

DIARREA AGUDA

Dr. Jayler Ellas Moreira Muñoz

INTRODUCCION

¿ A QUE ETIQUETAMOS COMO DIARREA AGUDA ?

A más de dos deposiciones acuosas y sin consistencia, durante 24 horas, que a menudo van acompañadas por fiebre, vómitos y/o dolores abdominales; se trata de una afección común, que acaba con la vida de muchas personas, especialmente de lactante y menores de 3 años, se ha calculado en esta última década que en el mundo mueren por esta causa y por término medio, alrededor de cinco millones de niños, las que se producen en mayor porcentaje -por obvias razones- en los países del tercer mundo.

La Diarrea Aguda como síntoma de prima importancia, caracteriza a ciertas infecciones intestinales, pero también puede ser desencadenada por ciertos agentes químicos y/o productos alimenticios.

La infección es consecuencia, por lo general, del consumo de agua y alimentos contaminados; la contaminación casi siempre proviene de excretas de animales o personas, previamente infectados, aunque estos estén asintomáticos (o no hayan tenido despeños diarréicos); por tal motivo, y cuando hay mala higiene, tanto personal, domiciliaria, y por qué no de la ciudad, las enfermedades diarréicas estarán presentes indefinidamente, provocando severos estragos, especialmente en la población infantil, de los que la mayoría son niños de familias de escasos recursos económicos, por ende desnutridos, súmese a ello la poca cultura o absoluta ignorancia, siendo por tanto las posibles víctimas de estos procesos diarréicos, en muy pocos días, si no reciben la rehidratación y tratamientos adecuados.

La Diarrea Aguda (individualmente) es el resultado del paso excesivo de hidroelectrolitos a los intestinos a través de la pared de la mucosa; indudablemente, este aporte de líquidos y sales hacia los intestinos, va aumentar de manera importante su contenido: Debido a que el intestino no es capaz de reabsorber la totalidad de ese constante aporte de líquido, será imposible evitar las deposiciones líquidas o semilíquidas (acuosas).

Las enfermedades diarréicas constituyen la primera causa de mortalidad en muchos países en desarrollo; en nuestro país se calcula que la mortalidad infantil es alrededor del 27% del total de las defunciones (en niños).

FISIOLOGIA (O DIFUSION NORMAL HIDROELECTRICA):

La absorción del agua tiene lugar por transporte pasivo, a través de "poros" situados entre las células intestinales: Los líquidos siguen los movimientos de los electrolitos y otros solutos (disacáridos, monosacáridos, oligopépticos y aminoácidos), en respuesta a los gradientes

de presión hidrostática.

Los factores de regulación de la absorción del agua y electrolitos, y posiblemente de su secreción intestinal, son pocos conocidos.

Hay que considerar especialmente los siguientes:

1) **Sistema Nervioso Autónomo:** El sistema adrenérgico estimula la absorción mientras el vago estimula la secreción.

2) **Sistema de Adenilciclasa - AMP Cíclico:** El aumento en el contenido de AMP cíclico celular, disminuye la absorción y aumenta la secreción. La máxima absorción ocurre a nivel yeyuno - ileal (7,5 LTS); y, de los líquidos que llegan al colon, apenas entre 100-150 cc quedan en su luz; este es el volumen acuoso que normalmente contienen las heces.

FISIOPATOLOGIA:

Por lo señalado en el aspecto fisiológico, para hablar de "diarrea verdadera", la excreción fecal, en un lapso de 24 horas, debe contener un volumen superior a los 200 cc de agua, a parte de este dato fundamental, determinaremos la fisiopatología del incremento de líquidos en el contenido de las heces; los mecanismos básicamente son los siguientes"

- a) Disminución de líquidos - Diarrea Osmótica.
- b) Aumento de la secreción de líquidos - Diarrea Secretora.
- c) Trastornos motores - Diarrea Motora.

Los procesos diarréicos, según su forma de aparición y evolución, se los divide en:

- 1) Diarreas Agudas; y,
- 2) Diarreas Crónicas;

Siendo por su frecuencia de mayor interés las formas agudas.

DIARREAS AGUDAS (ETIOPATOGENIA):

Son estas de mayor porcentaje de origen bacteriano (entre el 40 - 45%), pero hay un grupo muy importante causados por virus (entre el 30 - 40%), las restantes suelen ser ocasionadas por parasitosis intestinal.

Las causas infecciosas (bacterianas) más importantes son aquellas desencadenadas por: Shiguellas (desinterfa bacilar); por Vibiones - Vibrio Cholerae - (cólera); por Escherichia Coli, no obstante de constituir la floral, hay ciertas cepas que pueden volverse patógenas; otras como la Salmonella Enteritidis, Estafilococos; y ciertas bacterias de reciente descubrimiento tales como: el campilobacter y las yersinias.

Entre las causas virales, las de mayor importancia son las desencadenadas por Rotavirus.

Las diarreas agudas causadas por parásitos, son generalmente producidas por protozoos, de ellos se conoce principalmente, ameba o entamoeba histolítica (amebiasis o desinterfa amebiana), la giardia lamblia (giardiasis) o en ocasiones strongiloides stercoralis

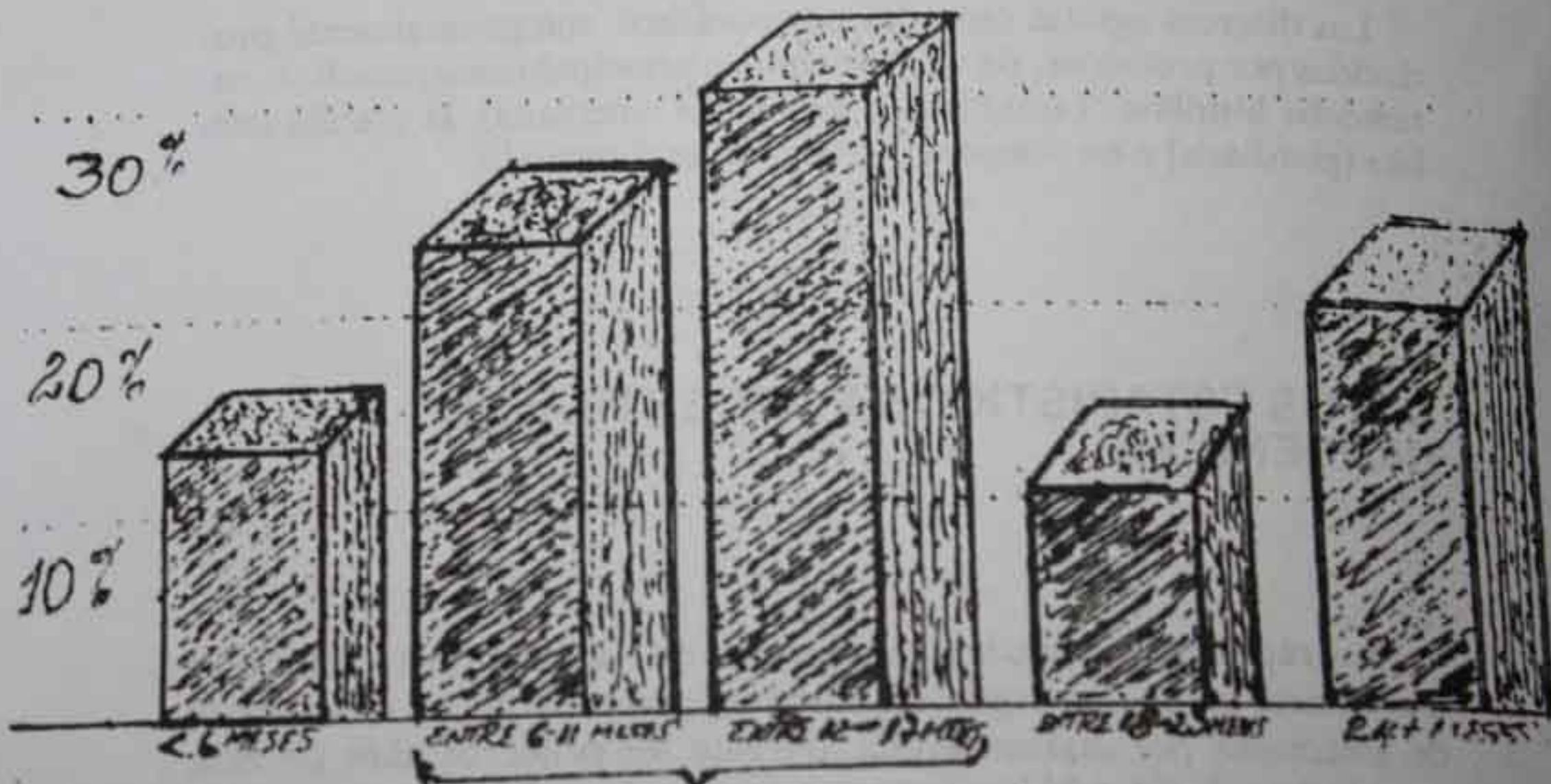
DATOS ESTADISTICOS PORCENTUALES INCIDENCIAS

Muy rápidamente puede degradarse el estado de un niño enfermo y constituirse en una emergencia potencial, particularmente en los casos de afecciones por diarrea aguda, durante los primeros años de vida, cuando las pérdidas hidroelectrolíticas, por deposiciones acuosas frecuentes, pueden poner a un niño al borde de la muerte.

De los 750 millones de niños menores de 5 años que en Asia, África o Iberoamérica sufren cada año un episodio de diarrea aguda, mueren entre 3 y 6 millones; de estos, el 80% son menores de 2 años, que

podrían ser salvados, si se consideraran a tiempo las señales de alarma, e inmediatamente se dispusieran elementales medidas de tratamiento (rehidratación inmediata oral, preferentemente).

DIARREA AGUDA (CASO %)



La distribución por edades de la diarrea aguda, durante los dos primeros años de vida, muestra los niveles más altos entre los 6 y 17 me-

ses.

SINTOMATOLOGIA (O SEÑALES DE ALARMA)

La primera señal de alarma son las deposiciones líquidas, que es el parámetro que nos señala que ya se ha producido cierto grado de deshidratación, antes de la instalación de los clásicos signos físicos; cuando estos se hacen patentes, la deshidratación está bastante avanzada; disminuye o se anula la orina (amarillo oscuro), hay resqueudad de la boca, los ojos hundidos, en los lactantes hay depresión de la fontanela anterior, la piel se vuelve laxa y el pulso es más rápido y débil (superficial), debilitándose dramáticamente el bebe.

Si la pérdida del líquido alcanza un 2% del peso corporal, los únicos síntomas serán quizás sed y escasa orina.

Cuando la pérdida de líquido represente un 4% (1/5 del fluido corporal extracelular), el pulso será rápido (con o sin fiebre), el paciente puede sentir mareos al incorporarse (hipotensión ortostática o postural). Si la pérdida alcanza un 6% del peso corporal (el fluido intersticial) y el plasma se han reducido en $\frac{1}{3}$, ya la vida del enfermo está en peligro, pues su función renal comienza a declinar, tanto como su presión arterial; aunque las estimaciones son variables y resulta difícil calcular con exactitud la pérdida de líquidos en un niño determinado; los signos clínicos suelen dar una muy buena orientación.

DIAGNOSTICO

En el diagnóstico de la diarrea aguda debemos considerar los siguientes datos:

Magnitud de las Deposiciones: Varía de acuerdo con la región intestinal sobre la que actúe predominantemente el agente infeccioso; razón por la que es necesario recordar que: las enterotoxinas de la *Escherichia coli*, y el *vibrio cholerae* ejercen su acción patógena a nivel del intestino delgado; *shiguella* y *salmonella* actúan sobre el colon (especialmente la *shiguella*); la toxina del estafilococo, a nivel del intestino delgado.

Si tomamos en cuenta que la mayor absorción de líquidos y electrolitos ocurre a nivel de yeyuno e íleon, la acción del agente infeccioso a ese nivel, da lugar a un cuadro diarréico copioso. Si se acompaña de dolor, este suele ser cólico periumbilical o en fosa iliaca derecha, a menudo se oyen borborigmos. Por el contrario, si el agente actúa predominantemente sobre el colon, las heces serán de pequeño volumen, a menudo su contenido es mucoso y/o sanguinolento, especialmente en la shigellosis. La diarrea se acompaña de tenesmo y urgencia de defecación, lo que determina una mayor frecuencia en la emisión fecal -a menudo sólo se expulsan gases- que en las diarreas del intestino delgado. Si se acompaña de dolor, este suele localizarse en hipogastrio, región sacra y ambas fosa iliacas.

Todo lo expuesto en diarreas agudas se resume en el siguiente esquema

DIARREAS AGUDAS

SHIGUELLA	ESCHERICHIA COLI
SALMONELLA (NO TYPHI)	ESTAFILOCOCO
	VIDRIO CHOLERAE

INFLAMACION INVASION

TOXINA

DIARREA INTESTINO GRUESO*

DIARREA INTESTINO DELGADO

LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES
EN LAS HECES*NO LEUCOCITOS
POLIMORFONUCLEARES EN
LAS HECES

COPROCULTIVO POSITIVO

COPROCULTIVO NEGATIVO

*ESPECIALMENTE EN LAS SHIGUELLOSIS *

Examen Microscópico de las Heces: Este va encaminado a determinar la presencia de polimorfonucleares. Si es positivo, es decir, hay presencia leucocitaria (polimorfonucleares), la diarrea será de carácter invasivo inflamatoria (*Shigella*, *Salmonella No Typhi*), especialmente cuando su acción patógena se localiza en el colon (*Shigella*); si no hay invasión sino que el agente actúa a través de un mecanismo tóxico, el test, será negativo (*E. Coli*, estafilococo), vidrio chole-rac), como lo demuestra la ilustración anterior.

TRATAMIENTO

En la diarrea aguda los sueros de rehidratación oral, suelen en la mayoría de los casos, resolver el cuadro agudo; pero si el manejo no ha sido adecuado, se hará necesario la rehidratación parenteral; ademá-

puede ser de necesidad la antibioticoterapia, si se trata de un proceso diarreico, en el que el factor desencadenante o causal sean bacterias patógenas.

Vale recordar también que si nos encontramos en una zona rural, donde no hay el expendio de sueros de rehidratación oral (S.D.R.O.) podemos recomendar el uso de media cucharada de sal por 3 de azúcar en un litro de agua hervida fresca.

PROFILAXIS

Si en nuestra comunidad lográramos concientizar a ese enorme grupo humano, que desconoce medios elementales o sencillas normas de higiene, tales como:

- 1) Lavar adecuadamente con agua jabonosa y luego enjuagar las frutas, antes de la ingesta.
- 2) Lavar del mismo modo verduras y legumbres, previo a su cocción.
- 3) Hervir suficientemente productos cárnicos, mariscos y/o crustáceos.
- 4) Lavarse las manos minuciosamente después de realizar sus excretas.

- 5) Lavarse las manos igualmente antes de servirse los alimentos.
- 6) **NO** a la ingesta de alimentos de dudosa preparación o expuestos a la contaminación ambiental.

Con estas sencillas medidas, la incidencia de diarrea aguda, especialmente en menores de 5 años, bajará en un porcentaje importantísimo; sumese a ello si algún momento, tanto las autoridades municipales como también las de salud pública, ponen seriedad en el adecuado aseo de la ciudad, en una verdadera potabilización del agua domiciliaria, eliminando las inservibles u obsoletas tuberías, realizando a la vez un buen drenaje de las aguas servidas, optimizando así estos servicios tan venidos a menos.

Es imperativo una gran campaña de educación para la salud de todos los estratos sociales; por tanto, una de las maneras positivas, sería a través de los centros de escolaridad primaria y secundaria, siendo de vital importancia, ya que en estas etapas se irá fomentando verdadera conciencia a un futuro mejor para la salud; los medios de comunicación podrían servir adecuadamente en las campañas de culturización o educación para la salud, con pequeños mensajes que contengan las medidas elementales aquí señaladas, y tendremos una sociedad con menor índice de mortalidad; obviamente, por disminución de los casos de diarrea aguda, es decir, una sociedad sana y con mejores proyecciones, pues una sociedad sana es sinónimo de progreso.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Manual de Terapéutica Pediátrica (Tercera Edición, John W. Graet-Thomas E. Cone Jr, 1989).
- 2.- Programa de Control de Enfermedades Diarréicas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador - SERVIPHARM)
- 3.- La Diarrea Aguda (Monografía CIBA- GEYGY 1983)
- 4.- Claves Razonadas de Diagnóstico Médico (J. Uauró - F.J.Laso 1985)
- 5.- Equilibrio Hidroelectrolítico (Renato Pérez Mongán 1973)