



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* (≥ 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 - 6×10^9 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 - 2×10^8 UFC/día) y *L. rhamnosus* GG (10^9 - 3×10^9 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