

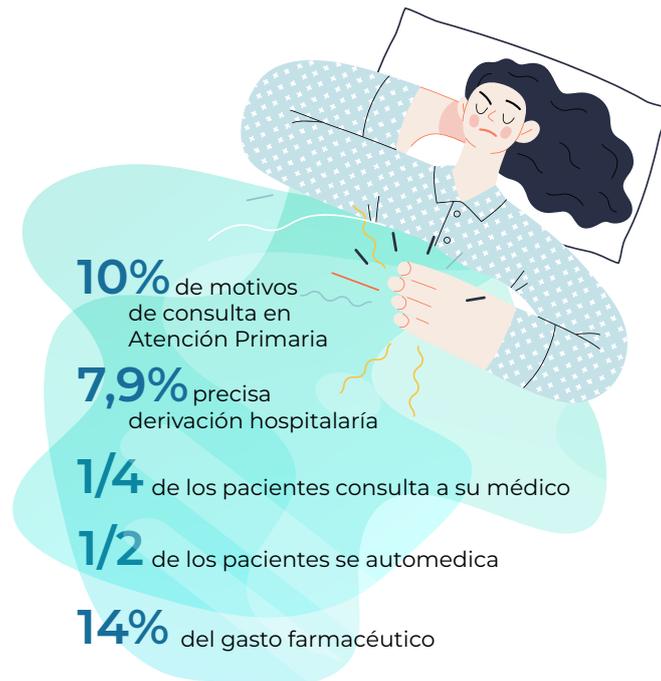
# FISIOPATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA

## ÍNDICE

▶ INTRODUCCIÓN .....	2
▶ DIARREA AGUDA .....	3
• Etiología .....	3
• Diagnóstico .....	5
• Tratamiento .....	7
▶ COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE .....	8
• Desconfianza/vergüenza para hablar de salud digestiva .....	9
• Paciente de edad avanzada .....	9
• Paciente desplazado .....	9
▶ IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA AUTOMEDICACIÓN .....	10
▶ OTRAS RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DE PACIENTES CON DIARREA .....	11
• Proporcionar recomendaciones para la prevención de infecciones .....	12
• Asegurar el control de los síntomas .....	12
• Derivación a asistencia médica .....	12
▶ BIBLIOGRAFÍA .....	13

## INTRODUCCIÓN

Entre los principales motivos de consulta en Atención Primaria, un 10% corresponden a pacientes con patologías digestivas, lo que conlleva un 3,7% de derivaciones a la consulta de digestivo, y hasta un 4,2% de las derivaciones a atención especializada. Por ello, el diagnóstico y tratamiento de los síntomas digestivos genera el 10% de la actividad en la consulta de atención especializada, y el 14% del gasto farmacéutico.<sup>1</sup>



Dentro de los trastornos digestivos, la diarrea es uno de los síntomas frecuentes.

La **diarrea** se define como el **aumento del contenido líquido de las deposiciones**, que presentan menor consistencia en relación con el hábito intestinal normal de cada individuo, con **más de tres deposiciones diarias**.<sup>2,3</sup>

La podemos clasificar de dos formas:

► Dependiendo de la duración del cuadro:<sup>3</sup>

- **Crónica:** superior a cuatro semanas de evolución en forma continua u ocho semanas en forma intermitente.
- **Persistente:** entre dos y cuatro semanas de evolución.
- **Aguda:** menos de dos semanas de evolución.

► Dependiendo del **mecanismo de producción:**<sup>3</sup>

- **Osmótica:** presencia de sustancias no absorbibles en el lumen.
- **Secretora:** secundaria a toxinas producidas por bacterias, que disminuyen la absorción o aumentan la secreción. P. ej. diarrea provocada por *Vibrio cholerae*.

- **Inflamatoria:** daño de la mucosa intestinal por inflamación o isquemia. Puede estar provocada por infecciones (p. ej. *Shigella spp.*); enfermedades inflamatorias intestinales (Crohn, colitis ulcerosa) o por colitis isquémica.
- **Motora:** alteración de la motilidad con aumento del peristaltismo, como la provocada por el síndrome de intestino irritable o el hipertiroidismo.

Este documento se centrará en la diarrea aguda.

## DIARREA AGUDA

La diarrea aguda se define como aquella que tiene un tiempo de evolución menor de dos semanas.<sup>2,3</sup> Afecta anualmente a aproximadamente el 14% de la población española, siendo más frecuente en niños.<sup>4</sup>

Los pacientes que presentan diarrea aguda generalmente tienen otros **síntomas acompañantes** como náuseas, vómitos, malestar general, dolor abdominal tipo cólico, hinchazón abdominal y, en algunos casos, dolor de cabeza. También es frecuente la fiebre y, en algunos casos, la presencia de sangre en las heces.<sup>5</sup>

Todos estos síntomas son más intensos al comienzo del cuadro, desapareciendo en la mayoría de los casos al cabo de 2-4 días.<sup>5</sup>

### Etiología

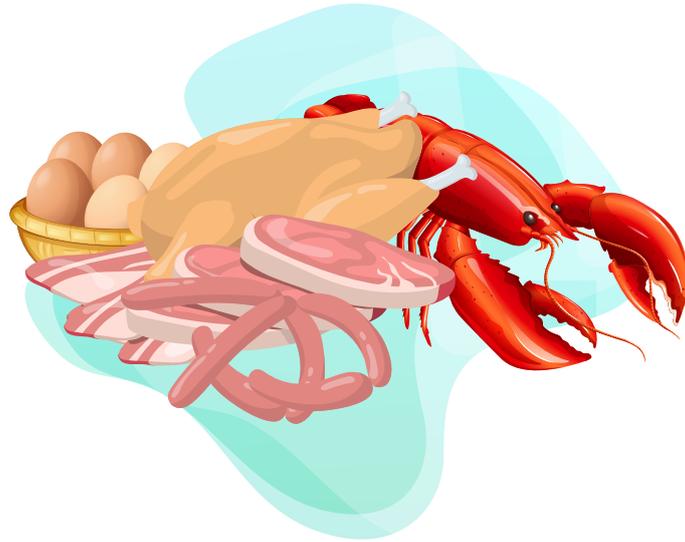
La diarrea aguda tiene en la mayoría de los casos un origen infeccioso, causando cuatro importantes síndromes clínicos:

1. **Diarrea nosocomial:** afecta a pacientes hospitalizados por infecciones relacionadas con el ámbito sanitario (IRAS).<sup>6</sup>
2. **Gastroenteritis aguda (GEA):** infecciones causadas principalmente por bacterias como *Campylobacter* o *Salmonella*, contraídas a partir de la ingesta de alimentos poco cocinados.<sup>7,8</sup>
3. **Diarrea del viajero:** infección más frecuente durante los viajes, afectando a entre el 30-50% de los viajeros, dependiendo del área geográfica donde se viaje.<sup>9,10</sup>
4. **Toxiinfección alimentaria:** con la giardiasis como ejemplo, una de las causas más frecuente de diarrea no bacteriana, causada por la ingesta de aguas contaminadas.<sup>11</sup>

De estas entidades, destaca la GEA, definida como aquel cuadro de menos de dos semanas de evolución caracterizado por la presencia de diarrea, que puede o no ir acompañada de vómitos, dolor abdominal y/o fiebre. Se estima que cada año ocurren alrededor de 1.700 millones de episodios de GEA de etiología infecciosa, aquella provocada por bacterias, virus o parásitos, causante de numerosas muertes en niños menores de cinco años a nivel mundial.<sup>12</sup>

Las infecciones gastrointestinales se adquieren principalmente por ingestión de agua o alimentos contaminados, o por transmisión de persona a persona por la ruta fecal-oral.<sup>13</sup>

La mayoría de los casos de diarrea aguda en adultos son de etiología infecciosa y están autolimitados.<sup>14</sup>



Los agentes más frecuentemente implicados son:

► **Virus**, causantes del 70% de las diarreas infecciosas:<sup>15</sup>

- **Norovirus**: una de las principales causas de GEA infecciosa y responsables de, al menos, el 50% de los brotes de GEA que se producen cada año en todo el mundo.<sup>15</sup>
- **Rotavirus**: es la causa mundial más frecuente de GEA severa en niños. La mejor estrategia de prevención es la vacunación, con una reducción de la mortalidad global en un 50% en los países donde está implementada.<sup>16</sup>
- **Calicivirus (tipo virus de Norwalk)**: infecciones muy difundidas, benignas y autolimitadas, que aparecen durante todo el año, y especialmente en otoño e invierno. Esta infección es la causa más importante de brotes epidémicos, cursando con vómitos y diarrea, que suelen resolverse a las 48 horas.<sup>17</sup>
- **Adenovirus**: causantes de numerosos tipos de infección, los serotipos entéricos 40 y 41 de la especie F son los causantes de GEA. Afecta principalmente a niños menores de 5 años y, raramente, a adultos, pudiendo resultar grave en personas inmunocomprometidas.<sup>18</sup>

► **Bacterias**

- **Salmonella**: patógeno estricto, destacando entre sus subespecies *S. typhi* (fiebre tifoidea) y *S. enteritidis* (salmonelosis). La salmonella entérica es la causa más frecuente de diarrea infecciosa en todo el mundo, responsable del 10-50% de todas las diarreas bacterianas. Causa cuadros de diarrea tras un periodo de incubación de 6-72 horas y prolongándose varios días, con numerosas deposiciones líquidas, pudiendo ir acompañada de dolor abdominal, fiebre y vómitos, entre otros síntomas acompañantes. Es especialmente relevante en su abordaje la frecuente presencia de resistencias a antibióticos.<sup>12,17</sup>
- **Campylobacter**: una de las principales causas de GEA bacteriana, afectando especialmente en países de climas cálidos y a niños de menos de dos años. La epidemiología es similar a la de la salmonelosis, cursando con brotes epidémicos. El periodo de incubación se prolonga hasta 7 días, tras el que aparece desde un episodio leve de diarrea acuosa hasta disentería.<sup>12,17</sup>
- **Shigella**: Las cuatro especies de *Shigella* (*S. dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. boydii* y *S. sonnei*) están implicadas en la producción de la diarrea llamada disentería bacilar. Es la causa más frecuente

de disentería en niños menores de 5 años de países en desarrollo. El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de fiebre alta, dolor abdominal y escasa deshidratación tras una incubación de 12-48 horas. Ocasionalmente puede asociarse a encefalopatía y convulsiones.<sup>12,17</sup>

- ***Escherichia coli***: existen seis patotipos: enteropatogénica (ECEP), enterotoxigénica (ECET), enterohemorrágica (ECEH), enteroinvasora (ECEI), enteroagregativa (ECEA) y de adherencia difusa (ECAD), provocando distintos cuadros clínicos, aunque la mayoría se asocia a diarrea acuosa de mayor o menor gravedad.<sup>12,17</sup>
- ***Clostridium difficile***: causa el 44,6% de las IRAS de causa gastrointestinal, y el 4,9% del total.<sup>6</sup> Son especialmente vulnerables los pacientes de mayor edad, inmunosuprimidos o aquellos que han recibido tratamiento reciente con antibióticos de amplio espectro. Comienza con un cuadro agudo de dolor abdominal, fiebre y diarrea sanguinolenta, pudiendo agravarse si no se trata adecuadamente.<sup>12,17</sup>

### ► Parásitos

- ***Cryptosporidium***: protozoo que causa diarrea especialmente en pacientes inmunosuprimidos o enfermos de SIDA, y en niños menores de 3 años asistentes a guarderías. Tras una incubación de 3-12 días, aparece el cuadro agudo de diarrea acuosa, que puede ser intensa e ir acompañada de otros síntomas como fiebre, vómitos y dolor abdominal. Suele ser autolimitado y breve, aunque en pacientes inmunodeprimidos puede cronificarse y causar diarrea secretora.<sup>12,17</sup>
- ***Giardia***: protozoo causante de la denominada giardiasis, una de las principales causas de diarrea no bacteriana. El cuadro de diarrea puede aparecer tras un periodo de incubación de hasta una semana. Aunque normalmente el cuadro desaparece tras una o dos semanas, puede cronificarse, dificultando su tratamiento. Está asociada al 25% de los casos de enfermedad gastrointestinal.<sup>11</sup>
- ***Cyclospora***: diseminación mundial, emergente, que causa diarrea especialmente en niños y personas inmunodeprimidas.<sup>19,20</sup>
- ***Entamoeba***: protozoo patógeno asociado a infecciones intestinales. La mayoría de las infecciones afectan únicamente a la luz intestinal, siendo asintomáticas, pero puede invadir la mucosa causando cuadros de diarrea (amebiasis). Los síntomas incluyen disentería grave y complicaciones asociadas, pudiendo cronificarse causando peritonitis o perforaciones intestinales, entre otros.<sup>21</sup>

## Diagnóstico

La diarrea aguda constituye una patología frecuente con un amplio diagnóstico diferencial. Con frecuencia se trata de cuadros de etiología infecciosa y carácter autolimitado, por lo que la realización de pruebas diagnósticas estará indicada únicamente por motivos de salud pública o en colectivos de mayor riesgo.<sup>22</sup>

En la evaluación inicial, es importante determinar tres puntos principales:<sup>12</sup>

1. Confirmar que estamos frente a un cuadro de GEA y no frente a un cuadro crónico o una infección extradigestiva.
2. Determinar su severidad en términos de deshidratación, así como las posibles complicaciones.
3. Distinguir la causa más probable.

Por tanto, en el diagnóstico es fundamental una buena anamnesis y el examen físico para orientar el diagnóstico, evaluar la gravedad y determinar la necesidad de pruebas complementarias.<sup>2,3</sup>

- ▶ **Anamnesis:** fundamental recabar la siguiente información:<sup>2,3</sup>
  - **Características de la diarrea:** frecuencia, duración, volumen y características de las heces.
  - **Historia médica:** comorbilidades, síntomas acompañantes, consumo de medicación (especialmente antibióticos), etc.
  - **Factores epidemiológicos:** alimentos y tiempo de ingesta, afectación de otros miembros del entorno, prácticas sexuales de riesgo, viajes a zonas endémicas, etc.
- ▶ **Exploración física:** valorando principalmente:<sup>12,23</sup>
  - **Constantes vitales:** temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, glucemia.
  - **Hidratación:** signo del pliegue, prolongación del tiempo de llenado capilar, frialdad de extremidades.
  - **Exploración abdominal:** dolor y sensibilidad.
  - **Tacto rectal:** en caso de considerarlo necesario.



- ▶ **Pruebas complementarias:** se realizará hemograma, bioquímica con función renal, electrolitos, perfil hepático, gasometría venosa y proteína C reactiva si existen signos de deshidratación o toxicidad sistémica. El coprocultivo se recomienda en diarrea de más de 72 horas de evolución, comorbilidad severa, diarrea inflamatoria y/o sangre en las heces y perfiles específicos (pacientes con enfermedades gastrointestinales crónicas o manipuladores de alimentos, por ejemplo).<sup>2,3</sup>
- ▶ **Análisis etiológico:** En el caso de sospecha de diarrea de etiología infecciosa, solo será necesario el estudio de las heces para conocer la etiología en los siguientes casos:<sup>12</sup>
  - Diarrea con sangre.
  - Fiebre alta persistente y/o compromiso de estado general severo.
  - Diarrea persistente (más de siete días).
  - Uso reciente de antibióticos (descartar *C. difficile*).
  - Paciente inmunocomprometido.
  - Situación de brote epidémico.

## Tratamiento

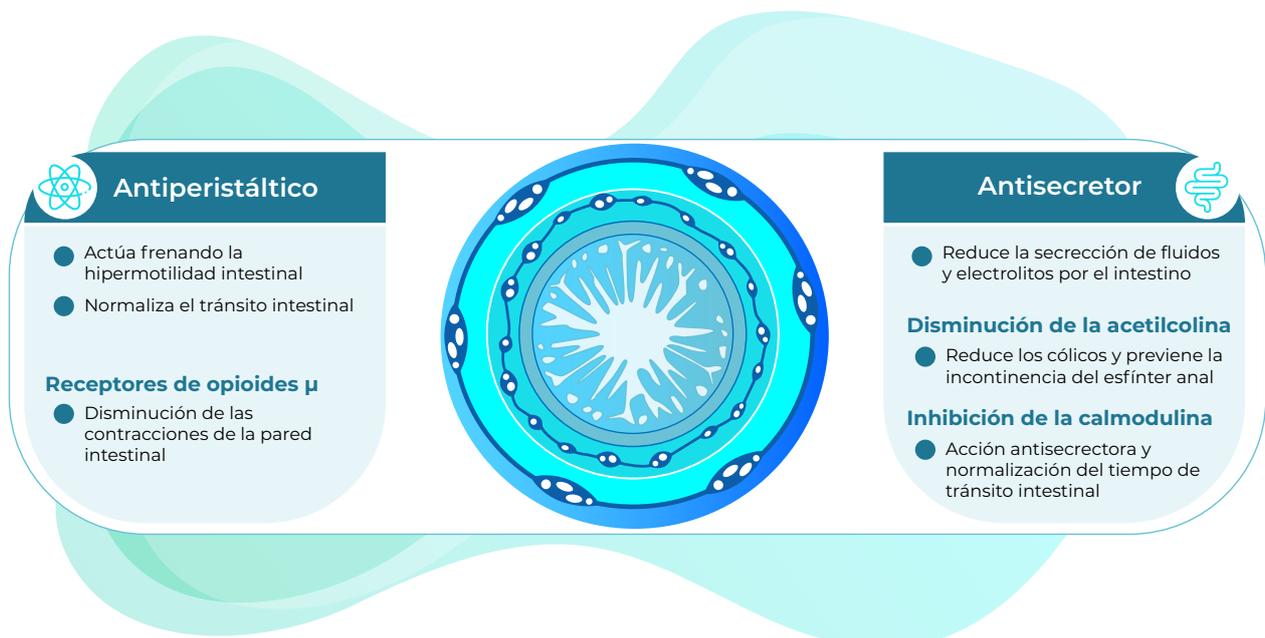
El primer escalón de tratamiento dependerá de la presencia y gravedad de la deshidratación causada por la diarrea. En caso de haber deshidratación leve-moderada, siempre que haya tolerancia, se recomendará la rehidratación oral. Si la deshidratación es grave o el paciente presenta vómitos que impiden la rehidratación oral, se recurrirá a la fluidoterapia intravenosa.<sup>2,3</sup>

### USO DE ANTIDIARREICOS

Si la diarrea no es inflamatoria se puede emplear algunos fármacos que contribuyen a reducir el número de deposiciones y, por tanto, las pérdidas hidroelectrolíticas.<sup>2</sup>

Los antidiarreicos indicados en caso de diarrea aguda que han demostrado mayor eficacia y mejoría de los síntomas son los derivados opioides (como los medicamentos de la gama Fortasec®\*), con efecto antiperistáltico y antisecretor, aumentando el tiempo de tránsito intestinal. Esto favorece la absorción intestinal y reduce la secreción de fluidos y electrolitos del intestino, reduciendo a su vez el número de evacuaciones líquidas (Figura 1).<sup>24,25</sup>

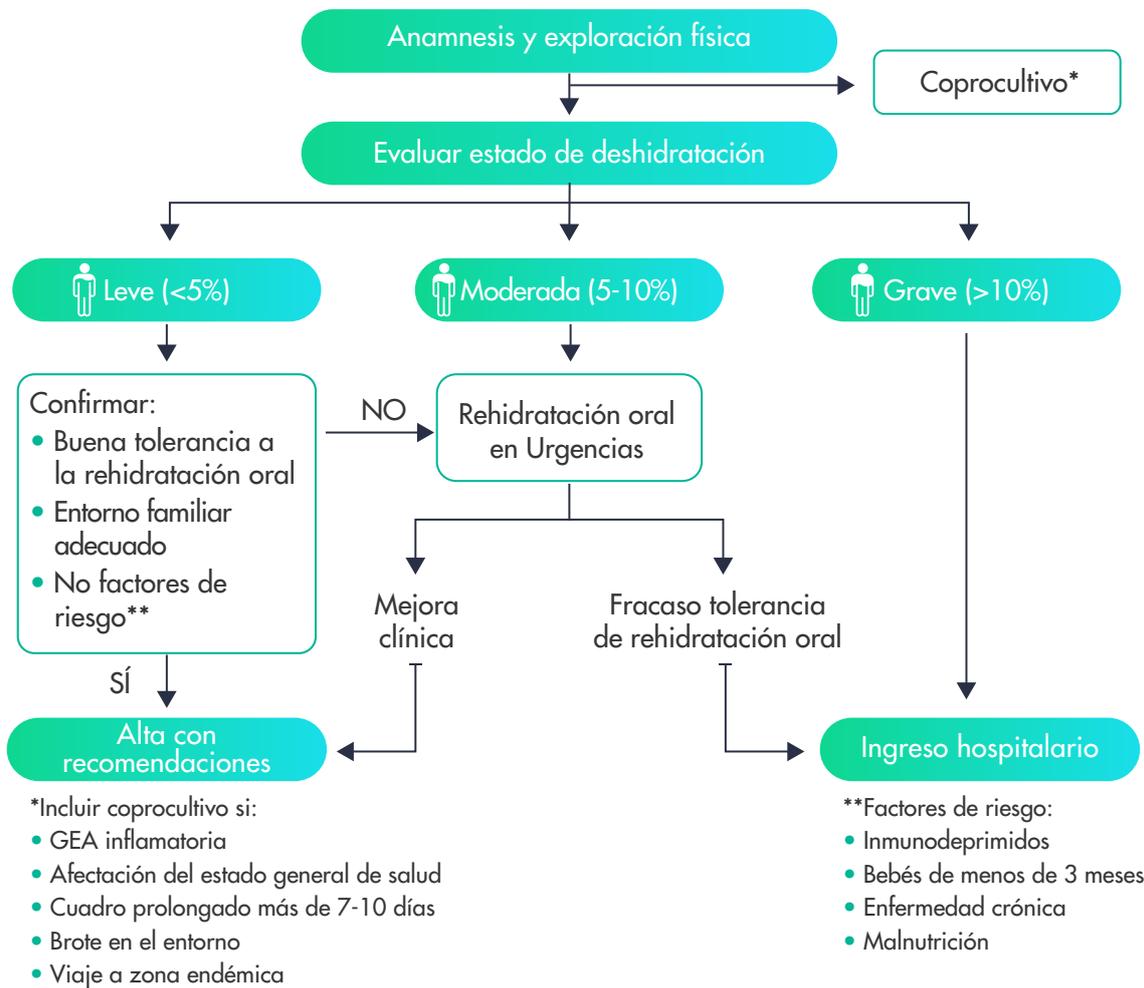
**Figura 1.** Mecanismo de acción de loperamida.



El tratamiento con antibióticos no es necesario en la mayoría de los casos de diarrea aguda, dado que la mayor parte de ellos son producidos por infecciones víricas y las infecciones bacterianas suelen ser procesos leves y autolimitados. La terapia antibiótica empírica está indicada en casos especiales, como ciertas comorbilidades o casos especiales de diarrea del viajero, entre otros.<sup>2,3</sup>

En base a lo expuesto, los pasos a seguir desde Atención Primaria (AP) en caso de síntomas de diarrea aguda se representan en el algoritmo descrito en la Figura 2.

**Figura 2.** Algoritmo de manejo del paciente con diarrea aguda desde AP.<sup>26</sup>



## COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

Existen varias barreras en relación a la comunicación con el paciente con diarrea, tratadas a continuación.



## Desconfianza/vergüenza para hablar de salud digestiva

Los pacientes con trastornos digestivos a menudo ven mermada su salud, pero también su vida social, ya que no solo tienen que enfrentarse a la vergüenza que les genera hablar de su patología digestiva, sino también padecerla y verse en situaciones que limitan su vida.<sup>27,28</sup>

Varios de los síntomas digestivos generan desconfianza en el paciente, entre ellos la urgencia de acudir al aseo al padecer diarrea, lo que provoca que los pacientes no se atrevan a salir de casa. La incertidumbre que genera en el paciente no saber cuándo se van a producir los síntomas tras la ingesta de alimentos, conocidos o no, hace que se vea comprometido su ámbito social.<sup>28</sup>

## Paciente de edad avanzada

Con el envejecimiento aumenta la prevalencia de varios trastornos gastrointestinales comunes. Como siempre, el plan de diagnóstico y tratamiento para el paciente de edad avanzada debe diseñarse con un claro conocimiento del proceso normal de envejecimiento, la fisiopatología de la enfermedad, los riesgos potenciales y los beneficios para el paciente.<sup>29</sup> En el contexto de estos pacientes, es importante tener en cuenta las barreras comunicacionales que se presentan derivadas de sus condiciones físicas (presbicia, presbiacusia), psicológicas (depresión, aislamiento) y sociales (abandono, desamparo),<sup>30</sup> además de las barreras en la comunicación relacionadas con la vergüenza de muchos pacientes de manifestar sus problemas intestinales.<sup>31,32</sup>

## Paciente desplazado

La diarrea del viajero es una patología frecuente, como ya se ha comentado. Este síntoma es más frecuente en zonas tropicales, lo que provoca en torno a un 30% de discapacidad temporal.<sup>33,34</sup>



La etiología más prevalente es bacteriana, hasta en el 70% de los casos, siendo más predominante la *Escherichia coli* enterotóxica. El tratamiento es sintomático, asegurando la rehidratación oral acompañada o no de anticolinérgicos, siendo aceptable el uso de antibióticos en personas con factores de riesgo.<sup>33</sup>

Si bien el tratamiento antibiótico reduce la duración del cuadro, agregar algún medicamento de la gama Fortasec®\* reduce el tiempo de resolución de los síntomas en comparación con los antibióticos solos.<sup>35</sup> Los medicamentos de la gama Fortasec®\* reducen los movimientos intestinales y secreciones intestinales, lo que produce una disminución de deposiciones líquidas.

## IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA AUTOMEDICACIÓN

La automedicación se define como la situación en la que los pacientes obtienen y utilizan medicamentos sin la participación del médico, ni en su prescripción ni en la supervisión del tratamiento. En este contexto, es importante tener en cuenta que los fármacos utilizados para sintomatología digestiva se encuentran entre los grupos farmacológicos más consumidos como automedicación, junto con los analgésicos o los anticatarrales, entre otros.<sup>36</sup>

Es importante conocer cuándo es apropiada la automedicación. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera apropiada si cumple con los siguientes criterios:<sup>37</sup>

- ▶ En síntomas benignos.
- ▶ Claramente identificados por el enfermo.
- ▶ Puntual en el tiempo.
- ▶ Con medicamentos de amplia ventana terapéutica.
- ▶ Y siempre previo consejo de un especialista: médico, enfermera o farmacéutico.



La diarrea es un síntoma con un elevado índice de automedicación, por lo que es importante educar al paciente para saber qué tomar y en qué cantidades, cuándo tomarlo, durante cuánto tiempo.<sup>36</sup>

En el tratamiento de la diarrea ocasional, por ejemplo, en caso de padecer diarrea del viajero pueden utilizarse medicamentos de venta sin receta, como la loperamida, que permiten reducir la frecuencia y la urgencia de la sintomatología.<sup>9</sup> Los medicamentos de la gama Fortasec®\* son antidiarreicos que disminuyen las deposiciones líquidas al reducir los movimientos y secreciones intestinales. Está indicada como tratamiento sintomático en casos de diarrea aguda inespecífica y ocasional, tanto para adultos como para niños a partir de los 12 años.

Si la diarrea es muy incapacitante para el paciente, los medicamentos antidiarreicos son efectivos, pero deben tomarse con precaución, para lo cual se deben identificar signos o síntomas de alarma. En varios estudios controlados aleatorios, la loperamida disminuyó el número de deposiciones líquidas o el tiempo hasta el cese de la diarrea en aproximadamente un día (en comparación con el placebo), y, combinada con antibióticos, también redujo el tiempo de resolución de los síntomas en comparación con los antibióticos solos.<sup>35</sup>

## OTRAS RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DE PACIENTES CON DIARREA

Además de lo previamente expuesto, el personal sanitario (especialmente en Farmacia Comunitaria) deberá proporcionar una adecuada atención a los pacientes con diarrea, centrada en:



## Proporcionar recomendaciones para la prevención de infecciones

El profesional proporcionará a los pacientes recomendaciones específicas, como:

- ▶ Correcta higiene de manos, y también corporal.<sup>38</sup>
- ▶ Cocinar, manipular y conservar los alimentos correctamente.<sup>38</sup>
- ▶ Beber agua embotellada, especialmente durante los viajes.<sup>38</sup>
- ▶ Recomendar la vacunación frente a rotavirus en niños.<sup>39</sup>

## Asegurar el control de los síntomas

Las recomendaciones respecto al control de síntomas se centrarán en:

- ▶ Reposición hidroelectrolítica, vía oral o intravenosa.<sup>26</sup>
- ▶ Dieta suave y astringente hasta resolución de los síntomas.<sup>38</sup>
- ▶ Tratar la diarrea ocasional con antidiarreicos<sup>8</sup> como los de la gama Fortasec®.
- ▶ Usar antibióticos solo bajo recomendación médica.<sup>38</sup>

## Derivación a asistencia médica

Pacientes tratados desde su farmacia, deberán valorar derivar a Atención Primaria en los siguientes supuestos:<sup>40</sup>

- ▶ Diarrea de más de cuatro semanas.
- ▶ Fiebre alta.
- ▶ Heces contienen sangre, mucosidad, pus o son de color negro.
- ▶ Dolor abdominal que no mejora con la deposición.
- ▶ Síntomas o signos de deshidratación.
- ▶ Presentación en varias personas del mismo cuadro.
- ▶ Viaje reciente a un país extranjero.

\* JNTL Consumer Health (Spain), S.L. Medicamento no sujeto a prescripción médica.  
Fortasec cápsulas. Loperamida. Diarrea ocasional. Para mayores de 12 años.  
Fortasec Flas. Loperamida. Diarrea ocasional. Para mayores de 12 años.  
Fortasec Plus. Loperamida + Simeticona. Diarrea + retortijones, hinchazón, gases. Para mayores de 12 años.

\*Para uso digital en Academy+. Las FT están disponibles en Academy+

## BIBLIOGRAFÍA

1. Quintas Lorenzo P, Dacal Rivas A, et al. Derivación a las consultas de gastroenterología desde atención primaria: evaluación de dos programas. *Gac Sanit.* 2011;25(6):468-73.
2. Cruz Perdomo N, Berenguer Guirado R. Diarrea aguda. En: Manual de diagnóstico y terapéutica médica del hospital Dr. José Molina Orosa. CERELAN; 2020. p.p. 205-210.
3. Acuña R. Diarrea aguda. *Rev Med Clin Condes.* 2015;26(5):676-686.
4. Mendoza J. Prevalence rate of diarrhea among treated patients in Spain in 2019, by age group. *Statista.* 2022. Disponible en: <https://www.statista.com/statistics/775317/prevalence-rate-of-diarrhea-in-spain-by-age-group/> [Último acceso: abril 2023].
5. Balboa A. Diarrea aguda. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid).* 2005;97(4):290.
6. Suetens C, Latour K, et al; Healthcare-Associated Infections Prevalence Study Group. Prevalence of health-care-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Euro Surveill.* 2018;23(46):1800516.
7. Campylobacter. World Health Organization. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/campylobacter> [Último acceso: abril 2023].
8. Microbios y enfermedades transmitidos por los alimentos. Centers for Disease Control and Prevention. 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/foodsafety/es/foodborne-germs-es.html> [Último acceso: abril 2023].
9. Diarrea del viajero. Centers for Disease Control and Prevention. 2022. Disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/travelers-diarrhea-es> [Último acceso: abril 2023].
10. Vila J, Oliveira I, et al. Traveller's diarrhoea. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016;34(9):579-584.
11. Peligros biológicos Inocuidad de Alimentos - Control Sanitario – HACCP. Organización Panamericana de Salud. 2015. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10838:2015-peligros-biologicos&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10838:2015-peligros-biologicos&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0) [Último acceso: abril 2023].
12. Yalda A. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. *Rev Med Clin Condes.* 2014;25(3):463-472.
13. Carretero C. Gastroenteritis infecciosa aguda. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/gastroenteritis-infecciosa-aguda> [Último acceso: abril 2023].
14. LaRocque R, Harris JB. Causes of acute infectious diarrhea and other foodborne illnesses in resource-rich settings. Up to date. 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-acute-infectious-diarrhea-and-other-foodborne-illnesses-in-resource-rich-settings> [Último acceso: abril 2023].
15. Simons MP, Pike BL, et al. Norovirus: new developments and implications for travelers' diarrhea. *Trop Dis Travel Med Vaccines.* 2016;12(2):1.
16. Díez-Domingo J, Garcés-Sánchez M, et al. ¿Qué hemos aprendido sobre rotavirus en España en los últimos 10 años? *An Pediatr (Barc).* 2019;91(3):166-179.
17. Paredes F, Roca JJ. Infecciones Gastrointestinales. *Offarm.* 2004;23(5):100-106.
18. Adenovirus entéricos (serotipos 40 y 41). Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. 2022. Disponible en: [https://www.insst.es/agentes-biologicos-basebio/virus/adenovirus-ent%C3%A9ricos-serotipos-40-41#:~:text=Se%20trata%20de%20virus%20de,en%20%20especies%20\(A%2DG\).](https://www.insst.es/agentes-biologicos-basebio/virus/adenovirus-ent%C3%A9ricos-serotipos-40-41#:~:text=Se%20trata%20de%20virus%20de,en%20%20especies%20(A%2DG).) [Último acceso: abril 2023].
19. Chacín L, Vielma JR. Ciclosporiosis: distribución, prevalencia y control. *Investigación Clínica.* 2018;59(1):67-93.
20. Bastidas G, Antoima ML, et al. Una mirada actual sobre *Cyclospora* spp. y ciclosporiasis. *Revista Biosalud.* 2018;17(2):91-101.
21. Amebiasis. 2019. Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <https://www.cdc.gov/dpdx/amebiasis/index.html> [Último acceso: abril 2023].
22. Sánchez RT, Machín JM, et al. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la diarrea aguda. *Medicine.* 2019;12(87):5135-9.

23. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Diagnósis de la gastroenteritis viral ("gripe estomacal"). 2018. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/gastroenteritis-viral/diagnósis> [Último acceso: abril 2023].
24. Baker DE. Loperamide: a pharmacological review. *Rev Gastroenterol Disord*. 2007;7(Suppl 3):S11-8.
25. Riddle MS, DuPont HL, et al. ACG clinical guideline: diagnosis, treatment, and prevention of acute diarrheal infections in adults. *Am J Gastroenterol*. 2016;111(5):602-22.
26. Rayego A, Violadé F, et al. Síndrome diarreico: GEA. Diarrea crónica. Manual Clínico de Urgencias de Pediatría. 2022. Disponible en: <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias-de-pediatría/gastroenterología/síndrome-diarreico-gea-diarrea-cronica/> [Último acceso: abril 2023].
27. Spiegel BM, Khanna D, et al. Understanding gastrointestinal distress: a framework for clinical practice. *Am J Gastroenterol*. 2011;106(3):380-5.
28. Sundas A, Sampath H, et al. Correlatos psicosociales de calidad de vida en trastornos gastrointestinales funcionales. *Rev Gastroenterol México*. 2022.
29. Firth M, Prather CM. Gastrointestinal motility problems in the elderly patient. *Gastroenterology*. 2002;122(6):1688-1700.
30. García-Vera EM, Robles-Rodríguez A, et al. La comunicación médico paciente ¿reto para el paciente geriátrico o para el médico familiar? *Atención Familiar*. 2016;23(2):63-66.
31. Hasson F, Muldrew D, et al. 'Take more laxatives was their answer to everything': A qualitative exploration of the patient, carer and healthcare professional experience of constipation in specialist palliative care. *Palliat Med*. 2020;34(8):1057-1066.
32. Bharucha AE, Knowles CH, et al. Faecal incontinence in adults. *Nat Rev Dis Primers*. 2022;8(1):53.
33. Aguilar A, Badenes M, et al.; Grupo de Trabajo en Cooperación y Salud Internacional (COCOOPSI), Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Guía de Atención Primaria al paciente inmigrante. 2ª edición. España: CAMFiC; 2011.
34. Pinos Y, Ruiz MI, Corsi O, et al. Is it worth adding loperamide to antibiotic treatment of traveler's diarrhea? *Medwave*. 2017;17(Suppl 2):e6958.
35. LaRocque R, Harris JB. Approach to the adult with acute diarrhea in resource-rich settings. *UpToDate*. 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-acute-diarrhea-in-resource-rich-settings/print> [Último acceso: abril 2023].
36. Orueta R, Gómez-Calcerrada RM, et al. Actualización en Medicina de Familia. Automedicación. *Med de Familia SEMERGEN*. 2008;34(3):133-137.
37. Arroyo Aínés MP, Baos Vicente V, et al. Recomendaciones sobre el uso de medicamentos. Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Barcelona: semFYC ediciones; 2012.
38. López L, Areta C, et al. La diarrea aguda: prevención y autocuidados. PE+. 2019. Disponible en: <http://www.palabraenfermera.enfermerianavarra.com/blog/2019/10/22/la-diarrea-aguda-prevencion-y-auto-cuidados/> [Último acceso: abril 2023].
39. Routine Rotavirus - Vacunación. Centers for Disease Control and Prevention. 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/rotavirus/vaccination-sp.html> [Último acceso: abril 2023]
40. Ocaña A, Baos V, et al. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores. *semFYC*; 2008. p.p. 58-64.