

LOS PROTOCOLOS DE CORREO FARMACÉUTICO

ATENCIÓN FARMACÉUTICA

DIARREA INFANTIL

Información realizada por **Débora Altit**

Los virus, detrás de la mayoría de los casos

El concepto de *diarrea* en pediatría resulta difícil de definir, ya que puede haber lactantes con varias deposiciones líquidas al día que en realidad no estén sufriendo una patología. La anomalía, pues, va a venir asociada a un cambio brusco en el ritmo intestinal del niño con respecto a las pautas habituales, lo que se expresará en un aumento de las heces, que serán acuosas o muy líquidas y que podrán ir acompañadas de vómitos, fiebre, dolor abdominal y deshidratación.

Las infecciones virales son las causantes de la mayor parte de las diarreas infantiles, con hasta un 80 por ciento de los casos diagnosticados. Entre ellos, el rotavirus es a su vez el más frecuente. Sin embargo, la diarrea entre los niños más pequeños podría ser también un síntoma inespecífico de problemas no sólo digestivos, como sepsis u otitis media aguda.

Por qué aparece

La mucosa de un recién nacido es extraordinariamente sensible a este tipo de patologías porque es más permeable a la agua, lo que incrementa la sensibilidad del intestino a las variaciones intraluminales y aumenta las pérdidas de líquido. En los niños se considera como normal un volumen fecal no superior a 10 g/kg/día.

La aparición de un tipo de diarrea u otro se encontrará estrechamente ligada a diversos factores epidemiológicos, como la zona geográfica donde se produzca la diarrea, la estación del año, la situación socio-económica familiar así como otros factores que determinarán la prevalencia de uno u otro germen. La mayoría de episodios se produce entre los 6 y los 11 meses de vida, ya que a medida que disminuye la lactancia materna se incrementarán los procesos diarreicos infecciosos.

En España, las causas más frecuentes de aparición de una diarrea son:

→ **Rotavirus:** Típico del invierno. Se da sobre todo entre menores de 2 años y es el principal causante de las diarreas en niños de esta edad. Es endémico en todo el mundo. Otros virus, como los **adenovirus entéricos** y los **astrovirus**, producen cuadros clínicos más leves. La invasión viral de los enterocitos produce una destrucción de las vellosidades intestinales, lo que afecta a los mecanismos enzimáticos y de transporte y provoca el aplanamiento de las microvellosidades.

DEBE SABER...

→ Más de 4 millones de niños mueren al año (11.000 cada día) en el mundo a causa de las deshidrataciones producidas por distintos tipos de diarreas.

→ Un niño sufrirá entre 7 y 30 cuadros de diarrea en los primeros 5 años de vida.

→ Los niños tienen, proporcionalmente, mayor cantidad de agua que los adultos. De ahí su facilidad para deshidratarse.

→ **Salmonella** y **Campylobacter:** Típicos del otoño e invierno.

SÍNTOMAS DE DESHIDRATACIÓN

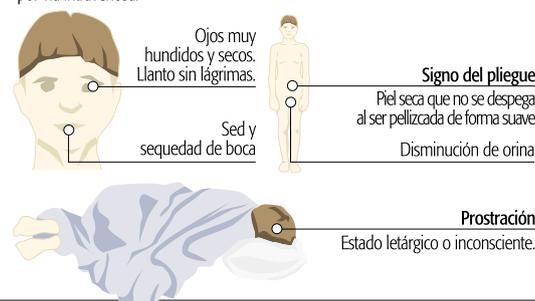
Un niño sin síntomas de sufrir deshidratación presentará un estado general alerta; sus ojos tendrán una apariencia normal, con lágrimas presentes, y la boca estará húmeda.

Signos de deshidratación leve/moderada

- ▶ Pérdida de líquido del 5 - 10%
- ▶ Estado general intranquilo e irritable
- ▶ Sensación de sed
- ▶ Ojos hundidos
- ▶ Lágrimas ausentes
- ▶ Boca y lengua seca
- ▶ Retracción lenta del pliegue del estómago

Signos de deshidratación grave

El niño ha perdido más del 10 por ciento de su peso. Su estado de debilidad es tal que puede llegar a estar inconsciente. La rehidratación se realizará por vía intravenosa.



Fuente: Elaboración propia.

no. La incidencia ha ido en aumento en los últimos años. Estas bacterias emplean un mecanismo citotóxico, enteroinvasivo y disintérico: invaden el enterocito y ocasionan gran inflamación local con destrucción celular y ulceración con sangrado.

→ **Giardia lamblia:** Este parásito se encuentra asociado a las guarderías, por lo que será más frecuente durante el calendario escolar. La diarrea será no inflamatoria, por anclaje del parásito en el duodeno distal o en el yeyuno proximal, disminuyendo las disacaridasas (enzimas que permiten digerir ciertos carbohidratos presentes en cereales, patatas, lactosa, sucrosa) por alteración de las vellosidades.

Mecanismos de producción

1) **Mecanismo osmótico:** Los solutos osmóticamente activos, sobre todo los hidratos de carbono que no pueden absorberse, arrastran agua desde el organismo hacia la luz intestinal. Entre las causas posibles se encuentran:

- Enteritis viral por rotavirus.
- Enfermedad celiaca.
- Enteropatías autoinmunes.
- Infecciones por *giardia lamblia*, *cryptosporidium*, *sal-*

monella o *escherichia coli* enteroadherente.

→ Fármacos: laxantes que contengan azúcares no absorbibles (lactulosa, manitol, sorbitol); iones que se absorben mal (magnesio, sulfato, fosfato, citrato).

→ Ingesta excesiva de zumos de frutas, bebidas gaseosas o productos *sin azúcar*.

→ Deficiencias congénitas: de glucosa-galactosa, de lactasa...

2) **Mecanismo secretor:** Equivale a una secreción activa de los aniones cloruro y bicarbonato, seguida de una secreción pasiva de agua. La secreción puede tener origen luminal o endógeno. Entre los secretagogos **luminales** (sustancias que secretan a la luz intestinal) se encuentran:

→ Endotoxinas bacterianas (*E. coli* termolábil y termoestable, enterotoxina estafilocócica, *clostridium perfringens*, *bacillus cereus*).

→ Ácidos grasos hidroxilados; se producen como consecuencia de la digestión bacteriana de lípidos dietarios malabsorbidos.

→ Ácidos biliares no absorbidos.

Entre los secretagogos endógenos se incluyen:

→ Hormonas secretadas por tumores (péptido intestinal vasoactivo, sustancia P, serotonina, gastrina, calcitonina).

→ Mediadores de la inflamación liberados en respuesta a una alergia alimentaria (son frecuentes las reacciones a la leche de vaca, la soja, el huevo, los frutos secos, el marisco y el pescado), las enfermedades inflamatorias intestinales (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa...) o las infecciones sistémicas. En los lactantes menores de seis meses las reacciones alérgicas a la leche de vaca o la soja pueden producir una colitis con diarrea sanguinolenta (y podría confundirse con una diarrea exudativa).

3) **Mecanismo exudativo:** Se produce en la inflamación y ulceración de la mucosa ileocólica (de ileon y colon) o cólica. Es típica en:

→ Enfermedad inflamatoria intestinal (sobre todo, en la colitis ulcerosa).

→ Disenteria provocada por bacterias como *shigella*, *campylobacter jejuni*, *salmonella*, *yersinia* enterocolítica, y *E. coli* enteroinvasiva y enterohemorrágica. También puede estar provocada por el protozoo *entamoeba histolytica*.

Las heces exudativas se caracterizan por contener moco, exudado y sangre. Las pérdidas son menores que en las diarreas osmótica y secretora y pueden producirse también pérdidas de proteínas séricas (albúmina sérica).

4) **Alteración de la motilidad:** Pueden darse casos de un aumento o una disminución de la motilidad. La **hipermotilidad** vendrá producida por infecciones intestinales y también, aunque es menos frecuente, por hipertiroidismo, tumores secretores y abuso de laxantes irritativos.

La **hipomotilidad** aparece en síndromes de pseudobstrucción intestinal o de suboclusiones anatómicas. Cuando la motilidad se reduce puede desarrollarse un sobrecrecimiento bacteriano.

en episodios de vómitos o diarreas

REEMBOLSABLE
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL

NUEVO

Sabor
naranja



Sueroral Hiposódico



www.casenfleet.com



LO QUE HAY QUE HACER

Rehidratar y nutrir, pero pasando por el pediatra

Para descubrir el origen de la diarrea hay que recordar que un cuadro de diarrea abundante con heces acuosas y de color claro combinado con vómitos abundantes y febrícula es típico de las infecciones virales, mientras que las bacterias enteroinvasoras provocarán heces más oscuras, con moco, sangre y fiebre elevada persistente. El verdadero peligro surge de la pérdida de líquido y la desnutrición que puede acarrear. Por tanto, el tratamiento de los pequeños seguirá la vía de la rehidratación y la nutrición, con más razón si cabe que en un adulto ya que en el niño el empleo de fármacos resulta peligroso.

Deshidratación

En un adulto, el 60 por ciento del peso corporal es agua, del cual el 20 por ciento es líquido extracelular -aquél que se pierde en una situación de deshidratación- y el 40 restante líquido intracelular. En un niño es mayor la proporción de agua con respecto al peso total del cuerpo y es más fácil que sufra desequilibrios del agua extracelular que en el cuerpo de un niño pequeño representa el 30 por ciento. Es lo que Gamble denominó, en los años 50, la *desventaja de ser pequeño*. Se considera que los siguientes factores pueden predisponer a a deshidratación:

- Malnutrición.
- Alimentación artificial.
- Mala higiene.

Actuación de urgencia

- Aquellos pacientes que se encuentren **severamente deshidratados** y sufran una pérdida importante de líquido y electrolitos así como letargia y fiebre alta deben ser remitidos rápidamente a un centro de urgencias.
- Los lactantes o niños **menores de 6 meses** serán derivados de forma automática al centro de salud. Si **la diarrea dura desde hace más de 3 días**, independientemente de la edad del pequeño, deberá ser conducido y tratado por un médico.
- Cuando **las heces contienen sangre** se derivará también.

• **Edad del niño:** cuanto menor sea el niño, mayor será la tendencia a deshidratarse.

La deshidratación se produce por la pérdida de agua y electrolitos del organismo y, aunque siempre es extracelular, la composición intracelular también se ve afectada. Según la proporción de las pérdidas, pueden producirse distintas situaciones:

→ **Deshidratación isotónica:** Se produce una pérdida proporcionada de agua y sales. Queda reflejado en una disminución de la turgencia cutánea, fontanelas (espacios membranosos que hay en el cráneo de los niños menores de 2 años antes de su osificación completa) y ojos hundidos, grandes ojeras, mucosas secas y aspecto tóxico. Es la más frecuente en nuestro entorno.

→ **Deshidratación hipotónica:** Se pierde más cantidad de sales que de agua. El organismo trata de compensar ese exceso comparativo de agua realizando un *transvase* de líquido a las células, que se hinchan, de forma que mientras que extracelularmente el cuerpo sufre una deshidratación hipotónica, a nivel intracelular será hipertónica. Los síntomas son los propios de una pérdida isotónica pero más acusados. Otros signos posibles son calambres, convulsiones y extremidades frías.

→ **Deshidratación hipertónica:** Es mayor la pérdida de agua que de sales. En consecuencia, las células tienden a *arrugarse* para intentar compensar la pérdida extracelular. Manifestaciones clínicas serán una sed intensa, mucosas secas y rojas, fiebre (ya sea por sed, ya sea por la existencia de infecciones solapadas), agitación, convulsiones y acidosis metabólica.

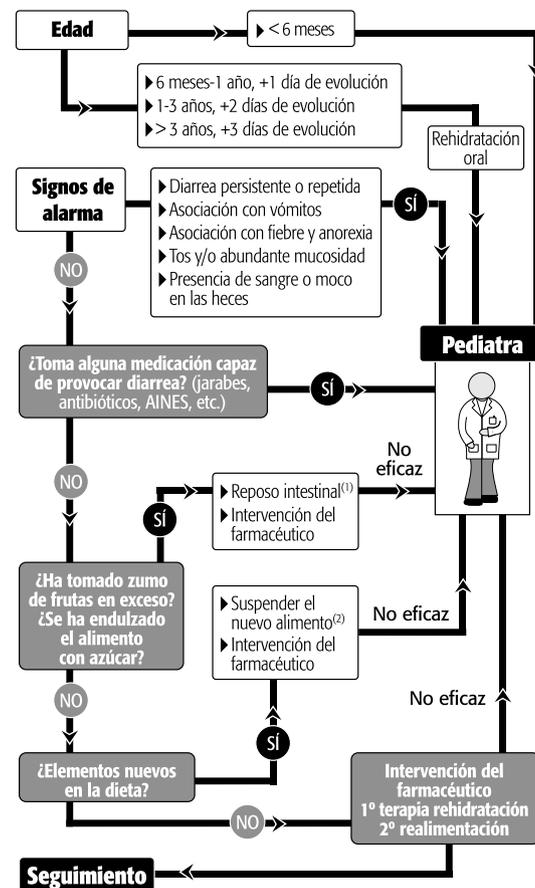
Soluciones de rehidratación oral

La rehidratación oral estará indicada en casos de deshidratación leve (menor del 5 por ciento) o moderada (entre el 5 y el 10 por ciento). Sin embargo, si la rehidratación oral fallase o si la deshidratación del paciente fuera grave (mayor del 10 por ciento) se recurrirá a la rehidratación venosa.

La diarrea producida por *rotavirus* induce unas pérdidas fecales de sodio de 40 mEq/l (40 miliequivalentes por litro) mientras que los patógenos invasivos (*campylobacter*, *salmonella*, *shigella*) se relacionan con pérdidas algo mayores, de entre 50 y 60 mEq/l. La OMS y la Sociedad Euro-

DIARREA INFANTIL: LO MÁS FRECUENTE

Protocolo de actuación ante una consulta de diarrea infantil en la oficina de farmacia.



(1) En niños menores de un año debe durar como máximo 6 horas.

(2) Cuando el proceso diarreico se haya resuelto, volver a incorporarlo poco a poco.

Fuente: Diarrea y rehidratación oral (varios autores).

pea Pediátrica de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición (Espghan) han calculado, pues, que los niños europeos suelen perder una media de unos 40-50 mEq/l. Esto ha hecho que la concentración de Na+ en las soluciones de rehidratación oral europeas se haya establecido en los 60 mEq/l. Además, las soluciones con osmolaridad reducida producen una absorción óptima de agua y aseguran un buen reemplazo de Na+, K+ y bicarbonato, por lo que

en episodios de vómitos o diarreas

Sueroral Hiposódico

Restaura el

EQUILIBRIO del organismo

REEMBOLSABLE POR LA SEGURIDAD SOCIAL

NUEVO

Sabor naranja



A pie de mostrador

Ante un caso de diarrea infantil el facultativo debe establecer, antes de nada, la edad del enfermo, y si se trata de un menor de 2 años, remitirlo de forma automática al pediatra.

El siguiente paso será descubrir si el niño está deshidratado, cuál es el número de deposiciones que realiza diariamente y desde cuándo; asimismo, se preguntará si el niño padece fiebre. Si cualquiera de las preguntas es respondida afirmativamente, se derivará al pediatra, no sin antes dispensar unas soluciones de rehidratación oral y dar consejos alimentarios (contar con folletos preparados puede ser útil).

El gran riesgo de estos casos, aún más peligroso al tratarse de niños (su sistema defensivo no está completamente desarrollado) es que sus padres o tutores opten por medicarlos sin consultar previamente. Por tanto, cuando un paciente entra en la oficina de farmacia y demanda un anti-diarreico, una actuación responsable consistiría en preguntarle para qué o quién está destinado el producto. Ante respuestas evasivas, hay que aclarar que forma parte de la labor del farmacéutico que el producto se emplee de forma responsable y puede añadirse que, si esto no sucede así, la toma del fármaco puede ser contraproducente y provocar complicaciones.

la Espghan ha optado por concentraciones menores que las recomendadas por la OMS en otras zonas (ver cuadro sobre sugerencias de la OMS y Espghan).

Aunque las soluciones de rehidratación oral están indicadas para el tratamiento de la deshidratación, pueden utilizarse de forma preventiva cuando se corra un peligro de deshidratación. Debe advertirse de que las soluciones no deben mezclarse (en los casos en los que la solución se trate de polvos que deben diluirse en agua) con otros líquidos como leche, sopas, zumos o refrescos.

Para evitar que un niño pierda demasiado líquido se le puede dar también, además de las SRO, leche materna, papillas de cereales mezcladas con agua, sopas, aguas de arroz y té muy suave.

Cada vez que el niño realice una deposición acuosa se le dará de beber para reponer el líquido que acaba de perder su organismo. Las cantidades oscilarán entre una cuarta parte y media taza grande si se trata de niños menores de 2 años, y media taza o una taza entera cuando se trate de niños mayores. Si el niño vomitase habrá que esperar diez minutos e intentar darle de beber de nuevo, haciendo que ingiera el líquido despacio y a pequeños sorbos. Esta hidratación se mantendrá hasta que haya cesado por completo la diarrea, lo que ocurrirá al cabo de entre tres y cinco días.

Alimentación precoz

La alimentación precoz reduce los cambios en la permeabilidad intestinal, contribuye al restablecimiento de los enterocitos y favorece la actividad de las disacaridasas, mejorando con ello el estado nutricional del niño.

Por otra parte, la introducción temprana de alimentos, tras la rehidratación inicial permite que tanto el volumen como la duración de la diarrea disminuyan.

El ayuno en niños es un tema controvertido y se aconsejará en función de la edad del pequeño, la etiología del microorganismo y la sospecha o no de que el origen de la diarrea se deba a una intolerancia a la lactosa.

La leche materna representa la mejor defensa natural

contra los agentes externos, y de hecho gran parte de los procesos diarreicos infecciosos aparecen pasados los seis meses de edad, cuando muchos niños abandonan este tipo de alimentación. Pero si se cree que el origen del problema es una intolerancia a la lactosa ésta podría suprimirse durante 7-15 días, según la gravedad del caso, y se volvería a introducir de forma paulatina.

Cuando el niño tenga más de seis meses, además de continuar con la leche materna deben introducirse en la alimentación purés de cereales y legumbres, a los que se puede añadir carne o pescado bien cocido. El enfermo suele perder el apetito, por lo que es difícil poner en práctica esta recomendación. Lo más aconsejable es ofrecer con frecuencia cantidades pequeñas de sus alimentos preferidos, para que de esta forma se anime a comer. En general la dieta no dura más de 3 días, ya que las dietas drásticas provocan el aburrimiento del pequeño y de lo que se trata es de que éste coma y se recupere pronto.

Para lograr la plena recuperación se aumentará el número de comidas mientras persista la diarrea y, al menos, durante la semana siguiente al cese de ésta. El niño no estará totalmente recuperado hasta que no pese lo mismo que antes de haber sufrido el cuadro diarreico.

Fármacos

Las vacunas específicas para combatir los rotavirus han sido abandonadas al no ofrecer suficientes garantías sobre su efectividad.

Los antibióticos sólo se emplearán cuando estén indicados específicamente por el médico. Es muy poco frecuente su uso en pediatría. En algunas ocasiones, siempre bajo prescripción, se han utilizado medicamentos para reducir las pérdidas fecales de agua y electrolitos. Para ello se ha recurrido a inhibidores de la motilidad intestinal (opiáceos y anticolinérgicos), antiseoretos (subsalicilato de bismuto), adsorbentes (caolín, pectina, carbón activado) y modificadores de la flora intestinal (lactobacilos).

A pesar de la contraindicación del uso de fármacos antiseoretos en pediatría, últimamente se está probando la eficacia y tolerabilidad del uso del racecadotril (1,5 mg/kg, vía oral, tres veces al día) como terapia coadyuvante de la rehidratación oral en el tratamiento de la diarrea severa de lactantes y niños.

Campaña de Unicef

Dado el elevado número de niños que mueren anualmente a causa de las deshidrataciones, la OMS, a través de Unicef, organizó la campaña *Para la Vida* en la que, además de aclarar que la mayoría de diarreas mundiales tiene su origen en la falta de higiene y de agua potable, se transmitían siete mensajes básicos que toda familia y comunidad tiene a derecho a conocer. Son unos consejos muy sencillos que el farmacéutico puede tomar como suyos y comunicarlos a los familiares de los pacientes. Los mensajes son:

- 1) La excesiva pérdida de líquidos corporales provocada por la diarrea puede causar la muerte. Por ello es esencial que los niños con diarrea beban líquidos en abundancia.
- 2) Un niño con diarrea necesita alimentarse.
- 3) Cuando un lactante padece diarrea es importante seguir amamantándolo.
- 4) Un niño que ha tenido diarrea necesita tomar en el pe-

Sugerencias de la OMS y de Espghan

Distintas recomendaciones sobre Soluciones de Rehidratación Oral.

meq/l	OMS/UNICEF	ESPGHAN
Na+	90	60
K+	20	20
Cl-	80	>25
Bicarbonato o citrato	30	10
Glucosa	110	71-111
Osmolaridad	330	200-250

Fuente: *Diarrea y rehidratación oral*. Ed. Complutense.

riodo de recuperación una comida adicional diaria, al menos durante dos semanas.

5) Si la diarrea es más grave de lo habitual, si persiste durante más de dos semanas o si se observa sangre en las heces, se requerirá la ayuda de personas calificadas para su tratamiento.

6) No deben administrarse otros medicamentos contra la diarrea aparte de las soluciones orales de rehidratación, excepto por recomendación médica.

7) La diarrea puede prevenirse mediante la lactancia materna, la vacunación de todos los niños contra el sarampión, la utilización de letrinas, el mantenimiento de la limpieza del agua y los alimentos y el lavado de manos antes de tocar los alimentos.

Necesidades según el peso

Requerimientos hídricos y de electrolitos*.

Peso (kg)	Agua
0-1,5	150 ml/kg
1,5-2,5	120 ml/kg
2,5-10	100 ml/kg
10-20	1.000 ml + 50 ml/kg por cada >10
>20	1.000 ml + 20 ml/kg por cada >20

Electrolitos

Na+	3 mEq/100 ml de agua requerida
K+	2 mEq/100 ml de agua requerida
Cl-	2 mEq/100 ml de agua requerida
Ca ²⁺	0,05-0,1 mmol/kg
Mg ²⁺	0,05 mmol/kg
PO ₄ ³⁻	0,1 mmol/kg

*En 24 horas. Fuente: *Diarrea y rehidratación oral*. Ed. Complutense.

Bibliografía útil

- Jean-Paul Belon. *Consejos en la farmacia*. Editorial Masson; Barcelona, 2002.
- Juana Benedi y otros autores. *Diarrea y rehidratación oral*. Editorial Complutense; Madrid, 2002.
- Manuela Plasencia. *Manual de prácticas tuteladas en oficina de farmacia*. Editorial Complutense; Madrid, 2002.
- Protocolo de diarrea aguda de Txema Eiros, Rosa Estébanez, Laura Iglesias, Marisa Pardo, Maite Villanueva, del COF de Vizcaya.
- Protocolo de diarrea aguda de Enriqueta Román y Josefa Barrio. Asociación Española de Pediatría. www.aeped.es.
- Protocolo sobre el tratamiento de la diarrea aguda infantil en Atención Primaria, de J. Jiménez San Emeterio, T. Camps Rubiol y J. L. Montón Álvarez. Ministerio de Sanidad y Consumo. www.msc.es/farmacia/infmedic/documentos/diarrea.pdf

Fuentes consultadas

- Juan del Arco, farmacéutico comunitario del COF de Vizcaya.
- Juana Benedi. Dpto. de Farmacología de la UCM.
- Dámaso Infante, pediatra del Hospital Valle de Hebron, Barcelona.
- David de Pablo, farmacéutico comunitario del COF de Madrid.

Consulte dudas con sus colegas de la Clínica Universitaria de Navarra

CF le ofrece un servicio de consulta gratuito y confidencial en su *web*, www.correofarmacologico.com, a través del que podrá contrastar opiniones o resolver dudas con el Servicio de Farmacia de la Clínica Universitaria de Navarra. En 24 horas recibirá una contestación.

en episodios de vómitos o diarreas

REEMBOLSABLE POR LA SEGURIDAD SOCIAL

Porque no todas las S.R.O. son iguales

NUEVO

Sabor naranja

Única sal de REHIDRATACIÓN oral con:

- 1 Formulación ESPGHAN
- 2 Reembolsable por la Seguridad Social
- 3 Agradable sabor a Naranja



www.casenfleet.com



EL CONSEJO DE... Lucrecia Suárez, pediatra gastroenterólogo del Hospital Ramón y Cajal, de Madrid

“Es difícil erradicar la creencia de que ante una gastroenteritis hay que ayunar”

Lucrecia Suárez, pediatra gastroenterólogo del Servicio de Pediatría del Hospital Ramón y Cajal, de Madrid, explica las particularidades que convierten a los niños en pacientes especiales ante un cuadro de diarrea.

¿Por qué el niño tiene más tendencia que el adulto a sufrir deshidrataciones?

El equilibrio de agua y electrolitos en el organismo del niño es más inestable y vulnerable que en el adulto, especialmente en la etapa de recién nacido y lactante, ya que tiene más cantidad de líquido en el espacio extracelular y un mayor recambio de agua. Tanto su aparato digestivo como la función renal están inmaduros, y ante cualquier pérdida hidroelectrolítica, como sucede durante la diarrea aguda, es fácil que se produzca un balance negativo y por tanto deshidratación.

¿Los signos físicos que señalan que el niño está sufriendo una deshidratación son los mismos o pueden diferir?

Los signos son similares, la diferencia es que en el niño aparecerán con mayor rapidez e intensidad y que, además, él muchas veces no puede expresarse. Los niños pierden el turgor de la piel, que se torna seca, poco elástica y con un pliegue característico; tienen la lengua y la mucosa secas, los ojos hundidos, lloran sin lágrimas... También se aprecia decaimiento general e irritabilidad.

¿Puede establecerse una diferencia por edades en el origen o en el tratamiento de la diarrea en niños?

El porcentaje de diarreas producidas en niños es mucho más alta que entre adultos, incluso en los países occidentales. Hasta los 2 años lo habitual es sufrir una media de uno o dos episodios de diarrea aguda al año. Entre el 60 y el 80 por ciento de las diarreas durante esta edad son de origen vírico, la mayoría por rotavirus. Es infrecuente encontrar diarreas víricas en niños mayores o entre los adultos. En cuanto al tratamiento será prácticamente el mismo: rehidratar y alimentar adecuadamente.

¿Según cómo sea la diarrea se pueden obtener pistas de la enfermedad que se sufre?

Podemos distinguir dos grandes grupos: las diarreas víricas, que causan deposiciones frecuentes, muy acuosas, sin sangre y con poco o nada de moco, y las diarreas bacterianas, que suelen presentar sangre y moco en las heces y que con frecuencia se acompañan de fiebre y alteración del estado general del enfermo. Por otra parte, las diarreas producidas por una intoxicación alimenticia suelen afectar a varios miembros de una familia o a un colectivo: colegios, guarderías, etc. Las toxoinfecciones son típicas del verano, mientras que las diarreas víricas son propias de los meses más fríos.

¿Una diarrea en un bebé puede ocultar problemas como una alergia a la leche o una intolerancia al gluten?

La diarrea aguda suele ser un proceso autolimitado que dura en torno a ocho días, resolviéndose de forma espontánea. Si se prolongara más de dos semanas habría que pensar en otras posibles patologías. Suele ser fácil reconocer una alergia alimentaria porque la diarrea aparecerá en relación con la ingesta del alimento que provoca la alergia y con frecuencia se acompaña de otros síntomas y signos como lesiones dérmicas tipo urticaria o edema.

Antes se defendía que, ante la aparición de una diarrea, lo más recomendable era ayunar. ¿Por qué se creía esto y por qué razón esta creencia ha sido descartada?

La idea era sencilla: si no se ingiere alimento se disminu-



ALERGIAS. Una diarrea producto de una alergia alimentaria suele reconocerse por aparecer asociada a otros síntomas.

ye el número de las deposiciones. Pero la mejoría no tiene que ver con el número de deposiciones sino con sus características y especialmente con la pérdida total de agua y electrolitos. Además, desde hace más de 40 años se sabe que el ayuno favorece la atrofia de la mucosa intestinal y que prolonga la diarrea. Tanto niños como adultos se recuperan antes si se mantiene una alimentación correcta. A pesar de esto, la creencia de que en caso de gastroente-

ritis hay que ayunar es difícil de erradicar. En un niño occidental, bien nutrido y que puede sufrir uno o dos episodios de diarrea aguda durante los primeros años, no es tan grave, pero en países menos desarrollados, donde los niños pueden tener unos ocho episodios al año, puede pasar varias semanas al año sin comer apenas o alimentándose con una dieta carential, y esto durante una etapa clave para su crecimiento.

¿Existen contraindicaciones para la recomendación de la rehidratación oral?

Cuando existan vómitos incoercibles o rechazo absoluto de la ingesta de líquidos. Ocurre en pocas ocasiones y entonces será necesario administrar fluidos intravenosos. También cuando las pérdidas de agua y electrolitos son tan intensas que no le da tiempo a compensarlas por vía oral habrá que recurrir a la rehidratación intravenosa.

Últimamente se aconseja consumir leches fermentadas con bacterias probióticas para acelerar la recuperación de los niños enfermos. ¿Es realmente efectivo?

Es un tema que está muy de moda y existen trabajos científicos, aún con grupos pequeños de población, que demuestran que el consumo de probióticos mejora la evolución de la diarrea aguda en alrededor de un día. Se necesitan estudios en grupos más amplios de población para tener resultados definitivos.

No olvide que...

- Las **intoxicaciones por bacterias** se producen o bien porque la **bacteria es tóxica** de por sí, o bien porque **produce toxinas** que son las que provocan la diarrea, como es el caso del estafilococo.
- En el **tratamiento** se atenderá siempre a **dos pilares** básicos: **evitar la deshidratación** (si ya se ha deshidratado, tomar medidas para rehidratar) y atender a realizar una **alimentación correcta**. La **medicación** no es habitual.
- Cuando **el médico** explore al paciente, además de la deshidratación **valorará** si existen **complicaciones abdominales** (íleo, peritonitis, perforación intestinal, neumatosis intestinal) o **extra-abdominales** (bronconeumonía, meningitis, insuficiencia renal aguda).

Sueroral Hiposódico



FICHA TÉCNICA: 1. **NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Sueroral Hiposódico. 2. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada sobre contiene: Cloruro sódico: 1,2 g. Cloruro potásico: 1,5 g. Citrato sódico: 2,9 g. Glucosa: 20,0 g. Na⁺ 50mmol/l. K⁺ 20mmol/l. Cl⁻ 41mmol/l. Citrato³⁻ 10mmol/l. Glucosa 111mmol/l. Para excipientes ver apartado 6.1. 3. **FORMA FARMACÉUTICA:** Polvo para solución. oral. Sobres que contienen polvo blanco para reconstituir en agua. 4. **DATOS CLÍNICOS:** 4.1 **Indicaciones terapéuticas:** Prevención y tratamiento de las deshidrataciones causadas por vómito o diarreas, ya sean de origen infeccioso o no. Diarreas del lactante y estivales. Acidosis y cetosis. 4.2 **Posología y forma de administración:** Posología: La pauta posológica de solución para rehidratación oral deberá ajustarse individualmente en función del peso corporal del paciente y de la gravedad del cuadro que presente. En general se recomienda la siguiente posología: Lactantes mayores de un mes: La dosis recomendada es de aproximadamente 1-1,5 veces su volumen usual de alimento. Se recomienda administrar la solución frecuentemente, en pequeñas cantidades y lentamente. Niños a partir de 1 año: La dosis recomendada es de aproximadamente 200 ml de solución por cada deposición diarrea. Se recomienda administrar entre 25-30 ml de solución cada 10-15 minutos. Adultos: La dosis recomendada es de 200 a 400 ml de solución por cada deposición diarrea. No existe una dosis máxima diaria recomendada por lo que la solución puede administrarse libremente dentro de las pautas indicadas anteriormente y que la sed del enfermo regula la cantidad de solución necesaria. Se recomienda continuar el tratamiento mientras dure la diarrea, y una vez que esta finalice, hasta que el clínico aprecie que se ha conseguido la rehidratación, lo que normalmente se consigue a los 4 ó 5 días. Ancianos: La pauta posológica recomendada es la misma que para adultos. Insuficiencia hepática: En este caso no es necesario ajuste de dosis. Insuficiencia renal: En pacientes con insuficiencia renal no se deberá administrar en ningún caso Sueroral Hiposódico (Ver apartado 4.3: contraindicaciones). **Forma de administración:** El contenido de un sobre se disolverá en 1 litro de agua potable. Si es necesario el agua, podría hervirse previamente. La solución debe prepararse a temperatura ambiente y administrarse en las primeras 24 horas de su preparación. 4.3 **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos o a cualquiera de los componentes del producto. Prematuros y niños menores de 1 mes. Pacientes con incapacidad para la deglución. Pacientes con vómitos importantes y continuos. Pacientes con obstrucción intestinal. Perforación intestinal. Paciente con conocida malabsorción de glucosa. Pacientes diabéticos. Insuficiencia renal. 4.4 **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** La leche de vaca debe limitarse a 150 ml cada cuatro horas, y si la diarrea empeora, se eliminará la leche de vaca sustituyéndola por otro alimento proteínico. La alimentación con leche materna debe continuar entre las administraciones de solución de rehidratación oral. La alimentación normal puede continuar cuando el déficit de fluidos inicial se ha corregido. Este medicamento contiene 20 gramos de glucosa por sobre, lo que deberá ser tenido en cuenta por los enfermos diabéticos. 4.5 **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se han descrito. 4.6 **Embarazo y lactancia:** Sueroral Hiposódico puede administrarse durante el embarazo y la lactancia. 4.7 **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria:** No se han descrito. 4.8 **Reacciones adversas:** Vómitos: Estos pueden producirse si se ingiere la solución muy rápido. En el caso de que éstos aparecieran deberá interrumpirse la administración durante 10 minutos para reanudar posteriormente ingiriendo cantidades menores pero más frecuentemente. 4.9 **Sobredosificación:** En el caso en que se ingiera una cantidad excesiva de Sueroral Hiposódico puede aparecer un edema a nivel palpebral que por lo general desaparecerá al interrumpir el tratamiento. 5. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** 5.1 **Propiedades farmacodinámicas:** Grupo terapéutico: A07D, restauradores electrolíticos orales. El fundamento del tratamiento de rehidratación consiste en la conservación del cotransporte facilitado sodio/ glucosa en la mucosa del intestino delgado. La glucosa se absorbe activamente en el intestino y con ella arrastra al sodio y al agua. En afecciones diarreicas se inestabiliza la absorción de sodio mientras que el sistema de absorción de glucosa permanece intacto. Por lo tanto, ante la presencia de glucosa en la formulación se produce una importante absorción de sodio y agua, frente a las excesivas pérdidas debidas a diarreas, vómitos, etc. 5.2 **Propiedades farmacocinéticas:** Absorción: teniendo en cuenta, el sistema de cotransporte facilitado entre el sodio y la glucosa en la mucosa intestinal y la ayuda que este sistema representa para la absorción de del resto de componentes, esta especialidad se absorbe prácticamente de forma completa a nivel de intestino delgado. Sueroral Hiposódico se excreta completamente a nivel renal. 5.3 **Datos preclínicos sobre seguridad:** Los principios activos que componen la especialidad no presentan toxicidad siempre que se administren siguiendo la posología y forma de administración descrita. 6. **DATOS FARMACOLÓGICOS:** 6.1 **Relación de excipientes:** Aroma de naranja. 6.2 **Incompatibilidades:** No procede. 6.3 **Período de validez:** 2 años. 6.4 **Precauciones especiales de conservación:** La solución no utilizada puede ser almacenada en frigorífico y debe desecharse a las 24 horas tras su preparación. 6.5 **Naturaleza y contenido del recipiente:** La especialidad se presenta en un estuche con 5 sobres de polietileno con un contenido de 26,1 g de polvo por sobre. 6.6 **Instrucciones de uso / manipulación:** Este medicamento debe ser reconstituido sólo con agua y en el volumen establecido (Un sobre disuelto en 1 litro de agua potable). La solución no debe ser hervida tras su preparación. No deben añadirse otros ingredientes como azúcar. La solución una vez reconstituida es prácticamente incolora y presenta un aspecto traslúcido. 7. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Laboratorios Casen-Fleet, S.L. Autovía de Logroño, km. 13,300 • 50180 Utebo (Zaragoza). 8. **NUMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** 59877. 9. **FECHA DE APROBACION DE LA FICHA TÉCNICA:** Abril 2002. 10. **FECHA REVISIÓN EN TEXTO:** Abril 2002. 11. **PRECIO:** P.V.P.: 2,55 € P.V.P. IVA: 2,65 €.