

COMUNICACIÓN

Cómo tratar el cólera en las gestantes y puérperas

MSc. Dr. José Antonio González Acosta¹
Dr. Rogelio Pentón Depestre²

RESUMEN

En este artículo se hace una alerta roja sobre una posible epidemia de cólera en Cuba, teniendo en cuenta la gran cantidad de cooperantes que regresan a la Patria, y que provienen de zonas endémicas donde la epidemia es un hecho que ha cobrado muchas vidas. Se hace una reseña de la enfermedad y su posible tratamiento de la forma más esquematizada posible; se explican las estrategias nacionales para la prevención del fenómeno y, de instaurarse, cómo combatirlo de la forma más efectiva.

DeCS:

COLERA/epidemiología
PREVENCION DE ENFERMEDADES
ESTRATEGIAS NACIONALES
MUJERES EMBARAZADAS
PERIODO DE POSPARTO

SUMMARY

In this article, a red alert about a possible cholera epidemic in Cuba is raised; taking into account the large number of collaborators who are returning to the country coming from regions where the disease is endemic and the epidemic has claimed many lives. A review of the disease and its possible treatment is made in the most schematic possible way. The strategies for the prevention of the phenomenon are explained, as well as the most effective way of combating the disease, in case it appears.

MeSH:

CHOLERA/epidemiology
DISEASE PREVENTION
NATIONAL STRATEGIES
MUJERES EMBARAZADAS
POSTPARTUM PERIOD

Siguiendo las orientaciones del Viceministerio de Asistencia Médica del Sistema de Salud en Cuba, y en concordancia con el Programa Materno Infantil Nacional, existe una alerta roja sobre una posible epidemia de cólera en el país, teniendo en cuenta la gran cantidad de cooperantes que regresan a la Patria provenientes de zonas endémicas, donde la epidemia es un hecho que ha cobrado muchas vidas; se han diseñado estrategias nacionales para la prevención del fenómeno, y de instaurarse, poder combatirlo de la forma más efectiva, por lo que nos motivamos a hacer esta breve reseña de la enfermedad y esquematizar lo más prácticamente posible su tratamiento.

El cólera es una enfermedad infecciosa aguda específica del hombre, que es causada por la bacteria *vibrio cholerae*, y sus manifestaciones clínicas se deben a las enterotoxinas producidas por la misma en el intestino delgado del huésped susceptible.^{1,2} Sus formas clínicas evolucionan desde deshidrataciones ligeras, diarreas voluminosas, hasta pérdidas masivas de electrolitos que conllevan al shock, y a la muerte.¹⁻³ Dicha enfermedad es originaria de la India¹ y ha causado siete pandemias importantes en los últimos dos siglos.² El vibrión del cólera es un microorganismo Gram negativo que crece en condiciones aerobias a 37 grados centígrados, es fácilmente observable en un frotis con tinción de Gram en las excreciones de pacientes enfermos de cólera.^{4,5} Existen dos biotipos de *vibrio cholerae*, el clásico y la cepa conocida por Tor; este último resulta más resistente y con mayores posibilidades de causar un estado de portador en el hombre.^{5,6} Es necesario señalar que la especie humana es la única que sirve de hospedero y víctima del *vibrio cholerae*; su período de incubación puede durar desde 12 horas hasta siete días.⁶⁻⁸

La mayor parte de las epidemias importantes de esta enfermedad se han transmitido por el agua, aunque la contaminación directa de los alimentos es un elemento muy importante a tener en cuenta como vía de diseminación.^{6,7} Conducta a seguir en gestantes y púerperas consideradas casos sospechosos o confirmados de cólera:⁸

- Ingreso en sala de aislamiento
- Notificación de caso
- Encuesta epidemiológica
- Análisis complementarios
- Toma de muestra para estudio microbiológico
- Interrogatorio, examen físico general y por aparatos
- Evaluación del estado de hidratación según la clínica:
 - A) Hidratado: estado de conciencia normal, ojos normales, lengua húmeda, sin sed, pliegue cutáneo de recuperación inmediata.
 - B) Algún grado de deshidratación: intranquilidad, irritabilidad, ojos hundidos, lengua seca, sed, la paciente bebe ávidamente, pliegue cutáneo de recuperación lenta.
 - C) Deshidratación grave: hipotónica, letárgica, inconsciente o comatosa, ojos hundidos, lengua muy seca, es incapaz de beber, pulso radial débil o ausente, pliegue cutáneo de recuperación lenta, más de cinco minutos.

Evaluación

No presenta signos de deshidratación -A-

Si presenta dos o más signos en B, la paciente tiene algún grado de deshidratación

Si presenta dos o más signos en C, se clasifica como deshidratación grave

El estado comatoso indica shock hipovolémico

Tratamiento

Seguir el tratamiento del plan A

Pesar la paciente y seguir el tratamiento del plan B

Pesar la paciente y seguir urgentemente el tratamiento del plan C

Plan A de tratamiento

- a) Aumentar la administración de agua hervida
- b) Continuar la alimentación de la paciente
- c) Administrar sales de rehidratación oral (SRO), toda la cantidad que desee (4 litros/día)
- d) Si presenta vómitos, esperar 10 minutos y comenzar con sorbos pequeños hasta tolerarlas
- e) Continuar con líquidos hasta que ceda la diarrea
- f) Tratamiento antibiótico con azitromicina 1gr, vía oral (dosis única)

Plan B de tratamiento

- a) Administrar sales de rehidratación oral 800ml/h por un período de cuatro horas
- b) Si presenta vómitos, esperar 10 minutos y comenzar con sorbos pequeños hasta tolerarlo
- c) Tratamiento antibiótico con azitromicina 1gr vía oral (dosis única)
- d) Cada hora:
 - Evaluar cambios en el estado del paciente (deshidratación, diuresis)
 - Si presenta vómitos frecuentes, evaluar el plan C de tratamiento
- e) Después de cuatro horas
 - Evaluar el estado de la paciente según evolución y ajustar el tratamiento según plan A, B ó C
 - Incorporar alimentos y otros líquidos
 - Registrar entrada y salida de líquidos para ajustar su administración.

Plan C de tratamiento

Es una urgencia médica que necesita la administración rápida de fluidos por vía endovenosa.

Canalizar vena periférica con catéter 16G ó 18G.

Si donde se encuentra la paciente no se logra acceso vascular, pero se encuentra a menos de 30 minutos de un centro médico, se envía la enferma de inmediato para canalizar la vena. Si la gestante puede beber, se le administra SRO durante el viaje mediante jeringa, o sonda nasogástrica a razón de 800 a 1000ml/h.

Si la paciente presenta vómitos, disminuir el ritmo de infusión.

No usar sonda nasogástrica en paciente comatosa.

Por vía endovenosa se administran 150ml/kg/h de Ringer lactato y, si no hay disponibilidad de éste, se usa solución salina fisiológica al 0.9%. No usar dextrosa.

Ringer lactato 150ml/kg/ para 24 horas

1ra hora -50ml/kg

2da hora -25ml/kg

3ra hora -25ml/kg

Evaluación horaria las primeras cinco horas; posteriormente, se evalúa cada tres horas para ajustar la administración de líquidos según el estado de deshidratación de la aquejada.

En caso de shock, administrar Ringer lactato a 30ml/kg en 30 minutos; si el pulso radial permanece débil o no detectable, se aumenta la velocidad de infusión y se continúa con 70ml/kg en cinco horas; se inicia lo antes posible la administración de SRO

Tratamiento antibiótico:

En caso de no poderse utilizar la vía oral.

Ciprofloxacino 200mg intravenoso IV cada 12 horas hasta completar 1g.

Criterios de alta:

- a) Alta clínica- procede cuando ocurre resolución del cuadro clínico, según criterio médico, y una vez concluido el tratamiento medicamentoso.
- b) Alta epidemiológica- una vez pasado el período de transmisibilidad, es decir, que la paciente no esté excretando el *Vibrio cholerae* por las heces fecales, lo cual ocurre entre 24 y 48 horas después del tratamiento. Ello debe ser demostrado con la realización de tres coprocultivos con resultados negativos en tres días consecutivos.

Seguimiento en el área de salud correspondiente:

Se mantendrá la vigilancia clínica y antiepidémica de la paciente durante 15 días por parte del equipo de salud.

Conducta obstétrica:

No es necesaria la interrupción de la gestación

Se mantendrá la observación del bienestar del binomio materno/fetal como de costumbre. Dado que la deshidratación en estos casos es, generalmente, reversible de forma rápida; en consecuencia se priorizará la atención al bienestar materno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barua D, Burrow W. Cholera. Philadelphia: W.B. Sanders Company; 1974.
2. Álvarez Sintés R. Cólera. En: Temas de Medicina General Integral. Vol 1. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 400.

3. Carpenter CCJ, Mitra PP, Sack RB. Clinical Studies in Asiatic Cholera. Part I- IV. Bull. Marylan: Jonhns Hopkins Hosp; 1976. p.165.
4. Greenough WE. Cólera. En: Bennett JC, Plum F. Cecil Tratado de Medicina Interna. Vol 1. 20ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 1906-09.
5. Colectivo de autores latinoamericanos. Actualización de Epidemiología Clínica; 2005.
6. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud; 2006.
7. Departamento de Medicina Preventiva. Nociones de Higiene y Epidemiología. Chile: Libro del año de Medicina; 2007.
8. Departamento de Asistencia Médica. Manejo del cólera en gestantes y puérperas. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2011.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I y II Grados en Gineco-Obstetricia. Master en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Gineco-Obstetricia. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.