



Capítulo 30

DIARREAS AGUDAS

J. González Barboteo - F. Madruza Galán

DEFINICIÓN

- ▲ Se define como *diarrea* un aumento en el volumen de las deposiciones (más de 250 gr/día) o de su contenido acuoso (más del 70 %). También se considera diarrea el aumento en el número de las deposiciones (más de tres al día o dos si se acompaña además de síntomas intestinales).
- ▲ Recibe el nombre de *diarrea aguda* aquella que dura menos de 2 semanas. En caso de mantenerse la clínica más de dos semanas se denomina *diarrea persistente*. Si la duración del cuadro llega al mes se considera *diarrea crónica*.
- ▲ La *gastroenteritis aguda* es una entidad nosológica caracterizada por ser un proceso diarreico de menos de 2 semanas de evolución, acompañado o no de vómitos y dolor abdominal, producido por un germen o sus toxinas.

ETIOLOGÍA

En el cuadro 30.1 podemos apreciar las principales causas de diarreas agudas.

Cuadro 30.1: Etiología de las diarreas agudas

- a) Infecciosa:
 - ▲ Bacterias:
 - Mecanismo enteroinvasor: Salmonella sp, Shigella sp., Yersinia sp.,...
 - Mecanismo enterotoxigénico: Vibrio cholerae, C. perfringens, C. difficile,...
 - Toxinas preformadas: S. Aureus, Bacillus cereus.
 - ▲ Virus: Rotavirus, Agente Norwalk, Adenovirus,...
 - ▲ Protozoos: Giardia, Dientamoeba fragilis, Entamoeba histolítica, Balantidium coli,...
- b) Drogas: alcohol, analgésicos, antiácidos, antibióticos, antihipertensivos, digital, diuréticos, laxantes, tiroxina, sales de potasio,...
- c) Metales pesados: As., Pb., venenos, aditivos alimentarios,....
- d) Expresión aguda de una diarrea crónica: Enf. Inflamatoria intestinal, sd. de malabsorción...
- e) Endocrinometabólicas: uremia, acidosis metabólica, diabetes, hipertiroidismo...
- f) Postcirugía: vagotomía – piloroplastia, gastroyeyunostomía, S. del intestino corto...
- g) Otros: Impactación fecal (pseudodiarrea), diverticulitis, abdomen agudo (fases iniciales), etc.

CLASIFICACIÓN

- ▲ Las gastroenteritis clásicamente se han clasificado por su **mecanismo de producción** en (ver cuadro 30.1): A) Por toxinas: 1. *Enterotoxinas*; 2. *Citotoxinas*. B) Por gérmenes enteroinvasivos.

- ▲ Sin embargo, es más útil, para el manejo en el Servicio de Urgencias, clasificar las diarreas **según la gravedad** del proceso:
 - **Diarreas leves:** aquellas que se producen en sujetos previamente sanos, no presentan fiebre, moco, sangre o pus en heces. No producen síntomas ni signos de deshidratación ni alteraciones hidroelectrolíticas. Además por regla general, no produce alteración de la vida cotidiana del paciente.
 - **Diarreas moderadas:** aquellas que producen alteraciones iónicas leves, vómitos frecuentes, dolor abdominal intenso, limitan la actividad del enfermo o bien diarreas leves en determinados grupos de riesgo *.
 - **Diarreas graves:** postración del enfermo, fiebre (>38° C), síntomas o signos de deshidratación (ortostatismo, sed, oliguria, hipotensión, taquicardia, hemoconcentración, insuficiencia renal), la presencia de sangre, moco o pus en heces o en diarreas moderadas que se producen en pacientes determinados.
 - **Diarreas muy graves:** estados de shock, insuficiencia renal establecida o diarreas graves en pacientes especiales *.

* **Circunstancias que hay que tener en cuenta en un proceso diarreico agudo:** Anciano, enfermos con patología importante de base, (diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica...), inmunodeprimidos, patología vascular asociada (prótesis valvulares, injertos vasculares, aneurisma, valvulopatías), gastrectomizados.

DIAGNÓSTICO

Es fundamental realizar una buena anamnesis y una exploración física completa que nos orientará sobre la posible etiología del proceso y nos permitirá valorar la gravedad del enfermo, así como la necesidad de realización de pruebas complementarias o no.

1.- **ANAMNESIS:** en primer lugar, preguntaremos acerca del *número de deposiciones; hábito intestinal previo* del enfermo; *características de las heces* (la presencia de sangre, moco o pus); *el tiempo de duración del proceso*; si existen *síntomas acompañantes*: sensación de sed, ortostatismo, vómitos, dolor abdominal, oliguria, síntomas neurológicos (sospechar en botulismo o en cuadro tóxico por la ingesta de moluscos bivalvos contaminados); la presencia de *fiebre*; si existen *otras personas cercanas al enfermo con los mismos síntomas* (nos orientará a una toxiinfección alimentaria); *si ha ingerido* carne o pescado crudo, marisco, conservas en mal estado, huevos o derivados (cremas, pasteles...); si ha recibido *tratamiento previo con antibióticos* (colitis pseudomembranosa por *C. difficile*); si ha realizado últimamente algún *viaje* a países de riesgo: diarrea del viajero (E. Coli, enteropatógenos, V. Cholerae, amebas, Giardia...); la asistencia a Centros de Día o pacientes institucionalizados (*Shigella sp.*, *Giardia*...)

- ▲ En el caso de una toxiinfección alimentaria es importante preguntar el *tiempo transcurrido desde la ingesta del alimento hasta la aparición de los síntomas*:
 - Menos de 6 horas: *S. aureus*, *Bacillus cereus*...
 - Entre 8 – 14 horas: *Clostridium perfringens*, *S. epidermidis*...
 - Más de 14 horas y se asocia a vómitos: *Virus*.
 - Síntomas y/o signos de infección por *Shigella*, *Salmonella*...
 - Sangre en heces pero con fiebre baja o ausente: *E. coli* enterohemorrágico...
- ▲ En caso de pacientes ancianos, con deterioro mental o institucionalizados también que pensar en otras causas como isquemia u obstrucción intestinal, laxantes, fármacos, fecaloma.

2.- **EXPLORACIÓN FÍSICA:** deberá ser completa aunque la exploración abdominal con tacto rectal incluido centre nuestra atención. Habrá que prestar especial cui-



dado a los signos de deshidratación (sequedad de mucosas, signo del pliegue cutáneo, tono ocular), *nivel de conciencia* y *signos de inestabilidad hemodinámica* (ortostatismo, taquicardia...). Nos podemos encontrar dolor abdominal difuso sin signos de irritación peritoneal y aumento de los ruidos abdominales. En los casos de dolor abdominal severo el perfil temporal del dolor y una valoración exhaustiva seriada (3, 6, 12 y 24 horas) clarifica la mayoría de los dudosos en la valoración inicial de Urgencias.

3.- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- a) *Pacientes con diarrea leve*: basta sólo con la historia clínica y la exploración física sin necesidad de exploraciones complementarias para indicar tratamiento ambulatorio, ver más adelante.
- b) *Resto de pacientes con diarrea*: se deberá solicitar *en un primer momento*:
- ▲ Sistemático de sangre y fórmula leucocitaria (podemos encontrar aumento del hematocrito por hemoconcentración y leucocitosis con desviación izquierda en las diarreas enteroinvasivas).
 - ▲ lones, urea, glucosa y creatinina (aumento de la urea y de la creatinina, hipernatremia e hipopotasemia).
 - ▲ Gasometría venosa si número de deposiciones elevado o vómitos acompañantes para valorar posibles alteraciones del pH plasmático (acidosis metabólica por pérdida de electrolitos y bicarbonato en heces).
 - ▲ Determinación de leucocitos en heces: que refleja una inflamación difusa de la mucosa intestinal, siendo positivo en infecciones por Salmonella, Shigella, Enf. Inflamatoria intestinal o diarreas en relación con tratamiento antibiótico.
- c) *En un segundo escalón de pruebas complementarias tenemos*:
- ▲ Gasometría arterial en casos de shock.
 - ▲ Realizar coprocultivos en aquellos pacientes con al menos uno de los siguientes supuestos:
 - Diarrea severa o heces sanguinolentas.
 - Temperatura > 38.5° C.
 - Si test de leucocitos, lactoferrina o sangre oculta en heces son positivos.
 - Diarrea persistente no tratada con antibióticos de forma empírica (en estos casos se recomienda realizar estudio de parásitos en heces).
 - Si existe cuadro disenteriforme.
 - Pacientes inmunocomprometidos.
 - Signos de deshidratación o toxicidad clínica.
 - ▲ Detección de la toxina de Clostridium difficile tras el uso de antibióticos.
 - ▲ Aquellos que van a ser ingresados se les extraerá dos hemocultivos (uno de cada brazo).
 - ▲ Si se sospecha cólera se puede enviar una muestra fresca de heces para ver la movilidad del vibrio.
 - ▲ La radiografía simple de abdomen deberá realizarse en aquellos casos en los que exista duda diagnóstica entre la gastroenteritis y otros procesos. No está indicada la realización de radiografía de abdomen en bipedestación salvo que se sospeche la presencia de abdomen agudo o de cuadro obstructivo.

TRATAMIENTO

- ▲ La mayor parte de los procesos diarreicos agudos, infecciosos o no, ceden de forma espontánea sin requerir tratamiento específico.

- ▲ De tal forma que se establece el tratamiento en función de la gravedad del cuadro:

DIARREAS LEVES: se realizará tratamiento domiciliario con ingesta de dieta pobre en residuos, sin lactosa, rica en hidratos de carbono y abundante aporte de líquidos por vía oral (al menos entre dos y tres litros al día). La solución recomendada por la O.M. S. debe contener (por litro de agua):

- 3´5 gr. de cloruro sódico.
- 2´9 gr. de citrato trisódico o 2´5 g. de bicarbonato sódico.
- 1´5 gr. de cloruro potásico.
- 20 g. de glucosa o 40 g. de sucrosa.

Esto se puede conseguir con los productos preparados al efecto tales como Sue-rooral® o bien de forma doméstica con limonada alcalina. Existen diversas modalidades de limonada alcalina. La siguiente es una de las más utilizadas:

- Un litro de agua.
- El zumo de dos limones.
- Cuatro cucharadas soperas de azúcar.
- Una cucharadita de bicarbonato.
- Un cuarto de cucharadita de sal.

En personas previamente sanas se pueden utilizar las bebidas isotónicas deportivas, zumos de frutas diluidos, caldos o sopas. El aporte calórico, si se tolera la ingesta oral, debe basarse en la toma de productos tales como patatas, arroz, pasta, plátanos, yogur, sopa y verduras enlatadas. Se recomienda no tomar leche ni derivados, exceptuando los yogures, debido a la intolerancia transitoria de lactosa por lesión de las microvelosidades intestinales. Tampoco es aconsejable la ingesta de alimentos ricos en residuos (verduras, legumbres...). En nuestro hospital adjuntamos a cada paciente una hoja de recomendaciones dietéticas para estos casos.

DIARREAS MODERADAS: rehidratación oral domiciliaria con reevaluación a las 48 horas si no mejoran los síntomas.

- ▲ Deberán hospitalizarse aquellos pacientes que cumplan los siguientes criterios:
 - Pacientes en los que aumenta el riesgo de bacteriemia: Ancianos, inmunodepresión, patología vascular asociada (prótesis valvulares, injertos vasculares, aneurismas, valvulopatías), gastrectomizados.
 - Intolerancia oral, signos de deshidratación, sobre todo en ancianos o marcada sintomatología extraintestinal.
 - Ingesta previa de antibióticos por otro motivo.
 - Sospecha de abdomen agudo o etiología no infecciosa.

Los pacientes que requieren ingreso hospitalario deben ser sometidos a **aislamiento intestinal**. Se solicitarán en Urgencias tres coprocultivos y dos hemocultivos (uno de cada brazo).

DIARREAS GRAVES Y MUY GRAVES: todos los casos requieren hospitalización. Se debe realizar rehidratación por vía parenteral (en los cuadros muy graves se debe controlar la presión venosa central). Se valorará la realización de tratamiento antibiótico de forma empírica en los siguientes casos:

- Signos y síntomas de diarrea bacteriana y/o disentería tales como fiebre, diarrea sanguinolenta, y la presencia de sangre oculta en heces o leucocitos en heces.
- Más de ocho deposiciones diarias o signos de deshidratación.
- Síntomas de > 1 semana de duración o sospecha de infección por Giardia.
- En los ancianos, inmunocomprometidos o patología vascular.



- ▲ Se realizará **tratamiento antibiótico empírico** con:
 - Ciprofloxacino, a dosis de 500 mg. / 12 h. v.o. durante 5 días o hasta llegada de coprocultivos, tras lo cual está indicado realizar tratamiento específico según antibiograma.
 - Levofloxacino, a dosis de 500mg. / 24 h. v.o. durante 5 días.
 - Trimetoprim – sulfametoxazol a dosis de 1 comp. (160-800 mg.) / 24 h. v.o. durante 7 días (aunque presenta con más frecuencia resistencia).
- ▲ En caso de **infecciones parasitarias** en principio no está indicado realizar tratamiento antibiótico empírico hasta la confirmación de la infección parasitaria. Sólo en aquellos casos en que tengamos sospecha de la misma y en casos graves nos podríamos plantear dicho tratamiento con:
 - Si sospechamos **amebiasis**: Metronidazol, a dosis de 750 mg. / 8 h. v.o. durante siete días, seguido de paramomicina 500 mg. / 8h. durante 7 días o yo-doquinol 650 mg. / 8 h. durante 20 días.
 - Ante la sospecha de **giardiasis**: Quinacrina 100 mg. / 8 h. v.o. o Metronidazol 250 mg. / 8 h. v.o. ó 2 g / 24 h. v.o. durante siete días, prolongando el tratamiento en pacientes inmunocomprometidos.
- ▲ En un **paciente tratado previamente con antibióticos**, éstos hay que suspenderlos, extraer coprocultivos y realizar determinación de toxina de *C. difficile*. Si tenemos una sospecha fuerte de colitis pseudomembranosa por *Clostridium difficile* y el paciente presenta un deterioro importante del estado general el tratamiento se basará en metronidazol 500 mg. / 8h v.o. durante siete a catorce días.
- ▲ **Tratamiento no específico de las diarreas**:
 - Si fiebre o dolor abdominal se administrará paracetamol 500 – 650 mg. / 6 h.
 - El empleo de antidiarreicos (loperamida, difenoxilato con atropina, tintura de opio o subsalicilato de bismuto) suelen proporcionar alivio sintomático temporal y son eficaces en diarreas resistentes. Estos preparados frenan el peristaltismo y el vaciamiento intestinal pudiendo prolongar la enfermedad ya que los microorganismos y las toxinas permanecen durante más tiempo en contacto con la mucosa intestinal. Por tanto, aunque su uso está ampliamente difundido, deberán utilizarse de forma individualizada, durante cortos periodos de tiempo, bajo supervisión médica. Están contraindicados en aquellos casos en los que el paciente presente fiebre, sangre en heces o dilatación radiológica del colon y en inmunodeprimidos. El fármaco de elección es la loperamida, a dosis inicial de 4 mg., seguida de 2 mg. / 6 horas, siendo lo máximo permitido en el adulto 12 mg. / día.
- ▲ Por último reseñar que en los casos de cuadros crónicos y que no comprometan clínica ni analíticamente al paciente serán remitidos a su centro de atención primaria o derivados a consultas de los servicios de Gastroenterología o Medicina Interna.

BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Dorado Dupont HL, The Practice Parameters Committee of The American College of Gastroenterology. Guidelines on acute infectious diarrhea in adults. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 1962-1975.
- ▲ Wanke CA. Approach to the patient with infectious diarrheal disease. *Up to date* 1999; 8 (1).
- ▲ Mensa J, Gatell JM, Jiménez MT, Prats G. Guía terapéutica antimicrobiana. 10ª ed. Barcelona: Masson; 2000.
- ▲ Hernández Surmann E, Garmendía Fernández C, Pérez Arellano E. Diarrea. En: Acedo Gutiérrez M.S, Barrios Blandino A, Díaz Simón R, Orche Galindo S, Sanz García R.M, editores. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Doce de Octubre. 4ª ed. Madrid: Grupo MSD; 1998. p. 461-472.