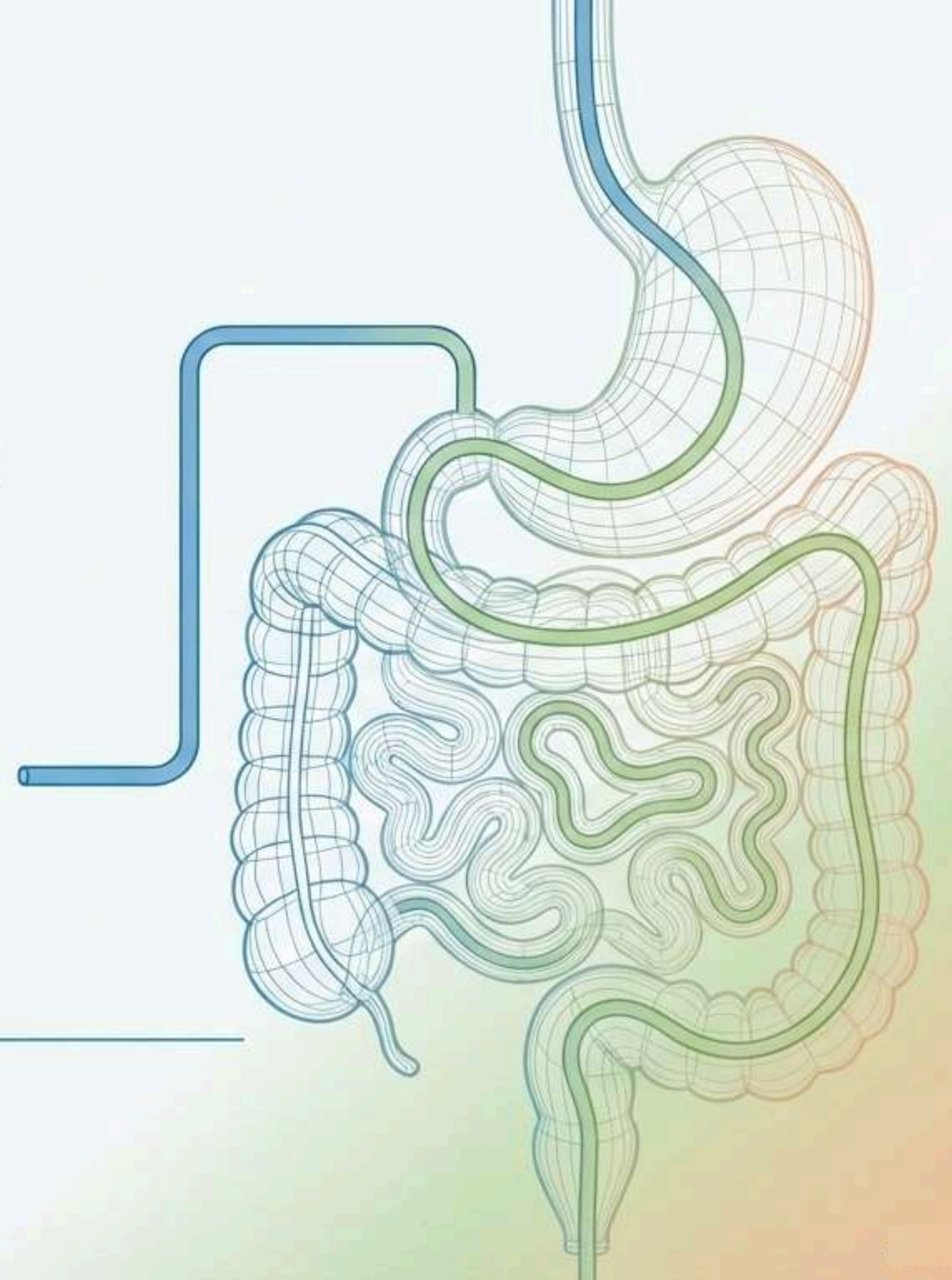


Manejo enfermero de la diarrea intratable de la infancia asociada a desnutrición infantil

A propósito de un caso

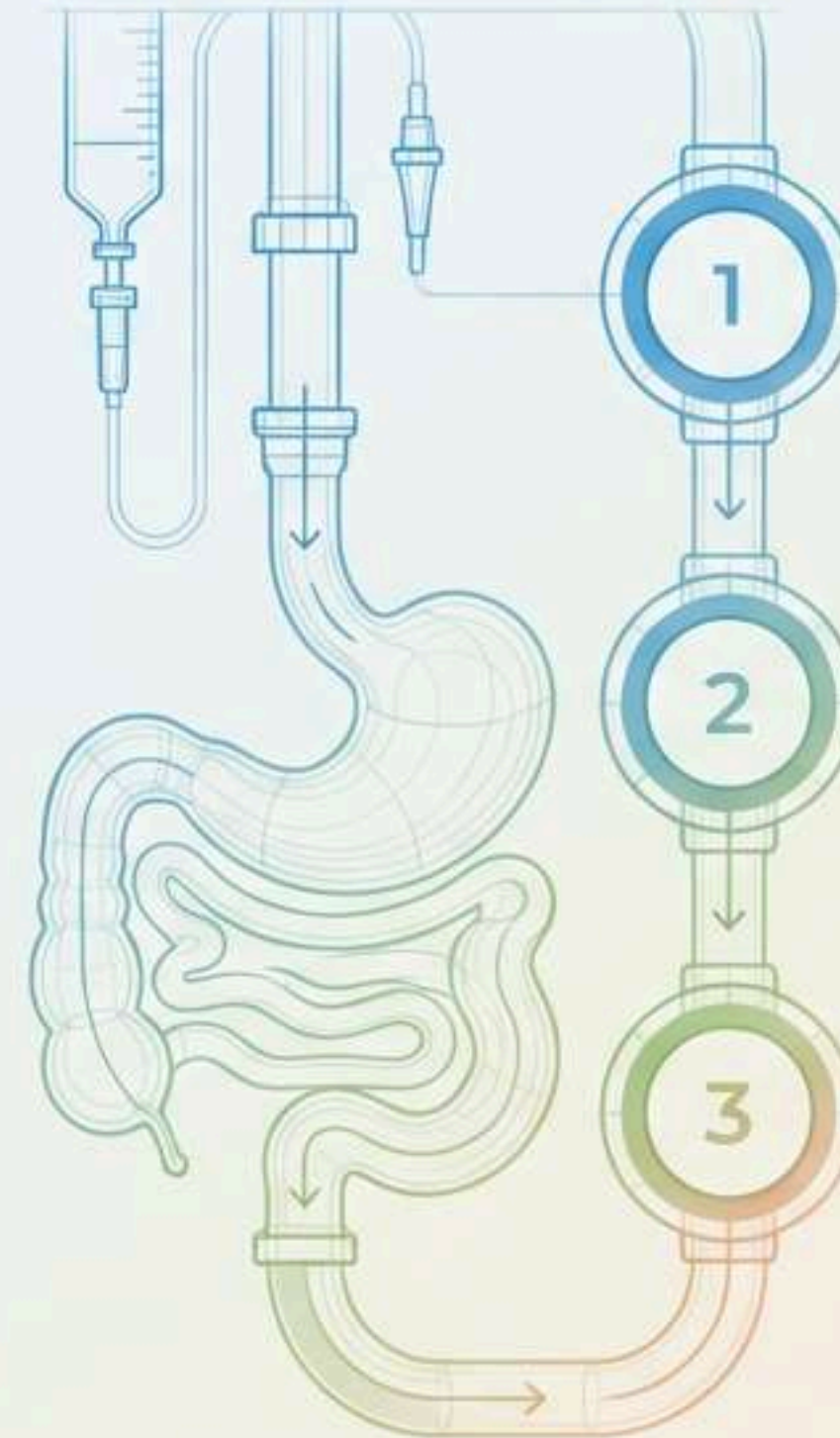


Aranca Corral Caballero
R1 Enfermería Pediátrica | Rotatorio: Escolares

Definición Clínica

- **Diarrea Intratable de la Infancia (DII):** Síndrome poco frecuente caracterizado por diarrea persistente grave.
- **Impacto Sistémico:** Provoca malabsorción, fallo de medro y desnutrición aguda.
- **El Riesgo:** Conduce rápidamente a alteraciones hidroelectrolíticas críticas y déficits de micronutrientes.

El Papel de Enfermería



1. Detección Precoz
Valoración antropométrica e historia dietética.

2. Soporte Vital
Manejo seguro de Nutrición Parenteral Total (NPT).

3. Educación y Seguimiento
Prevención de desnutrición asociada a prácticas alimentarias familiares inadecuadas.

El Cambio de Paradigma: De la Supervivencia a la Rehabilitación

1968

El Contexto de Avery: Inicio < 3 meses de vida, duración > 2 semanas.

Criterio: > 5 deposiciones/día o excreción > 30 g/kg/día.

Etiología: Descriptiva (fallo en identificar patógeno).

Pronóstico: Mortalidad del 45% (ausencia de NPT y biopsia avanzada).

Actualidad

Medicina de Precisión: Trastornos Diarreicos Congénitos (CODE).

Diagnóstico: Molecular y genético (Lo intratable ahora tiene nombre).

Soporte: NPT avanzada + Nutrición Enteral trófica (fórmulas elementales).

Pronóstico: Alta tasa de supervivencia; objetivo de autonomía enteral.

Objetivos del Abordaje Clínico



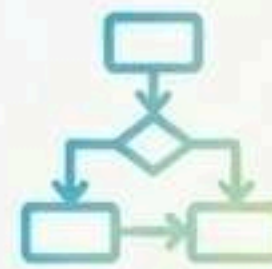
Revisar el abordaje diagnóstico de la diarrea crónica y sus mecanismos fisiopatológicos.



Analizar la relación crítica entre la restricción dietética familiar no indicada y el desarrollo de desnutrición infantil.



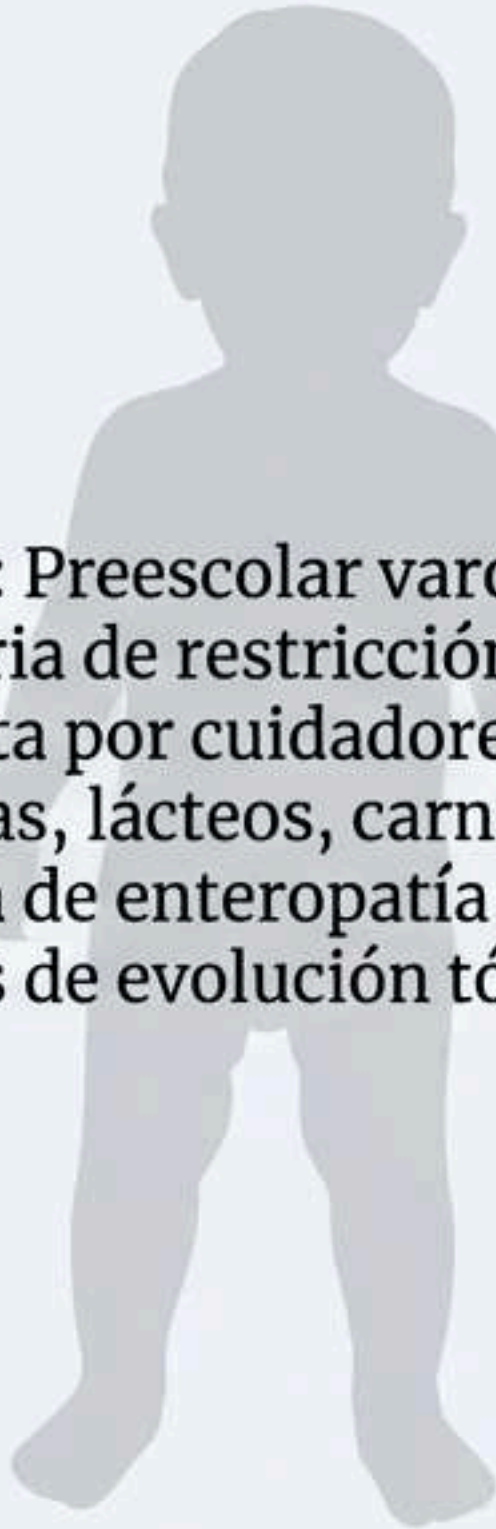
Describir las intervenciones clave en valoración nutricional, seguimiento clínico y educación sanitaria.



Elaborar un plan de cuidados estandarizado (NANDA-NOC-NIC) para revertir el deterioro nutricional severo.

Presentación del Caso: Ingreso desde UCIP

Perfil: Preescolar varón, 2 años. Historia de restricción alimentaria estricta por cuidadores (sin harinas, lácteos, carnes). Sospecha previa de enteropatía por PLV. 4 meses de evolución tórpida.



Peso

-17% Peso Corporal

Caída de 13 kg a 10.7 kg en < 2 meses.
Percentil 3. Desnutrición aguda grave.

Electrolitos

K+ 1.8 mEq/L

Hipopotasemia severa e
hiponatremia profunda.

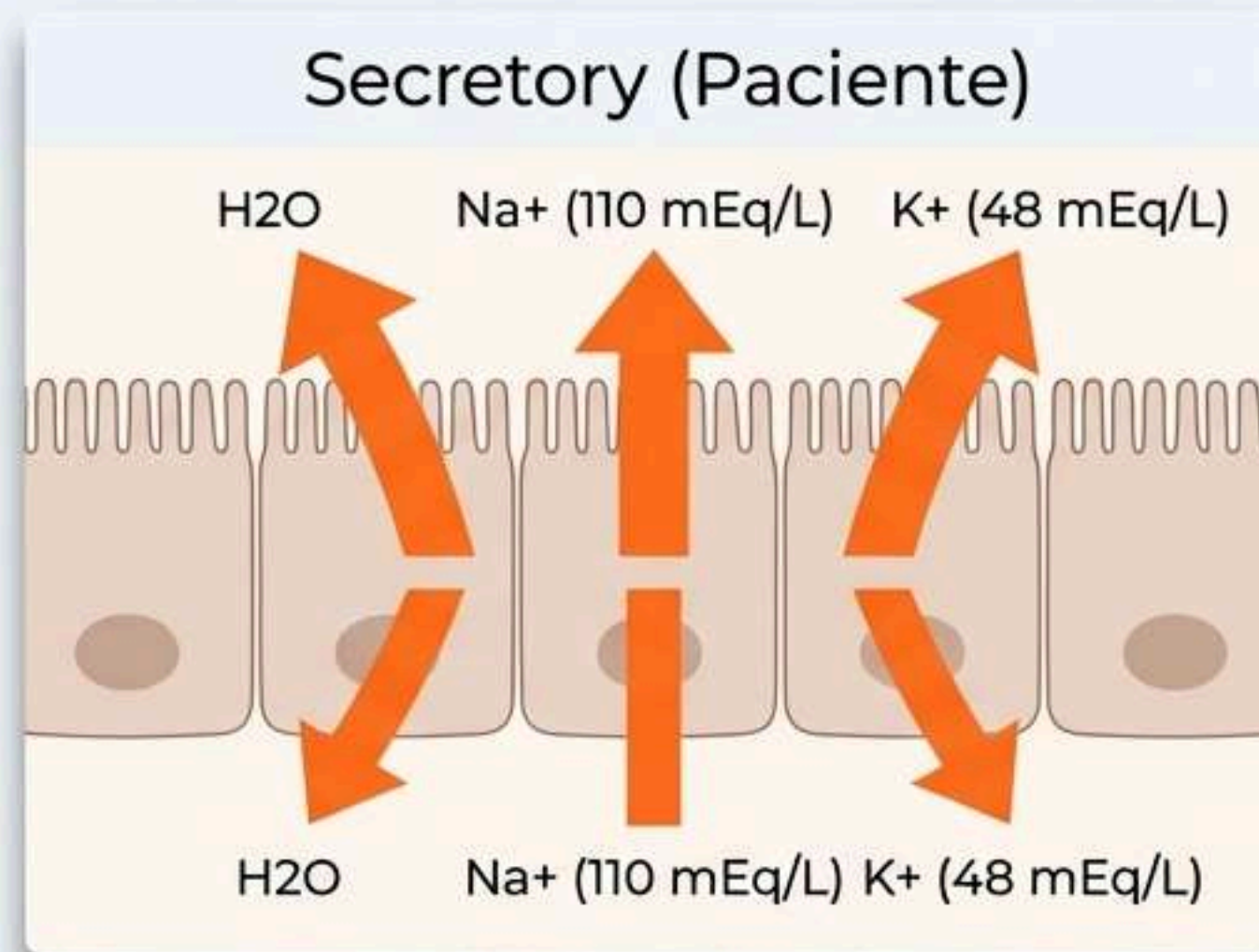
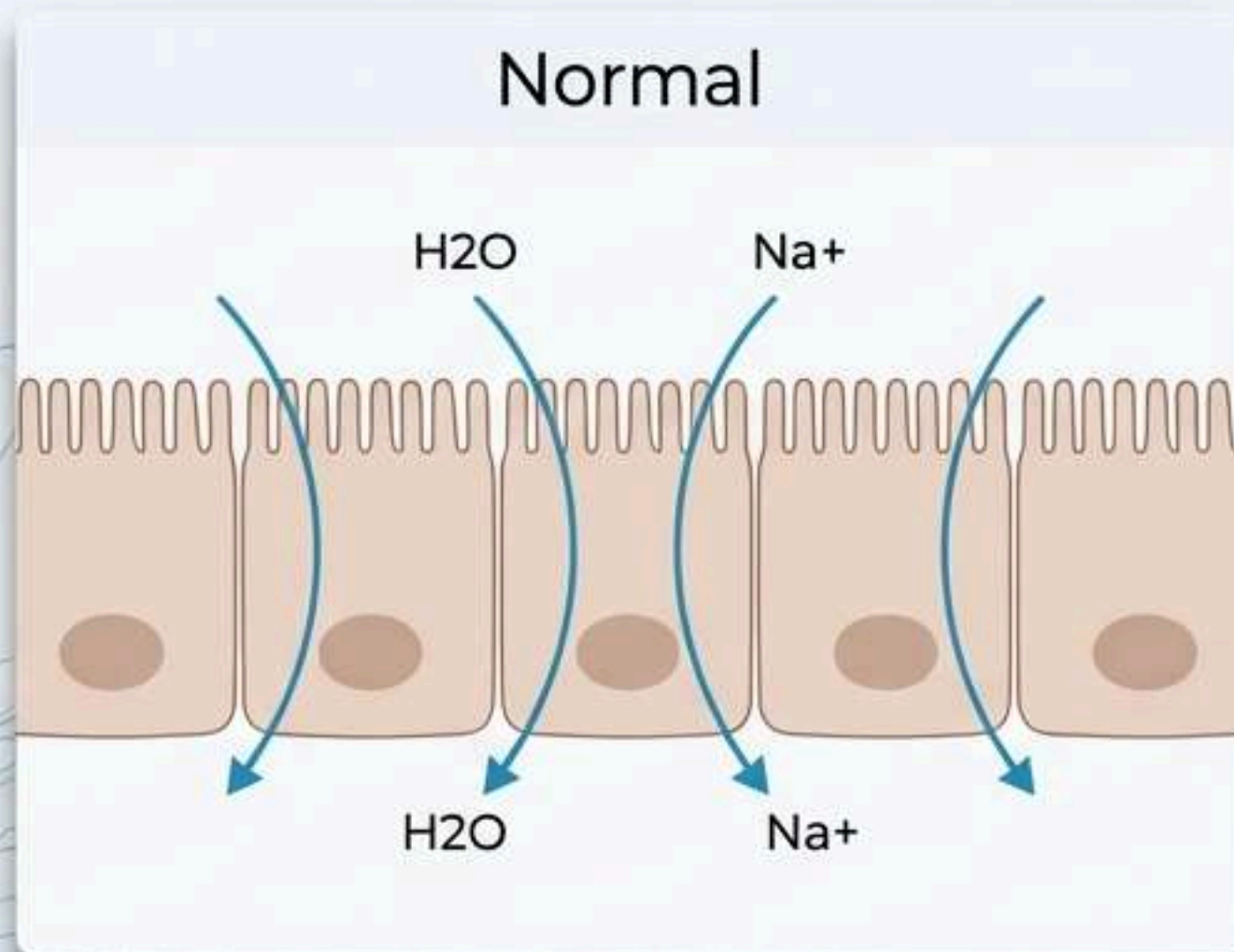


**Agua de color
verde pistacho**

Clínica Fecal

Diarrea masiva y secretora.
Presencia evidente de esteatorrea.

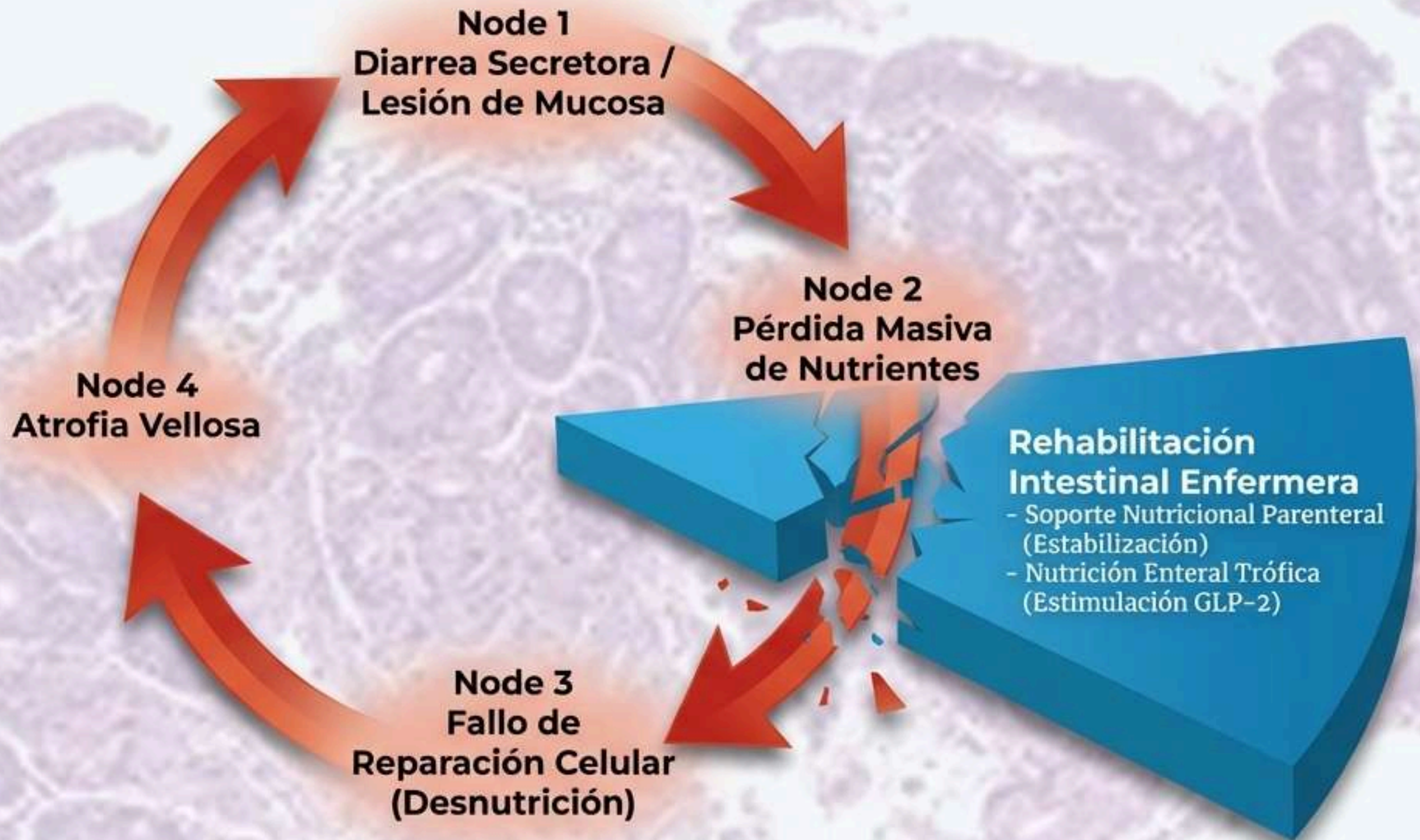
El Mecanismo: Diarrea Secretora Masiva



Gap Osmótico Fecal Negativo

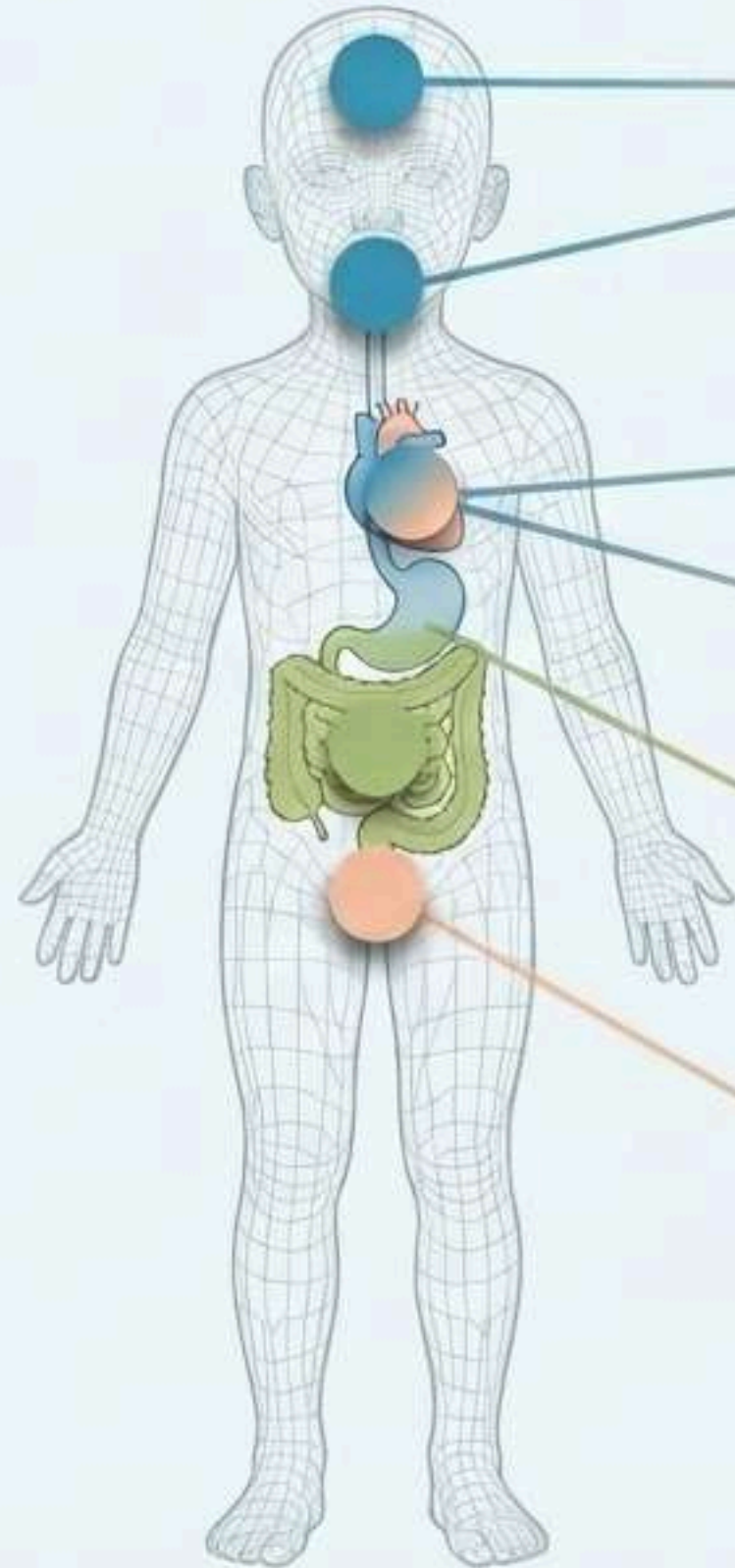
La diarrea persiste de forma masiva a pesar del ayuno absoluto (cese de la vía oral). Esto confirma el mecanismo secretor y explica la hipopotasemia crítica y el riesgo inminente de shock hipovolémico.

Rompiendo el Ciclo



El objetivo principal es romper el ciclo desnutrición-malabsorción para restaurar la homeostasis.

Valoración enfermera: 14 Necesidades Virginia Henderson



Comer y Beber:
Desnutrición aguda grave.
Dependencia total de NPT (CVC) y NE (SNG).
Riesgo de Síndrome de Realimentación.

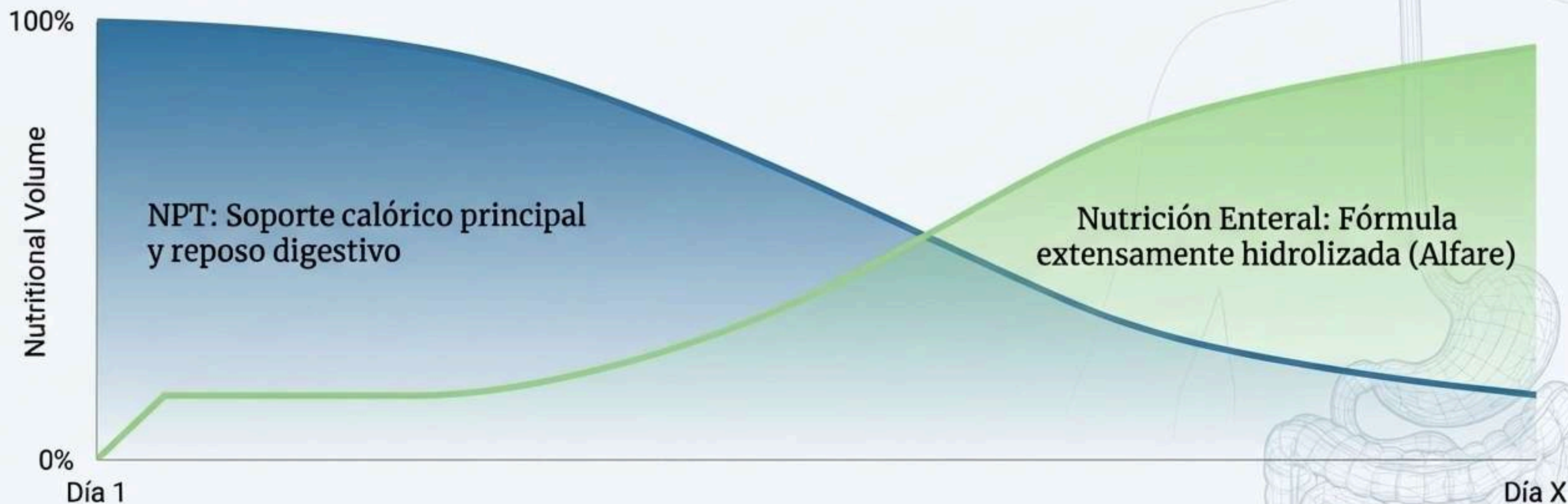
Eliminación:
Diarrea secretora masiva (verde pistacho, esteatorrea).

Piel e Higiene:
Riesgo crítico de deterioro perianal por acidez y humedad constante.

Movimiento y Seguridad:
Astenia, debilidad. Riesgo de shock hipovolémico por depleción de volumen.
Limitación por dispositivos invasivos.

Dormir:
Alterado por monitorización en UCIP y frecuencia de deposiciones.

El Protocolo de Transición: La Ventana Trófica

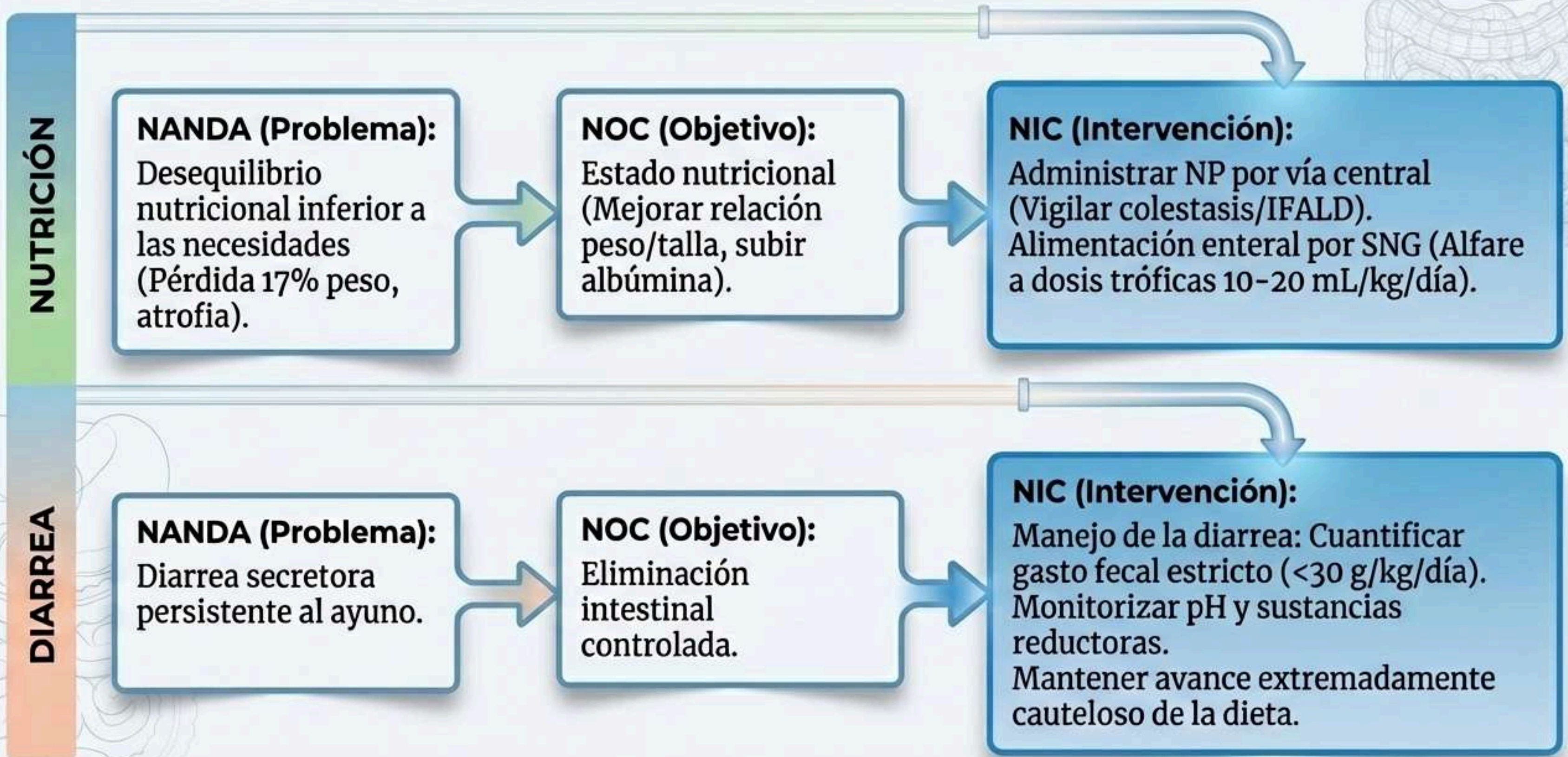


1 Inicio Precoz Trófico:
10-20 mL/kg/día a débito continuo por SNG.

2 El Objetivo: No es nutrir inicialmente, sino estimular las hormonas tróficas intestinales (GLP-2) para inducir hiperplasia vellosa.

3 Límite de Seguridad:
Si el gasto fecal supera los 20-30 mL/kg/día, pausar o reducir velocidad.

Plan de Cuidados: Nutrición y Eliminación



Plan de Cuidados: Riesgos Críticos y Seguridad

INFECCIÓN

NANDA (Riesgo):

Riesgo de infección (CVC de larga duración + inmunosupresión por desnutrición).

NOC (Objetivo):

Control del riesgo.

NIC (Intervención):

Mantenimiento de acceso venoso. Técnica aséptica estricta. Prevención de CLABSI (Infección del torrente sanguíneo asociada a vía central).

ELECTROLITOS & PIEL

NANDA (Riesgo):

Desequilibrio electrolítico / Deterioro de integridad cutánea.

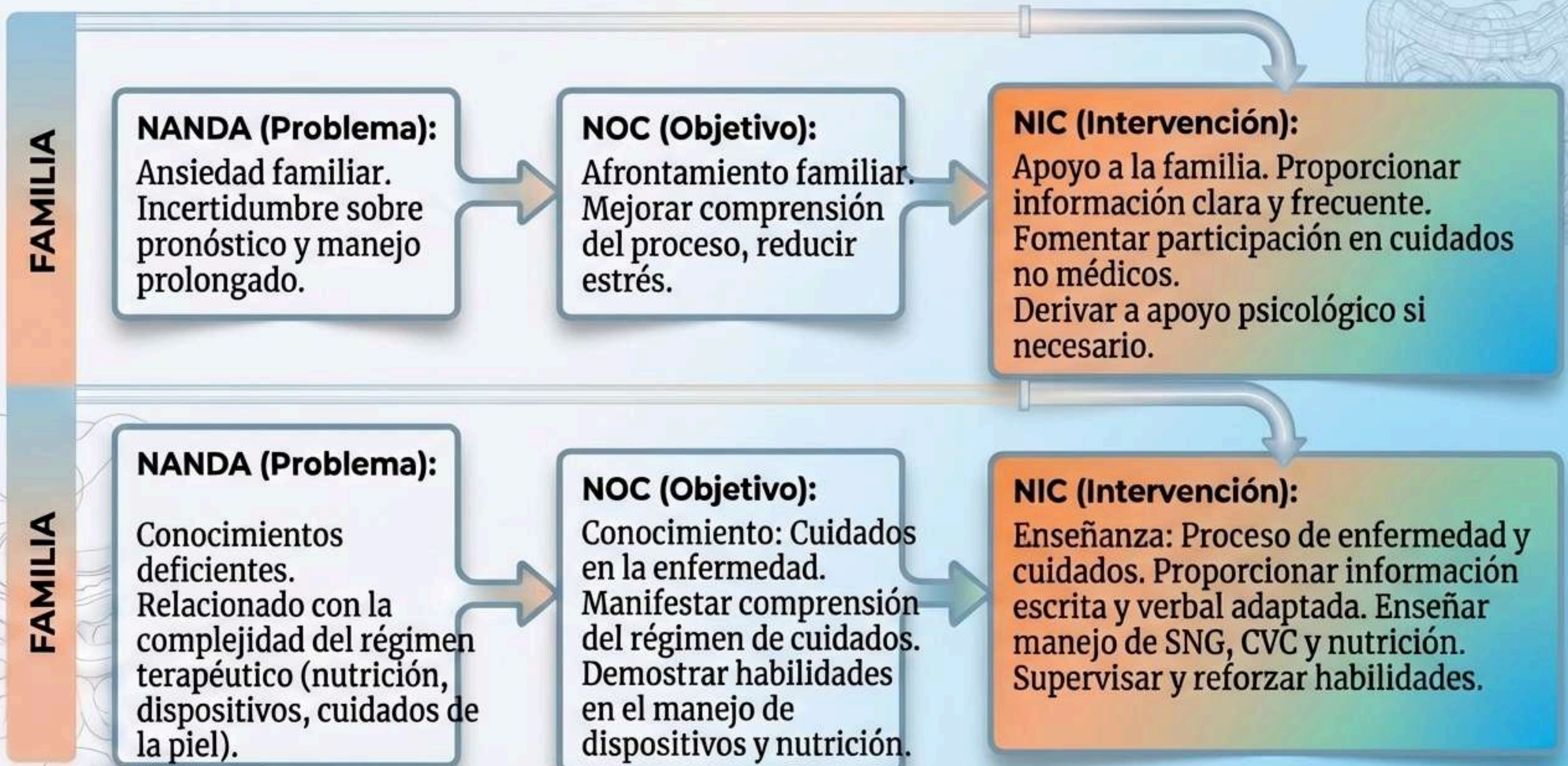
NOC (Objetivo):

Equilibrio hídrico / Piel intacta.

NIC (Intervención):

Pesar cada 12-24h para ajustar hídricos IV. Limpieza perianal meticulosa, pastas de zinc. Vigilancia de descamación periorificial (marcador clínico de déficit de Zinc).

Plan de Cuidados: Familia



Evolución Exitosa: Rompiendo el Ciclo



Resolución Clínica: Retirada exitosa de NPT y SNG tras un mes de manejo intensivo. Resultados favorables en endoscopia. Alta hospitalaria con seguimiento por Digestivo Infantil.

**Albúmina 4.13 g/dl |
Prealbúmina 32 mg/dl**

Confirmación de recuperación proteica y respuesta anabólica positiva.

**100% Autonomía
Enteral**

Disminución progresiva del gasto fecal y consistencia adecuada lograda.



Conclusión

La transición hacia la medicina de precisión permite diagnósticos genéticos exactos, pero es la rehabilitación nutricional avanzada y el cuidado enfermero meticuloso lo que físicamente rompe el ciclo de malabsorción-desnutrición.

A través de un abordaje multidisciplinar estricto —desde el cuidado del CVC hasta el mililitro exacto de estímulo enteral— transformamos un pronóstico infausto en autonomía enteral y una vida plena.

Destacar el papel fundamental de la enfermera pediátrica tanto en la detección de alteraciones nutricionales, así como en el liderazgo de la rehabilitación intestinal y la educación para las familias.

*El éxito a largo plazo requiere alianza con la familia para evitar recaídas por restricciones no indicadas.

Bibliografía

- 1. Terrin G, Tomaiuolo R, Passariello A, Elce A, Amato F, Di Costanzo M, et al. Congenital diarrheal disorders: an updated diagnostic approach. *Int J Mol Sci.* 2012 Mar 29;13(4):4168-85.
- 2. Köglmeier J, Lindley KJ. Congenital Diarrhoeas and Enteropathies. *Nutrients.* 2024 Sep 3;16(17):2971.
- 3. Berni Canani R, Castaldo G, Bacchetta R, Martín MG, Goulet O. Congenital diarrhoeal disorders: advances in this evolving web of inherited enteropathies. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2015 Mar 17;12(5):293-302.
- 4. Carbajo Ferreira AJ. Diarrea crónica. *Pediatr Integral.* 2015 Mar;XIX(2):92-101.
- 5. Cadena-León JF, Rodríguez-Jurado R. Diarrea crónica intratable asociada con diarrea fenotípica de la infancia (síndrome tricohepatoentérico). *Acta Pediatr Mex.* 2014;35(6):483-89.
- 6. Cilleruelo Pascual ML, García Díaz A. Diarrea crónica. *Pediatr Integral.* 2024 Dec;XXVIII(8):493-502.
- 7. Consolini DM. Diarrea en niños. Manual Merck versión para profesionales. 2025.
- 8. Sagaró E. Diarrea persistente. *Colomb Med.* 2007;38(Supl 1):66-70.
- 9. Dupont C. Diarreas agudas del niño. *EMC Pediatr.* 2011 Aug 10;44(4):1-9.
- 10. Gosselin KB, Duggan C. Enteral nutrition in the management of pediatric intestinal failure. *J Pediatr.* 2014 Sep 18;165(6):1085-90.
- 11. Cención JD, Chanis R. Protocolo de manejo de diarrea crónica. Servicio de Gastroenterología, Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel. Panamá. 2020 Sep.
- 12. Di Dato F, Iorio R, Spagnuolo MI. IFALD in children: What's new? A narrative review. *Front Nutr.* 2022 Jul 24;9:928371.
- 13. Rivera AM, Wales PW. Intestinal transplantation in children: current status. *Pediatr Surg Int.* 2016 Mar 31;32(6):529-40.
- 14. Olieman J, Kastelijjn W. Nutritional Feeding Strategies in Pediatric Intestinal Failure. *Nutrients.* 2020 Jan 8;12(1):177.
- 15. Jo SC, McCallum Z, Shalley H, Megan Peterkin M, Rogers E, Paxton G, et al. **Outcomes of Children With Chronic Intestinal Failure: Experience Over 2 Decades at a Tertiary Paediatric Hospital.** *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019 Sep;69(3):e79-87.
- 16. Solana García MJ, Montero Yéboles R, García Samprudencio M. Protocolo de: Nutrición parenteral en el niño en estado crítico. SECIP. 2020 Jan; Revisión 2023.
- 17. Reig R, Carrasco J, Manrique O. Diarrea intratable del lactante (Protocolo). 1997 Feb.
- 18. Carbajo Ferreira AJ. Diarrea crónica. Algoritmos AEPap. 2015.
- 19. Cunningham S, Hind J. The current state of paediatric intestinal transplantation: A global review. *Intest Fail.* 2025 Dec 2;8:100334.
- 20. González Corona EA. Diarrea aguda, prolongada y persistente en niños y su diferencia de la diarrea crónica. *MEDISAN.* 2017;21(9).
- 21. Phillips AD. Diarrea intratable causada por anomalías congénitas de los enterocitos. *Ann Nestlé [Esp].* 2006;64:15-23.
- 22. Goulet O. Intractable diarrhoea of infancy (Generic term). *Orphanet Encyclopaedia.* 2006 Mar.

Muchas gracias



Arancha Corral Caballero
R1 Enfermería Pediátrica | Rotatorio: Escolares