

## Enfoque y Manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda: Revisión de la Literatura

### Approach and Management of Acute Diarrheal Disease: Review of the Literature

**Fecha de recibido:** 29-Jun-2022, Manuscript No. ipadm-21-10452; **Fecha del Editor asignado:** 01-Jul-2022, PreQC No. ipadm-21-10452(PQ); **Fecha de Revisados:** 15-Jul-2022, QC No. ipadm-21-10452; **Fecha de Revisado:** 18-Jul-2022, Manuscript No. ipadm-21-10452(R); **Fecha de Publicación:** 25-Jul-2022, DOI:10.36648/1698-9465.22.18.1547

**Beltrán Castro Marvin<sup>1</sup>,  
Muñoz Pedraza Diana<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Médico, Especialista en Docencia Universitaria, Magíster en Epidemiología, Bogotá D.C., Colombia

<sup>2</sup> Médico, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales –UDCA, Bogotá D.C., Colombia

#### Resumen

La enfermedad diarreica aguda es una condición común que requiere su comprensión y dominio en la clínica tanto en población pediátrica como adulta, conociendo su definición, clasificación, etiología, tratamiento y pertinencia de estudios para evaluar su gravedad y condiciones asociadas. La presente revisión aporta conceptos recientes en el abordaje y manejo de la enfermedad diarreica aguda con recomendaciones basados en la evidencia actual y que podría ser beneficioso en la clínica.

**Palabras clave:** Diarrea; Diarrea infantil; Disentería; Deshidratación

#### \*Correspondencia:

Beltrán Castro Marvin

Tel: +(57) 3508216513

✉ marvinsbc@hotmail.com

#### Abstract

Acute diarrheal disease is a common condition that requires understanding and mastery in the clinic both in pediatric and adult populations, knowing its definition, classification, etiology, treatment and relevance of studies to evaluate its severity and associated conditions. This review provides recent concepts in the approach and management of acute diarrheal disease with recommendations based on current evidence that could be beneficial in the clinic.

**Keywords:** Diarrhea; Infant diarrhea; Dysentery; Dehydration

#### Definición

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.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define enfermedad diarreica aguda 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.

#### Clasificación de la Diarrea

La diarrea puede ser clasificada según temporalidad, localización y gasto como se muestra a continuación [1-3].

A. **POR TEMPORALIDAD (Tabla 1)**

B. **POR LOCALIZACIÓN (Tabla 2)**

C. **POR GASTO (Tabla 3)**

#### Etiología

La mayoría de las enfermedades diarreicas agudas son causadas por infecciones generadas por bacterias, virus y parásitos según las condiciones, grupos etarios y factores de riesgo, sin embargo una considerable minoría son debidas a causas no infecciosas que se pueden favorecer por fármacos o patologías agudas o crónicas descompensadas y que no se deben pasar por alto en el abordaje (Tabla 4).

**Tabla 1.** Según la Clasificación Del Tiempo.

Tipo	Duración
DIARREA AGUDA	Menor de 14 días
DIARREA PERSISTENTE	≥ 14 DIAS – 30 días
DIARREA CRONICA	Mayor a 30 días

**Tabla 2.** Según la 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

Adaptado de: Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica.

**Tabla 3.** Para Gastro la Clasificación.

GASTO	CARACTERÍSTICA
BAJO Gasto	<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>
ALTO Gasto	<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>

Adaptado de: Cuadro de procedimientos AIEPI, Bogotá D.C., Colombia: OPS, 2016. [3]

## Clínica

Historia clínica detallada sobre características de las heces, 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, 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 en el adulto o niño como guía y parte del tratamiento (ver clasificación de deshidratación) (Tabla 5,6).

## Paraclínicos

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

- Hemoleucograma
- Reactantes de fase aguda: VSG, PCR, Procalcitonina (Bacteriana)
- Electrolitos: Sodio, Potasio, Cloro (Descartar Hiponatremia, Hipopotasemia, e hipocloremia)
- Glucosa Sérica
- Azoados: Creatinina, BUN (Aumento del BUN por deshidratación)

- Examen de Leucocitos en heces en diarrea inflamatoria (>3 Leucos XC), 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 y Coprocultivo (ver indicaciones) (Tabla 7)

## 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.

Existen varias maneras de calcular las pérdidas de volumen por deshidratación, 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 Kg de peso.

## Hidratación en Adultos y Niños Mayores de 5 Años

### A. DHT Grado I: (Escenario Ambulatorio)

1. Mantener la hidratación:

Tabla 4. Mayoría de las Enfermedades Diarreicas Agudas.

Etiología		
No Infecciosa (10%)	<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>· Ca 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>
Infecciosa (90%)	Bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Campylobacter</i> (Principal causa en adultos; Carne de ave poco cocinada, leche no pasteurizada, perros y gatos portadores, artritis reactiva)</li> <li>· <i>Salmonella</i> (Principal causa en adultos; Huevos, aves de corral, leche)</li> <li>· <i>Shigella</i> (Heces con sangre y pus frecuente)</li> <li>· <i>E. Coli</i> (Diarrea del viajero, comida contaminada, alimentos crudos, carne de res poco cocinada)</li> <li>· <i>Vibrio</i> (Aguas contaminadas, pescado, mariscos)</li> <li>· <i>Clostridium difficile</i> (Tto antimicrobiano, produce colitis pseudomembranosa)</li> <li>· <i>Yersinia</i> (Carne de cerdo poco cocinada, leche no pasteurizada)</li> </ul>
	Parasitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Giardia</i> (Deportes acuáticos, viajes, brotes)</li> <li>· <i>Entamoeba histolytica</i> (Alimentos y aguas contaminadas, absceso hepático)</li> <li>· <i>Cryptosporidium</i> (Brotes, aguas contaminadas)</li> <li>· <i>Isospora belli</i> (Productos contaminados)</li> <li>· <i>Cyclospora</i> (Productos contaminados)</li> </ul>
	Vírica	<ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Rotavirus</i> (Principal causa en niños a nivel mundial, guarderías)</li> <li>· <i>Norovirus</i> (brotes, aguas contaminadas)</li> <li>· <i>Adenovirus</i> (Brotes invernales)</li> <li>· <i>Citomegalovirus</i> (Inmunosuprimidos)</li> </ul>

Adaptado de: NEJM 2014;370:1532, JAMA 2015;313:71, Lancet 2012;379:2466. [4]

Tabla 5: Clasificación Clínica de la Deshidratación [5].

Grado	Características	% de Perdida	Perdida en ml
Grado I	Historia de pérdida de volumen.	3%	30 ml/Kg
Grado II	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
Grado III	Lo anterior más alteración del estado de la consciencia (Obnubilación, somnolencia, estupor)	9%	90 ml/Kg
Grado IV	CHOQUE: Hipotensión arterial PAS < 90 mmHg.		

- 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 20 g/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.

**Tabla 6:** Clasificación Clínica de la Deshidratación.

Grado	Características	Perdida en <12 Kg y Lactantes	Perdida en ≥12 Kg
Ausencia de Deshidratación	No hay signos suficientes para diagnosticar una deshidratación (Aunque existe pérdida de volumen)	< 5%	< 3%
Algún Grado de Deshidratación	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)
Deshidratación Grave	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>• 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 - 90ml/Kg)

Adaptado de: Cuadro de procedimientos AIEPI, Bogotá D.C., Colombia: OPS, 2016. [6]

**Tabla 7:** Cuadro de Indicaciones de Estudio de las HECES.

Muestra de Heces	Indicaciones
Coproscopico	<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> <li>• Paciente asistente a guarderías o Ancianatos</li> <li>• VIH positivo</li> <li>• Hombres Homosexuales sexualmente activos</li> <li>• Inmunosuprimidos (VIH, Esteroides, Cáncer, Quimioterapia, Inmunosupresores por trasplante de órganos)</li> <li>• Antibioticoterapia intrahospitalaria reciente</li> <li>• Disentería</li> <li>• Presencia de pus en las heces</li> <li>• Clínica Atípica</li> <li>• Fiebre persistente (40 C)</li> </ul>
Coprocultivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sospecha de septicemia</li> <li>• Disentería (Sangre en las heces)</li> <li>• Paciente inmunocomprometido</li> <li>• Diarrea crónica</li> <li>• DHT grave</li> <li>• Epidemias</li> </ul>

Adaptado de: Diarrea. Sabatine Marc, Medicina de Bolsillo 6 Ed. 2017. Diarrea. Manual Washington de terapéutica médica, 35 Ed. 2017. [7]

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 mas 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, distención abdominal, diarrea de alto gasto, rechazo a la vía oral, puede usarse hidratación endovenosa.

Usar idealmente L. Ringer IV según la siguiente fórmula: 30 ml x Peso en Kg (Cantidad de pérdida en DHT GI: 30 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. DHT Grado II: (Escenario Hospitalario)**

1. Tratamiento inicial intrahospitalario.
  - Usar idealmente L. Ringer IV según la siguiente fórmula: 60 ml x Peso en Kg (Cantidad de pérdida en DHT GII: 60 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. DHT Grado III: (Escenario Hospitalario)**

1. Tratamiento inicial intrahospitalario.
  - Usar idealmente L. Ringer IV según la siguiente fórmula: 90 ml x Peso en Kg (Cantidad de pérdida en DHT GIII: 90 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: (Escenario Hospitalario)**

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 (Máx 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 0.1 – 0,5 mcg/Kg/min titulable.

2. Si hay mejoría iniciar el esquema C (DHT Grado III)

**Hidratación en Niños < 5 años Según Aiepi 2016**

**A. En Ausencia De Deshidratación: (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 20 g/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 disentérica, presencia de algún signo de DHT, diarrea o vomito de alto gasto, persistencia de la fiebre mas de 48 horas a pesar del tratamiento.

La Guía de Práctica Clínica en EDA en menores de 5 años del Min Salud, Colombia 2013, 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 Algun Grado de Deshidratación: (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 20 g/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 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 DHTA Grave.
- Si presenta edema bipalpebral sospechar Rehidratación y suspender SRO, y continuar con leche materna o agua potable.

4. 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, falta de colaboración de los padres, diarrea de alto gasto, rechazo a la via oral puede usarse hidratación endovenosa rápida.

Usar idealmente L. Ringer 75 ml/Kg para parar en 3 horas IV. Como la mezcla aporta poco potasio, tan pronto como tolere la vía oral iniciar SRO sin suspender la IV.

**C. Deshidratación Grave: (Escenario Hospitalario)**

1. Reponer perdidas (100 ml/Kg) por vía endovenosa (Idealmente) o Sonda nasogástrica, con L. Ringer (Idealmente) o 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 (<1 año), ó 3 horas (en mayores) 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 endovenosa:

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 el siguiente cuadro se describen las recomendaciones del manejo sintomático según la evidencia actual (Tabla 8).

## Manejo Antimicrobiano

Los antibióticos en la EDA pueden aumentar el riesgo de síndrome hemolítico urémico asociado a las infecciones por *E. Coli* productora de toxina shiga especialmente en niños y en ancianos.

Está Indicado en (Tabla 9,10)

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

Tabla 8: Mayores efectos adversos que beneficios.

Grupos	Medicamento	Dosificación
<b>Analgesicos 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>Antiemeticos</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.
	<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>ENTEROGERMINA®</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>Otros</b>	<b>BIOGAIA®</b> Gotas: 1x108 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>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.

Evitar el uso de Opioides y Anticolinérgicos (Hioscina) por mayores efectos adversos que beneficios [8].

Tabla 9: Tratamiento de Primera Intención (Empírico) en el Adulto [9].

Grupo	Medicamento	Dosificación
Primera línea	<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).
Segunda línea	<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.
En Casos de Infección por <i>C. Difficile</i>	<b>1 LÍNEA: VANCOMICINA ORAL</b> Cap. 125 y 250 mg.	Do: 125 mg/12 horas por 10-14 días.
	<b>2 LÍNEA: METRONIDAZOL</b> Tab. 500 mg; Sln inyectable. 5 mg/ml.	Do: 500 mg/8 horas por 10-14 días.
En Diarrea del Viajero	<b>1 LÍNEA: CIPROFLOXACINA</b> Tab. 250, 500 y 750 mg; Vial 100 mg/10 ml.	Do: 500 mg/12 horas por 3-5 días.
	<b>2 LÍNEA: RIFAXIMINA</b> Tab. 200 mg.	Do: 200 mg/6 horas por 3 días VO.
Sospecha de Etiología Parasitaria	<b>1 LÍNEA: METRONIDAZOL</b> Tab. 500 mg; Sln inyectable. 5 mg/ml.	Do: 500 - 750 mg/8 horas VO por 7-14 días.
	<b>2 LÍNEA: NITAZOXANIDA</b> Tab. 500 mg.	Do: 500 mg/12 horas por 3 días VO.

Tabla 10: Tratamiento De Primera Intención (Empírico) En El Niño [10,11].

Grupo	Medicamento	Dosificación
Primera Línea	<b>ACIDO NALIDIXICO</b> Tab. 500 mg; Susp. 250mg/5ml.	55 mg/kg/día repartido cada 8 horas por 7 días
Segunda Línea	<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.
Tercera Línea	<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.
Amebiasis Giardiasis	<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>METRONIDAZOL</b> Susp. 250 mg/5ml. Tab. 500 mg. Sln Inyectable. 5 mg/ml.	Do: 5 mg/kg/8 horas por 5 días.

## Conclusión

Esta revisión proporciona conceptos recientes en el abordaje y manejo de la enfermedad diarreica aguda con recomendaciones basadas en la evidencia actual que podrían ser beneficiosas en la clínica.

## Referencias

- Steffen R, Hill DR, DuPont HL. Traveler's diarrhea: A clinical review. JAMA 2015; 313:71-80.
- Cuadro de procedimientos. AIEPI. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Libro Clínico Bogotá DC, Colombia: OPS, 2016 (Serie 3) 795 Segunda Edición Corregida.
- Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, Thielman NM, Slutsker L, Tauxe RV, et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. Clin Infect Dis 2001; 32:331-51.
- <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia53.pdf>
- <http://www.aeped.es/protocolos/infectologia/16-Gastroerotavirus.pdf>
- DuPont HL. Acute infectious diarrhea in immunocompetent adults. N Engl J Med 2014; 370:1532-40.
- Sabatine Marc. Gastroenterología. Medicina de Bolsillo. 6 Edn. Barcelona (España): WOLTERS KLUWER. 2019.
- Harris JB, LaRocque RC, Qadri F, Ryan ET, Calderwood SB. Cholera. Lancet 2012; 379:2466-76.
- Wong CS, Jelacic S, Habeeb RL, Watkins SL, Tarr PI. The risk of the hemolytic-uremic syndrome after antibiotic treatment of escherichia coli o157:H7 infections. N Engl J Med 2000 342:1930-6.

10. Pavan Bhat. Diarrea. Manual Washington de terapéutica médica 35 Edn. Barcelona (España): Wolters Kluwer. 2017.
11. [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC\\_Comple\\_EDA.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_EDA.pdf)