

Hace 50 años «Acta Pediátrica Española» publicaba...

AÑO XVI ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 182

SUMARIO DEL NÚMERO DE FEBRERO DE 1958

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El Dr. Sánchez-Villares, de Salamanca

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Adición de sustancias espesativas a la papilla baritada, por el doctor R. Fernández Salvador

Diagnóstico precoz de las anomalías mentales en la primera infancia, por el doctor F. Mendiguchía

Pólipos vaginales del recién nacido, por el doctor L. Torres Marty

Enfisema mediastínico en el niño, por el doctor J. Martínez Fernández

Trastornos digestivo-nutritivos por «salmonellas» en el niño, por los doctores Ruiz López y colaboradores

Alimentación del niño sano en la ciudad de Mendoza, por los doctores Bustelo y colaboradores

CRÓNICA

Panorama de la Pediatría Social, por el doctor Justo Vega

CENTENARIO DEL DOCTOR TOLOSA-LATOUR

El niño en el asilo, por el doctor Rodríguez Pedreira

El doctor M. Tolosa-Latour enjuiciado por un médico de niños, por el doctor C. Sainz de los Terreros

Hace 50 años *Acta Pediátrica Española* publicaba en el número de febrero de 1958 los siguientes artículos originales:

«Adición de sustancias espesativas a la papilla baritada», por el Dr. R. Fernández Salvador.

El Dr. F. Mendiguchía desarrolla un trabajo sobre «Diagnóstico precoz de las anomalías mentales en la primera infancia».

A continuación, el Dr. L. Torres Marty presenta «Pólipos vaginales del recién nacido».

El Dr. J. Martínez Fernández publica un estudio sobre «Enfisema mediastínico en el niño» y el Dr. Ruiz López y colaboradores hablan de los «Trastornos digestivo-nutritivos por "salmonellas" en el niño».

Termina este número con la «Alimentación del niño sano en la ciudad de Mendoza», trabajo firmado por el Dr. Bustelo y colaboradores.

La figura de la pediatría estuvo dedicada al Dr. Sánchez-Villares, que entonces se encontraba en Salamanca (figura 1).

El número de la revista concluye con una crónica sobre «Panorama de la Pediatría Social», por el Dr. Justo Vega.

En el primer trabajo, que expuso el Dr. Rodolfo Fernández Salvador sobre «Adición de sustancias espesativas a la papilla baritada», se realiza una extensa descripción de esta técnica en el esófago, el estómago, el intestino grueso y el intestino delgado, con una extensa iconografía (figuras 2-5).

El autor expone las siguientes conclusiones:

1. Gracias al empleo de Nestargel[®], se consiguió efectuar exámenes radiológicos empleando la mínima cantidad de bario, condición absolutamente indispensable en pediatría.

2. Dadas sus características, Nestargel[®] facilita el estudio del aparato digestivo de los lactantes con episodios de vómitos, en los que evita, durante la exploración, el vómito y la ingestión de aire en grandes cantidades.

3. Nestargel[®] se ha mostrado como un medio eficaz para el examen del aparato digestivo, por evitar la sedimentación y la floculación de la papilla de bario.

4. Su uso en el estudio de los pliegues es altamente eficaz, ya que facilita una mejor representación de la mucosa del estómago sin necesidad de manipulaciones externas.



Figura 1. El doctor Sánchez-Villares, de Salamanca

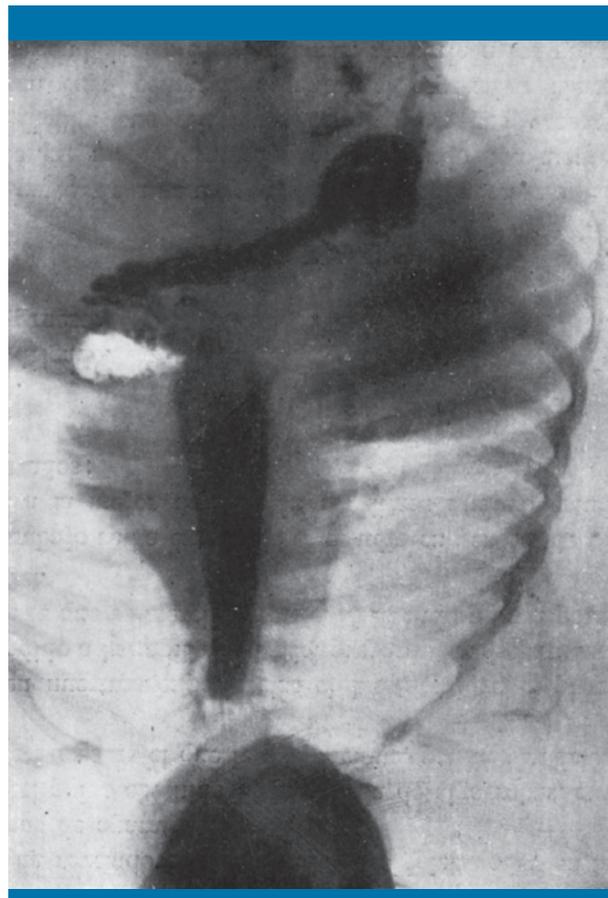


Figura 2. Un caso de varices esofágicas en una enfermedad de Banti. Imagen obtenida con Nestargel® al 1%

5. Las imágenes radiológicas conseguidas con el aditamento de Nestargel® a la papilla baritada son de una precisión no lograda hasta ahora.

6. La exploración radiológica del apéndice se ha visto extraordinariamente simplificada con el uso de Nestargel®.

7. Con su empleo, en el examen del intestino delgado se logran imágenes mucho más contrastadas de la mucosa, sin afectar al tránsito intestinal.

8. Los estudios posteriores harán que este magnífico medio sea absolutamente imprescindible en todas las exploraciones radiológicas del aparato digestivo.

9. En ningún caso de las experiencias realizadas hubo retención del medio de contraste ni complicaciones posteriores.

El autor acompaña su trabajo con una pormenorizada bibliografía.

A continuación el Dr. Francisco Mendiguchía Quijada publicó su trabajo sobre «Diagnóstico precoz de las anomalías mentales en la primera infancia», que obtuvo el Premio de la

Dirección General de Sanidad de la Sociedad de Pediatría de Madrid.

Comienza afirmando que en el continuo devenir y el progreso de la medicina, y por ende de la pediatría, se percibe que el panorama de éstas ha cambiado extraordinariamente en los últimos decenios.

Describe en su trabajo las oligofrenias en la edad infantil, desgranando un gran número de historias clínicas, entre las que halla 540 casos de oligofrenia, 376 de los cuales correspondían a la primera infancia, es decir, un 6% de los casos totales y el 64% del número total de oligofrenias (figura 6).

El autor repasa a continuación el grupo de las demencias infantiles, entre las cuales incluye la parálisis general infantil, la demencia *praecocissima*, la demencia infantil de Heller, las demencias idiopáticas, la enfermedad hiperkinética de Krammer y Pollosoff, la esclerosis difusa del cerebro o la encefalitis periaxial difusa, para terminar su trabajo con las enfermedades somáticas que pueden producir retraso en la conducta del niño.

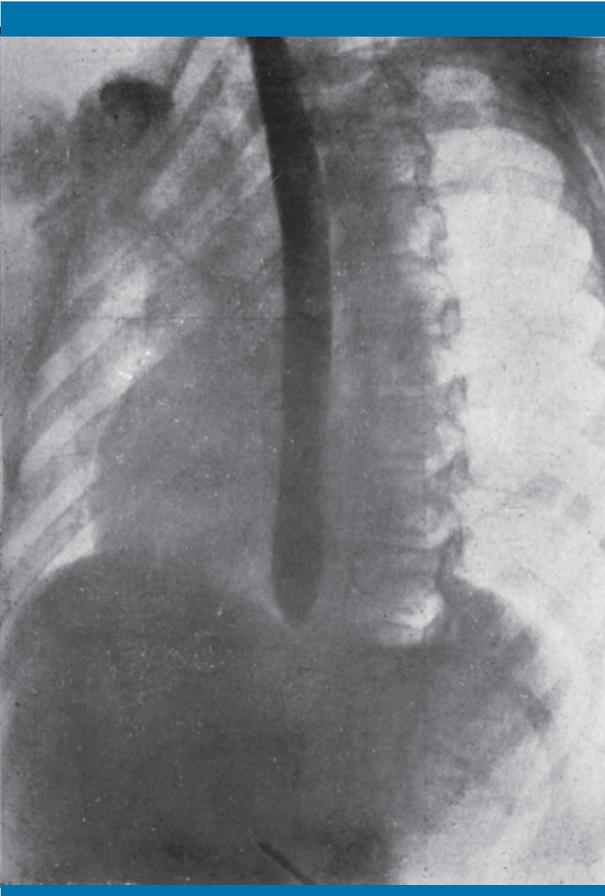


Figura 3. Relleno de esófago con Nestargel®

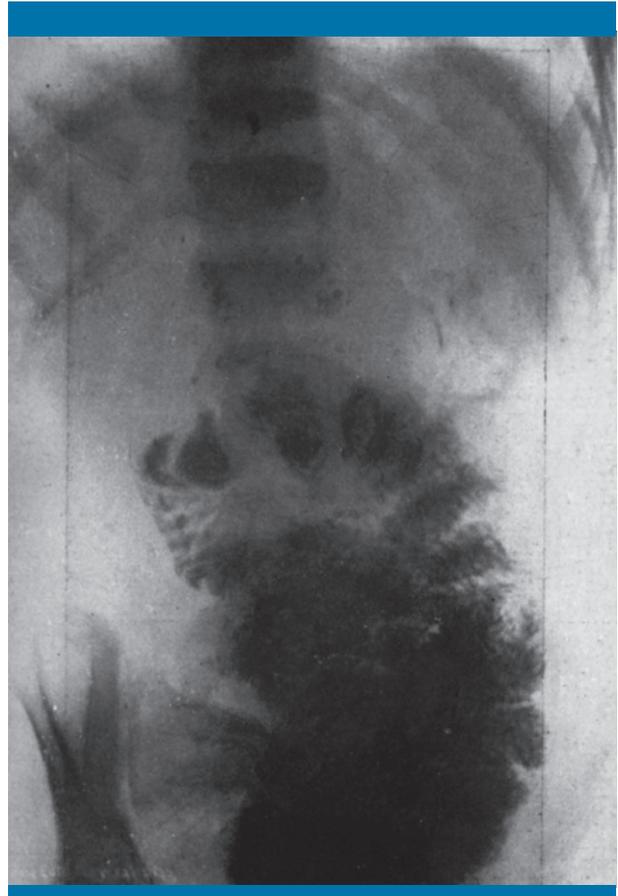


Figura 4. Obsérvese la buena delimitación de la cavidad gástrica que, por adherencia, confiere Nestargel®

A continuación el Dr. Luis Torres Marty presenta su trabajo «Pólipos vaginales del recién nacido». Revisa sólo un grupo de 1.179 historias clínicas de cunas de la Residencia Sanitaria del SOE «Francisco Franco», de las cuales selecciona las que presentan esta afección. Al final, después de indicar el tratamiento adecuado, pasa a afirmar que ha deseado llamar la atención sobre estos pólipos, cuyo índice de presentación hace suponer que son abundantes, pese a lo cual no se ha hallado ninguna publicación sobre ellos.

A continuación, el Dr. Jesús Martínez Fernández desarrolla su artículo sobre «Enfisema mediastínico en el niño», presentando un caso de enfisema mediastínico mortal en un niño de 20 meses, con una bronconeumonía en el curso de dicho proceso y una infiltración tuberculosa primaria consecutiva (figura 7).

Los Dres. A. Ruiz López, E.V. Bustelo, D.L. Gordón de Camín y E. M. Ansiaume, de Mendoza (Argentina), desarrollan un extenso trabajo sobre «Trastornos digestivo-nutritivos por "salmonellas" en el niño». Concluyen el artículo destacando los siguientes aspectos:

1. La existencia de la salmonelosis en Mendoza, como etiología de los trastornos digestivo-nutritivos del niño, es una realidad.

2. El porcentaje hallado, del 30,87%, es mayor que el de otras publicaciones, lo que confiere una cierta importancia al problema.

3. La investigación de la causa etiológica debe hacerse sistemáticamente en nuestra densa patología gastrointestinal.

4. En todo niño con una diarrea simple persistente, incluso en el lactante, se debe sospechar una infección salmonelósica.

5. Debe tenerse en cuenta la existencia de una infección salmonelósica extraentérica.

6. La mayor incidencia se ha comprobado en el segundo semestre de vida y en los meses de diciembre y enero (hemisferio austral).

7. Los niños en la primera infancia son más sensibles a la salmonelosis que en otras épocas de la vida.

8. La investigación coprológica y serológica debe ser simultánea, precoz y seriada.

9. El niño con seroaglutinación positiva debe considerarse afectado de salmonelosis. Unos títulos elevados indican una enfermedad activa, y unos títulos bajos, una enfermedad en fase de inicio o ya evolucionada.



Figura 5. Divertículo congénito de la primera porción de duodeno en diversas proyecciones. Nestargel® al 1%

10. El lactante debe considerarse portador cuando la coprología es positiva y la seroaglutinación se mantiene negativa frente al germen aislado.

11. La flora «potencialmente patógena» hallada en coprología también puede ser la causa dominante o concomitante del trastorno entérico.

12. Aureomicina, terramicina y cloramfenicol han demostrado su efectividad en el tratamiento de las salmonelosis.

13. Los bacteriófagos específicos a cada tipo de *Salmonella* nos parece la medicación más apropiada.

14. Los tipos serológicos encontrados son, en un elevadísimo porcentaje, *S. newport* y *S. typhimurium*.

15. El agua, la leche y las verduras contaminadas son los factores epidemiológicos más importantes de esta enfermedad.

16. Debe investigarse a los posibles portadores entre el personal que manipule sustancias alimenticias y el que está a cargo de la atención a los niños.

17. Según diversos autores, las moscas serían los vectores más importantes.

18. La falta de agua potable y de servicios sanitarios, la mala vivienda, el bajo nivel económico, la deficiente educación y la falta de control médico son, entre otros, los principales factores coadyuvantes en la producción de la salmonelosis.

19. La profilaxis debe orientarse a hacer un cribado de los portadores, a eliminar los vectores y a combatir los factores coadyuvantes, con medidas higiénico-sociales y sanitarias adecuadas.

20. Deducimos de todo ello la necesidad de dotar de agua potable donde no la haya, proveer de leche de producción local pasteurizada en cantidad suficiente y a bajo coste, mejorar la vivienda y reglamentar su construcción, elevar el nivel económico de la población, hacer efectivos los servicios municipales y ampliarlos a todas las barriadas, combatir el analfabetismo, desarraigar el curanderismo como mal social, mejorar los servicios médicos existentes y crear una extensa red asistencial a lo largo de toda la provincia.

21. Las autoridades sanitarias deben aportar una solución a los problemas higiénico-sociales enunciados, como *desideratum* de nuestro trabajo, en beneficio de la población general y particularmente de los niños.

Por último, tras una amplia reseña bibliográfica, los autores hacen un cuadro resumen de los 45 casos de salmonelosis comprobados.

La siguiente publicación es la «Alimentación del niño sano en la ciudad de Mendoza», realizado por los Dres. E.V. Bustelo, D. Leicester Carbonell, E.J. Dussel, D. Gordón de Camín, H.J. Notti y A. Ruiz López.

Los autores resumen su trabajo en los siguientes puntos:

1. La Sociedad Argentina de Pediatría, con este trabajo, está cumpliendo con una de las recomendaciones de la «Tercera conferencia sobre los problemas de la nutrición de América Latina», esto es: «Que las autoridades sanitarias emprendan el examen de grupos sanos de la población: escolares, deportistas, etc.» (Caracas, octubre de 1953).

2. El estudio de la alimentación del niño exige la aplicación de los principios y métodos de la medicina social.

3. Las asistentes sociales en número suficiente son indispensables para ayudar a resolver los importantes problemas que les atañen, y toda la provincia debe contar con un «fichero central» para realizar una eficaz y justa labor al respecto.

4. No existen problemas aislados de alimentación, salarios, vivienda, vestido, etc., sino que todos están estrechamente vinculados entre sí; por eso, las investigaciones y encuestas aisladas siempre conducen a error.

Estas tareas deben cumplirse por parte de un personal especializado en nutrición, y deben cooperar también educadores, visitadoras sociales, enfermeras sanitarias, expertos en economía doméstica, técnicos en fomento agrícola, etc.

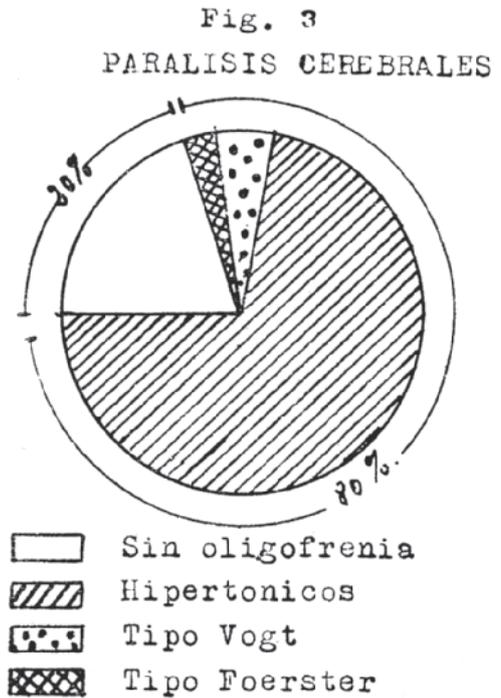
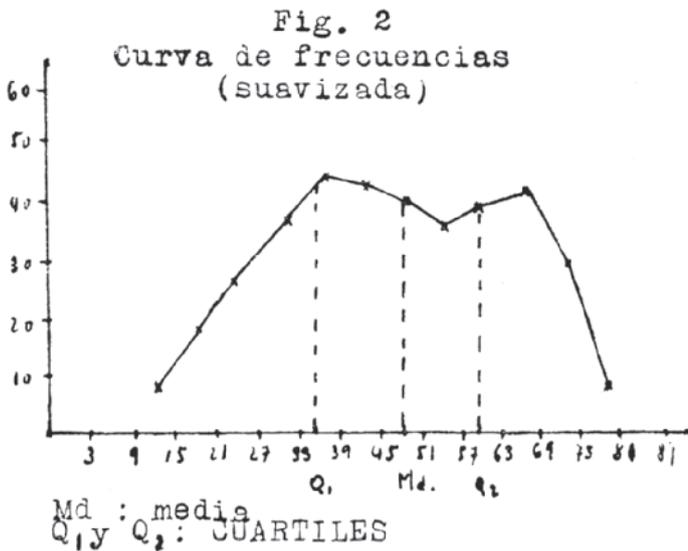


Figura 6

5. Nuestro trabajo se ha realizado sobre la base de 1.480 encuestas, enfocándolo en sus tres aspectos: clínico, alimentario y social.

6. Del estudio clínico se deduce que un 64,2% de los niños presentarían un déficit con respecto al estado de eutrofia. Dicho porcentaje lo forman en alta escala los niños procedentes del grupo hospitalario y de las escuelas cuyo nivel económico era más bajo.

7. Se han realizado las primeras 15 yodemias en niños normales. Las cifras obtenidas oscilan entre 4 y 11 gammas. La curva de estos valores se superpone en una gran área con la de adultos normales e hipertiroideos.

8. La interpretación de los títulos de yodo proteico en adultos no es aplicable a los niños.

9. En el aspecto alimentario hemos considerado al niño en todos sus momentos evolutivos (primer año, segundo año,

preescolar y escolar), teniendo como patrón de medida lo preconizado por el INN.

10. En el primer año de edad, el mayor porcentaje de los niños con alimentación natural corresponde a ambientes de mala situación económica; el 64% del total presenta una insuficiente ingesta de hierro y el 58% de vitamina C.

11. En el segundo año de edad se deduce la posibilidad de que los alimentos protectores no cubran el mínimo exigible. El aporte de vitaminas liposolubles y ácido ascórbico es insuficiente.

12. En la edad preescolar sólo el 50% cubre las cifras necesarias de alimentos protectores, y en el resto, el aporte de manteca, huevos y queso está claramente por debajo de un rango de normalidad.

13. En la edad escolar se repite la situación del periodo anterior, aunque la carencia de alimentos protectores es algo menor.

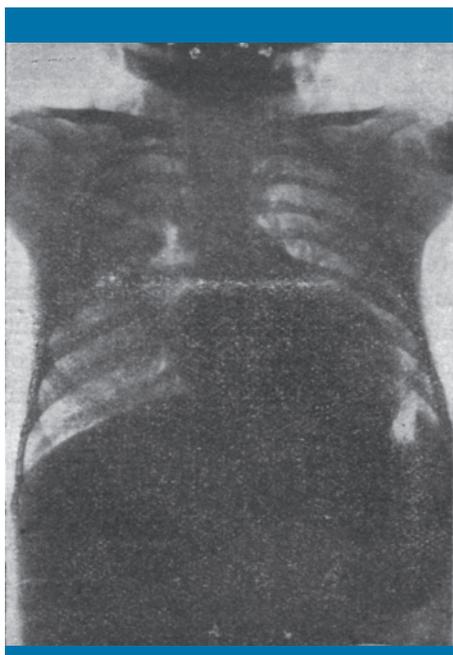


Figura 7

14. La leche en nuestro medio es mala, escasa y cara. Las estadísticas oficiales revelan que el consumo de leche fresca per cápita sólo alcanza los 83 mL. Mendoza no ha resuelto aún el problema, subsanable a partir del aprovisionamiento de leche higiénica.

15. Las encuestas han demostrado la influencia directa entre las condiciones económicas y la cantidad y la calidad de la alimentación.

16. En todo el país debe coordinarse y organizarse, sobre bases científicas, la vigilancia y la protección de la mujer grávida, de la lactante y del niño en sus diferentes periodos, preocupándose especialmente por la alimentación.

17. Es necesario reimplantar nuevamente en Mendoza los «comedores escolares»; además, el Instituto de la Nutrición debería adquirir la jerarquía que tenía en sus primeros años de funcionamiento.

18. La educación alimentaria, de forma amplia y objetiva, así como la enseñanza de la puericultura, deben formar parte de los programas de escuelas primarias y secundarias. En el seno de las familias deberían también impartirse esos conocimientos.

19. Del estudio social de las encuestas se deduce, como ya lo sostienen otros autores, que la subalimentación es un problema de raíz social.

20. Los principales factores que gravitan en el aspecto social del niño subalimentado son el económico y el cultural.

21. El estándar de vida de los trabajadores mendocinos es bajo.

22. El salario vital, y sobre todo el social, cumple una función trascendente para mantener la vida y perfeccionar las condiciones intelectuales, morales, físicas, etc., del trabajador y su familia.

23. La solución del factor económico pasa por transformar el régimen actual de trabajo y elevar el poder adquisitivo de la moneda.

24. A fin de darle solución al factor cultural, es necesario crear industrias y desarrollar las fuentes de producción que nuestra patria tiene, y reducir a cero el analfabetismo, extendiendo las escuelas y los institutos de enseñanza superior por todo el país.

25. La vivienda obrera mendocina, en un alto porcentaje de nuestros encuestados, es mala.

26. En nuestra provincia se debe multiplicar la vivienda higiénica, poniéndose a tono, así con las necesidades de la población, que aún vive de forma precaria.

27. Por último, el problema de la alimentación debe solucionarse por la concurrencia de tres grandes factores: a) conocimiento actual del problema; b) utilización de medios profilácticos para evitar el mal en futuras generaciones, y c) tratamiento de la presente generación.

Para terminar este número, el Dr. Justo Vega realiza una breve crónica del «Panorama de la Pediatría Social» en nuestro país en esa época.

Se presentan dos trabajos, a cargo del Dr. J. Rodríguez Pe-dreira y el Dr. C. Sainz de los Terreros, en memoria del centenario del Dr. Tolosa-Latour, el primero titulado «El niño en el asilo», y el segundo «El Dr. Manuel Tolosa-Latour, enjuiciado por un médico de niños».

Se describen las cualidades de este insigne pediatra español, que sentó las bases de la Ley de Protección a la Infancia, del 2 de agosto de 1904 (que ya se quedó con el nombre de Ley Tolosa-Latour), y se van desgranando de forma escueta, pero magnífica, las aportaciones del Dr. Tolosa-Latour a la pediatría española, que todavía en nuestras clases sigue siendo un autor de referencia.

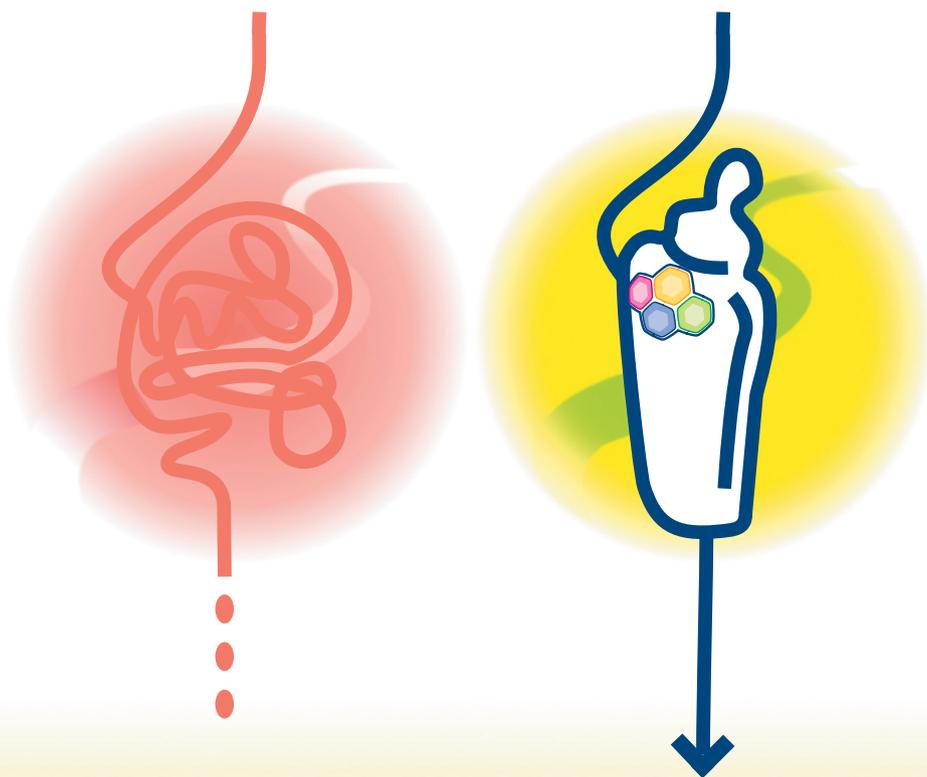
Recordando al Dr. Tolosa-Latour y su Ley de Protección a la Infancia, podemos citar la célebre frase de Fernando de Rojas: «Jamás el esfuerzo desayuda la fortuna». ¡Cuánto debe la pediatría española a nuestro insigne pediatra! ■

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: FRENADOL® Junior. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** por sobre: paracetamol (D.O.E.) 300 mg. Dextrometorfano (D.O.E.) 10,99 mg (equivalente a 15 mg de dextrometorfano hidrobromuro). Clorfenamina (D.C.I.) 1,406 mg (equivalente a 2 mg de clorfenamina maleato). **FORMA FARMACÉUTICA:** granulada para solución oral de sabor naranja. **DATOS CLÍNICOS:** a) **Indicaciones terapéuticas:** Alivio sintomático de los procesos gripales y resfriado común que cursan con dolor leve o moderado como dolor de cabeza, fiebre, tos improductiva (tos irritativa, tos nerviosa), y secreción nasal. b) **Posología y forma de administración:** Vía oral. Niños entre 6 y 12 años: un sobre cada 6-8 horas. No sobrepasar de 4 tomas al día. Usar siempre la dosis menor que sea efectiva. Pacientes con insuficiencia renal, hepática o cardíaca: ver epígrafe de advertencias y contraindicaciones. Disolver el contenido de un sobre en medio vaso de agua y remover. La administración del preparado está supeditada a la aparición de los primeros síntomas. A medida que estos desaparecen debe suspenderse esta medicación. La medicación no debe ser empleada más de 5 días consecutivos. c) **Contraindicaciones:** hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la especialidad. No administrar a aquellos pacientes con enfermedades hepáticas (con insuficiencia hepática o sin ella) o hepatitis viral (aumenta el riesgo de hepatotoxicidad), ni con insuficiencia respiratoria, tos asmática y productiva, ni en caso de alcoholismo. No administrar en pacientes en tratamiento con IMAO (ver interacciones). No administrar a niños menores de 6 años. d) **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** no exceder la dosis diaria recomendada. Puede producir sedación. Debido al riesgo de depresión del SNC se debe advertir al paciente que evite el consumo de bebidas alcohólicas o ingestión de depresores del SNC (barbitúricos o tranquilizantes) conjuntamente con el preparado. No utilizar este medicamento en caso de tos persistente o crónica, como la debida al tabaco, asma o enfisema, o cuando va acompañada de abundantes secreciones, ya que puede deteriorar la expectoración y aumentar así la resistencia de las vías respiratorias. Se debe administrar el paracetamol con precaución, **evitando tratamientos prolongados en pacientes con anemia, afecciones cardíacas o pulmonares o con disfunción renal grave** (en este último caso, el uso ocasional es aceptable, pero la administración prolongada de dosis elevadas puede aumentar el riesgo de aparición de efectos renales adversos). La utilización de paracetamol en pacientes que consumen habitualmente alcohol (tres o más bebidas alcohólicas -cerveza, vino, licor, - al día) puede provocar daño hepático. En alcohólicos crónicos, no se debe administrar más de 2 g/día de paracetamol. Se recomienda precaución en pacientes asmáticos sensibles al ácido acetilsalicílico, debido a que se han descrito ligeras reacciones broncoespásticas con paracetamol (reacción cruzada) en estos pacientes, aunque sólo se manifestaron en menos del 5% de los ensayos. Se debe administrar la clorfenamina con precaución en pacientes con glaucoma, obstrucción del cuello vesical, hipertrofia prostática sintomática o retención urinaria (los efectos anticolinérgicos de la clorfenamina pueden precipitarla o agravarla). Se recomienda precaución en pacientes alérgicos a otros antihistamínicos ya que puede producirse sensibilidad cruzada. Si la fiebre se mantiene más de 3 días, o los demás síntomas más de 5 días, o si la tos va acompañada de erupciones en la piel o dolor de cabeza persistente se deberá evaluar la situación clínica. **Advertencias sobre excipientes:** cada sobre de FRENADOL® Junior contiene en su composición 4,1 g de sacarosa, lo que deberá ser tenido en cuenta en pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, problemas de absorción de glucosa/galactosa, deficiencia de sacarasa-isomaltasa y pacientes diabéticos. FRENADOL® Junior contiene amarillo anaranjado S (E-110) como excipiente. Puede causar reacciones de tipo alérgico, incluido asma especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. e) **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** no se debe administrar este medicamento con los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) ni con furazolidina, ni con procarbazona, ya que el dextrometorfano interacciona con estos medicamentos, pudiéndose producir severas reacciones tóxicas caracterizadas por excitación, hipertensión e hiperreflexia. La quinidina aumenta las concentraciones plasmáticas de dextrometorfano pudiendo alcanzarse niveles tóxicos. La hepatotoxicidad potencial del paracetamol puede verse incrementada por la administración de grandes dosis o de dosis prolongadas de una serie de sustancias, por inducción de los enzimas microsomales hepáticos. Estos agentes también pueden provocar una disminución en los efectos terapéuticos del paracetamol. Dichas sustancias son: barbitúricos, carbamazepina, hidantoínas, isoniazida, rifampicina y sulfonpirazona. El paracetamol interacciona con: (-SUSTANCIA: DESCRIPCIÓN DEL EFECTO): - alcohol (moderadas y excesivas) de PARACETAMOL, por AUMENTO DE SUS EFECTOS. - Anticoagulantes de paracetamol superiores a 2 g/día con este tipo de productos, puede provocar UN disminución de la síntesis hepática de los factores que favorecen la coagulación. - RETRASADO O LIGERAMENTE DISMINUIDO, aunque el efecto farmacológico no anticolinérgicos. - Carbón activo: REDUCE LA ABSORCIÓN DEL sobredosis. - Contraceptivos orales: incrementa la glucuronidación, semivida del paracetamol. Por lo tanto, REDUCE LOS EFECTOS DEL DIURÉTICOS PUEDEN VERSE REDUCIDOS, ya que el paracetamol actividad de la renina plasmática. - Lamotrigina: el paracetamol LAMOTRIGINA, produciendo una disminución del efecto LIGERAMENTE LA EFICACIA TERAPÉUTICA DEL PARACETAMOL. EFECTOS FARMACOLÓGICOS DE LA ZIDOVUDINA por un paracetamol puede potenciar la toxicidad del cloranfenicol, anticolinérgicos de forma que los efectos anticolinérgicos incrementar los efectos de otros depresores del SNC, tales anestésicos, pudiendo provocar síntomas de alcohólicas así como el tratamiento concomitante con tranquilizantes, hipnóticos puede potenciar los efectos **PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO:** el paracetamol puede analíticas: sangre: aumento (biológico) de transaminasas creatinina, lactato deshidrogenasa (LDH) y urea; aumento Aumento del tiempo de protrombina (en pacientes con significación clínica). Reducción (interferencia analítica) de Orina: pueden aparecer valores falsamente aumentados de mediante la bentiromida: el paracetamol, como la por lo que aumenta la cantidad aparente de ácido interrumpir el tratamiento con paracetamol al menos tres días ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en orina: en las pruebas como reactivo, el paracetamol puede producir resultados alteradas. La clorfenamina puede interferir en las pruebas cutáneas suspender la medicación al menos 3 días antes de comenzar las embarazo ni durante el período de lactancia. No hay datos evidentes en la medicamentos, su uso no está recomendado durante el primer trimestre del problemas en humanos durante el embarazo o la lactancia. Aunque no se han placenta, por lo que se recomienda no administrar paracetamol salvo en caso de han medido concentraciones máximas de 10 a 15 µg/ml (de 66,2 a 99,3 µmoles/l) al cabo de lactantes no se ha detectado paracetamol ni sus metabolitos. La vida media en la leche materna es de 1,35 3 a 5 horas. La clorfenamina, puede inhibir la lactación debido a sus acciones anticolinérgicas. En la leche materna se excretan pequeñas cantidades de antihistamínicos, no se recomienda su utilización durante la lactancia. g) **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria:** durante el tratamiento puede aparecer una disminución de la capacidad de reacción o somnolencia, que habrá de tenerse en cuenta en caso de conducir automóviles o manejar maquinaria peligrosa. h) **Reacciones adversas:** el efecto secundario más frecuente es la sedación y la somnolencia, aunque también puede aparecer una reacción paradójica que es más frecuente en niños y ancianos: pesadillas, excitación no habitual, nerviosismo, inquietud o irritabilidad. Se ha observado vértigo e hipotensión especialmente en los ancianos. Otros efectos secundarios incluyen molestias gastrointestinales, náuseas, confusión, alteraciones visuales, sequedad de boca, aumento de la sensibilidad de la piel al sol, taquicardias y dificultad para orinar. Ocasionalmente pueden aparecer efectos renales adversos, dermatitis alérgica, hepatotoxicidad (ictérica), agranulocitosis, leucopenia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica, piuria estéril (orina turbia) e hipoglicemia. El consumo simultáneo de alcohol durante el tratamiento puede acentuar la aparición de efectos secundarios. No se debe ingerir bebidas alcohólicas durante el mismo. En caso de observarse la aparición de reacciones adversas, debe suspenderse el tratamiento y notificarlas a los sistemas de farmacovigilancia. i) **Sobredosisificación:** los signos de sobredosisificación por dextrometorfano se manifiestan con confusión, excitabilidad, inquietud, nerviosismo, o irritabilidad. La ingestión accidental de dosis muy altas, puede producir en los niños un estado de sopor o alteraciones en la forma de andar. Estos efectos desaparecen mediante la inducción del vómito y el lavado gástrico. En caso de depresión respiratoria, administrar naloxona y asistencia respiratoria. En caso de convulsiones, administrar benzodiazepinas por vía intravenosa o rectal, en función de la edad. La sintomatología por sobredosis de paracetamol incluye mareos, vómitos, pérdida de apetito, ictericia, dolor abdominal e insuficiencia renal y hepática. Si se ha ingerido una sobredosis debe tratarse rápidamente al paciente en un centro médico aunque no haya síntomas o signos significativos ya que, aunque éstos pueden causar la muerte, a menudo no se manifiestan inmediatamente después de la ingestión, sino a partir del tercer día. Puede producirse la muerte por necrosis hepática. Asimismo, puede aparecer fallo renal agudo. La sobredosis de paracetamol se evalúa en cuatro fases, que comienzan en el momento de la ingestión de la sobredosis: FASE I (12-24 horas): náuseas, vómitos, diaforesis y anorexia; FASE II (24-48 horas): mejoría clínica; comienzan a elevarse los niveles de AST, ALT, bilirrubina y protrombina; FASE III (72-96 horas): pico de hepatotoxicidad; pueden aparecer valores de 20.000 para la AST; FASE IV (7-8 días): recuperación. Puede aparecer hepatotoxicidad. La mínima dosis tóxica es 6 g en adultos y más de 100 mg/Kg de peso en niños. Dosis superiores a 20-25 g son potencialmente fatales. Los síntomas de la hepatotoxicidad incluyen náuseas, vómitos, anorexia, malestar, diaforesis, dolor abdominal y diarrea. La hepatotoxicidad no se manifiesta hasta pasadas 48-72 horas después de la ingestión. Si la dosis ingerida fue superior a 150 mg/Kg o no puede determinarse la cantidad ingerida, hay que obtener una muestra de paracetamol sérico a las 4 horas de la ingestión. En el caso de que se produzca hepatotoxicidad, realizar un estudio de la función hepática y repetir el estudio con intervalos de 24 horas. El fallo hepático puede desencadenar encefalopatía, coma y muerte. Niveles plasmáticos de paracetamol superiores a 300 µg/ml, encontrados a las 4 horas de la ingestión, se han asociado con el daño hepático producido en el 90% de los pacientes. Este comienza a producirse cuando los niveles plasmáticos de paracetamol a las 4 horas son inferiores a 120 µg/ml o menores de 30 µg/ml a las 12 horas de la ingestión. La ingestión crónica de dosis superiores a 4 g/día pueden dar lugar a hepatotoxicidad transitoria. Los riñones pueden sufrir necrosis tubular, y el miocardio puede resultar lesionado. **Tratamiento:** en todos los casos se procederá a aspiración y lavado gástrico, preferiblemente dentro de las 4 horas siguientes a la ingestión. Existe un antídoto específico para la toxicidad producida por paracetamol: la N-acetilcisteína. Se recomiendan 300 mg/Kg de N-acetilcisteína (equivalentes a 1,5 ml/Kg de solución acuosa al 20%; pH: 6,5), administrados por vía I.V. durante un período de 20 horas y 15 minutos, según el siguiente esquema: 1. **ADULTOS:** dosis de ataque: 150 mg/Kg (equivalentes a 0,75 ml/Kg de solución acuosa al 20% de N-acetilcisteína; pH: 6,5), lentamente por vía intravenosa o diluidos en 200 ml de dextrosa al 5%, durante 15 minutos. Dosis de mantenimiento: a) Inicialmente se administrarán 50 mg/Kg (equivalentes a 0,25 ml/Kg de solución acuosa al 20% de N-acetilcisteína; pH: 6,5), en 500 ml de dextrosa al 5% en infusión lenta durante 4 horas. b) Posteriormente, se administrarán 100 mg/Kg (equivalentes a 0,50 ml/Kg de solución acuosa al 20% de N-acetilcisteína; pH: 6,5), en 1000 ml de dextrosa al 5% en infusión lenta durante 16 horas. 2. **NIÑOS:** el volumen de la solución de dextrosa al 5% para la infusión debe ser ajustado en base a la edad y al peso del niño, para evitar congestión vascular pulmonar. La efectividad del antídoto es máxima si se administra antes de que transcurran 8 horas tras la intoxicación. La efectividad disminuye progresivamente a partir de la octava hora, y es ineficaz a partir de las 15 horas de la intoxicación. La administración de la solución acuosa de N-acetilcisteína al 20% podrá ser interrumpida cuando los resultados del examen de sangre muestren niveles hemáticos de paracetamol inferiores a 200 µg/ml. Efectos adversos de la N-acetilcisteína por vía I.V.: excepcionalmente, se han observado erupciones cutáneas y anafilaxia, generalmente en el intervalo entre 15 minutos y 1 hora desde el comienzo de la infusión. Por vía oral, es preciso administrar el antídoto de N-acetilcisteína antes de que transcurran 10 horas desde la sobredosisificación. La dosis de antídoto recomendada para los adultos es: - una dosis inicial de 140 mg/Kg de peso corporal. - 17 dosis de 70 mg/Kg de peso corporal, una cada 4 horas. Cada dosis debe diluirse al 5% con una bebida de cola, zumo de uva, de naranja o agua, antes de ser administrada, debido a su olor desagradable y a sus propiedades irritantes o esclerosantes. Si la dosis se vomita en el plazo de una hora después de la administración, debe repetirse. Si resulta necesario, el antídoto (diluido con agua) puede administrarse mediante la intubación duodenal. **DATOS FARMACÉUTICOS:** a) **Relación de excipientes:** sacarosa 4,1 g, sacarina sódica, ciclamato sódico, dióxido de titanio, ácido cítrico, polisorbato 80, aroma de tangerina durarome, amarillo de quinoleína (E104) y amarillo anaranjado S (E110). b) **Incompatibilidades:** no se han descrito. c) **Período de validez:** dos años. d) **Precauciones especiales de conservación:** no conservar a temperatura superior a 30°C. No congelar. e) **Naturaliza y contenido del recipiente:** sobres de papel/alumínico/surlyn con 5 g de granulada para solución oral. Cada envase contiene 10 sobres. f) **Instrucciones de uso/manipulación:** Verter el contenido de un sobre en un vaso. Añadir, a continuación, agua hasta la mitad y remover. g) **Nombre y domicilio permanente del titular de la autorización:** McNeil Ibérica, S.L.U. Antigua Carretera Nacional II, Km 32,800. Alcalá de Henares (Madrid). **FECHA DE APROBACIÓN DE LA FICHA TÉCNICA:** abril 2001. SIN RECETA MÉDICA, Especialidad Farmacéutica Publicitaria, PVP (IVA incluido): 5,25 euros.



La **Solución** más avanzada
en el tratamiento del **estreñimiento** del bebé

Nuevo



SANUTRI **AE** Anti Estreñimiento

Además, hemos **hidrolizado parcialmente** las **proteínas** para facilitar el tránsito intestinal y así obtener unas **heces más parecidas** a las de los **lactantes alimentados con lactancia materna**.



- ✓ Con un 45% de Ácido Palmítico en posición β
- ✓ Con FOS (fructooligosacáridos)

SERVICIO DE INFORMACIÓN
de 9.30 a 13.30
902 242 245

Alimentos Infantiles

SANUTRI