

POLICLÍNICO JIMMY HIRTZEL.
BAYAMO, GRANMA.

Uso de las SRO al inicio de la diarrea. Policlínico Universitario Jimmy Hirtzell.
The use of ODS at the beginning of diarrheas. Jimmy Hirzell University
Polyclinic.

*Frayda Margarita Gómez Vázquezⁱ, Mileidy Bricuyet Marrónⁱⁱ, Vivian Sacaza Marcellaⁱⁱⁱ,
Dumier Ofelia Reyes Vega^{iv}, Maudenis Vanega Hernández^v.*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de todos los niños de 0 a 11 meses y 29 días, de los 10 consultorios médicos que radican en dos locales adaptados "El Golfo" y "Artex", del Policlínico Jimmy Hirtzell, que presentaron cuadros de diarreas y se entrevistó a enfermeras, médicos de atención, así como a las madres de los infantes, con el objetivo de identificar si los niños que presentaron algún episodio de diarrea aguda usaron o no, las sales de rehidratación oral (SRO) al inicio del mismo. Del total 80 lactantes, 32 presentaron cuadros de diarrea aguda, lo cual representa el 40%, y solo dos no utilizaron las SRO al inicio del cuadro; los 30 restantes las utilizaron antes de llevar al niño al consultorio médico, para un 93,75%. A todos se les realizó ingreso domiciliario, se les mantuvo la lactancia materna exclusiva o la alimentación de acuerdo a su esquema de ablactación. Clínicamente, 28 casos se interpretaron como una diarrea acuosa de etiología viral (87,5%); dos (6, 25%) como una diarrea bacteriana y otros dos, como una diarrea de causa parasitaria (comprobado por exámenes de heces fecales) para un 6,25 % cada uno. Ningún caso llegó con signos de deshidratación a la primera consulta médica y la evolución fue satisfactoria en el 93, 75 % de los casos. Uno evolucionó a una diarrea persistente (3,12 %).

Descriptores DeCS: DIARREA INFANTIL; FLUIDOTERAPIA

Abstract

It was performed a descriptive, prospective research of all children from 0 to 11 months and 29 days from 10 medical consults located in two adapted places, El Golfo and Artex, belonging to Jimmy Hirtzel polyclinic, who presented diarrheal manifestations. The nurses, doctors and mothers of the infants were interviewed with the objective to identify if they used oral rehydration salts at the beginning of the diarrheal episodes. From the 80 newborns, 32 presented acute diarrheal manifestations, which represented the 40%, and only two of them used ORS at the beginning, the rest used them just before taking the baby to the doctor, to get 93.75%. All of them were hospitalized at home, maintaining the exclusive breastfeeding or feeding according to their ablactation schedule. Clinically, 28 cases were considered like viral liquid diarrhea (87.5%), two (6.25%) like bacterial diarrhea, and two more parasitary cases with 6.25% . None of them presented dehydration in the first medical consult and the evolution was satisfactory in 93.75 % of cases. One of them recovered from a persistent diarrhea (3.12%).

KEY WORDS: DIARRHEA, INFANTILE; FLUID THERAPY

INTRODUCCION

Son numerosas las situaciones en Pediatría en que el desconocimiento por parte del médico de los patrones normales del lactante, o de las variantes de su fisiología, resulta perjudicial para el niño y su familia. En no pocas ocasiones esta omisión lleva a iatrogenia, ya que ciertas manifestaciones normales son vistas como señales de enfermedad. Entre las causas frecuentes de ansiedad para los padres se cuentan las manifestaciones del tracto gastrointestinal, específicamente las diarreas.

La frecuencia normal de las deposiciones a diferentes edades se ha definido en estudios clásicos. Los lactantes tienen una media de 4 deposiciones por día durante la primera semana de vida. Esta frecuencia gradualmente declina a un promedio de 1,7 deposiciones por día a los 2 años y a 1,2 deposiciones por día a los 4 años de edad. Sin embargo, en un grupo de lactantes alimentados al pecho puede haber intervalos sin que éstos presenten ninguna deposición, durante varios días, llegando inclusive a pasar de una semana sin defecar. Esta situación se considera normal, ocurre en un 1/6 a un 1/5 de los lactantes sanos entre los 28 días y los 3 meses de vida, no corresponde a constipación, en rigor, y no tiene relevancia patológica alguna. Sólo se sabe que la frecuencia de cólicos puede estar aumentada en esta situación. Después de los 4 años, la frecuencia de defecaciones permanece sin cambiar. La disminución de la frecuencia de la defecación con la edad, se correlaciona con el aumento de tiempo del tránsito intestinal: éste es de aproximadamente 8 horas en las primeras semanas de vida y llega a 26 horas entre los 3 y los 13 años de edad.

Los recién nacidos y lactantes alimentados al pecho materno, aún cuando puedan pasar en ocasiones varios días sin defecar, tienen deposiciones siempre fluidas, con las características típicas de las heces del niño alimentado al pecho (color amarillo oro, espumosas, con sustancias reductoras presentes y pH fecal ácido). En el segundo semestre de la vida, la frecuencia y consistencia de las evacuaciones y el tiempo de tránsito intestinal están muy influenciados por la cantidad de fibra de la dieta. Las dietas ricas en fibras, producen deposiciones más frecuentes, más blandas, y un tiempo de tránsito intestinal más corto. Por el contrario, las deposiciones duras y secas, son características de las dietas con escaso contenido en fibras. (1)

Las enfermedades diarreicas agudas a finales del siglo XX continúan siendo un problema de salud mundial, a pesar de la reducción de la mortalidad que se ha producido en los últimos 20 años, principalmente con la incorporación de las sales de rehidratación oral y del

incremento de la lactancia materna exclusiva. En el mundo todavía existen condiciones de pobreza extrema, mala calidad del agua y deficientes condiciones higiénico-sanitarias que unidas a la desnutrición, mantienen una elevada mortalidad y morbilidad entre los niños menores de 5 años.

En 1998 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 12 millones las defunciones ocurridas en niños menores de 5 años por enfermedades susceptibles de prevención, sobre todo en países subdesarrollados. De ellas 6,6 millones (55 %) fallecen por enfermedades relacionadas directa o indirectamente con la desnutrición. Unos 2,2 millones de niños mueren por enfermedades diarreicas (deshidratación, disentería y diarrea persistente). De ellas 600 000 se asocian con desnutrición de moderada a severa. Estas enfermedades constituyen el 19 % de todas las muertes producidas en el mundo en niños menores de 5 años. Alrededor del 50 % de los pacientes con diarreas mueren por deshidratación; el 35 % lo hace por diarrea persistente y el 15 % por disentería.

En el nivel mundial se ha reducido la mortalidad fundamentalmente por la incorporación en el decenio 1980-1989 del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas promovido por OPS/OMS/UNICEF, donde se priorizó el uso de las sales de rehidratación oral (SRO) y en el decenio 1990-1999, por iniciativa del UNICEF de los hospitales "Amigos del Niño y de la Madre". Ambos programas presentaban un amplio componente de capacitación del personal de salud y de las madres, que en este final de siglo pueden exhibir sus resultados.

En Cuba la diarrea no constituye una causa importante de mortalidad infantil, pero su morbilidad es considerable, demanda una atención esmerada del personal de salud y de un importante gasto de recursos (2). La diarrea constituye la segunda enfermedad infecciosa más frecuente en niños, determinando un importante número de hospitalizaciones. (3)

Los principales objetivos del tratamiento son la prevención de la deshidratación, de la acidosis metabólica y de los trastornos hidroelectrolíticos. Durante los últimos 20 años, se han estado aplicando los nuevos criterios en el manejo de las enfermedades diarreicas, como son: uso de las SRO para prevenir y tratar la deshidratación, uso racional de los antimicrobianos, mantenimiento de la alimentación, proscripción del uso de los antidiarreicos inertes y de los antimotílicos, eliminar el uso de la fórmula basal de carne (FBC) por ser hipocalórica en la diarrea aguda y promueve la desnutrición, considerar la diarrea como un problema de la atención primaria de salud, y promover el ingreso domiciliario y su control por el médico de la familia, reducción del número de camas y de la estadía promedio en los servicios de enfermedades diarreicas agudas de hospitales, incremento de la lactancia

materna exclusiva hasta los 4 a 6 meses, programa de capacitación proyectado a pediatras y médicos de la familia que trabajan en la atención primaria de salud.(2,4-7)

Por la importancia del tema abordado y con el objetivo de determinar el uso de SRO al inicio de un episodio de diarreas en los lactantes de 10 Consultorios Médicos, se realiza este estudio.

METODO

Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos, prospectivo, de todos los niños de 0 a 11 meses y 29 días, de los 10 consultorios médicos que radican en dos locales adaptados "El Golfo" y "Artex", del Policlínico Jimmy Hirtzell, que presentaron cuadros de diarreas y se entrevistó a enfermeras, médicos de atención, así como a las madres de los infantes, con el objetivo de identificar si los niños que presentaron algún episodio de diarrea aguda usaron o no, las sales de rehidratación oral (SRO) al inicio del mismo

El universo estuvo constituido por los 80 niños menores de un año de los 6 consultorios y la muestra la conformaron los 32 que presentaron algún cuadro de diarrea aguda durante el periodo estudiado.

Se confeccionó un formulario donde se recogieron las variables: edad, sexo, diagnóstico clínico de la diarrea, uso de SRO al inicio del cuadro, tratamiento empleado durante el mismo, ingreso domiciliario u hospitalario, evolución, complicaciones al inicio, durante o después del cuadro diarreico. En el procesamiento de los resultados se utilizó el método de conteo simple y se le realizó el cálculo porcentual. Los resultados se reflejaron en tablas y se llegó a conclusiones.

RESULTADOS

Los 80 lactantes incluidos en el estudio tenían en sus hogares SRO y las madres conocían su uso.

Del total de niños menores de un año, 32 presentaron cuadros de diarrea aguda, lo cual representa el 40%, y solo dos no utilizaron las SRO al inicio del cuadro debido a que estaban vencidas; los 30 restantes las utilizaron antes de llevar al niño al consultorio médico, para un 93,75%.

En ningún caso, incluso el que no recibió SRO al inicio de la diarrea, se encontraron signos de deshidratación en la primera consulta médica.

A todos los niños con diarreas se les realizó ingreso domiciliario, se les mantuvo la lactancia materna exclusiva o la alimentación de acuerdo al esquema de ablactación que seguían, se

les aumentó la ingestión de líquidos y se les ofreció SRO a libre demanda después de cada diarrea líquida o semilíquida.

En 28 de los casos se interpretó como una diarrea acuosa de etiología viral por la clínica, para un 87,5%; dos presentaron diarreas con sangre, interpretándose y tratándose como una diarrea bacteriana (a pesar de la negatividad de los coprocultivos) y en el caso restante, el cuadro diarreico fue de causa parasitaria (clínico y por exámenes de heces fecales positivos de giardias) y se prolongó por más de 7 días.

DISCUSION

Gracias a la intensa labor del equipo básico de salud, en el cual desempeñan un papel muy importante la enfermera y el médico de la familia en su trabajo educativo, de promoción y prevención de salud, todas las familias cubanas en las que habitan niños pequeños, conocen el uso de las SRO y las tiene en sus hogares para utilizarlas, con el fin prevenir la deshidratación en casos de cuadros diarreicos en alguno de sus miembros.

En las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) huelga todo diagnóstico diferencial, salvo el que se refiere a la causa. En la mayoría de los casos, por la recogida cuidadosa de la anamnesis, en particular sobre los hábitos alimentarios (cantidad de alimentos ingeridos frecuencias, modo de preparación, nuevos alimentos introducidos, administración de estos, etc.), se pueden catalogar dentro del grupo de las EDA o no.

En el caso de las EDA por infección enteral es también de capital importancia la anamnesis, ya que la evidencia de factores epidemiológicos positivos es de gran utilidad junto con las características clínicas de las deposiciones, la forma de comienzo, la evolución y los estudios microbiológicos que se realicen.(7-10)

Quedan prácticamente limitados para los casos en que la causa responda a una infección enteral o a un parasitismo, exámenes como coprocultivos, estudio de las heces en fresco y por su conservación y estudios virológicos. El resto de las investigaciones de laboratorio, tales como hemocultivo, urocultivo, urea, investigaciones radiográficas, etc., se ordenan según el caso particular.

Dentro de las complicaciones más frecuentes por falta del uso de las SRO al inicio de las diarreas se encuentran las deshidrataciones agudas, que la mayoría de las veces forman parte del propio cuadro clínico de la EDA y representa la complicación más frecuente, así como los desequilibrios Ácido-base, comúnmente asociados a la deshidratación (9-11).

Una complicación importante es la mal nutrición que con frecuencia se presenta en recién nacido y lactante de bajo peso, sobre todo en los procesos que evolucionan en forma tórpida como en la diarrea persistente (7-9). En el estudio, tanto los niños que presentaron diarreas agudas - clínicamente virales o bacterianas-, evolucionaron satisfactoriamente y sin secuelas, y no se afectó su estado de nutrición ni su desarrollo psicomotor. En el caso de la diarrea parasitaria por giardias, se prolongó el cuadro por déficit enzimático asociado, pero no se vio afectado su desarrollo psicomotor ni su estado de nutrición, y antes del 10mo día, el cuadro había resuelto.

Independientemente de la etiología de la diarrea, ninguno de los casos llegó con signos de deshidratación a la primera consulta médica ni después, gracias a la rapidez y eficacia con que se les ofreció las Sales de Rehidratación Oral al inicio del cuadro diarreico, antes incluso de ser llevados a una institución de salud en la mayoría de los casos.

Durante más de 25 años, la OMS y el UNICEF han recomendado el uso de las SRO para prevenir y /o tratar la deshidratación por diarrea, incluyendo el cólera, independientemente de su causa y de la edad del paciente. Se ha utilizado en todos los países del mundo y ha contribuido al notable descenso de la mortalidad por enfermedades diarreicas a escala mundial. (12-15)

BIBLIOGRAFIA

1. Enfermedad Diarreica Aguda. Uso de SRO. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/Portada.html>. Visitado Marzo 2008.
2. Sánchez Díaz JM, López Pérez M, Santamaría Trujillo C, Marrero García M, Cuevas Sautié A y López Hernández J. Trabajos originales. Rev Cub Med Int Emerg 2005; 4(4): 178-183
3. Editorial. Rev Cubana Pediatr. [online]. abr.-jun. 2000, Vol. 72, no.2 [citado 29 Octubre 2007], p.69-71. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-5312000000200001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-7531.
4. Organización Panamericana de La Salud. Enfermedades diarreicas; diagnóstico y tratamiento. Washington DC, 1995.

5. Riñeron Corteguera RL, Mena Miranda VR, González Fernández MA. Morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales (001-009) en Cuba, 1980-1998. Rev Cubana Pediatr (en prensa).
6. UNICEF. Estado mundial de la infancia 1998. Barcelona, 1999.
7. Enfermedad Diarreica Aguda. <http://www.sld.cu/sitios/ecimed/> Consultado Mayo 2009
8. Enfermedad Diarreica Aguda. colecciones@infomed.sld.cu. Consultado Mayo 2009
9. Diarreas Agudas. <http://www.pediatraldia.com> Consultado 15/octubre/2009.
10. Temas de Pediatría. Cap. 13: Sistema Digestivo: Enfermedad Diarreica Aguda.
11. Pediatría/Colectivo de autores. T2. Parte VIII Diarreas Agudas y Persistentes. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
12. Pediatría/Colectivo de autores. T2. Parte IX Agua y Electrolitos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
13. Mota Hernández F, Gutiérrez Camacho C, Cabrales Martínez RG. Trastornos hidroelectrolíticos e Hidratación Oral en Diarreas. BolMedHosp Infan Mex 1995; 52(8):490-99.
14. WHO/UNICEF Expert Consultation on Oral Rehydration Salts (ORS). Formulation WHO/FCH/CAH/01.22, 2001.
15. Pierce NC. How much has ORT Reduced Child Mortality? J HLth Pop and Nutr 2001; 19 (1):1-3.

ANEXOS

TABLA 1. Total de niños menores de un año y existencia de SRO en el hogar

Lactantes/ existencia SRO en el hogar	No.	%
Total de lactantes	80	100
Existencia de SRO en el hogar	80	100

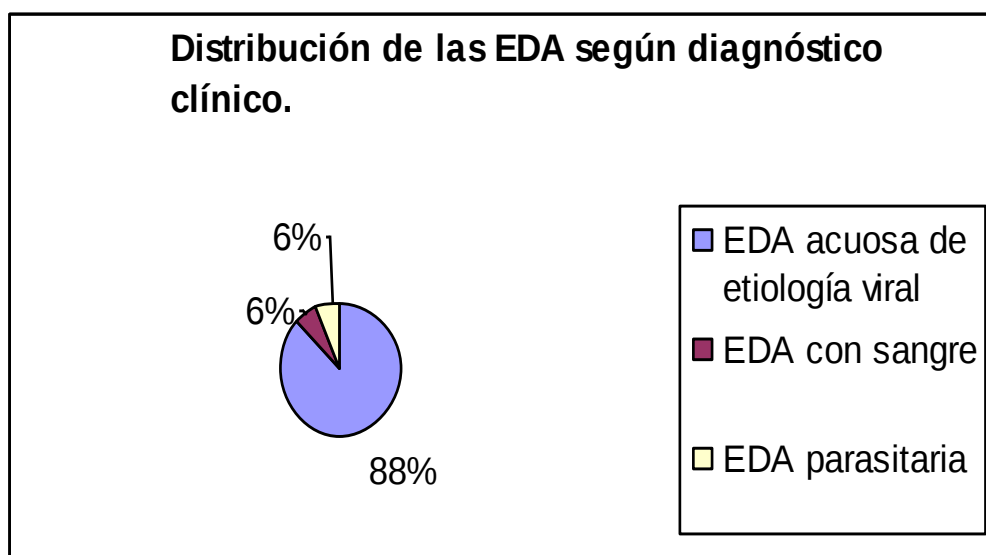
Fuente: Registro primario.

TABLA 2. Lactantes con diarreas agudas y uso de SRO al inicio del cuadro.

	#	%
Lactantes con cuadros diarreas agudas en el primer año de vida.	32	40
Usaron las SRO al inicio del cuadro diarreico	30	93,75

Fuente: Registro primario.

Gráfico 1



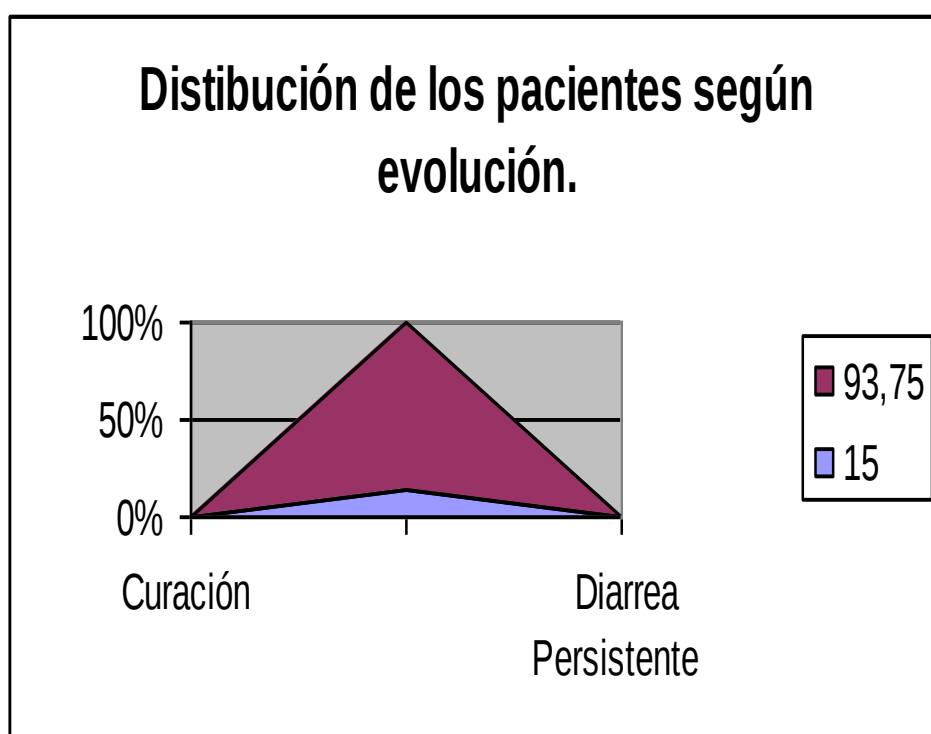
Fuente: Registro primario.

Tabla 3. Distribución de las pacientes de acuerdo a la conducta seguida (CAS).

CAS	Número	Por ciento
Ofrecer SRO a libre demanda inmediatamente	30	93,75
Ingreso Domiciliario	32	100
Mantener la Lactancia Materna Exclusiva o Alimentación según esquema	32	100
Aumento de la Ingestión de Líquidos caseros	32	100

Fuente: Registro primario.

Gráfico 2



Fuente: Registro primario.

ⁱ Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Master en Atención Primaria de Salud, Instructora.

ⁱⁱ Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Dermatología, Instructora.

ⁱⁱⁱ Especialista de Primer Grado en Pediatría, Instructora.

^{iv} Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Instructora.

^v Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Instructora.