

TRATAMIENTO DE LA DIARREA.

Tiene 2 pilares fundamentales: -A) terapia de rehidratación oral para prevenir o tratar la deshidratación y -B) manejo adecuado de la alimentación con el fin de evitar el deterioro del estado nutricional.

Plan A: tratamiento de la diarrea sin deshidratación.

- SRO 10 cc/kg. luego de cada deposición líquida, semilíquida o vómito.
- Mantener la alimentación.
- Controlar el estado de hidratación, enseñando a la madre los signos de deshidratación.

Plan B: tratamiento de la diarrea con deshidratación.

- 1- Rehidratación: SRO 100 cc/kg. en 4 hs.
- 2- Alimentación y mantenimiento de la hidratación. Igual al plan A.

Criterios de alta: - cuando está hidratado.
- no tiene vómitos ni distensión abdominal.
- la frecuencia de la diarrea es leve y ha demostrado tolerar la alimentación por 1 a 3 hs.

Plan C: tratamiento de la diarrea con deshidratación grave (choque).

Primera etapa:

- Deshidratación con choque: terapia i/v de inmediato.
- 1- Rehidratación: Solución 90 100 cc/kg. en 4 hs. Si en 4 hs. está rehidratado y no hay contraindicaciones para v/o se continúa con v/o (mantenimiento del estado de hidratación).
Si no se rehidrata en 4 hs. mantener solución 90 a razón de 25 cc/kg./hora.
 - 2- Mantenimiento de la hidratación y alimentación. (Aplicar Plan A.)

Indicaciones de la terapia de rehidratación intravenosa.
<ul style="list-style-type: none">- Choque hipovolémico.- Convulsiones en el curso del cuadro diarreico.- Depresión neuropsíquica severa.- Fracaso de la TRO (vómitos incoherentes o alta tasa de diarrea)- Sepsis u otra patología asociada grave.- Ileo parálitico o mecánico, o enterocolitis necrotizante.

WS
212
SUP

Situaciones especiales

- Hiponatremia sintomática.

F02

Manejo intrahospitalario de la alimentación en la diarrea.

diarrea de menos de 10 días de evolución

Sin desnutrición (sin pérdida de peso o pérdida de peso menor al 10% o solo pánico hipoturgente): Pecho materno o fórmula habitual (150 cc/kg/día 100 cal/kg) según lo que el niño recibiera antes del episodio diarreico. Si tolera proseguir su alimentación incorporando los alimentos complementarios que el niño recibía antes del episodio diarreico, con exclusión de aquellos que contengan celulosa (verduras verdes) y ácidos orgánicos (cítricos). Si el niño no tolera la fórmula deberá estudiarse por su intolerancia. Una vez tipificado el tipo de intolerancia que presente se alimentará con el alimento apropiado.

Se agregará a los biberones aceite de maíz 1, 2 y 3 % sucesivamente y luego morrex al 15 %.

Aporte de alimentos sólidos: Mayores de 4 meses: una comida/día: cereales (harina de maíz, arroz), tubérculos y verduras (zanahoria, papa, zapallo, boniato, tapioca), frutas (manzana, banana, pera) todos ellos más el agregado de aceite de maíz 3% y morrex 15%.

Mayores de 6 meses: una comida/día: se agrega a lo anterior proteínas de origen animal, huevo al 8vo mes (yema), puré de leguminosas (lentejas) a partir del 9no. mes. Todos más el agregado de aceite de maíz 3% y morrex 15%.

Con desnutrición: P.D. o fórmula industrial, si tolera proseguir su alimentación, incorporando los alimentos complementarios que recibía antes del episodio diarreico según tolerancia excluyendo los que contienen celulosa y ácidos orgánicos. Si no tolera se selecciona el alimento apropiado.

Se agregará a los biberones aceite de maíz al 1, 2, 3 % sucesivamente y luego morrex al 15 %.

Aporte de alimentos sólidos: igual al ítem anterior.

Si la desnutrición es muy severa (pérdida de peso mayor al 25%, peso menor P 3 o con edemas) y/o se ha deshidratado en forma reiterada (con el consiguiente daño de la mucosa intestinal) o hay clínica de intolerancia (deposiciones líquidas, explosivas, muy frecuentes, distensión abdominal), deshidratación luego de 5-6 días del inicio de la diarrea valorar cambios de alimentación desde el inicio, estudiando la tolerancia a la lactosa con Fehling. Comenzar con preparado sin lactosa.

Si el Fehling es negativo y la clínica es de intolerancia se realizará igualmente el cambio de alimentación (preparado sin lactosa, isomil) con el fundamento de que el terreno del paciente no es adecuado como para esperar si tolerará o no la fórmula con lactosa.

Las fórmulas deberán mantenerse por períodos prolongados por los menos 15 días de aumento de peso sostenido.

Diarrea persistente y diarrea prolongada :

• Sin desnutrición (sin pérdida o pérdida de peso menor al 10% o solo panículo hipoturgente):

Se comenzará la alimentación con fórmula en base a proteínas de soya, sin lactosa. (siempre documentar si hay intolerancia a lactosa con reacción de Fheling) Si tolera se dará el alta con esta fórmula, que deberá mantenerse por periodo prolongado.

Agregar a los biberones igual al ítem anterior.

Aporte de alimentos sólidos: igual

Si no toleran esta fórmula se estudiarán por su intolerancia, y una vez identificada ésta se procederá a seleccionar la fórmula adecuada.

Se realizará Fehling en búsqueda de cuerpos reductores:

- 1- Sin ácido clorhídrico si es positivo demuestra intolerancia a dextrinomaltosas, por lo que requiere cambio de alimentación Pregestimil a volúmenes bajos 100 cc/kg/día por GCC.
- 2- Si el anterior es negativo se agregará ácido clorhídrico para estudiar intolerancia a la sacarosa (sacarosa no es reductor por lo que se agrega ácido para desdoblarla en glucosa y fructosa sí reductoras) En este caso si es positivo se indicará fórmula sin sacarosa (prosobee). Aporte de alimentos sólidos igual.

Con desnutrición grave: peso < P3, con edemas, perdió mas del 25% de peso.

a) deshidratado: se rehidrata i/v según norma. Mientras esté deshidratado no recibe nada por v/o. Luego de hidratado se continúa con 1/3 salino 200 cc/kg/día ajustando según pérdidas y se comienza alimentación con hidrolizado de proteínas a 100 cc/kg/día por GCC.

b) hidratado: hidratación de mantenimiento con 1/3 salino 150 cc/kg/día adecuando según pérdidas. Se comienza alimentación con hidrolizado de proteínas a 100 cc/kg/día, por GCC.

Se comenzará la alimentación en base a fórmula industrial basada en proteínas hidrolizadas comenzando con volúmenes bajos (100 cc/kg/día) por SNG por gastroclisis continua.

Si toleran la fórmula, se aumentará el volumen en forma progresiva 50 cc/kg/día hasta un máximo de 200 cc/kg/día. Este aumento de volumen se llevará a cabo siempre que el niño tolere, de lo contrario se harán aumentos mas lentos (20-25 cc de aumento por día) o eventualmente bajar a 50 cc/kg/día.

Junto al aumento del volumen de fórmula por gastroclisis se irá reduciendo el de la venoclisis de acuerdo a las necesidades.

La tolerancia se valora de acuerdo a curva de peso, características de las deposiciones (numero, volumen, consistencia).

Agregar a los biberones aceite de maiz ~~y morroca~~ igual al item anterior.

Se mantendrá este aporte vigilando curva de peso:

- si el peso está en descenso revalorar al paciente.
- si el peso está mantenido se mantiene igual aporte. Si es necesario aumentar más el aporte calórico agregar aceite de maiz 1, 2 y 3 % en forma progresiva y ~~morroca~~ al 10%.

El peso al inicio puede no aumentar siendo el aporte adecuado, esto se explica porque el paciente está en etapa de reparación de tejidos.

- si el peso esta en ascenso se mantiene igual aporte durante al menos 7 días pasando luego

a: **fórmula de soya sin sacarosa, con dextrinomaltoza (Prosobee)**

1er. día:	1 biberón
2do. día:	2 biberones
3er. día:	4 biberones
4to. día:	8 biberones

Si tolera y la curva de peso está en ascenso se empieza a discontinuar la gastroclisis:

1er. día:.....	pasar el volumen en 2 hs.
2do. día:.....	pasar el volumen en 1 hora.
3er. día:.....	retirar gastroclisis e indicar biberón.

NO tolera: (marcado aumento de las pérdidas fecales, distensión abdominal y/o deshidratación:

Mantener hidratación con suero 1/3 salino a 200 cc/kg/día.

Se debe realizar Felhing de materias fecales pero independientemente de su resultado se indica hidrolizado de proteínas a volúmenes bajos: 30 a 50 cc/kg/día. Si tolera se aumenta volumen lentamente a razón de 10 cc/kg/día hasta 100 cc/kg/día continuando luego con aumentos de 50 cc/kg/día hasta 200 cc/kg/día, continuando luego como en el item anterior.

En caso extremo de no tolerar volúmenes bajos de aporte enterál deberá establecerse alimentación parenteral. Esta situación es poco frecuente siendo lo habitual que se tolere aportes bajos enteral junto a mantenimiento de hidratación parenteral con suero 1/3 salino y aumentando en forma progresiva según tolerancia el aporte de la gastroclisis.