

18 REUNIÓN ANUAL

DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE
MADRID Y CASTILLA LA MANCHA



Madrid,
15 y 16 / Noviembre

Abordaje de los trastornos digestivos funcionales en el niño

NIÑO IRRITABLE Y/O REGURGITADOR
¿Cólico, RGE/ERGE, Alergia a proteínas leche de vaca ?

Enriqueta Román Riechmann
Servicio de Pediatría

Ruth G^a Martinez de Bartolomé
EAP Valle de la Oliva Majadahonda



NIÑO IRRITABLE - LLANTO EXCESIVO

20-25% de menores de 3 meses

- Sobremedicación
- Intervenciones nutricionales innecesarias
(razón más frecuente para abandono de LM)
- Riesgo maltrato infantil
- Aumento incidencia posterior TFGI
- Riesgo depresión materna

Interacción factores culturales, psicosociales, ambientales y biológicos

< 5% alteraciones orgánicas

¿Cuánto es llanto excesivo?

Llanto excesivo en niño sano menor de 3 meses



Duración del llanto



Llanto intenso varias horas/día



Efecto del llanto sobre los padres



Problema para los padres

Necesidad de ayuda profesional



NIÑO IRRITABLE - LLANTO EXCESIVO

Diagnóstico diferencial

- Colicos del lactante
- Reflujo gastroesofágico /enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Alergia a proteínas de leche de vaca





Trastornos funcionales gastrointestinales

- Muy frecuentes
- Afectan a la calidad de vida
- Repercusión familiar
- Demanda de atención



Trastornos funcionales gastrointestinales (Roma III, 2006) (neonatos y preescolares, menores 5 años)

- Alteraciones fisiológicas, de maduración y desarrollo afectivo
- Niños sanos, con buena ganancia ponderal
- Evolución natural a la desaparición
- Tratamiento orientado a calmar la ansiedad y a evitar intervenciones innecesarias

CÓLICO DEL LACTANTE

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

✓ CRITERIOS DE WESSEL(1954):

- ✓ 3 horas al día
- ✓ 3 días a la semana
- ✓ 3 semanas

✓ CRITERIOS ADICIONALES:

- ✓ Paroxístico
- ✓ Inconsolable
- ✓ Con hipertonía
- ✓ Cualitativamente diferente

CRITERIOS ROMA III. 2006

G- Trastornos funcionales en la infancia:

- G1- Regurgitación infantil
- G2- Síndrome de rumiación
- G3- Vómitos cíclicos
- G4- **Cólico infantil**
- G5- diarrea funcional
- G6-Disquecia
- G7-Estreñimiento funcional

- 
- Crisis de llanto o irritabilidad paroxísticos que comienzan y terminan sin causa aparente
 - 3 horas al día 3 días a la semana al menos **1 semana**
 - Ausencia de fallo de medro



¿CÓMO ACTUAR ANTE EL NIÑO IRRITABLE?

ENTREVISTA CLÍNICA

- ✓ Patrón de alimentación
- ✓ Patrón de sueño
- ✓ Características de las deposiciones
- ✓ Número de micciones
- ✓ Síntomas asociados
- ✓ Métodos de consuelo
- ✓ Actitud de los padres ante el llanto del niño

CUESTIONARIO DE DISTRES PARENTAL

Desde el nacimiento de su hijo se ha sentido....

- | | |
|--|-------|
| 1- No buena madre | sí/no |
| 2- Desvalida, sola | sí/no |
| 3- Incapaz de satisfacer a su bebé | sí/no |
| 4- Que el niño es manipulador | sí/no |
| 5- Que carece de tiempo personal | sí/no |
| 6- Ganas de golpear o incluso de deshacerse del bebé | sí/no |
| 7- Sentimientos de enfado | sí/no |
| 8- Cansada o frustrada | sí/no |
| 9- Comiendo y/o durmiendo mal | sí/no |
| 10-Con ganas de discutir | sí/no |

Puntuación media niños con llanto: 7

Puntuación media niños sin llanto: 3

McKenzie S, Arch, Dis, Child. 1991



CÓMO ACTUAR ANTE EL NIÑO IRRITABLE

EXPLORACIÓN FÍSICA

- ✓ Técnica de alimentación
- ✓ Estado nutritivo
- ✓ Patrón del crecimiento
- ✓ Cavidad oral
- ✓ Respuesta a estímulos
- ✓ Posibilidad de consuelo

95% de los casos niños sanos



CÓLICO DEL LACTANTE. TRATAMIENTO

CONSIDERACIONES PREVIAS:

- ✓ Proceso autolimitado
- ✓ - No enfermedad subyacente
- ✓ - No fallo en cuidados de los padres

MEDIDAS GENERALES:

- Reducir estimulación
- Implementar apego
- Apoyo a los padres



CÓLICO DEL LACTANTE

Posibilidades tratamiento

◆ Tratamiento dietético :

- dieta hipoalérgica en madre lactando
- fórmulas con proteínas hidrolizadas

◆ Modificaciones de conducta:

- disminución en la estimulación del niño
- refuerzo intensivo de los padres

◆ Otros:

- glucosa 30%
- infusiones de hierbas
- probióticos

CÓLICO DEL LACTANTE. MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

GLUCOSA 30%

Glucosa 30% ↔ Placebo
1cc cada 15-20 seg
Doble ciego
Akam 2006

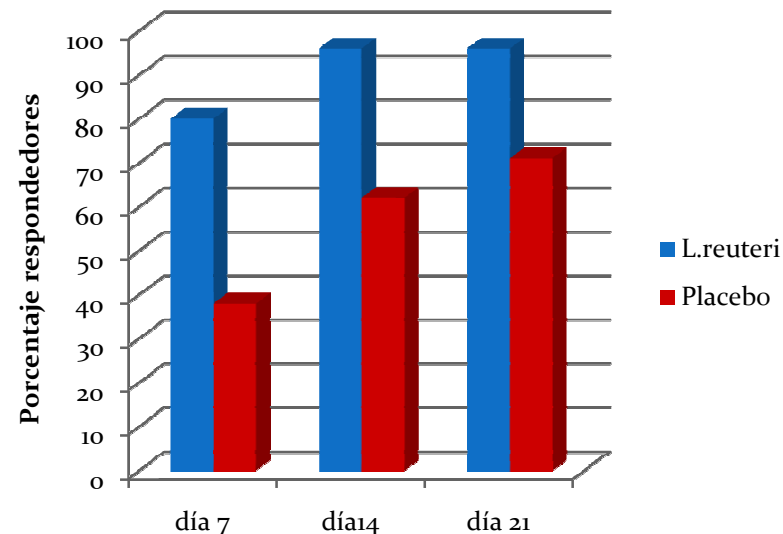
Reducción síntomas:
64% ↔ 48%

HIERBAS MEDICINALES

Matricariae recutita+
Foeniculum vulgare +
Melissa officinalis
Doble ciego
2 cc/kg cada 12 horas
7 días
Savino F Phytoter Res 2005

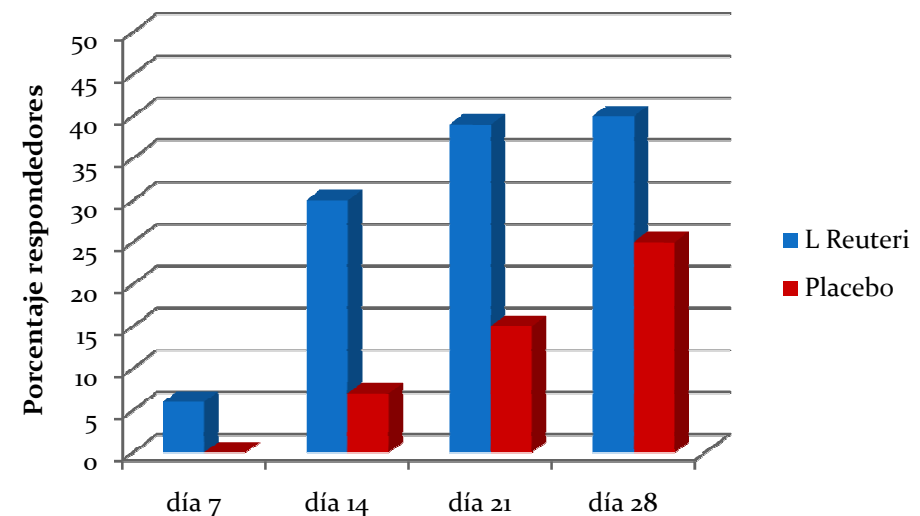
Reducción
síntomas:
85,4% ↔ 48,9%

- ✓ La composición de la microbiota intestinal puede influir en la patogénesis del cólico del lactante.
- ✓ Los probióticos han sido estudiados en los últimos años como tratamiento potencial del cólico.
- ✓ Los datos de ensayos clínicos han mostrado que el efecto de los probióticos puede estar relacionado con la influencia de las bacterias sobre la motilidad intestinal y la percepción del dolor.



Savino F. Pediatrics 2010

Doble ciego
Placebo
N= 50 (46)
10⁸ufc



Doble ciego
Placebo
N = 80
10⁸ ufc

Szajewska J Pediatr 2012



RECOMENDACIONES DESDE LA CONSULTA

REDUCIR ESTIMULACIÓN

- Ambiente tranquilo
- Arropear al niño
- Mecerle : disminución frecuencia cardiaca
- Colocarle boca abajo (despierto)
- Emitir la sílaba Shhh
- Permitirle succionar
 - Disminución llanto con amamantamiento.
 - No influencia negativa de chupete si madre motivada



RECOMENDACIONES DESDE LA CONSULTA

IMPLEMENTAR EL APEGO

- Mantener contacto piel con piel
- Establecer contacto visual con el niño
- Acudir a la demanda antes del llanto

MEJORAR LA TÉCNICA DE LACTANCIA

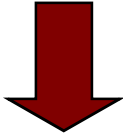
- Permitir la lactancia a demanda
- Aceptar tomas frecuentes

APOYAR A LOS PADRES

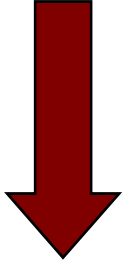
- Explicarles normalidad
- Valorar síntomas depresivos
- Ofrecer seguimiento personal o telefónico.



NIÑO IRRITABLE - REGURGITADOR



20-25% en < 3 meses

- 
- ⇒ > 50 % en los primeros 4 meses
 - ⇒ 2/3 de niños sanos a los 4 meses tienen 1 episodio diario de regurgitación



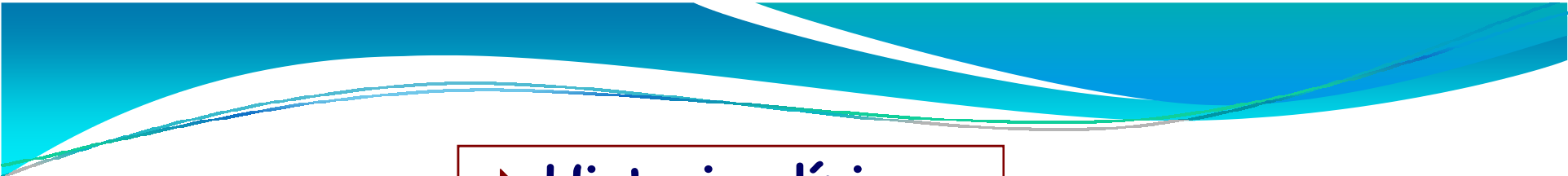
Criterios diagnósticos de los trastornos funcionales gastrointestinales del neonato y preescolar (criterios Roma III, 2006)

G1- Regurgitación del lactante

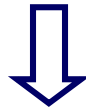
Niños sanos de 3 semanas a 12 meses de edad que presentan todo lo siguiente:

- Dos o más regurgitaciones/día durante tres o más semanas
- Ausencia de náuseas, hematemesis, aspiración, apnea, fallo de medro, trastornos de deglución /alimentación o de posturas anómalas

Hyman PE. Gastroenterology, 2006

- 
- ⇒ Historia clínica
 - ⇒ Exploración física

- Ausencia de síntomas/signos de complicaciones



RGE no complicado



- ⇒ Informar y tranquilizar a los padres y cuidadores
- ⇒ Evitar estudios, medicaciones o cambios alimentarios innecesarios
- ⇒ Reevaluación si persistencia a los 18-24 meses



RGE no complicado ("happy spitter")



⇒ Informar y tranquilizar a los padres y cuidadores

- Explicación del problema y la evolución esperada
- Información sobre signos de alarma

⇒ Tratamiento postural

- Decúbito prono → no por riesgo muerte súbita (si en > 1 año)
- Evitar posición semisupina sentada

⇒ Tratamiento dietético (valoración individualizada)

- Espesamiento de la fórmula
- Prueba de exclusión de PLV durante *2-4 semanas*

⇒ Tratamiento farmacológico

- No indicado (no evidencia de que modifique la hª natural)



NIÑO IRRITABLE - REGURGITADOR

Reflujo gastroesofágico:

- muy frecuente en el primer año de vida y de buena evolución.
- no necesarias exploraciones complementarias o tratamientos farmacológicos

¿Sobremedicación en lactantes con regurgitación y/o irritables?

**Aplicación de las guías NASPGHAN-ESPGHAN
2009 sobre el manejo de los síntomas de
reflujo gastroesofágico en Atención Primaria**

Objetivos

**Evaluar el abordaje de los niños con síntomas de reflujo
por parte de pediatras de atención primaria y su
adecuación a las Guías NASPGHAN-ESPGHAN 2009.**

Métodos

Países participantes

Alemania
Bélgica
Eslovenia
España
Holanda
Italia
Grecia
Lituania
Macedonia
Portugal
Serbia



P Quitadamo et al. JPGN 2013

Métodos

Aplicación guías NASPGHAN-ESPGHAN

- Selección aleatoria de pediatras de Atención Primaria a través de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)
- Formulario de 12 preguntas multi-respuesta considerando:
 - empleo de pruebas diagnósticas
 - opciones de tratamiento
 - prescripción de inhibidores de bomba de protones (IBPs)

N = 53/300 (18%)

4. En un niño menor de 1 año con regurgitaciones y vómitos recurrentes sin complicaciones prescribe IBPs:

- a. Si los síntomas son frecuentes y molestos
- b. Si los síntomas no responden a los agentes neutralizantes de ácido y/o a los antagonistas H₂
- c. Solamente si hay evidencia ecográfica de reflujo
- d. Solamente si el tránsito digestivo superior con bario es sugestivo de reflujo
- e. Nunca

4. En un niño menor de 1 año con regurgitaciones y vómitos recurrentes sin complicaciones prescribe IBPs:

- a. Si los síntomas son frecuentes y molestos
- b. Si los síntomas no responden a los agentes neutralizantes de ácido y/o a los antagonistas H₂
- c. Solamente si hay evidencia ecográfica de reflujo
- d. Solamente si el tránsito digestivo superior con bario es sugestivo de reflujo
- e. **Nunca**

5. En un niño menor de 1 año con llanto inexplicable y/o irritabilidad prescribe IBPs:

- a. Si los síntomas son frecuentes y molestos
- b. Si los síntomas no responden a los agentes neutralizantes de ácido y/o a los antagonistas H₂
- c. Solamente si hay evidencia ecográfica de reflujo
- d. Solamente si el tránsito digestivo superior con bario es sugestivo de reflujo
- e. Nunca

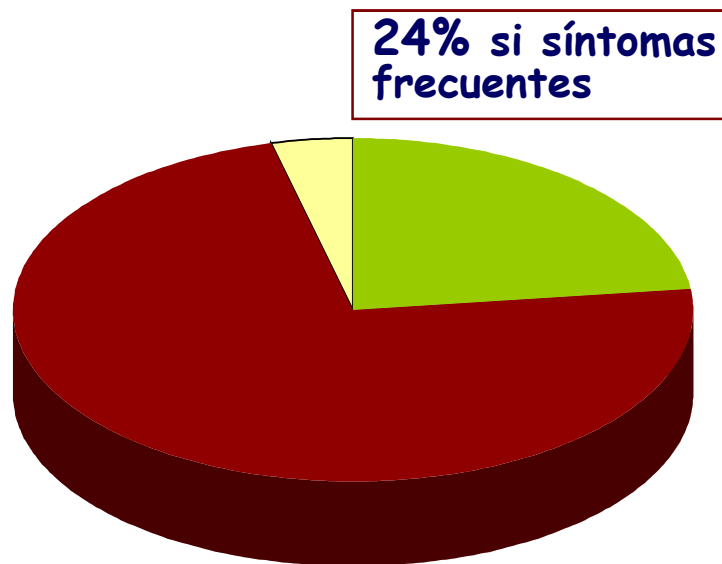
5. En un niño menor de 1 año con llanto inexplicable y/o irritabilidad prescribe IBPs:

- a. Si los síntomas son frecuentes y molestos
- b. Si los síntomas no responden a los agentes neutralizantes de ácido y/o a los antagonistas H₂
- c. Solamente si hay evidencia ecográfica de reflujo
- d. Solamente si el tránsito digestivo superior con bario es sugestivo de reflujo
- e. **Nunca**

Resultados

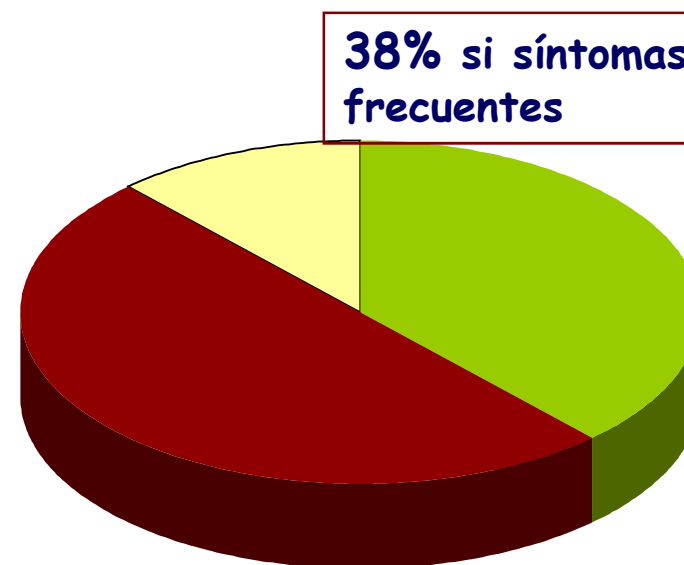
Aplicación guías NASPGHAN-ESPGHAN

Prescripción IBP en < de 1 año
con RGE sin complicaciones



73% nunca

Prescripción IBP en < de 1 año
con irritabilidad



50% nunca

8. Recomienda una prueba de 2 a 4 semanas con IBPs a:

- a. Niños de todas las edades con síntomas típicos de reflujo
- b. Niños de todas las edades con síntomas típicos o atípicos de reflujo
- c. Niños mayores de 1 año con síntomas típicos de reflujo
- d. Niños mayores y adolescentes con pirosis crónica
- e. Nunca

8. Recomienda una prueba de 2 a 4 semanas con IBPs a:

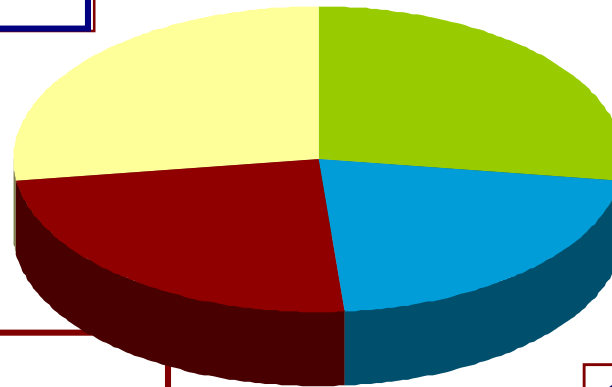
- a. Niños de todas las edades con síntomas típicos de reflujo
- b. Niños de todas las edades con síntomas típicos o atípicos de reflujo
- c. Niños mayores de 1 año con síntomas típicos de reflujo
- d. **Niños mayores y adolescentes con pirosis crónica**
- e. Nunca

Resultados

Indicación de prueba terapéutica 2-4 semanas con IBPs

27% en todas las edades
con síntomas de reflujo

27% en >1 año con síntomas de RGE

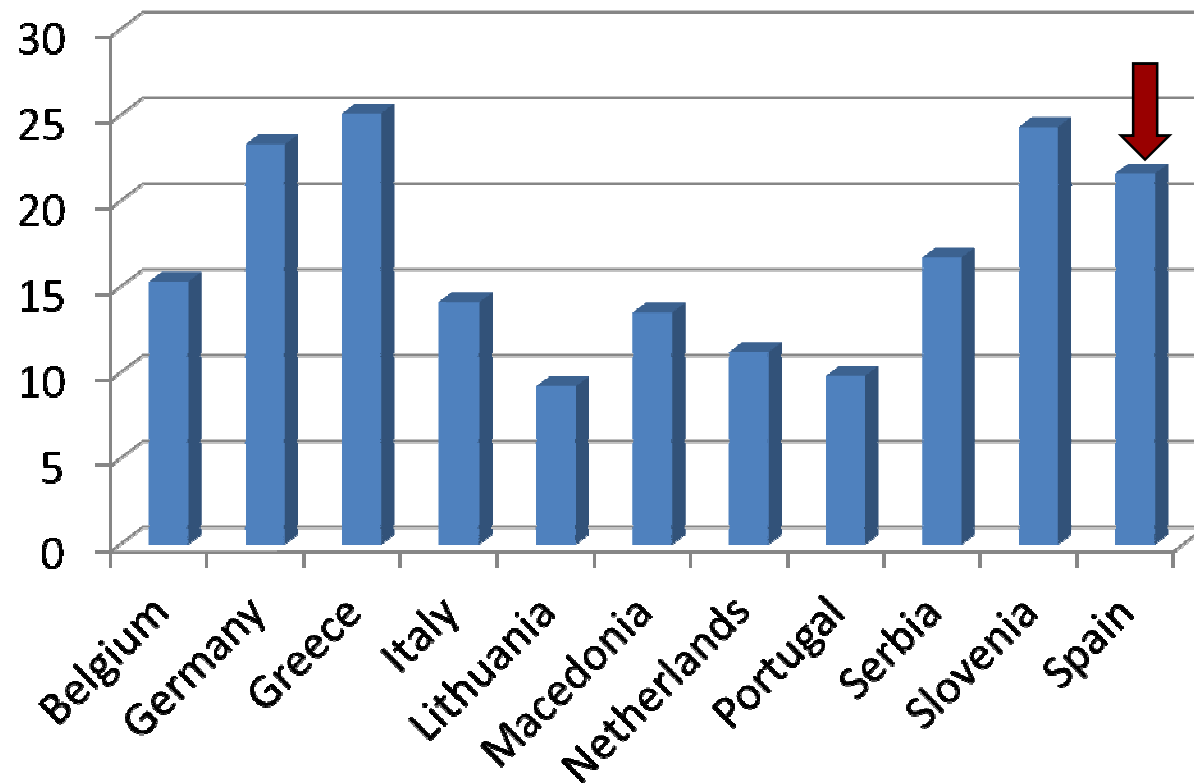


24% en niños mayores y
adolescentes con pirosis crónica

21% nunca

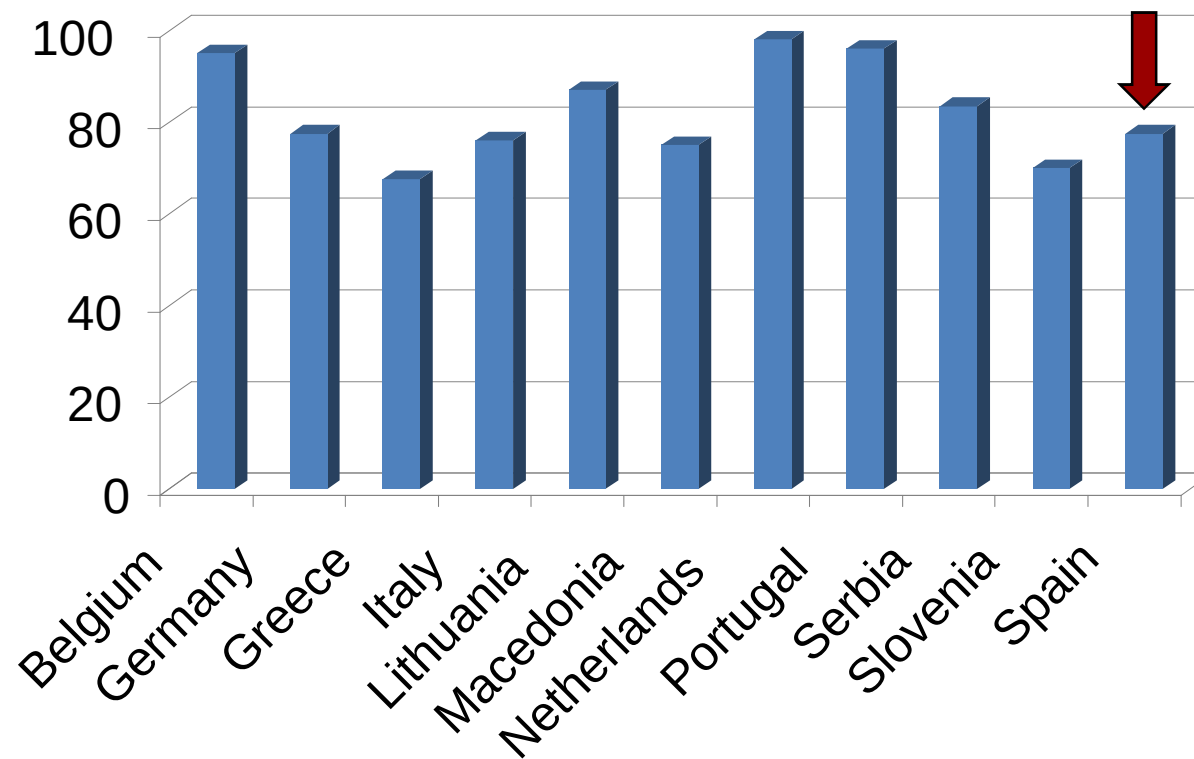
Resultados

Porcentaje de pediatras que siguen al menos el 66% de las recomendaciones



Resultados

Porcentaje de pediatras que sobreprescriben IBPs





Niño con llanto inexplicado, irritabilidad o trastornos del sueño



**No relación entre irritabilidad y enfermedad por RGE
(pHmetría o presencia de esofagitis)**



No evidencia para tratamiento empírico supresor de ácido



- Medidas dietéticas: exclusión PLV 2-4 semanas
- Investigar otras causas

- Apoyar a los padres en el manejo de esta patología
- Plantear exploraciones para establecer la relación de los reflujos con los síntomas
- Prueba limitada a 2 semanas de tto antsecretor



No relación entre irritabilidad y enfermedad por RGE (pHmetría o presencia de esofagitis)

Disminución similar en el llanto en el grupo de lactantes con irritabilidad tratados con omeprazol y en el grupo no tratado; el tiempo de llanto/agitación disminuyó espontáneamente con el tiempo.

Edad (meses)	1-3	4-6	7-9	10-12
Llanto diario (minutos)	121 +/- 105	59 +/-67	72 +/-101	54+/-79

Moore DJ, Tao BS, Lines DR, et al. Double-blind placebo-controlled trial of omeprazole in irritable infants with gastroesophageal reflux. J Pediatr 2003;143:219–23

Función acidez gástrica



- Protección frente a la infección
- Desnaturalización de proteínas

Alergia a proteínas de leche de vaca

1 - 7 % en el primer año

Sospecha diagnóstica



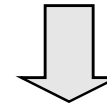
5 -15 % en el primer año



Confirmación



30-50 % de sospechas



2-5 % en el primer año

Alergia de tipo inmediato (IgE)
2-3 %

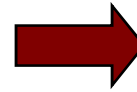
Alergia no mediada por IgE
¿ ?



- Variabilidad en expresión clínica
- Dificultad en diagnóstico de confirmación

Alergia a proteínas de leche de vaca

Formas gastrointestinales
No mediadas IgE



Regurgitaciones

Vómitos

Cólicos

Anorexia

Diarrea

Estreñimiento

Fallo de medro

Diagnóstico: Dieta de eliminación PLV 2-4 semanas
Reintroducción PLV

Aproximación diagnóstica y manejo de la alergia a proteínas de leche de vaca
lactantes y niños: Directrices prácticas Comité GI ESPGHAN

Koletzko S et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2012



Alargando as fronteiras da lactação de vacas

Confirmación diagnóstica
Formas gastrointestinales leves moderadas no mediadas IgE

Confirmación diagnóstica
Formas gastrointestinales leves moderadas no mediadas IgE

Dieta de eliminación 2-4 semanas



ESPGHAN 2012



NIÑO IRRITABLE Y/O REGURGITADOR

- Lactantes sanos
- Buena ganancia ponderal
- No enfermedad de base
- Problema para los padres



Evitar intervenciones innecesarias

Guías Conjuntas de Actuación Primaria-Especializada en Patología Digestiva

Mensaje uniforme a todos los niveles asistenciales



Adecuación en:

- realización de pruebas diagnósticas
- indicación de tratamientos
- derivaciones a A.Hospitalaria





[Inicio](#) > [Guías Conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica de Atención Primaria-Especializada - Gastro-Suroeste](#)

Asociarse a la SPMYCM

[Acceder](#) al boletín de registro de la sociedad.

Si ya es socio y no tiene cuenta de acceso al [área reservada](#), puede solicitarla [aquí](#).

100 años de Historia, 100 Años de Pediatría



Sociedad de Pediatría
de Madrid y Castilla-La Mancha

1913-2013

Centenario de la SPMYCM

Guías Conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica de Atención Primaria-Especializada - Gastro-Suroeste

23 de julio de 2012



El 20 de abril de 2012 se celebró en el Hospital Universitario de Getafe la X Jornada Gastroenterología Pediátrica Zona Suroeste de Madrid. Los organizadores ponen a disposición de todos los pediatras las Guías Conjuntas de Atención y Derivación Primaria-Especializada, a las que muchos conocemos como los Protocolos de Gastro, así como algunas hojas informativas para las familias.

[Guías Conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica de Atención Primaria-Especializada](#) | [Hojas informativas para las familias](#)

Guías Conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica de Atención Primaria-Especializada.

- [Alergia alimentaria \[2008\]](#)
- [Alimentación del lactante y del niño de corta edad \[2010\]](#)
- [Anorexia infantil y fallo de medro \[2007\]](#)
- [Calcio y vitamina D \[2011\]](#)
- [Enfermedad celiaca \[2012\]](#)
- [Diarrea crónica \[2010\]](#)
- [Dolor abdominal crónico \[2007\]](#)
- [Estreñimiento \[2012\]](#)
- [Ferropenia en lactantes y niños pequeños \[2011\]](#)
- [Hemorragia digestiva baja \[2011\]](#)
- [Hiperttransaminemia \[2008\]](#)
- [Obesidad \[2012\]](#)
- [Vómitos y enfermedad por reflujo gastroesofágico \[2012\]](#)

Hojas informativas para familias

- [Alimentación complementaria \[2011\]](#)
- [Alimentación en el niño de 1 a 3 años \[2011\]](#)
- [Lactancia artificial \[2011\]](#)
- [Lactancia materna \[2011\]](#)