

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN PEDIATRIA

(ACUTE INFECTIOUS DIARRHEA IN CHILDREN)

* Shary Abadía Guerrero

RESUMEN

La diarrea aguda en la población pediátrica es un ítem a considerar por lo variada que puede ser su evolución, es una de las patologías más frecuentes de consulta y puede llegar a ser potencialmente grave. El examen físico es primordial, ningún examen complementario puede reemplazar la exploración del médico, sin embargo puede ser una herramienta de apoyo diagnóstico.

DESCRIPTORES

Pediatría, enfermedad aguda, infección, rehidratación.

SUMMARY:

Acute diarrhea in pediatric population has a varied evolution may be, it is one of the most frequent pathologies for pediatrics consultation. The physical examination is paramount, no complementary examination can replace the doctor's examination, however it can be a diagnostic support tool.

KEYWORDS

Pediatrics, acute illness, infection, rehydration.

*Médico General.
Universidad de Ciencia
Médica (UCIMED) . San
José - Costa Rica

INTRODUCCION

Habitualmente se trata de un cuadro autolimitado que no requiere estudios de laboratorio específicos y cuyo manejo debe basarse en la reposición hidroelectrolítica oral o intravenosa, dependiendo del grado de deshidratación. Ante una diarrea persistente debe investigarse el riesgo de paso a la cronicidad, pues es una de las principales causas de desnutrición que debe prevenirse de manera oportuna.

IMPACTO DE LA GASTROENTERITIS AGUDA A NIVEL MUNDIAL

En los últimos 30 años se ha observado una disminución en la mortalidad por gastroenteritis aguda infecciosa, esto debido a las grandes mejorías en las condiciones sanitarias, nutricionales y guías de tratamiento enfocadas en la rehidratación, sin embargo en la actualidad sigue siendo una causa importante de morbilidad. Las poblaciones más afectadas son los extremos de la vida, con 1700 millones de episodios por año y 700 mil muertes en menores de cinco años a nivel mundial. En mayores de cinco años el impacto está en el ausentismo escolar y la disminución de la funcionalidad transitoria.

FISIOPATOLOGÍA

La gastroenteritis aguda se define como una disminución de la consistencia de las heces acompañado por un aumento en su frecuencia (mayor o igual a 3 deposiciones anormales en 24 horas) acompañada en ocasiones por vómitos, dolor abdominal y fiebre. Su duración es de 7-14 días considerada en un rango aceptable y agudo.

Se da una eliminación muy rápida de las deposiciones de contenido acuoso principalmente. Existen 3 mecanismos por los que se da esta eliminación rápida:

- Trastornos de secreción: las toxinas de ciertos patógenos causan aumento de la secreción de sodio y cloro a la luz intestinal, esto arrastra agua y produce una diarrea de tipo acuoso.
- Trastornos de absorción: (diarreas invasivas): destrucción de enterocitos y pérdida de la continuidad vellositaria ya sea en el intestino delgado (por virus) o en la porción ileocólica (por bacterias).
- Trastorno de secreción + absorción: el problema de absorción de los líquidos intraluminales se asocia a la necrosis celular y se produce un síndrome disentérico.

CAUSAS

Los agentes más frecuentemente involucrados, varían dependiendo de las condiciones socioeconómicas y sanitarias de cada región. Existen 3 causas principales:

- 1- Viral (más frecuentes): **Rotavirus** (principal causa de gastroenteritis aguda infecciosa endémica en niños menores de cinco años), Norovirus, Sapovirus, Adenovirus entéricos

- 2- Bacteriana: **Escherichia coli** (principal causa de gastroenteritis aguda infecciosa endémica en niños mayores a cinco años) enterotoxigénica / enteropatogénica, Salmonella, Shigella, Campylobacter
- 3- Parasitaria: Cryptosporidium sp., Giardia intestinalis

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la gastroenteritis aguda se basa en la historia clínica y examen físico inicialmente, pues la causa más común es la viral (rotavirus). En la evaluación inicial es importante determinar que estemos ante a un cuadro agudo (menos de 2 semanas de duración) y no crónico, determinar su severidad (grado de deshidratación) y posibles complicaciones, y distinguir la causa más probable. Siempre debe descartarse por medio de historia clínica exhaustiva, la diarrea secundaria a fármacos, intolerancia a alimentos (lactosa, gluten) o de causas no infecciosas.

Los tres estadios de gravedad de la deshidratación basados en signos y síntomas son:

Sin signos de deshidratación o deshidratación leve: Niño alerta, agitado, irritable, ojos normales, lágrimas presentes, boca y lengua húmedas, no tiene sed y bebe.

- normalmente, pliegue cutáneo se retrae inmediatamente, pérdida de peso menor al 5%, flujo urinario normal o disminuido.
- Deshidratación moderada: Niño agitado, irritable, ojos hundidos, lágrimas ausentes, boca y lengua secas, sediento, bebe con avidez, pliegue cutáneo se retrae

lentamente, pérdida de peso 5-10%, flujo urinario disminuido.

- Deshidratación severa: Niño letárgico o inconsciente, flácido. Ojos muy hundidos y secos, lágrimas ausentes, boca y lengua muy secas, bebe inadecuadamente o no es capaz de beber, pliegue cutáneo se retrae muy lentamente, pérdida de peso mayor al 10%, flujo urinario mínimo.

Factores de riesgo de deshidratación:

- ✓ Edad menor a 6 meses
- ✓ Antecedentes de prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino
- ✓ Cardiopatía, insuficiencia respiratoria crónica, enfermedad metabólica, diabetes, insuficiencia renal crónica e insuficiencia suprarrenal
- ✓ Frecuencia de deposiciones mayor a 8 / día o vómitos mayor a 4 / día

Signos de gravedad: Pliegue cutáneo persistente, llenado capilar mayor a 2 segundos, alteración del estado general, ausencia de lágrima en el llanto, taquipnea, mucosas secas, ojeras, taquicardia.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

La mayoría de los cuadros son leves a moderados, autolimitados y es posible establecer una sospecha epidemiológica y clínica, por lo que no es necesario realizar exámenes de laboratorio. Sin embargo existen casos en donde hay sospecha de sepsis o se debe hacer diagnóstico diferencial (neumonía o infección del tracto urinario) por lo que sería de gran utilidad utilizar los exámenes complementarios como apoyo diagnóstico:

- Hemograma, PCR, hemocultivos, examen general de orina, urocultivo

y radiografía de tórax según corresponda.

En el caso de deposiciones con sangre, fiebre alta persistente, compromiso del estado general severo, diarrea persistente mayor a 7 días, uso reciente de antibióticos, paciente inmunocomprometido, son situaciones clínicas en las cuales es recomendable realizar un estudio etiológico de gastroenteritis aguda por medio de un examen general de heces y un coprocultivo pues existe la alta sospecha de un agente invasor. Se debe buscar leucocitos fecales y lactoferrina en heces para diagnosticar Disentería. El examen parasitológico seriado de deposiciones sigue siendo el examen de primera línea para la identificación de estos agentes pese a que tiene baja sensibilidad y es operador dependiente.

TRATAMIENTO

Rehidratación vía oral

Favorecen la absorción de electrolitos y a su vez de agua por la presencia concomitante de glucosa y sodio. Debe darse en pocas cantidades pero con mucha frecuencia. La presencia de vómitos no contraindica su uso. La cantidad varía según la edad, peso, grado de deshidratación y estado clínico del menor. Bebidas como gaseosas, zumos de frutas y bebidas hidratantes no deben ser utilizadas para terapia de rehidratación. Cuando fracasa esta vía se implementa la rehidratación por sonda nasogástrica

Rehidratación vía venosa

Se toma en cuenta la edad, el peso actual, la pérdida de peso y las necesidades básicas del niño por medio de las fórmulas aplicadas en los servicios de urgencias.

Esto implica hospitalización. En un inicio la perfusión debe durar al menos 6 horas.

Tratamiento farmacológico

Probióticos (Lactobacillus): eficaz en la reducción de la duración de la diarrea. No está demostrado que reduzcan el volumen de las heces. Estimulan la respuesta inflamatoria.

Antidiarreicos (Loperamida): opiáceo antisecretor y disminuye la motilidad

intestinal. Eficaces disminuyendo la duración de la diarrea y el volumen de las heces, pero pueden causar íleo paralítico. Contraindicado en menores de 2 años.

Antibióticos: indicados en las diarreas invasivas graves. Es importante educar a la población acerca de las medidas preventivas de la diarrea.

BIBLIOGRAFIA

- Dra. Yalda Lucero, Etiología y Manejo de Gastroenteritis Aguda Infecciosa en Niños y Adultos, Rev. Med. Clin. Condes – 2014; 25(3) 463-472
- C. Dupont, Diarreas agudas del niño, Elsevier Masson SAS Paris, Pediatrie, 4-014-N-10, 2009
- Paris, Sánchez, Beltramino, Copto, Meneghello Pediatría, 2013, Editorial Panamericana, 6ª Edición, Tomo 2, Pag 1414-1419

Recepción: 11 Julio de 2016

Aprobación: 17 Julio de 2016