

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA			
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-08	Página: - 1 - de 27	Versión: 01

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
1. ALCANCE
Aplica para las atenciones ambulatorias (consulta externa y prioritaria) de la ESE Centro de Salud Jenesano y su área de influencia.
2. SERVICIO Y POBLACION
Servicio Consulta externa y prioritaria de la ESE Centro de Salud Jenesano y su área de influencia. Tiene cobertura para todos los grupos etáreos.
3. PERIODICIDAD
La guía se revisara cada cinco años y/o según necesidad.
4. EPIDEMIOLOGIA
<p>En la última década del siglo XX la enfermedad diarreica aguda (EDA) es uno de los problemas de salud pública más serios en los países en desarrollo y se constituye en una de las principales causas al año, pero en algunas áreas, llega a 9 episodios.</p> <p>La mayor morbimortalidad la sufren los niños menores de dos años y se estima que aproximadamente del 80% al 90% de las muertes por diarrea, ocurre en ese grupo de edad. Otros factores que incrementan la mortalidad son la deshidratación, desnutrición y otras infecciones graves, sin embargo, la enfermedad diarreica también afecta a otros grupos de edad (Ministerio de Salud, 2000).</p> <p>Se estima que del total de muertes que ocurren por diarrea en todo el mundo, más del 90% son en Menores de 5 años, causadas por agentes etiológicos diferentes al cólera.</p> <p>De acuerdo con estudios efectuados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), las dos principales complicaciones de las EDA son la deshidratación y la desnutrición.</p> <p>Cada año en las Américas, más de 250.000 niños mueren antes de los 5 años por enfermedades que podrían prevenirse fácilmente. Estas muertes ocurren principalmente por diarrea, neumonía, Desnutrición, y otras enfermedades prevenibles por vacunación. Estas enfermedades son también la causa de 60 a 80% de las consultas pediátricas en los servicios de salud y de 40 a 50% de las Hospitalizaciones de niños menores de 5 años.</p> <p>Esta abrumadora carga de sufrimiento y muerte ocurre en todos los países de América Latina y el Caribe, pero es más seria en países donde las tasas de mortalidad infantil superan 40 muertes por mil nacidos vivos.</p> <p>Factores Protectores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna exclusiva durante un mínimo de 6 meses. • Alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses • Inmunizaciones.

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-08	Página: - 2 - de 27	Versión: 01

Infecciones Asintomáticas

La mayoría de las infecciones entéricas son asintomáticas; la proporción de las asintomáticas se incrementa después de 2 años de edad, por el desarrollo de la inmunidad activa que evita que algunas infecciones intestinales se manifiesten clínicamente. Los sujetos con infecciones asintomáticas, las cuales pueden durar varios días o semanas, eliminan en sus heces fecales virus, bacterias o quistes de protozoos. Las personas con este tipo de infecciones juegan un papel importante en la diseminación de muchos patógenos entéricos, principalmente porque no saben que están infectadas, no toman precauciones higiénicas especiales y se movilizan de un sitio a otro como normalmente lo hacen, ya que no están enfermas.

Influencia de la Edad

La Enfermedad Diarreica es más intensa en los niños menores de cinco (5) años, especialmente entre los seis (6) meses y los dos (2) años de edad, teniendo consecuencias graves en los menores de seis (6) meses. Este patrón refleja los efectos combinados de la disminución de anticuerpos adquiridos por la madre, la falta de inmunidad activa en el niño menor de un año, la introducción de alimentos que pueden estar contaminados con enteropatógenos, y el contacto directo con heces humanas o de animales cuando el niño empieza a gatear. Después de los dos (2) años, la incidencia declina notoriamente porque los niños han desarrollado inmunidad a la mayoría de los enteropatógenos.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2000, la prevalencia de esta patología para Colombia fue del 14% en menores de cinco años, siendo el grupo más afectado el de 6 a 11 meses, seguido por el grupo de 12 a 23 meses. Esta prevalencia aumenta a medida que aumenta el orden del nacimiento y la menor educación de la madre. De igual forma, la presencia de enfermedad diarreica es mayor en la zona rural que en la urbana, pero la diferencia no es muy grande (16% vs 13%). Predomina en las regiones pacífica, central y oriental, especialmente en el litoral del pacífico (22%), Cauca - Nariño (19%) y el antiguo Caldas (18%).

Mortalidad por Diarrea

Aproximadamente el 85% de las muertes por diarrea ocurren en los menores de un año, esto se debe a que la mayoría de los episodios de diarrea ocurren en esta edad. La desnutrición en este grupo es frecuente y los niños desnutridos tienen mayores posibilidades de morir en un episodio diarreico, que los que están bien nutridos. Además, los lactantes y niños menores desarrollan deshidratación más rápidamente que los niños mayores o los adultos.

5. DEFINICION DE LA PATOLOGIA

La diarrea es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y autolimitada, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas.

Clasificación:

Diarrea Aguda

3 o más deposiciones de blandas a líquidas en 24 horas, o una o más deposiciones sanguinolentas



MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

GUIA: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-08	Página: - 3 - de 27	Versión: 01
----------------------------------	--------------------------------	----------------------	------------------------	----------------

en 24 horas, durante un periodo de tiempo no mayor a 14 días. Es un síndrome clínico y siempre se debe tener en cuenta que puede ser manifestación de otras patologías intra abdominales o sistémicas.

Patologías que se pueden manifestar con diarrea

Apendicitis, Colitis isquémica, Pancreatitis, Infecciones sistémicas, Sepsis, Diverticulitis, Peritonitis, Isquemia mesentérica, Enfermedades inflamatorias intestinales.

Síndromes Especiales de Diarrea Aguda

- Diarrea en paciente mayor de 65 años
- Diarrea del Viajero
- Enterocolitis por uso de Antibióticos
- Diarrea por E. Coli enterohemorrágica o productora de toxina Siga
- Brotes de diarrea
- Diarrea en huésped inmunocomprometido
- Diarrea en paciente institucionalizado
- Diarrea Nosocomial
- Diarrea en paciente homosexual

Etiología

Los patógenos más frecuentes asociados con diarrea son:

Virus	Rotavirus	10-50%
	Adenovirus entéricos	3-5%
Bacterias	E.coli enterotoxigénica	12-34%
	E. coli enteropatógena	5-40%
	Campylobacter jejuni	5-20%
	Shiguella	8-30%
	Cholerae 01	Variable
Protozoos	Salmonella no tifi	1-5%
	Crytosporidium	3-8%
	G.Lamblia	2%
	E.Histolytica	1%

Fisiopatología

- Se considera que es multifactorial :
- Daño a la mucosa intestinal
- Factores nutricionales
- Sensibilidad a la proteína de la leche
- Procesos infecciosos
- Sobrecrecimiento bacteriano
- Desconjugación de ácidos biliares
- Alteración en la liberación de hormonas entéricas

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-08	Página: - 4 - de 27	Versión: 01

Etiología

Se han identificado varios factores de riesgo de sufrir diarrea persistente:

- Parasitarios:
 - Giardia lambía
 - Cryptosporidium parvum
 - Cyclospora cayetanensis
 - Microsporidios
- Virales:
 - Rotavirus
 - Adenovirus
- Dietéticos:
 - Restricción de alimentos durante la diarrea aguda
 - Dilución de la leche en presencia de diarreas
 - Alimentación con leche de vaca
 - Abandono de la lactancia materna
- Medicamentos:
 - Administración de medicamentos antimotílicas
 - Uso indiscriminado de antibióticos
 - Uso indiscriminado de medicamentos antiprotozoarios (principalmente Metronidazol)
- Agentes Microbiológicos

Bacterianos:

- Shigella, Salmonella, E.coli enteroadherente (ECEA).
- E. coli enteroagregativa (ECEAgg),
- E. coli enteropatógena con factor de adherencia (ECEP)

Diagnóstico diferencial

- Fibrosis Quística
- Enteropatía perdedora de proteínas
- Síndrome de mala absorción intestinal
- Enfermedad celiaca
- Linfangiectasia intestinal
- Defectos enzimáticos congénitos
- Colon irritable
- Infección VIH/SIDA
- Acrodermatitis enteropática (déficit de Zinc)

Estudio de laboratorio: Es importante observar si hay sangre en las heces en todos los pacientes.

El uso de pruebas de laboratorio dependerá de su disponibilidad. Algunas de las más útiles son:

- Observación de la sangre en las heces sugiere infección.
- Observación de las heces en el microscopio, los glóbulos rojos o blancos (leucocitos polimorfonucleares) sugieren una infección bacteriana invasora, como Shigellosis. Los quistes o trofozoitos de Giardia lamblia o trofozoitos hematófagos de E.histolytica, sugieren que pueden ser causa de la enfermedad.
- Cultivo de heces y sensibilidad, se detectan los patógenos bacterianos y se determina su sensibilidad a los antibióticos.
- pH de las heces, presencia de sustancias reductoras El pH en las heces de 5.5 y una gran

cantidad de sustancias reductoras en las heces, indican mala absorción.

Cólera

El Cólera se caracteriza por ser una Enfermedad Diarreica, que se contrae mediante la ingestión de una dosis infecciosa de *Vibrio cholerae*. El agua contaminada con materias fecales humanas generalmente sirve de vehículo para la transmisión del cólera, ya sea directa o por contaminación de los alimentos. Los alimentos también pueden ser contaminados por las manos sucias de personas infectadas.

La mayoría de las infecciones por Cólera son leves; en una minoría de casos, se inicia rápidamente la diarrea líquida y vómitos, perdiendo grandes cantidades de agua y electrolitos. El paciente se vuelve sediento, deja de orinar y rápidamente se debilita y deshidrata. Los pacientes con cólera grave a menudo se quejan de cólicos abdominales y calambres en los brazos o las piernas por el desequilibrio hidroelectrolítico asociado a la deshidratación.

Otros Síndromes Especiales de Diarrea Aguda

- Diarrea en paciente mayor de 65 años
- Diarrea del Viajero
- Enterocolitis por uso de Antibióticos
- Diarrea por E. Coli enterohemorrágica o productora de toxina Siga
- Brotes de diarrea
- Diarrea en huésped inmunocomprometido
- Diarrea en paciente institucionalizado
- Diarrea Nosocomial
- Diarrea en paciente homosexual

Patologías que se pueden manifestar con diarrea

Apendicitis, Colitis isquémica, Pancreatitis, Infecciones sistémicas, Sepsis, Diverticulitis, Peritonitis, Isquemia mesentérica, Enfermedades inflamatorias intestinales.

6. FACTORES DE RIESGO

Factores de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> • No lactancia materna exclusiva (durante los primeros 6 meses de vida). • Usar biberones. • Conservar los alimentos a temperatura ambiente durante varias horas antes de su consumo. • No lavarse las manos después de defecar o antes de tocar los alimentos, no desechar correctamente las heces. • Deficiencias en higiene personal, doméstica y/o ambiental.
Factores del huésped	<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrición. • Inmunosupresión por infecciones virales.
Variaciones climáticas	<ul style="list-style-type: none"> • Diarreas virales se incrementan durante el invierno. • Diarreas por bacterias se incrementan en épocas de sequía.

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-08	Página: - 6 - de 27	Versión: 01

7. MANIFESTACIONES CLINICAS

Tipos Clínicos de Diarrea:

Desde el punto de vista práctico son:

- Diarrea simple
- Diarrea con disentería
- Diarrea persistente
- Cólera

Diarrea Simple:

Corresponde al cuadro clínico de diarrea usual, generalmente autolimitada, con pocos días de evolución, sin ninguna de las características que la ubiquen en los demás tipos de diarrea y que se logra controlar con las medidas básicas que se logra controlar con las medidas básicas que incluyen suero oral.

Diarrea con Disentería:

Corresponde a aquellos casos que se acompañan de sangre en las heces. Lo cual esta indicando que se trata de una diarrea invasora de origen bacteriano o amebiano. Las bacterias mas frecuentemente responsable

Diarrea Persistente:

La diarrea persistente es un episodio diarreico que se inicia en forma aguda y que se prolonga más de 14 días.

Alrededor del 10% de los casos de diarrea aguda se vuelven persistentes. Esta condición deteriora el estado nutricional y está asociada con mayor mortalidad que la diarrea aguda.

Del 35-50% de las muertes por diarrea son debidas a diarrea persistente. Ocurre en niños malnutridos y por si misma es una importante causa de malnutrición. La muerte se produce como consecuencia de:

- Deterioro nutricional progresivo
- Estados prolongados de deshidratación y desequilibrio electrolítico
- Sepsis

Teniendo en cuenta la sintomatología dominante, se puede correlacionar la posible etiología, así:

Vómito como Manifestación Principal

La diarrea es el síntoma predominante en la mayoría de los pacientes con síndrome de diarrea aguda, sin embargo en algunos casos prima el vómito y se deben tener en cuenta como causas:

- Toxinas Bacterianas: Producidas por S. Aureus, Bacillus Cereus, Clostridium Perfringens. La comida puede estar contaminada con la toxina y/o el microorganismo productor. Incubación de 6 a 24 horas, dolor abdominal tipo cólico, ausencia de fiebre, deshidratación moderada, la mayoría de los casos se autolimitan en 48 - 72 horas. El tratamiento

**MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA****GUIA: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA**Levantamiento:
Agosto de 2010Aprobación:
Octubre de 2010Código:
G-CE-M-08Página:
- 7 - de 27Versión:
01

sintomático usualmente es suficiente, con terapia de rehidratación oral. Si el vómito es persistente se aplica metoclopramida, preferiblemente intramuscular; si hay deshidratación importante e intolerancia a la vía oral se inicia hidratación parenteral.

- Viral: causada por virus Norwalk, rotavirus y enterovirus. Incubación 18 – 72 horas, inicio súbito de dolor abdominal y vómito, la mayoría presenta febrícula, cefalea, mialgias y síntomas respiratorios altos. Se autolimita en 24 – 48 horas, algunos casos duran hasta una semana. Usualmente la deshidratación es leve a moderada y no requiere hidratación parenteral.

Diarrea como Manifestación Principal

DIARREA ACUOSA O NO INFLAMATORIA	DIARREA SANGUINOLENTA O INFLAMATORIA
La mayoría de los casos se autolimita	La mayoría de los casos no se autolimita
Acuosas, volumen grande	Sanguinolentas, moco, volumen pequeño
Leve dolor abdominal	Dolor abdominal moderado a severo
Febrícula o ausencia de fiebre	Fiebre
Usualmente no pujo ni tenesmo	Pujo y/o tenesmo, prolapso rectal
Virus, toxinas, E. Coli enterotoxigénica, Cryptosporidium, V. Cholerae, Giardia Lamblia	Salmonella, Shiguella, E. Coli enteroinvasiva, Campylobacter, Yersinia, Clostridium Difficile, Entamoeba Histolytica

Deshidratación

Causada por la pérdida de líquidos y electrolitos. Los adultos, a diferencia de los niños, tienen mejores mecanismos compensatorios y adecuada respuesta a la sed; sin embargo sus signos clínicos son menos obvios, especialmente en la población de edad. La severidad de la deshidratación no es proporcional al volumen ni al número de evacuaciones.

SIGNOS	LEVE	MODERADA	SEVERA
SUBJETIVOS			
ESTADO GENERAL	Alerta, activo.	Decaído, Deambula	Inactivo, no deambula
RUTINA DIARIA	La realiza sin dificultad	Incapacidad leve	Incapacidad, postración
SED	No aumentada	Aumentada	Sediento.
OBJETIVOS			
PULSO	Normal	Taquicardia	Taquicardia
TENSIÓN ARTERIAL	Normal	Normal o disminuida tas 10 – 20 mm Hg	Disminuida TAS > 20 mmHg

ORTOSTATISMO	NO	A veces	Sí
PRESIÓN YUGULAR	Normal	Normal o aplanada	Aplanada
SEQUEZAD DE MUCOSAS	No	Leve - moderada	severa
TURGENCIA PIEL	Buena	Regular	Mala
ENOFTALMOS	No	Mínimo	Sí

8. FASE DIAGNOSTICA

El diagnóstico de diarrea es fundamentalmente clínico. La historia clínica y la exploración física usualmente son suficientes para orientar el diagnóstico y decidir el tratamiento. El antecedente epidemiológico como dato importante debe enfocarse hacia la identificación de los hábitos de la familia, asistencia a guarderías o maternas, baños en ríos, piscinas, administración de agua no potable así como manipulación de alimentos.

Historia Clínica

Se debe puntualizar sobre la siguiente información:

- Edad
- Ubicación (estancia en hogar geriátrico, viajes recientes, ...)
- Tiempo de evolución de los síntomas
- Características: Consistencia, presencia de moco o sangre, frecuencia, volumen.
- Vómito
- Fiebre
- Dolor abdominal: características y localización
- Pujo, Tenesmo
- Síntomas generales (Desde malestar hasta Síncope)
- Tiempo desde la última diuresis
- Ingesta de alimentos contaminados y tiempo desde el consumo
- Contactos con diarrea
- Medicamentos: laxantes, antiácidos, colchicina, antibióticos, jarabes con alcohol o sorbitol, quimioterápicos
- Patología asociada: diabetes mellitas, HTA, Enfermedad coronaria, hepatopatía crónica, insuficiencia renal, HIV.

Examen Físico

Los signos mínimos que deben evaluarse son:

- Signos Vitales:

Frecuencia Cardíaca
Frecuencia Respiratoria
Temperatura

Tensión Arterial

• Otros Signos:

Peso

Talla

Perímetro Cefálico

Perímetro Abdominal

Saturación de Oxígeno (Opcional)

Signos de deshidratación:

- Estado general y estado de conciencia
- Ojos
- Lagrimas
- Boca y lengua
- Sed
- Pliegue de la piel
- Fontanela anterior

Además:

- Palpación abdominal buscando signos de irritación peritoneal
- El tacto rectal debe ser parte del examen en todos los casos de diarrea, especialmente en pacientes mayores de 50 años.

Además de lo descrito anteriormente, el examen físico debe hacerse de manera completa con el fin de no dejar escapar ningún hallazgo que así no tenga relación con la enfermedad pueda significar la integralidad de la atención. Es importante destacar la importancia de consignar por escrito en la Historia clínica todo hallazgo positivo o negativo.

En la medida que se haga una buena historia clínica, un buen examen físico y una correlación de los hallazgos, se realizarán diagnósticos coherentes lo cual permitirá tomar conductas racionales que redundarán en la atención del niño.

El diagnóstico etiológico de diarrea aguda suele ser difícil debido a lo agudo de la presentación, por lo tanto debe ser orientado por los síntomas y signos clínicos del paciente.

La diarrea de origen viral se asocia a síntomas febriles, vómitos, toque importante al estado general y mejoría con el ayuno. En la mayoría de los casos las evacuaciones son ácidas debido a la mala digestión de disacáridos.

La infección bacteriana puede estar asociada a síntomas neurológicos (Shigella), moco, sangre (Shigella, E. coli enteropatógena) y fiebre alta con decaimiento.

En las diarreas de origen secretor la deshidratación se establece en forma violenta las evacuaciones son abundantes y numerosas, sin embargo la afectación sistémica es leve (E. coli enterotoxigénica y Vibrio cholerae).

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-08	Página: - 10 - de 27	Versión: 01

En amibiasis predomina el dolor abdominal y las heces con sangre. La fiebre suele durar pocas horas. La giardiasis produce diarrea, pero no es intensa y los síntomas predominantes son: dolor en epigastrio, gases y náuseas.

El examen de Heces (Coproscoptico):

La utilidad del examen de heces en EDA es relativa, pues en sólo seleccionadas ocasiones cambia la conducta terapéutica.

Analizaremos a continuación, en forma crítica los hallazgos en el examen de heces:

- 1) pH. El aumento del tránsito intestinal, lo frecuente del uso de jugos de frutas en el manejo inicial de la diarrea y, la mala digestión que algunos gérmenes producen, hacen que el pH de las heces sea ácido. La determinación de azúcares reductores adolece de las mismas restricciones diagnósticas. Sin valor para el tratamiento.
- 2) Sangre positiva. Su positividad sólo es de valor cuando hay 3+ ó 4+, lo cual es evidente a simple vista. Utilidad solo en diarrea crónica.
- 3) Bacterias abundantes. Más del 80% del contenido fecal son bacterias. Ningún valor diagnóstico.
- 4) El porcentaje de polimorfonucleares/monocitos. Orienta hacia la etiología, más no determina terapéutica.
- 5) Elisa para rotavirus/adenovirus. Orienta hacia la etiología más, no determina la terapéutica.
- 6) Presencia de quistes de amiba. No soporta el diagnóstico de amibiasis, lo cual requiere la presencia de trofozoitos hematófagos de Entamoeba hystolítica. Los quistes son formas no patógenas. La Entamoeba dispar (no patógena) se diferencia de la Entamoeba hystolítica, en que ésta última es hematófaga en su forma activa.
- 7) Quistes de Giardia lamblia. Soporta el diagnóstico de giardiasis, sobre todo si existen datos clínicos de apoyo.
- 8) Esporas y parásitos de otro tipo. No son agentes etiológicos de diarrea aguda en sujetos inmunocompetentes.

Coprocultivo:

Es de utilidad para decidir el tratamiento en la presencia de diarrea prolongada, pues dado lo agudo de cuadro diarreico no se debe esperar su resultado para establecer tratamiento cuando éste está indicado.

9. FASE TERAPEUTICA

La evaluación del estado de deshidratación es un aspecto importante de la evaluación clínica del paciente.

Independientemente del germen causal, la orientación terapéutica de cada caso de diarrea debe basarse en dicha evaluación del estado de hidratación del paciente. Para ello se han seleccionado

los signos que se presentan en el siguiente cuadro. Este cuadro tiene cuatro columnas verticales, en la primera columna a la izquierda, enumera los signos físicos de deshidratación que siempre deberán buscarse. Las tres columnas siguientes rotuladas: A, B y C, describen cómo aparecen estos signos según el estado de hidratación del paciente, o sea, desde la ausencia de signos de deshidratación hasta el estado grave.

Igualmente existen en el cuadro algunos signos claves señalados con asterisco, indican deshidratación grave. El estado comatoso indica shock hipovolémico:

	A	B	C
1. OBSERVE Condición Ojos Lagrimas Boca y lengua Sed	Bien alerta Normales Presentes Húmedas Bebe normal sin sed	Intranquilo, irritable Hundidos Escasas Secas Sediento, bebe rápido y ávidamente	Comatoso, hipotónico * Muy hundidos y secos. Ausentes Muy secas Bebe mal o no es capaz de beber *
2. EXPLORE Signo del pliegue	Desaparece Rápidamente	Desaparece Lentamente	Desaparece muy lentamente (> 2 segundos)*
3. DECIDA:	NO TIENE SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN.	Si presenta dos o más signos, TIENE ALGUN GRADO DE DESHIDRATACIÓN.	Si presenta dos o más signos incluyendo por lo menos un "signo" * tiene DESHIDRATACIÓN GRAVE. ESTADO COMATOSO INDICA SHOCK.
4. TRATE:	Use Plan A	Use Plan B Pese al niño, si es posible.	Use el Plan C Pese al niño.

El propósito de esta clasificación es unificar criterios de diagnóstico del estado de hidratación con el fin de facilitar el manejo correcto del paciente con diarrea en todos los niveles de atención. Al mismo tiempo, orienta el uso racional de la hidratación endovenosa sólo en los casos con deshidratación grave y/o shock, cuando el paciente no puede beber (y no es posible utilizar sonda nasogástrica) y cuando fracasa la terapia de rehidratación oral (TRO).

- **PLAN A:** Se utiliza para el manejo de niños con E.D.A SIN DESHIDRATACION
- **PLAN B:** Se utiliza para el manejo de niños con E.D.A CON DESHIDRATACION
- **PLAN C:** Se utiliza para el manejo de niños con E.D.A CON DESHIDRATACION GRAVE ó CON CHOQUE

Identificar la presencia de otros problemas importantes

Además de evaluar el estado de hidratación, se debe preguntar y observar signos que indiquen la

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA			
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-08	Página: - 12 - de 27	Versión: 01

presencia de otros problemas como: Disentería, Diarrea Persistente, Desnutrición, Infecciones Respiratorias Agudas y otras enfermedades prevalentes en la infancia como: malaria en zonas endémicas, anemia, maltrato y estado de vacunación.

Tratamiento de la Enfermedad Diarreica según el estado de hidratación:

Terapia de rehidratación oral (TRO) prevención y tratamiento de la deshidratación

Ventajas de la terapia de Rehidratación oral – TRO	Contraindicaciones de la terapia de rehidratación oral – TRO
<p>Puede utilizarse como única medida para hidratar exitosamente entre el 90-95% de los pacientes deshidratados por enfermedad diarreica.</p> <p>Puede reducir entre el 40-50% las tasas de letalidad intrahospitalaria por enfermedad diarreica.</p> <p>Puede reducir entre un 50-60% las tasas de admisión hospitalaria por enfermedad diarreica.</p> <p>Permite continuar la alimentación del niño.</p> <p>Puede ser utilizada en diarrea de cualquier etiología.</p> <p>Es un procedimiento sencillo y de bajo costo.</p> <p>Puede ser utilizada en cualquier grupo de edad.</p> <p>Corrige satisfactoriamente los desequilibrios de sodio, potasio y ácido-básicos.</p> <p>Puede ser utilizada en pacientes con vómito y en cualquier grado de deshidratación sin estado de shock.</p>	<p>Íleo paralítico y distensión abdominal.</p> <p>Paciente que no puede beber: Sin embargo, puede recibir por sonda nasogástrica, mientras se canaliza una vena.</p> <p>Gasto fecal elevado (pérdida mayor que la ingesta).</p> <p>Vómito incoercible (4 o más en una hora).</p> <p>Mala absorción de glucosa</p>

Tratamiento de pacientes con diarrea en ausencia de signos de deshidratación - Plan A de tratamiento.

Para prevenir la deshidratación mediante el manejo del niño con diarrea en el hogar, debe ser evaluado por el médico general con apoyo de la enfermera y la auxiliar de enfermería.

PLAN A PARA TRATAR LA DIARREA EN EL HOGAR

USAR ESTE PLAN PARA ENSEÑAR A:

- Continuar tratamiento en el hogar del episodio actual de diarrea.
- Iniciar tratamiento precoz en futuros episodios de diarreas.
- Verificar y completar el esquema de vacunación

EXPLIQUE LAS 3 REGLAS PARA TRATAR DIARREA EN EL HOGAR

1. DAR MAS LIQUIDOS DE LO USUAL PARA PREVENIR LA DESHIDRATACION
Usar líquidos caseros recomendados o suero oral después de cada evacuación

El propósito es lograr que el paciente ingiera una cantidad suficiente de líquido, tan pronto se inicia la diarrea, con el fin de reponer el agua y las sales y evitar así la deshidratación. Los mejores son los líquidos preparados con alimentos que incluyen las bebidas de cereales cocidos en agua, sopas y el agua de arroz, de trigo, de maíz, de sorgo, avena, cebada. No están indicadas las gaseosas, los jugos industriales, ni

**MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA****GUIA: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA**Levantamiento:
Agosto de 2010Aprobación:
Octubre de 2010Código:
G-CE-M-08Página:
- 13 - de 27Versión:
01

bebidas rehidratantes deportivas.

Si el niño presenta deposiciones muy frecuentes, abundantes y bebe con mayor avidez, suministrar suero Oral TRO, a libre demanda.

2. ALIMENTOS PARA PREVENIR DESNUTRICION

Continuar la lactancia materna.

Si no mama, continuar la leche usual.

En mayores de 4 meses que reciben alimentos sólidos y en adultos, dar la dieta corriente.

Deben evitarse alimentos con mucha azúcar porque empeoran la diarrea,

3. REGRESAR A CONTROL O CONSULTAR INMEDIATAMENTE SI NO MEJORA, SIGUE IGUAL, O SI PRESENTA CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SIGNOS:

Muchas evacuaciones intestinales líquidas

Vómitos a repetición

Sed intensa

Come o bebe poco

Fiebre

Sangre en la heces

Nota: Se debe reevaluar el estado de hidratación

INDICACIONES ADMINISTRACION SUERO ORAL EN EL PLAN A

Edad	Cantidad de suero oral para dar después de cada evacuación	Suministrar SRO para utilizar en el hogar
< de 12 meses	50 - 100 ml	1-2 sobres por día
1 a 10 años	100 - 200 ml	1-2 sobres por día
> de 10 años	Todo el que desee	4 sobres por día

EDUCACIÓN A LOS PADRES Y CUIDADORES DE NIÑOS EN EL PLAN A:

Enseñanza, signos de alarma

Enseñanza de acciones de prevención de diarrea en el hogar e informarle los signos de deshidratación que le indican cuando se debe acudir a una atención inmediata si no mejora ó si presenta cualquiera de los siguientes signos:

Tiene Sed más de lo común

Tiene la boca seca

Tiene los ojos hundidos

Orina en poca cantidad

Hace evacuaciones muy frecuentemente (más de 4 en una hora).

Vómitos frecuentes (más de 3 en una hora)

Tiene fiebre alta (39.5°C)

Hace deposiciones con sangre o moco.

No come o bebe normalmente

Cualquiera de estos 4 signos indican que el niño está Deshidratado.

Indican que el niño con diarrea empeora.

Indican que el niño con diarrea Está gravemente enfermo.

Está apático ó débil
Tiene distensión Abdominal
Se ve muy enfermo.

Tratamiento de pacientes con deshidratación- Plan B de tratamiento.

Este Plan se utiliza para el tratamiento institucional, de pacientes con enfermedad diarreica y con deshidratación susceptible de ser hidratado por vía oral.

Generalmente, no es necesario internar en el hospital a los pacientes con signos de *deshidratación que no es grave*:

Puede tratarse en un área especial de un establecimiento de salud, conocida como el "área de rehidratación oral". Los padres deben permanecer con sus hijos para ayudar con el tratamiento y aprender cómo continuarlo en el hogar, después que el paciente esté rehidratado. En el siguiente cuadro se hace referencia a las principales actividades a realizar en el Plan B de tratamiento:

**PLAN B
PARA TRATAR DESHIDRATACION POR VIA ORAL**

CANTIDAD APROXIMADA DE SUERO ORAL PARA LAS PRIMERAS

CUATRO HORAS: SI SE CONOCE EL PESO (50 - 100 ml/kg)

Se calcula multiplicando el peso en kg por 50 - 100 ml según intensidad de deshidratación. Los casos más deshidratados sin shock pueden recibir hasta 150 ml. / kg. Ejemplos:

PESO (Kg.) ml/Kg.)	VOLUMEN (50-100 ml/Kg.)	PESO (Kg.)	VOLUMEN (50-100
3	150 - 300	18	900 - 1800
	250 - 500	25	1250 -
2500			
8	400 - 800	30	1500 - 3000
10	500 - 1000	40	2000 - 4000
15	750 - 1500	60	3000 - 6000

**OBSERVAR AL PACIENTE CONTINUAMENTE
DURANTE LA REHIDRATACION Y AYUDAR
AL FAMILIAR A DAR EL SUERO ORAL**

DESPUES DE 4 HORAS, EVALUAR EL PACIENTE USANDO EL CUADRO DE EVALUACION, LUEGO SELECCIONAR EL PLAN PARA CONTINUAR EL TRATAMIENTO.

- Si no hay signos de deshidratación use el Plan A.
- Si continúa alguna deshidratación, repita el Plan B por dos horas y reevalúe al paciente:
- Los pacientes deshidratados deben tratarse administrándoles la solución de suero oral SRO, en un tiempo promedio de 4-6 horas, aunque algunos pueden rehidratarse en menos de 4 horas y otros en un periodo mayor de 6 horas.



MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

GUIA: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-M-08

Página:
- 15 - de 27

Versión:
01

- Si cambió a deshidratación con shock, cambie al Plan C.

RECOMENDACIONES EN LA ADMINISTRACIÓN DEL PLAN B

- La evaluación y manejo debe realizarla el médico general, con apoyo de la Enfermera y Auxiliar de Enfermería, en la institución de salud.
- El suero oral se administra continuamente con taza o cucharita, durante un tiempo promedio de 4 horas de acuerdo al peso.
- Si el paciente desea más suero oral que lo indicado puede darle más.
- En el caso de los niños ayudar a la madre a dar correctamente el suero oral y otros líquidos.
- Pesar al paciente y comparar con el peso inicial
- Vigilar el progreso del paciente y evaluar cambios en el estado del paciente cada hora hasta que hayan desaparecido todos los signos de deshidratación.
- Identificar a los pacientes que no pueden beber o rechazan el suero oral y adoptar un método de tratamiento más adecuado, ya sea hidratación con sonda nasogástrica o hidratación endovenosa.
- Si el niño normalmente esta siendo amamantado, continúe con la alimentación al pecho durante la terapia con suero oral.
- Si está con alimentación complementaria, reiniciar una vez este hidratado.
- Cuando la madre haya aprendido a administrar el suero oral, y el niño esté bebiendo y esté hidratado, se dará instrucciones para continuar el tratamiento en el hogar siguiendo el Plan A, de tratamiento. Informarle sobre los signos de deshidratación que le indican cuando se debe acudir a una atención inmediata si no mejora ó si presenta cualquiera de los signos de alarma anotados en el PLAN A.*
- Verificar, completar el esquema de vacunación.

Tratamiento de pacientes con deshidratación grave – Plan C

El manejo es institucional, por médico general con apoyo de especialista, enfermera y auxiliar de enfermería.

Manejo institucional en el Servicio de Urgencias.

Los niños con signos de deshidratación grave pueden morir en pocas horas por shock hipovolémico. Deben tratarse inmediatamente siguiendo el Plan C de tratamiento (ver cuadro Plan C de tratamiento).

El diagnóstico de deshidratación grave con o sin shock, hace necesario el uso de líquidos endovenosos.

El propósito es administrar en tiempo corto (3 horas) por vía endovenosa, una cantidad suficiente de líquidos y electrolitos con objeto de expandir el espacio extracelular y corregir el shock hipovolémico si lo hay. Cuando el paciente mejora el estado de conciencia y puede beber, el tratamiento se continua con suero oral para terminar de corregir el déficit de líquidos y electrolitos y mantener al paciente hidratado.

Debe tenerse en cuenta que existen otras condiciones diferentes al shock en las cuales está indicado el uso de la terapia endovenosa: cuando fracasa la TRO por vómitos incoercibles o diarreas muy abundantes, compromiso del estado de conciencia causado por medicamentos, íleo u obstrucción intestinal.



MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

GUIA: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-08	Página: - 16 - de 27	Versión: 01
----------------------------------	--------------------------------	----------------------	-------------------------	----------------

Así mismo, se debe tener en cuenta que cuando no se puede comenzar de inmediato la hidratación endovenosa en el caso de un niño, que No se encuentre en estado de Shock, pero que no puede beber, debe iniciarse la administración del suero oral por sonda nasogástrica, o en su defecto administrarlo directamente a la boca del niño con una jeringa o un gotero mientras se canaliza la vena.

Soluciones para la rehidratación endovenosa:

Existen varias soluciones para la hidratación endovenosa, la mayoría no contienen la cantidad apropiada de los electrolitos necesarios para corregir el déficit causado por la deshidratación con shock.

Dentro de las soluciones endovenosas disponibles, las más adecuadas son la solución Lactato de Ringer, también llamada Hartman y solución polielectrolítica o solución Pizarro. Tan pronto el paciente pueda beber, se le puede administrar el SRO que contiene glucosa y potasio, para terminar de corregir la deshidratación e iniciar la fase de mantenimiento.

Para el paciente con deshidratación grave, que se encuentra en shock, se recomienda utilizar la solución de Lactato de Ringer (Hartman), de acuerdo a lo siguiente:

- 50 cc/kg/primera hora
- 25 cc/kg/segunda hora
- 25cc/kg tercera hora

**PLAN C
TRATAMIENTO RAPIDO DE LA DESHIDRATACION CON SHOCK**

¿Puede administrar líquidos IV inmediatamente?	----SI---->	Comience IV inmediatamente. Intente administrar suero oral mientras se consigue iniciar IV con Lactato de Ringer.						
 NO ↓		<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRIMERA HORA</th> <th>SEGUNDA HORA</th> <th>TERCERA HORA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50 ml/kg.</td> <td>25 ml/kg.</td> <td>25 ml/kg.</td> </tr> </tbody> </table>	PRIMERA HORA	SEGUNDA HORA	TERCERA HORA	50 ml/kg.	25 ml/kg.	25 ml/kg.
	PRIMERA HORA	SEGUNDA HORA	TERCERA HORA					
	50 ml/kg.	25 ml/kg.	25 ml/kg.					
		<p>Evalúe al paciente continuamente. Si no está mejorando aumente la velocidad de infusión.</p> <p>Al poder beber (usualmente en 2 - 3 horas), pruebe tolerancia al suero oral, mientras continúa IV.</p> <p>Al completar IV, evalúe al paciente, para seleccionar Plan A, B o repetir Plan C.</p>						
¿Puede referir lugar cerca? (30 minutos de distancia)	----SI---->	Refiera inmediatamente al segundo nivel. Prepare suero oral y enseñe como darlo con jeringa en el camino.						
 NO ↓								
		Comience suero oral por la sonda 20-30						

Posibilidad de sonda nasogástrica?

----SI---->

ml/kg/hora, hasta total de 120 ml/kg.
Evalúe al paciente continuamente:
Si muestra señales de recuperación, continúe el Tratamiento.
- Si vomita o presenta distensión abdominal, administre 5-20 ml/kg/hora.
- Si no mejora después de 2 horas, administrar el suero durante el camino con gotero o jeringa y refiéralo para tratamiento IV.

I
NO
↓

Urgente:
Refiera para IV o sonda nasogástrica

----->

Prepare suero oral y enseñe cómo darlo con jeringa o gotero durante el camino.

En los casos de deshidratación sin shock en que es necesario utilizar vía intravenosa (IV), puede administrarse 25 ml/kg/hora IV hasta que desaparezca la condición que motivó el uso de la vía IV.
Pasar al Plan B de tratamiento cuando el niño ya no esté gravemente deshidratado, o al Plan A, cuando esté totalmente rehidratado.

Nota:

Es mejor observar al paciente durante 6 horas, por lo menos después de completar la hidratación y asegurarse que la madre o familiar pueden mantenerlo hidratado con suero oral y pueden alimentarlo.
Tratar los casos sospechosos de Cólera con un antibiótico recomendado (ver tratamiento indicado 2.2.5)
Verificar y completar el esquema de vacunación

TRATAR OTROS PROBLEMAS

En algunos niños con diarrea el tratamiento de rehidratación y mantenimiento de la alimentación descrita en los Planes A y B de tratamiento (ver 5.1.3 y 5.1.4) no es suficiente. Esto sucede especialmente en los niños con disentería, diarrea persistente, cuadros de Cólera o en los niños cuya enfermedad se ve complicada por desnutrición grave u otro problema infeccioso extra intestinal. Aunque estos pacientes necesitan recibir tratamiento de rehidratación oral -TRO, también pueden necesitar enfoques terapéuticos especiales para su alimentación, terapia antimicrobiana, u otro tratamiento.

Los antibióticos no son eficaces contra la mayoría de los microorganismos que causan diarrea y pueden agravar el cuadro clínico del paciente. Su uso indiscriminado puede aumentar la resistencia a los antibióticos de algunos gérmenes causantes de diarrea. Por lo tanto, los antibióticos no deben usarse de rutina para tratar los casos de diarrea. Su uso debe reservarse solo para tratar la disentería y el cólera.



MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

GUIA: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-M-08

Página:
- 18 - de 27

Versión:
01

DE MEDICAMENTOS EN NIÑOS CON DIARREA

ANTIBIOTICOS: Deben usarse sólo para disentería y Cólera. En otras condiciones son ineficaces y no deben prescribirse.

ANTIPARASITARIOS: Deben usarse sólo para:

- Amebiasis, después que el tratamiento de disentería por Shigella ha fracasado, o en casos en que identifican en los trofozoitos de E. histolytica conteniendo glóbulos rojos en su interior.
- Giardiasis, cuando la diarrea tarda 14 días o más y se identifican quistes o trofozoitos en heces, o aspirado intestinal.

ANTIDIARREICOS Y ANTIEMETICOS, no deben usarse nunca.

Tratamiento de la Disentería

Indicaciones tratamiento disentería

INDICACIONES	MEDICAMENTOS DE ELECCION PARA EL TRATAMIENTO AMBULATORIO
<ul style="list-style-type: none"> • La presencia de sangre en las heces indica que se trata de una diarrea invasiva de origen bacteriano o amebiano, que sí amerita de un tratamiento específico con antibióticos o antiamebianos según el caso. • Se debe verificar si los niños con disentería tienen signos de deshidratación y se tratarán según lineamientos Plan A, B o C. • La mayoría de los pacientes con disentería, presentan una mejoría sustancial después de dos días del inicio del tratamiento con un antimicrobiano eficaz. Estos pacientes deben completar un tratamiento de cinco días y no requieren de un seguimiento especial. Los demás pacientes deben observarse de cerca, especialmente los pacientes que no presenten una mejoría notoria en dos días y los que están en alto riesgo de muerte por otras complicaciones. • Los niños de alto riesgo como los niños menores de un año, los desnutridos, los que no han recibido alimentación materna y los que han estado deshidratados, se controlarán permanentemente como pacientes 	<p>Trimetoprin (TMP) Sulfametoxazol (SMX)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niños: TMP 10 mg/kg/día y SMX 50 mg/kg/día, divididos en 2 dosis diarias durante 5 días. • Adultos: TMP 160 mg y SMX 800 mg 2 veces al día durante 5 días. <p>Acido Nalidíxico(no contemplado en el POS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niños: 60 mg/kg/día, dividido en 4 dosis durante 5 días. • Adultos: 1 mg 3 veces al día, durante 5 días. <p>Amoxicilina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niños: 50 mg/kg/día, divididos en 3 dosis diarias durante 5 días. • Adultos: 500 mg 3 veces al día durante 5 días.

**MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA****GUIA: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA**Levantamiento:
Agosto de 2010Aprobación:
Octubre de 2010Código:
G-CE-M-08Página:
- 19 - de 27Versión:
01

ambulatorios o se internarán en el hospital. Los pacientes con desnutrición grave y disentería se hospitalizarán siempre. Los pacientes que no presenten mejoría después de los dos primeros días, se les ordenará un nuevo tratamiento.

- Si persiste el compromiso en el estado general y aún hay sangre en las heces, después de 2 días de tratamiento, cambie a un segundo antibiótico recomendado para *Shigella*. Délo por 5 días. Asegúrese de descartar amebiasis u otras posibilidades inclusive. Si aún persiste la sangre inicie Metronidazol.(ver elección medicamentos por causa).

- Enseñe a la madre a administrar líquidos y a alimentar al paciente, como se describe en el Plan A.
- Los niños con disentería idealmente deben tener manejo por nutricionista para prevenir o minimizar el daño nutricional durante la enfermedad.
- Verificar y completar el esquema de vacunación.

SEGUN CAUSA	MEDICAMENTOS DE ELECCION (*)
Amebiasis Intestinal aguda	Metronidazol: Niños: 30 mg/kg/día divididos en 3 dosis durante 5 días. Adultos: 750 mg 3 veces al día durante 5 días. (10 días para casos graves). Tinidazol: Adultos y niños mayores de 12 años: 4 tabletas en una sola dosis por 2 días.
Giardiasis aguda	Metronidazol: Niños: 15 mg/kg/día 3 veces al día durante 5 días. Adultos: 250 mg 3 veces al día durante 5 días.

Manejo del paciente con Diarrea Persistente

Al evaluar a los pacientes con diarrea persistente deberá seguirse la misma metodología escrita para los casos de diarrea aguda.

- *Reposición de líquidos y electrolitos:* debe evaluarse el estado de hidratación del niño tal como se describe (en el numeral 5.1.1.2). El suero oral es adecuado para reemplazar las pérdidas de agua y electrolitos en la mayoría de niños con diarrea persistente; unos pocos pacientes pueden tener mala absorción de glucosa, y requieren de terapia intravenosa. Algunos pacientes desarrollan deshidratación y continúan con alta tasa de fecal después de la rehidratación; estos deben hospitalizarse y probablemente requieran tratamiento con

soluciones intravenosas hasta que disminuya la pérdida fecal (ver soluciones intravenosas Plan C).

- *Terapia nutricional:* La alimentación adecuada es el aspecto más importante del tratamiento en diarrea persistente. Muchos pueden tratarse como pacientes ambulatorios, algunos requieren hospitalización y deben recibir atención especializada. El aumento de peso es evidencia de un manejo dietético eficaz, aún antes de que cese la diarrea.
- *Uso de medicamentos:* los pacientes con diarrea persistente y con sangre en las heces o un cultivo de heces positivo para Shigella deberán recibir un antibiótico adecuado para shigelosis. Si el coprocultivo de un caso de diarrea persistente revela otro patógeno, por ej., E. coli enteropatógena, deberá darse un antibiótico al que sea sensible ese agente. Si se observan quistes o trofozoitos de Giardia lamblia, o trofozoitos hematófagos de E. histolítica en las heces o en líquido intersticial aspirado, podría administrarse un antiprotozoario. (ver 2.3.1) Sin embargo, la terapia empírica con antibióticos o antiprotozoarios no es beneficiosa y no debe darse; este tratamiento puede empeorar la enfermedad. Así mismo, los antidiarréicos incluyendo los antimotilínicos, antisecretorios y absorbentes es dudoso que tengan algún valor en los pacientes y por el contrario, algunos tienen efectos colaterales graves.

Manejo del paciente con Cólera

INDICACIONES	MEDICAMENTOS	QUIMIOPROFILAXIS
<p>El paciente con Cólera debe ser tratado inmediatamente en una institución de salud y nunca remitirse. Si el tratamiento se retrasa o es inadecuado, puede sobrevenir rápidamente la muerte por deshidratación y colapso circulatorio.</p> <p>Los pacientes deben ser tratados lo más rápidamente posible, para reducir el riesgo de shock hipovolémico.</p>	<p>ANTIBIOTICOS DE ELECCIÓN Doxicilina: Adultos: Una dosis única de 300 mg. No se recomienda en menores de 12 años. o Tetraciclina: Adultos: 500 mg cada 6 horas durante 3 días.</p>	<p>Quimioprofilaxis masiva: No se debe usar para el control de la epidemia de Cólera por el alto costo que conlleva y la rápida aparición de cepas resistentes a los antibióticos; la corta acción de esta profilaxis deja individuos susceptibles a la infección uno o dos días después de terminar el antibiótico.</p>
<p>El propósito de este tratamiento es que los pacientes reciban rehidratación endovenosa por un tiempo corto, no mayor de 3-4 horas (para sacarlos del estado de shock), y que la mayor parte de ellos completen la hidratación por vía oral.</p> <p>Lo esencial en el tratamiento del cólera es la hidratación y no la antibioticoterapia. Esta solamente reduce la transmisión.</p> <p>Comenzar a administrar el antibiótico oral después de que el paciente se haya</p>	<p>ALTERNATIVA Furazolidona: Niños: 5 mg/kg/día cada 6 horas por 3 días. Adultos: 100 mg cada 6 horas por 3 días. Trimetoprin: (TMP)* Sulfametoxazol: (SMT) Niños: TMP - 5</p>	<p>Quimioprofilaxis selectiva: Debe ser considerada cuando se demuestre por lo menos una persona entre cinco que comparta la comida o residencia, llegue a estar enfermo después de que el primer caso de cólera aparece. Para este tratamiento, se debe</p>

**MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA****GUIA: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA**Levantamiento:
Agosto de 2010Aprobación:
Octubre de 2010Código:
G-CE-M-08Página:
- 21 - de 27Versión:
01

rehidratado (generalmente en 4-6 horas) y que el vómito haya desaparecido.	mg/kg/día cada 12 horas por 3 días. Adultos: TMP 160 mg y SMX 800 mg cada 12 horas por 3 días.	considerar los siguientes medicamentos: Tetraciclina, Doxiciclina y Trimetropin-Sulfametoxazole en las dosis recomendadas.
Pasos: Determinar el estado de deshidratación Tratar al paciente con deshidratación según: Plan A, Plan B o Plan C	Eritromicina**: Niños: 50 mg/kg/día, repartidas en 3 dosis. Adultos: de 1,5 a 2 gramos/día, repartidas en 3 tomas.	
El proceso de hidratación oral o endovenoso, comprende dos fases: Fase de hidratación, que sirve para reponer las pérdidas acumuladas de sales y electrolitos. Esta fase debe aplicarse en un periodo de 3 a 4 horas y sirve para expandir el espacio extracelular. Observe al paciente frecuentemente durante la rehidratación endovenosa: Cuando el paciente pueda beber (usualmente en la segunda hora de la rehidratación), puede administrarle también sales de rehidratación oral (SRO), 5-10 ml/kg/hora, mientras continúan los líquidos intravenosos, para iniciar la administración de glucosa, potasio y base.	El antibiótico reduce el volumen de la diarrea provocada por el Cólera grave y abrevia el período de excreción del Vibrio. También disminuye la diarrea dentro de las 48 horas y por consiguiente, reduce la estancia hospitalaria.	
Fase de mantenimiento, que sirve para mantener hidratado al paciente y se continúa hasta que termina la diarrea. Durante esta fase el paciente debe recibir suficiente suero oral preparado con sales de rehidratación oral (SRO), para reemplazar las pérdidas continuas de agua y electrolitos causadas por la diarrea. En general el		

paciente tomará todo lo que desee beber. Una vez el paciente se encuentre hidratado, la ingesta de SRO se alternará, con la ingesta de los alimentos de consumo habitual y con otros líquidos

* *De elección en menores de 5 años.*

** La furazolidona o La Eritromicina y el Trimetoprin Sulfametoxaxol es el antibiótico para tratar a las embarazadas.

Paciente con Cólera y Deshidratación Grave con SOC

Debe aplicarse de inmediato una solución endovenosa adecuada para tratar casos de cólera, por aproximadamente 3 horas. Esta fase de rehidratación rápida es esencial para corregir el shock hipovolémico. Debe hacerse en un período corto de tiempo para reponer el déficit existente y evitar que aumente por las pérdidas que el paciente continuará teniendo.

Lactato de Ringer: Dentro de las soluciones endovenosas disponibles, la más adecuada es la solución Lactato de Ringer, también llamada solución Hartman.

- *Técnica de rehidratación endovenosa:* Administrar 100 ml/kg en 3 horas de la siguiente manera:
 - 50 ml/kg en la primera hora
 - 25 ml/kg en la segunda hora
 - 25 ml/kg en la tercera hora

Si no puede estimarse el peso en los pacientes adultos, se administrará tanto suero EV y tan rápido como sea posible (2 o 3 litros en la primera hora).

Los volúmenes de líquido y las velocidades de administración son promedios basados en las necesidades usuales. Esas cantidades deberán incrementarse si no bastan para lograr la rehidratación. Por ejemplo en los casos con shock muy intenso, podrá administrarse 30 ml/kg tan rápido como sea posible (dentro de los primeros 30 minutos).

También podrán reducirse, si la rehidratación se consigue antes de lo previsto o si la aparición de edema en torno a los ojos indica sobrehidratación.

En caso necesario, se inician dos vías de infusión endovenosa para aumentar la cantidad de líquido.

No se recomienda agregar bicarbonato extra al Lactato de Ringer, ni corregir la acidosis rápidamente. Aunque el bicarbonato corrige la acidosis, al mismo tiempo hace que el potasio pase al interior de las células al ser intercambiado por ion hidrógeno. Esto puede provocar la caída del potasio del suero, produciendo hipopotasemia que puede causar la muerte del paciente

Los errores de tratamiento están relacionados con práctica clínica incorrecta

Errores frecuentes en el tratamiento de las EDA

- Deficiente comunicación entre el personal de salud, y no capacitar a la madre para reconocer signos de alarma por EDA.
- No identificar los factores de mal pronóstico

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-08	Página: - 23 - de 27	Versión: 01

- No utilizar la prescripción de terapia de hidratación oral (sólo se indica en 32 a 35% de los casos)
- Prescribir medicamentos injustificadamente (el 70 a 82% de los casos reciben antibióticos)
- Prescribir ayuno o dietas restrictivas (entre el 28 a 43% de los casos)
- Usar en forma injustificada y prolongada las venoclisis
- No trasladar al hospital los casos complicados.

10.RECOMENDACIONES

La causa más frecuente de fracasos en el manejo ambulatorio de niños con E.D.A radica en el poco tiempo que se le dedica a explicársele a la madre aspectos importantes acerca del manejo del niño en casa.

Si educamos a las madres de una manera clara y sencilla acerca del manejo del niño haciendo énfasis por que no formulamos medicamentos o no solicitamos exámenes de rutina, la madre aceptará y llevará a cabo todas las recomendaciones que se le den en beneficio de su hijo. Esta actividad no requiere mucho tiempo como algunos médicos creen. Además educar es parte de nuestro compromiso.

Se debe reconocer en el niño uno o más de los siguientes signos que indican la presencia de complicaciones.

- No puede beber o comer
- Vomita todo
- Tiene convulsiones
- Está letárgico o inconsciente
- Muestra ausencia o disminución de los ruidos intestinales

En caso de identificarse uno o más de estos signos deberá enviarse al niño, lo mas rápidamente posible al hospital más cercano.

Cuando se identifican uno o más de los siguientes factores, el niño será mantenido en observación en el área de urgencias o consulta externa de la unidad de salud, para capacitar a la madre y observar la evolución del niño:

- Desnutrición grave
- Menor de dos meses de edad
- Presencia de alguna inmunodeficiencia
- Muerte de un menor de 5 años en la familia
- Madre analfabeta
- Madre menor de 17 años
- Dificultad para el traslado al médico
- Menor de un año con antecedentes de peso bajo al nacer.

Las tres reglas básicas para realizar una buena Terapia en el Hogar son:

1. Dar al niño mayor cantidad de líquidos de lo usual, en forma fraccionada, para prevenir la deshidratación
- 2.
3. Dar al paciente, suficientes alimentos nutritivos, para prevenir la desnutrición

4. Llevar el niño a consulta, si la diarrea no mejora o si aparecen signos de deshidratación o de otra enfermedad grave (signos de alarma)

Líquidos a ser administrados:

Existen varios líquidos caseros que pueden usarse en el hogar, con el propósito de prevenir la deshidratación como agua de arroz, sopas, jugos de frutas frescas y agua; algunos recomiendan S.R.O. Aunque la leche materna se considera como un alimento, es también un líquido casero importante y debe recomendarse su uso frecuente durante la diarrea.

Los líquidos caseros deben satisfacer ciertos requisitos:

- Seguros
- Fáciles de preparar
- Aceptables
- Eficaces

Deben evitarse el uso de los siguientes líquidos:

- Bebidas con alto contenido de azúcar (bebidas gaseosas, refrescos, jugos industrializados, bebidas energéticas)
- Infusiones de hierbas (te, aromáticas)
- Suero casero (Solución de Sal y azúcar)

Solución de Rehidratación Oral

Aunque generalmente no se considera un "líquido casero", el suero oral (S.R.O:) puede usarse en el hogar para prevenir la deshidratación. Los sobres de S.R.O pueden usarse en el hogar para prevenir la deshidratación. Los sobres de S.R.O. pueden usarse tanto para tratar en el hogar tanto a los pacientes que aun no están deshidratados, como para continuar el tratamiento de los que fueron rehidratados con el PLAN B ò C. El personal de salud debe saber que algunos productos de glucosa-electrolitos disponibles en el mercado tienen composiciones que difieren grandemente del suero oral recomendado por OMS/UNICEF y pueden ser menos eficaces.

Los niños menores de 4 - 6 meses que normalmente reciben sólo leche materna no deben recibir líquidos caseros. Ellos tomarán solamente suero casero con S.R.O ò agua, además de aumentar la frecuencia de la lactancia.

Cantidad y frecuencia de los líquidos: Proporcione mas liquido de lo que el niño recibe usualmente. La regla general es darle todo el líquido que desee y continuar usando la S.R.O hasta que cese la diarrea. Recuerde que un menor de 2 años no puede pedir algo para beber; sin embargo, la conducta irritable e inquieta, a menudo constituye un signo de sed. Debe ofrecerse líquidos a los niños menores de para determinar si tienen sed y desean beber. Cuando un niño no acepta más líquidos, es señal que ya tomó lo suficiente para reemplazar las pérdidas ocasionadas por la diarrea. Los niños que reciben lactancia materna, deben alimentarse al seno más frecuentemente y por tanto tiempo como lo deseen.

La siguiente es una guía general para saber cuánto suero oral ò otro líquido debe darse en el hogar después de cada evacuación diarreica:

- Niños menores de 2 años 50-100 cc.
- Niños de 2 a 10 años 100-200 cc.
- Niños de 10 años en adelante y adultos pueden beber cuanto deseen.

Enséñele a la madre a medir la cantidad aproximada que deberá dar después de cada evacuación

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-08	Página: - 25 - de 27	Versión: 01

diarreica, usando taza o algún otro recipiente disponible en el hogar. Explique que los menores de 2 años deben recibir el líquido por cucharaditas: 1 cucharadita cada 1-2 minutos. No debe usarse biberones. Los niños mayores pueden beber directamente de una taza o de un vaso, con sorbos frecuentes. Si los pacientes vomitan, se suspenderá su administración durante unos 10 minutos y luego se intentará de nuevo, pero más lentamente, por ejemplo, una cucharadita cada 2-3 minutos.

Recomendaciones nutricionales y dietarias:

- La base de un buen tratamiento es prevenir la deshidratación dando SUERO O SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL que se prepara mezclando:

- 1 Litro de agua hervida
- 1 sobre de sales de rehidratación oral

a media taza cada media hora a libre demanda según la sed del paciente con cucharita o gotero (en niños pequeños). Si el niño vomita, darlo más despacio.

Si carece de sales de rehidratación, suministrar suero casero que se prepara mezclando:

- 1 Litro de agua hervida
- 4 Cdás grandes de azúcar
- 1 cda. De sal

El suero casero una vez preparado sirve para 24 horas únicamente y luego se debe desechar.

Se puede suministrar después de cada deposición diarreica o igual que las sales de rehidratación oral.

- Para lactantes menores de cuatro meses:
- Continúe con la lactancia materna o la misma leche de iniciación que venía recibiendo sin ningún cambio, excepto cuando la diarrea sea por intolerancia a la lactosa.
- Para lactantes mayores de cuatro meses:
- Se recomienda la alimentación con mezclas vegetales como colombarina, bienestarina o nestum (si ya los recibe).
- Continúe con la lactancia materna o la misma leche de continuación que venía recibiendo sin ningún cambio, excepto cuando la diarrea sea por intolerancia a la lactosa.
- Pueden ofrecerse alternativas de preparación como: licuados de carne o pollo, Sopas de arroz, pasta, plátano, papa con carne de res o pollo sin grasa ni piel, jugos o compotas de pera, guayaba, manzana, durazno o zanahoria, galletas de sal o pan blanco, papas saladas sin cáscara o en puré.
- Consuma 5 a 6 comidas pequeñas al día.
- Aumente la cantidad de líquidos en la dieta
- Evite jugos ácidos, industrializados, envasados, con azúcar, gaseosa, agua de panela, chocolate, café, te, etc.
- No consuma huevo durante el episodio diarreico debido a que el contenido de grasa en el huevo puede empeorar la diarrea.
- En los niños la leche no se debe suspender a menos que la diarrea sea por intolerancia a la lactosa, de lo contrario se puede dar con mezclas vegetales como colombarina, bienestarina, solidarina, en pequeñas cantidades pero con mayor frecuencia.
- Evite las sopas de paquete, carnes de salsamentaria, alimentos con colorantes, empaquetados, enlatados, alimentos ricos en grasa.
- Evite las leguminosas y verduras crudas o con cáscara.
- Prefiera los purés de verduras, verduras cocidas y sin cáscara.
- Prepare los alimentos al vapor, a la parrilla, cocidos y con poca grasa.
- Prefiera los aceites vegetales para preparar sus alimentos.

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-08	Página: - 26 - de 27	Versión: 01

- Consuma pan blanco, yuca, plátano, arepa, galletas de sal.
- Evite los azúcares refinados como arequipe, bocadillo, chocolatina, etc.

Cantidad y frecuencia de los alimentos:

Durante la diarrea, el niño recibirá todo el alimento. Debe ofrecérselo alimentos cada 3-4 horas (6 veces al día). Las comidas de poco volumen y frecuentes se toleran mejor que las comidas cuantiosas dadas a intervalos. Muchos niños tienen anorexia, por lo que será necesario estimularlos a comer.

Problemas que pueden surgir al tratar la diarrea en el hogar

Debe enseñársele a la madre a observar los signos que indican que la diarrea está empeorando, que hay deshidratación u otros problemas graves. Los datos que la madre puede reconocer son:

- Muchas evacuaciones líquidas.
- Vómitos a repetición.
- No pueden comer o beber normalmente.

Es necesario indicar a la madre que lleve a su hijo a la institución si la diarrea no mejora después de tres días o si aparece cualquiera de los signos descritos anteriormente. También deberá llevarlo si presenta fiebre o sangre en las heces.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Medidas ambientales:

1. El acceso al agua potable es fundamental para la prevención de la diarrea, esta puede lograrse con medidas gubernamentales orientadas a proveer a la población de conexiones adecuadas para el suministro del agua, en especial en el área rural y en las zonas de escasos recursos en el área urbana. A nivel domiciliario promover la desinfección del agua por métodos convencionales como la ebullición (hervir el agua) y cloración (en plantas, tanques). En Honduras existe un sistema innovador de suministro de agua en comunidades rurales tales como el bombeo manual a distancia desde tanques de almacenamiento, la captación de agua de lluvia hacia un filtro, para almacenar en cisternas y la desinfección solar del agua en botellas transparentes durante 6 horas a 2 días con el fin de incrementar la temperatura y eliminar bacterias patógenas (7).

2. Uso adecuado de letrinas y conexiones a redes de aguas servidas.

3. La contaminación de alimentos se refiere al control de las fuentes de suministro de alimentos, el agua utilizada para el riego y las medias en el hogar que comprenden el lavado de las manos antes y después de la preparación de alimentos. Desinfección de vegetales, huevos, latas y utensilios. Se recomienda ingerir alimentos bien cocidos y el uso de refrigeración.

Medidas de prevención dirigidas al niño:

1. Lactancia materna.

2. Enseñanza de las madres y cuidadoras para la preparación y suministro adecuado de las soluciones de rehidratación oral.

3. Dieta balanceada de acuerdo a la edad.

4. Evitar suministrar líquidos azucarados, bebidas para deportistas, refrescos, infusiones.
5. No administrar antibióticos sin prescripción médica.
6. No administrar antiespasmódicos (Loperamida), medicamentos con contenido de caolin peptina ó subsalicilato de bismuto, drogas homeopáticas.
7. Administrar alimentos bien cocidos.
8. Buscar asistencia médica general o especializada cuando persista el cuadro Clínico.

11.ALGORITMO

