

PROCOLOS



MANEJO CONJUNTO DEL ESTREÑIMIENTO EN PEDIATRÍA

SERVICIO
CÁNTABRO
DE SALUD **SCS**

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Gerencia de Atención Primaria.

Fecha: Junio 2021

 <p>SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD SCS</p>	<p>PROTOCOLO</p> <p><i>MANEJO CONJUNTO DEL ESTREÑIMIENTO EN PEDIATRÍA</i></p>	 <p>Gerencia de Atención Primaria</p>
<p>Elaborado</p>	<p>Atención Primaria: Maria Escorial Briso-Montiano (Pediatra. CS Pisueña-Cayón), Carmen Rodríguez Campos (Pediatra. CS El Alisal).</p> <p>Atención Especializada: Mirian Palacios Sánchez, Sandra Llorente Pelayo y Luis de la Rubia Fernández (FEAs Pediatría. Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla)</p>	
<p>Revisado</p>	<p>M Teresa Viadero Ubierna, Sandra Llorente Pelayo (FEAs Pediatría. H.U.M. Valdecilla)</p>	
<p>Aprobado</p>	<p>María Jesús Cabero Pérez (Jefa de Servicio de Pediatría. H.U.M. Valdecilla), Antonio Martínez Torre (Director Médico Atención Primaria. SCS)</p>	

1. INDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVO
- POBLACIÓN DIANA
- RECURSOS PERSONALES Y MATERIALES
- PROCEDIMIENTO
 - Introducción
 - Diagnóstico
 - Tratamiento
 - Criterios de derivación a Gastroenterología Infantil
- ANEXOS
- BIBLIOGRAFÍA

Fecha de entrada en vigor:

Fecha de próxima revisión:

2. INTRODUCCIÓN

El estreñimiento es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría. Con frecuencia es sinónimo de deposiciones infrecuentes, sin embargo lo que define el estreñimiento es la presencia de heces duras/voluminosas que hacen difícil su evacuación, siendo en muchos casos dolorosa.

3. OBJETIVO

El objetivo de esta guía es realizar una revisión que permita al facultativo:

- Realizar una historia clínica y exploración física completas que permitan reconocer los signos de alarma que sugieren causa orgánica.
- Abordaje diagnóstico del estreñimiento, conociendo el valor de las distintas pruebas diagnósticas disponibles.
- Establecer unas pautas de tratamiento y seguimiento en Atención Primaria, así como criterios de derivación a Atención Especializada.

4. POBLACIÓN DIANA

Pacientes hasta los 16 años en seguimiento en las consultas de pediatría de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma.

5. RECURSOS PERSONALES Y MATERIALES

Los profesionales implicados serán los médicos que desempeñan su labor asistencial en la consulta de Pediatría de Atención Primaria y en la consulta de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.

6. PROCEDIMIENTO

Introducción:

Aunque existen diferentes patologías que pueden ser la causa del estreñimiento, en la gran mayoría de los casos se debe a un trastorno funcional del intestino. El pico de incidencia en su presentación ocurre durante el período de educación de esfínteres. Es más frecuente en varones y no se han encontrado diferencias significativas con el número de miembros de la familia, su posición en el orden de nacimiento de los hermanos, la edad de los padres, el estatus social. Los trastornos funcionales del tubo digestivo están recogidos en los criterios ROMA, del cual la versión más reciente es la IV, que establece como criterios diagnósticos del estreñimiento funcional:

Debe incluir dos o más de los siguientes criterios, al menos una vez a la semana y durante, al menos, un mes y en ausencia de criterios de diagnóstico de síndrome de intestino irritable.

1.- Dos deposiciones o menos en el WC en una semana en un niño con un desarrollo adecuado a una edad de 4 años.

2.- Al menos un episodio de incontinencia fecal a la semana.

3.- Historia de actitudes retentivas (entrecruzamiento de piernas ...)

4.- Historia de deposiciones duras y/o dolorosas.

5.- Presencia de fecalomas en la palpación abdominal.

6.- Presencia de deposiciones de gran diámetro que puedan obstruir el WC

Gastroenterology 2016; 150: 1464

La causa desencadenante es, en la mayor parte de los casos, la evitación de la defecación tanto por dolor como por razones sociales (escuela, viajes...) lo que lleva a un aumento de la absorción de agua del bolo fecal y en consecuencia mayor consistencia con las consiguientes dificultades para su evacuación.

Diagnóstico:

El diagnóstico se debe basar fundamentalmente en la historia clínica (incluyendo encuesta dietética) y la exploración. Sólo en contadas ocasiones hay una patología subyacente. Una entidad que con frecuencia se confunde con estreñimiento es la disquecia del lactante; que se presenta en lactantes menores de 9 meses y se caracteriza por presentar pujos con gritos/llanto, enrojecimiento facial acompañando al esfuerzo de la defecación; pero aunque no en todos los casos consiguen realizar deposición, cuando lo logran son heces de consistencia blanda. Esta entidad funcional no requiere tratamiento y se va normalizando a lo largo del primer año.

En la Tabla 1 se recogen algunas de situaciones que deben ponernos sobre aviso de posible patología subyacente y en esos casos sí que se deben realizar estudios complementarios. En la Tabla 2 se recogen las entidades que pueden asociarse a la presencia de estreñimiento.

Tabla 1.

- Retraso de más de 48 horas en la evacuación del meconio.
- Estreñimientos que comienzan en el primer mes de vida
- Antecedentes familiares de enfermedad de Hirschsprung
- Heces acintadas
- Sangre en las heces en ausencia de fisura anal.
- Fallo de medro
- Vómitos biliosos
- Distensión abdominal severa.
- Presencia de bocio.
- Posición anómala del ano.
- Ausencia de reflejo anal o cremastérico.
- Extremidades inferiores con disminución de fuerza/tono/reflejos.
- Fosita sacra
- Mechón de pelo en la zona sacra.
- Pliegue glúteo desviado
- Cicatrices anales

Tabla 2.

- Enf. Celiaca
- Hipotiroidismo
- Hipercalcemia
- Hipopotasemia
- Enf de Hirschsprung
- Alergia alimentaria
- Fibrosis Quística
- Toxicidad medicamentosa
 - Opiáceos, anticolinérgicos
 - Antidepresivos, intox por plomo
- Intoxicación por Vit D
- Malformaciones anatómicas del ano
- Masas abdominales/pélvicas
- Alteraciones de la médula espinal
- Alteraciones de la musculatura de pared abdominal
- Pseudoobstrucción intestinal (miopatías, neuropatías viscerales)
- Neoplasia múltiple endocrina 2B

- Anamnesis

- Antecedentes familiares: antecedentes de estreñimiento, enf Hirschsprung, hipoparatiroidismo, hipotiroidismo, fibrosis quística, enfermedad celiaca, alergias alimentarias

- Meconiorrexis: el retraso en la eliminación de meconio >48h sugiere una enf Hirschsprung, aunque en grandes pretérminos este retraso puede ser normal. No obstante, más de la mitad de los pacientes afectos de enf. Hirschsprung expulsan su 1 meconio en las primeras 48h

- Edad de comienzo: un inicio muy precoz es más sugestivo de patología orgánica

- Características y frecuencia de las deposiciones: antes y después de posibles tratamientos recibidos. Definir también el calibre y volumen de las deposiciones

- Síntomas acompañantes: incontinencia fecal, defecación dolorosa, actitud retentiva. Enuresis nocturna o incontinencia urinaria pueden acompañar al estreñimiento funcional en un 10% de los casos. La pérdida de peso, cansancio, anorexia, vómitos, sensibilidad al frío o episodios de diarrea sugieren patología orgánica

- Medicación: tratamientos prescritos, derivados opiáceos o atropínicos

- Historia dietética: ingesta de fruta y verdura

- Exploración física

- Antropometría: la obesidad es más frecuente en los niños con estreñimiento, en relación a dieta inadecuada o escasa actividad

- Exploración abdominal: distensión, masa fecal palpable en marco cólico

- Exploración de la región lumbosacra: anomalías del raquis, sinus pilonidal

- Exploración de la región anal: posición del ano, eritema perianal, fisuras u otras lesiones perianales

- Exploración neurológica: presencia de reflejo cremastérico y sensibilidad de la región anal para descartar patología medular; así como tono, fuerza muscular y reflejos osteotendinosos en extremidades inferiores.

-Tacto rectal: la evidencia no apoya su uso rutinario para diagnosticar estreñimiento funcional. Sólo debería realizarse en caso de sospecha de estenosis anal, o bien si se precisa evaluar el tono del esfínter (sospecha de enf. Hirschprung)

SIGNOS Y SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE ENFERMEDAD ORGÁNICA:

- Escasa ganancia ponderal
- Inicio tras introducción de proteínas de leche de vaca
- Distensión abdominal
- Vómitos biliosos
- Anomalías en la exploración física

- Exploraciones complementarias: sólo se realizarán si hay una historia sugerente, o tras el fracaso de unas medidas iniciales correctamente cumplimentadas.
 - Hemograma y Bioquímica general, TSH, CPK
 - Serología de enfermedad celiaca
 - Electrolitos en sudor: sólo si hay otros síntomas sugerentes de Fibrosis Quística (retraso de crecimiento, retraso en la evacuación del 1º meconio, síntomas respiratorios). Aunque no hay que olvidar que en la actualidad en Cantabria se realiza el despistaje en el cribado neonatal
 - Estudios de imagen: no están indicados, salvo si hubiera sospecha de alteraciones en la columna lumbosacra o sospecha de enf Hirschprung, pero nunca en un estreñimiento funcional

Tratamiento:

Requiere dedicación, paciencia y alto grado de conexión con la familia y el paciente. Debe iniciarse con una adecuada explicación (clara, sencilla, con imágenes) al paciente y sus padres sobre los mecanismos por los que se produce el estreñimiento, sus síntomas y los objetivos que buscamos conseguir con el tratamiento (por escrito):

- Desaparición o mejoría de la abdominalgia
- Desaparición o mejoría del dolor/esfuerzo al hacer deposición
- Deposición diaria o a días alternos
- Deposiciones consistencia 3-4 escala Bristol
- Curación de la fisura y cese del sangrado (si la hubiera)
- Desaparición del manchado de la ropa interior (si lo hubiera)

El tratamiento se apoya en tres puntos fundamentales, que deben realizarse de forma conjunta y con la idea de que el tratamiento farmacológico sea el único a retirar cuando la situación se normalice.

- Cambios de hábito: se trata de que el niño logre un hábito regular para realizar la deposición, inicialmente en casa y posteriormente fuera, especialmente en el colegio. Para ello habría que pactar realizarlo al menos una vez al día, a una hora concreta (a ser posible después de alguna comida importante para aprovechar el reflejo gastrocólico) y en la posición correcta. Esta debe ser sentado y con buen apoyo de pies (orinal o en taza WC con adaptador). El tiempo es variable, pero al menos de 10 minutos, lo que no impide que si no realiza deposición y posteriormente siente la necesidad, lo intente posteriormente.
 - 5-10 minutos 3 veces al día, aprovechando reflejo gastrocólico, apoyando los pies para facilitar la prensa abdominal
 - En niños <3 años, sin control de esfínteres establecido, esperar a resolución del estreñimiento antes de enseñarlo
 - Mantener pañal en niños en los que se desencadenó el estreñimiento con motivo de la retirada del pañal.
- Cambios de alimentación
 - Fibra: Los aportes diarios de fibra deben ser los de cualquier niño de su edad (0,5 gr/kg/día o edad en años + 5-10 gr/día), ya que no existen evidencias de que los suplementos de fibra en la alimentación de niños con estreñimiento funcional hayan demostrado eficacia. Y por otro lado, podría aumentar la flatulencia y disminuir la absorción de algunos nutrientes
 - Líquidos : Aunque hay muy pocos estudios sistematizados en este sentido, tampoco existen evidencias que el aporte extra de líquidos mejore la sintomatología
 - Basado en opinión de panel de expertos (1), podría estar indicada una prueba terapéutica de retirada de proteína de leche de vaca de la dieta durante un período de 2-4 semanas en aquellos casos de estreñimiento intratable con nula/escasa respuesta al tratamiento.

No existen pruebas firmes para recomendar de forma rutinaria:

- El uso de probióticos y prebióticos
- El empleo de leches infantiles con adición de FOS, GOS, palmitato en posición beta o hidrolizados parciales
- El empleo de leches infantiles con adición de FOS, GOS, palmitato en posición beta o hidrolizados parciales
- Terapias conductuales, salvo en los casos que asocien alteraciones de conducta, en cuyo caso se deberían referir para su valoración a la Unidad de Salud Mental Infantojuvenil

- Tratamiento farmacológico: consta de 2 fases; 1ª fase: desimpactación y tratamiento de lesiones perianales, 2ª fase: mantenimiento

-Desimpactación: es fundamental, especialmente cuando existe encopresis asociada, vaciar el recto si hay heces retenidas para aumentar la sensibilidad rectal y evitar la encopresis. Se recomienda que durante esta fase se administre una dieta pobre o ausente de fibra y un aumento de ingesta de líquidos (agua y zumo colados).

Duración: 3-5 días (3-10 días) en función del grado de estreñimiento e impactación

-Fármacos: no existen evidencias de mayor efectividad entre el polietilenglicol (PEG) y los enemas de fosfatos. Debiendo elegir entre uno u otro en función de la situación de cada niño. Ambas pueden ser indicadas desde Atención Primaria y para realizar en su domicilio.

-Vía Oral: bien tolerada y segura y la mejor aceptada.

Fármaco de elección: PEG, existen múltiples evidencias de su superioridad frente a la lactulosa, leche de magnesia y aceites minerales.

-Relación lineal entre dosis y respuesta

-Parece que el PEG 3350 con electrolitos (>2 años) y el PEG 4000 sin electrolitos (>6 meses) tienen una eficacia similar (NE I)

-Seguro a partir de los 6 meses

-Eficacia comparable con enemas (NE I) y superior a otros laxantes osmóticos (NE I)

-Inconveniente: puede empeorar el dolor abdominal y la incontinencia, dificultando el cumplimiento del tratamiento, por lo que no se aconseja realizar en los días escolares

Alternativas:

-Menores de 6 meses o en aquellos niños que aún no presentan distensión rectal: supositorios de glicerina o de bisacodilo

-Mayores de un año: aceite de parafina, máximo 7 días

-Puede combinarse con laxantes estimulantes durante cortos periodos.

-Vía Rectal: más rápida que la oral, pero peor tolerada. Sólo se recomienda cuando no ha sido efectiva la vía oral y en estreñimientos orgánicos o con heces muy voluminosas o duras (GR A).

Fármaco de elección: enemas de fosfatos hipertónicos (mayores de 2 años).

Alternativa: enemas de suero salino isotónico, con o sin aceite mineral.

Algunos estudios desaconsejan los enemas de agua jabonosa por producir daño de la mucosa colónica (GR C).

ORAL	RECTAL
De elección	Alternativa
Atención Primaria	Hospital
1ª OPCIÓN: PEG Alternativas: - <6meses: supositorios de glicerina/bisacodilo - >1año: aceite de parafina	1ª OPCIÓN: Enemas fosfato hipertónicos Alternativa: enemas suero salino isotónico

Tabla 3. Fármacos desimpactación.

-Tratamiento de las lesiones perineales: estas lesiones recidivarán si no tratamos el estreñimiento.

-Proctitis o fisuras secundarias a la emisión de heces duras: corticoides tópicos o cicatrizantes.

-Si se complica con celulitis perianal estreptocócica: antibiótico oral (amoxicilina) y/o tópico (mupirocina o fusídico).

-Mantenimiento: objetivo: evitar la nueva retención de heces.

-Fármacos:

De elección en >6 meses: PEG a dosis paulatinas ascendentes hasta conseguir efecto, teniendo cuidado de mantenerlo de forma prolongada hasta que el ritmo intestinal se restablezca (GR A).

Alternativas:

-Laxantes osmóticos, como lactulosa o lactitol (GR A)

-Lubricantes, como el aceite mineral en niños mayores de un año, aunque tienen menos eficacia que los anteriores (GR B)

-Estimulantes como bisacodilo, picosulfato y senósidos: recomendaciones basadas en la experiencia clínica (GR D). Uso en mayores de 2 años, de forma puntual y por periodo limitado.

Duración

-Desmitificar a los padres que los “laxantes son perjudiciales a largo plazo”: NO generan dependencia

-La suficiente hasta que se logre un adecuado hábito de defecación (mínimo 2 meses)

-No debe presentarse ningún síntoma durante, al menos, 4 semanas antes de retirar el fármaco

-La retirada del fármaco se debe hacer de forma progresiva

-Si el niño no mejora en 6 meses, a pesar de ser un tratamiento correcto, debería ser derivado a un gastroenterólogo.

-Otros:

-Se recomienda fomentar la actividad física, por ser un hábito saludable, a pesar de que existe escasa evidencia de que mejore el estreñimiento (GR C)

-Valorar siempre la necesidad de tratamiento psicológico de apoyo y el uso de medidas de refuerzo positivo cuando el niño realice progresos en el control de su hábito intestinal

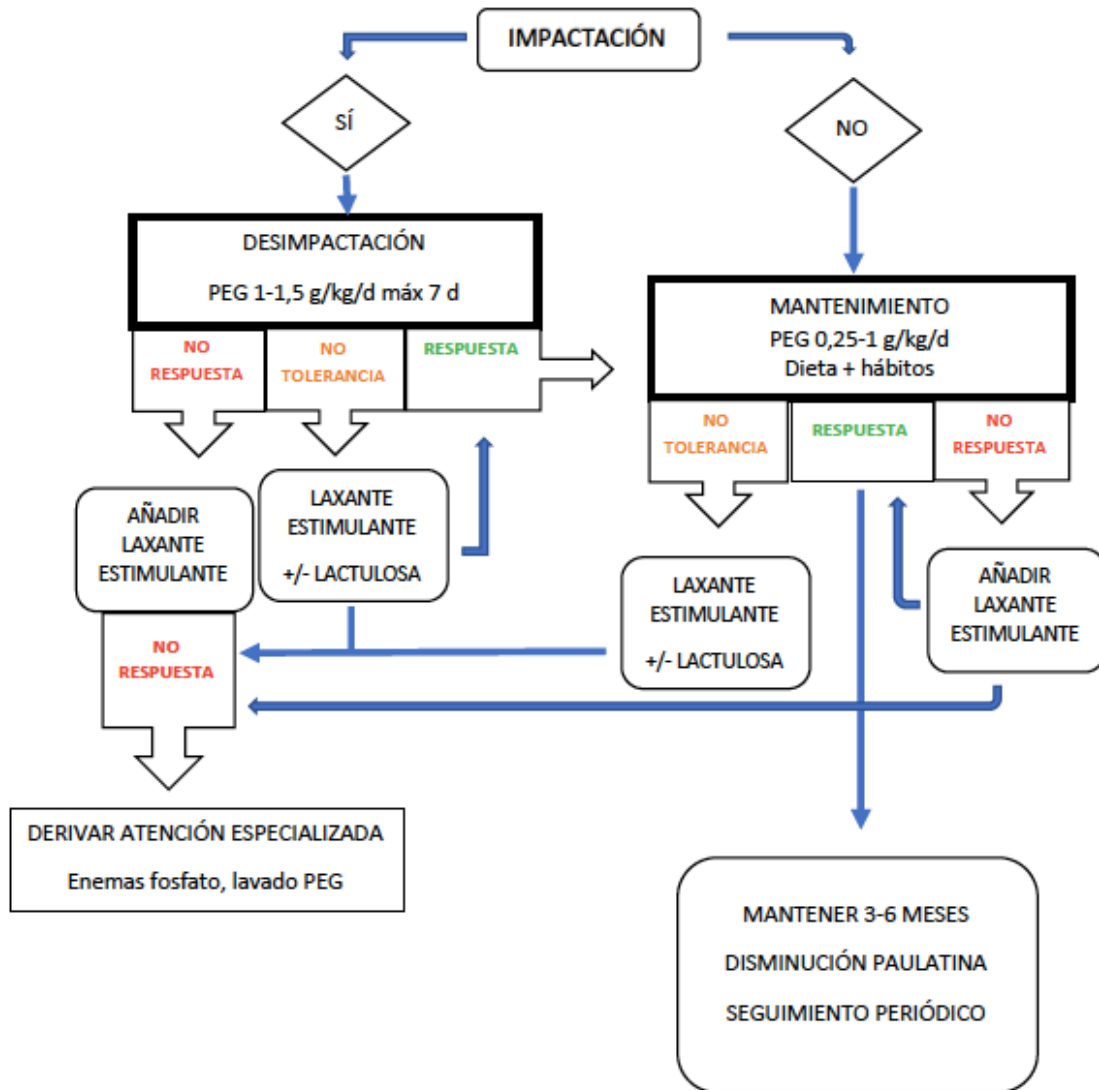
-Realizar un seguimiento cercano y prolongado para evitar recaídas por interrupción precoz o falta de adherencia al tratamiento.

Criterios de derivación a Gastroenterología Infantil

- Ausencia de respuesta al tratamiento tras 6 meses a pesar buen cumplimiento.
- Falta de adherencia reiterada al tratamiento
- Retraso en la evacuación del meconio superior a 48 horas y/o debut en los primeros días o semanas de vida y/o heces acintadas con ampolla rectal vacía y estrecha (sospecha de enfermedad de Hirschprung)
- Estreñimiento asociado a vómitos o distensión abdominal importante
- Estreñimiento asociado a retraso psicomotor
- Anomalías lumbosacras y perineales: angiomas, mechones de pelo, fistulas, agenesia sacra, ano anterior, ausencia de reflejo cremastérico, alteración de la sensibilidad perianal
- Síntomas o signos de enfermedad neurológica que afecte a las extremidades inferiores: tono, fuerza, sensibilidad y reflejos osteotendinosos alterados, nalgas aplanadas.
- Síntomas o signos de enfermedad sistémica

ANEXOS

Anexo 1. Algoritmo de tratamiento



Anexo 2. Tabla de tratamiento farmacológico.

	DOSIS	EF. SECUNDARIOS
Laxantes osmóticos: - Polietilenglicol (3350, 4000) -Lactulosa -Lactitol	<u>Desimpactación:</u> 1-1,5 g/kg/d 2-4 dosis, máx 6 días <u>Mantenimiento:</u> 0,2-0,8 g/kg/d 1-2 dosis Dosis máx: 100 g/d	-Abdominalgia -Diarrea (reducir, no suspender) -Distensión abdominal
	<u>Desimpactación (>2a):</u> 1-4 ml/kg/d 1-3 dosis <u>Mantenimiento (>1a):</u> 1-2 ml/kg/d 1-3 dosis Dosis máx: 30 ml/d	-Abdominalgia -Flatulencia -Diarrea
	<u>Desimpactación (6-12a):</u> 10-30 g/d 2-3 dosis <u>Mantenimiento (>1a):</u> 0,25-0,4 g/kg/d 2 dosis Dosis máx: 20 g/d	
Laxantes lubricantes: -Aceite de parafina	<u>Desimpactación (>1a):</u> 1-3 ml/kg/d 1 dosis <u>Mantenimiento (>1a):</u> 1 ml/kg/d 1-2 dosis Dosis máx: 240ml/d	-Neumonía lipoidea -Irritación y escapes anales (reducir, no suspender)
Laxantes estimulantes: -Sales de magnesio -Bisacodilo -Picosulfato sódico Senósidos	<u>Polvo:</u> <1a: 1-2 cucharaditas de café rasas 1-2 veces al día 1-5a: 1-4 cucharaditas de café rasas hasta 3 veces al día <u>Líquido:</u> 2-5a: 0,4-1,2 g/d en 1-2 dosis 6-11a: 1,2-2,4 g/d en 1-2 dosis >12a: 2,4-4,8 g/d en 1-2 dosis	-Diarrea -Abdominalgia -Hipermagnesemia -Calambres musculares
	3-10a: 5 mg/d >10a: 5-10 mg/d Oral o rectal	-Diarrea -Abdominalgia
	2-4a: 2,5 mg/d >4a: 10 mg/d	
	0,3 mg/kg/d 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 Dosis máxima 20 mg/día	-Orina roja -Abdominalgia - Colon catártico -Melanosis coli
Otros: -Supositorios (glicerina o laurilsulfato sódico)	1 al día	-Irritación anal
-Enemas suero salino isotónico	<u>Desimpactación:</u> 5 ml/kg/dosis 2 al día o: 0-6m: 20-150 ml 6-18m: 150-250 ml 18m-5a: 250-300 ml >5a: 480-720 ml NO en mantenimiento	
-Enemas de fosfatos hipertónicos	<u>Desimpactación(>2a):</u> 3-5 ml/kg/12h (máx 140 ml/d) con expulsión enema máx 5 min Máx 5 días	-Trastornos hidroelectrolíticos
-Fibras solubles	-Niño mayor con intestino irritable con predominio de estreñimiento -Poco útil en estreñimiento con hábito retentor	-Flatulencia -Abdominalgia

BIBLIOGRAFÍA

1. Tabbers MM, Di Lorenzo C, Berger MY et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: Evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014;58:258-274.
2. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/adolescent. *Gastroenterology* 2016;150:1456-1468.
3. "Estreñimiento crónico" de Pando MA, Carabaño I. Grupo de Gastroenterología Pediátrica Zona Suroeste de Madrid. Guías conjuntas de actuación Primaria-Especializada 2012.
4. "Trastornos digestivos funcionales pediátricos. Criterios Roma IV" L C Blesa. AEPap, 11º Curso de actualización en Pediatría 2017. Madrid: Lúa. Ediciones 3.0; 2017, pag 99-114
5. "Recent-onset constipation in infants and children" M R Sood. 2020 UpToDate. Rev 24/11/2020.
6. M. Mata J, R. da Cuña Vicente "Estreñimiento y Encopresis". *Pediatr Integral* 2015; XIX (2): 127-138
7. Molina M. Ortega E. "Tratamiento del estreñimiento en el niño".. *An Pediatr Contin*. 2013;11(6):342-5
8. Pociello N, Schneider S, Castillejo G. Diagnóstico diferencial y tratamiento del estreñimiento. *Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica*. 5ª Ed. 2021; 331-344.