

Protocolo.

Manejo de la gastroenteritis aguda (GEA)



Mar Tolín Hernani, Jimena Pérez Moreno,
Guillermo Álvarez Calatayud.

**Sección de Gastroenterología
y Nutrición Pediátrica.
Hospital Materno Infantil
Gregorio Marañón.**

rotagermine



Simbiótico: Fermentos lácticos vivos* + GOS

10 frascos de 8 ml

CN: 180799.1

DOSIS DIARIA RECOMENDADA:

Niños: 1 frasco/día | Adultos: 2 frascos/día.

INGREDIENTES: Contenido del tapón reservorio: agentes de carga: maltodextrinas, celulosa microcristalina; *Lactobacillus rhamnosus* (ATCC 53103)**; mezcla de probióticos*: *Bifidobacterium bifidum* HA-132 (BCCM/LMG ID11719), *Lactobacillus delbrueckii ssp. bulgaricus* HA-137 (BCCM/LMG ID10482), *Lactobacillus acidophilus* HA-122 (BCCM/LMG ID11722), *Streptococcus thermophilus* HA-110 (BCCM/LMG ID10476); antiaglomerantes: estearato magnésico, dióxido de silicio.

*Portadores: maltodextrinas y ácido ascórbico. **Portadores: maltodextrinas.

Contenido del frasco: agua purificada, galacto-oligosacáridos, fructosa; conservadores: E202, E211; aromas; acidulante: ácido cítrico.

El producto contiene leche y derivados.

Rev Esp Pediatr 2013; 69(Supl. 1): 65. Eficacia de un simbiótico en infecciones gastrointestinales de repetición en niños sanos. Martín Martínez B¹, Bautista Casasnovas A², Martínez Mejías A¹, López Liñan MJ¹. ¹H. de Terrassa, Barcelona. ²Complejo Hospitalario Univ. Santiago de Compostela.

* *L. bulgaricus*, *L. acidophilus*, *S. thermophilus*, *B. bifidum*, *L. rhamnosus*

miltina electrolit[®] plus



SRO equilibrado de minerales, carbohidratos, fibras prebióticas y zinc

20 sobres de 2,5 g

CN: 161641.8

DOSIS: Disolver el contenido de un sobre (2,5 g de producto) en 100 ml de agua.

INGREDIENTES: Agentes de carga: dextrosa; maltodextrinas; cloruro sódico; citrato potásico; citrato sódico; fructo-oligosacáridos; aromas; edulcorante: acesulfamo K; citrato de zinc.

J Pediatr 2011;158:288-92. Eficacy of a New Hypotonic Oral Rehydration Solution Containing Zinc and Prebiotics in the Treatment of Childhood Acute Diarrhea: A Randomized Controlled Trial Annalisa Passariello, MD, PhD, Gianluca Terrin, MD, PhD, Giulio De Marco, MD, PhD, Gaetano Cecere, MD, Serena Ruotolo, MD, Antonio Marino, MD, Linda Cosenza, MD, Maria Tardi, MD, Rita Nocerino, NR, and Roberto Berni Canani, MD, PhD.

ADUME. Utilizarse bajo supervisión médica.

No superar la dosis diaria recomendada.

No debe ser utilizado como única fuente de alimento.

No adecuado para uso parenteral. Mantener fuera del alcance de los niños mas pequeños.

Humana

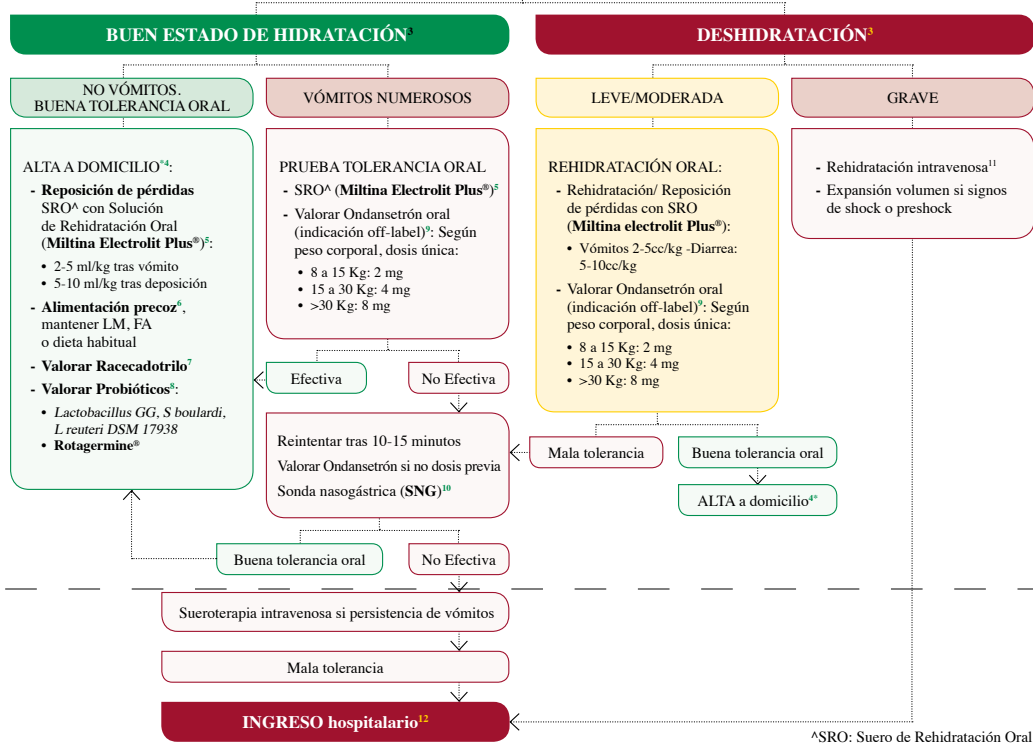


BIBLIOGRAFÍA GENERAL

1. Alfredo Guarino, Shai Ashkenazi, Dominique Gendrel, Andrea Lo Vecchio, Raanan Shamir, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/ European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014. *JPGN* 2014;59: 132–152.
2. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. *Pediamécum*. Edición 2012. Ondansetrón. Disponible en: <http://www.pediamecum.es>. Consultado en 31 de Marzo de 2015.
3. M. Farthing; M. Salam; G. Lindberg; P. Dite; I. Khalif, et al. Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología. *Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial*. Febrero de 2012.
4. Pedro Gutiérrez-Castrellón, Eduardo Salazar-Lindo, Isabel Polanco Allué, y Grupo Ibero-Latinoamericano sobre el Manejo de la Diarrea Aguda (GILA). *Guía de práctica clínica ibero-latinoamericana sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años*. *An Pediatr (Barc)*. 2014;80(Supl 1):1-4.

GASTROENTERITIS AGUDA¹

Valoración clínica, exploración física y constantes. Pruebas complementarias²



1- La gastroenteritis aguda (GEA) se define como la disminución de la consistencia de las deposiciones y/o el aumento de la frecuencia de las mismas (≥ 3 en 24 horas), acompañándose o no de fiebre o vómitos. Generalmente la diarrea se resuelve antes de 7 días y no suele durar más de 14 días. Ésta es la primera causa de hospitalización en niños menores de tres años en Europa, siendo la incidencia de la misma en este grupo de edad de 0,5-2 episodios por niño al año.

El Rotavirus ha sido la primera causa de GEA en Europa hasta la introducción de la vacuna contra el mismo, pasando a ser el Norovirus la causa principal en los últimos años en los países que disponen de esta vacuna. Los agentes bacterianos más frecuentemente encontrados son *Campylobacter* y *Salmonella*.

Según las últimas guías (*European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014. JPGN 2014;59: 132–152*) se ha encontrado relación entre la severidad y duración de la diarrea con el tipo de patógeno implicado, siendo en primer lugar el Rotavirus el mayor causante de severidad, así como relación entre severidad y la edad menor de seis meses, pacientes con enfermedades crónicas o inmunodeficiencias, el estado clínico del paciente al diagnóstico o la lactancia materna como factor protector.

2- Valoración clínica, exploración física y constantes; Pruebas complementarias: En los pacientes diagnosticados de GEA no está recomendada la realización de exploraciones complementarias de rutina para filiar a etiología de la misma excepto en determinadas ocasiones en las que será necesaria la realización de estudios microbiológicos, éstos deben ser considerados en pacientes con enfermedades de base (pacientes oncológicos, enfermedad inflamatoria intestinal, inmunodeficiencias...), en aquellos con afectación severa, aquellos con sintomatología prolongada o en los que se considere que precisan un tratamiento específico (Vb, D).

3- Estado de hidratación: Según las recomendaciones de la ESPGHAN la clasificación de los pacientes en subgrupos sin/con deshidratación, con deshidratación leve-moderada o con deshidratación severa es una base esencial para planificar el tratamiento más individualizado para cada tipo de paciente (grado de recomendación I, A).

Esta clasificación se ha realizado en base a la pérdida ponderal durante el proceso diarreico (nivel de recomendación D). Dado que la pérdida de peso no es una herramienta lo suficientemente fiable para establecer el grado de deshidratación se han desarrollado en los últimos años scores clínicos validados para la valoración de la deshidratación en niños de 1 a 36 meses (nivel de recomendación III, C).

Score Clínico de Deshidratación

*Evidence-Based Guidelines for Management of Gastroenteritis. ESPGHAN 2014.

Características	0	1	2
Apariencia general	Normal	Sediento, poco reactivo pero irritable con estímulo	Somnoliento, decaído, frío o sudoroso +/- comatoso
Ojos	Normal	Levemente hundidos	Extremadamente hundidos
Mucosas	Húmedas	Pastosas	Secas
Lágrima	Presente	Disminuidas	Ausentes
Suma de puntuación de cada ítem: 0: no deshidratación; 1-4: Deshidratación leve; 5-8: Deshidratación moderada-severa.			

4- Criterios para alta a domicilio (Vb, D):

- Nivel adecuado de rehidratación alcanzado
- No requerimientos intravenosos
- Aportes orales adecuados para las pérdidas
- Seguimiento médico posible de forma ambulatoria

5- La solución de rehidratación oral (SRO) de baja osmolaridad (50/60 mmo/L Na) deben ser usadas como terapia de primera elección en pacientes con GEA (I, A), éstas presentan ventajas frente a otras soluciones de rehidratación como son la reducción de vómitos, reducción de ritmo deposicional y reducción de necesidad de rehidratación intravenosa.

6- Alimentación precoz: Todas las guías internacionales (ESPGHAN, WGO, Ibero-latinoamericana) sobre el manejo de la GEA en pacientes pediátricos coinciden en la reintroducción precoz de la alimentación previa del niño, manteniendo en todo caso la lactancia materna incluso durante la fase de rehidratación, así como la dieta habitual a cualquier edad tras la rehidratación inicial de las primeras 4-6 horas (I, A).

El uso de fórmulas sin lactosa en pacientes con GEA de manejo ambulatorio no se recomienda de forma sistemática ya que no hay estudios que encuentren efectos significativos en cuanto a la duración de la diarrea y otros factores.

No existe evidencia en cuanto al empleo de dietas astringentes durante el periodo de diarrea por lo que no puede recomendarse el empleo de la misma debiendo mantenerse la alimentación previa evitando excesos de azúcares simples. Se recomiendan ingestas frecuentes y ligeras especialmente en niños pequeños, los lactantes deben ponerse al pecho u ofrecerles biberón con mayor frecuencia, no es preciso realizar dilución especial de la fórmula.

En pacientes que presenten diarrea prolongada (>2 semanas) o sospecha de malabsorción asociada sí está recomendado el uso de este tipo de fórmulas exentas de lactosa.

7- En cuanto al uso de Racecadotril existen diversos estudios en los que se ha objetivado una disminución en de las deposiciones en los pacientes tratados con este fármaco frente a placebo, sin objetivarse interacciones con otras medicaciones ni efectos adversos en los pacientes tratados por lo que puede considerarse como opción de tratamiento en la GEA en los niños (II, B) (*European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014. JPGN 2014;59: 132–152*).

8- El uso de probióticos para el tratamiento de la GEA junto con la SRO es efectivo para la reducción de la duración de la diarrea (se ha observado reducción en un día de la misma) y los síntomas de la GEA (I, A). Solamente determinadas cepas probióticas y a dosis concretas han demostrado eficacia. Ver las Guías de Práctica Clínica europea e iberoamericana sobre el manejo de la GEA en la infancia.

9- El uso de Ondansetron tanto por vía oral e intravenosa se ha visto que resulta efectivo para el tratamiento de los vómitos asociados a GEA (II, B), (*European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014. JPGN 2014;59: 132–152*), también produce disminución de las necesidades de fluidoterapia intravenosa y reduce el riesgo de hospitalización. Como efecto secundario produce un aumento de las deposiciones aunque en los estudios realizados no aumentó la tasa de consulta por este motivo. Con independencia de las ventajas comprobadas de este medicamento deben realizarse más estudios en cuanto a su seguridad en población pediátrica.

No hay evidencia para la recomendación de otros antieméticos, así como de fármacos antiperistálticos como la Loperamida que ha demostrado aumentar gravedad y complicaciones de la diarrea en niños, especialmente si es invasiva. (*European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014. JPGN 2014;59: 132–152*).

10- Indicaciones de rehidratación mediante SNG:

Cuando la rehidratación por vía oral no es posible pero la vía enteral mantiene un funcionamiento adecuado es recomendable valorar la opción de rehidratación mediante SNG antes que la vía intravenosa (I, A), ya que ésta se asocia a menos efectos adversos y menor estancia hospitalaria que la rehidratación por vía intravenosa (I, A). Tanto la rehidratación iv rápido (3-6 h) como la standard en 24 horas son igual de eficaces (II, B)

11- Las indicaciones de rehidratación intravenosa son (Vb, D):

- Shock
- Alteración del nivel de conciencia
- Acidosis severa
- Empeoramiento y falta de mejora de la deshidratación
- Fracaso de rehidratación oral/enteral
- Vómitos persistentes
- Distensión abdominal severa o fíleo

- 12- Las indicaciones de hospitalización** en pacientes con GEA son (Vb, D):
- Shock
 - Deshidratación severa (pérdida de peso >9%)
 - Alteración neurológica
 - Vómitos incoercibles
 - Fallo en rehidratación oral
 - Sospecha de causa quirúrgica
 - Malas condiciones para manejo en domicilio