

**Licenciatura en Medicina Humana**

Materia:  
**Pediatría**

Trabajo:  
**Monografía: Estreñimiento en el paciente pediátrico**

Docente:  
**Dr. Peraza Marín Saúl.**

Alumno:  
**Carlos Alfredo Solano Díaz.**

Semestre y Grupo:  
**6° "A"**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 12 de Diciembre de 2021.

### INTRODUCCION.

Cualquier definición de estreñimiento es relativa y depende de la consistencia de las heces, la frecuencia de la deposición y la dificultad para la defecación. Un niño sano puede tener una deposición blanda cada 2 o 3 días sin esfuerzo, lo que no representa estreñimiento. Se considera que un niño que emite heces duras con esfuerzo cada 3 días padece estreñimiento. (Kliegman, 2020)

El estreñimiento es un síntoma que traduce la presencia de retención fecal, referida como disminución de la frecuencia de las evacuaciones, heces duras y anchas, en ocasiones con dolor y esfuerzo. El estreñimiento puede ser secundario a algún trastorno mórbido subyacente como alteraciones anatómicas, enfermedades sistémicas, neurológicas o medicamentos. Con base en su etiología, el estreñimiento puede ser funcional, esto es, que no existe una enfermedad orgánica subyacente que lo produzca, lo cual representa 90 a 95% de los casos. El estreñimiento funcional (EF) es un problema frecuente en pediatría. Por lo menos 3% de las consultas al pediatra general y 10 a 25% de los casos que se remiten al gastroenterólogo pediatra se deben a estreñimiento crónico. Los criterios de Roma III para definir el estreñimiento funcional se han dividido en dos grupos, basados en la edad del paciente. (Martinez, 2017; Martinez, 2017)

No existe unanimidad en la definición de estreñimiento, clásicamente se ha definido como la disminución en la frecuencia de la emisión de heces, cualquiera que sea su consistencia o volumen; en la actualidad para su definición se aceptan los criterios de Roma III. (Sanchez, Gilbert, Calderon, & Espin, 2019)

La prevalencia del estreñimiento varía con la edad, teniendo un pico de incidencia entre los 2 y los 4 años. Un estudio realizado en más de 4 000 niños menores de dos años constató una prevalencia de 2.9% en niños de un año, que asciende a 10.8% a los dos años de edad. Coincidiendo con el control de esfínteres y con la edad de escolarización puede llegar a 34%. (De la torre & Hernandez, 2018)

## DESARROLLO.

### **FISIOPATOLOGÍA**

La fisiopatología del estreñimiento funcional en niños no se conoce del todo y tal vez sea un suceso multicausal; los factores que parecen jugar algún papel fisiopatológico incluyen el círculo vicioso de defecación dolorosa con retención de heces, factores genéticos en forma de trastornos de la motilidad intestinal y factores dietéticos. (Martinez, 2017)

El conocimiento de la motilidad colónica, los mecanismos de la defecación y la continencia permiten una mejor comprensión del estreñimiento y sus consecuencias. (Sanchez, Gilbert, Calderon, & Espin, 2019).

### **ETIOLOGÍA**

El 95% de los casos de estreñimiento son de origen idiopático. No hay un único mecanismo responsable del estreñimiento funcional. Varios factores van a contribuir, como por ejemplo: constitucionales y hereditarios, psicológicos y educacionales, dolor a la defecación. No olvidar los factores dietéticos; el niño con estreñimiento bebe poco líquido, tiene un régimen desequilibrado, rico en proteínas de carbono con escasas fibras. Las causas orgánicas de estreñimiento incluyen trastornos neurológicos, endocrinos y metabólicos (Sanchez, Gilbert, Calderon, & Espin, 2019)

#### **Causas orgánicas**

- Raras (5% de los casos).
- Investigar la enfermedad de Hirschsprung.
- El examen clínico riguroso debe orientar hacia los exámenes complementarios Ampolla rectal vacía al tacto rectal.

#### **Causas funcionales**

- Las más frecuentes (95%).
- Examen clínico normal. Ampolla rectal llena al tacto rectal.
- No exámenes complementarios.

## DIAGNÓSTICO

El estreñimiento en edad pediátrica es de tipo funcional en el 90 a 95% de los casos. El diagnóstico es clínico

TABLA 1. Escala de Bristol

Tipo 1		Trozos duros separados, como nueces
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero gruesa
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas
Tipo 4		Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
Tipo 5		Bolas suaves con bordes definidos
Tipo 6		Trozos suaves con los bordes desiguales
Tipo 7		Acuosa, sin trozos sólidos. Totalmente líquida

y se requiere historia clínica que permita conocer cuándo fue la primera evacuación posterior al nacimiento, tiempo de evolución, frecuencia y consistencia de las evacuaciones; presencia de postura retencionista, dolor anal o abdominal, sangrado rectal e incontinencia fecal. (Martinez, 2017)

Se reservan las exploraciones complementarias para casos de fracaso de tratamiento o cuando la historia clínica y la exploración orienten hacia una posible causa orgánica (De la torre & Hernandez, 2018)

Ante un paciente constipado, el “mejor test diagnóstico” es una historia y examen clínico completos e interrogar sobre la eliminación de meconio, el período de lactancia materna, el tipo de alimentación y el contenido de fibra en la dieta, como así también la característica de las heces utilizando la Escala de Bristol (Bigliardi, y otros, 2021)

## Estudios auxiliares para el diagnóstico

Los pacientes que cumplen con los criterios de Roma III para estreñimiento funcional no requieren, en general, de pruebas de diagnóstico. Los estudios auxiliares se reservan para los casos en que el interrogatorio o la exploración física revelan datos sugestivos de enfermedad orgánica y para pacientes refractarios a un tratamiento adecuado y bien cumplido. (Bigliardi, y otros, 2021)

## TRATAMIENTO

- Tratamiento no farmacológico

### 1. Educación

La educación y la desmitificación son los primeros pasos en el campo no farmacológico.

### 2. Entrenamiento y diario de deposiciones

Es importante evacuar el recto con cierta frecuencia, dado que la estasis de las heces mantiene el estreñimiento.

### 3. Cambio en la alimentación y aumento de la ingesta de líquidos

La dieta de los niños estreñidos, generalmente, carece de fibra y predomina el consumo de leche o yogur con poca ingesta de otros nutrientes

### 4. Actividad física

Un importante estudio prospectivo de cohorte demostró que la actividad física se asociaba con un menor riesgo de estreñimiento en la etapa preescolar.

### 5. Terapia conductual

Los problemas de comportamiento ocurren en, aproximadamente, un tercio de los pacientes con estreñimiento funcional.

### 6. Entrenamiento de biorretroalimentación

Aproximadamente, el 50 % de los niños con estreñimiento funcional tienen anomalías en la dinámica de la defecación.

- **Tratamiento farmacológico**

El tratamiento farmacológico, cuyo objetivo es disminuir la consistencia de la materia fecal y facilitar la expulsión fecal, puede ser breve en los casos de constipación leve o de reciente comienzo. En cambio, cuando ya el paciente padece de constipación de larga data, con dilatación recto- colónica, va a requerir un tratamiento escalonado y prolongado.

TABLA 4. Fármacos y dosis para el manejo de la constipación funcional en niños

Tipo de laxante	Dosis
Polietilenglicol 3350/4000	Mantenimiento: 0,2-0,8 g/kg/día en 1-2 dosis. Desimpactación fecal: 1-1,5 g/kg/día (máximo 6 días).
Lactulosa	7 meses-18 años: 1-2 g/kg/día en 1-2 dosis.
Lactitol	-6 años: 0,5-1 g/kg/día en 2-3 dosis. 7-12 años: 10-30 g/día en 2-3 dosis. 13-18 años: 20-60 g/día en 2-3 dosis.
Bisacodilo	3-10 años: 5 mg/día en 1 dosis (a la noche). 11 años: 5-10 mg/día en 1 dosis (a la noche).
Sen	2-6 años: 2,5-5 mg/día en 1-2 dosis. 7-12 años: 7,5-10 mg/día en 1-2 dosis. 13 años: 15-20 mg/día en 1-2 dosis.
Picosulfato de sodio	1 mes-4 años: 2,5-10 mg/día en 1 dosis. 5 a 18 años: 2,5-20 mg/día en 1 dosis.
Hidróxido de magnesio	2-5 años: 0,4-1,2 g/día en 1 o más dosis. 6-11 años: 1,2-2,4 g/día en 1 o más dosis. 12-18 años: 2,4-4,8 g/día en 1 o más dosis.
Aceite mineral/parafina líquida	Oral: 3-18 años: 1-3 ml/kg/día en 1 o más dosis (máx. 90 ml/día). Rectal: 2-11 años: 30-60 ml/día en 1 dosis, 12-18 años: 60-150 mL/día en 1 dosis.

El tratamiento farmacológico para el estreñimiento funcional crónico consiste en cuatro pasos: 1. Desimpactación; 2. Tratamiento de mantenimiento; 3. Destete de la medicación; 4. Seguimiento. Está siempre acompañado del tratamiento no farmacológico.

(De la torre & Hernandez, 2018)

### Tratamiento quirúrgico

Está indicado sobre todo en algunos casos de estreñimiento secundario entre los cuales la principal indicación es la enfermedad de Hirschsprung. Otras condiciones que pueden requerirlo incluyen atresia anal, estenosis colónica, malrotación intestinal, tumores, compresiones, bridas y algunos cuadros de pseudoobstrucción intestinal y estreñimiento secundario a mielodisplasias refractarias al tratamiento convencional. (De la torre & Hernandez, 2018)

### PROTECCION ESPECIFICA.

En el tracto gastrointestinal, la fibra dietética tiende a prolongar el vaciamiento gástrico y en el intestino grueso suaviza y agranda las heces, disminuyendo el tiempo que la materia fecal permanece en el colon. La ingestión diaria de fibra dietética recomendada por la Academia Nacional de Ciencias Americana es la siguiente:

- Edad de 1 a 2 años: 19 g/día, fibra total
- Edad de 3 a 8 años: 25 g/día, fibra total
- Edad de 9 a 13 años: 31g/día en hombres y 26g/día en mujeres
- Edad de 14 a 18 años: 48 g/día en hombres y 26 g/día en mujeres

Se recomienda una ingestión normal de fibra mediante una dieta balanceada que incluya cereales integrales, frutas y verduras, así como una cantidad de líquidos de acuerdo con la edad del niño. (Martinez, 2017)

### CONCLUSION

Se considera que es muy importante que el pediatra pueda, mediante el interrogatorio y un buen examen físico, detectar de forma oportuna a los pacientes con estreñimiento y así determinar la etiología para poder dar de manera oportuna el tratamiento adecuado según el problema. En la monografía se plasmo las herramientas necesarias para iniciar el tratamiento correspondiente. Los signos de alarma o banderas rojas los van a guiar para poder solicitar de forma oportuna los estudios complementarios necesarios, pensando en descartar una patología orgánica.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

- Bigliardi, R., Zubiri, C., Ditaranto, A., Quinteros, E., Depretris, L., Cueto, E., . . . Solzi, G. (2021). Estreñimiento funcional en pediatría, Diagnostico y Tratamiento. Sociedad Argentina de Pediatría, 9.
- De la torre, L., & Hernandez, G. (2018). Estreñimiento funcional en pediatría. INP, 12.
- Kliegman, R. (2020). Tratado de pediatría. Barcelona, España: Elsevier.
- Martinez, R. (2017). Salud y enfermedad del niño y del adolescente. Cd Mx: Manual moderno.
- Sanchez, F., Gilbert, J., Calderon, P., & Espin, B. (2019). Estreñimiento y encopresis. Asociación Española de Pediatría, 13.