



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Atención, diagnóstico y tratamiento de
DIARREA AGUDA EN ADULTOS
en el primer nivel de atención

Guía de referencia rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-106-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



CIE-10: A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso

GPC: Prevención, diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en adultos en el primer nivel de atención

Definición

La **enfermedad diarreica aguda EDA**, (Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso A09, CIE-10) consiste en la expulsión de tres o más deposiciones líquidas, con o sin sangre, en 24 horas, que adopten la forma del recipiente que las contiene.

El episodio diarreico es aquel que cumple el criterio anterior y termina cuando el último día con diarrea es seguido con al menos 48 horas, de deposiciones normales.

Factores de riesgo

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

Etiopatogenia

1. Diarrea adquirida en la comunidad. Principalmente después de acudir a eventos o transgresiones alimentarias:
 - *Salmonella*
 - *Shigella*
 - *Campylobacter*
 - *Vibrio cholerae*
 - 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: más de siete días
 - Falla en el diagnóstico o en el tratamiento inicial
 - Causas parasitarias: giardiasis intestinales (antes *G. lamblia*), *Entamoeba histolytica*
 - *Ciclosporidium sp.*,
 - Agentes del paciente inmunosuprimido: *Cryptosporidium sp.*, *Microsporidium sp.*, Citomegalovirus, Salmonellas no tifoídicas

Diarrea inflamatoria

- Es causada por microorganismos que invaden la mucosa intestinal, como *E. coli* enteroinvasora, *Shigella sp.*, *Salmonella sp.*, *Campylobacter sp.*
- La presencia de moco y/o sangre sugieren fuertemente diarrea inflamatoria.
- Suele acompañarse de un estado toxico-infeccioso manifestado por fiebre mayor de 38° C, taquicardia o bradicardia, hipotensión arterial, deshidratación, dolor abdominal.

Diarrea no inflamatoria

- Es causada por microorganismos productores de toxinas: *E. coli* enterotoxica, *S. aureus*, *Bacillus cereus*, rotavirus.
- El vómito fuera de proporción dentro del estado infeccioso se relaciona con la presencia de neurotoxinas.
- El periodo de incubación de la intoxicación alimentaria es de cuatro horas o menos; en la infección por rotavirus, es de ocho horas.
- Generalmente se autolimita y tiene una duración menor de tres días.

Otras causas de diarrea

- Intolerancia a la lactosa
- Ingesta de antibiótico por causas diferentes a la diarrea
- Uso de procinéticos, compuestos con magnesio, laxantes
- Diarrea crónica de causas diversas

Prevención primaria: promoción de la salud

- Un índice de hacinamiento elevado, se asociaría con un incremento significativo en el riesgo de diarrea aguda en la población general.
- El lavado de manos se asocia con una disminución del riesgo de diarrea en la población general en un 80 %.
- Medidas regulatorias para el procesamiento y manejo de los alimentos en establecimientos públicos y privados.

Prevención primaria: protección específica

- Hervir frutas y verduras.
- Orientación a las personas que viajan a lugares más contaminados y que se asocian con casos de diarrea infecciosa.

- Desinfectar el agua: hervirla durante uno a tres minutos; enfriarla a temperatura ambiente; clorarla o yodarla; usar filtros de agua con poros de C^{14} .
- Estar en constante vigilancia de alimentos tales como huevos.

Historia clínica**Contexto epidemiológico**

- Alimentos
- Viajes
- Estación del año
- Contacto con una fuente potencial de infección o de diarrea
- Descartar enfermedades que se asocien con diarrea crónica

Contexto clínico

- Historia y evolución del cuadro
- Duración, frecuencia y tiempo de los episodios diarreicos
- Apariencias de las heces (moco y sangre)
- Presencia de dolor abdominal o vómito
- Estado de hidratación

Evaluación clínica

La historia o evolución del cuadro, que revele datos que nos orienten a la evaluación de una diarrea de origen infeccioso o no infeccioso.

- En el 85% de los casos de diarrea aguda la duración es mayor de 24 horas.
- El 90% de los pacientes con diarrea aguda presentan tres o más evacuaciones en una hora.
- El 75% de los pacientes que presentan diarrea tienen una duración del cuadro menor de 14 días.
- En el 90 % de los casos se presenta dolor abdominal y el vómito es el síntoma acompañante más frecuente.

La apariencia de las heces con moco o sangre, nos indica que el paciente presenta un padecimiento relacionado con un presunto origen infeccioso.

Una diarrea aguda persistente, sin dolor abdominal o fiebre, hace sospechar algún agente específico, como cólera.

Los casos de deshidratación severa en adultos pueden presentarse ocasionalmente con otros agentes etiológicos como *Escherichia coli* enterotoxigénica o *Salmonella enteritidis*).

Estudios de laboratorio

- La investigación microbiológica está indicada en los pacientes deshidratados o febriles, o en aquellos que presenten sangre o pus en las materias fecales.

- Realizar estudios de materia fecal: coprocultivo, búsqueda de amiba en fresco, así como las pruebas serológicas denominadas reacciones febriles. Leucocitos en moco fecal, EGO.
- Valorar la realización de biometría hemática y electrolitos séricos.

Tratamiento oportuno

- La diarrea acuosa necesita una adecuada reposición de líquidos y electrolitos, independientemente de su etiología.
- La alimentación debe continuar durante todas las etapas de la enfermedad según lo máximo posible y debe incrementarse durante el periodo de convalecencia para evitar efectos perjudiciales sobre el estado nutricional.

Características clínicas y epidemiológicas de los diferentes patógenos.

Patógeno	Hallazgos clínicos, epidemiológicos	Fiebre	Dolor abdominal	Sangre en evacuaciones	Nausea, vómito	Leucocitosis en heces	Desequilibrio hidroelectrolítico
<i>Salmonella sp.</i>	Transmisión fecal - oral, adquirida en la comunidad	Presente	Presente	Presente	Ocurre	Presente	Variable
<i>Campylobacter sp.</i>	Consumo de pollo mal cocido, adquirido en la comunidad	Presente	Presente	Presente	Ocurre	Presente	Variable
<i>Shigella sp.</i>	Persona a persona, adquirida en la comunidad	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Variable
<i>C. difficile</i>	Infección nosocomial; adquirida en la comunidad	Ocurre	Ocurre	Presente	NC	Presente	Ocurre
<i>Vibrio sp.</i>	Ingesta de mariscos	Variable	Variable	Variable	Variable	Variable	Variable
<i>E. histolytica</i>	Viajes a regiones tropicales	Ocurre	Ocurre	Variable	Variable	Variable	Presente
<i>Cryptosporidium sp.</i>	Transmisión a través del agua, personas inmunocomprometidas	Variable	Variable	No presente	Ocurre	NC	NC
<i>Giardia sp.</i>	Guarderías, asilos, deficiencia de Ig A.	NC	Presente	NC	Ocurre	NC	NC
Norovirus	Brotos durante el invierno, guarderías asilos	Variable	Presente	NC	Presente	NC	NC

NC: No es constante.

Tratamiento no farmacológico**Rehidratación**

- Énfasis en hidratación oral con soluciones ricas en glucosa y electrolitos (fórmulas recomendadas por la OMS,) aún en pacientes con vómito.
- Atención a signos de deshidratación en pacientes de edad avanzada (es mayor el riesgo de muerte).
- Soluciones salinas isotónicas intravenosas, en casos de intolerancia a la vía oral o pérdida de peso mayor de 8 a 10%.

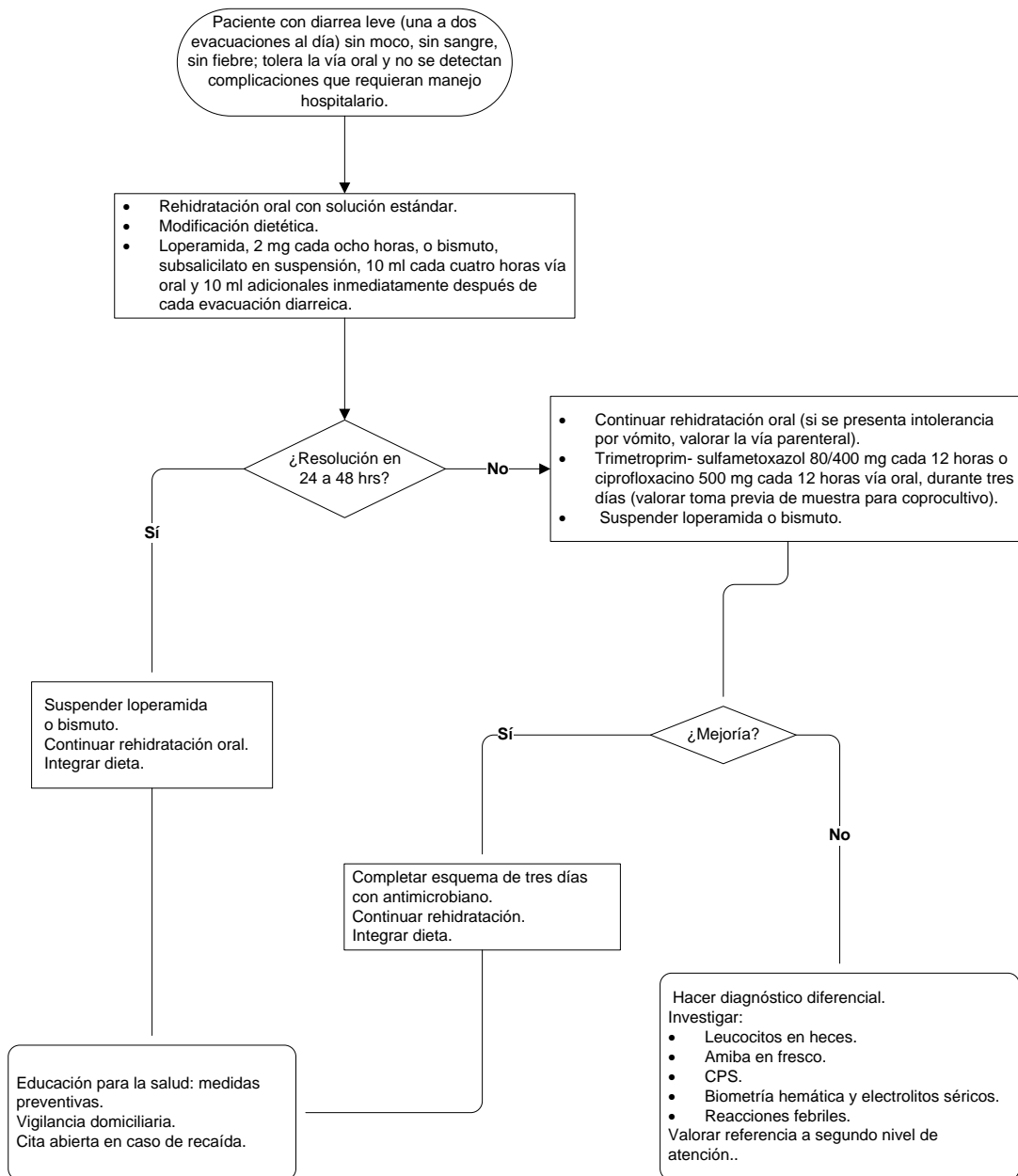
Dieta

- 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.
- Se recomienda el uso de la dieta astringente para favorecer el buen funcionamiento del tracto gastrointestinal.

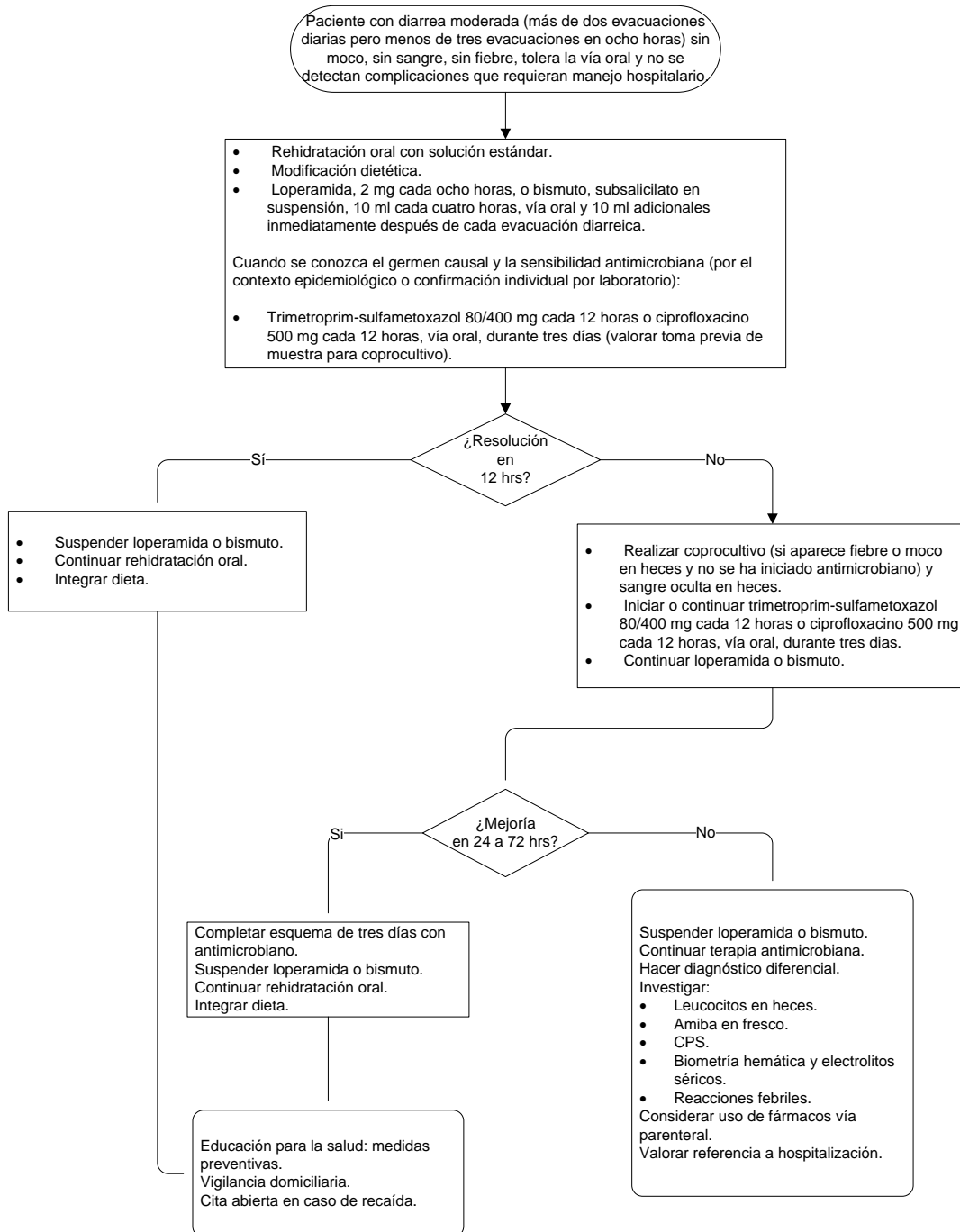
Tratamiento farmacológico, específico de agente causal identificado

Patógeno	Recomendaciones para adultos
<i>Shigella sp.</i>	Ciprofloxacino, 500 mg dos veces al día. Tratamiento de uno a tres días. Alternativa: trimetoprim/sulfametoxazol 800/160 mg dos veces al día
<i>Salmonella sp,</i> especies no <i>typhi</i>	Trimetoprim/sulfametoxazol 800/160 mg; ciprofloxacino 500 mg dos veces al día durante cinco a siete días.
<i>E. coli</i>	Ciprofloxacino, 500 mg dos veces al día. Tratamiento de uno a tres días Alternativa: trimetoprim/sulfametoxazol 800/160 mg durante siete días.
<i>Yersinia sp.</i>	Doxiciclina 300 mg y aminoglucósidos. Alternativa: trimetoprim/sulfametoxazol.
<i>Vibrio cholerae</i>	Dosis única de doxiciclina, 300 mg. Tetraciclinas, 500 mg cuatro veces al día durante tres días. Alternativa: ciprofloxacino, dosis única.
<i>C. difficile</i>	Metronidazol, 250 mg cuatro veces al día, hasta 500 mg tres veces al día durante diez días.
<i>Giardia sp.</i>	Metronidazol, 250 a 500 mg tres veces al día durante siete a diez días.
<i>E. histolytica</i>	Metronidazol, 500 mg tres veces al día durante cinco a diez días, más iodoquinol, 650 mg tres veces al día durante diez días.
Salmonelle thypi	Ciprofloxacino 500 mg dos veces al día por diez días, ceftriaxona 1-2 gr al día por diez días. Subsalicilato de bismuto en suspensión, se sugiere en diarreas agudas leves a moderadas no complicadas: 10 ml vía oral cada cuatro horas y 10 ml adicionales posterior a cada evacuación que se presente Loperamida, una tableta de 2 mg cada ocho horas.

Manejo del paciente adulto con diarrea leve



Manejo del paciente adulto con diarrea moderada



Manejo del paciente adulto con diarrea grave

