

CURSO ONLINE DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

preguntas frecuentes, respuestas sencillas

ORGANIZA:  **SEMG Andalucía**
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

COLABORA:  **gsk**
GlaxoSmithKline





BEXSERO

Vacuna meningocócica del grupo B
(ADNr, de componentes, adsorbida)



MENVEO

Vacuna conjugada frente al meningococo
de los serogrupos A, C, W135 e Y.

Rotarix 2 **ORAL**
dosis

vacuna antirrotavirus, viva

CURSO ONLINE DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA
preguntas frecuentes, respuestas sencillas

ESTREÑIMIENTO UN PROBLEMA DE DIFÍCIL MANEJO

Dra. María Isabel Garzón Cabrera. Servicio de Urgencias. HMI Torrecárdenas.

OBJETIVOS

1. Definición de estreñimiento funcional, criterios empleados.
2. Conocer los signos y síntomas de alarma que sugieren enfermedad subyacente.
3. Saber el valor diagnóstico de las diferentes pruebas complementarias.
4. Tener en cuenta como influye el tratamiento no farmacológico en estos niños.
5. Aclarar cuales son los fármacos más efectivos y seguros.

PREVALENCIA

Muy frecuente en la edad pediátrica, entre el 0,3 y el 29,6%

El estreñimiento es funcional en más del 90% de los casos, solo un 5-10% está ligado a causas orgánicas

Presenta un pico de incidencia entre los dos y cuatro años

Hasta el 17-40% comienza en el primer año de vida

No predominio en sexos

FISIOPATOLOGÍA

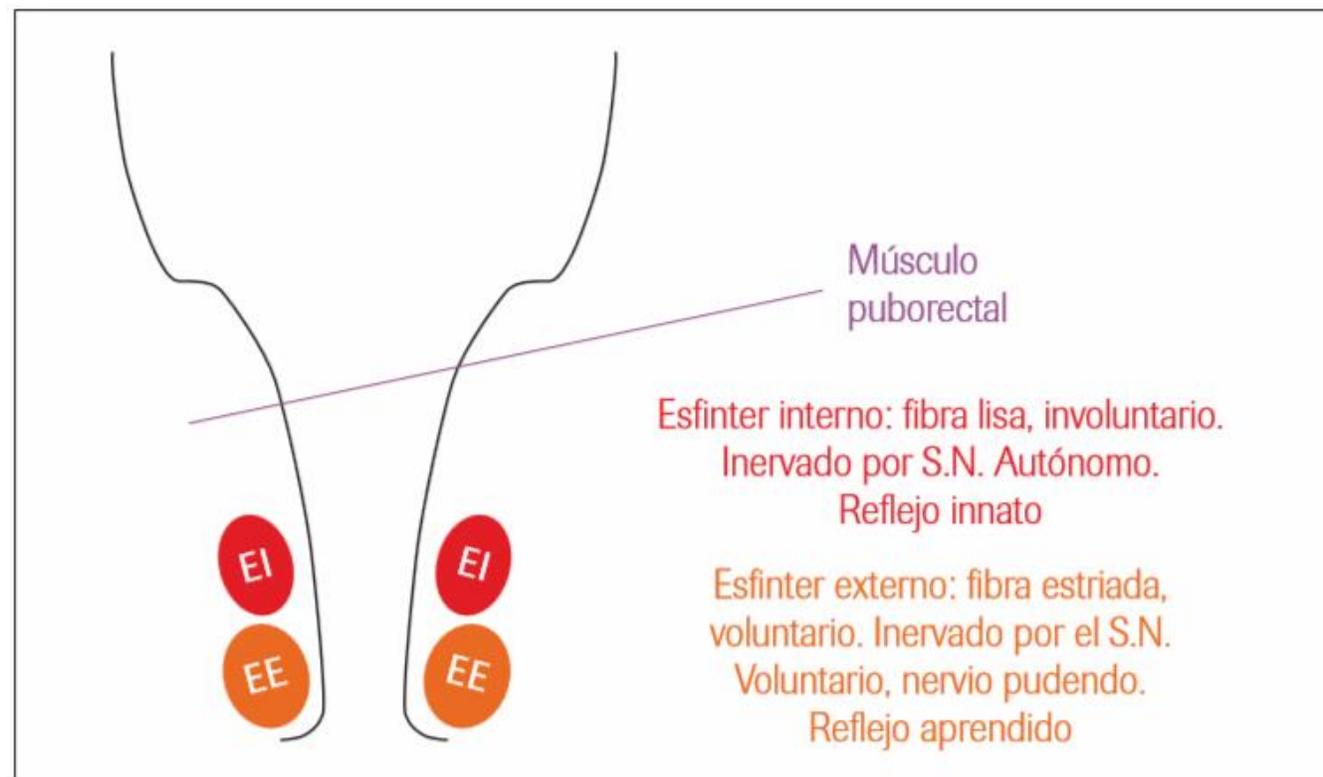


FIGURA 1.2. Esquema del complejo esfinteriano ano-rectal y resumen de la inervación del mismo.

FISIOPATOLOGÍA

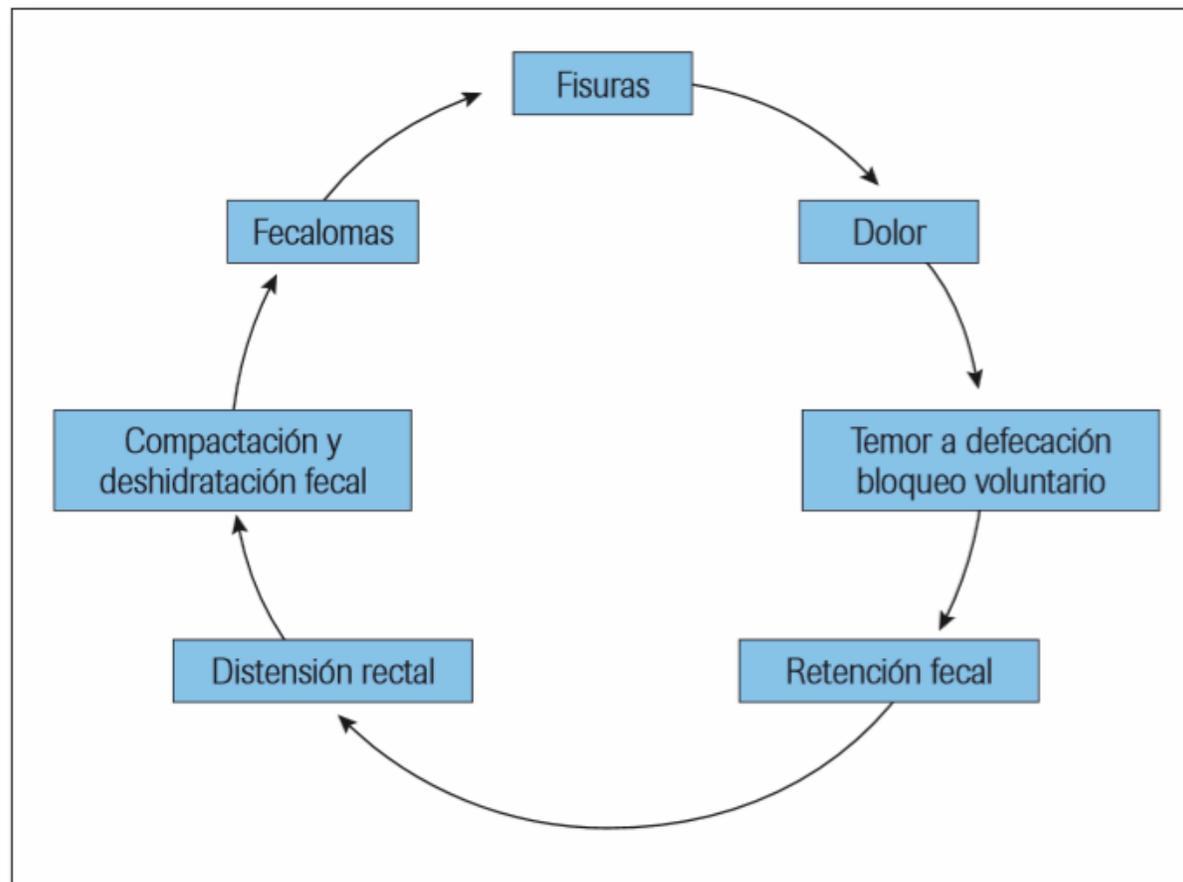
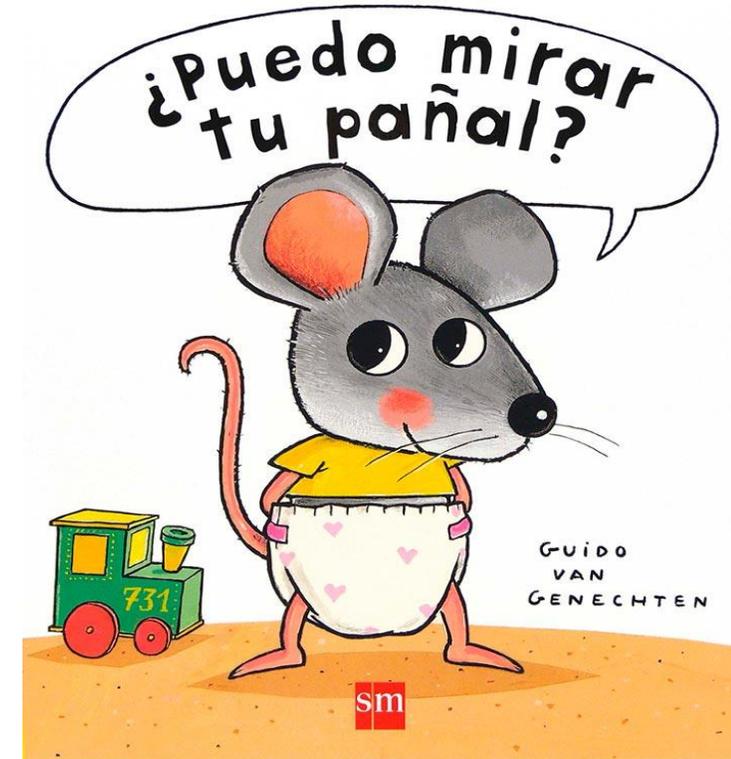


FIGURA 1.4. Círculo del dolor por retención fecal.

ETIOLOGÍA

FACTORES DESENCADENANTES EPISODIO AGUDO

- Inicio de alimentación con fórmula para lactantes
- Dieta pobre en fibra
- Poco aporte de líquidos
- Exceso de lácteos en la dieta
- Ayuno prolongado
- Enfermedades intercurrentes
- Inmovilidad
- Retirada del pañal
- Inicio de la escolarización
- Lesiones ano-rectales



DEFINICIÓN DE ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL, CRITERIOS DE ROMA IV.

Dos o más criterios, al menos una vez por semana, durante al menos un mes, en niños de cualquier edad

- Dos o menos deposiciones por semana
- Historia de retención fecal o posturas retentivas
- Defecación dolorosa o heces de consistencia dura
- Presencia de una gran masa fecal en el recto
- Heces de gran tamaño que ocasionalmente obstruyen el WC
- En niños continentales: al menos un episodio semanal de incontinencia fecal

DEFINICIÓN DE DISQUECIA DEL LACTANTE, CRITERIOS DE ROMA IV.

Lactantes sano, < 9 meses

- Episodios de llanto, gritos, esfuerzos y enrojecimiento facial durante 10-20 minutos, varias veces al día
- Cesan tras la emisión de heces, que suelen ser líquidas o blandas.
- Fallo en la coordinación entre el aumento en la presión intraabdominal y la relajación del suelo pélvico
- No se debe manipular el ano ni dar laxantes
- Resolución de forma espontánea



CONOCER LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

- Inicio del estreñimiento en el periodo neonatal
- Emisión del meconio pasadas las 48 horas de vida
- Historia familiar de enfermedad de Hirschsprung
- Heces acintadas en menores de un año
- Sangre en heces en ausencia de fisuras anales
- Vómitos biliosos
- Fiebre
- Fallo de medro
- Distensión abdominal persistente
- Alteraciones en la columna, espalda y/o región anal
- Alteraciones neurológicas
- Alteraciones tiroideas
- Anomalías en la exploración y tacto rectal

DIAGNÓSTICO, HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES

La eliminación del meconio es un parámetro de gran importancia para determinar el riesgo de presentar un estreñimiento orgánico.



ANTECEDENTES FAMILIARES

- Patología digestiva: enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal, alergia alimentaria.
- Patología extradigestiva: endocrinopatías, enfermedades renales, fibrosis quística.

DIAGNÓSTICO, HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

- Frecuencia y características de las heces
- Edad de comienzo
- Factores predisponentes
- Ingesta medicamentos
- Sintomatología asociada
- Alteraciones conductuales

Escala de Bristol

Tipo 1		Pedazos duros separados. Como nueces (difícil excreción)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa (compuesta de fragmentos)
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas en la superficie
Tipo 4		Con forma de salchicha (o serpiente) pero lisa y suave
Tipo 5		Trozos pastosos con bordes bien definidos
Tipo 6		Pedazos blandos y esponjosos con bordes irregulares
Tipo 7		Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida

DIAGNÓSTICO, HISTORIA CLÍNICA

Historia dietética



DIAGNÓSTICO, EXPLORACIÓN FÍSICA

Valoración del estado general y nutricional.

Exploración por órganos y aparatos:

- Inspección y palpación abdominal
- Área lumbosacra
- Exploración neurológica

Exploración de la zona anal:

- Detectar malformaciones
- Lesiones anorrectales
- Determinar la posición que ocupa el ano en relación a la vulva en las niñas y el escroto en los niños.

DIAGNÓSTICO, EXPLORACIÓN FÍSICA

El tacto rectal:

- estenosis anal
- diámetro del canal anal
- tono esfinteriano
- distensión rectal
- cantidad y consistencia de las heces retenidas

En el **estreñimiento funcional** puede resultar en ocasiones **contraproducente** al acrecentar conductas de evitación de la defecación

DIAGNÓSTICO, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Sospecha de etiología **orgánica** o el estreñimiento **persiste** a pesar de la buena adherencia al tratamiento

- Analítica:
 - hemograma, bioquímica completa, hormonas tiroideas, marcadores serológicos de enfermedad celíaca, IgA total, sedimento de orina y urocultivo.
 - No está indicado efectuar un screening de pruebas alérgicas frente a alimentos (IgE específica, prick, parche). Si se sospecha una alergia realizar prueba de exclusión-provocación.
- Test del sudor
- Radiografía simple de abdomen
- Estudio del tránsito colónico mediante marcadores
- Enema opaco
- Manometría anorrectal
- Manometría colónica
- Ecografía abdominal
- Resonancia magnética nuclear

TRATAMIENTO

Desimpactación fecal

- Acúmulo de heces duras y compactas con dificultad para su eliminación espontánea.
- El objetivo principal es la eliminación de la retención fecal existente
- El tiempo empleado entre 3-7 días
- La forma de elección es la oral.
- Dieta pobre o ausente de fibra, y un incremento en la ingesta de líquidos

TRATAMIENTO

Desimpactación oral:

El **polietilenglicol** (PEG), se considera el fármaco más efectivo y por tanto de elección a 1-1,5 g/kg/día (máximo, 100 g/ día)

Dos tomas separadas no más de 6-8 horas entre ambas dosis.

Se comienza con 0,5 g/kg/día y se incrementa en los siguientes días hasta conseguir la desimpactación o alcanzar la dosis plena durante siete días.

Sales de magnesio

< 1 año: 1-2 cucharaditas rasas de café 1-2 veces/día

1-5 años: 1-4 cucharaditas rasas de café hasta 3 veces/día

TRATAMIENTO

Desimpactación rectal:

- Tan efectiva como la oral
- Invasiva y peor tolerada
- Fecaloma en recto y no sea factible la vía oral.
- Enemas de suero salino isotónico
- Desimpactación: 5 ml/kg/dosis (2 veces al día)



TABLA IV. Dosis de laxantes orales y rectales utilizados más frecuentemente.

Laxantes	Dosis
Osmóticos	
Polietilenglicol (3.350, 4.000)	Desimpactación: 1-1,5 g/kg/día (4 dosis) Duración máxima: 7 días Mantenimiento: 0,2-0,8 g/kg/día (1-2 dosis) Dosis máxima: 100 g/día
Lactulosa	Desimpactación (> 2 años): 1-4 ml/kg/día (1-3 dosis) Mantenimiento (> 1 año): 1-2 ml/kg/día (1-3 dosis) Dosis máxima: 30 ml/día
Lactitol	Desimpactación (6-12 años): 10-30 g/día (2-3 dosis) Mantenimiento (> 1 año): 0,25-0,4 g/kg/día Dosis máxima: 20 g/día
Lubricantes	
Parafina líquida	Desimpactación (> 1 año): 1-3 ml/kg/día Mantenimiento (> 1 año): 1 ml/kg/día (1-2 dosis) Adultos: 15 ml cada 12 o 24 horas Dosis máxima: 240 ml/día
Estimulantes	
Sales de magnesio	Preparación en polvo (sales de carbonato, fosfato y óxido de magnesio) < 1 año: 1-2 cucharaditas rasas de café 1-2 veces al día 1-5 años: 1-4 cucharaditas rasas de café hasta 3 veces al día Preparaciones líquidas (hidróxido de magnesio) 2-5 años: 0,4-1,2 g/día en 1 o 2 tomas 6-11 años: 1,2-2,4 g/día en 1 o 2 tomas 12-18 años: 2,4-4,8 g/día en 1 o 2 tomas
Bisacodilo	3-10 años: 5 mg/día > 10 años: 5-10 mg/día
Picosulfato sódico	1 mes-4 años: 2,5 mg/día 4-18 años: 10 mg/día
Senósidos	0,3 mg/kg/día en 1 dosis 2-6 años: 2,5-5 mg/día 6-12 años: 7,5-10 mg/día > 12 años: 15-20 mg/día

TABLA IV. (Continuación) Dosis de laxantes orales y rectales utilizados más frecuentemente.

Laxantes	Dosis
Formadores de volumen	
Plantago ovata	> 4 años: 1,2-3,5 g/día Adultos: 3,5-7 g/día +3,5 g noche
Fibra vegetal líquida (inulina y maltodextrina)	< 1 año hasta 2,5 g/día 1-2 años hasta 5 g/día 3-12 años hasta 7,5 g/día > 12 años hasta 15 g/día
Laxantes rectales	
Glicerina rectal Supositorios Microenema	1 al día
Enemas de citrato sódico	1 al día
Enemas de suero salino isotónico	Desimpactación: 5 ml/kg/dosis (2 veces al día) o bien 0-6 meses: 20-150 ml 6-18 meses: 150-250 ml 18 meses-5 años: 250-300 ml 5-18 años: 480-720 ml
Enemas de fosfatos hipertónicos	> 2 años: 3-5 ml/kg cada 12 horas Dosis máxima: 140 ml No más de 5 días El enema debe expulsarse en 5 minutos
Bisacodilo supositorios	> 2 años: 5-10 mg/día

MANTENIMIENTO

Administración de laxantes osmóticos durante el tiempo que sea necesario para conseguir que el niño adquiriera un hábito defecatorio regular

MODIFICACIONES DIETÉTICAS

Evitar la ingesta excesiva de leche y derivados

Fomentar un incremento gradual en el aporte de fibra

EDUCACIÓN DEL HÁBITO DEFECATORIO

Sentarse en el wáter todos los días, tras una comida

No forzarle, ni dar demasiada importancia a si consigue o no realizar la deposición

No más de 10 minutos

Es muy importante la valoración verbal positiva por parte de los padres



SEGUIMIENTO

Es imprescindible un seguimiento estrecho para comprobar que las medidas terapéuticas se están realizando correctamente

Se recomienda mantener el tratamiento continuado al menos 2-3 meses

Iniciar una reducción gradual de la dosis cuando se haya conseguido regularizar el ritmo intestinal durante al menos un mes

Derivación a consulta de Digestivo infantil:

- Sospecha de causa orgánica
- Mala respuesta al tratamiento

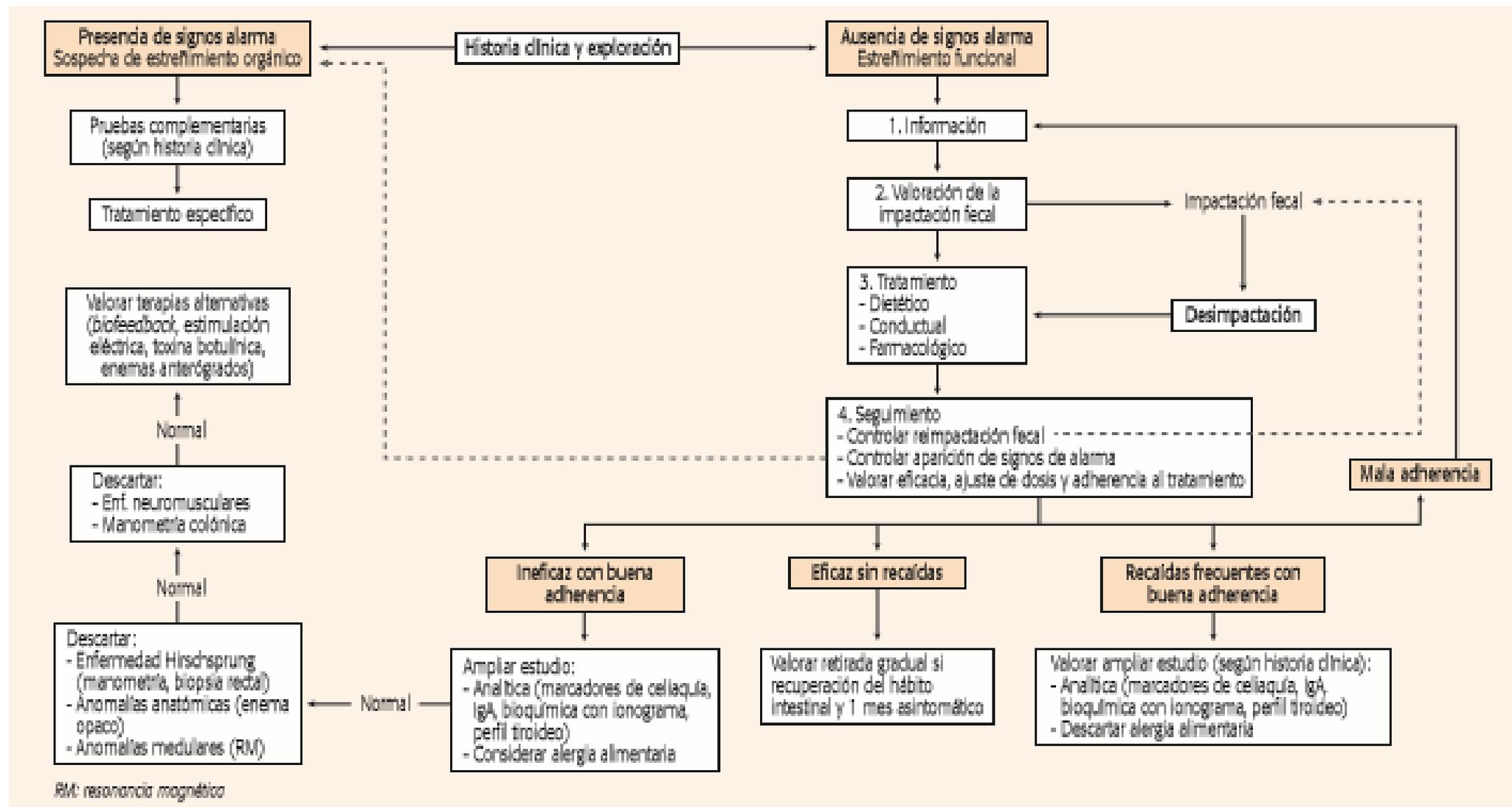


FIGURA 1. Algoritmo de actuación.

ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL, A DESTACAR

- El diagnóstico está basado en la **historia clínica** y la **exploración física**.
- La evidencia no respalda el uso del **tacto rectal**.
- Se recomienda realizar pruebas complementarias ante la sospecha de **estreñimiento orgánico** o si **persiste éste**, a pesar, de una adecuada realización del tratamiento.

ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL, A DESTACAR

- Evitar el exceso de **leche** (500-750ml/día) e incrementar de forma gradual el aporte de **fibra** (0,5g/kg/día).
- En el estreñimiento funcional el **polietilenglicol** es el tratamiento de elección.
- La desimpactación vía rectal, solo está indicada si hay intolerancia oral o un gran fecaloma rectal.



BIBLIOGRAFÍA

- Paciello Almiñana N, Schneider S, Castillejo de Villasante G. Diagnóstico diferencial y tratamiento del estreñimiento. Tratamiento de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica, 5ª edición. Madrid: Ergon; 2021. p. 331-345.
- Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014; 58: 258-74.
- Sánchez Ruiz F, Gilbert JJ, Bedate Calderón P, Espín Jaime B. Estreñimiento y encopresis. En: Protocolos diagnóstico-terapéuticos en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Asociación Española de Pediatría. Madrid: Ergon; 2010. p. 53-65.
- Espín Jaime B. Guía de estreñimiento en el niño. Madrid: Ergon; 2015.
- Lane MM, Czyzewski DI, Chumpitazi BP, Shulman RJ. Reliability and Validity of a Modified Bristol Stool Form Scale for Children. J Pediatr. 2011; 159 (3): 437-41.e1.



BEXSERO

Vacuna meningocócica del grupo B
(ADNr, de componentes, adsorbida)



MENVEO

Vacuna conjugada frente al meningococo
de los serogrupos A, C, W135 e Y.

Rotarix 2 **ORAL**
dosis

vacuna antirrotavirus, viva