

ABORDAJE RAPIDO PARA MANEJO DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

1. PROPÓSITO

Unificar el manejo de los pacientes que lleguen al servicio de Urgencias con un cuadro de Diarrea aguda de cualquier etiología, con el fin de establecer de forma rápida la conducta definitiva.

2. ALCANCE

Todo el personal del área asistencial del servicio de urgencias.

3. DEFINICIONES

Diarrea: aumento de la frecuencia de las heces de consistencia acuosa. Si su duración es inferior a 7 días se trata de una diarrea aguda, si es mayor de 7 días se trata de una diarrea persistente.

❖ **Diarrea aguda:** de tipo inflamatoria, trátela como tal, será el 85% de todas las que le llegan a urgencias.

- **Infeciosa bacteriana:** Muy frecuentemente, la diarrea que dura menos de 7 días es infecciosa y está asociada con un viaje o un brote epidémico. Las bacterias que requieren colonización (pe: Salmonella no tifoide, Campylobacter jejuni y E. Coli enterotoxigénica) producen diarrea 48 horas después de la ingestión, la cual perdura 3 a 5 días. E. coli O157:h7 puede producir colitis hemorrágica y un 10% puede desarrollar síndrome urémico hemolítico. Estas bacterias invaden la mucosa sin causar inflamación; por ende, no se observan leucocitos en las heces. Los microorganismos se adhieren al borde en cepillo, lo destruyen y causan diarrea secretora. El daño sobre el borde en cepillo se produce por las enterotoxinas y este mecanismo es el mismo en la isquemia y las virosis. No hay tratamiento, por lo tanto, es una suerte que esta enfermedad se autolimita. Las diarreas bacterianas usualmente requieren sólo tratamiento de apoyo. Los antibióticos se reservan para pacientes con diarrea que persiste más de 7 días o que presentan síntomas de fiebre tóxicos, dolor abdominal o hematoquezia.
- **Intoxicación:** La ingestión de toxinas bacterianas preformadas, provoca náuseas y vómitos, seguidas de diarrea dentro de las 6 a 12 horas siguientes y dura no más de 4 días.
- **Viral:** Las diarreas vírales (como las causadas por rotavirus, adenovirus y el virus Norwalk) son las enfermedades diarreicas agudas más comunes en niños menores de 2 años en países desarrollados o en ancianos. Menos del 5% de las diarreas serán virales en el adulto y más del 50% de origen colónica. (recuerde que el volumen le permite ubicar el origen: escaso volumen será colónica y grandes volúmenes será del íleo)

La utilización de organismos probióticos estabiliza la disbacteriosis generada por todas las anteriores (comercial o Yogurt prebiotico), reduciendo tiempo y severidad de la diarrea aguda. Inícielo en urgencias.

❖ **Diarrea crónica:** es menos del 15% de lo que se presenta a urgencias.

- **Osmótica-** el gap osmótico es alto (electrolitos en heces): deficiencia de lactasa, mala absorción intestinal.
- **Secretora-** Leucocitos en heces. Disminuye la absorción y aumenta la secreción: infecciosa mediada por enterotoxinas, hormonas, mala absorción.
- **Inflamatorio-** Presencia de moco y sangre en heces. Neutrófilos en heces; ulceraciones colónicas: enf. Intestinal inflamatoria, colitis aguda por radiación, enf. Enteroinvasivas (Entamoeba-histolyca), enterocolitis necrotizante (diarrea por *Clostridium difficile*) después de administración de antibióticos.

ABORDAJE RAPIDO PARA MANEJO DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

- **Dismotilidad**- Moco en heces. Síndrome intestino irritable, Diabetes, Esclerodermia, diverticulosis del Colón, diarreas postoperatorias (dumping o síndrome de intestino corto).

4. CONTENIDO

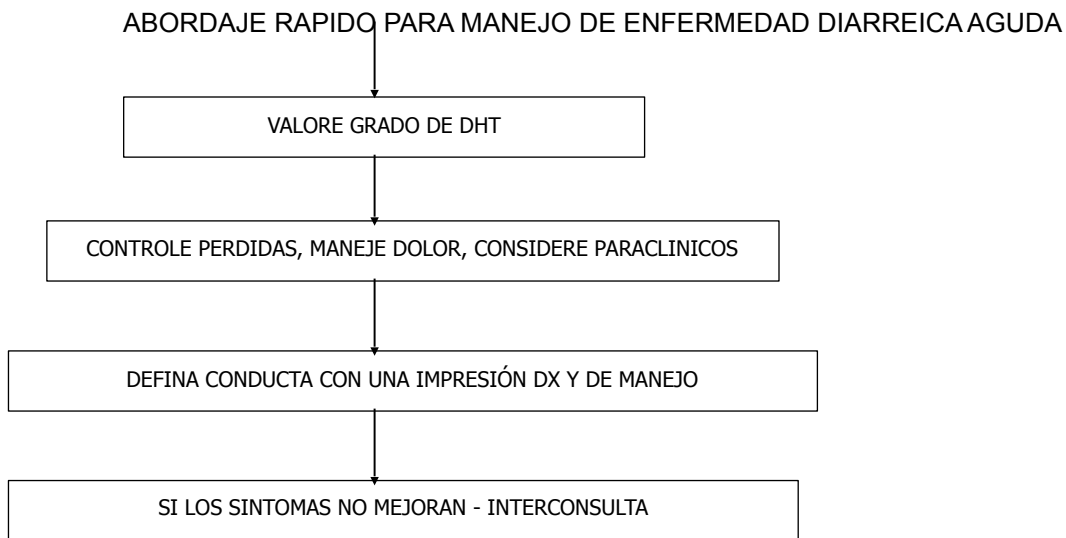
- 4.1. **INTERROGATORIO:** Dentro del interrogatorio al paciente o su familia debe indagarse por viajes, cambios en hábitos alimentarios, ingesta de medicamentos (Recuerde que existen medicamentos que producen diarrea: Digoxina, Colchicina, Teofilina, Propanolol, Sorbitol, Levodopa, Gemfibrozil, Lovastatina, Furosemida, Lansoprazol, moduladores de la recaptación de serotonina, abuso de laxantes), nociones de contacto, antecedentes patológicos o de hospitalizaciones, cuadros previos. Determine el volumen de las deposiciones, así el copioso será de origen en el intestino delgado y el escaso del colon. Asocie los gérmenes de cada zona del intestino a esto. Establezca tiempo de evolución y realice una impresión diagnóstica.
- 4.2. **EXAMEN FISICO:** Valore el paciente, determine grado de deshidratación, evalúe estabilidad hemodinámica, haga un exhaustivo examen abdominal. Documente la ausencia de defensa abdominal y el aumento del peristaltismo, descarte siempre una irritación peritoneal.
- 4.3. **PARACLINICOS:** Solicite hemograma en el comprometido. El coproscópico tiene una pobre sensibilidad en cuadros menores a 48 horas, no le va a servir a menos que sea un reingreso. Solicite electrolitos sólo al paciente que curse con compromiso severo en estado de deshidratación.
- 4.4. **CRITERIOS DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA:** Si es un reingreso comprometido, el paciente está muy deshidratado o no logra controlar la VO, piense en hospitalizarlo. Evite generar reingreso aclarándole al paciente que no se va a curar antes de tres días, ya que es un proceso autorregulado de tres días.
- 4.5. **MANEJO MÉDICO:** Inicie soporte de líquidos, intente siempre la Vía Oral, controle vómito y malestar general. No necesita esperar los LAB y menos un coproscópico para tomar una conducta de manejo definitivo.

NOTA: “Resuelva estos pacientes antes de 4 horas”

Recuerde que el paciente que debe considerar en riesgo en la consulta con EDA es aquel que: tenga antecedentes de viaje, tenga contacto con pacientes con EDA, si estuvo tomando antibióticos o estuvo hospitalizado.

5. ALGORITMO

INGRESA PACIENTE CON EDA



6. BIBLIOGRAFIA

- 6.1. 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.
- 6.2. Fekety R. Guidelines for the diagnosis and management of *Clostridium difficile* associated diarrhea. American college of gastroenterology. 2000.
- 6.3. Guías NICE para Enfermedad Diarreica Aguda, 2009.
- 6.4. Guía NICE para Enfermedad diarreica en el adulto 2016.
- 6.5. ACG Clinical Guideine: Diagnosis, Treatment and Prevention of Acute Diahrrreal Infections in Adults. Mark S Ridel, *Am J Gastroenterol* 2016

7. ANEXOS

Ninguno.