

Tratamiento de las enterocolitis en el niño

Publicado en *Rev Chil Pediatr* 1932; 3(8): 333-42

Autor: ROBERTO KOHAN¹

Extracto y Comentario: LUISA SCHONHAUT B.²

1. Médico agregado del Hospital Arriarán. Médico-Jefe del Policlínico Israelita.
2. Profesor Asistente, Magister Salud Pública, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Campus Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Clínica Alemana.

Palabras clave: Diarrea, enterocolitis, tratamiento antidiarreico, historia de la pediatría.

Key words: Diarrhea, enterocolitis, anti-diarrheic treatment, pediatric history.

Introducción

Preocupado por la alta mortalidad por diarrea que se describía en Chile de los años 30 y atento a su inadecuado manejo, el Dr. Kohan, médico del Hospital Arriarán y Jefe del Policlínico Israelita, publicó en la Revista chilena de Pediatría, una guía clínica con las recomendaciones de manejo de diarrea aguda en los niños, "*con el objeto que el clínico pueda escoger los medicamentos que crea mas convenientes*".

En el artículo, el Dr. Kohan orienta el uso de las formulaciones habituales, destacando, el agua de cal, solución saturada de hidróxido de calcio, con efecto absorbente y antiácido; el elixir Paregórico, que podría corresponder a un mezcla de *opio* y *alcohol*, con potencial riesgo de intoxicaciones opiáceas; la tanalbina, fórmula astringente en base a tanato y albúmina; o el carbón animal, producido en base a huesos calcinados, entre otras tantas formulaciones,

quizás sólo un poco más evolucionadas que los recomendados por las "*meicas*" y "*charlatanes*".

Artículo: Tratamiento de las enterocolitis en el niño (extracto)

El presente trabajo no se ha hecho para el especialista, si no más bien para el estudiante y para el médico joven que recién se inicia en su carrera.

En el tratamiento medicamentoso, hemos apuntado el mayor número de fórmulas, con el objeto que el iniciado en la Medicina practica pueda hacer uso de los medicamentos con cierta facilidad.

1. Tratamiento de la enterocolitis a bacilos *Coli*, en el lactante.

A. Deposiciones mucosas, frecuentes, de mal olor, escasas, en cantidad, líquidas, amarillentas o verdosas, purulentas sin tenesmo ni sangre.

Tratamiento alimenticio. Lo mismo que si se tratara de un trastorno nutritivo, se recurrirá a la Dieta hídrica sin azúcar. Si se trata de un niño distrófico, haremos una dieta hídrica corta,

Correspondencia a:
Dra. Luisa Schonhaut B.
E-mail: lschonhaut@med.uchile.cl

de 6 horas; 12-14 horas, si se trata de un niño eutrófico.

Rápidamente se tratara de llegar a la alimentación normal, al revés de lo que hacemos en los trastornos nutritivos agudos.

Si se trata de un lactante a pecho, realimentación con leche ordenada, 40 grs cada dos horas, al día siguiente, 80-100 grs cada tres horas, seis veces al día. Si el enfermo está alimentado artificialmente, la realimentación dependerá de la edad y de las condiciones físicas del lactante. En los primeros seis meses y si estamos en la época de los trastornos nutritivos, Babeurre con azúcar al 5%, 40 grs cada dos horas; al día siguiente, 80 grs cada tres horas; al tercer día, 100 grs cada tres horas.

Es conveniente no emplear la leche albuminosa, porque generalmente hay putrefacción. Después de los seis meses se podría emplear la leche de vaca diluida al medio; 70 grs, cada dos horas; al día siguiente, 120 grs cada tres horas; al tercer día, leche de vaca diluida al medio, 120 grs, 4 veces al día y dos sopas de 80 grs (se comprende que todo dependerá de la reacción que sufra el enfermito).

Tratamiento medicamentoso. Es una regla general que, en el lactante, los medicamentos internos deben prescribirse con mucha discreción, Nosotros indicaremos a continuación un gran número de sustancias que suelen emplearse en el tratamiento de la enterocolitis, con el objeto que el clínico pueda escoger los medicamentos que crea mas convenientes.

Desde luego muchos médicos comienzan el tratamiento de las enterocolitis con la administración de un purgante (5 a 10 ctgs. De calomel o una cucharadita de café de aceite de ricino o 0,50 a 1 gr. De magnesia calcinada). Marfán considera que el purgante agrava la diarrea y prolonga su duración.

Lust da una cucharadita de aceite de ricino cada tres horas, hasta que se consiga el efecto deseado.

Entre nosotros el purgante en general goza de poco prestigio en el lactante.

Los astringentes deben evitarse durante el periodo agudo. Al 4º-5º día de iniciada la enfermedad. Se podrían emplear los siguientes medicamentos:

1. Agua de cal 5
Una cucharadita 5 minutos antes de las mamadas.
2. Como el gusto del agua de cal es un poco desagradable, conviene asociar con el jarabe simple.
Agua de cal 100
Jarabe simple 50
3. Benzonaftol 1
Fosfato tricálcico 2
Subnitrate de bismuto 5
Julepe gomoso 100
Una cucharadita de café en un poco de agua hervida azucarada, antes de las mamadas.
4. Look blanco 83
Subnitrate de bismuto 3
Jarabe de ratania 20
Una cucharadita ½ hora después de los alimentos.
5. Cuando las deposiciones son alcalinas y de un olor pútrido, el acido láctico, preconizado por Hayen y Lesage, puede dar resultados satisfactorios.
Acido láctico 2
Agua hervida 60
Una cucharadita de café cada dos horas.
6. Si estos medios fallan, se pueden usar otros agentes antidiarreicos.
Benzonaftol 1,50
Subnitrate de Bi 125
Jarabe de diacodio 25
Agitar. Una cucharadita de café antes de los alimentos. (Marfán).
La mayor parte de estos medicamentos, introducidos en el tubo digestivo, ejercen sobre su mucosa una acción astringente y calmante, y, sobre su contenido, una acción antiséptica.
7. Subnitrate de Bi 1
Benzonaftol 1
Fosfato de calcio 1
Elixir paregórico 0,50
Jarabe 20
Agua hervida 100
Agitar antes de usar. Una cucharadita de café antes de los alimentos (Comby).
8. Tanígeno 2
Subnitrate de Bi 4
Julepe gomoso 100
Jarabe 40
Una cucharadita antes de los alimentos.

9. Tanalbina 0,25
 alicilato de Bi 0,20
 Un papelillo, tres veces al día.
10. Si el enfermo tiene fiebre:
 Tanato de quinina 0,10
 Bismutosa 0,20
 Un papelillo, tres veces al día.
11. Entre los específicos, tenemos Eldoformo Bayer ¼ de tableta, 4 veces al día (es preferible deshacer y mezclar el polvo con la sopa, papilla, te, etc).
- B. Deposiciones mucosas, frecuentes, líquidas, de mal olor, escasas en cantidad, amarillentas o verdosas, purulentas con tenesmo y sin sangre.
12. Tanalbina 0,30
 Polvo de Dower 0,01
 Un papelillo, dos veces al día.
13. Looch blanco 80
 Subnitrato de Bi 3
 Elixir paregórico XX got.
 Una cucharadita 1 hora después de los alimentos.
14. Las fórmulas 13 y 14 se podrán emplear cuando haya dolor abdominal.
 Agua de cal 100
 Elixir Paregórico X got.
 na cucharadita antes de las mamadas.
15. Si hay un verdadero Espasmo abdominal; Licor de Uzara (Casa Melsungen-frs. De 10 grs) 2-3 gotas, 5 veces al día, en un poco de agua azucarada.
- C. Deposiciones mucosas, frecuentes, líquidas, de mal olor, amarillentos o verdosas, purulentas, con tenesmo y sangre.

Si en una colitis se comprueban deposiciones sanguinolentas y si el estado general del paciente es bueno (otra condición es que el enfermo no tenga vómitos) se inyectará emetina, aunque no se trate de una colitis amebiásica. El examen de la deposición por o general es indispensable en estos casos. En el lactante, ½ ampolleta diaria de una solución de clorhidrato de emetina al 2%, hasta que desaparezca la sangre de las deposiciones.

Si la colitis tiende a hacerse crónica y el estado general es satisfactorio se podría em-

plear las auto-entero-vacunas. Se puede hacer la dosificación en 50 millones por cc. Se comienza por 5 millones, es decir, con 1/10, y se seguirá día por medio, con 2/10, 3/10 hasta 1 cc. Se necesitan alrededor de 10-15 inyecciones.

La colitis amebiásica en el niño

Tratamiento medicamentoso. Como en la colitis a bacilos coli, se comenzará el tratamiento con una cucharadita de aceite de ricino cada tres horas, hasta que se obtenga el efecto deseado. Hay que evitar el aceite de ricino cuando haya un espasmo del colon, porque entonces los efectos pueden ser contraproducentes, en el sentido que las ulceraciones pueden hacerse mayores.

En seguida, emetina 0,02, 1 ampolla (1 cc) diaria. Si al 4º -5º día no ha dado resultado, suspenderla y emplear el yatren 105, 1 pildora, dos-tres veces al día.

Spirocid-tabloides de 0,01 (tantos comprimidos tres veces cuantos kgs pese el niño). También hay tabletas de 0,25 para niños mayores. Stovarsol (preparación francesa igual a la alemana spirocid).

En las colitis crónicas, la auto-entero-vacuna, en la forma ya descrita. Algunos emplean la hemoterapia, en dosis progresivas, comenzando por 2 cc y aumentando hasta 10 cc, día por medio.

Apert considera que los colagogos están muy indicados en esta afección; en las formas ligeras, la administración de una dosis de 0,10-0,30 grs. De calomelano, según la edad, bastaría para mejorar el carácter de las deposiciones. Si esto no diera resultado, Ravaut asocia el bismuto a la ipeca, de la manera siguiente:

- Polvos de carbón 100
- Polvos de subnitrato de Bi 100
- Polvos de ipeca 4
- Glicerina 100
- Jarabe simple 100
- Tr., 1-2 cuch. Por día.

Colitis disenterica

Tratamiento. El régimen alimenticio se hará en la forma indicada en el tratamiento de la colitis a bacilos coli.

Como en todas las colitis se aplicaran cata-

plasmas calientes locales, 2 veces al día, durante dos horas.

Lust recomienda, después del aceite de ricino, la siguiente:

Carbón animal	10
Agua de té	100

Para darle en el biberón, cuchara o si es necesario en sonda (hay que reconocer que por los dos primeros métodos es bastante difícil dar al lactante el medicamento, y la sonda es un método bien desagradable para emplearlo en un enfermito que ya sufre bastante con su colitis).

La sueroterapia da resultados casi nulos. Tenemos el suero antidisentérico Shiga-Kruse (Sachs-Werke). Frascos de 10 y 20 cc-10 cc subcutáneo.

Suero antidisentérico polivalente Merck-frascos de 10 20 cc- Por vía subcutánea, 10 cc; en casos graves, 20-30 cc intramuscular. En la misma forma se emplea el suero antidisentérico polivalente del Instituto Bacteriológico de Chile.

La vacuna de la disentería no tiene valor constante, En Chile tenemos la entero-vacuna-disentérica Garcés.

En la enterocolitis disintérica, los lavados intestinales pueden dar resultado. Rocaz ha empleado los lavados de agua oxigenada (una cucharada sopera para 100 grs). Otros (Comby, Roger, Gastinel) recomiendan el borato de sodio al 2%, el permanganato de potasio (0,20-0,50 por 1000).

Entre los medicamentos se ha asociado, con ventaja en muchos casos, la ipeca al opio.

Polvos de ipeca	0,05
Polvos de opio	0,01

P. Un papelillo, igual 10; un papelillo, cada dos horas en una cucharadita de agua azucarada (niño de 5-6 años).

También el tanato de gelatina (1 gr A 1,50 grs por día, en papelillos de 0,25 que se toman en un poco de líquido o en una poción gomosa).

Si la temperatura es superior a 39°, se colocara al niño en un baño de 36-37°; dos o tres veces por día.

En todo caso no hay que olvidar que el tratamiento de la disentería debe hacerse durante largo tiempo.

Colitis a bacilos Coli en los niños mayores de dos años.

Tratamiento alimenticio. Por lo general el pediatra, cuando hace el diagnóstico de enterocolitis en un niño mayor de dos años, no recurre a la dieta hídrica. Ahora bien, en el Policlínico Israelita, al cual concurre gran número de personas necesitadas, hemos comprobado que la Dieta hídrica da resultados evidentes.

Se podría decir que la dieta hídrica no tiene razón de ser en una enfermedad netamente infecciosa como es la enterocolitis, y, en la cual el agua no influiría mayormente sobre las ulceraciones producidas. Pero no hay que olvidar que el agua es astringente. En seguida, al recurrir a la dieta hídrica exclusiva nosotros dejamos en descanso la pared interna del intestino, y, de esta manera, la cicatrización se puede hacer en forma mas rápida.

Nosotros hacemos una dieta hídrica de 12-14 horas con agua pura, sin azúcar. En seguida, mientras más cercana a la normal sea la realimentación, tanto más rápidamente se llegará a la curación (Cienfuegos).

La realimentación se hará a base de harinas, sopas, avena, arroz, cacao, té, bizcochos, sémola, puré de papas y de arroz; pan blanco, mantequilla fresca, y, por último carnes. Muchas veces basta la realimentación normal con predominio de los Hidratos de Carbono. En la realimentación es conveniente evitar, en los primeros días, el pan moreno, las frutas, los rábanos, los alimentos muy azucarados, las carnes, el jamón, las grasas y los aceites (Schwalbe).

Tratamiento médico. Reposo en cama. Compresas calientes sobre el vientre. Una cucharada de aceite de ricino.

Los lavados no son recomendables en el periodo agudo.

Durante el período de convalecencia puede haber constipación; no se emplean los purgantes, porque hay el peligro que desaparezca la diarrea, por lo general desaparece con la dieta apropiada.

No debemos olvidar que la anorexia es muy frecuente en las colitis; se tratara por los medios corrientes.

Comentario

Mucho hemos aprendido acerca del manejo de la diarrea, la deshidratación y la toxicosis, la cantidad de publicaciones en nuestra revista, en las décadas pasadas, son una prueba del gran interés que despertaba el tema y de los avances para superar aquella amenaza en la salud de nuestros niños.

A comienzos del siglo XX Chile concentraba la más alta mortalidad infantil del Mundo. Se decía que *"Por cada veinte partos, nace un niño muerto. Por cada diez niños nacidos vivos muere uno antes del primer mes de vida; la cuarta parte, antes del primer año; y casi la mitad antes de cumplir nueve años"*¹.

En década de los años 20 y 30 las enfermedades digestivas daban cuenta de un tercio de las muertes en menores de un año. El Dr. Luis Calvo Mackenna proponía combatir las *"con extraordinaria energía ... esta lucha debe iniciarse desde antes del nacimiento, corrigiendo dos factores fundamentales: La escasa y sobre todo inapropiada alimentación del pueblo, que hace a la madre incapaz de procrear hijos fisiológicamente desarrollados y, posteriormente, incapaz de criarlos al seno; y, en segundo término, la enorme incultura de las madres del pueblo"*².

En el año 1924 el Dr. Baeza Goñi, escribió en su artículo titulado "Mortalidad Infantil: La falta de cultura de la madre chilena como causa predominante"³ *"Los regímenes más disparatados son, según ellas, los mejores: así, unas han criado a sus hijos (la fuerza de la costumbre las hace olvidar cuántos han sido y cuántos han muerto), con 'puro alimento de tarro', otros se han criado con 'comida' desde los primeros meses; en seguida, cuando el niño ya se ha enfermado gracias a estos brillantes consejos, es a nosotros a quienes nos toca comprobar los estupendos efectos de la farmacopea popular, los remedios 'para el empacho' generalmente el azarcón, causa de colitis y nefritis; las plumas quemadas de gallina, productoras del terrible tétanos del recién nacido y, especialmente recomendadas por las 'meicas' y comadres como mejor tópico para conseguir una perfecta cicatrización de la herida umbilical; el jarabe de*

amapolas que a veces trae el sueño eterno de los infelices 'angelitos' que lloran por hambre o mala alimentación.

Por último llegamos a los boticarios (no me refiero a los farmacéuticos de profesión): éstos han enviado al cementerio más niños que muchas epidemias. Hemos podido comprobar innumerables veces las barbaridades que cometen estos individuos cuya conciencia no se sabe dónde reside. Porque una vez curaron una 'diarrea', gracias a un régimen acertado por casualidad y a la inocuidad de la receta, se creen ellos, y las pobres madres inconcientemente agradecidas les dan fama 'muy acertado para los niños'. Nos hemos preguntado a menudo ¡Para qué existe el código sanitario!! ¿Por qué, siendo éste bien concebido, permite semejantes atentados?"

Teniendo claro la importancia de una adecuada educación a las madres, el año 1929 se distribuyó la Cartilla de Puericultura de la Sociedad Chilena de Pediatría⁴ en que se publicaron consejos generales del cuidado de los niños, en relación a la diarrea recomendaba *"No descuide la diarrea de su niño creyendo que es debido a la salida de los dientes. Su descuido puede traer la muerte de la criatura"*.

Durante la primera mitad del siglo XX pudo evidenciarse un progresivo descenso de la mortalidad infantil, no obstante la importante reducción de las muertes por enfermedades diarreicas, éstas seguían dando cuenta de la mitad de las muertes de los niños⁵. A juicio de Scroggi⁶ *"En esta disminución tan notable de la mortalidad de lactantes por diarrea y enteritis, ha influido evidentemente el uso de los sulfamidados y de los antibióticos en el tratamiento de estas afecciones, como lo prueba el descenso más brusco a partir de 1940. Pero, además, han influido otros factores, como ser la mejoría y la mayor extensión de la atención medico-social del lactante, el amplio uso de las leches curativas con la disponibilidad de productos comerciales en polvo, el mejor conocimiento por las masas de las normas elementales de higiene y alimentación infantil, la mejoría de las condiciones sanitarias de la población, etc"*.

El mejor estado socio-sanitario de la pobla-

ción, el adecuado y oportuno manejo de la diarrea y sus complicaciones, sumado a la mejoría del estado nutricional de los niños, explica el mayor descenso en la mortalidad por diarrea, principalmente durante la primera mitad del siglo XX. En la segunda mitad del siglo pasado, la formulación e introducción de la solución rehidratante oral marcó un hito en la mejoría y en el pronóstico de los cuadros gastrointestinales; las investigaciones de Monckeberg⁷ y Meneghello⁸ fueron pioneras al respecto.

Gracias a los progresos alcanzados, actualmente no sólo es de excepción que un niño muera por diarrea en nuestro país, sino que además, la gran mayoría de los cuadros gastrointestinales son de manejo ambulatorio; por este motivo, un número importante de salas de hospitales, destinadas antaño al manejo de los cuadros digestivos con deshidratación, se han redestinado para el manejo de otras patologías más prevalentes.

Hoy es sabido por todos los profesionales de la salud la importancia de la indicación de hidratación oral precoz y la evitación del uso de medicamentos que disminuyan el tránsito intestinal o de soluciones astringentes, por las complicaciones que puedan ocasionar. Tal como nos advirtiera el Dr. Kohan en su artículo "*es una regla general que, en el lactante, los medicamentos internos deben prescribirse con mucha discreción*".

Referencias

- 1.- *Allende S*: La realidad médico-social chilena: (síntesis): Minist. De Salubridad, Previsión y Asistencia Social, 1939 ([Santiago]: Lathrop). [Http://www.memoriachilena.cl/mchilena01/temas/documento_detalle2.asp?Id=MC0023684](http://www.memoriachilena.cl/mchilena01/temas/documento_detalle2.asp?Id=MC0023684)
- 2.- *Schonhaut L*: Extracto y comentario artículo: La mortalidad infantil en Chile. Estudiada por la Sociedad de las Naciones. Publicado por Luis Calvo Mackenna en la Revista Chilena de Pediatría 1930. *Rev chil Pediatr* 2007; 78 (2): 204-12. http://www.scielo.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000200014&lng=es&nrm=iso
http://www.memoriachilena.cl/mchilena01/temas/documento_detalle.asp?Id=MC0023688
- 3.- *Baeza Goñi*: Mortalidad Infantil: La falta de cultura de la madre chilena como causa predominante. *Revista de Beneficencia Pública* 1924. [consultado 24 abril 2008] [Http://www.memoriachilena.cl/mchilena01/temas/documento_detalle.asp?Id=MC0023688](http://www.memoriachilena.cl/mchilena01/temas/documento_detalle.asp?Id=MC0023688)
- 4.- *Schonhaut L*: Cartilla de Puericultura de la Sociedad Chilena de Pediatría. Publicado en la Revista Chilena de Pediatría 1930. *Rev Chil Pediatr* 2008; 79 (1): 85-9.
- 5.- *Vargas N*: Historia de la pediatría chilena: crónica de una alegría. Editorial Universitaria. Santiago de Chile 2002.
- 6.- *Scroggie A, Garcés H*: La diarrea aguda del lactante mirada desde el punto de vista Clínico. *Rev Chil Pediatr* 1953; 24: 319-33.
- 7.- *Monckeberg*: Equilibrio ácido básico e hidrosalino. Parte III. Toxicosis del lactante. *Rev Chil Pediatr* 1956; 27: 268.
- 8.- *Meneghello J, Rosselot J, Monckeberg F, et al*: Terapéutica de la toxicosis. *Rev Chil Pediatr* 1957; 28 (1): 20-8.