



MOTIVOS FRECUENTES DE CONSULTA EN PEDIATRÍA: FIEBRE Y GASTROENTERITIS AGUDA

SUMARIO

▶ INTRODUCCIÓN

▶ FIEBRE

- Etiología
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Ideas clave

▶ GASTROENTERITIS AGUDA

- Etiología
- Diagnóstico
- Prevención
- Tratamiento
 - Soluciones de rehidratación oral
 - Tratamiento nutricional
 - Tratamiento farmacológico: antimicrobianos, probióticos, antidiarreicos, antieméticos
- Vómitos en otras situaciones
- Ideas clave



INTRODUCCIÓN

La fiebre, la gastroenteritis aguda, los vómitos, el estreñimiento y la tos son motivos de consulta muy frecuentes en pediatría de Atención Primaria (AP). En general, se trata de procesos leves autolimitados (PLA) que tienden a resolverse espontáneamente, en los que hay que descartar otras patologías concomitantes u otros criterios agravantes de salud que puedan requerir derivar a otros niveles asistenciales.

En los PLA no siempre está indicado el tratamiento farmacológico. Su manejo debe enfocarse fundamentalmente en la educación sanitaria, en el autocuidado y en evitar medicalizar el proceso. Osakidetza dispone de protocolos PLA para pediatría, entre otros, sobre la fiebre, la diarrea, los vómitos y el catarro que pueden ser una herramienta útil para el abordaje multidisciplinar de dichos procesos¹ ([enlace a PLA](#)).

El objetivo de este INFAC es revisar las características y el tratamiento de la fiebre y la gastroenteritis aguda en pediatría de Atención Primaria.

FIEBRE

La fiebre supone el 20% de las consultas de los episodios agudos en AP y el 30% en los servicios de urgencias pediátricos². Se trata de una elevación en la temperatura corporal, en general superior a 38°C, siendo el registro rectal el gold estándar³. La fiebre es el signo de una enfermedad subyacente cuya causa debe evaluarse sobre todo en caso de mal estado general o si la fiebre persiste⁴.

La fiebre sin foco (FSF) es el proceso febril más común en pediatría. Se define como aquella cuyo origen no puede identificarse tras una anamnesis y exploración física detalladas, con duración menor a 3 días, aunque puede prolongarse hasta los 7 días⁵. No se debe confundir con la fiebre de origen desconocido en la que la fiebre dura más de 7 días en ausencia de diagnóstico etiológico.

ETIOLOGÍA

La mayoría de los casos de FSF se debe a procesos virales autolimitados pero en un pequeño porcentaje puede corresponder a infecciones bacterianas potencialmente graves (IBG) siendo la más frecuente la infección urinaria (ITU). Otras causas pueden ser neumonía, bacteriemia oculta, meningitis, infecciones osteoarticulares, celulitis, o enteritis en menores de 3 meses⁵. El principal objetivo cuando se atiende la FSF en pediatría es descartar una IBG².

DIAGNÓSTICO

Para su evaluación clínica son necesarios el Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP), la anamnesis, la exploración física y la valoración de constantes (temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión arterial, saturación de oxígeno). Según los resultados de la evaluación se valorará si son necesarias pruebas complementarias (análisis de orina, de sangre, punción lumbar, radiografía de tórax)².

La edad es el primer factor a tener en cuenta ante un caso de FSF especialmente en el lactante más pequeño. La probabilidad de presentar una IBG es mayor en menores de 3 meses (5-10%) y sobre todo en menores de 1 mes. El riesgo disminuye entre los 3 y 36 meses y a partir de esa edad es muy raro que una IBG se manifieste sin síntomas focales⁵.

Es fundamental valorar si se presenta algún defecto de la inmunidad primario o secundario y si se está correctamente vacunado⁵.

Entre los 3 meses y los 2 años de edad, la fiebre a partir de 39°C es el umbral para sospechar una IBG empezando por descartar una ITU³.

Existen diversas escalas clínicas para valorar el riesgo de padecer una IBG (YIOS, YALE, criterios de Rochester, aproximación secuencial step-by-step). La aproximación step-by-step valora una serie de factores (TEP, edad <21 días, tira de orina, analítica sanguínea) de manera secuencial, siendo más útil que otros modelos predictivos para identificar los pacientes adecuados para un manejo ambulatorio en menores de 3 meses³.

En determinadas situaciones es necesaria la derivación inmediata a urgencias del hospital (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Indicaciones de derivación/ingreso hospitalario (adaptado de referencia 6)

Mal estado general, TEP inestable. Presencia de signos de alarma
Edad menor a 1 mes
Edad entre 1 y 3 meses: individualizar. Pueden ser controlados ambulatoriamente lactantes con fiebre de bajo grado (sobre todo en presencia de foco), buen estado general, ausencia de antecedentes, signos o síntomas de riesgo y posibilidad de control evolutivo en 12-24 horas
Edad mayor a 3 meses: cuando la causa sospechada requiera una valoración y/o tratamiento hospitalario

TRATAMIENTO

El objetivo no debería ser alcanzar la normotermia, sino mejorar el estado general⁶. La fiebre no es una enfermedad sino una respuesta fisiológica. Es más importante valorar el estado general, la actividad y la hidratación que monitorizar la curva de temperatura⁴.

En el manejo del síndrome febril hay que asegurar una hidratación adecuada y favorecer el descanso. Se aconseja no cubrir ni desabrigar demasiado⁶. El uso de paños húmedos, friegas, duchas o baños para bajar la fiebre está desaconsejado⁴.

Los **fármacos antitérmicos** no previenen la fiebre, por lo que debe desaconsejarse su uso con este fin. No hay evidencias de que disminuyan el riesgo de presentar convulsiones febriles en la población predispuesta. Tampoco se recomienda utilizar fármacos antitérmicos para prevenir la fiebre postvacunal⁶.

Cuando sea necesario, en menores de 6 meses el paracetamol es el fármaco recomendado. A partir de esa edad, el paracetamol y el ibuprofeno vía oral son de elección considerando las preferencias del niño/a y de la familia³. En mayores de 6 meses, en caso de cuadros febriles que incluyan componente inflamatorio, se optará por el ibuprofeno como tratamiento antipirético inicial^{4,6}. Hay cierta discrepancia entre las recomendaciones sobre el uso del ibuprofeno entre los 3 y 6 meses de edad según áreas geográficas y guías. En nuestro medio, sí hay determinadas presentaciones del ibuprofeno que admiten su uso en ficha técnica en mayores de 3 meses y que pesen más de 5 kg. No obstante, los menores de 6 meses podrían tener un mayor riesgo de toxicidad renal ya que su función renal está menos desarrollada que en los niños/as más mayores. Hay pocos estudios que hayan evaluado el riesgo de toxicidad renal del ibuprofeno para tratar la fiebre en menores de 6 meses y la magnitud del riesgo es incierta⁴ (ver tabla 1).

Tabla 1. Fármacos antitérmicos (adaptada de referencias 6,7)

Fármaco y presentaciones comerciales	Efecto terapéutico	Dosis antitérmica	Efectos adversos
Paracetamol <ul style="list-style-type: none"> Solución oral gotas: 100 mg/ml, 30 mg/ml, 24 mg/ml Comp./sobres: 250 mg, 325 mg, 500 mg, 650 mg, 1000 mg Comp. bucodispersables: 250 mg, 325 mg, 500 mg Supositorios: 150 mg, 250 mg, 300 mg, 600 mg 	Antitérmico Analgésico	Vía oral (>3 kg de peso) 10-15 mg/kg, cada 4-6 h Dosis máxima: 80-90 mg/kg/día Vía rectal 10-15 mg/kg, cada 4-6 h Dosis máxima: 750-1200 mg/día	Hepatotoxicidad
Ibuprofeno <ul style="list-style-type: none"> Solución oral: 20 mg/ml (2%), 40 mg/ml (4%) Sobres: 100 mg, 200 mg, 400 mg, 600 mg Comprimidos: 400 mg, 600 mg y bucodispersables 400 mg 	Antitérmico Analgésico Antiinflamatorio	Vía oral (>3 meses y >5 kg de peso) 5-10 mg/kg, cada 6-8 h Dosis máxima: 30-40 mg/kg/día	Gastritis Hemorragias gastrointestinales Nefrotoxicidad

No se recomienda el tratamiento con pauta alternante de antitérmicos. Aunque la combinación o la alternancia del paracetamol y el ibuprofeno puede ser más eficaz que cualquiera de los dos fármacos por separado para reducir la fiebre, no está claro que esta reducción sea clínicamente significativa y los resultados sobre el malestar infantil no son concluyentes. Además, el tratamiento combinado puede aumentar la posibilidad de cometer errores en la dosificación, el riesgo de toxicidad acumulada a nivel renal y hepático

y contribuir a la "fiebre fobia"^{4,6}. La terapia alterna se podría considerar, de forma puntual, en situaciones en las que la fiebre reaparece a las 3-4 horas de la última dosis y ocasiona malestar, pero no se debe realizar de forma sistemática⁶.

La administración rectal del paracetamol a corto plazo (<48h) es una opción cuando no se pueda tomar por vía oral⁴, aunque su absorción es irregular y la biodisponibilidad podría ser 10-20% inferior a la vía oral⁶.

El metamizol como antipirético está indicado sólo en el caso de fiebre alta que no responde a otros antipiréticos^{6,7}. No hay evidencia de que tenga mayor efecto que otros antitérmicos⁶.

En la FSF se desaconseja la prescripción de **antibióticos orales** en la población infantil correctamente vacunada con un buen estado general⁵. Sin embargo, en lactantes con FSF y un TEP alterado se debe considerar la presencia de una sepsis e iniciar la administración precoz de antibioterapia además de otras medidas³. La administración de antibiótico empírico se contempla también en caso de sospecha de ITU hasta el resultado del cultivo y en las siguientes situaciones especiales que requieren manejo hospitalario^{3,5} (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Tratamiento antibiótico empírico de manejo hospitalario (modificado de referencias 3 y 5)

Mal estado general o sospecha de enfermedad meningocócica (iniciar lo antes posible)
Edad menor a un mes
Edad entre 1 y 3 meses con buen estado general y hemograma con leucocitos >15.000/μl ó <5.000/μl, tras valoración de otras pruebas complementarias (neutrófilos >10.000/μl, PCR >20 mg/l, PCT ≥0,5 ng/ml, Rx tórax)
Mayores de 3 meses y hasta 2 años de edad con buen estado general incompletamente vacunados y leucocitos >15.000/μl, tras valoración de otras pruebas complementarias (neutrófilos >10.000/μl, PCR >20 mg/l, PCT ≥0,5 ng/ml, Rx tórax)

PCR: Proteína C-reactiva; PCT: Procalcitonina.

En los siguientes enlaces se puede encontrar información útil para la ciudadanía:

- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap): [Decálogo de la fiebre](#)
- Osakidetza/Departamento de Salud del Gobierno Vasco: [Tríptico Fiebre sin miedo](#)
- Osasun Eskola: [Recomendaciones útiles Pediatría "Fiebre"](#)
- i-botika: [Me pongo el termómetro y tengo fiebre, ¿qué hago?](#)
- i-botika: [JARABE DE PARACETAMOL, en su justa medida](#)
- i-botika: [JARABE DE IBUPROFENO, en la dosis adecuada](#)

IDEAS CLAVE FIEBRE

- El objetivo del tratamiento de la fiebre no es alcanzar la normotermia, sino mejorar el estado general.
- No se recomienda la combinación o alternancia del paracetamol e ibuprofeno ya que puede aumentar los errores de dosificación, el riesgo de toxicidad acumulada a nivel renal y hepático y contribuir a la "fiebre fobia".
- En lactantes con FSF y un TEP alterado se debe considerar la presencia de una sepsis e iniciar la administración precoz de antibioterapia junto con otras medidas.

GASTROENTERITIS AGUDA

La Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) define la gastroenteritis aguda (GEA) como una reducción de la consistencia de las evacuaciones (líquidas, semilíquidas) y/o un incremento en la frecuencia de las mismas (más de 3 en 24 horas) pudiendo acompañarse de fiebre y/o vómitos. Para considerarla como aguda su duración debe ser inferior a 2 semanas y normalmente no dura más de 7 días. Tiene más valor el cambio de consistencia que el aumento de la frecuencia, muy especialmente en lactantes, que acostumbran a tener deposiciones frecuentes. La incidencia anual de GEA en Europa es de 0,5-2 episodios/año en menores de 3 años. La GEA es más frecuente y potencialmente más grave en menores de 5 años. En los países de ingresos altos no supone prácticamente riesgo de mortalidad⁸.

ETIOLOGÍA

La principal causa de las GEA en nuestro país son las infecciones víricas pudiendo ser producidas también por bacterias o por protozoos⁹. En nuestro medio, el 64% de los casos de GEA son por virus¹⁰. Norovirus se está convirtiendo en la causa principal debido a la inmunización frente a rotavirus (RV). Otros virus causantes son sapovirus, astrovirus y adenovirus entéricos. La edad y la estación del año influyen en la etiología. La GEA por RV es la más frecuente en menores de dos años^{8,9}, ocurre típicamente en picos durante el invierno, mientras que adenovirus entérico predomina en el verano^{11,12}.

La fiebre elevada, la aparición de sangre y moco en las heces, el dolor abdominal intenso y tenesmo, y la afectación del sistema nervioso central son signos sugestivos de etiología bacteriana^{8,9}. La GEA bacteriana es más frecuente en verano. En España, *Campylobacter jejuni* es el enteropatógeno bacteriano más frecuente (59,9%), seguido de *Salmonella* spp. (31,8%)¹³.

La GEA parasitaria se da en situaciones como consumo de agua no tratada, viajes internacionales¹⁴... La diarrea acuosa, prolongada o persistente se asocia preferentemente con parásitos^{8,9}. En nuestro medio los más frecuentemente detectados son *Giardia* spp. y *Cryptosporidium* spp. *Giardia* spp. puede causar diarrea aguda, dolor abdominal, cólicos o cuadros crónicos. *Cryptosporidium* spp. tiene una marcada estacionalidad (agosto-octubre) y con años de elevada incidencia.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en la historia clínica detallada y en una minuciosa exploración física, no siendo necesaria, en la mayoría de las ocasiones, la realización de ningún tipo de exploración complementaria ni toma de muestras rutinarias. Es fundamental valorar el grado de deshidratación, siendo el mejor indicador el porcentaje de pérdida de peso corporal. Para su evaluación se pueden utilizar escalas basadas en signos y síntomas clínicos como la turgencia de la piel, el hundimiento de ojos, el estado general y de conciencia, el tiempo de relleno capilar y la hidratación de las mucosas¹⁵. En nuestro medio se utiliza la escala Gorelick por su fácil manejo (disponible en Osabide Global-Score Deshidratación Pediatría).

PREVENCIÓN

La principal vía de contagio de los patógenos que producen GEA es la fecal-oral. La medida preventiva más importante es el adecuado lavado de manos con agua y jabón después del contacto con el paciente o sus secreciones⁸. Conviene saber que norovirus es resistente a soluciones hidroalcohólicas. No se debe acudir a colegios o guarderías mientras dure la diarrea y/o vómitos, y al menos hasta 48 horas tras el último episodio. Tampoco se debe ir a piscinas hasta dos semanas tras el último episodio⁹.

En lo que respecta a la inmunización frente a RV, según una revisión sistemática, en países de baja mortalidad infantil la vacuna previene la diarrea por RV en más del 90% de los casos y probablemente en más del 50 % de los casos graves de diarrea por cualquier causa (vírica, bacteriana o parasitaria). Con respecto a la seguridad, no se ha encontrado un aumento del riesgo de efectos adversos graves incluida la invaginación intestinal¹⁶.

La ponencia de Salud Pública recomienda la vacunación frente a RV en lactantes a partir de las 6 semanas de vida y su implantación efectiva en el calendario vacunal infantil antes del final del 2025¹⁷.

TRATAMIENTO

Los objetivos fundamentales son reponer la pérdida de líquidos y prevenir y/o tratar la deshidratación. Además, se debe mantener el estado nutricional con un adecuado aporte calórico e introducir la alimentación normal de forma precoz¹⁵.

Soluciones de rehidratación oral (SRO)

Las SRO hiposódicas (<60 mEq/L de sodio) son el principal tratamiento de la deshidratación leve y moderada. Deben administrarse en pequeñas cantidades y en tomas frecuentes^{13,18} (ver tabla 2).

Se deben evitar las bebidas isotónicas para deportistas, refrescos o zumos de frutas, que contienen poco sodio y potasio, excesiva concentración de glucosa, inadecuada proporción sodio/glucosa y una elevada osmolaridad, así como las soluciones de rehidratación de preparación casera, por los frecuentes errores en su preparación¹⁵.

Tabla 2. Pautas de SRO¹⁸

Situación	Volumen total a administrar
Deshidratación leve (pérdida de peso 3-5%)	30-50 ml/kg
Deshidratación moderada (pérdida de peso 5-9%)	50-100 ml/kg
Si pérdidas continuadas	10 ml/kg por cada deposición líquida y 2-5 ml/kg por cada vómito
Administrar 5-10 ml cada 5-10 min durante unas dos horas con posterior aumento del ritmo y la cantidad, según tolerancia	
Situaciones que requieren además, valorar o iniciar rehidratación intravenosa	
<ul style="list-style-type: none"> • Deshidratación grave (>9%) • Inestabilidad hemodinámica • Sospecha de íleo paralítico • Riesgo de aspiración (p. ej.: disminución del nivel de consciencia) • Limitación de la absorción intestinal (p. ej.: síndrome de intestino corto) • Pérdidas importantes >10 ml/kg/h • Contraindicaciones relativas: vómitos incoercibles, problemas con la técnica o familias poco colaboradoras 	

Presentaciones comerciales de SRO (actualización 2020): [Link a SRO \(Guía ABE\)](#)

Tratamiento nutricional

Tras la hidratación se recomienda instaurar la realimentación completa y de forma precoz⁹. La lactancia materna debe mantenerse sin restricciones durante la rehidratación y después de ella. Aquellos que toman fórmula adaptada deben reanudarla normalmente, sin diluir¹⁵. No hay datos acerca del beneficio de las fórmulas de soja o los hidrolizados de proteínas con respecto a la leche de vaca o la fórmula láctea infantil habitual, y por tanto no se recomienda el cambio de las mismas durante la GEA, incluso en los lactantes menores de 2 meses. En los niños/as con alimentación variada, debe mantenerse una dieta normal evitando solamente alimentos con alto contenido en azúcares simples y alimentos ricos en grasa. Las dietas astringentes no han demostrado beneficio. Inicialmente, no está indicada la retirada de la lactosa excepto en los casos en que la clínica sea muy sugerente de intolerancia y la diarrea se prolongue más de 14 días (aunque puede considerarse a partir de los 7 días en determinadas circunstancias)^{11,13}.

Tratamiento farmacológico

- **Antimicrobianos:** la mayoría de las GEA son de origen vírico por lo que en principio no están indicados. Tampoco son necesarios en muchas GEA bacterianas porque suelen ser procesos autolimitados.

El uso empírico de antimicrobianos estaría justificado, una vez recogida la muestra para coprocultivo, en los siguientes casos: pacientes con síndrome disentérico, en los que se sospecha una etiología bacteriana (<3 meses de edad, inmunodepresión, enfermedades crónicas o malnutriciones graves, drepanocitosis), sospecha de infección por *Shigella* y sospecha de *V. cholerae*. Los antibióticos más utilizados de forma empírica son la azitromicina y las cefalosporinas de tercera generación¹³.

El uso de antibiótico según agentes causales de la GEA tras resultado de coprocultivo viene recogido en la tabla 3.

- **Probióticos:** su uso es controvertido. Su efectividad para reducir la duración y la intensidad de los síntomas parece depender de varios factores, como son la etiología, el tiempo de evolución y la cepa del probiótico o su dosis. La ESPGHAN recomienda considerar el uso en la diarrea infecciosa tipo vírica exclusivamente de determinadas cepas con mayor evidencia (*Lactobacillus rhamnosus* GG, *Saccharomyces boulardii* y *L. reuteri*), pero la recomendación es débil a favor y el grado de evidencia es muy bajo^{13,21}.
- **Antidiarreicos:**
 - **Racecadotril:** fármaco antisecretor de acción periférica. Su uso puede considerarse en pacientes con diarrea aguda para reducir el número y mejorar la consistencia de las deposiciones. No está incluido en la mayoría de las guías de práctica clínica porque los estudios son escasos y no se han establecido claramente las indicaciones y la relación coste/beneficio en nuestro medio¹³.
 - **Loperamida:** está contraindicada en pacientes menores de 12 años y en las diarreas hemorrágicas^{9,11}.
 - **Carbón activado:** no está recomendado^{9,11}.

Tabla 3. Antimicrobianos de elección según agentes causales de la GEA (adaptada de referencias 9,19)

Microorganismo	Tratamiento de elección
<i>Campylobacter</i> spp.	Normalmente autolimitadas, no se tratan Valorar tratamiento en caso de enfermedad grave (sangre en heces, fiebre alta, infección extraintestinal, síntomas que empeoran o recurrencias, o síntomas que duran más de una semana) o riesgo de enfermedad grave (inmunodepresión) ²⁰ : azitromicina oral: 30 mg/kg toma única o 10 mg/kg/día, 3-5 días. Dosis máxima: 500 mg/día
<i>Salmonella</i> spp.	
Salmonella no complicada en población sana >3 meses	No indicado
Salmonella no complicada en población sana <3 meses	Derivación hospitalaria En pacientes con sospecha de bacteriemia o población inmunodeprimida: ceftriaxona IM: 50-100 mg/kg, 1 dosis antes del traslado
Población pediátrica con factores de riesgo de bacteriemia o infecciones extraintestinales	Derivación hospitalaria En pacientes con sospecha de bacteriemia o población inmunodeprimida: ceftriaxona IM: 50-100 mg/kg, 1 dosis antes del traslado
<i>Yersinia</i> spp.	
Infecciones en <3 meses de edad, población inmunodeprimida y manifestaciones extraintestinales	Trimetoprim/sulfametoxazol oral: 8 mg (de trimetoprim)/kg/día cada 12 h, 5 días. Dosis máxima: 320 mg trimetoprim/día; 1600 mg de sulfametoxazol/día
<i>Escherichia coli</i>	
GEA no complicada	No indicado
<i>E. coli</i> enterohemorrágica	No indicado
<i>E. coli</i> enterotoxigénica	Azitromicina oral: 10 mg/kg/día, en una toma, 3 días Dosis máxima: 500 mg/día
<i>Shigella</i> spp.	Tratamiento dirigido por antibiograma. Mientras se desconocen los datos del cultivo: – azitromicina oral, 3 días: 10 mg/kg/día en 1 dosis (adolescentes 500 mg/día) o – azitromicina oral, 5 días: 12 mg/kg/día (dosis máxima: 500 mg/día), primer día y 6 mg/kg/día desde el 2º al 5º día
<i>Giardia lamblia</i>	Metronidazol oral: 5 mg/kg/8 h, 5-7 días
<i>Cryptosporidium</i> spp.	
Sólo población inmunodeprimida	Paromomicina oral: 10 mg/kg/8 h, 10 días*

* Medicamento extranjero: Paromomicina en solución no está comercializada en España. La concentración de la antigua presentación nacional era de 25 mg/ml paromomicina sulfato mientras que la del medicamento extranjero importado en la actualidad es de 100 mg/ml de paromomicina base. Para evitar posibles errores debidos a la diferente concentración de ambas presentaciones, la dosificación se debe hacer según la ficha técnica extranjera (ver Ficha Técnica).

- **Antieméticos:** su utilización en los vómitos asociados a GEA es controvertida. No se recomiendan fármacos como la **domperidona** o la **metoclopramida** por los posibles efectos adversos extrapiramidales. La domperidona se ha asociado, además, con arritmias ventriculares graves y muerte cardíaca súbita, y no está indicada como terapia adicional a la rehidratación para náuseas y vómitos agudos en menores de 12 años²²⁻²⁵.

La recomendación del uso del **ondansetrón** oral en los vómitos asociados a GEA se está incorporando en las guías^{11,18}. Se trata de una indicación fuera de ficha técnica (requiere consentimiento informado) con experiencia de uso en los servicios de urgencia, pero cuyo uso en AP es controvertido¹⁸. El ondansetrón, en dosis única, podría contribuir a un mayor éxito de la rehidratación asociada a GEA en las fases iniciales, evitar complicaciones asociadas a vómitos repetidos y reducir el número de derivaciones a los servicios de urgencias hospitalario, pero la evidencia de su beneficio en el ámbito extrahospitalario es débil^{18,26}.

Es importante señalar que no se ha demostrado que sea beneficioso en ausencia de deshidratación²³, y existe la preocupación de que una mayor accesibilidad al uso del ondansetrón se traduzca en medicalizar

situaciones que no requieren utilización de fármacos y desviar la atención sobre la importancia de la rehidratación^{18,26}. De hecho, los resultados de un estudio realizado en nuestro medio, en urgencias hospitalarias de pediatría, evidencian un mal uso y abuso para el control de vómitos asociados a gastritis/GEA, que también podría ser traducible a su uso en AP²⁷.

La evidencia sugiere que el riesgo de enmascarar otros diagnósticos graves asociados con vómitos es bajo. El riesgo de arritmia administrado por vía oral en ausencia de factores de riesgo parece muy bajo. Podrían aumentar los episodios de diarrea. Está contraindicado en los cuadros obstructivos y si existe riesgo de arritmia^{18,23}.

En nuestro medio el grupo GIDEP ha protocolizado el uso del ondansetrón en AP en mayores de 6 meses, solamente en caso de vómitos asociados a gastroenteritis que no ceden con el tratamiento habitual (SRO) y con deshidratación leve/moderada ([Vómitos y deshidratación por GEA](#))¹⁸. En el protocolo GIDEP se recoge la pauta posológica (ver cuadro 3) así como el checklist de utilización para asegurar el uso adecuado del ondansetrón (ver cuadro 4).

Cuadro 3. Pauta posológica del ondansetrón en GEA^{18,23}

La dosis vía oral usual es una dosis única de 0,15 mg/kg (dosis máxima 8 mg):
<ul style="list-style-type: none"> • Peso 8-15 kg: 2 mg • Peso 15-30 kg: 4 mg • Peso >30 kg: 8 mg
El efecto se produce en 20-30 min. Tras este tiempo se debe reintentar tolerancia oral

Cuadro 4. Checklist de utilización del ondansetrón¹⁸

Diagnóstico de GEA (no si vómitos exclusivamente)	<input checked="" type="checkbox"/>
Vómitos repetidos: 2-3 por cada hora, durante 4-6 horas	<input checked="" type="checkbox"/>
Deshidratación leve/moderada. No utilizar si no hay deshidratación (no hay pruebas de beneficio)	<input checked="" type="checkbox"/>
Fracaso de rehidratación oral (5-10 ml de SRO cada 5-10 min durante 1 hora)	<input checked="" type="checkbox"/>
Mayor de 6 meses de edad y peso >8 kg	<input checked="" type="checkbox"/>
No hay factores de riesgo para aparición de arritmias	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de síndrome QT largo congénito, insuficiencia cardiaca congestiva, bradiarritmias • No toma fármacos que prolongan QT (antiarrítmicos, neurolépticos, macrólidos...) 	<input checked="" type="checkbox"/>
No hay sospecha de obstrucción intestinal o íleo paralítico	<input checked="" type="checkbox"/>
No hay embarazo	<input checked="" type="checkbox"/>
Consentimiento informado de padres/tutores (fármaco <i>off-label</i>)	<input checked="" type="checkbox"/>

En los siguientes enlaces se puede encontrar información útil para la ciudadanía:

- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap): [Decálogo de la diarrea aguda](#)
- Osasun Eskola: [Recomendaciones útiles Pediatría "Diarrea"](#)

VÓMITOS EN OTRAS SITUACIONES

El vómito es un síntoma inespecífico que acompaña a muchas enfermedades y guarda relación con la enfermedad causal, por lo que desaparecerá con ella²². Además de la GEA, existen múltiples afecciones que cursan con vómitos. Las causas infecciosas son las más frecuentes (infecciones respiratorias, otitis, neumonías, ITU, sepsis, meningitis). Las no infecciosas (invaginación, apendicitis, patología neurológica...) se deben descartar de forma temprana.

A la hora de identificar el origen de los vómitos es importante tener en cuenta la edad del paciente y el patrón temporal de los vómitos (agudo, crónico o cíclico). La presencia de síntomas o signos de alarma (pérdida de peso importante, exploración neurológica anormal, vómitos persistentes, vómitos con sangre, bilis...) puede orientarnos hacia determinadas patologías, en las cuales es necesario iniciar tratamiento etiológico de forma inmediata^{22,28}.

IDEAS CLAVE GASTROENTERITIS AGUDA

- Los objetivos fundamentales del tratamiento de la GEA son reponer la pérdida de líquidos y prevenir y/o tratar la deshidratación. Las SRO hiposódicas son el principal tratamiento.
- Se debe mantener el estado nutricional con un adecuado aporte calórico e introducir la alimentación normal de forma precoz.
- El tratamiento antibiótico no está indicado ya que la mayoría de las GEA son de origen vírico y la mayor parte de las de origen bacteriano son procesos autolimitados.
- Una mayor accesibilidad al uso del ondansetrón en AP no debería traducirse en medicalizar situaciones que no requieren utilización de fármacos y desviar la atención sobre la importancia de la rehidratación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Inmaculada Merino Marcos y Saioa Juaristi Irureta, pediatras de AP de OSI Donostialdea, a Emilio Aparicio Guerra, pediatra de AP de OSI Bilbao-Basurto y a Miriam Alkorta Gurrutxaga, microbióloga del Hospital Universitario Donostia la revisión del texto, así como sus acertados comentarios y sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Intranet corporativa de Osakidetza. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud [consultado 29/02/2024] [Protocolos de atención de Enfermería ante el Proceso Leve Autolimitado](#)
2. Alonso Cadenas JA, De la Torre Espi M. [Fiebre sin foco](#). *Pediatría Integral*. 2023;XXVII(5):240 – 248
3. Mintegi Raso S, Gómez Cortés B. [Lactante febril](#). *Protocolo de Urgencias Pediátricas*. 2020;1:141-151
4. Ward M.A. [Fever in infants and children: Pathophysiology and management](#). Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> [consultado 29/02/24]
5. Fernández-Cuesta Valcarce MA, Grande Tejada A, Morillo Gutiérrez B [Fiebre sin foco en el menor de 3 años \(v.1/2018\)](#). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 01-sep-2018; consultado el 29-02-2024].
6. García Soto, Laura, Callejas Pozo JE. [Fiebre; ¿cómo medir la temperatura?, ¿cuándo y cómo tratar la fiebre? \(v.2/2022\)](#). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 10-02-2022; consultado el 29-02-2024].
7. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. [CIMA](#) [consultado 29/02/2024]
8. De la Flor i Brú J. [Gastroenteritis aguda](#). *Pediatría Integral*. 2019; XXIII(7):348-355 [consultado 01/02/2024]
9. Plan Nacional Resistencia Antibióticos. Madrid: AEMPS. [Guía terapéutica antimicrobiana del SNS, 3ª edición](#). Paciente pediátrico; Infecciones gastrointestinales en pediatría [consultado 01/02/2024]
10. Datos Microbiología Hospital Universitario Donostia (HUD). Cultivos de muestras procedentes de Atención Primaria de Gipuzkoa. Año 2019
11. Albert de la Torre L. [Gastroenteritis aguda \(V.4.0/2019\)](#). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 25/03/2019; consultado el 01/02/2024].
12. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Madrid: AEP; 2024. Manual de vacunas en línea de la AEP. [Capítulo 35 - Rotavirus](#) [consultado 01/02/2024]
13. Carbajo Ferreira AJ, Rodríguez Delgado J. [Diarrea aguda](#). En: [Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria](#) [en línea] [consultado 01/02/2024]
14. Miguel G O’Ryan. [Acute viral gastroenteritis in children in resource-abundant countries: Clinical features and diagnosis](#). Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> [consultado 01/02/2024]
15. Bartolomé Porro JM, Vecino López R, Rubio Murillo M. [Diarrea aguda](#). *Protoc diagn ter pediatr*. 2023;1:99-108
16. Bergman H, Henschke N, Hungerford D, Pitan F, Ndwandwe D, Cunliffe N, Soares-Weiser K. [Vaccines for preventing rotavirus diarrhoea: vaccines in use](#). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 11. Art. No.: CD008521. DOI: 10.1002/14651858.CD008521.pub6. [consultado 01/02/2024]
17. Grupo de trabajo vacunación frente a rotavirus de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. [Recomendaciones de vacunación frente a rotavirus](#). Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, enero 2024
18. Grupo Interdisciplinar de Emergencias Pediátricas (GIDEP). [Vómitos y deshidratación por gastroenteritis aguda. Versión 1.2](#). (15.03.2023)
19. Comité de política antibiótica de la OSI Donostialdea. [Guía de Tratamiento de las Enfermedades Infecciosas en Atención Primaria \(Pediatría\)](#). Donostia-San Sebastián. 2019. Capítulo 9 Infecciones gastrointestinales: 87-92
20. Allos, Ban M. [Campylobacter infection: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment](#) Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> [consultado 01/02/2024]
21. [Probióticos: mucho ruido y ¿cuántas nueces?](#) INFAC. 2021;29(3): 20-30
22. Ruiz Chércoles E, Cerezo del Olmo Y. [Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Vómitos](#). AEPap. 2016 (en línea).
23. Miguel G O’Ryan. [Acute viral gastroenteritis in children in resource-abundant countries: Management and prevention](#). Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> [consultado 01/02/2024]

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la **promoción del uso racional del medicamento** para obtener un mejor estado de salud de la población».

24. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). **Metoclopramida: restricciones de uso, actualización de indicadores y posología** (MUH (FV), 22/2013) [consultado 01/02/2024]
25. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). **Domperidona*: supresión de la indicación en pediatría y recordatorio de las contraindicaciones en adultos y adolescentes** (MUH (FV), 3/2020) [consultado 01/02/2024]
26. Rodríguez Delgado J, Castell Miñana M, González Martín L, Hoyos Vázquez MS, Blesa Baviera LC, Grupo de Trabajo de Gastroenterología y Nutrición de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). **Uso de ondansetrón en el manejo de los vómitos asociados a gastroenteritis aguda en Pediatría de Atención Primaria. Posicionamiento del Grupo de Trabajo de Gastroenterología y Nutrición de la AEPap**. Rev Pediatr Aten Primaria. 2021;23:e55-e64 [consultado 01/02/2024]
27. García Marín A, Lloret Ferrándiz G, González de Dios J. **Ondansetrón para el control de vómitos asociados a gastritis y gastroenteritis aguda en urgencias de Pediatría: uso, abuso y buen uso**. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:351-61 [consultado 01/02/2024]
28. Torres Peral R, Expósito de Mena H. **Vómitos y reflujo gastroesofágico**. Pediatría Integral. 2019;XXIII(7):330-338 [consultado 01/02/2024]

Fecha revisión bibliográfica: marzo 2024

Este boletín debe citarse: Motivos frecuentes de consulta en pediatría: Fiebre y gastroenteritis aguda. INFAC. 2024;32(6):66-75.

Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaRAM.es>

Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: al farmacéutico de atención primaria de su OSI o a CEVIME o al e-mail: infac@osakidetza.eus

Consejo de Redacción: Iñigo Aizpurua¹, Iciar Alfonso², Ainhoa Arana³, María Armendáriz³, Markel Brouard⁴, Saioa Domingo³, Maitane Elola⁵, Arritxu Etxebarria³, Julia Fernández³, Isabel Fontán³, Leire Gil³, Ana Isabel Giménez³, Juan José Iglesias⁴, Josune Iribar³, Nekane Jaio³, Itxasne Lekue³, M^a José López¹, Javier Martínez³, Mónica Martínez³, Teresa Morera⁶, Carmela Mozo³, Elena Olloquiegi³, Elena Ruiz de Velasco³, Amaia Sagastibelza⁷, Rita Sainz de Rozas³, Inés San José³, Maitane Umerez³, Elena Valverde³, Miren Zubillaga⁴.

1. Farmacéutico/a CEVIME; 2. Farmacóloga clínica; 3. Farmacéutico/a de atención primaria; 4. Médico/a de familia; 5. Médica de medicina interna; 6. Profesora de farmacología (UPV); 7. Pediatra de atención primaria.



<http://www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevime/es/>



Queda totalmente prohibido el uso de este documento con fines promocionales

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

