

Diarrea en adultos

La diarrea aguda se define como el aumento en el contenido de líquido, volumen o frecuencia de las deposiciones (mayor que lo habitual para la persona), con una duración menor de 14 días (cuando tiene una duración mayor se denomina como persistente).

o más de 3 evacuaciones no formadas en 24 hrs más 1 síntoma entérico

Epidemiología

La diarrea continúa siendo la segunda causa de morbilidad en México y tercera causa de mortalidad en países de bajos ingresos. Su transmisión es principalmente fecal-oral. Y el lavado de manos reduce hasta en un 30% sus episodios.



Cada año se presentan 2,000,000,000 de casos por enfermedad diarréica a nivel mundial. De los cuales 2,500,000 tienen un desenlace mortal.

F. de riesgo

- Consumo de agua y alimentos contaminados.
- Deficiencia en la higiene personal del paciente.
- Deficiencia de higiene al manipular alimentos.
- Falta de higiene al preparar los alimentos.
- La falta del saneamiento básico en el entorno.
- Tener viajes con destino a los lugares endémicos.



Realizar lavado de manos después de defecar, después del cambio de pañales, antes de preparar y comer alimentos.

Clínica

La presentación es tipo acuosa o de tipo disentérica con más de tres evacuaciones de heces no formadas en 24 horas, y asociación de un síntoma entérico (náuseas, vómitos, dolor o calambres abdominales, tenesmo, urgencia y flatulencia).

La diarrea disentérica por lo general es de una etiología bacteriana (*Salmonella*, *Shigella* y *Campylobacter*) y se caracteriza por fiebre, tenesmo y heces sanguinolentas.

Infecciosa

Virus, bacterias, parásitos y hongos. Es la más común.
La etiología viral más común (auto-limitada.)

Diagnóstico

Inicialmente: Historia clínica (anamnesis y exploración) con semiología de síntomas y su duración, condiciones médicas, viajes recientes y terapia farmacológica.

- El coprocultivo es el **gold standard**, solo en casos seleccionados:
 - ✓ Diarrea aguda de tipo disenterica.
 - ✓ Deshidratación moderada a grave.
 - ✓ Síntomas durante más de siete días.



No infecciosa

Efectos adversos de medicamentos, enfermedades gastrointestinales o endocrinas, entre otras.

Viral: vómito y diarrea no sanguinolenta, acuosa con duración de 2 a 3 días o menos

Bacteriana: disentería, sangre visible en heces, fiebre, dolor abdominal severo y persistente.

Parásitos / giardia: persistente o crónica.

Enterotoxinas: náuseas y vómito en las últimas 24 hrs

PATÓGENO	EPIDEMIOLOGÍA	TRATAMIENTO ESPECÍFICO
Norovirus / Rotavirus	Vómito y diarrea acuosa no sanguinolenta con duración de 2 a 3 días o menos.	Sintomático
Shigella	Persona a persona en la comunidad	Ciprofloxacino 3 días
Salmonella Typhi	Fecal oral en la comunidad viaje a zonas endémicas (fiebre entérica)	Ciprofloxacino 7 días
E. coli	Adquirida en la comunidad y viajes	Ciprofloxacino 3 días
Vibrio cholerae	Agua contaminada, mariscos (heces agua de arroz, vómito deshidratación grave)	Doxiciclina dosis única (Azitro, cipro)
Giardia / Entamoeba	Guarderías y asilos/ viajes a zonas tropicales (> 7 días)	Metronidazol 3 días
Clostridium difficile	Nosocomial (3 días hospitalizado o ATB últimos 3 meses)	Metronidazol 5 días
Bacillus cereus	Consumo arroz frito recalentado	Sintomático / Cipro
S. Aureus	Varias personas con exposición alimentos comunes con síntomas <16 hrs	Toxina preformada no requiere ATB
Campylobacter	Pollo mal cocido en comunidad	Azitromicina

Tratamiento acorde a grado de deshidratación		2023
<ul style="list-style-type: none"> Leve-moderada: Hidratación VO con SRO de osmolaridad reducida (< 270 mmol/L). Se pueden necesitar administrar hasta 6 litros durante el primer día de tratamiento. Grave: Rehidratación IV sin respuesta a SRO vía oral. 	<ul style="list-style-type: none"> En diarrea sin sangre no deben recibir antibiótico. Antibióticos solo se recomienda para diarrea disentérica. Ante diarrea persistente se basa en la prescripción de metronidazol ante la alta sospecha de parasitos. 	
Tratamiento sintomático		Tratamiento acorde a tipo de diarrea
<ul style="list-style-type: none"> La loperamida sólo debe reservarse para la diarrea de tipo de no sanguinolenta; de lo contrario prolonga la diarrea. El subsalicilato de bismuto, se indica en diarrea del viajero leve a moderada, para reducir el número de evacuaciones. Se recomiendan el uso de los probióticos solo en adultos con diarrea aguda asociada al uso de antimicrobianos. 		<p>Empírico inicial con esquemas (dosis única o en régimen), que se modifica si se identifica a un agente causal plausible:</p> <ul style="list-style-type: none"> Levofloxacino 500 mg vía oral dosis única o por 3 días. Ciprofloxacino 750 mg vía oral dosis única o por 3 días. Ofoxacino 400 mg vía oral dosis única o por 3 días. Azitromicina 1 gr vía oral dosis única o por 3 días.
Tratamiento con antibiótico		

Loperamida 4 mg inicial, 2 mg seguimiento

Los pacientes con diarrea aguda deben evitar realizar actividades que estén relacionadas con el agua (nadar, bucear, pescar, entre otras), así como, el contacto sexual cuando se encuentran sintomáticos.

Manejo de la deshidratación en adultos con método de Dhaka. 2024		
<ul style="list-style-type: none"> Estado general: Normal. Ojos: Normal. Mucosa: Normal. Sed: Normal. Pulso radial: Normal. Turgencia de piel: Normal. <p>Plan A Sin deshidratación</p>  <p>Prevenir la deshidratación con solución de rehidratación oral m(SRO) de osmolaridad reducida (< 270 mmol/L).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Estado general: Irritable. Ojos: Hundidos. Mucosa: Secas. Sed: Sedento Pulso radial: Bajo volumen. Turgencia de piel: Reducido. <p>Plan B Deshidratación leve o moderada</p> <p>Rehidratar con una solución de sales de rehidratación oral.</p> <ul style="list-style-type: none"> Administrar 2200 a 4000 ml de SRO en las primeras 4 horas. Mantenimiento: SRO a libre demanda hasta 2 L/día. 	<ul style="list-style-type: none"> Estado general: Letárgico. Ojos: Hundidos. Mucosa: Secas. Sed: Incapaz de beber. Pulso radial: Ausente. Turgencia de piel: Reducido. <p>Plan C Deshidratación Severa</p> <p>Ringer lactato o SS 0.9% intravenosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> 100 ml/kg en 3 horas; Se comienza con 30 ml/kg en 30 minutos y luego más lento. Cantidad total por día es de 200 ml/kg en las primeras 24 horas.

Intestino irritable

Afectación crónica de dolor, molestia abdominal asociado a alteraciones del hábito intestinal 3 días por mes en los últimos 3 meses sin causa orgánica que lo justifique.

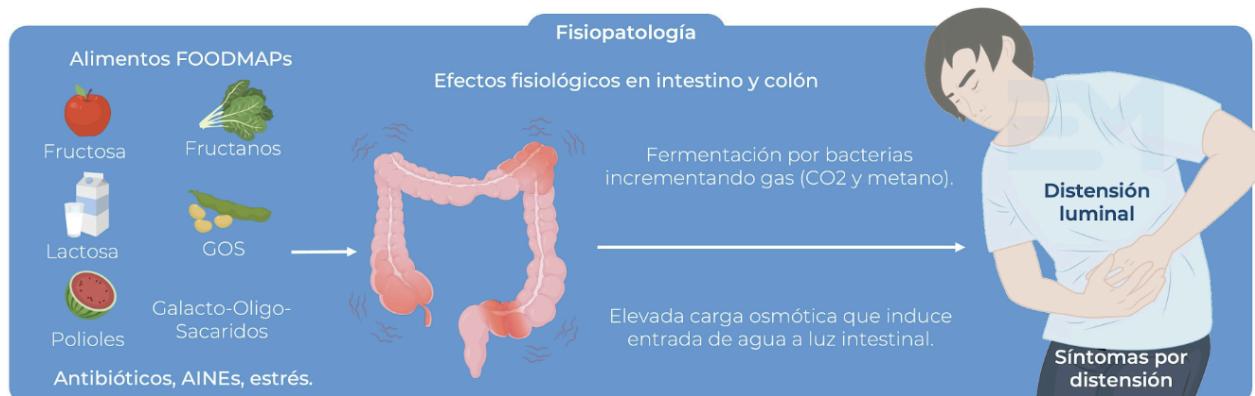
Epidemiología

Es el trastorno funcional gastrointestinal más común. Frecuente entre los 30 a 50 años, del 60 a 75% de los casos son mujeres; coexiste en trastorno de ansiedad y nivel socioeconómico bajo.

Etiología

La etiología del síndrome de intestino irritable se desconoce. Sin embargo, se cree que es de causa multifactorial donde llegan a coexistir diversos factores.

Existen varios desencadenantes de síntomas, como: estrés, infecciones, antibióticos, alimentos del grupo FODMAPs, etc.



Clínica

Dolor abdominal crónico, reflujo gastroesofágico, dispepsia intermitente, disfagia, saciedad, meteorismo, dolor precordial de origen no cardíaco, depresión, ansiedad, cefalea primaria y asma.

Diagnóstico

El diagnóstico del SII se basa principalmente en la identificación de síntomas positivos compatibles con la condición, que se resumen en los **criterios de Roma III**.



Criterios de ROMA III

1. Inicio de los síntomas por lo menos 6 meses antes del diagnóstico.
2. Dolor o molestia abdominal recurrente más de 3 días por mes en los últimos 3 meses.
3. Por lo menos 2 de los siguientes:
 - Mejoría con la defecación.
 - Se acompaña de alteraciones de la frecuencia de las deposiciones.
 - Se acompaña de variación de la forma de las deposiciones.



De acuerdo con el patrón en los hábitos defecatorios, el síndrome de intestino irritable se clasifica en tres subtipos diferentes:

SII con constipación

Heces duras >25% de las veces y deposiciones disminuidas de consistencia < 25% de las veces

SII mixto

Heces duras >25% de las veces y deposiciones disminuidas de consistencia >25% de las veces.

SII con diarrea

Deposiciones disminuidas de consistencia > 25% de las veces y heces duras < 25% de las veces.

Tratamiento no farmacológico

En el tratamiento nutricional se incluye disminuir el consumo de alimentos de tipo FODMAPs, uso de fibra (recomendable usar **psyllium plantago**), probióticos y restricción de irritantes.

Medidas de dietoterapia para SII: evitar ayunos prolongados, bebidas gaseosas, con cafeína y/o alcohol, reducir la ingesta de almidón resistente e ingerir agua al final de los alimentos.

Algoritmo de tratamiento

