

Análisis de los pacientes ingresados en pediatría por gastroenteritis aguda durante un año. (Mayo 2010 a mayo 2011).



Muñoz Yribarren M.C., Varona García A., Martínez Roda M.J.,
Torres González de Aguilar C., Nieto Gamiz I., Jover Pereira C.
Servicio de Pediatría, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

Dir. Corresp.: M.C. Muñoz Yribarren. C/ Virgen de los Reyes 11.
Valencina de la Concepción. Sevilla 41907 - milagroschristina@gmail.com.

Resumen: **Antecedentes:** La gastroenteritis aguda es una de las causas de ingreso hospitalario en la edad pediátrica. Cursa con diarrea autolimitada, su instauración suele ser rápida y su duración inferior a 15 días. La mayoría de los casos son de etiología viral y su transmisión fecal-oral o aérea.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas, etiológicas y clínicas de los casos ingresados en nuestro hospital durante un año.

Métodos: Estudio retrospectivo de historias clínicas de los menores de 14 años ingresados con diagnóstico de gastroenteritis aguda entre Mayo del 2010 y Mayo del 2011.

Resultados y conclusiones: La gastroenteritis aguda supuso el 14,4% de los ingresos, siendo la edad media $3,6 \pm 3,4$ años y el mes de mayor porcentaje de ingresos el de Febrero. Los vómitos fueron el motivo de consulta más frecuente y la estancia media de 28 ± 21 horas. La etiología viral fue la más común (*rotavirus*, *adenovirus*) y entre los agentes bacterianos fue la salmonella enteritidis la que produjo mayor número de casos.

En conclusión: pocos son los casos de gastroenteritis aguda que requieren ingreso y este es poco prolongado. La detección de rotavirus y adenovirus tiene alta rentabilidad diagnóstica.

Palabras clave: Gastroenteritis aguda. Pediatría. Ingreso.

AN ANALYSIS OF PEDIATRIC PATIENTS ADMITTED FOR ACUTE GASTROENTERITIS OVER 1 YEAR. MAY 2010 TO MAY 2011

Summary: Acute gastroenteritis is one of the causes for the hospitalisation of children. Presents as self-limiting diarrhoea, it usually establishes itself rapidly and lasts less than 15 days. Most cases are caused by viral infection and faecal-oral transmission, or is air-borne.

Objectives: To analyze the epidemiology, aetiology and clinical cases admitted to our hospital for one year.

Methods: The retrospective study of clinical histories of children under 14 years admitted with a diagnosis of GEA between May 2010 and May 2011.

Results and Conclusions: Acute gastroenteritis accounted for 14.4% of patients, mean age between 3.4 and 3.6 years, February being the month with the highest percentage of inpatients. Vomiting was the most frequent reason for consultation, the average stay being 21 to 28 hours. Viral aetiology was most common (*rotavirus*, *adenovirus*) and among the bacterial agents, salmonella enteritidis, produced the most number of cases.

In conclusion, there are few cases of GEA which require hospitalisation, and their time is rarely prolonged. The detection of rotavirus and adenovirus yields a high diagnostic return.

Keywords: Acute Gastroenteritis. Paediatrics. Inpatients.

Recibido: 04-10-2012 Aceptado: 06-11-2012

Vox Paediatrica 2012; XIX(2):18-21

Introducción

La gastroenteritis aguda (**GEA**) es una de las causas más frecuentes de patología en edad pediátrica, siendo unos de los motivos más comunes de ingreso. ^(1,2)

Se trata de un cuadro de diarrea de instauración rápida, de curso autolimitado y de duración inferior a quince días. ^(3,4)

El 80% de las veces son de etiología infecciosa, siendo los virus (*rotavirus*, *calicivirus*, *astrovirus* y *adenovirus*) los responsables de la mayoría de los casos. ⁽⁵⁾

La transmisión se produce fundamentalmente por vía fecal-oral, ingesta de alimentos o agua contaminados y por vía aérea.

Diseño

Análisis descriptivo retrospectivo de los ingresos en observación de nuestro hospital de los pacientes menores de 14 años que consultan por gastroenteritis en urgencias desde mayo 2010 a mayo 2011. 126 pacientes ingresaron de un total de 690 que consultaron en urgencia por dicha causa (18%).

Objetivos

Determinar las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, estacionales, estancia media y tratamiento de los pacientes ingresados por **GEA** en nuestro hospital durante un año completo.

Metodología

Revisamos las historias de los pacientes menores de 14 años con diagnóstico de GEA (908) que consultaron durante un año (*Mayo 2010 a Mayo 2011*), de estos se incluyen en el estudio todos los que quedaron ingresados, un total 126, lo que supone el 13,8% del total de los que consultan por dicho motivo.

Resultados

Los ingresos por **GEA** en pediatría supusieron el 14,4% de todos los niños ingresados en nuestra observación durante el periodo revisado.

Sexo: Hubo una mayor incidencia de varones (56%) respecto a las niñas.

Edad: La media de edad de dichos pacientes fue de 3,6 +/- 3,4 años siendo la mediana de 2,4 años.

Más de la mitad de los casos que precisaron ingreso fueron niños de entre 1 y 4 años (53,975 %) y el 21,4 % fueron menores de 1 año. **Tabla I.**

Triage: En las urgencias de nuestro hospital los niños son catalogados por enfermería a su llegada con distinta valoración según la gravedad, desde triaje 4 el menos grave y 1 cuando se trata de una urgencia vital.

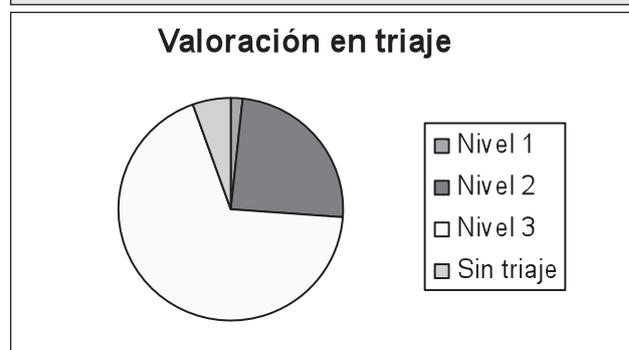
Revisando el nivel de triaje adjudicado a los pacientes con gastroenteritis que precisaron ingresos, la ma-

yoría de ellos fueron catalogados con una puntuación de 3, (68% del total de las gastroenteritis ingresadas), y solo 2 pacientes (1,59%) fueron catalogados con un nivel 1 debido a la presencia de hipoglucemia en ambos casos. **Figura 1.**

TABLA I. Edad de los niños ingresados

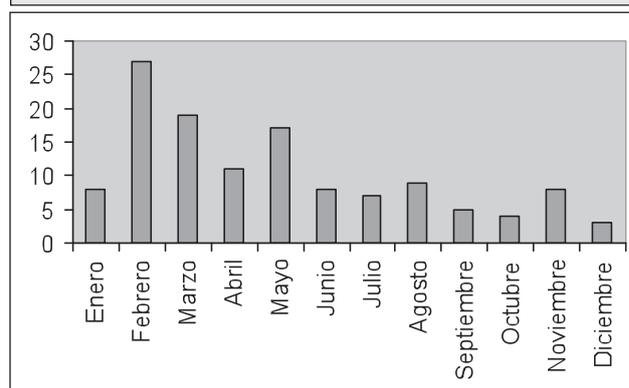
| Edad | Total | % |
|---------------|-------|-------|
| Menores 1 año | 27 | 21,43 |
| 1 a 4 años | 68 | 53,97 |
| >4 años | 31 | 24,60 |
| Total general | 126 | 100 |

Figura 1.: Valoración en triaje



Estacionalidad: El mes en que más ingresos se realizaron fue en Febrero (21,43%) seguido de Marzo (15,08 %) y Mayo (13,49%). Casi el 60% de los casos (74) se produjo en los meses de Febrero a Mayo. **Figura 2.**

Figura 2.: Incidencia durante el año.



Motivo de consulta: En los niños que precisaron ingreso, el motivo de consulta más frecuente fueron los vómitos (55,56%), seguido de diarrea (23%) y la fiebre (15%). Entre las otras causas estuvieron el dolor abdominal, el síncope, la rectorragia y la urticaria. **Tabla II.**

Complicaciones: Destaca la existencia de deshidratación en 51 niños (40,4% de los ingresados), considerándose grave en 2 pacientes (1,58%), moderada en 13 (10,3%) y leve en 36. (28,57%).

TABLA II. Motivo de consulta en urgencias.

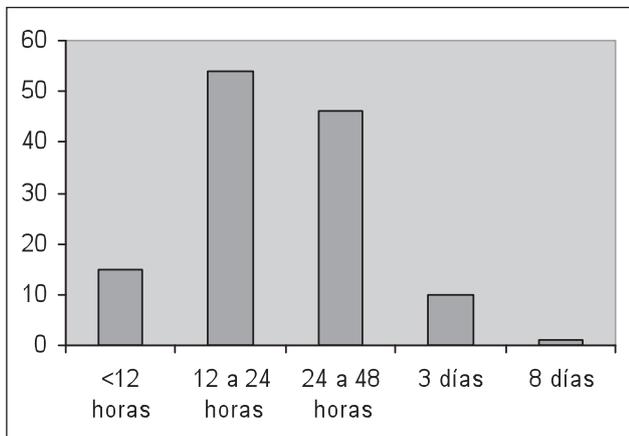
| Motivo_consulta | Total | % |
|-----------------|-------|-------|
| Náuseas/Vómitos | 70 | 55,56 |
| Diarrea | 29 | 23,02 |
| Fiebre | 19 | 15,08 |
| Dolor abdomen | 3 | 2,38 |
| Rectorragia | 1 | 0,79 |
| Síncope | 3 | 2,38 |
| Urticaria/Habón | 1 | 0,79 |
| Total general | 126 | 100 |

Se objetivó hipoglucemia en 35 pacientes (27,7%), acidosis metabólica en 49, de los que 13 precisaron reposición de bicarbonato intravenoso.

2 de los niños ingresados presentaron cuadros vagales, otros 4 bronquitis aguda y en un paciente diagnosticado de GEA por salmonella comenzó un cuadro de varicela coincidiendo con su ingreso en nuestra observación.

Estancia media: La estancia media fue de 28,62 +/- 21,36 horas y una mediana de 23,5. **Figura 3.**

Figura 3.: Duración ingreso.



No precisó derivación ningún paciente al hospital de tercer nivel.

Estudio microbiológico: Se realizó coprocultivo a 88 pacientes (69,84 %), siendo positivos en 13 de ellos (14,77%). De estos 5 fueron positivos a camylobacter y 8 salmonella. **Tabla III.**

El estudio de rotavirus/adenovirus en heces se solicitó a 92 pacientes (73 %) siendo positivo en 72 de ellos (45%).

En 24 muestras (26,09% del total de los estudios realizados) el resultado fue mixto (positivo para adenovirus/rotavirus), en 14 (15,22%) se detectó positividad para rotavirus y en 7 (15,22%) para adenovirus.

TABLA III. Resultados coprocultivos

| Resultados | Total | % |
|------------------------|-------|--------|
| Campylobacter | 5 | 5,68 |
| Salmonella arizonae | 1 | 1,14 |
| Salmonella enteritidis | 6 | 6,82 |
| Samonella typhimurium | 1 | 1,14 |
| Negativo | 75 | 85,23 |
| Total general | 88 | 100,00 |

A veces en el resultado no especifican sin la positividad es a rotavirus o a adenovirus. Sin embargo, en otras ocasiones el resultado positivo de la prueba no dilucida cual de ambos es el agente etiológico. **Tabla IV.**

TABLA IV. Estudio de virus en heces

| Resultados | Total | % |
|------------------------|-------|--------|
| rotavirus/adenovirus + | 24 | 26,09 |
| adenovirus + | 7 | 7,61 |
| rotavirus + | 14 | 15,22 |
| negativo | 47 | 51,09 |
| Total general | 92 | 100,00 |

Tratamiento: Las medidas terapéuticas se especifican en la **Tabla V.**

Tabla V. Tratamiento administrado.

| Tratamiento | Pacientes | % |
|--------------------------|-----------|-------|
| Suero glucosalino | 124 | 98,41 |
| Suero salino Fisiológico | 20 | 15,87 |
| Suero glucosado | 10 | 7,94 |
| Bicarbonato sódico | 20 | 15,87 |
| Cloruro sódico | 19 | 15,07 |
| Cloruro potásico | 4 | 3,17 |
| Antitérmico | 30 | 23,81 |
| Ondasetron | 23 | 18,25 |
| Ranitidina | 28 | 22,22 |
| Racecadotriilo | 4 | 3,17 |
| Antibiótico | 5 | 3,97 |

En casi la totalidad de los pacientes 124 (98,41%) se usó sueroterapia intravenosa.

El uso de racecadotriilo fue exclusivo para pacientes con rotavirus positivo e ingreso prolongado (*más de 36 horas*).

Por lo que respecta al tratamiento antibiótico, solo se prescribió en 5 de los 126 pacientes. (3,9%), En todos ellos la diarrea era de perfil enteroinvasivo y con una evolución tórpida.

En 3 casos de *Salmonella enteritidis* se utilizó cefalosporinas (*cefotaxima*, *ceftriaxona*) y en el otro amoxicilina clavulánico.

Discusión

Al igual que estudios previos^(6, 7, 8, 9) hay un ligero predominio en el sexo masculino en los niños ingresados por GEA.

Por lo que respecta a la estacionalidad, nuestros datos concuerdan con resultados europeos.⁽¹⁰⁾ Sin embargo, otros estudios en nuestro país y en Sudamérica^(6, 9) detectan un mayor número de ingreso en los meses de invierno.

El motivo de consulta más frecuente (*vómitos*) es similar a la detectada en otros análisis⁽⁶⁾ probablemente en relación a la preocupación de los padres ante esta sintomatología.

En otros estudios consideran⁽⁶⁾ consideran estancia prolongada aquella de duración igual o superior a 1 semana y tienen una media de estancia de 3,6 días^(6, 9). En este sentido nuestra estancia media se encuentra en unos niveles óptimos.

La negatividad de la mayoría de los coprocultivos nos hacen poner en entredicho su rentabilidad diagnóstica, al igual que en estudios previos⁽⁶⁾

En cuanto a la etiología bacteriana, la salmonella enteritidis es la más frecuentemente aislada en España^(7, 8, 11) en concordancia con nuestros propios resultados.

Así mismo el resultado positivo de la detección de rotavirus/adenovirus en heces, hace que pensemos que se trata de una prueba muy rentable desde el punto de vista diagnóstico.^(7, 11, 12)

En relación al tratamiento la sueroterapia intravenosa ha sido utilizada en casi la totalidad de los pacientes 124 (98,41%).

El ondansetron se administró a 23 (18,25%) de los pacientes para el control de los vómitos.

El limitado uso de antibioterapia es conforme a las últimas recomendaciones⁽¹⁾. Se utilizaron en caso de gastroenteritis por salmonella con evolución tórpida, y en otro caso con gastroenteritis de perfil enteroinvasivo y alta sospecha a priori de infección por *Capmpilobacte*, aunque el coprocultivo fue negativo.

Conclusiones

1. A pesar de que la GEA es una causa frecuente de consultas en urgencias, son pocos los casos que requieren ingreso hospitalario.

2. Los vómitos son el principal motivo de consulta.

3. La mayor parte de los ingresos se producen a final de invierno y primavera.

4. Los virus son la causa más frecuente, por lo que la detección de rotavirus/adenovirus en heces tiene gran rentabilidad diagnóstica.

5. Nuestra estancia media por esta patología es óptima.

Bibliografía

1. Gutiérrez Castellón P, Polanco Allué I, Salazar Lindo E. Manejo de gastroenteritis aguda en menores de 5 años, un enfoque basado en la evidencia. Guía práctica clínica Ibero latino-americana. An Esp Pediatr (Barc) 2010; 72(3): 1-220

2. García Balbuena ML. Gastroenteritis aguda. Cambios epidemiológicos, manejo terapéutico y preventivo desde la atención primaria. Rev Clín Med Fam. 2009; 2 (2):81-8.

3. Szajewska H, Dziechciarz P. Gastrointestinal infections in the pediatric population. Current Opinion in Gastroenterology. 2010; 26(1): 36-44

4. Román Riechmann E, Barrio Torres J. Diarrea aguda. Protocolos de gastroenterología. Asociación española de pediatría. Disponible en <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-gastroenterologia-hepatologia-y-nutricion>.

5. Bellido Blasco JB, García AM. Epidemiología de las gastroenteritis agudas víricas. Aspectos actuales. 6ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Editorial EMISA; 2007

6. Castillo Serrano a, Plaza Almeida J. Gastroenterología Aguda en niños hospitalizados (2005-2010). Análisis epidemiológico, microbiológico y clínico. Rev Clin Med Fam 2011; 4(2):112-119

7. Surrivas Murillo MC, López Rodríguez MJ, Valverde Merino M. Epidemiología de la gastroenteritis aguda en el servicio de Pediatría del Hospital San Pedro de Alcántara (Cáceres). Vox Paediatrica. 2007; 15 (1):12-15

8. Alcalde Martín C, Gómez López L, carrascal Arranz MJ. Gastroenteritis aguda en pacientes hospitalizados. Estudio evolutivo de 14 años. An Esp Pediatr (Barc). 2002;56 (02):104-10.

9. Pérez W, Decia M, Guzzo F. Gastroenteritis aguda en lactantes. Admisión en el centro hospitalario Pereira Rossel 2006-2007. Archivos de Pediatría del Uruguay, 2011; 82 (1) 4-9

10. Giaquinto C, Van Damme P, Huet F, Gothefors L. The reveal study. Infect Dis 2007; 195 (Suppl 1). S26-35.

11. Grande A, Gayol P, Redondo JC, González P. Infecciones gastrointestinales prevalentes en pediatría. Vox Paediatrica. 1998; 38:220-41

12. Gimenez-Sanchez F, Delgado-Rubio A, Martinon-Torres F. Multicenter prospective study analysing the role of rotavirus on acute gastroenteritis in Spain. Acta paediatr. 2010; 99 (5): 738-42