

# ESTREÑIMIENTO EN URGENCIAS

Rafael Marañón

Sección urgencias pediátricas.

HGUGM

# INCIDENCIA

- Supone entre el 3-5 % de las visitas al pediatra.
- 25% consulta de gastro pediátrica.
- Prevalencia variable 1-30%. En España 18%
- Igual niños / niñas.
- > incidencia en la edad preescolar.

# INCIDENCIA HGUGM

1 de Enero 20012- 31 de Julio 2013

Nº urgencias atendidas: 84.220

Nº de estreñimientos: 635.

Incidencia: 0,75 %

# TRIAJE

- Motivo de consulta:  
Estreñimiento

# DEFINICIÓN

## CRITERIOS ROMA III

Al menos 2 criterios de más de un mes de evolución:

- Menos de 3 deposiciones/semana.
- Un episodio semanal de incontinencia.
- Historia de retención fecal.
- Historia de defecación dolorosa.
- Heces de gran diámetro en el recto.
- Deposiciones que obstruyen WC.
- Síntomas acompañantes: irritabilidad, menor apetito o saciedad temprana.

# DEFINICIÓN FLEISHER

Disminución de la frecuencia de las deposiciones.

# RITMO INTESTINAL

- 1<sup>o</sup> semana de vida: Media 4/día.
- 3 primeros meses de vida: 3/día.
- A los 2 años de edad: 2/día.
- > 4 años de edad: 1/día.

# TRIAJE

Niño de 7 años de edad que acude por no realizar deposición en las últimas 72 horas:

- TEP estable.
- No antecedentes personales de interés.
- No dolor.

**¿Qué nivel de prioridad aplicaría?**

# TRIAJE

El mismo niño de 7 años con no deposiciones en las últimas 72 horas:

- TEP estable.
- No AP de interés.
- Grado de dolor (escala numérica): 5

**¿Qué nivel de prioridad aplicaría?**

# TRIAJE

TEP estable.

No dolor abdominal o leve

- > 4 años: Prioridad 5.

- < 4 años: Prioridad 4.

- < 4 meses: Prioridad 3.

# TRIAJE

## DISCRIMINANTES:

1. Si hematoquecia:

El 5 pasaría a **prioridad 4.**

2. Si es un cardiópata de transcendencia, inmunodeprimido, oncohematológico importante:

**Prioridad 3.**

# TRIAJE

Dolor abdominal más estreñimiento:

- Dolor moderado: Prioridad 3.
- Dolor grave: Prioridad 2.

# ESTADÍSTICA TRIAJE HGUGM

Número total: 635.

Prioridad 5: 1 caso.

Prioridad 4: 363 casos (57%)

Prioridad 3: 270 casos (42%)

Prioridad 2: 2 casos.

# DIAGNÓSTICO

- TEP.
- Anamnesis.
- Antecedentes personales: Meconiorexis, medicación.
- Exploración física:
  - . Abdomen
  - . Inspección anal: Posición, fisuras, eritema.
  - . Tacto rectal: Tono del esfínter, ampolla rectal.
  - . Inspección espalda: Disrafias.
- Pruebas complementarias: No Rx de abdomen.

# ENF. PERIANAL ESTREPTOCÓCICA



# ENF. PERIANAL ESTREPTOCÓCICA

- ▶ El 47% de los niños que presentan enf. perianal estreptocócica asocian estreñimiento.

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. **FUNCIONAL (95%)**: Cuando no hay una causa primaria anatómica o bioquímica.
2. **ORGÁNICA (5%)**

# PRESENTACIÓN ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

Las edades más frecuentes del estreñimiento funcional:

1. Introducción de alimentación complementaria en el lactante (Lactancia artificial o Beikost).
2. Entrenamiento en el control de esfínteres: 2-3 años de edad.
3. Cuando entra en el colegio.

# ESTREÑIMIENTO ORGÁNICO

## SINTOMAS DE ALARMA:

- Pérdida de peso o estancamiento ponderal.
- Anorexia.
- Meconioresis 48 horas de vida.
- Incontinencia urinaria.
- Hematoquecia.
- Estreñimiento desde el nacimiento.
- Acompañado de fiebre, vómitos y diarrea.

# ESTREÑIMIENTO ORGÁNICO ETIOLOGÍA (I)

- 1. Malformaciones anatómicas:** Estenosis anal, ano imperforado, posición anterior del ano, teratoma sacro.
- 2. Causas metabólicas y gastrointestinales:** hipotiroidismo, hipercalcemias e hipocaliemiias (nefrópatas), FQP.

FQP: 10-20 % ileo meconial, PM de la CAM: sensibilidad 70%

# ANO IMPERFORADO



Cirujano Pediátrico - Dr. Javier Escalante  
[www.cirujanopediatrico.com.ar](http://www.cirujanopediatrico.com.ar)

# ESTREÑIMIENTO ORGÁNICO

## ETIOLOGÍA (II)

3. **Neuropáticas:** Anomalías de la médula espinal, encefalopatías fijas.

4. **Alteraciones de la inervación:** Enf de Hirschprung:

- 1º semana de vida
- Meconiorexis >48 horas.
- Vómitos, dolor abdominal, distensión y retraso ponderal.
- Tacto rectal: tono de esfínter aumentado con ampolla rectal vacía.
- Diagnóstico: manometría y enema.

# ESTRENIMIENTO ORGÁNICO ETIOLOGÍA (III)

5. **Fármacos:** antiácidos, opiáceos, fenobarbital, homeopatía.

6. **Miscelánea:** IPLV, botulismo.

# TRATAMIENTO FUNCIONAL OBJETIVOS

1. Desimpactación fecal.
2. Uso prolongado de laxantes.
3. Cambios higiénico-dietéticos.
4. Reducción progresiva de laxantes.

# DESIMPACTACIÓN FECAL

- **Impactación fecal:** Acúmulo de grandes cantidades de heces en ampolla rectal y colon descendente.
  - Es el 1º objetivo del tto.
  - Tipos: Rectal y oral.

# DESIMPACTACIÓN FECAL RECTAL

- Es el más utilizado en nuestro medio.
- A pesar que es invasivo y molesto para el niño. Dos tipos:
  - Suero salino isotónico.
  - Enemas de fosfato hipertónico.
- No se deben emplear enemas jabonosos.
- Cánulas vs sondas rectales.

# DESIMPACTACION RECTAL SUERO SALINO ISOTÓNICO

- Dosis: 5 ml/kg. Dosis máxima 720 ml.
- No efectos 2º.
- No se consideran eficaces (Documento AEPED).

*Bárcenas et al. An Esp Pediatr(Bcn) 2009*

Eficacia 62%:

- . 50% alivio sintomático.
- . 12% alivio completo.

# DESIMPACTACIÓN RECTAL ENEMAS DE FOSFATO HIPERTÓNICO

- Dosis: 3-5 ml/kg. Dosis máxima 140 ml.
- Contraindicado: < 2 años, causa orgánica, obstrucción intestinal.
- Efectos 2º: hipocalcemia, hipo K, hiperfosfatemia e hiper Na.
- La National Health Service (NICE) 2010 desaconseja su uso.

# DESIMPACTACIÓN ORAL.

- . Es el método de elección.
- . Tipos:
  - Lactulosa (clásico). Efectos 2º.
  - Polietilenglicoles PEG:
    - + Sin electrolitos PEG 4000
    - + Con electrolitos PEG 3350

# MECANISMO DE ACCIÓN PEG

1. Retienen agua a nivel intraluminal sin pérdida de agua intracelular.
2. Mayor hidratación de las heces.
3. Heces más pastosas, facilitando la frecuencia de las deposiciones.

# PEG

- . Eficaces (estudios vs lactulosa)
- . Seguros.
- . En ficha técnica:
  - PEG sin electrolitos > 6 meses.
  - PEG con electrolitos > 2 años.
- . Estudios de palatabilidad :saben mejor PEG sin electrolitos.
- . Con electrolitos vs sin electrolitos. 3º edad.
- . Son los que recomiendan las guías clínicas.

# TRATAMIENTO

2. Uso prolongado de laxantes (PEG). 3-6 meses.

## 3. Cambios higienicodietéticos:

- Restringir el uso de lácteos. Max 700 ml/día.
- Frutas/verduras.
- Uso de maltodextrina: es una fibra de fermentación lenta que favorece la formación de heces pastosas.
- Hábitos higiénicos WC.