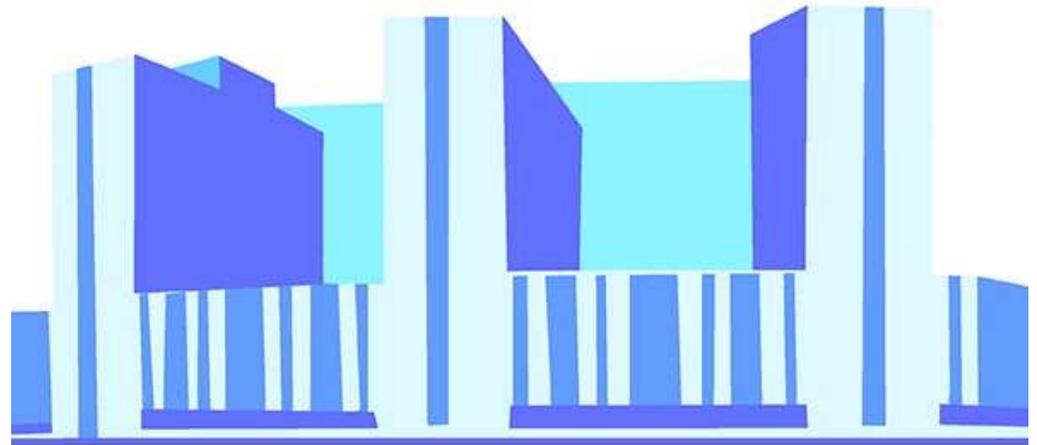


Estreñimiento funcional ¿un problema infravalorado?

Dra. Ana María Benítez Maestre
Centro de Salud Barajas
Madrid

Dra. Lucrecia Suárez Cortina
Hospital Universitario Ramón y Cajal
Madrid



- **Problema frecuente : 10 – 30% en AP**
 - ✓ En AE hasta el 25 % de consultas
- **Hasta el 30% sigue estreñado en la edad adulta**
- **Alrededor del 95% de los estreñimientos son funcionales**

- **Definición**
 - ✓ Criterios de ROMA (2006)
- **Diagnóstico diferencial**
 - ✓ Funcional / orgánico



INTRODUCTION

The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process

DOUGLAS A. DROSSMAN, Guest Editor

Division of Gastroenterology and Hepatology, UNC Center for Functional GI and Motility Disorders, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina

The Rome III Classification System FGIDs

The 28 adult and 17 pediatric FGIDs are presented in Table 1. These are symptom-based diagnostic criteria that are not explained by other pathologically based disorders. In recent years, however, histological findings have been identified that blur the distinction between “functional” and “organic.”^{3,10,36} The FGIDs are better categorized by their motor and sensory physiology and CNS relationships that produce disorders of GI functioning; as such, there can be clinical overlap of FGIDs with other disorders.

- **El sistema pediátrico clasifica por:**
 - **rango de edad: recién nacido y lactante / niño y adolescente**
 - **síntomas / zona de ubicación del síntoma**

Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler

PAUL E. HYMAN,* PETER J. MILLA,† MARC A. BENNINGA,§ GEOFF P. DAVIDSON,||
DAVID F. FLEISHER,¶ and JAN TAMINIAU§

*Pediatric Gastroenterology, University of Kansas Medical Center, Kansas City, Kansas; †Paediatric Gastroenterology, Great Ormond Hospital for Children, London, England; §Department of Pediatrics, Emma Kinderziekenhuis ACM, Amsterdam, The Netherlands;

||Gastroenterology Department, Women's and Children's Hospital, North Adelaide, South Australia, Australia; and ¶Department of Child Health, University of Missouri School of Medicine, Columbia, Missouri

Table 1. Functional Gastrointestinal Disorders

G. Functional disorders: neonates and toddlers

- G1. Infant regurgitation
- G2. Infant rumination syndrome
- G3. Cyclic vomiting syndrome
- G4. Infant colic
- G5. Functional diarrhea
- G6. Infant dyschezia
- G7. Functional constipation

G6. Diagnostic Criteria for Infant Dyschezia

Must include *both* of the following in an infant younger than 6 months of age:

1. At least 10 minutes of straining and crying before successful passage of soft stools
2. No other health problems

G7. Diagnostic Criteria for Functional Constipation

Must include 1 month of *at least 2* of the following in infants up to 4 years of age:

1. Two or fewer defecations per week
2. At least 1 episode per week of incontinence after the acquisition of toileting skills
3. History of excessive stool retention
4. History of painful or hard bowel movements
5. Presence of a large fecal mass in the rectum
6. History of large-diameter stools that may obstruct the toilet

Accompanying symptoms may include irritability, decreased appetite and/or early satiety. The accompanying symptoms disappear immediately following passage of a large stool.

Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent

ANDRÉE RASQUIN,* CARLO DI LORENZO,* DAVID FORBES,[§] ERNESTO GUIRALDES,[¶]
JEFFREY S. HYAMS,^{||} ANNAMARIA STAIANO,[#] and LYNN S. WALKER**

*Division of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, CHU Ste Justine, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada; †Division of Pediatric Gastroenterology, Children's Hospital of Columbus, The Ohio State University, Columbus, Ohio; ‡School of Pediatrics & Child Health, University of Western Australia, Perth, West Australia, Australia; §Department of Pediatrics, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; ||Division of Digestive Diseases and Nutrition, Connecticut Children's Medical Center, University of Connecticut School of Medicine, Hartford, Connecticut; #Department of Pediatrics, University Federico II, Naples, Italy; and **Division of Adolescent Medicine and Behavioral Science, Department of Pediatrics, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, Tennessee

H3b. Diagnostic Criteria* for Nonretentive Fecal Incontinence

Must include *all* of the following in a child with a developmental age at least 4 years:

1. Defecation into places inappropriate to the social context at least once per month
2. No evidence of an inflammatory, anatomic, metabolic, or neoplastic process that explains the subject's symptoms
3. No evidence of fecal retention

**Criteria fulfilled for at least 2 months before diagnosis*

H3a. Diagnostic Criteria* for Functional Constipation

Must include 2 *or more* of the following in a child with a developmental age of *at least* 4 years with insufficient criteria for diagnosis of IBS:

1. Two or fewer defecations in the toilet per week
2. At least 1 episode of fecal incontinence per week
3. History of retentive posturing or excessive volitional stool retention
4. History of painful or hard bowel movements
5. Presence of a large fecal mass in the rectum
6. History of large diameter stools that may obstruct the toilet

**Criteria fulfilled at least once per week for at least 2 months before diagnosis*

Tabla 2. Causas de estreñimiento en el niño

CAUSAS DE ESTREÑIMIENTO CRÓNICO EN PEDIATRÍA (tabla 2).

Funcional (90-95%)

- Desencadenante situacional: retirada coercitiva del pañal, fobia al WC, evitación social del WC (escuela...), abuso, etc
- Desencadenante dietético: cambio de leche materna a fórmula, dietas bajas en fibra, deshidratación
- Desencadenante infeccioso: enfermedad perianal estreptocócica
- Alteración del desarrollo (déficit de atención e hiperactividad...)
- Predisposición familiar

Lesiones anales

- Fisura anal
- Ano anterior
- Estenosis y atresia anal

Estreñimiento neurogénico

- Anomalías de la médula espinal (mielomeningocele, espina bífida, tumores)
- Parálisis cerebral
- S. de Down
- Pseudoobstrucción
- Enfermedad de Hirschsprung

Estreñimiento por problemas metabólicos o endocrinos

- Hipotiroidismo
- Hipercalcemia
- Diabetes insípida
- Acidosis tubular renal

Estreñimiento en enfermedades digestivas

- Enfermedad celiaca
- Proctitis alérgica
- Fibrosis quística
- Colon irritable

Medicaciones: hierro, diuréticos, codeína, vitamina D (intoxicación), etc...



Grupo de Gastroenterología Pediátrica Zona Suroeste de Madrid
Abril de 2012 (revisión de protocolo de 2007)

ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

Atención primaria: M^a Angeles de Pando Bravo (EAP Brunete-V.de la Cañada)

Atención especializada: Iván Carabaño Aguado (Hospital Rey Juan Carlos), Myriam Herrero Álvarez (Hospital Rey Juan Carlos) Enrique Medina Benítez (Hospital Doce de Octubre)

Estreñimiento funcional

Un asunto a medias entre AP y AE

- **El inicio se produce con frecuencia relacionado con**
 - ✓ **Cambio de LM a fórmula y diversificación**
 - ✓ **Inicio del control del esfínter anal (heces duras / dolor)**
 - ✓ **Comienzo de la escuela y evitar defecar durante el día**

- **Los síntomas reflejan los esfuerzos voluntarios para evitar defecar**

El miedo al dolor causa la retención

- **El dolor abdominal lo producen las contracciones normales del colon empujando las heces hacia el esfínter anal cerrado**
- **El dolor anal se produce por el paso de heces duras, secas y grandes, que además termina causando lesiones anales (escoriaciones o fisuras)**

El **diagnóstico** se hace con la historia clínica y la exploración física

- **Anamnesis**

AF, meconiorrexis, edad de comienzo, características y frecuencia de las deposiciones (escala de Bristol), síntomas acompañantes, fármacos, dieta...



Estreñimiento funcional

- **La exploración física es muy importante en el examen inicial**

- ✓ **Valoración antropométrica (obesidad)**
- ✓ **Abdomen: masa fecal en abdomen**
- ✓ **Neurológico: reflejo cremastérico**
- ✓ **Región lumbosacra**
- ✓ **Inspección anal: lesiones perianales, posición del ano**
- ✓ **Tacto rectal: ampolla llena**



No suelen ser necesarias pruebas, al menos inicialmente, siempre control evolutivo

Estreñimiento funcional

La historia clínica y la exploración física suelen ser suficientes para el diagnóstico en la mayoría de los casos

- **Signos de alarma de estreñimiento NO funcional**
 - ✓ **Síntomas acompañantes: pérdida de peso, distensión abdominal, pérdida de apetito, deposiciones alternantes, vómitos, inicio coincidiendo con nuevos alimentos (fórmula), fiebre...**
 - ✓ **Signos en la exploración: ampolla rectal vacía, alteraciones neurológicas, abdominales...**



Pruebas complementarias

¿Que exámenes complementarios hay que pedir?

SÓLO ocasionalmente valorar

- ✓ Analítica basal +
 - Marcadores Enfermedad Celiaca (Ig A y AtTG)
 - Metabolismo calcio ¿? / TSH ¿? / Ionotest ¿?
- ✓ Rx abdomen ¿? (palpación abdominal y tacto rectal)
- ✓ Enema opaco ¿?

¿Dónde pedir las pruebas? En un primer paso, en AP

¿Cuándo se piden? Según la evolución

¿A qué niños se piden? **SÓLO** a los que ofrezcan dudas diagnósticas reales

¿¿Cuándo derivar ??

“Teoría de la derivación”

1. Fracaso del tratamiento

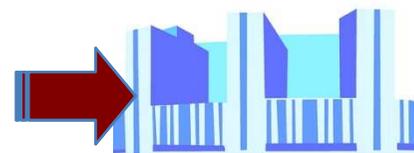
¿Qué significa fracaso?

- ✓ ¿Que el tratamiento no es el adecuado?
- ✓ ¿Que es adecuado pero no se ha cumplido?
- ✓

2. Manejo complicado

- ✓ Consultas recurrentes a urgencias, DAR, repercusión psicológica
- ✓ Incontinencia fecal

3. Sospecha de organicidad



Derivación hospitalaria

- **En el nivel de conocimientos actuales**
 - ✓ **no todos sabemos de todo, es imposible**
 - ✓ **por tanto, no tener sentimientos de inferioridad, ni sensación de inseguridad, ni miedo a críticas absurdas**
- **Ante un niño con sospecha de patología orgánica: derivar siempre**

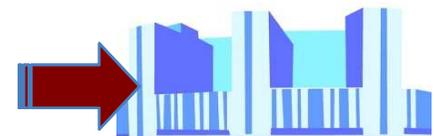
Sólo los necios creen saberlo todo

¿Cuándo derivar en la práctica?

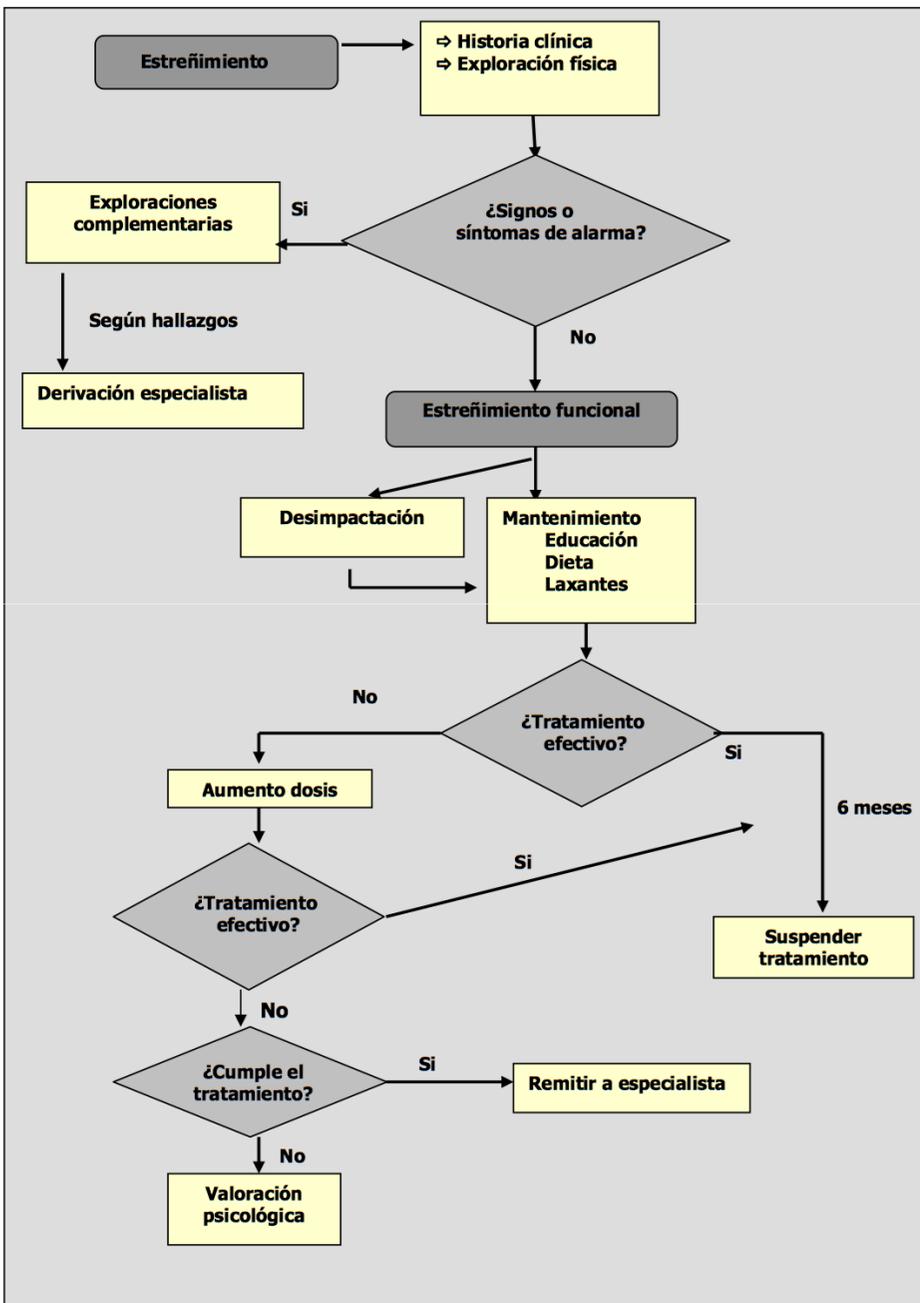
Pasarse o quedarse corto

¿Por qué derivar?

- ✓ **Falta de conocimientos (nuevos tratamientos)**
- ✓ **Falta de accesibilidad a pruebas diagnósticas**
- ✓ **Falta de tiempo (tratamiento educacional)**
- ✓ **Presión de la familia**
- ✓ **Otros motivos...**



Algoritmo de manejo del estreñimiento crónico en atención primaria



Grupo de Gastroenterología Pediátrica Zona Suroeste de Madrid
Abril de 2012 (revisión de protocolo de 2007)

ESTREÑIMIENTO CRONICO

Atención primaria: M^a Angeles de Pando Bravo (EAP Brunete-V.de la Cañada)

Atención especializada: Iván Carabaño Aguado (Hospital Rey Juan Carlos), Myriam Herrero Álvarez (Hospital Rey Juan Carlos) Enrique Medina Benítez (Hospital Doce de Octubre)

Estreñimiento funcional
Un asunto a medias entre AP y AE

- Explicar y desmitificar
- Quitar el miedo y la ansiedad
- Animar y crear expectativas positivas
(EDUCACIÓN)

Fases del tratamiento

1. Limpieza
2. Mantenimiento



1. Fase de limpieza: PEG

Curación de fisuras y escoriaciones si existen

2. Fase de mantenimiento

- **Educación de hábitos higiénicos**
- **Alimentación / fibra**
- **Laxantes: PEG**
- **Estilo de vida**

IMPRESCINDIBLE: educación de la familia durante la primera visita

El niño y la familia aprecian que les expliquen el problema

- ✓ la ausencia de enfermedad
- ✓ justificar mitos y temores
- ✓ es el problema más frecuente visto por el especialista y uno de los problemas más comunes en Pediatría
- ✓ desaparece en el tiempo y no es peligroso

Todo esto debe decirse muy claro: evitará la ansiedad y creará expectativas positivas

Los padres necesitan ayuda para entender el comportamiento del niño

- **En niños pequeños educar el control de esfínteres no procede hasta que pierda el miedo y se resuelva la defecación dolorosa**
 - ✓ **No hay ventajas en iniciar el aprendizaje intensivo del control de esfínter antes de los de 27 meses**
- **Los padres deben entender que las tácticas coercitivas de control de esfínteres son contraproducentes**
 - ✓ **Funcionan las técnicas de refuerzo positivo (sistemas de puntos)**
- **Explicar y pactar entre médico, niño mayor y padres un plan para tratar el problema**

Objetivo terapéutico: hacer deposiciones blandas, sin miedo, ni dolor, ni escapes = **NO RETENER**, no guardar

No se trata de hacer al menos 1 deposición cada día, se trata de vaciar COMPLETAMENTE la ampolla rectal cada día

- Es un tratamiento a largo plazo que puede conllevar la toma de medicación durante mucho tiempo

- Crear hábito higiénico diario y regular

 - ✓ El niño debe acudir a defecar cada vez que lo pida y **ADEMÁS**

 - ✓ **Todos los días, a la misma hora (preferentemente después de cenar) sin prisa y cómodo, intentando vaciar completamente la ampolla rectal**

- **Alimentación: dieta equilibrada, variada y adecuada para su edad**
- **Lactantes**
 - ✓ Fórmulas AE (ácido palmítico en posición β de TG)
- **Niños: frutas, verduras, cereales, legumbres**
- **Aporte adecuado de líquidos**
- **Evitar ingesta excesiva de lácteos**



Fibra

- **Lactantes**
 - ✓ introducción progresiva de fibra natural a partir de 5 meses en forma de cereales y fruta (5 g/día)
- **Niños**
 - ✓ la AAP aconseja 0,5 g/k/día y la AHF ingesta mínima de edad + 5 g/día, máximo: edad + 10 g/día
- **Preparados comerciales de fibra**
 - ✓ Útiles cuando no se consigue el aporte adecuado con la dieta



Laxantes

- **Primera elección: Polietilenglicol (PEG*), tanto en fase de limpieza como de mantenimiento**
- **Uso diario y mantenido a largo plazo**
 - ✓ **Conseguir deposiciones no duras que permitan “olvidar” los problemas previos**
- **La clave del tratamiento es asegurar una defecación no dolorosa hasta conseguir un hábito de defecación diaria, con el niño tranquilo, sin miedo y sabiendo que no tendrá dolor (heces blandas)**

***PEG:** polímero soluble no absorbible, provoca retención de agua a nivel intestinal

Tratamiento farmacológico

1. Fase de limpieza: recomendaciones “oficiales”

- PEG: - 1,5 g / kg / día, en 2 dosis, durante 3 a 5 días
 - Efectivo pero de difícil cumplimiento
- Otra alternativa más realista es la vía rectal
 - ✓ Menores de 1 año
 - sonda rectal, microenemas de glicerina
 - ✓ Mayores de 1 año
 - enemas de fosfatos (atención no sobredosificar) y de suero salino

Curación de fisuras y escoriaciones si existen

2. Fase de mantenimiento

- **PEG: 0,5 – 1 g/kg/día**
 - ✓ Máximo 1,5 g/kg/día (35 g/día)
 - ✓ Dosis mínima: la que consiga deposiciones normales
- **Tiempo mínimo 2 - 6 meses y después disminución progresiva**
- **2 preparados comerciales**
 - ✓ Casenlax[®] (PEG 4000, sin electrolitos; autorizado en mayores 6 meses)
 - ✓ Movicol pediátrico[®] (Macrogol 3350, con electrolitos; autorizado en mayores de 2 años)

2. Fase de mantenimiento

- Otros tratamientos:

- Lactantes: sales de magnesio (Eupeptina®)

- Niños:

- ✓ Lubricantes: aceite mineral (parafina)

- ✓ Osmóticos: lactulosa, lactitol, sales de magnesio

- ✓ Estimulantes: senósidos, bisacodilo,

- picosulfato sódico

Todos menos efectivos que el PEG

Niños que resuelven el problema

- **Control evolutivo RECORDANDO las bases de la educación higiénica**
 - ✓ Las recaídas SON MUY FRECUENTES al cabo de meses o años
 - ✓ Muy importante que los padres detecten los primeros síntomas y consulten pronto, antes de que todo vuelva a empezar
- **Reforzar conductas aprovechando consultas por otros motivos**

Incontinencia

- Suele ocurrir por acúmulo de heces en ampolla rectal
- Se produce por filtración de heces blandas alrededor de masa fecal dura
 - La ampolla rectal está llena, el esfínter anal a tensión...
- Objetivo del tratamiento
 - ✓ Evitar la acumulación de heces en la ampolla rectal
 - ✓ Explicar por qué ocurre es imprescindible
 - ✓ Si los padres no lo entienden las posibilidades de éxito son pocas

«VITAL» la fase de limpieza

«VITAL» la fase de limpieza

Control evolutivo

- **Dar soporte evolutivo es imprescindible**

- puede ser por teléfono

En definitiva, el tratamiento es el mismo que el del estreñimiento funcional por retención, pero con más énfasis, más explicaciones, más laxantes, más tiempo de evolución, revisiones más cerca

- ✓ **La familia y el niños están en una situación mala, llegan maltrechos tras larga temporada de estreñimiento encubierto sin tratar**
- ✓ **La reeducación será larga, complicada y necesitará mucho apoyo = tiempo**

- **El estreñimiento es tan prevalente que pasa de problema banal a problema de salud pública**
 - ✓ **Consumo de recursos sanitarios en AP y Especializada**
 - Pruebas complementarias, medicaciones...
 - ✓ **Pérdidas escolares, pérdidas laborales de los padres, ansiedad de la familia, evolución a incontinencia...**

Nuestra propuesta

- **Educación para PREVENIR**
 - ✓ Explicar mecanismos de la defecación voluntaria antes de que se instaure el control del esfínter
 - ✓ Alertar en la detección de los primeros signos
 - ✓ Enseñar cómo crear hábitos higiénicos adecuados
 - ✓ Prevenir que ocurran defecaciones dolorosas
 - Detectar fisuras y escoriaciones
- **Normas de alimentación y estilo de vida saludable**
- **Modificar los hábitos de los colegios (NO es imposible)**

Talleres reglados de educación / prevención para familias, antes de que aparezca el problema

