

Iván Andrés Jaramillo Chávez ^a; Mónica Monserrate Solórzano Vélez ^b; Gema Lourdes Giraldo Solórzano ^c; Andrea Marina Arteaga Acuria ^d; Andrea Carolina Parraga Zambrano ^e; Hugo Andrés Fernández Cedeño ^f

Consideraciones adecuadas en caso de gastroenteritis aguda en menores de dos años

Appropriate considerations in case of acute gastroenteritis in children under two years

Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Vol. 3 núm.3, septiembre, ISSN: 2588-073X, 2019, pp. 1586-1598

DOI: [10.26820/recimundo/3.\(3\).septiembre.2019.1586-1598](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(3).septiembre.2019.1586-1598)

URL: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/667>

Código UNESCO: 3205 Medicina Interna

Tipo de Investigación: Artículo de Revisión

Editorial Saberes del Conocimiento

Recibido: 15/05/2019

Aceptado: 23/06/2019

Publicado: 30/09/2019

Correspondencia: jaramilloivan_08@hotmail.com

- a. Médico Cirujano; Hospital de Especialidades Portoviejo; jaramilloivan_08@hotmail.com
- b. Médica Cirujana; Centro de Salud tipo C Chone; monikiss_1990@hotmail.com
- c. Médico Cirujano; Hospital de Especialidades Portoviejo; ge_lo90@hotmail.com
- d. Médica Cirujana; Hospital de Especialidades Portoviejo; andreita_arteagaa@hotmail.com
- e. Médica Cirujana; Hospital de Especialidades Portoviejo; andreaparraga1991@gmail.com
- f. Médico Cirujano; Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo; hugofernandez_90@hotmail.com

Consideraciones adecuadas en caso de gastroenteritis aguda en menores de dos años.

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Iván Andrés Jaramillo Chávez; Mónica Monserrate Solórzano Vélez; Gema Lourdes Giraldo Solórzano; Andrea Marina Arteaga Acuria; Andrea Carolina Parraga Zambrano; Hugo Andrés Fernández Cedeño

RESUMEN

La gastroenteritis aguda (GEA) como un proceso auto limitado de reducción en la consistencia de las deposiciones (líquidas o semilíquidas) con aumento en su frecuencia (mayor de tres deposiciones/día), pudiendo acompañarse con vómitos, fiebre y dolor abdominal. Su duración será inferior a diez días y nunca mayor de catorce. La etiología más frecuente de diarrea aguda siguen siendo los procesos infecciosos del tracto digestivo. Los virus son el principal agente causal, seguidas por bacterias y parásitos. Otras causas en la población pediátrica como transgresiones dietéticas, infecciones no enterales e intolerancia a las proteínas de leche de vaca, deben considerarse en el diagnóstico diferencial, sobre todo en menores de un año. El rotavirus es el principal agente productor de diarrea aguda a escala mundial, especialmente en menores de dos años. Los factores de riesgo que aumentan la susceptibilidad y la severidad son: malnutrición, hacinamiento, malas condiciones socioeconómicas, lactantes y niños menores de 2 años por su mayor predisposición a la deshidratación, asistencia a guarderías y viajes a zonas endémicas. En el diagnóstico ante un lactante o niño con diarrea aguda es necesaria una valoración global y una anamnesis detallada para poder diferenciar la infección entérica de otras causas de vómitos y diarrea. El tratamiento principal de la gastroenteritis en niños es la rehidratación. Los productos orales de reemplazo producidos con carbohidratos complejos (es decir, aquellos que contienen trigo o arroz) pueden ser mejores que aquellos que contienen azúcares simples. La metodología usada es descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, como google académico, con contenido oportuno y relevante desde el punto de vista científico y actualizado que enriquezca el análisis del tema planteado en este artículo.

Palabras Claves: Lactante, Diarrea Aguda, Rotavirus, Gastroenteritis, Deshidratación, Procesos Infecciosos, Anamnesis, Vigilancia Epidemiológica.

Consideraciones adecuadas en caso de gastroenteritis aguda en menores de dos años.

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Iván Andrés Jaramillo Chávez; Mónica Monserrate Solórzano Vélez; Gema Lourdes Giraldo Solórzano; Andrea Marina Arteaga Acuria; Andrea Carolina Parraga Zambrano; Hugo Andrés Fernández Cedeño

ABSTRACT

Acute gastroenteritis (GEA) as a self-limited process of reduction in the consistency of bowel movements (liquid or semi-liquid) with increased frequency (greater than three bowel movements / day), and may be accompanied by vomiting, fever and abdominal pain. Its duration will be less than ten days and never greater than fourteen. The most frequent etiology of acute diarrhea is still the infectious processes of the digestive tract. Viruses are the main causative agent, followed by bacteria and parasites. Other causes in the pediatric population such as dietary transgressions, non-enteral infections and intolerance to cow's milk proteins, should be considered in the differential diagnosis, especially in children under one year. Rotavirus is the leading producer of acute diarrhea worldwide, especially in children under two years. The risk factors that increase susceptibility and severity are: malnutrition, overcrowding, poor socioeconomic conditions, infants and children under 2 years of age due to their greater predisposition to dehydration, assistance to nurseries and trips to endemic areas. In the diagnosis of an infant or child with acute diarrhea, a global assessment and detailed history is necessary to differentiate enteric infection from other causes of vomiting and diarrhea. The main treatment of gastroenteritis in children is rehydration. Oral replacement products produced with complex carbohydrates (ie, those that contain wheat or rice) may be better than those that contain simple sugars. The methodology used is descriptive, with a documentary approach, that is, reviewing sources available on the web, such as google scholar, with timely and relevant content from the scientific and updated point of view that enriches the analysis of the topic raised in this article.

Key Words: Infant, Acute Diarrhea, Rotavirus, Gastroenteritis, Dehydration, Infectious Processes, Anamnesis, Epidemiological Surveillance.

Consideraciones adecuadas en caso de gastroenteritis aguda en menores de dos años.

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Iván Andrés Jaramillo Chávez; Mónica Monserrate Solórzano Vélez; Gema Lourdes Giraldo Solórzano; Andrea Marina Arteaga Acuria; Andrea Carolina Parraga Zambrano; Hugo Andrés Fernández Cedeño

Introducción.

La gastroenteritis aguda (GEA) es una de las enfermedades prevalentes de la infancia, que se mantiene como un problema de salud a nivel mundial, fundamentalmente en los países en desarrollo. Se define como una inflamación de la mucosa gástrica e intestinal producida en la mayor parte de los casos por una infección entérica. Su traducción clínica es un cuadro de diarrea de instauración rápida. Su curso suele ser auto limitado y para ser clasificada como gastroenteritis aguda la duración del proceso debe ser inferior a 15 días (Castillo, Junio 2011).

Este virus puede ser transmitido por los alimentos, el agua y las superficies contaminadas del medio ambiente, así como directamente de persona a persona. Los brotes pueden ocurrir en una variedad de entornos institucionales (hogares de ancianos, hospitales y escuelas) e infectar a personas de todas las edades, asociándose con mayor frecuencia a la enfermedad transmitida por los alimentos; en niños (Díaz, 2012).

Estos brotes son considerados un importante problema de salud pública, su verdadera magnitud es difícil de estimar y suelen presentarse como casos aislados leves y pasar desapercibidos por los sistemas de notificación y vigilancia. Los posibles brotes ocasionados por esta enfermedad son detectados por médicos, enfermeras y profesionales de laboratorios clínicos, quienes perciben aumentos inusuales en el número de consultas por una determinada patología e informan de ello a las redes de vigilancia epidemiológica. Conocer la magnitud, distribución y los factores de riesgo específicos asociados a un brote de gastroenteritis aguda es un primer paso para lograr su mitigación.

La vigilancia epidemiológica es y ha sido la base para detectar la ocurrencia de brotes epidémicos. El monitoreo de eventos inusuales permite la recolección, análisis e interpretación de la información, con el fin de actuar oportunamente sobre los problemas que suponen un riesgo para la salud de la población, así como evaluar el impacto de la intervención.

Consideraciones adecuadas en caso de gastroenteritis aguda en menores de dos años.

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Iván Andrés Jaramillo Chávez; Mónica Monserrate Solórzano Vélez; Gema Lourdes Giraldo Solórzano; Andrea Marina Arteaga Acuria; Andrea Carolina Parraga Zambrano; Hugo Andrés Fernández Cedeño

Metodología.

Esta investigación está dirigida al estudio del “Consideraciones adecuadas en caso de gastroenteritis aguda en menores de dos años”. Para realizarlo se usó una metodología tipo descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, como google académico, con contenido oportuno y relevante desde el punto de vista científico para dar respuesta a lo tratado en el presente artículo y que sirvan de inspiración para realizar otros proyectos. Las mismas pueden ser consultadas al final, en la bibliografía.

Resultados.

La European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases en 2008, define la gastroenteritis aguda (GEA) como un proceso auto limitado de reducción en la consistencia de las deposiciones (líquidas o semilíquidas) con aumento en su frecuencia (mayor de tres deposiciones/día), pudiendo acompañarse con vómitos, fiebre y dolor abdominal. Su duración será inferior a diez días y nunca mayor de catorce. Se debe tener en cuenta que el cambio de consistencia de las heces es más indicativo de diarrea que la frecuencia de las deposiciones, especialmente cuando se trata de los primeros meses de vida con lactancia materna (Perdomo, 2011).

Patogenia

De forma teórica habitualmente se definen tres mecanismos fisiopatológicos (Gavilán, 2010):

- *Mecanismo osmótico*: originado fundamentalmente por virus que lesionan los microvilli provocando malabsorción de solutos osmóticos en la luz intestinal y pérdida de agua.
- *Mecanismo enterotóxico*: liberación de enterotoxinas que producen una alteración de la función del enterocito, trasformando el proceso de absorción en un proceso de secreción de agua y electrolitos.

Consideraciones adecuadas en caso de gastroenteritis aguda en menores de dos años.

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Iván Andrés Jaramillo Chávez; Mónica Monserrate Solórzano Vélez; Gema Lourdes Giraldo Solórzano; Andrea Marina Arteaga Acuria; Andrea Carolina Parraga Zambrano; Hugo Andrés Fernández Cedeño

-
- *Mecanismo enteroinvasivo*: destrucción del borde en cepillo de las células epiteliales del intestino, para penetrar en el interior de las células, produciendo un desequilibrio entre la secreción y la absorción de líquidos con una excesiva secreción de agua y electrolitos.

Etiopatogenia

Las etiologías más frecuentes de diarrea aguda siguen siendo los procesos infecciosos del tracto digestivo. Los virus son el principal agente causal (se estima que suponen el 80% de las diarreas agudas), seguidas por bacterias y, en raras ocasiones, parásitos. Otras causas en la población pediátrica como transgresiones dietéticas, infecciones no enterales e intolerancia a las proteínas de leche de vaca, deben considerarse en el diagnóstico diferencial, sobre todo en menores de un año. El rotavirus es el principal agente productor de diarrea aguda a escala mundial, especialmente en menores de dos años, y el principal causante de brotes de diarrea aguda en las unidades de ingreso hospitalario. A su vez, el rotavirus se asocia a una mayor gravedad y frecuencia de complicaciones, como la deshidratación.

Los adenovirus, calicivirus, astrovirus y norovirus producen cuadros de diarrea más leves en menores de dos años. Es típico de los episodios de diarrea por adenovirus ir acompañados de síntomas respiratorios como faringitis, otitis, coriza, tos, etc. Son frecuentes los brotes en guarderías. Los norovirus pueden ser causa, a nivel institucional, de diarrea aguda nosocomiales afectando, primordialmente a niños inmunocomprometidos. Entre las bacterias, el *Campylobacter* es el enteropatógeno más frecuente en nuestro medio, seguido por la salmonella, que imprime una mayor gravedad al episodio. Los parásitos de mayor prevalencia son: la *Giardia lamblia* y el *Cryptosporidium parvum*, son causa de diarrea prolongada, más que de diarrea aguda en niños inmunocomprometidos.

Por edades, la incidencia de enteropatógenos se refleja en la tabla I. Todos estos microorganismos producen inflamación de la mucosa intestinal, lo que se traduce en un trastorno de la motilidad, alteración de la absorción intestinal y aumento de la secreción de agua y electrólitos a través de las heces. Según los principales mecanismos patogénicos sobre la mucosa

Consideraciones adecuadas en caso de gastroenteritis aguda en menores de dos años.

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Iván Andrés Jaramillo Chávez; Mónica Monserrate Solórzano Vélez; Gema Lourdes Giraldo Solórzano; Andrea Marina Arteaga Acuria; Andrea Carolina Parraga Zambrano; Hugo Andrés Fernández Cedeño

intestinal, se clasifica la diarrea aguda en: diarrea inflamatoria y diarrea aguda no inflamatoria. Los factores de riesgo que aumentan la susceptibilidad y la severidad son: malnutrición, hacinamiento, malas condiciones socioeconómicas, lactantes y niños menores de 2 años por su mayor predisposición a la deshidratación, asistencia a guarderías y viajes a zonas endémicas.

Tabla N° I. Incidencia de enteropatógenos según edad

| Menores de 1 año | Niños de 1 – 4 años | Mayores de 5 años |
|--|--|---|
| Rotavirus, Norovirus Adenovirus, Salmonella | Rotavirus, Norovirus Campylobacter, Salmonella Yersinia, Adenovirus, | Salmonella, Rotavirus Campylobacter, |

Fuente: (Suarez, 2009)

Diagnóstico

El pediatra de Atención Primaria es el primer contacto del niño enfermo con diarrea aguda, por lo que nuestro objetivo prioritario será la detección precoz de los signos de deshidratación, que marcan la gravedad de la GEA, para una intervención rápida y eficiente que evite la progresión con otras complicaciones (shock, malnutrición, diarrea prolongada, etc.) Ante un lactante o niño con diarrea aguda es necesaria una valoración global y una anamnesis detallada para poder diferenciar la infección entérica de otras causas de vómitos y diarrea (Suarez, 2009).

En la historia clínica, se debe recoger información sobre: antecedentes de viaje al extranjero, asistencia a guardería, enfermedad crónica de base, afectación familiar o no, tipo de alimentación, rechazo de las toma. También, es importante preguntar sobre el inicio de los síntomas (García, 2006) y signos acompañantes (fiebre alta, vómitos, dolor abdominal, tenesmo, eritema del pañal, así como las características de las deposiciones (volumen, frecuencia, consistencia y presencia de sangre y/o moco). Todo ello orientará sobre la etiología vírica o bacteriana, pero será el grado de deshidratación lo que marque la gravedad del episodio de diarrea aguda y la intensidad de intervención del médico tratante.

Consideraciones adecuadas en caso de gastroenteritis aguda en menores de dos años.

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Iván Andrés Jaramillo Chávez; Mónica Monserrate Solórzano Vélez; Gema Lourdes Giraldo Solórzano; Andrea Marina Arteaga Acuria; Andrea Carolina Parraga Zambrano; Hugo Andrés Fernández Cedeño

Está establecido por la evidencia científica que es el porcentaje de pérdida de peso, con respecto al peso previo a la diarrea aguda, lo que mejor define el grado de deshidratación (Notejane, Junio 2015):

- Pérdida de peso del 3-5%: gastroenteritis aguda con deshidratación leve.
- Pérdida de peso del 6-9%: gastroenteritis aguda con deshidratación moderada.
- Pérdida de peso mayor del 10%: gastroenteritis aguda con deshidratación grave.

En la práctica clínica ocurre que no se conoce el peso previo, y debe hacerse una aproximación a partir de diferentes signos y síntomas clínicos. Los signos de mayor sensibilidad para el diagnóstico de deshidratación son: relleno capilar prolongado, presencia de pliegue cutáneo y alteración del patrón respiratorio. Serán motivos de derivación hospitalaria (Córdova, 2019):

- Deshidratación moderada-grave (DH > 9%).
- Shock hipovolémico.
- Alteraciones neurológicas (letargo, crisis convulsiva).
- Vómitos persistentes o biliosos.
- Fracaso de rehidratación oral.
- Sospecha de proceso quirúrgico.
- Pacientes de riesgo, pacientes inmunocomprometidos.

Siempre que los cuidadores no garanticen una atención domiciliaria adecuada.

Sólo en estos casos de ingreso hospitalario estará justificada la realización de pruebas analíticas para la determinación del equilibrio ácido-base, la función renal, iones en sangre ante la necesidad de rehidratación. Se ha estimado una prevalencia de hipoglucemia de entre el 2-9% de niños con gastroenteritis aguda, predominantemente con vómitos, que puede llegar hasta un 14% en menores de 6 meses (Díaz, 2012). La realización de coprocultivo para diagnóstico etiológico solo será necesario en caso de diarrea prolongada (mayor de 14 días), diarrea mucosanguinolenta, sospecha de toxiinfección alimentaria, antecedente de viaje al extranjero, paciente

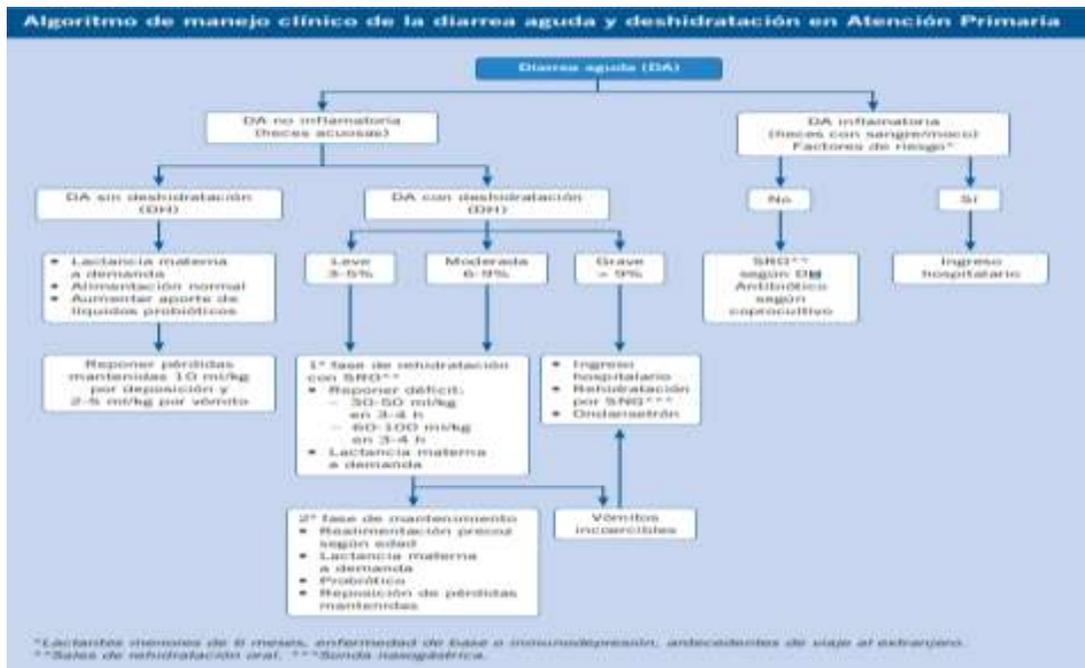
Consideraciones adecuadas en caso de gastroenteritis aguda en menores de dos años.

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Iván Andrés Jaramillo Chávez; Mónica Monserrate Solórzano Vélez; Gema Lourdes Giraldo Solórzano; Andrea Marina Arteaga Acuria; Andrea Carolina Parraga Zambrano; Hugo Andrés Fernández Cedeño

inmunocomprometido o ingreso hospitalario. A continuación se muestra la figura N° 1 que resume el manejo de la diarrea aguda:

Figura N° 1. Algoritmo de manejo clínico de la diarrea aguda y deshidratación.



Fuente: (Perdomo, 2011)

Tratamiento.

El tratamiento de preferencia para aquellos que sufren una deshidratación de leve a moderada son las sales de rehidratación oral. La metoclopramida y/o el ondansetrón, sin embargo, pueden ser útiles en algunos niños, y la butilescolamina es útil para tratar el dolor abdominal. El tratamiento principal de la gastroenteritis en niños es la rehidratación. Esto se logra preferiblemente administrando sales de rehidratación oral, si bien la intravenosa puede ser necesaria si existe una disminución en el nivel de conciencia o si la deshidratación es grave. Los productos orales de reemplazo producidos con carbohidratos complejos (es decir, aquellos que contienen trigo o arroz) pueden ser mejores que aquellos que contienen azúcares simples. Las

Consideraciones adecuadas en caso de gastroenteritis aguda en menores de dos años.

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Iván Andrés Jaramillo Chávez; Mónica Monserrate Solórzano Vélez; Gema Lourdes Giraldo Solórzano; Andrea Marina Arteaga Acuria; Andrea Carolina Parraga Zambrano; Hugo Andrés Fernández Cedeño

bebidas especialmente altas en azúcares simples, como las gaseosas y los jugos de frutas, no son recomendables en niños menores de 5 años ya que pueden aumentar la diarrea (Izquierdo, 2017).

Se puede utilizar agua pura si los preparados más específicos y eficaces de rehidratación oral no están disponibles o no son agradables. En los niños pequeños se puede utilizar una sonda nasogástrica para administrar fluidos si las circunstancias así lo requiriesen. Alimentación Se recomienda que los bebés alimentados con leche materna sigan siendo alimentados de la forma normal y que los infantes alimentados con biberón sigan con su leche de fórmula después de la rehidratación con sales de rehidratación oral. Por lo general, las leches de fórmula sin lactosa o bajas en lactosa no son necesarias. Los niños deben seguir con su alimentación normal durante los episodios de diarrea, pero se deben evitar los alimentos altos en azúcares simples. La dieta BRAT (bananos, arroz, puré de manzana, tostadas y té) ya no se recomienda, ya que no contiene suficientes nutrientes y no muestra ningún beneficio sobre la alimentación normal (Domínguez, Octubre 2009).

Se ha demostrado que algunos probióticos son beneficiosos para reducir tanto la duración de la enfermedad como la frecuencia de las deposiciones. Además, pueden ser útiles para prevenir y tratar la diarrea asociada con los antibióticos. Los productos a base de leche fermentada (como el yogur) presentan un beneficio similar. Los suplementos a base de zinc parecen ser eficaces en el tratamiento y la prevención de la diarrea entre los niños de países en vía de desarrollo. Antieméticos Los medicamentos antieméticos pueden ser útiles para tratar los vómitos en los niños. El ondansetrón es de alguna utilidad, una dosis única se asocia con una disminución en la necesidad de fluidos intravenosos, menos hospitalizaciones y menos vómitos. La metoclopramida también puede ser útil. Sin embargo, el uso del ondansetrón puede estar conectado a un aumento en la tasa de regreso al hospital en niños. El preparado intravenoso de ondansetrón se puede administrar oralmente si el juicio clínico lo justifica. El dimenhidrinato, si bien reduce los vómitos, no parece presentar un beneficio clínico importante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso de antibióticos en niños pequeños que presentan diarrea sanguinolenta y fiebre. Antiespasmódicos Los antiespasmódicos

Consideraciones adecuadas en caso de gastroenteritis aguda en menores de dos años.

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Iván Andrés Jaramillo Chávez; Mónica Monserrate Solórzano Vélez; Gema Lourdes Giraldo Solórzano; Andrea Marina Arteaga Acuria; Andrea Carolina Parraga Zambrano; Hugo Andrés Fernández Cedeño

presentan un riesgo teórico de causar complicaciones y, si bien la experiencia clínica ha demostrado que es poco probable, se desaconseja utilizar estos medicamentos en gente con diarrea sanguinolenta o diarrea que se complica con fiebre. La loperamida, un opioide análogo, se usa comúnmente para el tratamiento sintomático de la diarrea. La loperamida, sin embargo, no se recomienda en niños, ya que puede cruzar la barrera sangre/cerebro inmadura y causar toxicidad. El subsalicilato de bismuto, un complejo insoluble de bismuto trivalente y salicilato, puede utilizarse en casos leves o moderados, pero el envenenamiento por ácido salicílico es teóricamente posible (Notejane, Junio 2015) .

Conclusión.

La gastroenteritis aguda es un proceso auto limitado de reducción en la consistencia de las deposiciones (líquidas o semilíquidas) con aumento en su frecuencia (mayor de tres deposiciones por día), pudiendo acompañarse con vómitos, fiebre y dolor abdominal. Su duración será inferior a diez días y nunca mayor de catorce. Se debe considerar que el cambio de consistencia de las heces es más indicativo de diarrea que la frecuencia de las deposiciones, especialmente cuando se trata de los primeros meses de vida del paciente con lactancia materna.

El rotavirus es el principal agente etiológico productor de diarrea grave infantil a escala mundial. En países de recursos limitados es además una de las principales causas de mortalidad infantil. La edad de máxima afectación es por debajo de los dos años de vida, concentrándose el mayor número de casos entre los 3-12 meses de edad de acuerdo a lo investigado en las fuentes consultadas. La infección se transmite por contagio fecal-oral, por contacto directo o a través de fómites.

Su periodo de incubación es de 2 a 3 días, tiene un comienzo brusco con vómitos, diarrea acuosa sin productos patológicos, dolor abdominal y fiebre, siendo la duración media del cuadro clínico de una semana. Desde atención primaria, se debe intervenir, específicamente en una adecuada educación sanitaria en la población susceptible (guarderías, padres, educadores, etc.) sobre el manejo y detección precoz de los casos de gastroenteritis aguda, así como de la necesidad

Consideraciones adecuadas en caso de gastroenteritis aguda en menores de dos años.

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Iván Andrés Jaramillo Chávez; Mónica Monserrate Solórzano Vélez; Gema Lourdes Giraldo Solórzano; Andrea Marina Arteaga Acuria; Andrea Carolina Parraga Zambrano; Hugo Andrés Fernández Cedeño

de su aislamiento higiénico, un correcto lavado de manos y una adecuada manipulación de los alimentos.

Uno de los factores importantes en Ecuador son las condiciones higiénicas y sanitarias de la población pobre, quienes no tiene accesibilidad a los servicios de salud y servicios básicos: agua potable, alcantarillado que prohíben una eliminación adecuada de excretas y la proliferación de vehículos de infección como moscas, roedores; además dentro de otros agentes causales de esta patología podían constituirse: la inadecuada higiene personal, familiar y comunitaria; mala conservación y consumo de los alimentos, o por el contacto directo con heces fecales o aguas contaminadas expuestas en el ambiente.

Bibliografía.

- Castillo, A. (Junio 2011). Gastroenteritis Aguda en Niños Hospitalizados (2005-2010). Análisis Epidemiológico, Microbiológico y Clínico. *Revista Clinica de Medicina Familiar Vol.4 N°.2* , <http://scielo.isciii.es>.
- Córdova, E. (21 de Octubre de 2019). *FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR GASTROENTERITIS AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA*. Obtenido de UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA: <http://192.188.49.17/jspui/bitstream>
- Díaz, J. (2012). Brote de gastroenteritis aguda en la Región de Antofagasta, Chile. 2010. *Revista Chilena de Infectología Volumen 29 N° (1)*, 19 - 25 <https://scielo.conicyt.cl>.
- Domínguez, A. (Octubre 2009). Las gastroenteritis víricas: un problema de salud pública. *Revista Española de Salud Pública Vol.83 N°.5* .
- García, J. (2006). Abdomen agudo en el niño. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP*, 1 - 4 <http://www.enfermeriaaps.com>.

Consideraciones adecuadas en caso de gastroenteritis aguda en menores de dos años.

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Iván Andrés Jaramillo Chávez; Mónica Monserrate Solórzano Vélez; Gema Lourdes Giraldo Solórzano; Andrea Marina Arteaga Acuria; Andrea Carolina Parraga Zambrano; Hugo Andrés Fernández Cedeño

Gavilán, C. (2010). Gastroenteritis aguda. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica.*, 113 - 124 <http://www.aeped.es>.

Izquierdo, S. (Mayo de 2017). *GASTROENTERITIS AGUDA EN PACIENTES DE 1 A 5 AÑOS*.
Obtenido de REPOSITORIO UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL:
<http://repositorio.ug.edu.ec>

Notejane, M. (Junio 2015). Gastroenteritis aguda: formas de presentación clínica y etiología en niños hospitalizados en el Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell, año 2012. *Archivos de Pediatría del Uruguay Volumen 86 N°.2*, <http://www.scielo.edu.uy>.

Perdomo, M. (2011). Gastroenteritis aguda. Deshidratación. *Pediatría Integral Volumen XV N°(1)*, 54 - 60 <https://www.pediatriaintegral.es>.

Suarez, L. (2009). Manejo actual de la gastroenteritis aguda (GEA) con soluciones de rehidratación oral. *Dialnet Vol. 29, N°. 2, 2009, págs. 6-14*, 6 - 14 <https://dialnet.unirioja.es>.