

Manejo de la Gastroenteritis Aguda (GEA) en Pediatría

Alberto Ganado Alejandro*, **Carmen M^a de Llano Pavesio****, **M^a Jesús Folgado Becerra****.

*DUE.. Servicio de UCI. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

** DUE. Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: Alberto Ganado Alejandro: alber10_aloa@hotmail.com

RESUMEN

El presente artículo pretende concienciar tanto a los profesionales como a los usuarios del sistema sanitario acerca del manejo terapéutico de la gastroenteritis aguda (GEA) en la infancia en el domicilio y cuando acudir al servicio de Urgencias. Así mismo, pretende difundir un conocimiento generalizado de las causas del problema y de las medidas adoptar para prevenir su propagación, de forma que se permita hacer un uso más racional de los recursos sanitarios.

La GEA es un cuadro clínico caracterizado por diarrea de comienzo brusco, con mayor pérdida de agua por las heces y aumento del número de deposiciones. Con frecuencia se acompaña de vómitos y a veces cursa con fiebre y dolor abdominal tipo cólico. Es una de las causas más comunes de morbilidad pediátrica especialmente durante los primeros meses de la vida. La mayoría de los procesos se producen en niños menores de 2 años. Puede dividirse en infecciosa o no infecciosa.

La base fundamental del tratamiento es la hidratación con soluciones de rehidratación oral y no se precisa realizar cambios importantes en la alimentación. El tratamiento con probióticos ayuda en la mejoría de los síntomas. La vacuna para el rotavirus juega un papel importante en la prevención de la infección por este virus, el más frecuente en nuestro medio, y se recomienda en Europa. La educación sanitaria a los padres es fundamental para proporcionar unos correctos cuidados a nivel domiciliario.

PALABRAS CLAVE

Diarrea, gastroenteritis aguda, deshidratación, soluciones de rehidratación oral, rotavirus.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

La GEA es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la infancia.

Según la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) y la Sociedad Europea de Infectología Pediátrica (SEIP), la GEA se define como la disminución de la consistencia de las heces (blandas o líquidas) y/o un incremento de la frecuencia de las deposiciones (más de 3 en 24 h) con o sin fiebre, o vómitos, habitualmente de una duración menor a los 7 días, y nunca superior a los 14 días [1].

El mecanismo de transmisión principal es la vía ano-mano-boca, pero también lo son los alimentos y el agua contaminada. El estado nutricional y las condiciones higiénicas sanitarias y socioeconómicas son factores que también influyen.

En los últimos 30 años la mortalidad por GEA Infecciosa (GEAI) ha disminuido significativamente producto de las mejoras en las condiciones sanitarias, nutricionales y en las terapias de rehidratación, pero en la actualidad sigue siendo causa importante de morbilidad [2].

En España representa un 10% de la asistencia en urgencias pediátricas, y aproximadamente un 17% de los niños que consultan por esta patología requiere ingreso hospitalario [3].

La causa más frecuente de GEA es la infecciosa (>80%) y, de ella, la etiología viral es la más prevalente en nuestro medio (75%). Incluye: rotavirus (los más frecuentes), seguido de adenovirus y enterovirus. Afecta de forma preferente a niños menores de 4 años y en la época invernal [4].

OBJETIVOS

Como propósito general se pretende mejorar y actualizar los conocimientos de los profesionales para optimizar la atención prestada e informar a los padres de los niños afectados de GEA, para conocer las circunstancias en las que acudir a los servicios de urgencias sanitarias.

Objetivo general:

Definir y actualizar conocimientos sobre la GEA para profesionales de enfermería y para población general.

Objetivos específicos:

- Describir posibles correlaciones entre la etiología y formas de expresión clínica/complicaciones de la GEA.
- Mostrar información científica sobre los aspectos importantes del cuidado y tratamiento.
- Exponer las medidas del cuidado en la prevención y evitación del contagio de la enfermedad y su propagación.

MATERIAL Y METODOS

Para la recogida de información se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica. En primer lugar, se eligieron las palabras clave más relevantes: GEA, enfermería pediátrica, niño, servicios médicos de urgencia y cuidados; y junto a ellas se utilizaron los *booleanos* 'AND', 'OR' y 'NOT'.

Los campos de búsqueda se delimitaron al título, resumen y palabras clave en la mayor parte de los casos.

Las páginas consultadas, incluyen diversas bases de datos: Pubmed, Dialnet y el Índice Médico Español. Además, se utilizó el buscador Google Académico y se realizaron visitas a portales como Fundación Index (Cuiden).

En cuanto a la búsqueda de artículos, se centró en los publicados a nivel nacional e internacional en los últimos 5 años y cuyo idioma fuera el español y el inglés.

Para completar la búsqueda, también se utilizó literatura disponible en formato papel.

RESULTADOS

Varios estudios coinciden en que el rotavirus es el principal agente etiológico de diarrea infantil en todo el mundo. En España, al igual que en otros países industrializados, los datos sobre la incidencia del rotavirus y la repercusión de la enfermedad son limitados [5]. Cada año hay unos 114 millones de casos de diarrea por este virus en el mundo [6] de los que necesitan hospitalización 2,4 millones y visitas médicas unos 24 millones [7]. Anualmente mueren unos 610.000 niños en todo el mundo por infecciones por rotavirus, el 80% de ellos pertenecen a países de renta baja (Sur de Asia, África Subsahariana e India) [8].

No hay datos de la historia clínica, la exploración física o de las exploraciones complementarias que permitan predecir la probable etiología bacteriana, vírica o parasitaria. En términos generales, según diversos estudios puede afirmarse que existe una correlación clínico-etiológica (Tabla 1) [9].

No obstante, dado que el conocimiento del agente causal no va a influir la mayoría de las veces en el abordaje terapéutico de la diarrea, no está indicado el estudio microbiológico de rutina, salvo en: inmunodeficiencias, diarrea mucosanguinolenta, ingreso hospitalario, diarrea prolongada, sospecha de toxiinfección alimentaria, viaje reciente fuera del país.

El estudio microbiológico habitual incluye coprocultivo (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter* y *Aeromonas*) y detección de antígeno de rotavirus del grupo A, adenovirus y astrovirus.

Manejo terapéutico:

Los cuidados generales en los que debe basarse el tratamiento correcto de la GEA son los siguientes:

- Rehidratación rápida oral en unas 4 horas o cuando cesen los vómitos para evitar la deshidratación. Cada vez que el niño defeca o vomita está perdiendo líquido que es preciso reponerlo bebiendo, son muy útiles los sueros de rehidratación que vienen preparados. Se deben tomar despacio, una cucharada cada 5 minutos e ir aumentando la

cantidad progresivamente según el niño lo vaya tolerando.

- Cuando el niño deje de vomitar se puede ir introduciendo comida en pequeñas cantidades, sin forzar y siempre manteniendo el aporte de líquidos entre las tomas. No es necesario ningún tipo de ayuno y la dieta astringente no es imprescindible, es suficiente con una dieta suave y apetecible para el niño. Los alimentos que mejor suelen tolerar son arroz, patatas, plátano, manzana, carnes magras, yogur.... Se deben evitar las comidas flatulentas, con mucha grasa o azúcar.
- Si el niño está con lactancia materna se debe continuar con ella, aumentando el número de tomas. Los biberones de leche se deben hacer con el número de cacitos habituales, sin diluirlos más.
- A la hora de administrar medicamentos al niño nunca se debe hacer sin consultar antes con su pediatra. Como información adicional, el tratamiento médico que habitualmente más se usa en las gastroenteritis agudas sería:
 - Los probióticos [10] como los *Lactobacillus*, son beneficiosos sobre todo en diarreas por rotavirus, ya que mejoran la digestión de la lactosa.
 - El tratamiento antimicrobiano se restringe a determinadas circunstancias, como sospecha de bacteriemia en niños menores de 3 años, GEA bacterianas invasivas o pacientes inmunodeprimidos. La elección del antibiótico deben hacerlo los profesionales de forma empírica, lo antes posible y previa recogida de coprocultivo.

Tan importante es saber cómo abordar una gastroenteritis en el domicilio como en qué situaciones se debe acudir el servicio de urgencias. Son las siguientes:

- Si el niño vomita mucho, no tolera sólidos ni líquidos o vomita sin haber ingerido nada.
- Si los vómitos son verdosos, contienen sangre o parecen "posos de café".
- Si el niño está adormilado, parece decaído, tiene mucha sed, llora sin lágrimas, orina poco o tiene los ojos hundidos.
- Si las deposiciones son muy líquidas, abundantes y frecuentes de tal manera que, el

niño no es capaz de beber al mismo ritmo que pierde.

En los servicios de urgencias hospitalarios el temor de los pacientes y sus familiares a lo desconocido juega un papel muy importante. La inquietud que se genera por el desconocimiento acerca de los procesos diagnósticos y terapéuticos provoca distintos sentimientos de ansiedad, inseguridad, estrés, temor y angustia que pueden contribuir negativamente al estado de salud. En el caso de los niños, se producen esos mismos sentimientos, que según su edad y su desarrollo cognitivo hay que saber cómo tratarlos. A veces se comete el error de tratarlos como adultos pequeños y no como niños, que es lo que son.

Desde el punto de vista de la enfermería es posible desarrollar una interesante actividad para reducir estos sentimientos, y a la vez informar y dar recomendaciones acerca de los cuidados que podrían realizarse de manera domiciliaria, ya que se cuenta con las capacidades y las condiciones idóneas para tratar todos los aspectos tanto emocionales como psicológicos y físicos. Así, en el momento en que acuden a las urgencias, el tiempo que se dedica en atender al niño enfermo puede ser una buena oportunidad para trabajar con las familias los cuidados a realizar en el domicilio.

CONCLUSIONES

La GEA es un proceso frecuente, que genera numerosas consultas, y en consecuencia, elevados costes sociales y sanitarios.

En la actualidad existen dos vacunas disponibles frente a esta patología que demuestran un buen perfil de seguridad y una elevada eficacia en la prevención de enfermedad grave, deshidratación y hospitalizaciones por gastroenteritis en población infantil.

La GEA es una patología de alto impacto en Salud Pública debido a su incidencia y eventuales complicaciones. Por esta razón, es muy importante divulgar una buena educación para la salud relacionada tanto con la prevención como con los cuidados a seguir en cuanto a tratamiento, que van dirigidos a prevenir la deshidratación y la malnutrición del niño, con la dieta como pilar fundamental. En este sentido, también los medios de comunicación pueden hacer un esfuerzo generalizador a los ciudadanos.

Desde el punto de vista de la enfermería, se puede ofrecer un asesoramiento muy útil a padres y cuidadores en materia nutricional y de hábitos

higiénicos, así como en el uso racional de los medicamentos y de los cuidados domiciliarios.

Por lo tanto, en los servicios de urgencias, la enfermería tiene un importante rol respecto al cuidado y en las instrucciones a las familias y padres para los cuidados en el domicilio, de esta manera pueden actuar correctamente evitando los temores y los miedos que suscita.

BIBLIOGRAFÍA

1. Presilla RP. Pediatric Gastroenteritis [internet]. 27 de mayo de 2016 [consultado 20 de enero de 2017]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/964131-overview>.
2. Yalda Lucero A. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. *Rev Med Clin Condes*. 2014; 25(3): 463-72.
3. Montero Pérez FJ, RiogGarcía JJ, Jiménez Murillo L, Calderón de la Barca Gázquez JM. Gastroenteritis aguda. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Medicina de Urgencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de actuación*. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2014; 287-294.
4. Arístegui J, Ferrer J, Salamanca I, Garrote E, Partidas A, San-Martin M et al. Multicenter prospective study on the burden of rotavirus gastroenteritis in children less than 3 years of age in Spain. *BMC Infect Dis*. 2016; 16(1): 549.
5. Mosqueda R, Castilla Y, Perapoch J, de la Cruz J, López-Maestro M, Pallás C. Staff perceptions on Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) during its implementation in two Spanish neonatal units. *Early Hum Dev*. 2013; 89 (1): 27-33.
6. Vesikari T, Van Damme P, Giaquinto C, Gray J, Mrukowicz J, Dagan R et al. European Society for Paediatric Infectious Diseases/European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Evidence based Recommendations for Rotavirus Vaccination in Europe. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008; 46 Suppl. 2: S38-S48.
7. Arístegui J. Vacunas antirrotavirus. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008; 26 Supl 1:3-11.
8. Díez Domingo J, Baquero Artiago F, Del Castillo Martín F, Garcés Sánchez M, García García JJ, Giménez Sánchez F, et al. Vacunación frente a Rotavirus. Documento de consenso de las sociedades Científicas. Madrid: AEP, SEUP, Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria; 2013.
9. Muñoz Vicente E, Bretón Martínez JR, Ros Díez A, Rodríguez García A, Casado Sánchez B, Hernández Marco R et al. Gastroenteritis aguda infecciosa en urgencias de un hospital urbano. *An Pediatr (Barc)*. 2011; 68(5):432-8.
10. Guarino A, Ashkenazi S, Grendel D, Lo Vecchio A, Szajewska H, Shamir R et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: Update 2014. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014; 59 (1): 132-52.

TABLAS Y FIGURAS

GEA de origen VIRICO	GEA de origen BACTERIANO	GEA de origen PARASITARIO
Deposiciones líquidas, abundantes, explosivas, sin sangre.	Deposiciones muy numerosas, pero de pequeño volumen, que contienen frecuentemente moco y/o sangre.	Deposiciones fétidas sin fiebre.
Precedida de fiebre, náuseas, vómitos, distensión abdominal, eritema perianal y síntomas catarrales.	Inicio brusco y se acompaña de fiebre elevada, dolor abdominal tipo cólico y tenesmo rectal.	Gran distensión abdominal.
Mayor incidencia en menores de 2 años y durante los meses fríos	Si la infección es producida por Salmonella hay riesgo de bacteriemia, y si el agente infeccioso es la Shigella, hay riesgo de convulsiones.	Riesgo de síndrome de mala absorción intestinal.
Riesgo alto de deshidratación.	Menor riesgo de deshidratación.	

Tabla 1. Representación de la correlación clínico-etiológica.