



### Probióticos en el tratamiento de los trastornos gastrointestinales

Szajewska H, Berni Canani R, Domellöf M, Guarino A, Hojsak I, Indrio F, *et al.* Probiotics for the management of pediatric gastrointestinal disorders: position paper of the ESPGHAN special interest group on gut microbiota and modifications. [JPGN. 2022;76:232-47.](#)

Este artículo nos parece de lectura obligada para cualquier pediatra que desempeñe su trabajo en Atención Primaria. Recordemos que los probióticos son productos sanitarios cada vez más prescritos a nivel mundial, pese a las lagunas existentes en cuanto a su correcta utilización, y que todo esfuerzo de actualización es bienvenido. En este sentido, conviene remarcar que las indicaciones de tratamiento de los probióticos descansan en tres parámetros: cepa concreta, dosis y duración. A continuación, se expone un resumen de las conclusiones principales de este artículo:

- Gastroenteritis aguda. El grupo de expertos reconoce que *L. rhamnosus* GG  $\geq 10^{10}$  UFC/día durante 5-7 días (con grado de evidencia bajo) ha demostrado reducir ligeramente la duración de la diarrea, el tiempo de ingreso y el tiempo para conseguir la normalización de las heces. De igual modo, *S. boulardii* 250-750 mg/día durante 5-7 días ha demostrado reducir ligeramente el número de días con diarrea (también con grado de evidencia bajo).
- Prevención de la diarrea asociada a antibióticos. Solo en determinadas situaciones de riesgo (episodio grave previo, duración prolongada del tratamiento, hospitalización, comorbilidades) se aconseja recibir dosis elevadas de alguno de los siguientes probióticos: *S. boulardii* ( $\geq 5$  billones UFC/día) o *L. rhamnosus* GG. Grado de evidencia moderada.
- Prevención de la diarrea nosocomial. El grupo de expertos recomienda *L. rhamnosus* GG ( $\geq 10^9$  UFC/día), con grado de evidencia moderada.
- Prevención de la enterocolitis necrotizante. En prematuros, el grupo de expertos se decanta por *L. rhamnosus* GG (dosis:  $10^9$ - $6 \times 10^9$  UCF); o la combinación *B. infantis* BB-02, *B. lactis* BB-12, y *S. thermophilus* TH-4 (dosis:  $3,0$ - $3,5 \times 10^8$  UFC. Grado de evidencia baja para ambos).
- Infección por *Helicobacter pylori*. *S. boulardii*, coincidiendo temporalmente con el tratamiento erradicador, podría incrementar el porcentaje de éxito de la erradicación y reducir los efectos adversos (grado de evidencia baja).
- Enfermedad inflamatoria intestinal. Hay pruebas insuficientes que justifiquen el uso de probióticos en este contexto clínico.
- Cólico del lactante. En niños alimentados al pecho con cólicos se podría recurrir a: *L. reuteri* DSM 17938 (108 UFC/día durante al menos 21 días) o a *B. lactis* BB-12 (108 UFC/día, 21-28 días).
- Dolor abdominal funcional. El grupo de expertos aconseja dos opciones: *L. reuteri* DSM 17938 ( $10^8$ - $2 \times 10^8$  UFC/día) y *L. rhamnosus* GG ( $10^9$ - $3 \times 10^9$  UFC dos veces al día). Grado de evidencia moderada.
- Estreñimiento funcional, enfermedad celiaca, sobrecrecimiento bacteriano en pacientes con intestino corto y pancreatitis aguda. No hay pruebas suficientes para justificar su utilización.

Iván Carabaño Aguado



**Disponible en:**

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366682464030>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante  
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la  
academia

Iván Carabaño Aguado

**Probióticos en el tratamiento de los trastornos  
gastrointestinales**

*Pediatría Atención Primaria*

vol. XXV, núm. 97, p. 1e54, 2023

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria,

**ISSN:** 1139-7632

**ISSN-E:** 2174-4106