



Reunión Clínica Programa Medicina de Urgencia
Programa de Medicina de Urgencia
Pontificia Universidad Católica de Chile

Síndrome Diarreico Agudo

En el adulto inmunocompetente

Dr. Daniel Cabrera Toyos

Ideas Generales

- El **síndrome diarreico agudo (SDA)** como motivo de consulta constituye entre el **5 y 10%** de las visitas a un servicio de urgencia (SU).
- Causa alrededor de **2 millones de muertes** anualmente en todo el mundo.
- Es la **principal causa de ausentismo laboral**, seguido por el resfrío común y el dolor lumbar.
- Aunque habitualmente se trate de episodios **benignos autolimitados**, en ocasiones el SDA puede ser causa de importante **morbimortalidad**.

Definiciones

- Se define operativamente **SDA** como un aumento en la frecuencia y/o volumen de las deposiciones, asociado a cambios en la consistencia de estas.
- Convencionalmente se considera como **aguda** una diarrea si ha durado menos de **4 semanas**.
- En un **SU** resulta más práctico considerar una diarrea aguda si dura **menos de 7 días** y **persistente** si dura entre 7 y 14 días.
- Se define **disentería** como una diarrea inflamatoria, que se manifiesta por sangre y pus en las deposiciones. Habitualmente se asocia a pujo, tenesmo, dolor abdominal y fiebre.

Fisiopatología

- **Clásicamente** se ha puesto importancia en la clasificación **anatómica** (alta vs. baja) y **fisiopatológica** (osmótica, secretora, inflamatoria y por dismotilidad).
- El objetivo de esto es determinar la **etiología**.
- Sin embargo existe enorme evidencia en el sentido que resulta **muy difícil determinar el agente causal** en un SDA que se presenta a un SU.
- Así, desde un punto de vista **práctico** la única diferenciación útil es entre **diarrea no-inflamatoria** y **diarrea inflamatoria**.

Fisiopatología

- En general un SDA se produce por **desbalances** entre las funciones **secretoras** y **absortivas** del epitelio intestinal.
- **Diarrea no-inflamatoria.** Habitualmente el epitelio intestinal se encuentra intacto. Las alteraciones son debidas a fenómenos osmóticos, citotóxicos o por toxinas.
- **Diarrea inflamatoria.** En este tipo la barrera intestinal se encuentra dañada, permitiendo el paso de agua, electrolitos, proteínas y sangre. Comúnmente causado por microorganismos invasivos.

Fisiopatología

- En menos de un **5%** de los SDA que se presentan a un SU se logra tener una **etiología documentada**.
- Se estima que la causa es **infecciosa** en un **80%**.
- Entre las **causas infecciosas** tenemos las virales (70%), bacterianas (30%) y parasitarias (10%).
- El **resto** es causado por principalmente por drogas, toxinas y osmoles.
- Desde el punto de vista de la etiología es importante determinar aquellos SDA que siendo infecciosos o no **representan un riesgo para el paciente**.

Diagnóstico Microbiológico

Virus

- Astrovirus
- Calicivirus
- Coronavirus
- CMV
- Adenovirus
- Enterovirus
- Norwalk
- Paratovirus
- Picornavirus
- Rotavirus
- HSV
- Hepatitis
- VIH

Diagnóstico Microbiológico

Bacterias Invasivas

- Campylobacter*
- Shigella*
- Salmonella*
- Clostridium
- ECEI
- Vibrio vulnificus
- Vibrio parahaemolyticus
- Yersinia
- Aeromonas

Diagnóstico Microbiológico

Toxinas Bacterianas

- *S. aureus*
- *Bacillus cereus*
- *C. botulinum*
- *C. perfringens*
- ECEH
- ECET
- *V. Cholerae*
- *Listeria*
- *Aeromonas*

Diagnóstico Microbiológico

Protozoos

- *Balantidium coli*
- *Giardia lamblia*
- *Entamoeba histolytica*
- *Blastocystis hominis*
- *Cryptosporidium*
- *Isospora belli*
- *Microsporidia*
- *Cyclospora*

Diagnóstico Microbiológico

Helmintos

- *Ascaris lumbricoides*
- *Enterobius vermicularis*
- *Trichinella spiralis*
- *Trichuris trichuria*
- Tenias
- *Dyphyllobothrium latum*
- *Strongyloides stercoralis*

Diagnóstico Diferencial

Drogas

- IECA
- Benzodiazepinas
- Antibióticos
- Antidepresivos
- Cafeína
- β -Bloqueadores
- Estatinas
- Colchicina
- Digital
- Diuréticos
- Antihistaminicos
- Litio
- AINEs
- **Alcohol**
- Dopa
- Teofilina
- Levotiroxina
- Anticonvulsivantes

Diagnóstico Diferencial

Toxinas

- Bivalvos (eg, almejas)
- Equinodermos (eg, erizos)
- Atún y peces de carne oscura
- Hierbas
- Hongos (eg, Amanita)
- Nicotina
- Pesticidas (eg, órganos fosforados)

Diagnóstico Diferencial

Quirúrgicas

- Apendicitis
- Embarazo ectópico
- Vólvulo/intususcepción
- Enfermedad diverticular
- Isquemia mesentérica
- Obstrucción intestinal
- Post gastrectomía
- Fecaloma
- Cáncer intestino delgado y colon

Diagnóstico Diferencial

Abdominales

- DHC
- Asa ciega e intestino corto
- Enfermedad celiaca
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Disautonomias
- Intolerancia lactosa/fructosa
- Megacolon tóxico
- Post radioterapia

Diagnóstico Diferencial

Sistémicos

- Carcinoide y Vipomas
- **Insuficiencia suprarrenal**
- Enteropatía diabética
- Amiloidosis
- Lupus/esclerodermia
- Microangiopatías trombóticas
- Vasculitis de Schonlein-Henoch
- Mastocitosis
- Hipertiroidismo

Diagnóstico Diferencial

Sistémicos

- Alcoholismo
- Zollinger-Ellison
- Hipoparatiroidismo
- PNA y PIP
- Fibrosis quística
- Stevens-Johnson
- Shock tóxico
- Enfermedad de Wilson

Historia y Examen Físico

- Es importante **definir a que se refiere el paciente con diarrea.**
- Resulta clave determinar si la diarrea es el **fenómeno principal** o solo un **síntoma secundario.**
- Definir el **status inmune.**
- Definir si existe alguna **comorbilidad** que ponga al paciente en riesgo de **complicaciones hemodinámicas o sépticas.**
- Definir si la diarrea es **inflamatoria** o no-inflamatoria.
- Determinar las **causas o implicaciones epidemiológicas.**

Historia y Examen Físico

- Lo **más importante** desde el punto de vista de la clínica es determinar el **grado de compromiso sistémico** causado por el SDA.
- Es importante definir al examen si el SDA es **acompañante de algún proceso intrabdominal** que requiera cirugía.
- Se deben buscar a la **historia y el examen señales clínicas** que permitan asumir una **etiología** específica.

Laboratorio

- La gran mayoría de los SDA son **benignos y autolimitados**.
- Esto permite que en general puedan ser **manejados en forma empírica** con buenos resultados.
- La evaluación **microbiológica** resulta compleja, engorrosa, cara y rara vez determina conductas específicas.
- El rendimiento de los **coprocultivos** es extraordinariamente **bajo**, alrededor de 2-5%.
- La obtención rutinaria de **leucocitos fecales** rara vez resulta útil en cambiar la conducta.

Laboratorio

- En los casos que es **necesario determinar** si la diarrea es **inflamatoria** puede resultar útil la **lactoferrina de leucocitos**.
- En pacientes en **extremos de edad** y con **clínica no característica** se debe hacer una **evaluación exhaustiva** de posibles otras causas de diarrea y repercusión sistémica.
- **Puede resultar útil** el hemograma y PCR, lactato, pH, creatinemia, potasio y sodio.

Sobre el Diagnóstico

- El diagnóstico de **SDA no-inflamatorio** pone casi automáticamente al paciente en una categoría de **bajo riesgo vital**.
- Tal diagnóstico en general debe ser un **diagnóstico de exclusión operativo**, una vez que entidades más ominosas hayan sido descartadas.
- Utilizando una **heurística de disponibilidad**, el SDA deber ser un **diagnóstico de descarte intrahospitalario** en pacientes de **alto riesgo**.

Sobre el Diagnóstico

- El diagnóstico de **gastroenteritis** debería ser retirado del repertorio.
- Representa la **incapacidad del médico** de hacer un diagnóstico **más preciso** y de **estratificar el riesgo** del paciente (eg, dolor abdominal inespecífico).
- La **gastroenteritis tiene una alta mortalidad (10-15%)** en adultos mayores y pacientes de alto riesgo.
- Algunos “**co-diagnósticos**”: isquemia mesenterica (30%), apendicitis (30%), IAM, HSA, TEP, pancreatitis y perforación de víscera hueca.

Hidratación

- Sin lugar a dudas la **reposición de volumen** resulta ser lo más importante en un SDA.
- Tanto en adultos como en niños se debe preferir la **vía enteral**, con el objetivo de inducir trofismo intestinal.
- Cuando se estime una **perdida de volemia >10%**, falla renal o hiperlactacidemia se debe usar **hidratación IV en forma agresiva**.
- En general se deben usar soluciones **isotónicas**.

Hidratación

- **Clásicamente** se prohíben las bebidas de fantasía y los jugos artificiales.
- **No existe evidencia** clara que indique que la diarrea empeore con lo anterior.
- En general el líquido a aportar debe contener suficientes cantidades de **sodio** y **glucosa** en diferentes proporciones.

Dieta

- Se debe evitar el “descanso intestinal”.
- **No hay ninguna evidencia que las dietas recomendadas tradicionalmente tengan beneficio sobre una dieta libre.**
- Lo único claramente demostrado es que debe existir un aporte suficiente de **sodio**.
- La **restricción** de lácteos, cafeína, líquidos hipertónicos y vegetales carece de sustento claro.

Antidiarreicos

- **Clásicamente se encuentran contraindicados.**
- Algunos reportes los **vinculaban** con alta incidencia de megacolon tóxico, SHU y sepsis.
- Sin embargo la evidencia demuestra su **inocuidad** en diarreas no-inflamatorias.
- **Disminuyen** el estado de enfermedad entre 2 y 3 días y se asocian a **disminución del número de tránsitos.**
- Entre los que cuentan con **evidencia** se encuentran la loperamida, el bismuto y el caolín-pectina.

Antidiarreicos

- Para un **adulto** la dosis de **loperamida** va entre 4 y 16mg al día.
- En casos de diarreas asociadas a **toxinas** se puede utilizar **carbón activado**.
- Algunos SDA tienen indicaciones de manejo específicas.

Antibióticos

- **Tema de controversia.**
- En general se encuentran **indicados** en pacientes con **diarreas inflamatorias** y en aquellos con evidencia de **compromiso sistémico.**
- Existencia alguna evidencia de **efectos adversos** en pacientes con disentería bacilar, salmonellosis e infección por E. Coli productora de toxina Shiga.
- **Claramente indicados** en pacientes con alto riesgo de sepsis.

Antibióticos

- **No disminuyen** la morbimortalidad en pacientes de **bajo riesgo**.
- En general **disminuyen el estado de enfermedad** en alrededor de 2 días y se asocian a una **mejoría sintomática leve**.
- **Rara vez** se tiene un **agente bacteriológico definido** antes de iniciar la terapia.
- Hasta hace algunos años la **indicación habitual** era ampicilina, cotrimoxazol® o cloranfenicol.

Antibióticos

- Sin embargo la **resistencia** a estos antibióticos ha crecido en forma importante.
- Actualmente la primera línea de antibioterapia esta dada por el **ciprofloxacino**.
- En pacientes con **diarreas prolongadas** se le debe asociar **metronidazol**.
- Existe evidencia que en **diarreas del viajero** o diarreas adquiridas en el **sudeste asiático** se puede utilizar **azitromicina**.

Conclusiones

- Determinar si la diarrea es el **fenómeno principal** o es un acompañante de un proceso mas complejo.
- Evaluar el **compromiso sistémico**.
- Decidir si el paciente se manejara en forma **ambulatoria** o debe ser **admitido al hospital**.
- Definir si la diarrea es no-inflamatoria o inflamatoria.
- Intentar determinar clínicamente o por laboratorio el **agente etiológico**.
- **Reanimar** al paciente en función del compromiso sistémico.
- Determinar el **uso de antibióticos**.



Daniel Cabrera Toyos, Enero 2004