SE RECOMIENDA EL ZINC EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

¿Cómo debe administrarse? (prescripción)

- El zinc debe ser administrado por vía oral en presentación de jarabe de sulfato de zinc (2mg/ml). [1]

- El zinc no debe administrarse junto (en la misma presentación) con sales de rehidratación oral, hierro u otros micronutrientes. [1]

- La dosis del zinc es de 10 mg/día para niños menores de 6 meses y 20 mg/día en niños entre 6 meses a 5 años, y debe administrarse durante 10 a 14 días. [1]

¿Funciona? (eficacia y efectividad)

- Desde el 2005, La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la suplementación con zinc en niños con diarrea aguda. [1]

- La suplementación con zinc en menores de 5 años disminuye la duración de la diarrea, así como la posibilidad que la diarrea dure más de 7 días. [1]

- Una revisión sistemática de la literatura que incluyó 24 estudios con 9.128 niños, reportó una disminución promedio de 10 horas en el tiempo de duración de la diarrea y una menor probabilidad que la diarrea se prolongara por más de 7 días. [2]

- Aunque en menores de seis meses la evidencia sugiere que el zinc puede no tener efecto en la duración de la diarrea, la suplementación con zinc también se recomienda, ya que la duración promedio de la lactancia materna exclusiva en Colombia es muy corta, y por ende existe una mayor probabilidad de deficiencia de zinc. [4]

¿Es seguro? (seguridad)

- La suplementación con zinc durante el episodio agudo de diarrea es segura y no se han reportado eventos adversos serios; sin embargo, el zinc aumenta en aproximadamente un 50% la probabilidad de presentar náuseas y vómito. [2]

¿Es costo-efectivo? (costo-efectividad)

- El uso de zinc reduce la incidencia de diarrea persistente, reduce la probabilidad de muerte por diarrea y genera un ahorro de $15.210 o 19% del costo promedio del tratamiento de un episodio de EDA. [3]

Elaborado: DICIEMBRE/2013

Referencias

1. Tratamiento clínico de la diarrea aguda. Ginebra/Nueva York, Organización Mundial de la Salud/UNICEF, 2004.
2. Lazzerini M, Ronfani L. Oral zinc for treating diarrhoea in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1. Art. No.: CD005436. DOI: 10.1002/14651858.CD005436.pub4.
3. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Universidad de Antioquia. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años SGSS - 2013 Guía No. 8 GPC-EDA. Bogotá,2013
4. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Fonseca Z. Encuesta Nacional de la situación nutricional en Colombia 2010 - ENSIN. Agosto 2011

NO SE RECOMIENDA REALIZAR DE MANERA RUTINARIA EL EXAMEN DIRECTO DE MATERIA FECAL, COPROLÓGICO, COPROSCÓPICO O COPROCULTIVO EN LOS NIÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

¿Cuándo debe usarse? (prescripción)

• Sólo se deben realizar estudios microbiológicos de materia fecal en los niños con EDA que tengan sospecha o confirmación de bacteremia y/o sepsis. [1]

¿Por qué no se debe solicitar? (eficacia y efectividad)

• La mayoría de niños con EDA no necesita una prueba microbiológica de heces para el diagnóstico, ya que en 80-90% de los casos la etiología es viral, o producida por otros microorganismos con cuadros clínicos autolimitados que no requieren tratamiento antibiótico [2]

• En los casos en que se solicita el estudio de materia fecal, estudios colombianos han mostrado que el resultado obtenido modifica la conducta terapéutica del médico en apenas una tercera parte de los casos e incluso en el 15% de estos, el cambio de conducta no estaban justificado pues el examen era normal [2]

• En los casos en que se solicita el estudio de materia fecal, estudios colombianos han mostrado que en cerca del 40% de los casos no es posible obtener una muestra adecuada durante la permanencia en el hospital [2]

¿Qué impacto tiene en el sistema?

• En Colombia se abusa de los exámenes coproscópico o coprológico, durante la evaluación del niño con diarrea. Se ha visto que estos, se solicitan en más del 80% de los casos de diarrea en menores de cinco años [2]

Elaborado: DICIEMBRE/2013

Referencias

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Universidad de Antioquia. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años SGSS - 2013 Guía No. 8 GPC-EDA. Bogotá,2013
2. Lozano J, Granados C, Hernandez A, Perez H, M. S. Uso y abuso del examen directo de materia fecal (coproscopico) en el manejo de casos de diarrea aguda en tres instituciones de Bogota. Actual pediátr. 1997 7:152-7.

USO DE ONDANSETRÓN COMO ANTIEMÉTICO EN NIÑOS CON VÓMITO ASOCIADO A LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

¿Funciona? (eficacia y efectividad)

• Los antieméticos no deben usarse de manera rutinaria en el niño con EDA y vómito; sólo se deben administrar en niños con alto riesgo de deshidratación (3 o más vómitos en 1 hora, o 5 o más vómitos en 4 horas), y en niños con algún grado de deshidratación que estén recibiendo Sales de Rehidratación Oral, en quienes el vómito persiste.

• Se recomienda como antiemético el ondansetrón, ya que disminuye en 60% la probabilidad de hospitalización, y la necesidad de líquidos endovenosos cuando se compara con placebo. [3]

• No deben usarse antieméticos en niños que tengan, o en los que se sospeche sepsis, obstrucción intestinal, abdomen agudo o convulsiones.

• No se recomienda el uso de alizaprida, ya que solo existe evidencia disponible acerca de su efectividad en la terapia adyuvante de quimioterapia.

¿Es seguro? (seguridad)

• El ondansetrón tiene un adecuado perfil de seguridad; aunque puede ocasionar un aumento en el número de deposiciones al día, pero su beneficio supera los riesgos. [4]

• No se recomienda el uso de metoclopramida ya que por sus efectos neurológicos está contraindicado en menores de 1 año, y no se aconseja en niños y adolescentes entre 1 y 18 años. [5]

• No se recomienda el uso de alizaprida, ya que solo existe evidencia disponible acerca de su seguridad en la terapia adyuvante de quimioterapia.

¿Cómo debe administrarse? (prescripción)

• El ondansetrón debe ser administrado en una dosis única oral (2 mg en menores de 15 Kg, y 4 mg en aquellos entre 15 y 30 Kg de peso) o una dosis única intravenosa (0,15 mg/Kg) durante la observación en el servicio de urgencias cuando el antiemético este indicado. [1, 2]

• El ondansetrón puede generar aumento del intervalo QT en el electrocardiograma en dosis superiores a 16 mg en infusión endovenosa continua.[6] Esta dosis es el doble de la dosis máxima de ondansetrón en niños, que es 8 mg/día y cuatro veces la dosis recomendada para diarrea y vómito. Así mismo la alerta de seguridad se relaciona con la administración endovenosa del medicamento y no con la administración oral.

¿Es costo-efectivo? (costo-efectividad)

• El uso de ondansetrón es una estrategia menos costosa y más efectiva para el tratamiento de niños menores de cinco años con diarrea, vómito y riesgo de deshidratación, ya que la disminución en el número de hospitalizaciones genera un ahorro cuyo valor es superior al precio del medicamento.

• El uso de ondansetrón genera un ahorro de alrededor de $22.122 pesos o 27% del costo promedio de tratamiento de un niño menor de cinco años con EDA y deshidratación en quien el vómito persiste o EDA sin deshidratación pero con alto riesgo de esta (3 o más vómitos en 1 hora o 5 o más vómitos en 4 horas). [7]

Actualizado: Julio/2013

Referencias

1. Cubeddu LX, Trujillo LM, Talmaciu I, Gonzalez V, Guariguata J, Seijas J, et al. Antiemetic activity of ondansetron in acute gastroenteritis. Aliment Pharmacol Ther. 1997;11(1):185-91. Epub 1997/02/01.
2. Freedman SB, Adler M, Seshadri R, Powell EC. Oral ondansetron for gastroenteritis in a pediatric emergency department. N Engl J Med. 2006;354(16):1698-705. Epub 2006/04/21.
3. Fedorowicz Z, Jagannath VA, Carter B. Antiemetics for reducing vomiting related to acute gastroenteritis in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2011;9:CD005506. Epub 2011/09/09.
4. Roslund G, Hepps T, McQuillen K. The Role of Oral Ondansetron in Children with Vomiting as a Result of Acute Gastritis/Gastroenteritis Who Have Failed Oral Rehydration Therapy: A Randomized Controlled Trial. Annals of Emergency Medicine 2008;52(1):22–9.
5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Metoclopramida: restricciones de su uso en niños y adolescentes. 27 de octubre de 2011.
6. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Ondansetrón: prolongación del intervalo QT del electrocardiograma y nuevas recomendaciones de uso. 10 de agosto de 2012.
7. Atehortúa S, Flórez I, Granados C, Ceballos M, Mejía A, Orozco E. Análisis de costo efectividad de ondansetrón para el tratamiento del vómito en niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda en Colombia. En: Tercer Congreso de ACOES Mercados y competencia regulada en el sector salud. Medellín: Universidad de Antioquia; 2013.