



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina



ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Alumno: María José Villar Calderón

Docente: Dr. Jeffery Anzhony Cruz Robles

Materia: Pediatría

Semestre: 6° A

}

Enfermedad Diarreica Aguda

DEFINICIÓN

- La diarrea es una alteración en el movimiento característico del intestino con una disminución en la consistencia de los heces (blandas o líquidas) y/o un incremento del contenido, volumen o frecuencia de las evacuaciones en un día con 14 días de evolución.
- Un niño puede evacuar una sola vez y presentar deshidratación
- < 10 kg con gasto fecal > 10 ml \times kg \times hora
- > 10 kg con gasto fecal > 200 g al día
- Aguda: > 3 evacuaciones blandas o líquidas en 24 horas por menos de 2 semanas.
- Persistente: > 3 evacuaciones blandas o líquidas en 24 horas por más de 2 semanas
- OMS: > 3 evacuaciones intestinales líquidas o blandas en un periodo de 24 horas.

ETIOLOGÍA

- Viral
- Bacteriana
- Micótica
- Parasitaria

FACTORES DE RIESGO

- Agua, alimentos o bebidas contaminadas
- Contacto directo con la mano.

COMPLICACIONES

- Deshidratación
- Choque
- Neumatosis intestinal
- Perforación o necrosis intestinal

EDA. POR ROTAVIRUS

FACTORES DE RIESGO

- Inmadurez inmunológica
- Guarderías
- Frecuente: otoño, invierno y primavera
- Desnutrición
- Higiene deficiente
- Alimentos no desinfectados
- Lactancia materna no exclusiva
- Esquema de vacunación incompleto

EPIDEMIOLOGÍA

- Virus sin envoltura, de dos cápsidos
- Genoma: Compuesto de 11 segmentos de ARN bicatenario
- Virus es estable en el medio ambiente
- Los virus, principalmente rotavirus son responsables del 70-80% de casos de diarrea infecciosa
- El rotavirus se identificó 4 veces más, siendo similares los resultados del medio comunitario y hospitalario

Patrón de edad relacionado de los enteropatógenos más comunes

< 1 año	1-4 años	> 5 años
- ROTAVIRUS	- SHIGELLA	- ENTAMOEBAS
- Norovirus	- Rotavirus	- Campylobacter
- Adenovirus	- Norovirus	- Salmonella
- Salmonella	- Campylobacter	- Rotavirus
	- Yersinia	

CUADRO CLINICO

- | | |
|-----------------------|---|
| GENERALES | PROPIO DEL APARATO GI- |
| - Fiebre (37,8 - 39°) | - Vómitos |
| - Anorexia | - Diarrea |
| - Astenia | - Cólicos |
| - Pérdida de peso | - Moco en 25% de los casos |
| - Deshidratación | - Sangre en heces (raro) |
| - Oliguria | - Pujos o tenesmo |
| | - Evacuaciones son explosivas, ácidas, fetidas, abundantes, espumosas y dejan eritema perianal. |

DIAGNOSTICO

- Aparición de primeras manifestaciones clínicas: Fiebre, vómito y diarrea.
- Duración de la enfermedad (7 a 10 días)
- Características de las evacuaciones (12 a 15 veces al día)
- Signos de deshidratación
- Detección Ag viral
 - o Inmunofluorescencia indirecta
 - o ELISA

- En el caso del niño vacunado la diarrea viral
por ADENOVIRUS

EDA POR SHIGELLA SP.

DEFINICIÓN

La EDA se define como el aumento en el número de deposiciones o evacuaciones > 3 en 24 horas y consistencia líquida, acompañada de pérdida variable de electrolitos con un promedio de duración < 14 días.

SHIGELOSIS

- Enfermedad infectocontagiosa que se transmite a través del agua, alimentos y bebidas contaminadas con materia fecal o por contacto directo con las manos.
- Alteración en el movimiento del intestino con un aumento en el número y cantidad de deposiciones al día, cuyo contenido en agua es mayor a lo normal.
- < 2 años: pérdida fecal > 10 ml/Kg/día
- Niños más grandes > 200 g al día
- Aumenta la frecuencia y disminuye la consistencia.

FACTORES DE RIESGO

AGENTE

- Bacilo Gram negativo, anaerobio facultativo, con estructura antigénica compleja.
- Producen diarrea por mecanismos invasivos, aunque también elabora una citotoxina.
- Patogenicidad: invasividad y toxigenicidad.
- Para producir diarrea se requieren 10 bacilos de Shigella.

HOSPEDERO

- Edad y sexo
- Hábitos y costumbres
- Ambiente
- Pobreza y desnutrición
- Susceptibilidad y resistencia

FACTORES PROTECTORES

- Promoción de lactancia materna
- Utilización del suero oral en forma oportuna y suficiente
- Buenas prácticas alimentarias en estado de salud y enfermedad
- Almacenamiento del agua

EPIDEMIOLOGÍA

- Importante causa de disenteria en el mundo
- Se presenta principalmente en lactantes > 6 meses pero la incidencia es mayor en preescolares.
- En México la enfermedad es causada con más frecuencia por *S. flexneri* y afecta a todos los estratos, pero predomina entre uno y cuatro años. Es excepcional antes de los 6 meses.

PREVENCIÓN PRIMARIA

- Lavado frecuente de manos
- Evitar la defecación al aire libre
- Vigilar condiciones sanitarias del agua y de los alimentos
- Proteger de manera adecuada las basuras
- Refrigerar leche y alimentos
- Estimular y orientar lactancia materna

- Incrementar educación para la salud
- Vacunación

CUADRO CLINICO

- Fiebre, anorexia, astenia y pérdida de peso
- Síntomas y signos cuando hay complicaciones
- Náuseas, vómitos, cólicos y aumento en el número de las evacuaciones y en su contenido líquido, puede haber moco y sangre en las heces y acompañarse de flujo y tenesmo
- Periodo de incubación 2-4 días
- SX disentérico con evacuaciones numerosas (5-30 en 24 horas), escasas, mucosanguinolentas acompañadas de pupa y tenesmo
- Fiebre y vómito
- Neurotoxinas, puede acompañarse de letargo, convulsiones y signos neurológicos
- El cuadro tiende a autolimitarse a un lapso entre 2 y 5 días

SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN

- Inquieto e irritable
- Ojos hundidos, llanto sin lágrimas
- Boca seca, saliva espesa
- Respiración rápida o profunda
- Sed aumentada, bebe con avidez
- Orina poco
- Fontanela hundida

DIAGNOSTICO

- Cuadro Clínico
- Coprocultivo
- La citología fecal puede orientar hacia la presencia de una bacteria enterovásora cuando se encuentra PMN.

TRATAMIENTO

- La prevención de la deshidratación es una de los aspectos más importantes en el manejo integral de la diarrea aguda.
- Todos los casos de disenteria o shigelosis deben ser tratados con antimicrobianos, pero sin olvidar la terapia de rehidratación oral y el uso de zinc.
- Según NOM-051 el tratamiento indicado es:
 - Trimetoprim 10 mg/kg/día con sulfametoxazol 20 mg/kg/día divididos en dos dosis diarias durante 5 días x vía oral.
 - Alternativa: Ampicilina 100 mg/kg/día divididos en cuatro dosis diarias durante 5 días x vía oral.
- Zinc
 - Estimula la absorción de H₂O y electrolitos
 - Impide atrofia de vellosidades y mejora la inmunidad
 - Disminuye la gravedad y duración de episodio diarreico
 - <6 meses: 10 mg/día x 14 días
 - >6 meses: 20 mg/día x 14 días

Planes de rehidratación

- Alimentación constante
- Bebidas abundantes
- Consulta educativa

Plan A

- Vida Suero oral
- Niños < 1 año: 70 ml a cucharadas después de cada evacuación
- Niños > 1 año: 150 ml después de cada evacuación

Plan B

- 100 mg/kg de peso de V50 en dosis fraccionadas cada 30 minutos durante 4 horas.
- No sobrepasar la capacidad gástrica para evitar vómito
- Si no tolera VO por sonda y pasar 25-30 ml x hora

Plan C

- Administrar Hartmann o fisiológica al 0.9% IV con dosis:
 - 1-hora: 50 ml/kg de peso
 - 2-hora: 25 ml/kg de peso
 - 3-hora: 25 ml/kg de peso
- La hidratación oral es eficaz en más de 90% de casos en niños con deshidratación causada por diarrea.
- Evaluar constantemente al paciente y si no mejora aumentar velocidad de infusión
- A poder beber iniciar VO mientras continúa IV

- Al completar IV evalúe al paciente para seleccionar Plan A o B y rehar venoclisis o repetir plan C.

Plan A

- In presencia de hipertensión
- In presencia de insuficiencia renal
- In presencia de insuficiencia cardíaca
- In presencia de insuficiencia hepática
- In presencia de insuficiencia respiratoria
- In presencia de insuficiencia renal

Plan B

- In presencia de hipertensión
- In presencia de insuficiencia renal
- In presencia de insuficiencia cardíaca
- In presencia de insuficiencia hepática
- In presencia de insuficiencia respiratoria
- In presencia de insuficiencia renal

Plan C

- In presencia de hipertensión
- In presencia de insuficiencia renal
- In presencia de insuficiencia cardíaca
- In presencia de insuficiencia hepática
- In presencia de insuficiencia respiratoria
- In presencia de insuficiencia renal

Plan D

- In presencia de hipertensión
- In presencia de insuficiencia renal
- In presencia de insuficiencia cardíaca
- In presencia de insuficiencia hepática
- In presencia de insuficiencia respiratoria
- In presencia de insuficiencia renal

Plan E

- In presencia de hipertensión
- In presencia de insuficiencia renal
- In presencia de insuficiencia cardíaca
- In presencia de insuficiencia hepática
- In presencia de insuficiencia respiratoria
- In presencia de insuficiencia renal

BIBLIOGRAFÍA:

Dr. José Alberto García Aranda. (2011). URGENCIAS EN PEDIATRÍA. MEXICO:
McGRAW-HILL.