Script: Manejo del Paciente con Cólera

SLIDE 1

El Objetivo de esta presentación es actualizar el manejo de pacientes con cólera durante la situación de epidemia en República Dominicana, especialmente de los pacientes con cuadros graves.

SLIDE 2

Como podemos apreciar estamos frente a un cuadro de deshidratación severa, los pacientes están muy graves, semiconscientes, con los ojos profundamente hundidos, y en uno de ellos apreciamos en su mano el signo de la lavandera. Seguramente los pacientes estarán taquicardicos, hipotensos y no orinan hace algunas horas.

Esta es la condición mas grave en la que llega un paciente con Cólera, la cual debemos evitar. Sin embargo, si llega en estas condiciones, con un adecuado manejo, podemos recuperarlo en pocas horas.

SLIDE 3

Entonces en una situación de epidemia de cólera, ante un paciente que nos llegue con historia de diarrea aguda acuosa, lo 1ro que debemos determinar es, en que grado de deshidratación se encuentra.

De esta manera podremos saber, si no esta deshidratado, si tiene algún grado de deshidratación o si tiene una deshidratación severa.

Como apreciamos en esta diapositiva, enumeramos 12 características que nos ayudan a definir el grado de deshidratación en la que llega nuestro paciente.

Les aconsejo, que repasen esta tabla con detenimiento.
Así, esta tabla nos permite reconocer unos datos adicionales a encontrar en deshidratción severa, como son, el hecho que el paciente es incapaz de beber, lo cual se puede deber, tanto al compromiso del estado de conciencia, como por la presencia de vómitos. Siendo esta última ocasionada por la acidosis metabólica que acompaña a la deshidratación severa. Además, se presenta una pérdida de la turgencia de la piel, que genera el signo del pliege que demora para regresar > 5 segundos, lo que generalmente, es inmediato en una persona hidratada.

SLIDE 4

Aquí presentamos un cuadro, que muestra como las muertes por cólera es mayor en los inicios de la epidemia, a pesar de no haber aún muchos casos. Veremos luego que se incrementa el número de casos y sin embargo el número de muertes disminuye.
¿Nos preguntaremos a que se debe esto?

SLIDE 5

Se debe a lo siguiente. Aquí apreciamos un cuadro característico de las primeras semanas de epidemia de cólera, donde no hubo tiempo de generar respuesta. Nota: este escenario es común en diferentes partes del mundo.

SLIDE 6

Es imposible ofrecer y monitorear un tratamiento adecuado, en esta confusión

Entonces, dentro de los diversos factores, que llevan a una mayor mortalidad en los inicios de la epidemia, mencionaremos a estos tres:

1. Inadecuada organización de los servicios
2. falta de preparación del personal de salud para una adecuada respuesta
3. Falta de una respuesta en el 1er nivel de atención

SLIDE 7

En este slide apreciamos, que en Perú en los 1ros dos años de epidemia, la respuesta del nivel comunitario y 1er nivel de atención, permitió atender al 60% de los casos, dejando solo al 40% de los casos, para ser atendidos en los hospitales. Esto es sumamente importante porque:
Muchos casos leves o moderados se resolvieron en el 1er nivel de atención.
Dejando a los hospitales, con los recursos humanos y materiales para atender los casos graves.

SLIDE 8

Para el tratamiento del Cólera, luego de determinar el grado de deshidratación, se ha establecido las siguientes recomendaciones.
Tres planes de Hidratación: Plan A, B, y C.
Así como, el uso de antibiótico para los planes B y C.

SLIDE 9

El Plan de hidratación A: se ha diseñado para administrar hidratación en casa o en las unidades de rehidratación oral comunitarias o UROs. Esta consiste en administrar Suero Oral, que permite compensar de una manera muy fisiológica, las pérdidas de agua y electrolitos que se produce a través de las diarreas.
La persona deberá continuar alimentándose, y de preferencia el niño lactante no deberá suspender su lactancia.
Sugerimos otra presentación que oriente, sobre la preparación y las ventajas del suero oral.

SLIDE 10

El Plan de hidratación B: se ha diseñado para administrar hidratación en el Puesto o Centro de Salud (UNAPs). Aquí son atendidos los pacientes que poseen algún signo de deshidratación, pero que no están en deshidratación severa.
Aquí la hidratación con suero oral, es vigilada por el personal de salud, y ante la presencia de vómitos continuos que incapacitan el beber, o se desarrolla algún otro signo de deshidratación severa, se decide pasar al Plan C.
Nota, en el Plan B, se debe de administrar antibióticos, conjuntamente con la administración del Suero oral.

SLIDE 11

El Plan de hidratación C: Se administra en el hospital, donde usualmente se hace en una Unidad de Tratamiento de Cólera, llamada UTC.
Este Plan está orientado al paciente con deshidratación grave, por lo cual la Hidratación es Endovenosa.

SLIDE 12

Por lo tanto, se debe de buscar un buen acceso venoso. El cual, solo se logra utilizando una aguja Nro 16 ó 18 y como no debemos demorarnos mucho en conseguir la vena, muy bien puede ser una vena en el pliegue del codo, pues el catéter solo estará horas y no días como en otras condiciones medicas.

SLIDE 13

Algunas veces es necesario canalizar dos vías, para conseguir pasar el volumen deseado.

SLIDE 14

¿Entonces como hacemos la hidratación en el plan C?

1ro: Elegiremos una solución adecuada, la cual es el Lactato de Ringer. Si no disponemos de esta (lo cual debe ser muy raro), utilizaremos Cloruro de Sodio 0.9%.

2do: procederemos a infundir dicha solución a la siguiente velocidad:

- en la 1ra hora: 50ml/kg, y luego en la 2da hora 25ml/Kg, y en la 3ra hora 25ml/Kg igualmente.

Entonces, si como ejemplo recibimos a una persona con deshidratación grave de 60Kg. Tendremos que utilizar: 50ml x 60 Kg, lo que nos dice administrar: 3,000ml o 3 lts en la 1ra hora, y luego 1,5 lts en la 2da hora y 1.5 lts en la 3ra hora. Es decir en total, debo de administrar 6 lts en las 1ras tres horas.
Como comprenderemos, si una persona es de 50 Kg o de 100Kg, sus necesidades serán muy diferentes.

SLIDE 15

¿Qué conseguimos con este tipo de hidratación tan intensa? ¿No será demasiado?

Bueno, para ejemplificar, consideraremos al ser humano como un recipiente, que normalmente contiene una cantidad normal de líquidos (ver la línea azul punteada) y que cuando tiene un cuadro de cólera severo, se produce una perdida intensa de líquidos, que hace descender esta línea hacia abajo (ver línea verde punteada), que es la condición en que llega nuestro paciente con deshidratación severa. En este sentido, cuando administramos el volumen de líquidos calculado anteriormente, vamos a buscar completar este déficit de líquidos, buscando llegar a la línea azul punteada. Sin embargo luego de administrar este

importante volumen de líquido solo habremos llegado a mejorar significativamente su hidratación, pero no la hemos completado, lo cual se debe a que durante estas tres horas, el paciente ha continuado perdiendo líquidos a traves de las diarreas, que de seguro han continuado

Sin embargo, lo que hemos logrado con esta hidratación intensa, ha sido:

1. Mejorar el estado de hidratación
2. Mejorar la acidosis, y como consecuencia de ello desaparecer o calmar los vómitos, y
3. Mejorar la diuresis (salvando así al riñón de esta persona)

SLIDE 16

¿Le pasare el mismo volumen a los ancianos, o a personas con comorbilidades?

Bueno, Quiero decirles, que los pacientes que mas mueren, son los ancianos, y las causas, mas frecuentes son Shock hipovolemico y Falla Renal Aguda, lo cual precisamente se debe a una insuficiente hidratación.
Por lo tanto, la hidratación debe de ser a la misma velocidad, tanto en los ancianos como en otras comorbilidades, y para disminuir el riesgo de ICC, deberemos usar camillas reclinables, para realizar la hidratación intensa en estos pacientes, en posición semisentados.

SLIDE 17

Otras complicaciones además del Shock hipovolémico y la falla renal Aguda, son trastornos electrolíticos o problemas de sobrehidratación que pueden llevar al edema agudo de pulmón. Los cuales se deben, a la persistencia de la hidratación endovenosa con mayores volúmenes y por mayor tiempo.

SLIDE 18

¿Entonces como evitaremos esto?
Esto se evita, pasando lo más pronto posible a una Hidratación Oral Vigilada.
Así, luego de la desaparición de los vómitos y estabilización conseguida con la fase de hidratación endovenosa intensa. Situación que se logra a la segunda o tercera hora de la admisión del paciente, pasaremos a :

1. Sentar al paciente
2. Administrar antibioticoterapia, e
3. Iniciar H. O. vigilada con suero oral.

Nuevamente les menciono, que el suero oral (preparado con las sales de rehidratación oral), es la forma mas fisiológica y por lo tanto inocua para rehidratar a una persona.
Nunca sobre hidrataremos a nadie, y nunca ocasionaremos desequilibrios electrolíticos.

SLIDE 19

¿Qué consideramos hidratación oral vigilada?
Esta consiste de:
1. Ofrecer una jarra de un litro de Suero Oral y un vaso.
2. Disponer de un reloj de pared.

3. Una enfermera que controla y motiva permanentemente al paciente adulto a que tome un litro de Suero oral por hora, y en el caso de los niños, será proporcional a su peso.
4. Que los pacientes se sienten alrededor de una mesa, para animarse a estar despiertos, y motivarse a la toma del Suero Oral.

Si el paciente toma el Suero oral en su cama o en una silla al costado de su cama, es mas difícil vigilar el cumplimiento de la toma del suero oral, y por el contrario termina durmiéndose, lo que ocasiona que luego de un par de diarreas, se ingrese nuevamente a una deshidratación severa, y se requiera de mas líquidos endovenosos, ingresando en una fase de riesgo de complicaciones electrolíticas, de perturbación de sus comorbilidades o sobrehidratación.

SLIDE 20

El sueño perturba la rehidratación oral

SLIDE 21

Ahora regresamos a nuestro recipiente anterior
Y veremos en el cuadro superior derecho, lo que hemos conseguido, con la Hidratación oral vigilada:

1. Completar la rehidratación
2. Mantener y/o recuperar el equilibrio A-B
3. Evitar sobrehidratación, y
4. Evitar complicaciones electrolíticas

SLIDE 22

Nota: Sí bien, es importante pasar temprano a una hidratación oral vigilada.
Si el paciente no esta estabilizado hemodinámicamente, no apresure la Hidratación oral vigilada. Especialmente si disponemos de soluciones endovenosas,

SLIDE 23

De acuerdo a lo mencionado, el Plan B y C, requiere que se administre antibióticos.

La utilidad del uso de antibióticos consiste, en disminuir el volumen de diarreas en las horas, facilitando así la hidratación (ya que se estarían limitando las perdidas). Esto nos permitirá tomar una decisión de alta más segura, evitando que nuestro paciente reingrese nuevamente por deshidratación.
Por ello, no olvidarse administrar el antibiótico, apenas se inicie la rehidratación oral vigilada.

Los antibióticos sugeridos para la actual epidemia que afecta en 2010-11 nuevamente nuestra región de las Américas, se señala en el cuadro. Diferenciándose la indicación para adultos, niños menores de 8 años y embarazadas o mujeres lactando.

SLIDE 24

El cólera es una enfermedad aguda, que muy rápido puede ocasionar muertes, pero si es adecuadamente tratada, muy rápido puede controlarse en una persona.

Así es sorprendente que un paciente que llega en deshidratación grave o shock hipovolemico, podría compensarse e irse de alta caminando por sus propios medios tan temprano como en 8 horas.

En este grafico, de escala de 9 horas, mostramos como el paciente recibe hidratación endovenosa las 3 1ras horas, toma de antibióticos en la 2da hora, conjuntamente con el inicio de la hidratación oral vigilada, lográndose de esta manera que el volumen de las diarreas no incremente e inicie su descenso, así como que la diuresis se restablezca. No dando oportunidad a la presencia de complicaciones.
Si esto es así, una proporción importante de pacientes, pueden estar en condiciones de alta a partir de las 8 horas. De cualquier manera, se considera óptima una permanencia promedio en la UTC menor de 24 hs.

SLIDE 25

Al momento del alta, se deben cumplir todos los siguientes criterios:

1. Paciente no presenta signos de deshidratación.
2. Volumen de diarrea escaso (una diarrea en las últimas dos horas).
3. Tolerando adecuadamente la vía oral.
4. Condiciones generales buenas (comorbilidades compensadas).
5. Sin condiciones sociales de riesgo (tiene familiar y esta informado).
6. Entregar sobres de SRO en cantidad suficiente para dos días (5 sobres).
7. Educar en reconocimiento de signos de alarma

SLIDE 26

Los signos de alarma son los siguientes:

1. Aumento en el número de evacuaciones
2. Vomita todo lo que ingiere
3. Orina poco o no orina.
4. Disminución del reflejo de succión (lactante)
5. Letárgica o inconsciencia
6. Convulsiones

SLIDE 27

En relación a la comorbilidad asociada que traen algunos pacientes, quiero referir que en la admisión del paciente, el COLERA tiene la prioridad del manejo, pues por ello puede morir. Sin embargo conforme pasen las horas la procupación del cólera disminuye y crece la preocupación y los cuidados de la comorbilidad.

Considere los siguientes consejos:

1. Un tratamiento efectivo del cólera, evita que la comorbilidad se descompense.
2. Un buen manejo del cólera, logra un tratamiento exitoso del paciente con comorbilidad.

3. Una vez que el paciente haya completado los criterios de alta del cólera. Considerar lo siguiente:
    1. Sí, la comorbilidad esta compensada: sale de alta
    2. Sí, la comorbilidad esta descompensada: debe de pasar al servicio correspondiente, para su manejo especializado.

SLIDE 28

En relación a los traslados o transferencias:

1. Se considera que los pacientes deben ser tratados en el Centro de Salud donde ha sido diagnosticado, su traslado puede poner en riesgo la vida del paciente.
2. deberán trasladarse los pacientes solo en casos muy especiales, tales como Falla Renal Aguda, o comorbilidades descompensadas.

SLIDE 29

Por ultimo mostramos la organización de una Unidad de Terapia de Cólera, sobre la que descansa todo el manejo señalado anteriormente.

- 1ro debe tener un acceso próximo a la calle.
- 2do una camilla (preferentemente rodante) siempre libre, dispuesta a recibir a un paciente grave.
- 3ro camillas, fijas para completar la hidratación endovenosa las 1ras 2 o 3 horas.
- 4to una mesa, sillas, reloj que faciliten la hidratación orla vigilada.
- 5to una área de preparación de Suero oral.
- 6to una área de pequeño almacén de insumos
- 7mo una área de desecho de material contaminado y otros desechos
- 8vo un área de baños.

NOTA: No debe de permitirse alimentos, ni bebidas diferentes al suero oral, en la UTC.

SLIDE 30

Muchas gracias, y me despido con el cariño de haber compartido la experiencia peruana en la respuesta contra el cólera en Republica dominicana. Como países hermanos respondemos juntos.