

Transcripción

Cómo combatir el cólera: Primera parte

En enero de 1991, el cólera epidémico apareció en Perú y rápidamente se diseminó a otros países de América Latina. Hace siglos que el cólera es un problema importante en otras partes del mundo. En estos últimos años, se presentaron epidemias de cólera en algunas partes de Asia y en muchos países de África. Ahora es un problema en este hemisferio.

Aquí, en Guayaquil, Ecuador, traen en automóvil o ambulancia a los pacientes con cólera para que reciban tratamiento. Para cuando esta paciente llegó al hospital, había perdido el 10% de su peso corporal por la diarrea y los vómitos. En esta mujer de 50 kilogramos, esto llega a ser 5 litros. Ella está en estado de shock, no se puede parar, ni siquiera sentarse. La piel perdió su turgor normal. Tiene los ojos hundidos. Tiene la boca y la lengua secas, salvo que recién haya vomitado. Esta paciente está consciente y no perdió la orientación, pero tiene embotamiento mental. No tiene pulso radial y su pulso braquial es débil. Es posible que el cólera reduzca a una persona a tal estado en unas pocas horas, pero habitualmente demora entre 12 y 18 horas. En casos extremos, los pacientes pueden perder la consciencia y estar cerca de la muerte. Si el agua y las sales que se perdieron por la diarrea se reemplazan con prontitud, se asegura la supervivencia. Esta misma mujer joven ahora está bien. Con el tratamiento adecuado, los pacientes con cólera se recuperan rápidamente.

Cuando el cólera ataca zonas en que los médicos no conocen los métodos modernos de tratamiento, mueren muchas personas. Los índices de mortalidad excedieron el 30% en algunas poblaciones. Esta innecesaria pérdida de vidas crea pánico, lo cual interfiere seriamente con la aplicación de medidas eficaces de control. Con el tratamiento adecuado, incluso los pacientes muy graves pueden salvarse y se evita el pánico.

La mayoría de las personas infectadas con la bacteria del cólera padecen diarrea leve o no tienen ningún síntoma. Solamente alrededor del 7% de las personas infectadas con el biotipo El Tor de la bacteria del cólera presentan un cuadro que requiere tratamiento en un centro de salud, pero estos casos son el mayor desafío para el médico.

Los pacientes con cólera llegan al centro de salud refiriendo diarrea que es acuosa y profusa, vómitos y, a menudo, calambres severos en las piernas como consecuencia de la alteración de los electrolitos. Los pacientes tienen signos de deshidratación: la piel vuelve lentamente cuando se la pellizca, los ojos están muy hundidos y la boca y la lengua están secas, salvo que el paciente haya vomitado o bebido algo recientemente. Los dedos de los pies y las manos están arrugados y fríos. Por lo general, los pacientes tienen mucha sed y beben con ansias. No obstante, es posible que los pacientes gravemente deshidratados no puedan beber nada. Habitualmente, los pacientes están inquietos e irritables, pero los pacientes gravemente deshidratados pueden estar aletargados o, incluso, inconscientes. Es necesario tomar el pulso y la presión sanguínea. El pulso es rápido y débil, o no es detectable en los casos de deshidratación grave. La presión sanguínea es muy baja o no se la puede detectar. La reposición rápida

de los fluidos y las sales que se perdieron evita la muerte y es el objetivo principal del tratamiento. Los pacientes deshidratados que pueden sentarse y beber deben recibir solución de rehidratación oral de inmediato y se debe estimularlos a beber. Si el paciente ha estado vomitando, la solución de rehidratación oral es generalmente eficaz. Aunque el paciente vomite durante el tratamiento, habitualmente es más la solución que se absorbe que la que se vomita.

La solución de rehidratación oral se prepara mezclando agua con una combinación especial de sales y azúcar. Las sales reemplazan el sodio, el potasio y el bicarbonato perdidos a causa de la diarrea. El azúcar ayuda a que el sodio y el agua se absorban con rapidez. Si es posible, la solución debe prepararse con agua que haya sido tratada con cloro o hervida. Sin embargo, la falta de agua limpia no debe impedir que los trabajadores de la salud administren este fluido que salva vidas. Es importante ofrecer la solución de rehidratación oral con frecuencia al paciente, medir la cantidad que bebió y medir los fluidos perdidos en forma de diarrea y vómitos.

El catre colérico, que tiene un agujero en el medio, constituye un método práctico para recoger heces líquidas, ya que las canaliza hacia un receptáculo debajo del catre.

En los pacientes con deshidratación moderada, se debe volver a evaluar la hidratación después de 1 hora de terapia y cada 1 ó 2 horas después, hasta que la rehidratación sea completa. El paciente está adecuadamente rehidratado cuando el turgor de la piel es normal, la sed cedió, el pulso es fuerte y la persona pudo orinar.

Se debe permitir que el paciente beba agua común además de la solución de rehidratación oral. Si se lo mantiene en la instalación de salud por más de seis horas, se debe ofrecer comida al paciente una vez que hayan parado los vómitos.

Los pacientes con deshidratación grave, estupor, coma, vómitos incontrolables o fatiga extrema que impida beber deben ser rehidratados por vía intravenosa. A los pacientes que puedan beber un poco, dé solución de rehidratación oral mientras se organiza el goteo.

La colocación de una aguja grande, calibre 18, es necesaria para lograr el flujo adecuado. En casos poco frecuentes, se necesita administrar la infusión en dos venas. La solución de lactato de Ringer es la mejor opción para la deshidratación grave. Si no se dispone de ella, es aceptable la solución salina normal o la solución salina seminormal (al 0,45%) con 5% de glucosa.

NO debe usarse solución de glucosa normal (dextrosa) porque carece de las sales necesarias.

La terapia intravenosa la deben administrar únicamente personas con experiencia y usando agujas, sondas, frascos y líquido que sean estériles. Para una persona de 60 kilogramos, a menudo es necesario dar 2 litros de fluido en los primeros 30 minutos de tratamiento. Es útil marcar el frasco para ver el nivel al que el líquido debería bajar en un lapso especificado. Los pacientes con una deshidratación que ponga en riesgo su vida deben ser evaluados nuevamente después de los primeros treinta minutos de tratamiento. Se debe continuar la terapia intravenosa rápida hasta que se encuentre un pulso radial fuerte. Los pacientes deben luego ser evaluados cada 1 ó 2 horas para determinar que el fluido se esté

administrando a la velocidad adecuada. No vuelva a utilizar las mismas agujas ni juegos de infusión intravenosa para otro paciente.

Todos los pacientes también deben tomar solución de rehidratación oral tan pronto puedan beber sin dificultad. Después de tres horas, la mayoría de los pacientes están rehidratados por completo. Pueden beber y ya no necesitan la aplicación de fluido por vía intravenosa. La pérdida de fluidos que continúa puede entonces ser tratada con solución de rehidratación oral. Detener la infusión intravenosa cuando el paciente puede beber y ya no está gravemente deshidratado evitará la sobrehidratación, la trombosis venosa y la sepsis. Si no hay equipo intravenoso disponible, o si los médicos no tienen pericia en su administración, los pacientes con deshidratación grave pueden recibir solución de rehidratación oral administrada mediante sonda nasogástrica por trabajadores capacitados. En un cuadro simple, se deben registrar el volumen de heces y vómitos y el volumen de solución de rehidratación oral y fluido intravenoso administrado. Los pacientes con cólera pueden purgar más de un litro de fluidos por hora. La diarrea característica del cólera, con aspecto de agua de arroz, es un fluido acuoso de color amarillo pálido con un olor ligeramente a pescado, no de naturaleza fecal. Una vez que se haya iniciado la rehidratación, puede realizarse un hisopado rectal para hacer un diagnóstico de laboratorio. El hisopo se coloca en medio de Cary-Blair y se transporta a temperatura ambiente al laboratorio para cultivarlo en medio de TCBS.

Los antibióticos administrados por vía oral reducen el volumen y la duración de la diarrea. Usar antibióticos inyectables no representa ninguna ventaja y, además, son costosos. La terapia con antibióticos puede iniciarse una vez que los vómitos hayan parado.

Los antibióticos que se recomiendan actualmente incluyen tetraciclina, doxiciclina, azitromicina, eritromicina y ciprofloxacina. No se debe dar ningún otro medicamento para tratar la diarrea o los vómitos.

En algunos lugares, la bacteria del cólera ha desarrollado resistencia a determinados antibióticos, por lo que deben supervisarse los patrones de resistencia en cada área afectada.

Es importante recordar que el cólera puede tratarse satisfactoriamente con solamente el reemplazo de fluidos si no se dispone de antibióticos.

Los trabajadores de hospitales que atienden a pacientes con cólera o que manejan sus fluidos o ropa de cama no deben temer por su seguridad. Ellos casi nunca se enferman con cólera. La transmisión de la bacteria del cólera directamente de una persona a otra es muy poco frecuente. Lavarse las manos con jabón después de tocar áreas contaminadas evita que las manos contaminen los alimentos, donde el microorganismo podría crecer. La ropa de cama y el equipo del paciente pueden desinfectarse mediante los procedimientos de lavado y limpieza de rutina. Si el sistema de aguas servidas del hospital no está tratado, las heces pueden descontaminarse tratándolas con creosol o Lysol.

Cuando el paciente se esté recuperando, se lo puede instruir a este y a sus familiares acerca de las formas de prevenir la transmisión del cólera y otras enfermedades diarreicas. Todos deben lavarse las manos después de defecar y antes de preparar o comer alimentos. Se puede hacer que el agua sea

segura para beber al hervirla o tratarla con cloro en la casa. Los mariscos y otros frutos de mar deben estar bien cocinados. Cualquier alimento cocinado sobrante debe ser recalentado antes de comerlo.

En las zonas remotas pueden establecerse centros de tratamiento en el campo. Es posible administrar una terapia satisfactoria con suministros simples. Los únicos y verdaderos elementos esenciales para el tratamiento del cólera son una persona con experiencia en evaluar las pérdidas de fluidos y reemplazarlos, las soluciones orales e intravenosas adecuadas y las sondas y las agujas con las que administrar los fluidos intravenosos.

Para recapitular sobre los aspectos importantes de la terapia.

El paciente es evaluado rápidamente al ingresar al centro de tratamiento.

Se ofrece terapia de rehidratación oral de inmediato a todos los pacientes.

En el caso de los pacientes gravemente deshidratados, se inicia terapia intravenosa de inmediato.

Los signos de deshidratación incluyen pérdida del turgor de la piel, ojos hundidos y boca seca.

La ausencia de pulso periférico y presión sanguínea indica shock.

Es esencial dar las cantidades adecuadas de solución de rehidratación oral o solución intravenosa.

El grado de deshidratación debe volver a evaluarse con frecuencia en las primeras horas de tratamiento. En la supervisión del tratamiento, es importante hacer un registro de los fluidos perdidos en forma de diarrea y vómitos, como también de los fluidos administrados.

Pueden usarse antibióticos para reducir la cantidad y la duración de la diarrea. Con la terapia apropiada, más del 99% de los pacientes se recuperan.

Aunque el cólera puede ser una enfermedad grave, ya no es una enfermedad temible. A menudo, se la puede prevenir con medidas higiénicas sencillas. Cuando las personas contraen cólera, el tratamiento apropiado garantiza que casi todas se recuperen.

13 minutos