

**Manejo Trastornos
Digestivos frecuentes en
Pediatría AP**

Dra. Ana Lorente

ESTREÑIMIENTO

- **Ocasional /Crónico**
- **Funcional 90-95%**
- **Desencadenantes**
- **Predisposición familiar**

Indicadores Estreñimiento orgánico

- *Retraso meconio /precocidad*
 - *Escaso ↑ ponderal*
 - *Anomalías exploración física*
 - *Fiebre*
 - *Distensión abdomen/Vómitos*
 - *Ampolla rectal vacía/Heces acintadas, sangre*
 - *Síntomas miccionales*
 - *Síndrome Down*
- DD fundamental : Hirschprung**

I) Tratamiento Estreñimiento Ocasional

- Tratamiento → evitar cronicidad
- *Consejos higiénico/dietéticos*
- *Alivio temporal con lubricantes u osmóticos*
- *Tto local fisuras anales*
- *Tto . infecciones perianales (estreptocócicas)*

II) Tratamiento Estreñimiento Crónico

1) Información

2) Hábitos higiénicos → **Adecuarlo a la gravedad**

3) Hábitos dietéticos

4) Tto. farmacológico

TTO Estreñimiento crónico:

II.1) Información

- *Detallar proceso a padres e hijos, imprescindible comprensión para efectividad tratamiento*
- *Informar Tto. prolongado (meses)*
- *Refuerzos/controles frecuentes*
- *Recaídas frecuentes*

TTO Estreñimiento crónico

II.2) Hábitos higiénicos

- *No retirada precoz pañal lactante <2 años*
- *Intento diario defecación*
- *Horario postprandial*
- *Refuerzo + : logro e intento*

TTO Estreñimiento crónico

II.3) Recomendaciones dietéticas

- *Dieta equilibrada con Fibra “suficiente”*
 - Rica frutas, verduras, cereales y legumbres, preferible a fibra purificada
 - Gr fibra /día → Min: edad años (Mx 10 años) +5 → Mx: edad en años +10
 - Lactantes: -Inicio: frutas y cereales hasta 5 Gr/día fibra.
 - Gluten: Papillas avena e integrales
 - Tablas contenido fibra de alimentos
- *Líquidos*
- *Evitar ↑ lácteos*

TTO Estreñimiento crónico

II.4) Tto Farmacológico

4.1) DESIMPACTACIÓN

*a) < 1 año: *Sonda y lubricante*

**Sup glicerina Rovi® lactantes*

**Enemas citrato Na : Micralax® canuleta*

b) >1 año

*- Rectal * Enema fosfato hipertónico Casen®*

** Canuleta glicerina (leve)*

*- Oral * Aceite Parafina*

** PEG : solución polietilenglicol (Ingreso)*

TTO Estreñimiento crónico

II.4) Tto Farmacológico(cont)

4.2) MANTENIMIENTO :

Post-desimpactación, dosis/tiempo adecuados

**a) Lubricantes: Aceites minerales

**b) Osmóticos: únicos indicados en <1 año

.Lactulosa

.Lactitol

.Carbonato Mg

c) Estimulantes: +grave, para combinar

.Senósidos y Bisacodilo

Estreñimiento: Fármacos

**1) Lubricantes

* **Aceite parafina** (Hodernal®) sol. Desimpactación : 15-30 ml/día /año edad (Mx 240 ml), mantenimiento 1-3 ml/Kg/día 1-2 veces; evitar <1-2 años ó RGE, neumonía lipoidea.

* **Microenemas glicerina**: Paidolax®, Verolax® infantil 1/día

**2) Osmóticos

* **Lactulosa** (Duphalac®): 1-3 ml/Kg/día , 2 dosis

* **Lactitol** (Emportal®) sobres 10 Gr: 0.25-0.4 Gr/Kg/d , Mx 20 Gr

* **Carbonato Mg** (Eupeptina®): <12 m:1-2 cucharadita café/12h ; >12m 1-4 cucharaditas/8 h

* **Enemas Fosfato hipertónico**(Casen) ®80,140,250 ml:3-5 ml/kg/dosis

3) Estimulantes

* **Senósidos**: Puntual® gotas (1gota=1.5 mg)

2-6a: 3-5 gotas; >6a:5-10 gotas. 1-2 dosis/24 h .

* **Bisacodilo**: Dulco Laxo® grageas 5 mg y sup 10 mg; desimpactación niños >: 1-3 grag ó 1-2 sup/día

Estreñimiento: Criterios Derivación

- **Mala respuesta tto**
- **Angustia padres**
- **Sospecha organicidad**
- **Si psicopatología → Salud Mental**

Diarrea Aguda

- Generalmente infecciosa: GEA
- Primeras causas morbimortalidad (3^{er} mundo)
- En nuestro medio :
 - Proceso habitualmente autolimitado
 - Etiología : generalmente vírica, a veces bacteriana (niños mayores, épocas año)
 - Crucial hidratación y nutrición

	<i>estado gral</i>	<i>Ojos/ fontanela</i>	<i>lágrima</i>	<i>boca/ lengua</i>	<i>sed</i>	<i>piel</i>	% ↓ peso	<i>Déficit estima- do líquidos</i>
<u>No signos DH</u>	BEG, alerta	N	+	húmeda	N	pliegue (-)	<5%	<50
<u>DH leve/ modera da</u>	irritado, intran- quilo	hundido	(-)	seca	avidez H2O	pliegue (+)	5-10%	50-100
<u>DH grave</u>	letargia, incons- ciencia	(++) hundido seco	(-)	++seca	bebe poco ó incapaz	pliegue (++)	>10%	>100

Tratamiento GEA

- **1) Rehidratación**
- **2) Realimentación**
- **3) Farmacológico**

SRO. Recomendaciones

	Na	K	Cl	Base	Glucosa	Osm
OMS 1975	90	20	80	30	110	310
OMS 2002	75	20	65	8-12	111	245
<i>Espgham</i>	60	20	15-50	10	74-111	200-250

Gea: TTO 1) Rehidratación: SRO

	Na	K	Cl	Base	Glucosa	Osm
Sueroral SS	90	20	80	10	110	311
Sueroral hiposódico SS	50	20	40	10	111	232
OralSuero/ Bioralsuero	60	20	38	14	80	212
Citorsal SS	50	20	30	11,7	278	400
Cito Oral	60	20,2	50	10	90 glucosa /0.2 DxtM	230
Miltina electrolit	60	20	50	10	89glucosa /2 DxtM	230

Desaconsejadas bebidas gaseosas y remedios caseros

	Na	K	Glucosa	Osm
EPSGHAN	60	20	74-110	200-250
Aquarius	13	1.72	103	406
Coca Cola	5	1	42.89	433

GEA: Fases Rehidratación

- *¡Ofrecer líquidos con jeringuilla lentamente!*
- *Unos 2-5 ml/ 2-5 minutos, más lento si vómitos*
- **Estimación líquidos:**
 - (1º) Reponer % déficit
 - (2º) Compensar pérdidas mantenidas:
~5-10ml/Kg/deposición y 2-5ml/Kg/vómito
 - (3º) Necesidades Basales (NB)

GEA:Fases Rehidratación Oral

1) No DH →

Compensar pérdidas + dieta habitual

2) DH leve →

Déficit (30-50 ml/Kg) en 4 horas

+ pérdidas mantenidas después ,(+NB)

3) DH moderada →

Déficit (50-100ml/Kg)+pérdidas,(+NB).

Mejor derivar Hospital

GEA: Derivación Hospital

- **DH > 5%**
- **Cuidadores incapaces manejo SRO**
- **Fracaso RHO (vómitos ↑, diarrea ↑, ↓estado general)**
- **Contraindicación RH oral**

¡En Hospital valoración analítica y rehidratación nasogástrica ó IV!

GEA: 2) Realimentación

Precoz

**Lactancia Materna ó Fórmula adaptada sin diluir*

* **Fórmula sin lactosa ó hidrolizadas: no indicadas en 90-95%, valorar si diarrea prolongada**

**Alimentación Mixta :*

- . **Evitar: ↑ azúcares simples y ↑ grasas.**
- . **Recomendados HC complejos (arroz, patatas, cereales), carnes magras, yogur, frutas, vegetales. Alimentos sabor agradable (anorexia) y consistencia más líquida**

GEA: 3) Fármacos

- **Antipiréticos**
- **Probióticos (?) (A,MA, interrogantes)**
- **Inhibidores encefalinasas(?) (Racecadrotilo:Tiorfan®) diarrea secretora (B,EC pequeña muestra)**
- **No Inhibidores motilidad intestinal.**
- **Antibióticos : valorar tras coprocultivo (GEA invasivas,prolongadas/graves,Ingreso) en:**
 - .Inmunodeprimidos
 - .Salmonellas: < 3 meses y lactantes con bacteriemia
 - .Otras bacterias: Consultar indicaciones.

DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO (DAC)

- Duración >1-2 meses

DAC. Etiología

- Clasificación***Orgánico** (10-15%)
 - * **Psicógeno**
 - * **Funcional** (↑ frecuencia)
- Participación factores psicoemocionales
- Valoración clínica completa

Indicadores DAC orgánico (alarma)

- **Dolor no periumbilical/irradiado**
- **Dolor nocturno (despierta)**
- **Heces: Cambios ritmo/características, sangre**
- **Náuseas, vómitos, pirosis**
- **Repercusión estado gral, fiebre, anorexia**
- **Repercusión peso/talla**
- **Síntomas genito-urinarios**
- **Aftas, dermatopatías**
- **Visceromegalias, masas, úlceras, fisuras anales**

Indicadores DAC psicógeno

- **Relación con factores emocionales**
- **Hiperfrecuentación**
- **Riesgo social**
- **Comorbilidad psiquiátrica**
- **Ganancias secundarias**
- **AF trastornos somatomorfos**
- **Mejoría con tto psicológico**

Indicadores DAC origen funcional

- Niños 5-12 años
- Cólico, insidioso, gradual
- Periumbilical, mesogástrico
- No relación comidas
- Puede interrumpir actividad , dificultar sueño (no despierta)
- Puede haber síntomas neurovegetativos

Trastornos intestinales funcionales en Pediatría (Criterios Roma II)

****Vómitos**

****Dolor abdominal**

*Dolor abdominal funcional

*Dispepsia funcional

*Síndrome intestino irritable

*Migraña intestinal

*Aerofagia

****Diarrea funcional**

****Trastornos de la defecación**

Diagnóstico DAC funcional

- Definir en principio DAC como funcional si no hay datos en contra
- Comentar origen funcional ↓ ansiedad y evita falsas expectativas
- Diálogo con padres y niño
- Reconocer dolor real
- Evitar pruebas innecesarias.

Tratamiento DAC Funcional

- **Medidas conductuales: eliminar beneficios 2arios, evitar desencadenantes , técnicas relajación/autocontrol**
- **Objetivo: recuperar actividad N, aprender a convivir con dolor**
- **Tratamiento causas orgánicas asociadas**
- **Si confirmada Intolerancia lactosa: leche ↓/sin lactosa**
- **Si síntomas dispépticos anti-H2**
- **Evitar ingesta ↑ lácteos, almidones, bebidas carbonatadas , sorbitol, dar dieta hipograsa**
- **Tto farmacológico sintomático casos seleccionados**
- **Si psicopatología derivar niño/familia a S.Mental**

VÓMITOS/ REGURGITACIONES

- Vómito gralmente síntoma accesorio ,
acompañante de procesos diversos: leves y
autolimitados / graves; agudos / crónicos;
digestivos / extradigestivos
- A veces síntoma guía → Nos referiremos a ello

Vómitos: Indicadores alarma

→ Derivar Hospital

- Afectación estado general, DH, ↓ peso
- Vómitos↑, persistentes, sobre todo en <6m
- Anormalidad neurológica
- Dolor abdominal: abdomen agudo, masas
- Sangrado GI, vómitos biliosos

1) Manejo Niño con Vómitos agudos:

- **Valorar hidratación/nutrición**
- **Consulta AP: Glucemia/Coombur orina**
- **Ofrecer SRO ~ GEA, lento**
- **Realimentar pronto**
- **No antieméticos.**
- **Tto etiológico.**
- **No mejoría → Derivación hospital**

2) Manejo Lactantes RGE no complicado

- 1) Información padres** : evolución benigna: gral ↓ 1er año y ~12-18 m remite
- 2) Vigilar alertas** : no ↑ peso, llanto ↑, problemas alimentación ó respiratorios → **derivación**
- 3) Posición** : mejor prono, pero por S. muerte súbita mantener supino; evitar semi-supino sentado
- 4) Espesamiento fórmulas** : fórmulas AR , cereales :mejoría aspecto “visible”, pero no índices RGE
- 5) Prueba exclusión de PLV** 1-2 s (DD: alergia/IPLV)
- 6) Tto farmacológico** : no mejora h^a natural RGE no complicado

3) Manejo Vómitos/regurgitaciones recurrentes en >2 años

- **Si RGE no mejora 18-24 m, excluir otras causas → gastroenterólogo**
- **TDS: Hernia hiatal (peor evolución), otras anomalías.**
- **Ensayo con procinético → si buena respuesta valorar tto largo plazo**
- **Valorar añadir fármaco anti-H2**

4) Manejo niño con regurgitaciones y pirosis ó dolor torácico

- **Evitar precipitantes.**
- **Niños >s: postura DLI/incorporado**
- **Ensayo 2 semanas anti-H2 → si mejoría mantener 2-3 m y reevaluar, seguimiento pediatra AP**
- **Si síntomas recurren tras retirada → Gastroenterólogo (esófagogastroscoopia)**
- **Síntomas intermitentes inducidos por comidas en niños >s: antiácidos puntualmente**

Fármacos en tto RGE

- **Ranitidina** (Anti-H₂)
.5-10 mg/Kg/día, c/8-12h (Mx dosis adulto 300 mg)
- **Omeprazol** (Inhibidor BP)
.0.7-3 mg/Kg/día, c/12-24h (adulto 20mg/24 h). No <1 año
- **Domperidona** (Procinético) :Motilium®
.lactantes y niños: 0.25-0.5 mg/Kg/dosis, c/6-8h
.>12 a (ó 35 Kg): 10-20 mg/dosis, c/6-8h (Mx 80 mg/24h)
- **Almagato** (Antiácido): Almax®
.(> 6 a) 500 mg/8h después de comidas