

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GENERAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ



“PROTOCOLO DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA”

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Dra. Silvia Minango	MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	
Revisado por:	Dr. Carlos Quiñonez	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	
	Dr. Leonardo Castro	MEDICO UNIDAD DE CALIDAD	
	Dra. Mercy Oleas	DIRECTORA ASISTENCIAL	
Aprobado por:	Dra. Kathia Tinizaray	GERENTE HOSPITALARIA	

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración / revisión de este protocolo



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: APROBADO
	Protocolo Enfermedad Diarreica Aguda	Fecha: 06/10/2023
	UECQ-HSP-PED-PC-EDA-001	Página 2 de 17

INDICE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVO.....	3
2.1 Objetivo General	3
2.2 Objetivo Específicos.....	3
3. ALCANCE	3
4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS	4
5. DIAGNOSTICO.....	4
5.1 Cuadro clínico	4
5.2 Exámenes de gabinete	6
5.3 Escalas de estratificación.....	7
6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	7
7. TRATAMIENTO	7
7.1 Medidas generales.....	7
7.2 Manejo específico	8
8. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO	13
9. BIBLIOGRAFÍA.....	14
10. CONTROL DE CAMBIOS	16
11. ALGORITMO DIAGNOSTICO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y DESHIDRATACIÓN	17



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: APROBADO
	Protocolo Enfermedad Diarreica Aguda	Fecha: 06/10/2023
	UECQ-HSP-PED-PC-EDA-001	Página 3 de 17

1. INTRODUCCIÓN

En la última década del siglo XX las Enfermedades Diarreicas Agudas continúan siendo uno de los problemas de salud pública más serios en los países en desarrollo, en los que constituyen una de las causas principales de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años, Dentro de este grupo de edad, los niños menores de 2 años, son los que sufren mayor morbilidad y mortalidad. Considerándose así un problema importante se salud publica en nuestro país ocupando en Ecuador la tercera causa de morbimortalidad infantil según las estadísticas INEC 2019. ¹

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo General

Estandarizar el diagnóstico, manejo y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, disminuyendo las complicaciones y la mortalidad por su causa mediante un protocolo con evidencia científica en pacientes ingresados en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

2.2 Objetivo Específicos

- Reconocer los criterios clínicos según la severidad para categorizar de manera adecuada el grado de deshidratación.
- Clasificar un plan de tratamiento que sirva como guía para un correcto esquema de hidratación.
- Determinar un plan de tratamiento según la etiología de la enfermedad diarreica aguda.
- Orientar a los familiares sobre los signos de alarma de deshidratación y cumplimiento de las 4 reglas de oro en el cuidado de los menores con enfermedad diarreica aguda.

3. ALCANCE

Este protocolo se aplicará en el área de pediatría emergencia y hospitalización con el fin cumplir con la atención de calidad y calidez en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez Z.

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: APROBADO
	Protocolo Enfermedad Diarreica Aguda	Fecha: 06/10/2023
	UECQ-HSP-PED-PC-EDA-001	Página 4 de 17

4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

Deshidratación: (DH) Un estado derivado de la pérdida de líquidos extracelulares o líquido intracelular. ²

Diarrea: La diarrea deriva del griego "diarrhoia" que significa fluir a través de, incluye el aumento de volumen o de la fluidez de las deposiciones, cambios en la consistencia y aumento de la frecuencia de las mismas. ³

EDA: Enfermedad diarreica aguda

Gastroenteritis: La gastroenteritis aguda (GEA) se define como una disminución de la consistencia de las deposiciones o un aumento en el número de las mismas (3 o más en 24 horas), que puede ir acompañada de vómitos, dolor abdominal y/o fiebre. ⁴

PRN: Por razones necesarias

SNG: Sonda nasogástrica

VO: Vía oral

5. DIAGNOSTICO

5.1 Cuadro clínico

El mecanismo patogénico más importante de las gastroenteritis independientemente de su causa, es la alteración en la absorción y secreción de agua y electrolitos a través de la mucosa intestinal, lo que va a conllevar un riesgo de desarrollar, sobre todo en el lactante, una deshidratación aguda. ⁵

Valoración del estado de hidratación:

El dato clínico más exacto del grado de deshidratación es el porcentaje de pérdida ponderal, que representa el déficit de líquidos existente.

La clasificación de los niños según su grado de deshidratación es importante para el tratamiento. Según la Organización Mundial de la Salud se deberían establecer 3 grupos, (ver tabla 1): ⁶

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: APROBADO
	Protocolo Enfermedad Diarreica Aguda	Fecha: 06/10/2023
	UECQ-HSP-PED-PC-EDA-001	Página 5 de 17

Tabla N°1. Características clínicas según el grado de deshidratación

SINTOMAS	NO DESHIDRATACION (DH)	DH LEVE O MODERADA	DHA GRAVE
Pérdida de peso	Pérdida de peso <3%	Pérdida de peso 3-9%	Pérdida de peso > 9%
Estado mental	Bien, alerta	Normal, cansado inquieto; irritable	Apático, letárgico, inconsciente
Sed	Normal	Sediento, impaciente por beber	Bebe mal; incapaz de beber
Frecuencia cardíaca	Normal	Normal o aumentada	Taquicardia, intensidad disminuida
Pulso	Normal	Normal o algo débil	Débil, filiforme, de difícil palpación
Respiración	Normal	Normal; rápida (taquipnea)	Profunda (batipnea)
Ojos	Normal	Ligeramente hundidos	Muy hundidos
Lágrimas	Normal	Disminuida	Ausente
Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy seca
Pliegue cutáneo	Normal	Normal	Retracción lenta (mayor de 2 seg.)
Llenado capilar	Normal	Normal	Prolongado (mayor de 2 seg.)
Extremidades	Tibio	Fría	Muy fría
Diuresis	Normal	Disminuida	Mínima o ausente
Presión Arterial	Normal	Normal	Normal (límite inferior) o Hipotensión

Fuente: World Health Organization. The treatment of diarrhoea. Geneva: WHO Press; 2005

1. Sin deshidratación o mínima deshidratación (< 3% de pérdida de peso corporal)
2. Deshidratación moderada (3-9% pérdida de peso)
3. Deshidratación grave (>9% pérdida de peso).

Para la valoración clínica se utiliza la escala de Gorelik² que destaca diez parámetros clínicos que se muestran en la tabla 2.

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: APROBADO
	Protocolo Enfermedad Diarreica Aguda	Fecha: 06/10/2023
	UECQ-HSP-PED-PC-EDA-001	Página 6 de 17

Tabla N.º 2. Escala de Gorelik

Escala de Gorelick ^{5,10}		
Ojos hundidos	Relleno capilar > 2seg.	
Mucosas secas	Pulso radial débil	
Ausencia de lágrimas	Taquicardia > 150 lpm	
Perdida de turgencia de la piel	Respiración normal	
Deterioro del estado general	Oliguria	
< 3 puntos: leve (< 5%) 3 - 5 puntos: moderada (5 - 9%) 6 - 10 puntos: severa (> 10%)		

Fuente: Gorelick M, Shaw K, Murphy K. 1997. Validity and Reliability of Clinical Signs in the Diagnosis of Dehydration in Children. PEDIATRICS, 1-6.

El diagnóstico clínico requiere valorar y evaluar los siguientes aspectos:

- Existencia de historia familiar de gastroenteritis o contactos con población afectada.
- La edad. En los lactantes el agente causal más frecuente es el rotavirus.
- Antecedentes de ingesta de alimentos posiblemente contaminados (huevos, pollos).
- Antecedentes de introducción de alimentos nuevos.
- Historia previa de ingestión de medicamentos (laxantes, antibióticos).
- Características de las deposiciones.
- La fiebre elevada (> 40°C), la presencia de sangre en las heces, el dolor abdominal y las manifestaciones neurológicas centrales sugieren una etiología bacteriana, mientras que los vómitos y la sintomatología respiratoria van a favor de una causa vírica.

5.2 Exámenes de gabinete

La práctica de exploraciones complementarias sólo está indicada en pacientes con deshidrataciones moderadas o graves e incluyen principalmente:

- Hemograma.
- Ionograma, urea, creatinina y glucemia.
- Gasometría.
- Análisis de orina: uroanálisis, densidad u osmolalidad, etc.

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: APROBADO
	Protocolo Enfermedad Diarreica Aguda	Fecha: 06/10/2023
	UECQ-HSP-PED-PC-EDA-001	Página 7 de 17

El coprocultivo está indicado sólo en casos de diarrea prolongada, en niños inmunodeprimidos o con deposiciones con sangre y moco que puedan ser susceptibles de tratamiento; para el diagnóstico diferencial cuando se sospecha otro diagnóstico (como enfermedad inflamatoria intestinal); o en presencia de un brote epidémico.

5.3 Escalas de estratificación

Según la escala de Gorelik, la presencia de menos de 3 hallazgos corresponde a una deshidratación leve, 3 o más hallazgos corresponden a una deshidratación moderada y al menos 6 o 7 deben estar presentes para diagnosticar una deshidratación grave.

Los tres signos clínicos más relevantes para evaluar una deshidratación son: el relleno capilar enlentecido, la disminución de la turgencia de la piel (signo del pliegue cutáneo) y la respiración anormal. ⁸

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Puede realizarse una diferenciación clínica para determinar origen o etiología utilizando la siguiente tabla:

Tabla N.º 3 Diferencias clínicas de enfermedad diarreica de etiología viral y bacteriana

DIARREAS DE ETIOLOGIA VIRAL	DIARREAS DE ETIOLOGIA BACTERIANA
Vómitos	Vómitos poco frecuentes
Las evacuaciones líquidas abundantes	Las evacuaciones no suelen ser tan voluminosas
Sin moco ni sangre	con moco y/o sangre
Eritema del área del pañal	Con dolor abdominal

Fuente: Alabi F, Ministerio de Salud. 2021 Guías clínicas pediátricas . Enfermedad Diarreica aguda. El Salvador .

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.

7. TRATAMIENTO

7.1 Medidas generales

De acuerdo con el National institute for health and care excellence (NICE por sus siglas en ingles) no existe un tratamiento específico de la gastroenteritis

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: APROBADO
	Protocolo Enfermedad Diarreica Aguda	Fecha: 06/10/2023
	UECQ-HSP-PED-PC-EDA-001	Página 8 de 17

aguda como tal. El principal objetivo en el manejo terapéutico de este proceso es la corrección de la deshidratación y, una vez realizada ésta, la recuperación nutricional.⁹

7.2 Manejo específico

Tratamiento de la deshidratación

Plan de tratamiento A: Está indicado iniciarlo en pacientes con diarrea aguda y en presencia de al menos dos signos clínicos de deshidratación (Ver tabla 2), que serán manejados en el hogar, los cuidadores deben cumplir 4 reglas¹⁴:

Primera regla: Prevenir la deshidratación con mayor cantidad de aportes líquidos (como sopas de verduras u hortalizas, de pollo, agua de coco, te ligero no endulzado o sales de rehidratación oral)

El empleo de las Sales de Rehidratación Oral de osmolaridad reducida (Contiene Sodio 75 mEq/L de solución preparada), disminuye la necesidad de emplear Terapia de Hidratación endovenosa.

Con cada deposición administrar:

Niños hasta 12 meses de edad: de 50 a 100 ml

Niños de 1 a 10 años: de 100 a 200 ml

Mayores de 10 años: tomar a demanda

Segunda Regla: Administrar Sulfato de Zinc diario por 10 a 14 días

Menores de 6 meses: 10 mg vía oral al día

Mayores de 6 meses: 20 mg vía oral al día

Tercera Regla: Mantener la alimentación, para evitar desnutrición, sin restricciones.

Cuarta regla: Conocer los signos de alarma para acudir nuevamente a la atención de personal médico en los siguientes 3 días de la atención inicial.

- 1.- Aumentan deposiciones o son más líquidas
- 2.- Intolerancia oral
- 3.- Tiene sed o tiene boca seca

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: APROBADO
	Protocolo Enfermedad Diarreica Aguda	Fecha: 06/10/2023
	UECQ-HSP-PED-PC-EDA-001	Página 9 de 17

- 4.- No se alimenta bien
- 5.- Presencia de Fiebre
- 6.- Presencia de sangre en heces
- 7.- Diuresis escasa

Plan de tratamiento B: Está indicado iniciarlo en pacientes con diarrea aguda con algún grado de deshidratación, con presencia de al menos tres a seis signos clínicos de deshidratación (Ver tabla 2).

Ofrecer entre 50 y 100 ml/kg durante 2 a 4 horas.

Las sales de rehidratación oral deben ofrecerse frecuentemente, a libre demanda, en cantidades pequeñas y con cuchara. Se puede considerar el uso de la sonda nasogástrica (SNG) a débito continuo, si el niño no es capaz de beber o vomita de forma persistente, administrar el mismo volumen en 4 horas por esta vía.

Se adicionará una dosis de ondansetrón en caso de intolerancia oral.

Se recomienda monitorizar la rehidratación oral de forma regular, cada hora. Si se tolera la rehidratación de 4 horas, se pasa a fase de mantenimiento con aportes continuos de suero oral en reposición de pérdidas: Por cada diarrea 10 ml/kg y por cada vomito 2 a 5 ml/kg, sin superar los 150 ml/kg/día.

En los niños menores de 5 años con EDA y algún grado de deshidratación, se recomienda definir el fracaso de la hidratación oral cuando el niño:

- Tiene gasto fecal elevado (el alto volumen, eso y frecuencia de las deposiciones impide la hidratación, a pesar de que se ha administrado adecuadamente las sales de rehidratación oral) que impide la terapia de rehidratación oral.
- Ingesta insuficiente de sales de rehidratación oral por somnolencia.
- Vómito incoercible.

Ante deshidratación moderada e incapacidad de ser hidratado por vía enteral: Hidratar por vía EV según el cálculo del porcentaje de pérdida de peso (3-8 % de pérdida) y reponer por lo tanto 30 a 80 mL/ kg en 4 horas, se puede usar un promedio de 75 ml/kg en 4 horas. Luego de una hora de tratamiento endovenoso, ofrecer sales de rehidratación oral por vía enteral (VO o SNG).

- Soluciones a emplear:
- Solución Salina al 0.9% y lactato de ringer.

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: APROBADO
	Protocolo Enfermedad Diarreica Aguda	Fecha: 06/10/2023
	UECQ-HSP-PED-PC-EDA-001	Página 10 de 17

- Solución a emplear en la aplicación del "bolo": Solución Salina al 0.9%.

Plan de tratamiento C: Está indicado iniciarlo en pacientes con presencia de siete o más signos clínicos de deshidratación (Ver tabla 2).

Los procedimientos usados en varios estudios¹⁰ sugieren que los niños con enfermedad diarreica aguda y deshidratación severa pueden ser adecuadamente hidratados con terapia de rehidratación oral luego de hidratarlos inicialmente con terapia de hidratación endovenosa. Siendo usualmente iniciada la vía oral dentro de las 2-4 horas de iniciada la hidratación endovenosa.

Terapia de rehidratación endovenosa (EV). Indicada en pacientes pediátricos con diarrea aguda y deshidratación que presentan:

- Deshidratación severa / Deshidratación severa con Shock.
- Deshidratación moderada e incapacidad de ser hidratado por vía enteral (VO o sonda nasogástrica) por vómitos persistentes o flujo de deposiciones "alto" (10mL/k/h).
- Pacientes con comorbilidades asociadas al tracto gastrointestinal (intestino corto, ostomías del intestino anterior).
- Pacientes con íleo metabólico.

Cuando la hidratación por vía endovenosa está indicada, el volumen (cálculo de la pérdida de volumen de agua corporal), la solución y la duración de la hidratación (3 a 6 horas) son importantes para la recuperación del estado de hidratación del paciente.

Ante deshidratación severa / deshidratación severa con shock: Si presenta shock iniciar bolo de 20 mL/kg de Solución Salina al 0.9%, pasar en 5 a 10 min.; de ser necesario puede repetirse otro bolo de 20 mL/kg, hasta mejorar el estado hemodinámico (corregir Hipotensión, llenado capilar <2 seg). Si en la primera hora el paciente requiere un volumen total > 40 mL/kg, y continúa con inestabilidad hemodinámica, replantear los diagnósticos y el tratamiento, ya que se trataría de un Shock Séptico. Luego de lograr la estabilidad hemodinámica, continuar la hidratación con 100 mL/kg en 4 a 6 horas, distribuida de la siguiente manera: (2+).

Tratamiento farmacológico:

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: APROBADO
	Protocolo Enfermedad Diarreica Aguda	Fecha: 06/10/2023
	UECQ-HSP-PED-PC-EDA-001	Página 11 de 17

Se recomienda dar antimicrobianos (Ver tabla 4) a los niños menores 5 años con EDA que presenten las siguientes condiciones clínicas¹¹:

- Sospecha o confirmación de bacteriemia o sepsis.
- Sospecha de infección por *Vibrio cholerae* en el contexto de un brote detectado de cólera en la región.
- Diarrea con sangre, fiebre alta (mayor o igual a 39 °C) y regular estado general.
- Diarrea con sangre y no tengan opción de reevaluación clínica en 48 horas.
- Detección o aislamiento de: *Shigella* spp., *Giardia lamblia* o *intestinalis* o *E. histolytica* (trofozoítos o complejo *E. dispar/histolytica*) *Salmonella* spp., solo si son pacientes con riesgo de bacteriemia (menores de 6 meses, esplenía funcional o anatómica, infección por VIH/SIDA, enfermedad crónica del tracto gastrointestinal, hemoglobinopatía, en tratamiento inmunosupresor, desnutridos moderados o graves o inmunocomprometidos).

Tabla N.º 4 Uso de antibióticos.

Recomendaciones de uso de antimicrobianos a los niños menores de 5 años con EDA	
Opción terapéutica empírica de primera línea, cuando este indicado dar antimicrobiano a los niños menores de 5 años de edad.	Ampicilina 150 mg/kg/día, cada 6 horas IV Amoxicilina 50 mg/kg/día, cada 8 horas Trimetoprima - sulfametoxazol 10 mg/kg/día, cada 12 horas
Como alternativa de segunda línea cuando este indicado dar antimicrobiano en los casos de niños con sospecha de: sospecha de bacteriemia y/o sepsis, o quienes no mejoren con el medicamento de primera elección. Uso exclusivo para manejo intrahospitalario por administración intravenosa.	Cefotaxima 50 a 150 mg/kg/día, 4-6 dosis Ceftriaxona 75 mg/kg/día en dos dosis. Por 7 días. Ciprofloxacina 400 mg cada 12 horas (adolescentes con salmonelosis)
Se recomienda como primera elección en caso de <i>Giardia</i> y <i>Entamoeba histolytica</i>	Metronidazol: 35-50 mg/kg/día en 3 dosis. 7 a 10 días, máximo 750 mg. VO

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: APROBADO
	Protocolo Enfermedad Diarreica Aguda	Fecha: 06/10/2023
	UECQ-HSP-PED-PC-EDA-001	Página 12 de 17

En caso de sospecha o brote de colera

Trimetropin - sulfametoxazol 8-10 mg/kg/dosis, cada 12 horas. En base a TMP

Fuente: Alabi F, Ministerio de Salud. 2021 Guías clínicas pediátricas . Enfermedad Diarreica aguda. El Salvador .

Tratamiento coadyuvante:

Existe evidencia suficiente para indicar el probiótico *Lactobacillus rhamnosus* cepa GG y *Saccharomyces boulardii* como adyuvantes en el manejo de la enfermedad diarreica aguda ¹²

Suplementación con zinc:

En zonas donde la mortalidad por EDA es importante, el zinc ha demostrado beneficios a dosis de 10 mg/día para menores de 6 meses y 20 mg/día en mayores, administrado por lo menos 14 días¹³. La UNICEF y la OMS recomiendan suplemento de zinc (10 mg en menores de 6 meses, y 20 mg para niños mayores por 10-14 días) como tratamiento universal para niños con diarrea. Teniendo en cuenta la recomendación de la OMS, se debe administrar zinc a todo niño desnutrido.¹⁴

Anti heméticos:

En pacientes con EDA y vómitos persistentes, la administración de ondansetrón disminuye los vómitos, la necesidad de hidratación por vía endovenosa y la necesidad de hospitalización.¹⁵

Tratamiento No farmacológico:

Dieta, formulaciones especiales y recomendaciones:

La european society for pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition/european society for pediatric infectious recomienda¹⁶

- La EDA no debe considerarse una contraindicación para continuar la alimentación regular de los niños.
- Inmediatamente después determinar el esquema de rehidratación se debe iniciar la alimentación del paciente.
- Los niños que se alimentan con leche materna, deberán continuar su alimentación al seno materno en forma habitual, durante el episodio de EDA.
- No existe suficiente evidencia que apoye la dilución de las fórmulas infantiles, ni la utilización en forma rutinaria de fórmulas libres de lactosa o fórmulas de soja.
- No se recomienda la alimentación del niño con EDA con dietas altamente restrictivas como aquellas a base de pan, arroz, manzana

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: APROBADO
	Protocolo Enfermedad Diarreica Aguda	Fecha: 06/10/2023
	UECQ-HSP-PED-PC-EDA-001	Página 13 de 17

(ejemplo; dieta BRAT) o a base exclusivamente de alimentos altamente astringente (arroz, pollo, zanahoria, pera, durazno, manzana).

- Debido a su alto contenido de azúcares. no se recomienda utilizar durante los episodios de EDA jugos de frutas.
- No se recomienda el uso de bebidas herbales y /o de soluciones de rehidratación utilizadas por deportistas. ¹⁶

8. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

Hospitalización: Está indicada la hospitalización en cualquiera de las siguientes condiciones:

- Shock, deshidratación severa (mayor de 9% de pérdida de peso corporal)
- Alteración del estado de conciencia (letargia, Convulsiones, etc.)
- Vómitos intratables o biliosos
- Falla en la terapia de rehidratación Oral
- Flujo de deposiciones "alto" (mayor de 10 ml/k/hora)
- Si los familiares no pueden proporcionar adecuado cuidado en domicilio
- Sospecha de patología quirúrgica

Presencia de criterios de severidad:

- El llenado capilar prolongado
- El signo del pliegue positivo
- La hipotensión arterial
- La alteración del patrón respiratorio y del estado conciencia.

Alta y Referencia Inversa: El alta del paciente con enfermedad diarreica aguda, se puede considerar cuando:

- Se haya logrado la hidratación del paciente, lo cual se evidencia por la ganancia ponderal y la condición clínica.
- No se requieran fluidos endovenosos para hidratar al paciente.
- La ingesta oral de fluidos sea adecuada para compensar las pérdidas.
- Este asegurado un adecuado manejo por parte de los padres.
- El seguimiento médico sea factible. ¹⁷

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: APROBADO
	Protocolo Enfermedad Diarreica Aguda	Fecha: 06/10/2023
	UECQ-HSP-PED-PC-EDA-001	Página 14 de 17

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría de Salud de México: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños de dos meses a cinco años en el primero y segundo nivel de atención [Internet], México; 2008. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>.
2. Fernández-Bañares F, Accarino A, Balboa A, Domènech E, Esteve M, García-Planella E. Diarrea crónica: definición, clasificación y diagnóstico. Gastroenterología y Hepatología.2016, 535-559.
3. Gutiérrez Duarte S, Ruiz León M. Impacto de la educación inicial y preescolar en el neurodesarrollo infantil. IE Revista de investigación educativa de la REDIECH, 2018. 33-51.
4. Gavilán C, García B, González R. Gastroenteritis aguda. En: Protocolos diagnósticos-terapéuticos de Infectología. Madrid: Ergon. 2011; p. 113-124.
5. Urrestarazu, M. I., Liprandi, F., Pérez de Suárez, E., González, R., & Pérez-Schael, I. (1999). Características etiológicas, clínicas y sociodemográficas de la diarrea aguda en Venezuela. Revista Panamericana de Salud Pública, 6, 149-156.
6. World Health Organization. The treatment of diarrhoea. Geneva: WHO Press; 2005
7. Gorelick M, Shaw K, Murphy K. 1997. Validity and Reliability of Clinical Signs in the Diagnosis of Dehydration in Children. PEDIATRICS, 1-6.
8. Suero Toledano P. García-Tornel S . Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona vol 30 núm 3 mayo-junio 2011.Pag.75
9. Khanna R, Lakhanpaul M, Burman-Roy S, Murphy S. Guideline

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: APROBADO
	Protocolo Enfermedad Diarreica Aguda	Fecha: 06/10/2023
	UECQ-HSP-PED-PC-EDA-001	Página 15 de 17

development group and the technical team. Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis in children under 5 years: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2009. Apr 22;338:b1350. doi: 10.1136/bmj.b1350.

10. Szajewska H, Mrukowicz JZ. Probiotics in the treatment and prevention of acute infectious diarrhea in infants and children: a systematic review of published randomized, double-blind, placebocontrolled trials. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001;33 (Suppl 2): S17–S25.
11. Allen SJ, Martinez EG, Gregorio GV, Dans IF. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11
12. Emparanza J, Ozcoidi, Martinez M, Callén M, Alústiza E, Aseguinolaza I. Revisión sistemática sobre la eficacia de racecadotril en el tratamiento de la diarrea aguda. Barcelona. 2008; 69(5):432-8
13. Lazzerini M, Ronfani I. Oral zinc for treating diarrhea in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008: (3): CD005436
14. WHO/UNICEF Joint Statement: Clinical Management of Acute Diarrhoea. New York, NY, and Geneva, Switzerland: The United Nations Children's Fund/WHO; 2004.
15. De Camp IR, Byerley JS, Doshi N, Steiner MJ. Use of antiemetic agents in acute gastroenteritis: a systematic review and meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008; 162:858–65
16. European society for paediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition/european society for paediatric infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe. 2008 May. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008. May;46 Suppl 2:S81-122.
17. Alabi F, Ministerio de Salud. 2021 Guías clínicas pediátricas . Enfermedad Diarreica aguda. El Salvador . pag 328-344
18. Organización Panamericana de Salud. Tratamiento de la diarrea: Manual clínico para los servicios de Salud" Washington, D.C.: OPS, © 2008.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: APROBADO
	Protocolo Enfermedad Diarreica Aguda	Fecha: 06/10/2023
	UECQ-HSP-PED-PC-EDA-001	Página 16 de 17

10.CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN DEL CAMBIO	VERSION
29 septiembre 2023	Versión de Inicial	N/A	1.0

DOCUMENTO CONTROLADO

11. ALGORITMO DIAGNOSTICO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y DESHIDRATACIÓN

