

Premio “Estudiantes en la Red ENSI-CUBA”

Evolución Clínica y Nutricional de lactantes con Enfermedad Diarreica Aguda Disentérica sin tratamiento con antibióticos.

Policlínico Docente “Camilo Torres Restrepo”.

Municipio: Santiago de Cuba. Provincia: Santiago de Cuba.

Autores: MsC Dra. Magalys Puente Perpiñán¹, MsC Dra. Elba Caballero Pineda², Noides Manuel Bell Fernández³, Yenifer González Milán⁴, Dalila Richards Vistel⁵.

Resumen:

La diarrea disentérica constituye una de las principales causas de uso indiscriminado de antibióticos y la inversión secundaria de la flora intestinal una de las frecuentes complicaciones. Se realizó un estudio descriptivo transversal en el período comprendido desde marzo hasta agosto del 2010 con el objetivo de determinar la evolución clínica y la variación del estado nutricional de los lactantes con diarreas disentéricas durante el ingreso en Hospital Infantil Sur, el universo lo constituyeron 30 pacientes que clínicamente presentaron este tipo de diarrea y en los cuales no se usó antibióticos, los datos se obtuvieron de las historias clínicas durante la hospitalización. Para validar los resultados se utilizó la prueba de Chi Cuadrado con un nivel de confianza de un 95%, se utilizó el porcentaje como medida de resumen para presentar los resultados. El mayor número de pacientes recibió lactancia materna pura, mostró deterioro del estado nutricional durante el episodio diarreico, no se usó antibiótico en ninguno de los casos y la evolución fue satisfactoria.

¹Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Asistente. Policlínico Docente Universitario “Camilo Torres Restrepo”.

e-mail: jardon@medired.scu.sld.cu

²Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Hospital Infantil Sur.

³Estudiante de 5^{to} año de Medicina. Alumno Ayudante de Terapia Intensiva. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente “Saturnino Lora”. Santiago de Cuba.

e-mail: infeumed@sierra.scu.sld.cu

⁴ Estudiante de 6^{to} año de Medicina. Alumna Ayudante de Ginecobstetricia. Hospital Materno Norte "Tamara Bunke" Santiago de Cuba.

⁵ Estudiante de 3^{er} año de Medicina. Alumna Ayudante de Medicina Interna. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Saturnino Lora". Santiago de Cuba.

Introducción

En el mundo se producen anualmente alrededor de 12 millones de defunciones en menores de cinco años por enfermedades susceptibles de prevención, sobre todo en países subdesarrollados, de ellas 6,6 millones (55%) fallecen por causas relacionadas directa o indirectamente con la desnutrición.¹

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) constituye uno de los problemas más importantes de salud de los países en desarrollo de Asia, África y América Latina, son una de las causas principales de enfermedad y muerte en los niños menores de cinco años y dentro de este grupo los menores de dos años son los más afectados. Los lactantes y particularmente los menores de 6 meses constituyen un grupo de elevado riesgo, y si las condiciones son desfavorables, los menores de tres meses son especialmente sensibles a este tipo de infección. El 65% de las hospitalizaciones y el 85% de las muertes ocurren en el primer año de vida. En países industrializados la mortalidad es escasa pero la morbilidad es importante, por ejemplo en Estados Unidos la tasa de incidencia en menores de 5 años es de 1.3 a 2.3 episodios por niño por año, que producen 200000 hospitalizaciones^{2,3}.

Del total de defunciones de menores de cinco años 2,2 millones (19%) se deben a enfermedades infecciosas intestinales, principalmente por deshidratación y de ellas alrededor de 600 mil tienen asociadas algún grado de desnutrición.^{4,5}

En el informe del Estado Mundial de la Infancia UNICEF 1996, se informa que alrededor de 8 mil niños morían diariamente en el mundo con deshidratación por diarreas.³

Así mismo conjuntamente con la diarrea, la desnutrición constituye una de las principales causas de mortalidad infantil y retardo en el crecimiento y desarrollo y tanto por su extensión como por su gravedad afecta fundamentalmente a los menores de 5 años y dentro de ellos a los menores de 1 año, por tanto es evidente que la máxima prioridad ha de ser una nutrición sana de la infancia

durante los años vitales , lo cual exige dejar de ver la nutrición como un problema principalmente de producción, distribución y medios de acceso , sino que se requerirá de un nuevo enfoque adicional que incluye el espaciamiento de los nacimientos, la lactancia materna y el control de las enfermedades infecciosas donde están incluidas las diarreas por su estrecha relación y lugar preponderante en el estado nutricional de los infantes.^{6,7}

La diarrea con sangre invasiva se caracteriza por la presencia de sangre visible en las heces, es una diarrea muco-pio-sanguinolenta acompañada de pujos y tenesmos. En ocasiones aparece prolapso rectal, fiebre elevada, gran anorexia, pérdida de peso rápida y daño a la mucosa, producido por bacterias invasoras. En su fase inicial estas pueden actuar como una enterotoxina y dar lugar a una diarrea secretora, hasta llegar a deshidratar al paciente en pocas horas. Los principales agentes causales de disentería son la *Shigella* (*dysenteriae A-1* y *flexneri*) y la *Escherichia coli* enteroinvasiva (ECEI). También son agentes causales de disentería pero en menor grado el *Ballantidium coli*, *Entamoeba histolytica* invasiva y en niños mayorcitos el tricocéfalo (*Trichuris trichiura*).⁸

Hemos notado un incremento de la lactancia artificial y mixta en los pacientes que ingresan en el servicio de Enfermedad Diarreica Aguda, lo cual unido a dificultades en el manejo de los aspectos relacionados con la alimentación antes y durante los episodios diarreicos, el uso inadecuado de antibióticos trae como resultado un estado nutricional deteriorado, por lo que nos propusimos como **Objetivo** determinar la evolución clínica y la variación del estado nutricional de los pacientes con diarreas disintéricas en los que no se utilizó antibióticos durante el ingreso hospitalario y su posible asociación con variables clínicas y epidemiológicas.

Método:

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el período comprendido desde marzo hasta agosto del 2010 con el objetivo de determinar la evolución clínica y la variación del estado nutricional de los lactantes con diarreas disintéricas durante el ingreso en Hospital Infantil Sur, el universo lo constituyeron 30 pacientes que clínicamente presentaron este tipo de diarrea y en los cuales no se uso antibióticos.

Para dar cumplimiento a los objetivos trazados se confeccionó una encuesta y una planilla de vaciamiento, donde se vertieron todos los datos necesarios para la investigación los cuales se obtuvieron de las historias clínicas durante el período de hospitalización.

Para validar los resultados se utilizó la prueba de Chi Cuadrado con un nivel de confianza de un 95%, se utilizó el porcentaje como medida de resumen para presentar los resultados.

Resultados:

Al momento del ingreso 11 lactantes (37%) se encontraban en un percentil delgado y predominó el grupo entre los 7 y 12 meses con 6 (50%).

Tabla 1. Pacientes según edad y estado nutricional

Estado Nutricional	Edad (meses)						Total	
	0 – 3		4 – 6		7 – 12			
	N ^{ro.}	%	N ^{ro.}	%	N ^{ro.}	%	N ^{ro.}	%
3 – 10 p	2	50	3	21.4	6	50	11	37
10 – 25 p	-	-	4	28.6	3	25	7	23
25 – 50 p	1	25	4	28.6	2	16.6	7	23
+ de 50 p	1	25	3	21.4	1	8.4	5	17
Total	4	100	14	100	12	100	30	100

Al ingresar en el servicio de diarreas 16 lactantes (70%) se alimentaban con lactancia materna exclusiva.

Tabla 2 Tipo de lactancia y edad del paciente.

Edad	Tipo de lactancia						Total	
	Materna exclusiva		Mixta		Artificial			
	N ^{ro.}	%	N ^{ro.}	%	N ^{ro.}	%	N ^{ro.}	%
0 – 3 meses	2	12.5	1	17	1	12.5	4	13
4 – 6 meses	9	56.2	3	50	2	25.0	14	57
7 – 12 meses	5	31.3	2	33	5	62.5	12	30
Total	16	100	6	100	8	100	30	100

Al evaluar la modificación del peso encontramos que disminuyó en 17 lactantes (57%) de los 30 ingresados por diarreas y la edad más afectada fue el grupo de 7 a 12 meses.

Tabla 3 Variación del peso según edad en relación al ingreso.

Edad	Variación del peso						Total	
	Disminuyeron		Mantuvieron		Aumentaron			
	N ^{ro.}	%	N ^{ro.}	%	N ^{ro.}	%	N ^{ro.}	%
0-3 meses	-	-	1	16.6	3	42.8	4	13
4-6 meses	7	41.2	4	66.8	3	42.8	14	57
7-12 meses	10	58.2	1	16.6	1	14.4	12	30
Total	17	100	6	100	7	100	30	100

Al valorar la modificación del peso en los lactantes que ingresaron con diarrea aguda disentérica encontramos que 20 (66.6%) disminuyeron el peso durante el proceso diarreico y se mantuvo la edad entre los 7 y 12 meses como la más afectada.

Tabla 4 Variación del peso según tipo clínico de diarrea

Edad	Diarrea Aguda Disentérica						Total	
	Disminuyeron		Mantuvieron		Aumentaron			
	N ^{ro.}	%	N ^{ro.}	%	N ^{ro.}	%	N ^{ro.}	%
0-3 meses	2	10	2	28.6	0	-	4	13
4-6 meses	8	40	4	57.1	2	66.6	14	57
7-12 meses	10	50	1	14.3	1	33.4	12	30
Total	20	100	7	100.0	3	100.0	30	100

Discusión:

La Enfermedad diarreica aguda al igual que la mayor parte de las enfermedades transmisibles, está ligada al desarrollo socioeconómico de los pueblos.

Constituyen uno de los problemas de salud más graves que enfrentan los países subdesarrollados en el mundo actual, representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 3 meses.⁹

Por otro lado es bien sabida su asociación a la desnutrición infantil con sus efectos deletéreos a mediano y largo plazos ¹⁰.

Obsérvese en la tabla 1 donde se relaciona la edad con el estado nutricional lo más significativo fue el predominio del percentil delgado, lo que pensamos se debe a que en estas edades generalmente se suspende la lactancia materna y comienza la alimentación complementaria de una manera inadecuada, lo cual coincide con lo encontrado en otras investigaciones. ¹¹⁻¹²

Nótese en la tabla 2 que la mayoría de los lactantes estudiados se alimentaron con lactancia materna pura siendo esta muy necesaria para su estado nutricional porque uno de los mayores beneficios de esta se relaciona con la presencia de los productos de digestión de la lactancia (aminoácidos, disacáridos y hexosas) en el lumen intestinal. Estos pueden aumentar la absorción de sodio y de agua, reduciendo así la frecuencia y el volumen de las heces ^{13,14}, lo que provoca que el episodio diarreico sea leve o inaparente, hecho que destaca la función protectora de la lactancia materna exclusiva.

En cuanto a la tabla 3 donde se relaciona la edad y la variación del peso donde obtuvimos que el grupo entre 7 y 12 meses fue el más afectado lo cual parece guardar relación con la suspensión de la lactancia materna por lo que pone al niño en desventaja pues le falta una importante fuente nutritiva. Todo niño alimentado con leche materna debe continuar recibéndola; la leche humana tiene una baja carga renal de solutos, una excelente digestibilidad y propiedades inmunológicas como su contenido en IGA secretora, que permite proteger la mucosa intestinal de los agentes agresores. Por otra parte, el contenido de proteínas homólogas excluye la posibilidad de intolerancia o reacciones alérgicas¹⁵.

Muchos autores coinciden en que la desnutrición compromete el estado inmunológico, disminuyendo la resistencia a las infecciones y por tanto son estos pacientes más proclives a padecer infecciones más severas dentro de ellas las diarreas y que a su vez causan un mayor deterioro del estado nutricional ¹⁶.

En nuestro estudio encontramos en la tabla 4 que hubo una mayor afectación del peso en aquellos pacientes que desde su ingreso mostraban deterioro de su estado nutricional, además este es el tipo clínico de diarreas que mas afecta el apetito con la consecuente repercusión negativa en el estado nutricional todo lo cual concuerda con la literatura revisada donde la desnutrición es un factor de riesgo importante en los pacientes con diarreas, dando lugar a un círculo vicioso en que la desnutrición favorece la aparición de diarreas y la diarrea empeora la desnutrición^{17,18}.

En ninguno de los casos se utilizó antibióticos y la evolución fue satisfactoria, siendo la estadía hospitalaria entre 4 y 6 días.

El mayor número de pacientes recibió lactancia materna pura, mostró deterioro del estado nutricional durante el episodio diarreico, no se usó antibiótico en ninguno de los casos y la evolución fue satisfactoria.

Referencias Bibliográficas:

1. Atención a las enfermedades prevalentes en el contexto de la salud integral del niño OMS /OPS.2/96.
2. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. 1998. New York: 11
3. Enfermedades diarreicas. Prevención y tratamiento. Unidad 1. La Epidemiología y Etiología de la Diarrea. OPS/OMS.1998: 1 - 19.
4. FreijosoSantiesteban, E y Cols: Guía para la práctica clínica. Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda Bol de Inf. Terap. para la APS. 2002 Bol 14 ISSN:1-2
5. Offit PA, Clark HF. Rotavirus. Capítulo 139.En: Mandell GL, Bennett JE, DolinR,Eds. Mandell, Douglas and Bennett's. Principles and Practice of InfectiousDiseases. 5.a ed. New York: Churchill Livingstone; 2008. Pp. 1696–1703.
6. RiverónCorteguera, R; Mena Miranda, V; Gonzáles Fernández, Ma de los Ángeles. Morbilidad y Mortalidad por Enfermedades Infecciosas Intestinales (001-009). Cuba 1980 - 1999. Rev. Cubana de Pediatría. 2000: 72(2): 72-80.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Prioridades del Sistema Nacional de Salud y para la cooperación externa en el bienio 2006-2007. La Habana, 2006.

8. Galbán García E. Epidemiología de las enfermedades diarreicas agudas. Rev Cubana MedGen Integr 1997;5(1): 48-68.
9. Hernández Cisneros Freddie, Rodríguez Salceda Zulma, Ferrer Herrera Ismael, y Norma Trufero Cánovas. Enfermedades diarreicas agudas en el niño .Comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev Cubana de Medicina General Integral 2000;16(2):129-33
10. Hernández López, Roberto; González Corona, Enrique. Afectaciones Nutricionales en Pacientes con Enfermedades Diarreicas Agudas Ingresados en el Servicio de Gastro. 2001. TTR
11. Salas, Aedo. Alimentación del menor de 1 año y su relación con los episodios diarreicos y la desnutrición. Centro de Salud Ermitaño Alto, Febrero. Noviembre. 1999. Lima, S/N,2000. 42p. tab(B, C, 08 2000: TL 598)(TL 578a).
12. González Corona E. Diagnóstico y tratamiento de la diarrea persistente en un servicio de enfermedades diarreicas agudas, Hospital Infantil Sur 2002; 6 (2):42-9.
13. WHO-UNICEF. Joint Statement on the Clinical Management of Acute Diarrhoea. The United Nations Children Found, 2004. [Monografía en CD-ROM, Maestría Atención Integral al niño 2005]. [consulta: 5 Feb 2007].
14. New Diarrhoea Treatment Guidelines could save more lives. *nutriview*, 2004:34.
15. Victoria CG, Fuchs SC, Kirkwood BR, Lombardi C, Barros FC. Breast feeding nutritional status and other prognostic for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. *Bull World Health Organ* 1992;70(4):467-75.
16. Prends Labrada Marianela, Vivanco del Rio Mirta, Gutiérrez González Maria, Guibert Reyes Wilfredo. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Rev Cub MGI* 1999;15(4):397-402.
17. Barreda P: www.pediatraldia.cl/puesta-al-dia-sobre-diarrea-aguda-tm3110/2003.Chile. [consulta: 7 Ene 2007].

18. Álvarez Jassin Rosa. Factores de Riesgo en el Estado Nutricional por la Enfermedad Diarreica Aguda. RevCub de Pediatría 2001 ,52(3): 130 – 36.