**INTRODUCCIÓN**

La enfermedad diarreica aguda (EDA), es una de las principales causas de consulta incluida la población que se atiende en el servicio médico de la universidad, de acuerdo con lo anterior es muy importante crear una guía que permita unificar los conceptos, criterios y esquemas de manejo que facilitará al personal médico y paramédico la ejecución de acciones encaminadas a la promoción de hábitos y factores protectores, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EDA.

**OBJETIVO**

Brindar una herramienta al personal de salud para la prevención, el diagnóstico y manejo de la enfermedad diarreica aguda, con el fin de brindar atención de calidad a los usuarios del servicio médico de la Universidad Católica de Manizales.

**ALCANCE**

Esta guía es aplicable a la población adolescente, joven y adulta, de todos los sexos, razas, procedencia y condiciones sociales; usuaria del servicio médico de la universidad que consultan por presentar diarrea incluida la diarrea acuosa y la disentería; y las intervenciones aquí propuestas deben ser aplicadas por todos los profesionales que se encargan de su atención.

**RESPONSABLE**

Medico de los servicios de salud de la UCM.

**DEFINICION**

**Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define enfermedad diarreica aguda como la presencia de tres o más deposiciones en 24 horas, con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor a 14 días (1).

La enfermedad diarreica aguda es una de las 10 principales causas de morbimortalidad en el mundo, y motivo de consulta en la población que se atiende en el servicio médico de la Universidad Católica de Manizales (2). La mayoría de los casos están asociados a fuentes de agua y alimentos contaminados, por lo tanto, su etiología es de origen infecciosa (3), por lo que la mayor parte del tratamiento se orienta al manejo de los síntomas.

La enfermedad diarreica aguda es una patología que consiste en la alteración del movimiento intestinal normal, lo cual produce un cambio súbito en el patrón de evacuación, caracterizado por aumento en la frecuencia (más de 3 deposiciones por día), aumento en la cantidad (más de 200 gr día) o cualquier evacuación con sangre reportada en 24 horas (5). El cuadro puede ir acompañado de vómito, fiebre, escalofrío, adinámica, presencia de deposiciones con sangre.

**CONDICIONES GENERALES**

**Clasificación:**

Existen varias clasificaciones según la duración, la etiología, el mecanismo de producción, entre otros factores que ayudan al profesional tratante a orientar el cuadro clínico y tomar decisiones terapéuticas. Dichas clasificaciones se mencionan a continuación

**Clasificación según tiempo de duración:**

* **Diarrea aguda:** <14 días de duración.
* **Diarrea persistente:** ≥14 días a 30 días de duración.
* **Diarrea crónica:** >30 días de duración.

**Clasificación según localización:**

* **Intestino delgado:** Heces acuosas, dolor abdominal periumbilical, presencia de emesis, pérdida de sodio 30-30 mEq/L (6).
* **Intestino grueso:** Heces con sangre o moco, dolor tipo cólico, tenesmo, presencia o no de emesis, pérdida de sodio 60-120 mEq/L (6).

**Clasificación según gasto:**

* **Bajo gasto:** 10 deposiciones o menos en 24 horas o 4 deposiciones o menos en 4 horas (6).
* **Alto gasto:** Más de 10 deposiciones en 24 horas • Más de 4 deposiciones en 4 horas (6).

**Clasificación según mecanismo de producción:**

* **Diarrea osmótica:** Se produce por la presencia de un soluto no absorbido en el intestino, aumentando la carga osmótica y llevando líquido a la luz intestinal. Puede desencadenarse por hidratos de carbono simples pequeños como lactosa, glucosa o sacarosa, osmóticamente muy activos, que pueden ser malabsorbidos (7).
* **Diarrea secretora:** Se genera por una mayor secreción de agua y electrólitos hacia la luz que supera la capacidad de absorción. Es producido por toxinas bacterianas, virus, sustancias como el péptido intestinal vasoactivo, productos procedentes de procesos inflamatorios como la prostaglandina E (7).
* **Diarrea inflamatoria:** Los procesos infecciosos bacterianos o parasitarios pueden lesionar o adherirse a la mucosa, disminuir la superficie de absorción y desencadenar la respuesta de mediadores inflamatorios. A su vez, las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa comparten este mecanismo, así como la colitis eosinofílica, linfocítica, colágena y enfermedad celíaca (7).
* **Diarrea por dismotilidad:** Se produce por una disminución en el tiempo de tránsito y un aumento en el líquido en la luz intestinal generando diarrea, pero no malabsorción. Por este mecanismo se produce el síndrome de colon irritable o intestino espástico con predominio de diarrea (7).

**Clasificación según etiología:**

* **Diarrea viral:** Se produce una lesión de las vellosidades del intestino delgado, disminuyendo la producción de las enzimas encargadas de los procesos de absorción.
* **Diarrea parasitaria:** Se pueden producir diarreas agudas, pero algunas veces estos episodios se prolongan. Agentes como la Entamoeba hystolitica produce ulceración del colon, generando una diarrea sanguinolenta.
* **Diarrea bacteriana:** El microorganismo atraviesa la superficie mucosa y, la invade para destruir los enterocitos, las toxinas liberadas provocan un aumento del AMPc, responsable de un aumento de la secreción intestinal de agua, sodio y cloro.
* **Diarrea por hongos:** Se ven principalmente en individuos en condiciones de inmunosupresión. El microorganismo más común suele ser Candida albicans.
* **Diarrea no infecciosa:** Causada por patologías gastrointestinales (Enfermedad de crohn, colitis ulcerativa, colitis eosinofílica, colágena, linfocítica, enfermedad celíaca).
* **Diarrea por iatrogenia:** Medicamentos que causan procesos diarreicos: laxantes, antibióticos, algunos diuréticos, teofilina, colchicina.

**Manifestaciones clínicas**

Es característico la presencia del aumento del número de deposiciones en un día (más de tres), o el cambio en la consistencia de estas, las deposiciones se tornan líquidas, adicionalmente se debe evaluar las características de las deposiciones con el fin de determinar si existe la presencia de moco o sangre (disentería).

Como signos y síntomas concomitantes, dependiendo del agente causal, el grado de deshidratación y el tiempo de duración del cuadro clínico pueden presentarse: Artralgias, fatiga, náuseas, emesis, epigastralgia, dolor abdominal, astenia, heces acuosas con moco o sangre, polidipsia, fiebre, aumento del peristaltismo, timpanismo, meteorismo, lesiones perianales, disminución del apetito, adinamia, pérdida de peso. Por otra parte, las complicaciones de este cuadro clínico son derivadas de la depleción del volumen sanguíneo, por lo que para determinar la gravedad de la hipovolemia pueden ser orientadores los siguientes signos y/o síntomas clínicos:

* Ojos hundidos
* Mucosas secas
* Alteración en la consciencia
* Pulso débil, hipotensión y/o taquicardia
* Oliguria o anuria
* Signo de pliegue positivo

**Signos y síntomas de alarma de la enfermedad**

* Signos de shock: Palidez, flacidez, pulso rápido y débil, hipotensión y oliguria. Alteración del sensorio. Estado tóxico infeccioso.
* Abdomen distendido y doloroso a la palpación. Vómito incoercible. Los cuales pueden ser signos de acidosis metabólica.

**Epidemiología**

Las causas más frecuentes de diarrea son las infecciones del tracto digestivo, que pueden ser ocasionadas por bacterias, virus o parásitos; estos pueden estar presentes en agua o alimentos contaminados, por factores como la falta de higiene y una inadecuada eliminación de heces y basura (8).

Las enfermedades diarreicas agudas son causadas por una variedad de bacterias, virus y parásitos, debido a la gran carga de enfermedad causada por estos patógenos, se estima que en 2016 fue la octava causa de muerte en todas las edades a nivel mundial (1.655.944 casos). En América Latina, la incidencia de la enfermedad diarreica aguda se mantiene constante en los últimos treinta años, varios países han implementado programas de control contribuyendo a la disminución de la mortalidad (9).

Anteriormente, en Colombia el evento por semana epidemiológica en el periodo 2014-2019 se notificaron en promedio 10.000 casos. Sin embargo, durante el 2022 la enfermedad diarréica aguda aumentó con respecto al período observado 2020 -2021, siendo para el 2021 entre 30.000 y 50.000 casos notificados semanalmente, según el Boletín Epidemiológico del Instituto Nacional de Salud (9).

**AGENTES ETIOLÓGICOS**





Tomado del Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de Enfermedad Diarréica Aguda (10).

**Abordaje diagnóstico**

Teniendo en cuenta el manejo ambulatorio que se realiza en el servicio médico de la universidad, los elementos que pueden contribuir al diagnóstico de esta patología son:

**-Historia clínica completa:** Anamnesis y examen físico completo que orientan al diagnóstico clínico, estado de hidratación y con frecuencia etiológico. (Grado de recomendación A en la literatura revisada).

Se realizará la evaluación sobre el tiempo de evolución del cuadro clínico, características de las deposiciones, signos y síntomas asociados, ambiente familiar, escolar, laboral, viajes realizados, posible contacto con individuos contaminados.

De la misma manera se debe establecer uno de los siguientes aspectos que nos pueden orientar a encontrar la causa de la diarrea:

* **Diarrea aguda por virus:** Deposiciones de características acuosas, acompañadas de náuseas y emesis. Afectación de intestino delgado.
* **Diarrea aguda por bacterias:** Deposiciones con sangre o moco, dolor abdominal moderado, presencia de febrícula/fiebre. Afectación de colon.

* **Viajes:** Llamada “diarrea del viajero”, cuya etiología más frecuente es la E. Coli.
* **Consumiciones especiales:** Después de asistir a fiestas, banquetes o restaurantes, generalmente puede ser secundaria a Salmonella o shigella en pollo, E. Coli en hamburguesas, salmonella en mariscos entre otros.
* **Inmunodeficiencia:** Se presenta en pacientes con este tipo de patología y se encuentran implicados los siguientes grupos de bacterias y virus, adenovirus, blastocystis, treponema pallidum, chlamydia.
* **Jardines/Guarderías:** Este tipo de sitios genera de forma común la presencia de diarrea por shiguella.
* **Residencias o ancianatos:** El tipo de pacientes que se encuentran en estos sitios (11).

Adicional a lo anterior, se podría identificar si la diarrea que se presenta es inflamatoria o no inflamatoria:

* **Diarrea no inflamatoria:** Generalmente producida por virus, toxinas, se caracteriza por deposiciones de abundante volumen, pero sin sangre ni pus, asociado a cólico abdominal leve sin presencia de fiebre (12).
* **Diarrea inflamatoria:** Secundaria a infección por microorganismos enteroinvasivos, se caracteriza por deposiciones muy frecuentes de escaso volumen, con moco y/o sangre, acompañada de tenesmo fiebre o dolor abdominal intenso (11,8).
* **Clasificación según el nivel de deshidratación:** Al momento de realizar la exploración física se debe enfocar la búsqueda en caracterizar el grado de depleción de volumen. En fases iniciales se puede evidenciar una leve distensión abdominal, sin embargo, en casos en los casos en los cuales se prolonga la evolución el enfoque estará orientado a determinar el grado de hipovolemia y los desequilibrios hidroelectrolíticos, ya que son las complicaciones más importantes (13).
* **Deshidratación leve:** Déficit de volemia de un 5%, los signos pueden estar ausentes en algunos casos, sin embargo, la sequedad de mucosas, ojos levemente hundidos, orina concentrada y polidipsia leve son característicos.
* **Deshidratación moderada:** Déficit de volemia de un 10%. Puede aparecer letargia, taquicardia, hipotensión, disminución de la diuresis, piel y mucosas secas, ojos hundidos, debilidad y mareo.
* **Deshidratación Severa (Shock):** Déficit de volemia mayor o igual a un 15%, palidez, flacidez, taquicardia, hipotensión, oliguria o anuria, frialdad en extremidades, cianosis de extremidades, turgencia cutánea disminuida, obnubilación, delirio, estupor, coma.

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

Generalmente, no todas las veces es necesario realizar ningún tipo de exploración complementaria, siendo suficientes la historia clínica y la exploración física. Mediante esta, se puede aproximar a la etiología. Sin embargo, ante cuadros persistentes o síntomas moderados a severos, se indica la realización de paraclínicos que se describen a continuación:

* **Coprológico:** Ayuda a determinar etiología en pacientes con sospecha de diarrea disentérica. (Grado de recomendación B en la literatura revisada).
* **Coproscópico:** Ayuda a la determinación del PH. Si es ácido determina etiología viral y si el alcalino determina germen enteroinvasor. Determina la presencia de azúcares reductores en paciente con intolerancia a la lactosa, y la presencia de sangre oculta en heces. (Grado de recomendación C en la literatura revisada).
* **Coprocultivo:** Fracaso terapéutico o cuadro clínico sin mejoría de la sintomatología, en el cual se instauró previamente un manejo farmacológico, especialmente antibioticoterapia en pacientes con diarrea de origen bacteriano.

Por otra parte, existen unos criterios clínicos para la solicitud de pruebas complementarias a la diarrea así:

* Fiebre mayor a 38.5 °C
* Realización de más de 5 deposiciones diarias por más de 48 horas sin mejoría
* Dolor abdominal severo
* Diarrea profusa con signos de hipovolemia
* Diarrea inflamatoria
* Uso reciente antibióticos en paciente hospitalizado
* Ancianos de más de 70 años
* Pacientes en condición de inmunosupresión

Como un factor diferenciador tenemos que la búsqueda de Clostridium difficile, se realizará en caso de que el paciente se encontrará hospitalizado con tratamiento antibiótico durante los dos meses previos, o presente una enfermedad autoinmune (8).

**TRATAMIENTO**

El tratamiento de los episodios de diarrea debe basarse en las características clínicas de la enfermedad y los mecanismos de producción de la enfermedad de los diferentes agentes. Los antimicrobianos no son indicados de rutina. En más del 50% de los pacientes, la diarrea se autolimita en un período de 2-3 días (8).

**Hidratación**: La terapia más común y crítica para el tratamiento de la diarrea es la rehidratación preferiblemente vía oral, con soluciones que contienen, sal y azúcar, al igual que electrolitos (14-15)

**Plan A: Deshidratación leve**: Ambulatorio con Sales de rehidratación oral (SRO) se dan 200 ml por cada deposición diarreica. No existe evidencia científica que avale el beneficio de suspender la alimentación, por el contrario, una adecuada nutrición favorecerá la recuperación del enterocito, por ello se mantiene la ingesta evitando los productos lácteos, ya que los virus y patógenos provocan un déficit transitorio de lactasa (6). De igual forma, evitar alimentos ultraprocesados, grasas, azúcares, granos y demás alimentos de un metabolismo más complejo, reemplazarlos por alimentos con propiedades astringentes y de fácil metabolismo. Adicionalmente, evitar el uso de bebidas energizantes e isotónicas con contenido de electrolitos cuyo uso es avalado en actividad física.

Si no mejora el paciente debe remitirse al servicio de urgencias de su EPS, donde definirán la aplicación de plan B o plan C de rehidratación según el compromiso del paciente. Si al momento de la consulta el paciente se encuentra en un grado de deshidratación moderada o severa, igualmente debe remitirse para el manejo hospitalario pertinente.

**Antibioticoterapia**: No debe hacerse de manera rutinaria e indiscriminada. De manera general son inefectivos en la mayoría de los episodios agudos de diarrea, ya que no disminuye la duración del cuadro clínico. La efectividad de los antibióticos varía de acuerdo con el agente específico y en algunos casos solo es efectivo si se inicia en etapas tempranas de la enfermedad. Es por ello por lo que deben imperar ciertos criterios restrictivos y en la medida de lo posible guiar el tratamiento por la sensibilidad del germen. (8, 16,17)

**INDICACIONES**

* Disentería: Debe ser tratada con antimicrobianos efectivos contra la shigella los casos refractarios deben ser tratados por posible amibiasis.
* Casos sospechosos de cólera.
* Diarreas persistentes cuando se observan trofozoítos o quistes de Giardia y cuando se logra identificar una bacteria patógena en los cultivos de heces.

**E. COLI, SHIGELLA Y SALMONELLA:**

Los antibióticos de elección son:

* Ciprofloxacina 500mg V.O cada 12 horas por 3-5 días.
* Levofloxacino 500mg/día por 3-5 días

**Alternativa:**

* Azitromicina 1gr en dosis única y seguir con 500 mg/día por 5 días. Se encontraría indicada en pacientes con riesgo de tener patógenos resistentes a las fluoroquinolonas.

**Entamoeba Histolytica:** Presente en la identificación de casos de disentería, como antibiótico para inicio del tratamiento en primera línea se encuentra el metronidazol tabletas de 500mg cada 8/ horas por 7 a 10 días.

**Giardia Lambia (Adultos):**

Primera elección Metronidazol 250mg cada 8 horas por 7-10 días.

**Alternativa:**

* Tinidazol (tab 500 mg) 2 g dosis única.
* Secnidazol (tab 500 mg) 2 tab cada 12 h un solo día.

**Medicamentos coadyuvantes en el tratamiento sintomático:** En caso de síntomas concomitantes, se utilizarán medicamentos para manejo sintomático (18-19):

* Acetaminofén 500mg c/6 horas en caso de fiebre, mialgias, artralgias.
* Hioscina butilbromuro 10mg c/6 horas en caso de dolor tipo cólico concomitante.
* Los antidiarréicos suele disminuir el número de deposiciones y limitan la pérdida acuosa y electrolítica; los más comúnmente utilizados son loperamida, si bien se ha determinado que este tipo de fármaco podría provocar mayor riesgo con gérmenes enteroinvasivos no se ha demostrado científicamente que ocurra, por otra parte si ha demostrado frente al placebo que disminuye los movimientos intestinales y por tanto la frecuencia de la diarrea, por lo tanto puede administrarse en caso de diarrea, sin fiebre, rectorragia u otro criterio de severidad.
* Probióticos: Pueden ser usados como una terapia alternativa, ya que son bacterias que asisten en el mantenimiento y la recolonización intestinal con flora no patogénica, cada probiótico tiene una actividad diferente, el Lactobacillus ha demostrado que disminuye la duración de la diarrea en niños.

**PRONÓSTICO**

El pronóstico de la enfermedad diarreica aguda ha mejorado en las últimas décadas, debido a las medidas que se han tomado, ejemplo de ello es la potabilización del agua, la construcción de acueductos, la correcta disposición de las heces y aguas residuales, la educación a las personas para la adecuada rehidratación oral. Sin embargo, la EDA continúa siendo un problema importante de salud pública por ser una de las principales causas de muerte en niños más que en adultos, por el elevado número de casos que se presentan anualmente y por los gastos que genera el tratamiento médico general o específico de los enfermos.

**RECOMENDACIONES PARA EL HOGAR**

* Consumir abundante líquido, empiece con sorbos de cualquier otro líquido distinto a las bebidas cafeinadas o lácteas, los mejores son los líquidos preparados con alimentos que incluyen las bebidas de cereales cocidos en agua, sopas y el agua de arroz, de trigo, de maíz, de sorgo, avena, cebada. No están indicadas las gaseosas, los jugos industriales, ni bebidas rehidratantes deportivas. (20)
* Consumir alimentos de manera fraccionada, de acuerdo con la tolerancia a la vía oral evitando los alimentos ricos en fibra (dieta astringente).
* Se ha comprobado que los probióticos son bien tolerados, aunque no se ha demostrado que disminuyan la diarrea.
* Alimentos como el arroz, la tostada seca y las coladas de plátano, pan completo algunas veces ayudan a mejorar la consistencia de las heces.

**PREVENCIÓN DE FUTUROS CUADROS DIARREICOS**

* Lávese bien las manos con abundante agua y jabón, antes de comer, antes de preparar alimentos, después de ir al baño, después de cambiar un pañal o si ha estado en contacto con heces o vómito de una persona enferma o que se sospecha que lo está.
* Consuma agua potable, hervida, purificada o tratada con cloro.
* No introduzca en el agua potable recipientes sucios, contaminados, las manos o cualquier otro elemento que la pueda contaminar.
* Consuma alimentos bien cocidos y de reciente preparación.
* Prepare bien el pescado y los mariscos ya que son una de las principales fuentes de contagio.
* Lave los vegetales, hortalizas y frutas con agua limpia y tratada antes de consumirlos.
* Mantenga los alimentos bien tapados y no mezcle alimentos crudos con alimentos preparados.
* Lave y desinfecte los utensilios de cocina usados por la persona enferma o que se sospeche que lo está (21).

**FLUJOGRAMA GENERAL**

|  |
| --- |
| **VALORACIÓN INICIAL EDA EN ADULTOS**• Grado de deshidratación• Duración, frecuencia, características |

|  |
| --- |
| **MANEJO SINTOMÁTICO**• Rehidratación oral o remisión para atención por EPS si requiere rehidratación IV• Analgesia |

|  |
| --- |
| **ESTRATIFICAR MANEJO SIGUIENTE, DE ACUERDO CON****CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGÍA** |
| **Alertas epidemiológicas** | **Alertas clínicas** |
| • Consumo alimentos y otros casos de EDA• Uso de antibióticos recientemente• Viajes• Brotes en la comunidad | • Heces con sangre o con pus• Mucho dolor abdominal o mucha deshidratación• Fiebre > 38 Grados• Disminución de peso > 5% del peso (ADULTO)• Disentería• Abdomen Agudo |

|  |
| --- |
| **EXAMEN DE HECES SI:**EDA severa, con sangre, fiebre alta, > 7 días de duración,o sospecha de brote en la comunidad |
| **Adquirida en comunidad o EDA del viajero** | **Diarrea de > 7 días de****duración** |
| Buscar: Amebas,Salmonella, Shiguella,Campilobacteryeyuni, E. Coli | GiardiaAmebasCliptosporidionNo infecciosa |
| Tratamiento antibiótico acorde a la sospecha o resultados de laboratorio | Tratamiento según agente etiológico aislado |
| **NOTIFICACIÓN COLECTIVA SEMANAL A SIVIGILA** |

**FLUJOGRAMA DIARREA LEVE**

**FLUJOGRAMA DIARREA MODERADA**

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Organización Mundial de la salud. Enfermedades diarreicas. [Internet] 2024. Fecha de consulta: 22 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
2. GBD 2016 Diarrhoeal Disease Collaborators. Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of diarrhoea in 195 countries: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Infect Dis 2018; 18:1211.
3. World Health Organization. Progress on Drinking Water, Sanitation and Hygiene: 2017 Update and SDG Baselines. https://www.unicef.org/ publications/files/Progress\_on\_Drinking\_Water\_Sanitation\_and\_Hygiene\_2017.pdf (Accessed on December 04, 2018).
4. Harris JB, LaRocque RC, Qadri F, et al. Cholera. Lancet 2012; 379:2466.
5. Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. Clin Infect Dis 2001; 32:331.
6. Beltran Castro M, Muñoz Pedraza D. Enfoque y Manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda: Revisión de la Literatura. Arch Medicina [Internet]. 2022 [consultado el 22 de mayo de 2024];18(7):1-8. Disponible en: [https://doi.org/file:///C:/Users/catav/Downloads/Dialnet-EnfoqueYManejoDeLaEnfermedadDiarreicaAgua-8682446.pdf](https://doi.org/file%3A///C%3A/Users/catav/Downloads/Dialnet-EnfoqueYManejoDeLaEnfermedadDiarreicaAgua-8682446.pdf)
7. Sierra Pérez E, Álvarez-Coca González J. Diarrea crónica. Protoc Diagn Ter En Pediatr [Internet]. [fecha desconocida]:27-33. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/3-diarrea_cronica.pdf>
8. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de enfermedad diarréica aguda [Internet] 2022. Fecha de consulta: 22 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Morbilidad%20EDA.pdf>
9. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal: Comportamiento epidemiológico de la enfermedad diarreica aguda en Colombia. [Internet]. [2022]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2022_Bolet%C3%ADn_epidemiologico_semana_19.pdf>
10. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de enfermedad diarréica aguda [Internet] 2022. Fecha de consulta: 22 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Morbilidad%20EDA.pdf>
11. Asenjo MA, LLedo JL, Lopez SP, et al. Síndrome diarreico en el adulto, tratamiento de la diarrea. Medicine 2008; 10 (4): 215-222. 03 ACT4 (215-222).qxp (d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net)
12. Wanke CA. Small intestinal infections. Curr Opin Gastroenterol 1994; 10:59.
13. World Health Organization. The treatment of diarrhoea, a manual for physicians and other senior health workers. -- 4th revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.
14. Guerri S, Danti G, Frezzetti G, et al. Clostridium difficile colitis: CT findings and differential diagnosis. Radiol Med 2019; 124:1185.
15. Avery ME, Snyder JD. Oral therapy for acute diarrhea. The underused simple solution. N Engl J Med 1990; 323:891.
16. Wiström J, Jertborn M, Ekwall E, et al. Empiric treatment of acute diarrheal disease with norfloxacin. A randomized, placebo-controlled study. Swedish Study Group. Ann Intern Med 1992; 117:202.
17. Salam I, Katelaris P, Leigh-Smith S, Farthing MJ. Randomised trial of single-dose ciprofloxacin for travellers' diarrhoea. Lancet 1994; 344:1537
18. Khan WA, Seas C, Dhar U, et al. Treatment of shigellosis: V. Comparison of azithromycin and ciprofloxacin. A double-blind, randomized, controlled trial. Ann Intern Med 1997; 126:697.
19. Wong CS, Jelacic S, Habeeb RL, et al. The risk of the hemolytic-uremic syndrome after antibiotic treatment of Escherichia coli O157:H7 infections. N Engl J Med 2000; 342:1930.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Atención de la enfermedad diarréica aguda [Internet] 2024. Fecha de consulta: 22 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/17Atencion%20de%20EDA.PDF>
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Recomendaciones del Ministerio para la prevención de la enfermedad diarreica aguda [Internet] 2013. Fecha de consulta: 22 de mayo de 2024. Disponible [Https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Recomendaciones-del-Ministerio-de-Salud-ante-enfermedades-diarreicas-agudas.aspx#:~:text=Consuma%20agua%20potable%2C%20hervida%2C%20purificada%20o%20tratada%20con,son%20una%20de%20las%20principales%20fuentes%20de%20contagio.-](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Recomendaciones-del-Ministerio-de-Salud-ante-enfermedades-diarreicas-agudas.aspx#:~:text=Consuma%20agua%20potable%2C%20hervida%2C%20purificada%20o%20tratada%20con,son%20una%20de%20las%20principales%20fuentes%20de%20contagio.-)

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Mónica Liliana Salgado | Aseguramiento de la Calidad  | Rectoría | Noviembre de 2015 |
| **Actualizó** Mariana Grajales Serna Laura Catalina Valencia Delgado. | Mónica Liliana Salgado | Comité de Calidad | Junio de 2024 |

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **VERSIÓN** | **ÍTEM** | **MODIFICACIÓN** |
| Agosto de 2015 | 1 | Todo el documento | Creación del documento |
| Agosto de 2017 | 2 | Revisión periódica | Normatividad |
| Agosto de 2019 | 3 | Revisión periódica | Normatividad |
| Mayo de 2024 | 4 | Se modifica redacción del documento, terminología , clasificación de la Enfermedad Diarréica Aguda según el tiempo, localización, gasto, mecanismo de producción y etiología, signos y síntomas concomitantes, datos epidemiológicos nacionales, agentes etiológicos, evolución en el tiempo del cuadro clínico, indicación para la realización de coprocultivo, se complementan recomendaciones para el hogar y para la prevención de futuros episodios de EDA, se anexa flujograma para el manejo de diarrea leve y moderada. | Estructura del documento |