

DIARREA AGUDA EN NIÑOS

Dra. Tania Durán Collazos
Médico familiar Pol. Miraflores

I. DEFINICION

Síndrome caracterizado por el aumento de la frecuencia fluidez y/o volumen de las heces, con disminución de su consistencia.

II. EPIDEMIOLOGIA

Afecta a cualquier edad, observándose mayor frecuencia, daño y complicaciones en menores de 5 años. A pesar del descenso de la mortalidad de 4.5 millones en 1979 a 1.6 millones al 2002 continua siendo una de las principales causas de muerte en menores de 5 años en los países en desarrollo.

Aumenta en dos épocas: en primavera predominando las diarreas bacterianas, y en el otoño las diarreas víricas.

III. FACTORES DE RIESGO

Es importante mencionar que el marco socioeconómico deficiente es el principal factor de riesgo, por la precariedad en los servicios sanitarios y la falta de educación. Para fines prácticos se puede clasificar en dos causas.

- **Ambiental y Familiar.** Clima, agua, alimentos contaminados, inadecuado manejo de excretas, viajes, hacinamiento, presencia de animales, medio socioeconómico bajo, falta de comprensión y cuidado materno.
- **Huésped.** Edad, estado nutricional, ausencia de lactancia materna, enfermedad de base, búsqueda tardía de atención médica.

IV. ETIOPATOGENIA

El origen es viral, parasitario, bacteriano y no infeccioso este último puede deberse a: transgresión alimentaria, alergia, uso de medicamentos, intolerancia a algún componente alimentario (lactosa, glucosa, etc.).

- **Viral.-** Generalmente de comienzo brusco, con vómitos y fiebre que preceden en varias horas al comienzo de la diarrea. Los rotavirus son la causa más común especialmente en lactantes y niños pequeños, lesionan las células epiteliales del intestino delgado, produciendo tumefacción, vacuolización y necrosis a causa de sus enteró toxinas. Produce cambios en la microcirculación alterando la absorción de nutrientes y líquidos lo que ocasiona una diarrea osmótica.
- **Bacteriana.-** Generalmente en niños mayores. Con condiciones deficitarias de higiene y alimentación. Las diarreas son acuosas con moco y pueden contener sangre. La diarrea se produce por 3 mecanismos. 1). Liberación de enterotoxinas (V. Cholerae, E coli enterotoxigenica. 2) Enteroinvasión (E. Coli enterohemorrágica). 3) Proliferación intracelular (Shigella) esta última además puede ocasionar alteraciones en el sensorio, convulsiones y coma por liberación de neurotoxinas.
- **Parasitaria:** Transmitida por vía ano-mano-boca. E. histolítica puede causar diarrea mucosanguinolenta con poco compromiso del estado general. Cryptosporidium y Giardia lamblia si bien se asocia a diarrea prolongada, puede dar episodios de diarrea aguda.

V. EVALUACION DEL PACIENTE

- **Anamnesis:** Averiguar forma de comienzo, características de las deposiciones, tiempo de evolución, presencia de fiebre, vómitos, sed, apetito, diuresis, tratamientos instituidos, alimentos ingeridos.
- **Examen Físico:** El examen clínico debe ser completo para descartar otros focos infecciosos. El dato de mayor relevancia es el estado de hidratación.

Cuadro 1. Agentes frecuentes en diarrea aguda

ETIOLOGIA	FORMA DE TRANSMISION
Virales Rotavirus Adenovirus Enterovirus	Fecal – oral. Respiratoria.
Bacterianas E. Coli enterotoxigénica.	Fecal – oral.
E. Coli enteroadherente, Enterotoxigénica	Fecal-oral
E. Coli enteropatógena	
Salmonella no typhi (enteritidis, cholerae suis)	Alimentos contaminados incluyendo huevo crudo.
Salmonella Typha	Contacto interhumano.
Staphylococcus aureus	Alimentos contaminados por manipuleo de persona colonizada.
Vibrio cholerae Yersenia, Proteus mirabelis	Agua y alimentos contaminados. Alimentos contaminados
Parasitarias Giardia lamblia	Alimentos y aguas contaminadas. Los quistes pueden sobrevivir más de 3 meses.
Cryptosporidium	Persona – persona y aguas contaminadas.
Entamoeba histolytica. Balantidium coli. Isospora belli	Persona a persona, Alimentos agua contam. En inmunocomprometidos

Evaluación del estado de hidratación

	A. Normohidratado	B. Leve y Moderado	C. Grave
1. Pregunte por: Sed Orina	Normal. Normal	Más de lo normal. Poca cantidad oscura	Excesiva. No orinó por 6 horas.
2. Observe: Aspecto Ojos. Boca y lengua Respiración		Irritado somnoliento. Hundidos. Secas Más rápida de lo normal.	Deprimido o comatoso. Muy hundidos. Llora sin lágrimas. Muy secas, sin saliva Muy rápida y profunda.
3. Explore: Elasticidad de la piel Fontanela Pulso Llenado capilar	Pliegue se deshace con rapidez. Normal Normal. Menor de 2 seg.	Pliegue se deshace con lentitud. Hundida. Más rápido de lo normal. De 3 a 5 segundos.	Pliegue se deshace muy lentamente: más de 2 seg. Muy hundida (se palpa y observa). Muy rápido, fino o no se palpa. Mayor de 5 segundos.
4. Decida:	No tiene deshidratación.	Si tiene 2 o mas síntomas o signos, tiene deshidratación.	Si tiene uno o mas de los signo marcados con * tiene deshidratación grave con shock. Si tiene dos o mas de los otros signos pero ninguno marcado con * tiene deshidratación grave sin shock.
5. Tratamiento:	Aplique el plan A para prevenir la deshidratación.	Aplique el Plan B para tratar la deshidratación.	Aplique el Plan C para tratar la deshidratación grave con shock. Inicie tratamiento con rehidratación intravenosa. Para tratar la deshidratación grave sin shock, inicie tratamiento por vía oral y observe la respuesta.

VI. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

La mayoría no requiere ningún examen complementario. Cuando se justifique se orienta evaluar:

- a) Disturbios electrolíticos y metabólicos
- b) Búsqueda etiológica.

Se solicitará: hemograma, ionograma, urea plasmática, patógenos en materia fecal. Coprocultivo especialmente en neonatos y niños con fiebre mayor a 5 días.

VII. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Se realiza entre las diferentes causas que ocasionan diarrea en niños.

VIII. TRATAMIENTO

Puede afirmarse que hasta el momento no existe el antidiarreico ideal; la mayoría de los fármacos poseen efectos secundarios, además la utilización

de estos aumenta el gasto y distrae la atención en la hidratación y alimentación.

El tratamiento se basa:

- Prevenir o tratar la deshidratación
- Mantener una adecuada alimentación
- Proporcionar antipiréticos en caso de fiebre.
- Antibióticos solo cuando amerite, por ejemplo en disentería.

Según la declaración conjunta de la OMS y UNICEF el tratamiento clínico de la diarrea aguda consiste:

- Administrar la formula mejorada de SRO (2006)
- Administrar suplementos de Zinc durante los episodios agudos hasta 10 a 14 días.
- Administrar antibióticos solo en caso necesario y abstenerse de administrar medicamentos antidiarreicos

NUEVA REFORMULACION DE LA SRO DE LA OMS (2006)

Componente SRO OMS 2006	Gramos/L	%	Componente SRO OMS 2006	mmol/L
Cloruro sódico	2.6	12.68	Sodio	75
Glucosa Anhidra	13.5	65.85	Cloro	65
Cloruro Potásico	1.5	7.31	Glucosa	75
Citrato trisódico dihidrato	2.9	14.14	Potasio	20
			Citrato	10
TOTAL	20.5	100.00	OSMOLARIDAD	245

El Objetivo de la nueva formula fue encontrar una que sea tan efectiva y segura que la SRO estándar para prevenir o tratar la deshidratación de cualquier tipo de diarrea, pero que además redujera el número de deposiciones o poseyera otros beneficios clínicos importantes; Prevenir los efectos adversos de la hipertonicidad, lográndose disminuyendo las concentraciones de sal y glucosa.

TECNICA DE HIDRATACION.- Se recomienda en dos fases.

1. Fase de rehidratación. Con vigilancia médica. En las deshidrataciones iso e hiponatrémicas se administrará 50ml/Kg en 4 hrs si la deshidratación es leve o 100ml/Kg en 6 hrs si

es moderada. En la deshidratación hipernatrémica el tiempo de hidratación será mayor, entre 8-12-24 horas (cuanto mayor sea el valor del sodio más lenta será la hidratación). Los vómitos aislados no justifican a pasar a via intravenosa; Para evitar vómitos continuos se dará en cucharillas y si son muy intensos se recomienda por SNG.

2. Fase de mantenimiento. Régimen ambulatorio. Cubrir necesidades basales y las pérdidas mantenidas (25-50 ml/Kg/Hora). La diarrea leve puede tratarse con 100ml/Kg/día de SRO. En diarrea más intensa el volumen de SRO debe ser igual al volumen de las deposiciones. Se debe administrar entre 5-10 ml/Kg de solución por cada

deposición y 2ml por cada episodio de vómito. Si no es posible medir el volumen de deposición se debe asegurar un consumo de 10-15ml/Kg/hora. Máximo aporte 150 ml/Kg/día.

SUPLEMENTO DE ZINC. La recomendación es administrar diariamente 20mg de suplemento de zinc durante 10 a 14 días en niños que presentan diarrea aguda, y 10 mg diarios a los menores de 6 meses, a fin de disminuir la gravedad de los episodios y prevenir la diarrea durante los 2 a 3 meses siguientes.

IX. CRITERIOS DE INTERNACION

- 1) En caso de fracaso de hidratación oral que puede deberse: control inadecuado, vómitos incoercibles, técnica inadecuada.

XI. REFERENCIAS

1. Sociedad Boliviana de Pediatría, 2000; 39 (1): 3-6
2. Arévalo BR. Normas de diagnóstico y tratamiento en pediatría 1995.
3. Sociedad Argentina de Pediatría. Criterios de diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en la infancia. Consenso Nacional 2006. www.sap.org.ar/staticfiles/educación/consensos/diarrea/pdf
4. Declaración conjunta de la OMS y UNICEF. Tratamiento clínico de la diarrea aguda 2004; WHO/FCH/CAH/04.7 0 UNICEF/PD/Diarrhoea/01

2). Empeoramiento de signos clínicos: alteración estado de conciencia, Sock, distensión abdominal (Ileo), dificultad respiratoria, ausencia de diuresis. Paciente solo.

X. PREVENCIÓN

- Estimular el amamantamiento.
- Asesorara sobre ingesta de agua potable – hervida
- Medidas de higiénicas en preparación de alimentos y lavado de manos.
- Educar a la comunidad y en especial a las madres.
- Enseñar a detectar signos de deshidratación
- Eliminación adecuada de excretas
- Capacitar a pre y postgrado en atención primaria.

5. OMS. Actualización en SRO – Nueva reformulación de SRO de la OMS 2006. www.recuperation.com/sro/Actualizado2006%SRO.pdf.
6. Urrestarazu M et al. Características clínicas y sociodemográficas de la diarrea aguda en Venezuela. Rev Panam Salud Pública 1999; 6: 149-154.
7. Diarrea. www.geosalud.com/diarreas/enfdiarr.htm