

INFORME DE CASO**Enfermedad diarreica aguda tratada con gastroclisis. Presentación de un caso del Hospital Bonifacio Ondo Edu, Guinea Ecuatorial****Acute diarrheal disease treated by gavage. A case in Bonifacio Ondo Edu Hospital**

Dr. Andrés Manuel Hernández Peña¹, Dra. Niurka Rodríguez Rodríguez², Dra. Yamilé Álvarez Lestapi³

¹ Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Asistente. Dirección Provincial de Salud. Guantánamo. Cuba

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Policlínico Universitario "Emilio Daudinot Bueno". Guantánamo. Cuba

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Policlínico Universitario "Omar Ranedo Pubillones". Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se realiza la presentación de un caso, de un lactante que tiene 2 meses de edad, con antecedentes de lactancia artificial desde el nacimiento, aspecto de niño desnutrido, y procedencia rural, el cual es atendido en el cuerpo de guardia del Hospital Bonifacio Ondo Edu en Guinea Ecuatorial, en el mes de diciembre, el mismo es traído por su madre por presentar una serie de síntomas que se explican más adelante y se le realiza una gastroclisis para poder salvarle la vida. Se realiza una introducción de la enfermedad, así como la presentación y discusión de este caso.

Palabras clave: gastroclisis, deshidratación, enfermedad diarreica aguda

ABSTRACT

The presentation of an infant who is 2 months old, with a history of artificial feeding from birth, look as malnourished child and rural origin, which is assisted by doctors at Bonifacio Ondo Edu hospital, in December, the same is admitted by doctors due to his mother's worries to present a series of symptoms that are explained below and he was made a gavage to save his life.

Keywords: gavage, dehydration, acute diarrheal disease

INTRODUCCIÓN

La diarrea, del griego antiguo (*diárrhoia*), es decir, (*dia*) «a través» y (*rhein*) «corriente o flujo» es una alteración de las heces en cuanto a volumen, fluidez o frecuencia en relación anormal a la fisiológica.¹ La enfermedad diarreaica aguda (EDA) se puede definir como un cambio súbito en el patrón de evacuación intestinal normal del individuo, caracterizado por aumento en la frecuencia o disminución en la consistencia de las deposiciones.²

Una diarrea cualquiera que fuese su etiología, puede producir complicaciones, como son las pérdidas de líquidos, con la consiguiente deshidratación, pérdida de electrolitos, que en casos severos puede ocasionar trastornos metabólicos o muertes.^{3,4} La diarrea afecta a todas las razas, sexos, edades y regiones geográficas del mundo, afectando a más de 500 millones de niños. Además de la gran pérdida de agua que supone las evacuaciones diarreaicas.⁵

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud, las EDA, son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países del Tercer Mundo íntimamente asociada a la deshidratación, constituyen además el principal factor desencadenante de desnutrición, en los niños menores de 5 años. Se estima en este grupo de edad entre 750 y 1 000 millones de episodios diarreaicos y cerca de 5 millones de defunciones anuales por esta causa; o sea, unas 10 defunciones cada minuto.^{5,6,7}

Según la Organización Panamericana de la Salud las diarreas son más frecuentes en los países en vías de desarrollo, relacionadas con bajo nivel socioeconómico, pobres medidas sanitarias y de higiene personal,

altos índices de pobreza e insalubridad, falta de agua potable, hacinamiento y deficiente atención médica.⁸

En Bolivia, las EDA se presentan en alrededor del 30 % de la población total de niños menores de 5 años, produciéndose anualmente más de 12 000 muertes. En la ciudad de Cochabamba, en el año 2002 se registraron casos de diarreas en el 36 % de los niños menores de 5 años y 1 395 hospitalizaciones por esta causa.^{9,10}

Se ha estimado que el número total de episodios de diarrea entre los niños de edad inferior a cinco años en Asia, África y América del Sur, a lo largo de un año, aproximó a 500 millones.

En los Estados Unidos se estima que se producen entre 211 y 300 millones de episodios anuales, es decir alrededor de 1.4 episodios por persona al año, mientras que en Canadá 9 por cada 100 000 habitantes.

En los países industrializados la mortalidad es escasa pero todavía sigue siendo causa importante de morbilidad, llegando incluso, aunque cada vez en menor frecuencia, a motivar deshidratación, que puede poner en peligro la vida del niño.^{11,12}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un lactante de 2 meses de edad, de procedencia rural, con antecedentes de lactancia artificial desde el nacimiento, aspecto de desnutrido, el cual pesa 3 kg, es traído por su madre al cuerpo de guardia del Hospital Bonifacio Ondo Edu, por presentar fiebre elevada de 38 a 39 °C, de 2 días de evolución, acompañado de tos seca y secreción nasal, deposiciones de mala calidad, de 4 días de evolución, en número de 6 al día, líquidas, con flemas, sin sangre, vómitos en números de 3 al día, con restos de alimentos, debilidad, pérdida del apetito, lo que se decidió su ingreso para un mejor estudio y tratamiento.

Antecedentes pre-natales: G2 P2 A0 y lo único que se recoge es que se atendió el embarazo en el hospital.

Antecedentes natales: el parto fue extra-hospitalario en su casa realizado por una comadrona.

Antecedentes postnatales: lactancia mixta desde el nacimiento.

Operaciones: No

Tranfusiones: No.

Traumatismos: No
Reacción a medicamentos: No

Examen físico:

Mucosas: secas e hipocoloreadas, lengua seca como papel de lija, saliva espesa, llanto sin lágrimas, globos oculares hundidos (xxxx).

Piel: palidez (x).

Aparato respiratorio: dificultad respiratoria, tiraje intercostal, subcostal e infraclavicular, murmullo vesicular rudo, no se escuchan estertores; frecuencia respiratoria (FR): 62

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos y taquicárdicos, no soplos, FC: 150 llene capilar lento más de 6 segundos, pulsos pedios ausentes, gradiente térmico, mala perfusión periférica.

Abdomen: blando, depresible, no viceromegalia, pliegue cutáneo (xxxx).

Tejido Celular Subcutáneo TCS: no edema.

Sistema nervioso: somnolienta, hipotónica, sin convulsiones, fontanela anterior deprimida (xxxx).

Exámenes de laboratorio: Hemoglobina: 8.0 g/l
Gota gruesa: (x)

Resumen sindrómico: Síndrome diarreico agudo.
Síndrome de deshidratación.
Síndrome febril agudo.
Síndrome anémico.
Síndrome de desnutrición proteico-energético.

Indicaciones: Paludismo complicado.
EDA acuosa osmótica disalimentaria.
Deshidratación isotónica severa.
Acidosis metabólica.
Anemia moderada.
Desnutrición proteico energética línea marasmática.
Catarro común.

Evolución

El bebé tuvo una evolución favorable, gracias a la implementación de la gastroclisis como medio alternativo para lograr la hidratación del niño antes de proceder a la canalización de una vena, el mismo fue egresado con una hemoglobina de 11.5 g/l, buen estado general, afebril, sin diarrea ni vómitos, con una estadía de 6 días en el servicio y no presento ninguna otra complicación.

Tratamiento

Ingreso.

Se reporta de crítico.

Signos vitales cada 1 hora.

Dieta vía oral suspendida, cuando la tolere yogur blanco sin azúcar.

Tablilla de deposiciones.

Gastroclisis (sonda nasogástrica) pasar 20 ml cada 20 minutos por un tiempo de 4 horas.

En cuanto se hidrató se pasa al Plan C con ringer lactato.

Primperan para los vómitos.

Sueros de quinina (3).

Ceftriaxona (1g - 4cc) 0.6 cc e.v. cada 12 horas.

Oxigenoterapia a 2 litros por minutos.

Nolotil 0.8 cc e.v. Cada 6 horas si fiebre de 38 o más.

Vitamina A, C y ácido fólico 1/4 tableta al día.

Sales orales por cada diarrea cuando tolere vía oral.

DISCUSIÓN DEL CASO

La enfermedad diarreica aguda, acompañada de deshidratación es una entidad que, de acuerdo con la bibliografía internacional revisada, es muy frecuente su aparición en cualquier medio, notificándose a nivel mundial muchos casos, que llevan a la muerte en muchos países del mundo.

En este trabajo se puso en práctica el uso de la gastroclisis en el niño debido a que tenía una enfermedad diarreica con deshidratación severa, es un proceder que se utiliza muy poco en la práctica médica diaria, si se tiene en cuenta que para estos casos casi siempre se prefiere la canalización de una vena para la administración de líquidos por ser una vía más rápida y efectiva, pero en algunos momentos no se puede canalizar una vena.

Es bueno señalar, además, la gran mejoría experimentada por el niño cuando se uso este proceder el cual está exento de complicaciones graves, solo a nivel local por el paso de la sonda y lo incómodo que resulta dicho proceder en estas edades.

Con el informe de este caso se quiere insistir que ante un caso de diarrea con deshidratación severa, en que no se pueda canalizar una vena periférica para la administración de líquidos, a cualquier edad del niño, lo primero es considerar el uso de la gastroclisis para lograr una adecuada hidratación antes de canalizar una vena, con lo cual se lograría una rápida intervención en el tratamiento y, por ende, un mejor pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arbelo Trini F. Diarrea funcional como causa de diarrea crónica. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2010 dic. [citado 2014 feb. 24]; 26(4): 706-711. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000400013&lng=es
2. Carlos Sánchez David, MD Oficina de Recursos Educativos-FEPAFEM., Enfermedad Diarreica Aguda, Actualizado del 1 Agosto del 2012.
3. Ruiz Silva MD, Frómata Hierrezuelo AR, García Martínez RM, Ximelis Morales AA, Cobas Ruiz J. Programa educativo sobre diarrea persistente para madres de lactantes. MEDISAN [Internet]. 2009 feb. [citado 2014 feb. 26]; 13(1): [aprox. 7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100003&lng=es
4. Torres Curuneaux Y, Curuneaux Aguilar E. Intervención educativa sobre enfermedad diarreica aguda en el Área de Salud Integral Comunitaria "Federico Quiroz" de Venezuela. Revista Información Científica [Internet]. 2013 [citado 2014 feb. 26]; 77(1): [aprox. 11p.]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/?offset=120>
5. Ricardo Garrido L, Rivas Vázquez D, Paredes Hernández AL, Cruz Font JD. Comportamiento clínico-epidemiológico de la diarrea infecciosa en niños de cero a cinco años de Naguanagua, Venezuela. Correo Científico Médico de Holguín [Internet]. 2011 [citado 2014 feb. 24]; 15(4): [aprox. 15p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no154/no154ori02.htm>
6. Gómez GM, Tamayo Reus CM, Góngora Wilson T, Núñez Martínez LM, Matos Guerrero I. Características epidemiológicas y clinicoterapéuticas en pacientes ingresados a causa de enfermedad diarreica persistente. MEDISAN [Internet]. 2012 Sep [citado 2014

- feb. 24]; 16(9): 1422-1427. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000900013&lng=es
7. Ruiz Silva MR, Frómata Hierrezuelo AR, García Martínez RM, Alfonso Ximelis Mora AA. Programa educativo sobre diarrea persistente para madres lactantes. MEDISAN [Internet]. 2009 [citado 2014 feb. 24]; 13(1): [aprox.7 p.]. Disponible en : http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san03109.htm
 8. Aguiar Prieto P, Rojas Martínez O, Ribas Antúnez M de los A. Proporción de casos esporádicos de diarreas agudas causadas por rotavirus del grupo A en Cuba, julio-noviembre, 2006. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2009 Ago [citado 2014 feb. 26]; 47(2): [aprox. 7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000200006&lng=es
 9. Núñez Fernández FÁ, Hernández Pérez SM, Ayllón Valdés LL, Alonso Martín MT. Hallazgos epidemiológicos en infecciones parasitarias intestinales de un grupo de niños ingresados por diarreas. Rev Cubana Med Trop [Internet]. 2013 abr [citado 2014 feb. 26]; 65(1): 26-35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602013000100004&lng=es
 10. Díaz Jidy M, Pérez Rodríguez A, Fernández Llanes R, Bravo Fariñas L, García Sánchez H, Valera Fernández, et al. Ensayo clínico de reto, para evaluar una cepa candidata a vacuna contra el cólera. Rev Cubana Med Trop [Internet]. 2010 dic. [Citado 2014 Feb 26]; 62(3): 194-199. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602010000300005&lng=es
 11. Cruz, M; Tratado de Pediatría, 7ma edición, Volumen II, Diarrea Aguda, Gastroenteritis. Cap. 87, Pág., 1114.2010.
 12. Arencibia Sosa H, Lobaina Laffita JL, Terán Guardia C, Legrá Rodríguez R, Arencibia Aquino A. Parasitismo intestinal en una población infantil venezolana. MEDISAN [Internet]. 2013 Mayo [citado 2014 Feb 26]; 17(5): 742-748. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000500001&lng=es

Recibido: 31 de enero de 2014

Aprobado: 8 de abril de 2014

Dr. Andrés Manuel Hernández Peña. Dirección Provincial de Salud. Guantánamo. Cuba. **Email:** amhp@infosol.gtm.sld.cu