



**Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón**

# Manejo del Estreñimiento en Urgencias Pediátricas

C. Ibarra

R2 MF y C

Octubre 2015

# Epidemiología

- Supone entre el 3-5 % de las visitas al pediatra.
- 10 – 45% consulta de gastro pediátrica.
- Prevalencia variable 1-30%. En España 18%
- Igual niños / niñas.
- > incidencia en la edad preescolar.

Incidencia en el Servicio de Urgencias HGUGM 0,75%

# Definición

- *Concepto clínico*
  - *frecuencia*
  - *características de las deposiciones (tamaño y dureza)*
  - *manifestaciones asociadas a la defecación (dolor, malestar, posturas de evitación y pérdidas fecales).*
- *Tiempo de evolución:*
  - *Agudo*
  - *Crónico: Más de 8 semanas*
- *Causa:*
  - *Orgánico 5%*
  - *Funcional 95%*

**Tabla III. Frecuencia normal de deposiciones en los niños <sup>(9)</sup>**

Edad	Deposiciones por semana*	Deposiciones por día**
0-3 meses		
Lactancia materna	5-40	2,9
Lactancia artificial	5-28	2
6-12 meses	5-28	1,8
1-3 años	4-21	1,4
Más de 3 años	3-14	1

(\*)= Aproximadamente media  $\pm$  2 DS

(\*\*)= Media

# Estreñimiento orgánico (5%)

## Problemas anatómicos

Malformaciones anorrectales  
Atresia y estenosis anal  
Ano ectópico  
Fisuras  
Tumores  
Abscesos  
Postoperatorio

## Alteraciones de la motilidad

Enfermedad de Hirschsprung  
Displasia neuronal  
Pseudoobstrucción  
Alteraciones musculares:  
    Miopatías  
    Esclerodermia  
    Lupus eritematoso sistémico

## Psicógeno

Problemas psicológicos  
Abuso sexual

## Problemas neurológicos

Anomalías medulares congénitas:  
    Mielomeningocele  
    Tumores  
Anomalías medulares adquiridas:  
    Infección  
    Trauma  
    Tumores  
Parálisis cerebral  
Neuropatías

## Metabólicas, inmunológicas y hormonales

Hipotiroidismo  
Hipercalcemia  
Hiperparatiroidismo  
Hipopotasemia  
Diabetes mellitus  
Neoplasia endocrina múltiple  
Enfermedad celíaca  
Fibrosis quística  
Acidosis tubular

## Medicaciones

Metilfenidato  
Fenitoína  
Anticolinérgicos  
Medicación con codeína  
Antiácidos  
Fenotiazidas  
Uso crónico de laxantes

# *Estreñimiento funcional (95%)*

- Multifactorial.
- Momentos críticos en la aparición del cuadro
  1. el paso de lactancia materna a lactancia artificial
  2. la introducción de la alimentación variada
  3. al desarrollar hábitos de educación y control de esfínteres en la edad preescolar.

# Trastornos defecatorios

## *Criterios diagnósticos Roma III*

### **Disquecia del lactante**

- Lactantes menores de 6 meses.
- Episodios de esfuerzo y llanto de al menos 10 min de duración antes de las deposiciones.
- Ausencia de otros problemas de salud.

# Trastornos defecatorios

## *Crterios diagnósticos Roma III*

### **Estreñimiento funcional**

#### ***Crterios para el lactante y niños menores de 4 años de edad***

Presencia durante al menos un mes, de 2 o más de las siguientes características:

1. Dos o menos defecaciones por semana.
2. Al menos un episodio a la semana de incontinencia fecal (expulsión involuntaria heces) después de adquirir hábitos higiénicos.
3. Historia de retención fecal excesiva.
4. Historia de defecaciones dolorosas o expulsión de heces duras.
5. Presencia de una gran masa fecal en el recto.
6. Historia de heces grandes que incluso pueden obstruir el váter..



# *Trastornos defecatorios*

## *Criterios diagnósticos Roma III*

### **Estreñimiento funcional**

#### ***Criterios para niños mayores de 4 años y adolescentes***

Presencia de 2 o más de los siguientes criterios al menos una vez por semana durante un periodo mínimo de 2 meses previos al diagnóstico en un niño con edad mental mayor de 4 años:

1. Menos de 3 deposiciones a la semana.
2. Al menos un episodio de incontinencia fecal por semana.
3. Existencia de posturas o actitudes retentivas para evitar la defecación.
4. Defecación dolorosa.
5. Heces de gran diámetro en el recto o palpables en el abdomen.
6. Deposiciones excesivamente voluminosas que obstruyen el váter.

# *Trastornos defecatorios*

## *Criterios diagnósticos Roma III*

### **Incontinencia fecal no retentiva**

- Trastorno de conducta en niños
- Sin un hábito intestinal estreñido
- Significativamente más problemas de comportamiento asociados
- Presentan pérdidas fecales en ausencia de manifestaciones de estreñimiento.

# Manifestaciones clínicas

Motivos de consulta:

- disminución del número de deposiciones
- heces voluminosas y duras
- defecación dolorosa
- incontinencia fecal
- sangrado rectal
- dolor abdominal recurrente
- anorexia
- irritabilidad, llanto
- infecciones urinarias de repetición
- prolapso rectal

# Diagnóstico

- Anamnesis
- Exploración
- Pruebas complementarias

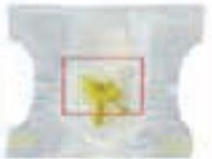


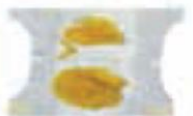
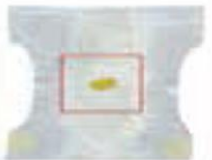









# Anamnesis

- Antecedentes familiares: existencia de patología autoinmune (tiroiditis, celiaquía, etc.), estreñimiento, enfermedad de Hirschsprung (EH), alergias,
- Antecedentes personales: retraso en la eliminación del meconio (>48 horas), existencia de patología extradigestiva (especialmente urinaria y respiratoria), atopia y la toma de fármacos.
- Historia dietética que valore la ingesta de frutas, verduras, legumbres, lácteos y líquidos.

# Anamnesis dirigida

- Características de las heces (frecuencia, volumen y consistencia)
- Sintomatología asociada
- Trastornos miccionales (enuresis, infección urinaria y disuria).

Tipo 1		Pedazos duros separados, como nueces (difícil de excretar)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero llena de bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con rajaduras en la superficie
Tipo 4		Como una viborita, suave y blanda
Tipo 5		Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente)
Tipo 6		Pedazos blandos con bordes deshechos
Tipo 7		Aguado, sin trozos sólidos. Enteramente líquido

Cantidad	Consistencia	Color	
			I. Amarillo
1. Mancha	A. Acuosa		II. Anaranjado
			III. Verde
2. Menos del 20%	B. Blanda		IV. Marrón
			V. Meconio
3. Del 20 al 50%	C. Formada		VI. Arcilla
			
4. Más del 50%	D. Dura		

# Exploración

- Abdomen: Distensión, fecalomas palpables.
- Anal
  - Posición
  - Infección o inflamación a nivel perianal
  - Fisuras, fístulas, abscesos, cicatrices de lesiones antiguas o supuración asociadas (enfermedad de Crohn) .

# Exploración

- Tacto rectal: Estenosis o tono rectal, presencia de impactación fecal. Si el paciente cumple los criterios de Roma III puede ser obviado
- Examen lumbosacro: anomalías del raquis y/o fístulas
- Exploración neurológica
  - Marcha
  - Desarrollo psicomotor
  - Inervación de piernas
  - Exploración sensitiva y motora a nivel perianal,
  - Reflejo cremastérico, reflejos cutáneos perianales y contracción voluntaria del esfínter externo



# Signos de alarma

- Emisión del meconio pasadas las 48 horas de vida
- Inicio del estreñimiento al nacimiento
- Heces acintadas en menores de un año
- Vómitos biliosos
- Alteraciones en la exploración física:
  - Fallo de medro. Alteración en el desarrollo pondero-estatural
  - Distensión abdominal persistente
  - Alteraciones en columna, espalda y/o región anal
    - Fosa sacra cubierta de pelo
    - Agenesia sacra
    - Ano anterior
  - Alteraciones neurológicas
    - Ausencia de reflejo cremastérico
    - Pérdida de fuerza en extremidades inferiores
  - Anomalías en el tacto rectal
    - Ampolla rectal vacía
    - Masa fecal abdominal con ausencia de heces en el tacto rectal
    - Salida a borbotones de heces líquidas o aire al retirar el dedo



# Pruebas complementarias

- Analítica:

Solo ante sospecha de causa orgánica, con hemograma, hormonas tiroideas, bioquímica sérica, ionograma, calcemia, sistemático y sedimento de orina y marcadores serológicos de enfermedad celíaca e IgA total.

- Radiografía simple de abdomen:

NO de forma sistemática, solo en caso de palpación abdominal o examen rectal dificultosos y para la detección de alteraciones de la columna lumbosacra



# Pruebas complementarias

Otras pruebas complementarias:

- Test del sudor: indicado en casos de estreñimiento con síntomas sugestivos de fibrosis quística.
- Ecografía abdominal: no resulta de utilidad en este trastorno.
- Enema opaco: indicado ante la sospecha de anomalías anatómicas y megacolon agangliónico.
- Manometría ano-rectal: indicada en niños con sospecha de EH o displasia neuronal colónica.

# Tratamiento: Desimpactación

**Vía oral**, fácil de usar, no invasiva y mejor aceptada:

- Dieta pobre o ausente de fibra
- Hidratación abundante (agua y zumos colados)
- Laxantes basados en Polietilenglicol PEG

PEG sin electrolitos > 6 meses.

PEG con electrolitos > 2 años

0,5g/Kg/día y se incrementa en los siguientes días hasta 1,5g/kg/día (máximo, 100g/día), repartida en 2 tomas,

Edad (años)	día 1	día 2	día 3	día 4	día 5	día 6	día 7
5-11 años	4	6	8	10	12	12	12
2-4 años	2	4	4	6	6	8	8

# Pauta de desimpactación

- En niños de 1 a 5 años 2 sobres el primer día, 4 el segundo, cuatro el tercero, seis el cuarto, seis el quinto día, ocho el sexto y sucesivos
- En niños de 5 a 12 años, comenzar con 2 sobres, subiendo dos cada día hasta un máximo de 12
- En niños mayores de 12 años, usamos la fórmula de adultos, comenzando con 4 sobres diarios e incrementándose dos sobres al día hasta un máximo de 8

# Tratamiento: Desimpactación

- **Vía rectal:** Enemas de suero salino isotónico: 5 ml/kg dos veces al día.
- Otra pauta sería:
  - 0-6 meses: 120-150 ml.
  - 6-18 meses: 150-250 ml.
  - 18 meses-5 años: 300 ml.
  - 5-18 años: 480-720 ml.

# *Tratamiento: Mantenimiento*

- Iniciar tras la desimpactación y mantener hasta adquirir un hábito regular, al menos una deposición cada dos días, durante al menos 6 meses.
- Medidas higiénico-dietéticas: sentarse en el WC tras las comidas durante 5-10 minutos, ir al WC sin prisa, postura adecuada, diario de frecuencia de deposiciones.

# Tratamiento: Mantenimiento

- Limitar la ingesta de lácteos a 700 ml al día
- Ingesta adecuada de líquidos (agua, zumos)
- Tomar 5 piezas de fruta diarias y un plato de ensalada o verdura.
- Mejor fibra natural





# Tratamiento: Mantenimiento

- Laxantes basados en PEG
  - 0,2-0,8 g/kg/día una vez/día
  - Empezar con una dosis única
  - Ocasionalmente se utilizará 2 veces/día.
- En caso de intolerancia se utilizará:
  - Lactulosa: 1-3 ml/kg/dosis, 1-2 veces/día.
  - Lactitol: 0,25 g/kg/dosis, 1-2 veces/día.

# Tratamiento: Mantenimiento

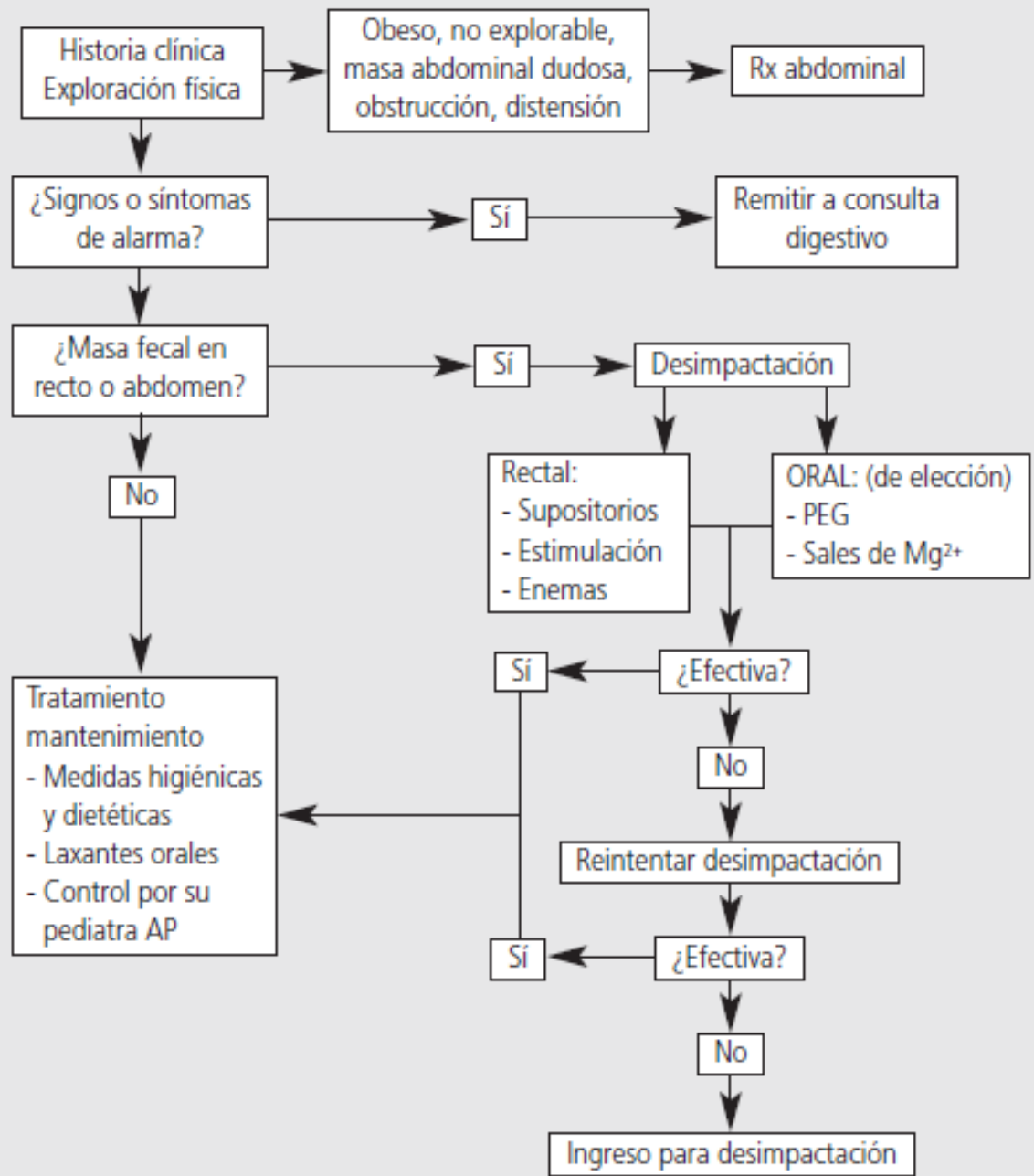
- Sales de magnesio: se pueden usar en lactantes. Dosis: 250 mg/kg/dosis. Máximo: 12 cucharadas de café al día (Eupeptina<sup>®</sup>).

## Tratamiento de lesiones perianales:

- Fisuras anales: baños de asiento, pomada cicatrizante.
- Dermatitis perianal: antifúngicos tópicos, pasta Lassar

# *Actitud en Urgencias*

- Algoritmo de actuación
- Criterios de derivación a Consulta
- Criterios de ingreso



**ALGORITMO** de manejo del estreñimiento en urgencias.

# *Criterios de derivación para estudio*

- Presencia de signos de alarma que orienten a causa orgánica
- No respuesta al tratamiento
- Difícil manejo (múltiples visitas a urgencias por el mismo motivo).

# *Criterios de ingreso*

- Repercusión sobre el estado general.
- Palpación de masa abdominal que no desaparece con la desimpactación.
- Silencio a la auscultación abdominal
- Signos radiológicos sugestivos de obstrucción.
- Fracaso de la desimpactación oral y/o rectal.

# Estreñimiento

- Concepto clínico
- Funcional vs Orgánico
- Signos de alarma
- Diagnóstico clínico
- Información - Desimpactación - Mantenimiento
- Tratamiento oral con PEG de elección



# GRACIAS!!



**Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón**