

Diarrea aguda infecciosa en pediatría: etiología, diagnóstico y tratamiento

**Acute Infectious Diarrhea in Pediatrics: Etiology, Diagnosis and
Treatment**

Jean Carlos Marcillo Marcillo

jatimarcillo@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-1722-7104>

Investigador independiente

Jipijapa – Ecuador

Indira Nohelia Vega Carrillo

indinohe99@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-0500-8281>

Investigador independiente

Santa Rosa – Ecuador

Romina Solimar Arboleda Vásquez

rominaarvas19@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-4582-4955>

Investigador independiente

Manta – Ecuador

María Nohelia Muñoz Giler

noheliamg@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0002-2175-3717>

Investigador independiente

Chone – Ecuador

Mario Ernesto Olivo Carranza

marusito1@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-5180-6658>

Investigador independiente

Manta – Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5438>


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos



Revista Latinoamericana de
Ciencias Sociales y Humanidades

Artículo recibido: 29 de octubre de 2025.

Aceptado para publicación: 05 de marzo de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

VOLUMEN VII

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5438>

Diarrea aguda infecciosa en pediatría: etiología, diagnóstico y tratamiento

Acute Infectious Diarrhea in Pediatrics: Etiology, Diagnosis and Treatment

Jean Carlos Marcillo Marcillo

jatimarcillo@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-1722-7104>

Investigador independiente

Jipijapa – Ecuador

Indira Nohelia Vega Carrillo

indinohe99@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-0500-8281>

Investigador independiente

Santa Rosa – Ecuador

Romina Solimar Arboleda Vásquez

rominaarvas19@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-4582-4955>

Investigador independiente

Manta – Ecuador

María Nohelia Muñoz Giler

noheliang@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0002-2175-3717>

Investigador independiente

Chone – Ecuador

Mario Ernesto Olivo Carranza

marusito1@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-5180-6658>

Investigador independiente

Manta – Ecuador

Artículo recibido: 29 de octubre de 2025. Aceptado para publicación: 05 de marzo de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La diarrea aguda infecciosa constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población pediátrica, representando un problema de salud pública. La diarrea aguda se define como el aumento de la frecuencia de las deposiciones con disminución de la consistencia y duración menor a 14 días, su principal complicación es la deshidratación. La presente investigación tuvo como objetivo sistematizar la evidencia actual sobre la fisiopatología, etiología, diagnóstico y manejo clínico de esta patología. Los resultados demostraron que la etiología viral es la más frecuente en niños menores de 5 años, seguida de las infecciones bacterianas en escolares, mientras que la parasitosis está presente en ambientes socioeconómicos vulnerables. El diagnóstico es clínico con valoración inicial de la deshidratación. La rehidratación es la piedra angular del tratamiento, mientras que los antibióticos están limitados a alta sospecha clínica o epidemiológica. Los probióticos tienen evidencia científica sólida como terapia coadyuvante para reducir intensidad y duración de la diarrea.

Palabras clave: diarrea aguda, población pediátrica, deshidratación, rehidratación oral

Abstract

Acute infectious diarrhea is one of the leading causes of morbidity and mortality in the pediatric population, representing a significant public health problem. Acute diarrhea is defined as an increase in stool frequency with decreased consistency lasting less than 14 days, with dehydration being its main complication. The present study aimed to systematize the current evidence on the pathophysiology, etiology, diagnosis, and clinical management of this condition. The results showed that viral etiology is the most frequent in children under five years of age, followed by bacterial infections in school-aged children, while parasitic infections are more prevalent in socioeconomically vulnerable settings. Diagnosis is primarily clinical, with initial assessment focused on dehydration. Rehydration constitutes the cornerstone of treatment, whereas antibiotic use is limited to cases with high clinical or epidemiological suspicion. Probiotics have solid scientific evidence as adjunctive therapy to reduce the severity and duration of diarrhea.

Keywords: acute diarrhea, pediatric population, dehydration, oral rehydration

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Marcillo Marcillo, J. C., Vega Carrillo, I. N., Arboleda Vásquez, R. S., Muñoz Giler, M. N., & Olivo Carranza, M. E. (2026). Diarrea aguda infecciosa en pediatría: etiología, diagnóstico y

tratamiento. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (1), 2360 – 2371.
<https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5438>

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (2024) define a la diarrea como deposiciones con una frecuencia mayor a 3 veces por día con disminución de su consistencia; ambos criterios deben cumplirse, debido a que las deposiciones frecuentes de heces sólidas no se consideran diarrea, ni tampoco las heces de consistencia suelta en lactantes.

Para considerar a la diarrea como aguda su duración debe ser menor a 14 días. El término de gastroenteritis aguda (GEA) suele ser sinónimo de diarrea aguda (DA), sin embargo, la GEA resulta de una infección gástrica y del intestino delgado, en la práctica clínica no suele presentarse enteritis en la DA provocada por cólera o shigelosis. Por lo tanto, el término de DA es más apropiado clínicamente (Pfleghaar, 2022).

García Marín et al. (2022) afirman que la DA es la segunda causa de morbilidad en urgencias pediátricas a nivel mundial. Es considerada la tercera causa de muerte en niños de 1 a 59 meses y una de las mayores causas de malnutrición en menores de 5 años (OMS, 2024).

En el Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2025) las enfermedades infecciosas intestinales que provocan DA representaron el 2.4% de defunciones en pediátricos de 1 a 4 años en el 2024.

La DA es una manifestación clínica que es provocada por la infección de microorganismos bacterianos, víricos o parasitarios. La amenaza más grave descrita es la deshidratación por pérdida de líquidos y electrolitos (OMS, 2024).

Es así, que la DA es una de las patologías más frecuentes en pediatría con riesgo de mortalidad por sus complicaciones. Bajo este contexto, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno resulta fundamental para reducir la progresión a cuadros de deshidratación grave que lleven a hospitalización y muerte.

El presente artículo tiene como objetivo sistematizar la información actual disponible sobre la etiología, diagnóstico y manejo clínico de la DA en la población pediátrica con la finalidad de mejorar la calidad de atención, fundamentando el uso de los recursos sanitarios y reducir la incidencia de las complicaciones. Para ello, resulta relevante identificar las principales causas etiológicas de DA, describir criterios clínicos y diagnósticos, examinar las opciones terapéuticas basadas en la evidencia con énfasis en el tratamiento antimicrobiano y de rehidratación.

METODOLOGÍA

Esta investigación se realizó mediante un enfoque cualitativo y descriptivo que estuvo orientado a la síntesis e interpretación de la evidencia científica más reciente sobre la diarrea aguda infecciosa en la población pediátrica. Bajo este contexto, permitió integrar los resultados sobre la fisiopatología, etiología, diagnóstico y tratamiento.

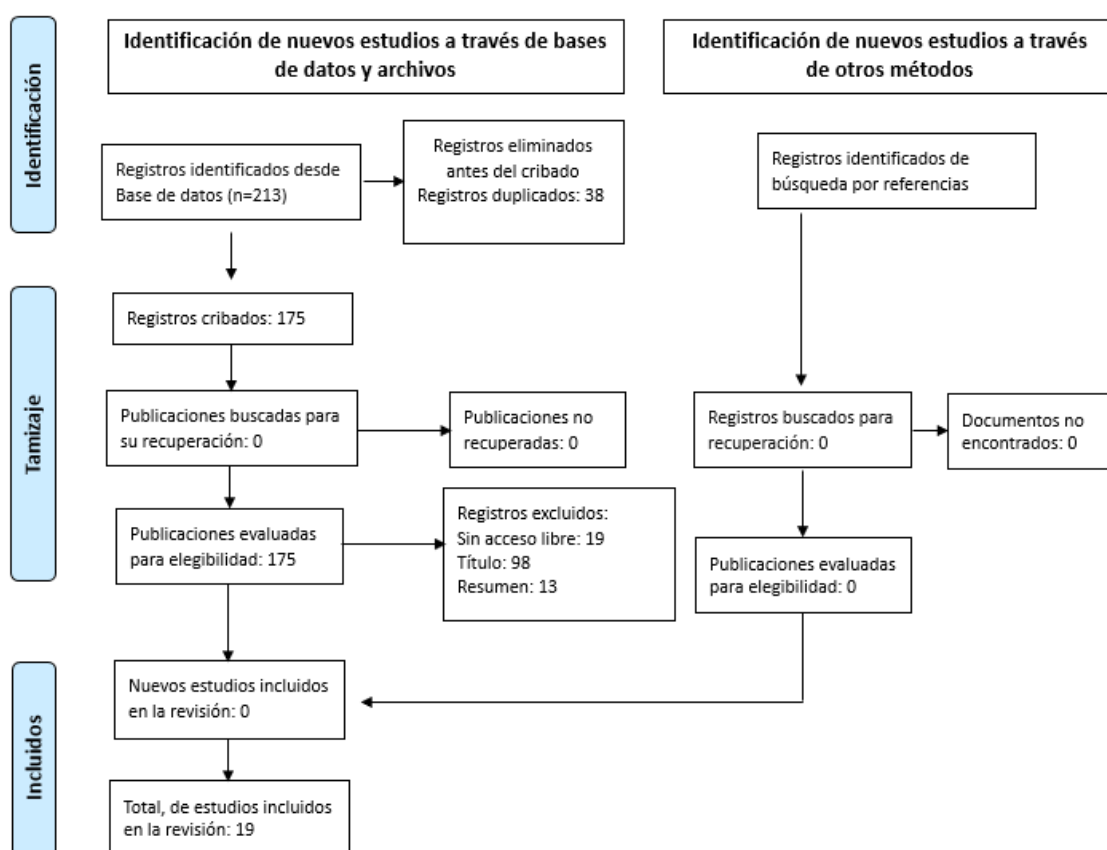
Se realizó una búsqueda en las bases de datos de Scielo, Scopus y Google Scholar, considerando publicaciones científicas desde el 2021 a enero 2026. Utilizando las palabras “diarrea aguda”, “población pediátrica”, “deshidratación en pediatría”.

Los criterios de inclusión fueron: artículos en inglés o español; artículos publicados en los últimos 5 años; reportes de casos clínicos; revisión sistemática o metaanálisis. Criterios de exclusión: artículos sin acceso libre.

La búsqueda en su etapa inicial identificó a 213 artículos científicos que fueron sometidos a los criterios expuestos, obteniendo los siguientes resultados de descarte: 26 en otro idioma, 19 no tuvieron acceso libre, 38 duplicados, 98 por título, 13 por abstract. Se incluyeron 19 artículos a esta investigación.

Figura 1

Diagrama de flujo tipo PRISMA



Fuente: Elaboración propia

La investigación se sustenta en un total de 19 referencias bibliográficas por su relevancia científica, cada uno de los estudios corresponde a revisiones sistemáticas y ensayos clínicos de gran impacto. Se obtuvo evidencia amplia, actualizada y de calidad.

RESULTADOS

Fisiopatología, etiología y clasificación de la DA

Fisiopatológicamente, Torres Criollo et al. (2022) afirman que la diarrea es el trastorno del transporte de los solutos a través de la pared intestinal. El mecanismo se explica en que el volumen de agua y de electrolitos superan a la capacidad de absorción del intestino, esto sucede por aumento de la

secreción, disminución de la absorción o ambas. Los microorganismos patógenos afectan a la mucosa intestinal provocando daño estructural y funcional con malabsorción de lactosa, nutrientes y electrolitos. Por lo tanto, la DA puede estar dada por alteraciones secretoras, osmóticas e inflamatorias relacionadas a la motilidad.

La etiología de la DA es variable según el grupo etario, sin embargo, los más frecuentes durante los 5 primeros años de vida son de etiología viral. La infección con mayor prevalencia es por rotavirus, especialmente entre los 6 meses y 2 años de edad, su transmisión es fecal-oral, son resistentes a médicos físicos y químicos persistiendo al medio ambiente con una alta tasa de transmisión. Los adenovirus son el segundo agente causal más frecuente de DA, siendo responsable del 5-20% de niños hospitalizados. Por último, otras causas virales de DA son norovirus, astrovirus y sapovirus (Monar Basantes et al., 2022).

Las infecciones digestivas por enterobacterias patógenas aumentan su frecuencia en niños mayores de 5 años. La Salmonella spp es una de las cuatro principales causas de DA, seguida de Shigella spp, Campylobacter spp y Yersinia spp (Monar Basantes et al., 2022).

La DA provocada por parasitosis es poco frecuente, sin embargo, es importante recalcar que en una revisión nacional en el Ecuador en 2023 se identificó una prevalencia de 45.3% de parasitosis intestinal en 2.642 niños menores a 5 años, cuyos agentes etiológicos relacionados a DA fueron protozoos como Entamoeba histolytica, Blastocystis spp, Giardia lamblia (Tufiño Bejarano et al., 2025).

Generalmente, en el Ecuador, las principales causas de DA en niños son los virus con una prevalencia del 70-90% de los casos, seguida de infección por las enterobacterias patógenas descritas en un 10-20%, los parásitos están presentes en 5% de los casos, siendo más comunes en zonas de bajos y medianos ingresos, de hecho, se suele deber a una mala higiene personal y doméstica con transmisión fecal-oral, cutáneas y oculares (Duarte Padilla & Vega Del Cisne, 2024).

Tabla 1

Clasificación y etiología de la diarrea

Mecanismo	Defecto fisiopatológico	Etiología	Observación
Osmótica	Disminución de la absorción, ingestión de solutos no absorbibles	Déficit de lactasa, malabsorción de glucosa-galactosa	Cede con el ayuno
Secretora	Disminución de la absorción, aumento de secreción	Vibrio cholerae, Escherichia coli toxigénica, Clostridium difficile, Norovirus, Giardia lamblia.	Persiste durante el ayuno
Inflamatoria	Inflamación, disminución de la absorción, aumento de la motilidad	Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Entamoeba histolytica	Disentería: presencia de heces con sangre y moco

Fuente: elaboración propia.

Diagnóstico

El diagnóstico se debe realizar mediante una historia clínica detallada con el familiar del paciente, en la que se considere la referencia del aumento de frecuencia por día de las deposiciones con disminución de su consistencia, tiempo de evolución, si la DA cede o no con el ayuno y si presenta

síntomas asociados como malestar, fiebre, dolor abdominal, hallazgo de sangre en las heces, historia previa de ingestión de alimentos y medicamentos, hábitos del consumo de agua, manifestaciones neurológicas y respiratorias. El examen físico debe ser minucioso con el objetivo de identificar signos de alarma, factores de riesgo y grado de deshidratación (Chicaiza Samaniego et al., 2025).

Es importante identificar hacinamiento y hábitos alimenticios en la familia del paciente pediátrico con DA, se ha descrito que el consumo de comida en la calle y de agua no hervida está asociado a infección por *Vibrio cholerae* (Mena Miranda et al., 2026).

Los factores de riesgos asociados a mayor complicación por deshidratación son la edad menor de un año, bajo peso al nacer, más de 5 deposiciones en 24 horas, más de 2 vómitos en 24 horas, mala tolerancia oral a líquidos, signos de desnutrición, bajo apego a la lactancia materna (Rodríguez Puga, 2023). Además, se ha descrito que en DA asociada a rotavirus en pacientes menores a 2 años con antecedente de prematuridad, sexo femenino, familiar con epilepsia, vómitos y glucemia mayor a 110 mg/dl previo a administración de líquidos, son signos de alarma para desarrollar una convulsión afebril (Naveda & Pérez, 2023).

Se debe realizar la valoración de la deshidratación en el paciente pediátrico con DA. La deshidratación es un síndrome clínico producido por la disminución del agua corporal acompañada de electrolitos, esta entidad provoca compromiso a nivel circulatorio, renal, pulmonar y neurológico. Bajo este contexto, el examen físico aporta datos importantes de signos de deshidratación enfocados en el peso corporal, mucosas, turgencia de la piel, respiración, estado de conciencia, llenado capilar, diuresis, pulsos periféricos, ojos, presencia de lágrimas, tensión arterial (García Herrero et al., 2024). La deshidratación se clasifica en leve, moderada o grave, según los signos que se identifiquen al examen físico.

Tabla 2

Síntomas y signos clínicos de deshidratación.

Signos y síntomas	Deshidratación leve, no detectable clínicamente	Deshidratación moderada o clínica	Shock descompensado
Apariencia	Normal	Alterada	-
Color de la piel	Normal	Normal	Palidez/piel moteada
Diuresis	Normal	Oliguria	-
Extremidades	Calientes	Calientes	Frías
Frecuencia cardíaca	Normal	Taquicardia	Taquicardia
Frecuencia respiratoria	Normal	Taquipnea	Taquipnea
Ojos	Normales	Hundidos	-
Mucosas	Húmedas	Secas	-
Consciencia	Alerta	Irritable	Letárgico
Pulso periférico	Normales	Normales	Débiles
Relleno capilar	<2 segundos	<2 segundos	>2 segundos
Tensión arterial	Normal	Normal	Hipotensión
Turgencia de la piel	Normal	Disminuida	-

Fuente: elaboración propia según la Guía NICE (modificada).

Otra clasificación de deshidratación es según la pérdida de peso corporal, se ha descrito que la disminución de 1 kg de peso corresponde al déficit de 1 litro de agua, sin embargo, un peso reciente antes de la enfermedad no está disponible frecuentemente (García Herrero et al., 2024).

Tabla 3

Clasificación de la deshidratación según la pérdida de peso corporal

Pérdida de peso (%)	Deshidratación leve	Deshidratación moderada	Deshidratación grave
Lactante	<5%	5-10%	>10%
Infante	<3%	3-9%	>9%

Fuente: elaboración propia según la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (2018)

Los estudios complementarios se reservan en pacientes con diarrea inflamatoria y grado de deshidratación moderado o grave. Estos estudios incluyen: biometría hemática, evalúa anemia, leucocitosis y leucopenia; electrolitos, evalúa desequilibrio en casos de deshidratación; coprocultivo, indicado en DA inflamatoria, inmunodeprimidos y diarrea prolongada; PCR, marcador de inflamación; calprotectina, se solicita cuando los polimorfonucleares (PMN) son >70%, un biomarcador de enfermedad inflamatoria intestinal o asociación a procesos infecciosos (Chicaiza Samaniego et al., 2025).

El coprocultivo es un estudio microbiológico que tiene alto coste económico y con reporte de baja positividad global cuando se realiza de forma rutinaria, se debe evitar su indicación después de las 72 horas de hospitalización y reservar para casos específicos, especialmente cuando la presentación clínica de disentería, signos de severidad o aspectos epidemiológicos, requieran de la identificación de un microorganismo para poder orientar una conducta terapéutica (Delpiano M. et al., 2025). A estos criterios se agrega inmunodeficiencia, ingreso hospitalario, diagnóstico dudoso y diarrea prolongada (Ortiz Ortiz et al., 2024)

Actualmente está disponible el test de diagnóstico rápido (TDR) microbiológico que requiere de una muestra clínica, este contexto heces, que permite detectar el antígeno del germen mediante una reacción de fijación antígeno-anticuerpo con resultado positivo o negativo, se utiliza en el caso que la identificación del agente patógeno cambie la conducta terapéutica de la DA enfocado en la deshidratación, pronóstico y seguimiento (Redondo & Amado Puentes, 2023).

Tratamiento de la deshidratación

En pacientes con DA y deshidratación leve, la OMS indica tratamiento ambulatorio a base de líquidos con contenido de NA con la finalidad de prevenir la hiponatremia. Además, enfatiza en evitar gaseosas, jugos, café o té por sus efectos diuréticos y purgantes que perpetúan la deshidratación. Por lo tanto, se sugiere fomentar la lactancia, agua potable, sales de rehidratación oral (SRO), agua de arroz. Indicar la realimentación temprana que ha demostrado mejorar la regeneración epitelial, promover la recuperación, absorción de nutrientes y ganancia ponderal, bajo este contexto no se debe mantener el ayuno. Actualmente, no se recomienda el consumo de alimentos sin lactosa durante la DA y la mayoría de los lactantes no presentan signos o síntomas atribuidos a mala absorción por deficiencia de lactasa, no obstante, sí existe cierta evidencia de que alimentos sin lactosa puede disminuir la duración de la DA, aunque esta evidencia es limitada en el tratamiento ambulatorio (Castellano et al., 2022).

El tratamiento de rehidratación oral (RHO) incluye 2 fases: rehidratación y mantenimiento. La fase de rehidratación se da de 2-4 horas y reemplaza el déficit con SRO de 30-50 ml/kg en deshidratación leve y de 50-90 ml/kg en deshidratación moderada. En caso de intolerancia oral con vómitos, se debe ofrecer 5 ml cada 2-5 minutos aumentando la dosis según la tolerancia, si se presentan vómitos está indicado la administración de ondansetrón 0.15 mg/kg con un máximo de dosis de 6-8 mg y revalorar la tolerancia oral a los 20 minutos, se ha reportado que el uso de este antiemético reduce la necesidad de ingreso hospitalario y de rehidratación endovenosa. Durante la fase de mantenimiento se reemplazan las nuevas pérdidas administrando de 5-10 ml/kg por cada deposición diarreica (García Herrero et al., 2024).

La rehidratación intravenosa se realiza en casos de deshidratación moderada con fracaso o deshidratación grave/shock descompensado, se realiza en 2 fases: rehidratación intravenosa rápida (RIR) y mantenimiento. La RIR consiste en administrar solución isotónica a 20ml/kg/h entre 1-4 horas, favoreciendo la corrección del desequilibrio hidroelectrolítico y reduciendo estadía hospitalaria, se recomienda añadir glucosa 2.5% en pacientes con glucemia normal o cetosis. La fase de mantenimiento se recomienda la RHO para evitar iatrogenia, sin embargo, en caso de mantener el tratamiento intravenoso se debe mantener la solución isotónica con glucosa al 5% y calculando el K según las necesidades basales de líquidos basales en 24h según la fórmula de Holliday-Segar.

Con respecto a las soluciones con mayor evidencia, Rodríguez-Portelles & Campos Miño (2022) realizaron una revisión sistemática en la que compararon la solución salina vs soluciones balanceadas, el estudio identificó que las soluciones balanceadas tienen efectos similares en rehidratación con disminución de riesgo de lesión renal aguda y necesidad de terapia de reemplazo renal en pediátricos con DA. La OMS la recomienda como primera opción en caso de diarrea infantil y deshidratación grave.

Tratamiento antimicrobiano

La DA es producida en más del 80% de los casos por virus como el rotavirus, norovirus, adenovirus, astrovirus y sapovirus. En pediátricos mayores de 5 años el agente patógeno más frecuente es *Campylobacter* spp, mientras que en la DA del viajero es *Escherichia coli* enterotoxigénica. Por lo tanto, las indicaciones de los antimicrobianos suelen ser limitadas y están indicados en caso de coprocultivo positivo o sospecha epidemiológica (Montesdeoca Melián & Castillo de Vera, 2023).

Tabla 4

Tratamiento antimicrobiano en DA

Agente etiológico	Indicación	Tratamiento elección	de Alternativa
<i>Campylobacter</i> spp	DA persistente >7 días	Azitromicina	Ciprofloxacino
<i>Clostridium difficile</i>	DA persistente después de interrumpir antibióticos	Metronidazol	Vancomicina
<i>E. coli</i> enterohemorrágico	Antibióticos contraindicados	Antibióticos contraindicados	Antibióticos contraindicados
<i>E. coli</i> enterotoxigénico	Siempre	Azitromicina (3 días)	Ciprofloxacino
<i>Salmonella typhi</i>	Siempre	Cefalosporinas de 3a generación	Cotrimoxazol, ciprofloxacino
<i>Shigella</i>	DA persistente Enfermedad grave	Cefotaxima, ceftriaxona, azitromicina	Cefixima, ciprofloxacino

V. cholerae	DA persistente Control de brotes	Azitromicina	Doxiciclina (>8 años), cotrimoxazol
Yersinia	Bacteriemia Inmunosupresión	Cefalosporinas de 3a generación	Ciprofloxacino, cotrimoxazol
Giardia lamblia	Siempre	Metronidazol (5-7 días)	Tinidazol (1 día)
Entamoeba histolytica	Siempre	Metronidazol (10 días)	Tinidazol (3-10 días)

Fuente: Elaboración propia (modificado) según (Montesdeoca Melián & Castillo de Vera, 2023).

En los casos de DA en que esté indicado el tratamiento antibiótico empírico por sospecha clínica y epidemiológica, la azitromicina es efectiva frente a especies como Shigella, Campylobacter, Salmonella y E. coli enterotoxigénico (Notario et al., 2025).

Probióticos

Los probióticos son microorganismos vivos que cuando se administran en cantidades adecuadas brindan beneficio sobre la salud. Los probióticos tienen identidad microbiológica por género, especie y cepa, son microorganismos seguros según la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (Boggio Marzet et al., 2022).

Los probióticos suelen ser efectivos siempre y cuando se utilicen los que tienen mayor evidencia científica a dosis adecuada. Los estudios han demostrado que Lactobacillus GG y Saccharomyces boulardii son efectivos para disminuir la intensidad y duración de la DA, se enfatiza en casos de diarrea secretora o de causa viral (Ortiz Ortiz et al., 2024).

DISCUSIÓN

La DA infecciosa es una de las principales causas de morbimortalidad pediátrica a nivel mundial. Los estudios incluidos en la presente investigación confirman que la DA representa una patología clínica multifactorial, su etiología, evolución y gravedad están dadas por la edad, agente patógeno y condiciones socioambientales.

Con respecto a la etiología, los resultados demostraron que los agentes virales son la causa más frecuente de DA en menores de 5 años, el rotavirus es el agente más frecuente, coincidiendo en lo reportado por Basantes et al. (2022) y por la OMS (2024), quienes afirman que entre el 70-90% de casos de DA se deben a origen viral. La alta prevalencia se debe a la alta tasa de transmisión y resistencia. García Marín et al. (2022) afirmó que la DA viral sigue siendo la principal causa de consulta en urgencias pediátricas.

Los resultados evidenciaron aumento de la frecuencia de infecciones bacterianas en niños mayores de 5 años con predominio de Campylobacter spp, Salmonella spp y Shigella spp. Esto coincide con Duarte Padilla y Vega Del Cisne (2024), quienes describen a estas enterobacterias con prevalencia del 10-20% de los casos.

La etiología parasitaria es un menor porcentaje de los casos, sin embargo, se evidencia alta prevalencia en parasitosis intestinal en menores de 5 años. Estos resultados coinciden con el estudio de Tufiño Bejarano et al. (2025) quienes reportaron una prevalencia de 45.3% causadas por Entamoeba histolytica, Giardia lamblia y Blastocystis spp. Los hallazgos presentados se dieron en relación a condiciones de pobreza, hacinamiento y hábitos de higiene inadecuados.

Fisiopatológicamente la DA se clasifica en secretora, osmótica e inflamatoria con alteración de la motilidad, descritos por Torres Criollo et al. (2022), esta clasificación resulta importante para orientar el diagnóstico clínico y tratamiento.

Chicaiza Samaniego et al. (2025) enfatiza que el diagnóstico se da mediante una historia clínica detallada y el examen físico que permite identificar signos de alarma, factores de riesgo y el grado de deshidratación. Esto coincide con lo descrito por García Herrero et al. (2024) quienes señalaron que los signos clínicos son el método más confiable en la práctica clínica para clasificar la deshidratación y dirigir el tratamiento.

Delpiano et al. (2025) y Ortiz Ortiz et al. (2024) coincidieron que el coprocultivo debe indicarse en casos específicos debido a su bajo rendimiento diagnóstico y alto coste económico sanitario. Por otro lado, el test diagnóstico rápido descrito por Redondo y Amado Puentes (2023) destacan su valor en la identificación del agente etiológico en el primer nivel de atención.

El tratamiento de la DA debe estar dirigida a la deshidratación como complicación, por lo que se considera la piedra angular. Castellano et al. (2022) coincide con que se debe iniciar tempranamente la alimentación y mantener la lactancia materna para favorecer la recuperación de la mucosa intestinal. En los casos de deshidratación grave las soluciones balanceadas presentan resultados importantes con prevención de lesión renal aguda en comparación a la solución salina, como lo detalla Rodríguez-Portelles y Campos Miño (2022).

En el tratamiento antimicrobiano, los resultados presentados coinciden con Montesdeoca Melián y Castillo de Vera (2023) y Notario et al. (2025), quienes afirman que el uso de los antibióticos debe limitarse a casos clínicos seleccionados de severidad o sospecha clínica basado en datos epidemiológicos. Asimismo, la contraindicación de antibióticos en casos de E. coli enterohemorrágica reportados.

Finalmente, Ortiz Ortiz et al. (2024) y Boggio Marzet et al. (2022) coinciden en que los probióticos como Lactobacillus GG y Saccharomyces boulardii son las cepas identificadas con mayor evidencia científica en reducción de duración e intensidad en casos de DA secretora o de origen viral.

CONCLUSIÓN

La DA infecciosa es una de las principales causas de morbimortalidad pediátrica en el mundo y en el Ecuador. La etiología viral es la más frecuente en menores de 5 años, mientras que en mayores de 5 años predomina las infecciones bacterianas. La parasitosis intestinal es la causa menos frecuente de DA, sin embargo, sigue siendo una entidad importante en nuestro medio.

El diagnóstico oportuno está basado en una historia clínica y examen físico minucioso para identificar signos de alarma y estratificación de la deshidratación. La rehidratación oral constituye el pilar del tratamiento, siendo seguro y costo-efectivo en casos de deshidratación leve y moderada.

El uso de antibióticos debe ser limitado, reservado a casos con indicación clínica y epidemiológica con el objetivo de disminuir la resistencia bacteriana. Los probióticos son los microorganismos que sirven como complemento al tratamiento farmacológico.

REFERENCIAS

Benítez Maestre & Miguel Durán. (2018). Gastroenteritis aguda | Pediatría integral. Pediatría integral. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-01/gastroenteritis-aguda/>

Boggio Marzet, C., Burgos, F., Del Compare, M., Gerold, I., Tabacco, O., & Vinderola, G. (2022). Abordaje de los probióticos en pediatría: el rol de *Lactobacillus rhamnosus* GG. Archivos Argentinos de Pediatría, 120(1). https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752022000100081&script=sci_arttext#aff1

Chicaiza Samaniego, P. F., Cevallos Yambay, J. M., Angueta Cabezas, L. G., Robalino Gualoto, R. S., Chicaiza Robalino, J. F., Abarca Guangaje, A. N., & Huilca Benavides, D. S. (2025). PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DIARREA AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA, ECUADOR. LA CIENCIA AL SERVICIO DE LA SALUD Y NUTRICIÓN, 16(1). <https://doi.org/10.47187/cssn.vol16.iss1.423>

Castellano, V., Giglio, N., Pacchiott, A., & Gentile, Á. (2022). Outpatient management of childhood acute diarrhea: survey among pediatricians from a children's hospital in the City of Buenos Aires. Archivos Argentinos de Pediatría, 120(1). <https://doi.org/10.5546/aap.2022.eng.46>

Delpiano M., L., Campos R., J. M., Castillo C., F., Correa R., P., & Le Roy O., C. (2025). Coprocultivo en pediatría: una evaluación centrada en su positividad. Andes Pediatrica, 96(6). <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v96i6.5702>

Duarte Padilla, M., & Vega Del Cisne, C. (2024). Análisis epidemiológico de la diarrea aguda en niños menores de cinco años: un enfoque basado en factores sociodemográficos. FACSALUD-UNEMI, 8(15), 39–45. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol8iss15.2024pp39-45p>

García Herrero, M. Á., López López, R., & Guibert Zafra, B. (2024). Deshidratación en contexto de gastroenteritis aguda. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/17_Deshidratacion_4ed.pdf

García Marín, A., Lloret Ferrándiz, G., & González de Dios, J. (2022). Ondansetrón para el control de vómitos asociados a gastritis y gastroenteritis aguda en urgencias de Pediatría: uso, abuso y buen uso. Revista Pediatría Atención Primaria, 4(96). https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322022000400002&script=sci_arttext

INEC. (2025). Boletín Técnico del Registro Estadístico de Defunciones Generales. Quito. Obtenido de: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/defunciones-generales/>

Monar Basantes, S. P., Cedeño Cajas, G. M., Díaz Parra, A. D., & Martínez Durán, E. E. (2022). Salmonella, Shigella Rotavirus y adenovirus en niños con diarrea Una revisión bibliográfica. Polo del conocimiento, 7(9), 2532–2548. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9401556>

Mena Miranda, V., Gainza Bello, G., & Esquivel Lauzurique, M. (2026). Modelo pronóstico de gravedad en pacientes pediátricos con cólera. Revista Cubana de Pediatría, 98. <https://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/7609>

Montesdeoca Melián & Castillo de Vera. (2023). Uso racional de antibióticos en Pediatría. Pediatría Integral, 27(6), 321–330. <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2023/09/Pediatria-Integral-XXVII-6-WEB-1.pdf#page=31>

Naveda, O., & Pérez, H. (2023). Gastroenteritis por rotavirus, algo más que diarrea y deshidratación. *Boletín Médico de Postgrado*, 39(2), 16–24. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8152649>

Notario, R., Borda, N., Freije, J., Peyronel, E., Vallecillo, L., & Gambandé, T. (2025). AZITROMICINA EN DIARREA AGUDA, NECESIDAD DE ENFOQUE ONE HEALTH. *Revista Médica de Rosario*, 91(2). <https://revistamedicaderosario.org/index.php/rm/article/view/280>

Organización Mundial de la Salud. (2024, 7 de marzo). Enfermedades diarreicas. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

Ortiz Ortiz, K. A., López Paredes, J. C., Arévalo Balcázar, S. I., & Estévez Angulo, A. R. (2024). Síndrome disentérico en pacientes pediátricos, diagnóstico y tratamiento. *Polo del Conocimiento*, 9(6), 2448–2461. <https://doi.org/10.23857/pc.v9i6.7451>

Pfleghaar, N. (2022, 21 de noviembre). Diarrea. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448082/>

Rodríguez-Puga, Rolando. (2023). Incidencia y factores de riesgo de la enfermedad diarreica aguda grave en pacientes pediátricos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 27(6), . Epub 01 de noviembre de 2023. Recuperado en 06 de febrero de 2026, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942023000700010&lng=es&tlng=pt.

Redondo, R., & Amado Puentes, A. (2023). Test de diagnóstico microbiológico rápido en la consulta de Pediatría de Atención Primaria. *Pediatría Integral*, 27(7), 395–403. https://pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2023/11/Pediatria-Integral-XXVII-7_WEB.pdf#page=46

Rodríguez-Portelles, A. C., & Campos Miño, S. (2022). Fluidoterapia en pediatría: solución salina vs. soluciones balanceadas. *Metro Ciencia*, 30(2), 50–65. <https://doi.org/10.47464/metrociencia/vol30/2/2022/50-65>

Torres Criollo, L. M., Álvarez Ochoa, R. I., & Pérez Ramírez, J. E. (2022). *Medicina de Urgencias*. Puerto Madero Editorial Académica.

Tufiño Bejarano, D. A., Estévez Montalvo, L. E., Carangui Vázquez, C. F., & Ramirez Padrón, F. E. (2025). Principales causas de morbilidad en la primera infancia en Ecuador: una revisión exhaustiva de la literatura. *Revista Multidisciplinaria Investigación Contemporánea*, 4(1). <https://doi.org/10.58995/redlic.rmic.v4.n1.a155>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) .