



## 1. INTRODUCCION

La diarrea puede afectar tanto a pacientes hospitalizados como pacientes ambulatorios, disminuyendo la calidad de vida de los mismos.

Se estima que 47.8 millones de casos ocurren anualmente en EEUU, con una incidencia anual de 0.1 a 3.5 episodios/persona/año

Este protocolo hace referencia a la diarrea aguda de etiología infecciosa en pacientes adultos inmunocompetentes. La enterocolitis por *Clostridium difficile* y la diarrea del viajero están repasadas en un protocolo específico.

## 2. DEFINICIONES

**Diarrea:** alteración de los movimientos intestinales normales caracterizado por un incremento del contenido de agua en las heces o aumento de su volumen o frecuencia ( $\geq 3$  deposiciones/día).

**Diarrea infecciosa:** aquella diarrea secundaria a proceso infeccioso, a menudo acompañada de fiebre, vómitos, dolor abdominal y presencia de sangre, moco o pus en las heces.

**Diarrea aguda:** episodio de  $\leq 14$  días de duración.

**Diarrea persistente:** episodio de  $>14$  días de duración pero menos de 30 días.

**Diarrea crónica:** episodio de  $>30$  días de duración.

**Toxoinfección alimentaria:** aquella diarrea que se puede relacionar temporalmente con la ingesta de un alimento afectando habitualmente a más de un individuo.

**Diarrea del viajero:** presencia de tres o más deposiciones blandas en 24 horas, que se inician durante o poco tiempo después de un viaje con incidencia máxima en los 5 primeros días. (ver protocolo específico)

**Diarrea acuosa o secretora:** aumento de la secreción de electrolitos (especialmente sodio y cloro) hacia la luz intestinal arrastrando consigo agua, debido a una alteración


en el transporte de agua y de iones a través del epitelio del intestino.

**Diarrea enteroinvasiva o disenteria:** diarrea acompañada de sangre, moco y pus con dolor abdominal y tenesmo rectal. Se produce por la invasión de la mucosa del colon por microorganismo.

**Diarrea nosocomial:** aquella que ocurre en el ámbito hospitalario o en los 3 días siguientes al alta hospitalaria. Con mayor frecuencia la causa es no infecciosa, pero hay que tener en cuenta la enterocolitis por *Clostridium difficile*. (ver protocolo específico)

### 3. ETIOLOGÍA

Bacteriana	Vírica	Parásitos
<i>Campylobacter</i> spp.	Norovirus	<i>Criptosporidium</i> spp.
<i>Shigella</i> spp.	Rotavirus	<i>Giardia intestinalis</i>
<i>Salmonella</i> spp.	Adenovirus	<i>Cyclospora cayetanensis</i>
<i>E. coli</i> enterohemorrágico	Astrovirus	<i>Entamoeba histolytica</i>
<i>E. coli</i> enterotoxigénico		<i>Dientamoeba fragilis</i> *
<i>E. coli</i> enteropatógeno		
<i>E. coli</i> enteroagregante		
Otros <i>E. coli</i> diarreagénicos		
<i>Vibrio cholerae</i> , <i>Vibrio parahaemolyticus</i>		
<i>Yersinia enterocolitica</i>		
<i>Aeromonas</i> spp.*		
<i>Plesiomonas shigelloides</i> *		
<i>Clostridium difficile</i>		
<i>Clostridium perfringens</i>		
<i>Bacteroides fragilis</i>		
<i>Staphylococcus aureus</i>		

 <b>Son Espases</b> hospital universitari	<b>TÍTOL DEL PROTOCOL,          PROCEDIMENT, GUIA,          MANUAL, INSTRUCCIÓ DE          TREBALL</b>	CODI*
		REVISIÓ**
<b>NOM DEL SERVEI, UNITAT          O ÀREA</b>		DATA
		Pàgina 4 de 11

<i>Bacillus cereus</i>		
------------------------	--	--

\* Su detección no siempre implica patogenicidad.

La causa más frecuente de diarrea aguda es el origen viral. Aunque en los casos de diarrea severa hay que tener en cuenta el origen bacteriano. Los parásitos son mucho menos frecuentes como causa etiológica de diarrea aguda.

Hay causas no infecciosas de diarrea que acaban evolucionando a diarreas crónicas.

#### 4. EVALUACIÓN

- Valorar las características de las deposiciones (número, consistencia, productos patológicos) puede ayudar a distinguir si el origen de la diarrea es de intestino delgado o intestino grueso. Las diarreas originadas en intestino delgado suelen ser más acuosas, y de gran volumen, acompañadas de dolor abdominal y flatulencia. Sin embargo las que afectan a intestino grueso suelen ser menos abundantes, sin dolor abdominal y las deposiciones suelen presentar mucosidad y sangre.
- Duración de los síntomas, sintomatología acompañante (fiebre, náuseas, vómitos, tolerancia oral, dolor abdominal).
- Exploración física: interrogar/explorar sobre signos o síntomas de deshidratación (sed, taquicardia, oliguria, pliegue cutáneo, letargo, hipotensión,...)
- Documentar si existen viajes previos a zonas en desarrollo, relaciones sexuales anales u orales, ingesta de alimentos sospechosos (huevos y derivados, mariscos o productos lácteos), antibioterapia previa, contacto con animales o si alguien del entorno está afecto de misma sintomatología.
- Realizar analítica básica con determinación de función renal e iones.

#### 5. DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO

La investigación específica del microorganismo etiológico normalmente no es necesaria, ya que el cuadro clínico en la mayoría de los pacientes es autolimitado y se resuelve sin tratamiento específico.

Aunque si es necesario el estudio microbiológico en pacientes

- Enfermedad grave
  - Diarrea profusa con signos de hipovolemia

- >6 deposiciones al día
  - Dolor abdominal severo
  - Necesidad de hospitalización
- Otros signos o síntomas que hagan sospechar diarrea inflamatoria
  - Rectorragias
  - Diarrea con sangre, moco o pus
  - Fiebre
- Factores del riesgo
  - Edad >70 años
  - Comorbilidades: enfermedad cardiaca
  - Pacientes inmunocomprometidos
  - Enfermedad inflamatoria intestinal
- Síntomas que persisten más de 7 días
- Ante la sospecha de brote epidémico
- Diarrea que aparece durante el ingreso hospitalario o tras 8-12 semanas tras el alta hospitalaria

## MÉTODOS MICROBIOLÓGICOS

En la petición a microbiología se debe ofrecer información epidemiológica.

Solicitar coprocultivo, parásitos en heces (x3) y detección *Clostridium difficile* en heces.


En general, los métodos diagnósticos para el estudio de la diarrea aguda en nuestro laboratorio se dividen en:

### Métodos para la detección de enteropatógenos bacterianos:

- Coprocultivo: consiste en el cultivo bacteriológico de las heces para el estudio de los principales enteropatógenos bacterianos.
- Detección molecular mediante amplificación por PCR: se utiliza para la detección de enteropatógenos que no pueden ser diagnosticados únicamente mediante coprocultivo, como es el caso de los patotipos de *E. coli* diarregénicos. Únicamente se realiza cuando hay sospecha clínica (diarrea del viajero, colitis hemorrágica, síndrome hemolítico-urémico, diarrea crónica). También en algunos casos de sospecha de infección por *C. difficile* (ICD).
- Técnicas de enzaimunoensayo (EIA): principalmente para el diagnóstico de ICD

### Métodos para la detección de virus gastrointestinales:

- Técnicas de inmunocromatografía: se utilizan para la detección de antígenos de los principales virus causantes de diarrea (rotavirus, adenovirus).

 <b>Son Espases</b> hospital universitari <b>NOM DEL SERVEI, UNITAT O ÀREA</b>	<b>TÍTOL DEL PROTOCOL,          PROCEDIMENT, GUIA,          MANUAL, INSTRUCCIÓ DE          TREBALL</b>	CODI*
		REVISIÓ**
		DATA
		Pàgina 6 de 11

Métodos para la detección de parásitos intestinales:

- Técnicas de concentración y examen microscópico en fresco de las heces.
- Tinciones específicas (Kinyoun, Giemsa)

## 6. TRATAMIENTO

Dieta absoluta las primeras 12 horas.

Sales de rehidratación oral (preparado comercial), bebiendo de manera continua a pequeños sorbos:

- Sales de rehidratación: Suroral hiposódico 1 sobre disuelto en un litro de agua (1 sobre de Citorsal disuelto en 500 ml de agua).

El uso de probióticos en la diarrea aguda no está recomendado.

Se desaconsejan fármacos inhibidores de la motilidad intestinal (loperamida), ante la sospecha de disentería.

No se deben administrar de rutina antibióticos empíricos en diarreas agudas, ya que está demostrado que la mayoría de diarreas de origen comunitario están producidas por virus (Norovirus, Rotavirus, Adenovirus).

Si el paciente presenta diarrea persistente, signos de gravedad con deshidratación o shock o síntomas que sugieren una invasión bacteriana.

- Azitromicina 1 gramo dosis única o 500 mg/24 h durante 3 días
- Alternativa: Ciprofloxacino 500 mg/12 h 3 días

**Hidratación:** Se desaconsejan fármacos que afecten a la motilidad intestinal.

- Coprocultivos x1

Dieta absoluta 3 días

- Detección de *Clostridium difficile*

Sales de rehidratación oral, bebiendo de

manera continua

- Sales de rehidratación oral

hiposódico 1 sobre disuelto en un litro de agua // 1 sobre de Citorsal disuelto en 500ml de agua.

**Suspección de infección antibiótica si:**

**Tratamiento**

Diarrea persistente, signos de

de gravedad como fiebre,

deshidratación o shock.

**TÍTULO DEL PROTOCOLO,  
PROCEDIMIENTO, GUÍA,  
MANUAL, INSTRUCCIÓN DE  
TRABAJ**

- Azitromicina 1 gramo

dosis única o 500 mg/24h

durante 3 días

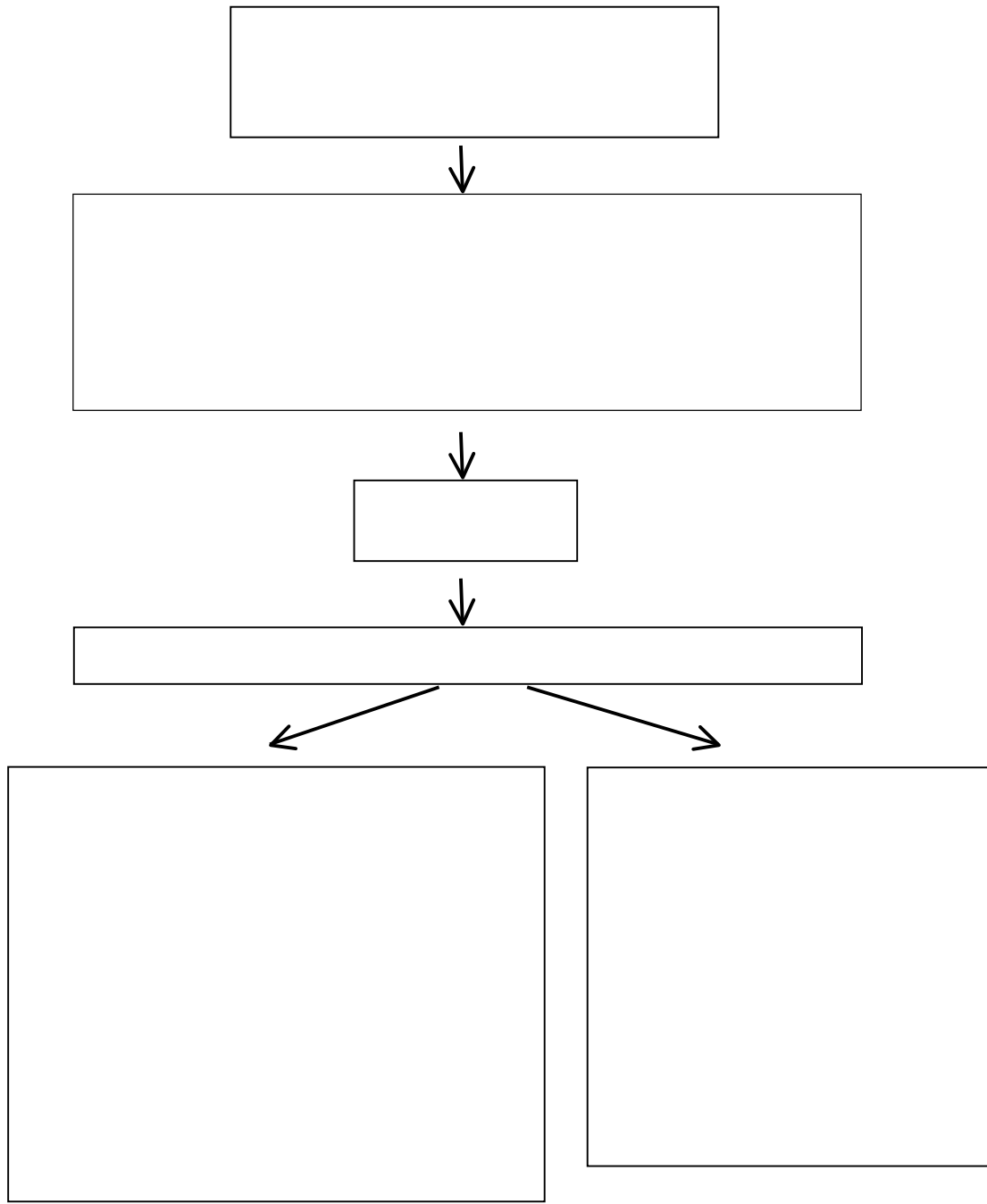
- Ciprofloxacino 500 mg/12h

3 días

**Son Espases**  
hospital universitari  
NOM DEL SERVEI, UNITAT  
O ÀREA

CODI*
REVISIÓ**
DATA
Pàgina 7 de 11

**Algoritmo diagnóstico-terapéutico de diarrea aguda infecciosa**



Introducción de dieta astringente una vez que el número de deposiciones se haya reducido a 3-4 al día.

--

## 7. INTOXICACIÓN ALIMENTARIA: ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO, CLÍNICA Y TRATAMIENTO

Microorganismo	Síntomas	Origen	Diagnóstico	Tratamiento
1 a 6 horas incubación				
<i>S. aureus</i>	Náuseas Vómitos Diarrea	Jamón Patatas Huevo, Mayonesa pastas de crema.	*Detección de toxinas	Hidratación
<i>B. cereus</i>	Náuseas Vómitos Diarrea	Arroz frito	*Detección de toxinas	Hidratación
8 a 16 horas de incubación				
<i>C. perfringens</i>	Dolor abdominal Diarrea Raramente vómitos	Carne vacuno Legumbres	*Detección de toxinas	Hidratación
<i>B. cereus</i>	Dolor abdominal Diarrea Raramente vómitos	Carne vacuno Vegetales Guisantes Cereales	*Detección de toxinas	Hidratación



	> 16 horas de incubación			
<i>Vibrio cholerae</i>	Diarrea líquida	Marisco	Cultivo	Hidratación
<i>E. coli</i> enterotoxigénico	Diarrea líquida	Ensaladas Queso  Carne vacuno Agua	*Detección de toxinas	Azitromicina 1g dosis única o Cotrimoxazol o quinolona 3 días (según antibiograma)
<i>Salmonella spp.</i>	Diarrea inflamatoria	Carne vacuno  Huevos y derivados  Lácteos	Cultivo	Azitromicina 1g dosis única o  Quinolona o cotrimoxazol (según antibiograma)
<i>Shigella spp.</i>	Disentería	Patatas  Lechuga Vegetales crudos	Cultivo	Azitromicina 1g dosis única o Quinolona o doxiciclina (según antibiograma)
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	Disentería	Mariscos crudos o poco cocidos	Cultivo	Hidratación
<i>Norovirus</i>	Diarrea líquida	Marisco	Técnicas de inmunocromatografía	Hidratación

	vómitos			
<i>Campilobacter</i>	Diarrea líquida	Ave cruda o mal cocinada	Cultivo	Azitromicina 1g dosis única o 500mg/24h durante 3 días

\*El diagnóstico con la detección de toxinas solo se realizará en caso sospecha de brotes epidémicos, comentándolo previamente con microbiología.

Se debe avisar al Servicio de Medicina Preventiva ante la sospecha de brote, es decir cuando haya más de un caso relacionado con el caso índice.

## 8. BIBLIOGRAFIA

ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults. AM J Gastroenterol 2016;111:602-622.

IDSAScallan e, Griffin PM, Angulo FJ, et al. Foodborne illness acquired in the United States, unespecific agents. Emerg Infect Dis 2011;17:16-22

Donnenberg MS, Narayanan S. How to diagnosis a foodborne illness. Infec Dis Clin N Am 2013;27:535-54

Humphries RM, Linscott AJ. Laboratory diagnosis of bacterial gastroenteritis. Clin Microbiol Rev 2015;28:3-31

Binder HJ, Brown I, Ramakrishna BS, et al. Oral rehydration therapy in the second decade of the twenty-first century. Curr Gastoenterol Rep 2014;16:376

Acute diarrhea in adultos and childen a global prespective. Worl Gastroenterology Organisation Global Guidelines. Febrary 2012

