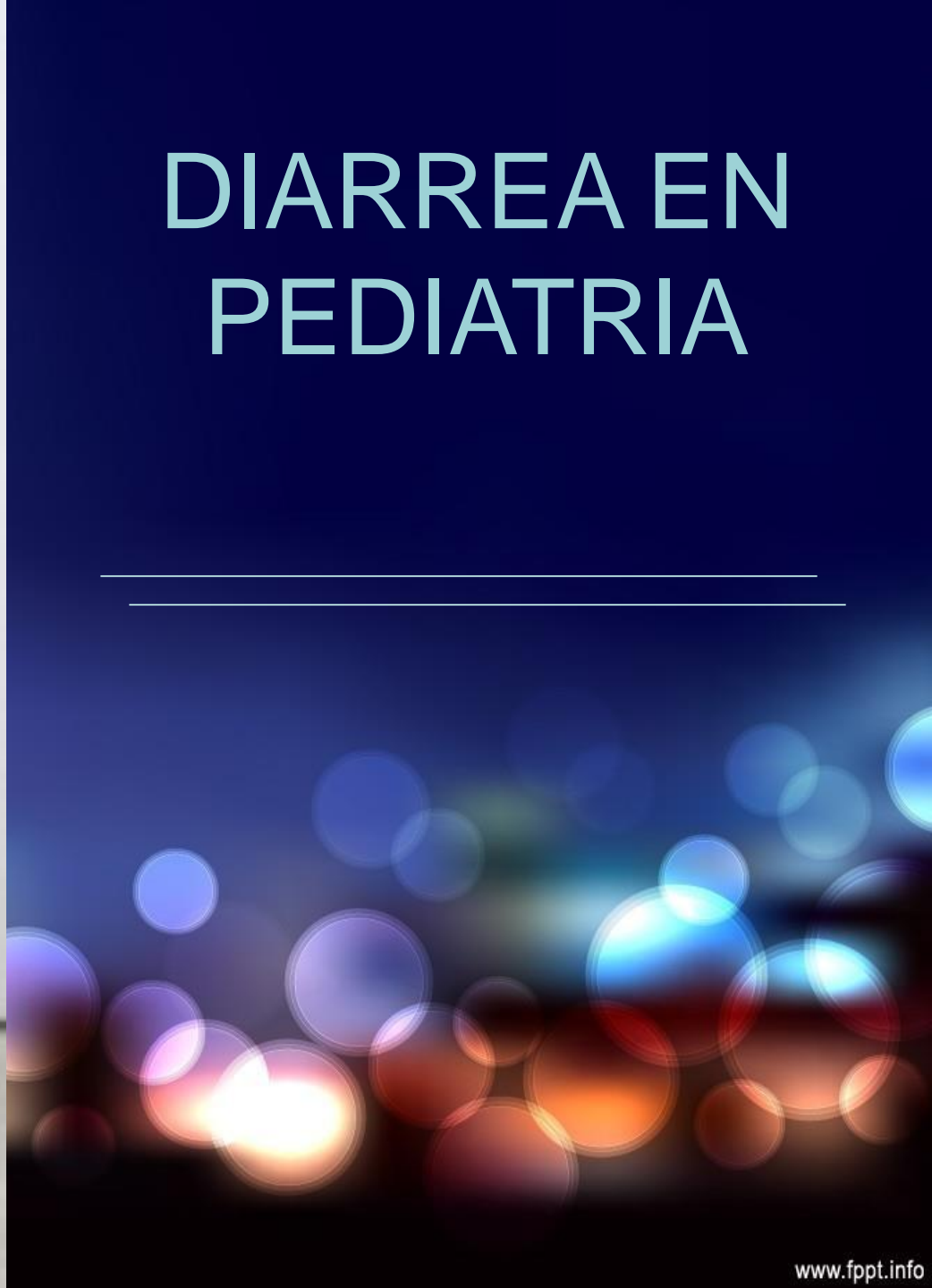




# DIARRREA EN PEDIATRIA

---

---



# DIARREA

La mejor definición de la diarrea es la pérdida excesiva de líquido y electrolitos en heces.

La diarrea aguda se define como la de presentación súbita  $>10$  ml/kg/día en lactantes y  $>200$  g/24 horas en niños más mayores, de 14 días

se denomina crónica o persistente.

- En un lactante el volumen de las heces es alrededor de 5 ml/kg/día; aumenta hasta 200 g/24 horas en el adulto.



OMS: Producción de 3 o más deposiciones en 24 horas de consistencia disminuida, o al menos una con presencia de elementos anormales (pus, sangre, o moco).



Diarrea

Aguda

<2 sem

Generalmente  
causa  
infecciosa

Autolimitada

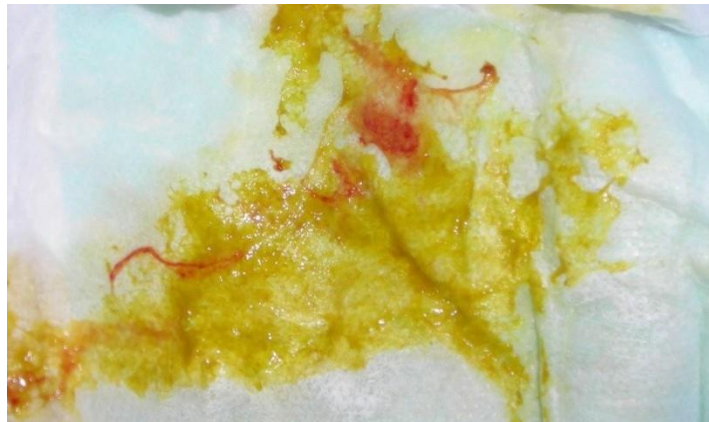
>2 sem

Múltiples  
causas

Variable  
depende Enf.  
base

ETIOLOGÍA	CARACTERÍSTICAS GENERALES	FORMA DE TRANSMISIÓN
<b>• Virales</b> <i>Rotavirus</i> <i>Adenovirus</i>	Más frecuentes en: menores de 2 años concurrentes a jardín otoño-invierno.	Fecal - oral. Respiratoria.
<b>• Bacterianas</b> <i>E. coli</i> enterotoxigénica	En todas las edades de AMPc (símil cólera).	Fecal - oral.
<i>E. coli</i> enteroadherente	Relacionada con diarrea aguda, crónica y del viajero.	
<i>E. coli</i> enteropatógena	Definida por serogrupo Mecanismo patogénico poco conocido. Relacionada con brotes epidémicos.	
<i>Salmonella no typhi</i> (enteritidis, cholerae suis)	Período de incubación: 6-72 hs. Predomina en menores de 5 años.	Alimentos contaminados incluyendo huevo crudo.
<i>Salmonella typhi</i>	Esporádica. Poco frecuente en áreas con buena eliminación de excretas y agua potable.	Contacto interhumano.
<i>Staphylococcus aureus</i>	Período de incubación: 1-7 hs. Producida por enterotoxina A a E.	Alimentos contaminados por manipuleo de persona colonizada.
<i>Vibrio cholerae</i>	Endémico en el N.O. argentino. Poco frecuente en niños al inicio de la epidemia.	Agua y alimentos contaminados.
<i>Aeromonas hydrophila</i>	Acción por toxina que aumenta el AMPc.	
<b>• Parasitarias</b> <i>Giardia lamblia</i>	Período de incubación: 1-4 semanas. Los niños son más susceptibles, principalmente aquellos con deficiencia de IgA. Relacionada con síndrome de mala absorción.	Alimentos y aguas contaminadas. Los quistes pueden sobrevivir más de 3 meses.
<i>Cryptosporidium</i>	Período de incubación: 12-14 días. Generalmente autolimitadas (1-20) días.	Persona-persona y aguas contaminadas.
<i>Isospora belli</i>	En inmunocomprometidos, pueden ser graves (SIDA).	

	VIRAL	BACTERIANA	PARASITARIA
<b>Grupo de Edad</b>	Lactantes y niños pequeños.	Niños mayores con deficiente higiene personal, ambiental o alimentaria.	Escolar, guardería mayoría. Con disminución de apetito como ant.
<b>Estación</b>	Otoño	Verano	Cualquiera
<b>Comienzo</b>	Brusco		Esporádica/Insidiosa
<b>Características clínicas</b>	Vómitos y fiebre preceden a la diarrea	<u>Diarrea acuosa con moco y sangre</u> (disentería o SUH). Convulsiones (Shigella). En agua de arroz (V. cholerae)	Diarrea mucosanguinolenta (Entamoeba histolítica) <u>Poco compromiso del estado general</u>



## FACTORES DE RIESGOS

### AMBIENTAL Y FAMILIAR



Agua o alimentos contaminados, mal manejo de excretas, viajes, animales en casa, hacinamiento, familiares con enfermedad diarreica.

### Lactancia materna:

- Niños que lactan es menos frecuente.

### Edad:

- Lactante menor mayor riesgo deshidratación, compromiso del estado general y sepsis.

# EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO

## ANAMNESIS

Tiempo de evolución, número, volumen, características (color, consistencia) de las deposiciones, presencia de moco o sangre ?

Fiebre ? Vómito?

Color y volumen de orina.

Alteraciones del sensorio. (deshidratación)

Tipo de respiración.

Alimentos que recibió. Y si recibió algún medicamento?

Antecedente de viajes. Enfermedades previas.

## EXAMEN FISICO

Priorizar estado de hidratación, semiología abdominal, estado nutricional, estado toxinfecioso.

Debe medir FC, FR, Peso y Talla.

Semiología abdominal para descartar abdomen agudo QX.

Valorar fontanela, mucosas y pliegues.



**TABLA III. Estimación del grado de deshidratación**

	<b>Deshidratación leve</b>	<b>Deshidratación moderada</b>	<b>Deshidratación grave</b>
<i>Pérdida de peso (%)</i>			
Lactante	< 5%	5-10%	> 10%
Niño mayor	< 3%	3-9%	> 9%
<i>Mucosas</i>	+/-	+	+
<i>Disminución de la turgencia cutánea</i>	-	+/-	+
<i>Depresión de la fontanela anterior</i>	-	+	+ /+++
<i>Hundimiento del globo ocular</i>	-	+	+
<i>Respiración</i>	Normal	Profunda, posiblemente rápida	Profunda y rápida
<i>Hipotensión</i>	-	+	+
<i>Pulso radial</i>	Frecuencia y fuerza normal	Rápido y débil	Rápido, débil, a veces impalpable
<i>Perfusión</i>	Normal	Fría	Acrocianosis
<i>Flujo de orina</i>	Escaso	Oliguria	Oliguria/anuria

**Signos clínicos independientemente asociados a deshidratación, los mas relevantes son: Pérdida de la turgencia cutánea, mucosa oral seca, respiración anormal, relleno capilar lento, ausencia de lagrimas, y alteración neurológica. 2 de los 4 ultimos nos dan un estimado déficit 5%.**

# EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

En niños inmunocompetentes no es necesario.

Si se sospecha alteración hidroelectrolítica y metabólicas graves.

Coprocultivo: solo se utiliza en pacientes inmunocomprometidos antes de iniciar TX.

Estudio virológico en materia fecal solo tiene utilidad epidemiológica.

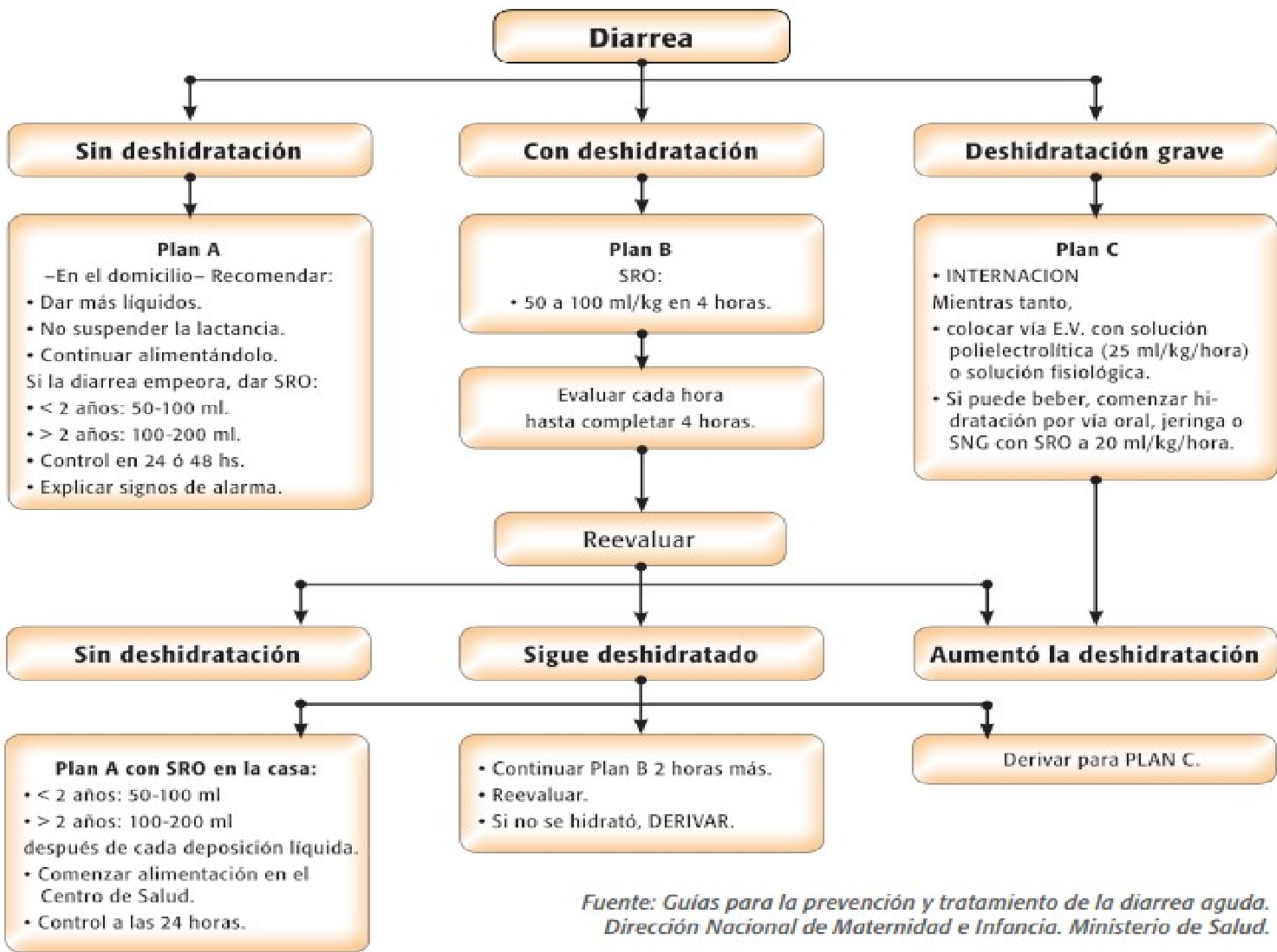
Examen en fresco de heces: Sospecha de Giardia lamblia, entamoeba histolytica.

**TRATAMIENTO**

NO existe un tratamiento específico para la diarrea aguda como tal.

El principal objetivo es la corrección de la deshidratación, luego de ésta la recuperación nutricional.






Fuente: Guías para la prevención y tratamiento de la diarrea aguda. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud.


# DIARREA CRÓNICA

La diarrea crónica se define como un volumen de heces mayor de 10 g/kg/ día en lactantes/niños pequeños y mayor de 200 g/día en niños mayores con una duración de 4 semanas.



La diarrea persistente comienza de forma aguda, pero dura más de 14 días. En la práctica, esto significa evacuar deposiciones sueltas o acuosas más de 3 veces al día.

OMS Diarrea persistente o prolongada cuando el cuadro de diarrea que presumiblemente es agudo no mejora y dura más de 14 días.



Diarrea crónica es la alteración de las deposiciones por aumento del número y/o frecuencia y/o volumen por más de 30 días de evolución.

**Tabla 367.1** Principales etiologías de diarrea crónica en niños mayores y menores de 2 años

<b>ETIOLOGÍA</b>	<b>MENORES DE 2 AÑOS</b>	<b>MAYORES DE 2 AÑOS</b>
Infecciones	+++	+++
Síndrome postenteritis	+++	+++
Inmunodeficiencia	++	Rara
Enfermedad celíaca	+++ (tras la introducción del gluten)	+++
Alergia alimentaria	+++	+
Enfermedad inflamatoria intestinal	+ (rara)	+++
Insuficiencia pancreática	++	++
Colestasis e insuficiencia de ácidos biliares	++	++
Fibrosis quística	++	+
Intolerancia a la lactosa	++ (sobre todo postinfecciosa)	+++
Linfangiectasia intestinal	+	+
Trastornos de la motilidad	++	Raros
Síndrome del intestino corto	+++	+
Diarrea de los niños pequeños y funcional	++	++
Ingesta excesiva de zumos de frutas y líquidos	++	++
Trastornos diarreicos congénitos, incluidos los defectos estructurales de los enterocitos y los síndromes de malabsorción enzimáticos o de transporte	++	Improbables

**Tabla 367.5** Estudio diagnóstico secuencial para los niños y lactantes con diarrea crónica

**EVALUACIÓN INICIAL**

- Antecedentes personales y familiares: ecografía prenatal; antecedentes de alimentación; antecedentes familiares de diarrea prolongada; consanguinidad
- Exploración física: dismorfismo; anomalías esqueléticas; organomegalia; dermatitis
- Estudio de enfermedades infecciosas: coprocultivos; parásitos; virus
- Estudio alérgico: prueba de dieta de eliminación



**PRUEBAS DE LABORATORIO**

- Análisis de heces: volumen fecal después del ayuno; electrólitos e hiato iónico en heces; pH y sustancias reductoras; esteatocrito; leucocitos fecales y calprotectina; elastasa fecal;  $\alpha_1$ -antitripsina
- Análisis de sangre y de suero: electrólitos séricos; perfil lipídico; albúmina y prealbúmina; amilasa y lipasa; marcadores inflamatorios; amoníaco; serología celiaca



**PRUEBAS DE IMAGEN**

- Ecografía abdominal: engrosamiento de la pared intestinal; trastornos hepáticos y biliares
- Estudios radiológicos y con contraste: malformaciones congénitas; signos de trastornos de la motilidad



**ENDOSCOPIAS E HISTOLOGÍA INTESTINAL**

Endoscopia e histología estándar yeyunal/colónica\*; morfometría; tinción con PAS; inmunohistoquímica intestinal; microscopia electrónica



**INVESTIGACIÓN GENÉTICA**

- Análisis molecular específico
- Secuenciación del exoma completo



**OTRAS INVESTIGACIONES ESPECIALES**

Prueba del sudor; pruebas del aliento con carbohidratos específicos; medición de  $^{75}\text{SeHCAAT}$ ; anticuerpos antienterocito; estudio de enfermedades metabólicas; estudios de la motilidad; marcadores de tumores neuroendocrinos

**Tabla 367.6** Tratamiento antimicrobiano de la diarrea persistente

	FÁRMACO	INDICACIONES	POSOLOGÍA	DURACIÓN
Antibióticos	Trimetoprima-sulfametoxazol	<i>Salmonella</i> spp., <i>Shigella</i> spp.	6-12 mg/kg/día (de trimetoprima) en 2 dosis divididas al día v.o.	5-7 días
	Azitromicina	<i>Shigella</i> spp., <i>Campylobacter</i>	día 1: 12 mg/kg/día una vez al día v.o. días 2-5: 6 mg/kg/día una vez al día v.o. *alternativa: 10 mg/kg/día una vez al día v.o. durante 3 días	5 días
	Ciprofloxacino	<i>Shigella</i> spp.	20-30 mg/kg/día en 2 dosis divididas, v.o. o i.v.	3 días
	Ceftriaxona	<i>Shigella</i> spp.	50-100 mg/kg/día una vez al día i.m. o i.v.	2-5 días
	Metronidazol	<i>Giardia</i> , <i>Amebiasis</i> , <i>Blastocystis</i> , <i>Clostridium difficile</i>	15-35 mg/kg/día en 2-3 dosis divididas v.o.	7-10 días
	Paromomicina	<i>Amebiasis</i>	25-35 mg/kg/día en 3 dosis divididas v.o.	7 días
	Vancomicina	<i>Clostridium difficile</i>	40 mg/kg/día en 4 dosis divididas v.o.	10 días
Antiparasitario	Nitazoxanida	<i>Amebiasis</i> , <i>Giardiasis</i> , <i>Blastocystis</i> , <i>Cryptosporidiosis</i>	100 mg cada 12 h para niños de 12-47 meses 200 mg cada 12 h para niños de 4-11 años 500 mg cada 12 h para niños mayores de 11 años	3 días
	Albendazol	Infección por <i>Ascaris</i> , ancilostómicos y oxiuros	400 mg	Una toma

Depende del perfil de sensibilidad local. i.m., intramuscular; i.v., intravenoso; v.o., vía oral.

# DIARREA CRÓNICA FUNCIONAL

Incluye el SII y Diarrea crónica inespecífica.

## SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Comité Roma III:

Sensación de incomodidad o dolor abdominal que tenga por lo menos dos de los siguientes síntomas:

Mejora con la defecación.

Alteración de la frecuencia de las deposiciones (cuatro o más por día), y/o cambio en la apariencia de la materia fecal.

La alteración del hábito evacuatorio puede incluir deposiciones líquidas y/o con moco pudiendo acompañarse de con urgencia evacuatoria, y distensión abdominal.

Estos síntomas deben presentarse una vez por semana por lo menos en los dos últimos meses sin repercusión nutricional, y con disparadores psicosociales.

La edad de inicio: 4-7 años.

Predomina durante la adolescencia.


La explicación y reaseguro al paciente y los padres pueden ser por sí solos una adecuada terapéutica. Estableciendo estrategias para modificar conductas en el manejo del dolor.

En cuanto a la nutrición se recomienda disminuir la fibra, disminuir los CHO mejora los síntomas en el 40% de los pacientes con SII. Disminuir grasa para evitar flatulencias.



# DIARREA CRÓNICA INESPECÍFICA

DIARREA CRÓNICA EN NIÑOS DE 12-36 MESES CON DEPOSICIONES ALTERNANTES, LÍQUIDAS, MUCOSAS Y FORMADAS CON RESTOS ALIMENTICIOS NO DIGERIDOS CON 1-4 EVACUACIONES AL DÍA.



El cuadro se repite 3-4 veces por semana sin dolor ni incomodidad, no hay distensión, ni cambios en el apetito y estado nutricional del paciente.
El cuadro se auto limita con el control de esfínteres ya que se produce por aceleración del tránsito intestinal.
DX: HC minuciosa y completa. Examen físico y curva de crecimiento es siempre normal.
El tratamiento recomendado es tranquilizar a los padres, explicando que con el control de esfínteres se genera retención de materia fecal, esto retarda el tránsito intestinal y mejora el cuadro.

# GASTROENTERITIS AGUDA EN NIÑOS

El término gastroenteritis se aplica a la inflamación del aparato digestivo debida sobre todo a infecciones por patógenos bacterianos, víricos o parasitarios

Las manifestaciones más comunes son diarrea y vómitos, que pueden asociarse también a características sistémicas, como dolor abdominal y fiebre.

La disentería es un síndrome caracterizado por deposiciones frecuentes de pequeño volumen que contienen sangre visible y que suele acompañarse de fiebre, tenesmo y dolor abdominal.

Esto debería distinguirse de la diarrea hemática (deposiciones sanguinolentas de mayor volumen con menos enfermedad sistémica) porque las etiologías pueden diferir.

La diarrea prolongada (7-13 días de duración) y persistente (14 días de duración o más) son importantes debido a su impacto sobre el crecimiento y la nutrición.

**¿Tiene diarrea el niño?**

**En caso afirmativo: Valorar:**

- ¿Durante cuánto tiempo? Estado general del niño.
  - ¿Hay sangre en las heces? El niño:
    - ¿Se encuentra letárgico o inconsciente?
    - ¿Inquieto o irritable?
- Comprobar si tiene los ojos hundidos.
- Ofrecer líquido a los niños:
- ¿No es capaz de beber o tiene dificultades para beber?
- ¿Bebe con ansia, sediento?
- Pellizcar la piel del abdomen.
- Se recupera:
- ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)?
- ¿Lentamente?

**Clasificar la diarrea**

**Por grado de deshidratación**

Dos de los siguientes signos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letárgico o inconsciente.</li> <li>• Ojos hundidos.</li> <li>• Incapaz de beber o bebe con dificultad.</li> <li>• La recuperación cutánea al pellizcar la piel es muy lenta.</li> </ul>	<b>Deshidratación intensa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el niño no tiene otra clasificación grave:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar líquido por la deshidratación intensa (Plan C).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Si el niño tiene también otra clasificación grave:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remitir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el camino. Aconsejar a la madre que continúe la lactancia materna.</li> <li>• Si el niño tiene a partir de 2 años y hay cólera en la región, dar antibiótico para el cólera.</li> </ul>
Dos de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquieto, irritable.</li> <li>• Ojos hundidos.</li> <li>• Bebe con ansia, sediento.</li> <li>• La recuperación de la piel al pellizcarla es lenta.</li> </ul>	<b>Cierta deshidratación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar líquido y alimento si hay una cierta deshidratación (Plan B).</li> </ul> <p><b>Si el niño tiene también clasificación grave:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remitir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el camino. Aconsejar a la madre que continúe la lactancia materna.</li> <li>• Aconsejar a la madre cuándo debe volver inmediatamente.</li> <li>• Seguimiento en 2 días si no hay mejoría.</li> </ul>
Sin signos suficientes para clasificar como cierta deshidratación o como deshidratación intensa.	<b>Sin deshidratación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar líquido y alimento para tratar la diarrea en casa (Plan A).</li> <li>• Aconsejar a la madre cuándo debe volver inmediatamente.</li> <li>• Seguimiento en 2 días si no hay mejoría.</li> </ul>

**Y si diarrea ≥ 14 días**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay deshidratación.</li> </ul>	<b>Diarrea persistente intensa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar la deshidratación antes de remitir a menos que el niño tenga otra clasificación grave.</li> <li>• Remitir al hospital.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin deshidratación.</li> </ul>	<b>Diarrea persistente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconsejar a la madre sobre la alimentación del niño que tiene DIARREA PERSISTENTE.</li> <li>• Dar un suplemento mineral multivitamínico durante 2 semanas.</li> <li>• Aconsejar a la madre cuándo debe volver inmediatamente.</li> <li>• Seguimiento en 5 días.</li> </ul>

**Y si sangre en heces**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre en heces.</li> </ul>	<b>Disentería</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tratar durante 5 días con un antibiótico oral recomendado para Shigella.</b></li> <li>• Aconsejar a la madre cuándo debe volver inmediatamente.</li> <li>• Seguimiento en 2 días.</li> </ul>
--	-------------------	--

Protocolo del tratamiento integrado del niño enfermo para el reconocimiento y tratamiento de la diarrea en los países en vías de desarrollo. SRO, solución de rehidratación oral.

**Tabla 366.12** Signos clínicos asociados con deshidratación

SÍNTOMA	DESHIDRATACIÓN MÍNIMA O NULA	CIERTA DESHIDRATACIÓN	DESHIDRATACIÓN GRAVE
Estado mental	Bien; alerta	Normal, fatigado o inquieto, irritable	Apático, letárgico, inconsciente
Sediento	Bebe normalmente; podría rechazar los líquidos	Sediento; deseoso de beber	Bebe con dificultad; incapaz de beber
Frecuencia cardíaca	Normal	Normal o aumentada	Taquicardia, con bradicardia en la mayoría de los casos
Calidad de los pulsos	Normales	Normales o disminuidos	Débiles, filiformes o impalpables
Respiración	Normal	Normal, rápida	Profunda
Ojos	Normales	Ligeramente hundidos	Muy hundidos
Lágrimas	Presentes	Disminuidas	Ausentes
Boca y lengua	Húmedas	Secas	Parcheadas
Pliegue cutáneo	Recuperación instantánea	Recuperación en <2 s	Recuperación en >2 s
Llenado capilar	Normal	Prolongado	Prolongado, mínimo
Extremidades	Calientes	Frías	Frías; moteadas; cianóticas
Diuresis	Normal o disminuida	Disminuida	Mínima

Modificada de Duggan C, Santosham M, Glass RI: The management of acute diarrhea in children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. *MMWR*

```
graph TD; A[TRATAMIENTO] --> B[Los principios generales del tratamiento de la GEA consisten en SRO para rehidratación y mantenimiento más la reposición de las pérdidas continuas en las heces diarreicas y el vómito después de la rehidratación, la continuación de la lactancia materna y la realimentación con una dieta sin restricción apropiada para la edad en cuanto se corrija la deshidratación.]; A --> C[Se recomienda la suplementación con zinc en los niños de países en vías de desarrollo];
```

## TRATAMIENTO

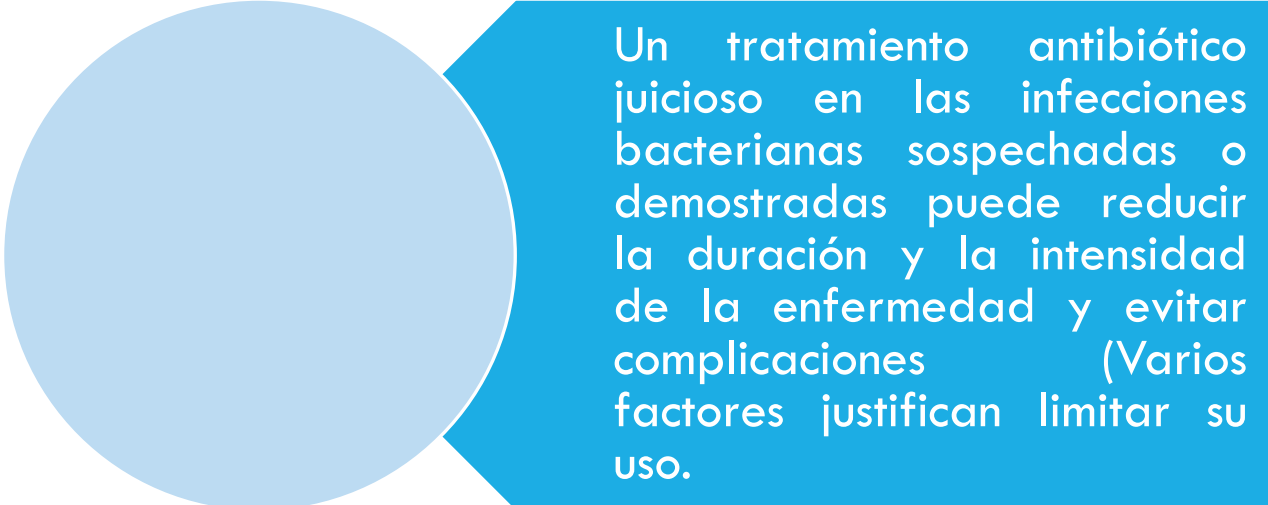
Los principios generales del tratamiento de la GEA consisten en SRO para rehidratación y mantenimiento más la reposición de las pérdidas continuas en las heces diarreicas y el vómito después de la rehidratación, la continuación de la lactancia materna y la realimentación con una dieta sin restricción apropiada para la edad en cuanto se corrija la deshidratación.

Se recomienda la suplementación con zinc en los niños de países en vías de desarrollo

**Tabla 366.13** Tratamiento con líquidos y nutricional de la diarrea

GRADO DE DESHIDRATACIÓN*	TRATAMIENTO DE REHIDRATACIÓN	REPOSICIÓN DE LAS PÉRDIDAS DURANTE EL MANTENIMIENTO†
Cierta deshidratación	Lactantes <sup>†</sup> y niños: SRO, 50-100 ml/kg en 3-4 h. Continuar lactancia materna. Después de 4 h, administrar alimentos cada 3-4 h a los niños que suelen recibir alimentos sólidos	Lactantes y niños: <10 kg de peso corporal: 50-100 ml de SRO por cada episodio diarreico o vómito, hasta ~500 ml/día >10 kg peso corporal: 100-200 ml SRO por cada episodio diarreico o vómito, hasta ~1 l/día Reposición de pérdidas según lo previo mientras continúe la diarrea o los vómitos
Deshidratación grave	Los lactantes malnutridos pueden beneficiarse de bolos frecuentes de menor volumen, de 10 ml/kg de peso corporal debido a la menor capacidad de aumentar el gasto cardiaco con una reanimación de mayor volumen Lactantes (<12 meses) y niños (12 meses a 5 años) sin malnutrición: administrar bolos de 20-30 ml/kg de solución cristalóide isotónica intravenosa (p. ej., suero salino isotónico) en 30-60 min. Repetir los bolos según se precise para restaurar una perfusión adecuada. Después, administrar 70 ml/kg en 2,5-5 h. (Obsérvese que los tiempos de infusión más lentos son para lactantes). Reevaluar al lactante o al niño con frecuencia y ajustar el ritmo de infusión si se precisa. Cambiar a SRO, leche materna y alimentación según se ha descrito en caso de cierta deshidratación, cuando el niño pueda beber, la perfusión sea adecuada y el estado mental sea normal. Ajustar los electrolitos y administrar dextrosa en función de los parámetros bioquímicos	Lactantes y niños: <10 kg de peso corporal: 50-100 ml de SRO por cada episodio diarreico o vómito, hasta ~500 ml/día >10 kg peso corporal: 100-200 ml de SRO por cada episodio diarreico o vómito, hasta ~1 l/día Adolescentes y adultos: A demanda, hasta ~2 l/día Reponer pérdidas según las indicaciones previas mientras la diarrea o los vómitos persistan En caso de incapacidad de beber, administrar por sonda nasogástrica o administrar glucosa al 5% y suero salino fisiológico con 20 mEq/l de cloruro de potasio por vía i.v.

# TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO



Un tratamiento antibiótico juicioso en las infecciones bacterianas sospechadas o demostradas puede reducir la duración y la intensidad de la enfermedad y evitar complicaciones (Varios factores justifican limitar su uso).

**Tabla 366.14** Tratamiento antibiótico para la diarrea infecciosa

MICROORGANISMO	INDICACIÓN DE TRATAMIENTO	POSOLOGÍA Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO
<i>Shigella</i> spp.	En países con renta per cápita alta, se recomienda un tratamiento juicioso para limitar la creciente resistencia a los antibióticos, porque la mayoría de los casos de shigelosis son autolimitados. El tratamiento debería reservarse para la enfermedad moderada o grave (necesidad de hospitalización, enfermedad sistémica o complicaciones), los pacientes inmunodeprimidos, o para evitar o mitigar los brotes en ciertos contextos (p. ej., guarderías o manipulación de alimentos). También hay que considerar el tratamiento de los pacientes con molestias significativas, enfermedades concurrentes intestinales, instituciones, o exposición doméstica a personas de alto riesgo. La OMS recomienda los antibióticos empíricos para todos los niños de países en vías de desarrollo con disentería asumiendo que la mayoría de los casos se deben a <i>Shigella</i>	<p><b>Primera línea:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciprofloxacino* 15 mg/kg/día v.o. divididos en dos tomas diarias × 3 días; O</li> <li>• Ceftriaxona 50-100 mg/kg/día i.v. o i.m., en una toma diaria × 3 días para la enfermedad grave que requiera tratamiento parenteral; O</li> <li>• Azitromicina* 12 mg/kg una dosis el primer día, después 6 mg/kg una vez al día los días 2-4 (ciclo total: 4 días)</li> </ul> <p><b>Segunda línea:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefixima 8 mg/kg una vez al día durante 3 días; O</li> <li>• Trimetoprima-sulfametoxazol 4 mg/kg/día de TMP y 20 mg/kg/día de SMX dos veces al día durante 5 días (si se conoce la sensibilidad o probablemente basado en datos locales)</li> </ul>
ECET	Diarrea acuosa en un viajero que vuelva de un área endémica que interfiera con actividades planificadas o que sea persistente	<p><b>Primera línea:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Azitromicina* 12 mg/kg una dosis el primer día, después 6 mg/kg una vez al día los días 2 y 3 (ciclo total: 3 días)</li> </ul> <p><b>Segunda línea:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciprofloxacino* 15 mg/kg/día v.o. divididos en dos tomas × 3 días</li> </ul>
ECTS	Evitar los antibióticos y los fármacos antipropulsivos	
<i>Salmonella</i> , no tifoidea	Los antibióticos para la gastroenteritis no complicada en los huéspedes sin otras patologías son ineficaces y pueden prolongar la excreción, por lo que no se recomiendan. El tratamiento debería reservarse para la infección en lactantes menores de 3 meses y pacientes con inmunodepresión, neoplasias malignas, enfermedad GI crónica, colitis grave, anemia hemolítica, o infección por VIH. La mayoría de las cepas son multirresistentes a antibióticos	Véase el tratamiento de <i>Shigella</i> . Los pacientes sin bacteriemia pueden recibir tratamiento oral durante 5-7 días. Los pacientes con bacteriemia (demostrada o hasta que se disponga de los resultados de los hemocultivos en un huésped de alto riesgo) deberían recibir tratamiento parenteral durante 10-14 días. Las infecciones invasivas focales o diseminadas (p. ej., osteomielitis, meningitis) y los pacientes bacteriémicos con VIH/SIDA deberían recibir tratamiento parenteral durante 4-6 semanas
<i>Yersinia</i> spp.	No se suelen requerir antibióticos para la diarrea, que suele ser autolimitada y los beneficios clínicos de los antibióticos no se han establecido. La bacteriemia y las infecciones invasivas focales deberían tratarse. El tratamiento con deferoxamina debería suspenderse en las infecciones graves o con bacteriemia asociada	Para la bacteriemia o las infecciones invasivas focales, utilizar cefalosporinas de tercera generación. También se pueden considerar el carbapenem, la doxiciclina (para niños ≥8 años) más un aminoglucósido, TMP-SMX, o una fluoroquinolona en dosis recomendadas para la sepsis. Comenzar por vía i.v. y después cambiar a v.o. cuando el paciente esté clínicamente estable, para un ciclo total de 2-6 semanas



<i>Campylobacter</i> spp.	La disentería, la gastroenteritis moderada y grave o con riesgo de enfermedad grave (p. ej., anciano, embarazada o inmunodeprimido) y la bacteriemia o la infección invasiva focal deberían tratarse. El tratamiento de la gastroenteritis parece eficaz si se administra en los 3 días posteriores al inicio de la enfermedad	<p>Para la gastroenteritis o la disentería:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritromicina v.o. 40 mg/kg/día divididos cada 8 h × 5 días; O</li> <li>• Azitromicina v.o. 10 mg/kg/día × 3 días</li> </ul> <p>Para la bacteriemia o la infección invasiva focal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar macrólidos parenterales o carbapenemes hasta disponer de los resultados del antibiograma. La resistencia a las fluoroquinolonas es &gt;50% en algunas zonas del mundo</li> </ul>
<i>Clostridium difficile</i>	<p>Colitis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrumpir los antibióticos causales si es posible;</li> <li>• Se sugiere consultar con el servicio de enfermedades infecciosas si es persistente o recidivante</li> </ul>	<p>Primera línea (colitis leve-moderada)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metronidazol v.o. 30 mg/kg/día divididos cada 6-8 h × 10 días; máx. 500 mg/dosis; O</li> <li>• Vancomicina v.o. 40 mg/kg/día divididos cada 6 h × 10 días, máx. 125 mg/dosis</li> </ul> <p>Segunda línea (colitis grave)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vancomicina v.o. 40 mg/kg/día divididos cada 6 h × 10 días, máx. 500 mg/dosis; O</li> <li>• En caso de íleo, administrar la misma dosis v.r. como 500 mg/100 ml de suero salino fisiológico en enema de retención con o sin metronidazol i.v. 30 mg/kg/día divididos cada 8 h × 10 días, máx. 500 mg/dosis</li> <li>• La fidaxomicina aún no está aprobada para niños; véase el texto</li> </ul>
<i>Entamoeba histolytica</i>	<p>Tratar las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Excretores asintomáticos de quistes</li> <li>• Enfermedad intestinal leve o moderada</li> <li>• Enfermedad grave intestinal o extraintestinal (incluidos abscesos hepáticos)</li> </ul>	<p>Excretores asintomáticos de quistes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yodoquinol v.o. 30-40 mg/kg/día, máx. 2 g, divididos cada 6 h × 20 días; O</li> <li>• Paromomicina v.o. 25-35 mg/kg/día divididos cada 8 h × 7 días;</li> </ul> <p>Enfermedad intestinal leve o moderada y enfermedad intestinal o extraintestinal grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metronidazol v.o. 30-40 mg/kg/día divididos cada 8 h × 7-10 días; O</li> <li>• Tinidazol v.o. 50 mg/kg, dosis única, máx. 2 g (para niños ≥3 años) × 3 días, O 5 días para la enfermedad grave</li> </ul> <p>SEGUIDO DE (para prevenir la recidiva)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yodoquinol v.o. 30-40 mg/kg/día divididos cada 8 h × 20 días; O</li> <li>• Paromomicina v.o. 25-35 mg/kg/día divididos cada 8 h × 7 días</li> </ul>

(Continúa)