

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

INSTITUCIÓN: CENTRO PARA EL DESARROLLO DE LA FARMACOEPIDEMIOLOGÍA

Guía para la práctica clínica: tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda

INTRODUCCION

Esta guía para la práctica clínica del tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) ha sido financiada y promovida por el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba (MINSAP), institución independiente de la industria farmacéutica nacional e internacional.

La justificación de la elaboración de esta guía para la práctica clínica (GPC) está dada porque la enfermedad diarreica aguda es un problema de salud común en la población. Es una enfermedad generalmente autolimitada que obedece a múltiples etiologías, sujeta a manejo y tratamientos inadecuados cuando tiene etiología viral, o cuando aparece por cambios de alimentos. En los países en vías de desarrollo se reporta que la diarrea es una causa frecuente y predominante de muerte en niños menores de 5 años. En Estados Unidos de Norteamérica la tasa de incidencia de EDA en niños menores de 5 años es de 1.3 a 2.3 episodios por año y cada año mueren más de 300 niños por esta enfermedad. El 10 % de los pacientes en este grupo de edad ingresan cada año por diarreas y los costos directos en hospitales y ambulatorios se estiman que exceden los \$ 2 billones por año. Mas de 200 millones de casos de diarreas aguda infecciosa en Estados Unidos son reportados cada año.^{1,2} En Cuba en el año 2000, las atenciones médicas por EDA fueron en la población general 77.1 x 1000 habitantes y en menores de 1 año la cifra fue 1073.6 x 1000 habitantes.

Por todo ello es importante el impacto potencial de una GPC en el tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, la cual beneficiará tanto a profesionales sanitarios mediante la unificación de criterios sobre el tratamiento basado en evidencias y adaptado a nuestro entorno, como a los pacientes, los cuales recibirán una atención de calidad.

Esta GPC fue desarrollada por un equipo multidisciplinario de expertos de las especialidades médicas Pediatría, Farmacología, Medicina General Integral, Medicina Interna y Microbiología. Un panel de expertos reconocidos y provenientes de diferentes instituciones de salud del país participó en el desarrollo de la metodología formal de consenso para llegar a las recomendaciones finales. Los autores de la guía son:

Dra. Giset Jiménez López. Especialista en Farmacología.

Dra. Elsie Freijoso Santiesteban. Especialista en Pediatría

Dra. Miriam Cires Pujol. Especialista en Farmacología

Dr. Lázaro Silva Herrera. Especialista en MGI

Dra. Ibis Delgado Martínez. Especialista en Medicina Interna

Dr. Raúl Riverón Corteguera. Especialista en Pediatría

Dra. Maria Margarita Ramírez. Especialista en Microbiología.

Dr. Juan Antonio Furones Mourelle, Especialista en Farmacología.

Dr. Julián Pérez Peña, Especialista en Administración de Salud.

Dr. Lázaro Silva Herrera, Especialista en MGI.

Dr. Eduardo Vergara Fabián, Especialista en MGI.

Dr. Felix Sansó Soberats, Especialista en MGI.

No existen vínculos con la industria farmacéutica y los integrantes del panel de expertos han declarado no tener conflictos de interés.

METODOLOGIA DE ELABORACION

El Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología dentro de su estrategia ha contemplado la redacción de guías de práctica clínica como la presente, para brindar orientaciones terapéuticas al prescriptor de APS, para la toma de decisiones en su trabajo y la mejora de la calidad de la asistencia médica que brinda. Esta guía ha sido adaptada según las recomendaciones AGREE (Appraisal of Guidelines Reserch and Evaluation).

Los objetivos que persigue esta guía son:

1. Proveer el tratamiento adecuado de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).
2. Disminuir el uso de antimicrobianos en las EDA de etiología viral.
3. Generar recomendaciones basadas en pruebas científicas acerca del tratamiento de esta entidad en el ámbito de la APS.
4. Adaptar las evidencias científicas revisadas al marco local teniendo en cuenta la factibilidad de aplicación de las mismas a nivel nacional.

En la GPC se aborda la Enfermedad Diarreica Aguda desde la perspectiva de intervenciones eficaces diagnosticas y terapéuticas (medidas farmacológicas y no farmacológicas) y la evaluación clínica del paciente con diarrea en la atención primaria de salud.

La guía incluye pacientes con EDA haciendo énfasis en poblaciones especiales, niños y ancianos, además se provee el tratamiento según etiología y tipo de germen. No se evalúa la EDA complicada.

Los destinatarios de la guía son: internos y médicos generales de atención primaria, así como especialistas en MGI, clínicos, pediatras, gastroenterólogos, microbiólogos, farmacoepidemiólogos, licenciados en farmacia y en enfermería.

Los beneficiarios son todos los pacientes con enfermedad diarreica aguda, ya sea de origen viral, bacteriana o por disalimentación, los que contarán con una atención basada en las mejores recomendaciones.

En la confección de esta guía no se realizaron encuentros con los pacientes, aspecto que será mejorado en su actualización posterior.

Para la realización de la guía y la elaboración de recomendaciones el panel de expertos realizó una extensa revisión de la literatura científica disponible con el propósito de actualización basada en evidencia del tratamiento no farmacológico y farmacológico de esta entidad. La información en formato electrónico fue la más revisada debido a su nivel de actualización. Se realizaron búsquedas en bases de datos como MEDLINE, Cochrane Library, US National Guideline of Clearinhouse, SIGN y Trip Database (bases de datos generales, de revisiones sistemáticas, de guías para la práctica clínica y metabuscadores de evidencias científicas). El período de revisión fue comprendido entre enero del año 2000 y enero del año 2002.

Para la selección de la información se incluyeron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados y metanálisis. Además se revisaron guías de la práctica clínica sobre el tema. Las palabras claves empleadas fueron diarrea, aguda diarrea, diarrea aguda y gastroenteritis.

Clasificación de las evidencias científicas:

Nivel I meta-análisis, ensayos clínicos controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas

Nivel II ensayos clínicos no aleatorizados, estudios de cohorte, estudios de caso-control

Nivel III series clínicas no controladas, estudios descriptivos, comités de expertos, consenso

Clasificación de las recomendaciones:

A.- Buenas: existe adecuada evidencia científica para recomendar o desaconsejar la adopción de la tecnología. Basado en la categoría I de evidencia.

B.- Regular: existe evidencia científica para recomendar o desaconsejar la adopción de la tecnología. Basada directamente en la categoría II de la evidencia o extrapolada de la categoría I.

C.- Baja: existe insuficiente información científica para recomendar o desaconsejar la adopción de la tecnología. Basada directamente en la categoría III o extrapolado de las categorías II y III.

Las recomendaciones terapéuticas que se presentan en la guía se realizaron mediante un consenso formal por votación entre los miembros del panel de expertos, se acordó la aprobación o rechazo cuando el 75% o más de los miembros estuvieron de acuerdo o no en cada uno de los aspectos evaluados.

La validación externa de la guía fue realizada por expertos de nuestro sistema nacional de salud, que forman parte de la Comisión del Formulario Nacional y por parte del Grupo Nacional de Gastroenterología y el Grupo Nacional de Medicina General Integral.

La actualización de la guía se hará con una periodicidad de 3 años, donde el grupo de expertos deberá reunirse y realizar nuevamente una búsqueda y evaluación de nuevas evidencias que hayan aparecido acerca del manejo de la EDA, aplicando la misma metodología en la selección de las evidencias y actualizarán de esta forma las recomendaciones terapéuticas para esta entidad así como la adaptación de las mismas a nuestro entorno.

Esta guía se imprimió en forma de boletín de información terapéutica, el cual se distribuyó por la Red Nacional de Farmacoepidemiología a los policlínicos del nivel primario de atención de salud, a una escala nacional. Además se encuentra disponible en formato electrónico en el sitio www.cdf.sld.cu (Página Web del Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología).

Con la estructura actual y los especialistas disponibles se garantiza la atención de calidad a estos pacientes, no existiendo barreras organizacionales en el control y tratamiento de esta enfermedad.

Para evaluar la implementación y la adherencia a la guía se tomaran los siguientes criterios:

- 1 Pacientes con EDA con tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- 2 Pacientes con EDA bacteriana (con test de laboratorio positivo) tratados con antimicrobianos.
- 3 Pacientes tratados con la primera alternativa sin contraindicaciones para recibir la misma.
- 4 Pacientes con complicaciones de EDA (deshidratación)

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES:

Recomendaciones generales del paciente con diarreas.

No	RECOMENDACION	Grado
1	La terapia de rehidratación oral es tan efectiva como la terapia IV en la reposición de agua y electrolitos en pacientes con deshidratación moderada a leve y debe ser de elección.	B
2	La dieta adecuada para la edad debe ser continuada en niños con diarreas que no estén deshidratados y debe ser reanudada tan pronto como sea posible en niños con deshidratación moderada.	C
3	Los carbohidratos, la carne magra, frutas y vegetales son mejor tolerados que las grasas y alimentos con alto contenido de azúcar.	C
4	La reposición de vitamina A y zinc debe considerarse en pacientes con deficiencia sospechada y diarreas agudas a repetición o diarrea persistente.	C

Recomendaciones del Tratamiento de la EDA

No	RECOMENDACIONES	Grado
1	Los antieméticos deben usarse con precaución a causa de los efectos adversos, generalmente no se recomiendan.	C
2	Los medicamentos antidiarreicos inertes que alteran la secreción intestinal (bismuto) o la motilidad intestinal (loperamida), adsorbentes (kaolin / pectin) no deben indicarse por la falta de evidencia de efectividad y por sus efectos indeseables.	C
3	Las diarreas no deben ser tratadas con anticolinérgicos combinados con opiáceos que son potencial y altamente tóxicos en ancianos.	C
4	El uso de la terapia antimicrobiana en niños con diarreas aguda permanece controversial. Las diarreas agudas producidas por cólera y shigella tienen indicación de antimicrobianos	C

Tratamiento específico según germen causal

No	RECOMENDACIONES	Grado
1	La Ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas ó Norfloxacina 400 mg cada 12 horas por 5 día constituye el tratamiento de elección para Shigella en los adultos.	C
2	El Trimetroprim (TMT) / sulfametoxazol (SMX) 10 mg TMP o 40 mg SMX / kg / día dividido cada 12 horas por 5 días es el tratamiento de elección de la Shigella en niños.	A
3	El Metronidazol 500 mg cada 8 horas durante 10 días, es el tratamiento de elección de la Entamoeba Hystolítica en adultos.	C
4	El Metronidazol 30 a 50 mg / kg / día (dividido cada 8 h) por 10 días ó Paramomicina 30 mg / kg / día dividido cada 8 horas por 10 días ó Diloxanida (Furamida) 20 mg / kg / día dividido cada 8 horas por 10 días constituye el tratamiento de elección de la Entamoeba Hystolítica en niños	C
5	El Metronidazol 250 mg cada 8 horas 7 a 10 días en adultos y en niños 15 mg / kg / día dividido cada 8 horas por 7 días constituye el tratamiento de elección de la Giardia Lamblia.	C
6	La Tetraciclina 500 mg cada 6 horas durante 72 horas en adultos, y en niños mayores de 8 años, 50 mg x kg peso x día cada 6 horas por 72 horas, constituye la primera elección en el tratamiento del Vibrio Cholerae.	C

INTERVENCION

La evaluación del paciente con diarreas requiere de una anamnesis cuidadosa, así como de un examen físico completo para descartar otras entidades con similares presentaciones y para lo cual se requiere de un mínimo de exámenes de laboratorio tales como: heces fecales en fresco, Gram, sangre oculta y leucocitos polimorfonucleares en heces fecales y estudio microbiológico (coprocultivo).⁴

El tratamiento es primariamente de soporte dirigido a prevenir la deshidratación del paciente y consiste en la terapia de rehidratación oral (SRO) y mantener la adecuada ingestión dietética.

En las últimas dos décadas la EDA ha sido objeto de considerable atención mundial y se han dirigido los esfuerzos a estas afecciones. Particularmente se ha enfatizado en el uso de las SRO, que además de ser baratas, previene la deshidratación que es la principal causa de mortalidad en niños y ancianos con esta enfermedad. A pesar de la evidencia de eficacia y seguridad de las SRO, estas son subutilizadas y el manejo de la EDA varía considerablemente entre los países en vías de desarrollo y los países desarrollados. El no uso de SRO, uso de rehidratación intravenosa (IV) en casos deshidratados leves o moderados, la supresión de la vía oral de manera inapropiada, el abuso de antimicrobianos y antidiarreicos, son errores aún cometidos por los médicos.^{2,5,6}

Definiciones y causas:

No existe una definición uniforme de EDA. La Academia Americana de Pediatría la define como una enfermedad de comienzo rápido, caracterizada por incremento en el número de evacuaciones al día y alteración en la consistencia de las heces fecales que puede ir o no acompañado de otros síntomas tales como vómitos, náuseas, dolor abdominal o fiebre.

Entre las causas más frecuentes están la disalimentación, mala manipulación y contaminación de los alimentos, condiciones higiénico-sanitarias deficientes, cambios estacionales, uso de medicamentos, alergia alimentaria y agentes infecciosos como virus (rotavirus), parásitos (amebas, giardias, cryptosporidium), bacterias (salmonella, shigella, escherichia coli, yersinia, campylobacter, vibrios, aeromonas y plesiomonas). En más de la mitad de los casos de diarreas no se identifican patógenos.

Los agentes etiológicos más ampliamente difundidos en el mundo son los virus (especialmente rotavirus) que causan el 70 al 80% de las diarreas infecciosas en el mundo desarrollado, las bacterias ocupan entre el 10 y 20 % de los casos y los parásitos tales como la giardia ocupan el 10 %. La distribución es afectada por los cambios climáticos y las estaciones del año, siendo más frecuentes los rotavirus en el invierno. El bajo peso al nacer, enfermedades de base o intercurrentes como hipertiroidismo, diverticulosis de colon, colon irritable y las enfermedades inmunosupresoras incrementan el riesgo de EDA.

Objetivos del tratamiento de la EDA

- 1 Erradicar los síntomas
- 2 Evitar la deshidratación
- 3 Erradicar el germen causal

Mensajes Claves :^{1,2,5-7}

1. La terapia de rehidratación oral es tan efectiva como la terapia IV en la reposición de agua y electrolitos en pacientes con deshidratación moderada a leve y debe ser de elección. Las

deshidrataciones severas requieren una rápida restauración del volumen intravascular a través de una vía IV, seguido tan pronto como sea posible de la rehidratación oral. C

2. La dieta adecuada para la edad debe ser continuada en niños con diarreas que no estén deshidratados y debe ser reanudada tan pronto como sea posible en niños con deshidratación moderada. El enfoque tradicional usando fórmulas diluidas en la alimentación es inadecuado y contribuyen a la desnutrición. C

3. Una revisión sistemática encontró que SRO con arroz comparada con SRO standard redujeron el volumen de las deposiciones en las primeras 24 horas. B

La leche debe administrarse entera y no debe suprimirse algún alimento en específico. Existen algunas evidencias que muestran que los carbohidratos, la carne magra, frutas y vegetales son mejor tolerados que las grasas y alimentos con alto contenido de azúcar (refrescos, jugos azucarados). El alto contenido de azúcar y bajo en sodio de estas bebidas puede conducir a hiponatremia y su alta osmolaridad incrementa las diarreas. El te es de bajo contenido de sodio y contribuye a depletar potasio. Los caldos de pollo (sintéticos) tampoco deben usarse por el alto contenido de sodio. C^{2,8,9}

Aún en niños con vómitos puede intentarse las SRO, administradas en pequeñas cantidades (dos cucharaditas cada 2 minutos e ir aumentando gradualmente según tolerancia) , han logrado hasta un 90 % de rehidratación en los niños tratados. C

Contenido de las SRO según OMS * ^{2,9}

Cl Na - 3,5 g , CO₃HNa o citrato Na - 2,5 g , Cl K - 1,5 g , Glucosa - 20 g

* para diluir en 1 litro de agua hervida

En nuestro medio existen dos tipos de envases de SRO: uno de 7 g que se diluye en 8 onzas (240 ml) de agua y otro de 27 g que se disuelve en 1 litro de agua. Su aporte es:

Na - 90 mmol , K - 20 mmol , Cl - 80 mmol , CO₃H o Citrato de Na- 30 mmol y Glucosa- 111 mmol

Este método de rehidratación fue proclamado en 1978 como el más importante avance médico del siglo, ya que no solamente salva vidas en casos que la administración IV se dificulta, sino que además es menos traumático, menos costoso y de más fácil administración siempre que la persona tolere la vía oral. Otra ventaja es que la sed del paciente disminuye, lo cual protege de la sobrehidratación. La reposición de vitamina A y zinc debe considerarse en pacientes con deficiencia sospechada y diarreas agudas a repetición o diarrea persistente C

Evaluación del paciente con diarreas. Características clinico-epidemiológicas: ^{2,10,11}

1. Cuándo y cómo comenzó la enfermedad (comienzo súbito, gradual, duración de los síntomas).
2. Deposiciones : acuosas, sanguinolentas, mucosas, purulentas, grasosas.

3. Frecuencia de las deposiciones.
4. Presencia de síntomas disentéricos: fiebre, tenesmo, pujos, sangre o pus en heces fecales.
5. Síntomas de depleción de volumen: sed, taquicardia, oliguria, ojos hundidos, fontanela deprimida, letargia.
6. Síntomas asociados : náuseas, vómitos, dolor abdominal, calambres, mialgias, cefalea, alteración sensorial, fiebre, presencia o no de eritema perianal.
7. Viajes recientes (¿qué lugares?).
8. Atención en instituciones de día, círculos infantiles y jardines de la infancia.
9. Consumo de alimentos no seguros (carnes crudas, huevos, pescado no conservados, leche no pasteurizada o jugos contaminados, agua no tratada).
10. Administración de grandes cantidades de leche o aumento de la concentración de la leche por hervirla varias veces.
11. Baños en piscinas, lagos etc.
12. Visitas al zoológico o contacto con mascotas con diarreas.
13. Contacto con enfermos.
14. Medicamentos tomados recientemente.
15. Condiciones patológicas de base como: inmunodeficiencia, gastrectomizados, edades extremas.
16. Ocupación : manipuladores de alimentos, pantristas, carniceros etc.

Tratamiento

El tratamiento de los síntomas de la EDA es aún controversial y se sabe que los agentes antieméticos deben usarse con precaución a causa de los efectos adversos, incluyendo reacciones alérgicas, sedación, síntomas extrapiramidales y reacciones agudas distónicas, por lo que no se recomiendan .C

2

Los medicamentos antidiarreicos inertes que alteran la secreción intestinal como el bismuto o la motilidad intestinal como la loperamida, adsorbentes como el kaolin / pectin generalmente no deben indicarse, especialmente en niños, por la falta de evidencia de efectividad y a causa de los efectos adversos que superan a los beneficios. Las preparaciones probióticas como algunos lactobacilos y el yogurt se utilizarán de acuerdo con la evolución clínica del paciente y por un período limitado. Las diarreas no deben ser tratadas con anticolinérgicos combinados con opiáceos que son potencial y altamente tóxicos en ancianos, además enmascaran y empeoran el curso de la enteritis bacteriana , conduciendo al megacolon tóxico y a la hemorragia colónica. C⁴

El difenoxilato (Reasec) también es dañino en niños porque enmascara el cuadro clínico al retener grandes cantidades de líquido en la luz intestinal y retarda la evacuación del germen en casos que exista infección, en adultos se ha utilizado a dosis de 2,5 a 5 mg cada 6 u 8 horas en el alivio sintomático de la diarrea. C¹⁰⁻¹⁶

El uso de la terapia antimicrobiana en niños con diarreas aguda permanece controversial . aunque el tratamiento con agentes antimicrobianos puede acortar el curso de algunas enfermedades diarreicas, como por ejemplo la diarrea del viajero, la mayoría de las diarreas son autolimitadas, y pueden resolver antes de que los organismos causantes sean identificados, excepto de las diarreas agudas producidas por cólera y shigella que sí tienen indicación de antimicrobianos.C²

A causa del incremento de infecciones resistentes a antimicrobianos, los efectos secundarios de estos medicamentos, como son las superinfecciones cuando se barre con la flora normal y la posibilidad de inducción de enfermedades (Shiga-toxi phage) por quinolonas, la terapia antimicrobiana debe ser cuidadosamente valorada sobre el daño que puede ocasionar (relación beneficio / riesgo).C

Es de señalar que los antimicrobianos no deben ser prescritos simplemente para reducir la transmisión secundaria. Otras intervenciones como lavado de las manos pudiesen lograr los mismos resultados sin introducir riesgo de resistencia antimicrobiana . C¹¹

Una situación común en la cual son usados los antimicrobianos de manera empírica sin realizar examen de heces fecales es la diarrea del viajero ya que la principal etiología es la Escherichia coli enterotoxigénica y es sensible a las fluoroquinolonas o en niños trimetoprim-sulfametoxazol (cotrimoxazol) que puede reducir la duración de la enfermedad de 3 a 5 días a 1 a 2 días. A. Algunos consideran tratar empíricamente las diarreas que se prolonguen de 10 a 14 días por sospechar giardiasis, si los exámenes son negativos y especialmente si el paciente tiene historia de viajes o ingestión de agua de fuentes no seguras C¹¹⁻¹⁸ .

La shigellosis es rápidamente transmitida por vía fecal-oral de persona a persona por lo que este concepto establece un fuerte criterio de tratamiento precoz a todos los pacientes portadores de shigella, aunque en zonas endémicas el tratamiento debe reservarse para los casos severos con el fin de evitar la resistencia bacteriana que cada vez es mayor en este agente. En pacientes con diarrea invasiva , fiebre y estado tóxico la primera posibilidad etiológica es la Shigella y debe ser considerado el tratamiento (previa toma de heces fecales para estudio) con quinolonas: C^{11,13}

Tratamiento de Shigella

Adultos: ^{11,13,14.}

Primera elección: Ciprofloxacina (tab. 250 mg) 500 mg cada 12 horas ó Norfloxacina 400 mg cada 12 horas por 5 días.

Alternativa: Acido nalidíxico (tab. 500 mg y susp. de 5 ml = 250 mg)1g c/ 6 horas por 5 –7 días.

En cepas sensibles puede utilizarse también Ampicillin (tab 250 mg y susp. 5 ml = 125 mg) 250 mg cada 6 horas por 5 días ó Trimetroprim / sulfametoxazol 800 mg cada 12 horas por 3 días.

En casos graves o que no toleren la vía oral se usará Ceftriazona 1 g / día IV por 5 días. C

Niños : ^{2,12-15}

Primera elección: Trimetroprim (TMT) / sulfametoxazol (SMX)(susp 5 ml = 100 mg , tab 480 mg) 10 mg TMP o 40 mg SMX / kg / día dividido cada 12 horas por 5 días. A-I.

Alternativa: En casos de shigellas resistentes al Trimetroprim / sulfametoxazol se utiliza Acido Nalidíxico 60 mg / kg / día dividido cada 6 horas 5 días. En cepas sensibles puede utilizarse también Ampicillin (tab. 250 mg y susp. 5 ml = 125 mg) 100 mg / kg x día por 5 días .

En casos graves de shigellosis en niños que no toleren la vía oral y estado general comprometido se utilizará Cefalosporina de tercera generación : Ceftriazona 100 mg / kg / día IV (c/ 12 horas) C^{12,15,19}

El tratamiento de la Escherichia coli O-157:H7 con un agente antimicrobiano puede empeorar el curso de la enfermedad , según varios estudios retrospectivos en que han mostrado altas tasas de síndrome urémico hemolítico en pacientes tratados con antimicrobianos al producirse la destrucción de bacterias intracolónica, con liberación de toxinas que son absorbidas sistémicamente. C^{16,17}

La **Aeromona** es un germen patógeno entérico presente en huésped sano, se asocia usualmente con diarreas ligeras, aunque a veces se manifiesta con diarreas crónicas , casi siempre son diarreas autolimitadas y solo en algunos casos requieren tratamiento con Trimetroprim / sulfametoxazol . C

La patogenicidad de las **Plesiomonas** es mas débil, particularmente se puede observar en el escenario de una diarrea del viajero o por ingestión de pescado no fresco. Los reportes sugieren que Trimetroprim / Sulfametoxazol puede disminuir la duración de los síntomas pero generalmente tienen vida autolimitada y no requieren de uso de antimicrobianos.C¹⁸⁻²¹

El **Campylobacter fetus yeyuni** es una vibrionácea que tiene vida autolimitada pero es una preocupación ampliamente difundida el incremento de Campylobacter resistente a quinolonas y ocurre a veces empeoramiento por erradicación de la flora normal. El tratamiento de elección es: Eritromicina a dosis de 50 mg x kg x día dividido cada 6 horas en niños y 500 mg cada 12 horas en adultos por 7 días ó Azitromicina a dosis en niños de 10 mg x kg de inicio y a las 24 horas 5 mg x kg cada 24 horas durante 5 días y adultos 500 mg / día por 5 días. C ^{11,15}

Entamoeba histolytica .

Adultos : ^{11,13,14}

Primera elección: Metronidazol (tab 250 mg) 500 mg cada 8 horas durante 10 días y seguido de Paramomicina (aminosidina) tab 250 mg 500 mg cada 8 horas por 10 días ó iyodohidroxiquinoleina 650 mg cada 8 horas por 20 días.

Alternativa: Diloxanida (furamida) 500 mg cada 8 horas x 10 días C

Niños:^{-2,10-15}

Primera elección: Metronidazol 30 a 50 mg / kg / día (dividido cada 8 h) por 10 días ó Paramomicina (aminosidina) 30 mg / kg / día dividido cada 8 horas por 10 días ó Diloxanida (Furamida) 20 mg / kg / día dividido cada 8 horas por 10 días

Alternativa: Secnidazol (tab 500 mg) 30 mg x kg en 2 subdosis un solo día C

Giardia lamblia

Adultos^{11,13,14}

Primera elección: Metronidazol 250 mg cada 8 horas 7 a 10 días

Alternativa: Tinidazol (tab 500 mg) 2 gramos dosis única ó Secnidazol (tab 500 mg) 2 tabs. cada 12 horas un solo día C

Niños^{2,10-15}

Primera elección: Metronidazol 15 mg / kg / día dividido cada 8 horas por 7 días.

Alternativa: Tinidazol 50 mg / kg / día ó Secnidazol 30 mg x kg en dos subdosis un solo día ó Quinacrina 6 mg / kg / día dividido cada 8 horas por 7 días ó Furazolidona (tab 100 mg y susp de 5 ml = 16.6 mg 20 mg / kg / día dividido cada 8 horas x 7 días. C

Vibrio cholerae

Adultos^{11,13,14}

Primera elección: Tetraciclina (tab 250 mg , susp 125 mg = 5 ml) 500 mg cada 6 horas durante 72 horas.

Alternativa: Doxiciclina (tab 100 mg) 100 mg cada 12 horas x 4 días ó Cloramfenicol (tab 250 mg y susp 125 mg = 5 ml) 250 mg cada 6 horas x 3 días. C

Niños mayores de 8 años¹⁰⁻¹⁵

Primera elección: Tetraciclina 50 mg x kg peso x día cada 6 horas por 72 horas

Alternativa: Eritromicina (tab 250 mg y susp 125 mg = 5 ml) 50 mg x kg x día ó Cloramfenicol 50 mg x kg x día ó Trimetroprim / sulfametoxazol (susp 5 ml = 100 mg , tab 480 mg) dosis de 10 mg TMP y 40 mg SMX / kg / día dividido cada 12 horas ó Furazolidona (tab 100 mg y susp de 5 ml = 16.6 mg) 20 mg / kg / día dividido cada 8 horas. C

Diarreas por disalimentación.

En general los niños alimentados a pecho tiene menos probabilidad de padecer de diarreas que los niños alimentados artificialmente y en general el aparato digestivo del lactante (niño menor de un año) es muy sensible a las transgresiones alimentarias tanto cuantitativas (hiper o hipoalimentación) como cualitativas (formulas muy concentradas, exceso de azúcares, alimentos mal preparados, toxinas alimentarias o intolerancias a algunos alimentos), generalmente ceden con tratamiento higieno-dietetico. También se señalan las diarreas no infecciosas producidas por algunos medicamentos como antibióticos, laxantes, antiparasitarios, quimioteràpicos , entre otros C^{4,9,15-17}

A causa del incremento de la resistencia antimicrobiana de los gérmenes, los efectos adversos de los medicamentos antimicrobianos, la posibilidad de suprainfecciones por erradicación de la flora normal por estos agentes y la posibilidad de inducción de enfermedades producida por toxinas, cualquier consideración de terapia antimicrobiana en las enfermedades diarreicas agudas, deberá valorarse contra el riesgo de ocasionar daño al paciente y debe recordarse siempre que estas enfermedades son AUTOLIMITADAS. C²²

Alternativa de tratamiento con Medicina natural y Tradicional (MNT.)

La Homeopatía se presenta como una posibilidad que puede complementar el arsenal terapéutico indicado en las EDA dada la presencia de algunos estudios controlados con el uso de estas técnicas.C^{23, 24}

BIBLIOGRAFÍA.

1. Guy de Bruyn. Diarrhoea update and expanded this issue. *Clinical Evidence* 2000;4:373-381
2. American Academy of Pediatrics. Practice parameter: the management of acute gastroenteritis in young children. *Pediatrics* 1996;97:424-35
3. Anuario Estadístico . Cuba 2001
4. Behrman RE, Kliegman RM, Awin AM, Nelso. Tratado de Pediatría^{15ª} Edición vol I 1998:903-907, 1300-1303 Editorial Mc. Graw Hill Interamericana Centro Nacional de Información de ciencias médicas . Cuba
5. MacKenzie A, Barnes G. Randomized controlled trial comparing oral and intravenous rehydration therapy in children with diarrhoea. *Br Med J.* 1991;303:393-396
6. Shaw KN. Dehydration. In: Fleisher GR, Ludwig R, eds. *Textbook of Pediatric Emergency Medicine.* 3rd ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins;1993:147-151
7. Santosham M, Fayad I, Hashem M, Duggan C, Refat M, Bakir M, Fontaine O. Comparative efficacy of rice-based and glucose-based oral rehydration salts plus early reintroduction of food. *Lancet.* 1993;342:772-775
8. Goodman L, Segreti J. Infectious diarrhea. *Dis Mon.* 1999;45:268-299

9. Sullivan PB. Nutritional management of acute diarrhea. *Nutrition*. 1998;14:758-762.
10. Avery's. Paediatric Clinical Pharmacology and Therapeutics Gastrointestinal Infections 4th edition Pag 160,991-995. New Zeland 1997
11. Guerrant R.L, Van Glider T, Steiner T. Practice Guidelines for the Management of Infectious Diarrhea IDSA guidelines . *Clinical Infectious Diseases* 2001; 32: 331-351
12. Nelson John D. Pocket Book of Pediatric antimicrobial Therapy Twelfth Ed. Williams and Wilkins 1996-1997 Pags 32-34) (B-II).
13. Gastrointestinal Tract Infections in Therapeutic Guidelines Antibiotic 10th edition March 1998. Australia Pags 56-62
14. Gilbert David N . MD . Moellering Robert C, Jr MD in The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2000, Thirtieth Ed pags 12-14
15. Riverón Corteguera RL Estrategias y causas de reducción de la mortalidad por diarrea en Cuba 1962-1993, *Bol of Panam* 1995, 118(3):201-10
16. Riverón Corteguera RL. Editorial sobre Diarreas. *Rev. Cubana de Pediatría* 2000;72(2):69-71
17. Riverón Corteguera RL , Mena Miranda VR , Gonzalez Fernández Maria Morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales Cuba 1980-1999 *Rev. Cub Pediatría* 2000;72(2):72-80
18. Eliason BC, Lewan RB. Gastroenteritis in children: Principles of management. *Am Fam Physician*. 1998;58:1769-1776.
19. Enfermedades prevalentes graves de la Infancia Guia básica para el nivel de referencia hospitalaria. OPS/OMS/UNICEF Serie HCT/AIEPI23E; Ginebra Nov 2001
20. Mathn VI. Diarrhoeal diseases. *Br Med Bull*. 1998;54:407-419.
21. Pickering LK, Obrig TG, Stapleton FB. Hemolytic uremic syndrome and enterohemorrhagic *E coli*. *Pediatr Infect Dis J*. 1994;13:459-475
22. Hoenauer C, Hammer HF, Krejs GJ, et al. Mechanisms and management of antibiotic-associated diarrhea. *Clin Infect Dis* 1998;27:702 -710
- 23 Jacobs, J. Jiménez, L.M., Gloyd, S.S., Gale, J.L., Crothers, D. 1994. Treatment of acute childhood diarrhea with homeopathic medicine a randomized clinical trial in Nicaragua. *Pediatrics* 93:719.
24. Jacobs, J. Jiménez, L.M., Malthouse, S., Chapman, E., Crothers, D., Masuk, M., and Jonas, W.B. 2000. Homeopathic treatment of acute childhood diarrhea: results from a clinical trial in Nepal. *J. Alt. Compl. Med.* 6:131)

