# Alimentación del Niño con Enfermedad Diarreica No Complicada

*Dr. Osear Armando Ponce Quezada. Dr. Francisco Javier Ramírez, Dra. Fanny Verónica Barahona Silvestrucci****

RESUMEN

Se estudiaron 66 pacientes menores de 5 años que ingresaron a la sala de lactantes y preescolares del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) con diagnóstico de Diarrea no complicada. De inmediato se les inició vía oral con la dieta que les correspondía de acuerdo a la edad, llamándosele grupo 1.

Este grupo se comparó con otro compuesto de 70 pacientes con similares características los que fueron sometidos a ayuno mínimo de 6 horas reiniciándose luego la vía oral con dieta de acuerdo a la edad, fuere leche diluida y/o dieta astringente, denominando a este grupo 2.

Entre ambos grupos no existió diferencia significativa en cuanto a perdida de peso, duración de la diarrea y días de hospitalización (P menor 0.1); pero en el grupo 1 la ganancia de peso total sobrepasó en un 400% al grupo 2: Siendo la ganancia ponderal del grupo 1 Kg. 16.4 mientras en el grupo 2 apenas ascendió a 4.4 Kg. obteniendo el grupo 1 un promedio de ganancia ponderal 0.249 Kg. y apenas 0.063 Kg. para el grupo 2 (P menor 0.001).

Por lo anterior se deduce que el principal método para evitar pérdida de peso en el paciente con enfermedad diarreica no complicada, consiste en iniciar la vía oral cuanto antes siempre y cuando las condiciones clínicas del paciente lo permitan.

Palabras claves: DIARREA NO COMPLICADA, DIETA, PESO

* Pediatra del Instituto Hondureño de Seguridad Social
** Médico Residente Hospital Escuela, Instituto Hondureño de Seguridad Social. ***
Doctor en Medicina y Cirugía.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad diarreica constituye el principal flagelo de nuestros niños menores de 5 años. En los países subdesarrollados se producen un billón de cuadros diarreicos en el año, en 338 millones de niños dando un promedio de 3 episodios por año, constituyendo la principal causa de Mortalidad Infantil provocando 6 millones de muertes anuales en dicho grupo de edad (1-3).

Al igual que la mayoría de las enfermedades infecto contagiosas la enfermedad diarreica tiende a afectar a los pacientes desnutridos (4,5), pudiendo provocar también por sí sola trastornos en la nutrición (3,5), ya sea por

catabolismo aumentado, anorexia, alimentación inadecuada y ayuno prolongado; reforzado este último factor por consejos médicos que en vez de favorecer al paciente tiende a perpetuar o a iniciar un cuadro de desnutrición (1,2,6,7).

A pesar que existen varios estudios a favor de omitir o retrasar la vía oral en pacientes con enfermedad diarreica (8-11) invocando que este método acorta la evolución y previene futuras complicaciones.

Existen otros investigadores que han demostrado lo contrario, es decir que mediante una alimentación temprana con fórmula adilución normal y dieta que corresponde de acuerdo a la edad e puede prevenir la pérdida de peso con evolución de la diarrea igual que en aquellos sometidos a ayuno preventivo o bien que se haya usado leche diluida, a base de soya o dieta astringente (27,13-17).

El presente estudio pretende aclarar esta incógnita en nuestro medio, siendo los factores medibles: El incremento o perdida de peso, evolución de la diarrea y lso días de hospitalización.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes menores de 5 años que fueron ingresados a la sala de lactantes y preescolares del Hospital Materno Infantil del IHSS, ubicado en Comayagüela, DC. cuyo diagnóstico principal era enfermedad diarreica no complicada al momento de ingresar a la sala. Se sumaron *66* pacientes en los meses de septiembre y octubre de 1988, al momento del ingreso se les inició vía oral con la dieta que les correspondía de acuerdo a la edad: Pecho materno, leche maternizada o entera a dilución normal y dieta corriente en los que ya se alimentaban con sólidos; denominándose a este grupo: Grupo 1.

Los criterios de exclusión fueron: Cualquier complicación secundaria a la enfermedad diarreica, enfermedad diarreica como segundo diagnóstico, sepsis, abdomen agudo, ECN y trastorno del estado de conciencia.

El grupo anteriormente descrito fue comparado con otro grupo cuyo manejo consistió en ayuno preventivo mínimo de 6 horas con realimentación a base de leche diluida o soya, dieta astringente, totalizando 70 pacientes con características similares al grupo 1: Sexo, edad, diagnósticos secundarios. Llamándosele a éste último grupo: Grupo 2.

Los elementos mesurables en este estudio lo constituyeron: Diferencia de peso ingreso-egreso, evolución de la diarrea y días de hospital.

**RESULTADOS**

Las características principales de los grupos 1 y 2 son las mismas en todos ellos: Edad, sexo, diagnósticos secundarios, no existiendo diferencia significativa entre ambos grupos P menor 0.1 (cuadro 1).

CUADRO 1

CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS 1 Y 2

| CARACTERISTICA | GRUPO 1 | GRUPO 2 | P |
|---|---|---|---|
| Número casos | 66 | 70 | NS |
| Edad (meses) | 9.3±6.6* | 10±7.8 | NS |
| Sexo | M41 F25 | M43 F27 | NS |
| Peso ingreso | 7.1±2.4* | 7.6±2.3 | NS |

* Promedio ± desviación Standard
NS = No Significativo.

Se puede observar que en el grupo 1 la mitad de los pacientes ganaron peso y apenas el 17% en el grupo 2. En el grupo 1 la ganancia total de peso fue 4 veces mayor que en el grupo 2; lo mismo que el promedio general de ganancia de peso. Existiendo una diferencia significativa notable P menor 0.001 (cuadro 2 y 3).

En cuanto a la pérdida de peso no existe diferencia significativa entre ambos grupos (cuadro 4).

Haciendo un balance general del peso de ambos grupos: Ganancia de peso pérdida de peso, el grupo 1 presenta un balance general positivo de + 7.4 Kg. dando un promedio general de + 0.112 Kg., mientras que el

CUADRO 2

DIFERENCIA DE PESO INGRESO-EGRESO DE LOS GRUPOS 1 Y 2

| DIFERENCIA DE PESO | GRUPO 1 | | GRUPO 2 | |
|---|---|---|---|---|
| | No. | % | No. | % |
| GANANCIA | 28 | 42 | 12 | 17 |
| PERDIDA | 21 | 32 | 21 | 30 |
| SIN CAMBIOS | 17 | 26 | 37 | 53 |
| TOTAL | 66 | 100 | 70 | 100 |

***? Menor 0.001

CUADRO 3 GANANCIA DE

| GANANCIA | GRUPO 1 | GRUPO 2 |
|---|---|---|
| gr/Kg/día | 29±27* | 14±8* |
| VARIACION | 4-242 | 4-30 |
| r | 1 | 0.6 |

PESO EN LOS GRUPOS 1 Y 2

'Promedio ( ) Desviación Standard r= Coheficiente de Correlación ***P menor 0.001

CUADRO 4 PERDIDA DE PESO

DE LOS GRUPOS 1 Y 2

| PERDIDA | GRUPO 1 | GRUPO 2 |
|---|---|---|
| gr/Kg/día | 14±9* | 16±16* |
| VARIACION | 1-27 | 2-74 |
| r | 0.7 | 1 |
| P | NS | NS |

'Promedio ( ) Desviación Standard I
r = Coeficiente de Correlación
NS No Significativo

grupo 2 da un balance general negativo de - 3.3 Kg dando un promedio general de - 0.047 Kg. (cuadro 5) al igual que expresando dicho balance en gr/ Kg/ días, con diferencia significativa franca P menor 0.001 (cuadros 5 y 6).

En lo que se refiere a la duración del cuadro diarreico y los días de hospitalización no existió diferencia significativa entre ambos grupos con una P menor de 0.1

CUADRO 5 BALANCE

PONDERAL DE LOS GRUPOS 1 Y 2

| BALANCE (Kg) | GRUPO 1 | GRUPO 2 |
|---|---|---|
| GANANCIA | 16.4 | 4.4 |
| PERDIDA | 9 | 7.7 |
| DIFERENCIA | + 7.4 | - 3.3 |
| PROMEDIO | + O.112 | - 0.047 |

*** P menor 0.001

CUADRO 6 BALANCE

PONDERAL DE LOS GRUPOS 1 Y 2

| BALANCE (gr/Kg/día) | GRUPO 1 | GRUPO 2 |
|---|---|---|
| GANANCIA | 745 | 168 |
| PERDIDA | 294 | 327 |
| DIFERENCIA | +451 | -159 |
| PROMEDIO | +13 | -2 |

***P menor 0.001

(cuadro 7).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que cualquiera sea el tipo de alimento usado en los pacientes con

CUADRO 7

DURACIÓN DEL CUADRO DIARREICO Y DÍAS

| DURACION Y DIAS HOSPITAL | GRUPO 1 | GRUPO 2 |
|---|---|---|
| DIAS | 4.8±3.2* | 4.5±3.3 |
| VARIACION | 1-19 | 1-20 |
| r | 0.6 | 0.7 |
| P | NS | NS |

HOSPITAL DE LOS GRUPOS 1 Y 2

- Promedio ± Desviación Standard
- r= Coeficiente de Correlación
- NS = No Significativo

enfermedad diarreica no complicada la evolución de la misma y los días de estancia hospitalaria son los mismos, no existiendo diferencia significativa entre ambos grupos P menor 0.1.

Sin embargo es importante recalcar que desde el punto de vista nutricional el ayuno preventivo y la dieta modificada (leche diluida o soya, dieta astringente) puede crear desnutrición o agravar la existente; en cambio la alimentación temprana conlleva una ganancia sustanciosa de peso digna de tomarse en cuenta, más aún que nuestros niños padecen un promedio de 3 episodios diarreicos por año (1-3).

Existen innumerables estudios acerca del manejo de pacientes con enfermedad diarreica y deshidratación (2,17-19); pero existen muy pocos acerca del momento de iniciar la alimentación en ellos (15,20).

Santosham y otros autores preconizan que mediante el ayuno y uso de leche diluida o soya en el niño con diarrea disminuye ostensiblemente el número *y* cantidad de las evacuaciones acortando por lo tanto los días de estancia hospitalaria (8-12).

Brown y otros investigadores han demostrado que la alimentación plena en el niño con enfermedad diarreica es el mejor estímulo para el crecimiento de las microvelosidades intestinales, y que no importando la severidad de la diarrea el porcentaje de nutrientes absorbidos es tan importante para prevenir la pérdida de peso que vale la pena dicho método; más aún persistiendo la diarrea a pesar del ayuno y las medidas dietéticas restrictivas (7,13,17,20,21).

En nuestro estudio los pacientes con alimentación temprana tuvieron un 400% más de ganancia de peso que aquellos sometidos a restricciones dietéticas, con una notable diferencia significativa P menor 0.001.

Concluyendo, el presente estudio muestra que la ali- ¡ tentación del niño con enfermedad diarreica no complicada debe instaurarse al ingreso con la dieta que le corresponde de acuerdo a la edad sin ningún tipo de restricción, para así evitar el círculo vicioso diarrea-desnutrición; lo cual concuerda con recomendaciones adoptadas por cierto número de investigadores, tomando en cuenta las características *y* evolución propia de cada paciente (12,15).

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud: "El tratamiento de la diarrea y uso de la terapia de rehidratación oral". 2 edición Ginebra, Suiza 1985.

2. Organización Mundial de la Salud: "Manual para el tratamiento de la diarrea aguda". OMS/CED/ SER/80.2 1980

3. Populations reports; serie L, número 2, Maryland I USA octubre 1981.

4. Ponce Quezada O A: "Gastroenteritis aguda en el I municipio de El Negrito, Departamento de Yoro durante el año 1983. Tesis, UNAH Tegucigalpa, DC. Honduras 1984.

5. Puffer RR, Serrano CV: Características de la Mortalidad en la niñez. OPS/OMS. Publicación científica Washington DC. USA 1973, 262:392-447.

6. Black RE, Brown KH, Becker S: Effects of diarrhoea associated with specific anteropathogens on the I growth of children in rural Bangladesh. Paediatrics 1984: 73 (6): 799-805.

7. Organización Panamerican de la Salud: Manual de j Tratamiento de la Diarrea. Washington DC. USA I 1987.

8. Caspary WF: Diarrhoea associated with carbohydrate malabsorption. Clin Gatroenterol 1986: 15 (3): 631-655.

9. Cushing AH, Anderson L: Diarrhoea in breast-fed and non-breast-fed infants. Pediatrics 1982:70 (6): 921-925.

10. Howard FM Halloran ETL, Creagh A: diarrhoea: After rehydration, what next? Hum nutr Appl Nutr 1985: 39 (A): 53-61.

11. Santosham M, Foster F, Reid R y col: Rol of soy-based, lactosa free formula during treatment of acute diarrhoea. Pediatrics 1985:76(2):292-298.

12. Wimberg RJ, Tipton G, Klish WJ, Brown MR: Effect of breast-feeding on morbidity in rotavirus gastroenteritis. Paediatrics 1984: 74 (2): 250-253.

13. Blanco RA, Rodríguez J T: Síndrome diarreico agudo en la infancia. Editorial BR Guatemala 1984: 116-117.

14. Brown KH, Gastañaduy AS, Saavedra JM y col: Effect of continued oral feeding on clinical and nutrítional outcomes of acute diarrhoea in children J. Paediatric. 1988:112 (2): 191-200.

15. Brown KH, Mac Lean WC: Nutritional management of acute diarrhea: An appraisal of the alternatives. Pediatrics 1984; 73 (2):119-125.

16. Orenteis Sr: Enteral versus parenteral therapy for intractable diarrhea of infancy: A prospective randomized trial. Pediatrics 1986; 109 (2):277-286.

17. Pizarro D, Posadas G: Manejo de la enfermedad diarreica aguda. Rev. Med. Hosp. Nal niños Costa Rica 1984; 19:69-78.

18. Organización Mundial de la Salud: Diarrea rehidratación oral. Guatemala 1983.

19. Sperotto G, Carrazza FR, Marcondes E: Treatment of diarrhea dehydration. Am J Clin Nutr 1977;30:1447-1456.

20. Boyne LJ, Kerzner B, Me Clung H: Chronic nonspecif ic diarrhea: The valué of a preliminary observation period to asses diet therapy. Pediatrics 1985; 76(4)557-561.

21. Fordtran JS, Santa CAÁ, Morawski sg, Bo-Linn GW, Schiller LR: Pathophysiology of chronic diarrhoea: Insight derived from intestinal perfusion studies in 31 patients. Clin Gastroenterol 1986; 15 (3): 470-490.