



Recomendaciones en el diagnóstico y tratamiento de infecciones gastrointestinales

Recommendations for the diagnosis and management of gastrointestinal infections

Samantha Denisse Pérez Flores,^{*} Leonardo Martín Vásquez Martínez,^{*,‡}
Adrián Jared Jasso Guzmán,^{*} Gabriel Moisés Lucas Espinoza Macías,^{*}
Miguel Leonardo García León,^{*,§} Patricia Bautista Carbajal,^{*,¶} Rosa María Wong Chew^{*,||}

Citar como: Pérez FSD, Vásquez MLM, Jasso GAJ, Espinoza MGML, García LML, Bautista CP et al. Recomendaciones en el diagnóstico y tratamiento de infecciones gastrointestinales. Acta Med GA. 2026; 24 (2): 125-132. <https://dx.doi.org/10.35366/122615>

Resumen

La gastroenteritis aguda se define como la disminución en la consistencia de deposiciones y/o el incremento en la frecuencia de evacuaciones (≥ 3 en 24 horas), con o sin fiebre o vómitos. La diarrea es un síntoma de infección ocasionada por diversos organismos víricos, bacterianos y parasitarios, la mayoría de los cuales se transmiten por agua contaminada. La etiología difiere conforme al tipo de diarrea, grupo etario y zona geográfica. A lo largo de la historia, la diarrea aguda se ha establecido como una de las principales causas de morbilidad en la infancia. A nivel mundial, se considera la segunda causa de muerte en menores de cinco años, con mayor incidencia en países en vías de desarrollo, donde uno de cada ocho niños al año muere por esta causa. Dos intervenciones en el manejo de la gastroenteritis aguda que pueden reducir drásticamente el número de muertes infantiles son el suero de rehidratación oral de nueva formulación y la suplementación con zinc. Con el fin de contribuir al acervo de conocimientos destinados a reducir la morbilidad por las gastroenteritis agudas, esta revisión enlista las principales actualizaciones en el estado del arte de diagnóstico y tratamiento de infecciones gastrointestinales en niños y adultos.

Palabras clave: gastroenteritis infecciosa, disentería, fiebre entérica, cólera, intoxicación alimentaria.

Abstract

Acute gastroenteritis is defined as a decrease in stool consistency and/or increased frequency of evacuations (≥ 3 in 24 hours), with or without fever or vomiting. Diarrhea is a symptom of infection, caused by various viral, bacterial, and parasitic organisms, most of which are transmitted by contaminated water. The etiology varies depending on the type of diarrhea, age group, and geographical area. Throughout history, acute diarrhea has been recognized as one of the leading causes of morbidity and mortality in childhood. Worldwide, it is considered the second leading cause of death in children under five years of age, with a higher incidence in developing countries, where one in eight children dies each year from this condition. Two interventions in the management of acute gastroenteritis that can significantly reduce child mortality are the newly formulated oral rehydration solution and zinc supplementation. This review aims to contribute to the body of knowledge focused on reducing the morbidity and mortality associated with acute gastroenteritis by presenting the latest updates in the state of the art of diagnosis and treatment of gastrointestinal infections in both children and adults.

Keywords: infectious gastroenteritis, dysentery, enteric fever, cholera, food poisoning.

* Laboratorio de Investigación en Enfermedades Infecciosas, División de Investigación, Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

ORCID:

[‡] 0000-0002-9189-6732

[§] 0000-0002-9706-6545

[¶] 0000-0003-1641-127X

^{||} 0000-0002-3582-5120

Correspondencia:

Rosa María Wong Chew

Correo electrónico: rmwong@unam.mx

Recibido: 06-02-2025. Aceptado: 25-02-2025.

www.medigraphic.com/actamedica



Abreviaturas:

ECTS/STEC = *Escherichia coli* productora de toxina Shiga
 ETEC = *Escherichia coli* enterotoxigénica
 FDA = Food and Drug Administration
 IDSA = Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas
 MDR = multidrogorresistente (*Multidrug-Resistant*)
 XDR = resistencia extensa a medicamentos (*Extensively Drug-Resistant*)

INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis aguda se define como la disminución en la consistencia de deposiciones (líquidas o semilíquidas) y/o el incremento en la frecuencia de evacuaciones (≥ 3 en 24 horas), con o sin fiebre o vómitos. Un cambio en la consistencia de las deposiciones es más indicativo de diarrea que el número de evacuaciones, particularmente durante los primeros meses de vida.¹

La Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) describe cuatro formas de presentación clínica de la diarrea infecciosa: diarrea acuosa aguda (incluyendo cólera) y diarrea sanguinolenta aguda (que incluye disentería), las cuales duran menos de siete días; diarrea prolongada, cuando ésta dura de 7 a 13 días; diarrea persistente, cuando tiene duración de 14-29 días, y diarrea crónica, cuando supera los 30 días.²

La diarrea es un síntoma de infección ocasionada por virus, bacterias y parásitos, que generalmente se transmiten por agua contaminada en un mecanismo fecal-oral.³

Con el fin de contribuir al acervo de conocimientos destinados a reducir la morbilidad por gastroenteritis aguda, esta revisión enlista las principales actualizaciones en el estado del arte del diagnóstico y tratamiento de infecciones gastrointestinales en niños y adultos.

GASTROENTERITIS AGUDA

Dado que la deshidratación es la principal complicación de cualquier episodio de gastroenteritis, especialmente en pacientes pediátricos, es importante realizar la búsqueda intencionada de signos y síntomas que evidencien la cantidad de líquido perdido. Para ello, la Organización Mundial de la Salud recomienda identificar el grado de deshidratación apoyándose en el método Dhaka (*Tabla 1*).³ Cuando se conoce el peso del paciente antes del episodio diarreico, se debe calcular la pérdida de peso corporal para conocer el porcentaje de deshidratación.³

Los pacientes con diarrea de duración ≥ 14 días deberán ser evaluados en búsqueda de una infección parasitaria.² Sólo en pacientes con sospecha de alteraciones hidroelectrolíticas, metabólicas o con fracaso a la hidratación se solicitarán exámenes complementarios.³

Con base en el interrogatorio es posible obtener orientación respecto al agente etiológico: si el paciente refiere

vómito, esto orienta hacia una infección viral o intoxicación; la fiebre, heces sanguinolentas y tenesmo rectal, hacia diarrea bacteriana invasiva, y la diarrea crónica, hacia una parasitosis.⁴

Los exámenes microbiológicos de heces se deben realizar en pacientes con disentería, dolor abdominal intenso, fiebre $> 39^{\circ}\text{C}$, síntomas durante > 7 días, lactantes < 3 meses, así como en pacientes con inmunosupresión, desnutrición moderada o severa, enfermedades crónicas concomitantes, con antecedente de viaje reciente al extranjero o en presencia de brotes epidemiológicos de diarrea.^{3,5} En caso de que se realice la amplificación de ácidos nucleicos para múltiples microorganismos, la historia clínica es vital para interpretar los resultados, dado que este tipo de pruebas detectan DNA y no precisamente el microorganismo viable.² La detección de leucocitos fecales y lactoferrina en heces no debe emplearse para determinar la causa del episodio de diarrea aguda. No hay datos suficientes que sustenten la utilidad de realizar mediciones de calprotectina fecal en pacientes con diarrea aguda.^{2,5}

El tratamiento de la mayoría de los casos tanto en adultos como en población pediátrica, debe ser sintomático, y la OMS ha formulado una terapia de rehidratación de tres pasos, de acuerdo con la presencia de criterios de evaluación clínica (*Tablas 1 y 2*).^{6,7}

La guía de las sociedades Europea y Norteamericana de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición no recomiendan la adquisición de fórmulas libres de lactosa, aunque se pueden considerar para pacientes hospitalizados con diarrea prolongada (> 7 días) y para todo paciente con diarrea crónica (> 14 días).⁸ La suplementación con zinc se recomienda en pacientes con > 6 meses en países en vías de desarrollo o en contextos de alto riesgo de deficiencia del mismo; se considera inefectivo en pacientes < 6 meses, independientemente del estatus nutricional.⁸

La IDSA, en sus guías del 2017, recomienda no administrar terapia antibiótica empírica en pacientes inmunocompetentes de cualquier edad, incluso si la diarrea acuosa persiste más de 14 días, a excepción de:

1. Lactante < 3 meses de edad con sospecha clara de etiología bacteriana.
2. Fiebre documentada, dolor abdominal, diarrea sanguinolenta y disentería bacilar presuntamente debida a *Shigella spp.*
3. Temperatura $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ y/o signos de sepsis con historial reciente de viajes internacionales.
4. Individuos inmunocomprometidos con enfermedad severa y diarrea sanguinolenta.²

En estos casos, se recomienda considerar los patrones locales de susceptibilidad antimicrobiana y el historial de

Tabla 1: Método Dhaka para el abordaje de la deshidratación.

Estado de hidratación	Características		Tratamiento
Sin deshidratación	Estado general de alerta Ojos normales Boca y lengua húmedas Respiración normal Sed normal	Elasticidad de la piel normal Pulso normal Llenado capilar < 2 segundos Fontanela normal	Plan A ABC manejo en casa
Con deshidratación	Estado general inquieto o irritable Ojos hundidos sin lágrimas Boca y lengua secas, saliva espesa Respiración rápida Sed aumentada, bebe agua con avidez	Elasticidad de la piel mayor o igual a 2 segundos Pulso normal Llenado capilar < 2 segundos Fontanela hundida	Plan B Terapia de rehidratación oral
Choque hipovolémico	Estado general inconsciente o hipotónico No puede beber	Pulso débil o ausente Llenado capilar > 2 segundos	Plan C Terapia intravenosa

viaje. También se recomienda evitar la terapia antimicrobiana en pacientes con infecciones atribuidas a *E. coli* O157:H7 y otras *E. coli* productoras de la toxina Shiga (ECTS) tipo 2; la evidencia sobre su beneficio contra otro tipo de EC no productoras de toxina Shiga 2 es insuficiente.²

Por su parte, las guías mexicanas sugieren los siguientes criterios de hospitalización:

1. Deshidratación grave o signos de choque hipovolémico.
2. Alteraciones neurológicas.
3. Vómito persistente e incoercible.
4. Recurrencia de la deshidratación durante el mismo episodio diarreico.
5. Sospecha de deshidratación hipernatrémica.³

Para el tratamiento sintomático, la guía de las sociedades Europea y Norteamericana de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición no recomienda el uso de loperamida y fármacos inhibidores de la motilidad intestinal en el tratamiento de diarrea aguda acuosa en pacientes pediátricos, por su asociación con íleo paralítico, obnubilación y riesgo de depresión respiratoria. La metoclopramida, aunque efectiva, tiene efectos adversos significativos, por lo que no debe recomendarse en pacientes pediátricos. La domperidona tampoco cuenta con suficiente evidencia en estudios controlados aleatorizados. El ondansetrón ha mostrado efectividad en reducir los vómitos y la necesidad de hospitalización, sin embargo, se ha asociado con la prolongación del segmento QT y arritmias cardíacas severas.⁸

Las guías de práctica clínica chinas recomiendan adsorbentes para acortar la duración, frecuencia y volumen de deposiciones como la montmorillonita en niños con diarrea acuosa aguda y el racecadotril en pacientes > 3 meses.⁹

En el caso de la diosmectita, una revisión encontró que redujo la duración de los episodios de diarrea en 24 horas e incrementó la tasa de resolución clínica para el tercer día de intervención.¹⁰

El estudio de Abdulrazzaq y su equipo indica que la restricción de lactosa en la dieta mejora significativamente la sintomatología de la diarrea en comparación con grupos control ($p < 0.01$).¹¹

En adultos es particularmente relevante la diarrea del viajero, la cual, aunque suele autolimitarse, puede tener desenlaces severos. Generalmente es causada por *E. coli* enterotoxigénica (ETEC), *Campylobacter jejuni*, *Salmonella spp.* y *Shigella spp.* Una revisión sistemática encontró que el subsalicilato de bismuto fue el más efectivo para el tratamiento de esta enfermedad, seguido del uso de rifaximina y de probióticos.¹²

El subsalicilato de bismuto ha demostrado actividad antimicrobiana en la inhibición del crecimiento de *E. coli*, *Salmonella spp.*, *Shigella spp.* y *Vibrio spp.*, tanto *in vitro* como *in vivo*, además de unirse e inactivar toxinas bacterianas y efectos diarreicos de ácidos biliares, sin alterar la composición de la microbiota intestinal normal.¹³

Los probióticos tienen un efecto moderado en el tratamiento de diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos, el cual es cepa- y dosis-dependiente. Se recomiendan dosis mayores a 10^{10} - 10^{11} unidades formadoras de colonias

(UFC), especialmente para diarrea acuosa causada por virus. No se recomiendan para diarrea inflamatoria causada por bacterias. Particularmente, especímenes del género *Bifidobacterium* combinados con *Lactobacillus* y *Streptococcus thermophilus* han demostrado reducir la duración de la enfermedad en pacientes pediátricos con diarrea aguda de origen infeccioso.⁹ Un estudio demostró que tanto *Lactica-seibacillus rhamnosus* GG como *Saccharomyces cerevisiae* y *boulardii* mejoran la producción de ácidos grasos de cadena corta y, consecuentemente, incrementan la abundancia de organismos del género *Bifidobacteriaceae*,¹⁴ mientras que *Lactobacillus rhamnosus* R0011, *Bacillus clausii* y *L.*

helveticus R0052 no mostraron efectos significativos en la reducción de la duración del episodio diarreico.¹⁵

La combinación de prebióticos con probióticos forma simbióticos, los cuales, en modelos animales, han demostrado efectos benéficos para reducir la adherencia de bacterias patogénicas al yeyuno y a la mucosa colónica. De acuerdo con las guías del Colegio Americano de Gastroenterología, la información sobre su uso presenta una amplia heterogeneidad, por lo que se necesitan mayores investigaciones para recomendarlos.⁵

La suplementación con vitamina A no mostró diferencia estadísticamente significativa en la prevención de la mor-

Tabla 2: Esquema de la Organización Mundial de la Salud para la terapia de rehidratación en diarrea aguda.

Plan de tratamiento	Plan A	Plan B	Plan C
Gravedad de deshidratación	Sin deshidratación	Deshidratación moderada	Deshidratación severa
Porcentaje de pérdida de peso corporal	< 5	5-10	> 10
Déficit estimado de fluidos (mL/kg)	< 50	50-100	> 100
Metas del tratamiento	Reemplazar la pérdida corriente de fluidos y administrar electrolitos	Corregir los déficits existentes de fluidos y administrar electrolitos	Reemplazar con urgencia los déficits existentes de fluidos y administrar electrolitos
Terapia de fluidos	Mantenimiento (oral)	Rehidratación (oral)	Rehidratación (intravenosa)
Instalaciones de tratamiento	Ambulatorio	Intrahospitalario	Intrahospitalario
Volumen de líquido en reposición	Por cada deposición: 10 ml/kg de suero oral Aproximado: • 2 meses: 5 cucharadas • 2 meses a 2 años: 50-100 mL • 2 a 10 años: 100-200 mL Edades mayores: a libre demanda * Se recomienda libre acceso a agua potable	75 mL/kg en el transcurso de 4 horas, más: • < 6 meses sin lactancia materna: 100-200 mL de agua potable • Edades mayores: acceso a libre demanda a agua potable adicional a la rehidratación con suero oral	Fluidos intravenosos: • < 1 año: 30 mL/kg durante 1 hora, seguido de 70 mL/kg en el transcurso de 5 horas • Edades mayores: 30 mL/kg durante 30 minutos, seguido de 70 mL/kg en el transcurso de 2 y media horas Rehidratación oral a 5 mL/kg/h, a iniciar tan pronto como el paciente lo tolere
Monitoreo	Vigilancia de vómito, signos tempranos de deshidratación, sangre en heces, signos de choque	Vigilancia horaria, reevaluar tras 4 horas: • Si se corrige la deshidratación, iniciar plan A • Si se mantiene, repetir plan B	Vigilancia cada 30 minutos, reevaluar tras 6 horas (lactantes) o tras 3 horas (edades mayores): • En caso de mejora, iniciar plan B • En caso de mantenerse, repetir plan C

* Es posible usar solución salina (0.9% NaCl) si no se encuentra disponible como primera opción una solución Ringer Lactato (RL). Pacientes con desnutrición severa deben ser rehidratados lentamente en el transcurso de 6 a 12 horas. En pediátricos en quienes fracasa la rehidratación oral, la administración de fluidos mediante sonda nasogástrica o intravenosa es efectiva y recomendada.

Tabla 3: Estándar de tratamiento antibiótico en disentería.

Agente	Antibiótico	Dosis
<i>Shigella</i> o <i>Yersinia</i>	Azitromicina o ciprofloxacino o cefixima	10 mg/kg vía oral por 3 días 30 mg/kg/día vía oral cada 12 horas por 3 a 5 días 8 mg/kg/día vía oral por 5 días
<i>Campylobacter</i> spp	Azitromicina	10 mg/kg/día vía oral por 3 días
<i>E. coli enterotoxigenica</i>	Azitromicina	10 mg/kg/día vía oral por 3 días
<i>Salmonella no typhi</i>	Ceftriaxona o cefixima	75 mg/kg/día vía intramuscular cada 24 horas por 5 días 20-30 mg/kg/día vía oral por 5 a 7 días

bimortalidad por diarrea en pacientes pediátricos de seis meses a cinco años de edad, por lo que no se recomienda su administración.¹⁶

DISENTERÍA

La IDSA recomienda que aquellos pacientes con un cuadro clínico de diarrea acompañada de fiebre, disentería, calambres o dolor abdominal severo sean evaluados para identificar enteropatógenos como *Salmonella enterica*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia* y *C. difficile*.

Cuando la historia clínica sugiera que el cuadro es causado por un agente infeccioso productor de toxina Shiga, se deben realizar análisis para detectar toxina Shiga 1 y 2; para distinguir *Escherichia coli* O157:H7 de otras *E. coli* productoras de toxina Shiga (STEC), así como *Shigella dysenteriae* tipo 1.²

Los análisis para detectar *Yersinia enterocolitica* deben realizarse en personas con dolor abdominal persistente, especialmente escolares con dolor en el cuadrante inferior derecho, con antecedente de contacto directo o indirecto con alimentos de origen porcino crudos o mal cocidos, o en aquellos con fiebre y riesgo epidemiológico de yersiniosis.²

El esquema de tratamiento antibiótico a utilizar depende del agente sospechoso o aislado (Tabla 3).³

COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA

La infección se define como la presencia de síntomas (generalmente diarrea) y un análisis de heces positivo para toxinas de *C. difficile*, o hallazgos en colonoscopia o histopatología que revelen colitis pseudomembranosa.¹⁷

Aunque un porcentaje variable de la población se encuentra colonizada, la edad avanzada (> 65 años), el contacto con el entorno hospitalario y el uso de antibióticos son factores de riesgo mayores para el desarrollo de una infección activa.¹⁸

La guía de 2021 de la IDSA considera que, en un episodio inicial, la administración de fidaxomicina es superior al régimen tradicional de vancomicina, debido a que los pacientes tienen mayor probabilidad de presentar una respuesta sostenida a las cuatro semanas del fin de la terapia, con una tasa comparable de mejoría clínica inicial, aunque sin reducción de la mortalidad ni efectos adversos mayores. Se mantiene la recomendación de administrar vancomicina para infección fulminante (antes conocida como severa o complicada).¹⁹

En pacientes con episodios recurrentes, se sugiere la administración de fidaxomicina como primera línea de tratamiento (recomendación condicional con evidencia de certeza baja).¹⁹

El bezlotoxumab es un anticuerpo monoclonal aprobado en 2016 por la FDA (*Food and Drug Administration*) que se une a la toxina B de *C. difficile*. Está indicado para pacientes con alto riesgo de recurrencia de la infección. Se recomienda administrarlo en episodios de recurrencia concomitante al estándar de terapia antibiótica de vancomicina, sobre todo aquellos con un episodio primario y factores de riesgo relevantes para la recurrencia (al menos un episodio recurrente dentro de los últimos seis meses, edad ≥ 65 años, historial de inmunocompromiso de cualquier tipo o presentación inicial de infección fulminante). La FDA ha colocado una advertencia de riesgo fatal para pacientes con historial de insuficiencia cardíaca congestiva.¹⁹

CÓLERA

En sujetos con un cuadro diarreico grave caracterizado por diarrea acuosa aguda, con apariencia de agua de arroz, vómitos y deshidratación grave o choque hipovolémico, se debe sospechar la infección por *Vibrio cholerae*; asimismo en pacientes de ≥ 5 años que presenten ≥ 5 evacuaciones diarreicas en 24 horas y duración del cuadro no mayor a cinco días de evolución, lo que se conoce como “la regla de los cinco”.⁴

La administración temprana de vacunas contra el cólera durante un brote ofrece hasta un 79% de protección; incluso una dosis única de la vacuna reduce significativamente el riesgo.²⁰

La mayoría de los casos son de leves a moderados y pueden manejarse fácilmente con soluciones de rehidratación oral de nueva formulación. En caso de que el vómito se repita por más de tres veces en una hora o si la rehidratación con suero oral no mejora la condición del paciente, se puede considerar la implementación de tratamientos con fluido intravenoso.²⁰

En pacientes pediátricos desnutridos, se requiere complementar la terapia con una dieta alta en carbohidratos tras la corrección de la deficiencia de fluidos, con el objetivo de prevenir hipoglicemia, hiponatremia e hipokalemia.²⁰

La terapia antimicrobiana es indispensable, independientemente de la edad o requerimiento de hospitalización (Tabla 4).²⁰

No se recomienda la quimioprofilaxis masiva con antibióticos para el control de brotes de cólera a nivel poblacional.²⁰ En cuanto a probióticos, la administración de cepas de *Ruminococcus obeum* se ha correlacionado positivamente con la recuperación clínica.²⁰

INTOXICACIÓN ALIMENTARIA

La gastroenteritis mediada por toxina ocurre tras la ingestión de una toxina preformada producida por una bacteria. El síntoma predominante es el vómito, acompañado de diarrea acuosa leve, con un periodo corto entre la ingestión y la sintomatología, así como la resolución rápida del cuadro.²¹ Se asocia con toxinas producidas por *Staphylococcus aureus* o *Bacillus cereus*, sobre todo ante el inicio paroxístico de vómito repetitivo y diarrea desde las primeras seis horas de la ingesta de alimento, o con toxinas producidas por *Clostridium perfringens*, ante la aparición de diarrea hasta 24 horas después del consumo.²²

Tabla 4: Estándar de tratamiento antibiótico en el cólera.			
Sensibilidad	Antibiótico	Paciente	Dosis única
Sensible	Doxiciclina	Adultos	300 mg
Resistente	Azitromicina	Pediátricos	2-4 mg/kg
		Adultos	1 g
		Pediátricos	20 mg/kg

Se recomienda la realización frecuente de antibiogramas en aislados clínicos en aquellos lugares donde existen cepas multidrogorresistentes endémicas.

Tabla 5: Estándar de tratamiento en diferentes escenarios de susceptibilidad a antibióticos en pacientes con fiebre entérica.

Sensibilidad	Antibiótico	Días
Fiebre entérica no complicada		
Patógeno sensible	Amoxicilina	14
Patógeno MDR	Fluoroquinolona	5-7
	Cefixima	7-14
Patógeno XDR	Azitromicina	7-10
Fiebre entérica complicada*		
Patógeno sensible	Fluoroquinolona, cloranfenicol, ampicilina	10-14
Patógeno MDR	Fluoroquinolona	10-14
Patógeno XDR	Meropenem	10-14

MDR = multidrogorresistente, XDR = resistencia extensa a fármacos.
* Aquellos pacientes con complicaciones por fiebre entérica como choque, obnubilación, estupor o coma, y complicaciones intestinales como perforación, requieren un tratamiento adicional con dexametasona (3 mg/kg en dosis inicial, seguida de 1 mg/kg cada 6 por 48 horas).

Existen métodos de diagnóstico molecular, como la reacción en cadena de polimerasa (PCR), utilizados para detectar la presencia de genes que codifican para exotoxinas durante brotes de intoxicación alimentaria por bacterias como *Staphylococcus aureus*. El tratamiento se basa en el control del efecto de las exotoxinas o la transmisión de la bacteria, así como en la administración oportuna de sueros de rehidratación.²²

En el caso de intoxicación por toxinas estafilocócicas, no se recomienda el uso de antimicrobianos para evitar un choque por liberación adicional de toxinas o la alteración de la microbiota intestinal.²³

FIEBRE ENTÉRICA

Es una infección aguda generalizada del sistema reticuloendotelial, con predilección por el tejido linfoide intestinal y la vesícula biliar. La fiebre tifoidea es causada por *Salmonella typhi* (80% de los casos) y por *Salmonella paratyphi* tipo A y B (20% de los casos).²⁴

Tras un periodo de incubación de 6 a 30 días, el inicio de la sintomatología es insidioso, caracterizado por fatiga y fiebre alta desde el tercer y cuarto día, de 38 a 40 °C, con picos nocturnos. Estos síntomas se acompañan de cefalea, anorexia y malestar general, así como dolor abdominal, constipación o diarrea. Adicionalmente, se puede presentar tos seca, mialgias, faringodinia, erupción maculopapular

color rosa en tronco y complicaciones como perforación intestinal, encefalopatía y hemorragia gastrointestinal potencialmente mortal.²⁵

La terapia antibiótica depende de las condiciones de sensibilidad del agente (Tabla 5).

Los estudios más recientes favorecen la combinación de antibióticos contra patógenos MDR (multidrogasresistentes), sin embargo, no se conocen aún estudios clínicos aleatorizados sobre la eficacia de la combinación de meropenem con azitromicina para el tratamiento de organismos XDR (resistencia extensa a medicamentos, por sus siglas en inglés).²⁶

CONCLUSIONES

Ante el constante surgimiento de guías para el manejo de infecciones gastrointestinales, es importante que el personal de salud se mantenga actualizado. La mayoría de sociedades médicas en el mundo insisten en la importancia del uso racional de antibióticos y las estrategias de rehidratación. Aunque los resultados sobre el uso de probióticos, prebióticos y simbióticos son alentadores, la calidad de la evidencia es baja. Se requieren mayores investigaciones que apoyen su uso.

Es crucial realizar estudios clínicos aleatorizados con mayor número de pacientes para la mejora en el diagnóstico y tratamiento de las infecciones gastrointestinales.

REFERENCIAS

- Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014; 59 (1): 132-152.
- Shane AL, Mody RK, Crump JA, Tarr PI, Steiner TS, Kotloff K et al. 2017 Infectious diseases society of America clinical practice guidelines for the diagnosis and management of infectious diarrhea. *Clin Infect Dis.* 2017; 65 (12): e45-e80. doi: 10.1093/cid/cix669.
- CENETEC. Guía de práctica clínica: evidencias y recomendaciones. Prevención, diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en pacientes de 2 meses a 5 años de edad en el primer y segundo nivel de atención. 2024. [Accesado Enero 2025] Disponible en: <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-156-24/ER.pdf>
- CENETEC. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. Prevención, diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en el paciente adulto en primer nivel de atención. 2020. [Accesado Enero 2025] Disponible en: <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-106-20/ER.pdf>
- Riddle MS, DuPont HL, Connor BA. ACG Clinical guideline: diagnosis, treatment, and prevention of acute diarrheal infections in adults. *Am J Gastroenterol.* 2016; 111 (5): 602-622. doi: 10.1038/ajg.2016.126.
- OMS. Diarrhoea treatment guideline including new recommendations for the use of ORS and zinc supplementation for clinic-based healthcare workers. 2005. [Access January 2025] <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/2021-dha-docs/pnadk428.pdf>
- Indian Academy of Pediatrics. Standard treatment guidelines 2022 acute watery diarrhea. 2022. (Access January 2025) Available in: <https://iapindia.org/pdf/Ch-020-STG-Acute-Watery-Diarrhea.pdf>
- Guarino A, Lo Vecchio A, Dias JA, Berkley JA, Boey C, Bruzzese D et al. Universal recommendations for the management of acute diarrhea in nonmalnourished children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018; 67 (5): 586-593. Available in: <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002053>
- 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 J Pediatr.* 2018; 14 (5): 429-436.
- Campbell J. Smectite for acute infectious diarrhoea in children: a Cochrane review summary. *Int J Nurs Stud.* 2021; 118: 103645.
- Abdulrazzaq S, Jaafar FA, Mohammed ZA. Lactose versus lactose free regimen in children with acute diarrhea. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences.* 2021; 9 (B): 1279-1282.
- Fan H, Liu IC, Gao L, Wu L. Bismuth subsalicylate, probiotics, rifaximin and vaccines for the prevention of travelers' diarrhea: a systematic review and network meta-analysis. *Front Pharmacol.* 2024; 15: 1361501. Available in: <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1361501>
- Brum JM, Gibb RD, Ramsey DL, Balan G, Yacyszyn BR. Systematic review and meta-analyses assessment of the clinical efficacy of bismuth subsalicylate for prevention and treatment of infectious diarrhea. *Dig Dis Sci.* 2021; 66 (7): 2323-2335. Available in: <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06509-7>
- Duysburgh C, Van den Abbeele P, Morera M, Marzorati M. *Lactobacillus rhamnosus* GG and *Saccharomyces cerevisiae* boulardii supplementation exert protective effects on human gut microbiome following antibiotic administration *in vitro*. *Benef Microbes.* 2021; 12 (4): 59-73.
- Szajewska H, Guarino A, Hojsak I, Indrio F, Kolacek S, Orel R et al. Use of probiotics for the management of acute gastroenteritis in children: an update. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2020; 71 (2): 261-269.
- Imdad A, Mayo-Wilson E, Herzer K, Bhutta ZA. Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in children from six months to five years of age. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 3 (3): CD008524.
- McDonald LC, Gerding DN, Johnson S, Bakken JS, Carroll KC, Coffin SE et al. Clinical practice guidelines for clostridium difficile infection in adults and children: 2017 Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). *Clin Infect Dis.* 2018; 66 (7): e1-e48. Available in: <https://doi.org/10.1093/cid/cix1085>
- Kelly CR, Fischer M, Allegretti JR, LaPlante K, Stewart DB, Limketkai BN, Stollman NH. ACG Clinical guidelines: prevention, diagnosis, and treatment of clostridioides difficile infections. *Am J Gastroenterol.* 2021; 116 (6): 1124-1147. Available in: <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001278>
- Johnson S, Lavergne V, Skinner AM, Gonzales-Luna AJ, Garey KW, Kelly CP et al. 2021 Focused update guidelines on management of clostridioides difficile infection in adults. *Clin Infect Dis.* 2021; 73 (5): e1029-e1044. Available in: <https://doi.org/10.1093/cid/ciab549>
- Chowdhury F, Ross AG, Islam MT, McMillan NAJ, Qadri F. Diagnosis, management, and future control of cholera. *Clin Microbiol Rev.* 2022; 35 (3): e0021121. Available in: <https://doi.org/10.1128/cmr.00211-21>
- Scott DC, Stern AS, Cifu, Altkorn D. Diagnóstico basado en los síntomas: Una guía basada en evidencias, 4e. McGraw-Hill Educación. [Accesado enero 2025] Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3069§ionid=259351589>
- Afoakwah NA, Mahunu GK, Osae R, Pereko K. Food intoxication: prevention, diagnoses, and treatment. In: Moneim ESA, Ibrahim AN.

Microbial toxins in food systems: causes, mechanisms, complications, and metabolism. 2024, pp. 153-165. Cham: Springer Nature Switzerland.

23. Mourenza Á, Gil JA, Mateos LM, Letek M. Novel treatments and preventative strategies against food-poisoning caused by staphylococcal species. *Pathogens*. 2021; 10 (2): 91. Available in: <https://doi.org/10.3390/pathogens10020091>
24. Indian Academy of Pediatrics. Standard Treatment Guidelines 2022 Enteric fever. 2022. [Accesado Enero 2025] Available in: <https://iapindia.org/pdf/Ch-008-Enteric-Fever.pdf>

25. Typhoid & Paratyphoid Fever. CDC Yellow Book 2024. (s.f.). CDC.gov. [Access January 2025] Available in: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/infections-diseases/typhoid-and-paratyphoid-fever>

26. Qamar FN, Hussain W, Qureshi S. Salmonellosis including enteric fever. *Pediatr Clin North Am*. 2022; 69 (1): 65-77. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2021.09.007>

Si desea consultar los datos complementarios de este artículo, favor de dirigirse a editorial.actamedica@saludangeles.mx