

**Características sociodemográficas y clínico-epidemiológicas de los
pacientes adultos ingresados por diarrea del viajero en la Clínica
Internacional Trinidad, 2015-2017**

Sociodemographic and clinical-epidemiological characteristics of patients
admitted for traveler's diarrhea to Trinidad International Clinic, 2015-2017

Tania J. Martínez Medina^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5914-7582>

Berto D. Conde Fernández² <https://orcid.org/0000-0001-6779-8131>

Armando R. Marcos Marcos³ <https://orcid.org/0000-0002-7725-8099>

Yodaisy Santander Valmaseda³ <https://orcid.org/0000-0002-3550-8360>

Annarelys Marín Balmaceda¹ <https://orcid.org/0000-0002-2296-3946>

¹ Clínica Internacional de Trinidad. Sancti Spíritus, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus. Hospital Clínico Quirúrgico Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus, Cuba.

³ Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus. Docencia e Investigaciones de Trinidad. Sancti Spíritus, Cuba

*Autor para la correspondencia: tmmedina@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La diarrea del viajero es causa frecuente de hospitalización en turistas internacionales.

Objetivo: Describir las características sociodemográficas y clínico-epidemiológicas de los pacientes adultos ingresados por diarrea del viajero en la Clínica Internacional de Trinidad durante los años 2015 al 2017.

Métodos: Estudio descriptivo de los 699 pacientes adultos con diarrea del viajero que requirieron de ingreso en el periodo de estudio. Se revisaron sus historias clínicas para analizar la frecuencia en que estuvieron presentes algunas variables sociodemográficas y clínico-epidemiológicas. Para analizar los datos se utilizó la estadística descriptiva con distribución de frecuencias y porcentajes.

Resultados: El grupo etario entre 19 y 40 años tuvo un 60,52 % de pacientes afectados; el 58,23 % en el sexo femenino, con una incidencia mayor en los meses de julio (12,88 %) y febrero (12,44 %). Los viajeros procedentes de países europeos representaron el 76,97 %; el 74,96 % se hospedó en casas particulares. El 1,85 % de los afectados presentaba antecedentes de enfermedad gastrointestinal; el 76,11% requirió de 1 a 6 h de observación, con deshidratación leve (59,66 %) y moderada (21,75%). El vómito y las náuseas se presentaron en el 58,37 % de los pacientes y en el 60,73 % la causa no fue precisada.

Conclusiones: Las variables sociodemográficas y clínico-epidemiológicas seleccionadas permitieron describir características de los pacientes adultos ingresados por diarrea del viajero. Se recomienda profundizar en el estudio para contribuir a su prevención y optimizar la atención.

Palabras clave: enfermedad diarreica aguda; diarrea del viajero; factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: Traveler's diarrhea is a frequent cause of hospitalization of international tourists.

Objective: Describe the sociodemographic and clinical-epidemiological characteristics of adult patients admitted for traveler's diarrhea to Trinidad International Clinic in the period 2015-2017.

Methods: A descriptive study was conducted of the 699 adult patients with traveler's diarrhea who required hospitalization in the study period. The patients' medical records were reviewed to analyze the frequency of some sociodemographic and clinical-epidemiological variables. Data analysis was based on descriptive statistics with frequency and percentage distribution.

Results: 60.52% of the patients affected were in the 19-40 years age group, 58.23% were female, and the highest incidence was observed in the months of July (12.88%) and February (12.44%). Travelers from European countries represented 76.97%, and 74.96% were staying in private dwellings. Of the patients affected, 1.85% had a history of gastrointestinal disease; 76.11% required 1-6 hours of observation; dehydration was mild in 59.66% and moderate in 21.75%. Vomiting and nausea were present in 58.37% of the patients; in 60.73% the cause was not determined.

Conclusions: The sociodemographic and clinical-epidemiological variables selected made it possible to characterize the adult patients admitted for traveler's diarrhea. Further research

is recommended to contribute to the prevention this disease. Further research is recommended to contribute to the prevention this disease and optimize care.

Keywords: acute diarrheal disease; traveler's diarrhea; risk factors.

Recibido: 26/02/2019

Aceptado: 16/10/2019

Introducción

Existe alrededor de dos mil millones de casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) a nivel global cada año, fundamentalmente en los países en desarrollo;⁽¹⁾ es una enfermedad que con frecuencia afecta a los que viajan, pues a pesar de la mejora en la higiene sigue siendo una morbilidad a considerar.⁽²⁾

Entre el 20 % y 50 % de los millones de personas que viajan cada año desde países industrializados a zonas calurosas como el Caribe, sufren un episodio brusco de diarrea acuosa, las que se asocian al consumo de alimentos o aguas contaminadas,⁽³⁾ muchas veces por el descuido de las medidas higiénicas de los propios viajeros.

El aumento en la frecuencia de las deposiciones unido a la presencia de síntomas gastrointestinales en viajeros que provienen de países desarrollados que visitan otro en vías de alcanzarlo, fundamentalmente hacia zonas tropicales o semitropicales, o al retorno de la visita al extranjero, es lo que caracteriza la diarrea del viajero (DV).^(2,4)

Entre los factores de riesgo ambientales están el área geográfica de procedencia, el destino del viaje tanto en el riesgo como en la causa de la diarrea,⁽²⁾ la exposición a aguas y alimentos no seguros, las variaciones estacionales y el estilo del viaje; en cuanto a los factores personales están la edad joven, enfermedades gastrointestinales crónicas, el uso de antiácidos y la inmunosupresión;^(4,5) también ciertos factores genéticos como los asociados al polimorfismo.⁽²⁾

Los agentes causales bacterianos como los provocados por los patotipos de *Escherichia coli* (*enterotoxigénica* y *enteroagregativa*) son frecuentes en Latinoamérica y el Caribe, y el *Campylobacter* en el sudeste de Asia,⁽⁵⁾ los parásitos y virus muestran variaciones en dependencia del área geográfica.⁽⁶⁾

Los afectados pueden experimentar secuelas como el síndrome de intestino irritable posinfeccioso,⁽⁷⁾ artritis reactiva asociada con el síndrome hemolítico urémico y el síndrome de Guillain-Barré.^(5,6)

Entre los destinos con mayor riesgo de adquirir la DV están Asia Meridional y África Occidental y Central con una disposición decreciente en América del Sur y Este y Sudeste Asia.⁽⁸⁾ Es frecuente en turistas que viajan a América del Sur,⁽⁹⁾ con altas tasas de hospitalización.⁽¹⁰⁾

En la revisión bibliográfica son limitados los estudios encontrados sobre la DV en el contexto cubano; lo hallado ha analizado el comportamiento de las EDA con una tendencia decreciente,^(11,12) sin embargo, la DV es un problema de salud a tener en cuenta en el país y en especial, en Trinidad que se posiciona como un destino turístico importante, con alto número de visitantes extranjeros.

En la Clínica Internacional de Trinidad (CIT) se informa alrededor del 20 % de atención médica por EDA y dentro de ella la DV, con mayor incidencia en los pacientes adultos como la principal enfermedad transmisible motivo de ingreso durante los años 2015 al 2017,⁽¹³⁾ con la consecuente responsabilidad de enfermería en la atención; surge entonces la necesidad de investigar el comportamiento de algunas variables sociodemográficas y clínico-epidemiológicas para conocer los principales factores que se asocian a la enfermedad y poder tomar acciones de promoción y prevención de salud, para optimizar la atención y evitar complicaciones en los afectados.

El estudio busca responder la interrogante: ¿qué características sociodemográficas y clínico-epidemiológicas permiten identificar al paciente adulto ingresado por DV? Por tanto, el objetivo fue describir las características sociodemográficas y clínico-epidemiológicas de los pacientes adultos ingresados por DV en la CIT durante los años 2015 al 2017.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal que abarcó desde enero del 2015 hasta diciembre del 2017.

La población de estudio fueron 699 pacientes adultos ingresados en la CIT por DV en el período de investigación.

Se hizo una revisión de los registros clínicos de cada paciente, a partir de una guía de observación como instrumento de recolección de datos que permitió conocer algunas

variables ([anexo](#)), entre las sociodemográficas: la edad, el sexo, mes del año, procedencia, hospedaje; entre las clínico-epidemiológicas: los antecedentes patológicos personales de enfermedad gastrointestinal, horas de observación hospitalaria, grado de deshidratación al ingreso, síntomas asociados a la diarrea y la posible etiología bacteriana o la parasitaria en el caso de poder realizar el estudio coproparasitológico directo de las heces fecales en fresco por defecación espontánea recogida en frascos específicos para este fin y observado inmediatamente al microscopio por personal de laboratorio entrenado. Para la identificación de parásitos se empleó el método de examen directo con eosina y lugol,⁽¹⁴⁾ y aunque el examen microscópico es poco específico para el diagnóstico bacteriano, permitió la observación de leucocitos al mezclar una pequeña cantidad de heces con azul de metileno.⁽¹⁵⁾ Se respetaron los principios éticos de investigación en salud, no se reveló la identidad de las personas, no les ocasionó riesgos y no se afectó el medio ambiente.

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva, se confeccionó una base de datos en Excel que se transfirió al paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21 para procesar la información generada. Los resultados fueron resumidos con distribución de frecuencias y porcentajes.

Entre las limitaciones del estudio estuvieron el que no es un estudio multicéntrico lo que imposibilitó realizar comparaciones del comportamiento de las variables; al utilizar como fuente de información las historias clínicas limitó ver el problema con un perfil más amplio, por lo que en otros estudios se pudiera analizar la perspectiva del paciente por medio de métodos y técnicas cualitativas. No se precisó el germen específico que originó la DV, pues la CIT pertenece a la atención primaria y no dispone de los medios para realizar exámenes microbiológicos complejos ubicados en los laboratorios del segundo y tercer nivel de atención.⁽¹⁶⁾ A pesar de las limitaciones, se obtuvo un acercamiento a la problemática y permitió estimar la incidencia y tendencia de algunas características de los turistas con diarrea que permita realizar un diagnóstico precoz, un tratamiento oportuno y efectuar acciones preventivas adecuadas a sus particularidades.

Resultados

En los pacientes ingresados por DV se observó un predominio del grupo etario comprendido entre los 19 y 40 años de edad con un 60,52 % y en cuanto al sexo, el femenino representó el 58,23 % (tabla).

Tabla - Pacientes ingresados por DV según edad y sexo

Variable	Categoría	No.	%
Edad	De 19-40	423	60,52
	De 41-59	158	22,60
	De 60 y más	118	16,88
Sexo	Femenino	407	58,23
	Masculino	292	41,77

Los meses de mayor incidencia de DV fueron julio con 90 pacientes (12,88 %) y febrero con 87 (12,44 %), seguido de 80 pacientes en mes diciembre (11,44 %), 75 en marzo (10,73%) y 73 en enero (10,44 %); el resto de los meses se comportaron por debajo de estos porcentajes (Fig. 1).

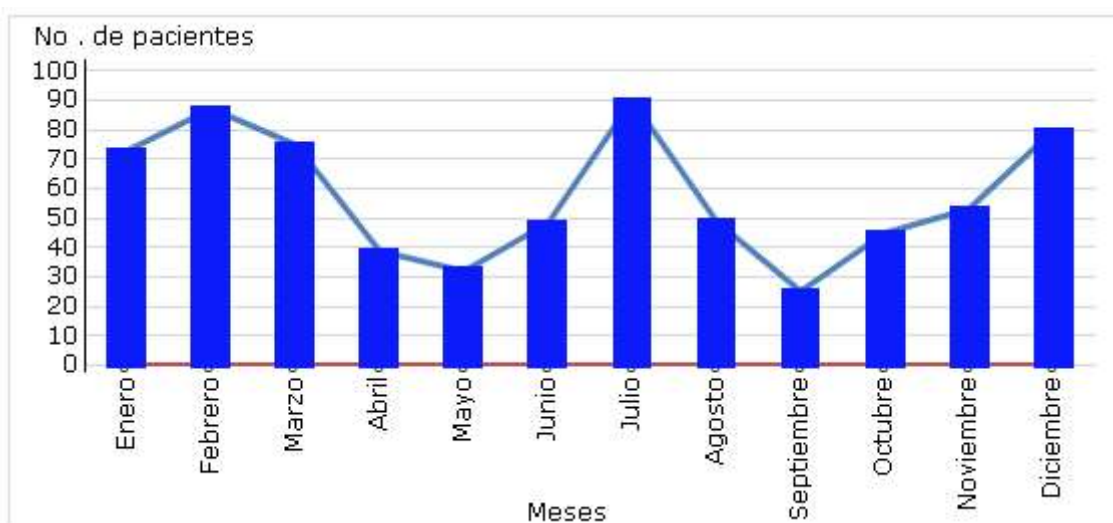


Fig. 1 - Pacientes ingresados por DV según meses del año.

Las regiones de procedencia de los pacientes aparecen en la figura 2 con 538 pacientes europeos (76,97 %), 67 (9,59 %) de América del Norte; 50 (7,15 %) de América del Sur, 32 (4,58 %) asiáticos, seguido de 11 (1,57 %) australianos, y 0,14 % de africanos.

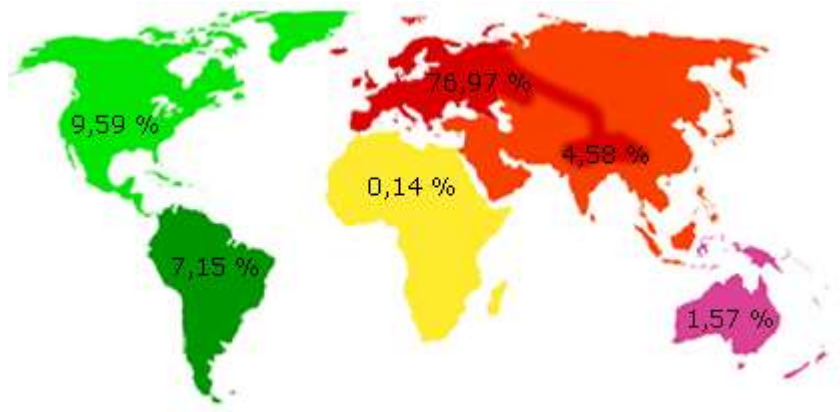


Fig. 2 - Pacientes ingresados por DV, según regiones de procedencia.

En cuanto al lugar donde se hospedaron los pacientes, 524 de ellos (74,96 %) fueron alojados en casa de hospedaje, 161 (23,03 %) en hotel y 14 (2,00 %) se encontraban de tránsito en la ciudad.

Según la presencia de antecedentes patológicos personales de enfermedad gastrointestinal, solo 13 (1,85 %) de los pacientes presentaron alteraciones de este tipo.

El 76,11 % de los pacientes necesitó de 1 a 6 horas de observación y el 24,03 % de 7 a 12 h; el 1,29 % requirió de traslado al segundo nivel de atención.

En cuanto al grado de deshidratación, la clasificada como leve se observó en el 59,66 % de los pacientes, y la moderada en el 21,75 %.

La presencia de otros síntomas asociados a la diarrea como el vómito y las náuseas se observaron en 408 pacientes (58,37 %), en 135 (19,31 %) hubo otros síntomas aislados como inapetencia, escalofríos, debilidad, cefalea, calambres, el resto de los síntomas se puede observar en la figura 3.



Fig. 3 - Pacientes ingresados por DV, según otros síntomas asociados.

Los resultados indican que la etiología de la DV en los pacientes ingresados, no se precisó en 201 de ellos (60,73 %); la posible causa bacteriana fue informada por el laboratorio en 77 de los casos (23,26 %) y la parasitaria en 53 (16,01 %).

Discusión

Los resultados de esta investigación indican una mayor frecuencia de la enfermedad en la edad joven, lo que puede estar relacionado con una baja percepción del riesgo de enfermarse, el alto nivel de actividad que desarrollan durante el viaje muchas de ellas consideradas de riesgo, como el baño en piscinas, lagos y estancias en lugares con acumulación de personas. Este resultado concuerda con un estudio en viajeros que regresaron a Alemania procedentes del trópico y mostró una mayor frecuencia entre los 20 y 49 años, y señala que los jóvenes aparte de que son más aventureros, también tienden a comer más alimentos, lo que puede resultar en la ingestión de un mayor inóculo de patógenos,⁽¹⁷⁾ además de la posible carencia de inmunidad adquirida por haberse puesto en contacto por primera vez con los nuevos microorganismos y el medio ambiente del destino del viaje.⁽⁸⁾

El predominio del sexo femenino es probable que se deba a la mayor afluencia del turismo de este sexo, según las estadísticas del Sistema Único de Información de Clínicas (SUIC);⁽¹³⁾ se ha planteado que ocurre de igual manera en viajeros de ambos sexos,^(17,18) pero que las mujeres tienden a buscar atención médica con más frecuencia al enfermarse de DV.⁽¹⁹⁾

Los meses de mayor incidencia de pacientes ingresados corresponden a julio y febrero, la razón de la cantidad de casos en el segundo mes puede tener correspondencia con el alza turística en el país y la del mes de julio al posible aumento de la enfermedad en los meses de verano tal como lo plantea la Organización Mundial de Gastroenterología.⁽¹⁾ Los resultados coinciden con los de *Beraun Villa* que observó más de la tercera parte de los casos de diarreas en los turistas durante los meses del verano;⁽¹⁰⁾ por su parte, *Steffen* considera las variaciones estacionales como factor de riesgo, con tasas que pueden aumentar con las temperaturas más cálidas y mayores precipitaciones.⁽⁴⁾ En climas cálidos, con acumulación de personas puede haber presencia de vectores, como las moscas, que puede favorecer la aparición de enfermedades digestivas.⁽²⁰⁾

Europa aportó la mayor cantidad de pacientes lo que está en correspondencia con las estadísticas del SUIC; este continente es el principal emisor de turismo de países como Alemania, Francia e Italia.⁽¹³⁾ El resultado es consistente con lo recogido por *Steffen* y otros que señalan a los que residen en zonas industrializadas y en especial, los de nivel socioeconómico alto y que viajan a países de bajos o de medianos ingresos como los más propensos a desencadenar la DV.⁽²⁾

La mayoría de los pacientes se hospedaron en casas cuya modalidad de alojamiento ha tenido aceptación en los turistas extranjeros, lo que pudiera ser un factor que influyera en el resultado, pues la higiene en los hogares, por la experiencia de los autores al realizar acciones de salud, no se considera un problema para los viajeros. Entre las limitaciones de este estudio citábamos el que solo se recogieron los datos aportados por la historia clínica, por lo que se debe ser cauto al intentar correlacionar la mayor cantidad de enfermos con el lugar de hospedaje, aspecto este importante para futuras investigaciones en las que se tome en cuenta este posible factor para las labores de prevención.

De acuerdo con los índices más bajos de la enfermedad en los hospedados en hoteles, autores plantean que las tasas de incidencia suelen ser más bajas en estos lugares;^(4,5) aunque la estancia en un hotel no garantiza la protección total contra la adquisición de enfermedades transmitidas por los alimentos, ejerciendo influencia las condiciones higiénicas de la cocina y del hotel en general.⁽²¹⁾

Un reducido número de pacientes refirieron la presencia de algún tipo de enfermedad gastrointestinal en sus antecedentes patológicos, entre ellas estuvieron la enfermedad inflamatoria intestinal y la “gastritis”. Estos resultados subrayan las conclusiones obtenidas por otros autores acerca de que las condiciones de salud preexistentes tienen un papel limitado en la incidencia de la DV, sin embargo, las posibilidades de padecerla y de una

mayor duración aumentan en los que tienen enfermedad inflamatoria intestinal⁽²²⁾ y reconocen el uso de antiácidos como un posible factor de riesgo.⁽²³⁾

La mayoría de los pacientes requirieron de 1 a 6 horas de observación para ser egresados por la mejoría clínica; los que por no haber mejorado el cuadro en las primeras 12 h u otras posibles complicaciones como el padecer de enfermedades crónicas fueron trasladados al segundo nivel de atención como lo tiene establecido la CIT. A menudo la enfermedad es autolimitada, los pacientes pueden curar espontáneamente dentro de las primeras 48 h;^(24,25) aunque muchos de los casos pueden presentar formas más graves con necesidad de hospitalización⁽⁴⁾ y en el 2 % de los pacientes los síntomas pueden persistir o aparecer al retorno del viaje.⁽²⁶⁾

Observamos un predominio de la deshidratación leve y moderada, lo que parece posible que estos resultados se deban al uso efectivo de las sales de rehidratación oral para prevenir la deshidratación producida por la diarrea; además, en los pacientes adultos con DV sin antecedentes de salud, se puede recuperar los líquidos perdidos a través de la ingestión de sopas, jugo de frutas y carbohidratos que le aporten sodio y glucosa sin ser necesario otro tipo de tratamiento de rehidratación.⁽²⁷⁾ Los que pueden tener mayor riesgo de deshidratación son los adultos mayores y las personas con un sistema inmunológico débil;⁽²⁸⁾ sin embargo, aunque pocas veces sea peligrosa en los adultos,⁽²⁷⁾ debemos prestarle interés por el clima cálido y húmedo de Cuba.

Entre los síntomas asociados a la diarrea fueron frecuentes las náuseas y vómitos, y entre los aislados estuvieron la inapetencia, escalofríos, debilidad, cefalea, y calambres. Estos resultados coinciden con los hallazgos de un estudio a viajeros que visitaron el trópico donde en el 40,4 % estuvo presente las náuseas y en el 12,3 % los vómitos, aunque diferimos en el resto de la sintomatología encontrada por ellos como el dolor abdominal y la flatulencia.⁽¹⁷⁾

La posible etiología no se pudo precisar en un grupo de pacientes por no recoger la muestra, sobre todo en los de corto tiempo de observación y ausencia de deposiciones en ese periodo. La posible causa bacteriana, seguida de la parasitaria fueron las informadas por el laboratorio.

Una revisión publicada en la revista *Journal of Travel Medicine* informa que la etiología más común en los pacientes que adquirieron diarrea en América Latina es la bacteriana, fundamentalmente la *Escherichia coli enterotoxigénica* y la *enteroagregativa*; le siguió el norovirus como causa viral y las infecciones mixtas.⁽⁶⁾

El parásito más informado en el estudio fue la *Entamoeba histolytica*, sin embargo, autores cubanos plantean que los viajeros internacionales tienen mayor probabilidad de adquirir

Giardia lamblia,⁽²⁹⁾ aunque la frecuencia de infecciones por estos protozoos ha descendido en Cuba.⁽³⁰⁾ Estos dos son los de mayor prevalencia a nivel mundial, aunque se reconocen otros patógenos como *Cyclospora cayetanensis* que pudiera también ser causa de diarreas.⁽³¹⁾

Los datos clínicos pueden orientar la posible etiología, por ejemplo, en la DV bacteriana y viral pueden aparecer síntomas repentinos que pueden variar desde calambres leves y heces sueltas urgentes hasta dolor abdominal intenso, fiebre, vómitos y diarrea sanguinolenta; en los virus los vómitos pueden ser más prominentes. El período de incubación entre la exposición y la presentación clínica puede ser una pista de la etiología: las toxinas bacterianas pueden causar síntomas en pocas horas; los patógenos bacterianos y virales tienen un período de incubación de 6 h a 72 h y los protozoarios de 1 a 2 semanas y rara vez se presentan en los primeros días de viaje a excepción de la *Cyclospora cayetanensis*, que puede presentarse rápidamente en áreas de alto riesgo.⁽²¹⁾

Los resultados de esta investigación describen las características sociodemográficas y clínico-epidemiológicas de los pacientes adultos ingresados en la CIT por DV durante los años 2015 al 2017, entre las sociodemográficas están la edad joven, el sexo femenino, los meses de julio y febrero, los viajeros procedentes de países europeos y alojados en casas de hospedaje; entre las clínico-epidemiológicas se ha encontrado poco significativa la presencia de enfermedad gastrointestinal preexistente, con necesidad de pocas horas de hospitalización para ser egresados por la mejoría clínica, con la presencia de deshidratación de leve a moderada, con el vómito y las náuseas como principal síntoma asociado a la diarrea y aunque la etiología no pudo ser precisada en un alto número de pacientes, la posible causa bacteriana seguida de la parasitaria fueron las informadas por el laboratorio. Se recomienda profundizar en el estudio para contribuir a su prevención. Se recomienda profundizar en el estudio para contribuir a su prevención y optimizar la atención.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de Gastroenterología. Guía práctica de diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial. [Internet]. 2012 Feb [acceso 21/03/2017]. Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/acute-diarrhea/acute-diarrhea-spanish>

2. Steffen R, Hill DR, DuPont HL. Traveler's diarrhea: a clinical review. JAMA [Internet]. 2015 Jan [acceso 21/08/2018];313(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://doi.org/10.1001/jama.2014.17006>
3. Ministerio de Salud a Argentino. Plan de Abordaje Integral de las Enfermedades Diarreicas Agudas. Guía para el equipo de salud Nro 8. Enero/2011 [acceso 20/02/2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/regionsanitariaiiii/guia-abordajediarrreas-agudas>
4. Steffen R. Epidemiology of travellers' diarrhea. Journal of Travel Medicine [Internet]. 2017 Apr [acceso 07/08/2018];24(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jtm/taw072>
5. Vila J, Oliveira I, Zboromyrska Y, Gascon J. Diarrea del viajero. Rev Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica [Internet]. 2016 Nov [acceso 20/09/2017];34(9):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X16301057>
6. Jiang ZD, DuPont HL. Etiology of travellers' diarrhea. Journal of Travel Medicine [Internet]. 2017 Apr [acceso 07/08/2018];24(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jtm/tax003>
7. Schwille-Kiuntke J, Mazurak N, Enck P. Systematic review with meta-analysis: post-infectious irritable bowel syndrome after travellers' diarrhoea. Aliment Pharmacol Ther [Internet]. 2015 [acceso 07/08/2018];41(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/apt.13199>
8. Chongsuvivatwong V, Chariyalertsak S, McNeil E. Epidemiology of travelers' diarrhea in Thailand. J TravelMed [Internet]. 2009 [acceso 21/08/2018];16(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1708-8305.2009.00331.x>
9. Lloveras SC. Viajeros a América del Sur. Rev Chil Infect [Internet]. 2011 [acceso 24/09/2017];28(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v28n6/art03.pdf>
10. Beraun-Villa M, Valdez LM. Diarrea del viajero. Rev Med Hered Lima, Perú [Internet]. 2013 [acceso 15/01/2017];24(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000100010&lng=es
11. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2017 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2017 [acceso

22/09/2018]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf>

12. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Enfermedades Diarreicas. Estadísticas Mundiales. Factográfico salud [Internet]. 2018 Ago [acceso 22/09/2018];4(8):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2018/08/factografico-de-salud-agosto-2018.pdf>

13. Sistema Único de Información de Clínicas (SUIC). Clínica Internacional Trinidad, Departamento de Registros Médicos y Estadísticas, 2015-2017. Trinidad-Sancti Spíritus (Cuba): Clínica Internacional; enero 2018.

14. Núñez Fernández FA, Cordoví Prado RA. Manual de técnicas básicas para el diagnóstico de la parasitosis intestinal. La Habana: Instituto Pedro Kourí; 2004. p. 4-5.

15. Álvarez Martínez M, Buesa Gómez J, Castillo García J, Vila Estape J. Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Madrid: Ed: eimc; 2008. p. 3-8

16. Suardiáz Pareras JA. Principios básicos del trabajo en el laboratorio clínico. En: Suardiáz Pareras JA, Cruz Rodríguez C, Colina Rodríguez A. Laboratorio clínico. La Habana: Ed: Ciencias Médicas; 2004. p. 3-10.

17. Pitzurra R, Steffen R, Tschopp A, Mütsch M. Diarrhoea in a large prospective cohort of European travellers to resource-limited destinations. *BMC InfectDis*. [Internet]. 2010 [acceso 21/08/2018];10(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2334-10-231>

18. Paschke C, Apelt N, Fleischmann E, Perona P, Walentiny C, Lo'scher T, Herbingen KH. Controlled study on enteropathogens in travellers returning from the tropics with and without diarrhea Department of Infectious Diseases and Tropical Medicine, University Hospital, Ludwig-Maximilians of Munich. Germany. *Clin Microbiol Infect* [Internet]. 2011 [acceso 02/09/2018];17(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(14\)62954-2/pdf](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(14)62954-2/pdf)

19. Hill DR. Occurrence and self-treatment of diarrhea in a large cohort of Americans traveling to developing countries. *Am J Trop Med Hyg*. [Internet]. 2000 [acceso 21/08/2018];62(5):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/2812/eda0f3b2a1a56d539f2d81afe98481045830.pdf>

20. Galán Sánchez F, de la Rubia N, Gómez C, Rodríguez Iglesias M. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la diarrea del viajero. Servicio de Microbiología y Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España. *Medicine*. [Internet]. 2016 [acceso

28/01/2018];12(7):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.medicineonline.es/es-protocolo-diagnostico-terapeutico-diarrea-del-articulo-S030454121630004X>

21. Lalani T, Maguire JD, Grant EM, Fraser J, Ganesan A, Johnson MD, Deiss RG, Riddle MS, Burgess T, Tribble DR. Epidemiology and Self-Treatment of Travelers' Diarrhea in a Large, Prospective Cohort of Department of Defense Beneficiaries. *J Travel Med.* [Internet]. 2015 [acceso 12/08/2018];22(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jtm.12179>

22. Schlagenhauf P, Chen LH, Wilson ME, Freedman DO, Tchong D, Schwartz E, et al. GeoSentinel Surveillance Network. Sex and gender differences in travel-associated disease. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2010 Mar [acceso 21/08/2018];50(6):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1086/650575>.

23. Baaten GG, Gekus RB, Kint JA. Symptoms of infectious diseases in immunocompromised travelers: a prospective study with matched controls. *J Travel Med* [Internet]. 2011 [acceso 12/08/2018];18(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1708-8305.2011.00543.x>

24. Connor BA. A Travelers' Diarrhea. The pretravel consultation. *Traveler's Health.* Center for Disease Control and Prevention [Internet]. 2018 [acceso 22/11/2018]. Disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2018/the-pre-travel-consultation/travelers-diarrrhea>

25. Soonawala D, Vlot JA, Visser LG. Inconvenience due to travelers' diarrhea: a prospective follow-up study. *BMC Infect Dis.* [Internet]. 2011 [acceso 12/08/2018];11(1):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2334-11-322>

26. Freeland AL, Vaughan GH, Banerjee SN. Acute Gastroenteritis on Cruise Ships—United States, 2008-14. *MMWR* [Internet]. 2016 [acceso 26/08/2018];65(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6501a1externalicon>

27. Novoa Fariasa AC, FratMunarib MA, Peredoc S, Flores Juárez O, Novoa García J, Galicia T, et al. Susceptibilidad a la rifaximina y otros antimicrobianos de bacterias aisladas en pacientes con infecciones gastrointestinales agudas en el sureste de México. *Rev de Gastroent de Méx.* [Internet]. 2017 [acceso 24/09/2017];82(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.10.006>.

28. Arguin P. Approach to the patient before and after travel. En: Goldman L, Schafer AI. *Cecil Medicine.* 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011: p. 294.

29. González López ME. Parasitismo intestinal. En Paniagua Estévez ME, Piñol Jiménez FN. Gastroenterología y hepatología clínica. La Habana: Ed: Ciencias Médicas, 2015. p. 1648-722.
30. Rojas L, Núñez FA, Aguiar PH, Silva Aycaguer LC, Alvarez D, Martínez R, et al. Segunda encuesta nacional de infecciones parasitarias intestinales en Cuba, 2009. Rev Cubana Med Trop [Internet]. 2012 [acceso 12/05/2019];64(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v64n1/mtr02112.pdf>
31. de Hombre E, Almirall P, Escobedo A. Cyclosporacayetanensis: una posible causa de enfermedad diarreica. BOLIPK. [Internet]. 2007 Dic [acceso 12/12/2017];17(48):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/ipk/files/2010/04/bol48-07.pdf>

Anexo - Variables sociodemográficas y clínico-epidemiológicas para caracterizar al paciente adulto ingresado con DV

Variable	Definición conceptual	Operacionalización
Edad	Tiempo en años, agrupado en intervalos, según lo que ha vivido el paciente hasta el momento del ingreso	De 19-40, de 41-59, de 60 y más
Sexo	Condición orgánica del paciente hasta el momento del ingreso	Masculino o femenino
Mes del año	Mes del año, según el calendario, en que ocurre el ingreso	Enero a diciembre
Procedencia	Según país de origen agrupado por regiones geográficas	América del Norte, América del Sur, Europa, Asia, Australia, Africa
Hospedaje	Lugar donde se hospeda el viajero hasta el momento del ingreso	Hotel, casa de hospedaje, tránsito en la ciudad
Antecedentes patológicos personales (APP) de enfermedad gastrointestinal	APP de algún tipo de enfermedad gastrointestinal referido por el paciente y recogido en la historia clínica	Sí o No
Horas de observación hospitalaria	Tiempo en horas de observación al paciente desde el momento de la admisión hasta el egreso por mejoría clínica o traslado al requerir más de 12 h para la recuperación	De 1 a 6 h, de 7 a 12 h, más de 12 h (traslado)
Grado de deshidratación al ingreso	Alteraciones encontradas en el examen físico que indiquen desequilibrio entre las pérdidas y los ingresos de líquidos	No deshidratado: compensadas las pérdidas con los ingresos de líquido. Leve: pérdida del 2 % de líquido con síntomas escasos (sed). Moderada: pérdida del 2 % al 6 % de líquido (sequedad de piel y mucosas, oliguria, hipertermia, disminución de la turgencia de la piel, depresión de los globos oculares). Severa: pérdida mayor del 6 % de líquido, hay intensificación de los síntomas previos, presencia de confusión, debilidad, letargo, convulsiones, coma
Síntomas asociados a la diarrea	Dolencias asociadas a la diarrea referidas por el paciente en el momento del ingreso	Vómito y/o náusea, fiebre, dolor, deposiciones sanguinolentas u otras
Posible etiología	Informe plasmado en la historia clínica como resultado del estudio coproparasitológico directo cuyas características observadas al microscopio indiquen la posible causa bacteriana o parasitaria	Bacteriana: informe con presencia de leucocitos polimorfonucleares o flora bacteriana en la materia fecal. Parasitaria: presencia de trofozoitos, quistes o larvas de protozoos. No precisada: si no se realizó el examen, si la muestra fue insuficiente u otra causa por la que no se identifique la posible causa

Conflicto de intereses

Los autores declaran no haber tenido conflicto de intereses en el desarrollo de la investigación.

Contribuciones de los autores

Tania J. Martínez Medina: Concepción y diseño del trabajo, revisión bibliográfica; recolección, obtención de resultados, análisis e interpretación de datos; redacción, revisión crítica y aprobación de la versión final del manuscrito; Aporte de pacientes o material de estudio.

Berto D. Conde Fernández: Concepción y diseño del trabajo; análisis e interpretación de datos; asesoría estadística y ética; redacción, revisión crítica y aprobación de la versión final del manuscrito.

Armando R. Marcos Marcos. Recolección y obtención de resultados; análisis e interpretación de datos; asesoría estadística; redacción, revisión crítica y aprobación de la versión final del manuscrito.

Yodaisy Santander Valmaseda y Annarelys Marín Balmaceda: Recolección y obtención de resultados; análisis e interpretación de datos; redacción, revisión crítica y aprobación de la versión final del manuscrito.