

Diarrea en niños

La diarrea aguda se define como un aumento súbito en la emisión de más de 3 evacuaciones en 24 horas, con disminución en la consistencia (semilíquidas o líquidas). Generalmente, el cuadro se autolimita entre 3 y 7 días, con un máximo de 14 días.

88% de los casos relacionados con saneamiento deficiente y falta de agua potable

Definición	Diarrea acuosa	Diarrea disentérica	Diarrea persistente
Patología	Un patógeno daña las vellosidades del intestino delgado, reduciendo la absorción de líquidos y provocando hipersecreción y evacuación acuosa.	Desde el punto de vista fisiopatológico el daño se origina a nivel del colon, por la invasión e inflamación de los enterocitos.	El mecanismo de la diarrea persistente varía según la causa: daño mucoso, malabsorción o respuesta inmune alterada.
Etiología	Los principales agentes causantes son <i>Vibrio cholerae</i> , <i>Escherichia coli</i> enterotoxigena, y <i>Rotavirus</i> , <i>Norovirus</i> , <i>Astrovirus</i> , y <i>Adenovirus</i> .	Los agentes más comunes son <i>Shigella spp.</i> y <i>Entamoeba histolytica</i> ; en niños mayores, <i>Campylobacter jejuni</i> y <i>E. coli</i> enteroinvasiva.	Las causas pueden ser infecciosas (parásitos, bacterias, virus) o no infecciosas (inmunodeficiencias, antibióticos o intolerancia alimentaria).
Clinica	El cuadro clínico suele ser breve (1 a 3 días), aunque puede durar hasta 2 semanas; sin embargo, puede provocar una deshidratación grave.	Cuadro clínico: fiebre, tenesmo, dolor abdominal, y evacuaciones de escaso volumen, semilíquidas o líquidas, con la presencia de sangre y moco.	Cuadro clínico de heces líquidas o semilíquidas por más de 14 días y deshidratación, pérdida de peso, distensión abdominal y malabsorción.
• Principales virus implicados: Rotavirus, Norovirus, Astrovirus y Adenovirus. • Principales bacterias: Salmonella, campylobacter, Shigella, Aeromonas y Yersinia			 <p>El vómito y heces líquidas en un niño con lactancia materna pueden indicar diarrea.</p>
Epidemiología			
<ul style="list-style-type: none">La diarrea es la segunda causa de muerte en menores de 5 años a nivel mundial.En México, la principal etiología de la diarrea aguda infantil es mayormente viral, pero las bacterias predominan a finales de primavera y verano.En 2022, el 9.4% de los menores de 5 años en México tuvo 1 episodio de diarrea.			
El principal mecanismo de transmisión es fecal-oral, a través de agua, alimentos contaminados o contacto con objetos sucios.			
Factores protectores (prevención)		Factores de riesgo	
<ul style="list-style-type: none">Vacunación contra Rotavirus (es causa de diarrea grave).Lavado de manos con agua y jabón.Manejo correcto de alimentos (coccción de los productos cárnicos, uso de plato coloidal o cloro para desinfectar).Lactancia exclusiva en los primeros 6 meses reduce la mortalidad 80%		<ul style="list-style-type: none">Deficiencias en el saneamiento básico.El suministro insuficiente de agua potable.Marginación social (condiciones de vida o desnutrición).Falta de alimentación al seno materno.Limitación en la higiene personal y del hogar.Madres adolescentes o con un bajo nivel educativo.	

Se estima que hasta el 88% de los casos de diarrea aguda se relacionan con saneamiento deficiente y falta de agua potable.

CLÍNICA

- > 3 evacuaciones en 24 hrs
- Disminución en la consistencia (líquidas o semilíquidas)
- Náusea, vómito, cólico abdominal, fiebre y deshidratación

El diagnóstico es clínico con historia clínica y evaluando el estado de deshidratación del paciente con la escala clínica de deshidratación (ECD), Escala de Gorelick y método Dhaka.

En mayoría de casos, no se requieren estudios de laboratorio. Solo solicitar en casos de deshidratación grave, desequilibrio hidroelectrolítico, uremia, y fracaso en la rehidratación.

Solicitar coproscópico y coprologico

- Sangre, moco
- > 7 días < 3 meses
- Enfermedad grave

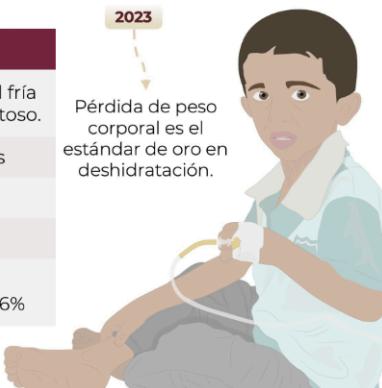
Escala de evaluación clínica (ECD)

Características	0 puntos	1 puntos	2 puntos
Apariencia general	Normal	Sedento, inquieto o letárgico e irritable.	Somnoliento, piel fría o sudorosa, comatoso.
Ojos	Normal	Discretamente hundidos	Muy hundidos
Membranas mucosas	Húmedas	Pegajosas	Secas
Lágrimas	Presentes	Disminuidas	Ausentes
Peso corporal	Normal	Pérdida de peso corporal de 1% a 5%	Pérdida de peso corporal > 6%

0 = sin deshidratación. 1 a 4 = deshidratación leve. 5 a 8= deshidratación moderada a grave.

Pérdida de peso corporal

- Leve 1 - 5%
- Moderada 5 -10%
- Grave > 10%



Dr. Edwin Madera

Método DHAKA (elige el plan de rehidratación).

Estado de hidratación	Características	Tratamiento
Sin deshidratación	<ul style="list-style-type: none"> • Estado general alerta. • Ojos normales. • Boca y lengua húmedas. • Respiración normal. • Sed normal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elasticidad de la piel normal. • Pulso normal. • Llenado capilar < 2 segundos. • Fontanela normal (lactantes). <p>PLAN A ABC manejo en el hogar.</p>
Con deshidratación	<ul style="list-style-type: none"> • Inquietud o irritabilidad. • Ojos hundidos sin lágrimas. • Boca y lengua secas, saliva espesa. • Respiración rápida. • Aumento de sed (bebé con avidez). 	<ul style="list-style-type: none"> • Elasticidad de la piel >2 segundos. • Pulso normal. • Llenado capilar < 2 segundos. • Fontanela hundida (lactantes). <p>PLAN B Terapia de hidratación oral.</p>
Choque hipovolémico	<ul style="list-style-type: none"> • Estado general consciente o hipotónico. • Incapacidad para beber. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pulso débil o ausente. • Llenado capilar >2 segundos. <p>PLAN C Terapia intravenosa.</p>

Tratamiento

2024

Rehidratación oral (con solución de rehidratación oral):

- Plan A: Rehidratación a libre demanda con SRO hipotónico o baja osmolaridad. Administrarlo después de cada evacuación o vómito (75 ml en menores de un año y 150 ml en mayores de un año). Se debe continuar con lactancia materna.
- Plan B: Rehidratación con 50-100 mL/kg de SRO en un periodo de 4 horas.
- Plan C: Solución salina 0.9% o ringer lactato IV, calculando 100 ml/kg en 3 horas.

Tratamiento antimicrobiano: Indicado solo en casos de diarrea disentérica o sospecha de infección bacteriana invasiva (Ej. Shigella spp., Entamoeba histolytica).

Suplementación con zinc: Zinc a dosis de 5 mg día ya que muestra reducción de la duración de la diarrea, evacuaciones y disminuye los episodios de vómito.



Suero recomendado de baja osmolaridad - hipoosmolar (245 mOsm/L, Na 75 mEq/L, Glucosa 75 mmol/L)

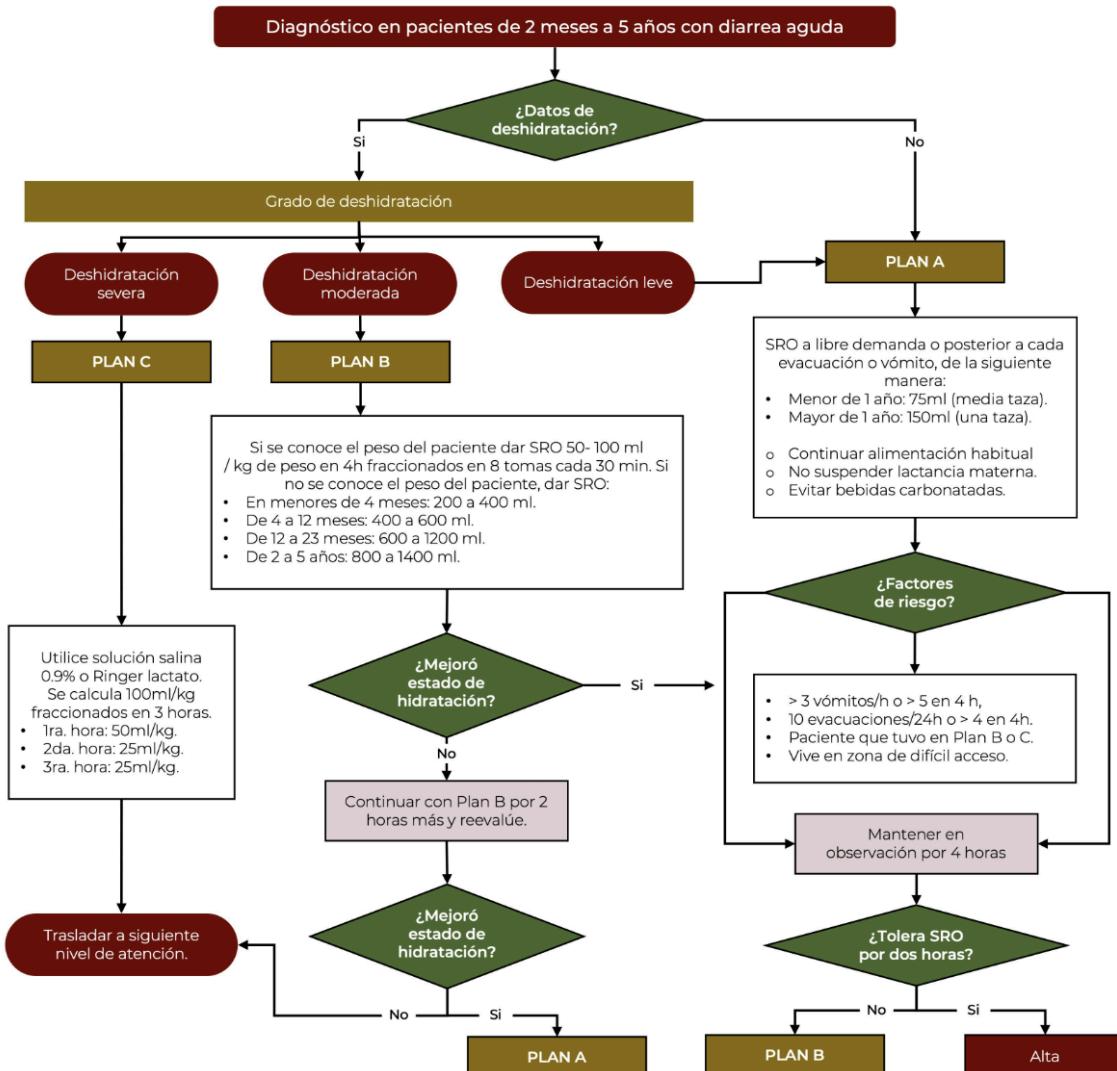
Paciente con deshidratación y **desnutrición** se utiliza **ReSoMaL**

1. Diluir un paquete de **SRO** en **2 litros** y agregar **50 gr de sacarosa + 40 ml de sol mezcla mineral** (50 mEq de sol iv de cloruro de **potasio**)

Tratamiento coadyuvante

- La loperamida no se recomienda en diarrea aguda.
- El ondansetrón para disminuir las náuseas y vómitos.
- Se sugiere el uso de racecadotriptilo en niños mayores de tres meses con diarrea acuosa moderada o grave.
- Se recomienda el uso de plátano verde cocido como coadyuvante al tratamiento estándar de la diarrea aguda.
- Se recomienda *Saccharomyces boulardii* y *Lactobacillus Rhamnosus* en diarrea aguda y en asociada a antibióticos.

Bacteria:	Shigella	Salmonella	Campylobacter	V. cholerae	C. difficile	E. coli Enterotoxigénica
Elección:	Azitromicina	Ceftriaxona	Azitromicina	Azitromicina	Metronidazol	Azitromicina



Fracaso de plan B >> referir a 2º o 3º nivel

- Gasto fecal > 10 ml/kg/h
- Vómitos persistentes ≥ 3 en 1 hr o ≥ 5 en 4 hrs, no toleran vía oral
- Balance hídrico negativo

PLAN C

Con choque

- 20 ml/kg en 10-15 min
- Continua con choque repetir
- Si continúa, solicitar valoración por intensivista (sospecha de cólera, dar 3er bolo)

Sin choque ringer lactato o sol salina al 0.9% 100 ml/ kg dividido en 3 hrs

“1 hr - 50 ml/kg 2 hr - 25 ml/kg 3 hr 25 ml/kg”