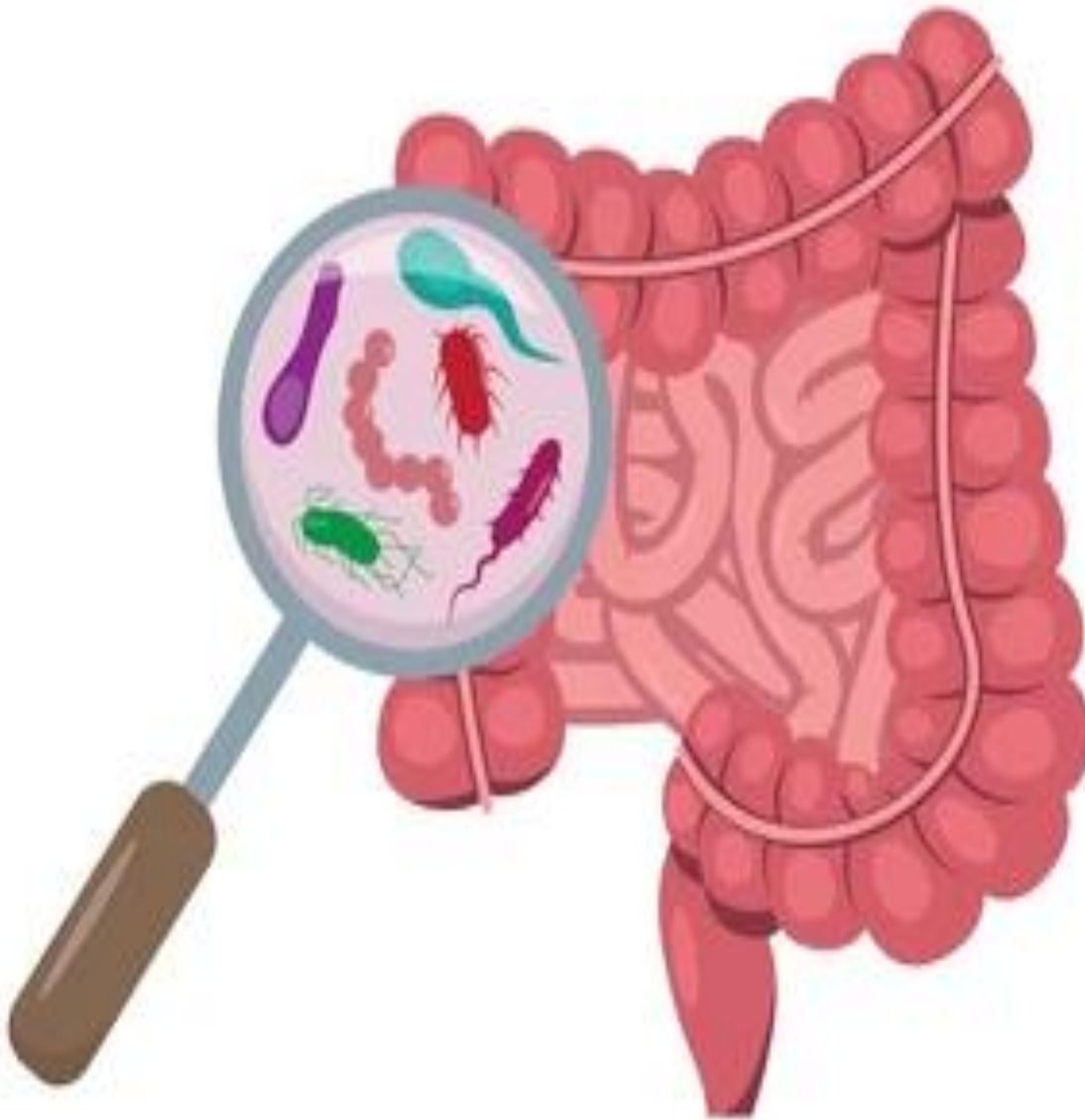


70-44.19

GUÍA DE MANEJO DE DIARREA Y GASTROENTERITIS



 E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA La Cumbre - Valle NIT 800.160.400-0	GUIA DE MANEJO DE DIARREA Y GASTROENTERITIS	Código: CEX-MGE-gui-005
		Versión: 3
		Actualización: 12/09/2025
		Página 2 de 26

70-44.19

CONTENIDO

1. JUSTIFICACIÓN
2. OBJETIVO GENERAL
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
4. DEFINICIÓN
5. EPIDEMIOLOGÍA
6. AGENTES ETIOLÓGICOS
7. CLASIFICACIÓN
8. MANIFESTACIONES CLÍNICAS
9. ABORDAJE DIAGNÓSTICO
10. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
11. TRATAMIENTO
12. PRONÓSTICO
13. RECOMENDACIONES PARA EL HOGAR
14. PREVENCIÓN
15. FLUJOGRAMA GENERAL
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
17. CONTROL DE CAMBIOS

1. JUSTIFICACIÓN

En 2025, la enfermedad diarreica aguda (EDA) continuará siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel global, especialmente en países en desarrollo. A pesar de los avances en la prevención y tratamiento, la EDA sigue afectando a millones de personas, particularmente a niños menores de cinco años. Factores como la falta de acceso a agua potable, condiciones de saneamiento deficientes y prácticas de higiene inadecuadas contribuyen a la persistencia de esta enfermedad en muchas regiones.

Además, el cambio climático y las crisis sanitarias, como las provocadas por pandemias recientes, han exacerbado la situación. Las inundaciones, sequías y otros desastres naturales pueden afectar la calidad del agua y aumentar la incidencia de brotes de EDA. En este contexto, las estrategias de salud pública se centran en la promoción de la higiene, la mejora del acceso a servicios de agua y saneamiento, y la educación comunitaria sobre la prevención de enfermedades.

Por otro lado, se han observado esfuerzos significativos en la investigación y desarrollo de nuevas intervenciones, como vacunas y tratamientos más efectivos.

Sin embargo, es crucial que estas innovaciones se implementen de manera equitativa, garantizando que las comunidades más vulnerables tengan acceso a ellas. La colaboración entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales y el sector privado será esencial para abordar de manera integral la EDA y reducir su impacto en la salud global en los próximos años.

La enfermedad diarreica aguda (EDA) representa un desafío significativo para la salud pública en Colombia, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, especialmente en niños menores de cinco años. La diversidad geográfica y socioeconómica del país contribuye a la variabilidad en la incidencia y presentación clínica de la EDA. Por lo tanto, es imperativo desarrollar una guía de práctica clínica que contemple estos aspectos, proporcionando a los profesionales de la salud un marco claro y basado en evidencia para el diagnóstico, tratamiento y prevención de esta condición.

Además, la falta de estandarización en el manejo de la EDA ha llevado a discrepancias en la atención médica, lo que puede resultar en un manejo inadecuado y en un aumento de complicaciones. Esta guía busca unificar criterios y protocolos, facilitando una atención más efectiva y eficiente en los diferentes niveles de atención. Al establecer recomendaciones claras y accesibles, se espera mejorar la calidad de atención y reducir la carga de la enfermedad en la población colombiana, asegurando que todos los pacientes reciban un tratamiento adecuado y oportuno.

E.S.E. El Hospital Santa margarita debe desempeñar un papel fundamental en la prevención de la enfermedad diarreica aguda (EDA) a través de la promoción de la salud y la educación comunitaria. Esto implica implementar programas de sensibilización sobre la importancia de la higiene, el acceso al agua potable y la correcta manipulación de alimentos, así como realizar campañas de vacunación cuando sea pertinente. Además, el hospital debe establecer protocolos claros para el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de la EDA, asegurando que los profesionales de la salud estén capacitados en la identificación de signos de deshidratación y en la administración de terapia de rehidratación

70-44.19

oral. La integración de servicios de salud comunitarios con el hospital permitirá una respuesta más efectiva, garantizando que las familias reciban orientación continua y seguimiento, lo que contribuirá a reducir la incidencia de la enfermedad y mejorar la salud general de la población.

Finalmente, la implementación de esta guía no solo beneficiará a los pacientes, sino que también fomentará la formación continua de los profesionales de la salud en temas relacionados con la EDA. Al promover la investigación y la recopilación de datos sobre la enfermedad, se podrá actualizar periódicamente la guía, asegurando que refleje los avances en el conocimiento y las mejores prácticas. En resumen, esta iniciativa es esencial para abordar de manera integral la enfermedad diarreica aguda en Colombia, contribuyendo a la mejora de la salud pública y al bienestar de la población.

2. OBJETIVO GENERAL

Establecer un marco de referencia para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad diarreica aguda (EDA) en la E.S.E. El Hospital Santa margarita, teniendo en cuenta la epidemiología de La cumbre valle del cauca, con el fin de mejorar la atención integral de los pacientes y reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta condición.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar y difundir un protocolo claro y basado en evidencia para el diagnóstico temprano de la EDA, que incluyan criterios clínicos y epidemiológicos, así como el uso adecuado de pruebas diagnósticas.
- Proporcionar directrices sobre el tratamiento efectivo de la EDA, incluyendo la rehidratación oral y la administración de antimicrobianos cuando sea necesario, asegurando que todos los profesionales de la salud apliquen un enfoque uniforme y adecuado.
- Implementar estrategias de educación para pacientes y comunidades sobre la prevención de la EDA, enfocándose en prácticas de higiene, acceso al agua potable y saneamiento, con el objetivo de disminuir la incidencia de la enfermedad y fomentar hábitos saludables.

4. DEFINICIÓN

La enfermedad diarreica aguda se define generalmente como la aparición súbita de tres o más deposiciones sueltas o líquidas por día, o más frecuentemente de lo que es normal para el individuo, con una duración de menos de 14 días. Esta condición puede ser causada por infecciones virales, bacterianas o parasitarias, siendo las infecciones virales las más comunes. La diarrea aguda puede presentarse con otros síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos, dolor abdominal, fiebre y, en algunos casos, sangre en las heces.

La mayoría de los casos de diarrea aguda son autolimitados y no requieren una evaluación diagnóstica extensa, a menos que se presenten signos de deshidratación severa, fiebre

70-44.19

persistente, o en pacientes inmunocomprometidos.

5 EPIDEMIOLOGÍA

A nivel global, la EDA sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, especialmente en países de bajos y medianos ingresos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que la EDA causa aproximadamente 1.3 millones de muertes al año, son la tercera causa de muerte en niños de 1 a 59 meses de edad, cada año, la diarrea mata a 443.832 niños menores de 5 años y otros 50.851 niños de 5 a 9 años. A nivel mundial, cada año se producen casi 1.700 millones de casos de enfermedades diarreicas infantiles, además la diarrea es una de las mayores causas de malnutrición en niños menores de 5 años.

En Colombia, la EDA representa un problema significativo de salud pública. Según el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), el crecimiento promedio de casos para el periodo 2013-2019 fue del 2,91 %, la reducción evidenciada en 2020 fue del 45,05 % frente a 2019 y el crecimiento de 2021 a 2024 se observa un promedio de crecimiento del 14,52 %, brotes que ocurren frecuentemente en épocas de lluvias. La población infantil es la más afectada, y las tasas de desnutrición y condiciones de saneamiento inadecuadas agravan la situación.

La EDA también es prevalente en regiones alejadas en este caso en municipios rurales como La Cumbre Valle del Cauca, con datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) que indican que las tasas de incidencia son más altas en áreas rurales y comunidades con acceso limitado a agua potable y servicios de saneamiento con una incidencia variable aproximadamente de 6 a 8 casos por 1.000 habitantes. Las intervenciones para mejorar el acceso al agua y la promoción de prácticas de salud son cruciales para reducir la incidencia de EDA en esta región.

La EDA es un problema de salud pública que requiere atención continua y estrategias efectivas de prevención y tratamiento. La colaboración entre diferentes sectores de la salud y la comunidad es esencial para abordar las causas subyacentes y mejorar la salud de la población, especialmente en áreas vulnerables como La Cumbre.

5.1 FACTORES DE RIESGO		5.2 FACTORES PROTECTORES
Condiciones de Saneamiento Inadecuadas	La falta de letrinas adecuadas y sistemas de eliminación de desechos facilita la transmisión de patógenos.	Acceso a Agua Potable
Consumo de agua no tratada o contaminada	La contaminación puede provenir de fuentes como	Saneamiento Adecuado

Carrera 7ª No. 5 – 24

La Cumbre - Valle del Cauca

Teléfono: +57 312 286 7934

contactenos@hospitalsantamargarita.gov.co

<https://hospitalsantamargarita.gov.co/>

70-44.19

	ríos, pozos o sistemas de abastecimiento inadecuados.	
Condiciones de higiene inadecuadas	La ausencia de lavado de manos, antes de manipular alimentos y después de usar el baño, incrementa la probabilidad de infecciones.	Fortalecer prácticas de Higiene
Desnutrición	Aumenta la susceptibilidad a infecciones gastrointestinales.	Nutrición Adecuada
Edad	Los niños menores de cinco años son los más vulnerables a la EDA, ya que su sistema inmunológico aún está en desarrollo y son más susceptibles.	Manejo adecuado de alimentos
Inmunosupresión	Individuos con condiciones que afectan su sistema inmunológico, como VIH/SIDA o tratamientos inmunosupresores, tienen un mayor riesgo de desarrollar EDA severa.	Vacunación
Viajes a Áreas Endémicas	Viajar a regiones donde la EDA es prevalente aumenta el riesgo de exposición a patógenos, especialmente si no se siguen las prácticas de higiene adecuadas.	Acceso a Servicios de Salud
Brotes Epidémicos	Puede surgir en brotes, especialmente en situaciones de emergencia o desastres naturales, donde las condiciones de higiene y saneamiento se ven comprometidas.	Programas de Salud Comunitaria

5.3 INFLUENCIA POR GRUPO ETARIO

La enfermedad diarreica aguda afecta a diferentes grupos etarios de manera variable, y su impacto puede ser significativo en términos de morbilidad y mortalidad. Los lactantes y niños menores de 5 años son los más vulnerables, con un alto riesgo de deshidratación y complicaciones. En niños en edad escolar, aunque la incidencia es menor, el ausentismo escolar puede impactar su desarrollo. Los adolescentes tienen un riesgo moderado, a menudo relacionado con comportamientos de riesgo. Los adultos sanos presentan menor vulnerabilidad, pero aquellos con condiciones crónicas pueden estar en mayor riesgo. Finalmente, los ancianos son altamente susceptibles, con un riesgo significativo de deshidratación y complicaciones severas. La identificación de estos grupos es crucial para implementar medidas de prevención efectivas.

5.4 MORTALIDAD POR DIARREA

La mortalidad actual por dicha patología varía según la región y las condiciones de salud pública, pero a nivel global, se estima que causa aproximadamente 1.5 millones de muertes anuales, principalmente en niños menores de 5 años en países en desarrollo. La mortalidad ha disminuido en las últimas décadas gracias a mejoras en el acceso a agua potable, saneamiento y atención médica, así como a la implementación de programas de vacunación y educación en salud. Sin embargo, sigue siendo una preocupación significativa en áreas con recursos limitados y sistemas de salud débiles.

6. AGENTES ETIOLÓGICOS

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	Los principales agentes causales de enfermedad diarreica aguda son: rotavirus, <i>Escherichia coli</i> , <i>Campylobacter spp</i> , <i>Shigella spp</i> , <i>Salmonella spp</i> , <i>Giardia duodenalis</i> , <i>Yersinia enterocolitica</i> y <i>Entamoeba histolytica</i> .
Modo de transmisión	<ul style="list-style-type: none"> • Rotavirus: la forma primaria es fecal-oral, sin embargo, es posible identificar el virus en secreciones del conducto respiratorio y otros fluidos corporales. Dado que el virus es estable en el medio ambiente, la transmisión puede ocurrir a través de la ingestión de alimentos contaminados, y mediante contacto con superficies contaminadas • <i>Escherichia coli</i>: agua y alimentos contaminados. • <i>Campylobacter spp</i>: leche, agua y otros alimentos contaminados. • <i>Shigella spp</i>: fecal-oral y alimentos contaminados. • <i>Salmonella spp</i>: agua y alimentos contaminados. • <i>Giardia duodenalis</i>: puede ser directa (mano-boca) o bien indirecta por ingestión de agua o comida contaminada. • <i>Yersinia enterocolitica</i>: agua y alimentos contaminados. • <i>Entamoeba histolytica</i>: fecal-oral.
Período de incubación	<ul style="list-style-type: none"> • Rotavirus: de 24 a 72 horas, aproximadamente. • <i>Escherichia coli</i>: de 3 a 8 días, con una mediana de 3-4 días. • <i>Campylobacter spp</i>: de 1 a 2 días. • <i>Shigella spp</i>: varía de 1 a 7 días, pero típicamente de 2 a 4 días. • <i>Salmonella spp</i>: desde 6 hasta 48 horas, dependiendo de la dosis infectante, la que puede ser de 15 a 20 UFC para algunos serotipos. • <i>Giardia duodenalis</i>: de 1 a 4 semanas. • <i>Yersinia enterocolitica</i>: de 4 a 6 días, aunque varía de 1-14. • <i>Entamoeba histolytica</i>: de 2 a 4 semanas.
Período de transmisibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Rotavirus: durante la fase aguda de la enfermedad, y más tarde mientras persista la excreción y dispersión de virus. El rotavirus por lo común no se detecta después del octavo día de la infección, aunque se ha señalado la excreción de virus por 30 días o más en pacientes inmunodeficientes. Los síntomas persisten durante cuatro a seis días en promedio • <i>Escherichia coli</i>: la eliminación del agente patógeno suele durar una semana o menos en adultos; sin embargo, en niños se prolonga hasta tres semanas en un tercio de los casos. No es frecuente la eliminación por periodos prolongados. • <i>Campylobacter spp</i>: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo se elimina por materia fecal hasta 5-7 semanas.

Aspecto	Descripción
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Shigella spp</i>: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo. • <i>Salmonella spp</i>: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo. • <i>Giardia duodenalis</i>: durante el período de excreción de quistes. • <i>Yersinia enterocolitica</i>: se desconoce, sin embargo, la bacteria es excretada durante un promedio de seis semanas después del diagnóstico. • <i>Entamoeba histolytica</i>: mientras se expulsan los quistes por las heces.
Susceptibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Rotavirus: la susceptibilidad alcanza su nivel máximo entre los 6 y 24 meses de edad; a los 3 años, casi todos los niños han generado anticuerpos contra rotavirus. Los individuos inmunodeficientes pueden excretar por largo tiempo el antígeno de los rotavirus y presentar diarrea intermitente. La diarrea es poco frecuente en lactantes infectados de menos de 3 meses de edad. • <i>Escherichia coli</i>: la dosis infectante es muy baja, no es bien conocida la susceptibilidad e inmunidad a este agente. La edad avanzada aparece como un riesgo, sobre todo si está vinculada a hipoclorhidria, que puede ser un factor contribuyente a la susceptibilidad. Los niños menores de cinco años tienen mayor riesgo de desarrollar síndromes hemolítico-urémicos. • <i>Shigella spp</i>: la mayoría de los episodios de shigelosis en pacientes previamente sanos son autolimitados y se resuelven en 5 a 7 días sin secuelas. <ul style="list-style-type: none"> - Las complicaciones más graves, que pueden incluso comprometer la vida, se ven en inmunodeficientes, cuadros de desnutrición y niños pequeños. Estas son fundamentalmente alteraciones hidro-metabólicas (deshidratación, hiponatremia, hipoglicemia) y complicaciones intestinales como megacolon tóxico perforación intestinal. - La bacteriemia por <i>Shigella</i> es mucho más rara y se observa casi exclusivamente en inmunodeficientes. <p><i>Yersinia enterocolitica</i>: afecta principalmente a niños y a los adultos con factores de predisposición como el almacenamiento excesivo de hierro y estados inmunosupresores.</p>

Tomado del Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de enfermedad diarreica aguda.

7. CLASIFICACIÓN:

Existen varias clasificaciones según la duración, la etiología, el mecanismo de producción, entre otros factores que ayudan al profesional tratante a orientar el cuadro clínico y tomar decisiones terapéuticas. Dichas clasificaciones se mencionan a continuación

7.1. Clasificación según tiempo de duración:

- **Diarrea aguda:** <14 días de duración.
- **Diarrea persistente:** ≥14 días a 30 días de duración.
- **Diarrea crónica:** >30 días de duración.

7.2. Clasificación según localización:

- **Intestino delgado (alta):** Heces acuosas, dolor abdominal periumbilical, presencia de emesis, pérdida de sodio 30-30 mEq/L .
- **Intestino grueso (baja):** Heces con sangre o moco, dolor tipo cólico, tenesmo, presencia o no de emesis, pérdida de sodio 60-120 mEq/L.

7.3. Clasificación según gasto:

- **Bajo gasto:** 10 deposiciones o menos en 24 horas o 4 deposiciones o menos en 4 horas.
- **Alto gasto:** Más de 10 deposiciones en 24 horas • Más de 4 deposiciones en 4 horas.

7.4. Clasificación según mecanismo de producción:

- **Diarrea osmótica:** se produce por la presencia de un soluto no absorbido en el intestino, aumentando la carga osmótica y llevando líquido a la luz intestinal. Puede desencadenarse por hidratos de carbono simples pequeños como lactosa, glucosa o sacarosa, osmóticamente muy activos, que pueden ser malabsorbidos.

- **Diarrea secretora:** Se genera por una mayor secreción de agua y electrolitos hacia la luz que supera la capacidad de absorción. Es producido por toxinas bacterianas, virus, sustancias como el péptido intestinal vasoactivo, productos procedentes de procesos inflamatorios como la prostaglandina E (7).
- **Diarrea inflamatoria:** Los procesos infecciosos bacterianos o parasitarios pueden lesionar o adherirse a la mucosa, disminuir la superficie de absorción y desencadenar la respuesta de mediadores inflamatorios. A su vez, las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa comparten este mecanismo, así como la colitis eosinofílica, linfocítica, colágena y enfermedad celíaca (7).
- **Diarrea por dismotilidad:** Se produce por una disminución en el tiempo de tránsito y un aumento en el líquido en la luz intestinal generando diarrea, pero no malabsorción. Por este mecanismo se produce el síndrome de colon irritable o intestino espástico con predominio de diarrea (7).

7.5. Clasificación según etiología:

- **Diarrea viral:** Se produce una lesión de las vellosidades del intestino delgado, disminuyendo la producción de las enzimas encargadas de los procesos de absorción.
- **Diarrea parasitaria:** Se pueden producir diarreas agudas, pero algunas veces estos episodios se prolongan. Agentes como la Entamoeba histolytica produce ulceración del colon, generando una diarrea sanguinolenta.
- **Diarrea bacteriana:** El microorganismo atraviesa la superficie mucosa y, la invade para destruir los enterocitos, las toxinas liberadas provocan un aumento del AMPc, responsable de un aumento de la secreción intestinal de agua, sodio y cloro.
- **Diarrea por hongos:** Se ven principalmente en individuos en condiciones de inmunosupresión. El microorganismo más común suele ser Candida albicans.
- **Diarrea no infecciosa:** Causada por patologías gastrointestinales (Enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, colitis eosinofílica, colágena, linfocítica, enfermedad celíaca).
- **Diarrea por iatrogenia:** Medicamentos que causan procesos diarreicos: laxantes, antibióticos, algunos diuréticos, teofilina, colchicina.

7.6. Clasificación según el nivel de deshidratación: Al momento de realizar la exploración física se debe enfocar la búsqueda en caracterizar el grado de depleción de volumen. En fases iniciales se puede evidenciar una leve distensión abdominal, sin embargo, en casos en los cuales se prolonga la evolución el enfoque estará orientado a determinar el grado de hipovolemia y los desequilibrios hidroelectrolíticos, ya que son las complicaciones más importantes.

70-44.19

- **Deshidratación leve:** Déficit de volemia de un 5%, los signos pueden estar ausentes en algunos casos, sin embargo, la sequedad de mucosas, ojos levemente hundidos, orina concentrada y polidipsia leve son característicos.
- **Deshidratación moderada:** Déficit de volemia de un 10%. Puede aparecer letargia, taquicardia, hipotensión, disminución de la diuresis, piel y mucosas secas, ojos hundidos, debilidad y mareo.
- **Deshidratación Severa (Shock):** Déficit de volemia mayor o igual a un 15%, palidez, flacidez, taquicardia, hipotensión, oliguria o anuria, frialdad en extremidades, cianosis de extremidades, turgencia cutánea disminuida, obnubilación, delirio, estupor, coma.

7.7. Adicional a lo anterior, se podría identificar si la diarrea que se presenta es inflamatoria o no inflamatoria:

- **Diarrea no inflamatoria:** Generalmente producida por virus, toxinas, se caracteriza por deposiciones de abundante volumen, pero sin sangre ni pus, asociado a cólico abdominal leve sin presencia de fiebre.
- **Diarrea inflamatoria:** Secundaria a infección por microorganismos enteroinvasivos, se caracteriza por deposiciones muy frecuentes de escaso volumen, con moco y/o sangre, acompañada de tenesmo fiebre o dolor abdominal intenso.

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	CARACTERISTICA
BAJO Gasto	<ul style="list-style-type: none"> • 10 deposiciones o menos en 24 horas • 4 deposiciones o menos en 4 horas
ALTO Gasto	<ul style="list-style-type: none"> • Más de 10 deposiciones en 24 horas • Más de 4 deposiciones en 4 horas

Tabla 4. Mayoría de las Enfermedades Diarreicas Agudas.

Etiología		
No Infecciosa (10%)	Fármacos: <ul style="list-style-type: none"> Laxantes Antiácidos Colchicina Levotiroxina Antibióticos Digitálicos 	Patologías: <ul style="list-style-type: none"> Síndrome de intestino irritable Enfermedad inflamatoria intestinal Ca de colon Colitis ulcerativa e isquémica Enfermedad de Crohn Impactación fecal (Diarrea por reboseamiento) Hipertiroidismo e Hipotiroidismo Diabetes Mellitus Esclerosis sistémica Intoxicación por Ciguatoxina (Peces)
Infecciosa (90%)	Bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> <i>Campylobacter</i> (Principal causa en adultos; Carne de ave poco cocinada, leche no pasteurizada, perros y gatos portadores, artritis reactiva) <i>Salmonella</i> (Principal causa en adultos; Huevos, aves de corral, leche) <i>Shigella</i> (Heces con sangre y pus frecuente) <i>E. Coli</i> (Diarrea del viajero, comida contaminada, alimentos crudos, carne de res poco cocinada) <i>Vibrio</i> (Aguas contaminadas, pescado, mariscos) <i>Clostridium difficile</i> (Tto antimicrobiano, produce colitis pseudomembranosa) <i>Yersinia</i> (Carne de cerdo poco cocinada, leche no pasteurizada)
	Parasitaria	<ul style="list-style-type: none"> <i>Giardia</i> (Deportes acuáticos, viajes, brotes) <i>Entamoeba histolytica</i> (Alimentos y aguas contaminadas, absceso hepático) <i>Cryptosporidium</i> (Brotes, aguas contaminadas) <i>Isospora belli</i> (Productos contaminados) <i>Cyclospora</i> (Productos contaminados)
	Vírica	<ul style="list-style-type: none"> <i>Rotavirus</i> (Principal causa en niños a nivel mundial, guarderías) <i>Norovirus</i> (brotes, aguas contaminadas) <i>Adenovirus</i> (Brotes invernales) <i>Citomegalovirus</i> (Inmunosuprimidos)

8. Manifestaciones clínicas

Es característico la presencia del aumento del número de deposiciones en un día (más de tres), o el cambio en la consistencia de estas, las deposiciones se tornan líquidas, adicionalmente se debe evaluar las características de las deposiciones con el fin de determinar si existe la presencia de moco o sangre (disentería).

Como signos y síntomas concomitantes, dependiendo del agente causal, el grado de deshidratación (ver clasificación en tabla 5) y el tiempo de duración del cuadro clínico pueden presentarse: Artralgias, fatiga, náuseas, emesis, epigastralgia, dolor abdominal, astenia, heces acuosas con moco o sangre, polidipsia, fiebre, aumento del peristaltismo, timpanismo, meteorismo, lesiones perianales, disminución del apetito, adinamia, pérdida de peso. Por otra parte, las complicaciones de este cuadro clínico son derivadas de la depleción del volumen sanguíneo, por lo que para determinar la gravedad de la hipovolemia pueden ser orientadores los siguientes signos y/o síntomas clínicos:

- Ojos hundidos
- Mucosas secas
- Alteración en la consciencia
- Pulso débil, hipotensión y/o taquicardia

70-44.19

- Oliguria o anuria
- Signo de pliegue positivo

Signos y síntomas de alarma de la enfermedad

- Signos de shock: Palidez, flacidez, pulso rápido y débil, hipotensión y oliguria. Alteración del sensorio. Estado tóxico infeccioso.
- Abdomen distendido y doloroso a la palpación. Vómito incoercible. Los cuales pueden ser signos de acidosis metabólica.

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

Grado	Características	% de Pérdida	Pérdida 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.		

Tabla 6: Clasificación Clínica de la Deshidratación.

Grado	Características	Pérdida en <12 Kg y Lactantes	Pérdida 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"> • Intranquilo o irritable • Ojos hundidos • Bebe ávidamente con sed 	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"> • Letárgico o inconsciente • Ojos hundidos • No puede beber o bebe con dificultad • No puede beber o bebe con dificultad • Pliegue cutáneo lento (2 segundos o más) 	Mayor o igual al 10% (100 -150 ml/Kg)	Mayor o igual al 6% (60 - 90ml/Kg)

9. ABORDAJE DIAGNÓSTICO:

Teniendo en cuenta el manejo ambulatorio que se realiza en el servicio médico de la universidad, los elementos que pueden contribuir al diagnóstico de esta patología son:

-Historia clínica completa: Anamnesis y examen físico completo que orientan al diagnóstico clínico, estado de hidratación y con frecuencia etiológico. (Grado de recomendación A en la literatura revisada).

Se realizará la evaluación sobre el tiempo de evolución del cuadro clínico, características

 E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA La Cumbre - Valle NIT 800.160.400-0	GUIA DE MANEJO DE DIARREA Y GASTROENTERITIS	Código: CEX-MGE-gui-005
		Versión: 3
		Actualización: 12/09/2025
		Página 13 de 26

70-44.19

de las deposiciones, signos y síntomas asociados, ambiente familiar, escolar, laboral, viajes realizados, posible contacto con individuos contaminados.

De la misma manera se debe establecer uno de los siguientes aspectos que nos pueden orientar a encontrar la causa de la diarrea:

- **Diarrea aguda por virus:** Deposiciones de características acuosas, acompañadas de náuseas y emesis. Afectación de intestino delgado.
- **Diarrea aguda por bacterias:** Deposiciones con sangre o moco, dolor abdominal moderado, presencia de febrícula/fiebre. Afectación de colon.
- **Viajes:** Llamada “diarrea del viajero”, cuya etiología más frecuente es la E. Coli.
- **Consumiciones especiales:** Después de asistir a fiestas, banquetes o restaurantes, generalmente puede ser secundaria a Salmonella o shigella en pollo, E. Coli en hamburguesas, salmonella en mariscos entre otros.
- **Inmunodeficiencia:** Se presenta en pacientes con este tipo de patología y se encuentran implicados los siguientes grupos de bacterias y virus, adenovirus, blastocystis, treponema pallidum, chlamydia.
- **Jardines/Guarderías:** Este tipo de sitios genera de forma común la presencia de diarrea por Shigella.
- **Residencias o ancianatos:** El tipo de pacientes que se encuentran en estos sitios.

10. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Generalmente, no todas las veces es necesario realizar ningún tipo de exploración complementaria, siendo suficientes la historia clínica y la exploración física. Mediante esta, se puede aproximar a la etiología. Sin embargo, ante cuadros persistentes o síntomas moderados a severos, se indica la realización de paraclínicos que se describen a continuación:

- **Coprológico:** Ayuda a determinar etiología en pacientes con sospecha de diarrea disintérica. (Grado de recomendación B en la literatura revisada).
- **Coproscópico:** Ayuda a la determinación del PH. Si es ácido determina etiología viral y si el alcalino determina germen enteroinvasor. Determina la presencia de azúcares reductores en paciente con intolerancia a la lactosa, y la presencia de sangre oculta en heces. (Grado de recomendación C en la literatura revisada).
- **Coprocultivo:** Fracaso terapéutico o cuadro clínico sin mejoría de la sintomatología, en el cual se instauró previamente un manejo farmacológico, especialmente antibioticoterapia en pacientes con diarrea de origen bacteriano.

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

Muestra de Heces	Indicaciones
Coproscópico	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrea > 10 días • Diarrea del Viajero (Viajes a zonas endémicas) • Exposición a agua no depurada • Brotes en la comunidad • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Sospecha de septicemia • Disentería (Sangre en las heces) • Paciente inmunocomprometido • Diarrea crónica • DHT grave • Epidemias

- Por otra parte, existen unos criterios clínicos para la solicitud de pruebas complementarias a la diarrea en casos como: (fiebre mayor a 38.5 °C, realización de más de 5 deposiciones diarias por más de 48 horas sin mejoría, dolor abdominal severo, diarrea profusa con signos de hipovolemia, diarrea inflamatoria, uso reciente antibióticos en paciente hospitalizado, ancianos de más de 70 años, pacientes en condición de inmunosupresión)
Como un factor diferenciador tenemos que la búsqueda de *Clostridium difficile*, se realizará en caso de que el paciente se encontrara hospitalizado con tratamiento antibiótico durante los dos meses previos, o presente una enfermedad autoinmune.
En esos casos se individualizará la solicitud de los siguientes paraclínicos:

- 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)

11. 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 perdidas por porcentaje del peso total con el volumen en ml a reponer por cada Kg de

 E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA La Cumbre - Valle NIT 800.160.400-0	GUIA DE MANEJO DE DIARREA Y GASTROENTERITIS		Código: CEX-MGE-gui-005
			Versión: 3
			Actualización: 12/09/2025
			Página 15 de 26

70-44.19

peso.

Hidratación en Adultos y Niños Mayores de 5 Años

A. DHT Grado I: (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. (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.

4. Reconocimiento de signos de alarma: no mejoría a las 72 horas, conversión de la EDA a disenterica, 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, vómito persistente, distensión abdominal, diarrea de alto gasto, rechazo a la vía oral, puede usarse hidratación endovenosa.

Usar idealmente Lactato Ringer IV según la siguiente fórmula: 30 ml x Peso en Kg (Cantidad de pérdida en DHT GI: 30 ml/Kg (3% del peso) igual a 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 Lactato de Ringer IV según la siguiente fórmula: 60 ml x Peso en Kg (Cantidad de pérdida en DHT GII: 60 ml/Kg (6% del peso) igual a 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 Lactato de Ringer IV según la siguiente fórmula: 90 ml x Peso en Kg (Cantidad de pérdida en DHT GIII: 90 ml/Kg (9% del peso) igual a ml a reponer mínimo en 12 horas.

70-44.19

- 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 (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 0.1 – 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 20 mg día. Duración total 14 días.

4. Implementar Medidas Preventivas: Lavado de manos, preparación de alimentos,

70-44.19

contacto con otras personas.

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

No se 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: (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 está 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, vómito persistente, distensión abdominal, falta de colaboración de los padres, diarrea de alto gasto, rechazo a la vía oral puede usarse hidratación endovenosa rápida. Usar idealmente Lactato de Ringer 75 ml/Kg para pasar 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 Lactato de 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.

70-44.19

2. Revalorar cada 30 minutos

- Si no mejora: aumentar la velocidad de la infusión. Repetir otro Bolo de 30 ml/Kg si el pulso en débil.
- Después de 6 horas (< 1 año) o 3 horas (en mayores) evaluar el estado de hidratación y elegir el plan apropiado de tratamiento 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 la velocidad.

Manejo Sintomático y coadyuvante: En el siguiente cuadro se describen las recomendaciones del manejo sintomático según la evidencia actual (Tabla 8).

- Acetaminofén 500mg c/6 horas en caso de fiebre, mialgias, artralgias.
- Hioscina butilbromuro 10mg c/6 horas en caso de dolor tipo cólico concomitante.
- Los antidiarréicos suele disminuir el número de deposiciones y limitan la pérdida acuosa y electrolítica; los más comúnmente utilizados son loperamida, si bien se ha determinado que este tipo de fármaco podría provocar mayor riesgo con gérmenes enteroinvasivos no se ha demostrado científicamente que ocurra, por otra parte si ha demostrado frente al placebo que disminuye los movimientos intestinales y por tanto la frecuencia de la diarrea, por lo tanto puede administrarse en caso de diarrea, sin fiebre, rectorragia u otro criterio de severidad.
- Probióticos: Pueden ser usados como una terapia alternativa, ya que son bacterias que asisten en el mantenimiento y la recolonización intestinal con flora no patogénica, cada probiótico tiene una actividad diferente, el Lactobacillus ha demostrado que disminuye la duración de la diarrea en niños.

Tabla 8: Mayores efectos adversos que beneficios.

Grupos	Medicamento	Dosificación
Analgesicos Antipiréticos	ACETAMINOFEN 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.
	METOCLOPRAMIDA 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.
Antieméticos	ONDANSETRON 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).
	LOPERAMIDA 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.
Antidiarreicos (en Eda > 10 Días)	SUBSALICILATO DE BISMUTO 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.
	OCTREÓTIDO 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.
Restauradores de Microbiota en Diarrea Persistente	ENTEROGERMINA® Susp. Esporas de <i>Bacillus Clausii</i> 2000/5 ml.	Do: 1 frasco/12 horas usualmente por 10 a 15 días (Igual en niños).
Otros	BIOGAIA® Gotas: 1x108 UFC de <i>Lactobacillus Reuteri</i> Protectis/5 gotas.	Do: Niños: 5 gotas al día durante 1 mes usualmente o hasta terminar el frasco.
	ZINC 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].		

Carrera 7ª No. 5 – 24

La Cumbre - Valle del Cauca

Teléfono: +57 312 286 7934

contactenos@hospitalsantamargarita.gov.co

<https://hospitalsantamargarita.gov.co/>

Antibioticoterapia: No debe hacerse de manera rutinaria e indiscriminada. De manera general son inefectivos en la mayoría de los episodios agudos de diarrea, ya que no disminuye la duración del cuadro clínico. La efectividad de los antibióticos varía de acuerdo con el agente específico y en algunos casos solo es efectivo si se inicia en etapas tempranas de la enfermedad. Es por ello por lo que deben imperar ciertos criterios restrictivos y en la medida de lo posible guiar el tratamiento por la sensibilidad del germen. (8, 16,17)

INDICACIONES

- Disentería: Debe ser tratada con antimicrobianos efectivos contra la Shigella los casos refractarios deben ser tratados por posible amibiasis.
- Casos sospechosos de cólera.
- Diarreas persistentes cuando se observan trofozoítos o quistes de Giardia y cuando se logra identificar una bacteria patógena en los cultivos de heces.

E. COLI, SHIGELLA Y SALMONELLA:

Los antibióticos de elección son:

- Ciprofloxacina 500mg V.O cada 12 horas por 3-5 días.
- Levofloxacino 500mg/día por 3-5 días

Alternativa:

- Azitromicina 1gr en dosis única y seguir con 500 mg/día por 5 días. Se encontraría indicada en pacientes con riesgo de tener patógenos resistentes a las fluoroquinolonas.

Entamoeba Histolytica: Presente en la identificación de casos de disentería, como antibiótico para inicio del tratamiento en primera línea se encuentra el metronidazol

tabletas de 500mg cada 8/ horas por 7 a 10 días.

Giardia Lambia (Adultos):

Primera elección Metronidazol 250mg cada 8 horas por 7-10 días.

Alternativa:

- Tinidazol (tab 500 mg) 2 g dosis única.
- Secnidazol (tab 500 mg) 2 tab cada 12 h un solo día.

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

Grupo	Medicamento	Dosificación
Primera línea	CIPROFLOXACINA 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	AZITROMICINA Tab. 500 mg.	Do: 500 mg/día por 3 días VO.
	TRIMETROPRIM- SULFAMETOXAZOL 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>	1 LÍNEA: VANCOMICINA ORAL Cap. 125 y 250 mg.	Do: 125 mg/12 horas por 10-14 días.
	2 LÍNEA: METRONIDAZOL Tab. 500 mg; Sln inyectable. 5 mg/ml.	Do: 500 mg/8 horas por 10-14 días.
En Diarrea del Viajero	1 LÍNEA: CIPROFLOXACINA Tab. 250, 500 y 750 mg; Vial 100 mg/10 ml.	Do: 500 mg/12 horas por 3-5 días.
	2 LÍNEA: RIFAXIMINA Tab. 200 mg.	Do: 200 mg/6 horas por 3 días VO.
Sospecha de Etiología Parasitaria	1 LÍNEA: METRONIDAZOL Tab. 500 mg; Sln inyectable. 5 mg/ml.	Do: 500 - 750 mg/8 horas VO por 7-14 días.
	2 LÍNEA: NITAZOXANIDA 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	ACIDO NALIDIXICO Tab. 500 mg; Susp. 250mg/5ml.	55 mg/kg/día repartido cada 8 horas por 7 días
Segunda Línea	CIPROFLOXACINO 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.
	CEFTRIAXONA Frasco Vial 250, 500 y 1000 mg.	Do: 100 mg/Kg/24 horas IV por 5 días.
Tercera Línea	TRIMETROPRIM- SULFAMETOXAZOL 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	METRONIDAZOL Susp. 250 mg/5ml. Tab. 500 mg. Sln Inyectable. 5 mg/ml.	Do: 10 mg/kg/8 horas por 5 días.
	METRONIDAZOL Susp. 250 mg/5ml. Tab. 500 mg. Sln Inyectable. 5 mg/ml.	Do: 5 mg/kg/8 horas por 5 días.

12. PRONÓSTICO

El pronóstico de la enfermedad diarreica aguda ha mejorado en las últimas décadas, debido a las medidas que se han tomado, ejemplo de ello es la potabilización del agua, la construcción de acueductos, la correcta disposición de las heces y aguas residuales, la educación a las personas para la adecuada rehidratación oral. Sin embargo, la EDA continúa siendo un problema importante de salud pública por ser una de las principales causas de muerte en niños más que en adultos, por el elevado número de casos que se presentan anualmente y por los gastos que genera el tratamiento médico general o específico de los enfermos.

13. RECOMENDACIONES PARA EL HOGAR

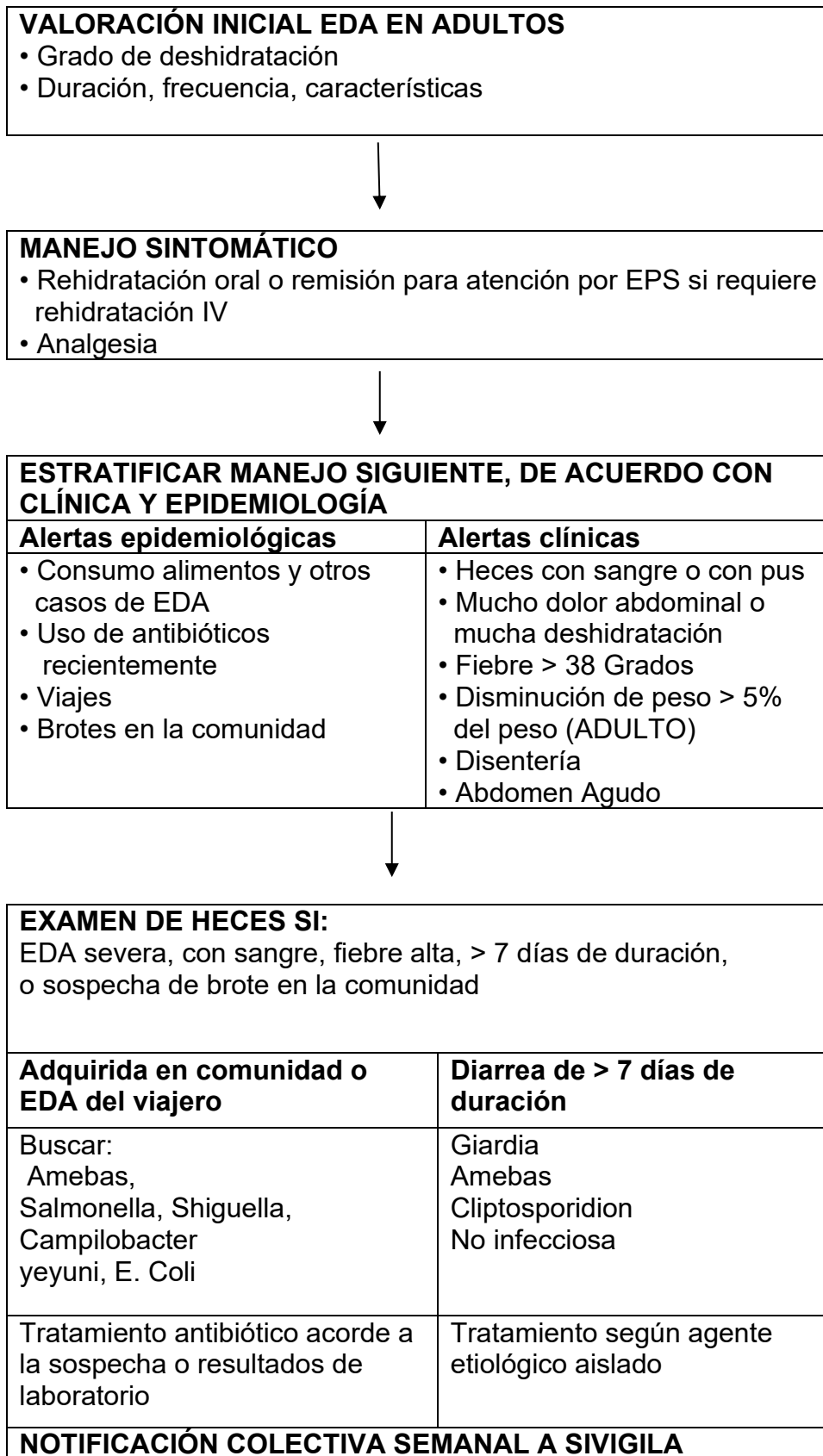
- Consumir abundante líquido, empiece con sorbos de cualquier otro líquido distinto a las bebidas cafeinadas o lácteas, los mejores son los líquidos preparados con alimentos que incluyen las bebidas de cereales cocidos en agua, sopas y el agua de arroz, de trigo, de maíz, de sorgo, avena, cebada. No están indicadas las gaseosas, los jugos industriales, ni bebidas rehidratantes deportivas. (20)
- Consumir alimentos de manera fraccionada, de acuerdo con la tolerancia a la vía oral evitando los alimentos ricos en fibra (dieta astringente).
- Se ha comprobado que los probióticos son bien tolerados, aunque no se ha demostrado que disminuyan la diarrea.
- Alimentos como el arroz, la tostada seca y las coladas de plátano, pan completo algunas veces ayudan a mejorar la consistencia de las heces.

14. PREVENCIÓN DE FUTUROS CUADROS DIARREICOS

- Lávese bien las manos con abundante agua y jabón, antes de comer, antes de preparar alimentos, después de ir al baño, después de cambiar un pañal o si ha estado en contacto con heces o vómito de una persona enferma o que se sospecha que lo está.
- Consuma agua potable, hervida, purificada o tratada con cloro.
- No introduzca en el agua potable recipientes sucios, contaminados, las manos o cualquier otro elemento que la pueda contaminar.
- Consuma alimentos bien cocidos y de reciente preparación.
- Prepare bien el pescado y los mariscos ya que son una de las principales fuentes de contagio.
- Lave los vegetales, hortalizas y frutas con agua limpia y tratada antes de consumirlos.
- Mantenga los alimentos bien tapados y no mezcle alimentos crudos con alimentos preparados.
- Lave y desinfecte los utensilios de cocina usados por la persona enferma o que se sospeche que lo está.

70-44.19

15. FLUJOGRAMA GENERAL



16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la salud. Enfermedades diarreicas. [Internet] 2024. Fecha de consulta: 22 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
2. GBD 2016 Diarrhoeal Disease Collaborators. Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of diarrhoea in 195 countries: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Infect Dis 2018; 18:1211.
3. World Health Organization. Progress on Drinking Water, Sanitation and Hygiene: 2017 Update and SDG Baselines. https://www.unicef.org/publications/files/Progress_on_Drinking_Water_Sanitation_and_Hygiene_2017.pdf (Accessed on December 04, 2018).
4. Harris JB, LaRocque RC, Qadri F, et al. Cholera. Lancet 2012; 379:2466.
5. Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. Clin Infect Dis 2001; 32:331.
6. Beltran Castro M, Muñoz Pedraza D. Enfoque y Manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda: Revisión de la Literatura. Arch Medicina [Internet]. 2022 [consultado el 22 de mayo de 2024];18(7):1-8. Disponible en: <https://doi.org/file:///C:/Users/catav/Downloads/Dialnet-EnfoqueYManejoDeLaEnfermedadDiarreicaAgua-8682446.pdf>
7. Sierra Pérez E, Álvarez-Coca González J. Diarrea crónica. Protoc Diagn Ter En Pediatr [Internet]. [fecha desconocida]:27-33. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/3-diarrea_cronica.pdf
8. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de enfermedad diarreica aguda [Internet] 2022. Fecha de consulta: 22 de mayo de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Morbilidad%20EDA.pdf
9. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal: Comportamiento epidemiológico de la enfermedad diarreica aguda en Colombia. [Internet]. [2022]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2022_Bolet%C3%ADn_epidemiologico_semana_19.pdf
10. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de enfermedad diarreica aguda [Internet] 2022. Fecha de consulta: 22 de mayo de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Morbilidad%20EDA.pdf
11. Asenjo MA, Lledo JL, Lopez SP, et al. Síndrome diarreico en el adulto, tratamiento de la diarrea. Medicine 2008; 10 (4): 215-222. 03 ACT4 (215-222).qxp (d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net)

12. Wanke CA. Small intestinal infections. Curr Opin Gastroenterol 1994; 10:59.
13. World Health Organization. The treatment of diarrhoea, a manual for physicians and other senior health workers. -- 4th revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.
14. Guerri S, Danti G, Frezzetti G, et al. Clostridium difficile colitis: CT findings and differential diagnosis. Radiol Med 2019; 124:1185.
15. Avery ME, Snyder JD. Oral therapy for acute diarrhea. The underused simple solution. N Engl J Med 1990; 323:891.
16. Wiström J, Jertborn M, Ekwall E, et al. Empiric treatment of acute diarrheal disease with norfloxacin. A randomized, placebo-controlled study. Swedish Study Group. Ann Intern Med 1992; 117:202.
17. Salam I, Katelaris P, Leigh-Smith S, Farthing MJ. Randomised trial of single-dose ciprofloxacin for travellers' diarrhoea. Lancet 1994; 344:1537
18. Khan WA, Seas C, Dhar U, et al. Treatment of shigellosis: V. Comparison of azithromycin and ciprofloxacin. A double-blind, randomized, controlled trial. Ann Intern Med 1997; 126:697.
19. Wong CS, Jelacic S, Habeeb RL, et al. The risk of the hemolytic-uremic syndrome after antibiotic treatment of Escherichia coli O157:H7 infections. N Engl J Med 2000; 342:1930.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Atención de la enfermedad diarreica aguda [Internet] 2024. Fecha de consulta: 22 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/17Atencion%20de%20EDA.PDF>
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Recomendaciones del Ministerio para la prevención de la enfermedad diarreica aguda [Internet] 2013. Fecha de consulta: 22 de mayo de 2024. Disponible <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Recomendaciones-del-Ministerio-de-Salud-ante-enfermedades-diarreicas-agudas.aspx#:~:text=Consuma%20agua%20potable%2C%20hervida%2C%20purificada%20o%20tratada%20con,son%20una%20de%20las%20principales%20fuentes%20de%20contagio.->
22. 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.
23. <http://www.aeped.es/protocolos/infectologia/16-Gastroerotavirus.pdf>

 E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA La Cumbre - Valle NIT 800.160.400-0	GUIA DE MANEJO DE DIARREA Y GASTROENTERITIS		Código: CEX-MGE-gui-005
			Versión: 3
			Actualización: 12/09/2025
			Página 25 de 26

70-44.19

24. DuPont HL. Acute infectious diarrhea in immunocompetent adults. N Engl J Med 2014; 370:1532-40.

25. Sabatine Marc. Gastroenterología. Medicina de Bolsillo. 6 Edn. Barcelona (España): WOLTERS KLUWER. 2019.

26. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_EDA.pd

17.CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Coordinador Medico	Jefe Oficina Asistencial	Gerente

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES				
VERSIÓN	FECHA	PÁGINAS	SOLICITANTE	OBSERVACIONES
1	26/01/2024	26	Coordinador Medico	Creación del documento por: Hugo Armando Peña – Coordinador Medico Revisado por: Claudia Ximena Castro – Jefe Oficina Asistencial Aprobado por: Aicardo Solís - Gerente
2	13/08/2024	26	Coordinador Medico	Actualización del documento por: Hugo Armando Peña – Coordinador Medico Revisado por: Claudia Ximena Castro – Jefe Oficina Asistencial Aprobado por: Aicardo Solís - Gerente

 E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA La Cumbre - Valle NIT 800.160.400-0	GUIA DE MANEJO DE DIARREA Y GASTROENTERITIS			Código: CEX-MGE-gui-005
				Versión: 3
				Actualización: 12/09/2025
				Página 26 de 26

70-44.19

3	12/09/2025	26	Coordinador Medico	Actualización del documento por: Hugo Armando Peña – Coordinador Medico Revisado por: Claudia Ximena Castro – Jefe Oficina Asistencial Aprobado por: Aicardo Solís - Gerente
---	------------	----	-----------------------	--