

# Gastroenteritis aguda

Leticia Albert de la Torre<sup>a</sup> [leticiaalbert@yahoo.es], Miguel Ángel Roa Francia<sup>b</sup>

<sup>a</sup> MIR-Pediatría. <sup>b</sup> Servicio de Pediatría, Hospital General de Móstoles (Servicio Madrileño de Salud, Área 8), Móstoles, Madrid.

Fecha de actualización: 14/07/2007  
Guía\_ABE\_GEA (v.1.1/2007)

**Cita sugerida:** Albert de la Torre L, Roa Francia MA. Gastroenteritis aguda (v.1.1/2007). Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 14/07/2007; consultado el *ddl/mml/aaa*]. Disponible en <http://infodoctor.org/gipi/>

## Introducción; definiciones / puntos clave.

La gastroenteritis aguda (GEA) es una infección del tracto gastrointestinal cuya manifestación clínica principal es la diarrea. La diarrea puede definirse por la presencia de una cantidad inusualmente alta de agua en las heces, y generalmente también por una alteración en el peristaltismo intestinal con un aumento de la frecuencia de las deposiciones (3 o más en 24 horas). La menor consistencia de las deposiciones es la característica más importante, por delante de la mayor frecuencia de las mismas. La GEA es más frecuente y potencialmente grave en niños menores de 5 años, puede acompañarse con frecuencia de náuseas, vómitos, dolor abdominal y fiebre, y tiene con una duración menor de 14 días.

Es una enfermedad muy frecuente, y motivo de un gran número de hospitalizaciones en nuestro medio. También, es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad (deshidratación) en los países en desarrollo.

El diagnóstico es exclusivamente clínico.

La base del tratamiento es la realimentación precoz y el uso de soluciones de rehidratación oral para la deshidratación leve-moderada. Los antimicrobianos no tienen ningún papel establecido en el tratamiento inicial de la GEA (con las únicas excepciones de la GEA sanguinolenta grave con sospecha de shigelosis, sospecha de cólera con deshidratación grave y GEA con infección no-intestinal asociada importante). Los fármacos anti-diarreicos y anti-eméticos no son eficaces en general, y algunos están contraindicados. Los probióticos (especialmente *Lactobacillus*) acortan la duración de la GEA sobre todo las causadas por rotavirus y las asociadas a antimicrobianos orales. Los suplementos de zinc disminuyen la duración y gravedad de la diarrea y son eficaces en la prevención de la diarrea en los niños menores de 5 años en países en vías de desarrollo.

**Cambios más importantes respecto a la versión anterior:** en la presente versión se incluye como opción terapéutica complementaria el uso de los probióticos (*Lactobacillus*, *Saccharomyces boulardii*). También se menciona el posible papel de ondasetrón para disminuir los vómitos intensos en los casos en los que sea deseable evitar la necesidad de rehidratación parenteral y la hospitalización; no obstante, no hay evidencias ni consenso que aclaren el eventual papel de este fármaco en el tratamiento de la GEA con vómitos en nuestro medio.



Microorganismos causales		
Características de la diarrea	Frecuentes	Menos frecuentes
Diarrea no inflamatoria <sup>1</sup>	Rotavirus <sup>2</sup> . Adenovirus entéricos (serotipos 40-41). Astrovirus. Calicivirus. Virus Norwalk <sup>3</sup>  <i>Staphylococcus aureus</i> <sup>4</sup> . <i>Giardia lamblia</i> <sup>5</sup>	<i>E. coli</i> <sup>4,6</sup> . <i>Vibrio cholerae</i> <sup>4</sup> . <i>Bacillus cereus</i> <sup>4</sup> . <i>Clostridium perfringens</i> <sup>4</sup>  Picornavirus Agentes asociados a inmunosupresión (IS) <sup>7</sup>
Diarrea inflamatoria <sup>8</sup>	<i>Salmonella</i> sp. <sup>4,9</sup> . <i>Shigella</i> sp. <i>E. coli</i> <sup>10</sup> . <i>Campylobacter jejuni</i> . <i>Yersinia enterocolitica</i> . <i>Clostridium difficile</i> <sup>11</sup>	<i>Vibrio parahaemolyticus</i> . <i>Aeromonas hydrophila</i> . <i>Plesiomonas shigelloides</i> . <i>Entamoeba histolytica</i> . <i>Trichinella spiralis</i>  Agentes asociados a IS <sup>7</sup>
Toxiinfección alimentaria <sup>4</sup>	<i>Salmonella</i> sp. <i>Campylobacter jejuni</i> . <i>E. coli</i> (ECET, ECEH). <i>Shigella</i> sp. <i>Staphylococcus aureus</i>  Virus Norwalk y Norwalk-like. <i>Vibrio</i> sp.	<i>Cyclospora</i> . <i>Cryptosporidium</i> . <i>Clostridium perfringens</i> . Botulismo. <i>Listeria monocytogenes</i> . <i>Yersinia enterocolitica</i> . <i>Enterobacter sakazakii</i> . <i>Brucella</i> sp.

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial <sup>12</sup>	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio		<sup>13</sup> Hemograma, proteína C reactiva (PrCR), bioquímica básica, equilibrio ácido-base
Microbiología <sup>14</sup>	<sup>12</sup> Examen en fresco de heces, coprocultivo, detección de antígenos específicos	Hemocultivo Toxina de <i>Clostridium difficile</i> <sup>15</sup>
Pruebas de imagen		Rx simple de abdomen. Ecografía abdominal <sup>16</sup>
Otras pruebas		Detección de azúcares reductores <sup>17</sup> Proctosigmoidoscopia con biopsia <sup>18</sup>

Indicaciones de ingreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deshidratación moderada / grave (&gt; 5%)</li> <li>- Diarrea inflamatoria grave, con apariencia tóxica o hemograma séptico</li> <li>- Intolerancia oral o incapacidad para la rehidratación oral (por rechazo o vómitos)</li> <li>- Incapacidad de la familia o del paciente para realizar la rehidratación oral en el domicilio</li> <li>- Fracaso terapéutico o empeoramiento de la diarrea o de la deshidratación</li> <li>- Diarrea en pacientes de riesgo: menores de 3 meses de edad<sup>19</sup>, paciente con IS, o enfermedad de base</li> </ul>



<b>Tratamiento antimicrobiano empírico<sup>20</sup></b>	
<b>Situación</b>	<b>Tratamiento de elección. Alternativas</b>
Diarrea no inflamatoria	Medidas generales de mantenimiento <sup>21</sup> Antibióticos empíricos no indicados <sup>20</sup> . Excepción, la sospecha de cólera grave: doxiciclina/tetraciclina <sup>22</sup> (alternativa: cotrimoxazol, eritromicina/azitromicina, ciprofloxacino <sup>23</sup> )
Diarrea inflamatoria	Medidas generales de mantenimiento <sup>21</sup> Antibióticos empíricos iniciales no indicados en la mayoría de los casos <sup>20</sup> . Si indicación de tratamiento antibiótico: - Cotrimoxazol <sup>24</sup> , VO - Eritromicina <sup>25</sup> , VO / azitromicina <sup>26</sup> , VO - Ampicilina <sup>27</sup> , IV - Ceftriaxona, IV/IM / cefotaxima <sup>28</sup> , IV - Ciprofloxacino, VO / norfloxacino <sup>29</sup> , VO
Diarrea del viajero	Medidas generales de mantenimiento <sup>21</sup> Tratamiento antibiótico inicial controvertido <sup>30</sup> Cotrimoxazol, VO. Alternativa: azitromicina (10 mg/kg/dosis única, VO) En adolescentes: - Azitromicina (1 g/dosis única, ó 500 mg 1 <sup>er</sup> día y 250 mg/día, siguientes 4 días, VO) - Alternativa: levofloxacino (500 mg/dosis única, VO), ciprofloxacino (500 mg/12 horas, 3 días, VO), ofloxacino (200-400 mg/12 horas, 3 días, VO), norfloxacino (400 mg/12 horas, 3 días, VO) Metronidazol <sup>31</sup> , VO
Toxiinfección alimentaria	Medidas generales de mantenimiento <sup>21</sup> Tratamiento antibiótico según indicaciones generales <sup>20</sup> . Elección del antimicrobiano (cotrimoxazol, ampicilina, eritromicina/azitromicina, cefotaxima/ceftriaxona) según sospecha etiológica (ver tabla más adelante)
Diarrea asociada a antibióticos	Retirar antibiótico <sup>32</sup> Metronidazol, VO. Alternativa: vancomicina, IV
Diarrea más de 10 días de duración	Dieta Metronidazol <sup>31</sup> , VO

<b>Antimicrobianos de elección según agentes causantes de la GEA (tras resultado del coprocultivo) (...)</b>				
<b>Agente (por orden alfabético)</b>	<b>Indicaciones de uso</b>	<b>Primera elección</b>	<b>Alternativa</b>	<b>Observaciones</b>
<i>Aeromonas</i>	Diarrea persistente	- Cotrimoxazol	- Ciprofloxacino - Cloranfenicol - Aminoglucósidos	Infección generalmente autolimitada
<i>Campylobacter</i>	Diarrea persistente	- Eritromicina / azitromicina	- Tetraciclina / doxiciclina	Infección generalmente autolimitada



Antimicrobianos de elección según agentes causantes de la GEA (tras resultado del coprocultivo) (...)				
Agente (por orden alfabético)	Indicaciones de uso	Primera elección	Alternativa	Observaciones
		- Ciprofloxacino		El tratamiento precoz puede acortar la duración y prevenir la recaída
<i>Clostridium difficile</i>	Diarrea persistente después de interrumpir los antibióticos	- Metronidazol		Evitar, si es posible, el uso de vancomicina (aumento de agentes resistentes)
<i>E. coli</i> (O157:H7)	Antibióticos contraindicados			Incrementan el riesgo de SHU
<i>Salmonella</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bacteriemia</li><li>- Formas invasoras</li><li>- Factores de riesgo: edad menor de 3 meses, asplenia, neoplasia, infección VIH, patología gastrointestinal crónica, hemoglobinopatía, inmunosupresión</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cefotaxima</li><li>- Ceftriaxona</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ampicilina</li><li>- Cotrimoxazol</li><li>- Ciprofloxacino</li></ul>	Elección según antibiograma
<i>Shigella</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Control de brotes</li><li>- Diarrea persistente</li><li>- Enfermedad grave</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cefotaxima</li><li>- Ceftriaxona</li><li>- Ciprofloxacino</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Azitromicina</li></ul>	Infección generalmente autolimitada  Elección según perfil de sensibilidad local (a ampicilina y cotrimoxazol)
<i>V. cholerae</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Diarrea persistente</li><li>- Para disminuir las necesidades de líquidos</li><li>- Control de brotes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tetraciclina / doxiciclina</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cotrimoxazol</li><li>- Eritromicina / azitromicina</li><li>- Ciprofloxacino</li></ul>	
<i>Yersinia</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bacteriemia</li><li>- Enfermedad invasiva</li><li>- Inmunosupresión</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cotrimoxazol</li><li>- Tetraciclina / doxiciclina</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ciprofloxacino</li><li>- Aminoglucósidos</li><li>- Cefotaxima</li></ul>	



### Dosis

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

### Otras medidas terapéuticas.

1. Todos los pacientes con diarrea precisan tratamiento con líquidos y electrolitos. La vía oral es la más indicada para llevar a cabo la rehidratación con soluciones de rehidratación oral (SRO) (% de deshidratación x 10 x kg de peso) y mantenimiento (5-10 cc de SRO/kg/por cada deposición líquida) (ver: Guía\_ABE\_SRO) para los casos de deshidratación leve-moderada, con buena tolerancia oral. Los casos de deshidratación grave e intolerancia oral precisarán la vía IV.
2. No es necesaria la restricción dietética inicialmente; plantear una dieta astringente (BRAT-plátano, arroz, manzana, tostada) si se prolonga en el tiempo. Intentar mantener lactancia materna, fórmula artificial o alimentación complementaria habitual.
3. No está indicada inicialmente la retirada de la lactosa, excepto en los casos en que la clínica sea muy sugerente de intolerancia acompañado de una prueba en heces positiva.
4. No están indicados los preparados antidiarreicos.
5. Se recomienda en todos los casos la realimentación precoz, en cuanto la clínica lo permita.
6. Los probióticos de la familia *Lactobacillus* han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la diarrea aguda (acortan la duración de la misma), especialmente la causada por rotavirus. El *Saccharomyces boulardii* ha demostrado también ser eficaz en el tratamiento de la diarrea aguda por diferentes gérmenes (reduce la frecuencia y duración de la misma). El efecto de ambos es dosis dependiente, y la dosis mínima eficaz es de  $10^6$ - $10^9$  UFC al día, durante 5 días. No han demostrado efectos beneficiosos en la prevención de la diarrea aguda ni en la diarrea del viajero.
7. El uso de racecadotril (antisecretor) no está consensuado ni establecido. La loperamida está contraindicada en pacientes menores de 2-3 años y en las diarreas hemorrágicas. El ondansetrón oral ha mostrado mayor eficacia antiemética, y ausencia de reacciones adversas importantes, que otros fármacos antieméticos en las GEAs que cursan con vómitos intensos, y aunque su uso no está consensuado podría jugar algún papel con el objetivo de facilitar la rehidratación oral, reducir las necesidades de fluidoterapia IV y de hospitalización.
8. Los suplementos de zinc han demostrado ser beneficiosos en el tratamiento y prevención de la GEA en países en vías de desarrollo.



### Referencias bibliográficas

Aizpurúa L, Balaguer A. Una dosis de ondansetron oral disminuye los vómitos en niños con gastroenteritis pero no modifica la necesidad de ingreso hospitalario. *Evid Pediatr.* 2006;2:52. Disponible en [www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol2/2006\\_numero\\_3/2006\\_vol2\\_numero3.13.htm](http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol2/2006_numero_3/2006_vol2_numero3.13.htm)

Amieva MR. Important Bacterial Gastrointestinal Pathogens in Children: A Pathogenesis Perspective. *Pediatr Clin N Am.* 2005;52(3):749-77.

Buñuel Álvarez JC. En niños menores de 3 años de edad con gastroenteritis infecciosa aguda, la administración de *Lactofillus* fue eficaz para disminuir tanto la duración del proceso como el número de deposiciones/día. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2002;4:631-7. Disponible en [www.pap.es](http://www.pap.es)

CDC. Managing Acute Gastroenteritis Among Children. Oral Rehydration, Maintenance, and Nutritional Therapy. *MMWR.* 2003;52 (RR16):1-16. Disponible en [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5216a1.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5216a1.htm)

Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence-based clinical care guideline for medical management of acute gastroenteritis in children aged 2 months through 5 years. [actualizado el 31/10/2005; consultado el 14/07/2007]. Disponible en [www.cincinnatichildrens.org/svc/alpha/h/health-policy/ev-based/gastro.htm](http://www.cincinnatichildrens.org/svc/alpha/h/health-policy/ev-based/gastro.htm)

Corretger JM, Retana A. Diarrea aguda infecciosa. En: Aristegui J, Corretger JM, Fortuny C, Gatell JM, Mensa J, editores. *Guía de Terapéutica Antimicrobiana en Pediatría.* 2ª Ed. Barcelona: Editorial Antares; 2007. p. 40-4.

Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, et al. Practice Guideline for the management of infectious diarrhea. *IDSA guidelines.* *Clin Infect Dis.* 2001;32:331-51. Disponible en [www.journals.uchicago.edu/CID/journal/issues/v32n3/001387/001387.web.pdf](http://www.journals.uchicago.edu/CID/journal/issues/v32n3/001387/001387.web.pdf)

Leung AK, Robson WL. Acute gastroenteritis in children: role of anti-emetic medication for gastroenteritis-related vomiting. *Paediatr Drugs.* 2007;9(3):175-84.

Matson DO. Prevention and treatment of viral gastroenteritis in children. In: *Up To Date 2006.* On line 14.3 [actualizado el 07/09/2006; consultado el 14/07/2007]. Disponible en [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

Salvatore S, Hauser B. Probiotics and zinc in acute infectious gastroenteritis in children: are they effective? *Nutrition.* 2007;23:498-506.

Sirinavin S, Garner P. Antibióticos para el tratamiento de infecciones intestinales por salmonelas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: [www.update-software.com](http://www.update-software.com). (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

WHO. The treatment of diarrhoea. A manual for physicians and other senior health workers. Geneva: World Health Organization; 2005. Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593180.pdf>

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



## Notas:

<sup>1</sup> Diarrea en un paciente afebril, con deposiciones muy numerosas, acuosas, sin moco ni sangre.

<sup>2</sup> El Rotavirus es la causa más frecuente de diarrea en menores de 2 años de edad. Predominio invernal. Puede causar cuadros graves en neonatos.

<sup>3</sup> Asociado a brotes en grupos; más frecuente en la edad escolar.

<sup>4</sup> En toxiinfecciones alimentarias definidas por los CDC por la aparición de 2 o más personas afectadas por un cuadro clínico similar tras la ingestión de un alimento común. El principal factor responsable de la aparición de este cuadro es la inadecuada temperatura de conservación de los alimentos, seguido del déficit de higiene de los manipuladores. El microorganismo responsable más frecuente es la *Salmonella*. En ausencia de coprocultivos, el tiempo de aparición de la clínica postingesta se correlaciona con determinados microorganismos: síntomas en menos de 1 hora, posible ingestión de producto químico; síntomas entre 1-7 horas, probable *Staphylococcus aureus* o toxina de *Bacillus cereus*; síntomas entre 8-14 horas, posiblemente causada por otras bacterias; síntomas después de más de 15 horas, otros agentes, especialmente virus. El virus Norwalk y las especies de *Vibrio* se asocian especialmente a la ingesta de pescado. La *Brucella*, se asocia a la ingesta de productos lácteos no pasteurizados.

<sup>5</sup> En diarrea prolongada.

<sup>6</sup> *E. Coli* enterotoxigénico (ECET), enteropatógeno (ECEP), enteroagregante (ECEA). El ECET se asocia a la diarrea del viajero.

<sup>7</sup> CMV, VHS, *Cryptosporidium*, *Mycobacterium avium complex*, Isospora, Microsporidia, *Cryptococcus*, Aspergillus.

<sup>8</sup> Diarrea acompañada de fiebre, con deposiciones escasas con moco, sangre y leucocitos, producida por invasión de la mucosa colónica.

<sup>9</sup> Más frecuente en verano-otoño y en menores de 2 años. Asociada al consumo de alimentos o agua contaminados.

<sup>10</sup> *E. Coli* enterohemorrágico (ECEH) y enteroinvasivo (ECEI). La cepa O157:H7 del ECEH se ha asociado al síndrome hemolítico urémico (SHU).

<sup>11</sup> Asociado al consumo de antibióticos.

<sup>12</sup> Inicialmente, no está indicado ningún estudio complementario en una GEA sin datos de gravedad.

<sup>13</sup> Indicados si: diarrea grave; signos clínicos de deshidratación moderada-grave; signos clínicos de sepsis o afectación del estado general; paciente con IS o con enfermedad de base; brote epidémico; tratamiento antibiótico previo.

<sup>14</sup> Coprocultivo de entrada indicado en: 1. Lactante menor de 3 meses de edad; 2. Paciente inmunocomprometido; 3. Datos de gravedad clínica inicial; 4. Clínica: diarrea sanguinolenta, fiebre alta; 5. Antecedente de viaje internacional reciente; 6. Brotes epidémicos; y 7. Sospecha de SHU.

La detección antigénica es útil en brotes epidémicos, para la determinación sobre todo del antígeno del rotavirus. Orientación del coprocultivo: si diarrea adquirida en la comunidad, plantear cultivo para *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *E. Coli*; si diarrea nosocomial plantear además cultivo para *Clostridium difficile*; si diarrea de más de 7 días de duración, plantear cultivo para *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, *Cytopospora*, e *Isospora*.

<sup>15</sup> Si tratamiento antibiótico previo.

<sup>16</sup> Sospecha de obstrucción o invaginación intestinal.

<sup>17</sup> Paciente con diarrea explosiva, irritativa, prolongada.

<sup>18</sup> Paciente con síntomas intensos de colitis (diarrea sanguinolenta + fiebre) y etiología desconocida tras estudios iniciales.

<sup>19</sup> Valoración individual: estado general, tolerancia a alimentos, intensidad de la sintomatología.

<sup>20</sup> Los virus son la causa más frecuente de diarrea, por lo que en general no está indicado el tratamiento antibiótico. Además, aún en los de etiología bacteriana, la mayoría de los procesos son autolimitados, por lo que



tampoco estaría indicado el tratamiento antibiótico, puesto que no han demostrado acortar la duración del proceso globalmente.

Sospecha de etiología bacteriana y/o riesgo de infección grave (indicaciones generales de tratamiento antibiótico empírico inicial): 1. Lactantes pequeños, menores de 3 meses con síntomas y afectación general; 2. Pacientes con inmunosupresión; 3. Enfermedad sistémica grave, con fiebre y afectación del estado general; 4. Malnutrición importante; y 5. Drepanocitosis.

<sup>21</sup> Ver el apartado de otros tratamientos.

<sup>22</sup> Tetraciclina/doxiciclina no indicadas en general en niños menores de 8 años de edad.

<sup>23</sup> Quinolonas no indicadas en general en menores de 18 años de edad, excepto cuando los beneficios potenciales son mayores que los riesgos potenciales.

<sup>24</sup> Indicado para la diarrea por *E. Coli* (excepto en el caso del ECEH porque aumenta el riesgo de SHU). También eficaz frente a: *Yersinia*, *V. cholerae*, *Aeromonas* o *Plesiomonas*. Es una opción también en la shigellosis / salmonelosis clínicamente leves, cuando está indicado de forma general y en los casos de malnutrición, manipuladores de alimentos e instituciones infantiles. Ha demostrado acortar el tiempo de eliminación por heces del microorganismo y acortar la duración de la diarrea. Son cada vez más frecuentes las cepas de *Shigella* resistentes a cotrimoxazol y ampicilina.

<sup>25</sup> De elección en el tratamiento de la diarrea por *Campylobacter jejuni* cuando está indicado (ha demostrado disminuir la duración de los síntomas y el tiempo de eliminación de bacterias por heces si se administra precozmente).

<sup>26</sup> En áreas o situaciones clínicas/epidemiológicas en las que sea probable la etiología del *E. coli* cepa 0157:H7 (ECEH) (diarrea con sangre, afebril), la azitromicina es una opción razonable. También para el tratamiento de la infección por *Campylobacter jejuni*.

<sup>27</sup> Indicada en la GEA por *Salmonella* si precisa tratamiento antibiótico (en este caso se amplía la edad a los menores de 6 meses). Es además tratamiento alternativo al cotrimoxazol en el caso de la shigellosis, aunque la ampicilina presenta un elevado nivel de resistencias.

<sup>28</sup> Primera elección para el tratamiento parenteral inicial de GEA por *Salmonella* sp. o *Shigella* sp. con indicación de antibioterapia y formas clínicamente graves.

<sup>29</sup> Eficaz en las infecciones causadas por *Shigella* sp. y *Campylobacter* sp., opción alternativa en las infecciones por *Aeromonas*, *Yersinia*, *Salmonella* y *V. cholerae*. Ciprofloxacino no indicado en general en menores de 18 años de edad, excepto cuando los beneficios potenciales son mayores que los riesgos potenciales.

<sup>30</sup> En el tratamiento de la diarrea del viajero, según unos autores, estaría indicado desde el inicio el tratamiento antibiótico empírico con cotrimoxazol, puesto que ha demostrado acortar el tiempo de duración a 1-2 días. Según otros autores el tratamiento sólo estaría indicado en caso de diarrea grave o prolongada.

<sup>31</sup> Si la diarrea se prolonga más de 10-14 días, con historia de exposición al agua, hay que pensar en *Giardia lamblia*, precisando entonces tratamiento empírico con metronidazol.

<sup>32</sup> En general se resuelve al retirar el antibiótico causante. Si la diarrea es importante puede instaurarse el tratamiento con alguno de los antibióticos citados.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza al menos 1 vez al año. Próxima revisión prevista en 2008. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[Ⓞ] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>

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

Con la colaboración de:



[©] Guía\_ABE, 2007. ISBN: 978-84-95028-65-5