



## LAS PRINCIPALES DIARREAS Y SU CLASIFICACION

Dr. ROBERTO GUTIERREZ ARANGO

Aún cuando el tema tratado en este artículo no es de información general hemos creído conveniente utilizar el medio de información a través de la sección científica de la Revista de las Fuerzas Armadas, para divulgar dentro del cuerpo médico de la Sanidad Militar algunos artículos de interés práctico.

Este trabajo sobre la clasificación de las diarreas, su diagnóstico y tratamiento, está dirigido especialmente al cuerpo médico de la Sanidad Militar y particularmente a los médicos generales que trabajan en las unidades distribuidas en todo el País, en donde por falta de facilidades para efectuar exámenes de laboratorio y paraclínicos, es difícil a veces hacer un diagnóstico acertado de la causa de la diarrea.

Tiene además un sentido práctico para facilitar el diagnóstico en su gran variedad y poder orientar al médico en su tratamiento.

La clasificación que presentamos tiene además un objetivo didáctico y hemos tratado de incluir la mayoría de las diversas y numerosas causas de la diarrea, teniendo en cuenta los últimos conceptos recientes sobre el papel de las alergias y el síndrome de mala absorción intestinal.

Esperamos que este trabajo contribuya a dar una información general sobre el tema y facilitar el diagnóstico y tratamiento para el médico general dentro de la Sanidad Militar

Hemos pretendido tratar de hacer una clasificación general de las diarreas dividiéndolas en 2 grupos generales, agudas y crónicas y creemos que tenga valor práctico para el médico general con el objeto de orientarlo en el diagnóstico de ellas.

En la literatura consultada hemos encontrado clasificaciones diferentes pero teniendo en cuenta las causas más frecuentes en nuestro medio, presentamos la clasificación presente, la cual puede tener además un valor didáctico.

**Diarrea Aguda;** esta caracterizada por la emisión frecuente de materias fecales líquidas, sin pujo ni tenesmo.

### COMPRENDEN:

- Diarreas de origen alimenticio**
- Diarreas de origen tóxico, y autotóxicas**
- Diarreas de origen infeccioso y bacteriano**
- Diarreas parasitarias y bacilares**
- Diarreas nerviosas**
- Diarreas de las afecciones digestivas.**

La sintomatología general de las diarreas agudas consiste en escalofrío inicial, hipertermia, modificación del pulso y tensión arterial, cefalalgia, raquialgia, dolores en los músculos y articulaciones, calambres y par/estésias, lengua saburral y meteorismo.

**Las diarreas de origen alimenticio;** son generalmente diarreas pasajeras y sin gravedad, y son debido a los abusos en la alimentación y comidas no frescas, carnes, conservas, cremas, huevos, y ciertas frutas y bebidas heladas.

**Las diarreas de origen tóxico;** son las debidas a la ingestión de ciertos medicamentos; cólcico, mercurio, arsénico, cobre. La sintomatología se traduce por vómitos, cólicos, deposiciones acuosas fecaloideas, sin fiebre.

**Las diarreas auto-tóxicas;** o endógenas, como las de la uremia, la gota, diabetes, asistolia, que se manifiestan con crisis episódicas agudas.

**Las diarreas de origen infeccioso;** hacen parte del principio de una enfermedad caracterizada; como la diarrea de la gripe gastrointestinal, de la neumonía, del sarampión, de las septicemias, de la poliomielitis. Las diarreas del comienzo de una afección bacteriana, como el cólera nostras (vómito, diarreas, calambres abdominales y de las pantorrillas, estado marástico). La infección botuliana o por hongos (Leucocitosis) la Tifoidea y Paratifoidea, la disenteria bacilar.

Es menester el estudio cuidadoso de todo el organismo, para el diagnóstico de un estado diarréico febril. La esplenomegalia, es un argumento en favor de la Tifoidea, pero si es palpable y percutible, y coincide con un medio palúdico, debe pensarse en este de preferencia. Si la diarrea está acompañada de melenas, debe pensarse en la granulía intestinal o en la Tifobacilosis.

Si se halla leucopenia, con estado

catarral respiratorio y ocular, y con signos nerviosos intensos al principio, debe pensarse en la gripe. O en la Tifoidea, si la evolución ha sido lenta, con lengua saburral, meteorismo, y disociación de pulso y temperatura.

La curva térmica con descensos y ascensos, acompañada con manifestaciones meníngeas, y dolores musculares a la presión, deben hacer pensar en una punción lumbar. Y si esta demuestra polinucleosis, con albuminosis, debe sospecharse en una poliomielitis.

**Diarreas parasitarias y bacilares;** la mayoría de la parasitosis intestinal, especialmente las amibas, giardias, tricomonas, pueden causar diarreas agudas. Lo mismo los bacilos disentéricos de Shiga, Flexner, Hiss, Strong y para-disentéricos, dando las disenterias agudas, que se traducen clínicamente por la inflamación aguda de la parte terminal del colon, dando una rectosigmoiditis ulcerosa.

El síndrome disenteriforme agudo está caracterizado por:

- 1) Evacuación frecuente y mínima de materias fecales.
- 2) Dolores abdominales en el trayecto del colon, en el momento de la evacuación.
- 3) Pujo y Tenesmo.
- 4) Deposiciones mucosanguinolentas.

El diagnóstico diferencial se hace sobre todo, con el examen coprológico, seriado, coprocultivo, y rectosigmoidoscopia.

En la disenteria bacilar, se encuentran los bacilos en el examen de las M. F. y gran abundancia de leucocitos. En el examen rectosigmoidoscópico, se encuentra una mucosa, tumefacta, edematosa, congestionada, de aspecto aterciopelado, con ulceraciones grandes, superficiales, de fondo plano. Las deposiciones numerosas hasta 60 en 24 h. fecaloideas, moco y sangre.

En la disenteria amibiana se encuentra la E. histolítica, en las M. F, pocos leucocitos y en el examen rectoscópico, ulceraciones pequeñas, redondeadas, profundas y de bordes en pico.

La disenteria de ciertas formas del paludismo, con M. F. hemorrágicas, en las cuales se encuentra el hematozoario, lo mismo que en la sangre circulante, esplenomegalia, anemia, curva térmica intermitente, etc.

**Diarreas nerviosas;** consecutivas a las emociones, (diarreas de los combatientes), o diarreas de enfermedades nerviosas, neurastenia, tabes, hipertiroidismo tóxico.

**Diarreas de las afecciones digestivas;** cáncer intestinal, linfosarcomas, alteraciones biliares, litiasis vesicular, hepatitis.

#### DIARREAS CRONICAS

Caracterizadas por la persistencia continua o intermitente de evacuaciones frecuentes de deposiciones acuosas, fecaloides, acompañadas de cólicos, con repercusión más o menos grave, del estado general.

#### CLASIFICACION DE LAS DIARREAS CRONICAS

- 1) De causa inflamatoria: gastroenterocolitis simple.  
(Ausencia de digestión y absorción de los almidones, fibras musculares, ccjuntivas, ácidos grasos y jabones).
- 2) **Colitis ulcerosa grave.**  
Adultos.
- 3) **Tuberculosis intestinal**  
T.B.C. intestinal primaria en los niños.
- 4) **Diarreas parasitarias**  
Amibiana (Síndrome disenteriforme)  
Chilomastix Mesnili  
Blastocystis Hominis

Giardias - Balantidium - Coli  
Ascaris - Tricocéfalos, Oxiuros, Tenias.

- 5) **Diarreas de origen bacilar**  
Disenteriae  
Shiga  
Flexner
- 6) **Intoxicaciones crónicas**  
Exógenas: Mercurio, Arsénico  
Endógenas: Uremia Diabetes.
- 7) **Diarreas por disendocríneas.**  
Hipertiroidismo  
Adisonismo  
Hiperparatiroidismo.
- 8) **Alergia digestiva.**
- 9) **Diarreas de origen Gastrógeno.**
- 10) **Amiloidosis intestinal y leucemia.**
- 11) **Las avitaminosis.**  
Pelagra  
Beriberi  
Sprue Tropical.
- 12) **Afecciones del intestino.**  
Linfogranuloma  
Carcinoma  
Sarcomas,  
Sífilis  
Diverticulosis intestinal.  
Carcinoide  
Enteritis regional.
- 13) **Enfermedades del páncreas.**
- 14) **Algunos casos de neurosis** (Estigmatización Vegetativa)
- 15) **Enterobacterias:** Salmonela, Shiguela, Proteus, Eberthella, Grupo Para-colon.
- 16) **Síndrome de mala absorción.**  

En la gastroenterocolitis simple, se encuentran períodos de constipación y de diarrea. Los almidones y fibras musculares, se deben encontrar en abundancia, para que tengan valor diagnóstico. Las grasas neutras son normales en pequeña cantidad en las M.F., pero no los ácidos grasos y los

jabones. En la aparición de los jabones y de los ácidos grasos, intervienen las deficiencias biliar y pancreática, y las disquinesias del intestino delgado.

Los síntomas clínicos que se presentan en la gastroenteritis, son: Diarrea, acidez, eructos, sensación de plenitud, flatulencia, dolor cólico y resentimiento abdominal.

El diagnóstico etiológico de la gastroenterocolitis, es difícil, pues son varios los gérmenes que pueden provocarla; enterococo, colibacilo, estreptococo, bacilo disintérico.

En la **colitis ulcerosa grave**. La diarrea es el síntoma predominante y su recidiva, aún después de los tratamientos con aparente éxito. Se localiza en el colon descendente generalmente, pero puede extenderse al delgado. No se conoce agente infeccioso determinado. Posiblemente el estreptococo.

La sintomatología es variada; diarrea con moco, sangre, pus, con tenesmo, y cólicos antes de la deposición. Borborismo, meteorismo, crisis de oclusión intestinal parcial.

Como complicaciones; hay peritonitis, perforaciones, trombosis y flebitis.

A la **rectosigmoidoscopia**: se encuentra mucosa con edema, sin pulimento, estrechez de la luz, sangrado en capa o en rocío, y abscesos miliares y ulceraciones.

En la radiografía, se ve estrechez, pérdida de denteladuras.

Las mismas características de T.B.C., Linfocitosis y cáncer.

**Tuberculosis intestinal**: se localiza de preferencia en la zona ileo-cecal, apéndice, colon terminal o en el recto. Se encuentra ulceración, con zonas de hiperplasia vecina, y evolución hacia la estrechez intestinal. Necrosis, perforación, abscesos perientéricos y fístulas. (Diarrea, fiebre, dolor y enflaquecimiento).

Los signos de R.X. son: dificultad para llenar el ileon, ciego, o el sigmoide. Zonas de rigidez, estrechez, imágenes de nichos por ulceraciones, etc.

**Diarreas parasitarias**: La asociación de una diarrea periódica, que se presenta en ocasiones al amanecer, de duración de algunas horas, y con signos hepáticos o vesiculares, debe hacer pensar en giardias. Se debe practicar intubación duodenal para la investigación de giardias.

**Diarreas de origen bacilar**: debidas a: bacilo disenteriae, Shiga, Flexner Hiss, con sus características ya anotadas.

**Intoxicaciones crónicas**: La uremia como la más importante, con la apariencia especial de la lengua, prurito, calambres, cefalea, criestesia y los signos de la nefropatía que la causa.

**Diarreas por disendocríneas**: En el adisonismo una causa importante es la alteración de la absorción intestinal, en la cual influye la función paratiroidiana y por otra parte el disturbio neurovegetativo, con predominio del parasimpático (vómito - diarreas - cólicos).

**Alergia Digestiva**: Se reconoce por la anamnesis, la hipersensibilidad en el tubo digestivo para ciertos alimentos, la coincidencia de otras afecciones alérgicas, el resultado de las dietas, la eosinofilia, etc.

**Diarreas de origen gastrógeno**: Secuela de resecciones gástricas o duodenales, gastroenterocolitis, etc.

**Amiloidosis intestinal**: Explica algunas diarreas que se presentan en las viejas tuberculosis cavitarias, sífilis antiguas, supuraciones crónicas.

**Las avitaminosis**: actúan por el disturbio nervioso por una parte y el estado distrófico de la mucosa que interfieren el peristaltismo, la digestión y la absorción, además de las ulceraciones que provocan. Presentan deposiciones ricas en grasas, estado de fer-

mentación, flatulencia y meteorismo.

**Afecciones del intestino:** El linfogranuloma, el carcinoma, sarcomas, sífilis y diverticulosis intestinal, producen diarreas periódicas en forma de descarga, sin ser muy intensas. En los casos de cáncer gástrico, o intestinal, puede aparecer una diarrea crónica, que en ocasiones está acompañada de sangre y es importante averiguar la sangre oculta en las materias fecales. Las diarreas del carcinoide son generalmente acuosas y sin sangre. Pueden ser numerosas en la fase final de la enfermedad.

**Enfermedades del páncreas:** Se encuentra en las deposiciones numerosas fibras musculares sin digerir, lo mismo que grasas neutras. Las diarreas se presentan con esteatorrea, con heces abundantes, blandas, y brillantes, poco coloreadas.

**Diarreas de origen nervioso:** Son diarreas consecutivas a alteraciones nerviosas, que modifican el funcionamiento de los nervios motores, sensitivos, secretores y producen dolores abdominales con hipersecreción intestinal y sensibilidad exagerada en el plejo solar.

**Diarreas por Enterobacterias:** Los gérmenes correspondientes a enterobacterias y más frecuentes entre nosotros son: Salmonella, Shigella, proteus, eberthella y organismos del grupo para colon. Estos gérmenes producen diarreas febriles o afebriles, y pueden ser con moco y sangre o sin estos.

**Síndrome de mala absorción:** Donde existe un defecto metabólico, con ausencia de ciertas reacciones enzimáticas, que intervienen en la absorción y en el metabolismo de las proteínas, grasas y electrolitos.

Algunos autores consideran dentro del síndrome de mala absorción el Sprue tropical, la enfermedad celiaca y la esteatorrea idiopática.

Entre las diversas entidades patológicas que pueden producir el síndrome de mala absorción se encuentran los defectos de digestión por insuficiencia de la secreción externa pancreática y algunos casos de obstrucción completa de las vías biliares. En estos casos la incompleta preparación de los alimentos o de las sustancias que se encuentran en la luz del intestino delgado, impide la correcta absorción. En otros casos la deficiencia en la absorción se debe a alteraciones en la pared misma del intestino; las cuales pueden ser por ausencia anatómica o funcional de un segmento amplio del mismo, como sucede en las resecciones extensas, cortos circuitos o gastroenteroanastomosis erróneas, o en las fístulas, que excluyan una parte importante del intestino delgado. O en algunos padecimientos orgánicos, con extensión suficiente que impiden el funcionamiento normal de la absorción intestinal, tales como la enteritis regional, tuberculosis, amiloidosis, esclerodermia, linfosarcomas, o algunos tumores.

El grupo de enfermedades anteriores constituye el síndrome de absorción intestinal deficiente secundario.

El síndrome primario está constituido por defectos en el proceso enzimático de la absorción, a nivel de la célula de la pared intestinal y es independiente de los padecimientos con defecto en la longitud del intestino, o con alguna lesión orgánica aparente.

El cuadro clínico se desprende de las múltiples manifestaciones causadas por la carencia de los alimentos no absorbidos, y por la permanencia de los mismos en la luz intestinal.

Los síntomas más constantes son la esteatorrea, astenia y baja de peso. Hay además meteorismo, dolor abdominal y vómitos. Síntomas de hipovitaminosis, tales como glositis, paraestias, aumento de la tendencia hemorrágica y

en algunos casos tetania por defecto de absorción de calcio y vitamina D.

## COMENTARIOS SOBRE LA SINTOMATOLOGIA GENERAL Y PATOGENIA DE LAS DIARREAS

Se llama diarrea a un síndrome caracterizado por:

- 1º Mayor frecuencia de las deposiciones.
- 2º Disminución de la consistencia de las heces.
- 3º Aumento de la cantidad de heces.

En toda diarrea hay un exceso del contenido acuoso con predominio sobre el componente sólido, que puede ser por expresión, o hipersecreción, o aceleración en el tránsito, sin permitir una absorción completa. La zona que responde con fluidificación e hiperquinesia es el intestino grueso, desde el colon transverso hasta la ampolla rectal; la porción del colon ascendente y ciego representan una continuación funcional del intestino delgado en cuanto a absorción y fermentación.

En toda diarrea existe la alteración del colon distal y en la patogenia de la diarrea puede considerarse: 1º trastorno de la secreción: diarreas gástricas, pancreática, biliar, inflamatoria, etc. 2º Trastorno de la absorción: Sprue, Addison, celiaca, etc. 3º Trastorno de la motilidad: diarrea nerviosa, emocional, inflamatoria, etc. 4º Trastorno de la sensibilidad: colopatía mucomembranosa, colon irritable.

Los síntomas subjetivos que tienen posible interpretación fisiológica más importantes son:

1º Tiempo de aparición. Las diarreas diurnas que se presentan generalmente por la tarde, dejando al enfermo tranquilo, generalmente indican participación del intestino grueso. Las diarreas

matutinas son indicio de irritaciones del colon. Las diarreas post-prandiales, suelen ser manifestación de un reflejo gastrocólico exaltado por hipersensibilidad del colon ante espinas irritativas: Colecistopatía, Apendicopatía, etc.

Las diarreas nocturnas indican afectación del intestino delgado como sucede con las diarreas nocturnas frecuentes de las enteritis.

Diarreas anafilácticas después de la digestión de ciertos alimentos o medicamentos, a los que está sensibilizado el intestino.

2º Dolor. De tipo cólico, espasmódico, con exacerbaciones y remisiones a corto plazo, común a todo espasmo de víscera hueca.

El dolor puede ser prandial, con sensación de llenura precoz produciendo reflejo gastrocólico. Postprandial a las 3 horas, cuando el contenido llega al ciego con reflejo ilio cólico. De tipo continuo, de distensión, cuando hay un proceso inflamatorio. Puede ser difuso o estar localizado en barra y flancos (intestino grueso) o periumbilical (intestino delgado). En general en las diarreas del delgado, el dolor es más intenso que en las del grueso.

3º Tenesmo. Indica afectación de partes bajas. Debe practicarse examen anorrectal e investigar existencia de moco.

4º Emaciación. Las diarreas del intestino delgado adelgazan al enfermo visiblemente en días, por interferirse la nutrición. En las diarreas del colon no hay tanta emaciación, porque la nutrición en el delgado está mantenida. En toda colitis hay una gran depresión síquica, que pone de manifiesto la relación entre siquismo y colon.

5º Astenia. Común a toda diarrea algo intensa, como manifestación secundaria a la pérdida de líquido.

De menor importancia los borborigmos, vértigos, fiebre, anorexia.

### **Valoración de los síntomas objetivos**

Por la inspección se anota si el enfermo está emaciado (diarreas del delgado) o conserva su panículo (diarreas del colon). En el dolor cólico la actitud es encogida y alivia su dolor oprimiendo el vientre con la mano o adoptando el decúbito prono. El enfermo presenta un aspecto asténico, con rasgos acusados y tensos, de expresión resignada y triste.

La palpación del colon se hará profundamente y en dirección transversa a su eje mayor. La exploración de puntos dolorosos, se debe comenzar por las zonas que se sospechan no han de doler. Según la localización del dolor se puede acercar a un diagnóstico etiológico. Si el dolor se localiza en colon transverso, debemos pensar en afecciones extracolónicas, ya que el colon refleja manifestaciones de lesiones distantes.

### **Valoración de datos complementarios:**

El examen de las heces, debe hacerse, teniendo en cuenta la cantidad, la cual aumenta en toda diarrea siendo mayor en las diarreas pancreáticas. La frecuencia está en razón directa a la cantidad, salvo en las irritaciones bajas por el tenesmo, donde la frecuencia se multiplica.

La forma y el color debe tenerse en cuenta para valorar la causa de la diarrea.

En la dispepsia de putrefacción el color de las heces es casi normal, pardo oscuro, café o sepia, por la reducción putrefactiva de los pigmentos biliares. Este tipo de diarrea se encuentra en las alteraciones funcionales del intestino como fase secundaria a la dispepsia de fermentación y en las alteraciones orgánicas: Enteritis, Tuber-

culosis intestinal, Cáncer de colon y de estómago, Aquilia gástrica, Anemia perniciosa, etc.

En la dispepsia de fermentación las heces son pastosas o espumosas, de color amarillo claro, como es el contenido normal de la zona ileocecal, por no haberse reducido los pigmentos biliares. Son de carácter ácido, irritan la mucosa rectal y producen sensación de tenesmo después de la defecación. Tienen la significación de un proceso de fosa ilíaca derecha, donde el reflejo iliocecal exaltado hace que el contenido de esa zona llegue rápidamente a la mucosa rectal.

La esteatorrea o heces con grasa abundante es propia de la insuficiencia pancreática, pancreatitis, cáncer de páncreas, fibrosis de páncreas, del Sprue y de la esteatorrea infantil; son casos con gran cantidad de grasa por defecto de digestión, de aspecto esponjoso, con burbujas y siempre de un olor fétido insoportable.

Las heces acólicas de aspecto arcilloso, propias de los enfermos con obstrucción del colédoco o ictericia colestática, en donde hay ausencia de pigmentos biliares.

Las heces de color verde de hierba o amarillo canario, indican tránsito intestinal rápido y los pigmentos biliares, en vez de reducirse, sufren un proceso de oxidación abiliverdina.

El color negro propio de las hematemesis se valora de acuerdo con la cantidad, y la persistencia, según los exámenes coprológicos seriados, microquímicos, en los cuales se deben valorar además los productos anormales como el moco el cual casi siempre es específico de inflamación y si es de aspecto grueso procede del colon, en cambio el moco fino y uniforme procede del intestino delgado. Pus: el pus suele ir con moco; ambos son indicios de una inflamación purulenta, con ulceracio-

nes sobre todo de colon distal. La sangre: si la sangre viene de tramos digestivos altos, la hemoglobina se transforma en hematina y las heces toman un color negro. Cuando procede de tramos bajos, de transverso hacia el recto, las heces son de color rojo oscuras o incluso de color rojo brillante. Si solo la sangre pinta por fuera la deposición, o solo es roja al final de la diarrea, nos indica que la lesión está en el recto o en el esfínter.

**Residuos alimenticios:** Se valora la presencia de tejido conjuntivo crudo propio de las diarreas gastrógenas, por defecto de ácido clorhídrico como se ve en las aquilias, cáncer, anemia perniciosa, resecciones gástricas.

Los restos de fibras musculares con estriación longitudinal no tienen significación patológica, solamente cuando hay estriación transversa se deduce la falta de secreción de proteinasas (Pepsina, Tripsina, etc.).

La falta de digestión de los almidones en cantidad considerable se encuentra en las diarreas de fermentación y también cuando existe falta de fermentos digestivos.

El estudio de las diarreas debe completarse con los exámenes complementarios de coprocultivo, rectosigmoidoscopia y estudios radiológicos.

## TRATAMIENTO

Solo transcribiremos en resumen los procedimientos de prevención y tratamiento aconsejados por la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

Procedimientos a seguir en el trastorno metabólico en caso de diarrea.

1 — Tratar o prevenir trastornos de la circulación de la sangre y de la función renal.

2 — Reponer las pérdidas de agua y de electrolitos.

3 — Mantener un estado de equili-

brio mientras se repone gradualmente la alimentación.

**Casos moderados:** 1 — Suspender comidas y leche.

2 — Ofrecer por vía bucal cada 3 o 4 horas, 25 centímetros por kilo de peso (para los niños) de la siguiente solución glucosada electrolítica:

Solución concentrada: NaCl, 1,5 gramos; KCl, 2.0 gramos; H<sub>2</sub>O, 15.0 cc; Jarabe hasta completar 65 cc. Esto se disuelve y se diluyen 5 centímetros en 60 centímetros de agua hervida, o la cantidad total en un litro de agua.

Después de 12 a 14 horas, si el niño elimina orina, gradualmente se inicia la alimentación con mezcla de leche o alimentación materna.

En los casos graves se debe suspender toda ingestión por vía oral. Practicar infusión intravenosa en cantidad de 40 cc por kilo de peso de una de las soluciones siguientes:

a- Partes iguales de soluciones acuosas de cloruro de sodio al 0,9% y de glucosa al 5%.

En casos extremadamente graves se debe suministrar plasma o sangre, o una solución estéril por vía intravenosa de: Cloruro de sodio 1,5 gramos. Cloruro de potasio 2 gramos. Glucosa 100 centímetros. Agua hasta completar 1.000.

En los adultos el tratamiento se efectúa según la diarrea sea aguda o crónica y deben tenerse presentes principios generales.

**Diarrea aguda:** El tratamiento del dolor abdominal es importante y debe combatirse con antiespasmódicos lo mismo que la náusea y el vómito los cuales deben ser combatidos con antieméticos. No es conveniente la ingestión de alimentos por un período de 18 a 24 horas, excepción hecha de los líquidos como leche y agua fría cuando el paciente los tolera.



El descanso en cama por un tiempo mínimo de 24 horas ayuda a la recuperación más rápida.

Si la diarrea no mejora en un período razonablemente corto, se debe investigar su agente causal específico. En ocasiones es necesario mantener un balance hídrico, administrando solución de glucosa al 5% en solución salina.

La alimentación debe iniciarse después de que el paciente ha tolerado agua, infusión de té, y de arroz, con alimentos especiales como pan tostado, crema de trigo, huevos pasados por agua, y gelatina.

**Diarreas crónicas:** Es esencial eliminar la posibilidad de enfermedad orgánica y debe efectuarse un examen detallado, con un examen físico, estudio hematológico incluyendo química sanguínea, coprocultivos, sangre oculta, análisis gástricos, sigmoidoscopia, y estudios radiológicos de vesícula, esófago, estómago, duodeno, intestino delgado y colon.

Descartada la posibilidad de enfermedad orgánica el paciente debe ser tenido en cama en los casos de diarrea severa con alteración del estado general.

La dieta debe ser pobre en residuos y producir un mínimo de irritación intestinal. Se pueden incluir alimentos tales como cereales colados o precocidos, huevos, pan, mantequilla, café, té, arroz, sopas de cebada, carne frita, asada o hervida, papas cocinadas o en puré, postres de arroz o gelatina. Si el paciente tolera bien estos alimentos puede aumentarse posteriormente, jugos de frutas cítricas, bananos, queso y leche.

Si el paciente no puede tolerar alimentos o las bebidas, se le debe administrar líquidos por vía parenteral. Mientras se establece el diagnóstico se

emplean drogas no específicas entre las cuales las más usadas son: Subcarbonato de bismuto, el caolín y la pectina.

Las otras drogas más empleadas como antiespasmódicos y sedativos, son la tintura de belladona, el sulfato de atropina, anticolinérgicos, los barbitúricos, y los tranquilizadores. Se puede administrar codeína cada 4 u 8 horas a fin de aliviar la diarrea más severa y los cólicos abdominales.

La vitamina B y la vitamina C en ocasiones son necesarias y deben agregarse a la medicación general.

En ocasiones una sicoterapia formal es conveniente en aquellos casos en que la diarrea tiene relación estrecha con el estado emocional, de ansiedad, de preocupación, de inseguridad, y de desequilibrio temperamental.

## BIBLIOGRAFIA

Les Troubles Abdominaux et digestifs.- J. Trabaud Vigot.- Freres Editeurs Paris, 1944.

Estudio sobre algunos géneros de la Familia Enterobacteriaceae en Bogotá.

Dr. Hernando Groot.- Trabajos escogidos de Gastroenterología N° 2 1951.

Semiología de las diarreas: Dr. José Serrano Calvares.- Medicamenta.- Tomo XXIV N° 277.

Oficina Sanitaria Panamericana "Sumario de los Informes presentados por los Gobiernos Miembros a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana" Washington D. C. 1954 (csp. 14:17 10 Sept. 1954).

The acute diarrheal diseases of bacterial origin Bull N. Y. acadmed.- 31: 611, 1955.

Diarrhea.- Erwin Levin - Current Therapy 1959. Pág. 204.

Informe sobre 82 casos de diarrea. Dr. Angel Fuenmayor Fonseca. G.E.N. Vol. XIV - Abril y Junio 1960 N° 4.

Diarrea por Hipertiroidismo Oculto.- Dr. Horacio Jirich.- Revista de Gastroenterología de México.- Marzo-Abril 1959 N° 140.

El síndrome de absorción intestinal deficiente.- Dr. Luis Landa. Revista de Gastroenterología de México.- Marzo-Abril 1959 N° 140.