



Síndrome disentérico en pacientes pediátricos, diagnóstico y tratamiento

Dysenteric syndrome in pediatric patients, diagnosis and treatment

Síndrome disentérica em pacientes pediátricos, diagnóstico e tratamento

Kevin Aldair Ortiz-Ortiz ^I

kevin.ald98@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-3730-0020>

Jennifer Carolina López-Paredes ^{II}

jennifer.caroli@yahoo.com

<https://orcid.org/0000-0001-9858-200X>

Sophia Isabel Arévalo-Balcázar ^{III}

sophiaarevalo1997@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-7149-5974>

Andrés Roberto Estévez-Angulo ^{IV}

robertestevez93@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2782-5021>

Correspondencia: kevin.ald98@gmail.com

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 20 de abril de 2024 * **Aceptado:** 15 de mayo de 2024 * **Publicado:** 22 de junio de 2024

- I. Médico General, Investigador Independiente, Ambato, Ecuador.
- II. Médico Cirujano, Investigador Independiente, Ambato, Ecuador.
- III. Médico Cirujano, Investigador Independiente, Loja, Ecuador.
- IV. Médico, Investigador Independiente, Ibarra, Ecuador.

Resumen

La disentería definida como diarrea de tipo inflamatoria aguda, con presencia de pus, moco o sangre es una de las principales causas de muerte en niños menores de cinco años, ocupando el segundo lugar a nivel mundial, también es una de las principales razones de hospitalización en niños menores de tres años, el diagnóstico se basa en una historia clínica detallada y una exploración física minuciosa, sin necesidad de realizar pruebas adicionales en la mayoría de los casos.

Existe consenso en Europa sobre el manejo adecuado de niños con deshidratación leve a moderada en países desarrollados, basado en los "Seis pilares de la buena práctica" publicados en 2001, El tratamiento consiste en utilizar una solución de rehidratación oral de baja osmolaridad durante 4-6 horas, seguido de una alimentación temprana con una dieta sin restricciones, evitando solo alimentos muy grasos o con alto contenido de azúcares refinados. Aunque algunos nuevos componentes añadidos a la solución de rehidratación oral y ciertos medicamentos pueden tener indicaciones específicas en el tratamiento de la diarrea aguda, se necesita más evidencia para incluirlos de manera generalizada en las guías actuales.

Palabras Clave: Disentería; Tratamiento; Etiología; Diarrea aguda; Gastroenteritis; GEA; Shigelosis.

Abstract

Dysentery, defined as acute inflammatory diarrhea, with the presence of pus, mucus or blood, is one of the main causes of death in children under five years of age, ranking second worldwide. It is also one of the main reasons for hospitalization. In children under three years of age, the diagnosis is based on a detailed medical history and a thorough physical examination, without the need for additional tests in most cases.

There is consensus in Europe on the appropriate management of children with mild to moderate dehydration in developed countries, based on the "Six pillars of good practice" published in 2001. Treatment consists of using a low-osmolarity oral rehydration solution for 4- 6 hours, followed by early feeding with an unrestricted diet, avoiding only very fatty foods or foods high in refined sugars. Although some new components added to oral rehydration solution and certain medications may have specific indications in the treatment of acute diarrhea, more evidence is needed to include them widely in current guidelines.

Keywords: Dysentery; Treatment; Etiology; Acute diarrhea; Stomach flu; GEA; Shigellosis.

Resumo

A disenteria, definida como diarreia inflamatória aguda, com presença de pus, muco ou sangue, é uma das principais causas de morte em crianças menores de cinco anos, ocupando o segundo lugar no mundo. em crianças menores de três anos, o diagnóstico é baseado em uma história médica detalhada e em um exame físico completo, sem necessidade de exames complementares na maioria dos casos.

Existe consenso na Europa sobre o tratamento adequado de crianças com desidratação ligeira a moderada nos países desenvolvidos, com base nos "Seis pilares de boas práticas" publicados em 2001. O tratamento consiste na utilização de uma solução de reidratação oral de baixa osmolaridade durante 4-6 horas., seguida de alimentação precoce com dieta sem restrições, evitando apenas alimentos muito gordurosos ou ricos em açúcares refinados. Embora alguns novos componentes adicionados à solução de reidratação oral e certos medicamentos possam ter indicações específicas no tratamento da diarreia aguda, são necessárias mais evidências para incluí-los amplamente nas diretrizes atuais.

Palavras-chave: Disenteria; Tratamento; Etiologia; Diarréia aguda; Gripe estomacal; GEA; Shigelose.

Introducción

La disentería o diarrea aguda inflamatoria es un problema importante de salud pública debido a su magnitud y relevancia, está estrechamente relacionada con las condiciones socioeconómicas y nutricionales de la población, y afecta especialmente a grupos de edad más vulnerables como los niños menores de 5 años, especialmente los menores de 1 año.(1) Se estima que entre 4 y 6 millones de niños mueren cada año en el mundo a causa de enfermedades diarreicas, sobre todo en países de Latinoamérica, Asia y África, las muertes relacionadas con la disentería ocurren con mayor frecuencia en los niños menores de un año, siendo el mayor número registrado entre los dos y seis meses de edad, siendo el riesgo 24 veces mayor en pacientes desnutridos.(2)

En Ecuador, se estima que hay 1,32 millones de episodios anuales de enfermedad diarreica aguda, con un promedio de 2,2 episodios por niño por año, cifra similar a la registrada a nivel mundial.

En los últimos años, la diarrea ha sido la novena causa de muerte en la población en general y la segunda causa de mortalidad en niños menores de 4 años, siendo la disentería una de las causas más comunes. (3)

Epidemiología

A lo largo de la historia, la diarrea aguda ha sido una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la infancia. Se estima que, a nivel mundial, cada uno de los 140 millones de niños que nacen anualmente experimenta un promedio de 7 a 30 episodios de diarrea en los primeros 5 años de vida, y 11.000 niños mueren diariamente por este motivo. (4) Esta mortalidad se debe casi exclusivamente a los países en desarrollo. En los países industrializados, a pesar de las infinitamente mejores condiciones sanitarias, la gastroenteritis aguda sigue siendo una de las principales causas de morbilidad infantil y de demanda de atención sanitaria. (5)

En nuestro medio, la principal etiología de la diarrea aguda infantil es viral, aunque los agentes bacterianos pueden predominar en determinadas épocas del año y en niños de mayor edad. Desde el descubrimiento en 1972 del virus Norwalk, el primer virus identificado como agente etiológico de gastroenteritis en humanos, se han definido cuatro categorías principales de estos virus: rotavirus, astrovirus, adenovirus entérico y calicivirus humano. (2,6)

Los rotavirus son los principales agentes etiológicos que causan diarrea grave en la infancia e infectan a prácticamente todos los niños en los primeros 4 años. Se detectan con mayor frecuencia en casos que requieren ingreso hospitalario y son los principales agentes causantes de diarrea nosocomial en las salas de pediatría. (4,5) Los adenovirus entéricos y los astrovirus producen un cuadro clínico más leve. La información disponible sobre la epidemiología de la diarrea asociada a calicivirus aún es limitada debido a la falta de métodos de detección de rutina. (6)

En cuanto a la etiología bacteriana, los agentes predominantes son *Salmonella* spp y *Campylobacter* spp, seguidos de *Shigella* spp, *Aeromonas* spp y *Yersinia* spp, en la mayoría de los estudios epidemiológicos pediátricos, estos agentes se detectan con mayor frecuencia en pacientes con gastroenteritis tratados de forma ambulatoria, la dificultad para estudiar las diferentes variedades de *E. coli* en las heces hace que existan datos limitados sobre su incidencia en nuestro medio. (7,8)

Fisiopatología

En términos generales la diarrea infecciosa se produce cuando el volumen de agua y electrolitos no puede ser absorbido por el colon adecuadamente, lo que resulta en una eliminación aumentada a través de las heces. Esta pérdida excesiva puede causar deshidratación, especialmente en niños pequeños que tienen una proporción mayor de área de superficie corporal en relación con su peso, lo que resulta en una mayor pérdida de líquidos no perceptibles, además, el flujo de agua y electrolitos a través del intestino es más abundante en estas edades. (9,10)

Los niños pequeños también están en mayor riesgo de sufrir problemas nutricionales, ya que tienen una respuesta catabólica más pronunciada frente a las infecciones y sus reservas nutricionales se agotan más rápidamente que en los adultos, los factores que contribuyen a la afectación nutricional incluyen una disminución del consumo de calorías debido a la falta de apetito y a la restricción alimentaria recomendada, así como la posibilidad de que haya una malabsorción de nutrientes debido a la lesión intestinal.(11,12)

Diagnóstico

La gastroenteritis aguda es un proceso limitado en el tiempo en el que, en la mayoría de los casos, solo se requiere evaluar al paciente mediante una historia clínica adecuada y una exploración física cuidadosa. (13)

Valoración del estado de hidratación: El indicador clínico más preciso para determinar el grado de deshidratación es el porcentaje de pérdida de peso, ya que refleja el déficit de líquidos presente. La deshidratación se clasifica de la siguiente manera según esta pérdida:(14)

- **Leve:** pérdida < 5% del peso corporal.
- **Moderada:** pérdida del 5-10% del peso corporal.
- **Grave:** pérdida \geq 10% del peso corporal.

Sin embargo, dado que normalmente no se tiene el peso previo como referencia, esta evaluación se realiza mediante escalas clínicas. Recientemente, la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) publicó las "Guías prácticas para el manejo de la gastroenteritis en niños", en las que se establecen una serie de signos y síntomas para estimar el grado de deshidratación. (14)

Exploración adicional: En la mayoría de los casos, no serán necesarios para el manejo del paciente de forma ambulatoria. En algunos niños sin una correlación clara entre la historia clínica y la exploración física, se puede realizar en la consulta una prueba de glucemia utilizando una tira reactiva o un análisis de orina sistemático para una evaluación más completa. (15)

Diagnostico etiológico: A lo largo de los años, se han intentado identificar datos de la historia clínica y el examen físico en niños con diarrea que puedan predecir la probable causa bacteriana o viral de la misma. Se han establecido ciertos parámetros clínicos que pueden sugerir el origen bacteriano de la enfermedad, como tener más de 3 años, un comienzo repentino de la diarrea, la ausencia de vómitos, fiebre alta y la presencia de sangre visible en las heces.(16,17) Sin embargo, dado que el conocimiento del agente causante no afectará en la mayoría de los casos al tratamiento de la diarrea, solo se recomienda realizar pruebas microbiológicas de las heces (cultivo de heces y detección de antígenos virales) en los casos de: (14)

- Inmunodeficiencia
- Diarrea con características mucosanguinolentas
- Ingreso hospitalario
- Diagnostico dudoso
- Diarrea prolongada

Tabla 1: Cuadro de clasificación de grado de deshidratación tomado de Carbajo Ferreira AJ, Rodríguez Delgado J. Diarrea aguda. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/80/diarrea-aguda>

Valoración de grado de deshidratación								
	Estado general	Ojos	Lagrimas	Boca y lengua	Sed	Piel	Pérdida de peso	Déficit de líquidos
Sin signos de deshidratación	Buena, alerta	Normal	Presentes	húmeda	Normal o sin sed	Signo de pliegue con retracción inmediata	<5%	< 50
Deshidratación leve a moderada	Intranquilo o irritable	Hundido	Ausentes	Seca	Sediento	Signo de pliegue con retracción lenta	5-10 %	50-100
Deshidratación grave	Letárgico o inconsciente	Muy hundido y secos	Ausentes	Muy seca	Bebe poco o es incapaz de beber	Signo del pliegue retracción muy lenta	>10%	>100

Tratamiento

No existe un tratamiento específico para la gastroenteritis aguda en sí misma. El objetivo principal en el manejo terapéutico de este proceso es corregir la deshidratación y, una vez logrado esto, promover la recuperación nutricional. Con excepción de los pocos casos de GEA bacteriana en los que se necesite un antibiótico, no hay ningún tratamiento específico para la GEA. Por lo tanto, el objetivo es prevenir y tratar la deshidratación. Las SRO son el principal tratamiento para los niños con GEA. (15) Las SRO clásicas contienen 90 mmol/l de Na⁺, pero actualmente se recomiendan las SRO hipotónicas, que contienen aproximadamente 60 mEq/L de Na o las soluciones de osmolaridad reducida recomendadas por la OMS, que contienen 75 mEq/L de Na⁺. La rehidratación con SRO debe iniciarse lo más pronto posible, recomendándose su administración de forma fraccionada, en pequeñas cantidades cada 2-3 minutos. Se aconseja administrar aproximadamente 10 ml/kg por cada deposición y de 2-5 ml/kg por cada episodio de vómito, con ingesta libre fraccionada entre episodios. En casos de deshidratación leve, se deben ofrecer de 30-50 ml/kg durante unas 4 horas para recuperar el déficit, más 10 ml/kg por cada deposición líquida. Si hay signos de deshidratación moderada, se deben administrar de 75-100 ml/kg para compensar el déficit más las pérdidas. (18) En caso de que haya una mala tolerancia por vía oral, es preferible administrar SRO a través de sonda nasogástrica, ya que reduce el número de complicaciones y el tiempo de hospitalización, en lugar de recurrir a la vía intravenosa. El fracaso global de la rehidratación oral es inferior al 4% en nuestro entorno. No se deben administrar refrescos, bebidas para deportistas o preparados caseros como SRO, ya que suelen tener bajo contenido de sodio, alto contenido de glucosa y una osmolaridad elevada. Se han realizado estudios para evaluar la efectividad de diferentes componentes agregados a las SRO, conocidos como super-SRO, con el objetivo de mejorar el tratamiento de la GEA. Algunos de ellos han demostrado cierta eficacia en el tratamiento, pero las SRO tradicionales siguen siendo la base para el tratamiento de la diarrea. (18–20)

La rehidratación por vía IV está reservada exclusivamente para aquellos niños en los que, derivados al hospital, no sea posible la administración de líquidos por vía oral, como casos con:(21)

- Deshidratación grave.
- Afectación hemodinámica.
- Alteración del nivel de conciencia.

- Sospecha de cuadro quirúrgico abdominal.
- Niños con vómitos o deposiciones muy persistentes o abundantes, que impidan lograr un balance hídrico positivo por vía oral.

Tratamiento nutricional: No se ha encontrado evidencia que respalde la necesidad de realizar cambios significativos en la dieta. En el caso de los niños que no están deshidratados, se debe mantener su alimentación normal. En caso de deshidratación, se recomienda un breve periodo de ayuno de hasta 4-6 horas, durante el cual se administran soluciones de rehidratación oral, antes de reiniciar la alimentación. (22,23) En los bebés que son amamantados, se debe continuar con la lactancia materna normalmente, ya que varios estudios han demostrado que reduce la intensidad y duración de las enfermedades gastrointestinales agudas. En los bebés alimentados con fórmula láctea, no se deben realizar cambios en la fórmula ni diluir más el biberón. (24) En la mayoría de los casos, no se deben utilizar leches sin lactosa, a menos que el niño lleve varios días con diarrea y presente signos de intolerancia a la lactosa (que se pueden diagnosticar mediante pruebas específicas o basándose en signos clínicos como heces líquidas, ácidas o irritación perianal). En los niños mayores, se debe seguir una dieta normal y apetecible, evitando alimentos con altos niveles de azúcares refinados o grasas. (25,26)

Varios estudios han demostrado que los carbohidratos complejos, las verduras, las frutas, los lácteos y las carnes magras son alimentos bien tolerados por los niños con GEA, aunque algunos gastroenterólogos recomiendan retirar legumbres y verduras, por su alto contenido en lectinas, mal toleradas cuando hay inflamación intestinal. Hay que evitar los zumos de fruta, que por su alto contenido en azúcar pueden empeorar la diarrea osmótica. (25)

Tratamiento farmacológico

Antieméticos: Existe controversia sobre el uso rutinario de medicamentos en niños con vómitos causados por una gastroenteritis aguda (GEA). Varios estudios han demostrado que tanto el ondansetrón como la metoclopramida reducen los vómitos, pero pueden tener efectos secundarios importantes y aumentar la diarrea. Esto se debe posiblemente a que retienen toxinas que habrían sido eliminadas con los vómitos. (6) En la actualidad, el ondansetrón solo se recomienda en casos muy seleccionados de vómitos incoercibles y en el ámbito hospitalario. Sin embargo, un reciente ensayo ha demostrado que una dosis oral de ondansetrón administrada antes de iniciar la terapia de rehidratación oral mejora su efectividad en niños menores de 5 años. El ondansetrón es un

medicamento que actúa en contra de la serotonina. La infección por rotavirus, en la que los vómitos son un síntoma destacado, causa un aumento de la serotonina debido a la estimulación de las células enteroendocrinas del intestino, lo que aumenta la motilidad intestinal y estimula el centro del vómito a través del nervio vago. (6,7,27)

Antibióticos: El tratamiento con ATB no es necesario en la mayoría de los niños con GEA, dado que la mayor parte de los casos son producidos por infecciones víricas e incluso en el caso de diarrea bacteriana suele ser un proceso autolimitado, donde no existen evidencias que demuestren que este tratamiento sea efectivo para la disminución de los síntomas y la duración de la GEA. Los antibióticos quedarían reservados para unos patógenos muy concretos como:(27,28)

Shiguela: El tratamiento de las diarreas causadas por *Shigella* ayuda a reducir los síntomas y el tiempo de eliminación de la bacteria, lo que disminuye su capacidad de transmitirse, lo cual es especialmente importante en entornos hospitalarios y en instituciones. Además, el tratamiento también reduce el riesgo de desarrollar el síndrome hemolítico urémico, que está asociado a la infección por *Shigella dysenteriae*.(22,24) En todo el mundo, se está observando un aumento en la resistencia de las especies de *Shigella* a los antibióticos, por lo tanto, el tratamiento recomendado actualmente incluye opciones como azitromicina, cefalosporinas de tercera generación (cefixima o ceftriaxona), ácido nalidíxico o fluoroquinolonas.(21) La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso de ciprofloxacino como primera opción de tratamiento, incluso en niños. Anteriormente, se recomendaba tratar solo las formas disintéricas de la enfermedad, pero en la actualidad se recomienda tratar cualquier tipo de gastroenteritis causada por *Shigella*. Esto se debe al impacto que esta infección puede tener en el crecimiento a corto y medio plazo, especialmente en países subdesarrollados. (6,23)

Salmonella: No se debe usar habitualmente tratamiento antibiótico en el tratamiento de las GEA por *Salmonella*, porque aumenta los casos de portadores asintomáticos y puede derivarse a una situación de enfermedad sistémica con bacteriemia. Solamente se usará en niños con riesgo aumentado de infección extraintestinal o sepsis, como: inmunodeprimidos, asplenia, tratamiento con corticoides o inmunosupresores, enfermedad inflamatoria intestinal, aclorhidria y menores de 6 meses (3 meses para algunos autores). El tratamiento de elección son los macrólidos y cefalosporinas de 3ª generación. (3,11,19,21)

Campylobacter: Aunque la infección por *Campylobacter* es autolimitada, el tratamiento es muy efectivo para reducir los síntomas y disminuir la propagación de la enfermedad si se inicia dentro

de los primeros 3 días desde el inicio de los síntomas. Se deben utilizar pruebas de diagnóstico rápido (TDR) para establecer el tratamiento adecuado. Los macrólidos son el tratamiento de elección. No tiene sentido iniciar el tratamiento basado en los resultados de un cultivo de heces realizado 7 días después del inicio de los síntomas, ya que en la mayoría de los casos la diarrea ya se habrá resuelto. (2,12,13,16,19) Dado que la gastroenteritis aguda (GEA) suele ser un proceso autolimitado y los resultados microbiológicos suelen tardar varios días, a menos que se cuente con TDR en la consulta médica, el tratamiento antibiótico debe iniciarse de manera empírica en algunos casos seleccionados de niños con sospecha de GEA bacteriana. Estos casos incluyen diarrea severa con presencia de moco y sangre en las deposiciones y fiebre alta. La etiología de estos casos suele ser *Shigella* spp, *Campylobacter* spp o *Salmonella* entérica. Es importante tratar a los niños hospitalizados o en instituciones para reducir el riesgo de transmisión a otros pacientes. En casos de diarrea con presencia de sangre o moco en las deposiciones, pero con síntomas moderados y fiebre leve, no se recomienda el tratamiento antibiótico de rutina, excepto si se encuentra dentro de un brote conocido de shigelosis. (5,8)

En el caso de diarreas acuosas, el tratamiento antibiótico se reserva para ciertos casos específicos. Las infecciones parasitarias más comunes son causadas por *Cryptosporidium* y *Giardia*, y suelen manifestarse como diarreas prolongadas o dolor abdominal. El tratamiento para *Giardia* puede ser con metronidazol, tinidazol o nitazoxanida, mientras que las infecciones por *Cryptosporidium* generalmente no requieren tratamiento a menos que sean graves o en pacientes inmunodeprimidos. (6,9) Por otro lado, si hay antecedentes de viaje a zonas con amebiasis y aparece diarrea con sangre, se debe investigar la presencia de *Entamoeba histolytica* y tratar la disentería amebiana con metronidazol o tinidazol. (11,16)

Probióticos: Los probióticos pueden ser efectivos, siempre y cuando se utilicen los que han demostrado eficacia en los estudios y se administren en las dosis adecuadas. Hasta el momento, los estudios han demostrado que los probióticos *Lactobacillus* GG y *Saccharomyces boulardii* son efectivos para reducir la intensidad y la duración de la diarrea, especialmente en los casos de diarreas secretoras o virales. Sin embargo, no se ha encontrado evidencia de eficacia en el caso del *Lactobacillus Rhamnosus*, es importante comenzar a administrar los probióticos lo antes posible después de que aparezcan los síntomas para obtener mejores resultados. (10,11)

Prebióticos: Los prebióticos son alimentos o nutrientes no digeribles que favorecen el desarrollo y la actividad de la flora saprofita colónica habitual. De momento, no está demostrada su utilidad en el tratamiento de la GEA y no se recomienda su administración. (10,14)

Otros fármacos: La OMS recomienda suplementos de zinc para niños con GEA en países en vías de desarrollo. Los suplementos de zinc disminuyen la clínica y duración de las diarreas en niños malnutridos. Sin embargo, la ESPGHAN no recomienda su uso rutinario en Europa. (12)

Prevención: La principal vía de contagio de los patógenos que producen GEA es la fecal-oral, por lo que el adecuado lavado de manos con agua y jabón o con desinfectantes hidroalcohólicos, después del contacto con el paciente o sus secreciones, es la medida de higiene más importante para prevenir la transmisión de estas infecciones. (12,18)

La única medida disponible de prevención primaria es la vacuna para el rotavirus. Hay dos vacunas recomendadas en nuestro medio: Rotateq y Rotarix. Numerosos ensayos clínicos y estudios observacionales postcomercialización han demostrado la eficacia y efectividad de la vacuna, especialmente en la prevención de los casos más graves y en la disminución de la necesidad de hospitalización. (10,14) También se ha determinado que la vacuna es segura, con un mínimo riesgo de invaginación intestinal después de la primera dosis, y tiene una relación riesgo- beneficio favorable. (26)

Conclusión

El síndrome disentérico es una de las patologías que puede llegar a ser mortal en niños menores de 5 años, esta patología se presenta con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo, debido a la poca calidad de fuentes adecuadas de agua o la forma en la que se cuecen los alimentos, o la difícil accesibilidad de agua potable, el tratamiento ideal es la hidratación posterior a la valoración y clasificación del cuadro del paciente, para lo cual es necesario identificar adecuadamente al agente patogénico, el uso de probióticos puede ser favorable para el tratamiento del paciente, y la mejoría de este, además se usaran antibióticos en caso de detectar un cuadro bacteriano como causante del cuadro, sin embargo este se usara si existen síntomas acompañantes como fiebre.

Referencias

1. Devica S. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Pengaruh Harga Disk Dan Persepsi Prod Terhadap Nilai Belanja Serta Perilaku Pembelian Konsum. 2015;7(9):27–44.
2. Román E, Barrio J. Diarrea aguda. Asociación Española de Pediatría. Protocolo AEP [Internet]. 2002; 2:19–26. Available from: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2-diarrea_aguda.pdf
3. MSP. ubsecretariación de vigilancia de la salud Pública dirección Nacional de vigilancia epidemiológica ubsecretaría nacional de vigilancia de la salud Pública. Junio. 2020;1–4.
4. Landaeta M, Fajardo Z. Salus online Salus online. 2012;
5. Afazani, A; Beltramino, D; Bruno, M; Cairoli, H; Caro, M; Cervetto J “et al.” Diarrea aguda en la infección. Actualización sobre criterios de diagnóstico y tratamiento. Consenso Nacional [Internet]. 2019;1–12. Available from: <https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consenso-de-diarreas-agudas-en-la-infancia.pdf>
6. Manuel Bartolomé Porro J, Vecino López R, Rubio Murillo M, Clínico San Carlos Madrid H, Porro BJ, López VR, et al. Diarrea aguda. 2021;(1):99–108. Available from: www.aeped.es/protocolos/
7. Montt P. Síndrome Disentérico. 2022;
8. Guerrero SA. Enfermedad Diarreica Aguda En Pediatría. Rev Medica Sinerg. 2016;1(8):3–6.
9. T CH. Definición. 2019;
10. CENETEC, Pineda JEA. Prevención, diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en el paciente adulto en primer nivel de atención. Guía Práctica Clínica Evidencias y Recomendaciones [Internet]. 2020; 1:58. Available from: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-106-20/ER.pdf>
11. Espinoza O. a Rchivos V Enezolanos De P Uericultura Y P Ediatría. Arch Analíticos Políticas Eduastivas [Internet]. 2009;17(8):1–13. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=275019727008%0ACómo>
12. Lori R Holtz MMsphpITM. Shiga toxin-producing Escherichia coli: Microbiology, pathogenesis, epidemiology, and prevention. Up to Date [Internet]. 2023;1–26. Available

- from: <https://www.uptodate.com/contents/shiga-toxin-producing-escherichia-coli-microbiology-pathogenesis-epidemiology-and-prevention>
13. Nishaben Patel MdmK. Lower gastrointestinal bleeding in children: Causes and diagnostic approach - UpToDate. 2022; Available from: https://www.uptodate.com/contents/lower-gastrointestinal-bleeding-in-children-causes-and-diagnostic-approach?search=sangramiento digestivo bajo etiologia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 14. Niaudet P, Gillion O. Clinical manifestations and diagnosis of Shiga toxin-producing Escherichia coli (STEC) hemolytic uremic syndrome (HUS) in children. UpToDate [Internet]. 2023;1–35. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-shiga-toxin-producing-escherichia-coli-stec-hemolytic-uremic-syndrome-hus-in-children?search=hemolytic uremic syndrome&topicRef=89549&source=see_link#H608346
 15. Levy J. Diagnostic approach to diarrhea in children in resource-abundant settings. Up-to-Date. 2024;2–18.
 16. LaRocque R, Harris J. Approach to The Adult with Acute Diarrhea in Resource-Abundant Settings. UpToDate (Wolters Kluwer) [Internet]. 2023; Available from: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-acute-diarrhea-in-resource-abundant-settings>
 17. Harris J, Pietroni M. Approach to the child with acute diarrhea in developing countries. 2013;1–20.
 18. Holtz L, Tarr P. Shiga toxin-producing Escherichia coli: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment - UpToDate. 2023;1–40. Available from: https://www.uptodate.com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/shiga-toxin-producing-escherichia-coli-clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment?search=Escherichia coli enterohemorrágica&source=search_result&selectedTitle=1~47&usage_type=default&display_rank=1#
 19. Goldberg MB. Shigella infection: Treatment and prevention in adults <http://www.uptodate.com.sire.ub.edu/contents/shigella-infecti...> 2015;1–10.

20. LaRocque R, Harris J. Approach to The Adult with Acute Diarrhea in Resource-Abundant Settings. UpToDate (Wolters Kluwer) [Internet]. 2023;1–29. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-acute-diarrhea-in-resource-abundant-settings>
21. Jiménez J, Camps T, Montón J. Tratamiento de la diarrea aguda infantil en atención primaria. Sist Nac Salud. 1998;22(5):109–16.
22. Galvis V, Ramírez, Alberto M, García B. Ministerio de Salud – Dirección General de PYP GUIA DE ATENCION DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA. 2016;9–10. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/17Atencion de EDA.PDF](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/17Atencion%20de%20EDA.PDF)
23. LORELEY GARCÍA GARIGLIO, GABRIELA ALGORTA, MARÍA CATALINA PÍREZ, IVONNE RUBIO AM. Diarrea con sangre. Etiología y tratamiento antibiótico en niños asistidos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Enero 2003-abril 2004. Arch Pediatr Urug. 2005;76(4):285–8.
24. Yalda Lucero A. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. Rev Médica Clínica Las Condes. 2014;25(3):463–72.
25. M. RA. Acute Diarrhea. Rev Medica Clin Las Condes. 2015;26(5):676–86.
26. Madrigal Gilbert. Prevención y Tratamiento de la Diarrea Aguda. Guia Pract Clin [Internet]. 2008; 10:27. Available from: http://www.todosobretemporadadecalor.mx/media/1342/-3-_grr_diarrea_aguda.pdf
27. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する共分散構造分析Title. J Sains dan Seni ITS [Internet]. 2017;6(1):51–66. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf><http://fiskal.kemenkeu.go.id/ejournal><http://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001><http://dx.doi.org/10.1016/j.powtec.2016.12.055><https://doi.org/10.1016/j.ijfatigue.2019.02.006><https://doi.org/10.1>
28. Ridaura-Sanz C, Reyes-Cadena A, Campos-Rivera T. Dysenteric syndrome in a preschool with ulcerated colitis. Acta Pediatr Mex. 2018;39(1):60–71.