



Universidad del Sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez

“Diarreas”

Medicina Interna

Dr. Eduardo Zebadúa Guillen

Br. Viridiana Merida Ortiz

Estudiante de Medicina

5to Semestre

20 de septiembre de 2021, Tuxtla Gutiérrez Chiapas

DIARREAS

Definición:

Disminución en la consistencia de las evacuaciones (líquidas o semilíquidas) o el incremento de la frecuencia de estas (>3 en 24 horas), que puede acompañarse de fiebre o vómitos, su duración es por lo general menor a 7 días y no mayor de 14 días.

Es un síntoma de infección ocasionada por diversos microorganismos que pueden ser virus, bacterias o parásitos, la mayoría de los cuales de transmiten por aguda contaminada.

Etiología:

Los agentes etiológicos más frecuentes son Rotavirus y Escherichia coli.

Enteropatógenos más frecuentes		
<1 año	1-4 años	≥ 5 años
Rotavirus Norovirus Adenovirus Salmonella	Rotavirus Norovirus Adenovirus Salmonella Campylobacter Yersinia	Campylobacter Salmonella Rotavirus

Clasificación:

Según el tipo clínico:

- Diarrea aguda acuosa (que dura varias horas o días y comprende el cólera)
- Diarrea aguda con sangre (disentería)
- Diarrea persistente (que dura más de 14 días)

En la práctica clínica, la diarrea se clasifica según su duración en: aguda (< 14 días), persistente (14-29 días) y crónica (≥ 30 días).

Mecanismos de la diarrea					
	Secretora	Osmótica	Aumento de la motilidad	Disminución de la motilidad	Inflamación mucosa
Defecto	Disminución de la absorción, aumento de la secreción, transporte de electrolitos	Maldigestión, defectos de transporte, ingesta de solutos inabsorbibles	Disminución del tiempo de tránsito	Defecto en las unidades neuromusculares	Inflamación, disminución de la superficie mucosa de absorción y/o de la reabsorción colónica,

					aumento en la motilidad
Examen de heces	Acuosa, osmolalidad normal, osmoles = 2 x (Na+K)	Acuosa, ácida, positiva a sustancias reductores, osmolalidad aumentada, osmoles >2 x (Na+K)	Heces laxas o normales, estimulación por el reflejo gastrocólico	Heces laxas o de apariencia normal	Sangre y leucocitos en las heces
Ejemplos	Cólera, E. coli toxigénica, carcinoide, VIP, neuroblastoma, diarrea de cloruros congénita, C. difficile, Cryptosporidium	Deficiencia de lactasa, malabsorción de glucosa galactosa, lactulosa, abuso de laxantes	Síndrome de intestino irritable, tirotoxicosis, síndrome posvagotomía	Pseudo-obstrucción, as a ciega	Enfermedad celiaca, Salmonella, Shigella, ciega amebiosis, Yersinia, Campylobacter, rotavirus
Comentarios	Persiste durante el ayuno y no se encuentran leucocitos en las heces; la malabsorción de sales biliares puede aumentar la secreción intestinal de agua	Cede con el ayuno; la malabsorción de hidratos de carbono aumenta el hidrógeno en el aliento, no se encuentran leucocitos en las heces	Las infecciones también pueden contribuir al aumento en la motilidad	Posible sobrecrecimiento bacteriano	Disentería: sangre, moco y leucocitos.

Factores de riesgo:

- Almacenamiento inadecuado del agua
- Suministro inadecuado de agua potable
- Higiene de manos inadecuada
- Manejo inadecuado de las excretas
- No contar con vacunas contra el sarampión y el rotavirus

Riesgos para el desarrollo de cuadros persistentes:

- Desnutrición

- Evacuaciones con moco y sangre
- Uso indiscriminado de antibióticos
- Frecuencia elevada de evacuaciones (>10/día)
- Presencia de deshidratación persistente (>24 horas)

Factores que aumentan el riesgo de presentar deshidratación:

- Edad <1 año (particularmente <6 meses)
- Lactantes con bajo peso al nacimiento
- Niños con >5 evacuaciones en las últimas 24 horas.
- Niños a los que no se han ofrecido o no han tolerado los líquidos suplementarios.
- Lactantes que no han recibido lactancia materna durante la enfermedad.
- Niños con signos de desnutrición.

Fisiopatología:

La diarrea se debe generalmente a un trastorno del transporte de agua en el intestino que lleva a un exceso acuoso en las heces. Desde el punto de vista fisiopatológico, los mecanismos más conocidos de diarrea son: a) presencia de solutos no absorbibles en la luz intestinal (diarrea osmótica); b) inhibición de la absorción activa de iones o la secreción excesiva de iones intestinales (diarrea secretora), y c) origen multifactorial. Este último es el más frecuente y se caracteriza por la liberación de citoquinas generadas por células que participan en la respuesta inmunitaria, mediadores del sistema nervioso entérico y péptidos u hormonas sintetizadas periféricamente.

Diagnóstico:

La GPC establece como estándar de oro para la evaluación de la gravedad de la deshidratación a la comparación entre el peso corporal al ingreso y el peso posterior a la rehidratación, mientras que el signo con mayor razón de probabilidad positiva (likelihood ratio, LR = 4.1) es el retardo del llenado capilar.

Los criterios establecidos por la GPC para la hospitalización de los pacientes pediátricos con diarrea aguda:

- Estado de choque.
- Diarrea aguda con deshidratación grave (>9% del peso corporal).
- Deshidratación leve-moderada: Deben ser observados en el hospital por 6 horas (aseguramiento de la rehidratación exitosa) y durante el mantenimiento de la rehidratación (2-3 horas).
- Riesgo de deshidratación elevada (menores de 6 meses, >8 evacuaciones/día o >4 vómitos/día): Deben ser observados en el hospital por 4-6 horas para asegurar una rehidratación exitosa.
- Anormalidades neurológicas (letargía, convulsiones, otras).
- Falla del tratamiento con suero de rehidratación oral.
- Sospecha de condición quirúrgica.
- Padres o cuidadores inexpertos.

Criterios para la obtención de estudios laboratoriales y microbiológicos, ya que no se recomienda su realización rutinaria.

- Obtención de electrolitos, urea, creatinina y bicarbonato séricos:
 - ✓ Deshidratación grave con compromiso circulatorio.
 - ✓ Deshidratación moderada con sospecha de hipernatremia: Irritabilidad, hipertonía muscular, hiperreflexia, convulsiones, somnolencia o coma.
 - ✓ Deshidratación moderada con antecedentes o hallazgos físicos incompatibles con episodios diarreicos simples.
 - ✓ Deshidratación moderada con diagnóstico poco claro o factores comórbidos.
 - ✓ Deshidratación clínica sin choque con requerimiento de rehidratación intravenosa o por gastroclisis.
- Investigación microbiológica de las heces:
 - ✓ Considerarla en caso de viaje reciente al extranjero, ausencia de mejoría después de 7 días o incertidumbre en el diagnóstico de gastroenteritis.
 - ✓ Realizarla en caso de sospecha de septicemia, presencia de moco o sangre en las evacuaciones o inmunosupresión.

Tratamiento:

Para el tratamiento en niños con diarrea aguda se utilizan de primera línea las soluciones de rehidratación oral (SRO) de baja osmolaridad (Osmolaridad 245 mOsm/L, Na 75 mEq/L, Glucosa 75 mEq/L) ya que estas son más efectivas para reducir el gasto fecal, los vómitos, la terapia de rehidratación intravenosa y la necesidad de hospitalización.

La decisión del esquema de hidratación se deberá hacer con base al método de Dhaka: niños sin deshidratación deberán recibir Plan A de hidratación, niños con deshidratación deberán recibir Plan B de hidratación, mientras que los niños con deshidratación severa/Choque hipovolémico deberán recibir Plan C de hidratación.

El Plan A de hidratación contempla lo siguiente:

- ✓ Continuar la alimentación habitual y ofrecer más bebidas de lo habitual.
- ✓ Administrar SRO, a menores de 1 año 75 ml (media taza), a mayores de 1 años 150 ml (1 taza) después de cada evacuación.
- ✓ No suspender la lactancia materna.
- ✓ Evitar el consumo de bebidas carbonatadas

El Plan B de rehidratación establece:

- ✓ Si conoce el peso del paciente administre SRO 50 - 100 ml/kg peso dividido en 4 horas en dosis fraccionadas cada 30 minutos.
- ✓ En caso de no conocer el peso del paciente administre las siguientes dosis de SRO: < 4 meses de 200 - 400 ml, 4 a 11 meses de 400 - 600 ml, 12 a 23 meses de 600 -1200 ml, 2 a 5 años de 800 -1400 ml.

- ✓ Administrar el SRO por tragos cortos o cucharadas.
- ✓ Si el niño vomita esperar 10 minutos e intentar otra vez la rehidratación oral, pero más lento.
- ✓ Al mejorar el estado de hidratación pasar al plan A.
- ✓ En caso de persistir deshidratado, repetir el Plan B por otras 4 horas

El Plan C de rehidratación:

- ✓ Administre líquidos intravenosos de preferencia solución Ringer-Lactato a 100 ml/kg.
- ✓ En lactantes con menos de 12 meses de edad primero administrar 30 ml/kg en 30 minutos y luego administrar 70 ml/kg en 5 horas con 30 minutos.
- ✓ En niños de más de 12 meses de edad primero administrar 30 ml/kg en 30 minutos y luego administrar 70 ml/kg en 2 horas con 30 minutos.
- ✓ Al completar la dosis IV reevalúe al paciente para seleccionar Plan A o Plan B y retirar la venoclisis o en su defecto repetir el Plan C.

La GPC recomienda que durante la rehidratación se continúe la lactancia y se prefiera al suero de rehidratación oral sobre otros líquidos.

Tratamiento farmacológico:

- ✓ Ondasetrón: Paciente con vómito.
- ✓ Racecadotril: Disminuye la cantidad media de heces producidas.
- ✓ Suplementación con Zinc (reduce la incidencia de diarrea en los próximos 3 meses y muertes no accidentales en un 50%).

El tratamiento antibiótico específico sólo se indica bajo las siguientes circunstancias:

- Sospecha o confirmación de sepsis.
- Infección bacteriana con diseminación extraintestinal.
- Menores de 6 meses, desnutridos o inmunocomprometidos con salmonelosis.
- Colitis pseudomembranosa (*C. difficile*), giardosis, shigelosis disenteriforme, amebiosis disenteriforme o cólera.
- Deben considerarse en caso de diarrea invasiva (sangre, moco, fiebre alta, PMN en heces).

Hospitalizados o asistentes a guarderías para disminuir la transmisión de *Shigella* y *Campylobacter*.

Método de Dhaka para clasificación y tratamiento del estado de deshidratación:

	Características	Tratamiento
Sin Deshidratación	Estado general de alerta Ojos normales Boca y lengua húmedas Sed normal Elasticidad de la piel normal Pulso normal Llenado capilar <22 seg Fontanela normal (lactantes)	PLAN A ABC manejo en el hogar

<p>Con Deshidratación</p>	<p>Estado general inquieto o irritable Ojos hundidos, sin lágrimas Saliva espesa Respiración rápida Sed aumentada, bebe con avidez Elasticidad de la piel ≥ 2 seg Pulso normal Llenado capilar ≥ 2 seg Fontanela hundida (lactantes)</p>	<p>PLAN B Terapia de hidratación oral</p>
<p>Choque Hipovolémico</p>	<p>Estado general somnoliento o comatoso No puede beber Pulso débil o ausente Llenado capilar ≥ 2 seg</p>	<p>PLAN C Terapia intravenosa</p>