

ROTOCOLO DE ATENCIÓN DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL SÍNDROME DIARREICO AGUDO

ROTOCOLO DE ATENCIÓN DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL SÍNDROME DIARREICO AGUDO

INTRODUCCIÓN

Dado que más del 50% de los episodios diarreicos están relacionados con un agente infeccioso y que en su mayoría son autolimitados, el proceso diagnóstico y el manejo del paciente con diarrea aguda se sustenta en los datos aportados por la anamnesis y la exploración física y, en muy pocas ocasiones, es necesaria la realización de múltiples pruebas complementarias.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), hay alrededor de dos mil millones de casos de enfermedad diarreica a nivel mundial cada año y 1.9 millones de niños menores de cinco años fallecen a causa de diarrea cada año, fundamentalmente en los países en desarrollo.

En los países industrializados, aunque los pacientes que mueren por diarrea son relativamente pocos, esta patología sigue siendo una causa importante de morbilidad y consume fondos sustanciales en servicios de salud. La morbilidad debida a enfermedad diarreica se ha mantenido relativamente constante durante las últimas dos décadas.

1. OBJETIVO

Establecer el conjunto de intervenciones para el diagnóstico y el manejo de cuadros de diarrea aguda en pacientes adultos para disminuir la morbilidad y mortalidad en estos pacientes.

2. EVIDENCIAS

- Guía World Gastroenterology Organisation (WGO): Diarrea Aguda en adultos y niño: Una Perspectiva mundial, 2012.
- Guía Práctica de la Organización de Gastroenterología

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos generales, médicos especialistas medicina familiar, gastroenterología, emergenciología en medicina interna, médicos/as familiares y enfermería.

4. POBLACION DIANA

Pacientes de cualquier sexo y edad con presencia de tres o más deposiciones acuosas y menos de cuatro semanas de evolución.

5. DEFINICIONES

Aumento del peso diario de las heces a más de 200 g y presencia de tres o más deposiciones acuosas, disminuidas de consistencia y con menos de cuatro semanas de evolución.

- **Disentería:** presencia de sangre visible en las materias fecales.
- **Diarrea persistente:** episodio de diarrea de inicio agudo que dura más de 14 días.

6. DIAGNÓSTICO

6.1 Diagnóstico clínico

La diarrea aguda que no se acompaña de fiebre excluye el cuadro esté en relación con un agente infeccioso, exceptuando el caso de determinados parásitos y hongos.

En aquellos pacientes con mala respuesta al tratamiento sintomático, el estudio diagnóstico incluirá un examen de heces frescas, así como un análisis de sangre rutinario que incluya una fórmula infecciosa en busca de datos de parasitosis (visualización del parásito en sus diferentes formas y eosinofilia).

a) Ingesta de fármacos en los dos meses previos:

- Antibióticos (amoxicilina con ácido clavulánico, ampicilina)
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Colchicina
- Laxantes
- Propranolol y antihipertensivos
- Antiácidos con magnesio
- Betabloqueantes
- Hormonas tiroideas
- Toofilina.

b) Datos de isquemia intestinal:

En pacientes con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, fibrilación auricular) que presentan un cuadro clínico compatible:

- Diarrea
- Dolor postprandial intenso.
- Una vez excluidas otras causas, la prueba de elección es una arteriografía abdominal.

c) Diarrea aguda con síndrome febril

- Fiebre orienta a proceso infeccioso de la diarrea;

- Proceso autolimitado y que la fiabilidad de las diferentes pruebas para determinar agentes es baja, muchas veces no se logra identificar al agente causal.
- Existen dos grandes grupos etiológicos en la diarrea aguda infecciosa:
 - Toxinas producidas por un germen (diarrea enterotoxigénica)
 - La invasión parietal (diarrea enteroinvasiva).

d) Diarreas enteroinvasivas:

- Cursan con mayor afectación del estado general (intenso dolor abdominal).
- Período de incubación más prolongado (entre 24 y 48 horas).
- Presencia de productos patológicos en las heces (sangre y pus).
- Datos analíticos de infección (leucocitosis con desviación izquierda).

Nota: *En la diarrea del viajero se acepta que el paciente inicie el tratamiento antibiótico empírico sin que se le realicen más pruebas complementarias. En caso de diarrea aguda de origen enterotoxigénico, se inicia el tratamiento sintomático sin mayores exploraciones, y se realiza una reevaluación en caso de evolución inadecuada.*

6.2 Diagnóstico de laboratorio

El objetivo inicial en la evaluación diagnóstica en todo paciente con diarrea aguda es establecer una diferencia entre clínicamente severos o que concurren en enfermos con patología subyacente grave y otros de naturaleza benigna y autolimitada.

En general, no está indicada la realización de pruebas diagnósticas específicas, por la escasa sensibilidad diagnóstica y el elevado costo cuando se realizan de forma no dirigida; así como por el carácter benigno de la patología

El análisis de sangre:

- Aporta información respecto a la repercusión de la diarrea sobre el estado del paciente.
- Orientar hacia determinados gérmenes, como la *Salmonella*.
- Asociada a leucopenia relativa con desviación izquierda.
- La velocidad de sedimentación elevada es la existencia de un proceso inflamatorio subyacente del tipo enfermedad inflamatoria intestinal.
- La calprotectina fecal (CPF) es un marcador fácil y rápido, no invasivo y barato, que podría detectar una enfermedad orgánica en la zona del colon.

El coprocultivo:

- No cubre todos los gérmenes enteroinvasivos.
- Se focaliza en *Salmonella* spp., *Shigella* spp. y *Campylobacter* spp.
- En caso de que el cuadro diarreico haya sido precedido de la ingesta de antibióticos (prestar especial atención a clindamicina y betalactámicos) el estudio debe incluir la detección de la toxina de *C. difficile*.

El estudio de leucocitos

- En la muestra fecal permite confirmar la etiología inflamatoria del cuadro y no suele aportar más información.

- En aquellos pacientes en los que la diarrea representa un primer brote de enfermedad inflamatoria intestinal. En este caso estaría indicada la realización de una colonoscopia³.

7.3 Criterios de gravedad:

- Presencia de síntomas o signos de depleción de volumen.
- Diarrea sanguinolenta.
- Temperatura > 39 °C.
- Signos de irritación peritoneal o estado séptico.
- Tiempo de permanencia de los síntomas.

7.4 Factores de riesgo:

1. Brote epidémico o no.
2. Uso de antibióticos u hospitalización reciente.
3. Comportamiento sexual.
4. Edad.
5. Pacientes de riesgo (principalmente ancianos, niños, inmunodeprimidos o pacientes con morbilidad marcada).

7.5 Las indicaciones para la colonoscopia son:

- Pacientes con signos o síntomas de proctitis.
- Diarrea sanguinolenta que no mejora en 10 días.
- Comportamiento homosexual.

Tomar muestras para microbiología y para estudio anatomopatológico como enfermedad inflamatoria crónica o colitis isquémica. Hasta el 20% de los casos quedan sin diagnóstico

8. PREVENCIÓN

Usar los alimentos probióticos que contienen micror-organismos vivos como *Lactobacillus GG*, *Lactobacillus casei* DN-114 001 y *Saccharomyces boulardii*, son eficaces en el tratamiento de ciertos tipos de diarrea producidas por bacterias o virus.

8.1 Prevención de diarrea mediante vacunas

- **Salmonella typhi:** actualmente se dispone de dos vacunas antitifoidea aprobadas para uso clínico (ambas con una relación costo-beneficio limitada).
- **Vibrio cholerae:** la utilidad se ve limitada por su precio actual, la necesidad de múltiples dosis (por lo menos dos) y la brevedad de su eficacia.
- **Escherichia coli enterotoxigénica:** la vacuna candidata contra ECET más avanzada consiste en una formulación de células enteras muertas, más la subunidad recombinante de toxina B de cólera1.

9. TRATAMIENTO:

El objetivo principal es la recuperación del agua y los electrolitos perdidos a causa de la diarrea. La terapia de rehidratación oral (TRO) consiste en la administración de soluciones apropiadas para corregir la deshidratación. Es un método costo-efectivo para el manejo de la gastroenteritis aguda y reduce la necesidad de internación.

Si la diarrea es leve:

- Administrar al paciente un tratamiento con líquidos, electrolitos y glucosa (solución de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- 1000 cc de agua
- 20 g de glucosa
- 3.5 g de cloruro sódico
- 2.5 g de bicarbonato sódico
- 1.5 g de cloruro potásico

9.1 Dieta

- Continuar con la alimentación normal en casos sin signos de deshidratación.
- Reintroducirla en cuanto se logre corregir la deshidratación moderada o severa.
- Dos a cuatro horas con el empleo de TRO o de rehidratación intravenosa.

Los probióticos, como el *Lactobacillus* GG, son microorganismos vivos que han demostrado tener efectos beneficiosos. El uso de probióticos puede no ser apropiado en situaciones en las que se dispone de recursos limitados, en especial en los países en desarrollo.

Nota: *Suspender temporalmente la ingesta de alimentos con lactosa porque en las diarreas infecciosas se produce un déficit transitorio de lactasa⁷.*

9.2 Los antibióticos están indicados en:

- Afectación clínica severa, patología subyacente grave, ancianos.
- Infección por *Shigella*, *C. difficile* y *V. cholerae*.
- Parasitosis: giardiasis y amebiasis.
- Portadores de prótesis (ortopédicas, vasculares o cardíacas).
- Enterocolitis de transmisión sexual: gonococo, clamidia, sífilis, herpes simple.

- Anemias hemolíticas.

El tratamiento puede ser iniciado con con trimetoprim/sulfametoxazol en dosis de 160/800 mg/12 h (tabletas) o ciprofloxacino 500 mg/12 h (tabletas) durante una semana.

9.3 Tratamiento inespecífico de la diarrea

Estos medicamentos ataca las causas básicas o los efectos de la diarrea (pérdida de agua, electrolitos y nutrientes). Los antieméticos son innecesarios y algunos de estos agentes con efectos sedantes dificultan la TRO.

- La loperamida (4–6 mg/día):
 - Es el agente de elección para los adultos.
 - Se utiliza en la diarrea del viajero de leve a moderada (sin signos clínicos de invasión).
 - Inhibe la peristalsis intestinal
 - Tiene propiedades antisecretoras leves.
 - No utilizarse en la diarrea sanguinolenta o en la que se sospeche de un componente inflamatorio.
 - La presencia de dolor abdominal importante también sugiere diarrea inflamatoria (y constituye una contraindicación para el uso de la loperamida).
 - Los adsorbentes, como caolín-pectina, carbón activado y atapulgita, no utilizar su ineficacia y aumentan los costos.
 - No es aconsejable el uso de agentes antidiarreicos (loperamida, codeína, difenoxilato) si se sospecha de un proceso enteroinvasivo por el peligro de aumentar la capacidad invasiva o por la posibilidad de desarrollar un íleo paralítico o megacolon tóxico.

9.4 Agentes antimicrobianos para el tratamiento de la diarrea de causas específicas:

- Cólera en adultos: dosis única de 300 mg de doxiciclina en tabletas o de 1.0 g de azitromicina. Administrar 500 mg de ciprofloxacina, en tabletas o ampollas, cada 12 horas durante tres días o 2.0 g en dosis única.
- Shigellosis en adultos: dosis de 500 mg de ciprofloxacina, dos comprimidos por día durante tres días, o 2.0 g en una única dosis; Indique ceftriaxona en viales, en dosis de 2.0 a 4.0 g una vez por día.
- Amebiasis intestinal invasiva en adultos: 750 mg de metronidazol tres veces al día en tabletas o ampollas, durante cinco días. Aumentar el período de tratamiento a diez días si se trata de una enfermedad severa.
- Giardiasis en adultos: 500 mg de metronidazol tres veces al día en tabletas durante cinco días. Administrar una dosis única de 50 mg/kg de tinidazol en tabletas; o una máxima de 2.0 g de secnidazol en tabletas.
- Campylobacter en adultos: 500 mg de azitromicina en una sola dosis diaria durante tres días; igualmente, 500 mg de fluoroquinolonas como la ciprofloxacina, en tabletas o ampollas, en una sola dosis diaria durante tres días.

9.5 Abordaje del manejo de adultos con diarrea aguda

- Realizar la evaluación inicial.
- Manejar la deshidratación.
- Evitar la deshidratación en pacientes que aún no presentan signos de deshidratación, utilizando líquidos caseros o SRO:

- Rehidratación de los pacientes que ya muestran una cierta deshidratación utilizando SRO y corrección de la deshidratación de los pacientes con una deshidratación severa, administrando líquidos apropiados (lactato de Ringer) por vía intravenosa.
 - Mantener la hidratación utilizando una SRO.
 - Tratamiento de los síntomas (de ser necesario, considerar el subsalicilato de bismuto o la loperamida en la diarrea del viajero sin características disentericas).
- Estratificar el manejo posterior:
 - Pistas epidemiológicas: alimentos, antibióticos, actividad sexual, viajes, asistencia a centro de atención diurna, otras enfermedades, brotes, estación.
 - Pistas clínicas: diarrea sanguinolenta, dolor abdominal, disentería, caquexia, signos de inflamación en materias fecales.
 - Obtener muestra para análisis de materia fecal.
 - Considerar la terapia antimicrobiana para patógenos específicos.
 - Notificar a las autoridades sanitarias:
 - En los brotes, conservar placas de cultivo y aislamiento; congelar las muestras de materias fecales y de agua a - 70°C.
 - Etiologías de declaración obligatoria en el país: cólera, infección por E. coli productora de toxinas Shiga.

10. CRITERIOS DE INGRESO

- Intolerancia para la ingesta oral de líquidos.
- Signos de deshidratación clínica y biológica.
- Pacientes con riesgo de sepsis, en diarreas invasivas.
- Edad > 65 años
- Fiebre > 38.5 °C más leucocitosis y leucopenia con desviación izquierda.
- Enfermedades concomitantes: enfermedades linfoproliferativas, diabetes, cirrosis, insuficiencia renal crónica, infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

11. CRITERIOS DE EGRESO

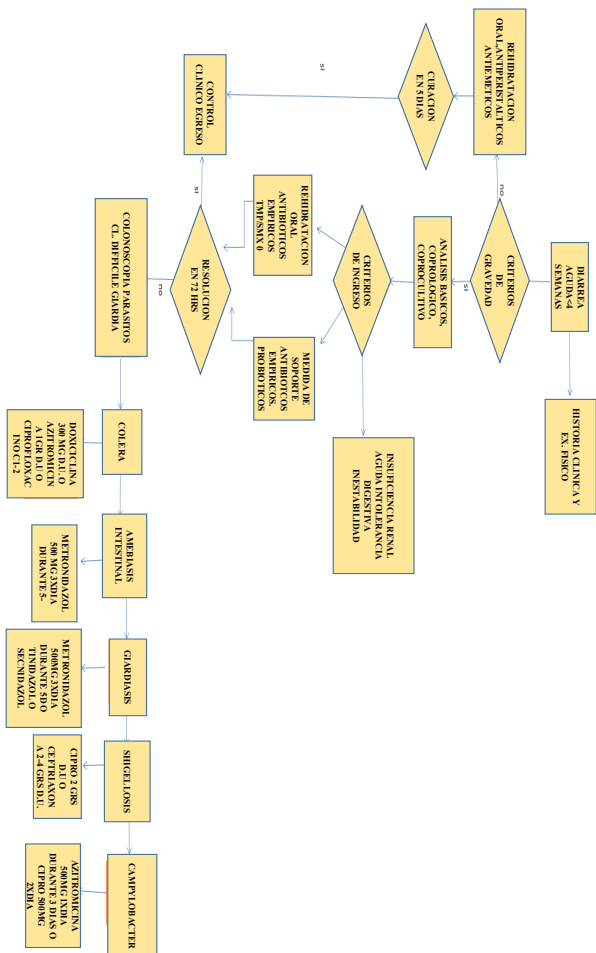
- Pacientes con esquema de hidratación completo.
- Signos vitales en límites normales.
- Control de episodios diarreicos.
- Pruebas de laboratorio y electrolitos en límites normales.

12. INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y FAMILIARES

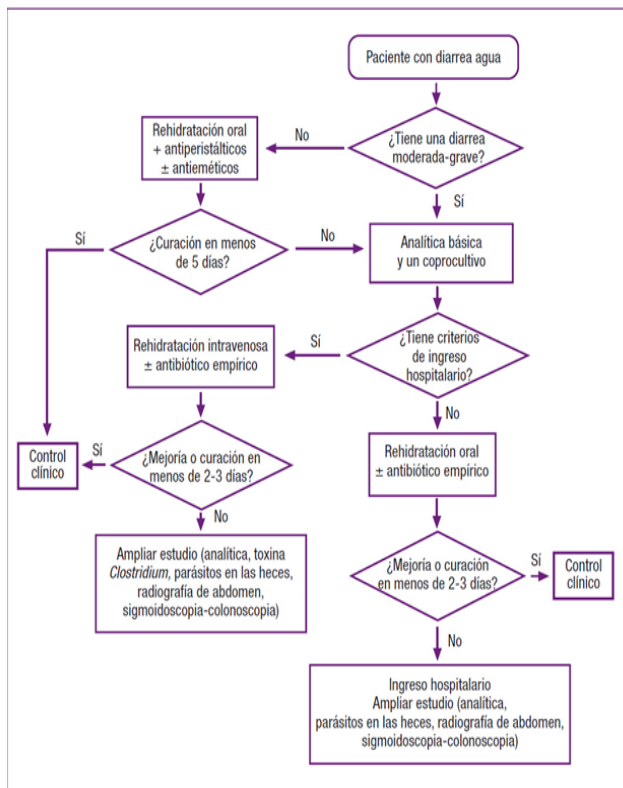
La información acerca de la condición del paciente deberá incluir:

- La localización de los centros de referencia para atención especializada.
- La importancia de la adherencia a tratamientos y autocuidados.
- Detalles de todos los procedimientos y tratamientos.
- Las instrucciones para la recuperación de tratamientos ambulatorios.

13. ALGORITMO DE MANEJO DE DIARREA AGUDA #1



ALGORITMO DE MANEJO DIARREA AGUDA #2



13. BIBLIOGRAFÍA

1. World Gastroenterology Organization global guidelines: acute diarrhea in adults and children: a global perspective. (revised 2012 Feb). NGC:010104.
2. The role of endoscopy in the management of patients with diarrhea. (revised 2010 May). NGC: 009191 American Society for Gastrointestinal Endoscopy.
3. Gastrointestinal opportunistic infections. In: British HIV Association and British Infection Association guidelines for the treatment of opportunistic infection in HIV-seropositive individuals 2011. 2011 Sep. NGC:010335 British HIV Association.
4. Guidelines for diagnosis, treatment, and prevention of *Clostridium difficile* infections. 2013 Apr./ NGC:009803 American College of Gastroenterology.
5. Aranda-Michel J, Giannella RA. Acute diarrhea: a practical review. *Am J Med* 1999;106:670-673.
6. Dupont HL. Guidelines on acute infectious diarrhea in adults. The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:1962-75.
7. Ilnyckyj A. Clinical evaluation and management of acute infectious diarrhea in adults. *Gastroenterol Clin North Am*. 2001; 30:599-609.

8. Manatsathit S, Dupont HL, Farrthing M et al. Guidelines for the management of acute diarrhea in adults. J Gastroenterol Hepatol. 2002 Feb; 17:S54-71.
9. CHRONIC DIARRHEA An evidence-based approach DDW 2007. Joseph Sellin, MD UTMB, Galveston Tx.
10. www.Guiasalud.es. Instrumento AGREE II. 2010.
11. National guideline clearinghouse. www.guideline.gov.
Tripsina en heces

14. ANEXOS

Tabla 6 Evaluación de la deshidratación utilizando el "método Dhaka"

Evaluación	Plan A	Plan B	Plan C
1 Estado General	Normal	Irritable/hipoactivo*	Letárgico/comatoso*
2 Ojos	Normal	Hundidos	-
3 Mucosa	Normales	Secas	-
4 Sed	Normal	Sediento	Incapaz de beber*
5 Pulso radial	Normal	Volumen bajo*	Ausente/ incontinable*
6 Turgidez de la piel	Normal	Reducida*	-
Diagnóstico	No hay deshidratación	Cierta deshidratación. Se observan por lo menos dos signos, incluyendo por lo menos un signo clave (*)	Deshidratación severa. Se observan signos de "cierta deshidratación" más al menos un signo clave (*)
Tratamiento	Evitar la deshidratación Reevaluar periódicamente	Rehidratar con SRO a no ser que no pueda beber Reevaluación frecuente	Rehidratar con líquidos i.v. y SRO Reevaluación más frecuente