

Signos de alarma y complicaciones de consultas frecuentes

Director:

José Luis Almodí Alegre

Coordinador del Centro de Salud de Peñafiel (Valladolid). Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid



Este curso está acreditado por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con **2,3 créditos**



AULAIMAYO

Aula Mayo acredita tu formación

www.aulamayo.com

Los temas del curso y sus **casos clínicos** disponibles en: www.sietediasmedicos.com

TEMA 1
Patología respiratoria aguda
Febrero

TEMA 2
Dermatología
Abril

TEMA 3
Alteraciones del estado de ánimo
Mayo

TEMA 4
Oftalmología
Julio

TEMA 5
Patología digestiva
Octubre

TEMA 6
Patología genitourinaria
Diciembre

Tema 5. Patología digestiva

Disfagia

Rectorragia

Vómitos

Diarrea

Belén Jaramillo López-Herce

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud de Peñafiel. Valladolid

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Conocer las distintas situaciones clínicas y causas que provocan la aparición de vómitos, disfagia, diarrea y rectorragia.
- Ser capaz de realizar una anamnesis dirigida y una exploración básica que permita una aproximación al diagnóstico etiológico de cada uno de los 4 síntomas de alarma escogidos.
- Ser capaz de reconocer las situaciones de urgencia y riesgo vital, de derivación preferente o programada, o seguimiento por atención primaria.

DISFAGIA

El paciente puede tener, o referir, dificultad de deglución orofaríngea con el paso de alimento desde la cavidad oral al esófago proximal (disfagia orofaríngea). Esto provoca atragantamientos, regurgitación nasal y tos con cada deglución, y supone un riesgo de paso de alimentos a la vía aérea e infección respiratoria. Si se produce de forma súbita, nos debe hacer pensar en un cuerpo extraño alojado en la faringe, sobre todo en niños, ancianos con prótesis dentales y pacientes con disminución del nivel de conciencia. En caso de fiebre, dolor faríngeo y malestar general, debe pensarse en un proceso infeccioso local, como una amigdalitis, un

flemón o un absceso. Si la comprobación y la extracción del supuesto cuerpo extraño no se consideran seguras, el paciente deberá valorarse de forma urgente en el servicio de otorrinolaringología. Igualmente, ante la sospecha de un absceso, será necesario realizar pruebas de imagen y valorar el ingreso.

Una disfagia orofaríngea progresiva o intermitente puede deberse a neoplasias faríngeas o del esófago proximal en pacientes con factores de riesgo, como el tabaco y el consumo de alcohol; a enfermedades neurológicas desmielinizantes, vasculares y demencias; a un divertículo de Zenker en la cara posterior del esófago en pacientes de edad avan-

zada; a estenosis benignas de esófago proximal (anillos o membranas), o a la ansiedad, en cuyo caso el paciente refiere con frecuencia una sensación de ocupación por encima de la horquilla esternal.

Para llegar a una aproximación diagnóstica es muy importante realizar una anamnesis tanto al paciente como, en caso de deterioro cognitivo de éste, a los familiares, que nos permita diferenciar la disfagia del globo faríngeo (sensación de nudo en la garganta que ocurre entre las comidas) de la odinofagia (dolor al tragar) y la xerostomía (boca seca que dificulta la deglución). Hay que valorar el tiempo de evolución, los episodios de infección respiratoria, la evolución del peso o el uso de fármacos, como estatinas, fenitoína y cloroquina, que pueden ser causas de disfagia. Deben explorarse la cabeza y el cuello, la cavidad oral, la faringe, la laringe, las adenopatías de cuello, la tiroides y los pares craneales. Sería necesario derivar al paciente al servicio de urgencias en caso de una disfagia completa, sospecha de cuerpo extraño o absceso, y neumonía por aspiración. El resto de las situaciones también requerirá valorar de forma preferente la necesidad de tomar medidas de rehabilitación de la deglución, y un aumento de la viscosidad de los líquidos que faciliten la deglución en el caso de disfagia neurógena, o aplicar técnicas endoscópicas terapéuticas. Se deberá considerar la afectación

nutricional y de la hidratación, así como el riesgo de aspiraciones, para colocar una sonda nasogástrica de alimentación y una gastrostomía percutánea, en caso de enfermedades progresivas con supervivencias previstas de más de 3 meses.

Si la dificultad en la deglución referida por el paciente es retroesternal, se considera que la disfagia es esofágica. Si la disfagia esofágica es súbita, la causa habitual puede ser un cuerpo extraño no reconocido por el paciente, en el caso de los niños, pacientes con un deterioro cognitivo o enfermos psiquiátricos. La disfagia puede deberse a un alimento deglutido insuficientemente masticado. Con frecuencia se observan estenosis esofágicas benignas (anillo de Schatzki, estenosis pépticas) o trastornos de la motilidad que favorecen la impactación del bolo. En pacientes jóvenes, sobre todo de sexo masculino y con antecedentes de atopia o asma bronquial, debe sospecharse una esofagitis eosinofílica subyacente. En caso de fiebre y odinofagia, hay que considerar una esofagitis viral (herpética o por citomegalovirus), más frecuente en pacientes inmunodeprimidos o con candidiasis en caso de tratamiento antibiótico previo. En estos pacientes pueden apreciarse en la cavidad oral o en la orofaringe vesículas herpéticas, o muguet, lo que podría facilitar el diagnóstico y el tratamiento. El uso de fármacos, como tetraciclinas, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y clo-

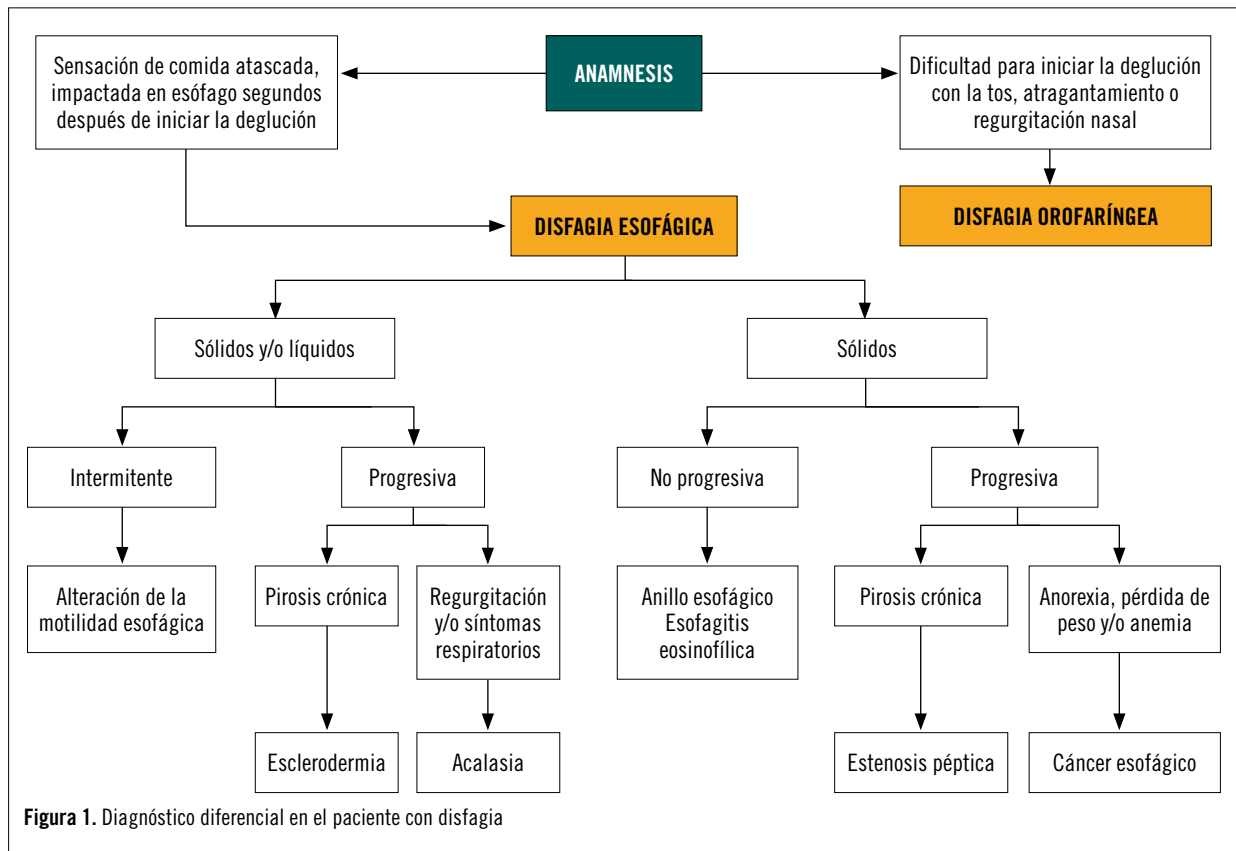


Figura 1. Diagnóstico diferencial en el paciente con disfagia

ruro potásico, son causa de esofagitis medicamentosa. En caso de disfagia completa, con incapacidad de deglutir la saliva y sospecha de cuerpo impactado, la derivación debe considerarse urgente para valorar la realización de una endoscopia en menos de 12 horas. En el resto de los casos de disfagia súbita, la derivación a una consulta de gastroenterología o la realización de una endoscopia también deben llevarse a cabo antes de 24 horas.

La disfagia esofágica no súbita también requiere una valoración en consultas de gastroenterología y la realización de una gastroscopia; ésta debe ser preferente en caso de disfagia para sólidos progresiva, sobre todo si es de reciente comienzo y si el paciente presenta deterioro, ya que el diag-

nóstico más probable es una neoplasia esofágica (epidermoide, en caso de localizarse en el tercio proximal o medio y relacionado con el alcohol y el tabaco, o adenocarcinoma, en caso de esófago distal y relacionado con la enfermedad por reflujo y la obesidad). Si el tiempo de evolución es más largo, lo más probable es que se trate de una estenosis péptica. Si la disfagia es intermitente y no progresiva, probablemente se trate de un anillo esofágico o de una hernia hiatal, y en pacientes jóvenes y atópicos de una esofagitis eosinofílica. La disfagia esofágica para líquidos, o sólidos y líquidos, nos llevaría a sospechar un trastorno motor esofágico, como ocurre en la acalasia, la esclerodermia, con pirosis crónica y fenómeno de Raynaud, o el espasmo esofágico difuso (figura 1).

RECTORRAGIA

La rectorragia que acompaña a la defecación, sobre todo si se asocia a un esfuerzo defecatorio y síntomas anales, como prurito o dolor anal, debe hacer pensar en un sangrado hemorroidal o una fisura anal. Los tratamientos con AINE o la ingesta de alcohol pueden ser desencadenantes de este proceso. El paciente puede referir que mancha de sangre roja el papel o que mancha la taza del váter, y la sangre con frecuencia no se mezcla con las heces. En todos los pacientes es imprescindible realizar una exploración anorrectal. La inspección anal debe incluir la valoración de hemorroides externas e internas, que se apreciarán sólo si están prolapsadas (grado 3, reducibles con el dedo, y grado 4, no reducibles). El tacto debe permitir una exploración adecuada de la ampolla rectal para comprobar la presencia/ausencia de masas o pólipos rectales. En caso de fisura anal, el paciente presenta dolor y escozor con la defecación, por lo que tiende a evitarla (en la exploración se debe intentar identificar una herida longitudinal de la mucosa del canal anal en el rafe posterior, que permite observar las estrías de la capa muscular; el tacto puede no ser posible por el dolor y la hipertonía).

En pacientes jóvenes en un contexto de probable sangrado hemorroidal o por una fisura anal, basta con un manejo terapéutico a partir de consejos higiénico-dietéticos (restricción de algunos alimentos y alcohol, baños de asiento, lavarse con agua, evitar el papel en la medida de lo posible), laxantes reblandecedores de las heces (p. ej., *Plantago ovata*), tratamiento tópico con diltiazem o nitroglicerina en caso de una fisura anal, y un seguimiento clínico. Estaría indicada una colonoscopia preferente o una valoración por el servicio de cirugía en caso de persistencia del sangrado a pesar del tratamiento.

El resto de las rectorragias será indicación de colonoscopia o derivación a la consulta de gastroenterología con carácter más o menos urgente en función de la sospecha diagnósti-

ca y del estado general del paciente. La rectorragia asociada con un aumento de la frecuencia defecatoria, a veces con dolor abdominal, tenesmo rectal y pujos, debe hacer pensar, sobre todo, en las siguientes causas: 1) en pacientes de más de 50 años, podría deberse a una neoplasia de recto, y el tacto rectal permitiría su diagnóstico; 2) en pacientes jóvenes, aunque no sólo en ellos, podría deberse a una colitis ulcerosa, sobre todo si hay familiares afectados de enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, si hay artritis o eritema nodoso o una suspensión reciente del hábito tabáquico, y 3) en pacientes en un contexto epidemiológico (comidas o bodas y si hay familiares o conocidos con síntomas similares) habría que pensar en una colitis infecciosa por *Salmonella* o *Shigella*, y por ameba si se ha realizado algún viaje a países tropicales. En los pacientes de sexo masculino que tienen relaciones sexuales con hombres, hay que considerar la posibilidad de proctitis por *Chlamydia trachomatis*.

La rectorragia debe hacer sospechar un cáncer colorrectal –aunque el tacto rectal sea negativo– en pacientes de más de 50 años, si la sangre es oscura o está mezclada con las heces, si no hay síntomas anales, si se acompaña de un cambio reciente del ritmo intestinal, si hay datos en la exploración física rectal o abdominal que sugieran una enfermedad del colon o del recto, si hay pérdida de peso o anemia ferropénica.

Otras causas de rectorragia, dolor abdominal y diarrea son las colitis isquémicas, que aparecen en pacientes de más de 60 años con factores de riesgo cardiovascular, y las colitis por AINE, que pueden producirse en pacientes de cualquier edad que reciban estos fármacos. Otras situaciones en que se puede producir un sangrado rectal intermitente, asociado o no a las defecaciones, pueden deberse a la radioterapia por una neoplasia de próstata o de cérvix.

La rectorragia se puede presentar de forma súbita e independiente de la defecación. Esta situación compromete con frecuencia el estado hemodinámico del paciente, puede manifestarse con un síncope y, dada la imprevisibilidad de la evolución, es indicación de traslado urgente al hospital para asegurar uno o dos accesos venosos. Se puede hacer una aproximación diagnóstica en función de la edad, los síntomas asociados y las comorbilidades y tratamientos. Las causas de sangrado de este tipo son, principalmente, las

angiodisplasias, en pacientes con insuficiencia renal crónica o estenosis aórtica, y los divertículos, con frecuencia de colon derecho. Las rectorragias secundarias a estos dos procesos suelen ser autolimitadas e indoloras, pero pueden repetirse y obligar a ingresos repetidos. Los pacientes más jóvenes o los niños pueden presentar sangrados de repetición, causados por un divertículo de Meckel. Esta sospecha también requiere una derivación urgente del paciente a un hospital para valorar su ingreso.

VÓMITOS

En el caso de pacientes que presentan vómitos sin dolor abdominal, la anamnesis debe dirigirse a las posibles enfermedades crónicas que padece y hayan podido descompensarse. La cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la uremia, los trastornos electrolíticos, la diabetes mellitus, el hipertiroidismo y las enfermedades psiquiátricas, como el síndrome depresivo, la ansiedad, las situaciones de pánico y los trastornos de la conducta alimentaria, son posibles causas de vómitos. Además, numerosos fármacos empleados en estas enfermedades pueden inducir vómitos: antiarrítmicos y digital, nitratos y nitritos, hipoglucemiantes, hipolipemiantes, clopidogrel, teofilinas, AINE, sales de hierro y de calcio, anovulatorios, estrógenos y tratamiento hormonal sustitutivo, antibióticos (macrólidos y quinolonas), levodopa, rivastigmina y opiáceos. Debe buscarse una relación temporal entre el inicio del tratamiento y la aparición de los vómitos. En cuanto al tratamiento con quimioterapia y radioterapia, el paciente suele estar sobre aviso por el servicio de oncología.

En las mujeres deben considerarse como posibles causas de vómitos el embarazo, la enfermedad inflamatoria pélvica y, si hay dismenorrea, la endometriosis. También debe considerarse la toma de drogas, principalmente el cannabis, cuyo consumo crónico –aunque se considera una sustancia antiemética– es causa de vómitos cíclicos.

Al evaluar la situación clínica del paciente debemos contemplar la posibilidad de un proceso infeccioso sistémico, sobre todo de tipo viral, si hay fiebre, malestar general o una clínica más focalizada. Ante la sensación de giro de objetos o acúfenos, se debe investigar la posibilidad de un vértigo periférico. Sobre todo en los ancianos deberíamos indagar la posibilidad de una caída o un traumatismo craneoencefálico con un hematoma cerebral. Otras causas de vómitos con síntomas neurológicos son la migraña, la hidrocefalia, los tumores intracraneales o la hemorragia rebelosa.

El momento del día en que el paciente vomita tiene un valor diagnóstico. Los vómitos matutinos sugieren alcoholismo, insuficiencia renal, embarazo y enfermedad de Addison. Los vómitos tras las comidas, aun con escasa clínica abdominal, sugieren una enfermedad péptica, un cáncer gástrico, complicaciones de la cirugía gástrica o una gastroparesia diabética, pero también pueden tener un origen psicógeno. En los pacientes jóvenes se puede pensar también en alergias alimentarias si ocurren tras la ingesta de alimentos concretos. Los vómitos nocturnos se presentan con la hipertensión intracraneal, la gastroparesia diabética grave, el síndrome de Ménière, la enteritis posradiación, la ketoacidosis diabética y la insuficiencia renal.

Tabla 1. Vómitos y dolor abdominal

Sospecha	Derivación o tratamiento
Obstrucción intestinal	SUH
Pancreatitis aguda	SUH
Colecistitis aguda	SUH
Coledocolitiasis	SUH
Colangitis aguda	SUH
Apendicitis aguda	SUH
Ascitis	SUH
Embarazo ectópico	SUH
Quiste ovárico	SUH
Torsión testicular	SUH
Cólico biliar	Manejo inicialmente ambulatorio y derivación preferente
Cólico nefrítico	Manejo inicialmente ambulatorio y derivación preferente
Gastropatía	Manejo inicialmente ambulatorio y derivación preferente
Intoxicación alimentaria	Manejo inicialmente ambulatorio y derivación preferente

SUH: servicio de urgencias hospitalario.

La decisión de derivar al paciente a urgencias para su ingreso dependerá de la causa sospechada de los vómitos (hipertensión intracraneal, cetoacidosis diabética, insuficiencia renal, alteraciones graves de electrolitos), las comorbilidades descompensadas, la falta de respuesta al tratamiento prescrito, y las consecuencias que puedan tener estos vómitos y la intolerancia alimentaria.

Los vómitos están provocados con elevada frecuencia por enfermedades o procesos abdominales que pueden requerir un tratamiento quirúrgico urgente, hospitalización o un manejo inicialmente ambulatorio del paciente, pero con un seguimiento estrecho para confirmar la resolución del cuadro y su buena evolución (tabla 1).

DIARREA

La actitud ante una consulta por diarrea dependerá del tiempo de evolución y de las posibles repercusiones en el paciente. En principio, si el tiempo de evolución es inferior a 2-3 semanas, estamos ante un caso de diarrea aguda.

Un antecedente epidemiológico puede explicar una etiología infecciosa (comidas sospechosas, casos similares coincidentes en el tiempo en familiares o amigos, personas mayores en residencias o niños en campamentos, viajes a países en vías de desarrollo). Los procesos infecciosos que afectan al intestino delgado con frecuencia se acompañan de vómitos, dolor abdominal y deposiciones abundantes, mientras que si el proceso inflamatorio afecta al colon, predominan el dolor en el hipogastrio, el tenesmo y las formas disenteriformes (diarrea con sangre). La diarrea infecciosa debe considerarse especialmente en pacientes que vuelven de viaje (diarrea del viajero). En los pacientes con una diarrea aguda en el transcurso de un tratamiento con antibióticos o una vez finalizado éste, así como en los pacientes que viven en residencias o que han estado hospitalizados, debe tenerse un nivel de sospecha elevado de infección por *Clostridium difficile*.

Respecto a los fármacos, se debe sospechar de los introducidos recientemente con una relación temporal con el inicio de un tratamiento médico (antibióticos, inhibidores de la bomba de protones, antagonistas de los receptores de la angiotensina II, metformina, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, AINE, colchicina). La diarrea por fármacos no suele ser sanguinolenta, salvo en caso de colitis por AINE.

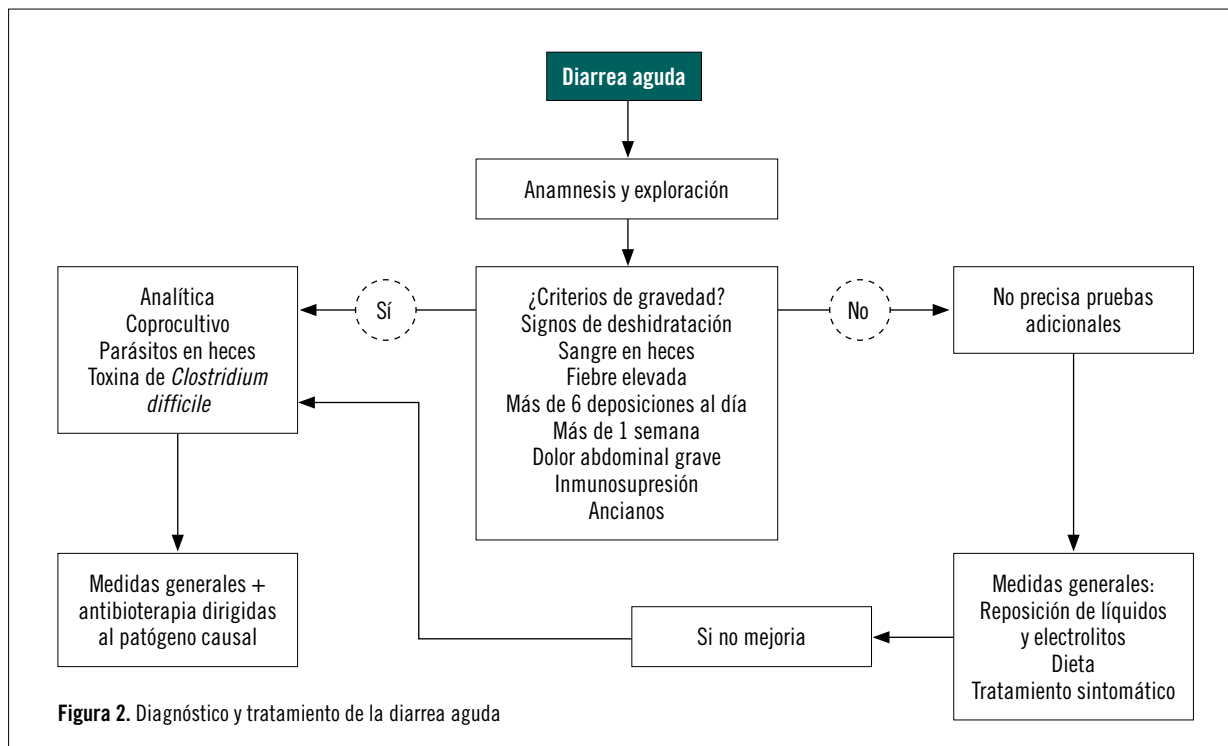
Hay que tener en consideración el inicio de una colitis ulcerosa en el caso de pacientes jóvenes con sangre en las heces y tenesmo. Es más frecuente en exfumadores. El factor de riesgo más importante de la enfermedad inflamatoria intestinal son los antecedentes familiares. Otros síntomas o signos que deben valorarse son una masa en la fosa iliaca derecha, una fístula o un absceso perianal (ambos en la enfermedad de Crohn), o la presencia de manifestaciones extraintestinales (artralgias, artritis o eritema nodoso). En los pacientes que ya tienen un diagnóstico de enfermedad in-

flamatoria intestinal, debe considerarse también la causa infecciosa (p. ej., *C. difficile*), además de un posible brote de su enfermedad.

La diarrea de la colitis isquémica se presenta habitualmente en pacientes de más de 60 años, con dolor abdominal y rectorragia franca súbitos, con factores de riesgo cardiovascular y, a menudo, antiagregados o anticoagulados. La comorbilidad de estos pacientes y su habitualmente buena evolución, aunque imprevisible, hacen necesario su ingreso hospitalario.

Es fundamental valorar el estado nutricional y de hidratación del paciente con diarrea aguda, sobre todo en niños pequeños y ancianos o en pacientes con deterioro cognitivo. En estos pacientes, además, deberíamos saber si la diuresis es adecuada en cuanto a volumen y aspecto de la orina. También deberíamos considerar la pseudodiarrea por un fecaloma en ancianos y pacientes con demencia.

La mayor parte de las diarreas agudas se manejarán con unas recomendaciones básicas de hidratación adecuada y dieta astringente, así como tratamiento sintomático con anti-diarreicos, como loperamida (excepto si hay sospecha de diarrea enteroinvasiva) o racecadotril. Los probióticos pueden ser beneficiosos en casos de diarrea aguda en niños y diarrea por antibióticos. Se indicará una nueva visita al especialista en caso de empeoramiento o falta de mejoría en 5 días. Si la diarrea es moderada o grave, deben valorarse la función renal, los electrolitos y el hemograma, y realizarse un coprocultivo independientemente de que se indique o no un antibiótico empírico (ciprofloxacino o cotrimoxazol), con detección de toxina de *C. difficile* si se considera este diagnóstico. Se prescribirá un antibiótico en caso de diarreas agudas en mayores de 65 años, con enfermedades subyacentes graves, portadores de prótesis intravasculares o inmunodeprimidos (trasplante, corticoterapia, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, neoplasias). Los pacientes en quienes persista la diarrea más de 2-3 semanas, y en caso de que se sospeche una enfermedad inflamatoria intestinal o una proctitis por enfermedad de transmisión sexual, aun manteniendo un buen estado general, serán derivados a consultas de gastroenterología con carácter preferente.



Los criterios de derivación a urgencias de los pacientes son los siguientes: diarrea aguda con sangre, signos de deshidratación, repercusión general por vómitos, imposibilidad de asegurar una hidratación adecuada por vía oral, anemia, deterioro de la función renal, alteraciones electrolíticas significativas, signos clínicos de peritonismo y falta de mejoría de la diarrea moderada-grave a los 2-3 días (figura 2).

Bibliografía

- Álvarez-Neva Torrego MT, Sánchez Moreno B, Gómez Gómez GJ. Diarrea aguda y crónica. En: Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, et al., eds. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Madrid: MSD, 2016; 927-942.
- Balboa Rodríguez A, Bixquert Jiménez M. Gastroparesia, náuseas, vómitos, hipoy bozoar. En: Ponce García J, Castells Garangou A, Gomollón García F, eds. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Barcelona: Elsevier Doyma, 2011; 81-95.
- Bujanda Fernández de Piérola L, Barrio Andrés J. Diarrea aguda. En: Ponce García J, Castells Garangou A, Gomollón García F, eds. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Barcelona: Elsevier Doyma, 2011; 201-211.
- Feu Caballé F, Saperas Franch E. Hemorragia digestiva baja. En: Ponce García J, Castells Garangou A, Gomollón García F, eds. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Barcelona: Elsevier Doyma, 2011; 401-412.
- Flake ZA, Linn BS, Hornecker JR. Practical selection of antiemetics in the ambulatory setting. Am Fam Physician. 2015; 91(5): 293-296.
- Guía de práctica clínica. Diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. Madrid: IMC. Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2018.
- Hull TL. Enfermedades del anorecto. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, Sleisenger MH, eds. Enfermedades digestivas y hepáticas. Madrid: Elsevier, 2008; 2.833-2.855.
- Kaindlstorfer A, Pointner R. An appraisal of current dysphagia diagnosis and treatment strategies. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2016; 10(8): 929-942 [Epub 2016 Mar 16].
- Malagelada JR, Malagelada C. Náuseas y vómitos. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, Sleisenger MH, eds. Enfermedades digestivas y hepáticas. Madrid: Elsevier, 2008; 143-157.
- Mínguez Pérez M, Sánchiz Soler V. Enfermedad rectoanal benigna. En: Ponce García J, Castells Garangou A, Gomollón García F, eds. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Barcelona: Elsevier Doyma, 2011; 373-387.
- Ortiz Bellver V, Clavé Civit P. Disfagia orofaríngea y trastornos motores esofágicos. En: Ponce García J, Castells Garangou A, Gomollón García F, eds. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Barcelona: Elsevier Doyma, 2011; 3-17.
- Sell J, Dolan B. Common gastrointestinal infections. Prim Care. 2018; 45(3): 519-532 [Epub 2018 Jul 9].

PUNTOS CLAVE

- Es importante realizar una anamnesis y una exploración en casos de sospecha diagnóstica que precisen un tratamiento adecuado o una atención urgente.
- Una disfagia súbita es sospecha de presencia de cuerpo extraño y, por tanto, requiere una actuación urgente. Una disfagia progresiva para sólidos obliga a descartar una neoplasia.
- La disfagia condiciona el estado nutricional y supone un riesgo de infecciones respiratorias.
- Las enfermedades crónicas descompensadas, ciertos fármacos y los traumatismos craneoencefálicos pueden ser causa de vómitos de reciente aparición.
- Los vómitos asociados a dolor abdominal suelen requerir un manejo sintomático (toxiinfección alimentaria, cólico nefrítico o litiasis), pero pueden requerir el ingreso hospitalario de los pacientes (pancreatitis, apendicitis, obstrucción intestinal, colecistitis aguda...).
- Hay que valorar el estado nutricional y de hidratación de los pacientes con vómitos y/o diarrea.
- Las diarreas agudas generalmente son autolimitadas, por lo que no es necesario realizar pruebas diagnósticas, excepto si existen criterios de gravedad.
- Se debe valorar la relación de inicio de fármacos con la diarrea.
- Hay que sospechar *Clostridium difficile* en pacientes en tratamiento antibiótico, institucionalizados o tras un ingreso hospitalario.
- En las rectorragias siempre se debe realizar una exploración anorrectal que incluya un tacto rectal.
- La rectorragia con sangre mezclada con las heces, sin síntomas ni dolor anal, requerirá la realización de una colonoscopia o la valoración preferente en el servicio de aparato digestivo.