

Síndrome diarreico

Autores:

Jesús Enrique Morales Ríos
Omar F. Carrasco

ISSN IMPRESO 2954-4327. ISSN ELECTRÓNICO 2992-7277
<https://dx.doi.org/10.58713/rf.v2i1.5> Ciudad de México

Resumen

La diarrea se caracteriza por la disminución en la consistencia (líquidas o blandas) y aumento de la cantidad (≥ 200 gramos al día) y frecuencia (≥ 3 al día) de la evacuación intestinal. La diarrea constituye un signo que puede ser resultado de estados transitorios benignos como en el caso de los lactantes alimentados con leche materna, o bien, de un proceso patológico bien establecido donde distintas funciones del intestino están alteradas y que ulteriormente modifican el transporte de agua y electrolitos. La diarrea aguda es un problema de salud pública en México con altas tasas de morbilidad y una importante mortalidad en países en vías de desarrollo y comunidades marginadas. Es deber del médico de primer contacto reconocer el síndrome diarreico y la terapéutica más apropiada para la recuperación del paciente.

Palabras clave:

Diarrea, Salud Pública, Terapéutica

Autor de correspondencia. Facultad de Medicina, Departamento de Farmacología, UNAM.
E-mail: omar.carrasco.ortega@gmail.com ORCID: 0000-0001-7098-5069

Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, UNAM

Generalidades de la Diarrea

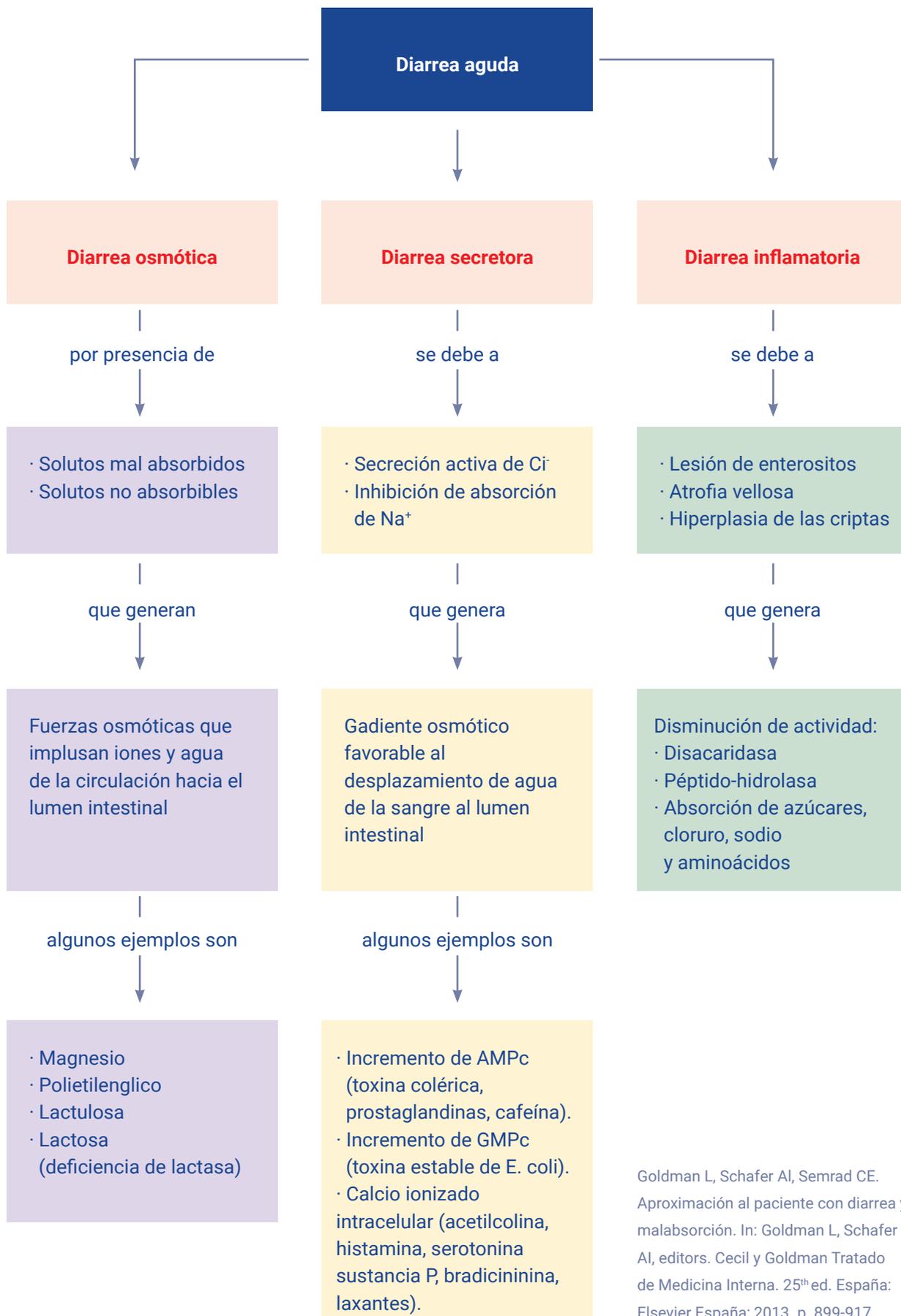
Etiología

Existen múltiples causas por las que se puede presentar diarrea, pero desde un punto de vista fisiopatológico se pueden agrupar en 3 mecanismos:

- Presencia de solutos no absorbibles en la luz intestinal (diarrea osmótica).
- Inhibición de la absorción de iones o secreción exagerada de iones (diarrea secretora).
- Multifactorial, por la presencia de moléculas de la respuesta inmune y mediadores inflamatorios.

Clínicamente, la diarrea se puede distinguir por su evolución en aguda (< 14 días), persistente (14 – 29 días) y crónica (\geq 30 días) y esto también puede orientar al clínico a inferir el origen del cuadro entérico.

Fisiopatología



Causas Infecciosas

Aguda

Virus	Bacterias	Parásitos	Hongos	Estados de inmunodeficiencia
de Norwalk Rotavirus Adenovirus Citomegalovirus	Productoras de toxinas (E. coli, V. cholerae, S. aureus, C. perfringens). Invasoras (E. coli O157:H7, Shigella, Salmonella, Yersinia, Campylobacter, C. difficile).	Giardia lamblia Cryptosporidium E. hystolitica	C. albicans Histoplasma Aspergillus	Amebiasis Giardiasis Campylobacter C. trachomatis Cryptosporidium Microsporium Isospora belli Herpes simple Citomegalovirus Criptococcus C. albicans

Crónica

Virus	Bacterias	Parásitos	Hongos
Herpes simple Citomegalovirus	Clostridium difficile Tropheryma whipplei	Giardia lamblia Cryptosporidium E. hystolitica	C. albicans Histoplasma

Causas farmacológicas

Aguda	Crónica
Antibióticos (C. difficile), laxantes, procinéticos, prostaglandinas, antiácidos magnesados, digital, diuréticos, colchicina, tiroxina, agentes colinérgicos, quinidina, propranolol, guanetidina, edulcorantes artificiales (sorbitol, manitol), ácido quenodesoxicólico, colestiramina, salazopirina.	Antibióticos, laxantes, antiácidos magnesados, digital, agentes colinérgicos, antihipertensivos, antidiabéticos orales (p. ej., metformina), ácidos biliares, colestiramina, sulfasalazina, suplementos de potasio, prostaglandinas, quimioterápicos, teofilina, AINE y procinéticos. Edulcorantes (p. ej., fructosa, sorbitol, manitol), alcohol, café.

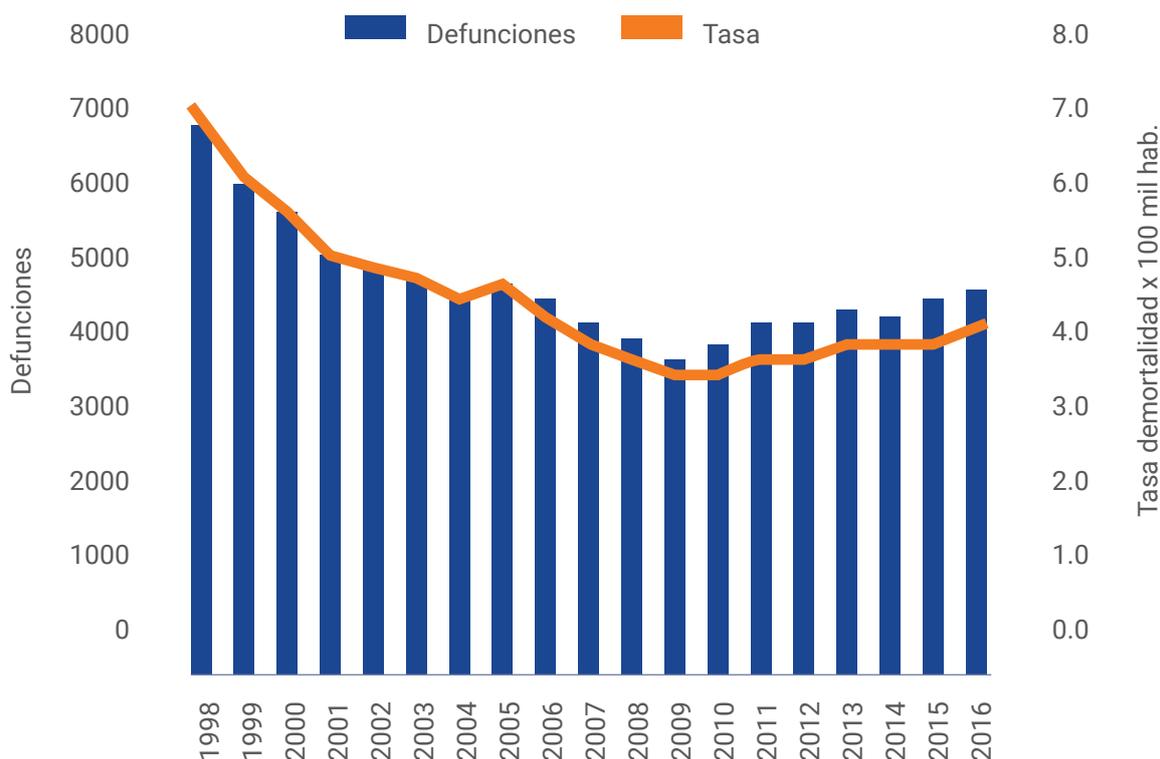
Otras causas

Aguda	Crónica
<p>Colitis isquémica. Primer brote de enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. Impacto fecal (falsa diarrea). Enteritis actínica. Intoxicación por metales pesados o alcohol.</p>	<p>Trastornos de la motilidad (síndrome de intestino irritable, neuropatía diabética). Trastornos inflamatorios (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, colitis microscópica, diverticulitis). Síndromes de malabsorción y maldigestión (enfermedad celíaca, enfermedad de Whipple,, síndrome de intestino corto, anemia perniciosa, insuficiencia pancreática exocrina, alteración de solubilización de las grasas). Endocrinopatías (hipertiroidismo, gastrinoma, somatostatina, vipoma, feocromocitoma, enfermedad de Addison, mastocitosis). Neoplasias Diarrea secretora idiopática (diarrea epidémica de Brainerd o diarrea esporádica). Incontinencia anal. Nutrición enteral. Pseudoobstrucción intestinal. Enteritis actínica. Intoxicación por metales pesados (arsénico, plomo, cadmio, mercurio).</p>

Relevancia en la salud pública

La diarrea aguda es un problema de salud pública en México; el sistema nacional de vigilancia epidemiológica registró entre 2008 y 2017 más de 4 millones de casos nuevos por año.

Debido al sistema de notificación es complicado determinar la principal etiología de la diarrea aguda en México, pero se puede inferir que es de origen infeccioso en la mayor parte de los casos. Las personas entre 25 y 44 años son el grupo más afectado por diarrea crónica y le siguen los infantes de entre uno y cuatro años. En términos de mortalidad, en el periodo comprendido entre 1998-2016, se ha registrado un claro descenso de la tasa y, por lo tanto, la diarrea fue desplazada de los primeros lugares como causa de muerte. Probablemente esto sea producto de la implementación de programas de salud pública como la Terapia de Rehidratación Oral (TRO), la promoción de la lactancia materna, así como la mejoría de la condición sanitaria como promoción del lavado de manos, mejoría de la calidad de agua, pavimentación y otros servicios públicos.



Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda entre 1998 y 2016.

Terapéutica

Se pueden encuadrar tres acciones principales en el tratamiento de la diarrea que incluyen principalmente la reposición de líquidos y electrolitos, manejo sintomático y tratamiento de la causa específica.

Medidas no farmacológicas

Dieta

El inicio de la dieta es fundamental para la mejoría del paciente con diarrea. Se debe iniciar con el consumo limitado y con incremento gradual de alimentos blandos y astringentes, como sopas, plátanos, arroz, manzana, galletas con sal, entre otros. Es importante evitar el consumo de lácteos en tanto no se resuelva el cuadro diarreico, por posible disminución de la actividad de disacaridasa. Cuando la diarrea es osmótica y en

la dieta se incluyen edulcorantes como fructuosa, sorbitol, manitol y xilitol es importante suprimir su consumo.

Tratamiento farmacológico

Terapia de rehidratación oral

La terapia de rehidratación oral es la base del tratamiento para la diarrea aguda. Para esto se hace uso de soluciones de rehidratación oral (SRO) que contenga glucosa y electrolitos esenciales como sodio, potasio, cloruro y bicarbonato o citrato. Están indicadas en todos los casos de diarrea aguda, independientemente de la edad del paciente o de la etiología.

Una fase de rehidratación, que implica la reposición de líquidos y electrolitos perdidos a través de la diarrea, es seguida por una fase de mantenimiento para reemplazar las pérdidas continuas. La terapia de rehidratación oral no detiene la diarrea, que generalmente continúa

durante un período limitado, aunque puede reducir la salida de heces y vómitos.

El fundamento farmacológico detrás del uso de las SRO reside en la absorción de glucosa que está acoplada al transporte activo de electrolitos como el sodio. Aunque la absorción de sodio independiente de nutrientes, a través de la membrana del borde en cepillo de células epiteliales intestinales se ve afectada en pacientes con diarrea, se preserva el transporte acoplado a glucosa, lo que permite la absorción de iones Na⁺, Cl⁻ y agua proporcionada en las SRO.

Antibióticos

No se recomienda el uso sistemático de antibióticos en los casos de diarrea. Se debe investigar la causa de específica del cuadro diarreico, pero en general, cuando existe la presencia de deposiciones con moco y sangre se debe iniciar la antibioticoterapia empírica.

Derivados opiáceos

La loperamida es el representante de estos medicamentos para el tratamiento de la diarrea aguda. Actúa sobre el plexo mientérico disminuyendo la motilidad, inhibiendo la secreción gástrica, pancreática y biliar. A pesar de que la loperamida, difícilmente atraviesa la barrera hematoencefálica, en niños, a dosis terapéuticas, puede dar lugar a efectos centrales característicos de los opiáceos. Otro efecto relevante de loperamida se encuentra el incremento del esfínter anal mejorando la continencia fecal.

Farmacocinéticamente, la loperamida se absorbe bien y logra concentrarse en el tubo digestivo e hígado. Su tiempo de vida media de eliminación se encuentra entre las 7 y 15 horas por lo que su actividad antidiarreica es prolongada.

Entre las reacciones adversas más frecuentes se encuentran el dolor abdominal y estreñimiento. Dado el mecanismo de acción de loperamida, se recomienda no administrarla en diarreas de

probable origen infeccioso.

Agentes adsorbentes

A pesar del amplio uso de estos fármacos (caolín, pectina, yeso) por la población general, carecen de verdadera eficacia. La administración de estos compuestos se basa en su capacidad de adsorber sustancias tóxicas e impedir que actúen sobre la mucosa intestinal.

Subsalicilato de bismuto

Tiene eficacia inferior a loperamida, pero tiene un lugar en la terapéutica de las diarreas de origen infeccioso. Reduce el número de evacuaciones y sintomáticamente suprime las náuseas y dolor abdominal. Se sugiere que el bismuto tenga un efecto bactericida en el lumen intestinal y el salicilato actúe como antiinflamatorio.

La dosis habitual de este fármaco es de 260 mg de bismuto y salicilato (30 mL de presentaciones líquidas comerciales o 2 tabletas) cada 30 a 60 minutos según se requiera. Un efecto secundario frecuente es el obscurecimiento de las heces y pigmentación oscura de la lengua debido a la formación de compuestos de bismuto.

Fuentes de Información

CENETEC. Prevención, diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en el paciente adulto en primer nivel de atención [Internet]. Mexico City: CENETEC; 2020. 58 p.

Goldman L, Schafer AI, Semrad CE. Aproximación al paciente con diarrea y malabsorción. In: Goldman L, Schafer AI, editors. Cecil y Goldman Tratado de

Medicina Interna. 25th ed. España: Elsevier España; 2013. p. 899–917.

Nalin DR, Hirschhorn N, Greenough W, Fuchs GJ, Cash RA. Clinical concerns about reduced-osmolarity oral rehydration solution. JAMA. 2004;291(21):2632–5.
<https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2632>

Schiller LR, Sellin JH. Diarrhea. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, editors.

Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 11th ed. Philadelphia, USA: Elsevier; 2021. p. 204–23.

Quintero Carrión E, Montoro Huguet MA. Diarrea aguda. In: Rozman C, Cardellach

López F, editors. Farreras-Rozman Medicina Interna. 19th ed. España: Elsevier España; 2020. p. 143–53.

Olaiz-Fernández GA, Gómez-Peña EG, Juárez-Flores A, Vicuña-de Anda FJ, Morales-Ríos JE, Carrasco OF. Panorama histórico de la enfermedad diarreica aguda en México y el futuro de su prevención. Salud Publica Mex. 2019 Dec 20;62(1,ene-feb):25.
<https://doi.org/10.21149/10002>

Secretaría de Salud. Cubos dinámicos [Internet]. 2020.