



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**INFORME FINAL MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MEDICO GENERAL**

“GASTROENTERITIS AGUDA EN PEDIATRÍA”

AUTOR: William Ariel Benalcazar Jaramillo
DIRECTOR: Dr. Henry Paul Samaniego Pineda
ASESOR: Dr. Henry Paul Samaniego Pineda

Ibarra-Ecuador

2024



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
 Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1752281855		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Benalcazar Jaramillo William Ariel		
DIRECCIÓN:	Otavalo, San Juan – Los Huaicundos y Flor de Mayo		
EMAIL:	wabenalcazarj@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	2903974	TELÉFONO MÓVIL:	0988412134

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Gastroenteritis Aguda en Pediatría
AUTOR (ES):	William Ariel Benalcazar Jaramillo
FECHA: DD/MM/AAAA	07/08/2024
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> GRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Medico General
ASESOR /DIRECTOR:	Dr. Henry Paul Samaniego Pineda

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 07 días del mes de agosto de 2024

EL AUTOR:

Nombre: William Ariel Benalcazar Jaramillo




**CERTIFICACIÓN DEL DOCENTE DE TRABAJO DE TITULACIÓN II
MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO**

Ibarra, 07 de agosto de 2024

Dr. Henry Paul Samaniego Pineda
DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

(f) 
.....

DR. HENTY PAUL SAMANIEGO PINEDA

C.C.: 1003838438



APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR

El Comité Calificado del trabajo de Integración Curricular "Gastroenteritis Aguda en Pediatría." elaborado por William Ariel Benalcazar Jaramillo, previo a la obtención del título del Médico General, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:

(f):.....

Dr. Henry Paul Samaniego Pineda

C.C.: 1003838438

(f):.....

Dr. Henry Paul Samaniego Pineda

C.C.: 1003838438



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a las personas que han sido fundamentales en mi vida y en la realización de este proyecto.

A mis padres, Bayron y Sandra, por su amor incondicional y su apoyo constante. Su fé en mí y sus sacrificios me han dado la fuerza necesaria para no caer nunca y sobre todo me han dado la determinación para alcanzar todo lo que algún día simplemente fue un sueño. Los amo con todas mis fuerzas, no podría pagarles con nada jamás todo lo que ustedes han hecho por mí.

A mis amigos y compañeros Vanheira, Esteban, Steven, Josué, Felipe, por su colaboración en toda mi vida universitaria sin duda alguna ustedes fueron y serán una pieza fundamental en mi vida, muchas de las veces ustedes constituyeron el motivo único por el cual asistir a las arduas jornadas académicas, los quiero mucho y espero que siempre sigamos siendo amigos.

A mi grupo de amigos que estuvo desde antes del primer semestre Vanheira, Steven Josué, Felipe, Ángel, Odalis, Astrid les quiero mucho son las personas mas geniales que me pudo dar la universas siempre.

A mi novia Pamela que estuvo presente en este trabajo ayudándome con apoyo incondicional, brindándome su tiempo, prestándome su tiempo para poder ayudarme en lograr objetivos, sin duda es la persona más increíble que conocí gracias a la universidad, simplemente te amo.

A mi hermano Joandry porque te mereces mucho, eres uno de los motores de mi vida, has sido la persona que estuvo siempre conmigo ayudándome en absolutamente todo, haciéndome sentir mejor en los días que más lo necesité.



AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que han sido parte fundamental en la realización de este trabajo.

En primero lugar agradezco a mis padres Bayron y Sandra que estuvieron en todo momento ayudándome no solo en la realización de este trabajo sino en todo el transcurso de esta ardua y por sobre todo larga carrera, gracias por ser el pilar fundamental en mi vida e inspiración y por siempre creer en mí.

A mis amigos y compañeros de aula, Vanheira, Esteban, Steven y Josué, por su amistad y por los excelentes momentos compartidos que hicieron de esta carrera una experiencia inolvidable. Gracias por su incondicionalidad, apoyo y palabras de aliento y por sobre todo estar siempre a mi lado.

A mi hermano Joandry, que siempre estuvo conmigo en frente a todas las adversidades sin el no hubiera logrado muchos de los objetivos que hoy por hoy no los estuviera logrando. Gracias por ser mi apoyo muchas veces en las que quise desistir.



Abreviaturas.

VO: Vía Oral.

mL: Mililitros.

mg: Miligramos.

SRO: Sales de Rehidratación Oral.

FF-SIL: Test de funcionamiento familiar.

BCG: Vacuna contra Tuberculosis.

fIPV: Vacuna inactivada de Polio.

bOPV: Vacuna con virus atenuado de Polio.

DPT: Difteria.

HB: Hepatitis B.

Hib: Haemophilus influenzae tipo B.

FA: Vacuna contra Fiebre Amarilla.

SRP: Sarampión, Rubeola y Parotiditis.



Tabla de Contenidos.

Tabla de Contenidos.....	8
1. Datos de filiación.....	11
2. Motivo de consulta.....	11
3. Antecedentes personales.....	11
3.1. Antecedentes clínicos.....	11
3.2. Alergias.....	12
3.3. Antecedentes quirúrgicos.....	12
3.4. Antecedentes gineco obstétricos o reproductivos masculinos.....	12
3.5. Antecedentes prenatales, natales y posnatales en pediatría.....	12
3.5.1. Antecedentes prenatales.....	12
3.5.2. Antecedentes natales.....	12
3.5.3. Antecedentes Posnatales.....	13
3.6. Hábitos toxicológicos.....	14
3.7. Hábitos fisiológicos.....	14
4. Antecedentes familiares.....	14
5. Historia psicosocial.....	14
5.1. Caracterización de la familia.....	14
5.2. Funcionamiento de la familia.....	15
5.3. Condiciones materiales y de vida.....	15
6. Enfermedad actual.....	15
7. Examen físico.....	16
7.1. Examen físico general.....	16
7.1.1. Biotipo.....	16
7.1.2. Constantes vitales.....	16
7.1.3. Antropometría.....	16
7.1.4. Piel y faneras.....	16
7.1.5. Mucosas.....	16
7.1.6. Tejido celular subcutáneo.....	17
7.2. Examen físico regional.....	17
7.2.1. Cabeza.....	17
7.2.2. Cuello.....	17
7.2.3. Tórax.....	17



7.2.4.	Abdomen.....	17
7.2.5.	Columna vertebral.....	18
7.2.6.	Extremidades.....	18
7.3.	Examen físico por sistemas.....	18
7.3.1.	Sistema osteomioarticular.....	18
7.3.2.	Exploración del tórax y del sistema respiratorio.....	18
7.3.3.	Exploración del sistema circulatorio.....	18
7.3.4.	Sistema arterial periférico.....	19
7.3.5.	Sistema venoso periférico.....	19
7.3.6.	Exploración del sistema nervioso.....	19
7.3.7.	Exploración del sistema digestivo.....	19
7.3.8.	Exploración del sistema linfático.....	19
7.3.9.	Exploración del sistema urinario.....	19
7.3.10.	Exploración del sistema genital masculino.....	19
8.	Diagnóstico sindrómico.....	20
8.1.	Síndrome Diarreico Agudo.....	20
8.2.	Síndrome Febril.....	20
8.3.	Síndrome de Deshidratación.....	20
8.4.	Gastroenteritis Viral.....	21
8.5.	Gastroenteritis Bacteriana.....	21
8.6.	Intolerancia Alimentaria Aguda.....	21
9.	Exámenes complementarios.....	21
9.1.	Biometría hemática.....	21
9.2.	Coprocultivo.....	22
10.	Diagnóstico definitivo.....	22
10.1.	Gastroenteritis viral aguda con Deshidratación.....	22
11.	Tratamiento.....	22
11.1.	Tratamiento Farmacológico.....	22
11.2.	Tratamiento No Farmacológico.....	23
12.	Seguimiento.....	23
13.	Anexos.....	24
13.1.	Tabla 2. Cuestionario de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL).....	24
13.2.	Tabla 3. Interpretación del puntaje en la escala FFSIL.....	25



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA



13.3.	Tabla 4. Signos y Síntomas sugestivos de deshidratación.	26
13.4.	Figura 2. Suplementación con Zinc según el AIEPI.....	27
13.5.	Figura 3. Suplementación de Vitamina A en pacientes pediátricos.	28
13.6.	Figura 4. Signos de alarma.	29
14.	Referencias.....	31



DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO

1. Datos de filiación.

- Nombre completo: XXXXX XXXXXX
- Edad: 2 años 4 meses
- Sexo: Masculino
- Etnia: Indígena
- Religión: Católico
- Grupo sanguíneo: O Rh+
- Lugar y fecha nacimiento: Otavalo, Ecuador, 11/03/20
- Lateralidad: Diestro
- Orientación sexual: No aplica
- Identidad de género: No aplica
- Discapacidad (tipo y %): Ningún tipo
- Estado civil: Soltero
- Ocupación: No aplica
- Instrucción: No aplica
- Dirección: Otavalo, Eugenio Espejo
- Residencia habitual (Rural o urbano): Rural
- Teléfono: XXX-XXX-XXXX
- Fuente de información: Madre del paciente

2. Motivo de consulta.

- “Diarrea”
- “Dolor de estómago”

3. Antecedentes personales.

3.1. Antecedentes clínicos.

Madre no refiere.



3.2. Alergias.

Madre del paciente no refiere alergias conocidas.

3.3. Antecedentes quirúrgicos.

Madre no refiere.

3.4. Antecedentes gineco obstétricos o reproductivos masculinos

No aplica.

3.5. Antecedentes prenatales, natales y posnatales en pediatría.

3.5.1. Antecedentes prenatales.

Controles prenatales: 7

Ecografías: 7, que mostraron un desarrollo fetal normal sin anomalías.

Vacunas maternas: Esquema de vacunación completo (antitetánica, contra la influenza, tos ferina).

Suplementación con hierro y ácido fólico: La madre recibió suplementación con hierro (30 mg diarios durante el segundo y tercer trimestres) y ácido fólico (400 µg diarios durante el primer trimestre).

Complicaciones durante el embarazo: No refiere.

Tipo de sangre de la madre: O Rh+.

3.5.2. Antecedentes natales.

Sexo: Masculino.

Edad gestacional: 39 semanas de gestación.

Medidas antropométricas: Peso: 3.100 gramos, Talla: 49 cm, Perímetro cefálico: 34 cm.

Apgar: 8 al primer minuto y 9 a los 5 minutos.

Tipo de sangre: O Rh+.

Llanto inmediato: Sí.

Apego precoz: Sí.

Alojamiento conjunto: Sí.



3.5.3. Antecedentes Posnatales

Alimentación Materna: Fue alimentado exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida.

Alimentación complementaria: A partir de los 6 meses, se introdujeron alimentos sólidos de manera progresiva mientras se continuó con la lactancia materna hasta los 2 años. Papillas de Cereales: Avena, arroz, maíz y trigo, fortificados con hierro. Purés de Frutas y Verduras: Manzana, pera, plátano, zanahoria, calabaza, espinaca y brócoli. Proteínas Blandas: Pollo, pavo y pescado bien cocidos y triturados. Legumbres: Lentejas, frijoles y garbanzos bien cocidos y triturados. Lácteos: Yogur natural y queso fresco en pequeñas cantidades a partir del primer año.

Tabla 1

Esquema de vacunación del paciente

Vacunas	Dosis	Edad de colocación
BCG	1	24 horas de nacido
Hepatitis B	1	10 horas de nacida
Rotavirus	2	2 y 4 meses
fIPV	2	2 y 4 meses
bOPV	1	6 meses
Pentavalente (DPT+HB+Hib)	3	2 – 4 – 6 meses
Neumococo conjugado	3	2 – 4 – 6 meses
Influenza Estac. (HN) Triv. Pediátrica	1	7 meses
Difteria, Tétanos, Tosferina (DPT)	1	18 meses
Vacuna bivalente oral contra la polio (bOPV)	1	18 meses
Sarampión, Rubeola, Parotiditis (SRP)	2	12 y 18 meses
Fiebre Amarilla (FA)	1	12 meses
Varicela	1	15 meses
Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	18 meses
Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	2 años y 1 mes

No inmunizaciones contra el covid.



3.6. Hábitos toxicológicos.

Madre no refiere.

3.7. Hábitos fisiológicos.

Alimentación: Normal, dieta balanceada en carbohidratos, grasas, proteínas y micronutrientes. Con 3 comidas principales y un snack en la tarde.

Hidratación: Bebe 1 litro de agua diaria, además de batidos y/o jugos hechos en casa.

Sueño: 8-9 horas diarias, no tiene dificultad para conciliar el sueño y duerme sin interrupciones.

Actividad física: Juega en la escuela y en el parque después de la escuela 3 veces a la semana.

Higiene personal: Baño diario, se cepilla los dientes todos los días 2 veces al día, se lava las manos antes de cada comida, pero no lo hace siempre después de salir del baño.

Micción: Normalmente de 4 a 5 veces al día, como hábito normal.

Deposición: Regular, una vez al día de consistencia semidura lisa y blanda, Bristol 4, que corresponde a una escala normal.

4. Antecedentes familiares.

Madre: Hipotiroidismo.

Abuela paterna: Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo II.

Abuelo paterno: Diabetes Mellitus.

5. Historia psicosocial.

5.1. Caracterización de la familia.

Familia pequeña nuclear, bigeneracional.

Etapas del ciclo familia: Familia en expansión, hijo de 2 años 4 meses.



5.2. Funcionamiento de la familia.

Puntuación FF-SL: Resultado del instrumento de auto evaluación 60 puntos que es una familia funcional.

5.3. Condiciones materiales y de vida.

Vivienda: Casa propia, buena estructura, no hay hacinamiento.

Equipamiento doméstico: Básico (luz e internet) todo en buen estado.

Calidad del agua de consumo: Potable de buena calidad.

Eliminación de desechos: Recolección municipal.

Animales intradomiciliarios: Ninguno.

Red de apoyo: Buena, no hay violencia intrafamiliar.

Otros riesgos: Enchufes eléctricos sin cubrir, cables del cuarto de estudio sueltos, no posee seguridades en las escaleras, productos de limpieza ubicados al alcance del niño.

6. Enfermedad actual.

Paciente masculino de 2 años y 4 meses de edad, acude con su madre al servicio de emergencia quien refiere que su hijo presenta un cuadro clínico iniciado hace 48 horas con diarrea acuosa, abundante y de mal olor acompañadas de vómito después de la ingesta de líquidos y alimentos dolor abdominal que cede al momento de realizar las deposiciones. No se observan síntomas respiratorios asociados. La madre también menciona alza térmica no cuantificada persistente, la cual ha tratado de controlar con paños húmedos en la frente, pero que no cede. El paciente ha estado decaído y ha mostrado signos de deshidratación que incluyen ojos ligeramente hundidos, boca seca, y llanto con pocas lágrimas. Actualmente, el paciente se encuentra con fiebre persistente, palidez, y signos claros de deshidratación moderada. No se ha administrado ningún tipo de medicación antes de acudir al servicio de emergencia.



7. Examen físico.

7.1. Examen físico general.

7.1.1. Biotipo.

Ectomorfo.

7.1.2. Constantes vitales.

TA: 85/55 mmHg

FR: 26 rpm

FC: 115 lpm

SATO2: 98%

Temperatura: 38.8°C

7.1.3. Antropometría.

Peso: 12 kg

Talla: 90 cm

IMC (Índice de Masa Corporal): 14.8 (dentro del rango normal)

7.1.4. Piel y faneras.

Piel: Pálida, fría, seca con turgencia cutánea disminuida, poca elasticidad, con buena higiene y sin lesiones aparentes.

Faneras: Cabello de textura y distribución normales de acuerdo con su edad. Uñas de superficie dorsal convexa, color uniforme, tiempo de llenado capilar menor a 2 segundos.

7.1.5. Mucosas.

Mucosas orales secas y pálidas. Las encías están aparentemente de aspecto saludable, no se evidencia signos de sangrado o ulceraciones. Lengua sin lesiones visibles. Dentro de la cavidad bucal no se evidencia placas ni lesiones. Amígdalas normales no hipertróficas ni eritematosas, sin presencia de exudado. Paladar duro y blando sin lesiones. La mucosa nasal no presenta secreciones visible ni signos de rinorrea o congestión. Conjuntivas sin signos de ictericia.



7.1.6. Tejido celular subcutáneo.

El tejido celular subcutáneo presenta una distribución uniforme y adecuada para la edad del paciente, consistencia blanda y homogénea, presencia de masas palpables. No se observa edema en extremidades ni en otras zonas del cuerpo.

7.2. Examen físico regional.

7.2.1. Cabeza.

Cráneo: Normocefálico, no presencia de hematomas.

Cara: Cejas de color negro no presenta dolor en la zona.

Ojos: Ojos ligeramente hundidos, sin presencia de lágrimas, pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, párpados sin lesiones ni ptosis.

Oídos: Pabellón auricular sin alteraciones, a la otoscopia membranas timpánicas integra de color blanquecino.

Nariz: No existen lesiones, narinas permeables, sin secreciones.

Boca: Labios de color pálido, reseco, levemente agrietados, sin deformidades.

Cavidad oral: Mucosas orales secas, lengua con movilidad conservada, no macroglosia, ni microglosia. Paladar completo, sin ninguna alteración anatómica.

Amígdalas: Eutróficas, sin eritema y sin presencia de placa.

7.2.2. Cuello.

Cuello simétrico con movilidad completa sin restricciones, no presenta masas visibles ni palpables, no presenta adenopatías.

7.2.3. Tórax.

A la inspección tórax simétrico sin alteraciones anatómicas ni deformidades, buena expansión, mamas y axilas sin evidencia de alteraciones, no existen masas palpables.

7.2.4. Abdomen.

Abdomen con presencia de distensión, no se observan cicatrices quirúrgicas visibles. A la auscultación ruidos hidroaéreos aumentados. Presencia de dolor a la palpación profunda, no se palpan visceromegalias.



7.2.5. Columna vertebral.

Columna alineada, sin desviaciones ni deformidades. No cicatrices, tumoraciones ni prominencias anormales. Movilidad normal en todas las direcciones, abdomen timpánico.

7.2.6. Extremidades.

Extremidades superiores: móviles, turgencia de la piel aumentada, temperatura fría, pulsos periféricos presentes con intensidad disminuida, uñas sin lesiones, llenado capilar menor a 2 segundos.

Extremidades inferiores: móviles, turgencia de la piel aumentada, temperatura fría, pulsos periféricos presentes con intensidad disminuida, uñas sin lesiones, llenado capilar menor a 2 segundos.

7.3. Examen físico por sistemas.

7.3.1. Sistema osteomioarticular.

Presenta simetría estructural y alineación normales, facilidad y amplitud de movimiento conservadas. Fuerza y tono muscular son adecuados para la edad, no presenta signos de debilidad e hipotonía. La masa muscular es adecuada y la piel sobre las articulaciones no presenta ninguna alteración. No se detecta dolor, crepitación ni deformidades en las articulaciones.

7.3.2. Exploración del tórax y del sistema respiratorio.

En la inspección, el tórax es simétrico y se observan movimientos respiratorios regulares, con un ritmo y profundidad aumentados. A la palpación, la expansibilidad torácica es conservada, sin detectar frémitos. La percusión del tórax revela una sonoridad normal. Durante la auscultación, se escucha un murmullo vesicular normal, sin ruidos respiratorios patológicos añadidos.

7.3.3. Exploración del sistema circulatorio.

En la inspección, no se observan latidos anormales ni choque de la punta visible. La palpación del choque de la punta es negativa. La percusión muestra una matidez cardiaca dentro de los límites normales. En la auscultación, el ritmo y la frecuencia cardiaca son normales, con ruidos cardiacos claros y sin soplos en los cuatro focos auscultatorios.

**7.3.4. Sistema arterial periférico.**

Los pulsos radial y carotideo son palpables, sincrónicos, con una intensidad disminuida y con ritmo aumentado (posible taquicardia).

7.3.5. Sistema venoso periférico.

No se observa ingurgitación yugular ni reflujo hepatoyugular. No se identifican varices, microvarices ni circulación colateral.

7.3.6. Exploración del sistema nervioso.

El estado mental del paciente es normal para su edad. Sus facies son decaídas y sin energía, pese a eso se muestra colaborador con el examen físico. La marcha es adecuada para su edad. En el examen particular, la taxia y praxia son normales, con motilidad, tono y trofismo conservados. La reflectividad y sensibilidad son normales, sin necesidad de exploración adicional de los pares craneales.

7.3.7. Exploración del sistema digestivo.

En la inspección del sistema digestivo superior, no se observan lesiones en la cavidad oral y orofaringe. El abdomen, levemente distendido, presenta dolor a la palpación, sin masas ni organomegalias. No se le realiza el examen rectal.

7.3.8. Exploración del sistema linfático.

No se observan ganglios linfáticos visibles. A la palpación, no se identifican adenopatías.

7.3.9. Exploración del sistema urinario.

No se observan tumoraciones en el hipocondrio ni flancos a la inspección. A la palpación bimanual de los riñones no se revela masas ni agrandamiento. Riñones no palpables, no se detecta peloteo renal. Se realiza manobra de Goelet, donde no se palpan los riñones, indicando que están dentro de los límites normales de tamaño y posición. El puño percusión en fosas lumbares es negativa.

7.3.10. Exploración del sistema genital masculino.

A la inspección, el pene no presenta lesiones visibles y el prepucio es retráctil, con un meato urinario centrado y sin secreciones. El escroto es simétrico, sin eritema, edemas o cambios en la coloración, y la piel escrotal no muestra lesiones, nódulos ni masas visibles. A la palpación, el pene tiene una estructura y consistencia normales, sin masas ni dolor. Los



testículos están presentes en el escroto, son de tamaño y consistencia normales para la edad del paciente, y no se palpan masas ni nódulos, con sensibilidad conservada y sin signos de dolor. Los epidídimos no presentan aumento de tamaño, masas ni dolor a la palpación. Los cordones espermáticos tienen una consistencia normal, sin engrosamientos ni varicocele palpable. El reflejo cremastérico está presente, evidenciado por la elevación testicular al raspar la cara interna del muslo. No se detectan hernias inguinales ni femorales, y la exploración inguinal no revela adenopatías.

8. Diagnóstico sindrómico.

8.1. Síndrome Diarreico Agudo.

Características: síntomas de diarrea líquida frecuente, a menudo acompañada de vómitos y fiebre. Duración de menos de 2 semanas. Pérdida de peso, deshidratación leve a moderada.

Justificación: este síndrome se define por la presencia de diarrea aguda que puede deberse a una infección viral, bacteriana o parasitaria. En un niño de 2 años, la diarrea líquida, los vómitos y la fiebre son indicativos de una causa infecciosa, siendo el rotavirus un patógeno común en este grupo etario.

8.2. Síndrome Febril.

Características: síntomas de fiebre con una temperatura mayor a 38°C. Signos asociados de escalofríos sudoración y malestar general.

Justificación: la fiebre es una respuesta inflamatoria común en infecciones, incluyendo la gastroenteritis viral. La fiebre en el contexto de diarrea y vómitos ayuda a confirmar la presencia de una infección viral, como la causada por rotavirus.

8.3. Síndrome de Deshidratación.

Características: El síndrome de deshidratación se caracteriza por una pérdida significativa de líquidos y electrolitos, que puede manifestarse en tres grados: leve, moderado y severo.

Leve: El paciente puede presentar sed, mucosas secas y disminución en la producción de orina.

Moderado: Se observan signos adicionales como turgencia cutánea disminuida, ojos hundidos, irritabilidad y taquicardia.



Severo: Incluye signos de shock, como hipotensión, letargo o estupor, extremidades frías y pulso débil o ausente.

Justificación: en el contexto de gastroenteritis viral aguda se basa en la pérdida excesiva de líquidos a través de diarrea y vómitos, que el cuerpo no puede compensar adecuadamente, llevando a un déficit de agua y electrolitos esenciales. Este déficit afecta el volumen sanguíneo, la función celular y el equilibrio ácido-base, comprometiendo la función orgánica si no se corrige de manera oportuna. Diagnóstico diferencial.

8.4. Gastroenteritis Viral.

Justificación: El rotavirus es una causa común de gastroenteritis en niños pequeños, presentando diarrea líquida, vómitos, fiebre y síntomas de deshidratación. La confirmación se realiza mediante el examen de heces para rotavirus.

8.5. Gastroenteritis Bacteriana.

Justificación: La gastroenteritis bacteriana puede presentar síntomas similares, como diarrea líquida, fiebre y vómitos. Sin embargo, generalmente, se asocia con diarrea con sangre (disentería) y puede presentar un inicio más severo. Un coprocultivo puede ayudar a diferenciar entre una infección viral y una bacteriana.

8.6. Intolerancia Alimentaria Aguda.

Justificación: La intolerancia alimentaria, como la intolerancia a la lactosa, puede causar diarrea y vómitos en respuesta a ciertos alimentos. Aunque menos probable en este caso debido al inicio súbito y a la fiebre, es relevante considerar esta opción. La historia clínica y la eliminación de otros diagnósticos son esenciales para confirmar o descartar esta causa.

9. Exámenes complementarios.

9.1. Biometría hemática.

Principalmente se lo puede hacer cuando se trata de una deshidratación moderada como es el caso de este paciente. Aunque no es muy necesario ya que el diagnóstico es netamente clínico.



9.2. Coprocultivo.

Aunque en la mayoría de las ocasiones solo es necesario cuando la clínica del paciente es de una disentería que nos haría pensar en una etiología bacteriana, para determinar el agente causante. En este caso nos sirve para descartar un origen bacteriológico y evitar el uso de terapia antibiótica.

10. Diagnóstico definitivo.

10.1. Gastroenteritis viral aguda con Deshidratación.

Se justifica por la presentación clínica del paciente, que incluye diarrea líquida, vómitos y fiebre leve, síntomas que son comunes en las infecciones virales del tracto gastrointestinal. La deshidratación es evidente por signos como mucosas secas, disminución en la turgencia cutánea.

La ausencia de sangre en las heces, dolor abdominal intenso y fiebre alta sugiere que la causa no es bacteriana ni parasitaria. Además, el contexto epidemiológico apoya una infección viral, ya que este tipo de gastroenteritis es frecuente en niños pequeños. La confirmación del diagnóstico se refuerza con la exclusión de otras posibles causas infecciosas y con los hallazgos clínicos que coinciden con una deshidratación secundaria a un cuadro de gastroenteritis viral.

Desde una perspectiva epidemiológica, el paciente vive en una comunidad indígena rural, lo que lo expone a un mayor riesgo de infecciones gastrointestinales debido a las condiciones sanitarias limitadas

La confirmación del diagnóstico clínico se apoya en los resultados de laboratorio.

Este diagnóstico es importante para poder guiar el manejo y la conducta que vamos a tomar en este caso, que se centrara en la rehidratación adecuada y monitoreo de posibles complicaciones para asegurar una recuperación rápida y efectiva del paciente.

11. Tratamiento.

11.1. Tratamiento Farmacológico.

- Plan C de rehidratación para tratar la deshidratación, debido a que no tolera la vía oral. (Administrar por vía IV, 100 mL/kg de Lactato de Ringer



Primera

hora: 50mL/kg; segunda hora: 25mL/kg; Tercera hora: 25mL/kg.
Dar SRO cuando el paciente deje de vomitar y tolere la vía oral en dosis de 5mL/kg/h.

- Paracetamol en dosis de 15mg/kg/dosis (7.5mL) para el control de la Fiebre, administrar cada 6 horas hasta que se controle el síntoma de la fiebre.
- Suplementación con Zinc que ha demostrado una alta eficacia en el tratamiento de las diarreas agudas: 1 tableta disuelta en agua por cada noche antes de dormir por 14 días, como manejo ambulatorio.
- Probióticos de Lactobacillus GG que poseen nivel de evidencia IA, que reducen la intensidad de la diarrea, en dosis de 10^{10} UFC.

11.2. Tratamiento No Farmacológico.

- Reevaluar después de 3 horas para clasificar la deshidratación para evaluar el plan de hidratación para el paciente (A, B,C)
- Educación sobre los signos de alarma (empeoramiento de síntomas, fiebre, sangre en heces, dolor intenso continuo, no ha orinado en 6 horas o más), en caso de existir acudir de manera urgente al centro de salud más cercano.

12. Seguimiento.

- Reevaluación en 48 h, para observar adherencia al tratamiento y evolución de la enfermedad.
- Control del niño sano en 6 meses.
- Completar el esquema de vacunación según las fechas correspondientes.
- Guardar los productos de limpieza y medicinas en un gabinete lejos del alcance del niño.
- Colocar seguridad en las escaleras, cuidar al niño cuando se encuentre en zonas de caídas.
- Colocar protectores en los tomacorrientes, recoger los cables que corresponden a un riesgo alto de electrocución.
- Visita domiciliaria para poder reevaluar los riesgos previamente indicados.



13. Anexos.

13.1. Tabla 2. Cuestionario de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL).

Situaciones	Nunca casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importante de la familia					X
2. En mi casa predomina la armonía				X	
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					X
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.				X	
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					X
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					X
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.				X	
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					X
9. Se distribuyen las tareas familiares de forma que nadie esté sobrecargado.				X	
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.				X	
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.				X	
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	X				
13. Los intereses y necesidades de cada uno son respetados por el núcleo familiar.					X
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					X

Nota: Cada una de las respuestas tiene un puntaje del 1 a los 5 puntos (1. Casi nunca; 5. Casi siempre).

**13.2. Tabla 3. Interpretación del puntaje en la escala FFSIL.**

Categorías	Puntaje
Funcional	70-57
Moderadamente funcional	56-43
Disfuncional	42-28
Severamente disfuncional	27-14

Nota: Puntajes de interpretación de la escala FF-SIL.



13.3. Tabla 4. Signos y Síntomas sugestivos de deshidratación.

Síntomas/signos clínicos	Deshidratación leve	Deshidratación moderada	Deshidratación grave
Pérdida de peso (%)			
Lactante	<5%	5-10%	>10%
Niño mayor	<3%	3-9%	>9%
Turgencia cutánea	Normal	Algo disminuida	Muy disminuida
Relleno capilar	Normal	Algo lento	Muy lento
Respiración	Normal	Normal, taquipnea	Profunda, taquipnea
Mucosas	Normal	Pastosas	Muy pastosas
Diuresis	Escasas	Oliguria	Oligoanuria
Sed	Normal	Sediento	Rechazo
Fontanela	Normal	Algo deprimida	Deprimida
Perfusión periférica	Normal	Extremidades frías	Acrocianosis
Ojos	Normal	Levemente hundidos	Hundidos
Lagrimas	Normal	Disminuidas	Ausentes
Pulso radial	Normal	Débil, rápido	Débil, filiforme
Tensión arterial	Normal	Hipotensión leve	Hipotensión
Frecuencia Cardíaca	Normal	Taquicardia leve	Taquicardia
Estado neurológico	Normal	Inquieto, irritable	Apatía, letargia

Nota: Signos y síntomas sugestivos para deshidratación en pacientes pediátricos, tomado de: (2)



13.4. Figura 1. Suplementación con Zinc según el AIEPI.

ZINC

Administrar zinc en niña/o con diarrea o talla baja

A. Zinc para tratamiento de la diarrea (aguda, persistente y disentería)

Dosis a administrar 1 vez al día por 14 días

Edad	Dosis	Tableta dispersable de ZINC de 20 mg ^(a) a dispersar en 5 mL de leche materna, solución de SRO o agua potable (una cucharadita)*	Jarabe de ZINC 20 mg/5 mL ^(a)
2 a 5 meses	10 mg	Media tableta **	2.5 mL
≥ 6 meses	20 mg	Una tableta	5 mL

B. Zinc para suplementación terapéutica en talla baja, en niñas y niños de 6 a 23 meses de edad

Dosis a administrar 1 vez al día por 3 meses (12 semanas)

Edad	Tableta dispersable de ZINC de 20 mg ^(a) a dispersar en 5 mL de leche materna, solución de SRO o agua potable (una cucharadita)*	Jarabe de ZINC 20 mg/5 mL ^(a)
6 meses a < 2 años	Media tableta (10 mg)**	2.5 mL

(a) Estas presentaciones no constan en el CNMB 9na edición.

- Si la niña o niño tiene diarrea, además de talla baja, primero completar el tratamiento con zinc para la diarrea, a las dosis indicadas en el cuadro A y luego continuar con el zinc a las dosis indicadas en el cuadro B.
- El zinc debe ser administrado alejado de las comidas; por ejemplo, durante la noche antes de dormir.

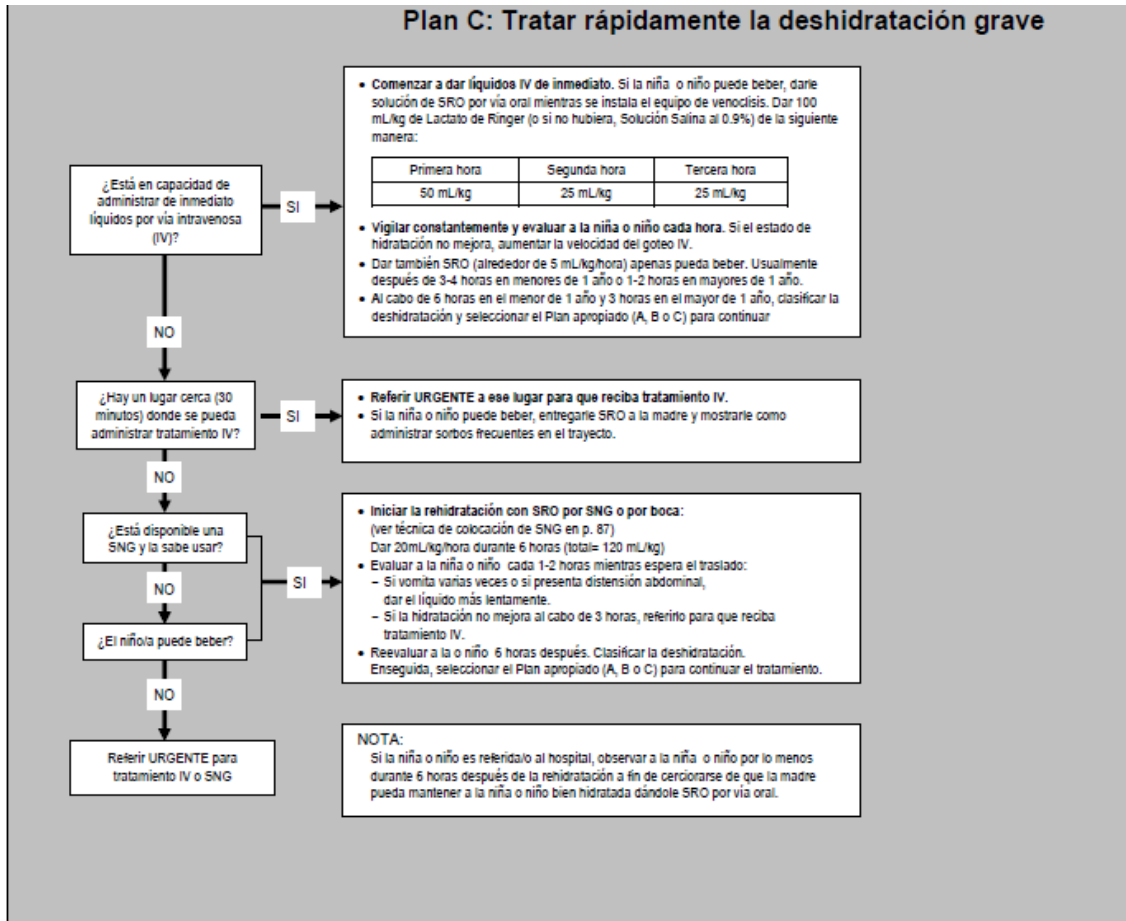
* Una niña o niño mayor de edad puede masticar la tableta o tragarla con un poco de agua.

** Si la tableta no es ranurada, dispersarla en 5 mL de leche materna, solución de SRO o agua potable, administrar 2.5 mL de esta solución a la niña o niño, y desechar el resto.

Nota: Suplementación de zinc en pacientes con diarrea aguda, tomado de:(3)



13.5. Figura 2. Plan C de tratamiento de deshidratación.



Nota: Algoritmo del plan C de tratamiento de deshidratación.



13.6. Figura 3. Signos de alarma.

Cuándo debe regresar de inmediato Signos de alarma	
Aconsejar a la madre o cuidador que regrese de inmediato si la niña o niño presenta cualquiera de los siguientes signos de alarma:	
Cualquier niña o niño enferma/o que	<ul style="list-style-type: none"> • Empeora • Dejó de comer o beber • Está anormalmente somnoliento • Tiene fiebre • Tiene ataques (convulsiones)
Si la niña o el niño tiene TOS o RESFRIO o sibilancia regresar si tiene:	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración rápida • Dificultad para respirar
Si la niña o el niño tiene diarrea, regresar si tiene	<ul style="list-style-type: none"> • Sangre en las heces • Bebe poco
Si la niña o el niño tiene DENGUE regresar si tiene	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal intenso y continuo • Vómito persistente • Sangrado especialmente en encías • Descenso abrupto de la temperatura • No ha orinado en 6 horas o más

Nota: Signos de alarma para la educación de los padres, tomado de: (3)



13.7. Figura 4. Cuadro de deshidratación proporcionado de la OMS.

Tabla 2: Clasificación de la deshidratación, según la OMS (35)

	A	B	C
CONDICION	Buena-alerta	Inquieto-irritable	letárgico-inconsciente
OJOS	Normal	Hundidos	Hundidos
SED	Normal- No sediento	Sediento- bebe ansiosamente	Bebe muy poco – no hábil para alimentarse
SENTIR LA TURGENCIA DE LA PIEL	Rápida	Despacio	Muy despacio

Menos de dos signos de las columnas B y C: sin signos de deshidratación: <5%

>2 signos de la columna B: Deshidratación moderada: 5-10%

>2 signos de la columna C: Deshidratación grave: >10%

Nota: Tabla sobre los parámetros evaluados de la deshidratación según la OMS.



14. Referencias.

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Atención Integral de la Niñez. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2019. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/manual_atencion_integral_niñez.pdf
2. Beneitez A. Abordaje de la gastroenteritis aguda en pediatría. *Pediatr Integral*. 2015;XIX(1):51-57. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix01/05/n1-051-057_Ana%20Beneitez-int.pdf
3. Sociedad Española de Pediatría. Diarrea aguda. Asociación Española de Pediatría [Internet]. [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2-diarrea_aguda.pdf
4. Fundación Internacional de Investigación y Peritaje Social. Cuestionario sobre el Funcionamiento Familiar SIL. Academia de Peritaje Social [Internet]. 2020 [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: <https://academia.inperitajesocial.com/wp-content/uploads/2020/05/3-Cuestio-FF-SIL-Funcionamiento-Familiar.pdf>
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Esquema de vacunación. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2021 [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/10/ESQUEMA-DE-VACUNACIO%CC%81N.oct_.2021.pdf
6. Pérez V, C. Manual de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2021. Disponible en: </mnt/data/Manual-de-Pediatria-271-288.pdf>
7. Llanio Navarro R, Perdomo González G, Arús Soler E, Fernández Naranjo A, Fernández Sacasas JA, Matarama Peñate M, et al. Propedéutica clínica y semiología médica. 1ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Clínico Cuadros de Procedimientos. Actualización 2017. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2017.