

# GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA EN 2021...

## PAPEL EN LA DIARREA AGUDA

Manrique O; Pérez-Lledó E; Clemente F

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO ALICANTE

SERVICIO PEDIATRÍA. UNIDAD DIGESTIVO INFANTIL Y HOSPITALIZACIÓN  
DOMICILIARIA PEDIATRIACA



# INDICE



- 1. Guías clínicas de manejo de la GEA.
- 2. Definición, epidemiología y etiología.
- 3. Clínica, complicaciones y manejo.

- 4. Tratamiento



# 1. GUIAS CLINICAS



## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Gastroenteritis aguda en el niño

*Guía multidisciplinaria*  
SEGNHP-SEIP

2010

European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014

*\*Alfredo Guarino (Coordinator), †Shai Ashkenazi, ‡Dominique Gendrel,  
\*Andrea Lo Vecchio, †Raanan Shamir, and ‡Hania Szajewska*

**Guía de práctica clínica ibero-latinoamericana sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: enfoque, alcances y diseño**

**Pedro Gutiérrez-Castrellón<sup>a,\*</sup>, Eduardo Salazar-Lindo<sup>b</sup>, Isabel Polanco Allué<sup>c</sup>  
y Grupo Ibero-Latinoamericano sobre el Manejo de la Diarrea Aguda (GILA)\***

An Pediatr (Barc). 2014;**80**(Supl 1):1-4

# 1. GUIAS CLINICAS



## Guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe

---

L A Whyte,<sup>1</sup> R A Al-Araji,<sup>1</sup> L M McLoughlin<sup>2</sup>

*Arch Dis Child Educ Prac Ed 2015; 100:308-312*



## 2.1.DEFINICIÓN



► **1.DEFINICIÓN:** Disminución de la consistencia de las heces (blandas o líquidas) y/o un incremento en la frecuencia.

- AGUDA: < 7 días y nunca superior a 14 días.
- Sin embargo, cualquier cambio en la consistencia de las heces es más indicativo de diarrea que el número de deposiciones, particularmente en los primeros meses de vida.

## 2.2. EPIDEMIOLOGIA



### 2.EPIDEMIOLOGIA:

- Incidencia de diarrea aguda en Europa en <3a. a 2 episodio/niño/año
- 0'8 mill de muertes/año en < 5años.
- SUPONE EN TORNO A 1 DE CADA 10 URGENCIAS
- Mayor causa de hospitalización de este rango de edad.

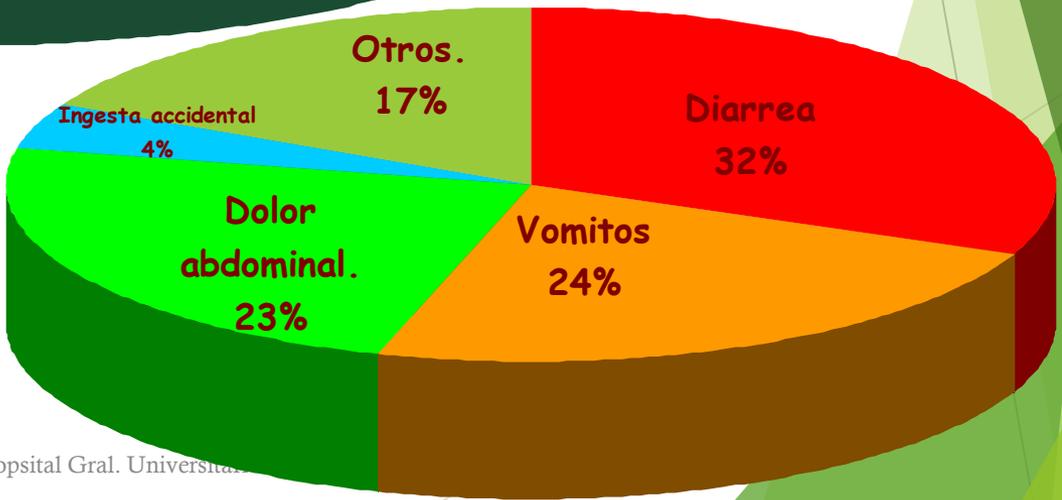
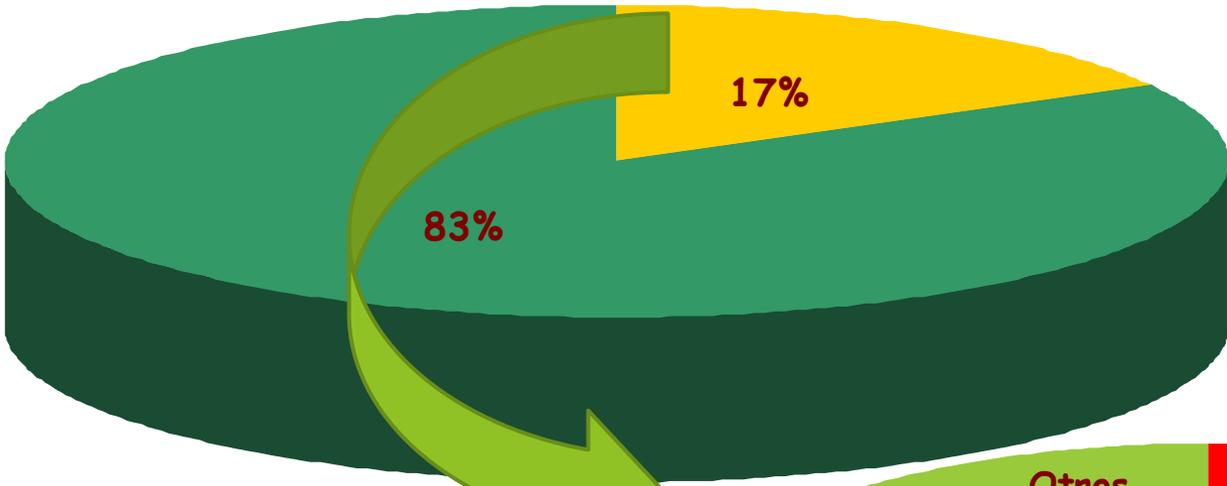
0.5

**Eso no será aquí**

**Eso era antes.**

# Urgencias digestivas en Oct/Nov. 2001 en H.G.U.A.

■ Urg. Digestivas. ■ Urg. NO Digestivas



Total Urgencias 609->110

# Urgencias digestivas en Oct/Nov. 2019 en H.G.U.A.

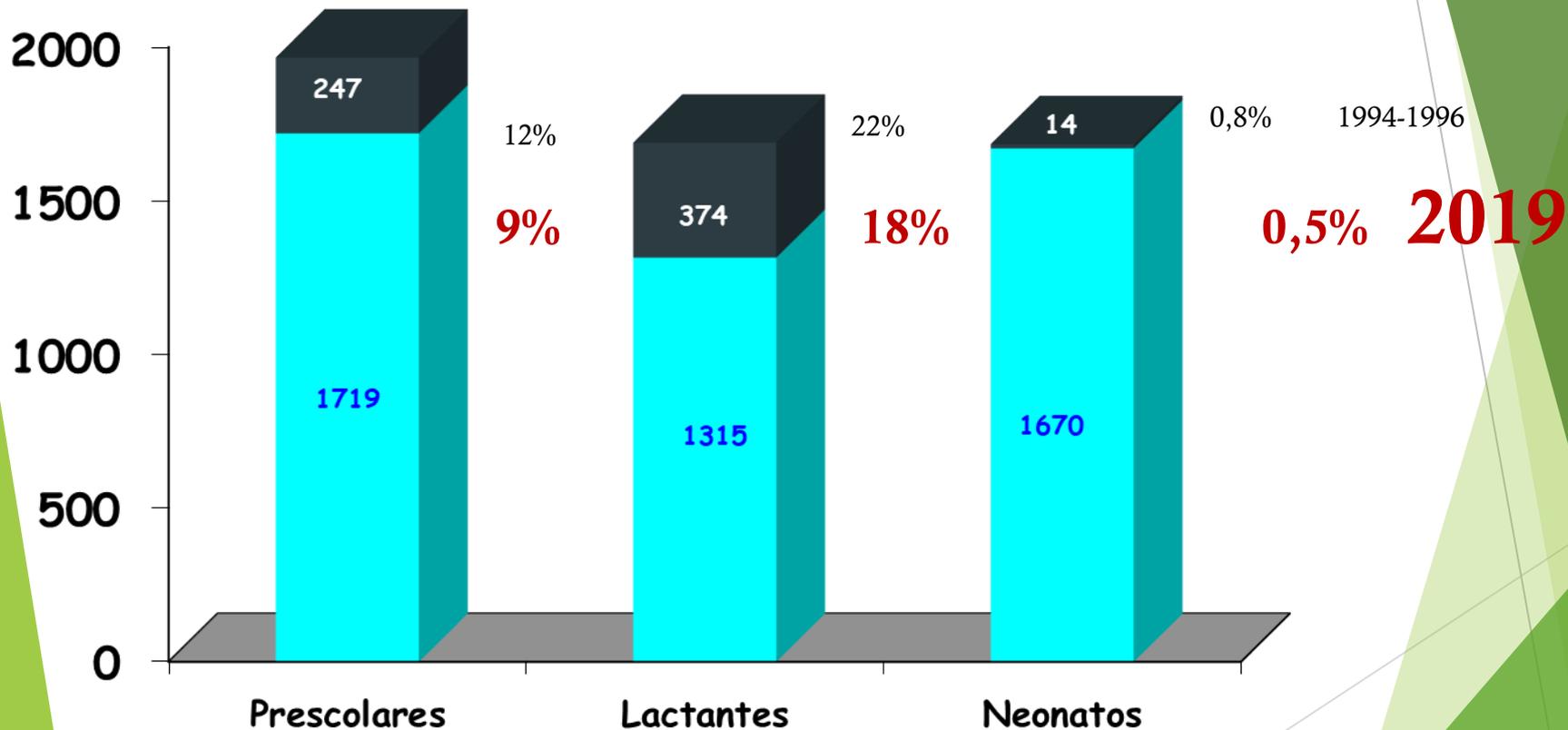
	CASOS	CASOS/DÍA	URGENCIAS	% TOTAL URG
ENERO	266	8,58	3513	7,57%
FEBRERO	295	10,53	3329	8,86%
MARZO	423	13,64	3536	11,96%
ABRIL	298	9,93	2982	9,99%
MAYO	210	6,77	2825	7,43%
JUNIO	254	8,46	2691	9,43%
JULIO	309	9,96	2677	11,54%
AGOSTO	243	7,83	2681	9,06%
SEPTIEMBRE	275	9,16	2772	9,92%
OCTUBRE	371	11,96	3576	10,37%
NOVIEMBRE	384	12,8	3228	11,89%
DICIEMBRE	317	10,22	3807	8,32%
<b>TOTAL</b>	<b>3.645</b>	<b>9,98 Pac/d</b>	<b>37.617</b>	<b>9,68%</b>



# Ingresos por GEA H.G.U.A.

## 1994-1996. → 2019

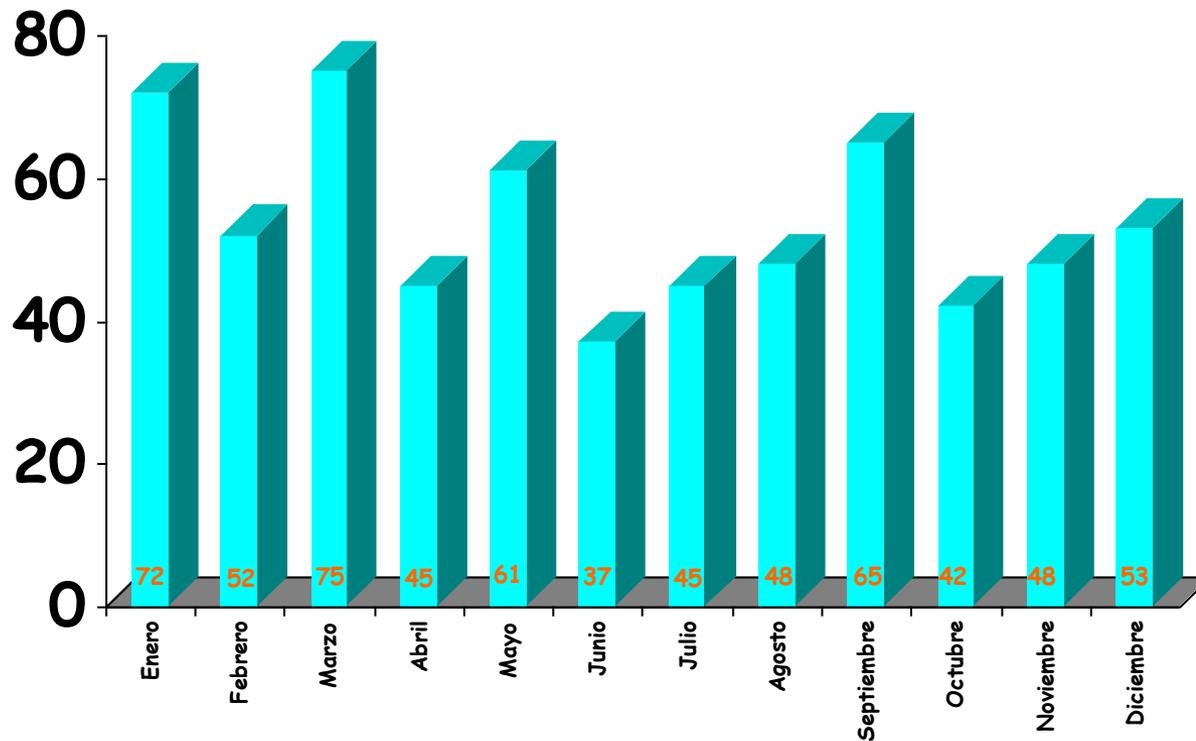
■ Ingresos 94-96 ■ Diag. GEA



Total Ingresos 5339. Total GEA 635 (11,8%)

# Ingresos por GEA H.G.U.A.

## 1994-1996.



Total Ingresos 5339. Total GEA 635 (11,8%)

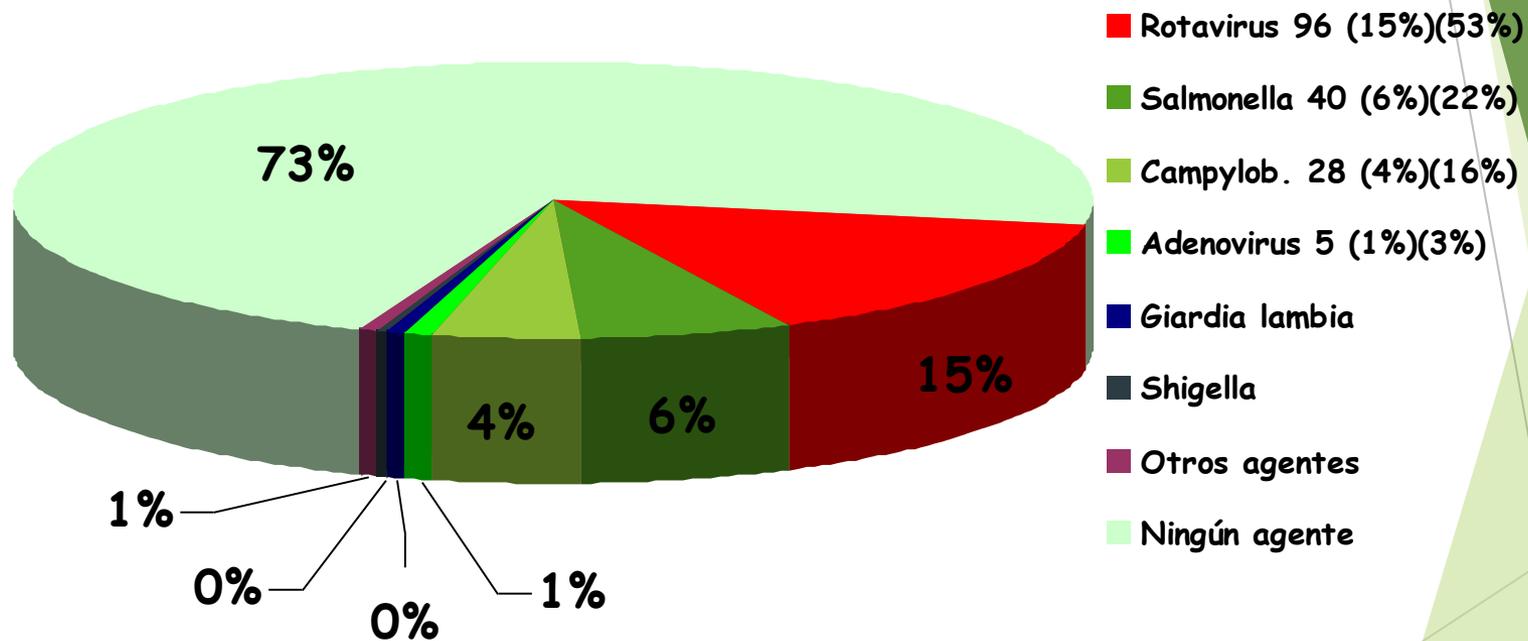
## 2.2. ETIOLOGIA



## 3. ETIOLOGIA:

- ▶ Rotavirus el más frecuente.
  - ▶ Norovirus principal causa de asistencia médica en países con alta tasa de vacunación a Rotavirus.
  - ▶ Los agentes bacterianos más frecuentes son **Campylobacter** o **Salmonella** dependiendo del país.
- 
- Infecciones parenterales (área ORL, urinarias...).
  - Intolerancias/alergias alimentarias.
  - Errores dietéticos (dieta hiperosmolar, trasgresiones...).
  - Iatrogenia (antibiótoterapia oral, laxantes...).

# Ingresos por GEA H.G.U.A. 1994-1996.



Total Bacterianas 75 (12%)

## 2.2. EPIDEMIOLOGIA y ETIOLOGIA



**Table 2** Aetiology of acute gastroenteritis in children in Europe (in order of prevalence)

Viruses	Bacteria	Parasites
Rotavirus	<b>Escherichia coli</b>	<b>Cryptosporidium</b>
Norovirus	Campylobacter jejuni	<b>Giardia lamblia</b>
Adenovirus	Salmonella	Entamoeba histolytica
Astrovirus	Shigella	
Sapovirus	Yersinia enterocolitica	
Norwalk virus	Clostridium difficile	

Bold typeface indicates increased severity of disease.

TABLA 5. PRINCIPALES PATÓGENOS SEGÚN LA EDAD

< 1 año	1-4 años	> 5 años
Rotavirus	Rotavirus	<i>Campylobacter</i>
Norovirus	Norovirus	<i>Salmonella</i>
Adenovirus	Adenovirus	Rotavirus
<i>Salmonella</i>	<i>Salmonella</i>	<i>Campylobacter</i>
	<i>Yersinia</i>	

**-Diarrea severa y persistente:** Rotavirus, norovirus, astrovirus, *Escherichia coli* enteroinvasiva y *E coli* atípica. *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium* y *Entamoeba histolytica*.

# 3. CLINICA y COMPLICACIONES



**Gastroenteritis** Vomitos y deposición abundante en volumen VIRICA

## Enterocolitis

Invasiva deposición abundante con moco y sangre y afectación estado Gral.  
BACTERIANA/VIRICA

Toxinas Muy abundante y acuosa. No responde a dieta absoluta. BACTERIANA

**Colitis** con Deposición frecuente escasa con dolor colico moco y sangre  
BACTERIANA

	Vírica	Toxígena	Invasiva
Fiebre	(+)	(+)	(+)
Vómitos	(++)	(+)	(+)
Diarrea	(++)	(+++)	(+ o +++)
Moco heces	(-)	(-)	(+)
Sangre-pus	(-)	(-)	(+)

## 3.1. CLINICA y COMPLICACIONES



**-Evolución:** Proceso autolimitado que tiende a la resolución

**-Complicaciones:**

- a) Deshidratación: >Lactantes, víricas y toxigenas
- b) Intolerancia secundaria a la lactosa: Rotavirus y malnutridos
- c) APLV: Invasivas
- d) Diarrea intratable de la infancia.
- e) Malnutrición.

# 3. CLINICA y COMPLICACIONES



## Factores de riesgo de **diarrea grave o persistente:**

< 6 meses

Enf crónicas

Malnutrición

Inmunodeficiencias

EII

Niños oncológicos

Más riesgo de Clostridium difficile

## Factores **protectores:**

- Lactancia materna

## 3.2.MANEJO DIAGNOSTICO



### 1.Evaluación clínica: EVALUACIÓN DE LA DESHIDRATACIÓN Lo mejor % PERDIDA DE PESO

TABLA 6. VALORACIÓN CLÍNICA DE LA INTENSIDAD DE LA DESHIDRATACIÓN (DH)

Síntomas	DH mínima o ausente (pérdida de peso < 3%)	DH leve o moderada (pérdida de peso 3-9%)	DH grave (pérdida de peso >9%)
Estado mental	Bien, alerta	Normal, cansado o inquieto; irritable	Apático, letárgico, inconsciente
Sed	Bebe normal; puede rehusar líquidos	Sediento, impaciente por beber	Bebe mal; incapaz de beber
Frec. cardiaca	Normal	Normal o aumentada	Taquicardia
Pulso	Normal	Normal o algo débil	Débil, filiforme, impalpable
Respiración	Normal	Normal; rápida (taquipnea)	Profunda (batipnea)
Ojos	Normal	Ligeramente hundidos	Muy hundidos
Lágrimas	Normal	Disminuida	Ausente
Boca y lengua	Húmedas	Secas	Resecas
Pliegue cutáneo	Retracción inmediata	Retracción lenta en < 2 seg	Retracción tardía > 2 seg.
Relleno capilar	Normal	Enlentecido	Muy lento; mínimo
Extremidades	Calientes	Frescas	Frías
Diuresis	Normal o algo disminuida	Disminuida	Mínima

*Adaptada de 1.*

## 3.2.MANEJO DIAGNOSTICO



- ▶ **No** realizar **análisis de laboratorio** de rutina
- ▶ **Monitorizar electrolitos** en niños hospitalizados con **deshidratación moderada-grave** al inicio y durante la terapia iv
- ▶ Realizar **estudios microbiológicos** cuando estén indicados:
  - Enf. crónicas
  - Signos de gravedad
  - > 7 días
  - Brote epidemico
  - Sangre franca en heces
  - Viaje a áreas de alto riesgo
- ▶ No indicadas **técnicas endoscópicas**

# 4. TRATAMIENTO



## 4. TRATAMIENTO 1997



### Nine pillars of good treatment of acute gastroenteritis.

### ESPGHAN 1997

- I Uso de soluciones de rehidratación oral (SRO) para la rehidratación.
- II Uso de soluciones hipotónicas.
- III Rehidratación oral rápida en 3-4 horas.
- IV Realimentación rápida.
- V El uso de form. especiales no esta justificado.
- VI El uso de formulas diluidas no esta justificado.
- VII Continuar siempre la lactancia materna.
- VIII Suplementar con SRO las perdidas mantenidas.
- IX Evitar el uso de medicación innecesaria

# 4. TRATAMIENTO



## 1. HIDRATACIÓN:

### a)Rehidratación oral:

Rehidratación	Nivel de evidencia y grado recomendación
Rehidratación oral durante 4-6 horas, salvo en deshidrataciones graves, shock o vómitos persistentes que la impidan	I-A

-SRO hiposmolar (60mmol/L Na)

-**Terapia de rehidratación:** (4 primeras horas): SRO ha de administrarse en pequeñas tomas, reponiendo 50-100 ml/kg,.

-**Reposición de pérdidas:**

▶ - < 10 kg : 60-120 mL de SRO / deposición diarreica o episodio de vómitos.

▶ - > 10 kg : 120-240 mL de SRO / deposición diarreica o episodio de vómitos.

# 4. TRATAMIENTO

## Composición preparados SRO:

**TABLA I. Soluciones de rehidratación oral.**

SRO	Glucosa (mmol/L)	Na (mEq/L)	K (mEq/L)	Cl (mEq/L)	Base (tipo, mmol/L)	Osm (mOsmol/L)
OMS	SRO estándar, 1975	111	90	20	80	Bicarbonato: 331 30
SRO: criterios de aceptabilidad	111	60-90	15-25	50-80	Citrato: 8-12	200-310
SRO con osmol. reducida* 2002	75	75	20	65	Citrato: 10	245
ESPGAHN, 1992	74-111**	60	20	25-50	Citrato: 10	200-250
Bioralsuero®	80,5	59,7	20,1	38	Citrato: 13,9	212
Bioralsuero Baby®	80,5	59,7	20,1	37,9	Citrato: 13,9	212
Bioralsuero Travel®	80,5	59,7	21,5	37,9	Citrato: 13,9	212
Cito-Oral®	90	60	20,2	50	Citrato: 10	230,4
Cito-Oral Aquagel®	75	60	20	50	Citrato	240
Cito-Oral Junior Zinc®	89,9	62,4	22,5	50	Citrato: 21,7	261
Hidrafan® (gelatina)	80	60	20	46,5	Citrato: 10	245
Isotonar®	110	48	20	39	Citrato: 10	195
Miltina electrolit®	89	60	20	50	Citrato: 10	230
Miltina electrolit plus®	78	50	21	40	Citrato: 10	200
Oralsuero®	80,5	60	20	38	Citrato: 14	212
Recuperation®	80	60	20	38	Citrato: 14	212
Sueroral®	111	90	20	80	Citrato: 10	311
Sueroral Hiposódico®	111	50	20	41	Citrato: 10	232

# 4. TRATAMIENTO



## Composición

### SRO

- 2021 avances:**
- Polímeros de glucosa
  - Prebióticos
  - Probióticos
  - Aminoácidos
  - Lactoferrina recombinante humana
  - Zn

***NINGUNO AUN RECOMENDADO  
OFICIALMENTE DE RUTINA***

*Es necesario establecer utilidad y coste /beneficio*

## 4. TRATAMIENTO



### **b)Rehidratación por SNG:**

- ▶ Cuando la rehidratación oral no es posible
- ▶ Debería intentarse antes de rehidratación IV (I,A)
- ▶ Igual de efectiva, rápida y fácil de realizar que IV
- ▶ Más coste-efectiva
- ▶ Menos usada en la práctica clínica
- ▶ Alternativas:
  - a) **Rápida** (40-50 mL/kg en 3-6 horas)
  - b) **Estandar** (24 horas)



# 4. TRATAMIENTO



## c) Rehidratación intravenosa INDICACIONES

- ▶ Shock
- ▶ Dh con alteración del nivel de conciencia o acidosis grave
- ▶ Empeoramiento de la Dh a pesar de SRO o SNG
- ▶ Persistencia de vómitos a pesar de adecuado manejo
- ▶ Distensión abdominal grave/íleo.



# 4. TRATAMIENTO



## Indicación de ingreso hospitalario:

- Shock
- Deshidratación severa ( $>9\%$  de peso corporal)
- Alteraciones neurológicas
- Vómitos incohercibles o biliosos.
- Fracaso de la rehidratación oral.
- Condición susceptible de cirugía
- Condición en las que no se pueda asegurar un adecuado seguimiento o manejo.

# 4. TRATAMIENTO



## 2. ALIMENTACIÓN

La realimentación se debe hacer con una dieta normal (líquidos y sólidos) pero de fácil digestión, manteniendo la administración de SRO de mantenimiento si persisten las pérdidas diarreicas. No está indicado el uso de fórmulas lácteas especiales ni de leche diluida	I-A
Si el niño recibía lactancia materna, ésta no debe suspenderse en ningún momento	III-C
No utilizar fórmulas diluidas como sustitución de las fórmulas normales	I-A
No hay evidencias sobre la utilidad de dietas restrictivas	V-D
No se recomiendan bebidas o zumos con alto contenido en azúcar	III-C

## 4. TRATAMIENTO



### ► Realimentación temprana:

- Mejora la regeneración del enterocito
- Promueve recuperación de disacaridasas
- Mejor absorción de los nutrientes
- Ganancia de peso

### ► Fórmulas sin lactosa: **NO de rutina**

Considerar en < 5 años hospitalizados. (I, A).

- Utilizarlas en casos de **INTOLERANCIA SECUNDARIA A LA LACTOSA.**

## 4. TRATAMIENTO



# 3. FÁRMACOS

## 1. Modificadores de la flora:

- ▶ **Probióticos:** *Lactobacillus rhamnosus* y *Saccharomyces boulardii* + SRO reducen la duración y la intensidad de los síntomas (I, A)
- ▶ **Prebióticos:** poca evidencia científica: (II, B)

## 2. Antieméticos:

- ▶ **ONDASETRON** oral u iv en niños con vómitos relacionados con GEA en urgencias. (IIB)

# HGUA

## 2019: 37.617 urgencias

- Estudio de cohortes **retrospectivo**
- Se incluyeron pacientes entre **0 y 14 años** (ambos inclusive) con **vómitos secundarios a gastritis/GEA**
- **Análisis estadístico** (programa IBM SPSS® Statistics):
  - Variables cualitativas: Chi cuadrado
  - Variables cuantitativas: T de Student o prueba de U de Mann-Whitney
  - Medida de asociación: **odds ratio (OR)**
  - Significación estadística: valor de **p<0,05**

Diagrama de flujo de selección de pacientes.

3645 pacientes atendidos con vómitos y/o GEA en UPED durante el año 2019

Selección de pacientes los días martes y sábados de las semanas impares y jueves y domingos de las semanas pares del año 2019

1115 pacientes con vómitos y/o GEA

20 pacientes duplicados eliminados

1095 pacientes

99 pacientes eliminados por diagnóstico distinto de gastritis/GEA

996 pacientes

171 pacientes eliminados por no asociar a vómitos

**825 pacientes**

- La administración de ondansetrón **no se asoció** de forma significativa a una reducción de la necesidad de la rehidratación intravenosa. Esto contrasta con la gran mayoría de estudios publicados, en los que se observa una disminución significativa de las tasas de rehidratación intravenosa.
- Sin embargo, si analizamos al **subgrupo de pacientes que presentaron deshidratación** (52 en total), encontramos que la administración de **ondansetrón reduce de manera estadísticamente significativa la necesidad de rehidratación intravenosa.**
- Esto podría deberse a las diferencias entre la población estudiada, ya que **la mayoría de los participantes de nuestro estudio (93,7%) no presentaron deshidratación**, mientras que presentar algún grado de deshidratación fue considerado como **criterio de inclusión** en los estudios.
- De hecho, un ensayo clínico llevado a cabo por Freedman y cols en 2019,<sup>20</sup> se incluyeron pacientes no deshidratados, y muestra unos **resultados similares a los obtenidos en nuestro estudio**, donde la administración de ondansetrón no se asoció de manera significativa a una reducción de las tasas de rehidratación intravenosa
- En el grupo al que se administró **ondansetrón** solo 19 pacientes **(5,9%) presentaron deshidratación, y en todos los casos el grado de deshidratación fue leve.**



# CONCLUSIONES

1

1) Nuestro estudio sugiere un **mal uso y abuso del ondansetrón** para el control de vómitos asociados a gastritis/GEA en UPED del HGUA

- El **38,79%** de los pacientes **recibieron ondansetrón**
- El **94,06%** de los pacientes recibieron ondansetrón **no presentaban deshidratación**
- El **69,66%** de los pacientes **que recibieron rehidratación intravenosa no** habían sido **tratados** previamente con **ondansetrón**
- **Administración simultánea** de ondansetrón oral y rehidratación intravenosa
- Considerar un vómito inmediatamente posterior a la administración de ondansetrón como un **fracaso terapéutico**

**NO de rutina**

## 4. TRATAMIENTO



**3. Inhibidores del peristaltismo:** *Loperamida*. No recomendado (IIB)

### 4. Antisecretores:

- *Racecadotril* (Inhibidor de encefalinasa. Aumenta la actividad de receptores opióides intestinales) : Puede ser considerado. (IIB).

- *Salicilato de Bismuto*: No recomendado (IIIC).

- *ZINC*: Niños >6 años de países en vías de desarrollo puede ser beneficioso . En regiones donde el déficit de Zinc es raro, no hay beneficio en su uso. (IA)

**5. Adsorbentes:** *Diosmectita* puede ser considerada. (II, B)

**NO de rutina**

## 4. TRATAMIENTO



**6. Micronutrientes:** *Folico* no recomendado (IIB)

**7. Astringentes:** *Tanatos* no recomendados (IIIC)

**8. Antivirales:** No indicados de rutina (Vb,D)

-Indicados en colitis por CMV en niños inmunodeprimidos con *ganciclovir*

-*Inmunoglobulina oral de Rotavirus*: Se puede considerar en niños hospitalizados con GEA grave por Rotavirus.

**9. Antiparasitarios** No de rutina (IIIC)

*Giardias* casos severos (metronidazol, nitazoxanida, albendazol, o tinidazol)

*Cryptosporidiasis* en inmunodeprimidos (Nitazoxamida)

*Colitis amebiana* (Metronidazol)

**NO de rutina**

# 4. TRATAMIENTO



## 9. Antimicrobianos: No de rutina, se reservan para patógenos y situaciones clínicas definidas (Va, D)

Antibióticos empíricos en el tratamiento de casos esporádicos de GEA	Nivel de evidencia y grado recomendación
Puede considerarse el uso de antibióticos para la diarrea invasiva grave.	Vb-D
No se recomienda el tratamiento antibiótico en la diarrea acuosa a menos que el niño haya viajado recientemente o haya podido estar expuesto al cólera	Vb-D
Los antibióticos no se recomiendan en la diarrea sanguinolenta a menos que la epidemiología sugiera shigelosis.	Vb-D
La vía parenteral se recomienda antes que la oral en: <ul style="list-style-type: none"><li>• Niños incapaces de tolerar la medicación oral</li><li>• Niños con déficit inmune subyacente que tienen GEA febril</li><li>• Toxemia severa o sospecha de bacteriemia</li><li>• Neonatos o lactantes menores de 3 meses con fiebre</li></ul>	Vb-D

**NO de rutina**

# 4. TRATAMIENTO

**TABLA III. Antibioterapia en la diarrea aguda infecciosa en niños.**

Infección	Antibiótico empírico	Indicaciones
<i>Campylobacter</i> spp	- Azitromicina (1ª elección) - Cefalosporinas 3ª (parenteral)	- Alto riesgo de contagio (guardería) - Inmunodeprimido - Infección grave o sistémica
<i>Salmonella non-typhi</i>	- Ceftriaxona parenteral - Azitromicina oral - TMP/SMX	- Si < 3-6 meses (riesgo bacteriemia) - Inmunodeprimido - Infección grave o sistémica
<i>Shigella</i>	- Azitromicina oral - Ceftriaxona parenteral	- Siempre si se confirma o si hay sospecha epidemiológica
<i>Yersinia</i> spp	- Cefalosporinas 3ª - Aminoglucósidos	- Infección y clínica persistente - Inmunocomprometido - Infección grave o sistémica
<i>Clostridium difficile</i>	- Metronidazol oral - Vancomicina oral	- Mala evolución tras retirar antibioterapia
<i>Vibrio cholerae</i>	- Azitromicina (1ª elección) - TMP/SMX - Doxiciclina (> 8 años)	- Siempre
<i>Escherichia coli</i>	- Azitromicina (1ª elección) - TMP/SMX	- EPEC y ETEC: si curso prolongado/grave, diarrea del viajero - EHEC (O157:H7): contraindicado, aumenta el riesgo de SHU
<i>Giardia lamblia</i>	- Metronidazol - Nitrazoxanida - Albendazol	- Si curso prolongado/grave
<i>Entamoeba hystolitica</i>	- Metronidazol	- Siempre
<i>Cryptosporidiasis</i>	- Nitazoxanida	- Inmunodeprimido
<i>Aeromonas</i>	- TMP/SMX	- Formas crónicas (raras)
<i>Plesiomonas</i>	- TMP/SMX	- Formas graves

TMP/SMX: trimetoprim/sulfametoxazol; EPEC: E. coli enteropatógeno; ETEC: E. coli enterotoxigénico; EHEC: E. coli enterohemorrágico; SHU: síndrome urémico-hemolítico.

# European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014



*\*Alfredo Guarino (Coordinator), †Shai Ashkenazi, ‡Dominique Gendrel,  
\*Andrea Lo Vecchio, †Raanan Shamir, and §Hania Szajewska*

- I Uso de soluciones de rehidratación oral (SRO) para la rehidratación.
- II Uso de soluciones hipotónicas.
- III Rehidratación oral rápida en 3-4 horas.
- IV Realimentación rápida.
- V El uso de forml. especiales no esta justificado.
- VI El uso de formulas diluidas no esta justificado.
- VII Continuar siempre la lactancia materna.
- VIII Suplementar con SRO las perdidas mantenidas.
- IX Evitar el uso de medicación innecesaria

# CONCLUSIONES



- ▶ La GEA frecuente en nuestro medio
- ▶ Exámenes complementarios y hospitalización, sólo en casos seleccionados
- ▶ Rehidratación oral con SRO, 1ª línea
- ▶ La rehidratación con SRO por SNG ha de ser considerada
- ▶ La rehidratación IV, sólo en casos justificados
- ▶ Realimentación temprana y a dieta normal de fácil digestión
- ▶ El tratamiento farmacológico solo esta indicado en casos concretos.

**2021 NO de rutina**