

Manejo de la Diarrea Aguda ¿Qué estamos haciendo? ¿Cuál es la evidencia científica actual? Propuesta de Consenso

Lucrecia Suárez*, Erwin Kirchschräger**, Mayra Perdomo***

*Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid,

C.S. Monovar, *C.S. Canillejas, Área 4. Madrid

La gastroenteritis aguda (GEA) sigue siendo un problema frecuente entre los niños que acuden a las consultas de pediatría, tanto en los Centros de Salud como en el cuarto de guardia de los hospitales.

El manejo de estos procesos ha sufrido múltiples cambios en las últimas décadas. Al conocer mejor la etiología se fue abandonando el uso de los antibióticos, ya que en la mayoría de los casos, sobre todo en los niños menores de dos años, la causa es vírica, predominantemente por rotavirus.

El mejor conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos permitió abandonar la rehidratación intravenosa, pasando a ser universal el uso de las soluciones de rehidratación oral¹.

La mejor atención sanitaria y el mayor nivel cultural, han hecho desaparecer

prácticamente en nuestro medio, las situaciones de deshidratación importantes.

Distintos estudios han mostrado que no son eficaces determinadas manipulaciones dietéticas que rutinariamente se han venido aplicando durante mucho tiempo²⁻⁵.

Otros trabajos demuestran claramente los beneficios de determinadas actitudes terapéuticas, aunque éstas no son aplicadas por los profesionales que siguen actuando según rutinas establecidas⁶.

Parece oportuno revisar la práctica clínica de un proceso no grave, pero sí muy prevalente, analizando qué estamos haciendo en nuestro medio, cuál es la evidencia científica actual y en base a la anterior proponer unas determinadas pautas de actuación.

Análisis de la práctica habitual en nuestro medio: ¿Que estamos haciendo?

Con motivo de una sesión de formación continuada organizada por la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha, se formularon una serie de preguntas a un centenar de pediatras, preferentemente con práctica en Atención Primaria.

Las respuestas indicaron que para la mayoría de estos profesionales la GEA es todavía un proceso frecuente e incluso muy frecuente, que requiere habitualmente una sola consulta médica y que muy raramente se acompaña de deshidratación que precise derivación al hospital.

En concordancia con lo anterior, la mayoría de los encuestados (78%) refirieron que habitualmente no solicitan pruebas complementarias y cuando piden alguna, las más demandadas son coprocultivos y virus en heces.

Respecto a la actitud terapéutica, la mayoría recurre al uso de soluciones de rehidratación o mantenimiento, mostrando un abandono en el uso de las soluciones domésticas.

Por lo que se refiere a las recomendaciones dietéticas, la mayoría estaba de acuerdo en mantener el pecho o la fórmula adaptada que el niño tomase pre-

viamente, aunque el 86% recomendaba diluirla. Un 20% consideraba necesario el uso de lechas sin lactosa, pero prácticamente nadie utiliza hidrolizados de proteínas ni leches de soja como modificación dietética inicial.

El 87% manifestó no prescribir ningún tipo de drogas y el 13% restante refería la utilización de antibióticos y restauradores de la flora intestinal, estando en desuso los frenadores del peristaltismo, absorbentes y en menor medida los antieméticos.

Respecto al pronóstico, la respuesta de la mayoría coincidió en señalar que la GEA evoluciona sin complicaciones ni efectos secundarios en los niños de nuestro medio.

Hasta aquí, la descripción de los hábitos en el manejo de la GEA infantil en nuestro medio.

Revisión de la literatura. ¿Cuál es la evidencia científica actual?

El análisis de la bibliografía permite afirmar en el momento actual que la mayoría de los niños de los países occidentales tienen al menos un episodio de diarrea aguda antes de cumplir un año⁷.

En EEUU se producen todavía 220.000 ingresos anuales por diarrea aguda⁸.

Respecto al tratamiento, tradicionalmente el ayuno ha sido aceptado como

medida necesaria, ya que el desconocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de la infección atribuía los síntomas del proceso a la intolerancia a la dieta y se creía que mantener la alimentación podía exacerbar la tendencia a la malabsorción. Además, porque obviamente, la observación empírica muestra una reducción del volumen de las heces con el ayuno.

Sin embargo, desde 1924 se han publicado múltiples trabajos insistiendo en que no debía hacerse énfasis en el aspecto de las deposiciones como factor para valorar la evolución de la GEA⁹⁻¹¹ y que el ayuno podría conducir a malnutrición y a hospitalizaciones innecesarias.

Se ha demostrado que durante la diarrea aguda existe un catabolismo aumentado por la infección, además de un estrés inflamatorio y con frecuencia una disminución de la ingesta de nutrientes, consecuencia de la anorexia y de restricciones y modificaciones dietéticas indicadas como medida terapéutica.

La malnutrición favorece la infección y la infección contribuye a la malnutrición, además de favorecer otros procesos patológicos.

Durante la hospitalización, es habitual que el niño disminuya su ingesta de nutrientes y todavía en algunos casos se interrumpe la lactancia materna, aún

sabiendo que hay más riesgo de deshidratación durante la diarrea si se suspende la alimentación materna que si se continúa con ella durante el proceso.

En el tratamiento de la GEA, es preciso recordar que la función principal del aparato digestivo es la digestión y absorción de nutrientes, e incluso cuando existen lesiones inflamatorias, la alimentación oral, la digestión intraluminal y la absorción intestinal son generalmente bien toleradas¹². Múltiples experimentos en animales han demostrado que el ayuno produce atrofia de las vellosidades, disminución de la actividad enzimática y aumento en la permeabilidad de la barrera mucosa. Estos efectos son reversibles con la realimentación oral.

La gastroenteritis aguda viral no afecta por igual a todas las regiones del intestino delgado permitiendo que éste conserve una función residual suficiente para tolerar la alimentación oral¹².

Recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP)

La AAP a través del Subcomité de estudio de la diarrea aguda infantil, realizó un importante estudio retrospectivo, basado en una exhaustiva revisión de todos los trabajos relacionados con el tratamiento de la GEA¹³.

Las principales conclusiones de esta investigación fueron publicadas en 1996 y se resumen en que los niños con GEA sin deshidratación ó con deshidratación leve deben continuar su dieta habitual y que los casos que precisen rehidratación, deben reiniciar una dieta normal para su edad, tan pronto la deshidratación esté corregida.

De acuerdo con este trabajo, si bien es cierto que la diarrea se asocia con frecuencia a una disminución de disacaridasas, se ha demostrado que este hecho no tiene repercusión clínica importante en más del 80% de los niños. En definitiva, es recomendable y beneficioso continuar con la leche habitual.

La AAP preconiza que las fórmulas sin lactosa sólo deben indicarse en caso de intolerancia demostrada a la lactosa, con cuerpos reductores en heces > 0,5%.

Deben evitarse períodos prolongados de ayuno, así como la ingesta de alimentos con alto contenido en grasas y azúcares simples. Es conveniente administrar carbohidratos complejos (arroz, patatas, cereales,...) por su buena tolerancia.

Recomendaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición pediátrica (ESPGAN)

Esta Sociedad, a través del Grupo de trabajo de la diarrea aguda, llevó a cabo

un estudio prospectivo en una serie de hospitales con la finalidad de definir la actitud del pediatra en cuanto al manejo de la GEA en nuestro medio¹⁴.

Este estudio multicéntrico puso en evidencia los beneficios de la realimentación precoz y de continuar con la dieta habitual del niño durante el proceso, dado el efecto trófico que ejercen los nutrientes sobre el enterocito.

De acuerdo a los resultados obtenidos¹⁵, la ESPGAN recomienda como tratamiento óptimo en los casos de GEA sin deshidratación o con deshidratación leve a moderada, administrar una solución de rehidratación oral durante 4 horas y reintroducir la dieta normal que el niño tomase previamente. En los lactantes es conveniente continuar la lactancia materna incluso durante la rehidratación, por su baja osmolaridad y por los beneficios que aporta a través de sus efectos antimicrobianos, hormonales y enzimáticos.

Se ha demostrado que la realimentación temprana contribuye a disminuir la permeabilidad intestinal secundaria a la infección, previniendo el paso de macromoléculas y una de sus consecuencias clínicas que es la intolerancia a proteínas. Además, ayuda a mantener la integridad del enterocito y disminuye la hipotrofia morfológica y funcional aso-

ciada al reposo intestinal, permitiendo la actividad de las disacaridasas. Por esto, habitualmente no hay una traducción clínica de intolerancia a la lactosa.

En resumen, la reintroducción precoz de una dieta adecuada para la edad del niño mejora la ganancia ponderal y lo que es más importante, no empeora ni prolonga la diarrea, no aumenta los vómitos ni la posibilidad de desarrollar una intolerancia a la lactosa o a las proteínas vacunas.

Mientras persiste la GEA, se recomienda administrar suplementos de SRO después de cada vómito o deposición, con el fin de reponer las pérdidas de agua y electrolitos. Las fórmulas sin lactosa están indicadas sólo ante un empeoramiento evidente de la diarrea al reintroducir la leche y cuando se demuestre un contenido de sustancias reductoras en las heces $>0,5\%$ ^{14,15}.

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la realimentación precoz tras la rehidratación en el tratamiento de niños con diarrea aguda.

Tratamiento de la GEA y medicina basada en la evidencia

A comienzos de los años 90 varios estudios pusieron de manifiesto la gran discordancia existente entre la teoría y

práctica en el tratamiento de la diarrea aguda. El primero fue realizado casi 20 años después de las recomendaciones de la OMS sobre la rehidratación oral encontrando que todavía la mayoría no la utilizaba de manera habitual.

En 1990 Bezerra y col.⁶ enviaron un cuestionario a 457 pediatras y 360 médicos de familia en EEUU para averiguar la actitud ante un caso hipotético de una GEA leve-moderada. El resultado fue que sólo un 2,3% seguía las normas que la Academia Americana de Pediatría había publicado en 1985. El 62% recomendaba ayunos prolongados, el 68,8% diluía las leches y el 60% indicaba leches sin lactosa.

¿Por qué pasa tanto tiempo desde que unas recomendaciones oficiales se convierten en práctica común? Parte del problema es probablemente la falta de acceso adecuado a la evidencia existente en la literatura y a su análisis correcto.

En 1993 Brown y col.¹⁶ publicaron un metaanálisis sobre el uso de leches no humanas en el manejo de la diarrea aguda en niños que refleja el resultado de 29 estudios independientes con 2.215 pacientes pediátricos. Las principales conclusiones fueron que no había diferencia en la evolución clínica ni en el volumen de las heces con la realimentación en los niños con gastroenteritis

aguda sin deshidratación o con deshidratación leve, tras administrar leches adaptadas con lactosa o sin lactosa.

Respecto a la dieta con leche diluida, puede disminuir la frecuencia defecatoria y el volumen fecal, pero no la duración del cuadro clínico y presenta el inconveniente de una recuperación ponderal significativamente más lenta al comparar la realimentación con leche a concentración normal.

En definitiva, se puede afirmar que la dilución y modificación rutinaria de la leche son innecesarias y la base del manejo de la gastroenteritis leve y moderada es la alimentación precoz tras rehidratación adecuada.

En el momento actual:

- No hay evidencia científica de que ningún tratamiento farmacológico ni ninguna manipulación dietética modifiquen favorablemente la evolución de la gastroenteritis aguda en niños previamente sanos.
- Los períodos de ayuno sólo están indicados cuando hay deshidratación, hasta que ésta se resuelva.
- La dilución de la fórmula no tiene ningún efecto favorable y somete al niño a aportes exógenos inadecuados.
- La administración de fórmulas sin lactosa no está justificada salvo en

aquellas situaciones de intolerancia demostrada a la lactosa.

- La administración de fórmulas de hidrolizados de caseína o de soja no está justificada salvo en aquellos casos de sospecha clínica razonada de intolerancia a proteínas vacunas.

Las estrategias de futuro deben basarse en la prevención. Actualmente ya existe una vacuna contra el rotavirus, agente etiológico en la mayoría de episodios de GEA en niños pequeños. Existen aun controversias sobre su uso¹⁷.

Propuesta de consenso

En la reunión inicialmente comentada, tras la consulta a los pediatras y la revisión de la literatura, se sometieron a votación una serie de propuestas con el objetivo de obtener una guía de actuación ante la GEA. El resultado mostró que el 96% estaba de acuerdo en no solicitar estudios complementarios. También hubo mayoría absoluta para no administrar ningún tipo de medicación de forma rutinaria.

Respecto a la dieta, el 88% de los asistentes estimaron que no era necesario recomendar períodos de ayuno ni prescribir diluciones de la fórmula.

Respecto a la utilización de las fórmulas sin lactosa, el 21% consideraba adecuado su uso, frente al 79% que no lo

creía necesario. Hubo unanimidad para rechazar el uso de las fórmulas sin proteínas vacunas (hidrolizados de proteína o de soja).

Bibliografía

1. Hirschhorn NJ. *The treatment of acute diarrhea in children: an historical and physiological perspective*. Am J Clin Nutr: 1980; 33: 637-663.
2. Armistead J, Kelly D, Walker-Smith J. *Evaluation of infant feeding in acute gastroenteritis*. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1989; 8: 240-244.
3. Snyder J. *Dietary protein sensitivity: is it an important risk factor for persistent diarrhea?* Acta Pediatr Suppl. 1992; 381: 78-81.
4. Sazawal S, Bhan M, Bhandari N. *Type of milk feeding during acute diarrhea and the risk of persistent diarrhea*. Acta Pediatr Suppl. 1992; 381: 93-97.
5. Lanata C, Black R, Creed-Kanashiro H. *Feeding during acute diarrhea as a risk factor for persistent diarrhea* Acta Pediatr Suppl. 1992; 381: 98-103.
6. Bezerra JA, Stathos TH, Duncun B, Gaines JA, Wall JN. *Treatment of Infants with acute diarrhea: What's recommended and what's practiced*. Pediatrics 1992; 90: 1-4.
7. Pickering LK, Hadier SC. *Management and prevention of infectious disease in day care*. In: Feigin Rd, Cherry JC, eds. Textbook of Pediatric Infectious Diseases. Philadelphia: WB Saunders; 1992: 2308-2334.
8. Cicirello HG, Glass RI. *Current concepts of epidemiology of diarrheal diseases*. Semin Pediatr Infect Dis. 1994; 5: 163-167.
9. Pank E. *Newer viewpoints in infants feeding*. N Y J Med. 1924; 24: 921-926.
10. Chung A, Viscorova B. *The effect of oral feeding versus early oral starvation on the course of infantile diarrhea*. J Pediatr 1948; 33: 1422.
11. Baker SS, Davis AM. *Hypocaloric Oral Therapy during an Episode of Diarrhea and Vomiting Can Lead to Severe Malnutrition*. JPGN. 1998; 27:1-5.
12. Duggan C, Nurko S. *Feeding the gut: The scientific basis for continued enteral nutrition during acute diarrhea*. J Pediatr 1997; 131: 801-808.
13. Practice Parameter: *The management of Acute gastroenteritis in Young Children*. Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Acute Gastroenteritis. Pediatrics 1996; 97: 424-436.
14. Sandhu BK, Isolauri E, Walker-Smith JA, et al. *A Multicentre Study on Behalf of the European Society Paediatric Gastroenterology and Nutrition Working Group on Acute Diarrhea*. Early Feeding in Childhood Gastroenteritis. JPGN 1997, 24: 522-27.
15. Walker-Smith JA, Sandhu BK,

Isolauri E, et al. Medical Position Paper. *Guidelines Prepared by the ESPGAN Working Group on Acute Diarrhea. Recommendations for Feeding in Childhood Gastroenteritis*. JPGN 1997; 24: 619-620.

16. Brown K H, Peerson JM, Fontaine O. *Use of nonhuman milks in the dietary*

management of young children with acute diarrhea: a metaanalysis of clinical trials. Pediatrics 1993; 91: 17-27.

17. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. *Possible association of intesussusception with rotavirus vaccination*. Pediatrics 1999: 104:575.

