



Guía de práctica clínica ibero-latinoamericana sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: esquemas de hidratación y alimentación

Pedro Gutiérrez-Castrellón^{a,*}, Eduardo Salazar-Lindo^b, Isabel Polanco Allué^c
y Grupo Ibero-Latinoamericano sobre el Manejo de la Diarrea Aguda (GILA)*

^aUnidad de Investigación Traslacional, Subdirección de Investigación Biomédica, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ministerio de Salud, México

^bLaboratorio Gastrolab, Perú

^cCatedrática de Pediatría, Facultad de Medicina, UAM. Jefe del Servicio de Gastroenterología y Nutrición, Hospital Infantil Universitario La Paz, Madrid, España

Introducción

La deshidratación por gastroenteritis aguda (GEA) es aún un problema pediátrico de gran relevancia. La piedra angular del tratamiento y el principal desafío sigue siendo proporcionar una rehidratación temprana y efectiva, así como reiniciar lo más tempranamente posible una alimentación óptima y adecuada para el momento biológico del niño.

Rehidratación oral

El descubrimiento del transporte acoplado de sodio y glucosa en la superficie apical de las vellosidades del intestino delgado y su influencia sobre la absorción de agua y solutos llevó al desarrollo de las soluciones de rehidratación oral (SRO), que sigue siendo la primera línea de tratamiento de la diarrea aguda y debe empezarse lo antes posible desde el inicio de los síntomas¹. Sin embargo, a pesar de la eficacia probada de la SRO, sigue siendo subutilizada²⁻⁴. Además, aunque la utilización de la SRO está extendida en todo el mundo, todavía no se ha estandarizado la composición y se emplean diferentes composiciones según el país. Los esfuerzos de los últimos años han estado fundamentalmente dirigidos a realizar una rigurosa investigación respecto a las evidencias disponibles para obtener la SRO más adecuada con un equilibrio de eficacia, seguridad y aplicabilidad, así como a tratar de mejorar su composición mediante la adición

de algunos elementos con el objetivo de incrementar sus propiedades. De todas las modificaciones potenciales que se han explorado, la que ha tenido mayor efecto sobre el tratamiento de los casos de diarrea ha sido la reducción de la osmolaridad respecto a la SRO propuesta originalmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS); es decir, una SRO con menor concentración de sodio y glucosa⁵.

Eficacia de la rehidratación enteral (oral o nasogástrica) frente a intravenosa (GE moderado. Tabla de evidencia 1)

Existen evidencias que señalan la superioridad de la rehidratación enteral (oral, nasogástrica) sobre la intravenosa para el manejo de la deshidratación leve y moderada. Una revisión sistemática del año 2011⁶ basada en tres metaanálisis previos⁷⁻⁹, que incluyó niños y jóvenes de hasta 18 años, señaló que la rehidratación enteral redujo significativamente la duración de la estancia hospitalaria en comparación con la rehidratación intravenosa (RIV) (8 ensayos clínicos aleatorizados [ECA], 960 niños; diferencia de medias ponderada [DMP] -0,88 días, intervalo de confianza [IC] del 95%, de -1,45 días a -0,32 días). Cuando se analizaron exclusivamente los niños tratados con SRO por vía oral la reducción fue aún mayor (6 ECA, 526 niños; DMP -1,2 días; IC del 95%, -2,38 a -0,02 días). Se observó equivalencia terapéutica entre ambas vías en relación con el aumento de peso

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: inpcochrane@gmail.com (P. Gutiérrez-Castrellón).

(DMP -26 g; IC del 95%, -60,8 a 9,7 g) y la duración de la diarrea (DMP -6,39 h; IC del 95%, -13,73 a 0,94 h). Al analizar el riesgo de fracaso, se identificó que este fue aparentemente mayor para la SRO que para la RIV (18 ECA; 1.811 niños: 5% de SRO frente al 1% con RIV), pero las definiciones de fracaso variaron y una mirada *post hoc* a ensayos con diferentes criterios de inclusión y exclusión sugiere que puede haber una diferencia importante en la respuesta a la SRO entre los participantes que vomitaron (diferencia de riesgo del 4% [IC del 95%, -5 a 13]) y los que no vomitaron (diferencia de riesgo del 0% [IC del 95%, -3 a 3]). Por otro lado, uno de los metaanálisis⁷ demostró menos episodios adversos mayores (muerte o convulsiones) con rehidratación enteral que con RIV (16 ECA, 1.545 niños; AR en caso de muerte o ataque: 5/886 [1%], con enteral; 15/659 [2%] con intravenosa; RR 0,36; IC del 95%, 0,14-0,89). La revisión de Hartling et al señaló que solo 3 de los 17 ensayos informaron de muertes, todas ellas en países de ingresos bajos o medios, y que el íleo paralítico fue más frecuente en los pacientes tratados con SRO (NNT: 33; IC del 95%, 20-100)⁸. En niños con vómitos persistentes puede usarse SRO, pero estos deben seguirse de cerca para garantizar que el tratamiento esté siendo efectivo. Si este falla, podría recurrirse durante las primeras horas a administrar SRO a través de sonda nasogástrica si existe disponibilidad, ya que es eficaz, parece reducir la duración de la diarrea cuando se compara frente al tratamiento intravenoso (TIV) (rehidratación nasogástrica: 2 ECA, 494 niños; DMP -17,77 h; IC del 95%, -27,55 a -7,99 h) y tiene menos complicaciones¹⁰. Aunado a lo anterior, GILA considera que en la aplicación de la evidencia para la práctica clínica hay otra serie de factores más difíciles de medir que, en líneas generales, apoyan el uso de la SRO (riesgo de sobrehidratación, aplicabilidad más sencilla, coste, misma rapidez en la administración).

Recomendaciones (Tabla de recomendación 1)

La rehidratación oral debería usarse como terapia de primera línea en el manejo de los niños con GEA de leve a moderada:

- La rehidratación enteral se asocia a un número significativamente menor de efectos adversos en comparación con la terapia i.v. y con una menor estancia hospitalaria, y resulta efectiva en la mayoría de los niños (GE moderado).

- Cuando la rehidratación oral no es posible, la rehidratación enteral por vía nasogástrica es efectiva y presenta menos complicaciones que la rehidratación i.v. (GE moderado).

SRO hipoosmolar (< 270 mOsm/l) frente a estándar (311 mOsm/l) en niños con cólera y sin cólera (GE alto. Tabla de recomendación 2A)

Las evidencias actuales señalan una superioridad terapéutica de las formulaciones de SRO con una osmolaridad de ≤ 270 mOsm/l frente a la SRO estándar con una osmolaridad de ≥ 310 mOsm/l para el tratamiento integral de la GEA, ya que se han asociado a una reducción significativa de la tasa de gasto fecal (diferencia de medias estandarizada [DME] -0,23 [-0,33, -0,14]), necesidad de rehidratación intravenosa (OR 0,59 [0,45, 0,79]) y frecuencia de vómitos (OR 0,71

[0,55, 0,92])¹¹⁻¹³. En relación con las SRO para el tratamiento de la GEA asociada a infección por *V. cholerae*, una revisión sistemática publicada recientemente no encontró diferencias significativas en la necesidad de infusión intravenosa no programada entre ambas SRO. Incluso en los niños tratados con SRO de osmolaridad ≤ 270 mOsm/l a base de arroz la duración de la diarrea fue más corta (DM -9,13 [-11,89, -6,37]), sin observarse diferencias en este grupo poblacional cuando se compararon los casos de hiponatremia significativa¹⁴.

SRO de osmolaridad reducida (SR-OR) con 60 mEq/l de sodio frente a 75 mEq/l de sodio (GE moderado. Tabla de evidencia 2B)

Los ensayos clínicos contenidos en las revisiones sistemáticas publicadas por Hahn y Murphy en 2001 y 2004, respectivamente, permitieron efectuar una evaluación estratificada de las SRO-OR con 60-74 mEq/l de sodio frente a las SRO-OR con 75-84 mEq/l de sodio, identificándose una superioridad de las SRO con Na 60-74 mEq/l en relación con la necesidad de rehidratación intravenosa, tasa de gasto fecal y menor frecuencia de vómitos¹¹⁻¹². En el mismo sentido, en fechas recientes realizamos una revisión sistemática estratificada de los ensayos clínicos, identificados hasta 2011, en los cuales se utilizó, al menos en una rama de tratamiento, SRO-OR para el tratamiento de la GEA en niños. Se identificó una superioridad de las SRO con < 75 mEq/l de sodio, con una menor necesidad de esquemas de hidratación intravenosos (RR 0,66 [IC del 95%, 0,42-1,04; p = 0,07] frente a RR 0,76 [IC del 95%, 0,45-1,26; p = 0,29]), una menor tasa de gasto fecal (SMD -0,38 [IC del 95%, -0,55 a -0,22; p = 0,001] frente a SMD -0,05 [IC del 95%, -0,25 a 0,15; p = 0,64]), menor duración de la diarrea (SMD -1,34 [IC del 95%, -2,50 a -0,19; p = 0,02] frente a SMD 1,0 [IC del 95%, 0,84-1,16; p = 0,001]) y menor riesgo de vómito (RR 0,64 [IC del 95%, 0,46-0,88; p = 0,006] frente a RR 0,92 [IC del 95%, 0,81-1,04; p = 0,16]), sin observar diferencias en relación con el riesgo de hiponatremia (en prensa).

Recomendaciones (Tabla de recomendación 2)

Las SRO con osmolaridad reducida deben usarse como terapia de primera línea para el tratamiento de niños con GEA.

Las SRO con 60-74 mEq/l de sodio son superiores a las SRO con 75-84 mEq/l de sodio para el tratamiento de los niños con GEA.

Incluso en niños con GEA secundaria a infección por *V. cholerae*, las SRO de osmolaridad reducida son más efectivas al reducir la necesidad de infusiones i.v. no programadas, el gasto fecal y los episodios de vómito, sin producir o condicionar hiponatremia.

Rehidratación oral polimérica frente a SRO basadas en glucosa (GE moderado. Tabla de evidencia 3)

Estas SRO tienen su fundamento en el hecho de que la sustitución de glucosa por almidón derivado de arroz o cereales puede reducir el gasto fecal al incrementar la cantidad de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4141616>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4141616>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)