

Farmacia Comunitaria

Curso básico sobre Patologías digestivas

Tema 4

Diarrea

La defecación es una función fisiológica esencial para la eliminación de los productos de desecho que resultan de la digestión. Su ritmo puede ser muy variable de unas personas a otras e incluso en la misma persona, dependiendo de un sinfín de factores sociales, culturales y dietéticos. Teniendo en cuenta lo antes mencionado, podemos considerar que una frecuencia de defecación es normal si oscila entre 3 deposiciones al día y 3 por semana.

LEYRE GAZTELURRUTIA LAVESA

LEIRE ANDRACA ITURBE

Farmacéuticas comunitarias en Bizkaia

Definición

La diarrea se define como una alteración intestinal en la que se produce un aumento del número de deposiciones (más de 3 al día) y de su volumen (más de 250 g al día), así como una disminución de la consistencia de las heces (más del 75% acuoso). En ocasiones, pueden presentarse otros elementos en las heces como pus, sangre o moco.

Es importante distinguirla de la pseudodiarrea o falsa diarrea, en la que se produce un aumento en la frecuencia de las deposiciones, pero no disminuye la consistencia de las mismas.

La diarrea puede tratarse de un síndrome en sí mismo, pero es muy importante tener en cuenta que puede ser signo de otra patología más grave.



Epidemiología

Es la segunda causa de mortalidad infantil de menores de 5 años, ya que provoca la muerte de 1,5 millones de niños cada año a nivel mundial. En Europa su incidencia varía entre 0,5 y 1,9 episodios por niño y año en menores de 3 años, mientras que en los países en desarrollo, el promedio es de 3 episodios al año en ese mismo grupo de edad.

Durante la diarrea se produce gran pérdida de líquido, lo cual puede conducir a desequilibrios electrolíticos, deshidratación y pérdida de peso. La pérdida de agua y electrolitos como sodio, cloruro, potasio y bicarbonato pueden, incluso en los casos más graves o en ciertos grupos de riesgo (niños y ancianos), comprometer la supervivencia del paciente. Es, además, la principal causa de malnutrición mundial.

Etiología y clasificación

En la tabla 1 se muestra la clasificación, en función de su duración, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la World Gastroenterology Organization (WGO).

Tabla 1. Clasificación de la diarrea en función de su duración, según la OMS y la WGO.

Aguda (inferior a 14 días)

- **Infecciosa:**
 - Origen vírico
 - Origen bacteriano
 - Origen parasitario
 - Origen fúngico
- **No infecciosa:**
 - Producida por fármacos
 - Debida a alergias o intolerancias a alimentos
 - Causada por intoxicaciones
 - Relacionada con el estrés psicológico
 - Originada por otras patologías

Persistente (de 2 a 4 semanas)

Crónica (más de 4 de semanas)

- Inflamatoria
- Osmótica
- Secretora o acuosa
- Por alteración de la motilidad intestinal
- Facticia

Diarrea aguda

Su duración es inferior a 14 días. Si su inicio es agudo, pero se mantiene de 2 a 4 semanas, se denomina diarrea persistente. Suele ir acompañada de otros síntomas como náuseas, vómitos, dolor abdominal e incluso fiebre y puede entenderse como una respuesta protectora frente a agresiones intestinales. Por su origen, podemos clasificarla en:

✓ **Infecciosa:** constituye el 80% de los casos de diarrea aguda y su forma de adquisición más habitual es el contagio de persona a persona o por la ingesta de alimentos o agua contaminada. En la tabla 2 se describen los patógenos causantes más habituales.

○ **Origen vírico.** También es denominada gripe estomacal. Más de la

mitad de las diarreas agudas infecciosas son causadas por virus. La diarrea aparece entre las 4-48 horas de haber estado en contacto con el virus y suele ir acompañada de otros síntomas como vómitos, dolor abdominal e incluso fiebre. Generalmente, es un proceso autolimitado, leve, pero en determinados grupos como niños, ancianos y pacientes inmunodeprimidos constituye un problema grave por el riesgo de deshidratación que conlleva. El rotavirus produce hasta el 40% de las diarreas agudas en países desarrollados. Su transmisión, más frecuente en los meses de invierno, es fecal-oral. Debe tenerse especial cuidado en bebés de entre 6 y 24 meses de edad, ya que tanto su morbilidad como mortalidad en este rango de edad es elevada. Actualmente, existe una vacuna oral de virus vivos de 3 dosis, la cual se recomienda a todo lactante, administrando la primera dosis entre las 6 y 12 semanas tras el nacimiento, y completando la pauta antes de los 6 meses con una separación mínima entre dosis de 4 semanas. Confiere inmunización activa frente al virus y disminuye la gravedad de una posible gastroenteritis.

El virus Norwalk, perteneciente a la familia de los Calicivirus, es habitual agente causal de diarreas. Produce cefaleas y dolores musculares, y se transmite por vía oral y por contacto entre personas. Se producen importantes brotes, en lugares donde conviven grupos de personas como residencias, hospitales, colegios, cruceros, etc.

○ **Origen bacteriano.** Representan menos del 10 % de las diarreas agudas. Respecto a la etiología bacteriana, los agentes predominantes son *Salmonella* y *Campylobacter*, seguidos de *Shigella*, *Aeromonas* y *Yersinia*. La diarrea suele ir acompañada de otros síntomas y el período de incubación de la infección suele ser breve, incluso inferior a 12 horas. Algunas bacterias son enterotoxígenas, dando lugar a diarreas muy explosivas, como las producidas por *Escherichiacoli* o *Staphylococcus aureus*.

Otro grupo de microorganismos son enteroinvasivos y causan diarreas menos explosivas pero en ocasiones acompañadas de mucosidad, ya que

Tabla 2. Patógenos más habituales causantes de la diarrea aguda infecciosa.

Tipo de agente	Agente
Virus	Rotavirus Adenovirus Calicivirus (virus Norwalk) Coronavirus Astrovirus Parvovirus
Bacterias	<i>Campylobacter</i> <i>E.coli</i> <i>Shigellas sp</i> <i>Salmonella sp</i> <i>Yersinia</i> <i>Vibrio sp</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Clostridium sp</i> <i>Aeromonas sp</i> <i>Klebsiella</i> <i>Mycobacterium</i>
Parásitos	<i>Giardia</i> <i>Schistosoma sp</i> <i>Strongyloides stercolaris</i> <i>Trichuristrichura</i> <i>Cryptosporidium</i> <i>Entamoeba histolytica</i> <i>Iso spora</i> <i>Cyclospora cayetanensis</i> <i>Balantidium coli</i> <i>Dientamoeba fragilis</i> <i>Angiostrongylus costaricensis</i>
Hongos	<i>Candida albicans</i>

colonizan la mucosa digestiva y destruyen sus células epiteliales. Pertenecen a este grupo las debidas a *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Clostridium*...

○ Origen parasitario: Únicamente el 1% de las diarreas son producidas por parásitos, entre las que destacan las debidas a la ingesta de agua contaminada por los protozoos *Entamoeba histolytica* y *Giardia lamblia*.

○ Origen fúngico: Los hongos causan diarrea de manera excepcional y de forma más frecuente en personas inmunodeprimidas.

✓ **No infecciosa:** puede venir provocada por distintas causas.

○ Producida por fármacos. Un gran número de principios activos pueden producir diarrea como reacción adversa, pero en algunos de ellos este efecto se presenta con mayor frecuencia, como son:

- Laxantes: incluyendo gran cantidad de productos de fitoterapia.
- Antiácidos con sales de magnesio.
- Antibióticos, que ocasionan una alteración de la flora intestinal.
- Otros fármacos: cafeína, quimioterápicos, inmunosupresores, inhibidores de la bomba de protones, AINE, IECA...

○ Debida a alergias o intolerancias a alimentos, como los que contienen lactosa o gluten.

○ Causada por intoxicaciones como, por ejemplo, la producida por la ingesta de determinadas setas o algunos metales pesados como el cobre o el zinc.

○ Relacionada con el estrés psicológico. Situaciones de este tipo pueden producir alteraciones en el aparato digestivo, originando un cuadro de diarrea aguda de manera brusca.

○ Originada por otras patologías. Es uno de los síntomas característicos de colitis isquémica, enfermedad inflamatoria intestinal, enteritis rádica, sepsis generalizada, inflamación pélvica, impactación fecal, etc.

Diarrea crónica

Su duración es de más de 4 semanas. Las causas son muy diversas y en muchas ocasiones surge como consecuencia de otra patología. En función de su fisiopatología se puede clasificar en:

✓ **Diarrea inflamatoria.** Cursa con inflamación de la mucosa y submucosa intestinal, daño epitelial con alteración de la absorción y secreción intestinal excesiva. Las características principales son la presencia de fiebre, sangre o leucocitos en heces y lesión inflamatoria en la biopsia intestinal. En ocasiones se acompaña de alteraciones analíticas como hipoalbuminemia, hipoglobulinemia y pérdida de proteínas. Ocasionan diarrea inflamatoria patologías como las neoplasias intestinales y la enfermedad inflamatoria intestinal, entre otras.

✓ **Diarrea osmótica.** Se produce cuando, por la ingestión de un soluto (nutriente o fármaco) que no se absorbe en el intestino delgado, aumenta la osmolaridad, atrayendo agua a la luz intestinal. El paciente suele mejorar con el ayuno y es frecuente que se acompañe de pérdidas de peso, deficiencias nutri-

En pacientes con síntomas moderados o graves en los que no es posible constatar el origen de la diarrea, podría ser necesario efectuar pruebas complementarias para confirmar la etiología y seleccionar el tratamiento.

cionales o distensión abdominal, lo que se traduce en anemia, anorexia, hipotensión, retraso del crecimiento, linfadenopatías y afectación del sistema nervioso central. Dan lugar a diarrea osmótica patologías como la ausencia congénita de enzimas o de proteínas y algunos trastornos pancreáticos.

✓ **Diarrea secretora o acuosa.** Se incrementa la evacuación por la secreción anormal de líquidos y electrolitos al lumen intestinal. No tiene relación con la ingesta de alimentos y por ello, persiste a pesar del ayuno. Puede aparecer deshidratación puesto que se pierden grandes volúmenes de líquido. Está asociada a patologías como la colitis colágena, la resección y derivación del íleon terminal, colitis linfocítica, mastocitis sistémica, diarrea colérica o síndrome carcinoide.

✓ **Diarrea por alteración de la motilidad intestinal:** Se debe al aumento del tránsito intestinal, asociado en ocasiones a sobrecrecimiento bacteriano. Puede aparecer alternada con estreñimiento. No cede con el ayuno.

✓ **Facticia.** Diarrea autoinducida por el paciente. Aparece con mayor frecuencia en mujeres.

Diagnóstico

Cuando el paciente que acude a la consulta médica presenta síntomas evidentes, no suele ser necesario realizar ninguna exploración para confirmar un diagnóstico de diarrea, aunque siempre se debe intentar determinar su causa. Se debe tener en cuenta la historia clínica para valorar si existen elementos que predispongan a una determinada etiología o si existen factores de riesgo que puedan agravar el cuadro.

Es importante indagar sobre la posibilidad de que el paciente pertenezca a un grupo de personas con similar sintomatología que pudiera hacer sospechar

una intoxicación alimentaria. Además de descartar el origen alimentario, también debe considerarse la posibilidad de que se trate de una reacción adversa a medicamentos (RAM).

Los síntomas que presente el paciente también pueden orientar a la causa:

- Fiebre. Se suele asociar a la presencia de patógenos invasores. En las diarreas infantiles por rotavirus casi siempre está presente.
- Deposiciones sanguinolentas. Sugieren la presencia de gérmenes enteroinvasivos (*Salmonella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Shigella*, *Ameba*, *E. Coli* enteroinvasiva), productores de citotoxinas (*Clostridium difficile*, *E coli* enterohemorrágica) o diarreas no infecciosas (colitis isquémica, colitis ulcerosa).
- Vómitos. Son frecuentes en las diarreas de origen viral y en las provocadas por toxinas bacterianas (por ejemplo, la de *Staphylococcus aureus*). También son frecuentes en el cólera.

En pacientes con síntomas moderados o graves, si no se puede constatar el origen, podría ser necesario efectuar

Tabla 3. Cuadros de diarrea y microorganismos responsables.

Cuadro	Etiología probable
Ileítis aguda	<i>Salmonella, Shigella, Yersinia, Aeromonas</i>
Artritis y/o erupciones cutáneas	<i>Yersinia enterocolitica, Shigella, Campylobacter</i>
Síntomas neurológicos (boca seca, visión doble, visión borrosa, disfonía, trastornos en el habla o de la deglución...)	<i>Clostridium botulinum</i>
Disentería	<i>E. coli</i> enteroinvasiva, <i>E. Coli</i> enteropatógena, <i>Shigella, Salmonella, Campylobacter, Yersinia, C. difficile, Citomegalovirus, Entamoeba histolytica</i>
Viajes a países tropicales	<i>Entamoeba histolytica, E.coli</i> enteroinvasiva (ETEC), <i>E. Coli</i> enteroagregativa (EAEC)
Pacientes inmunodeprimidos	<i>Cryptosporidium, Microsporidium, Cyclospora, Giardia, Mycobacterium avium complex</i>
Brotos en residencias, hospitales, etc.	Norovirus (virus de Norwalk)
Diarrea tras alta hospitalaria (< 3 días)	<i>C. difficile</i>
Duración > 7 días	<i>Giardia, Cryptosporidium, Cyclospora</i>
Síndrome hemolítico-urémico, trombocitopenia	<i>E. coli</i> enterohemorrágica, <i>Shigella</i>

pruebas complementarias para confirmar la etiología y seleccionar el tratamiento. Se suelen realizar, entre otras, análisis de sangre, cultivos de heces y en pacientes con tratamiento reciente de antibiótico, la prueba de detección de toxina de *Clostridium difficile*.

Asimismo, la forma de presentación del cuadro puede orientar a un probable microorganismo responsable (ver tabla 3).

La población pediátrica debe abordarse con especial precaución, puesto que un cuadro diarreico podría ser la manifestación de otras enfermedades subyacentes, como son:

- Alergias a proteínas de leche de vaca o a proteínas de la soja.
- Déficits enzimáticos (lactasa, sacarasa-isomaltasa).
- Intoxicaciones por metales pesados (cobre, zinc).
- Ingesta accidental de fármacos o sobredosificación (laxantes, antibióticos).
- Cuadros de abdomen agudo (apendicitis).

Criterios de derivación

En el caso de acudir un paciente con diarrea a la farmacia, existen diferentes criterios de derivación al médico, que se describen en la figura 1.

En cualquier caso, se puede recomendar el tratamiento con suero de rehidratación oral (SRO) hasta que el paciente acuda a la consulta.

En las siguientes circunstancias, la derivación debe ser a un servicio de urgencias:

- Fiebre alta o letargia.
- Signos de deshidratación, como sed excesiva, boca seca, disminución de orina, piel seca, mareos o taquicardia.
- Importantes pérdidas de sangre en heces.
- Inmunodepresión.
- En bebés: falta de apetito, ausencia de lágrimas al llorar, fontanelas hundidas o nivel de actividad bajo.

También se debe aconsejar que acudan al médico a los pacientes con tratamiento antidiarreico ya instaurado cuando:

- Se trata de una diarrea aguda y tras 1 semana, no mejora o aparece cualquiera de los criterios de derivación antes descritos.
- En una diarrea crónica, se produzca una exacerbación de la patología o aparezca algún síntoma asociado.
- Son niños menores de 2 años que no han ganado peso después de 7 días y la frecuencia de las deposiciones es mayor de 3 veces al día.

Tratamiento

Los principios básicos del tratamiento son prevenir o corregir la deshidratación, mejorar los síntomas y controlar la posible infección o la causa.

La complicación más grave de una diarrea es una posible deshidratación, más frecuente en poblaciones sensibles como niños y ancianos, por pérdida de agua y electrolitos durante las deposiciones. Por ello, la principal recomendación debe ser la toma de sales de rehidratación oral, cuya composición debe corresponder a la recomendada por la Organización Mundial de la Salud (glucosa < 111 mEq/l, Na 60-90 mEq/l, K 15-25 mEq/l, Cl 50-80 mEq/l, citrato 8-12, osmolaridad 200-310 mOsmol/l), en pequeñas cantidades, a demanda y de forma continua. Existen varias fórmulas que cumplen dichas recomendaciones, pero las bebidas isotónicas no son un ejemplo de ello, ya que no poseen la relación establecida entre glucosa y sodio que debería ser inferior a 2 para conseguir una recuperación de minerales adecuada y suficiente.

Tratamiento no farmacológico

Tanto en el tratamiento como en la prevención de la diarrea aguda o crónica es fundamental adoptar una serie de medidas higiénico-dietéticas. El lavado de manos con agua y jabón es primordial para evitar el contagio. Además, en el caso de los niños se debe controlar que no se lleven objetos a la boca.

Durante las primeras horas, se evitará tomar alimentos sólidos. Tras una primera fase, si se detecta una mejoría clínica y disminución del número de deposiciones, se puede comenzar con dieta astringente, en pequeñas cantidades, controlando siempre la tolerancia a los diferentes alimentos (ver tabla 4).

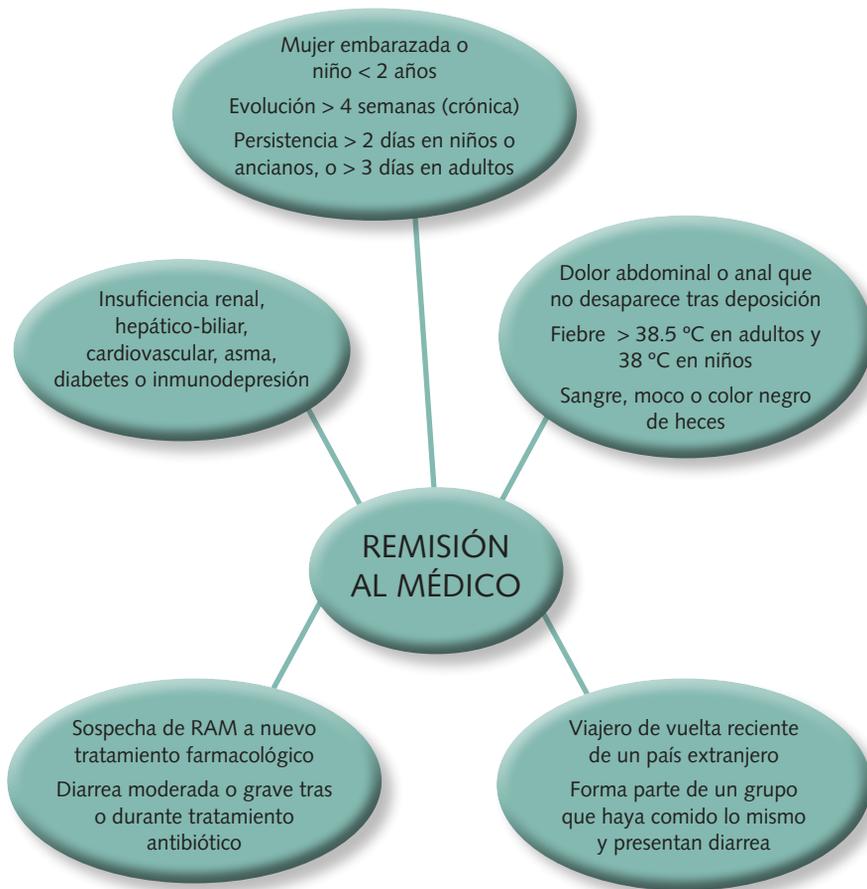


Figura 1. Criterios de derivación al médico desde la oficina de farmacia.

Si la evolución fuera favorable, la dieta se iría reintroduciendo de forma progresiva. Primero, líquidos en pequeñas cantidades, agua de arroz y yogures, seguido de arroz, jamón cocido, carne de pollo o pescado blanco al vapor, patata y manzana cocida, pan tostado o queso fresco. Posteriormente, se podrían introducir alimentos a la plancha, y por último, el resto de alimentos.

Tratamiento farmacológico

Se puede recomendar la toma de paracetamol en caso de fiebre o malestar general. En casos especiales, como los viajes, el farmacéutico podría recomendar en pacientes mayores de 12 años que no cumplan ninguno de los criterios de derivación (ver figura 1):

- Inhibidores de la motilidad intestinal (loperamida), para reducir la frecuencia de las deposiciones.
- Inhibidores de las encefalinasas (racecadotril), que disminuyen la hipersecreción de agua y electrolitos, aumentando así la consistencia de las heces.

En cualquier caso, siempre habrá que confirmar que el paciente no refiere síntomas que puedan hacer pensar en una infección intestinal, ya que con medicación antidiarreica se podría agravar el cuadro.

El médico, por su parte, según la posible etiología, podría también recomendar como tratamiento:

- Opioides (codeína e incluso morfina).
- Antibióticos (ciprofloxacino, metronidazol o eritromicina dependiendo del agente patógeno).
- Antifúngicos (mebendazol, albendazol).

Para restaurar la microbiota intestinal y como coadyuvante al tratamiento, se podrían aconsejar también fermentos lácticos u otros complementos que hayan demostrado eficacia en la mejora de los síntomas diarreicos. Así, por ejemplo, el Grupo de Trabajo de Probióticos y Prebióticos de la ESPGHAN (Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica), recomienda en lactantes y niños, *Lactobacillus rhamnosus GG*, *Saccharomyces boulardii* y, en menor medida, *L. reuteri* DSM 17938.

En bebés y niños pequeños, el rotavirus puede causar diarrea grave. Para evitarlo, existe una vacuna que confiere

Tabla 4. Dieta astringente.

Alimentos permitidos	Alimentos restringidos
Sopa de arroz o zanahoria	Lácteos (yogur natural y queso fresco cuando haya mejoría)
Puré de patatas o zanahorias	Frutas y verduras crudas
Sopa de pescado	Verduras de hoja verde
Huevo pasado por agua, duro o en tortilla,	Alimentos laxantes
Pescado blanco o carne de ave sin piel cocidos o a la plancha	Dulces
Manzana asada u oxidada con limón	Bebidas muy frías
Membrillo o plátano maduro	Refrescos
Pan blanco tostado	Agua con gas
Infusiones de té o manzanilla edulcoradas con sacarina	

inmunización activa frente al rotavirus de niños y se recomienda su administración a partir de las 6 semanas y no más tarde de las 15.

Situaciones especiales

Existen, además, 2 cuadros diarreicos particulares debido al contexto en que se producen: la diarrea por *Clostridium difficile* y la del viajero.

✓ **Diarrea por *Clostridium***. Aparece en el 5-10% de pacientes en tratamiento con antibióticos, y su causa es desconocida. Aunque la mayoría de los antibióticos podrían causarla, la ampicilina y otros derivados de la penicilina, las cefalosporinas y la clindamicina son los que aparecen implicados con mayor frecuencia. La colitis que suele aparecer es debida a que las toxinas que produce este bacilo se unen a la mucosa intestinal y desencadenan una cascada de daño celular e inflamación que termina en un cuadro diarreico. Existen diferentes manifestaciones más o menos graves con consecuencias incluso mortales. El diagnóstico debería sospecharse ante cualquier paciente que desarrolle diarrea durante el curso de un tratamiento antibiótico o en las 6-8 semanas siguientes a su interrupción y puede ser confirmado mediante la investigación

de la toxina de *C. difficile* en las heces o por cultivo tisular.

✓ **Diarrea del viajero**. Se define por la aparición de 3 o más deposiciones de baja consistencia acompañadas de algún signo o síntoma de infección intestinal, como dolor o calambres abdominales. Se estima que la sufren hasta un 40% de las personas de países industrializados que viajan a regiones tropicales y subtropicales. Normalmente se presenta en las primeras semanas del viaje y se adquiere a través de la ingesta de comida, y en menor medida, de bebida contaminada. En la mayoría de los casos se produce un cuadro leve y autolimitado que no requiere hospitalización, si bien suele suponer incapacidad durante las primeras 48 horas y puede ser necesario el tratamiento antibiótico.

Los patógenos responsables con mayor frecuencia son *E.coli* enterotoxigénica y *E.coli* enteroagregativa. Sin embargo, en un porcentaje que oscila entre el 20 y el 40% de los casos, no puede establecerse una causa microbiológica, a pesar de que también responden al tratamiento antibiótico, lo que hace pensar que el infradiagnóstico se debe a enteropatógenos no detectados en los análisis. En la tabla 5 se indican medidas para prevenir la diarrea del viajero.

La vacuna anticolérica oral comercializada en la actualidad está autorizada y se indica en muchos países para la prevención de la diarrea por *Escherichia coli* enterotoxigénica, que causa un gran porcentaje de las diarreas del viajero. En esta indicación suele reservarse, como en el caso de la antibioterapia preventiva, para viajeros especialmente susceptibles. La duración de la protección es corta, de unos 3 meses, por lo que si se quiere mantener la protección deben tomarse dosis de refuerzo de forma periódica. □

Bibliografía

Álvarez G. Nuevas recomendaciones de la ESPGHAN sobre el empleo de probióticos en la diarrea en la infancia. 2015. Disponible en: <http://www.el-probiotico.com/nuevas-recomendaciones-de-la-espghan-sobre-el-empleo-de-probioticos-en-la-diarrea-en-la-infancia/>

AEMPS. Ficha técnica de diferentes medicamentos.

Baos V, Faus MJ, editores. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de derivación al médico en síntomas menores. SEMFYC, Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131)-Universidad de Granada, SEFAC; 2008.

Bellver O, Roig JC. Indicación farmacéutica en síntomas menores digestivos: diarrea, estreñimiento y gases. [último acceso 25/4/16]. Disponible en: http://www.sefac.org/files/documentos_sefac/documentos/sintomas_menores_digestivos.pdf

Cano Martínez S, Seco González AX, Estévez Boullosa P. Diarrea crónica. En: Guías clínicas. Fisterra;2011. [último acceso 25/4/16]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/diarrea-cronica/>

Guarino A, Ashkenazi S, Grendel D, Lo Vecchio A, Szajewska H, Shamir R. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: Update 2014. J Pediatr Gastroenterol Nut. 2014;59:132–52.

Organización Médica Colegial. Guía de buena práctica clínica en enfermedades digestivas y su tratamiento. OMC y Ministerio de Sanidad y Consumo. [último acceso 25/4/16]. Disponible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Enfermedades_digestivas.pdf

Santolaria S, Guirao R, Belloc B. Diarrea aguda de naturaleza infecciosa. Asociación Española de Gastroenterología. [último acceso 25/4/16]. Disponible en: http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/39_Diarrea_aguda_de_naturaleza_infecciosa.pdf

WHO. The treatment of diarrhoea. A manual for physicians and other senior health workers. 4th rev. Geneva: WHO, 2005. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593180.pdf>

Tabla 5. Medidas de prevención de la diarrea del viajero.

Bebidas	Beber siempre agua embotellada.
	No añadir hielo.
	Tomar infusiones muy calientes (que hayan hervido).
Alimentos	Evitar zumos y frutas preparadas y peladas (mejor enteras).
	Comer las verduras cocidas y servidas muy calientes.
	Consumir la carne y los pescados cocinados y servidos muy calientes.
	No comer alimentos a granel ni en puestos ambulantes.
	No consumir lácteos sin pasteurizar.
Baños	Evitar aguas sin garantía higiénica.

Cuestionario de evaluación

Curso básico sobre Patologías digestivas

Tema 4. Diarrea

1.- Señala que es verdadero respecto a la diarrea:

- a) El criterio diagnóstico es que el paciente realice más de tres deposiciones diarias
- b) Es la primera causa de mortalidad infantil a nivel mundial
- c) En los niños europeos menores de 3 años el promedio es de tres episodios al año
- d) Implica que haya una disminución de la consistencia de las heces

2.- La diarrea aguda...

- a) Tiene que durar menos de una semana.
- b) Lo más frecuente es que sea de origen vírico
- c) Se debe sobre todo a infecciones bacterianas
- d) No suele ser contagiosa

3.- La diarrea crónica...

- a) Es la que dura más de dos semanas
- b) Si es osmótica suele mejorar con el ayuno
- c) Cuando es secretora se relaciona con la ingesta de alimentos
- d) Si se asocia a cambios en la motilidad no suele ser infecciosa

4.- ¿Cuál es el principal modo de transmisión del rotavirus?

- a) El agua
- b) La vía fecal-oral
- c) Los animales domésticos
- d) Los alimentos

5.- En cuanto a los síntomas asociados:

- a) Los vómitos son frecuentes en las diarreas infecciosas
- b) La fiebre suele asociarse a las intolerancias alimentarias
- c) Los síntomas neurológicos son característicos de las diarreas por protozoos
- d) Las erupciones cutáneas se relacionan con las diarreas víricas

6.- ¿Cual de estos casos de diarrea debe derivarse al médico?

- a) Se presenta en un viajera que acaba de volver de África central
- b) Acuden varios casos que han comido en el mismo restaurante
- c) Se asocia a sequedad de boca y mucha sed
- d) Todos los anteriores

7.- ¿Qué es falso respecto al tratamiento?

- a) La clave es evitar la deshidratación
- b) Es recomendable hacerlo con bebidas isotónicas
- c) En él son clave las medidas higiénicas
- d) Los medicamentos antidiarréicos no son la primera elección

8.- ¿Cuándo debe iniciarse la vacunación frente a rotavirus?

- a) Nada más nacer
- b) Entre el mes y medio y los tres meses de edad
- c) A partir de los tres meses de edad
- d) A partir de los seis meses de edad

9.- Racecadotril...

- a) Está especialmente indicado en diarreas infecciosas que son las más frecuentes
- b) Inhibe la motilidad intestinal
- c) Aumenta la consistencia de las heces, disminuyendo la pérdida de agua
- d) No se puede dispensar sin receta

10.- La diarrea del viajero...

- a) Suele deberse a los cambios de horario y a la intolerancia a alimentos
- b) Se debe generalmente a virus, por lo que no suele responder al tratamiento antibiótico
- c) La vacuna anticolérica puede resultar útil para prevenirla
- d) El tratamiento de elección es loperamida

Respuestas correctas

1. d) Implica que haya una disminución de la consistencia de las heces
 2. b) Lo más frecuente es que sea de origen vírico
 3. b) Si es osmótica suele mejorar con el ayuno
 4. b) La vía fecal-oral
 5. a) Los vómitos son frecuentes en las diarreas infecciosas
 6. d) Todos los anteriores
 7. b) Es recomendable hacerlo con bebidas isotónicas
 8. b) Entre el mes y medio y los tres meses de edad
 9. c) Aumenta la consistencia de las heces disminuyendo la pérdida de agua
 10. c) La vacuna anticolérica puede resultar útil para prevenirla