



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Diarrea aguda en adultos (Actualización 2024)

Elaborado por

Especialistas en gastroenterología y endoscopia digestiva

Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

No. 9



**Guía de práctica clínica
basada en la evidencia
(GPC-BE) No. 09
Diarrea aguda en adultos
(Actualización 2024)**

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica
basadas en la evidencia

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas en la
evidencia (GPC-BE)
GPC-BE No. 09 “Diarrea aguda en adultos”
Actualización 2024
Edición 2024; págs. 62
IGSS, Guatemala.

Elaboración aprobada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud-IGSS
Oficio No. 14291 del 28 de octubre de 2024

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión de guías de práctica clínica basadas en la evidencia;
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS-Guatemala

ISBN: 978-9929-795-89-1

Derechos reservados-IGSS-2024

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



MSc. Licenciado Edson Javier Rivera Méndez
Gerente

Doctor Francisco Javier Gódinez Jerez
Subgerente de Prestaciones en Salud

Grupo de desarrollo

Dr. Sergio Aroldo Chojolán Hernández

Residente I de Gastroenterología y Endoscopia
Digestiva

Hospital General de Enfermedades

Dr. Nadhikrishna Samayoa

Jefe de Unidad y de la Maestría de Gastroenterología
y Endoscopia Digestiva

Hospital General de Enfermedades

Dr. Luis Fernando Sandoval

Coordinador de la Maestría y Gastroenterólogo

Jefe de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva

Hospital General de Enfermedades

Comisión de guías de práctica clínica basadas en la evidencia

Dr. Edwin Leslie Cambranes Morales

Jefe de Departamento

Departamento de Medicina Preventiva

Dr. Edgar Campos Reyes

Departamento de Medicina Preventiva

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika López Castañeda

Departamento de Medicina Preventiva

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Ana Cristina Arévalo Díaz

Departamento de Medicina Preventiva

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

Prólogo

¿En qué consiste la medicina basada en la evidencia?

Podría resumirse como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez que esta ha sido sometida a una revisión crítica y exhaustiva. Sin la experiencia clínica individual, la práctica médica se convertiría rápidamente en una tiranía; pero sin la investigación científica, quedaría obsoleta de inmediato. En esencia, se busca aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo es contar con la mejor evidencia científica disponible para aplicarla a la práctica clínica.

Por lo tanto, puede afirmarse que las guías de práctica clínica basadas en la evidencia son documentos en los que se recopilan y presentan las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios, incluyendo médicos, paramédicos, pacientes y público en general.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el nivel de la evidencia, y determinan la calidad de una intervención, así como su beneficio neto en contextos locales. (Tabla 1)

El nivel de la evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de

una intervención en salud. Se aplica a las pruebas o estudios de investigación, como puede verse en la tabla publicada por la Universidad de Oxford (Tabla 2).

Tabla 1. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de la evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de Traumatología y Ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Recuperado de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

Tabla 2. Niveles de evidencia*

Grado de recomendación	Nivel de la evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de la evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Recuperado de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

* Centro de Medicina basada en la evidencia de Oxford.

**All or none (Todos o ninguno): Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

En las guías de práctica clínica publicadas por el IGSS, el lector encontrará, en el margen izquierdo del contenido, el nivel de evidencia (de **1a a 5**, en números y letras minúsculas) correspondiente a los resultados de los estudios que sustentan el grado de recomendación de buena práctica clínica. Este grado de recomendación se indica en el margen derecho del texto (letras **A, B, C, D y √** siempre en mayúsculas), de acuerdo con la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

Las guías desarrollan cada temática seleccionada con base en el contenido de las mejores evidencias documentadas, obtenidas a partir de revisiones sistemáticas exhaustivas de estudios relacionados con la atención sanitaria, diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras intervenciones.

Las guías de práctica clínica no pretenden establecer un protocolo rígido en el que deban cumplirse todos los puntos, sino presentar un modelo ideal que sirva como referencia flexible, basado en la mejor evidencia disponible.

Las guías de práctica clínica basadas en evidencia, revisadas para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por sus siglas en inglés: *Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe*), el cual evalúa tanto la calidad de la información contenida en el documento como la idoneidad de ciertos aspectos de las recomendaciones. Esto permite ofrecer una

valoración basada en criterios de validez aceptados, conocidos actualmente como “los elementos esenciales de las buenas guías”, que incluyen la credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, enfoque multidisciplinario, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el programa de elaboración de guías de práctica clínica fue creado con el propósito de servir como una herramienta de apoyo en la toma de decisiones clínicas. Una guía de práctica clínica (GPC) no ofrece respuestas para todas las situaciones que surgen en la práctica diaria. La decisión final sobre un procedimiento clínico, diagnóstico o tratamiento dependerá de cada paciente en particular, así como de las circunstancias y valores implicados. De ahí la importancia del juicio clínico individual.

Este programa también busca reducir la variabilidad en la práctica clínica y ofrecer a los profesionales, tanto de los equipos de atención primaria como del nivel especializado, un referente con el cual comparar su práctica.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de profesionales –especialistas y médicos residentes– que, día a día, realizan una labor tesonera en las distintas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la Comisión de Guías de Práctica Clínica (GPC-BE), perteneciente a los proyectos educativos de la Subgerencia de Prestaciones en Salud, y con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, ya que implica muchas horas de investigación y trabajo, con el objetivo de presentar, con sencillez y claridad, los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se ponen a disposición en cada uno de los ejemplares publicados.

Este esfuerzo refleja la filosofía de servicio de esta institución, la cual se fortalece al poner a disposición de los lectores un producto elaborado con esmero y con un alto nivel científico, aplicable, práctico y de fácil consulta.

Las GPC-BE aportan información valiosa y actualizada, pero no son determinantes para la incorporación de medicamento, tratamientos o procedimientos innovadores. La solicitud de inclusión, modificación o exclusión de medicamentos al Listado Básico de Medicamentos del Instituto debe realizarse de acuerdo a la normativa institucional vigente.

El IGSS tiene el privilegio de ofrecer a sus profesionales, al personal paramédico y a todos los servicios de apoyo esta guía, con el propósito de colaborar en los procesos de atención a los pacientes, en la formación académica de las nuevas generaciones y en el fortalecimiento de la investigación científica y docente que se desarrolla en el quehacer diario de la institución.

*Comisión de guías de práctica clínica, IGSS,
Guatemala, 2024*

Abreviaturas

ABC	Airway, breathing and circulation (vía aérea, respiración y circulación)
BUN	Nitrógeno de urea en sangre
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
I.V	Vía intravenosa
Kg	Kilogramos
LBM	Listado básico de medicamentos
ML	Mililitros
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
PCR	Reacción de cadena de Polimerasa
P.O.	Per os (por vía oral)
SV	Signos vitales
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos	5
3. Metodología	7
4. Contenido	11
5. Anexo	31
6. Glosario	33
7. Referencias bibliográficas	35

1. Introducción

La diarrea aguda se define como la aparición repentina de tres o más deposiciones blandas o acuosas al día que duran 14 días o menos. La etiología infecciosa comúnmente causa diarrea aguda, el agente etiológico varía dependiendo de la zona geográfica, pero destacan agentes bacterianos, virales y parásitos. Las etiologías no infecciosas se vuelven más comunes a medida que la duración de la diarrea se vuelve crónica. La distinción es importante porque el tratamiento y el manejo se basan en la duración y la etiología específica (1,2).

La gastroenteritis aguda se utiliza como sinónimo de diarrea aguda; sin embargo, el primero es un nombre inapropiado (1). El término gastroenteritis significa afectación tanto gástrica como del intestino delgado, mientras que prácticamente nunca se observa afectación gástrica en la diarrea aguda, incluso si se trata de la forma infecciosa de la diarrea (3). Además, la enteritis tampoco está siempre presente. Ejemplos de diarrea infecciosa sin enteritis incluyen el cólera y la shigelosis (1). Por lo tanto, es clínicamente más apropiado utilizar el término *diarrea aguda* en lugar de *gastroenteritis aguda*.

La mayoría de los casos son el resultado de una infección viral y el curso es autolimitado (1-3). La fisiopatología de la diarrea es por reducción de la absorción de agua por parte del intestino o de un aumento de la secreción de agua (2,4). Las causas infecciosas causan daño a las células epiteliales,

lo que conduce a un aumento de la permeabilidad intestinal. Las células epiteliales dañadas no pueden absorber agua de la luz intestinal, lo que provoca heces blandas (4). En las regiones desarrolladas, la diarrea aguda es casi siempre una afección benigna que se resuelve sola y desaparece en unos pocos días. La duración de la enfermedad y la presentación clínica varían según la etiología de la diarrea y los factores del huésped (1-4).

Se justifica un cultivo de heces en un paciente con diarrea con sangre o una enfermedad grave para descartar causas bacterianas. Las imágenes no se solicitan de manera rutinaria en un paciente con diarrea aguda. Sin embargo, puede ser necesaria una tomografía computarizada (TC) abdominal cuando un paciente presenta signos peritoneales o inestabilidad hemodinámica (2).

Una historia clínica completa es útil para distinguir la causa de la diarrea. Un examen de heces aporta valor al diagnóstico, pero es complementario, el tratamiento no debe retrasarse, donde el estado de hidratación y hemodinámico en general deben ser prioritarios para tomar conductas. El uso de antibióticos empíricos juega un rol importante, siempre que la sospecha sea alta de procesos bacterianos, por ejemplo, la diarrea del viajero (2). El uso de fármacos opioides para reducir el número de deposiciones diarreicas debe individualizarse según sea el caso para evitar complicaciones propias de la enfermedad, estos deben evitarse en diarrea con sangre o fiebre alta porque pueden empeorar infecciones intestinales

graves (5). La suplementación con probióticos puede reducir la gravedad y la duración de los síntomas y debe fomentarse en pacientes con diarrea aguda (5).

Las indicaciones para la derivación y evaluación médica adicional incluyen las siguientes: presencia de heces con sangre, diarrea de alto gasto, vómitos persistentes que impidan el tratamiento oral (líquidos y fármacos), signos de alarma como ojos hundidos, mucosas secas, oliguria/anuria, alteraciones del estado mental, respuesta inadecuada a la rehidratación oral y morbilidades que requieran atención especial (enfermos renales crónicos, antecedentes cardiovasculares, neoplasias, post trasplantados etc.) (5,6)

La presente guía se realizó con el fin de asistir a los profesionales de la salud en la toma de decisiones basadas en evidencia para la evaluación y el tratamiento de diarrea y con ello aportar para optimización en la atención y pronta derivación de requerirlo. Esta guía no debe sustituir el criterio clínico del profesional de la salud. Cada paciente es único y las decisiones de manejo deben ser personalizadas para adaptarse a las circunstancias individuales de cada paciente.

2. Objetivos

General

Elaborar de manera simple una guía para lograr la optimización de los pacientes de una manera fácil y eficaz en el manejo de diarrea aguda en adultos.

Específicos

- Realizar un plan para abordaje de diarrea aguda en adultos
- Identificar y clasificar la etiología de diarrea aguda en adultos para tratamiento oportuno

3. Metodología

Definición de preguntas

General

¿Cuál es el abordaje más efectivo para el manejo de diarrea aguda en adultos?

Específicas

- ¿Como se clasifica la diarrea aguda en adultos?
- ¿Cuáles son las características clínicas en pacientes adultos con diarrea aguda?
- ¿Cuáles son los criterios de hospitalización en pacientes adultos con diarrea aguda?
- ¿Al identificar la causa de diarrea aguda en adultos, cuál es el tratamiento a administrar?

Criterios de inclusión de los estudios

- Estudios con base científica confiable, en idiomas español e inglés, con fechas de publicación: de 2018 a 2024.
- Estudios retrospectivos, analíticos, revisión sistemática de la literatura, artículos de revisión y consenso de expertos.

Criterios de exclusión de los estudios

- Artículos y publicaciones que impliquen algún costo.

Estrategia de búsqueda: Consultas electrónicas a las siguientes referencias: Google académico, www.pubmed.com, www.bjm.com, www.cochrane.org, www.clinicalevidence.com, www.hinary.org

Otras fuentes bibliográficas: revistas internacionales, libros de texto, Guías de Práctica Clínica, entre otras.

Palabras clave: diarrea aguda, disentería, patógeno, antibiótico, estado de hidratación.

Población diana: Personas afiliadas, beneficiarias y derechohabientes que asisten a las unidades médicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sin embargo, se puede extrapolar a la población general.

Usuarios de la guía: Profesionales médicos generales, residentes y especialistas, personal de enfermería y paramédico.

Implicaciones para la práctica: guía para uso en consulta, para revisión rápida y práctica durante evaluación del paciente.

Limitaciones en la revisión de la literatura

Plataformas con costo para el acceso a artículos.

Tiempo para reuniones del grupo por actividades laborales.

Estudios basados en la evidencia en población guatemalteca.

Fecha de actualización, revisión y año de publicación de esta guía

Actualización 2024

Revisión 2024

Publicación 2025

4. Contenido

Normalmente, las heces son de color marrón y de consistencia sólida, que varía según la dieta consumida. La frecuencia de las deposiciones en promedio es de 1-3 veces por día (1). La definición de diarrea implica no solo consistencia líquida de las heces, más bien podría englobar aumento en cantidad y volumen de las heces (2).

Definición

El termino diarrea puede definirse como “aumento de más de tres deposiciones al día o el aumento de la cantidad y disminución de la consistencia de las heces en 24 horas en adultos” (2).

Por regla general, recomendamos considerar como diarrea cualquier disminución en la consistencia y aumento en la frecuencia de las heces. Los pacientes lo pueden referir como disminución de consistencia de las heces que provoca urgencia para defecar y malestar abdominal (3,4). Esta sensación de evacuar, que suele describirse como incontrolable, podría ser el principal problema para consultar. Sin embargo, para la obtención de detalles para su manejo se debe preguntar sobre síntomas asociados, tal como características de las heces como moco, pus, sangre o dolor abdominal (5).

La epidemiología de diarrea nos muestra que en personas adultas tiene una incidencia de al menos 0.75 a 1 episodio de diarrea por persona al año (6).

Se han agrupado los aspectos más importantes que determinan la definición de diarrea aguda en adultos:

“disminución en consistencia o aumento frecuencia de base a lo referido normal, en un período de 24 horas que dura menos de 14 días. Al considerar si un paciente tiene diarrea, el cambio con respecto a la consistencia previa de las heces es el parámetro más importante para observar en comparación con el cambio en la frecuencia”. (WHO 2020)

✓

A continuación, se muestran algunos términos para esclarecer mejor el tema.

Diarrea aguda: diarrea con duración menor a 14 días.

Síndrome diarreico: asociación de síntomas y signos que se presentan con disminución de la consistencia y aumento de la frecuencia de las heces (2).

Diarrea subaguda: diarrea con duración de más de 14 días, pero menos de 4 semanas (1)

Diarrea crónica: diarrea cuya duración se extiende a más de 4 semanas (1)

1a

Diarrea infecciosa: identificación de agente infeccioso como agente causal de diarrea, suele asociarse con náusea, vómitos y dolor abdominal. Los síntomas no confirman o descartan su clasificación. La fiebre puede o no presentarse y su presencia no debe orientar al uso de antibióticos de forma rutinaria (7).

A

Diarrea disentérica: heces con presencia de moco y/o sangre de moderada a escasa cantidad, suele acompañarse de dolor abdominal, tenesmo o fiebre (7).

Epidemiología

En Guatemala, los brotes se manifiestan en diferentes regiones, presentándose en general con las mismas características epidemiológicas en todo el país. La frecuencia promedio de casos de diarrea, según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), ha sido de 400,000 casos por año, de los cuales el 62% ocurre en menores de 5 años, con similar proporción según el sexo (3).

Etiología

2a

Las causas que pueden originar una diarrea aguda son diversas. Sin embargo, la mayor parte de los episodios de diarrea aguda tienen su origen en un proceso infeccioso. Es por ello que, en la práctica habitual, el enfoque clínico de un paciente con diarrea aguda se orienta fundamentalmente en tal dirección.

B

Inflamatoria: este grupo de diarrea se puede subdividir aun en diarrea infecciosa y no infecciosa.

1a

Diarrea infecciosa: abarca distintos mecanismos (invasivos o no invasivos) ya que son multifactoriales, siendo los bacterianos, virales y parasitarios los más comunes (8). La de origen viral se destaca por tener alto volumen en deposiciones; los patógenos más comunes son:

A

- Astrovirus, Adenovirus entérico y Norovirus, también llamado virus similar a Norwalk, que es común entre niños en edad escolar. Rotavirus, la principal causa de gastroenteritis severa en niños que también puede infectar a adultos expuestos a niños con el virus. Los brotes también pueden ocurrir en asilos de ancianos, lo cual es muy importante al momento de la sospecha clínica.

Las bacterias que invaden la mucosa y producen toxinas hacen que las células de la pared intestinal aumenten la secreción de agua y electrolitos, generando diarrea. Dentro de este grupo se encuentran bacterias como ciertas variedades de *E. coli*, *Campylobacter*, *Shigella* y *Salmonella* (8).

2b

La ingesta accidental de metales pesados como arsénico, plomo, mercurio o cadmio, con el agua o los alimentos, puede provocar repentinamente náuseas, vómitos y diarrea. Muchos fármacos, incluidos los antibióticos, ocasionalmente provocan retortijones abdominales y diarrea (9).

B

El listado de patógenos intestinales se mantiene en expansión, al tiempo que aparecen microorganismos bien conocidos con frecuencia inesperada, en circunstancias nuevas y se reconocen microorganismos nuevos.

Tabla 3. Agentes etiológicos

Patógeno	Fuente
<i>Escherichia coli</i>	Alimentos contaminados con heces humanas
<i>Salmonella</i>	Alimentos contaminados, aves de corral, avícolas.
<i>Shigella</i>	Fecal-oral
<i>Campylobacter</i>	Alimentos contaminados (huevos crudos) animales de granja
<i>Yersinia enterocolítica</i>	Animales contaminados
<i>Vibrio cholerae</i>	Agua y mariscos
<i>Bacillus cereus</i>	Alimentos contaminados, arroz recalentado
<i>Clostridium perfringes</i>	Carne cruda/recalentada
<i>Entamoeba histolytica</i>	Fecal-oral, agua contaminada
<i>Giardia Lamblia</i>	Fecal-oral
<i>Criptosporidium</i>	Fecal-oral

Nota: Luo X, et al. Detection and Characterization of Bacterial and Viral Acute Gastroenteritis among Outpatient Children under 5 Years Old in Guangzhou, China. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2024;110(4):809–14.

Tabla 4. Características clínicas y diagnósticas probables según el tipo de diarrea aguda

Característica	Diarrea inflamatoria	Diarrea no inflamatoria
Localización más afectada	Colon	Intestino delgado
Sintomatología	Diarrea tipo disentería, aumento deposiciones diarias. Asociado a pujo o tenesmo rectal, puede haber fiebre	Diarrea acuosa, aumento deposiciones diarias, dolor tipo cólico abdominal, puede haber distensión y/o presencia de gases
Deshidratación	Menos común	Más común
Leucocitos fecales	Presentes	Generalmente ausentes
Etiología a investigar	<i>E. Histolytica</i> , <i>Shigella</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Vibrio</i> <i>parahaemolyticus</i> , <i>E. coli</i> enteroinvasiva o enterohemorrágica	Virus, <i>Rotavirus</i> , <i>Adenovirus</i> , <i>S. aureus</i> , <i>Bacillus cereus</i> , <i>Giardia lamblia</i> , <i>Vibrio cholerae</i> , <i>E. coli</i> enterotoxigénica

Nota: Tomado de: Luo X, et al. Detection and Characterization of Bacterial and Viral Acute Gastroenteritis among Outpatient Children under 5 Years Old in Guangzhou, China. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2024;110(4):809–14. Modificado por grupo de desarrollo.

Historia clínica

Para el abordaje en consulta, las preguntas prácticas son necesarias para orientar un manejo oportuno, entre ellas destacan las que se observan en la tabla 5.

Tabla 5. Preguntas para orientar un manejo oportuno

Síntomas	• Duración de diarrea • Consistencia de heces (acuosa, sanguinolenta mucosa, purulenta) • Náusea y/o fiebre • Mejora o empeora con ayuno
Preguntas relevantes	• Asociación con comida (libre de azúcar, grasas, productos lácteos, pescados, frutas, verduras) • Viajes recientes (lugares con escaso saneamiento ambiental) • Contacto con personas con diarrea • Uso de medicamentos (antibióticos, laxantes, nuevo medicamento iniciado o aumento de dosis)
Síntomas de deshidratación	• Sed • Disminución excreta urinaria • Cefalea • Fatiga • Mareos

Nota: Tomado de: Aleksandra Sokic-Milutinovic, et al; Diarrhea as a Clinical Challenge: General Practitioner Approach. Dig Dis 10 May 2022; 40 (3): 282–289. <https://doi.org/10.1159/000517111>. Modificado por grupo de Desarrollo.

Examen físico

2b

Durante la evaluación se debe buscar signos de deshidratación, que pueden ser sequedad de mucosas (lengua, labios) cambios en el estado mental, taquicardia y retraso de llenado capilar. El examen abdominal se debe realizar con el fin de confirmar o descartar procesos abdominales agudos. Aunque no es de práctica rutinaria, en escenarios de poca información de las características de las heces se debe realizar examen rectal para evaluar

B

la presencia de sangre en las heces y corroborar la consistencia de las mismas (10).

Tabla 6. Manifestaciones clínicas de deshidratación en adultos acorde a la severidad

Manifestación clínica	Leve	Moderada	Severa
Fatiga	+/-	+	+
Sed	+/-	+	+
Presión arterial	Normal	Hipotensión ortostática	Shock
Frecuencia respiratoria	Normal	21-25	> 25
Frecuencia cardíaca	60-100	>100	> 100 y débil
Estado de conciencia	Alerta	Letárgico	Estupor/ coma
Mucosa oral	Hidratadas	Secas	
Llenado capilar	≤ 2 segundos	>2 segundos	

Nota: Tomado de: Health, D. of, Hospital, S.L., Diseases PS for M and I. Philippine Clinical Practice Guideline for Acute Infectious Diarrhea. Philippine clinical practice guidelines on the management of acute infectious diarrhea in children and adult. 2019;1–120. Modificado por grupo de desarrollo

Estudios de laboratorio

2b

Paraclínicos a solicitar en pacientes adultos con diarrea aguda

B

¿A qué grupo de pacientes solicitar laboratorios?

- Diarrea de más de 3 días de evolución
- Disentería
- Inmunocomprometidos
- Pacientes hospitalizados por diarrea

- Brotes en asilos, entre familiares u hospitales
- Sospecha de cólera
- Diarrea posterior a uso de antibióticos

¿Qué estudios de laboratorios deberían realizarse en pacientes con diarrea de severidad moderada o grave? (11)

- Hematología completa
- Electrolitos séricos (sodio, potasio, cloro)
- Creatinina y nitrógeno de urea sanguíneo (BUN)
- Bicarbonato (de haber disponibilidad)

Tabla 7. Métodos diagnósticos

1b

Estudio a solicitar	Indicación
Heces simples y cultivo	Sospecha de patógeno invasivo, enfermedad inflamatoria intestinal con nueva aparición de diarrea e inmunocomprometidos (importante evaluar presencia de huevos y larvas o quistes y trofozoitos)
PCR heces	Para conocer microorganismo causante de diarrea, sea bacteria, virus, protozoos y hongos
Antígenos en heces	Ante sospecha de <i>Yersinia enterocolítica</i> , por uso reciente de antibióticos solicitar <i>Clostridioides difficile</i>
Toxina de <i>C. difficile</i> en heces	Diarrea precedida a uso de antibióticos, quimioterapia, brotes en asilos u hospitalizaciones. Solicitar toxina por abordaje de colitis pseudomembranosa

A

Continúa...

Estudio a solicitar	Indicación
Colonoscopia (este estudio permite obtención de biopsia para optimizar diagnóstico)	Diarrea inflamatoria no concluyente por estudios previos, en la que no se evidencia causa infecciosa, inmunocomprometidos por sospecha de infección por citomegalovirus y sarcoma de Kaposi.

Nota: Healt, D. of, Hospital, S.L., Diseases PS for M and I. Philippine Clinical Practice Guideline for Acute Infectious Diarrhea. Philippine clinical practice guidelines on the management of acute infectious diarrhea in children and adult. 2019;1–120.

Criterios diagnósticos

Clasificación etiopatogénica y fisiopatológica

1b

Para comprender mejor el tema, se presentan los mecanismos por los cuales se produce la diarrea.

A

Inflamatoria: se caracteriza por deposiciones frecuentes, de pequeño volumen (+/- sangre) y puede ir acompañada de tenesmo, fiebre o dolor abdominal intenso. Se sospecha diarrea inflamatoria con la demostración de leucocitos o proteínas leucocitarias en el examen de heces. Dentro de sus causas se encuentran agentes infecciosos (bacterias, virus, parásitos) y no infecciosos (generalmente causas crónicas como enfermedad inflamatoria intestinal) (4)

Osmótico: ocurre cuando una sustancia o solutos no absorbidos de los alimentos impiden la absorción normal de agua en los intestinos. Dichas moléculas solubles en agua son pobremente absorbidas provocando retención de agua en los intestinos. Generalmente se evidencia mejoría con el ayuno y

el volumen de las heces son menos de 1 litro al día. Entre sus causas están ciertos carbohidratos como manitol, sorbitol, lactosa, etc. (4).

Secretor: ocurre cuando el agua secretada en el intestino excede la absorción (desequilibrio de fluidos y electrolitos). El volumen de las heces suele ser mayor a 1 litro al día y se diferencia con la diarrea osmótica en que no mejora con el ayuno. Entre sus causas están laxantes, fármacos, toxinas, etc. (2,4).

Dismotilidad: Los nutrientes y el agua se absorben eficientemente si reciben una exposición adecuada al epitelio intestinal y permanecen en el intestino durante el tiempo suficiente (tiempo de tránsito). Cualquier condición que aumente o disminuya el tiempo de tránsito podría provocar diarrea, incluso si la absorción no se ve muy afectada. Hay 2 tipos, de tránsito lento (sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado “SBID” por ejemplo) y tránsito rápido (1).

Terapéutica

2b

No farmacológico

B

Tratamiento de soporte

Ante cualquier tipo de diarrea, lo más importante es evaluar el estado de hidratación (principalmente) y la alimentación (algoritmo 1). Para aquellos pacientes con signos de gravedad, comorbilidades importantes o descompensadas e inmunosupresos, se debe remitir al hospital para evaluación especializada tomando en cuenta que la reposición de líquidos probablemente sea

parenteral. Sin embargo, de no tener datos clínicos de gravedad la rehidratación vía oral es la de preferencia, usando sales de hidratación oral a demanda, acompañada de un adecuado plan educacional sobre aumento de pérdidas sobre ingesta (9).

Recomendaciones generales

Se debe recomendar además lo siguiente:

- Ingesta de líquidos para evitar deshidratación
- En cuanto al consumo de alimentos, enfatizar que no se debe forzar la ingesta de sólidos hasta que el organismo muestre interés por ellos. La clave es siempre la ingesta de líquidos.
- Tomando en cuenta que las náuseas y los vómitos suelen acompañar a la diarrea, en primera instancia se debe evitar la sobrehidratación vía oral. Además, se recomienda el uso de antieméticos para minimizar los síntomas, priorizando la hidratación oral.
 - o Domperidona 20 mg vía oral cuatro veces al día (No codificado)
 - o Metoclopramida 10 mg vía oral (10 mg IV si no hay tolerancia vía oral) tres o cuatro veces al día (precaución sobre efectos al sistema nervioso central) (Código Igss; 149, 233)
 - o Dimenhidrinato 50 mg vía oral (50 mg IV si no hay tolerancia vía oral) tres veces al día (Código Igss; 228, 229)

- De persistir sin tolerancia oral, amerita evaluación especializada
- Evite acudir a lugares donde se prepara comida y no prepare alimentos, para evitar contagio a otros miembros de la familia
- Lávese las manos después de ir al baño

No se recomiendan:

- Bebidas deportivas ni refrescos para reponer las pérdidas. (recomendación A)
- El uso del peso corporal real/estimado para el cálculo de la tasa de fluidos de mantenimiento (C)

Generalmente, alrededor del 50% de los casos con diarrea aguda se autolimita, dependiendo del agente etiológico y del estado de inmunidad, siendo de 2 a 3 días. Por tanto, el manejo de los síntomas debe ser el primer paso, y el tratamiento con antibióticos debe reservarse para casos específicos, (1,11).

2b

¿Qué paciente debería ser admitido para manejo hospitalario?

B

- Mala tolerancia a la rehidratación oral.
- Deshidratación de moderada a grave.
- Datos de hipoperfusión, sangrado rectal.
- Lesión renal aguda y/o anomalías electrolíticas

- Condiciones comórbidas inestables (por ejemplo: diabetes no controlada, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad coronaria inestable, enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica, o condiciones de inmunocomprometidas)
- Personas frágiles, de edad avanzada (de 60 años o más) y/o con un estado nutricional deficiente
- Pacientes con circunstancias sociales únicas (viven solos, con residencia lejos de un hospital) (11)

4

Manejo nutricional (10),(12)

C

- Se recomienda comenzar con alimentos a las cuatro horas del inicio de la terapia de rehidratación oral (TRO) o de los líquidos intravenosos.
- En cuanto haya mejoría, dar una dieta simple de manera que el tracto digestivo pueda procesarla fácilmente y absorber nutrientes. Iniciar con beber sorbitos de agua de arroz o cebada durante el día.
- Mientras la mejoría continúa, dar alimentos que sean fácilmente absorbibles y digeribles, como puré de bananas, cereales secos, puré de papas, tostadas, vegetales bien cocinados.
- Dar ingestas frecuentes y livianas distribuidas a lo largo del día (seis/día)
- Dar alimentos ricos en energía y micronutrientes (granos, carnes, frutas y hortalizas)

- Evitar jugos de fruta enlatados (son hiperosmolares y pueden agravar la diarrea)
- Eliminar los productos de difícil digestión: los alimentos proteicos podrían ser evitados por 48 horas. Las grasas deben ser eliminadas de la dieta.
- Eliminar los azúcares refinados, especialmente si la diarrea es de origen bacteriano.
- Evitar los alimentos estimulantes como: café, té, alcohol, bebidas carbonatadas.
- Evitar los siguientes alimentos: habichuelas, col, col de Bruselas.
- Evitar los alimentos con alto contenido de carbohidratos, que se absorben mal y pueden agravar la diarrea: pan, pastas, trigo, manzanas, peras, duraznos y ciruelas
- Ingerir abundante caldo de pollo y zanahorias.

Tratamiento farmacológico

Antidiarreicos

2b

Estos fármacos no se consideran el tratamiento de elección, sino un método para disminuir el número de deposiciones, y limitar la deshidratación y la pérdida de electrolitos. Deben usarse con precaución; los más conocidos son los derivados de opioides, como la loperamida o el difenoxilato (Código LBM IGSS 219). Su mecanismo de acción involucra la reducción de

B

la motilidad y enlentecimiento del tránsito intestinal; también actúan reduciendo la secreción intestinal (13).

El uso de loperamida ante una etiología desconocida debe limitarse a casos de diarrea sin fiebre, rectorragia y sin criterios de gravedad. La dosis inicial debe administrarse con dosis de 4 mg y posteriormente 2 mg después de cada deposición, tolerando 8 mg al día, siendo dosis seguras ya que a mayor dosis los efectos adversos pueden manifestarse. Este manejo debe considerarse en pacientes en los que no ameriten más de 5 días de tratamiento, ya que para uso prolongado se reserva para casos especiales.

Micronutrientes

2b

Zinc a dosis de 20 mg por 10 días (actúa disminuyendo la duración, severidad y recurrencia de la diarrea), no hay suficiente evidencia para su uso, pero organizaciones como UNICEF sí la recomiendan (8). (Código LBM IGSS 2094).

B

Terapia antibiótica

Tabla 8. Manejo de diarrea aguda infecciosa por bacterias enterotoxigénicas

Microorganismo	Vía de contagio	Presentación	Antibiótico	
			Indicación	Sugerencia Alternativa
<i>Clostridioides difficile</i>	Fecal-oral	Diarrea acuosa o inflamatoria, puede haber fiebre y deteriorar hemodinamia, dolor abdominal y datos de colitis pseudomembranosa con sangrado rectal o distensión abdominal que sugieran megacolon tóxico	Todos (manejo hospitalario)	Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas por 7-10 días. (Código LBM 10GSS 148)
<i>Staphylococcus aureus</i>	Carne mal preparada, enlatada, jamón o productos lácteos	Dolor abdominal y vómitos, generalmente se autolimita en 24-48 horas	Generalmente no indicado si se autolimita	Doxiciclina 500 mg PO cada 6 horas por 5-7 días. (Código LBM 10GSS 60)
<i>E. Coli</i> enterotoxigénica	Fecal-oral (agua contaminada)	Diarrea del viajero, acuosa, puede o no haber dolor abdominal	Con manifestación de gravedad	Ciprofloxacino 500 mg PO cada 12 horas por 5 días. (Código LBM 1371)
<i>Vibrio Cholerae</i>	Fecal-oral (agua contaminada, agua de mar, mariscos o crustáceos)	Diarrea acuosa abundante, generalmente deshidratación grave	Todos	Tetraciclina 500 mg PO cada 6 horas por 2 días. (No disponible LBM 10GSS 60)

Nota: Allison Ferris et al in Primary Care: Clinics in Office Practice vol. 50 (3) pp. 447-459 (2023)
DOI: 10.1016/j.pop.2023.03.010; Kale, Swati & Bulle, Pragati & Deshmukh, Durgesh & Tankhiwale, Supriya & Gujar, Vivek. (2020). An outbreak of diarrhoeal disease of *El Tor* *Vibrio cholerae* O1 Ogawa in and around Yavatmal district, Maharashtra, India in 2018. International Journal Of Community Medicine And Public Health. 7. 10.18203/2394-6040.ijcmph20201032. (2,14)

Tabla 9. Manejo de diarrea aguda infecciosa por bacterias enterotoxigénicas

Microorganismo	Fuente	Presentación	Indicación	Antibiótico	
				Sugerencia	Alternativa
<i>Shigella</i>	Agua y comida contaminada	Diarrea inflamatoria, acuosa, dolor abdominal, disentería	Todos	Ceftriaxona 1 gr IV cada 24 horas por 5 días (Código LBM IGSS 111)	Ciprofloxacino 500 mg PO cada 12 horas por 7 días (Código LBM IGSS 1371)
<i>Salmonella typhi</i>	Pollo, leche, huevos mal preparada, agua contaminada	Dolor abdominal, náusea, vómito, diarrea inflamatoria	Inmuno-comprometidos, edades extremas, prótesis valvulares, anemia hemolítica	Ciprofloxacino 500 mg PO cada 12 horas por 5 días (Código LBM IGSS 1371)	Ceftriaxona 1 gr IV cada 24 horas por 5 días (Código LBM IGSS 111)
<i>Campylobacter Jejuni</i>	Pollo, leche, huevos, animales contaminados.	Dolor abdominal, diarrea acuosa o inflamatoria, tenesmo, puede haber síntomas extraintestinales: Guillain Barré, glomerulonefritis y artritis	Si no mejora con tratamiento sintomático	Eritromicina 500 mg PO cada 6 horas por 5-7 días (No disponible LBM) Azitromicina 500 mg PO cada 24 horas por 3 días (No disponible LBM)	Levofloxacina 750 mg PO cada 24 horas por 3 días (No disponible LBM)
<i>Yersinia enterocolitica</i>	Leche no pasteurizada, animales contaminados	Diarrea inflamatoria y dolor abdominal	Todos	*TMP-SMZ 160-800 mg PO cada 12 horas por 7 días (Código LBM IGSS 35)	Tetraciclina 500 mg PO cada 6 horas por 7 días (No disponible LBM)

Continúa...

Microorganismo	Fuente	Presentación	Indicación	Antibiótico	
				Sugerencia	Alternativa
<i>E. Coli</i> enteroinvasiva	Agua y alimentos contaminados	Náusea, vómitos, fiebre y diarrea	Casos graves (general-mente autolimitado)	Ciprofloxacino 500 mg PO cada 12 horas por 5-7 días (Código LBM IGSS 1371)	TMP-SMZ 160-800 mg PO cada 12 horas por 7 días (Código LBM IGSS 35)
<i>E. Coli</i> enterohemorrágica	Came mal preparada y aguas contaminadas	Diarrea acuosa, dolor abdominal, vómitos	En casos graves (general-mente autolimitado)	Ciprofloxacino 500 mg PO cada 12 horas por 5-7 días (Código LBM IGSS 1371)	TMP-SMZ 160-800 mg PO cada 12 horas por 7 días (Código LBM IGSS 35)
<i>Cyclospora cayetanensis</i>	Fecal-oral	Diarrea inflamatoria y dolor abdominal	Todos	TMP-SMZ 160-800 mg PO cada 12 horas por 7 días (Código LBM IGSS 35)	--

Nota: Allison Ferris et al in Primary Care: Clinics in Office Practice vol. 50 (3) pp. 447-459 (2023)

DOI: 10.1016/j.pop.2023.03.010. Healt, D. of, Hospital, S.L., Diseases PS for M and I. Philippine Clinical Practice Guideline for Acute Infectious Diarrhea. Philippine clinical practice guidelines on the management of acute infectious diarrhea in children and adult. 2019;1-120 (2,10).

*Trimetoprim/sulfametoxazol.

El uso de antibióticos en diarrea no debe de ser indiscriminado, por lo tanto, deberá de estar sustentado por la determinación de la causa por medio de la valoración clínica y/o estudios diagnósticos.

Deberá considerarse que, en pacientes con factores de riesgo, los agentes etiológicos son multicausales, con lo que se deberá valorar el uso de fármacos con diferente mecanismo de acción, ante el entorno clínico que así lo amerite, justificándose la solicitud de panel gastrointestinal (biología molecular en heces) (1,5, 10,11)

4

¿Cuál es el rol de los probióticos en el contexto de diarrea aguda en adultos?

C

No hay suficiente evidencia para recomendar probióticos en adultos con diarrea aguda (11,15)

4

Sin embargo, se pueden usar, reservando su uso en la reducción de frecuencia de deposiciones .(15)

C

Los siguientes probióticos no cuentan con codificación, pero de los que se puede recomendar el uso son los siguientes:

-Saccharomyces boulardii 250 mg PO en cada comida

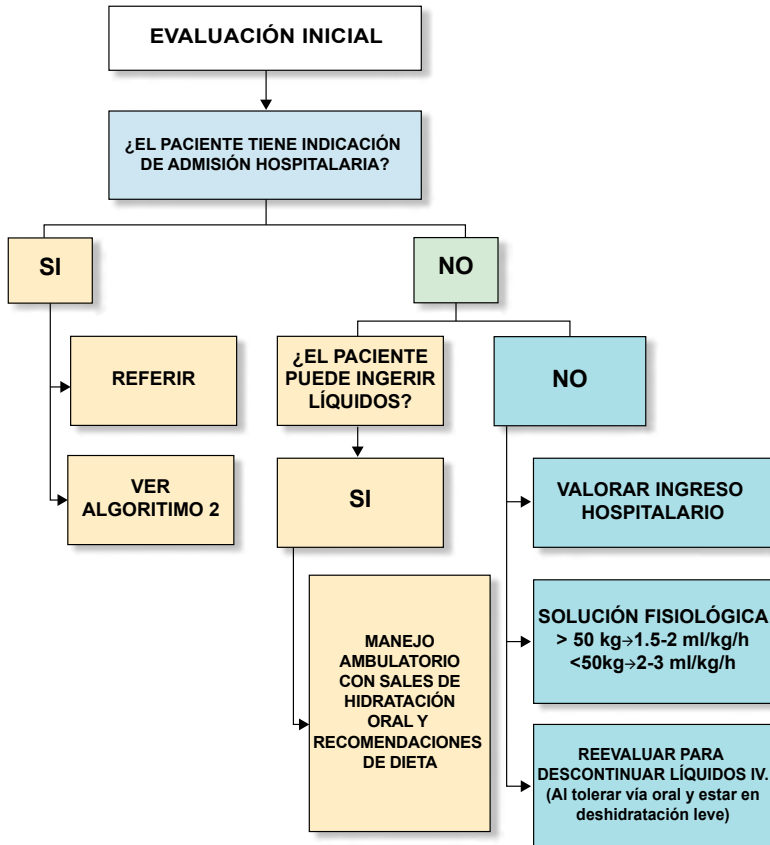
-Lactobacillus LB* 340mg/10 billones PO en cada comida

-Lactobacillus rhamnosus /pediococcus pentosaceus/ bifidobacterium longum 6*10⁹ ufc/dosis

-Lactobacillus rhamnosus GG 1 sobre BID

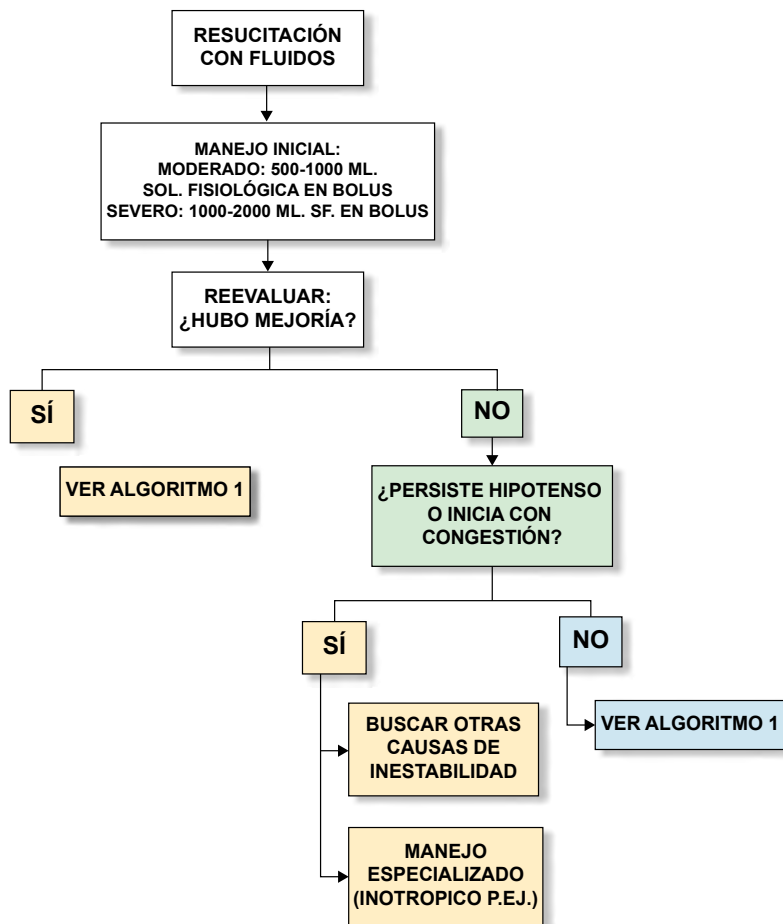
5. Anexo

Algoritmo 1. Evaluación inicial de deshidratación para pacientes adultos



Nota: Algoritmo de guías de práctica clínica para diarrea aguda de Filipinas, modificado por grupo de desarrollo (11)

Algoritmo 2. Resucitación con fluidos en pacientes adultos



Nota: Algoritmo de guías de práctica clínica para diarrea aguda de Filipinas, modificado por grupo de desarrollo (11)

6. Glosario

Diarrea aguda	Disminución en consistencia o aumento frecuencia de base a lo referido normal, en un periodo de 24 horas que dura menos de 14 días
Diarrea inflamatoria	Diarrea que se acompaña de la presencia de leucocitos o proteínas leucocitarias en el examen de las heces
Diarrea infecciosa	Identificación de agente infeccioso como agente causal de diarrea, suele asociarse con náusea, vómitos y dolor abdominal
Disentería	Heces con presencia de moco y/o sangre de moderada a escasa cantidad, suele acompañarse de dolor abdominal, tenesmo o fiebre
Diarrea osmótica	Diarrea causada por sustancias o solutos no absorbidos de los alimentos que impiden la absorción normal de agua en los intestinos
Diarrea secretora	Diarrea causada cuando el agua secretada en el intestino excede la absorción (desequilibrio de fluidos y electrolitos). El volumen de las heces suele ser mayor a 1 litro al día y se diferencia con la diarrea osmótica en que no mejora con el ayuno

**Tratamiento
de soporte**

Tratamiento que tiene como objetivo la mejora de los síntomas a través de un cuidado total, activo y continuado del paciente cubriendo sus necesidades físicas, psicológicas/emocionales, sociales y espirituales

7. Referencias bibliográficas

1. An Y, Hu S, Zhang Y, Song Z, Li R, Li Y, et al. Knockdown of miR-19a suppresses gastrointestinal dysmotility diarrhea after TBI by regulating VIP expression. *Brain and Behavior*. 2023;13(7):1–11.
2. Ferris A, Gaisinskaya P. Approach to Diarrhea. 2023; 50:447–59.
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica Enfermedades Transmitidas por Agua y Alimentos. 2018;39. Disponible en: [http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones 2018/Protocolos/Enfermedades Transmitidas por Agua y Alimentos.pdf](http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202018/Protocolos/Enfermedades%20Transmitidas%20por%20Agua%20y%20Alimentos.pdf)
4. Chu C, Rotondo-Trivette S, Michail S. Chronic diarrhea. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2020;50(8):1–5.
5. Monasterio C, Hartl C, Hasselblatt P. Akute und chronische Durchfallerkrankungen: Differenzialdiagnose und Therapie. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2020;145(18):1325–36.
6. Steffen R. Epidemiology of travellers' diarrhea. *Journal of Travel Medicine*. 2017;24: S2–5.
7. Chen J, Wan CM, Gong ST, Fang F, Sun M, Qian Y, et al. Chinese clinical practice guidelines for acute infectious diarrhea in children. *World*

- Journal of Pediatrics [Internet]. 2018;14(5):429–36. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12519-018-0190-2>
8. Advocacy PDD. Zinc Treatment for Diarrhea. 2013;1–2.
 9. NCADV. 乳鼠心肌提取 HHS Public Access. Physiology & behavior. 2017;176(1):139–48.
 10. Sokic-Milutinovic A, Pavlovic-Markovic A, Tomasevic RS, Lukic S. Diarrhea as a Clinical Challenge: General Practitioner Approach. Digestive Diseases. 2022;40(3):282–9.
 11. Healt, D. of, Hospital, S.L., Diseases PS for M and I. Philippine Clinical Practice Guideline for Acute Infectious Diarrhea. Philippine clinical practice guidelines on the management of acute infectious diarrhea in children and adult. 2019;1–120.
 12. Luo X, Deng J, Luo M, Yu N, Che X. Detection and Characterization of Bacterial and Viral Acute Gastroenteritis among Outpatient Children under 5 Years Old in Guangzhou, China. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2024;110(4):809–14.
 13. Bugaev N, Bhattacharya B, Chiu WC, Como JJ, Cripps MW, Ferrada P, et al. Antimotility agents for the treatment of acute noninfectious diarrhea in critically ill patients: A practice management guideline from the Eastern Association for the

Surgery of Trauma. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2019;87(4):915–21.

14. Kale SS, Bulle PA, Deshmukh DG, Tankhiwale SS, Gujar VM. An outbreak of diarrhoeal disease of El Tor *Vibrio cholerae* O1 Ogawa in and around Yavatmal district, Maharashtra, India in 2018. International Journal Of Community Medicine And Public Health. 2020;7(4):1297.
15. Collinson S, Deans A, Padua-Zamora A, Gregorio G V., Li C, Dans LF, et al. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020;2020(12).



7a. Avenida 22-72 Zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org



ISBN: 978-9929-795-89-1

