

Estreñimiento funcional en el niño

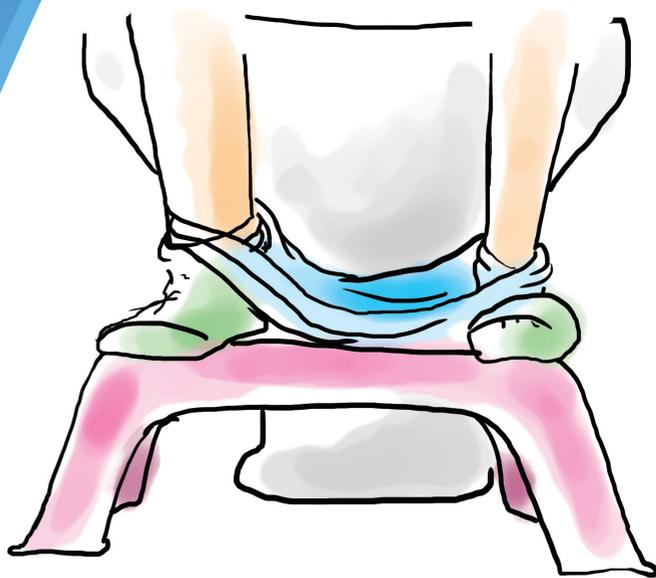
Dr. Vicente Varea Calderón

*Jefe Sección Gastroenterología,
Hepatología
y Nutrición Pediátrica*

Dr. Javier Martín de Carpi

*Pediatra Gastroenterólogo,
Sección de Gastroenterología,
Hepatología y Nutrición Pediátrica*

**Hospital Sant Joan de Déu
Barcelona**



**Guía
para médicos**

Con el aval científico de



Edita: Brinda HealthCare®

Es una marca registrada de Brinda CM, S.L.

C/ Valentín Beato 11, 3ºB

28037 Madrid

www.brindacm.com

Diseño e ilustraciones: Equipo de Brinda HealthCare®

Depósito Legal: M-21057-2014

Índice

1. ¿Qué es el estreñimiento? 2
2. ¿Es un problema frecuente? 4
3. ¿Qué signos de alarma debemos buscar en el estreñimiento? 4
4. ¿A qué llamamos estreñimiento funcional? 5
5. ¿Cómo tratar el estreñimiento funcional? 6
6. Claves para optimizar el tratamiento del estreñimiento funcional en el paciente pediátrico 8

Servicio Educativo



1. ¿Qué es el estreñimiento?

El estreñimiento puede definirse como:

“La **disminución del número de evacuaciones** a menos de 3 a la semana en pacientes mayores de 1 año, por más de 6 semanas “

O también como:

“El **aumento excesivo en la consistencia de las deposiciones** acompañado con molestias defecatorias o defecación incompleta, al margen de la frecuencia”

¿Cuál es el ritmo intestinal normal en la infancia?¹

Edad	Frecuencia media diaria	Frecuencia semanal
Mayores de 3 años	1/día	3-14/semana
De 1 a 3 años	1,4/día	4-21/semana
De 6 a 12 meses	1,8/día	5-28/semana
<3 meses (lactancia artificial)	2/día	5-28/semana
<3 meses (lactancia materna)	2,9/día	5-40/semana

Escala de Bristol

La escala de Bristol clasifica la consistencia y la forma de las deposiciones. Esta depende del tiempo que pasan las mismas en el colon.

Los tipos 1, 2 y 3 se relacionan con el estreñimiento.

Escala Bristol

Tipo 1		Bolas duras y separadas, difíciles de pasar
Tipo 2		Con forma de salchicha pero llenas de bultos
Tipo 3		Como una salchicha con grietas en la superficie
Tipo 4		Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda
Tipo 5		Trozos blandos con bordes bien definidos (pasan fácilmente)
Tipo 6		Trozos blandos con bordes irregulares. Deposición blanda
Tipo 7		Diarrea, sin trozos sólidos. Completamente líquida

Reproducido con permiso del Dr. KW Heaton, antiguo adjunto de Medicina en la Universidad de Bristol. © 2000–2014, grupo Norgine de empresas.

2. ¿Es un problema frecuente?

El estreñimiento es un **trastorno de alta prevalencia en pediatría**.

Supone entre el **3% y el 5% de todas las visitas en pediatría** y entre el 6% y el 24% de las consultas en Asistencia Primaria. Hasta un **25% de los casos son derivados a consultas especializadas**.²

Además, el **16% de los padres consideran que sus hijos sufren estreñimiento**.

3. ¿Qué signos de alarma debemos buscar en el estreñimiento?

En el **95% de los casos**, el **estreñimiento tiene causas funcionales**. Sólo un **5% de los casos tiene causas orgánicas**. Para diferenciarlos, hay que prestar atención a la aparición de los siguientes **signos de alarma**²⁻⁴:

- Retardo en la evacuación del meconio.
- Comienzo neonatal (y persistencia).
- Retardo ponderoestatural / psicomotor / pérdida peso.
- Distensión abdominal persistente.
- Vómitos / Anorexia.
- Abdominalgia severa.
- Diarrea paradójica.
- Ampolla rectal vacía al tacto rectal.
- Hipotonía.
- ITUs recurrentes.



4. ¿A qué llamamos estreñimiento funcional?^{5,6}

En 2006 se publicaron los criterios diagnósticos de las enfermedades funcionales digestivas, denominados Criterios de Roma III, en homenaje al primer gran encuentro de expertos en Roma en 1998.^{5,6}

Los **criterios diagnósticos Roma III para el estreñimiento funcional en menores de 4 años** establecen que lo sufren los niños que durante un mes cumplen al menos dos de los siguientes criterios:^{5,6}

- Dos o menos defecaciones por semana.
- Al menos un episodio a la semana de incontinencia fecal (expulsión involuntaria del contenido del colon) después de haber adquirido hábitos higiénicos.
- Historia de retención fecal excesiva.
- Historia de defecaciones dolorosas o de expulsión de heces duras.
- Presencia de una gran masa fecal en el recto.
- Historia de heces grandes que incluso pueden obstruir el váter.

Para niños **mayores de 4 años, los criterios de Roma III** establecen que el estreñimiento funcional aparece **si están presentes, como mínimo una vez por semana y durante al menos 2 meses, dos de las siguientes características:**^{5,6}

- Dos o menos defecaciones en el váter a la semana.
- Al menos un episodio a la semana de incontinencia fecal.
- Historia de posturas retentivas o de excesiva retención fecal voluntaria.
- Historia de defecaciones dolorosas o de expulsión de heces duras.
- Presencia de una gran masa fecal en el recto.
- Historia de heces grandes que incluso pueden obstruir el váter.

5. ¿Cómo tratar el estreñimiento funcional?

Tratamiento a corto plazo^{2,4,5}

En el tratamiento del estreñimiento, **el objetivo inmediato debe ser la desimpacción**, es decir, conseguir que el intestino quede vacío o no haya acumulación de heces en el rectosigma. Puede llevar entre 3 y 7 días y es un tratamiento que se debe hacer de forma individualizada:

- Seguir una **dieta pobre o ausente de fibra**.
- **Aumento** de la ingesta **de líquidos** (agua y zumos de fruta colados).
- Se recomienda utilizar **soluciones de polietilenglicol por vía oral para hidratar el contenido cólico**.⁵



Tratamiento de mantenimiento^{2,5}

Los **objetivos del tratamiento de mantenimiento** son:

- Obtener deposiciones diarias o cada 2 días.
- Mantener el recto permanentemente vacío.
- Desaparición de la fuga de heces.

Para **la consecución de dichos objetivos**, hay que conjugar dos métodos: la modificación de los hábitos higiénicos y la dieta, con actuaciones concretas en cada uno de estos ámbitos.

Modificación de los hábitos higiénicos:

- El intento de enseñanza debe retrasarse hasta que el niño haya adquirido un grado adecuado de madurez y desarrollo (no antes de los 24 meses).
- Control de esfínteres (sensación de ampolla llena y defecación indolora, nunca antes de los dos años).
- Mantener el pañal hasta la mejoría del estreñimiento.
- Sentarse en tazas adecuadas, con los pies apoyados y en postura cómoda, al menos durante 5-10 minutos, 2 o 3 veces al día, preferentemente después de las comidas.

Modificación de la dieta:

- Añadir la fibra progresivamente.
- Procurar que el contenido total de fibra sea equilibrado, en niños menores de un año con papillas de fruta, verdura y cereales y, para los niños mayores, animando a los padres a incorporar a la dieta de sus hijos alimentos como las frutas, verduras y cereales integrales.
- Asociar suficiente ingesta de líquidos.
- No utilizar suplementos de fibra en niños menores de 4 años.

6. Claves para optimizar el tratamiento del estreñimiento funcional en el paciente pediátrico²

El tratamiento requiere mucha paciencia y esfuerzo por parte del niño y sus padres, que necesitarán mucha ayuda por parte del pediatra. En este caso, la **labor educacional del médico es fundamental y debe recordar que será clave:**

- Tener paciencia, el tratamiento y la toma de conciencia pueden llevar meses.²
- El tratamiento no es efectivo si no se consigue evacuación completa.²
- Los fracasos terapéuticos se deben a medicación inadecuada o a suspenderla antes de tiempo. Las soluciones basadas en **polietilenglicol** se recomiendan por su eficacia, tolerancia y seguridad y se deben utilizar mientras sean necesarias. No hay que temer una dependencia de los mismos puesto que la musculatura rectal del niño puede reeducarse.^{2,5}
- Animar a los padres a premiar el esfuerzo del niño en conseguir el hábito de defecación regular, aunque no consiga defecar, ya que el esfuerzo depende del niño y es lo que afianzará el hábito.^{2,5}
- No se debe intentar la enseñanza del control de esfínteres hasta restaurar la percepción de recto lleno y conseguir que la defecación no sea dolorosa.²



Bibliografía:

- 1.** Cacciari E, Salardi S, Volta V et al. Prevalence and Characteristics of Coeliac Disease in Type 1 Diabetes Mellitus. *Acta Paediatrica* 1987; 76: 671-672.
- 2.** 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: Ergón; 2010. p. 53-65.
- 3.** Bedate Calderón P, López Rodríguez MJ, Espín Jaime B. Estreñimiento y encopresis. En: *Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. 2.ª edición. Madrid: Ergón; 2008. p. 209-18.
- 4.** Barrio Merino A, Soria López M, Tomé Nestal C. Tratamiento del estreñimiento funcional con polietilenglicol. *Nuevos fármacos. Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010; 12:109-21.
- 5.** Bautista Casanovas A, Argüelles Martin F, Peña Quintana L, et al. Recomendaciones para el tratamiento del estreñimiento funcional. *An Pediatr (Barc)*. 2011; 74(1):51.e1—51.e7.
- 6.** Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology*. 2006;130:1527-37.

Estreñimiento funcional en el niño

Fecha de Revisión: 09/04/2015 ES/MOV/0514/0275 d (1)

Guía
para médicos



NORGINE y su logo son
marcas registradas por
el grupo de compañías
de Norgine.