

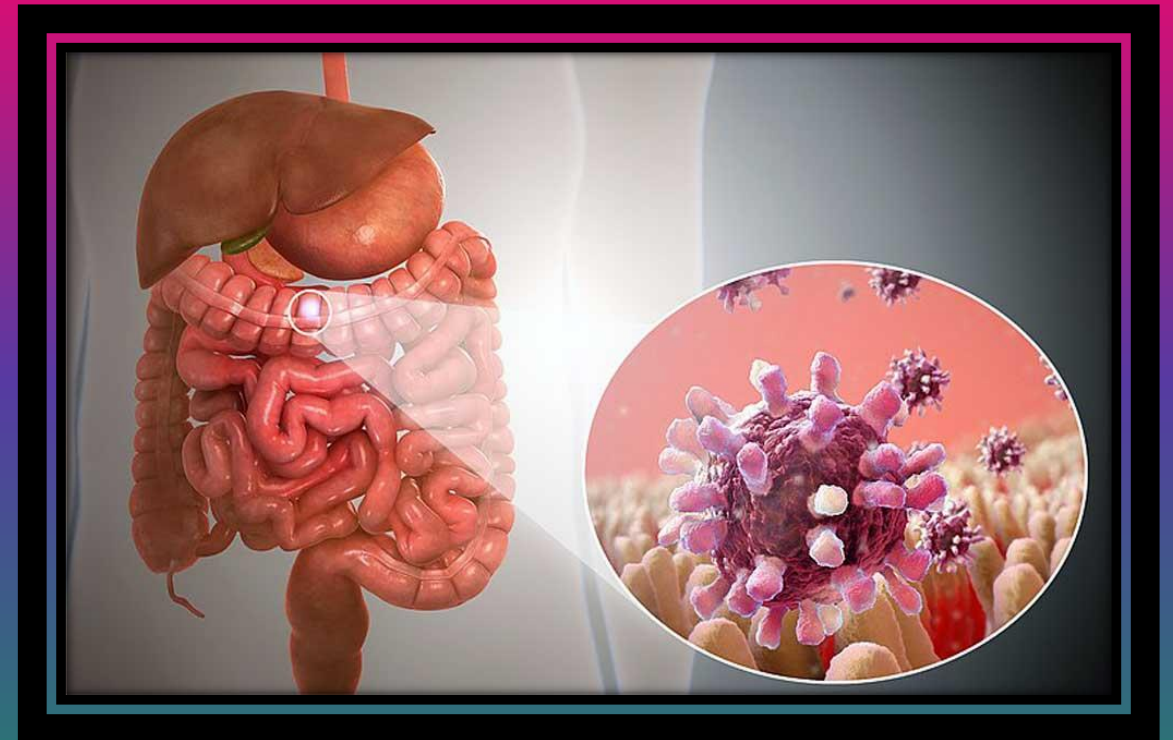
# GASTROENTERITIS

PATOLOGÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

LÓPEZ CRUZ GUSTAVO ARMANDO

CARRASCO GONZÁLEZ SALOMÉ

LIC. EN ENFERMERÍA



# GASTROENTERITIS INFECCIOSA

Es la difusión y/o la inflamación intestinal con pérdida de volumen intravascular y de electrolitos que pueden llevar a la deshidratación, colapso cardiovascular y la muerte.

Producida por un agente patógeno

## AGENTES INFECCIOSOS

### Acuosa

#### BACTERIAS

Escherichia coli productora de diarrea, campylobacter jejuni, vibrio cholerae O1, V. cholerae O139, Especie Shigella, V. parahaemolyticus, C. coli, bacteroides fragilis.

#### VIRUS

Rotavirus, norovirus, adenovirus serotipo 40/41, astrovirus, citomegalovirus

#### PARÁSITOS

##### Invasiva

Shigella, Salmonella no tifoidea, Campylobacter jejuni, Yersinia.

##### No invasiva

E. Coli O157:H7

## Fisiopatología

### AGUDA

<14 días

### PERSISTENTES

>14 y <30 días

### CRÓNICAS

> 30 días

## SÍNTOMAS Y SIGNOS

Fiebre tifoidea,

Dolor de cabeza

Malestar general

Perdida de peso corporal

Alteraciones en signos vitales

Deshidratación

Disentería

Diarrea persistente o con 3 o más deposiciones acuosas

Vómitos

## DIAGNÓSTICO

Anamnesis

Exploración física

Pruebas de laboratorio: hemograma, bioquímica sanguínea, gasometría,

## TRATAMIENTO

En dieta evitar consumo de lácteos, cafeína.

Administración de medicamentos antidiarreicos: loperamida,

Administración de medicamentos antibióticos en bacterias: Ciprofloxacino, trimetoprim con sulfametoxazol

Reposición hidroelectrolítica

TIPOS DE DIARREA	AGENTES CAUSALES	SIGNOS Y SÍNTOMAS	CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LA DIARREA	TRATAMIENTO
<b>BACTERIA</b>	Shigella, Salmonella, Campylobacter, E. Coli productor de toxinas Shiga, E. Coli enteroxigénico, E. Coli enteroinvasivo, E. Coli enteropatogenico, E. Coli enteroagregativo, E. Coli entero adherente, E. Coli adherente, E. Coli adherente invasivo, vibrio, yersinia, aeromonas, plesiomanas, clotridium, estafilococo, bacillus cereus, listeria.	fiebre elevada, aparición de sangre y moco en las heces, dolor abdominal intenso y tenesmo	Aparición de sangre, moco en la heces fecales y de forma acuosa	Aine y electrolitos
<b>PARASITARIA</b>	cryptosporidium, giardia imtestinals, entaboeba histolytica, blastocystis ssp, A lumbricoides, E. Vermicularis, Entamoeba histolytica, Isospora cayetanensis, dientamoeba fragilis, triconomas hominis.	Diarrea acuosa o con sangre (disentería amebiana), fiebre, dolor abdominal	De manera acuosa o con sangre (disentería amebiana), persistente o crónica.	Antibiotico, metronidazol, nitazoxanida
<b>VIRAL</b>	Rotavirus, adenovirus, astrovirus, norovirus, parvovirus.	nauseas, dolor abdominal, cefalea, mialgías, vómitos	diarrea semiliquidararamente con sangre	Loperamida
<b>ALIMENTOS</b>	Escherichia coli enterotoxigénica, Salmonella, Shigella.	Dolor abdominal, nauseas, vómitos, y en caso de diarrea inflamatoria fiebre y disposición de sangre	Dolor abdominal, diarrea líquida o acuosa.	consumo de fibra, lactobacilos

## SIGNOS Y SÍNTOMAS

### NIÑO CON DIARREA AGUDA SIN DESHIDRATACIÓN CLÍNICAMENTE DETECTABLE:

- Buena apariencia.
- Alerta y reactivo.
- Gasto urinario normal.
- Coloración de la piel sin cambios.
- Extremidades tibias.
- Tono ocular normal.
- Membranas mucosas húmedas.
- Frecuencia cardíaca normal.
- Patrón respiratorio normal.
- Pulsos periféricos normales.
- Tiempo de llenado capilar normal.
- Turgencia de la piel normal.
- Presión sanguínea normal.

### NIÑO CON DIARREA AGUDA, DESHIDRATACIÓN Y DATOS CLÍNICOS DE CHOQUE:

- Disminución del nivel de conciencia: soporoso o comatoso.
- Piel pálida o marmórea.
- Extremidades frías.
- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Pulsos periféricos débiles.
- Tiempo de llenado capilar prolongado.
- Hipotensión (choque descompensado).

### NIÑO CON DIARREA AGUDA CON DESHIDRATACIÓN SIN CHOQUE:

- Decaído o aspecto deteriorado.
- Respuesta alterada:
- Irritable o letárgico.
- Ojos hundidos.
- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Disminución de la turgencia de la piel.
- Gasto urinario disminuido.
- Coloración de la piel sin cambios.
- Extremidades tibias.
- Mucosas seca.
- Pulsos periféricos normales.
- Tiempo de llenado capilar normal.
- Presión sanguínea normal.



## DESHIDRATACIÓN EN NIÑOS



## PLAN DE HIDRATACIÓN

**A**

- Continuar con alimentación habitual
  - Ingesta de líquidos y VSO
- < 1 año de edad: tomar media tasa (75 ml)  
> 1 año de edad: una taza (150 ml) cucharadas sorbos pequeños, después de cada evacuación.

**B**

Vida suero oral 100 mL/hg/cada 30 min durante 4 horas; si hay vómito, esperar 10 minutos e intentar otra vez la hidratación oral

Si hay mejoría pasar a plan A. en caso contrario hacer plan B cuatro veces mas.

Si hay gasto fecal elevado (más 10g/kg/hora o mas de tres evacuaciones por hora) hidratación por sonda nasogástrica, de 20 a 30 mL de vida suero oral por Kg de peso, por hora.

**C**

- Administración vía intravenosa de Hartmann, si no hay disponible use solución salina isotónica al 0.9%:
- Primera hora 50 ml/kg  
Segunda hora 25 ml/ kg  
Tercera hora 25 ml/ kg
- Cuando pueda beber administre VSO, de 25 ml/ km/ hora. Mientras sigue IV.
  - Al completar dosis IV, evalúe plan A o B, y retirar venoclisis, o retirar C.
  - Si pasa a plan A, asegúrese de mantenerlo hidratado con VSO.