

# GASTROENTERITIS AGUDA

Ángela Crespo Rubio  
R1 Medicina Interna

8 Julio 2019

# ÍNDICE

---

1. Introducción
2. Clasificación
3. Manifestaciones clínicas
4. Diagnóstico
5. Tratamiento
6. Algoritmo dx-terapéutico
7. Pronóstico
8. Conclusiones
9. Bibliografía



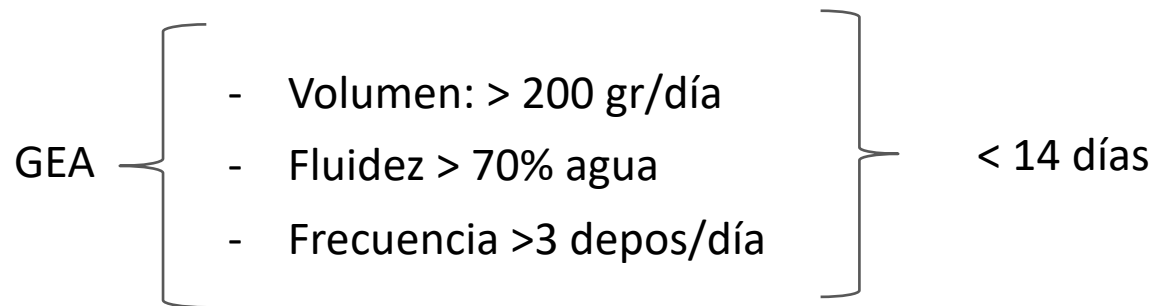
# INTRODUCCIÓN

---

Causa común de consulta en MAP

Afecta a niños y adultos

Brotos en comunidades cerradas (residencias, escuelas...)



+/- Otra sintomatología



# CLASIFICACIÓN DE DIARREA

---

## 1. Tiempo de duración

- Aguda
- Persistente
- Crónica

## 2. Localización

I. Delgado	I. Grueso
No inflamatoria/Acuosa/Secretora	Inflamatoria/Disentería
+++ Voluminosas	+ Volumen
+ Dolor abdominal	+++ Dolor abdominal
NO productos patológicos	Leucos, sangre, moco
	Fiebre



### 3. Etiología

#### Infeciosa

##### No inflamatoria:

- Frecuente: norovirus, rotavirus, adenovirus, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus*, *Giardia lamblia*
- Menos frecuente: *Vibrio cholerae*, *Escherichia coli* enterotoxigena, enteropatógena y enteroagregante, *Aeromonas hydrophila*, astrovirus, *Cryptosporidium*, *Isospora belli*, *Cyclospora*

##### Inflamatoria:

- Frecuente: Salmonella, Campylobacter, *Escherichia coli* enterohemorrágica (incluido serotipo O157:H7), *Clostridium difficile*, Shigella, *Yersinia enterocolitica*
- Menos frecuente: *E. coli* enteroinvasiva, *Klebsiella oxytoca*, *Listeria*, *Plesiomonas*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Entamoeba histolytica*, *Balantidium coli*, *Trichinella spiralis*

##### Situaciones especiales:

- Sida con CD4 < 100: *Cryptosporidium*, *Mycobacterium avium* intracellulare, citomegalovirus
- Viajeros: *Escherichia coli* enterotoxigénica y enteroagregante, *Shigella*, *Campylobacter*, norovirus, parásitos

Infeciosa

**No inflamatoria:**

- Frecuente: norovirus, rotavirus, adenovirus, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus*, *Giardia lamblia*
- Menos frecuente: *Vibrio cholerae*, *Escherichia coli* enterotoxigena, enteropatógena y *Cryptosporidium*,

**Inflamatoria:**

- Frecuente: *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*
- Menos frecuente: *Plesiomonas*, *Balantidium*

**Situaciones**

- Sida con *Cytomegalovirus*, *Chlamydia trachomatis*, *Toxoplasma gondii*, *intra*cellulare, *Coccidioides immitis*
- Viajeros: *Escherichia coli* enterotoxigénica y enteroagregante, *Shigella*, *Campylobacter*, norovirus, parásitos

## NOROVIRUS

No inflamatoria

PI 24-60h

Vómitos frecuentes

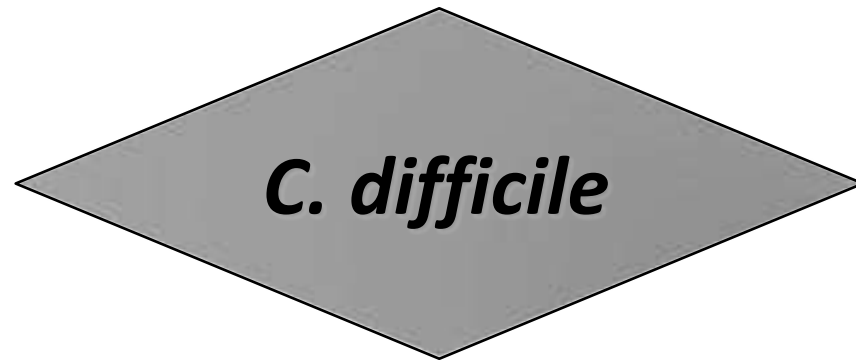
Diarrea sin moco, sangre, pus

Infeciosa

**No inflamatoria:**

- Frecuente: norovirus, rotavirus, adenovirus, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus*, *Giardia lamblia*
- Menos frecuente: *Vibrio cholerae*, *Escherichia coli* enterotoxigena, enteropatógena v enteroagregante, *Aeromonas hydrophila*, astrovirus.

Periodo de incubación	Microorganismo	Alimento
1-6 horas (toxina preformada): vómitos	<i>Staphylococcus aureus</i>	Cremas, mayonesa, pollo
	<i>Bacillus cereus</i>	Arroz frito
8-16 horas (toxina preformada): cólico	<i>Clostridium perfringens</i>	Carne de reses y aves
	<i>Bacillus cereus</i>	Carne, verduras, legumbres
Más de 16 horas: diarrea acuosa o inflamatoria	<i>Shigella</i>	Verduras crudas, agua
	<i>Salmonella</i>	Huevos, lácteos, carne
	<i>Campylobacter</i>	Aves de corral, leche
	<i>Escherichia coli</i> enterotoxígena	Ensalada, queso, carne, agua
	<i>Escherichia coli</i> enterohemorrágica	Ternera mal cocinada, leche, verduras, agua
	<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	Marisco crudo



Tras consumo

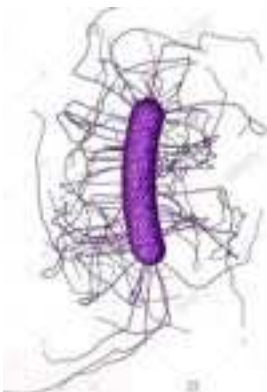
- Cefalosporinas 3º gen
- Clindamicina
- Fluoroquinolonas

Screenig: Detección de glutamato deshidrogenasa

Dx: Detección de toxina B +/- toxina A ELISA

Tto: **Vancomicina** (BE) /Fidaxomicina (BC) **vo+** medidas de aislamiento entérico + lavar manos  
Imposible vo → metronidazol iv

Recidivas: Vancomicina, Fidaxomicina, Rifaximina (2) o Tx flora fecal (3).  
Bezlotoxumab





### 3. Etiología

Infecciosa	<b>No inflamatoria:</b> – Frecuente: norovirus, rotavirus, adenovirus, <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Clostridium perfringens</i> , <i>Bacillus cereus</i> , <i>Giardia lamblia</i>	
	<b>Fármacos</b>	Laxantes, antiácidos con magnesio, antibióticos, colchicina, antiinflamatorios, antiarrítmicos, quimioterápicos, teofilina, etc.
	<b>Tóxicos</b>	Arsénico, plomo, magnesio, cobre, zinc, alcohol, organofosforados, setas, aditivos alimentarios, etc.
	<b>Alergia alimentaria</b>	
	<b>Expresión aguda de diarrea crónica</b>	Enfermedad inflamatoria intestinal, celiacía, síndrome de malabsorción, síndrome del asa ciega
	<b>Endocrinometabólica</b>	Uremia, acidosis metabólica, diabetes mellitus, tirotoxicosis, síndrome carcinoide
	<b>Posquirúrgica</b>	Vagotomía-pilorooplastia, gastroyeyunostomía, síndrome de intestino corto
	<b>Otras</b>	Impactación fecal (diarrea por rebosamiento), diverticulitis, colitis actínica, isquemia intestinal, fases iniciales del abdomen agudo (apendicitis, anexitis, peritonitis secundaria a perforación intestinal) Enfermedad de injerto contra huésped Infecciones sistémicas (malaria, fiebre tifoidea)

# MANIFESTACIONES CLÍNICAS

---

- Náuseas (93%)
- Diarrea (89%)
- Vómitos (81%)
- Dolor abdominal (76%)
- Hipotensión ortostática
- Signos de deshidratación
- Oliguria
- Fiebre (50%)
- Fatiga
- ↓ Kg

Tras GEA: Intolerancia transitoria a la lactosa



# DIAGNÓSTICO

---

## 1. ANAMNESIS



## 2. EF

- Inspección: EG, constantes, Sg deshidratación
- ACP y Abdominal
- Expl., palpación y percusión abdominal
- Inspección canal anal y TR



### 3. PC

#### Obligatorias

- Hemograma y BQ
- Gasometría venosa
- Rx abd simple (Bipedestación/Decúbito lat)
- P.dirigidas si diarrea grave

#### Dirigidas

- Leucocitos, lactoferrina, calprotectina
- Coprocultivo
- HC si fiebre
- Serologías
- Endoscopia
- TC abdominal

# TRATAMIENTO

---

1. Control de constantes vitales
2. Reposición hidroelectrolítica (vo > iv):
  - GEA leve → Ambulatoriamente + Tto vo
  - GEA moderada → Área observación + Tto SRO
  - GEA grave → Ingreso + Tto iv

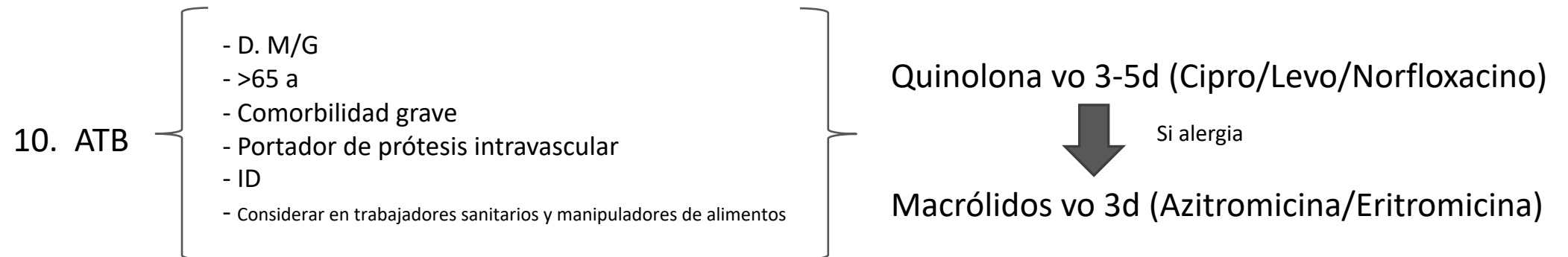


## Criterios de hospitalización, “*red flags*”

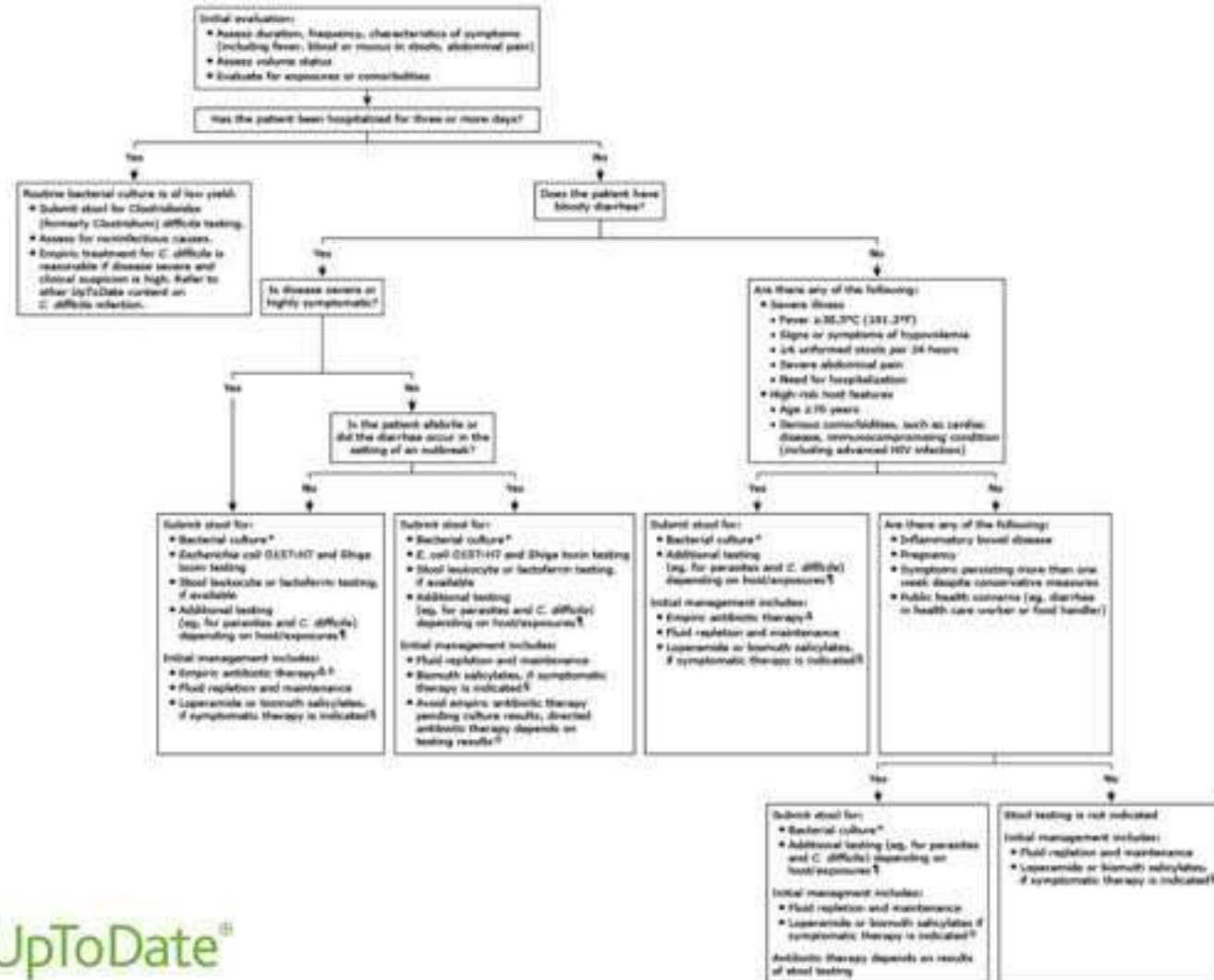
1. Pérdida de gran volumen → Inestabilidad HD
2. Sepsis
3. Diarrea asociada a botulismo o cólera
4. Hospitalización o uso previo de ATB (3-6m)
5. Alteración F.Renal o de HE
6. Heces con sangre
7. Vómitos incoercibles
8. Pérdida de kg imp, dolor abd intenso
9. Síntomas duraderos
10. Comorbilidades (ID)
11. Embarazo



3. Dieta: No se recomienda la dieta estricta. Patatas, arroz, avena, trigo, galletas saladas, plátanos.
4. ¿Zn<sup>+2</sup>?
5. Analgesia si dolor
6. Antipiréticos si fiebre
7. Antidiarreicos: Loperamida.
8. Antieméticos: Primperán. Ondasetron.
9. ¿Probióticos?



# ALGORITMO DX-TERAPÉUTICO





**Initial evaluation:**

- Assess duration, frequency, characteristics of symptoms (including fever, blood or mucus in stools, abdominal pain)
- Assess volume status
- Evaluate for exposures or comorbidities

**Has the patient been hospitalized for three or more days?**

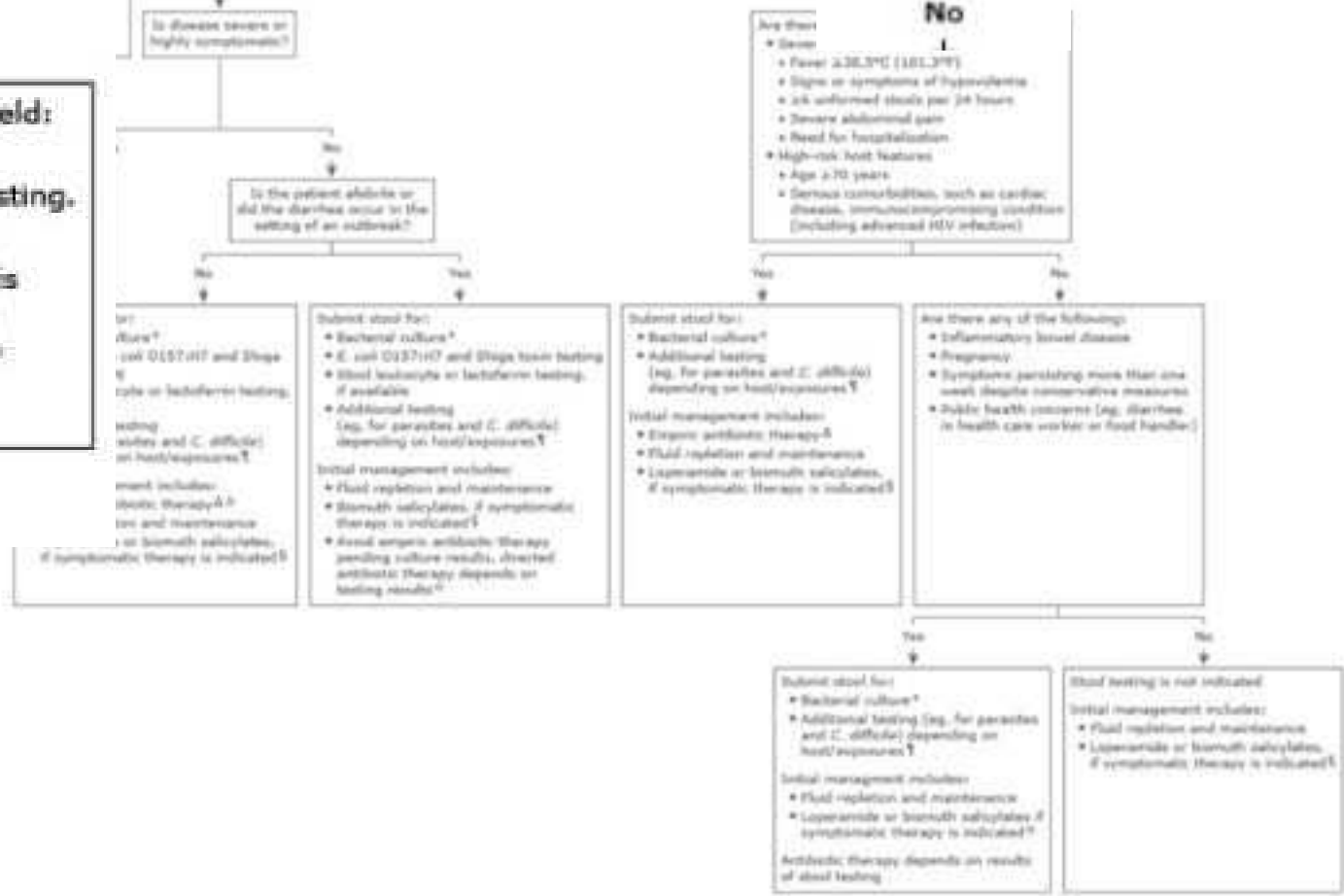
Routine tests  
• Submit also (formerly)

**Yes**

**Routine bacterial culture is of low yield:**

- Submit stool for *Clostridioides* (formerly *Clostridium*) *difficile* testing.
- Assess for noninfectious causes.
- Empiric treatment for *C. difficile* is reasonable if disease severe and clinical suspicion is high. Refer to other UpToDate content on *C. difficile* infection.

**No**



**Are there signs or symptoms of hypovolemia?**

- Fever  $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$  ( $101.3^{\circ}\text{F}$ )
- Signs or symptoms of hypovolemia
- $\geq 6$  unformed stools per 24 hours
- Severe abdominal pain
- Need for hospitalization
- High-risk host features
- Age  $\geq 70$  years
- Serious comorbidities, such as cardiac disease, immunocompromising condition (including advanced HIV infection)

**Is disease severe or highly symptomatic?**

**Is the patient abed or did the diarrhea occur in the setting of an outbreak?**

**Initial management includes:**

- Fluid repletion and maintenance
- Loperamide or bismuth subsalicylates if symptomatic therapy is indicated

**Submit stool for:**

- Bacterial culture
- E. coli* O157:H7 and Shiga toxin testing
- Stool leukocyte or lactoferrin testing, if available
- Additional testing (eg, for parasites and *C. difficile*) depending on host/exposures

**Initial management includes:**

- Fluid repletion and maintenance
- Bismuth subsalicylates if symptomatic therapy is indicated
- Avoid empiric antibiotic therapy pending culture results, directed antibiotic therapy depends on testing results

**Submit stool for:**

- Bacterial culture
- Additional testing (eg, for parasites and *C. difficile*) depending on host/exposures

**Initial management includes:**

- Empiric antibiotic therapy
- Fluid repletion and maintenance
- Loperamide or bismuth subsalicylates if symptomatic therapy is indicated

**Are there any of the following?**

- Inflammatory bowel disease
- Pregnancy
- Symptoms persisting more than one week despite conservative measures
- Public health concerns (eg, diarrhea in health care worker or food handler)

**Submit stool for:**

- Bacterial culture
- Additional testing (eg, for parasites and *C. difficile*) depending on host/exposures

**Initial management includes:**

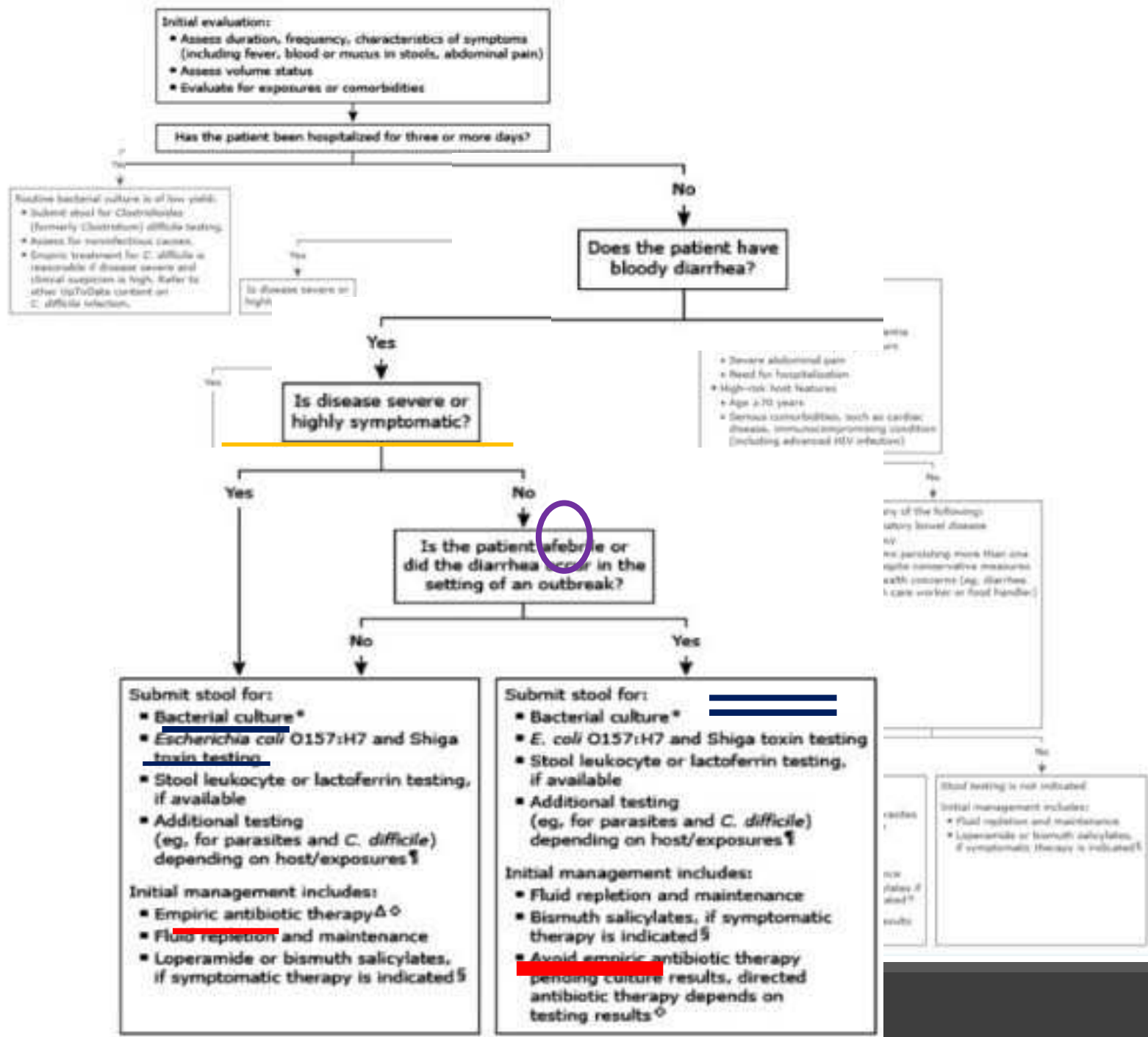
- Fluid repletion and maintenance
- Loperamide or bismuth subsalicylates if symptomatic therapy is indicated

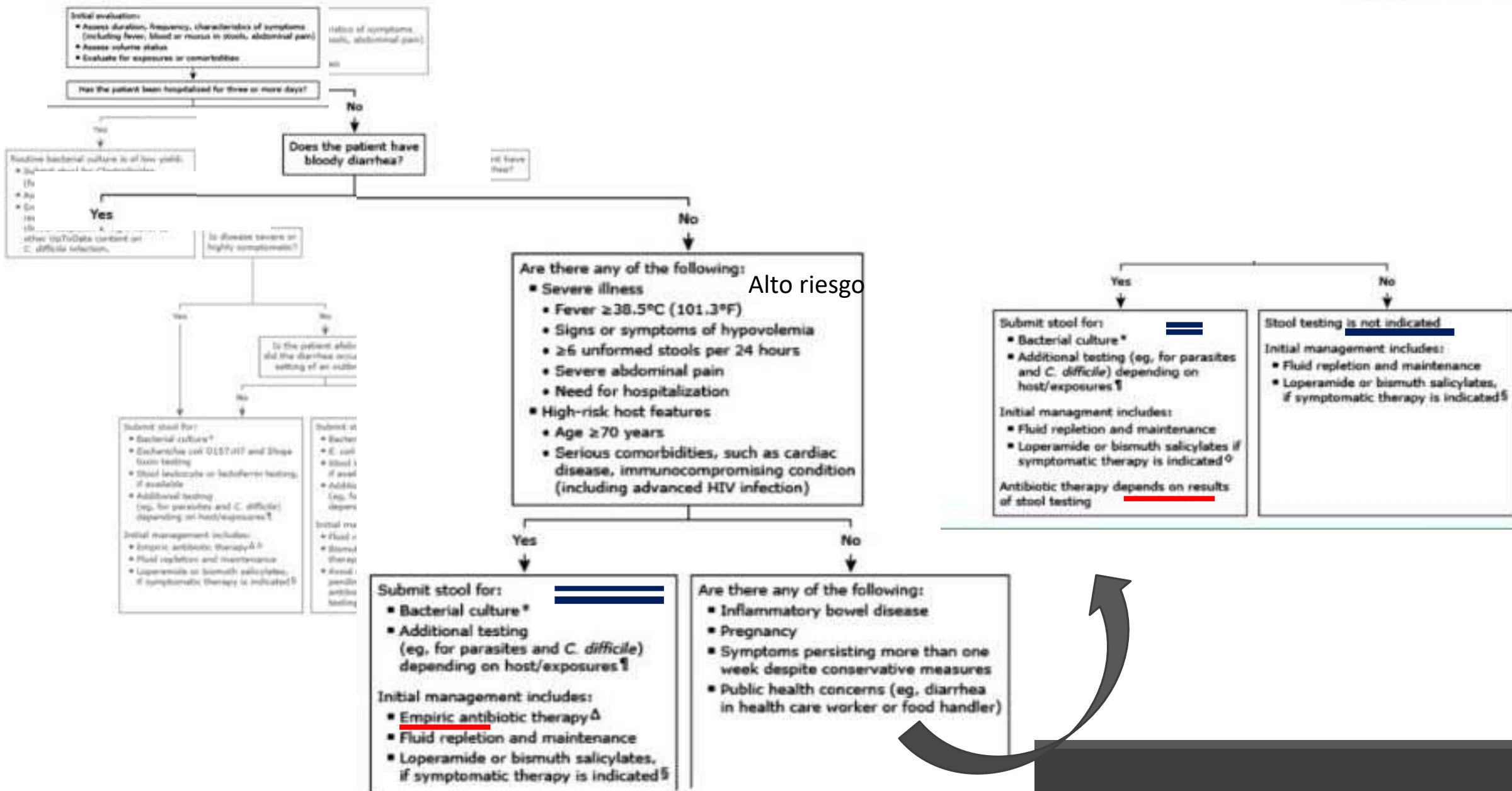
Antibiotic therapy depends on results of stool testing

**Stool testing is not indicated**

**Initial management includes:**

- Fluid repletion and maintenance
- Loperamide or bismuth subsalicylates if symptomatic therapy is indicated





# PRONÓSTICO

---



AUTOLIMITADA

75% Recuperación completa

25% Cambios en hábitos intestinales → SII

ID y ancianos frágiles: ↑ Riesgo de complicaciones

# CONCLUSIONES

---

1. La gastroenteritis aguda es el síndrome diarreico que dura menos 14 días, con más 200gr/día y con más 70% contenido acuoso, más de tres deposiciones/día.
2. Norovirus es la etiología más frecuente en adultos.
3. Sospechar *C. difficile* en pacientes con antibioterapia previa.
4. Normalmente coexisten la diarrea y los vómitos. Se puede producir deshidratación dependiendo de la gravedad de la misma.
5. La historia clínica es el pilar más importante para establecer el diagnóstico.
6. Obligado solicitar iones y función renal.

7. Fluidoterapia es la base del tratamiento. GEA leve se trata con hidratación oral. GEA moderada administrar SRO. GEA grave ingreso y sueroterapia intravenosa.
8. Criterios de ingreso: Inestabilidad hemodinámica, alteraciones de la función renal, comorbilidades graves, embarazadas, heces con sangre, pérdida de peso importante, uso de antibioterapia 3-6 meses previos al episodio.
9. No se recomienda dieta estricta, tampoco agentes antimotilidad.
10. La antibiterapia queda reservada para mayores 65 años, comorbilidad, inmunodeprimido, portador de prótesis intavascular.
11. Buen pronóstico, suele ser autolimitada.

# BIBLIOGRAFÍA

---

- Harrison., Longo D. Principios de medicina interna. 18th ed. México: McGraw-Hill; 2012.
- Rodríguez García M, Fernández-Samos Gutiérrez R. Criterios de actuación en Urgencias León. [León]: Complejo Asistencial Universitario de León; 2014.
- Suarez Pita D, Vargas Romero J.C, Salas Jarque J, Losada Galván I, de Miguel Campo B, Catalán Martín P.M., Sánchez Moreno B, Duarte Borges M.A, Cabrera Rodrigo I. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 8th ed. Hospital Universitario 12 Octubre; 2016.
- DuPont H. Acute Infectious Diarrhea in Immunocompetent Adults. New England Journal of Medicine. 2014;370(16):1532-1540.
- Irene Alexandraki, MD, MPH Alexandraki I, W Smetana G. Acute viral gastroenteritis in adults. UpToDate. 2019.
- LaRocque R, B Harris J. Approach to the adult with acute diarrhea in resource-rich settings. UpToDate. 2019
- P Kelly C, Thomas Lamont J, S Bakken Jb Clostridioides (formerly Clostridium) difficile infection in adults: Treatment and prevention. UpToDate.2019