



**Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades
Departamento Enfermedades Transmisibles**

Protocolo de Atención de Pacientes con Cólera

**Ministerio de Salud
2010**

I. INTRODUCCIÓN

El cólera es una infección diarreica aguda causada por la ingestión de alimentos o agua, contaminados con el bacilo *Vibrio cholerae*.

Desde 1997 en Chile no se registran casos de cólera. Los últimos casos correspondieron al brote de San Pedro de Atacama, Región de Antofagasta, con 23 casos a fines de 1997 y comienzos de 1998.

En Octubre de 2010 se inicia en Haití un brote importante de casos de diarrea aguda, demostrándose como agente *Vibrio cholerae* O:1 serotipo Ogawa en las muestras de deposiciones de pacientes hospitalizados por diarrea aguda.

Ante esta situación y dado el riesgo de reintroducción del cólera a otros países de la región, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha recomendado a los estados miembros redoblar los esfuerzos de vigilancia de las diarreas, actualizar los planes de preparación y respuesta e implementar las medidas de prevención y promoción de la salud apropiada.

El cólera es una infección aguda intestinal que en la mayoría de los casos es asintomática o produce cuadros leves. Los cuadros severos de cólera se caracterizan por diarrea profusa y vómitos que conducen rápidamente a la deshidratación por pérdida de volumen y los casos no tratados pueden evolucionar al shock hipovolémico y finalmente muerte. El pilar del tratamiento es la reposición de volumen.

Las siguientes recomendaciones tienen como objetivo optimizar el manejo de pacientes **con sospecha de diarrea por *Vibrio cholerae*** en nuestro país. Incluye la definición de caso sospechoso y confirmado, los criterios para diagnóstico, las recomendaciones de manejo terapéutico y las que tienen relación con el manejo de enfermería y aquellas tendientes a reducir la transmisión nosocomial de este agente infeccioso.

II. DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO Y CONFIRMADO

II A. Caso Sospechoso: Toda persona que presente diarrea acuosa y profusa ("heces en agua de arroz") de inicio brusco, con algún grado de deshidratación compatible con el cuadro clínico.

II B. Caso Confirmado: Caso sospechoso confirmado por el Instituto de Salud Pública.

Muchas de las infecciones diarrea severa por cólera se caracteriza por el inicio brusco de los síntomas.

III. MANEJO CLINICO

El objetivo principal e inmediato del manejo clínico de pacientes con Cólera, es la hidratación y la reposición de electrolitos.

Para ello es básica una adecuada evaluación clínica para definir y establecer el grado de deshidratación.

En todo paciente que cumpla la definición de caso sospechoso debe realizarse:

III A. Evaluación de grado de hidratación:

Definir el grado de deshidratación según se describe en la tabla N°1 para iniciar la hidratación y reposición de electrolitos, ambulatoria u hospitalizado, según corresponda y solicitar exámenes de laboratorio según la indicación del médico tratante.

Tabla N°1 Signos Clínicos de Deshidratación

Signos clínicos	Deshidratación leve	Deshidratación moderada	Deshidratación severa
Perdida de fluidos	Menos del 5%	5 – 10%	Mas del 10%
Pulso			
Frecuencia	normal	rápido	muy rápido
Intensidad	normal	débil	Muy débil
Respiración	normal	profunda	Profunda y rápida
Presión sistólica	normal	baja	Muy baja
Elasticidad de la piel	Retracción rápida	Retracción lenta	Retracción muy lenta
Ojos	normal	hundidos	Muy hundidos
Voz	normal	ronca	No audible
Diuresis	normal	disminuida	Oliguria franca

En cualquier grado de deshidratación es importante evaluar la tolerancia oral del paciente para definir la vía de administración de las soluciones de rehidratación.

III B. Toma de muestra para coprocultivo

Deposición fresca o muestra obtenida por hisopado rectal. La muestra debe ser transportada al laboratorio en un medio especial (Cary Blair) y sembrada en un medio especial (TCBS).

III C. Indicación de Hospitalización

Está recomendada para pacientes con deshidratación severa o moderada con intolerancia oral, que impida la hidratación por esta vía y que requieran hidratación intravenosa.

III D. Hidratación

La rehidratación debe realizarse en dos fases. Una primera fase rápida que debe ser completada en las primeras 4 horas. El propósito es restaurar el estatus de hidratación normal. Se continuará con una hidratación de mantención de acuerdo a las pérdidas, mientras persista la diarrea con el objetivo de mantener una hidratación normal.

Debe preferirse la rehidratación por vía oral en aquellos pacientes que la toleren. La hidratación intravenosa está reservada solo para pacientes con hidratación moderada o severa o aquellos con intolerancia oral.

Hidratación oral en pacientes con diarrea sin deshidratación

- Niños menores de 2 años
50 a 100 ml después de cada deposición líquida
- Niños entre 2 a 9 años
100-200 ml después de cada deposición líquida
- Niños mayores de 10 años
Administrar según tolerancia sobre 2000 ml

Hidratación oral en pacientes con diarrea y deshidratación moderada

Administrar en las primeras 4 horas: 50 a 100 ml/kg

En los menores de 4 meses alternar SRO (2/3 del volumen total calculado) con agua pura (1/3 del volumen total)

Hidratación parenteral en pacientes con diarrea y deshidratación severa

Registrar el balance hídrico de pérdidas e ingresos, monitoreo de signos vitales y medición de diuresis.

Preferir solución Ringer lactato para la reposición de volumen.

- 30ml/Kg administrados en los primeros 30 minutos
- Continuar 100ml/Kg/hora administrados en 3 horas. En niños menores de 1 año administrar en 6 horas
- Administrar un total de 200ml/Kg en las primeras 24 horas

Reevaluar grado de hidratación y tolerancia, continuar con fase de mantención idealmente con hidratación oral, reponiendo según las pérdidas mientras persista la diarrea.

Si no dispone de solución Ringer lactato, hidratar con solución fisiológica aportando además bicarbonato de sodio para corregir pérdidas.

III E. Tratamiento con Antimicrobianos

Los antimicrobianos tienen un rol muy secundario en el tratamiento del cólera y **sólo están indicados para los casos graves con deshidratación severa.**

Ayudan a reducir el volumen de las deposiciones, acortan el período de síntomas y excreción bacteriana. La cepa causante del actual brote en Haití ha demostrado ser susceptible a doxiciclina y también a ciprofloxacino y macrólidos.

Tratamiento de elección:

Adultos:	Doxiciclina 300 mg. oral por una vez.
Niños menores de 8 años:	Azitromicina 10 mg/Kg. por vía oral por 3 días
Niños mayores de 8 años: por 1 vez	Doxiciclina 4 mg/ kg (máx 300 mg) por vía oral
Embarazadas:	Azitromicina 500 mg. por vía oral por 3 días

Tratamiento alternativo:

Adultos:	Ciprofloxacino 1 gr. por vía oral por una vez Azitromicina 500 mg. por vía oral por 3 días
Niños:	Ciprofloxacino en dosis única de 20mg/Kg de peso

El tratamiento médico precoz con adecuada reposición de volumen, reduce considerablemente la mortalidad alcanzando tasas de letalidad inferiores al 1%.

IV. Medidas de Prevención Nosocomial

Aplicar las precauciones estándar:

- Lavado de manos con agua corriente y jabón o, si las manos están visiblemente limpias, higiene de manos utilizando una solución de alcohol.

- Antes y después de atender al paciente
- Siempre después de retirarse los guantes usados en la atención
- En un mismo paciente después tocar secreciones o fluidos
- Cada vez que las manos se contaminen con secreciones o fluidos

Aplicar Uso de precaución de contacto:

- Uso de barreras de protección:
- Guantes de procedimientos cada vez que se prevea contacto con secreciones o fluidos corporales.
- Pechera impermeable para realizar procedimientos, cada vez que se prevea salpicaduras o derrames de secreciones o fluidos corporales.

Habitación:

- El paciente puede compartir habitación con otros pacientes.
- Considerar habitación individual como medida de comodidad en los casos que sea difícil contener vómitos o diarrea o pacientes con compromiso importante del estado general a fin de facilitar la atención y cuidados.

Aseo del paciente:

- Programar frecuencia de acuerdo a las necesidades propias de cada paciente.
- Deposiciones, vómitos, secreciones, eliminar en el sistema de alcantarillado, sin manipular. No requieren desinfección previa.
- Eliminar insumos de aseo en basura convencional.

Ropa de cama:

- Retirar en bolsa plástica impermeable y someter a lavado habitual con agua caliente y detergente.

Insumos y equipos médicos:

- De uso individual, mantener limpios y secos.

El ambiente inmediato de los pacientes será sometido a aseo según la normativa local. El aseo por arrastre con agua y detergente es suficiente.

Las personas que visiten al paciente aplicarán las precauciones estándares ya mencionadas.

IV. Manejo de los contactos

Se entiende por **contacto**, aquellas personas que comparten los alimentos, agua contaminada y el alojamiento con un paciente de cólera.

Vigilar los contactos del caso índice durante cinco días a partir de su última exposición.

La quimioprofilaxis para contactos intrafamiliares de casos de cólera no ha demostrado ser útil, sin embargo pudiese ser considerada en áreas geográficas de alta transmisibilidad de la infección siempre junto a otras medidas de prevención.

V. Notificación de casos:

Todo caso sospechoso debe ser **notificado de inmediato** a la SEREMI de Salud, correspondiente por la vía más expedita y desde ésta al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, según lo estable el Decreto Supremo N°158 del 22 de octubre de 2004.

La notificación vía telefónica o fax no invalida la que debe hacerse una vez confirmado el caso en el formulario ENO.