

Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

RESUMEN:

Materia:
Pediatria.

Docente:
Dr. Jeffery Anzhony Cruz.

Semestre:
6°"B".

Alumna:
Michelle Junuem Maldonado Hernández.

Diarrea Aguda

Consiste en el aumento del número de deposiciones y/o disminución en su consistencia, de instalación rápida. Se puede acompañar de signos y síntomas como náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal. La causa más frecuente es la infección gastrointestinal, que produce una gastroenteritis o inflamación de la mucosa gástrica e intestinal (diarrea aguda es sinónimo de gastroenteritis aguda de causa infecciosa).

Refleja un aumento en la pérdida a través de las heces de sus principales componentes: agua y electrolitos.

Epidemiología.

Infecciones	Alergia alimentaria	Trastornos de absorción
- Entéricas	- Proteínas de leche	- Déficit de lactasa
- Extraintestinales	- Proteínas de vaca	- Déficit de sacarasa-isomaltasa
	- Proteínas de soja	

Cuadros agudos	Fármacos	Intoxicación de metales
- Apendicitis aguda	- Laxantes	- Cobre
- Invaginación	- Antibióticos	- Zinc

Causas Infecciosas de EDA.

Diarrea Viral	Diarrea parasitaria	Diarrea bacteriana
- Rotavirus grupo A	- Giardia lamblia	- Salmonella
- Adenovirus entérico	- Cryptosporidium	- Shigella
- Norovirus	- Cryptosporidium parvum	- Yersinia
- Calicivirus humano		- E. Coli

Los Rotavirus constituyen el principal agente etiológico en todos los niños en los primeros 4 años de edad.

Fisiopatología

Generalmente se produce cuando el volumen de agua y electrolitos presentados al colon excede su capacidad de absorción, eliminándose de forma aumentada por las heces. En determinados casos se da la penetración de la barrera mucosa por agentes externos (microorganismos o toxinas). Las toxinas microbianas pueden ligarse a los receptores del enterocito y estimular la secreción epitelial de agua e iones. Los microorganismos pueden dañar el enterocito produciendo una disminución en la absorción de electrolitos, una pérdida de los hidrolasos del borde en cepillo y un escape (fluido a través del epitelio). La lesión por daño directo de la célula epitelial tiene lugar en las infecciones por Rotavirus (actúa como enterotoxina). Conlleva a la pérdida aumentada de agua y electrolitos en las heces, derivando en cuadro de deshidratación.

Diagnóstico.

- Valoración del paciente mediante una adecuada historia clínica y una cuidadosa exploración física. La gravedad de la diarrea está en relación con el grado de deshidratación:

Valoración del estado de hidratación. El dato clínico más exacto es el porcentaje de pérdida ponderal, que representa el déficit de líquido que existe:

- Leve o ausencia de deshidratación: pérdida de < del 3% de peso corporal.

- Moderada: pérdida del 3-9% de peso corporal.

- Grave: pérdida de más de 9% de peso corporal.

En la historia clínica el dato más relevante respecto a los signos clínicos es la ausencia de deshidratación es la diarrea normal.

- Pérdida de turgencia cutánea
- Ausencia de lagrimeo
- Respiración normal
- Alteración neurológica
- Llenado capilar lento
- Mucosa oral seca

Plan de hidratación.

<p>Plan A. En el domicilio Recomendar: • Dar más líquidos • No suspender la lactancia • Continuar alimentándolo Si la diarrea empeora, dar SRO: • < 2 años: 50-100 ml • > 2 años: 100-200 ml después de cada deposición líquida • Control en 24 hs • Explicar signos de alarma.</p>	<p>Reevaluar Sin deshidratación • Plan A, en el domicilio • Comenzar alimentación en el Centro de salud. • Control a los 24 horas</p>
<p>Plan B SRO (bolsa de Rehidratación Oral) • 50-100 ml/kg en 4 horas Evaluar cada hora hasta un máximo de 4 horas</p>	<p>Reevaluar Si sigue deshidratado • Continuar Plan B 2 horas más • Reevaluar: - Si se hidrata - Si no se hidrata</p>
<p>Plan C Derivar al hospital Mientras tanto: • Colocar vía EV con solución poli-electrolítica a 25 ml/kg/hora o solución fisiológica. Si puede beber, comenzar hidratación por vía oral a 20 ml/kg/hora Si no puede beber, colocar SNG con SRO a 20 ml/kg/hora</p>	<p>Reevaluar Aumento la deshidratación → Derivar para PLAN C</p>

	A	B	C
1. Preguntar por:			
- Sed / Orina	Normal	Más de lo normal	Excesiva
2. Observar:			
- No pacto	Alerta	Limitado o decaído	Deprimido o comatoso
- Ojos	Normales	Hundidos	Muy hundidos, sin lagrime
Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas, sin saliva
Respiración	Normal	Más rápida de lo normal	Muy rápida y profunda
3. Explorar:			
- Elasticidad de la piel	El pliegue se deshace con rapidez	El pliegue se deshace con lentitud	El pliegue se deshace muy lento (> 2 seg)
- Tacto de la piel	Normal	Húmeda y se palpa	Muy hundida y se palpa y abomba
- Rise	Normal	Más rápido de lo normal	Muy rápido, línea en se palpa
- Tiempo de capilar	< 2 segundos	De 3-5 segundos	> 5 segundos
4. Decidir:			
	No tiene deshidratación	Si tiene 2 o más signos o signos tiene deshidratación	Si tiene 2 o más de otros signos y síntomas: tiene deshidratación grave Si tienen 1 o más marcados con ① tiene deshidratación grave con shock hipotónico
	Aplicar PLAN A para prevenir dehidratación	Aplicar PLAN B para tratar la deshidratación	Plan C Si el niño puede beber y no hay shock, comenzar por V.O. o por SNG. Plan C Comenzar EV si hay shock, si hay vómitos incontrolables (abundante o > 4 en una hora) si hay shock, si hay convulsiones

Bibliografía:

Riechman, E(2018). DIARREA AGUDA. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños de Dos Meses a Cinco Años en el Primero y Segundo Nivel de Atención. Guía de practica clínica

Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. (2020). Nelson. Tratado de Pediatría (21.^a ed.). Barcelona: Elsevier, 3.376 páginas. 2 volúmenes