



Ensayo

Nombre del Alumno José Francisco Pérez Pérez

Nombre del tema: Enfermedades Diarreicas

Parcial: 2°

Nombre de la Materia: Enfermedades infecciosas

Nombre del profesor: Dr. Guillermo Del solar Villareal

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

6° semestre

INTRODUCCIÓN

Diarrea deriva del griego “diarrhoia” que significa fluir a través de. Constituye un síntoma, no una enfermedad. Sin duda, todos tenemos un concepto y entendemos cuando nos referimos a diarrea, que son deposiciones líquidas. Sin embargo, la diarrea se define como un peso de la deposición no formada, mayor de 250g en 24 horas. Esta definición, poco práctica, puede resumirse como: a) Aumento del contenido líquido de la deposición y/o b) Aumento de la frecuencia (más de 3 veces al día). En general ocurren ambos fenómenos. Aplicando criterios de duración, se clasifica como aguda cuando se extiende hasta dos semanas.

La diarrea persistente va de dos a cuatro semanas y crónica cuando excede cuatro semanas en forma continua u ocho semanas en forma intermitente. Deben diferenciarse otras condiciones como la incontinencia fecal, la pseudodiarrea producto del impacto fecal (enfermos postrados, Parkinson, etc.) diagnóstico que se confirma con el tacto rectal o la hiperdefecación, aumento de la frecuencia defecatoria con deposiciones de consistencia normal como ocurre en el hipertiroidismo. a fisiopatología básica de los patógenos involucrados ha aportado a un mejor diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas. El promedio de ingesta oral para adultos es 1,5 L/día combinado con la saliva, secreciones gástricas, biliares y pancreáticas hace un total de 7-8 litros de líquido que ingresa al intestino alto diariamente, el que es absorbido en la medida que alcanza el intestino delgado distal. Sin embargo, este fluido del intestino delgado está mezclado con un notable flujo bidireccional de agua y electrolitos en el intestino delgado proximal que probablemente exceda 50 L de fluido isotónico cada día, para ayudar a la absorción de la ingesta dietética diaria. Este transporte bidireccional de electrolitos es conducido por una bomba de sodio dependiente de ATP localizada en la membrana basolateral tanto de las criptas como en el vértice de las vellosidades. Dado que los canales de cloro están ubicados en la superficie luminal de las células de las criptas, esta bomba de sodio regula la secreción de cloro (junto al sodio y agua) desde las criptas y se produce un absorción neutra de NaCl en el vértice de las vellosidades. Así, una discreta alteración en este gran flujo bidireccional puede sobrepasar la capacidad absorptiva del colon, que raramente excede 2 L en 24 horas. Como la toxina del cólera, la toxina termolábil de E. Coli abren los canales de cloro llevando a la diarrea secretoria acuosa. La toxina termoestable de E. Coli activa la guanilciclase incrementando la guanosina cíclica monofosfato intracelular, inhibiendo la absorción de NaCl y llevando a diarrea secretoria. El daño selectivo del vértice de las vellosidades que ocurre en infecciones virales, por protozoos y otros procesos que dañan las vellosidades lleva a un desbalance de las criptas secretoras produciendo diarrea acuosa.

Desde el punto de vista del mecanismo de producción pueden clasificarse en: 6

Osmótica: presencia de sustancias no absorbibles en el lumen (lactulosa, sorbitol, lactosa en intolerantes, etc.).

Secretora: secundaria a toxinas bacterianas que disminuyen la absorción o aumentan la secreción (V. cholerae).

Inflamatoria: daño de la mucosa por inflamación o isquemia: Shigella spp., enfermedades inflamatorias intestinales (Crohn, colitis ulcerosa) o colitis isquémica.

Alteración de la motilidad con aumento del peristaltismo: síndrome de intestino irritable, hipertiroidismo.

Un buen interrogatorio, como en todas la áreas de la medicina, es básico 10. Este debe incluir contactos epidemiológicos, actividad laboral especialmente si se desempeña en áreas de la salud, viajes recientes, hospitalizaciones recientes, ingesta de fármacos en especial antibióticos en las ocho semanas precedentes u otros (metformina, sertralina, colchicina, etc), forma de comienzo de la enfermedad, latencia entre la ingesta sospechosa y el comienzo del cuadro (en intoxicaciones alimentarias y escombrotismo puede ser minutos), en etiología viral, más de 14 horas, en general

24 a 48 horas, tipo de alimentos consumidos (huevos crudos o mayonesas caseras, mariscos bivalvos y pescados crudos incluidos sushi y cebiche, hortalizas crudas, etc.), presencia de fiebre, en general ausente en intoxicaciones alimentarias, dolor abdominal con todas sus características semiológicas, vómitos (más frecuentes en etiología viral e intoxicación alimentaria con una toxina preformada) y una detallada descripción de las características de las deposiciones: acuosas, presencia de sangre, mucosidades, lentería, grasa, etc. (con el advenimiento de la tecnología no es infrecuente que el paciente aporte imágenes de su smartphone), frecuencia, horario, compromiso del estado general: sed, oliguria, lipotimia, etc. En casos seleccionados hábitos sexuales de riesgo, comorbilidades (diabetes, HIV/SIDA, trasplante de órganos, inmunosupresión farmacológica, embarazo, etc.).

Además de lo habitual, presencia de fiebre sobre 38,5°C, compromiso sensorial, búsqueda de signos de deshidratación, ortostatismo, turgor cutáneo, llene capilar u otros que lleven a decidir hidratación parenteral u hospitalización. Especial detalle en la exploración abdominal: ruidos hidroaéreos, puntos sensibles, rebote, masas palpables, etc.).

Exámenes fecales. La presencia de leucocitos fecales orienta a gérmenes que actúan invadiendo la mucosa intestinal. Es un examen sencillo, barato y prácticamente disponible en muchas partes. La calprotectina fecal, proteína del citoplasma de los leucocitos también se encuentra elevada en deposiciones cuando hay inflamación de la mucosa intestinal. Es muy sensible. No tenemos experiencia con el uso de la lactoferrina que tiene el mismo significado. Los estudios bacteriológicos tradicionales, parasitológicos y más recientemente los basados en biología molecular deben reservarse para pacientes de alto riesgo o en casos en que la identificación del agente patógeno es muy importante. Está indicado en diarrea aguda severa asociada a fiebre mayor de 38,5°C, coexistencia de comorbilidad severa (diabetes, VIH/SIDA, trasplantados, pacientes con tratamientos inmunosupresores, embarazadas), en paciente hospitalizado recibiendo antibióticos (*C.difficile*), diarrea que se prolongue por más de 14 días, diarrea aguda profusa con caracteres de cólera, deshidratación y disentería. Además considerar a adultos mayores, residentes en hogares, manipuladores de alimentos o trabajadores sanitarios.

En pacientes con diarrea moderada a severa el primer objetivo es mantener la hidratación y el equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base. El tratamiento de los síntomas (dolor abdominal, vómitos, fiebre) es muy importante.

El reposo depende de cada caso en particular. Deben hospitalizarse aquellos pacientes con criterios de gravedad: deshidratación severa, fiebre mayor de 38,5°C, compromiso sensorial, disentería, adultos mayores, embarazadas, co-morbilidad importante (diabetes, inmunosupresión, etc.) y cuando el buen juicio clínico lo aconseje. Estos pacientes requerirán de hidratación parenteral y el estudio ya descrito. En el caso de pacientes ambulatorios, el reposo dependerá de la tolerancia del paciente a sus síntomas. No hay muchos estudios que objetivamente demuestren que restricciones particulares de la dieta mejoren la evolución de los síntomas. Este es un tema que preocupa mucho a los pacientes. La denominada dieta BRAT (banana, rice, apple sauce, toast) ha mostrado una

utilidad limitada. Puede desarrollarse una intolerancia transitoria a la lactosa durante algunos episodios de diarrea aguda por lo que parece razonable recomendar durante el tratamiento productos sin lactosa ampliamente comercializadas en nuestro medio. Hay soluciones de rehidratación oral disponibles en el mercado como Pedialite® y ReHsal®, las que se deben indicar en ausencia de vómitos. Las bebidas isotónicas que utilizan los deportistas son pobres en sodio, el que se puede suplementar con caldos ricos en sal. Los antiespasmódicos deben usarse prudentemente al igual que los antipiréticos como el paracetamol en caso de fiebre.

Agentes antidiarreicos. Loperamida . Aumenta la absorción de agua y electrolitos disminuyendo la motilidad y secreción intestinal. No acorta la evolución de la enfermedad. La dosis máxima inicial es 4mg seguida de 2mg después de cada deposición no formada con una dosis máxima total de 8mg en 24 horas por un máximo de dos días. No debe ser usada en diarrea febril o disentérica. Si se usa debe indicarse la dosis mínima para evitar la constipación post tratamiento. Muchas veces la dosis inicial de 4mg es suficiente. Es muy útil frente a situaciones particulares como inminencia de viajes o asistencia obligada a compromisos ineludibles.

BIBLIOGRAFIA

- DIARREA AGUDA ACUTE DIARRHEA
- RAÚL ACUÑA M. Departamento de Gastroenterología, Clínica Las Condes. - ELSEVIER