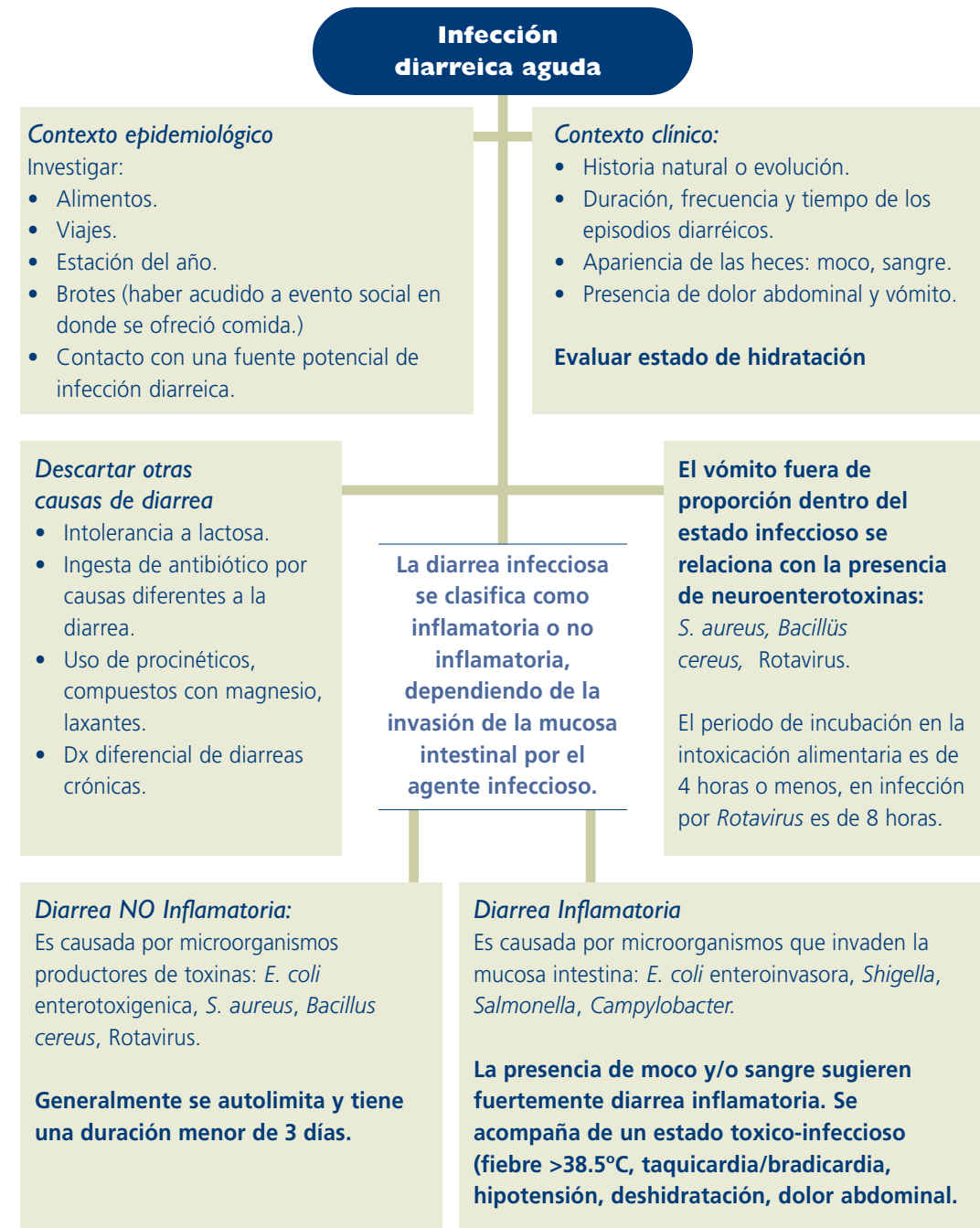


3. Evaluación clínica de la EDA



4. Factores de riesgo de la EDA

Los factores de riesgo asociados a enfermedades diarreicas agudas son:

- Higiene personal deficiente (lavado de manos).
- Desnutrición.
- Viajes recientes a zonas endémicas.
- Contaminación fecal del agua y de alimentos.
- Automedicación.
- Antecedentes de ingesta de alimentos procedentes del mar.
- Carnes mal cocidas.
- Exposición previa de antibióticos.
- Residencia en instituciones psiquiátricas, asilos, hospitales.

10. Atención centrada en el paciente

Para asegurar resultados efectivos en el tratamiento de la EDA, es recomendable que el médico general explique cuidadosamente los riesgos de un cuidado incorrecto de esta enfermedad.

- La mayoría de los episodios de diarrea manejados adecuadamente evolucionan favorablemente y se auto limitarán.
- La mayoría de las muertes ocurren en el hogar como consecuencia del manejo inadecuado o sobre uso de antibióticos, a la auto prescripción y a la poca importancia que el paciente da a la hidratación oral.
- Se ha documentado que el uso de medicamentos contraindicados (antidiarreicos, antimicrobianos, y antieméticos) es en promedio, dos a cuatro veces más frecuente que el uso de hidratación oral.⁵
- Hacer énfasis en la relación médico-paciente en cuanto a escuchar las inquietudes del paciente y explicar la historia natural de las diarreas, así como, de los datos de alarma.
- Explicar al paciente que la gran mayoría de las diarreas se auto limitan y no todas requieren de tratamiento antimicrobiano.
- Reforzar la importancia del apego al tratamiento, particularmente la hidratación oral.
- Estar atento a las dudas post-tratamiento para garantizar una evolución satisfactoria y solicitar al paciente que regrese al servicio de salud dentro de las 48 horas posteriores para evaluar su evolución.
- Explicar al paciente que los antibióticos mal aplicados pueden traer mayores complicaciones.

Referencias

1. Thielman N, Guerrant R. Acute Infectious Diarrhea. N Engl J Med 2004; 350: 38-47.
2. Musher D y Musher B. Contagious acute gastrointestinal infections. N Engl J Med 2004;351:241-27
3. Mota -Hernández F. Deshidratación por diarrea, Bol Med Hosp Infant Mex. 1998, 55(9): 530-08.
4. Enfermedad diarreica. Programa de atención a la salud del niño. Manual de procedimientos técnicos. 1998. Consejo Nacional de Vacunación. Secretaría de Salud.
5. Álvarez-Larrauri S. Las prácticas maternas frente a la enfermedad diarreica infantil y la terapia de rehidratación oral. Salud Pública de México, 1998 40(3):256-264.

Bibliografía recomendada

1. Rosenfeldt V, Vesikari T, Pang X, et al. Viral etiology and incidence of acute gastroenteritis in young children attending day care centers. Pediatr Infect Dis J 2005; 24: 962-965.
2. World Gastroenterology Organization Practice Guideline: Acute Diarrhea in Adults: http://omge.org/globalguidelines/guide01/g_data1_en.htm
3. Wingate D; Phillips SF; Lewis SF; Malagelada FR et al. Guidelines for the management of acute diarrhea in adults by self-medication. Pharmacol Ther. 2001, 15(6): 773-82.
4. K Armon, T Stephenson. An evidence and consensus based guideline for acute diarrhoea management. Arch Dis Child, 2001;85:132-142.
5. Cecilia Ximenez García. Las parasitosis intestinales en México. Cuadernos FUNSALUD, No 36, 1 ed. ISBN 968 - 5018669.
6. Yamada T, Hasler W, et al. Approach to the patient with Diarrhea, in Handbook of Gastroenterology. Lippincott Williams and Wilkins, USA. 2005, ISBN 0-7817-5460-7: 78-87.

Ligas a páginas electronicas de utilidad:

1. The American College of Gastroenterology: www.acg.gi.org
2. The Practice Parameters Committee of the ACG published a paper on: Acute and Chronic Diarrhea: a primer on diagnosis and treatment: www.acg.gi.org/acg-dev/physicianforum/frame_gifocus.htm
3. The American Gastroenterological Association (AGA) has a key position paper on: Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Diarrhea at: www.aga.gastro.org
4. Organización Mundial de la Salud. Programa de control de enfermedades diarreicas: www.who.int/chd.

DIRECTORIO

Dr. Julio Frenk
SECRETARIO DE SALUD
Dr. Enrique Ruelas
SUBSECRETARIO DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
Dr. Héctor Hernández Llamas
COORDINADOR EJECUTIVO DEL FORTALECIMIENTO DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD
Dr. Eduardo Pesqueira
DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE SALUD
Dr. Mauricio Hernández
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Dr. Miguel Ángel González Block
DIRECTOR EJECUTIVO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

AUTORES

Dr. Esteban de Icaza • IMSS
Dr. Rafael Valdéz • INER
Dr. Sarbelio Moreno • INUtric.

Revisores

Dr. Carlos Carrillo • INSP
Dra. Ma. Teresa Cárdenas

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Gladys Faba Beaumont • INSP
Lic. Ana Bellinghausen Rico • INSP
Dr. Juan Francisco Molina • INSP

Diseño • Arroyo y Cerda, S.C.
Producción • Grupo Impresor Profesional, S.A. de C.V.

Boletín informativo editado por el **Instituto Nacional de Salud Pública** y la **Secretaría de Salud**
Ave. Universidad #655, Cuernavaca, C.P. 62508, Morelos, México

El NLS es un programa de colaboración entre el INSP y la SSA.

<http://www.insp.mx/nls/bpme>



Efectividad clínica en la enfermedad diarreica aguda [EDA] en adolescentes y adultos

Para asegurar resultados efectivos, es recomendable explicar cuidadosamente al paciente o a sus familiares acerca de los riesgos de un cuidado incorrecto de esta enfermedad.

CONTENIDO

1. Definición.
2. Escenarios etiopatogénicos.
3. Evaluación clínica de la EDA.
4. Factores de riesgo de la EDA.
5. Enfoque clínico terapéutico.
6. Abordaje terapéutico.
7. ¿Cuáles son los hallazgos clínicos y características epidemiológicas de los principales patógenos involucrados en la EDA?
8. Antibióticos recomendados según patógeno.
9. Los errores de tratamiento están relacionados con una práctica clínica incorrecta.
10. Atención centrada en el paciente.

1. Definición

La enfermedad diarreica aguda (EDA) consiste en evacuaciones líquidas o acuosas usualmente con un incremento del peso de la materia fecal por encima de los 200 gr/día, y un incremento en la frecuencia de las mismas.

2. Escenarios etiopatogénicos

Existen tres escenarios en donde podemos encontrar el origen de la diarrea que se correlaciona con los principales agentes etiológicos:

1. Diarrea adquirida en la comunidad

■ Principalmente después de acudir a eventos o transgresiones alimentarias.

- *Salmonella*.
- *Shigella*.
- *Campylobacter*.
- Calicivirus (incluye Norwalk y relacionados).

2. Diarrea nosocomial

■ Antecedente de egreso hospitalario.
 ■ Pacientes que requieren de cuidados especiales en casa, asilos u otros.

- *Clostridium difficile*.

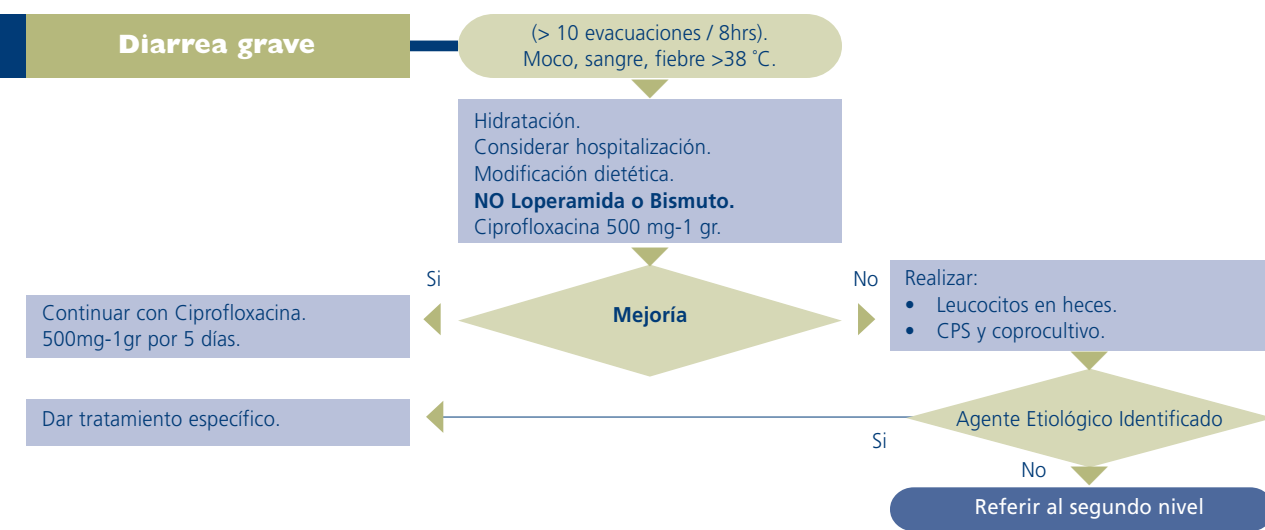
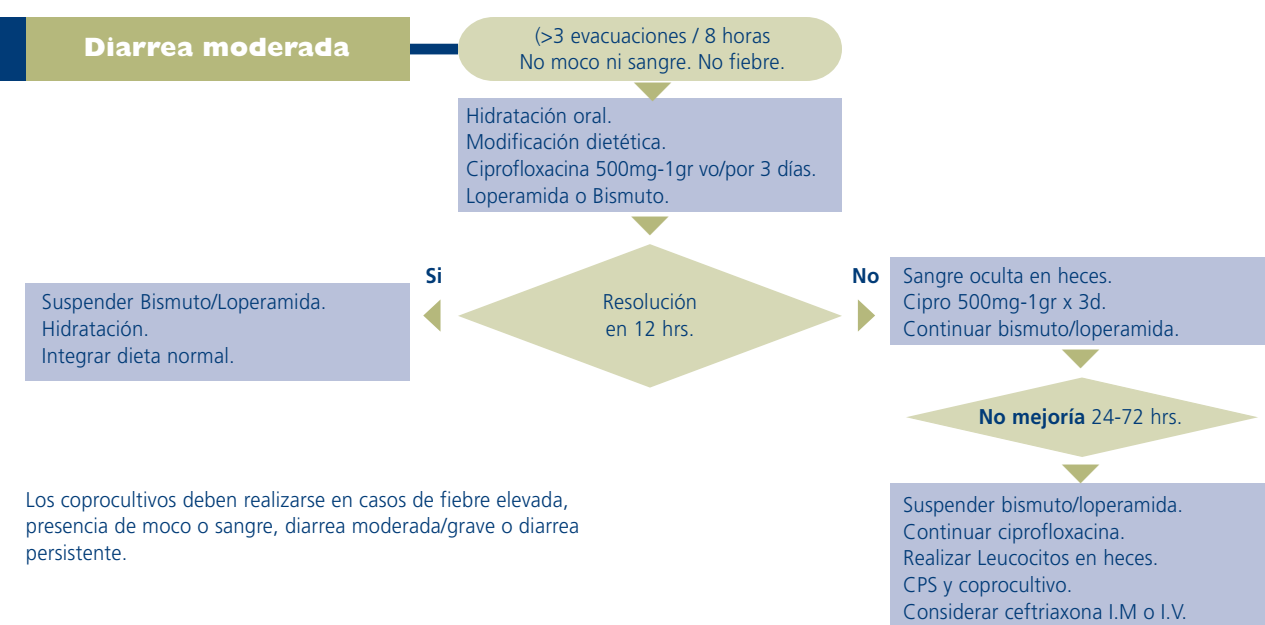
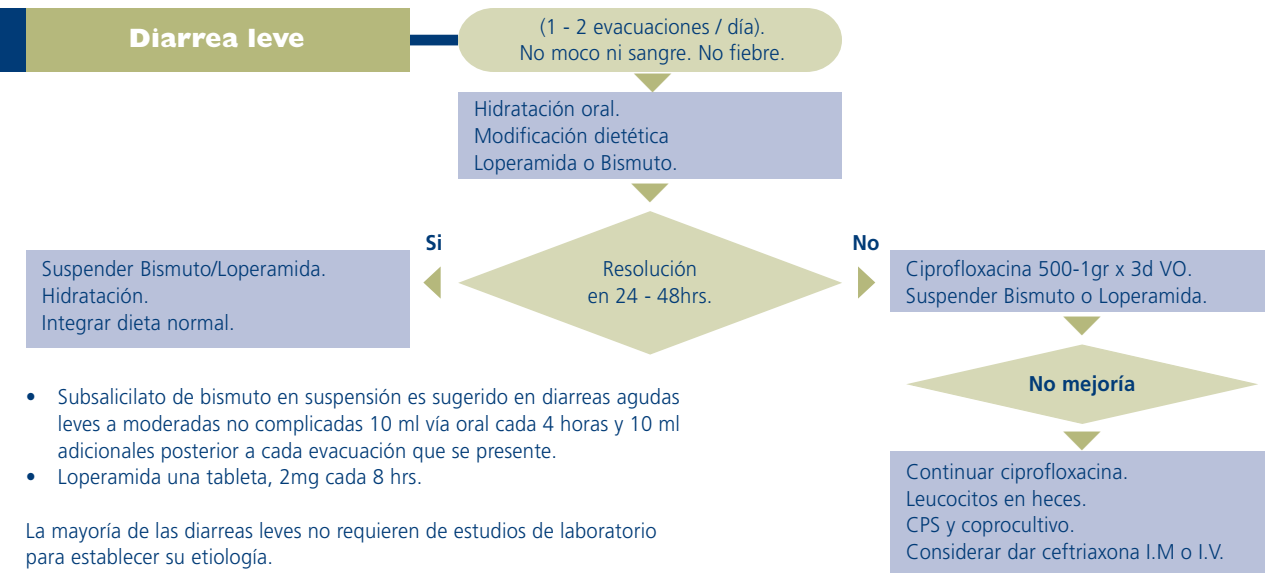
3. Diarrea persistente

■ > 7 días. Considerar:

- Falla en el diagnóstico o en el tratamiento inicial.
- Causas parasitarias:
 - ▶ *Giardiasis intestinalis* (antes lamblia).
 - ▶ *Entamoeba histolytica*.
 - ▶ *Ciclospora*.
- Agentes del paciente inmunosuprimido: *Cryptosporidium*, *Microsporidium*, Citomegalovirus, *Salmonellas* no tifoidicas.



5. Enfoque clínico terapéutico



La mayoría de las diarreas leves no requieren de estudios de laboratorio para establecer su etiología.

Los coprocultivos deben realizarse en casos de fiebre elevada, presencia de moco o sangre, diarrea moderada/grave o diarrea persistente.

- Subsalicilato de bismuto en suspensión es sugerido en diarreas agudas leves a moderadas no complicadas 10 ml vía oral cada 4 horas y 10 ml adicionales posterior a cada evacuación que se presente.
- Loperamida una tableta, 2mg cada 8 hrs.

6. Abordaje terapéutico

1. Rehidratación

- Énfasis en hidratación oral con soluciones ricas en glucosa y electrolitos (formulas recomendadas por la OMS) aun en pacientes con vómito.
- Prestar atención a signos de deshidratación en paciente de edad avanzada (en pacientes mayores es mas alto el riesgo de muerte).
- Soluciones salinas isotónicas intravenosas en casos de intolerancia a la vía oral o pérdida de peso mayor de 8-10%.

2. Dieta

- NO se requiere de ayuno, se sugiere fraccionar la dieta en pequeñas cantidades varias veces al día.
- Evitar alimentos con lactosa (lácteos: leche, queso, crema etc.) o cafeína.

3. Tratamiento sintomático no-específico

Deberá evitarse en pacientes con evacuaciones con sangre o diarrea inflamatoria. Sólo se puede usar en caso de diarreas leves o moderadas

- Loperamida
- Subsalicilato de bismuto
- Kaolin

En los casos de tratar a pacientes con intolerancia a la vía oral y deshidratación de moderada a severa, deberá considerarse la admisión en un hospital de segundo nivel de atención para su manejo.

7. ¿Cuáles son los hallazgos clínicos y características epidemiológicas de los principales patógenos involucrados en las EDA?¹

Cuadro 1.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PRINCIPALES PATÓGENOS							
PATÓGENO	HALLAZGOS CLÍNICOS/EPIDEMIOLÓGICOS	FIEBRE	DOLOR ABDOM.	SANGRE EN EVAC.	NAUSEA VÓMITO	LEUCOS EN HECES	SOH
<i>Salmonella</i>	Transmisión fecal-oral, adquiridas en la comunidad	Común	Común	Ocurre	Ocurre	Común	Variable
<i>Campylobacter</i>	Consumo de pollo mal cocido, adquirido en la comunidad	Común	Común	Ocurre	Ocurre	Común	Variable
<i>Shigella</i>	Adquirida en la comunidad, persona a persona	Común	Común	Ocurre	Común	Común	Variable
<i>C. difficile</i>	Infección nosocomial, uso de antibiótico	Ocurre	Ocurre	Ocurre	NC	Común	Ocurre
<i>Vibrio</i>	Antecedente de ingesta de mariscos	Variable	Variable	Variable	Variable	Variable	Variable
<i>E. histolytica</i>	Viajes a regiones tropicales	Ocurre	Ocurre	Variable	Variable	Variable	Común
<i>Cryptosporidium</i>	Transmisión a través del agua, huésped inmunocomprometido	Variable	Variable	NC	Ocurre	NC	NC
<i>Giardia</i>	Guarderías, asilos, deficiencia de IgA	NC	Común	NC	Ocurre	NC	NC
<i>Norovirus</i>	Brotos durante el invierno, guarderías y asilos	Variable	Común	NC	Común	NC	NC

Fuente: N Engl J Med 2004; 350: 38-47
NC: no característico

8. Antibióticos recomendados según patógeno²

Cuadro 2.

TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO	
PATÓGENO	RECOMENDACIONES PARA ADULTOS
<i>Shigella</i>	Ciprofloxacino 500 mg dos veces al día. Tratamiento 1-3 días. (Alternativa Trimetoprim/sulfametoxazol).
<i>Salmonella</i> , especies no-typhi	Trimetoprim/sulfametoxazol, quinolona durante 5-7 días.
<i>E. coli</i>	Ciprofloxacino – tratamiento 1-3 días, 500 mg dos veces al día. Alternativo trimetoprim/sulfametoxazol.
<i>Yersinia</i>	Doxiciclina y aminoglicosidos. Alternativo trimetoprim/sulfametoxazol.
<i>Vibrio cholerae</i>	Dosis única de doxiciclina, 300 mg. Tetraciclinas 500mg 4 veces al día durante 3 días. Alternativa – dosis única de Ciprofloxacino.
<i>C. difficile</i> (infección grave, referir a segundo nivel de atención).	Metronidazol 10 días, 250 mg 4 veces al día; hasta 500 mg 3 veces al día.
<i>Giardia</i>	Metronidazol 7-10 días, 250 a 750 mg 3 veces al día.
<i>E. histolytica</i>	Metronidazol , 5-10 días, 750 mg 3 veces al día, mas 20 días de iodoquinol, 650 mg 3 veces al día. (Sólo en caso de presentar cuadro clínico con datos de alarma, dado que la mayoría de los casos cursan con infección por E. dispar (no patógena) indistinguible de la E. histolytica por métodos habituales.

NO OLVIDAR QUE:

- La mayoría de las diarreas se auto limitan.
- En casos de diarrea acuosa, es necesario reponer las pérdidas de líquidos.
- Poner mayor atención en pacientes inmunosuprimidos, con diabetes mellitus, cirrosis hepática y ancianos.
- El uso de antimicrobianos sólo está indicado en algunos casos para situaciones específicas.

SIGNOS DE ALARMA:

- Deshidratación grave.
- Evacuaciones con moco y sangre.
- Datos de abdomen agudo.

Todo paciente con signos de alarma deberá ser referido al segundo nivel.

9. Los errores de tratamiento están relacionados con una práctica clínica incorrecta

Los más frecuentes son:

- Deficiente comunicación entre el personal de salud y los pacientes.
- No identificar los factores de mal pronóstico.
- No utilizar la prescripción de terapia de hidratación oral (sólo se indica en 32 a 35% de los casos)³
- Prescribir medicamentos injustificadamente (el 70 a 82% de los casos reciben antibióticos)⁴
- Prescribir ayuno o dietas restrictivas (entre el 28 a 43% de los casos).
- Usar en forma injustificada y prolongada la vía intravenosa.
- No trasladar al hospital de segundo nivel los casos complicados.
- Evitar la polifarmacia en el tratamiento de la EDA.