Casos Clínicos

Nutrición parenteral domiciliaria en una paciente pediátrica diagnosticada de síndrome de intestino corto

Rev. OFIL 2018, 28;1:77-78 *Fecha de recepción: 16/05/2017 - Fecha de aceptación: 14/06/2017*

García-Queiruga M, Feal Cortizas B, Pedreira Vázquez I, Martín Herranz MI
Servicio de Farmacia Complexo Hospitalario Universitario A Coruña (España)

RESUMEN
Introducción: El síndrome de intestino corto es la causa más frecuente de fracaso intestinal en niños provocando malabsorción de nutrientes y desequilibrio hidroelectrolítico. Frecuentemente es necesaria nutrición parenteral. Sin embargo la nutrición parenteral de larga duración puede dar lugar a complicaciones infecciosas, metabólicas, mecánicas y psicosociales.
Presentación del caso: niña con síndrome de intestino corto que desde el nacimiento y hasta que recibe trasplante multivisceral dependió de la nutrición parenteral domiciliaria.
Conclusiones: La nutrición parenteral domiciliaria proporcionó los nutrientes necesarios para el desarrollo y crecimiento del paciente hasta la realización de trasplante multivisceral. Permitió reducir costes de hospitalización y mejorar la calidad de vida de la niña y su familia. Debido a las posibles complicaciones, es necesario un estrecho seguimiento clínico, así como facilitar una adecuada formación a la familia. La elaboración de la nutrición parenteral en el Servicio de Farmacia hospitalaria supuso un importante ahorro para el sistema sanitario.

Palabras clave: **Síndrome de intestino corto, nutrición parenteral domiciliaria, pediatría.**

Home parenteral nutrition in a female paediatric patient diagnosed with short bowel syndrome

SUMMARY
Introduction: Short bowel syndrome is the most frequent cause of intestinal failure in children, causing the malabsorption of nutrients and hydroelectrolytic imbalance. In many cases treatment with parenteral nutrition is required, although in the long term this may lead to infectious, metabolic, mechanical and psychosocial complications.
Case presentation: a young girl with short bowel syndrome since birth who is dependent on home parenteral nutrition until she receives a multivisceral transplant.
Conclusions: Home parenteral nutrition provided the nutrients necessary for the patient's development and growth until the multivisceral transplant was carried out. It allowed for a reduction in hospitalisation costs and improved the quality of life of both the child and her family. Close clinical monitoring is required due to the complications that may arise, as well as providing the family the appropriate training. Preparing the parenteral nutrition in the hospital Pharmacy Service allowed for considerable savings for the health system.

Key Words: **Short bowel syndrome, home parenteral nutritition, pediatric.**

Correspondencia:
Marta García-Queiruga
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
(Servicio de Farmacia)
C/As Xubias, 84 - 1ª planta
15006 A Coruña
Correo electrónico: marta.garcia.queiruga@sergas.es

CASO CLÍNICO

El síndrome de intestino corto (SIC) es la causa más frecuente de fracaso intestinal en niños y provoca malabsorción de nutrientes llevando a la dependencia de la nutrición parenteral[1]. Entre las causas más frecuentes de SIC en niños se encuentran enterocolitis necrotizante, atresia intestinal y vólvulos intestinales. Su incidencia es 3-5 casos/100.000 nacimientos/año[2], el coste anual del tratamiento es de 100.000-150.000$, y en aquellos pacientes en los que debe mantenerse indefinidamente la nutrición parenteral (NP) la tasa de mortalidad a los cinco años se aproxima al 30%[3].

La nutrición parenteral domiciliaria (NPD) permite integrar al paciente en su vida familiar y social, pero no está exenta de complicaciones potencialmente mortales, como sepsis, enfermedad hepática terminal y trombosis vascular[4].

A continuación se describe el caso de una paciente pediátrica diagnosticada de SIC por enterocolitis necrotizante neonatal tratada con NPD hasta el momento del trasplante multivisceral a los 2 años y 8 meses de edad.

Paciente prematuro, con 30 semanas de edad gestacional, que es operada por ascitis quilosa neonatal. Desarrolla enterocolitis necrotizante, realizándose resección ileal e ileostomía. Tras múltiples intervenciones presenta SIC, con remanente de 12 cm de yeyuno no dilatado en continuidad con ciego, y sin válvula ileocecal, por lo que no es posible la realización de técnicas de alargamiento tipo STEP. Desde el nacimiento recibe NP y aportes enterales pero no puede reducirse la NP y se diagnostica fracaso intestinal, siendo candidata a trasplante intestinal. Tras 9 meses, recibe el alta con NPD ciclada en 16 horas, y se adiestra a los padres en la administración y manejo del catéter central tipo Broviac®. Recibe NPD durante 32 meses presentándose diferentes complicaciones: mecánicas (requirió 2 recolocaciones por obstrucción y salida accidental del catéter), infecciosas (4 episodios de infección del catéter) y metabólicas (hepatopatía y colestasis).

A los 2 años y 8 meses de edad, alcanzó una situación clínica estable con evolución favorable, con un peso de 8,8 Kg, por debajo del tercer percentil, y aceptable tolerancia oral pero dependiente de NPD (con aportes completos), por lo que se decidió trasplante intestinal y hepático debido a la hepatopatía asociada a NPD.

El aporte energético en ese momento era 1.505 kcal/día (125,5 kcal/kg), ligeramente por encima de las recomendaciones para niños de 1 a 3 años (102 kcal/kg/día).

Hasta el momento del trasplante, se prestó atención farmacéutica integral de forma ambulatoria, con la elaboración de la NPD en el Servicio de Farmacia hospitalaria y las fórmulas magistrales de los medicamentos no disponibles comercialmente permitiendo que la dispensación se realizase en un acto único. Se prepararon 960 NPD a las que se realizó 256 controles micriobiológicos y 256 de osmolaridad, con 100% de resultados conformes. El coste económico (incluyendo personal y material fungible) fue 13.169€/año. El coste evitado estimado durante los 32 meses de NPD fue 52.843€ en comparación al coste en un servicio de cátering.

El tratamiento farmacológico para sus comorbilidades asociadas incluyó omeprazol, bicarbonato, vitamina D3, ácido ursodeoxicólico, colestiramina, loperamida, vitamina K, bemiparina y metronidazol.

COMENTARIO

La NPD proporcionó los nutrientes necesarios para el crecimiento de la paciente hasta el trasplante, reduciendo además los costes de hospitalización y mejorando la calidad de vida del niño y su familia[5]. Sin embargo, no se encuentra libre de complicaciones importantes, lo que hace necesario un estrecho seguimiento clínico, así como un importante esfuerzo formativo en el manejo de estos dispositivos por parte del equipo clínico hacia el paciente y su entorno. Además, la preparación de la NPD en el Servicio de Farmacia supuso un importante ahorro para el sistema sanitario.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. O'Keefe SJ, Buchman AL, Fishbein TM, et al. Short bowel síndrome and intestinal failure: consensus, definitions and overview. Clin Grastroenterol Hepatol. 2006;4:6-10.
2. Wallander J, Ewald U, Lackgren G, et al. Extreme short bowel syndrome in neonates: an indication for small bowel transplantation? Transplant Proc. 1992;24(3): 1230-1235.
3. Schalamon J, Mayr JM, Hollwarth ME. Mortality and economics in short bowel syndrome. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2003;17(6):931-942.
4. Cordero Cruz M, Aguilella Vizacaíno MJ, González Fuentes C, et al. Nutrición parenteral domiciliaria en niños en un hospital terciario entre los años 1993 y 2009. Nutr Hosp. 2012;27(1):262-265
5. Lago Rivero N, Mucientes Molina A, Paradela Carreiro C, Vázquez Gómez I, Arias Santos S, González Costas, et al. Nutrición parenteral domiciliaria en paciente con enfermedad de Crohn; a propósito de un caso. Nutr Hosp. 2012;27:1655-1657.