

## Enfermedad Diarreica Aguda (EDA): un abordaje práctico

*Acute diarrheal disease: A practical approach*

### Autores

❖ **Marvin S. Beltrán-Castro.** Médico, Especialista en Docencia Universitaria, Magíster en Epidemiología. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales –UDCA., Universidad Cooperativa de Colombia, Universidad Areandina. Servicio de Medicina Interna Hospital Bosa, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Bogotá D.C., Colombia.

**Correo:** marvinsbc@hotmail.com

**ORCID:** 0000-0003-1702-5389

❖ **Diana K. Muñoz-Pedraza.** Médico, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales –UDCA. Servicio de Pediatría Hospital Bosa, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Bogotá D.C., Colombia.

**Correo:** dianakatherin317@gmail.com

**ORCID:** 0000-0003-0407-3971

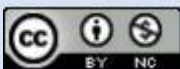
### Resumen

La Enfermedad Diarreica Aguda es una condición común que requiere comprensión y dominio clínico tanto en población pediátrica como adulta, conociendo su definición, clasificación, etiología, tratamiento y relevancia de estudios para evaluar su severidad y condiciones asociadas. Esta revisión narrativa de la literatura brinda conceptos recientes en el abordaje y manejo de la enfermedad diarreica aguda, especialmente en los países de América Latina, con recomendaciones basadas en la evidencia actual y que podrían ser beneficiosas en la clínica.

**Palabras clave:** *Diarrea, diarrea infantil, disentería y deshidratación.*

#### *Abstract*

*Acute diarrheal disease is a common condition that requires clinical understanding and mastery in both pediatric and adult populations, knowing its definition, classification, etiology, treatment, and relevance of studies to assess its severity and associated conditions. This narrative review of the literature provides recent concepts in the approach and*



management of acute diarrheal disease, especially in Latin American countries, with recommendations based on current evidence and that could be beneficial in the clinic.

**Keywords:** Diarrhea, Infant diarrhea, dysentery and dehydration.

## Introducción

Según el término MeSH la Diarrea es el aumento de la liquidez, o la disminución de la consistencia de las heces. La diarrea no es hiperdefecación o aumento del peso fecal (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define enfermedad diarreica aguda (EDA) como la presencia de heces líquidas o acuosas, asociada a un aumento de la frecuencia (al menos 3 en 24 horas) que puede ir acompañada de vómito y/o fiebre (2,3). La EDA puede ser clasificada según temporalidad, localización y gasto como se muestra a continuación en las tablas 1 a la 3.

**Tabla 1.** Clasificación por temporalidad.

Tipo	Duración
Diarrea aguda	Menor de 14 días
Diarrea persistente	≥ 14 días – 30 días
Diarrea crónica	Mayor a 30 días

**Fuente:** World Health Organization <sup>(2)</sup>; Sabatine Marc. <sup>(4)</sup>.

**Tabla 2.** Clasificación por localización.

Características	Alta	Baja
Localización	Intestino delgado	Intestino grueso
Inflamación	No Inflamatoria (Secretora)	Inflamatoria (Invasora)
Heces	Acuosas	Sangre, Moco, Pus
Emesis	++	+
Fiebre	+	++
Dolor Abdominal	+ (Periumbilical)	++ (Cólico, tenesmo)
Compromiso sistémico	+	++
Perdida de Sodio	30 – 40 mEq/L	60 – 120 mEq/L

**Fuente:** Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría: Infectología pediátrica <sup>(3)</sup>; Sabatine Marc. <sup>(4)</sup>.



**Tabla 3.** Clasificación por gasto.

<b>Gasto</b>	<b>Características</b>
<b>Bajo gasto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 deposiciones o menos en 24 horas</li> <li>• 4 deposiciones o menos en 4 horas</li> </ul>
<b>Alto gasto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más de 10 deposiciones en 24 horas</li> <li>• Más de 4 deposiciones en 4 horas</li> </ul>

**Fuente:** Cuadro de procedimientos AIEPI <sup>(5)</sup>.

## Etiología

La mayoría de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) son causadas por infecciones generadas por bacterias, virus y parásitos según las condiciones, grupos etarios y factores de riesgo. Sin embargo, una considerable minoría es debida a causas no infecciosas que se pueden favorecer por fármacos, patologías agudas o crónicas descompensadas, y que no se deben pasar por alto en el abordaje clínico. En la tabla 4 se muestra la clasificación etiológica de la EDA.

**Tabla 4.** Clasificación etiológica de la enfermedad diarreica aguda.

<b>Etiología</b>		
<b>No Infecciosa (10%)</b>	<b>Fármacos:</b>	<b>Patologías:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laxantes</li> <li>• Antiácidos</li> <li>• Colchicina</li> <li>• Levotiroxina</li> <li>• Antibióticos</li> <li>• Digitálicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de intestino irritable</li> <li>• Enfermedad inflamatoria intestinal</li> <li>• Cáncer de colon</li> <li>• Colitis ulcerativa e isquémica</li> <li>• Enfermedad de Crohn</li> <li>• Impactación fecal (Diarrea por rebosamiento)</li> <li>• Hipertiroidismo e Hipotiroidismo</li> <li>• Diabetes Mellitus</li> <li>• Esclerosis sistémica</li> <li>• Intoxicación por Ciguatoxina (Peces)</li> </ul>
<b>Infecciosa (90%)</b>	<b>Bacteriana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Campylobacter</b> (Principal causa en adultos; Carne de ave poco cocinada, leche no pasteurizada, perros y gatos portadores, artritis reactiva)</li> <li>• <b>Salmonella</b> (Principal causa en adultos; Huevos, aves de corral, leche)</li> <li>• <b>Shigella</b> (Heces con sangre y pus frecuente)</li> </ul>



- **E. Coli** (Diarrea del viajero, comida contaminada, alimentos crudos, carne de res poco cocinada)
- **Vibrio** (Aguas contaminadas, pescado, mariscos)
- **Clostridium difficile** (Tratamiento antimicrobiano, produce colitis pseudomembranosa)
- **Yersinia** (Carne de cerdo poco cocinada, leche no pasteurizada)

### Parasitaria

- **Giardia** (Deportes acuáticos, viajes, brotes)
- **Entamoeba histolytica** (Alimentos y aguas contaminadas, absceso hepático)
- **Cryptosporidium** (Brotos, aguas contaminadas)
- **Isospora belli** (Productos contaminados)
- **Cyclospora** (Productos contaminados)

### Vírica

- **Rotavirus** (Principal causa en niños a nivel mundial, guarderías)
- **Norovirus** (brotos, aguas contaminadas)
- **Adenovirus** (Brotos invernales)
- **Citomegalovirus** (Inmunosuprimidos)

**Fuente:** Herbert L. DuPont <sup>(6)</sup>; Steffen R, Hill DR, DuPont HL. <sup>(7)</sup>; Jason B Harris, Regina C LaRocque, Firdausi Qadri, Edward T Ryan, Stephen B Calderwood <sup>(8)</sup>; Alcalá Hernández L, Marín Arriaza M, Mena Ribas A, Niubó Bosh J. <sup>(9)</sup>

## Clínica

Se debe hacer especial énfasis sobre las características de las heces, la frecuencia, duración, inicio, historia de viajes recientes, brotes, consumo de aguas contaminadas, antecedentes patológicos o de inmunosupresión, uso de medicamentos, consumo de alimentos, entre otros. Al examen físico se puede presentar dolor abdominal (si el dolor es intenso es obligatorio descartar abdomen agudo, peritonitis o masas), cólico intestinal, emesis no persistente, o persistente (más de 4 vómitos en 4 horas), diarrea acuosa y diarrea disintérica (con sangre), fiebre, íleo, exantema, mialgias, artralgias, cefalea, astenia, hiporexia y/o anorexia, y signos de deshidratación. Se debe clasificar el grado de deshidratación como guía y parte del tratamiento. En las tablas 5 y 6 se describen los grados de deshidratación en adultos y niños.



**Tabla 5.** Clasificación clínica de la deshidratación en el adulto y niño mayor de 5 años.

<b>Grado</b>	<b>Características</b>	<b>% de Perdida</b>	<b>Perdida en ml</b>
<b>Grado I</b>	Historia de pérdida de volumen.	3%	30 ml/Kg
<b>Grado II</b>	Grado I más alteración al examen físico diferente a alteración del estado de consciencia (palidez, aumento del llenado capilar, enoftalmia, signo del pliegue positivo, taquicardia, Hipotensión, hipotensión ortostática)	6%	60 ml/Kg
<b>Grado III</b>	Lo anterior más alteración del estado de la consciencia (Obnubilación, somnolencia, estupor)	9%	90 ml/Kg
<b>Grado IV</b>	CHOQUE: Hipotensión arterial PAS < 90 mmHg.		

*ml: mililitro, kg: kilogramo, mmHg: milímetro de mercurio. Adaptado de: Sabatine Marc <sup>(4)</sup>, Steffen R, Hill DR, DuPont HL <sup>(7)</sup>.*

**Tabla 6.** Clasificación clínica de la deshidratación en el niño menor de 5 años.

<b>Grado</b>	<b>Características</b>	<b>Perdida en &lt;12 kg y Lactantes</b>	<b>Perdida en ≥12 kg</b>
<b>Ausencia de deshidratación</b>	No hay signos suficientes para diagnosticar una deshidratación (Aunque existe pérdida de volumen)	< 5%	< 3%
<b>Algún grado de deshidratación</b>	Al menos dos de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intranquilo o irritable</li> <li>• Ojos hundidos</li> <li>• Bebe ávidamente con sed</li> </ul>	5-9% (50 - 100 ml/Kg)	3-5 % (30 - 60 ml/Kg)
<b>Deshidratación grave</b>	Al menos dos de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letárgico o inconsciente</li> <li>• Ojos hundidos</li> <li>• No puede beber o bebe con dificultad</li> <li>• Pliegue cutáneo lento (2 segundos o más)</li> </ul>	Mayor o igual al 10% (100 - 150 ml/Kg)	Mayor o igual al 6% (60 - 90 ml/Kg)

**Fuente:** Cuadro de procedimientos AIEPI <sup>(5)</sup>.



## Paraclínicos

Existen algunos paraclínicos que se deben solicitar dentro del estudio básico inicial, los cuales se mencionan a continuación:

- Hemoleucograma
- Reactantes de fase aguda: Velocidad de sedimentación globular (VSG), Proteína C reactiva (PCR), Procalcitonina (de elección para etiología Bacteriana)
- Electrolitos: Sodio, potasio, cloro (descartar hiponatremia, hipopotasemia, e hipocloremia)
- Glucosa sérica
- Azoados: Creatinina y Nitrógeno ureico sanguíneo (BUN) (aumento del BUN por deshidratación).
- Examen de leucocitos en heces en diarrea inflamatoria (> 3 Leucocitos por campo), huevos y parásitos (en brotes, diarrea del viajero, diarrea > 10 días).
- VIH en Homosexuales o inmunodeprimidos
- Serología para *E. Hystolitica*
- Imágenes: Radiografía de abdomen y Ecografía (en sospecha de megacolon tóxico)
- Colonoscopia (en caso de inmunodepresión, cultivos positivos y proctitis)
- Coproscópico
- Coprocultivo

Como recomendación para el aprovechamiento y rendimiento de paraclínicos, en la tabla 7 se describen las indicaciones de solicitud de estudio de las heces en EDA.

**Tabla 7.** Indicaciones de estudio de las heces.

Muestra de heces	Indicaciones
Coproscópico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diarrea &gt; 10 días</li><li>• Diarrea del Viajero (Viajes a zonas endémicas)</li><li>• Exposición a agua no depurada</li><li>• Brotes en la comunidad</li></ul>



- 
- Paciente asistente a guarderías o Ancianatos
  - VIH positivo
  - Hombres Homosexuales sexualmente activos
  - Inmunosuprimidos (VIH, Esteroides, Cáncer, Quimioterapia, Inmunosupresores por trasplante de órganos)
  - Antibioticoterapia intrahospitalaria reciente
  - Disentería
  - Presencia de pus en las heces
  - Clínica Atípica
  - Fiebre persistente (40 C)
- 

### Coprocultivo

- Sospecha de septicemia
  - Disentería (sangre en las heces)
  - Paciente inmunocomprometido
  - Diarrea crónica
  - DHT grave
  - Epidemias
- 

**Fuente:** Sabatine Marc <sup>(4)</sup>; Pavan Bhat <sup>(10)</sup>

## Tratamiento

El pilar del tratamiento es la hidratación, ya sea con sales de rehidratación oral (SRO), líquidos preparados, o líquidos parenterales, según sea el caso. Para ello se requiere calcular las pérdidas de volumen por deshidratación (DHT). Existen varias maneras descritas en la literatura, aquí se expone la que más se acerca a las pérdidas por porcentaje del peso total con el volumen en mL a reponer por cada kilogramo de peso.

### *Hidratación en adultos y niños mayores de 5 años.*

#### **A. Deshidratación grado I:**

Manejo: Escenario ambulatorio.

##### **1. Mantener la hidratación:**

- ✓ Se pueden dar líquidos preparados mediante cocción de cereales en grano o molidos (arroz, maíz o cebada) y cocinados en agua, o aquellos que se preparan con papa o plátano, o arroz.



- ✓ Dar agua, siempre y cuando, se combine con la dieta habitual, que incluya alimentos con almidón (papa, yuca, ñame o maíz), preparados de preferencia con sal.
- ✓ Se puede adicionar sales de rehidratación oral (SRO) (Formula OMS con osmolaridad reducida 245 mOsm/L, que contiene 75 mEq / L de sodio y 75 mmol/L de glucosa 20g/L). Preparación: Diluir 1 sobre en 1 lt de agua. Dosis: 200 - 250 cc (1 vaso) después de cada deposición o vómito.

2. **Evitar bebidas carbonatadas** (como gaseosas o refrescos de soda), bebidas rehidratantes para deportistas, Soluciones orales de electrolitos con menos de 40 mmol/L de sodio en su composición, productos lácteos, frutas como la piña, papaya, mango, ciruela o pitaya.

3. **Implementar Medidas Preventivas:** Lavado de manos, preparación de alimentos, contacto con otras personas.

4. **Reconocimiento de signos de alarma:** no mejoría a las 72 horas, conversión de la EDA a disintérica, diarrea o vomito de alto gasto, persistencia de la fiebre más de 48 horas a pesar del tratamiento.

5. **En caso de intolerancia a la vía oral:**

- ✓ En casos de intolerancia a la vía oral, alguna alteración de la consciencia, vomito persistente, distensión abdominal, diarrea de alto gasto, rechazo a la vía oral, puede usarse hidratación endovenosa.
- ✓ Usar idealmente L. Ringer IV según la siguiente fórmula:  $30 \text{ ml} \times \text{Peso en Kg}$  (Cantidad de pérdida en DHT GI:  $30 \text{ ml/Kg}$  (3% del peso) = ml a reponer mínimo en 4 horas. Una vez tolere la vía oral cambiar a SRO.
- ✓ Se puede pasar el 25% del volumen a reponer en forma de bolo, para pasar en 5 – 10 minutos y luego continuar la infusión para el tiempo calculado.

## B. Deshidratación grado II:

**Manejo:** Escenario hospitalario.

1. **Tratamiento inicial intrahospitalario.**





- ✓ Usar idealmente L. Ringer IV según la siguiente fórmula:  $60 \text{ ml} \times \text{Peso en Kg}$  (Cantidad de pérdida en DHT GII:  $60 \text{ ml/Kg}$  (6% del peso)= ml a reponer mínimo en 8 horas.
- ✓ Se puede pasar el 25% del volumen a reponer en forma de Bolo, para pasar en 5 – 10 minutos y luego continuar la infusión para el tiempo calculado.

### C. Deshidratación grado III:

**Manejo:** Escenario hospitalario.

#### 1. Tratamiento inicial intrahospitalario.

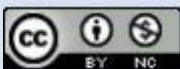
- ✓ Usar idealmente L. Ringer IV según la siguiente fórmula:  $90 \text{ ml} \times \text{Peso en Kg}$  (Cantidad de pérdida en DHT GIII:  $90 \text{ ml/Kg}$  (9% del peso)= ml a reponer mínimo en 12 horas.
- ✓ Se puede pasar el 25% del volumen a reponer en forma de Bolo, para pasar en 5 – 10 minutos y luego continuar la infusión para el tiempo calculado.

### D. Choque hipovolémico (grado IV):

**Manejo:** Sala de reanimación – Cuidado intensivo

#### 1. Tratamiento inicial en Reanimación.

- ✓ Evaluación primaria CABDE.
  - C: Circulación y control de hemorragias.
  - A: Mantenimiento de la vía aérea y control de columna cervical.
  - B: Buena ventilación.
  - D: Déficit neurológico y valoración de pupilas.
  - E: Exposición y control de Hipotermia.
- ✓ Evaluación Secundaria SAMPLE
  - S: Signos y síntomas. Buscar signos y síntomas asociados.
  - A: Alergias. Evaluar la presencia de alergias.
  - M: Medicamentos. Evaluar el consumo de medicación que favorezca el cuadro.



P: Previa Historia Clínica. Indagar sobre los antecedentes patológicos, y tóxicos.

L: La última comida. Evaluar el la temporalidad y papel de la última comida.

E: Eventos relacionados. Cualquiera.

- ✓ Bolo de 30 ml/Kg IV, repetir si es necesario (Máximo 2 veces) hasta mejoría en el pulso y PAS > 90 mmHg, o PAM > 65 mmHg.
- ✓ En caso de deterioro o falta de respuesta al volumen: iniciar Vasopresor: Noradrenalina 0,05 – 0,5 mcg/Kg/min titulable, revalorar, considerar diagnósticos diferenciales y manejo en sala de terapia intensiva.

## 2. Si hay mejoría iniciar el esquema C.

### *Hidratación en niños menores de 5 años* <sup>(5)</sup>

#### **A. En ausencia de deshidratación:**

**Manejo:** Escenario ambulatorio.

#### 1. Mantener la hidratación:

- ✓ Mantener la leche materna y aumentar su frecuencia.
- ✓ Se pueden dar Líquidos preparados mediante cocción de cereales en grano o molidos (arroz, maíz o cebada) y cocinados en agua, o aquellos que se preparan con papa o plátano, o arroz.
- ✓ Dar agua, siempre y cuando, se combine con la dieta habitual, que incluya alimentos con almidón (papa, yuca, ñame o maíz), preparados de preferencia con sal.
- ✓ Se puede adicionar Sales de Rehidratación Oral. (Formula OMS con osmolaridad reducida 245 mOsm/L, que contiene 75 mEq / L de sodio y 75 mmol/L de glucosa 20g/L). Preparación: Diluir 1 sobre en 1 lt de agua. Dosis: Niños < 1 año: 50 – 100 cc después de cada deposición. Niños > 1 año: 100 – 200 cc después de cada deposición.

2. **Continuar la alimentación:** Continuar la lactancia materna; se puede dar SRO al lactante exclusivo.



3. **Suplementar con zinc:** (Reduce la duración y la recidiva a 3 meses). Dosis: <6 meses: 10 mg día. > 6 meses 20 mg día. Duración total 14 días.

4. **Implementar Medidas Preventivas:** Lavado de manos, preparación de alimentos, contacto con otras personas.

5. **Reconocimiento de signos de alarma:** no mejoría a las 72 horas, conversión de la EDA a disintérica, presencia de algún signo de DHT, diarrea o vomito de alto gasto, persistencia de la fiebre mas de 48 horas a pesar del tratamiento.

Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años no recomienda administrar los siguientes líquidos durante un episodio diarreico:

- Bebidas carbonatadas (como gaseosas o refrescos de soda)
- Bebidas rehidratantes para deportistas
- Soluciones orales de electrolitos con menos de 40 mmol/L de sodio en su composición
- Solución de agua, sal y azúcar

## **B. Con algún grado de deshidratación:**

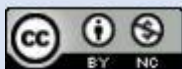
**Manejo:** Escenario hospitalario.

1. **Tratamiento inicial intrahospitalario por 4 horas inicialmente.**

2. **Tratar con SRO:** (Formula OMS con osmolaridad reducida 245 mOsm/L, que contiene 75 mEq / L de sodio y 75 mmol/L de glucosa 20g/L). Preparación: Diluir 1 sobre en 1 lt de agua.

- ✓ Cantidad aproximada de solución a reponer en las primeras 4 horas: 75 ml/Kg. (50 – 100 ml/Kg).
- ✓ En < 6 meses aumentar la frecuencia de leche materna. Si no esta amamantando se deberá adicionar 100 a 200 ml de agua potable durante ese periodo.
- ✓ Si el niño vomita, esperar 10 minutos y continuar. Si continúa vomitando administrar SRO por sonda nasogástrica (SNG) en goteo para 4 horas.

3. **Revaloración a las 4 horas:**



- ✓ Si mejora: Manejarlo como paciente en Ausencia de DHT.
- ✓ Si continúa con algún grado de DHT: Repetir el tratamiento con SRO por 2 horas más.
- ✓ Si empeora o tiene algún signo de DHT grave: Manejar como DHT grave.
- ✓ Si presenta edema bpalpebral sospechar Rehidratación y suspender SRO, y continuar con leche materna o agua potable.

#### 4. En caso de intolerancia a la vía oral (VO):

- ✓ En casos de intolerancia a la vía oral (VO), alguna alteración de la consciencia, vomito persistente, distención abdominal, falta de colaboración de los padres, diarrea de alto gasto, rechazo a la vía oral puede usarse hidratación endovenosa rápida.
- ✓ Usar idealmente L. Ringer 75 ml/Kg para pasar en 3 horas intravenosa (IV). Como la mezcla aporta poco potasio, tan pronto como tolere la vía oral iniciar SRO sin suspender la IV.

### C. Deshidratación grave:

**Manejo:** Escenario hospitalario.

1. **Reponer perdidas** (100 ml/Kg) por vía intravenosa (Idealmente) o sonda nasogástrica (SNG), con L. Ringer (Idealmente) o solución salina normal 0,9% (SSN).

- ✓ Si el paciente puede beber, dar SRO por VO hasta que se instale la infusión.
- ✓ Primero administrar 30 ml/Kg de L. Ringer para pasar en 1 hora en < 1 año. En paciente a partir de 1 año pasar en 30 minutos.
- ✓ Luego administrar 70 ml/Kg de L. Ringer para pasar en 5 horas en < 1 año, y en pacientes a partir de 1 año pasar en 2 horas y media.

#### 2. Revalorar cada 30 minutos:

- ✓ Si no mejora: aumentar la velocidad de la infusión. Repetir otro Bolo de 30 ml/Kg si el pulso es débil.



- ✓ Después de 6 horas (en <1 año), ó 3 horas (en  $\geq 1$  año) evaluar el estado de hidratación y elegir el plan de tratamiento apropiado para continuar (A, B o C).

### 3. Si no es posible la vía intravenosa (IV):

- ✓ Inicie la terapia con SNG mientras se puede obtener la IV. A dosis de 20 ml/Kg/Hora por 6 horas. Si el abdomen se distiende disminuir la velocidad hasta que mejore.
- ✓ Si no es posible la vía de SNG. Administrar SRO por VO a 20 ml/Kg/Hora por 6 horas. En caso de emesis disminuir a velocidad.

## Manejo sintomático

En la tabla 8 se describen las recomendaciones del manejo sintomático con algunos medicamentos disponibles en el mercado, de fácil consecución y según la evidencia actual.

**Tabla 8.** Grupo de medicamentos para manejo sintomático en diarrea.

Grupos	Medicamento	Dosificación
<b>Analgésicos antipiréticos</b>	<b>ACETAMINOFEN</b> Tab. 500 mg; Sln Inyectable 10 mg/ml; Jbe. 150 mg/5ml; Gotas 100 mg/ml.	Do: 500 mg – 1 g/6 horas VO ó IV por 3 a 5 días. Niños: Do: 10 -15 mg/Kg/dosis, cada 6 horas VO ó IV por 3 a 5 días.
<b>Antieméticos</b>	<b>METOCLOPRAMIDA</b> Tab. 10 mg; Cap. 20 mg; Amp. 10 mg/2 ml; Jbe. 1mg/ml; Gotas 4 mg/ml.	Do: 10 mg/8 – 12 horas VO ó IV por 3 a 5 días. Niños: Do: 0,5 mg/kg/día cada 8-12 horas VO ó IV por 3 a 5 días Gotas: 1 gota/kg cada 8 – 12 horas. (No en menores de 5 años)
	<b>ONDANSETRON</b> Tab. 4 y 8 mg; Amp. 8 mg/4 ml.	Do: 8 -10 mg/8 - 12 horas VO ó IV. Niños: Do: 4 mg/8 horas VO ó IV. Dosis única oral: 2 mg en <15 Kg, y 4 mg entre 15 y 30 Kg ó intravenosa 0,15 mg/Kg. (En niños con alto riesgo de DHT).



<b>Antidiarreicos (En EDA &gt; 10 días)</b>	<b>LOPERAMIDA</b> Tab. 2 mg; Susp. 0,4 mg/ml.	Do: 4 mg iniciales VO, luego 2 mg post deposición, Máximo 12 mg al día, por 3 a 5 días. Niños: Do: 0,1-0,2 mg/kg/día repartidos cada 8-12 horas VO por 3 a 5 días.
	<b>SUBSALICILATO DE BISMUTO</b> Tab. 262 mg. Susp. 255/15 ml; Susp. 262 mg/15 ml.	Do: 524 mg (2 tabs.) cada 6 horas VO por 3 – 5 días. Niños: Do: 100 mg/kg/día repartidos cada 4 horas VO por 5 días.
<b>Diarrea refractaria</b>	<b>OCTREÓTIDO</b> Amp. 0,1 mg/ml; Vial 20 mg/2 ml.	Do: 0,1 mg SC/8 horas entre 3 a 5 días usualmente. No aplica en diarrea en niños.
<b>Restauradores de microbiota en diarrea persistente</b>	<b>BACILLUS CLAUSII</b> Susp. Esporas de <i>Bacillus Clausii</i> 2000/5 ml.	Do: 1 frasco/12 horas usualmente por 10 a 15 días (Igual en niños).
	<b>LACTOBACILLUS REUTERI PROTECTIS</b> Gotas: 1x10 <sup>8</sup> UFC de <i>Lactobacillus Reuteri Protectis</i> /5 gotas.	Do: Niños: 5 gotas al día durante 1 mes usualmente o hasta terminar el frasco.
<b>Otros</b>	<b>ZINC</b> Sln. Oral 2mg/ml.	Do niños < 5 años: 10 mg en niños menores de 6 meses y 20 mg en niños entre 6 meses a 5 años, por 10 a 14 días.

*Do: Dosis; VO: Vía oral; IV: Intravenosa; DHT: Deshidratación. Evitar el uso de Opioides y Anticolinérgicos como Hioscina por mayores efectos adversos que beneficios* <sup>(4)</sup>.

**Fuente:** Sabatine Marc <sup>(4)</sup>; Pavan Bhat <sup>(10)</sup>; Guerrant RL. et al <sup>(12)</sup>.

## Manejo antimicrobiano

Si bien los antibióticos en la EDA pueden reducir la duración de la diarrea, la mayoría resuelven espontáneamente. El uso de antibióticos no se recomienda en casos de EDA producidos por *E. Coli* productora de toxina *shiga* (STEC) o ante su sospecha, debido al aumento del riesgo de síndrome hemolítico urémico (SHU) especialmente en niños y en ancianos <sup>(13)</sup>.

Los antibióticos están indicados en los siguientes escenarios:



- Diarrea inflamatoria.
- Diarrea del viajero.
- Disentería (Diarrea con sangre).
- Inmunosuprimidos.
- Portadores de prótesis.
- Duración >10 días.
- Trabajadores de la salud.
- Sospecha de *V. Cholerae*.
- Aislamiento de *Shigella*, *E. Histolytica*, *Giardia*, y *C. Difficile*.

En la tabla 9 y 10 se mencionan los tratamientos antimicrobianos recomendados en los adultos y en los niños respectivamente.

**Tabla 9.** Tratamiento antimicrobiano en el adulto con Enfermedad Diarreica Aguda.

<b>Grupo</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Dosificación</b>
<b>Primera línea</b>	<b>CIPROFLOXACINA</b> Tab. 250, 500 y 750 mg; Vial 100 mg/10 ml.	Do: 500 -750 mg/12 horas VO ó 400 mg/12 horas IV por 3-5 días. (400 mg IV equivalen a 750 mg VO).
<b>Segunda línea</b>	<b>AZITROMICINA</b> Tab. 500 mg.	Do: 500 mg/día por 3 días VO.
	<b>TRIMETROPRIM-SULFAMETOXAZOL</b> Tab. 160/800 mg; Tab. 80/400 mg; Sln Inyectable. 80/400 mg.	Do: 160/800 mg/12 horas VO ó IV por 3-5 días.
<b>En casos de infección por <i>C. Difficile</i></b>	<b>Primera línea:</b> <b>VANCOMICINA ORAL</b> Cap. 125 y 250 mg.	Do: 125 mg/12 horas por 10-14 días.
	<b>Segunda línea:</b> <b>METRONIDAZOL</b> Tab. 500 mg; Sln inyectable. 5 mg/ml.	Do: 500 mg/8 horas por 10-14 días.
<b>En diarrea del viajero</b>	<b>Primera de línea:</b> <b>CIPROFLOXACINA</b> Tab. 250, 500 y 750 mg; Vial 100 mg/10 ml.	Do: 500 mg/12 horas por 3-5 días.



	<b>Segunda línea: RIFAXIMINA</b> Tab. 200 mg.	Do: 200 mg/6 horas por 3 días VO.
<b>Sospecha de etiología parasitaria</b>	<b>Primera línea: METRONIDAZOL</b> Tab. 500 mg; Sln inyectable. 5 mg/ml.	Do: 500 - 750 mg/8 horas VO por 7-14 días.
	<b>Segunda línea: NITAXOZANIDA</b> Tab. 500 mg.	Do: 500 mg/12 horas por 3 días VO.

Do: Dosis; VO: Vía oral; IV: Intravenosa.

Fuente: Sabatine Marc <sup>(4)</sup>; Pavan Bhat <sup>(10)</sup>; Guerrant RL. et al <sup>(12)</sup>

**Tabla 10.** Tratamiento antimicrobiano en el niño con Enfermedad Diarreica Aguda.

<b>Grupo</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Dosificación</b>
<b>Primera línea</b>	<b>ACIDO NALIDIXICO</b> Tab. 500 mg; Susp. 250mg/5ml.	55 mg/kg/día repartido cada 8 horas por 7 días
<b>Segunda línea</b>	<b>CIPROFLOXACINO</b> Susp. 250 y 500 mg/5ml; Amp. 100 mg/10 ml.	Do: 20-40 mg/kg/día repartido cada 12 horas VO ó 10-20 mg/Kg/día repartido cada 12 horas IV.
	<b>CEFTRIAXONA</b> Frasco Vial 250, 500 y 1000 mg.	Do: 100 mg/Kg/24 horas IV por 5 días.
<b>Tercera línea</b>	<b>TRIMETROPRIM-SULFAMETOXAZOL</b> Sup. 40mg TMP/200 mg SMX/5 ml; Susp. 80mg TMP/400mg SMX/5ml.	Do: 8mg TMP/40mg SMX/Kg/día repartidos cada 12 horas por 5 días VO.
<b>Amebiasis</b>	<b>METRONIDAZOL</b> Susp. 250 mg/5ml. Tab. 500 mg. Sln Inyectable. 5 mg/ml.	Do: 10 mg/kg/8 horas por 5 días.
<b>Giardiasis</b>	<b>METRONIDAZOL</b> Susp. 250 mg/5ml. Tab. 500 mg. Sln Inyectable. 5 mg/ml.	Do: 5 mg/kg/8 horas por 5 días.

Do: Dosis; VO: Vía oral; IV: Intravenosa.

Fuente: Guía de Práctica Clínica – EDA. Min. Salud. Colombia <sup>(11)</sup>





## Conclusiones

El abordaje de la enfermedad diarreica aguda debe incluir una anamnesis completa y un examen físico dirigido con racionalización de los paraclínicos, con el fin de seleccionar el tratamiento más adecuado de forma individual. Esto mejora el pronóstico de la enfermedad, con mejores resultados y menos desenlaces desastrosos.



## Cumplimiento de normas éticas

Este estudio no involucró la participación de humanos o animales y, por lo tanto, no necesitó ser aprobado por un comité de ética.

## Financiación

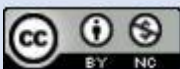
Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de financiación.

## Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses con respecto a la publicación de este artículo.

## Referencias

1. PubMed. National Library of Medicine (NLM). National Center for Biotechnology Information (NCBI). MeSH. Diarrhea. 2007. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68003967>
2. World Health Organization. Diarrhoeal disease. 2017. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
3. Martín, C. Gavilán, B. García Avilés, R. González Montero. "Gastroenteritis aguda." Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. 2008.
4. Sabatine Marc. Gastroenterología. Diarrea. Medicina de Bolsillo. 6 Ed. Barcelona (España): Wolters Klumer; 2017.
5. Cuadro de procedimientos AIEPI. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Libro Clínico Bogotá D.C.,



- Colombia: OPS, 2016 (Serie 3) Segunda Edición Corregida; 2016. 795 páginas.
6. Herbert L. DuPont. Acute Infectious Diarrhea in Immunocompetent Adults. *N Engl J Med* 2014; 370:1532-1540. DOI: 10.1056/NEJMra1301069
  7. Steffen R, Hill DR, DuPont HL. Traveler's Diarrhea: A Clinical Review. *JAMA*. 2015;313(1):71–80. Doi:10.1001/jama.2014.17006
  8. Jason B Harris, Regina C LaRocque, Firdausi Qadri, Edward T Ryan, Stephen B Calderwood. Cholera. *The Lancet*. Vol. 379, ISSUE 9835, P2466-2476, June 30, 2012. DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60436-X
  9. Alcalá Hernández L, Marín Arriaza M, Mena Ribas A, Niubó Bosh J. Diagnóstico microbiológico de la infección por *Clostridium difficile*. *Procedimientos en Microbiología Clínica*. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2015.
  10. Pavan Bhat. *Diarrhea*. Manual Washington de terapéutica médica. 35 Ed. Barcelona (España): Wolters Klumer. 2017.
  11. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Universidad de Antioquia. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años SGSS – 2013 Guía No. 8 GPC-EDA. Bogotá, 2013.
  12. Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, Thielman NM, Slutsker L, Tauxe RV, Hennessy T, Griffin PM, DuPont H, Sack RB, Tarr P, Neill M, Nachamkin I, Reller LB, Osterholm MT, Bennish ML, Pickering LK; Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *Clin Infect Dis*. 2001 Feb 1;32(3):331-51. doi: 10.1086/318514. Epub 2001 Jan 30. PMID: 11170940.
  13. Wong, Craig S. Jelacic, Srdjan. Habeeb, Rebecca L. Watkins, Sandra L. Tarr, Phillip I. The Risk of the Hemolytic–Uremic Syndrome after Antibiotic Treatment of *Escherichia coli* O157:H7 Infections. *New England Journal of Medicine* June 29, 2000 342(26):1930.

