

Gastroenteritis aguda

Leticia Albert de la Torre^a, Miguel Ángel Roa Francia^b.

^a Servicio de Pediatría, Hospital Universitario 12 de Octubre (Servicio Madrileño de Salud), Madrid.

^b Servicio de Pediatría, Hospital General de Móstoles (Servicio Madrileño de Salud), Móstoles, Madrid.

Fecha de actualización: 02-nov-2011

Guía-ABE_GEA (v.4/2011)

Cita sugerida: Albert de la Torre L, Roa Francia MA. Gastroenteritis aguda (v.4/2011). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 02-nov-2011; consultado el dd-mm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción / puntos clave:

La gastroenteritis aguda (GEA) es una infección del tracto gastrointestinal caracterizada por la presencia de diarrea; ésta se define por la presencia de deposiciones de menor consistencia y/o por un incremento en la frecuencia de las mismas (más de 3 en 24 horas) acompañada o no de fiebre, náuseas, vómitos y dolor abdominal. La duración de la diarrea es de aproximadamente unos 7 días (en general no más de 14 días). La menor consistencia de las deposiciones es la característica más importante, por delante de la mayor frecuencia de las mismas, sobre todo en los primeros meses de vida. La GEA es más frecuente y potencialmente grave en niños menores de 5 años.

Es una enfermedad muy frecuente, y motivo de un gran número de consultas y hospitalizaciones en nuestro medio¹. El diagnóstico es exclusivamente clínico. Es fundamental valorar el grado de deshidratación y para ello el dato más objetivo es el porcentaje de pérdida de peso².

El escenario clínico en la inmensa mayoría de los casos que acuden a nuestras consultas es el de una GEA de causa viral clínicamente leve y sin deshidratación, que, en general, no requiere ninguna actuación diagnóstica, ni fármacos ni seguimiento específico, y sólo mínimas adaptaciones de la alimentación normal; debe resaltarse el valor del lavado de manos con jabón en la prevención de la GEA.

La base del tratamiento es la realimentación precoz y el uso de [soluciones de rehidratación oral](#) (SRO) para la deshidratación leve-moderada. Los antimicrobianos no tienen ningún papel establecido en el tratamiento inicial de la mayoría de las GEA (con las únicas excepciones de la GEA sanguinolenta grave con sospecha de shigelosis, *Campylobacter* sp., sospecha de cólera con deshidratación grave, GEA por *Salmonella* sp. en lactantes menores de 3 meses o niños con inmunodeficiencia y GEA con infección no-intestinal asociada importante). Los fármacos antidiarreicos no son eficaces en general, y algunos están contraindicados. El papel de los fármacos antieméticos, en concreto del ondansetrón, está actualmente en estudio en cuanto a beneficio y eficacia. Los [probióticos](#) (especialmente *Lactobacillus* spp. y *Saccharomyces boulardii*) acortan la duración de la GEA sobre todo las causadas por [rotavirus](#) y las asociadas a antiabióticos orales. Los suplementos de zinc disminuyen la duración y gravedad de la diarrea y son eficaces en la prevención de la diarrea en los niños menores de 5 años en países en vías de desarrollo.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: tras una revisión bibliográfica no se han introducido cambios sustanciales en esta versión. La gran mayoría de casos de GEA no necesitan ninguna prueba complementaria ni fármacos. Algunos probióticos constituyen una medida complementaria favorable. El ondansetrón podría usarse en los servicios de urgencias para disminuir los vómitos intensos que acompañan a algunas GEA, aunque no se han establecido aún con claridad sus indicaciones y pauta de uso.

Microorganismos causales (../..)		
Entidad	Frecuentes	Menos frecuentes
Diarrea no inflamatoria ³	<ul style="list-style-type: none">Rotavirus⁴. Adenovirus entéricos (serotipos 40-41). Astrovirus. Calicivirus. Virus Norwalk⁵<i>Staphylococcus aureus</i>⁵<i>Giardia lamblia</i>⁶	<ul style="list-style-type: none"><i>E. coli</i>^{5,7}. <i>Vibrio cholerae</i>⁵. <i>Bacillus cereus</i>⁵. <i>Clostridium perfringens</i>⁵PicornavirusAgentes asociados a inmunosupresión (IS)⁸

Microorganismos causales (../..)		
Entidad	Frecuentes	Menos frecuentes
Diarrea inflamatoria ⁹	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Salmonella</i> sp.^{5,10}. <i>Shigella</i> sp. <i>E. coli</i> ⁷. <i>Campylobacter jejuni</i>. <i>Yersinia enterocolitica</i>. <i>Clostridium difficile</i> ¹¹ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Vibrio parahaemolyticus</i>. <i>Aeromonas hydrophila</i>. <i>Plesiomonas shigelloides</i> ▪ <i>Entamoeba histolytica</i>. <i>Trichinella spiralis</i> ▪ Agentes asociados a IS⁸
Toxiinfección alimentaria ⁵	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Salmonella</i> sp. <i>C. jejuni</i>. <i>E. coli</i> (ECET, ECEH). <i>Shigella</i> sp. <i>S. aureus</i> ▪ Virus Norwalk y Norwalk-like. <i>Vibrio</i> sp. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>C. perfringens</i>. Botulismo. <i>Listeria monocytogenes</i>. <i>Y. enterocolitica</i>. <i>Enterobacter sakazakii</i>. <i>Brucella</i> sp. ▪ <i>Cyclospora</i>. <i>Cryptosporidium</i>

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial ¹²	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio		<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¹³ Hemograma, bioquímica básica, equilibrio ácido-base, PrCR, PCT
Microbiología		<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¹⁴ Examen en fresco de heces, coprocultivo, detección de antígenos específicos ▪ Hemocultivo ▪ Toxina de <i>C. difficile</i>¹¹
Pruebas de imagen		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rx simple de abdomen y/o ecografía abdominal¹⁵
Otras pruebas		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Detección de azúcares reductores¹⁶ ▪ Proctosigmoidoscopia con biopsia¹⁷

Indicaciones de derivación/ingreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deshidratación moderada-grave; shock ▪ Diarrea inflamatoria grave, con apariencia tóxica o hemograma séptico ▪ Síntomas neurológicos (letargia, convulsiones, etc.) ▪ Intolerancia oral, incapacidad o fracaso de la rehidratación oral (por rechazo o vómitos); vómitos intratables o biliosos ▪ Sospecha de abdomen agudo ▪ Diarrea en pacientes de riesgo (evaluación individualizada): menores de 3 meses de edad, pacientes con IS o enfermedad de base

Tratamiento antimicrobiano empírico ¹⁸ (../..)	
Situación	Tratamiento de elección. Alternativas
Diarrea no inflamatoria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antibióticos empíricos no indicados¹⁸; excepción, la sospecha de cólera grave: doxiciclina/tetraciclina¹⁹ (alternativa: cotrimoxazol, eritromicina/azitromicina, ciprofloxacino²⁰)

Tratamiento antimicrobiano empírico ¹⁸ (../..)	
Situación	Tratamiento de elección. Alternativas
Diarrea inflamatoria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antibióticos empíricos iniciales no indicados en la mayoría de los casos¹⁸. Si indicación de tratamiento antibiótico: <ul style="list-style-type: none"> - Azitromicina²¹ VO, eritromicina²² VO - Cotrimoxazol²³ VO - Ampicilina²⁴ IV - Ceftriaxona IV/IM o cefotaxima²⁵ IV - Ciprofloxacino VO o norfloxacino²⁰ VO
Diarrea del viajero	Ver " Diarrea del viajero; prevención y tratamiento "
Toxiinfección alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento antibiótico según indicaciones generales¹⁸ ▪ Elección del antimicrobiano (cotrimoxazol, ampicilina, eritromicina/azitromicina, cefotaxima/ceftriaxona) según sospecha etiológica -ver tabla más adelante-
Diarrea asociada a antibióticos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retirar antibiótico previo²⁶ ▪ Metronidazol VO; alternativa: vancomicina VO²⁷
Diarrea más de 10 días de duración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metronidazol²⁸ VO

Antimicrobianos de elección según agentes causantes de la GEA (tras resultado del coprocultivo) (../..)				
Agente	Indicaciones de uso	Primera elección	Alternativas	Observaciones
<i>Aeromonas</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diarrea persistente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cotrimoxazol²³ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ciprofloxacino²⁰, cloranfenicol, aminoglucósidos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infección generalmente autolimitada
<i>Campylobacter</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diarrea persistente ▪ Reducir contagio en hospitales de día e instituciones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Azitromicina²¹, eritromicina²² ▪ Ciprofloxacino²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tetraciclina, doxiciclina¹⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infección generalmente autolimitada ▪ El tratamiento precoz puede acortar la duración y prevenir la recaída
<i>Clostridium difficile</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diarrea persistente después de interrumpir los antibióticos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metronidazol 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vancomicina (en los cuadros más floridos) 	
<i>E. coli</i> (O157:H7)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antibióticos contraindicados 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incrementan el riesgo de SHU
<i>Salmonella</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bacteriemia ▪ Formas invasoras ▪ Factores de riesgo: edad menor de 3 meses, asplenia, neoplasia, inmunodeficiencia, enfermedad inflamatoria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefotaxima, ceftriaxona²⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampicilina, cotrimoxazol¹⁹, ciprofloxacino²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elección según antibiograma

Antimicrobianos de elección según agentes causantes de la GEA (tras resultado del coprocultivo) (../..)				
Agente	Indicaciones de uso	Primera elección	Alternativas	Observaciones
	intestinal, hemoglobinopatía			
<i>Shigella</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control de brotes ▪ Diarrea persistente ▪ Enfermedad grave ▪ Se recomienda siempre con cultivo positivo o sospecha epidemiológica fundada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefotaxima, ceftriaxona²⁵ ▪ Azitromicina²¹ ▪ Ciprofloxacino²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefixima²⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infección generalmente autolimitada ▪ Elección según perfil de sensibilidad local a ampicilina y cotrimoxazol
<i>V. cholerae</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diarrea persistente ▪ Para disminuir las necesidades de líquidos ▪ Control de brotes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tetraciclina, doxiciclina¹⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cotrimoxazol¹⁹, azitromicina²¹, eritromicina, ciprofloxacino²⁰ 	
<i>Yersinia</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bacteriemia ▪ Enfermedad invasiva ▪ Inmunosupresión 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cotrimoxazol¹⁹ ▪ Tetraciclina, doxiciclina¹⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ciprofloxacino²⁰, cefotaxima, aminoglucósidos 	

Dosis

- Ampicilina: 100 mg/kg/día, IV, en 4 dosis, 7 días
- Azitromicina: 10 mg/kg/día, VO, una dosis, 3-5 días (adolescentes 500 mg/día)
- Cefotaxima: 100-200 mg/kg/día, IV, en 3-4 dosis
- Ceftriaxona: 50-75 mg/kg/día, IM/IV, 1 dosis, 3-5 días
- Ciprofloxacino: 500 mg/12 horas, VO, 3-5 días (30 mg/kg/día, en 2 dosis, 3-5 días)
- Cotrimoxazol (TMP-SMX): 10 mg (trimetoprim)/kg/día, en 2 dosis, 3-5 días (máximo 160 mg/dosis de trimetoprim)
- Eritromicina: 50 mg/kg/día, VO, en 3-4 dosis, 7 días
- Metronidazol: 30 mg/kg/día, VO, en 3-4 dosis, 5-10 días (máximo 500-750 mg/dosis)
- Norfloxacino: 400 mg/12 horas, VO, 3-5 días
- Vancomicina: 50 mg/kg/día IV, en 4 dosis, 7-14 días (máximo 500 mg dosis)

Otras medidas terapéuticas (../..)

- | | |
|-------------------------|---|
| Líquidos y electrolitos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los pacientes con diarrea precisan asegurar unos ingresos suficientes de líquidos y electrolitos ▪ En las GEA leves sin deshidratación es suficiente la ingesta oral de líquidos y alimentos apropiados según la edad ▪ En los casos de deshidratación leve-moderada la rehidratación debe realizarse preferentemente por vía oral con SRO²⁹ ▪ Cuando la rehidratación oral no es factible, la rehidratación enteral con sonda nasogástrica es tan efectiva, si no mejor, que la rehidratación IV; los casos de deshidratación grave o intolerancia oral precisarán la vía IV |
|-------------------------|---|

Otras medidas terapéuticas (../..)	
Dieta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No es necesaria la restricción dietética inicialmente; proponer una dieta astringente (plátano, arroz, manzana, etc.) si se prolonga en el tiempo, aunque esta dieta aporta escasas calorías y no hay estudios acerca de su eficacia ▪ Se debe mantener la lactancia materna, e intentar mantener la fórmula artificial o alimentación complementaria habitual³⁰. No es necesaria la dilución de la fórmula artificial o la reintroducción gradual de los alimentos ▪ La introducción de alimentos no debe retrasarse más de 4-6 horas tras el inicio de la rehidratación. No se recomiendan bebidas muy azucaradas (zumos, refrescos, etc.) ▪ No está indicada inicialmente la retirada de la lactosa excepto en los casos en los que la clínica sea muy sugerente de intolerancia, acompañada de una prueba positiva en heces. No hay datos acerca del beneficio de la leche de soja o los hidrolizados de proteínas con respecto a la leche de vaca o la fórmula habitual, y por tanto no se recomienda el cambio de las mismas durante la GEA, incluso en los lactantes menores de 2 meses
Probióticos	<p>Algunos probióticos (<i>Lactobacillus</i> spp. y <i>Saccharomyces boulardii</i>) han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la diarrea aguda (acortan la duración de la misma), especialmente la causada por rotavirus. El efecto es dosis dependiente y la dosis mínima eficaz es de 10⁶-10⁹ UFC al día, durante 5 días. No han demostrado efectos beneficiosos en la prevención de la diarrea aguda ni en la diarrea del viajero</p>
Racecadotril	<p>El uso de racecadotril (antisecretor, de acción periférica, sin efecto sobre la motilidad) no está recomendado de forma rutinaria aunque algunas nuevas guías de tratamiento de la GEA consideran su uso en niños con diarrea moderada/grave como adyuvante a la rehidratación oral con el objetivo de reducir el número y mejorar la consistencia de las deposiciones³¹, habiendo demostrado un efecto beneficioso, aunque clínicamente no relevante, independientemente del estado de hidratación, la edad, la presencia de rotavirus, el lugar de tratamiento o el entorno cultural</p>
Ondansetrón	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Su uso como antiemético en las GEA no está recogido en la ficha técnica del producto, no obstante se ha usado en casos que cursan con vómitos intensos ▪ Puede usarse en pacientes seleccionados (> 6 meses de edad y > 8 kg de peso), en casos de fallo de la rehidratación oral en los servicios de urgencias, reduciendo las necesidades de fluidoterapia IV, SNG y de hospitalización; se administra en forma de comprimido bucodispersable con estas dosis: 2 mg en < 15 kg, 4 mg en 15-30 kg y 8 mg en > 30 kg o en jarabe preparado (fórmula magistral) a dosis de 0,15 mg/kg ▪ Recientemente se ha informado del riesgo de alargamiento del QT por lo que se recomiendan precauciones específicas en las indicaciones de uso aprobadas
Domperidona	<p>Aunque su uso sistemático no está recomendado, puede usarse para aliviar los vómitos intensos de la GEA en niños de > 1 año de edad³²</p>
Zinc	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los suplementos de zinc han demostrado ser beneficiosos en la prevención y tratamiento de la GEA en países en vías de desarrollo en los que existe riesgo de malnutrición, y no así en los países desarrollados ▪ Se recomienda su uso de forma universal en todo niño malnutrido con GEA (10 mg en menores de 6 meses y 20 mg en mayores de esta edad durante 10-14 días)³³
Otros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La loperamida (inhibición de la motilidad) está contraindicada en pacientes menores de 12 años y en las diarreas hemorrágicas ▪ Los tratamientos con sustancias absorbentes (smectite, kaolin-pectin, attapulgit, carbón activado) no están recomendados

Prevención

- Lavado de manos de los niños y sus cuidadores (antes y después de: ir al aseo o del cambio de pañales, preparar la comida y comer) es la medida más eficaz para prevenir la GEA y reducir su extensión a los contactos en domicilios y guarderías; ver "Causas de exclusión escolar"
- Las vacunas frente a rotavirus son muy eficaces en la prevención de las GEA causadas por rotavirus

Referencias bibliográficas

- Amieva MR. Important Bacterial Gastrointestinal Pathogens in Children: A Pathogenesis Perspective. *Pediatr Clin N Am.* 2005;52(3):749-77.
- Buñuel Álvarez JC. [En niños menores de 3 años de edad con gastroenteritis infecciosa aguda, la administración de *Lactofillus* fue eficaz para disminuir tanto la duración del proceso como el número de deposiciones/día.](#) *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2002;4:631-7.
- Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence-based clinical care guideline for medical management of acute gastroenteritis in children aged 2 months through 5 years. [actualizado el 31/10/2005; consultado el 26/06/2011]. Disponible en <http://www.cincinnatichildrens.org/svc/alpha/h/health-policy/ev-based/gastro.htm>
- Corretger JM, Retana A. Diarrea aguda infecciosa. En: Aristegui J, Corretger JM, Fortuny C, y cols., ed. *Guía de Terapéutica Antimicrobiana en Pediatría 2007-2008.* 2.ª Ed. Barcelona: Ed. Antares; 2007. p. 40-4.
- Cortés Marina RB, Sanchez Bueno I, Buñuel Alvarez JC. [La administración de zinc oral en niños con gastroenteritis aguda en países desarrollados no tiene efecto beneficioso sobre la duración o gravedad del episodio.](#) *Evid Pediatr.* 2011;7:9.
- Esparza Olcina MJ, Perdikidis Olivieri L. [La administración de ondansetrón por vía oral podría ser coste efectiva para tratar los vómitos en niños con deshidratación secundaria a gastroenteritis.](#) *Evid Pediatr.* 2011;7:11.
- ESPGHAN; ESPID. Evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008;46 Suppl 2:S81-122.
- Gutiérrez P, Polanco I, Salazar E. Manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: un enfoque basado en la evidencia. *Guía de práctica clínica iberoamericana. An Pediatr (Barc).* 2010;72(3):220.e1-220.e20.
- Lehert P, Cheron G. Racecadotril for childhood gastroenteritis: an individual patient data meta-analysis. *Dig Liver Dis.* 2011; 43(9):707-13. Epub 2011 Apr 22.
- Leung AK, Robson WL. Acute gastroenteritis in children: role of anti-emetic medication for gastroenteritis-related vomiting. *Paediatr Drugs.* 2007;9(3):175-84.
- Marchetti F, Maestro A, Zanon D. Oral ondansetron versus domperidone for symptomatic treatment of vomiting during acute gastroenteritis in children: multicentre randomized controlled trial. *BMC Pediatr.* 2011;11:15.
- Matson DO. Prevention and treatment of viral gastroenteritis in children. In: *Up To Date*, 2011, v.19.1 [actualizado el 29/09/2010; consultado el 26/06/2011]. Disponible en <http://www.uptodate.com>
- Roslund G, Hepps TS, McQuillen KK. The role of oral ondansetron in children with vomiting as a result of acute gastritis/gastroenteritis who have failed oral rehydration therapy: a randomized controlled trial. *Ann Emerg Med.* 2008;52(1):22-9.
- WHO. The treatment of diarrhoea. [A manual for physicians and other senior health workers.](#) Geneva: World Health Organization; 2005.

Abreviaturas: **CDC:** Centers for Disease Control and Prevention. **CMV:** citomegalovirus. **ECET:** *E. coli* enterotoxigénico. **ECEH:** *E. coli* enterohemorrágico. **GEA:** gastroenteritis aguda. **IM:** vía intramuscular. **IS:** inmunosupresión. **IV:** vía intravenosa. **PCT:** procalcitonina. **PrCR:** proteína C reactiva. **SHU:** síndrome hemolítico-urémico. **SRO:** solución de rehidratación oral. **UFC:** unidades formadoras de colonias. **VHS:** virus herpes simple. **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana. **VO:** vía oral.

Notas:

- ¹ También es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad (deshidratación) en los países en desarrollo.
- ² Deshidratación ausente o leve (pérdida de < 3% del peso corporal), moderada (3-9%), y grave (> 9%). En la valoración del estado de hidratación es útil también el examen de la perfusión periférica, turgencia de la piel, sequedad de mucosas y anomalías del patrón respiratorio.
- ³ Es el tipo de GEA más frecuente: diarrea en un paciente afebril, con deposiciones muy numerosas, acuosas, sin moco ni sangre. La presencia de vómitos y síntomas respiratorios asociados orienta a una etiología viral.
- ⁴ El rotavirus es la causa más frecuente de diarrea en menores de 2 años de edad. Predominio invernal. Puede causar cuadros graves en neonatos. Comparado con otros virus (adenovirus, astrovirus) el rotavirus se asocia a cuadros clínicamente más graves, que cursan con vómitos y deshidratación.
- ⁵ En toxiinfecciones alimentarias definidas por los CDC por la aparición de 2 o más personas afectadas por un cuadro clínico similar tras la ingestión de un alimento común. El principal factor responsable de la aparición de este cuadro es la inadecuada temperatura de conservación de los alimentos, seguido del déficit de higiene de los manipuladores. El microorganismo responsable más frecuente es la *Salmonella*. En ausencia de coprocultivos, el tiempo de aparición de la clínica posingesta se correlaciona con determinados microorganismos: síntomas en menos de 1 hora, posible ingestión de producto químico; síntomas entre 1-7 horas, probable *Staphylococcus aureus* o toxina de *Bacillus cereus*; síntomas entre 8-14 horas, posiblemente causada por otras bacterias; síntomas después de más de 15 horas, otros agentes, especialmente virus. El virus Norwalk y las especies de *Vibrio* se asocian especialmente a la ingesta de pescado. La *Brucella* se asocia a la ingesta de productos lácteos no pasteurizados.
- ⁶ En diarrea prolongada.
- ⁷ *E. Coli* enterotoxigénico (ECET), enteropatógeno (ECEP) o enteroagregante (ECEA): el ECET se asocia a la diarrea del viajero. *E. Coli* enterohemorrágico (ECEH) y enteroinvasivo (ECEI): la cepa 0157:H7 del ECEH se ha asociado al síndrome hemolítico urémico (SHU).
- ⁸ CMV, VHS, *Cryptosporidium*, *Mycobacterium avium complex*, *Isospora*, *Microsporidium*, *Cryptococcus*, *Aspergillus*.
- ⁹ Diarrea acompañada de fiebre, con deposiciones escasas con moco, sangre y leucocitos, producida por invasión de la mucosa colónica. La presencia de fiebre alta (> 40 °C), heces sanguinolentas, dolor abdominal o síntomas del sistema nervioso central (irritabilidad, letargia, convulsiones) orientan a una etiología bacteriana.
- ¹⁰ Más frecuente en verano-otoño y en menores de 2 años. Asociada al consumo de alimentos o agua contaminados.
- ¹¹ Asociado al consumo de antibióticos.
- ¹² No está indicado ningún estudio complementario en la evaluación inicial de una GEA sin datos de gravedad.
- ¹³ Indicados si: diarrea grave; signos clínicos de deshidratación moderada-grave; signos clínicos de sepsis o afectación del estado general; paciente con IS o con enfermedad de base relevante; brote epidémico; tratamiento antibiótico previo. El valor de la cifra de leucocitos, PrCR, VSG o procalcitonina (PCT) es limitado, aunque si hay leucocitosis (> 10 000/ul) o PrCR > 120 mg/L es más probable encontrar coprocultivos positivos. La elevación de la PCT es menos sensible pero más específica que la PrCR en diferenciar la etiología bacteriana de la no bacteriana. En cuanto a la analítica para valorar el estado de hidratación, el único valor que ha demostrado ser útil es el bicarbonato sérico, cuyo descenso se asocia con deshidratación > 5%.
- ¹⁴ El coprocultivo y/o examen en fresco de heces podrían estar indicados en casos de: diarrea persistente; cuando se prevé tratamiento antibiótico (inmunosupresión, disentería); cuando se quiere excluir infección intestinal y verificar otra etiología como enfermedad inflamatoria; sospecha de SHU; y brotes epidémicos.

La **detección antigénica de rotavirus** es útil en brotes epidémicos en menores de 2 años. Orientación del coprocultivo: si diarrea adquirida en la comunidad, hacer cultivo para *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *E. Coli*; si diarrea nosocomial hacer además cultivo para *C. difficile*; si diarrea de más de 7 días de duración, hacer cultivo para *G. lamblia*, *Cryptosporidium*, *Cyptospora* e *Isospora*.
- ¹⁵ Sospecha de obstrucción o invaginación intestinal.
- ¹⁶ Paciente con diarrea explosiva, irritativa, prolongada.

- ¹⁷ Paciente con síntomas intensos de colitis (diarrea sanguinolenta y fiebre) y etiología desconocida tras estudios iniciales.
- ¹⁸ Los virus son la causa más frecuente de diarrea, por lo que, en general, no está indicado el tratamiento antibiótico. Además, aún en los de etiología bacteriana la mayoría de los procesos son autolimitados, por lo que tampoco estaría indicado el tratamiento antibiótico, puesto que no han demostrado acortar la duración del proceso globalmente.
- Indicaciones generales del tratamiento antibiótico empírico inicial (sospecha de etiología bacteriana y/o riesgo de infección grave): lactantes menores de 3 meses con afectación general; pacientes con IS; enfermedad sistémica grave, con fiebre y afectación del estado general; malnutrición importante; y drepanocitosis.
- ¹⁹ Tetraciclina/doxiciclina no indicadas en general en niños menores de 8 años de edad.
- ²⁰ Quinolonas no indicadas en general en menores de 18 años de edad, excepto cuando los beneficios esperados son mayores que los riesgos potenciales. Eficaz en las infecciones causadas por *Shigella* sp. y *Campylobacter* sp., opción alternativa en las infecciones por *Aeromonas*, *Yersinia*, *Salmonella* y *V. cholerae*.
- ²¹ De elección en áreas o situaciones clínicas/epidemiológicas en las que sea probable la etiología del ECEH cepa 0157:H7 (diarrea con sangre, afebril). También en el tratamiento de la diarrea por *Campylobacter jejuni* cuando está indicado (ha demostrado disminuir la duración de los síntomas y el tiempo de eliminación de bacterias por heces si se administra precozmente). La OMS considera a la azitromicina como la primera elección en la [diarrea del viajero](#).
- ²² Útil para el tratamiento de la infección por *Campylobacter jejuni*.
- ²³ Indicado para la diarrea por *E. Coli* (excepto en el caso del ECEH porque aumenta el riesgo de SHU). También eficaz frente a: *Yersinia*, *V. cholerae*, *Aeromonas* o *Plesiomonas*. Es una opción también en la shigellosis o salmonelosis clínicamente leves, cuando está indicado de forma general y en los casos de malnutrición, manipuladores de alimentos e instituciones infantiles. Ha demostrado acortar el tiempo de eliminación por heces del microorganismo y acortar la duración de la diarrea. Son cada vez más frecuentes las cepas de *Shigella* resistentes a cotrimoxazol y ampicilina.
- ²⁴ Indicada en la GEA por *Salmonella* si precisa tratamiento antibiótico (en este caso se amplía la edad a los menores de 6 meses). Es además tratamiento alternativo al cotrimoxazol en el caso de la shigellosis, aunque la ampicilina presenta un elevado nivel de resistencias.
- ²⁵ Primera elección para el tratamiento parenteral inicial de GEA por *Salmonella* sp. o *Shigella* sp. con indicación de antibioterapia y formas clínicamente graves. Indicaciones de tratamiento antibiótico vía parenteral: 1. Imposibilidad para usar la VO por intolerancia u otras causas; 2. Pacientes con IS y diarrea febril; 3. Bacteriemia o toxemia; 4. Neonatos y lactantes menores de 3 meses con fiebre o sospecha de sepsis.
- ²⁶ En general se resuelve al retirar el antibiótico causante. Si la diarrea es importante puede instaurarse el tratamiento con alguno de los antibióticos citados.
- ²⁷ Si se sospecha diarrea por *C. difficile*, la vancomicina se administra por vía oral.
- ²⁸ Si la diarrea se prolonga más de 10-14 días, con el antecedente de exposición al agua no controlada, hay que pensar en *Giardia lamblia*.
- ²⁹ Cálculo de los aportes necesarios; déficit: % de deshidratación x 10 x kg de peso; mantenimiento: 5-10 cc de SRO/kg/por cada deposición líquida.
- ³⁰ Los hidratos de carbono (arroz, patatas, pan y cereales), carne magra, yogur, frutas y vegetales son habitualmente bien tolerados.
- ³¹ Dosis: lactantes (> 3 meses) y niños: 1,5 mg/kg/8 horas, VO; adultos: 100 mg/8 horas, VO. Administrar antes de las comidas, no más de 7 días; contraindicado si diarrea acompañada de fiebre, deposiciones sanguinolentas o afectación del estado general. Tiorfan®: sobres 10 y 30 mg, cápsulas de 100 mg.
- ³² Motilium® susp. oral 1 mg/ml; dosis de 0,25-0,5 mg/kg/dosis, c/6-8 horas, máximo 80 mg/día.
- ³³ Wilzin cáps de 25 o 50 mg, que pueden abrirse y disolverse en agua edulcorada.

Notas: la *Guía-ABE* se actualiza periódicamente. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[🌐] Más información en: <http://www.guia-abe.es>

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com



Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2011. ISSN: 2174-3568.