

ACTUACIONES DE ENFERMERIA EN LA DIARREA AGUDA

Isabel San Idelfonso

Diplomada Universitaria en Enfermería.

Universidad del País Vasco. Hospital Donostia, San Sebastián

Luis Bujanda

Especialista de Aparato Digestivo.

Universidad del País Vasco. Hospital Donostia, San Sebastián

1. Introducción y conceptos

¿Qué es la diarrea aguda?

La diarrea aguda la podemos definir cuando se producen más de 3 deposiciones al día y dura menos de 3-4 semanas. En más del 90% de los casos la duración es inferior a 5 días. El término disentería se utiliza cuando hay presencia de sangre en las heces e indica la presencia de un microorganismo que invade la mucosa intestinal. Gastroenteritis aguda hace referencia a la presencia de síntomas digestivos altos como náuseas, vómitos o malestar-dolor epigástrico.

¿Cuáles son las etiologías más frecuentes?

Las causas más frecuentes de las diarreas agudas son las infecciones (virus, bacterias y parásitos). Los Norovirus son la causa más frecuente de diarreas agudas en los adultos tanto en casos esporádicos como en brotes que se producen en residencias, hospitales o restaurantes.

Sin embargo existen múltiples causas que pueden producir diarrea como fármacos, alergias alimentarias, etc. Algunas veces la diarrea es la primera manifestación de una enfermedad crónica.

El *Clostridium difficile* (CD) es uno de los patógenos entéricos más comunes en los pacientes hospitalizados. La infección por CD es la causa más habitual de la diarrea que comienza en el hospital en adultos.

¿Cuáles son los criterios de gravedad de una diarrea aguda?

La edad mayor de 80 años, la temperatura mayor de 38,5°, la presencia de sangre mezclada en las heces, el dolor abdominal intenso, enfermedades crónicas asociadas (hepatopatía crónica descompensada, insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardiaca y/o respiratoria que ocasiona limitación de la actividad física, enfermedad inflamatoria intestinal, etc.) o situaciones que hagan al paciente estar inmunodeprimido (VIH, transplantado, cáncer avanzado o recidivas, tratamiento con inmunosupresores, enfermedades autoinmunes, enfermedades hematológicas como linfomas, etc.)

¿Cuándo se indicará ingresar al paciente?. Cuando presente alguno de las siguientes situaciones:

- Intolerancia a los líquidos por vómitos que no ceden a pesar de tratamiento antiemético.
- Diarrea aguda con alteración analítica o signos de complicaciones en las pruebas complementarias.
- Diarrea aguda con pérdida de peso > 5% o signos físicos de deshidratación grave.
- Diarrea aguda moderada-grave (ver criterios de gravedad en la pregunta anterior) que no mejora en 2-3 días a pesar de un tratamiento adecuado.

En otros casos dudosos el criterio del médico decidirá si es necesario el ingreso hospitalario según la situación clínica del paciente y su entorno, por ejemplo, en pacientes mayores de 80 años que no mejora en 2-3 días a pesar de un tratamiento adecuado o cuando la diarrea persiste más de 5 días.

¿Qué pruebas mínimas deben de tener realizadas en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario?

A todos los pacientes que ingresen se solicitará un coprocultivo, una radiografía simple de abdomen y una analítica básica con hemograma, urea, creatinina, ionograma, etc.

En los pacientes hospitalizados que comiencen con diarrea se solicitará una analítica básica con hemograma y la detección de toxina de *Clostridium difficile*.

¿Cuales son los puntos fundamentales del tratamiento en los pacientes que ingresan con diarrea aguda?

- Los pacientes que ingresan tendrán fluidoterapia intravenosa, con un mínimo de 2500-3000 de sueros glucosalinos con aporte de ClK. Vigilancia de la diuresis.
- Si hay vómitos se administrara metoclopramida (Primperan® iv cada 6-8 horas). Los inhibidores de la bomba de protones como omeprazol, pantoprazol u otros no están indicados a no ser que el paciente los tome por otros motivos.
- Según el médico de urgencias o médico responsable del enfermo durante el ingreso optara por administrar antibióticos (ciprofloxacino o similar) o esperar al resultado del coprocultivo y la evolución del enfermo.

- No es aconsejable el tratamiento sintomático de la diarrea con loperamida-Fortasec® y racecadrotrilo-Tiorfan® en los pacientes ingresados. En caso de dolor abdominal se puede administrar Buscapina Simple® o Buscapina Compositum® cada 6 u 8 horas iv.
- En caso de alta sospecha de infección por Clostridium difficile (tratamiento previo con antibióticos, pacientes hospitalizados, edad avanzado o inmunodeprimidos) y/o pacientes en estado grave se pedirá detección de toxina de Clostridium difficile y se comenzara con metronidazol 250 mg cada 6 horas o 500 mg cada 8 horas por vía oral o iv durante 10-14 días. La vancomicina 125 mg cada 6 horas por vía oral (por vía iv no tiene efecto) durante 10-14 días se usará cuando haya fracaso del metronidazol o en situaciones graves y tras confirmar la infección. En estos casos se practicará aislamiento de contacto.
- Si la evolución es favorable la dieta se reintroducirá de forma progresiva. Primero líquidos a pequeñas cantidades, para ir progresivamente reintroduciendo la dieta en pequeñas cantidades. Se puede comenzar con agua de arroz y yogures, para continuar con arroz, jamón cocido, carne de pollo o pescado blanco al vapor, patata y manzana cocida, pan tostado, queso fresco, etc. Posteriormente se puede preparar alimentos a la plancha, y por último, alimentos con fibra (legumbres, verduras, ensaladas, frutas en general), grasas y frituras, leche, mermeladas, cacao, estimulantes tipo café o bebidas gasificadas.

¿Posibles complicaciones de la diarrea aguda?

- Deshidratación. Alteración del grado de consciencia (tendencia al sueño o muy inquieto), sequedad de piel o lengua. Signo del pliegue persistente (**Figura 1**).

FIGURA 1. Signo del pliegue. La piel menos turgente se mantiene elevada después de pellizcarla y soltarla



- Insuficiencia renal. Control de la diuresis.
- Sepsis. Constantes alteradas (tensión arterial baja y frecuencia cardiaca alta) asociada o no a fiebre.
- Manifestación de otra enfermedad. Pensarla cuando la diarrea es persistente y mantenida con una duración superior a 3-5 días, hay sangre en las deposiciones o un dolor intenso que no cede con buscapina o existen asociación de otros síntomas extradigestivos (dolor articular, lesiones en la piel – alteraciones en la visión – pérdida de fuerza, etc). En esos casos avisar al médico responsable o al médico de guardia.

¿Cómo se transmite una diarrea aguda dentro del hospital?

En los hospitales se transmite de un paciente a otro por vía oro-fecal. El material y los instrumentos sanitarios, el mobiliario del hospital y los uniformes y el calzado del personal sanitario constituyen los elementos principales de la diseminación del CD.

Todas las personas con diarrea aguda o en contacto con ellas deben extremar las medidas higiénicas para evitar la transmisión por contacto.

Es fundamental lavarse las manos frecuentemente con jabón o desinfectante adecuado, el realizar limpieza de las superficies con lejía y el aconsejar que no manipulen alimentos al menos durante 3 días tras haber pasado una diarrea aguda.

Para el lavado de manos dentro del hospital utilizar clorhexidina y no utilizar alcohol o soluciones hidroalcohólicas que no son eficaces frente a bacterias esporuladas como el *Clostridium difficile*. Realizar medidas de desinfección de material utilizado en las plantas (fonendos, carros, etc). Utilizar siempre que sea posible material desechable.

En caso de diarrea por CD realizar aislamiento por contacto, suspender el antibiótico desencadenante (si es posible) y comunicar el caso al servicio de Medicina Preventiva.

2. Actuación de enfermería ante una diarrea aguda

Cronograma de cuidados

1. Previo al ingreso y acogida del paciente

¿Tiene que estar en una habitación individual?

- No.

¿Cuándo se debe aislar al paciente?

- Si no hay disposición de habitación individual no aislar a los pacientes, pero se extremaran las medidas de higiene para evitar la transmisión fecal-oral.

- Si el paciente esta ingresado, comienza con diarrea y hay sospecha de infección por CD se hará aislamiento hasta descartar la infección.

¿Se deben restringir las visitas?

- No. Se aplicaran las normas habituales que para el resto de pacientes ingresados.
- Se recomendará a las visitas que se laven las manos si ha existido contacto físico (saludarse) con el enfermo.

¿Qué hacer cuando llega un paciente con diarrea aguda o gastroenteritis?

1. Protocolo de acogida general del paciente ingresado

- Presentación del personal.
- Información básica que debe estar recogida al llegar a la planta. Teléfono de algún familiar, asegurarse si tiene alergias a medicaciones, preguntar sobre la medicación que tomaba en su domicilio, patrón de sueño, y la dependencia o no del enfermo en su domicilio habitual para la higiene personal, capacidad para vestirse, autonomía para la alimentación o la deambulación. En el caso de dependencia para alguna de estas actividades se pondrá en marcha por parte de las auxiliares y con la ayuda de los familiares de un protocolo de suplencia o ayuda. Se le dirá cuando y como deberá llamar al timbre en caso necesario, por ejemplo por deposiciones o por dolor.
- Se dará al paciente y familiares las normas generales de funcionamiento que deben estar recogidas por escrito en el que se incluya el horario en la toma de constantes, de la limpieza de las habitaciones, de reparto de comidas, así como los servicios generales que dispone el Hospital como prensa diaria, funcionamiento de teléfono y televisión, servicios religiosos, paso de celadores para levantar y acostar enfermos, etc.
- Se explicará al paciente y/o familiares las normas respecto a visitas, haciendo hincapié en que no pueden usar los servicios sanitarios de los enfermos o la necesidad de lavarse las manos con frecuencia. En general esta permitida las visitas de la familia. No se debe dar la mano a los enfermos ni besarse para evitar la transmisión de microorganismos patógenos.
 - El lavado de manos con jabón antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina al 4%) en el caso de diarrea por *Clostridium difficile*. En el resto de los casos es suficiente con agua y jabón.
- Si el paciente con diarrea aguda comparte habitación y baño con otro enfermo no puede tocar nada con las manos de uso común para ello primero lavarse las manos y luego coger papel para abrir la puerta o tocar elementos comunes. El personal de enfermería y auxiliares serán las encargadas de explicar estas medidas.
 - Si solo se va a saludar al paciente se utilizara guantes o posteriormente se lavara las manos. Si el personal sanitario debe de realizar otro tipo de actuaciones cambiar de ropa, asear al paciente o cambiar la cama, además de guantes utilizara bata que dejara dentro del cuarto de baño y se quitara al salir. En este caso la bata estará dentro de la habitación, la dejara en el mismo sitio al salir y la podrá reutilizar la misma persona.

2. Cuidados, vigilancia y aplicación de tratamiento.

- Toma de constantes al ingreso y en cada turno (cada 8 horas). Incluye la toma de tensión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura y diuresis en caso de sueroterapia. Si el paciente no tiene sueros se realizara cada 24 horas. Si al paciente no se le ha recogido una muestra de heces para coprocultivo en Urgencias se deberá recoger en la planta y tramitarlo al servicio de microbiología. La muestra se recogerá desde una bacinilla bien en la cama (encamado) o en el baño (no encamado). Se avisará al médico responsable para su trámite.
- Aplicación de órdenes médicas.
 - En el caso de que un enfermo con diarrea aguda ingrese sin sueroterapia se avisará al médico responsable sobre su necesidad.
- Durante el ingreso,
 - Si el paciente presenta una temperatura superior a 38º C durante el ingreso se realizarán al menos 2 hemocultivos y se preguntara al médico si precisa extracción de sangre – bioquímica para nueva valoración del paciente y tratamiento sintomático si precisa.
 - Aparición de sangre no constatada anteriormente en las heces de cierta cuantía y repetida (≥ 2 deposiciones) avisar médico responsable o de guardia.
 - Presencia de vómitos repetidos o dolor abdominal que requiere la presencia de enfermera responsable,
- Con tratamiento en órdenes médicas, aplicar el tratamiento
- Sin tratamiento en órdenes médicas, avisar al médico responsable.
- Con tratamiento en órdenes médicas y persiste la clínica, avisar al médico responsable.
 - ¿Qué hacer ante la llegada de un coprocultivo – hemocultivo positivo?.
- Si el paciente tiene buena evolución clínica, comentar a su médico habitual durante el pase de visita.
- Si el paciente no ha mejorado o esta peor, avisará al médico responsable o al médico de urgencias.
 - ¿Qué hacer si existe alteración en constates habituales (temperatura $>39^\circ$, alteración de la conciencia, diuresis escasa $< 400\text{cc}$ por turno)?.
- Avisará a medico responsable o al médico de urgencias.
- Limpieza diaria de la habitación y del aseo.
 - Desinfección diaria de suelos y aseo con detergente desinfectante aldehído-catiónico por ejemplo Limoseptol® (glutaraldehído al 50%, glioxal al 40% y cloruro de benzalconio al 6,5%). El inodoro con desengrasante multilimpiador.

- Los utensilios que han estado en contacto con la piel del enfermo pero no de mucosas ni heridas se consideran que se debe realizar una desinfección de nivel bajo (termómetros, botellas, bacinillas. La desinfección de nivel baja tiene como objetivo destruir bacterias, hongos y virus de pequeño tamaño pero no es efectivo frente a esporas, micobacterias y pequeños virus lipídicos. Se sumergen en una solución (19 cc de agua y 1 cc de lejía) durante 20 minutos. Aclarar con abundante agua del grifo y secar minuciosamente con un paño. Los objetos que no se pueden sumergir se limpian con alcohol etílico con un paño. En caso de dudas consultar con su servicio de medicina preventiva.

3. Reintroducción de la alimentación

- Tras la mejoría clínica (descenso de las deposiciones, fiebre, dolor abdominal, etc.) se comenzara la alimentación oral, primero con líquidos en pequeñas cantidades, luego yogures, para continuar con arroz, jamón cocido, carne de pollo o pescado blanco al vapor, patata y manzana cocida, pan tostado, queso fresco, etc. Posteriormente se puede preparar alimentos a la plancha, y por último, alimentos con fibra (legumbres, verduras, ensaladas, frutas en general), grasas y frituras, leche, mermeladas, cacao, estimulantes tipo café o bebidas gasificadas.

4. Al alta

- Desinfección de la habitación y el inodoro según protocolo del servicio de Medicina Preventiva por ejemplo con Limoseptol® (glutaraldehído al 50%, glioxal al 40% y cloruro de benzalconio al 6,5%).
- En caso de infección por CD se debe aplicar medidas de desinfección terminal que incluye la desinfección de elementos comunes como mandos de televisión, cuerda de las persianas, manillas de puertas o lavar paredes
- Actuación de auxiliares

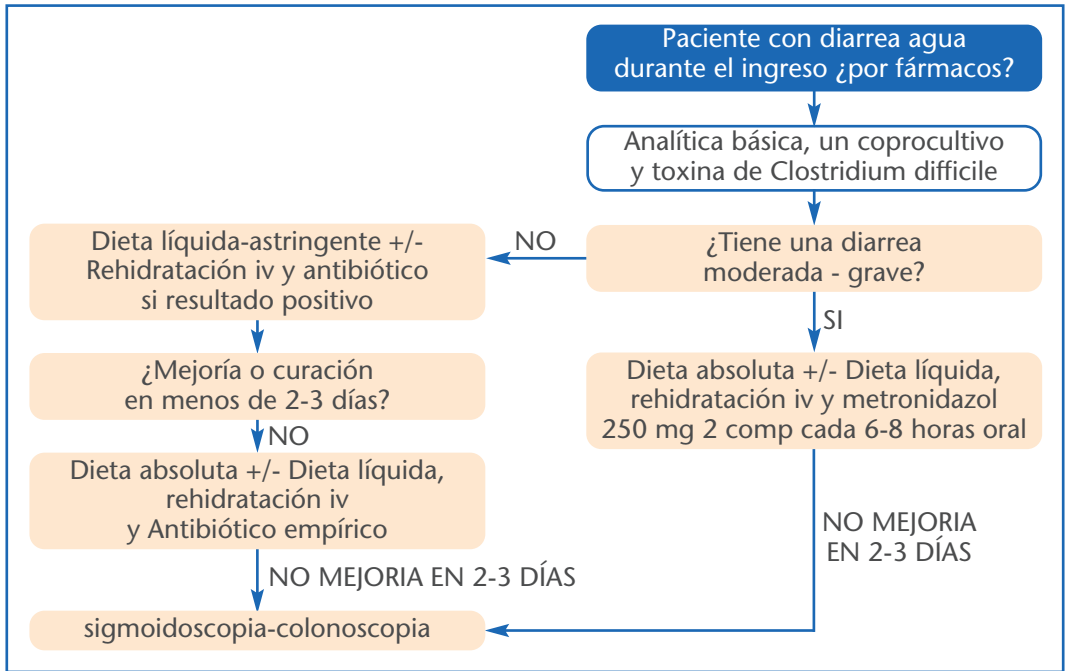
1. Protocolo de acogida general del paciente ingresado.

Normas generales

- Explicar al enfermo y su familia normas generales relacionados con sus enseres, aseo y donde depositar la ropa usada.
- Avisar a las limpiadoras y celadores de normas generales de autoprotección como utilización de guantes desechables cada vez que hay relación con un paciente y lavado frecuente de manos.
- Normas a lo hora de cambiar los pañales en caso de pacientes encamados y la ropa utilizada.
- Medidas para evitar la irritación perianal y las dermatitis por la diarrea sobre todo en pacientes mayores encamados. Se deberá secar bien la piel y posteriormente aplicar alguna crema protectora.

Anexo: Algoritmo diagnóstico y terapéutico de la diarrea aguda comunitaria.

FIGURA 2



Bibliografía

1. Casburn AC, Farthing MJC. Management of infectious diarrhoea. Gut 2004; 53:296-305.
2. Herranz Jordán B, Franco Lovaco A, Caballero Martínez F, Hernández Merino R. Variabilidad en la composición y aceptación de dos soluciones de rehidratación oral: limonada alcalina y Suerooral hiposódico. Rev Ped Aten Prim 1999; 2:59-72.
3. Pawlowski SW, Warren CA, Guerrant R. Diagnosis and treatment of acute or persistent diarrhea. Gastroenterology 2009; 136:1874-86.
4. Riddle MS, Arnold S, Tribble DR. Effect of adjunctive loperamide in combination with antibiotics on treatment outcomes in traveler's diarrhea: a systematic review and meta-analysis. Clin Infect Dis 2008; 47:1007-14.
5. Thielman NM, Guerrant RL. Acute infectious diarrhea. N Engl J Med 2004; 350:38-47.