

	BIENESTAR UNIVERSITARIO ÁREA DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO	Página 1 de 6
	<b>GUÍA DE PRIMEROS CUIDADOS DE ENFERMERÍA          PARA LA DIARREA AGUDA</b>	Código: BU-G12
		Versión:01

## 1. OBJETIVO

Brindar una guía metodológica para los cuidados de enfermería iniciales a los pacientes con diarrea aguda teniendo en cuenta la evidencia científica existente sobre el manejo del cuadro, para garantizar la recuperación de la salud y prevención de complicaciones.

## 2. ALCANCE

Esta guía se aplica y orienta a los profesionales de la salud de enfermería en el cuidado de los pacientes que utilizan los servicios de salud en los consultorios de Bienestar Universitario.

## 3. RESPONSABLE

Los responsables de la adecuada aplicación de esta guía son los profesionales de la salud del servicio de enfermería que laboran en el área de Salud y Desarrollo Humano de Bienestar Universitario de la Universidad del Magdalena.

## 4. GENERALIDADES

### 4.1. Introducción y conceptos

La diarrea aguda constituye un motivo frecuente de consulta médica. Aunque la mayoría de los episodios son leves y autolimitados, es importante tener en cuenta que en nuestro medio puede conllevar una mortalidad nada despreciable, fundamentalmente debido a estados de deshidratación y desnutrición (especialmente en ancianos).

Se define como diarrea el aumento del número de deposiciones (> 3 al día) o la disminución de su consistencia en relación con lo que viene siendo habitual en el individuo. Se considera aguda cuando su duración no supera las 2 semanas, persistente entre 2-4 semanas y crónica si excede las 4 semanas.

### 4.2. Etiología

Las infecciones suponen la causa más frecuente de diarrea aguda (> 90%), siendo los virus los agentes infecciosos más comunes. Se adquieren por transmisión feco-oral,

habitualmente a través de la ingesta de agua o alimentos contaminados. El porcentaje restante lo constituyen los fármacos, la isquemia y los tóxicos entre otros.

**Tabla 1.** Etiología de la diarrea aguda.

Etiología de la diarrea aguda
<p><b>Causas infecciosas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Virus: rotavirus, virus Norwalk, adenovirus entéricos, astrovirus, Citomegalovirus.</li> <li>2. Bacterias: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enteroinvasivas: <i>Shigella</i>, <i>Salmonella</i>, <i>Yersinia</i>, <i>Campylobacter jejuni</i>, <i>E. coli</i> enteroinvasivo.</li> <li>✓ Enterotoxígenas: <i>Vibrio cholerae</i>, <i>Clostridium perfringens</i>, <i>Clostridium difficile</i>.</li> <li>✓ Toxinas preformadas: <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Bacillus cereus</i>.</li> </ul> </li> <li>3. Parásitos: <i>Giardia lamblia</i>, <i>Dientamoeba fragilis</i>, <i>Entamoeba histolytica</i>, <i>Balantidium coli</i>, <i>Cryptosporidium</i>, <i>Microsporidium</i>, <i>Cyclospora</i>, <i>Isospora belli</i>.</li> <li>4. Hongos: <i>Candida albicans</i>, <i>histoplasma</i>.</li> <li>5. Según epidemiología: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Viajeros: <i>E. coli</i>, <i>Shigella</i>, <i>Salmonella</i>, <i>Campylobacter</i>, <i>Vibrio cholerae</i>, <i>Giardia</i>, <i>Aeromonas</i>.</li> <li>✓ Consumiciones especiales: arroz frito (<i>Bacillus cereus</i>), mayonesas o natas (<i>Salmonella</i>, <i>S. aureus</i>), huevos (<i>Salmonella</i>), mariscos crudos (<i>Vibrio</i> o <i>Salmonella</i>), pollo (<i>Salmonella</i>, <i>Campylobacter</i> o <i>Shigella</i>), hamburguesas poco cocinadas (<i>E. coli</i> enterohemorrágico –ECEH–).</li> <li>✓ Inmunodeprimidos: <i>Mycobacterium spp</i>, Citomegalovirus, virus herpes simple, adenovirus, <i>Cryptosporidium</i>, <i>Isospora belli</i>, <i>Microsporidium</i>, <i>Blastocystis hominis</i>. <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, <i>Treponema pallidum</i> y <i>Chlamydia</i> en contacto sexual rectal (proctocolitis).</li> <li>✓ Pacientes institucionalizados y/o toma de antibióticos: <i>Clostridium difficile</i>.</li> <li>✓ Personal de guarderías: rotavirus, <i>Shigella</i>, <i>Giardia</i>, <i>Cryptosporidium</i>.</li> </ul> </li> </ol>
<p><b>Causas no infecciosas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fármacos: analgésicos, antiácidos que contienen magnesio, antibióticos, antihipertensivos, digital, diuréticos, laxantes, colchicina, tiroxina, sales de potasio, agentes quimioterápicos, quinidina, colinérgicos, teofilinas, antidepresivos.</li> <li>2. Metales pesados: As, Pb, Cd, Mg, Cu, Zn, Sb.</li> <li>3. Tóxicos: alcohol, venenos, insecticidas organofosforados, amanita, aditivos alimentarios.</li> <li>4. Endocrinometabólicas: uremia, acidosis metabólica, diabetes, hipertiroidismo.</li> <li>5. Alergia alimentaria.</li> <li>6. Postcirugía: vagotomía-pilorooplastia, gastroyeyunostomía, síndrome del intestino corto.</li> <li>7. Expresión aguda de una diarrea crónica: síndrome de mala absorción, celiaquía, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome del asa ciega.</li> <li>8. Miscelánea: abdomen agudo (fases iniciales), impactación fecal y obstrucción intestinal parcial (diarrea por rebosamiento), diverticulitis, diverticulosis, inflamación pélvica, colitis actínica, isquemia intestinal, enteritis radica, sepsis, estrés psicológico.</li> </ol>

**Fuente:** Elaboración propia

## 5. DESCRIPCIÓN

### 5.1. Valoración inicial y Estabilización del paciente con diarrea aguda

En una primera aproximación, nos centraremos en evaluar la gravedad del cuadro en base a la estabilidad hemodinámica, severidad y temporalidad del episodio, teniendo en cuenta los factores personales que incrementan la vulnerabilidad del individuo. Una vez hayamos establecido el grado de deshidratación iniciaremos la reposición de volumen y electrolitos mediante sales de rehidratación oral. Nos basaremos en la información obtenida en la anamnesis y en los hallazgos clínicos.

### 5.2. Anamnesis

- ✓ Se debe interrogar acerca del momento y forma de comienzo, número, tipo y volumen de las deposiciones (en relación con el hábito intestinal previo) y la presencia o no de productos patológicos (sangre, moco, pus).
- ✓ Preguntaremos sobre la existencia de síntomas asociados (dolor abdominal, fiebre, vómitos, oliguria, sed, síntomas neurológicos).
- ✓ Los antecedentes médico-quirúrgicos pueden orientarnos en el diagnóstico y contribuir a valorar la existencia de grupos de especial riesgo: edades extremas de la vida (niños y ancianos), inmunodeprimidos, enfermedades crónicas (diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica), o patología vascular asociada (prótesis, injertos).
- ✓ Es esencial preguntar acerca del uso de fármacos de reciente prescripción, antibióticos (hasta 1 mes previo), pacientes institucionalizados u hospitalización reciente, viajes a áreas endémicas, riesgo profesional, hábitos tóxicos y sexuales, que pueden aportar información determinante.
- ✓ Alimentos consumidos y si hay más familiares o personas cercanas con similar sintomatología (orienta a toxiinfección alimentaria), para descartar brote epidémico.

### 5.3. Clasificación

Una clasificación útil, puede orientar la gravedad y el pronóstico.

**Tabla 2.** Clasificación, asociaciones clínicas y orientación etiológica

Clasificación, asociaciones clínicas y orientación etiológica		
	Asociaciones	Etiología
Diarrea inflamatoria: mucosanguinolenta, frecuente y de pequeña cuantía.	Dolor abdominal intenso en hipogastrio/difuso/fosa ilíaca izquierda; fiebre elevada y persistente; tenesmo rectal.	Organismos enteroinvasivos, enfermedad inflamatoria intestinal, procesos intrabdominales agudos.
Diarrea no inflamatoria: acuosa y voluminosa (sin productos patológicos).	Posible dolor abdominal, no intenso, en mesogastrio/difuso; frecuentes los vómitos; fiebre poco frecuente; no tenesmo rectal.	Virus (rotavirus, virus <i>Norwalk</i> ), bacterias ( <i>S. aureus</i> , <i>B. cereus</i> ), intoxicaciones alimentarias, fármacos.

**Fuente:** Elaboración propia

## 5.4. Exploración física

En primer lugar, nos centraremos en valorar una posible inestabilidad hemodinámica (signos vitales) y el grado de deshidratación. Un incremento de la Frecuencia Cardíaca (FC) > 20 lpm o un descenso de la Presión Arterial (PA) sistólica > 20 mmHg o de la diastólica > 10 mmHg cuando el paciente adopta la sedestación, sugieren una depleción de volumen importante.

En la exploración física se debe prestar especial atención a los signos de deshidratación (signos vitales, sequedad mucocutánea, sed) y al nivel de consciencia. Asimismo, se evaluará la presencia de distensión abdominal, dolor a la palpación abdominal y signos de irritación peritoneal.

El tacto rectal puede aportar información importante como es la presencia de masas, abscesos, fístulas, tono del esfínter y presencia de impactación fecal.

Con los datos de la anamnesis y de la exploración física se puede establecer la gravedad de la diarrea aguda.

**Tabla 3.** Valoración del nivel de gravedad

Valoración del nivel de gravedad				
	Grupo de riesgo	Deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas	Diarrea inflamatoria, fiebre	Inestabilidad hemodinámica
Leve	NO	NO	NO	NO
Moderada	SÍ + Diarrea leve	SÍ	NO	NO
Grave	SÍ + Diarrea moderada	SÍ	SÍ	NO
Muy grave	SÍ + Diarrea grave	SÍ	SÍ	SÍ

**Fuente:** Elaboración propia

## 5.5. Prevención de la deshidratación

La rehidratación se llevará a cabo en todos los casos de diarrea, preferentemente por vía oral, y en función de la gravedad de la diarrea:

**Diarrea leve:** Tratamiento domiciliario con aporte líquido mediante sales de rehidratación oral (SRO) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), limonada alcalina, bebidas isotónicas...

Asociar paulatinamente una dieta pobre en residuos y rica en hidratos de carbono.

Los productos lácteos (excepto yogures) deben evitarse por el déficit transitorio de lactasa que producen determinados agentes infecciosos. Las nuevas SRO de baja osmolaridad (sodio 75 mmol/L, cloro 65 mmol/L, glucosa 75 mmol/L, potasio 20 mmol/L, citrato 10

mmol/L) se asocian con menos vómitos, menor frecuencia deposicional y menor riesgo de hipernatremia en comparación con las SRO estándar.

### **Diarrea moderada o diarrea grave:**

- ✓ Identificar la urgencia clínica y el origen abdominal.
- ✓ Establecer la gravedad del cuadro y si está asociado a shock.
- ✓ Dar inicio al diligenciamiento de la historia clínica detallada del paciente cuando lo permita.
- ✓ Valoración de la situación hemodinámica y clínica: monitorización de signos vitales: PA, FC, FR, temperatura.
- ✓ Solicitar servicio de apoyo para atención médica para rehidratación endovenosa y aplicación de medicamentos para tratamiento sintomático (antidiarreicos, antieméticos y analgésicos según criterio médico) y antibioticoterapia o unidad de traslado terrestre ambulancia básica, según las consideraciones teniendo en cuenta anamnesis y examen físico.
- ✓ Estabilización del paciente hasta que llegue la unidad de atención o de traslado
- ✓ Presentación y entrega del paciente a personal médico de traslado en ambulancia básica.
- ✓ Monitorización de la evolución de este (contrarreferencia).

## **6. REGISTROS**

IDENTIFICACIÓN		ALMACENAMIENTO		PROTECCIÓN	Recuperación	Disposición
Código Formato	Nombre	Lugar y Medio	Tiempo de Retención	Responsable de Archivarlo		
BU-F04	Formato para el Registro Diario de Consultas de Salud y Desarrollo Humano	Archivo área de Salud/Sistema de información/magnético	2 años	Funcionario	Cronológico	Digitalización

## **7. BIBLIOGRAFÍA**

- Guías para Manejo de Urgencias. (2009). Ministerio de Salud y Protección Social. Tomo I, II, III. Tercera Edición. Bogotá Colombia.
- Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. (2014). Jiménez, A. Cuarta Edición. Toledo España.

## REGISTRO DE MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Ítem modificado	Descripción

No aplica por ser la primera versión del documento.

<b>Elaboró</b>	<b>Revisó</b>	<b>Aprobó</b>
<i>Equipo de Trabajo Dirección de Bienestar Universitario-Área de Salud y Desarrollo Humano 29/05/2020</i>	<i>Yineth Pérez Torres Responsable Mejora Continua Sistema de Gestión COGUI+ Grupo de Gestión de la Calidad 01/06/2020</i>	<i>Jesús Suescun Arregocés Director Bienestar Universitario Responsable de Bienestar Universitario 02/06/2020</i>