

ESTREÑIMIENTO: ABORDAJE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Santiago Jiménez Triviño
Sección de Digestivo y Nutrición Pediátrica
Área de Gestión Clínica de Pediatría

El estreñimiento es un problema clínico frecuente en la edad pediátrica. Se presenta entre el 2 y el 30% de la población infantil, dependiendo del criterio diagnóstico utilizado. Origina un gran número de consultas para el pediatra de Atención Primaria (entorno al 3%) y aproximadamente un cuarto de las consultas de las unidades de Digestivo Infantil en los hospitales están relacionadas con el estreñimiento o la encopresis. Un tercio de los niños de entre 4 y 11 años presentan estreñimiento de forma ocasional, y hasta un tercio de los pacientes con estreñimiento funcional en la infancia lo padecen de forma crónica, presentando la sintomatología en la edad adulta. Los factores predictivos de mala evolución y cronificación son la mayor edad al comienzo, la mala respuesta inicial al tratamiento y la demora en el envío a una unidad especializada.

Las consecuencias del estreñimiento a largo plazo son el desarrollo de megarecto, la disminución de la sensibilidad del recto a la presencia de heces y alteraciones en la motilidad intestinal, alteraciones que pueden persistir hasta años después del tratamiento adecuado. Existen estudios en los que se demuestra además una disminución notable de la calidad de vida de estos pacientes y sus familias. Por ello, el abordaje y tratamiento precoz y efectivo es fundamental para evitar estas alteraciones.

La definición de estreñimiento funcional viene recogida en los criterios de Roma III de trastornos funcionales digestivos, diferenciándose de forma discreta los criterios diagnósticos entre lactantes y preescolares a los del niño mayor como veremos a continuación:

En ambos grupos debe cumplir al menos dos de los siguientes criterios:

1. Dos deposiciones o menos por semana
2. Al menos 1 episodio de incontinencia por semana
3. Historia de posturas retentivas o exceso de retención fecal voluntaria
4. Historia de deposiciones dolorosas o con esfuerzo
5. Presencia de gran masa fecal en el recto
6. Historia de heces de gran tamaño que obstruyen el WC

En el niño menor de cuatro años tiene que cumplirlos durante al menos un mes, y se puede acompañar de síntomas como irritabilidad, apetito disminuido o saciedad precoz, que desaparecen tras la eliminación de heces de gran tamaño

En el niño mayor y adolescente deben cumplirlos al menos una vez a la semana durante al menos dois meses, y siempre que no cumpla criterios suficientes de intestino irritable.

La etiología del estreñimiento es funcional en el 95-97% de los casos, siendo da causa orgánica en el 3-5% restante. Uno de los factores de riesgo más importantes para el estreñimiento es la escasa ingesta de fibra y de agua, siendo otros factores importantes como la transición de lactancia materna a fórmula adaptada, el momento de la retirada del pañal, problemas psicológicos, algunas medicaciones (antiácidos, antitusivos, metilfenidato...), la obesidad...

La clínica es de todos conocida, pero cabe destacar aparte de la llamativa ausencia de defecaciones y el dolor al realizarlas, el hecho de que se puede presentar como dolor abdominal recurrente, rectorragias, pseudodiarrea por encopresis, prolapso rectal recidivante e incluso como enuresis e infecciones urinarias de repetición. Una buena y

detallada historia clínica y exploración física nos ayudará a identificar el estreñimiento en estas peculiares situaciones y a minimizar las exploraciones complementarias. En la historia clínica debemos recoger aspectos como si hubo retraso en la eliminación del meconio, el momento del inicio de la sintomatología, la presencia de sangre en las heces y si se asocia o no con dolor a la defecación, la actitud del niño ante la defecación, posturas retentivas...

Debemos mostrar especial atención a las "banderas rojas" que nos pueden orientar a la organicidad del cuadro: la presencia de fiebre, una llamativa distensión abdominal, la pérdida de peso o estancamiento ponderal, la anorexia y la presencia de vómitos, más aún si son biliosos. El prolapso rectal, aunque puede ser causado por un estreñimiento funcional, nos obliga también a descartar patología orgánica (fibrosis quística, enfermedad celíaca...)

En la exploración física debemos mostrar especial atención al estado nutricional del niño, a la exploración abdominal, la sacra, y es especialmente importante la exploración anal para detectar la presencia de fisuras o malposiciones y el tacto rectal. Con una buena historia clínica y una exploración física seremos capaces de diagnosticar de estreñimiento funcional a la gran mayoría de nuestros pacientes sin precisar de la realización de exámenes complementarios, y nos debemos apoyar también en otro factor: la buena respuesta al tratamiento orientará a la funcionalidad del cuadro.

En el caso de que decidamos realizar exámenes complementarios desde atención primaria, nos centraremos en la determinación de un hemograma, una bioquímica general, TSH, serología de celíaca, RAST a proteínas de leche de vaca y calcio/creatinina en micción aislada. En pacientes con cuadro de prolapso rectal recidivante habría que añadir también un test del sudor.

El tratamiento consta de varias fases, pero la primera y más importante, es determinar la existencia de impactación fecal y el tratamiento de la misma.

La pauta de desimpactación puede ser oral o rectal, recomendándose la pauta oral siempre que sea posible. Usamos el Polietilenglicol (PEG) 3350 con electrolitos (Movicol pediátrico):

-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 sobes al día hasta un máximo de 8

Debe darse hasta que las heces sean líquidas y claras y comenzar entonces el mantenimiento.

La pauta rectal más usada es con enemas de fosfatos a dosis de entre 3-5 ml/kg, máximo 150ml por enema, durante entre 2 y 5 días según necesidad. Son menos eficaces, pero también han mostrado su utilidad y tienen menos efectos secundarios los enemas de suero salino, a dosis de 5 ml/kg cada 12 horas.

Una vez que se ha logrado la desimpactación, y no antes, comenzaremos el mantenimiento con modificaciones dietéticas fomentando el aumento del consumo de fibra, modificaciones conductuales, y el uso de laxantes, siendo el más eficaz de nuevo el PEG. En este momento tenemos dos presentaciones en España, Movicol pediátrico y Casenlax. La elección de uno u otro puede depender de la tolerancia de los niños, sabor, comodidad de uso, etc. No hay estudios que demuestren mayor eficacia de uno contra otro, por lo que ambos son adecuados para el tratamiento y son los más recomendables. Lactulosa, aceite de parafina y otros laxantes han pasado a segundo plano por su menor eficacia y tolerabilidad.

Las dosis deben ser individualizadas: habitualmente recomendamos empezar por la mitad de sobres que haya precisado para la desimpactación, y rápidamente buscar la

dosis mínima eficaz , que no le produzca encopresis pero que pueda realizar las deposiciones con facilidad.

La duración del tratamiento suele ser de entre semanas y meses, es importante no tener prisa, intentando la disminución de la dosis tras permanecer al menos 6 semanas estable en una dosis (si toma dos sobres pueden bajar a uno, y si empeora al bajar se puede probar con una dosis intermedia (sobre y medio)).

Para finalizar, una pregunta que tiene fácil respuesta:

¿Cuándo derivar al niño a la Consulta de Digestivo Infantil?

Cuando sospechamos o demostramos organicidad, y cuando fracasamos en el tratamiento.

Bibliografía básica, muy recomendable y de acceso gratuito:

-National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Constipation in children and young people. Diagnosis and management of idiopathic childhood constipation in primary and secondary care. Quick reference guide. Mayo 2010. NICE clinical guideline 99. Disponible en: www.nice.org.uk.

- A. Bautista Casanovas, F. Argüelles Martín, L. Peña Quintana, I. Polanco Allué, F. Sánchez Ruiz y V. Varea Calderón. Recomendaciones para el tratamiento del estreñimiento funcional. *An Pediatr (Barc)*. 2011;74(1):51.e1—51.e7