



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN



Síndrome Diarreico

Constanza Herrera T.
Residente Pediatría I año

Martes 25 de Junio 2019

Definición



«Aumento en la frecuencia o volumen (>10 cc/kg/día) de las deposiciones, con disminución de la consistencia en relación al hábito normal del paciente»

Diarrea Aguda

Síndrome diarreico agudo

- Diarrea < 14 días de evolución
- Pocos días de evolución orienta a etiología infecciosa → gastroenteritis aguda.

TABLA I. Causas de diarrea aguda

- **Infecciones**
 - Entéricas
 - Extraintestinales
- **Alergia alimentaria**
 - Proteínas de la leche de vaca
 - Proteínas de soja
- **Transtornos absorción/digestión**
 - Déficit de lactasa
 - Déficit de sacarasa-isomaltasa
- **Cuadros quirúrgicos**
 - Apendicitis aguda
 - Invaginación
- **Ingesta de fármacos**
 - Laxante
 - Antibióticos
- **Intoxicación metales pesados**
 - Cobre, Zinc

Hasta 50% de las diarreas agudas son de etiología viral

Asociado a
ETA

TABLA II. Causas infecciosas de diarrea aguda

DIARREA VIRAL

- Rotavirus Grupo A
- Adenovirus entérico
- Astrovirus
- Calicivirus humanos
 - Norovirus
 - Sapovirus

DIARREA PARASITARIA

- *Giardia lamblia*
- *Cryptosporidium parvum*

DIARREA BACTERIANA

- *Salmonella*
 - *S. typhi* y *paratyphi*
 - *Salmonella* no tifoidea
 - *S. enteritidis*
 - *S. typhimurium*
- *Shigella*
 - *Shigella sonnei*
- *Campylobacter*
 - *Campylobacter jejuni*
- *Yersinia*
 - *Yersinia enterocolitica*
- *Escherichia coli*
 - *E. coli* enteropatógeno
 - *E. coli* enterotoxigénico
 - *E. coli* entroinvasivo
 - *E. coli* enterohemorrágico
 - *E. coli* enteroadherente
 - *E. coli* enteroagregante
- *Aeromonas*

Pacientes hospitalizados → sospechar de clostridium o brotes de rotavirus intrahospitalarios.

Enfrentamiento

Anamnesis	Examen físico
<ul style="list-style-type: none">- Inicio de diarrea- Características de las deposiciones- Vómitos ?- Fiebre- Contactos enfermos- Antecedente de hospitalización reciente- Tolerancia oral- Diuresis	<p>Buscar dirigidamente signos de deshidratación:</p> <ul style="list-style-type: none">→ Aspecto general→ Mucosas→ Palidez

Escala de Bristol

	<p>Tipo 1 Trozos duros separados, como nueces, que pasan con dificultad</p>
	<p>Tipo 2 Con forma de salchicha, pero compuesta de fragmentos duros apilados</p>
	<p>Tipo 3 Como una salchicha, pero con grietas en la superficie</p>
	<p>Tipo 4 Como una salchicha, lisa y suave</p>
	<p>Tipo 5 Trozos pastosos con bordes bien definidos</p>
	<p>Tipo 6 Pedazos blandos y esponjosos con bordes irregulares</p>
	<p>Tipo 7 Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida</p>

Sospecha GEA?

- Suele acompañarse de vómitos
- Preceden a la diarrea
- Diarrea líquida, sin sangre, de corta duración
- Suele acompañarse de fiebre baja

Examen físico

- Estado general, nivel de conciencia
- SV: FC y PA
- Peso: si existe peso real, estimar severidad de deshidratación
- Presencia y grado de deshidratación
- Ex abdominal: RHA, aumento de distensión abdominal, dolor.

Recordar que en niños hipotensión es signo tardío de shock, presentan principalmente taquicardia.

Estado de hidratación

TABLA III. Estimación del grado de deshidratación

	Deshidratación leve	Deshidratación moderada	Deshidratación grave
<i>Pérdida de peso (%)</i>			
Lactante	< 5%	5-10%	> 10%
Niño mayor	< 3%	3-9%	> 9%
<i>Mucosas</i>	+/-	+	+
<i>Disminución de la turgencia cutánea</i>	-	+/-	+
<i>Depresión de la fontanela anterior</i>	-	+	+ / ++
<i>Hundimiento del globo ocular</i>	-	+	+
<i>Respiración</i>	Normal	Profunda, posiblemente rápida	Profunda y rápida
<i>Hipotensión</i>	-	+	+
<i>Pulso radial</i>	Frecuencia y fuerza normal	Rápido y débil	Rápido, débil, a veces impalpable
<i>Perfusión</i>	Normal	Fría	Acrocianosis
<i>Flujo de orina</i>	Escaso	Oliguria	Oliguria/anuria

Diagnóstico

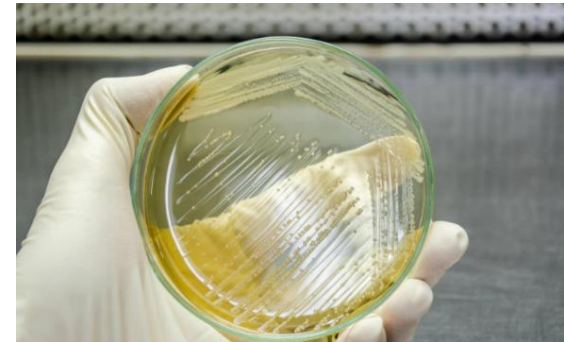
Test pack o Elisa

- Niños que requieren hospitalización
- Primer caso o brote en niño que asiste a sala cuna
- Caso intrahospitalario
- Inmunocomprometidos



Coprocultivo

- Caro y lento, rendimiento entre 3 y 5%
- Uso restringido
 - síndrome disentérico
 - niño inmunocomprometido
 - Sospecha de ETA
 - SHU con diarrea
 - Diarrea RTV (-) con persistencia de síntomas
 - Antecedente de viaje a zonas endémicas



Examen parasitológico directo y seriado



- Útil si coprocultivo es (-) en síndrome disentérico o ant de viaje a zona endémica de parasitosis.
- Si muestra directa es (-) se puede solicitar estudio seriado.

Exámenes en urgencia?

- Pacientes con deshidratación moderada a severa
- ELP
- GSV
- Crea/urea
- Hemograma
- PCR

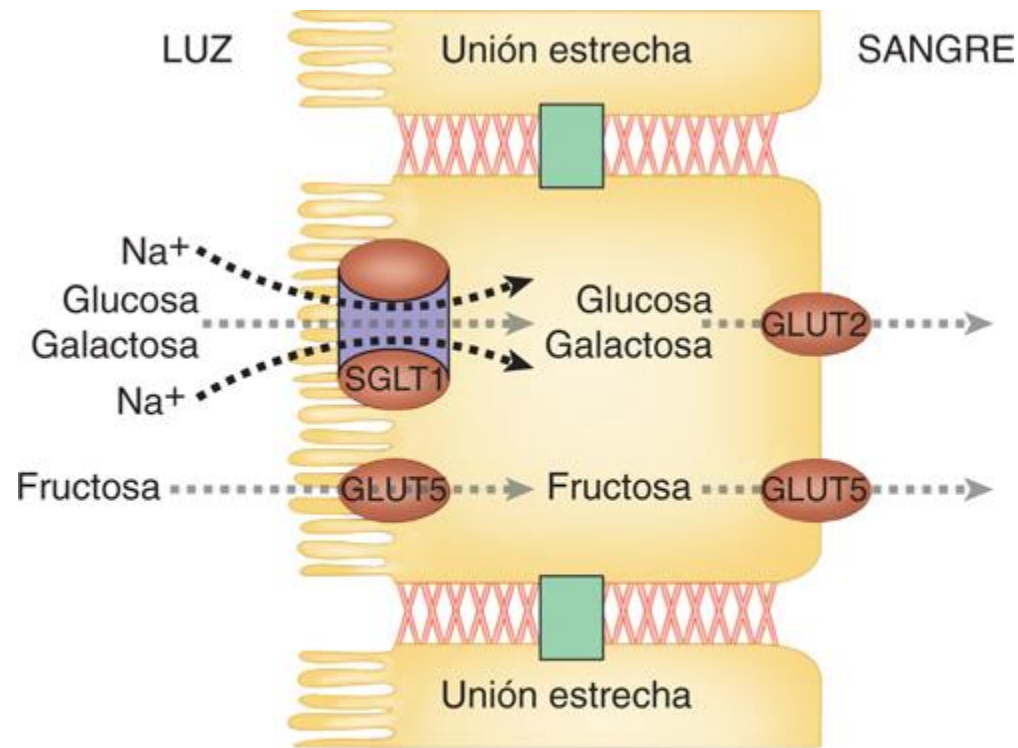
En pacientes moderadamente deshidratados ir en búsqueda de :
- Acidosis metabólica
- Trastornos ELP

Sales de rehidratación oral

Suero	Presentación	Composición
Rehsal 60		-Sodio 60 mEq/L - Potasio 20 mEq/L - Cloruro 50 mEq/L - Citrato 30 mEq/L - Glucosa 111mEq/L
Pedialite 45		-Sodio 45 mEq/L - Potasio 20 mEq/L -Cloro 36 mEq/L -Citrato 30 mEq/L
Pedialite 60		-Sodio 60 mEq/L -Potasio 20 mEq/L -Cloro 50 mEq/L -Citrato 30 mEq/L
Floralite		-Sodio 45 mEq/l -Potasio 20 mEq/l - Cloruro 35 mEq/l - Citrato 30 mEq - Glucosa 126 mMol/l.

→ Ayuda a corregir acidosis metabólica

Recuerdo Fisiología: Transportador Sodio- Glucosa intestinal



Fuente: F. Charles Brunicaardi, Dana K. Andersen, Timothy R. Billiar, David L. Dunn, John G. Hunter, Jeffrey B. Matthews, Raphael E. Pollock: *Principios de cirugía*, 10e: www.accessmedicina.com
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

Objetivos de tratamiento

- **Sin deshidratación** : prevenir deshidratación, con SRO (Plan A)

10-15 cc/kg por cada vómito o diarrea



Fraccionado

- Manejo Puede ser ambulatorio si buena tolerancia oral
- Mantener alimentación habitual

Deshidratación moderada

- SRO en 4 a 6 hrs → 50-75 cc/kg
- Se puede usar SNG si no hay tolerancia oral
- Se puede iniciar hidratación parenteral y probar tolerancia con SRO
- Si adecuada respuesta puede continuar manejo ambulatorio.
- **Sin tolerancia oral** → hospitalizar

Otros

- **Uso de probióticos** : *sacharomices boulardii*, disminuye en 24 – 48 hrs la diarrea si se usa dentro de las primeras 48 hrs del cuadro
- **Racecadotril**: inhibidor encefalinasa, algunos pacientes podrían beneficiarse de su uso, sin evidencia que apoye completamente su uso.
- **Zinc** : suplementar en pacientes con déficit
- **Ondansetrón**: en pacientes con vómitos incohercibles (0,15 mg/kg/dosis máx c/8 hrs).

Deshidratación severa

- > 10% déficit peso
 - Taquicardia, oligoanuria
 - Mala perfusión distal
-
- **Resusitación con fluidos:** Bolo SF 0,9% 20 cc/kg, se puede repetir 2 veces hasta obtener respuesta.
 - **Fleboclisis de mantención** con requerimientos más pérdidas

Prevención: Vacuna Rotavirus

¿Por qué adquirir la vacuna?



El rotavirus es una de las causas más importantes de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), moderada a grave en niños menores de cinco años en el mundo.



El mayor riesgo de enfermedad existe entre los 6 y 24 meses de vida.



95% de los niños se habrán enfermado antes de los 5 años de edad.



Rotavirus es responsable de 600.000 muertes al año en el mundo.



La vacuna provee una alta inmunidad (mayor al 95%).



Se administra por vía oral, con orden médica, en vacunatorios con convenio.



Rotarix GlaxoSmithKline

- Virus Humano vivo atenuado
- Monovalente
- 2 dosis vía oral

RotaTeq Merck

- Virus Humano Bovino recombinante
- Pentavalente
- 3 dosis vía oral



En resumen

- Diarrea aguda principalmente causa infecciosa
- Etiología viral más frecuente
- Cuadros autolimitados
- Manejo se basa en prevenir deshidratación
- Se recomienda realimentación precoz, con dieta habitual
- Probióticos ayudan a disminuir días de diarrea si se inician precozmente
- Vacuna Rotavirus Ha demostrado disminuir mortalidad en grupo de niños entre 6 y 24 meses

Diarrea Crónica

Orientación al diagnóstico

- Diarrea > 4 semanas
- Etiologías diversas
- Clasificables según fisiopatología

Fisiopatología



Osmótica

- Solutos en la dieta que no han sido absorbidos.
- Ej. Intolerancia a la lactosa.

Secretora

- Sobreactivación de la secreción de Cl a nivel de las criptas de la mucosa intestinal.

Alteración de la motilidad

- Aumento de la velocidad de tránsito intestinal.
- Menor contacto de los nutrientes con enzimas.
- Estasia : sobrecrecimiento bacteriano.

Etiologías según fisiopatología

Insuficiencia pancreática

Fibrosis quística

Síndrome de Shwachman

Disfunción hepatoiliar

Deconjugación de sales biliares

Sobrecrecimiento bacteriano

Atresia de vías biliares

Otras colestasias

Intolerancia a hidratos de carbono

Intolerancia secundaria a lactosa

Intolerancia primaria o genética a lactosa

Malabsorción de glucosa-galactosa

Atrofia vellositaria

Enfermedad celíaca

Alergia alimentaria

Enfermedad por inclusión vellositaria

Enteropatía autoinmune

Trastornos de motilidad

Diarrea crónica inespecífica

Síndrome de pseudobstrucción intestinal

Infeciosas

Enteritis virales

Campylobacter

Yersinia enterocolítica

Giardiasis

Cryptosporidium

Alteraciones anatómicas o quirúrgicas

Intestino corto

Enfermedad de Hirschsprung

Linfangectasia intestinal

Inflamatorias

Colitis ulcerosa

Enfermedad de Crohn

Colitis indeterminada

Otras

Síndrome post enteritis

Abetalipoproteinemia

Inmunodeficiencias

Acrodermatitis enteropática

Enfocar examen físico dirigido a buscar elementos que permitan orientar a un diagnóstico diferencial

Etiología según grupo etáreo

Tabla 2. Causas de diarrea crónica según edad

Menores de 6 meses Síndrome post enteritis Fibrosis quística Alergias alimentarias Inmunodeficiencias Enfermedad por inclusión vellositaria Defectos de transportadores Clorhidrorrea congénita Malabsorción de glucosa-galactosa Enteropatía autoinmune
Mayores de 6 meses y preescolares Síndrome post-enteritis Enfermedad celíaca Alergias alimentarias Giardiasis Diarrea crónica inespecífica Intolerancia a disacáridos Tumores Enfermedad inflamatoria intestinal
Escolares Enfermedad celíaca Intolerancia a disacáridos Enfermedad inflamatoria intestinal Síndrome de intestino irritable Tumores

No toda diarrea crónica en lactantes es alergia alimentaria ni APLV.

No olvidar posibilidad de diarrea facticia por laxantes en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria.

Enfrentamiento inicial

- **Historia clínica**

- Antecedentes perinatales
- Curvas de crecimiento → peso y talla
- Historia de síntomas digestivos y extradigestivos
- Fiebre ?
- Antecedentes familiares

- **Caracterizar deposiciones:** elementos patológicos?, realmente es diarrea o son deposiciones pastosas?

- Hábitos alimenticios

- Frecuencia de comidas
- Contenido
- Identificar relación con ingesta
- Lactancia materna/fórmulas



Examen físico

- Antropometría
- Lesiones de la Piel
- Pérdida de fanéreos
- Cavidad oral : úlceras, aftas, esmalte dental.
- Examen abdominal: dolor? masas?

Enfermedad Celiaca

Síntomas de la celiacía

La celiacía puede o no presentar síntomas evidentes. Cuando los presenta, éstos pueden ser múltiples, unos pocos o apenas uno solo.

Cuando la celiacía es multisintomática suele producir varios de los siguientes síntomas:

Caída del cabello

Por desnutrición

Deterioro en los dientes

Por falta de absorción de calcio

Distensión abdominal

Suele ir acompañada de dolores

Diarrea

Crónica y muy abundante

Constipación

Se da en un 30% de los casos

Uñas quebradizas

Por desnutrición

Pérdida de peso

Puede llevar a la desnutrición

Piel reseca

Dermatitis herpetiforme

Depresión e irritabilidad



Cuando es oligo o monosintomática puede presentar algunos pocos o bien uno solo de los siguientes síntomas:

Convulsiones

Con calcificaciones cerebrales

Anemia

Por falta de hierro

Osteoporosis

Predispone a sufrir fracturas

Infertilidad

Tanto en mujeres como hombres

Pérdidas de embarazos

Por abortos espontáneos

Impotencia sexual

Su grado de detección:

Sólo 1 de cada 10 celiacos sabe que lo es



No olvidar que hasta el 10% de celiacos se pueden presentar con cuadros de constipación.

Enfermedad inflamatoria Intestinal

SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD **inflamatoria intestinal**



Diarrea recurrente
o diarrea con sangre



Pérdida de peso



Cansancio extremo

Dolor,
calambres o
inflamación en
el estómago



Fiebre



Vómito

 **meditip**
consejos para tu salud
www.meditip.lat



Estudio

Exámenes de laboratorio generales

- Hemograma, PCR, VHS
- Función hepática, Perfil bioquímico

- Según clínica y orientación diagnóstica considerar ampliar estudio

- Ej:
 - Anticuerpos antitransglutaminasa, antigliadina, anti endomisio.
 - Cuantificación de inmunoglobulinas.
 - ANA/ANCA
 - Colonoscopia/biopsias
 - Test del sudor/cuantificación de Alfa 1 antitripsina

A tener en cuenta

- DC es una patología común y constituye un gran desafío para el Pediatra General y el Gastroenterólogo Infantil.
- Causas son diversas y varían según grupo etario.
- Enfoque diagnóstico debe ser sistematizado.
- Estudios más complejos se deben realizar de acuerdo a sospecha diagnóstica.
- El tratamiento debe asegurar un adecuado aporte nutricional a la vez que se aborda el origen del problema con medidas específicas.

En suma

- Diarrea aguda suele tener curso autolimitado, duración < 14 días
- Diarrea crónica duración > 4 semanas
- Diarrea entre 2 y 4 semanas : «en vías de prolongación»
- Recordar etiología principalmente infecciosa en SDA
- Estudio de diarrea crónica enfocado en etiologías por grupos etarios.
- No toda diarrea crónica es alérgica ni APLV

Referencias

1. Asociación Española de Pediatría, Diarrea aguda/gastroenteritis aguda 2014
2. Urgencias Pediátricas – Publicaciones UC. Mayo 2016 / Ida Concha, Tamara Hirsch
3. Manual de Pediatría UC/ Dra. Cecilia Perret P. / Agosto 2018
4. Diarrea Crónica en el Niño. Rev Chil Pediatr 2012; 83 (2): 179-184. PAULINA CANALES R.1 , FRANCISCO ALLIENDE G.2
5. Benninga MA, Faure C, Hyman PE, et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. Gastroenterology 2016.
6. Schiller LR, Pardi DS, Sellin JH. Chronic Diarrhea: Diagnosis and Management. Clin Gastroenterol Hepatol 2017; 15:182.