

REFERENCIA RÁPIDA

ACTUALIZACIÓN 2020

Prevención, diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en el paciente adulto en primer nivel de atención

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica

GPC-SS-106-20

























Marina Nacional 60, piso 9 ala "B" Colonia Tacuba, D.T. Miguel Hidalgo, C. P. 11410, Ciudad de México. www.gob.mx/salud/cenetec

Publicado por CENETEC
© Copyright **Secretaría de Salud**

Editor General Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Prevención, diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en el paciente adulto en el primer nivel de atención**. seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

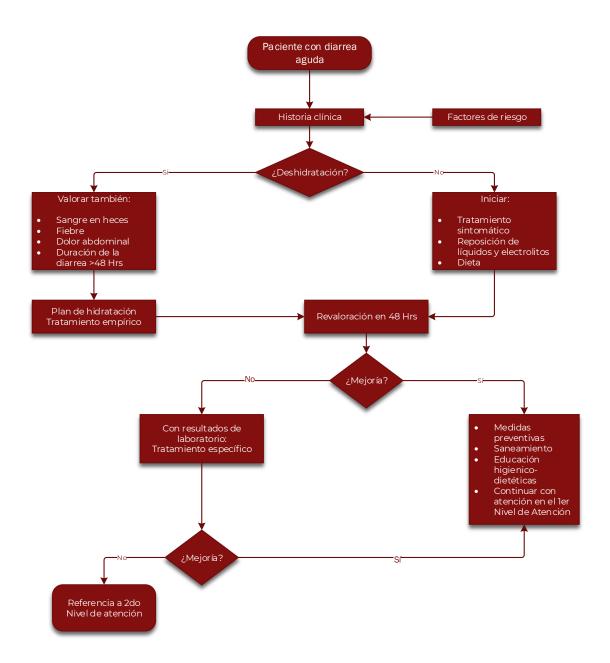
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-106-20/ER.pdf

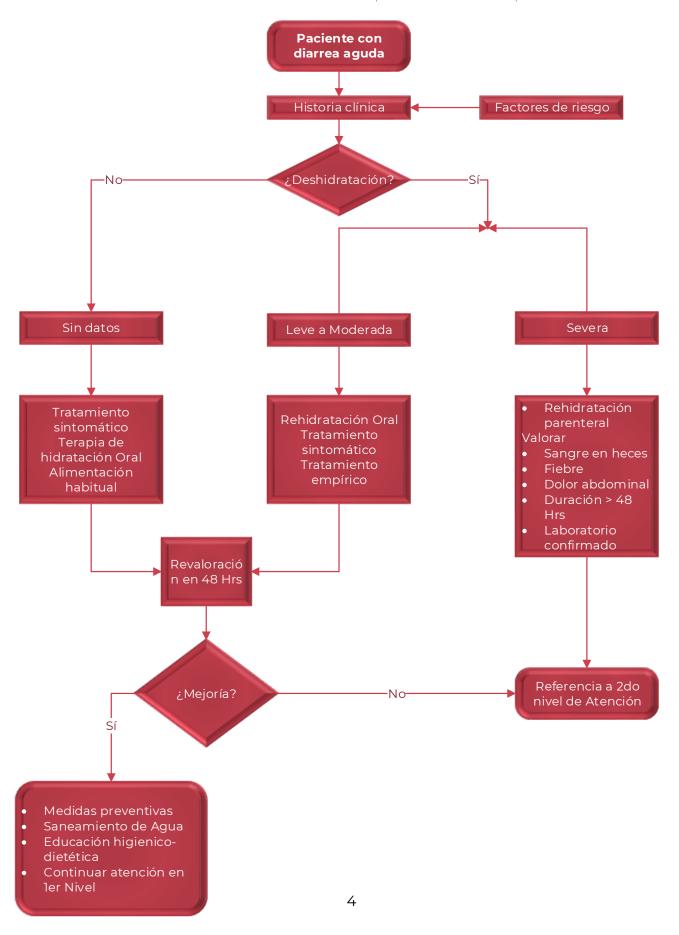
Debe ser citado como: **Prevención, diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en el paciente adulto en el primer nivel de atención.** Guía de Práctica Clínica: Guía de Referencia Rápida: México, CENETEC; **2020** [fecha de consulta]. Disponible en: http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-106-20/RR.pdf

ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

Diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en pacientes adulto





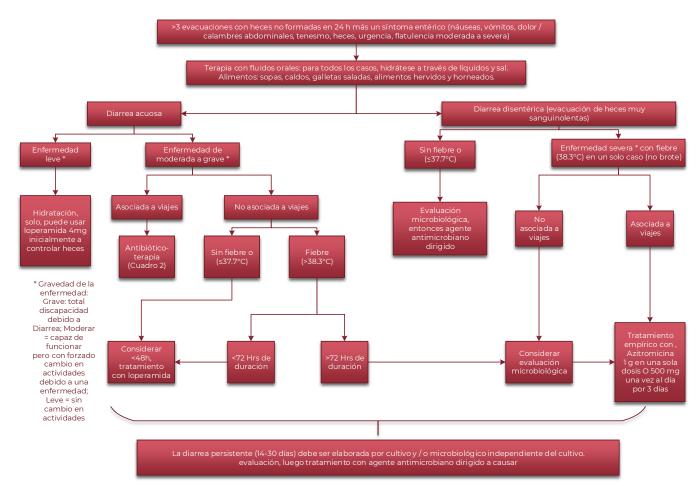
TRATAMIENTO DE DIARREA AGUDA Evaluación inicial: inicio, duración, gravedad, grado de deshidratación, signos vitales, considerar signos vitales ortostáticos, examen físico inicial Tratar la deshidratación La terapia de rehidratación oral es preferible.* La rehidratación intravenosa puede usarse para la deshidratación severao si la vía oral no es factible. EVALUAR EL HISTORIAL Y FACTORES DE RIESGO Probable bacteria na o Probablemente no infeccioso Probable viral Intoxicación alimentaria probable con parasitaria toxinas preformadas Clinicamente sugestivo de un Heces no sanguinolentas, proceso no infeccioso No encaja en otras acuosas; enfermedad leve; Varias personas con una exposición Considere el cultivo ed heces y categ orías afe bril. a alimentos comunes Requiere trabajo adicional las pruebas de ovulos y No se necesitan estudios experimentan sintomas dentro de o tratamiento parasitos para ayudar a Tratamiento de apoyo. las 16 horas posteriores a la respaldar el diagnostico Puede ofrecer exposición Considere las pruebas loperamida/simeticona+ Generalmente un diagnóstico apropiadas para el diagnóstico para disminuir la duración clínico sospechoso de los sintomas Generalmente autolimitado La endoscopía y la biopsia de Seguimiento para Realizar un analisis en cada una Ofrecer terapia de apoyo colon pueden ser utiles en confirmar la resolución. de las siguiebntes situaciones. Pruebas de laboratorio casos dificiles. especializadas SI HAY Esto puede aplicar: disponibilidad Notificar al departamento de salud Adquirida en la comunidad o Diarrea nosocomial Si el paciente está diarrea del viajero inmunocomprometido Inicio posterior a más de tres Especialmente si se días de estancia hospitalaria o a Especialmente aquellos uso de antibioticos dentro de 3 acompaña de fiebre o con VIH sangre significativa en la s Diarrea persistente de más de 7 días meses Agregue pruebas para Prueba de toxinas de C. difficile Microsporida, compleio Cultivo o prueba de Especialmente si el paciente está Mycobacterium avium, Salmonella, Shigella, Prueba de Salmonella, Shigella, inmunocomprometido intracelulare Campylobacter y Considere la posibilidad de realizar Campylobacter y E. coli Citomegalovirus. Escherichia coli productoras de toxina Shiga, sí una prueba de Giardia, productora de toxina se sospecha un brote Cryptosporidum, Cyclospora e Shiga (E. coli nosocomial, o si el paciente es Isospora belli, y pruebas eneterohemorragica; si mayor de 65 años, tiene inflamatorias (lactoferrina fecal). hay ante cedentes de condiciones coexiatentes, esta sindrome uremico inmunocomprometido o tiene hemolítico),Clostridium neutropenia, heces con sangre toxinas difficiles Ay B (si se o posible infección entérica trata con antibioticos o sistémica. quimioterapia en las ultimas semanas). Considere la terapia antimicrobiana para patógenos específicos. Si el diagnóstico sigue sin estar claro, considere una prueba adicional para patógenos específicos orientados por la historia clínica y los factores de riesgo. En pacientes con C. difficile suspenda el uso de antimicrobianos si es posible Notificar de manera inmediata todo caso sospechoso de cólera e infección por Cryptosporidium, Giardia, Salmonella, Shigella y E. coli productora de toxina Shigapara vigilancia epidemiológica

^{*}Utilice la nueva solución de rehidratación oral de osmolaridad reducida de la Organización Mundial de la Salud o un sustituto. Se puede duplicar aproximadamente mezdando 1/2 cucharadita de sal, 6 cucharaditas de azúcary 1 litro de agua.

^{†:} Dósis de loperamida / simeticon a: 2 tabletas (2 mg de loperamida / 125 mg de simeticon a por tableta) seguidas de 1 tableta adicional después de cada excremento no formado, hasta 4 tabletas en 24 horas (3 dos s).

Wendy Barr, Andrew Smith, Acute Diarrhea in Adults February. American Family Physician 1, 2014, 78(3):180-189.

Enfoque de la terapia empírica y el manejo dirigido por diagnóstico del paciente adulto con diarrea aguda (etiología infecciosa sospechosa).



Riddle Mark S, DuPont Herbert L, Connor Bradley A, ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults. Am J Gastroenterol 2016; 111:602–622; doi: 10.1038/ajg.2016.126; published online 12 April 2016

PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DIARREA EN EL PACIENTE ADULTO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

PREVENCIÓN

RECOMENDACIÓN CLAVE		
El lavado de manos con jabón reduce la enfermedad diarreica	Alta	
Se recomienda el lavado de manos efectivo o el uso regular de sanitizadores de manos a base de alcohol para la prevención de diarrea aguda. Figura 1 y 2	Moderada	
Se recomienda evitar la contaminación cruzada de otros alimentos o superficies de cocción y utensilios durante la preparación de alimentos y en su almacenamiento. Asegurarse de que los alimentos que contienen carnes y huevos se cocinen y mantengan a temperaturas adecuadas.	Alta	
Las prácticas adecuadas de seguridad alimentaria evitan la contaminación y por lo tanto previenen la aparición de cuadros diarreicos en la población	Alta	

DETECCIÓN

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
El interrogatorio adecuado generalmente orienta al agente causal. (Cuadro 1)	Moderada
Se debe sospechar el diagnóstico de cólera no solo en pacientes que presenten un cuadro diarreico grave caracterizado por evacuaciones en "agua de arroz" y acompañadas de deshidratación grave o choque, sino en todo paciente con cinco años de edad o más que presente cinco o más evacuaciones diarreicas en 24 horas y cuyo cuadro clínico no sea mayor a cinco días de evolución (regla de los cinco).	Baja
Se debe realizar prueba de heces para identificar especies de Salmonella sp, Shigella sp, Campylobacter sp, Yersinia sp, C. difficile, en pacientes con sintomatología específica. Yersinia: pacientes con diarrea enterocolítica, persistencia de dolor abdominal (niños en edad escolar), dolor en cuadrante inferior derecho, pacientes con fiebre y riesgo epidemiológico.	Alta

Analizar muestras de heces para especies de Vibrio cholerae, en personas con evacuaciones abundantes, características en agua de arroz, o exposición a aguas saladas o insalubres, consumo de mariscos crudos o poco cocidos, o viaje a zonas endémicas en los tres días previos a la sintomatología

TRATAMIENTO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Las SRO con osmolaridad reducida son seguras y efectivas en el tratamiento de las diarreas agudas, los beneficios incluyen tanto la reducción en la producción de heces como la duración de la diarrea. La OMS y la UNICEF recomiendan que los países usen y fabriquen formulaciones con una osmolaridad total de 245 mmol/l	Moderada
En la mayoría de las personas con diarrea acuosa aguda y sin antecedente de viajes internacionales recientes, no se recomienda la terapia empírica antimicrobiana.	Alta
Se recomienda el uso de SSB en pacientes con diarrea del viajero leve a moderada a fin de reducir el número de evacuaciones.	SORT
Se recomienda la terapia antimicrobiana con loperamida complementaria debido a que ofrece ventaja sobre los antibióticos solos, al disminuir la duración de la enfermedad y aumentar la probabilidad de curación clínica temprana.	Moderada

SEGUIMIENTO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
En adultos con diarrea aguda causada por enterobacterias, que realicen actividades relacionadas con el cuidado infantil, de adultos mayores y manejo de alimentos, se recomienda dar un seguimiento con coprocultivos hasta asegurar la erradicación del patógeno a fin de disminuir el riesgo de transmisión.	Alta

REFERENCIA

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
La estancia hospitalaria es con el objetivo de mantener el estado hídrico y manejo antimicrobiano de forma intravenosa.	РВР

*Grado de Recomendación

2. CUADROS O FIGURAS

CUADRO 1

PRESENTACIONES CLINICAS SUGESTIVAS DE ETIOLOGÍAS DE DIARREAS INFECCIOSAS

Hallazgos	Probables patógenos	
Diarrea crónica o persistente	Cryptosporidium spp, Giardia lamblia, Cyclospora cayetanensis, Cystoisospora belli, y Entamoeba histolytica.	
Sangre visible en heces	ECTS, Shigella, Salmonella, Campylobacter, Entamoeba histolytica, Vibrio especies no cólera, Yersinia, Balantidium coli, Plesiomonas	
Fiebre	Las infecciones virales, bacterianas y parasitarias no altamente discriminatorias pueden causar fiebre. En general, altas temperaturas son sugestivas de etiología bacteriana o <i>E. histolytica</i> . Los pacientes con infección por ECTS usualmente no muestran fiebre al momento de la presentación.	
Dolor abdominal	ECTS, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Vibrio especies no cólera, Clostridium difficile.	
Dolor abdominal severo y, a menudo, heces sanguinolentas (ocasionalmente las heces pueden ser no sanguinolentas y estar o no acompañadas de fiebre)	ECTS , Salmonella, Shigella, Campylobacter, y Yersinia enterocolitica	
Dolor abdominal persistente y fiebre	Y. enterocolitica y Y. pseudotuberculosis; puede simular apendicitis.	
Nausea y vómito en las últimas 24 horas.	Ingestión de enterotoxinas de <i>Staphylococcus aureus</i> o <i>Bacillus cereus</i> (síndrome emético de incubación corta)	
Diarrea y cólicos abdominales de 1 a 2 días de duración.	Ingestión de <i>Clostridium perfringens</i> o <i>B. cereus</i> (síndrome emético de incubación larga)	
Vómito y diarrea no sanguinolenta con duración de 2 a 3 días o menos.	Norovirus (fiebre de bajo grado, usualmente presente durante las primeras 24 horas en caso de infección)	
Diarrea acuosa crónica, a menudo con duración igual o mayor a un año.	Diarrea Brainerd (el agente etiológico no ha sido identificado); síndrome de intestino irritable postinfeccioso.	
ECTS: Escherichia coli productora de toxina Shiga.		
Fuente: Andy L. Shane. 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea.		

CUADRO 2 USO DE ANTIBIÓTICOS EN ENFERMEDAD DIARREÍCA AGUDA

Antibiótico (A)	Dosis	Duración
Levofloxacino	500mg vía oral	Dósis única (B) o por 3 días
Ciprofloxacino	750mg vía oral o 500mg vía oral	Dosis única (B) o por 3 días
Ofloxacino	400mg vía oral	Dosis única (B) o por 3 días
Azitromicina (C, D)	1000mg vía oral o 500mg vía oral	Dosis única (B) o por 3 días
Rifampizina (E)	200mg vía oral tres veces al día	3 días

- A. Los regímenes de antibióticos se pueden combinar con loperamida, 4 mg de primera dosis y luego 2 mg de dosis después de cada excremento suelto, sin exceder los 16 mg en un período de 24 h.
- B. Si los síntomas no se resuelven después de 24 h, complete un ciclo de antibióticos de 3 días.
- C. Use empíricamente como primera línea en el sudeste asiático e India para cubrir Campylobacter resistente a la fluoroquinolona o en otras áreas geográficas si se sospecha Campylobacter o ETEC resistente.
- D. Régimen preferido para disentería o diarrea febril.
- E. No usar si hay sospecha clínica de Campylobacter, Salmonella, Shigella u otras causas de diarrea invasiva.

ETEC, Escherichia coli enterotoxigénica.

Fuente: Mark S. Riddle, Herbert L. DuPont, Bradley A. Connor, ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults

CUADRO 3 USO DE ANTIBIÓTICOS POR AGENTE CAUSAL

Causa	Medicamento de primera elección
	Doxiciclina 300mg dosis única
Cólera	Azitromicina 1.0 gr solo una dosis
	Ciprofloxacino 500mg cada 12 horas por 3 días o 2 gr dosis única.
	Ciprofloxacino 500mg cada 12 horas por 3 días o 2 gr dosis única.
Shigelosis	
	Ceftriaxona 2-4 gr dosis única.
Amebiasis	Metronidazol 750mg 3 veces al día por 5 días.
Giardiasis	Metronidazol 750mg 3 veces al día por 5 días.
Camphylobacter	Azitromicina 500mg cada 24 horas por 3 días.
Fuente: Acute Diarrhea in Adults	

Fuente: Acute Diarrhea in Adults

Wendy Barr, Andrew Smith, Acute Diarrhea in Adults February. American Family Physician 1, 2014, ; 8(3):180-189

CUADRO 4

EVALUACIÓN DE LA DESHIDRATACIÓN UTILIZANDO EL METODO DHAKA

Valoración	Plan A	Plan B	Plan C
Estado general	Normal	Irritable/menos activas*	Letárgico/comatoso*
Ojos	Normal	Hundido	-
Mucosa	Normal	Seco	-
Sed	Normal	Sediento	Incapaz de beber *
Pulso radial	Normal	Bajo volumen*	Ausente/incontable *
Turgencia de la piel	Normal	Reducido*	-
Diagnóstico	Sin deshidratación	Algún signo de deshidratación. Por lo menos dos signos, incluyendo al menos una señal clave (*) están presentes	La deshidratación severa. Los signos de "cierta deshidratación", además de al menos una señal clave (*) están presentes.
Tratamiento	Prevenir la deshidratación. Reevaluar periódicamente.	Rehidratar con una solución de sales de rehidratación oral a menos que no puedan beber. Reevaluar frecuentemente.	Rehidratar con fluidos intravenosos y sales de rehidratación oral. Reevaluación frecuente.

Fuente: Secretaría de Salud. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de cólera de la Dirección General de Epidemiología, 2012.

CUADRO 5 MANEJO DE LA DESHIDRATACIÓN EN ADULTOS CON DIARREA

Grado de deshidratación	Terapia de rehidratación	Reemplazo de pérdidas durante el mantenimiento
Deshidratación leve a moderada	Administrar 2200 a 4000 ml de SRO en las primeras 4 horas.	SRO a libre demanda, hasta 2 litros/día Reemplazar las pérdidas hasta que disminuya la diarrea o el vómito, continuar si persisten.
Deshidratación severa	Administrar, por vía intravenosa, líquidos isotónicos como lactato de Ringer o solución salina de la siguiente manera: • 100 ml/kg en 3 horas. • Comience rápidamente (30 ml/kg en 30 minutos) y luego más lento. Cantidad total por día: 200 ml/kg durante las primeras 24 horas. Ajustar electrolitos y administrar dextrosa con base en valores bioquímicos. La rehidratación se debe continuar hasta que el pulso, la perfusión y el estado mental regresen a la normalidad.	SRO a libre demanda, hasta 2 litros/día. Reemplazar las pérdidas si la diarrea o vómito continúan. Si la vía oral no está disponible. Administre los líquidos por sonda nasogástrica con una composición de 5% dextrosa, 0.25 ml de solución salina y 20 mEq/L de potasio.

Adaptado de: Centers for Disease Control and Prevention. Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. MMWR Recomm Rep 2003; 52(RR-16):1–16 y World Health Organization. The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers (https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5216a1.htm).

- El SRO de baja osmolaridad puede ser administrado en todos los grupos etarios con diarrea de cualquier origen; es seguro en presencia de hipernatremia, así como hiponatremia (excepto cuando existe edema).
- Algunas preparaciones comerciales disponibles pueden ser utilizadas como SRO, incluyendo Pedialyte Liters (Abbott Nutrition), CeraLyte (Cero Products), y Enfalac Lytren (Mead Johnson).
- Las bebidas comerciales que no deben ser utilizadas como SRO para rehidratación incluyen: jugos, bebidas deportivas, energizantes y refrescos.

SRO: solución de rehidratación oral

*: Después de que la rehidratación esté completa, los líquidos de mantenimiento deben reanudarse junto con una dieta normal, apropiada para la edad, ofrecida cada 3-4 horas.

Traducido y modificado de: Andy L. Shane. 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea.

FIGURA 1

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente suclas! Si no, utilice la solución alcohólica

Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



Mójese las manos con agua;



Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



Frótese las palmas de las manos entre sí;



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



Frótese las paimas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la pelma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



Frótase con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



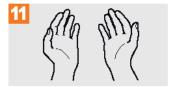
Enjuáguese las manos con agua;



Sáquese con una toalia desechable;



Sírvase de la toalla para cerrar el grifo;



Sue manos son seguras.



Seguridad del Paciente

SAVE LIVES
Clean Your Hands

La Organización Manifel de la Salud las hamoto locias las premunidoses recomides para comprehen la información contención en este decemente. On embergo, el manifel particulo de debidação de la propertación despondados de la manifel La organización Manifel de la Salud no protei acres combientes respensable de la conferencia que pueden considerar en enformación de la conferencia del la conferencia de la conferencia de la conferencia de la conferencia del la conferencia de

Organización Mundial de la Selud, Octubre 2010

FIGURA 2

¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinféctese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos



Deposite en la palma de la mano una doste de producto sufficiente para cubrir todas las superficies;



Frótese las palmas de las manos entre al;



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



Frótese las palmas de las manos entre aí, con los dedos entrelazados;



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceveras;



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



Una vez secas, sus manos son seguras.



Seguridad del Paciente

SAVE LIVES
Clean Your Hands

La Opprissión Mundal de la Saled ha branco todas les processiones expresides para companhar la información contenida en esta decumento. En embargo, el motorial pelabosico es distribuya en garmalia de integrir sito, y se ese exprese a implicat. Compania el labora la responsabilidad de la integriración y el se comisioni. La organización de Saled no podela ser constalando responsable se con estre que profuen constanar su efficación la Compania de labora de la labora de laborada de laborad

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010