

## INGRESO DE PACIENTES CON DIARREA AGUDA EN LA UCE

NOVIEMBRE 2005

DOCUMENTO ELABORADO POR:

Dr. Pablo Guallar Sola  
Dr. Valentín Lisa Catón  
Dra. Cristina Flaño Fernández  
Dra. Rosana Gómez-Cadiñanos Sáinz  
Dra. Rosana Soriano Barrón  
*Servicio de Urgencias-UCE*

## INTRODUCCIÓN

La diarrea se puede definir como un hábito defecatorio anormal que se caracteriza por la disminución de la consistencia de las heces (que pueden llegar a ser líquidas) y que generalmente va acompañado de un aumento en el número de deposiciones (más de 3 al día).

La causa más frecuente de diarrea aguda es la infecciosa, seguida de la farmacológica (sobre todo por antibióticos, que pueden provocarla hasta dos meses después de su uso).

Las infecciones del tracto intestinal son, junto con las de vías respiratorias, las causantes de la mayor parte de la patología infecciosa mundial. La incidencia resulta difícil de valorar dado que gran parte de los episodios son autolimitados. En nuestro ámbito, la morbilidad es baja, debido a las mejoras en saneamientos de agua y en el control de los alimentos.

La diarrea puede ser aguda o crónica. Sólo ingresarán en UCE los pacientes con **diarrea aguda** -que es la que tiene una duración inferior a 2-3 semanas (normalmente, ingresarán en UCE los pacientes con diarrea de 3 a 10 días de evolución).

## CLASIFICACIÓN

Hay diferentes **clasificaciones** de **diarrea aguda**, pero la más práctica para los servicios de urgencias es la que se basa en criterios de gravedad:

1. **Diarrea leve**: es la que se manifiesta en personas previamente sanas. Cursa sin fiebre, sin síntomas ni signos de deshidratación y sin alteraciones hidroelectrolíticas. Las heces no contienen moco, sangre ni pus. Generalmente no produce alteración de la vida cotidiana del paciente. ***Deben ser dados de alta desde Urgencias.***
2. **Diarrea moderada**: es la que produce alteraciones iónicas leves, vómitos frecuentes, dolor abdominal intenso o intolerancia oral. También diarreas leves en determinados grupos de riesgo. **Ingreso en UCE.**

3. **Diarrea grave:** es la que cursa con postración del enfermo, fiebre ( $T^a > 38^{\circ}\text{C}$ ), síntomas o signos de deshidratación (ortostatismo, sed, oliguria, hipotensión, taquicardia, hemoconcentración, insuficiencia renal), presencia de sangre, moco o pus en heces. También las diarreas moderadas en determinados pacientes de riesgo. **Ingreso en UCE.**
4. **Diarrea muy grave:** las que cursan con estado de shock o insuficiencia renal establecida. También diarreas en pacientes especialmente comprometidos. **Ingreso en Digestivo, Medicina Interna o UMI.**

## DIAGNÓSTICO

### 1) Historia clínica:

Anamnesis y exploración física, e interesa especialmente diferenciar si la diarrea es aguda o crónica y valorar las características de las deposiciones; ello orienta sobre si se trata de un proceso inflamatorio o no inflamatorio (tabla I).

CARACTERÍSTICAS	DIARREAS INFLAMATORIAS	DIARREAS NO INFLAMATORIAS
Leucocitos en heces	Positivo	Negativo
Manifestación clínica	Diarrea de pequeño volumen, con moco, sangre o pus; calambres abdominales en el cuadrante inferior izdo; puede ser febril y tóxica; frecuente tenesmo y dolor abdominal grave; alivia con la defecación.	Diarrea acuosa de gran volumen o voluminosas pastosas, brillantes; puede haber náuseas, vómitos y calambres; posible deshidratación; dolor abdominal periumbilical poco importante
Causas	<b>Infeciosas:</b> Shigella, Salmonella, colitis amebiana, Campylobacter, E. Coli invasiva, Yersina, Clostridium difficile <b>No infecciosas:</b> agentes físicos y químicos, enfermedad inflamatoria intestinal, radiación, metales pesados	<b>Infeciosas:</b> virus, vibrio, giardia, E coli enterotoxigénico, bacterias productoras de enterotoxinas, GEA alimentaria. <b>No infecciosas:</b> malabsorción de azúcares, otros.
Zona afectada	Colon	Intestino delgado
Evaluación diagnóstica	Indicada	En caso de pérdida grave de volumen o síndrome tóxico.

**Tabla I: Características de las deposiciones**

## 2) Pruebas complementarias:

Deben realizarse en el caso de que exista:

- Sospecha de GEA inflamatoria.
- Signos clínicos de deshidratación.
- Edad > de 65 años o pacientes con enfermedad de base que puedan ser más susceptibles de empeoramiento (diabetes, inmunodepresión, insuficiencia renal crónica, hepatopatía crónica, etc.).
- GEA de más de 3 días de evolución.

Se solicitará:

- Hemograma.
- Bioquímica: función renal, iones, glucosa, GOT, GPT.
- Valorar gasometría arterial o venosa si hay criterios de shock, deshidratación o signos de gravedad.
- Si se cumplen criterios de ingreso hospitalario, se debe solicitar: dos hemocultivos si el paciente tiene fiebre, orina con urea creatinina, sodio y potasio si existe insuficiencia renal, coprocultivo y examen directo de heces para valorar leucocitos, sangre o moco.
- Radiografía de abdomen

## **CRITERIOS INGRESO EN UCE**

Deben ser ingresados en el hospital todos los pacientes con diarrea aguda moderada o grave, según los siguientes criterios clínicos:

- Intolerancia oral por vómitos o importante número de deposiciones (10 a 20) que hagan prever deshidratación o alteraciones hidroelectrolíticas.
- Postración, fiebre, deshidratación, insuficiencia renal prerrenal. Diarrea aguda inflamatoria. Diarrea aguda moderada en pacientes de riesgo.
- Edad mayor de 65 años con sospecha de GEA inflamatoria.
- Dolor abdominal intenso. Tenesmo.
- Toxiinfecciones alimenticias.
- Diarrea del viajero.
- Diarrea con alteraciones hidroelectrolíticas, con arreglo a los criterios expresados en la tabla II.

Estos pacientes, como norma general, ingresarán en UCE, salvo que se encuadren en alguna de las causas de exclusión de ingreso en UCE.

HIPONATREMIA	HIPERNATREMIA	HIPOPOTASEMIA	HIPERPOTASEMIA	ACIDOSIS METABÓLICA
De 130 a 115 mEq/l Es una hiponatremia asociada a depleción de volumen. El Na <sup>+</sup> urinario debe de ser < 20mEq/l.	De 150 hasta 160 mEq/l Es una hipernatremia con hipovolemia. El Na <sup>+</sup> urinario debe de ser < 20mEq/l.	De 3,5 a 3 mEq/l, si existe intolerancia oral y < de 3 mEq/l El Na <sup>+</sup> urinario debe de ser < 20mEq/l. Suele asociarse a acidosis metabólica	-No suele ser causada por una GEA	pH entre 7,20 y 7,30 Suele asociarse a hipopotasemia. Se produce por pérdida de CO <sub>3</sub> H-gastrointestinal. Anión GAP normal.

Tabla II: Alteraciones hidroelectrolíticas por diarrea que pueden ingresar en UCE

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE INGRESO EN UCE**

- Diarrea crónica: el 30-50% de ellas tienen un origen orgánico (enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasia de colon, colitis isquémica, isquemia mesentérica). Estas diarreas requieren estudio, hospitalario o ambulatorio. Los criterios que sugieren organicidad son los siguientes:
  - diarrea de corta duración (< de 3 meses)
  - deposiciones predominantemente nocturnas
  - diarrea continua más que intermitente
  - diarrea de comienzo rápido
  - pérdida de peso más de 5 Kg
  - peso diario de las heces > 400gr
  - aumento de la VSG, anemia o hipoalbuminemia
- Diarrea aguda grave en pacientes con enfermedad grave asociada, (inmunodeprimidos, sida, etc.)
- Diarrea aguda en pacientes sépticos y/o con shock (valorar UCI)
- Botulismo de origen alimentario (valorar UCI).
- Alteraciones hidroelectrolíticas que no entran dentro de los criterios de ingreso en UCE (Tabla II).

## TRATAMIENTO

### 1.- HIDRATACIÓN Y MEDIDAS DE SOPORTE

Ante cualquier diarrea se aconsejan medidas para la reposición de pérdidas hidroelectrolíticas. **En la mayoría de los casos la rehidratación debe hacerse de forma oral.** Sólo en caso de diarrea moderada, por no tolerancia oral, diarrea grave o muy grave deberá hacerse por vía endovenosa.

Debe aumentarse la ingesta de líquidos con agua, zumos, bebidas isotónicas cuando la diarrea es leve. Si la diarrea es más marcada, debe utilizarse la solución recomendada por la OMS que contiene 90 mmol/l de sodio, 20mmol/l de potasio, 80mmol/l de cloro, 30mmol/l de citrato y 11 mmol/l de glucosa y que se comercializa como Suerooral Casen<sup>R</sup>. Se administran 250ml cada 15 minutos en pequeñas y frecuentes cantidades para evitar los vómitos.

Debe mantenerse la ingesta, evitando especialmente la leche y lácteos excepto los yogures, ya que tanto los virus como las bacterias pueden provocar un déficit de lactasa transitorio en el intestino y prolongar la diarrea. La ingesta debe comprender: manzana, plátano maduro, arroz cocido, zanahorias, pescado o pollo hervido, evitando el café y alimentos ricos en residuos como las verduras y las legumbres ricas en mucha fibra.

La **hidratación endovenosa** se utilizará en diarrea aguda moderada o grave con vómitos incoercibles, acidosis metabólica o alteraciones hidroelectrolíticas. También en pacientes de edad avanzada (por su mayor morbimortalidad). En estos casos, se dejará al paciente a dieta absoluta y se repondrá volumen con **Ringer Lactato<sup>R</sup>** (contiene 4 mEq/l de potasio) o solución fisiológica.

La reposición de volumen debe hacerse en función de la gravedad del proceso basándonos en el grado de deshidratación mediante parámetros clínicos (humedad de las mucosas, pliegue piel, pulso y frecuencia cardiaca), así se cataloga la diarrea aguda con deshidratación en leve, moderada o grave, y se estima el déficit de líquidos (tabla III).

	LEVE	MODERADA	GRAVE
Estado general	Sed, alerta	Sed, letargia	Sed, frialdad, cianosis
Mucosas	Húmedas	Secas	Muy secas
Pliegue	Normal	Recuperación lenta	Muy lenta
Pulso	Normal	Rápido y débil	Rápido, impalpable
Déficit de líquido	50 ml/kg	50-80 ml/kg	>80 ml/kg

**Tabla III: Gravedad de la diarrea según criterios clínicos(Reproducida parcialmente de: Barreiro de Acosta M y Domínguez Muñoz JE. En Tratamiento de la diarrea. Medicine 2004; 9(3):193-199)**

Se reemplazará el volumen estimado según la tabla III en las primeras 4 horas, aunque se recomienda poner la mitad de las pérdidas en la primera hora. Tras la reposición de volumen se seguirá tratamiento con fluidos de mantenimiento según las pérdidas fisiológicas y teniendo en cuenta el número y la cantidad de deposiciones, sin olvidar los antecedentes médicos del paciente.

Con hipo o normopotasemia, sin insuficiencia renal, debe añadirse a los sueros cloruro potásico a razón de 60-120 mEq/día, repartidos en los sueros (nunca administrar más de 20 mEq por hora).

Trascurridas las primeras 24 horas y si no hay vómitos, se inicia tolerancia oral, seguido de dieta blanda y astringente como ya se ha descrito. Cuando el paciente tolere la dieta, esté afebril, con mejor estado general y con deposiciones sin productos patológicos y frecuencia igual o menor de 3 deposiciones al día, se podrá dar alta a domicilio para continuar tratamiento.

## 2.- FÁRMACOS ANTIEMÉTICOS Y ANTIDIARREICOS

Aunque la mayoría de las diarreas son autolimitadas y no requieren tratamiento farmacológico, algunos fármacos pueden ser de utilidad. Son los siguientes:

- **Antidiarreicos.** Suelen disminuir el número de deposiciones y limitan las pérdidas acuosas y electrolíticas, mejorando el curso clínico. Se trata de un tratamiento sintomático que no debe utilizarse de forma sistemática. Los fármacos más usados son los derivados opioides (loperamida, difenoxilato y codeína) y el racecadotril (Tiorfan<sup>R</sup>), que produce una disminución de la secreción intestinal. Se contraindican en diarrea sanguinolenta con fiebre alta y en casos en que exista posibilidad de sepsis en pacientes inmunodeprimidos. Normalmente no se van a utilizar en UCE.
- **Antieméticos:** en caso de vómitos se puede administrar metoclopramida 10mg/8h IM o IV
- **Analgésicos:** si el dolor abdominal es intenso se puede administrar paracetamol o metamizol, bien por vía oral o IV.
- **Antibióticos.** No deben indicarse, salvo en algunos casos de diarrea por gérmenes invasivos, especialmente si la diarrea es persistente. Se debe ser restrictivo y en la medida de lo posible utilizarlos guiados por la sensibilidad del germen. **No se deben indicar antibióticos** en los casos de: *Cryptosporidium*, Rotavirus y otras infecciones víricas. **Pueden indicarse antibióticos** en casos seleccionados en infecciones por los siguientes gérmenes: Salmonellosis no tifoidea, *Campylobacter*, *E.coli*

enterotoxigénica, Clostridium difficile, Yersinia y diarrea del viajero. **Están indicados antibióticos** cuando la diarrea sea debida a Shigellosis, Amebiasis, cólera o giardiasis. Los antibióticos de elección según el germen responsable se recogen en la tabla IV

GERMEN	ANTIBIÓTICO
Shigella sp	1. Trimetoprim-sulfametoxazol 160/800 mg/12 h (3-5 días) 2. Ciprofloxacino;
Salmonella sp.	1. Ciprofloxacino 500 mg/12 h (5 días); 2. Trimetoprim-sulfametoxazol
Campylobacter jejuni	1. Eritromicina 500 mg/12 h (5 días); 2. Ciprofloxacino;
E. coli enterotoxico	1. Ciprofloxacino 500 mg/12 h 5 días; 2. Trimetoprim-sulfametoxazol
Clostridium difficile	1. Metronidazol 250 mg/6 h (10 días); 2. Vancomicina
Entamoeba histolytica	1. Metronidazol más paramomicina

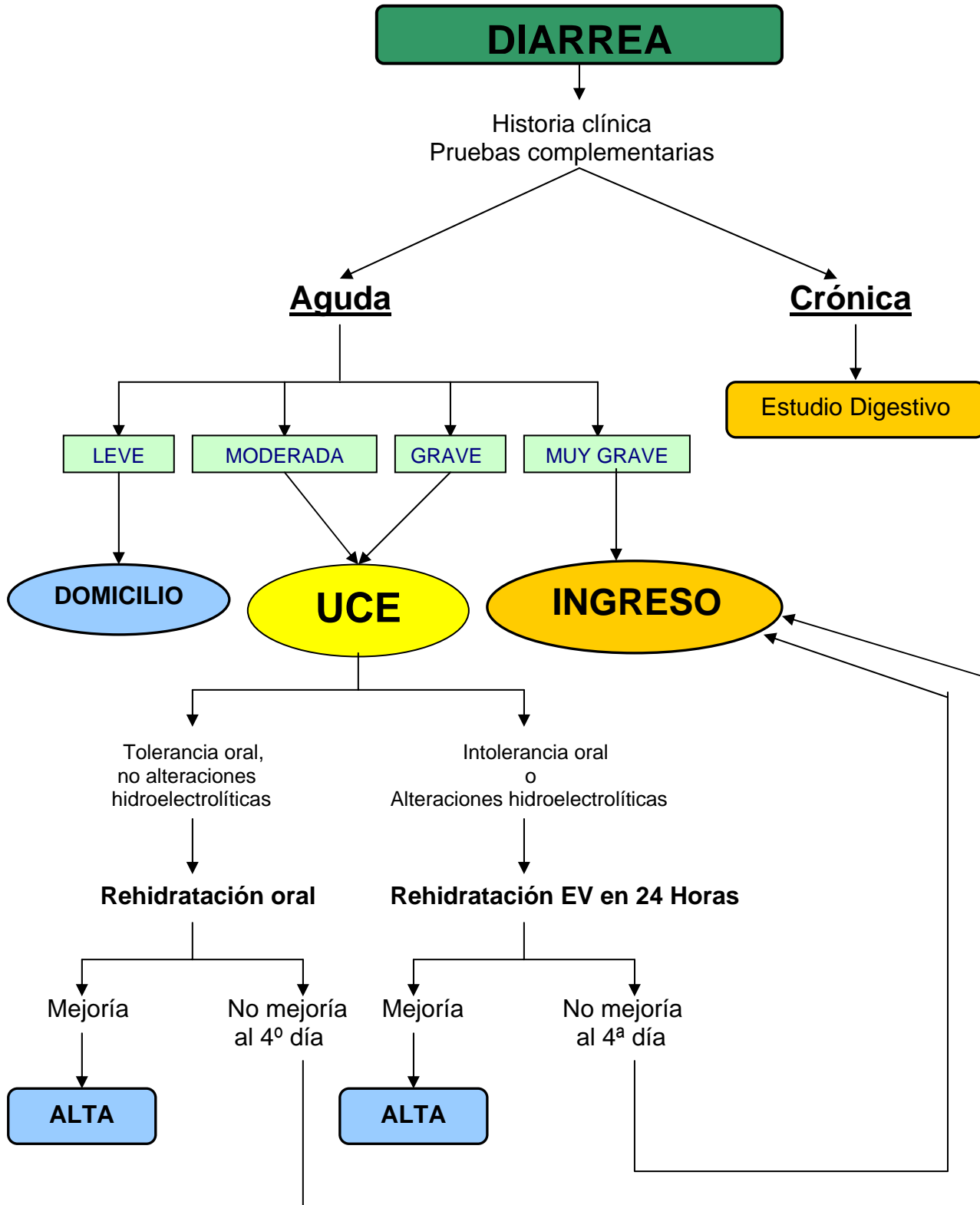
Tabla IV: Tratamiento antibiótico de elección según el germen causante de la GEA

## DERIVACIONES DE UCE A OTROS SERVICIOS

En general, el paciente con diarrea puede ser dado de alta a domicilio desde la UCE tras unos días de estancia hospitalaria (entre uno y cuatro), con instrucciones para el paciente y su médico de atención primaria reflejadas en su informe de alta, según el algoritmo que se muestra en la figura 1. En algunos casos, puede ser necesario transferirlo a otro servicio hospitalario (normalmente, el Servicio de Aparato Digestivo y, en caso graves, la Unidad de Medicina Intensiva). Son los siguientes:

- Pacientes que no presenten mejoría clínica ni sintomática a pesar del tratamiento, en los que se prevea sea necesaria una mayor estancia hospitalaria.
- Pacientes con complicaciones debidas a su patología de base que precisen mayor estancia hospitalaria.
- Empeoramiento del estado general del paciente, shock, sepsis, alteración hidroelectrolítica grave.
- Sospecha de diarrea orgánica que precise estudio hospitalizado. Sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, colitis isquémica o isquemia mesentérica, o neoplasia de colon.
- Diarrea crónica.
- Diarrea sanguinolenta no infecciosa.
- Imposibilidad de continuar el tratamiento en domicilio, por las condiciones sociosanitarias del entorno del paciente.





## BIBLIOGRAFÍA

Montero Pérez FJ, Riog GarcíaJJ, Jiménez Murillo L y Calderón de la Barca Gázquez JM. Gastroenteritis aguda. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de actuación. 3ª ed. Madrid. Elsevier España S.A. 2004; 287-294.

González Barboteo J y Madruga Galán F. Diarreas agudas. En: Julián Jiménez A. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias par Residentes. Complejo Hospitalario de Toledo. 2003; 213-218.

Tewel Sadosty A y Browne BJ. Vómito, diarrea y estreñimiento. En: Tintinalli JE, Kelen GD y Stapczynski JS. Medicina de Urgencias. 5ª ed. McGraw-Hill Interamericana editores, S.A. 2002; vol. 1, 641-649.

Val Pérez Martín J, Martín Mir ML y Botella Esteban MT. Protocolo diagnóstico terapéutico del paciente con vómitos. Medicine 2000; 8(4); 195-198.

Martínez Sierra MC, Peña Ojeda JA, Prieto García JL y Rendón Unzeta P. Síndrome diarreico. Medicine 2000; 8(5); 215-220.

García Gil D, Arizcorreta Yarza A, Ramos García-neto C y Girón González JA. Tratamiento del síndrome diarreico. Medicine 2000; 8(5); 221-222.

Aranda- Michet J, Gianenella RA. Acute diarrhea: a practical review. An J Med 1999; 106: 670-676.

Téllez Pérez F, Tinoco Racero I, Galán Sánchez F y Girón González JA. Gastroenteritis infecciosas. Infecciones bacterianas, víricas y parasitosis intestinales. Medicine 2000; 8(5); 232-237.

Friedman LS, Isse Ibacher. Diarrea y estreñimiento. En: Fauci AS, ed. Harrison. Principios de medicina interna. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana, 1998; 270-279.

Alcalde Martín, Gómez López L, Carrascal Arranz MI, Blanco del Val, et al. Gastroenteritis aguda en pacientes hospitalizados. Estudio evolutivo de 14 años. An Esp Peditr 2002; 56: 104-110.

Galán Sánchez F, Téllez Pérez F, Tejada Cabrera M y Rodríguez Ramos C. Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente con diarrea aguda. Medicine 2000; 8(5); 243-246.

Prieto Garcia JL, Tejada Cabrera M, Peña Ojeda JA y Soria de la Cruz MJ. Criterios de derivación de pacientes con diarrea o con vómitos a la consulta especializada. *Medicine* 2000; 8(5); 254-257.

Bartlett JG. Antibiotic Associated diarrhea. *N Engl J Med* 2002; 346: 334-339.

Tinoco Racero I, Rodríguez Leal C, García del Río E y Girón González JA. Criterios de ingreso hospitalario de un paciente con diarrea o vómitos. *Medicine* 2000; 8(5); 258-260.

Portillo Ruiz M, Molero García JM y Miguel Calvo I. Diarrea asociada a antibióticos. *FMC* 2001; 663-671.

Piqué Badía J y Soriano Izquierdo A. Diarrea Aguda. En Ponce garcía J, Gomollón García F, de Argila de Prados C, Minguez Pérez M, Miño Fugarolas G. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. AEG. Sección III capítulo 17. 2002.

Monés Xiol J. Medidas generales en diarrea crónica y malabsorción. En: Ponce garcía J, Gomollón García F, de Argila de Prados C, Minguez Pérez M y Miño Fugarolas G. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. AEG. Sección III capítulo 18. 2002.

Tewel Sadosty A y Browne BJ. Trastorno de los líquidos y electrolitos. En: Tintinalli JE, Kelen GD y Stapczynski JS. *Medicina de Urgencias*. 5ª ed. McGraw-Hill Interamericana editores, S.A. 2002; vol. 1, 171-193.

Montero Pérez FJ, Riog GarcíaJJ, Jiménez Murillo L y Calderón de la Barca Gázquez JM. Alteraciones hidroelectrolíticas. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Medicina de Urgencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de actuación*. 3ª ed. Madrid. Elsevier España S.A. 2004.

Villanueva Rodríguez A. Síndrome diarreico en el adulto. *Medicine* 2004; 9(3); 185-192.

Barreiro de Acosta M y Domínguez Muñoz JE. Tratamiento de la diarrea. *Medicine* 2004; 9(3); 193-199.

Villanueva Rodríguez A. Protocolo diagnóstico de la diarrea aguda con o sin síndrome febril. *Medicine* 2004; 9(3); 201-203.