



GASTROENTERITIS AGUDA

Dra. Alexis Strickler
Dra. Alexandra Uherek –
Becada Pediatría



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN



HOSPITAL PUERTO MONTT

Comprometidos con tu salud

HOJA DE RUTA

- Introducción
- Definición
- Fisiopatología
- Clasificación
- Diagnóstico, estudio y exámenes complementarios
- Tratamiento
 - Uso de Racecadrotilo
 - Importancia Probióticos
- Prevención
- Conclusiones
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

- Las enfermedades diarreicas han sido un **problema de salud pública** a lo largo de la historia.
- En la actualidad, a pesar del **éxito de la terapia con SRO y fleboterapia**, las enfermedades diarreicas siguen teniendo una **importante morbi-mortalidad en todo el mundo**, especialmente en niños y adultos mayores.



DEFINICIÓN: GEA

- **Síndrome clínico** que se define por un aumento de **frecuencia** de deposiciones con **consistencia blanda** con o sin vómitos, fiebre o dolor abdominal:
 - **≥3 deposiciones blandas o acuosas en 24 horas.**
 - **Nº de evacuaciones intestinales blandas que exceden la cantidad habitual diarias en dos o más.**
- **GE Aguda:** < 7 días.
- **GE Vías de Prolongación:** 7-14 días.
- **GE Prolongada:** 14-28 días.
- **GE Crónica:** >28 días.



FACTORES DE RIESGO

- **Factores asociados con manifestaciones clínicas graves:**
 - Desnutrición.
 - Falta de inmunidad adquirida por la madre (Ej., Ac transplacentarios o LM)
 - Inmunosuprimidos.
 - Gran inóculo de virus.
 - Comorbilidades del paciente.



CLASIFICACIÓN

TABLA 1. AGENTES MÁS FRECUENTES DE GASTROENTERITIS AGUDA INFECCIOSA SEGÚN GRUPO ETARIO Y PRESENTACIÓN CLÍNICA (1, 6-9)*

	DIARREA ACUOSA			DISENTERÍA		
	Niños <5 años	Niños mayores y adultos	Adultos mayores	Niños <5 años	Niños mayores y adultos	Adultos mayores
VIRUS	Rotavirus Norovirus Sapovirus Adenovirus entéricos Astrovirus	Norovirus Rotavirus	Norovirus	--	--	--
BACTERIAS	EPEC† EPEC‡ Salmonella sp. Shigella sp. V. cholerae	ETEC‡ Salmonella sp. Shigella sp. Campylobacter sp. EPEC† Vibrio cholerae Clostridium difficile	ETEC‡ EPEC† Clostridium difficile Salmonella sp. Shigella sp. Vibrio cholerae	Shigella sp. EHEC‡ Salmonella sp. Campylobacter sp.	Shigella sp. Salmonella sp. Campylobacter sp. EHEC (STEC)‡ Yersinia enterocolitica Clostridium difficile	Clostridium difficile Salmonella sp. Shigella sp. Campylobacter sp. EHEC‡ Yersinia enterocolitica
PARÁSITOS	Cryptosporidium sp. Giardia intestinalis	Giardia intestinalis Cryptosporidium sp.	Giardia intestinalis Cryptosporidium sp.	Entamoeba histolytica	Entamoeba histolytica	Entamoeba histolytica

* Los agentes se presentan en orden de frecuencia y los más frecuentes se expresan con fuente de mayor tamaño y en negrita.

‡ ETEC: Escherichia coli enterotoxigénica.


† EPEC: Escherichia coli enteropatógena.

‡ EHEC (STEC): Escherichia coli enterohemorrágica (E. coli productora de Shiga-toxina).

2.1 ETIOLOGÍA VIRAL

70%

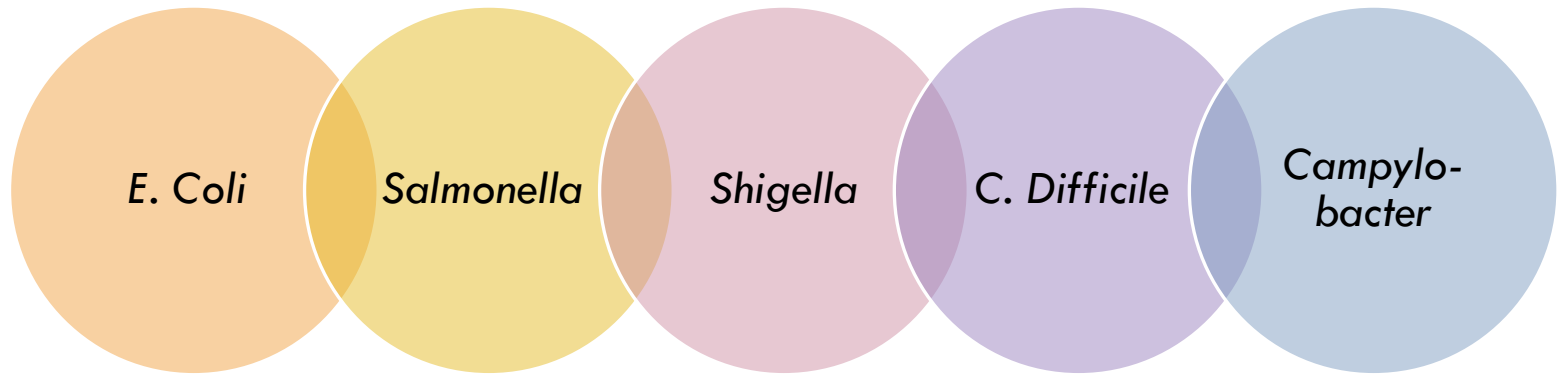
Epidemiologic and clinical features of common causes of acute viral gastroenteritis in children

Virus	Predominant season	Incubation period	Common modes of transmission in order of frequency	Age	Duration	Possibility of transient lactose intolerance ¶	Other features
Rotavirus	Fall/winter	1 to 3 days	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fecal-oral ■ Respiratory? 	6 to 24 months	5 to 7 days	Yes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Causes severe childhood diarrhea ■ Endemic; season broadened by mass immunization
Norovirus	All year (winter)	12 to 48 hours	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fecal-oral ■ Water ■ Shellfish ■ Other foods ■ Respiratory? 	All ages	1 to 4 days	No	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vomiting may be the prominent symptom ■ Causes most outbreaks of nonbacterial gastroenteritis ■ Endemic and epidemic
Sapovirus	All year	1 to 2 days	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fecal-oral 	Infants and toddlers	3 to 4 days		<ul style="list-style-type: none"> ■ Endemic and epidemic
Astrovirus	Winter	4 to 5 days	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fecal-oral ■ Water 	All ages	5 to 6 days	Yes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Endemic and epidemic
Enteric adenovirus (types 40 and 41)	Summer 	3 to 10 days	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fecal-oral 	Children	6 to 9 days	Yes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Endemic

2.2 ETIOLOGÍA BACTERIANA

30%
B/P

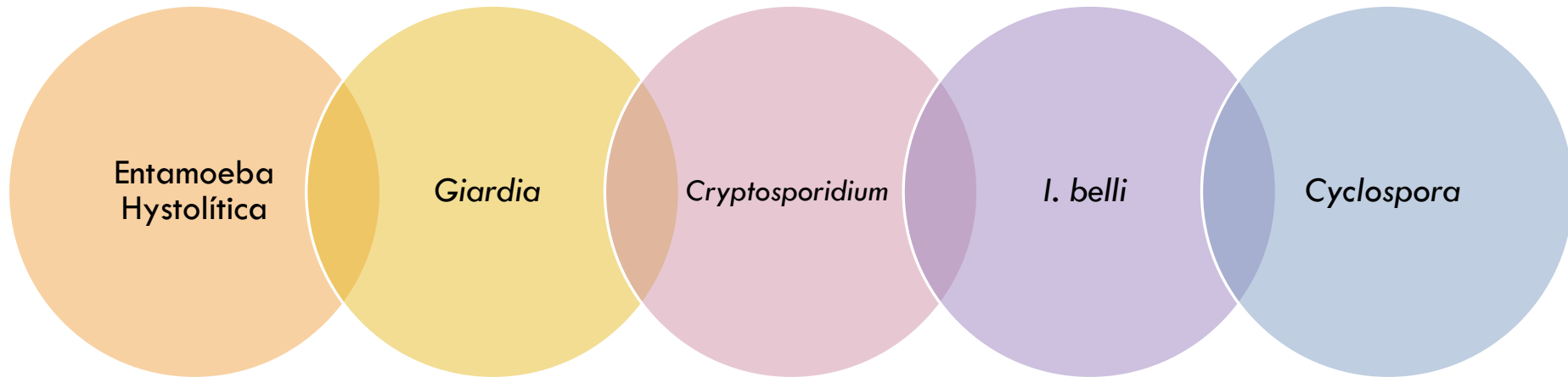
➤ MO:



➤ Sospechar en:

- >2 years.
- +elementos patológicos: mucus y sangre.
- $T^a > 40^{\circ}\text{C}^*$, tercianas, dolor abdominal+, escasas heces (* RTV - NRV).
- Viajes internacionales, animales campo, consumo carne cruda y agua no potable, nadar en aguas naturales.
- Exámenes: GB elevados, desviacion lzq., PCR elevada.

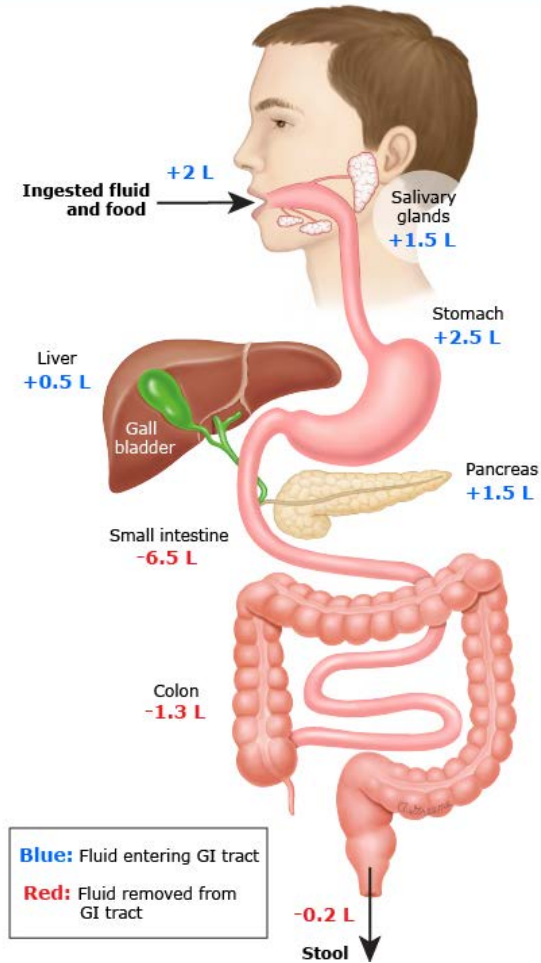
2.3 ETIOLOGÍA PARASITARIA



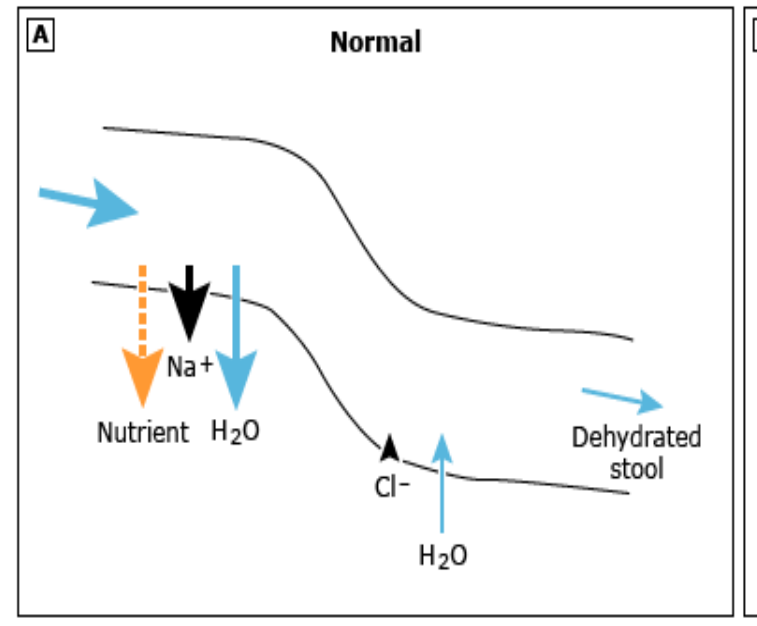
- **Sospechar:** Diarrea persistente, inmunocompromiso, hgma eosinofilia, mascotas++.
- **Diagnóstico:** Coproparasitológico Seriado.

3. FISILOGIA INTESTINAL

Fluid movement in the human gastrointestinal tract



- **Fisiología:** Movimiento normal líquidos entre luz intestinal y sangre → transporte activo de iones (Na^+ , Cl^- , HCO_3^- y K^+) y Glucosa.



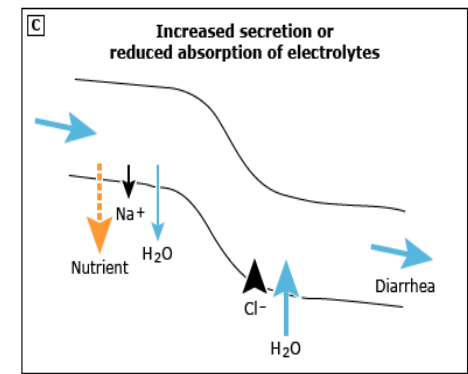
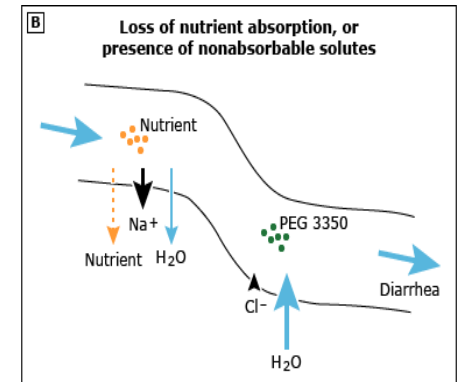
3. CLASIFICACIÓN FISIOPATOLÓGICA

Inducida por la dieta (Osmótica):

- Sustancias osmóticamente activas luz intestinal → Retención H₂O.
- OJO: diarrea cede durante el ayuno.
- Ej. Intolerancia lactosa, PEG, *Salmonella* y EEIII.

Relacionado Transporte Electrolitos (Secretora):

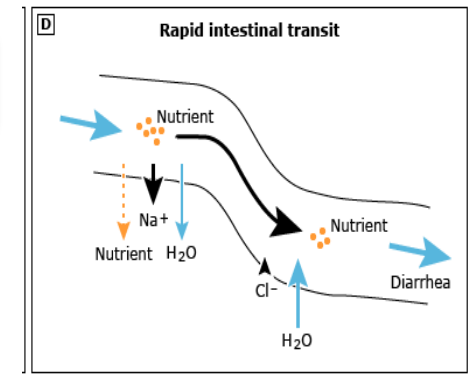
- Alteraciones mecanismos transporte iones enterocitos.
- OJO: diarrea persistirá durante el ayuno.
- Ej: ETEC, *V. Cholerae*, *Clostridium Perfringens* y *Difficile*, Virus enterotoxigénicos (RTV (glicoproteína no estructural → NSP4).



3. CLASIFICACIÓN FISIOPATOLÓGICA

Relacionados con Motilidad:

- HIPOMOTILIDAD → éstasis → sobrecrecimiento bacteriano + desconjugación secundaria ácidos biliares (AB) → malabsorción AB y activación de secreción colónica.
- HIPERMOTILIDAD → diarrea funcional → tiempo inadecuado para absorción colónica.



Relacionados con Inflamación:

- Inflamación → destrucción enterocitos → malabsorción nutrientes y ↑ carga osmótica.
- Inflamación → inducción secreción activa Cl⁻ y pérdida absorción Na⁺.
- Inflamación → ruptura barrera → exudación moco, proteínas y sangre.
- Ej: infección (*Salmonella*, *Campylobacter*, *C. Difficile*), EEIII, Enf. Celiaca.

DIAGNÓSTICO: CLÍNICO

➤ Anamnesis y examen físico completo...

Important aspects of the history for a child with acute gastroenteritis

Historical feature	Potential significance
Duration of illness	<ul style="list-style-type: none"> Symptoms >7 days may indicate underlying gastrointestinal or metabolic disease, or systemic disease (eg, IBD, celiac disease, immunodeficiency)
Frequency, volume, and character of stools (eg, blood mucus)	<ul style="list-style-type: none"> Frequent, watery, large volume without blood or mucus favors viral gastroenteritis Small volume, gross blood, or mucus favors bacterial gastroenteritis Blood or mucus also may occur with intussusception, appendicitis, toxic megacolon
Frequency, volume, and character of emesis (eg, blood, bile, projectile)	<ul style="list-style-type: none"> Prolonged vomiting increases risk of dehydration and concern for underlying systemic or metabolic disorder Bilious or projectile vomiting may indicate intestinal obstruction (eg, intussusception, pyloric stenosis) Hematemesis may suggest esophageal injury or varices (with underlying liver disease)
Weight before illness	<ul style="list-style-type: none"> Used to assess degree of dehydration and response to fluid repletion
Urine output	<ul style="list-style-type: none"> Decreased: Suggests dehydration Increased: May indicate diabetes ketoacidosis
Associated symptoms: fever, headache, localized abdominal pain, urinary complaints, and others	<ul style="list-style-type: none"> May suggest alternate etiology (eg, urinary tract infection, appendicitis, and others)
Recent intake of food and fluids	<ul style="list-style-type: none"> Used to assess degree of dehydration and other causes of diarrhea (eg, starvation stools, food poisoning, food allergy/intolerance, overfeeding [particularly with hyperosmolar fluids])

DIAGNÓSTICO: CLÍNICO

Important aspects of the history for a child with acute gastroenteritis

Historical feature	Potential significance
Recent medications (particularly antibiotics) and medications in the home	<ul style="list-style-type: none"> May be associated with <u>vomiting or diarrhea</u> Clinical manifestations of certain ingestions may mimic findings of acute gastroenteritis (eg, tachypnea and acidosis in salicylate ingestion)
Immunization history (particularly rotavirus)	<ul style="list-style-type: none"> Rotavirus immunization decreases likelihood of rotavirus gastroenteritis (even after one dose) <u>Incomplete pneumococcal or Haemophilus influenzae type b immunization</u> may increase likelihood of extraintestinal infection with these organisms (eg, otitis media, pneumonia, meningitis)
Contacts with acute diarrhea or vomiting	<ul style="list-style-type: none"> Supports infectious gastroenteritis, may suggest a common source outbreak Symptoms may suggest etiology (eg, prominence of vomiting suggests norovirus)
Exposures: <ul style="list-style-type: none"> Known source of enteric infection (eg, contaminated food or water) Unsafe foods (eg, raw/undercooked meats, eggs, shellfish, unpasteurized milk or juice) Swimming in or drinking untreated fresh surface water Farm, petting zoo, reptiles, pets with diarrhea International travel 	<ul style="list-style-type: none"> Increases risk of bacterial or parasitic gastroenteritis

IBD: inflammatory bowel disease.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Inmunocompetentes >1 año, con buen aspecto:

- No requieren mayor estudio.

Paciente mal aspecto, presentaciones atípicas o duda diagnóstica:

- Contacto COVID: PCR SARS-CoV-2.
- CEG/Shock: ELP, Crea, hgama, PBQ, URC, orina, GSV, HCT, látex campylobacter, RTV, ADV.
- Sospecha GEA bacteriana: coprocultivo, leucocitos fecales.
- Sospecha GEA parásitos: coproparasitológico seriado.
- Sospecha EEl: leucocitos fecales.
- Sospecha *C. Difficile*: toxina AB deposiciones.
- Sospecha ITU: URC.

Métodos moleculares: (RT-PCR)

- Mejor sensibilidad, incluso determinaciones virus no cultivables (norovirus, sapovirus, astrovirus).

Indicaciones estudio:

- Inmunosuprimidos.
- Disentería/SHU
- Brote.
- Uso reciente ATB.
- >7 días.
- Shock/sepsis/febril.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: SDA

➤ Infecciones Extraintestinales:

➤ Condiciones No infecciosas:

Meningitis.

Sepsis – SIRS.

Fecaloma / Tr.
Digestivo funcional.

Alergia alimentaria
/ Transgresión
dietética.

Pneumonia.

ITU.

Tr. Hormonales: DM,
T4.

EEII / Fármacos o
tóxicos.

Faringitis
estreptocócica.

Otitis media.

Isquemia
mesentérica.

Apendicitis aguda,
diverticulitis.

COMPLICACIONES

Hipovolemia/deshidratación.

Alteraciones HE.

- Hipernatremia, hiponatremia, hipokalemia.
- Hipokalemia → emesis.

Alteraciones ácido – base.

- Acidosis metabólica.

Intolerancia lactosa 11%.

- Daño enterocitos. pH deposiciones <5.5.

Dermatitis del pañal.

TRATAMIENTO

➤ Indicaciones Hospitalización:

- Deshidratación severa/shock.
- sospecha de compromiso extraintestinal.
- Immuno comprometido.
- Diarrea >7 días.
- Deterioro clínico.
- Vómitos intratables o biliosos.
- Fracaso de la rehidratación oral.
- Anomalías neurológicas (Letargo, convulsiones).



1. HIDRATACIÓN

Physical findings of volume depletion in infants and children

Finding	Mild (3 to 5%)	Moderate (6 to 9%)	Severe ($\geq 10\%$)
Pulse	Full, normal rate	Rapid*	Rapid* and weak or absent
Systolic pressure	Normal	Normal to low	Low
Respirations	Normal	Deep, rate may be increased	Deep, tachypnea or decreased to absent
Buccal mucosa	Tacky or slightly dry	Dry	Parched
Anterior fontanelle	Normal	Sunken	Markedly sunken
Eyes	Normal	Sunken	Markedly sunken
Skin turgor	Normal	Reduced	Tenting
Skin	Normal	Cool	Cool, mottled, acrocyanosis
Urine output	Normal or mildly reduced	Markedly reduced	Anuria
Systemic signs	Increased thirst	Listlessness, irritability	Grunting, lethargy, coma

* Tachycardia may be the first sign of hypovolemic shock in infants.

OBJETIVO

Recuperar pérdida de líquidos y reestablecer déficit HE/AB.

Plan A

- Sin deshidratación.
- 10 cc/kg en diarrea y 5 cc/kg en vómitos SRO.

Cuadro 1 METODO DE HOLLIDAY-SEGAR

Peso corporal	Agua	
	mL/kg/dia	mL/kg/hr
Primeros 10 kg	100	4
10 kg - 20 Kgrs	50	2
> 20 Kgrs	20	1

erada.
D/EV.

+

1. HIDRATACIÓN: SRO

➤ **SRO:** Estimula absorción Na^+ (cotransportador Na^+/Glc (SGLT1 y SLC5A1) y transportadores a^+/Na^+ .

- Recomendación OMS: hipoosmolar (245 mOsm/L).
- Bebidas “deportivas” $>$ Glc y osm \rightarrow $<$ absorción líquidos \rightarrow $<$ efectividad.
- Disminuyen hospitalizaciones y duración diarrea.

	Rehsal 60 mEq/L	Rehsal 90 mEq/L
Na+	60	90
K+	20	20
CL	50	80
Citrato	30	30
glucosa		
osm	245	245



1. HIDRATACIÓN: EV

➤ **Fleboterapia:** Deshidratación Severa o Intolerancia Oral.

- Líquido isotónico (SF0,9%): deshidratación grave.
- Líquido hipotónico (SG5% +ELP): deshidratación Moderada o Leve con intolerancia oral.

Sueros	K+	Na+	Cl-	Glc	Lactato	Ca++
SF 0,9%	-	154	154	-	-	-
Ringer	4	130	109	-	28	3
Glucosalino	-	75	75	2,5 g	-	-
SG 5%	-	-	-	5 g		



2. ALIMENTACIÓN

- **Dieta común** según tolerancia post rehidratación.
- Dieta liviana: innecesariamente restrictivas y nutrición subóptima.
- **Lactancia** no suspender.
- Reduce N^a, volumen y duración GEA.
- **Carbohidratos complejos**, carnes magras, frutas y verduras: mejor tolerados que grasas y azúcares simples.
- **Intolerancia lactosa por GEA**: suele ser leve y autolimitada.
- Dieta sin lactosa no se recomienda de rutina, pero justificada en casos graves con hospitalización.



3.1 TRATAMIENTO ESPECIFICO: PROBIÓTICOS Y PREBIÓTICOS

- **Probióticos:** microbios vivos con potencial de beneficiar al huésped cambiando la flora intestinal.
- **Prebióticos:** sustratos que los MO del huésped utilizan.

CONCLUSIONES:

- Probióticos/Prebióticos: beneficio potencial en reducir frecuencia y/o duración diarrea (aprox. 1 día) sin RAM.
- *Saccharomyces boulardii* y *Lactobacillus rhamnosus* GG por 5-7 días.
- Precaución uso: inmunodeprimidos, RNPT → > riesgo efectos adversos y diseminación fúngica.



3.1 TRATAMIENTO ESPECIFICO: PROBIÓTICOS Y PREBIÓTICOS

Diarrea infecciosa:

- Reducción 1 día o sin beneficio.

EEII:

- Colitis ulcerosa: Beneficios sin demostrarse, pero *E. coli* Nissle 1917 es prometedora para mantener remisión.
- Enfermedad de Crohn: Beneficio no se ha comprobado.

Estreñimiento:

- Posible mejoría en la frecuencia y consistencia heces en pacientes adultos, pero beneficio limitado en niños (sesgos publicación... se necesitan mas estudios).

Sd.intestino irritable:

- Evidencia poco convincente beneficios.

Encefalopatía hepática:

- Dudosa mejoría en la encefalopatía hepática, pero sin beneficio en mortalidad y calidad de vida.

Alergia:

- No comprobado beneficio: alergia, rinitis, asma → resultados iniciales dermatitis atópica son prometedores.

Infección *C. Difficile*, Vulvovaginitis, intolerancia lactosa

- No demostrado.

3.2 TRATAMIENTO ESPECIFICO: ANTIEMÉTICO

➤ ONDANSETRÓN:

- ≥ 6 meses GEA deshidratación leve a moderada, y vómitos persistentes que interfiere con SRO.
- Dosis oral única (0,15 mg/kg (máx. 8 mg)).
- Reduce la necesidad de hospitalización para la rehidratación.

➤ No recomendados:

- Dexametasona: no demostrado beneficio.
- Metoclopramida: potencial reacciones extrapiramidales.
- Domperidona: arritmias ventriculares y muerte súbita.



3.3 TRATAMIENTO ESPECIFICO: ANTIBIÓTICOS, ZINC Y ANALGÉSICOS

- Z
- A
- A
- No
- In
- mg
- mg
- mg

TABLE 7. Antibiotic therapy of bacterial gastroenteritis

Pathogen	Indication for antibiotic therapy	Drug of choice*	Alternative agents
<i>Shigella</i> spp	Proven or suspected shigellosis	Oral: azithromycin (12 mg/kg on day 1, followed by 6 mg/kg for 4 days); parenteral, IV, IM: ceftriaxone (50 mg/kg for 2–5 days) ¹	Cefixime (8 mg · kg ⁻¹ · day ⁻¹); ciprofloxacin ¹ PO (20–30 mg · kg ⁻¹ · day ⁻¹). For a known susceptible strain: TMP/SMX ¹ (8 mg · kg ⁻¹ · day ⁻¹ of TMP) or ampicillin (100 mg · kg ⁻¹ · day ⁻¹) or nalidixic acid (55 mg · kg ⁻¹ · day ⁻¹)
<i>Salmonella</i> spp (nontyphoidal)	Antibiotic therapy is indicated only in high-risk children ² to reduce the risk of bacteremia and extraintestinal focal infections	Ceftriaxone (50–100 mg · kg ⁻¹ · day ⁻¹)	Azithromycin (10 mg · kg ⁻¹ · day ⁻¹); ciprofloxacin ¹ PO (20–30 mg · kg ⁻¹ · day ⁻¹); for a known susceptible strain, TMP/SMX ³ (8 mg · kg ⁻¹ · day ⁻¹ of TMP).
<i>Campylobacter</i> spp	Antibiotic therapy is recommended mainly for the dysenteric <i>Campylobacter</i> gastroenteritis and most efficacious when started within 3 days after onset of the disease	Azithromycin (10 mg · kg ⁻¹ · day ⁻¹ for 3 days, or a single dose of 30 mg/kg)	Doxycycline (>8 years) or ciprofloxacin (>17 years), when susceptible
Shiga toxin-producing <i>Escherichia coli</i>	Antibiotic therapy is not recommended	—	—
Enterotoxigenic; <i>Escherichia coli</i>	Antibiotic therapy is recommended, mainly for traveler's diarrhea	Azithromycin (10 mg · kg ⁻¹ · day ⁻¹ for 3 days)	Cefixime (8 mg · kg ⁻¹ · day ⁻¹ for 5 days); TMP/SMX ³ (8 mg · kg ⁻¹ · day ⁻¹ of TMP); ciprofloxacin ⁵ PO (20–30 mg · kg ⁻¹ · day ⁻¹); rifaximin (>12 years, 600 mg/day, for 3 days)
<i>Vibrio cholerae</i>	Antibiotic therapy is recommended for confirmed or suspected case by travel history	Azithromycin (10 mg · kg ⁻¹ · day ⁻¹ for 3 days, or a single 20 mg/kg dose)	Doxycycline (>8 years), Ciprofloxacin (>17 years), or TMP/SMX ³ (when susceptible)
<i>Clostridium difficile</i>	Antibiotic therapy is recommended for moderate and severe cases	Metronidazole (30 mg · kg ⁻¹ · day ⁻¹ for 10 days)	Vancomycin PO (40 mg · kg ⁻¹ · day ⁻¹)

3.4 TRATAMIENTO ESPECIFICO: ANTIDIARREICOS



ANTIDIARREICOS: no indicados → carecen eficacia y efectos 2^a graves.

- **Adsorbentes:** Silicatos aluminomagnesio hidratados (esmectita: países europeos).
 - Unen moco digestivo y toxinas: reducen pérdida agua → sin pruebas eficacia.
- **Fármacos Antimotilidad:** Agonistas Receptores Opiáceos (Loperamida y Difenoxilato-Atropina)
 - RAM: íleo paralítico, megacolon tóxico, depresión SNC, coma e muerte (<1%).
 - Retrasan tránsito intestinal: prolongar curso diarreas bacterianas.

3.4 TRATAMIENTO ESPECIFICO: ANTIDIARREICOS

➤ Fármacos antisecretores:

- **SUBSALICILATO DE BISMUTO:** No debe utilizarse.
- **RACECADOTRILO:**
 - Inhibidor encefalinasa con acciones antisecretoras.
 - No se sabe si es beneficioso: Disminuye N^o deposiciones, duración, reconsultas, líquidos EV.
 - Parece ser seguro. Guías europeas: "puede considerarse". No aprobado por FDA.
- **CROFELEMER:**
 - Agente antisecretor inhibe canales Cl⁻ membrana apical: aprobado diarrea crónica en VIH.
 - Oligómero extraído de corteza árbol *Croton lechleri* .



TRATAMIENTO: FUTURO

- No se dispone de agentes antivirales específicos.
- Ensayos aleatorizados sugieren: **NITAZOXANIDA** → ATB contra anaerobios, protozoos y virus → reduce duración síntomas en niños con GEA viral. Se necesitan más estudios para uso rutinario.



PREVENCIÓN

- **Vo**
- **Vacu**
efica
rotav
- **Varia**
en en:
- **Mea**
lava
agu

CONSUMO SEGURO DE ALIMENTOS

SIGUE ESTOS CONSEJOS Y PREVIENE:

- 

Usa y consume **sólo agua potable**. Si no dispones de ella, hiévela.
- 

Lava bien frutas y verduras antes de comerlas.
- 

Mantén los alimentos refrigerados.
- 

Come huevos, carnes, pescados y mariscos bien cocidos.
- 

Lávate las manos con agua y jabón antes de comer, preparar alimentos y después de ir al baño.
- 

Compra y consume alimentos sólo en lugares autorizados.

CHILE LO HACEMOS TODOS

LLAMA A SALUD RESPONDE
600-360-7777

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

- **Regreso Colegio/Sala cuna:**
 - Lactantes con heces contenidas en pañal.
 - El niño sin incontinencia.
 - Frecuencia < 2 deposiciones mayor que la frecuencia normal.
- **Regreso recreación acuática: 2 semanas post último episodio diarrea.**



CONCLUSIONES



- **GEA:** aumento de la frecuencia de deposiciones blandas o acuosas que exceden la cantidad habitual en dos o más, con o sin vómitos, fiebre o dolor abdominal.
- Puede transmitirse tanto por portadores asintomáticos como por pacientes sintomáticos antes del inicio de los síntomas. Generalmente se transmite por **vía fecal-oral**.
- Las causas más comunes de gastroenteritis son **virales y autolimitadas**.
- Como médicos debemos estar atentos a las complicaciones como **deshidratación, alteraciones electrolíticas y ácido-base**, considerando los pacientes con factores de riesgo.
- La **historia y el examen físico** son el pilar para el diagnóstico.
- El tratamiento principal es de **soporte**.

BIBLIOGRAFÍA

- Miguel G O'Ryan. Acute viral gastroenteritis in children in resource-rich. En updated: Apr 23, 2021.
- Miguel G O'Ryan Acute viral gastroenteritis in children from resource-rich countries: management and prevention. On Uptodate. March 27, 2020.
- Martin G Martin, Jay R. Thiagarajah. Pathogenesis of acute diarrhea in children. In uptodate February 22, 2021.
- Miguel G O'Ryan. Clinical manifestations and diagnosis of rotavirus infection. In uptodate May 20, 2020.
- R. Balfour Sartor. Probiotics for gastrointestinal diseases. In uptodate, September 1, 2020.
- Susan Prescott, Christina West. Prebiotics and Probiotics for the Treatment of Allergic Diseases. In uptodate, January 22, 2020.
- Patient education: probiotics (basic concepts). Written by the physicians and editors of UpToDate.