

Protocolos de Digestivo

Trastornos digestivos menores en el lactante

M.A. ALONSO ÁLVAREZ*, R. GARCÍA MOZO**

*Centro de Salud de Colunga. **Centro de Salud de Lugones. Asturias

INTRODUCCIÓN

Podemos englobar bajo este epígrafe aquellos trastornos digestivos del lactante que, si bien se presentan con cierta frecuencia en esa etapa de la vida, no van a condicionar problemas importantes en el desarrollo ponderal del niño y no obedecen a una alteración orgánica preocupante o permanente, siendo más bien la expresión de una situación fisiológica determinada por la edad. Casi siempre se van a manifestar con síntomas leves o moderados, pueden ser percibidos por el médico como intrascendentes o banales, pero preocupan a los padres y generan muchas consultas al pediatra no sólo de Atención Primaria sino también en los servicios de urgencias hospitalarios. Así mismo, provocan a veces problemas de diagnóstico diferencial y sentimientos de frustración a los padres y al médico al no disponer de un remedio definitivo para paliar la sintomatología. Todo ello origina intervenciones y solicitud de pruebas complementarias en casos en los que pueden ser innecesarias y no siempre exentas de efectos secundarios.

En este grupo se incluye:

1. Cólicos del lactante.
2. Regurgitación. Vómitos.
3. Alteraciones en las deposiciones. Estreñimiento funcional idiopático del lactante.

CÓLICOS DEL LACTANTE

Problema cotidiano en la consulta del pediatra de Atención Primaria y en las urgencias hospitalarias durante los 3-4 primeros meses de la vida. La prevalencia es variable en función de los criterios diagnósticos (15-40%). Quizá la definición más aceptada es la de Wessel: "episodios paroxísticos de llanto e irritabilidad durante más de 3 horas al día, más de 3 días a la semana y por más de 3 semanas de duración". No hay ningún signo o síntoma que pueda ser considerado patognomónico para lactantes con el llamado síndrome de cólico infantil, ya que signos clásicamente relacionados con esta entidad (expresión de dolor, flexión de extremidades inferiores, enrojecimiento cutáneo intenso, eliminación de gases por recto, etc.) pueden ocurrir en lactantes sin cólicos durante otros episodios de llanto. La diferencia viene determinada por la intensidad y recurrencia en el tiempo.

En la práctica diaria son lactantes sanos, con llanto que es percibido por los padres como excesivo, inconsolable, que aparece sobre las 2-4 semanas de vida, que puede tener predominio vespertino, aunque esto es variable, y que tiende a la resolución espontánea en torno al 3-4º mes.

La misión del pediatra ante el niño que llora y parece presentar un cólico es identificar aquellos casos en los que detrás de ese llanto hay una patología, y en el resto intentar suministrar información suficiente para el manejo sin ansie-

Correspondencia: M.A. Alonso Álvarez. Finca La Corona Nº 71 Severies. 33424 Posada de Llanera. Asturias.
Correo electrónico: agustina.alonso@sespa.princast.es

© 2006 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.1/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

dad y evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias o el uso de tratamientos de dudosa eficacia.

Etiopatogenia

Hay múltiples teorías, que no tienen por qué ser excluyentes, pero si reflexionamos al respecto, en la época de la terapia génica y grandes sofisticaciones médicas, seguimos sin conocer la causa de los cólicos del lactante, enumerándose eso sí diversos factores etiológicos implicados:

1. Psicológicos. Clásicamente recogidos en la literatura, hay artículos recientes que investigan la relación del riesgo aumentado de cólicos en los lactantes con determinados factores psicosociales de las familias, encontrándose relación con la ansiedad materna, el hábito de fumar o la ausencia en el hogar del padre del niño, aconsejando en estos casos aumentar la información y apoyo a estas madres. Como dato ya anecdótico, Wessel y cols en 1954 hablaban de una "acusada tolerancia primaria de tipo ansioso en la madre". No hay evidencia de que el manejo de los padres sea determinante en la etiología, pero podría perpetuar el problema y sí se ha demostrado en algunos trabajos que cambios en la actitud de los padres pueden disminuir las horas de llanto del niño.

2. Alimentación. Los cólicos se producen independientemente del tipo de lactancia (artificial o materna), pero en los últimos años se ha atribuido un papel etiológico a las proteínas de la leche de vaca. Los estudios al respecto son ya múltiples y en revisiones de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) se atribuye cierta eficacia a la exclusión de proteínas vacunas en los cólicos moderados o severos. Se trata de la B-lactoglobulina presente también en la leche materna. En cualquier caso, se sugiere una intolerancia transitoria que mejoraría espontáneamente sobre las 6 semanas.

3. Gastrointestinales. Permanece sin aclararse si existe una alteración de la función intestinal en el niño con cólicos. Se han encontrado aumentos de motilina y prostaglandinas que llevan a sugerir un aumento de la motilidad intestinal, y también se menciona la inmadurez del aparato digestivo con un reflujo silencioso, pero de momento son hallazgos sin confirmación. Algunos autores hablan asimismo de una transitoria hipertonía del esfínter anal que hace que las ondas contráctiles del intestino grueso sean intensas e interpretadas como una manifestación dolorosa. Esta teoría apoyaría el hallazgo de cierta mejoría al estimular con sonda rectal provocando emisión de gas y heces.

4. Aerocolia: Muy mencionado, pero parece más una consecuencia (por el llanto) que una causa. Las madres relacionan los cólicos con el "gas" porque durante el llanto el niño se encoge y a veces hay emisión de gas por el recto y alivio del mismo. El origen de ese gas es el aire deglutido y la fermentación colónica. Por otra parte, si bien la fermentación de hidratos de carbono produce gas, no hay evidencia científica de que el llanto mejore con una fórmula sin lactosa.

5. Inmadurez neurológica: Debido a la carencia del freno cortical, la vida del bebé se rige por la influencia del sistema vegetativo, lo que le hace un organismo "vagotónico", y como consecuencia presentaría un trastorno en la mecánica digestiva. Por ello, en determinadas épocas se han utilizado anticolinérgicos.

¿Cómo establecer el diagnóstico?

Podemos aplicar los criterios de Wessel, pero requieren un periodo demasiado largo de espera antes de establecer el diagnóstico. Evidentemente, si el proceso dura 3 semanas sin otros hallazgos y el niño sigue ganando peso y con aspecto saludable es más sencillo. El episodio en sí mismo es descrito por Illingworth como un "llanto intenso, agudo, con enrojecimiento facial, fruncimiento de entrecejo, estira las extremidades inferiores, y grita hasta 20 minutos, quedando transitoriamente calmado pero inicia un nuevo episodio, pudiendo estar así durante horas". Sumado esto a una edad de comienzo en torno a las 3 semanas, en un bebé sano, con exploración normal, que continua comiendo, gana peso adecuadamente y no presenta otras señales de enfermedad facilita el diagnóstico. Ante un primer episodio de llanto intenso en un lactante antes tranquilo es necesario hacer una evaluación clínica que permita:

1. Conocer las características del llanto: inicio, duración, tiempo de evolución, medidas que lo mejoran o empeoran ...
2. Riesgo de enfermedad orgánica: fiebre, pérdida de apetito, rechazo de tomas, vómitos, fallo de medro. Hay que explorar al lactante que llora para descartar otalgia, hernia incarcerada, pelo enrollado en un dedo...
3. Factores concomitantes: ansiedad familiar, manejo de la familia y percepción de los padres respecto al problema; es importante conocer si lo que preocupa es el llanto en sí mismo o una posible enfermedad causal, a fin de disminuir su ansiedad.

Manejo terapéutico

Los objetivos del tratamiento son:

1. Reducir, si es posible, el número de horas de llanto.
2. Asesorar a los padres adecuadamente, informar sobre el cólico y su evolución más probable. Prevenir las consecuencias negativas para el lactante y su familia.
3. Evitar medidas terapéuticas de dudosa eficacia e innecesarias.

Evidencia científica en el cólico del lactante

- No hay evidencia de que alguna intervención terapéutica sea verdaderamente efectiva.
- No hay evidencia de que el cambio de lactancia materna a artificial o la alternancia de fórmulas adaptadas tenga alguna ventaja por lo que no debe hacerse.
- En casos de cólicos severos, la eliminación de las proteínas de leche de vaca, utilizando una fórmula hipoa-lergénica, como prueba terapéutica, ha demostrado efectividad en algunos estudios evaluados.
- No hay evidencia de que la ansiedad materna cause los cólicos del lactante, pero sí puede ser un factor contribuyente para perpetuarlos.
- Respecto a los fármacos, no hay evidencia de efectividad de los mismos, con excepción de algún anticolinérgico (diciclomina), pero se desaconseja su uso por la posibilidad de efectos secundarios graves, no existiendo en la actualidad presentación pediátrica para tal uso. Otros fármacos ampliamente utilizados como la dimeticona (Aerored®, Aeroplus®) no han demostrado ser más eficaces que el placebo.

Recomendaciones

- Informar a los padres ampliamente sobre el problema, tranquilizándolos sobre la ausencia de enfermedad en el bebé, haciéndoles ver que será transitorio, que mejorará espontáneamente en torno al 3^o-4^o mes y no dejará secuelas al niño. No debemos olvidar que también es misión del pediatra dedicar tiempo a este aspecto de la enfermedad, aun en un trastorno banal, si ello motiva angustia y múltiples consultas por parte de la familia.
- Sugerir, si es preciso, algunas modificaciones en el comportamiento de los padres, responder al llanto ofreciendo al niño un cambio postural, movimientos rítmicos sua-

ves (música de fondo, paseo en coche, el ruido de la lavadora....). En cualquier caso, no hay evidencia de que el responder al llanto tenga consecuencias negativas.

- En los cólicos severos se puede hacer una prueba terapéutica con una fórmula hidrolizada o suprimiendo, si el bebe toma lactancia materna, las proteínas de leche de vaca de la dieta de la madre y si ello mejora la sintomatología mantener esta pauta hasta el 3^o-4^o mes. No estaría indicado más allá de este tiempo.

Una vez seguros de que el diagnóstico es correcto y estamos ante un cuadro de cólicos del lactante, no debemos olvidar que raramente conseguiremos tranquilizar a los padres y reforzar su paciencia si el pediatra se muestra impaciente o inseguro.

REGURGITACIÓN Y VÓMITOS

Los episodios de regurgitaciones y vómitos son motivo frecuente de consulta al pediatra durante el periodo neonatal y la lactancia (especialmente en los primeros 6 meses de vida). Conviene diferenciar ambas cosas y a su vez establecer por medio de una adecuada anamnesis y exploración la relevancia de estos síntomas.

La mayor parte de las veces no van a ser detonantes de una enfermedad grave y, si bien pueden ser el reflejo de una situación fisiológica transitoria, conviene tener en cuenta otros posibles diagnósticos que requerirían pruebas complementarias o tratamientos específicos. Se entiende por regurgitación la expulsión sin esfuerzo del contenido gástrico al esófago o la cavidad oral, mientras que el vómito implica la expulsión forzada del mismo.

Regurgitación en el lactante

Las regurgitaciones son sugerentes de reflujo gastroesofágico (RGE), en el cual también puede haber vómitos. En el lactante y recién nacido la competencia del sistema anti-reflujo es limitada por inmadurez de todos los elementos implicados, ocurriendo una situación fisiológica en un buen número de lactantes (hasta un 50% de madres de bebés entre 2-8 meses refieren 2 o más episodios de regurgitaciones al día, que luego van disminuyendo). No obstante, si la capacidad defensiva de la mucosa esofágica es sobrepasada puede ocurrir lo que denominamos enfermedad por reflujo gastroesofágico, con manifestaciones más severas como esofagitis y/o estenosis esofágica.

¿Qué debe hacernos pensar que estamos ante una regurgitación fisiológica, sugerente de reflujo no complicado?

- Lactante normalmente regurgitador desde el principio, con adecuada ganancia ponderal y apetito.
- Regurgitación o vómito postprandial, inmediato a la toma y entre tomas, escaso y continuo, como babeo, no progresivo, mantenido.
- No presenta ningún síntoma o signo de los que a continuación enumeramos como de alarma.

Signos y síntomas de alarma en lactante regurgitador

- Pérdida de peso o estancamiento ponderal.
- Rechazo de tomas.
- Irritabilidad y/o llanto durante la toma, sugerente de dolor.
- Atragantamientos frecuentes.
- Palidez.
- Hematemesis, melenas.
- Sintomatología respiratoria persistente (tos, sibilancias, bronquitis de repetición...).
- Tics/movimientos anómalos de cuello o cabeza al tomar.

Actitud en el lactante regurgitador fisiológico

- No es preciso realizar pruebas complementarias diagnósticas (no es necesario la PH metría).
- Tranquilizar a la familia y esperar; normalmente si no es antes, entorno al año ha desaparecido la clínica.
- Control evolutivo del niño por si la situación se modifica, y aparecen signos o síntomas nuevos.
- Se pueden indicar medidas alimentarias, como los espesantes que, si bien no se ha demostrado que mejoren los índices de reflujo, si disminuirán los síntomas clínicos; no están indicados si existe esofagitis (no es la situación de la que hablamos). En el periodo neonatal no hay actualmente pruebas a partir de ensayos clínicos aleatorizados para apoyar o rechazar la eficacia de espesantes de alimentos, y dado que hay efectos secundarios teóricos con este tratamiento, como el retraso en el vaciamiento gástrico, no se recomienda su uso en la población neonatal.
- Respecto a la posición más adecuada, los estudios con PH metría han demostrado que en decúbito prono tienen menos reflujo que en supino, pero no debe utilizarse en lactantes con rango de edad de riesgo de Síndro-

me de Muerte Súbita. No existen evidencias acerca de que la elevación de la cabecera de la cama sea realmente beneficiosa para el lactante en posición supina.

- Respecto a los fármacos, en el reflujo fisiológico normalmente no se utilizan, pero la metoclopramida en comparación con el placebo puede tener algún efecto beneficioso, que debe sopesarse en cualquier caso con los posibles efectos secundarios.

Aunque supera el objetivo de este documento (trastornos digestivos menores del lactante), cabe comentar que las indicaciones para la realización de la PH metría serían básicamente:

- Cuando existen síntomas sugestivos de reflujo y la evolución no es favorable a pesar de instaurar el tratamiento correcto.
- Cuando quiera establecerse la relación entre reflujo y síntomas extradigestivos.
- Como control de la eficacia del tratamiento, ya sea médico o quirúrgico.

Lactante vomitador

Los vómitos son frecuentes en la lactancia por múltiples causas: inmadurez, escasa capacidad gástrica, tomas líquidas, errores dietéticos, posición horizontal, aerofagia...pero también son síntoma de múltiples enfermedades orgánicas. En la práctica cualquier enfermedad en la edad pediátrica puede cursar con vómitos.

Ante un lactante vomitador conviene descartar siempre procesos banales:

- Sobrealimentación.
- Errores en la técnica de la alimentación (fórmulas concentradas).
- Posición inadecuada a la hora de tomar.

En estos casos el lactante no presentará normalmente otros síntomas acompañantes y su aspecto será saludable, salvo que lleve mucho tiempo vomitando. No olvidar enfermedades que en este periodo de la vida cursan con vómitos como síntoma principal en su inicio:

- Metabolopatías.
- Alteraciones obstructivas del tracto gastrointestinal: estenosis piloro (EHP), invaginación, hernia incarcerada, enfermedad de Hirschsprung.
- Infecciones: gastroenteritis aguda, infección orina, infección respiratoria, meningitis, sepsis, ...

- Alergias o intolerancias alimentarias (principalmente, proteínas de leche de vaca).
- Enfermedades renales y neurológicas.
- Intoxicaciones.
- Maltrato.

En general, en estos casos, una adecuada anamnesis (recogiendo signos y síntomas acompañantes) y la exploración ayudan al diagnóstico o al menos sugieren la indicación de pruebas complementarias o derivación al hospital.

Anamnesis ante el lactante vomitador

Debemos recoger el tipo de vómito, color y aspecto, momento del día en que aparece, cantidad, duración y tiempo de evolución del problema. Los vómitos alimenticios son blancos. Los vómitos rojos (hemáticos), biliosos (verde-amarillentos) o fecaloideos (oscuros) son más sugerentes de gravedad. Respecto al momento en que aparecen, los vómitos tardíos son sugerentes de obstrucción intestinal (EHP, por ejemplo, por éstasis) y los inmediatos más propios del reflujo. La intensidad con que vomitan aporta también información etiológica: en el reflujo son vómitos suaves y escasos; cuando asocian náuseas previamente sugieren infecciones; en los tumores con hipertensión endocraneal son vómitos a chorro. Asimismo, en el reflujo el vómito es estable, en la EHP progresivo; a veces son recidivantes (vómito cíclico). En lo que respecta al momento de aparición, es más tranquilizador cuando el lactante ha sido vomitador desde los primeros días, si mantiene buen estado general, que el lactante que inicia un cuadro de vómitos al 6º mes, por ejemplo.

Signos de alarma en el lactante vomitador

- Comienzo del vómito tras los 6 meses de vida.
- Pérdida de peso o estancamiento ponderal.
- Alteración del estado general.
- Vómitos no alimenticios: oscuros, biliosos o hemáticos.
- Cualquier signo patológico en la exploración general: visceromegalias, fiebre, dolor abdominal, fontanela tensa, signos físicos de deshidratación, ...

Manejo del lactante vomitador sin signos de alarma

- Revisar las pautas de alimentación y corregir errores si se detectan.
- Revisar posturas al comer, evitando la posición horizontal durante o inmediatamente después de la toma.

- Controles periódicos de somatometría.
- Evitar cambios de fórmulas adaptadas en el caso de la lactancia artificial; valorar únicamente el uso en caso de sospecha de reflujo una fórmula con espesantes que disminuya el nº de regurgitaciones y/o vómitos. También se acepta en las guías clínicas de reflujo gastroesofágico una prueba terapéutica de varias semanas con una fórmula hipoalergénica, porque a veces hay una intolerancia a proteínas vacunas y se obtiene una mejoría en los vómitos.
- No suelen ser necesarios los fármacos en estos casos y desde luego nunca sin haber efectuado antes un diagnóstico etiológico del vómito, pero si se prescriben serán antagonistas dopaminérgicos, como la domperidona. Fármacos procinéticos (cisapride), muy utilizado anteriormente, ha sido retirado del mercado en enero del 2005 en nuestro país por las complicaciones de su uso en relación con arritmias cardíacas en pretérminos y cardiopatas.

CAMBIOS EN LAS DEPOSICIONES

En este epígrafe incluiremos los cambios en el número, color (aspecto) y consistencia de las deposiciones que pueden ocurrir durante la lactancia. Es habitual los primeros meses de vida que los padres estén muy pendientes del aspecto y frecuencia de las deposiciones de los niños, siendo motivo frecuente de consulta al pediatra cualquier cambio en las mismas. Es muy variable de unos niños a otros la frecuencia de deposiciones, y asimismo, varía ésta en función de la edad, en relación con la alimentación y el tiempo de tránsito intestinal. Es habitual la primera semana de vida que los lactantes tengan una media de 4 deposiciones/día, disminuyendo ésta a 1,7 entorno a los dos años y 1,2 a los 4 años de edad. Esta disminución en la frecuencia se correlaciona con el aumento de tiempo de tránsito intestinal, que en el neonato es de unas 8 horas y al finalizar el periodo de lactante de unas 16 horas. El tipo de lactancia, la introducción de alimentos sólidos, la cantidad de fibra que se administra en el momento de incorporarla en la dieta, etc, modifican el número de deposiciones, sin ser por ello patológico.

El color de las heces varía también en los primeros meses de la vida, siendo los primeros días de color verde oscuro (petroleo) correspondiendo al meconio, pasando posteriormente por toda la gama de amarillos y verdes, en función de la dieta.

Recomendaciones genéricas a los padres sobre color y frecuencia de las deposiciones

- Cualquier color de las deposiciones en principio puede ser normal, salvo el blanco, rojo o negro.
- Respecto al nº de deposiciones de un lactante, es variable y no debe ser motivo de preocupación, salvo que vaya asociado a otros síntomas: vómitos, llanto, fiebre, irritabilidad, pérdida de apetito, heces duras ... Incluso niños con lactancia materna pueden pasar varios días sin defecar y ello no implica patología si hacen luego las heces blandas, sin dolor y del aspecto habitual de los bebés amamantados.

La *consistencia* de las heces es otra característica importante de éstas y puede definir dos tipos básicos de patología: procesos infecciosos gastrointestinales que motivan una disminución de la misma (diarrea) o dificultades para la evacuación motivadas por un aumento (estreñimiento). En el medio de estos extremos podemos encontrar cambios de consistencia que no obedecen a ninguna causa patológica.

Estreñimiento

Es importante definir adecuadamente este problema que en pediatría va a depender a veces de la percepción subjetiva del síntoma por parte del paciente y de sus padres. Es controvertido establecer unos criterios rígidos para definir el estreñimiento pero es bastante completa la siguiente definición: *síntoma clínico que expresa dificultad para el vaciamiento regular de colon y recto, expresado como la eliminación de heces duras, infrecuentes y evacuadas con dificultad o de forma incompleta*. La mayor parte de las veces, incluido el periodo de lactancia, no se trata de un problema orgánico (estreñimiento funcional o idiopático; 95% de los casos) y puede ser controlado en el ámbito de la Atención Primaria. No obstante, no debemos olvidar, especialmente en los casos de inicio muy precoz (periodo neonatal), que detrás puede haber una enfermedad orgánica, siendo misión del pediatra discriminar estos casos para remitirlos a la consulta de gastroenterología infantil y en el resto, que es la inmensa mayoría, establecer medidas preventivas y de tratamiento si proceden.

Hay lactantes menores de 6 meses y sanos por lo demás que pueden pasar por una fase en que las deposiciones se asocian a llanto intenso, maniobras de empuje sin evacua-

ción durante unos minutos, para expulsar luego unas heces blandas. Se debe informar a la familia de la transitoriedad y benignidad de este problema, que no requiere ninguna medida terapéutica y que se resolverá espontáneamente en unas semanas (*disquecia* del lactante). Los comités de expertos hablan de un período de al menos 12 semanas para hablar de estreñimiento funcional crónico.

Etiología

Se enumeran varios factores implicados:

- Cambios dietéticos: cambio de fórmula o una inadecuada preparación con poca ingesta de agua.
- Inicio de control de esfínteres: exceso de rigidez en cuanto a la higiene y limpieza.
- Medicaciones, procesos infecciosos intercurrentes locales (eccema severo, fisura anal, infección perianal estreptocócica).
- Predisposición familiar: alrededor del 50% de lactantes que presenta estreñimiento antes de los 6 meses tienen herencia familiar positiva.

Diagnóstico

Partiendo de una situación en que las deposiciones son duras, de gran tamaño, menos de 2-3 veces/semana, y con actitud de retención para evitar la defecación, por miedo al dolor, una buena anamnesis y exploración física suele ser suficiente para el diagnóstico, sin necesidad de pruebas complementarias.

Evaluación clínica

Anamnesis

- Qué entienden los padres por estreñimiento;
- 1ª evacuación de meconio;
- Momento de presentación;
- Tipo de alimentación y posibles cambios asociados con el inicio del estreñimiento;
- Síntomas asociados: vómitos, dolor abdominal, falta de apetito, trastornos miccionales, ingesta de medicación (antitusígenos, derivados opioides, atropina...);
- Patrón de defecaciones; número, aspecto, actitud del niño, control de esfínteres, estrías sangrantes en las heces, etc;
- Antecedentes familiares relacionados y hábitos dietéticos de la familia.

Exploración física

- Somatometría;
- Palpación abdominal : distensión, masas, fecalomas;
- Inspección perineal: fisuras, enrojecimiento, posición del ano (descartar ano anterior; distancia vagina-coccix >0,34 y escroto-coccix >0,46);
- Tacto rectal.: heces o no, tono de esfínter, sangrado, diámetro del canal anal;
- Exploración neurológica que descarte afectación radicular o neurológica distal.

Pruebas complementarias

En el estreñimiento funcional idiopático normalmente no son necesarias. La radiología simple de abdomen no está indicada en el estreñimiento no complicado. Una buena palpación abdominal y el tacto rectal deben ser suficientes. Si sospechamos por la anamnesis y exploración una enfermedad orgánica (5%) las pruebas complementarias irán dirigidas al diagnóstico de sospecha: manometría, biopsia rectal, electrolitos en sangre, hormonas tiroideas, test de sudor, etc...

Signos de alarma

- Comienzo neonatal y retraso en la evacuación de meconio (en el 95% de niños ocurre en las primeras 24 horas de vida).
- Sintomatología acompañante: fallo de medro, vómitos, distensión adominal...
- Exploración anómala: ano anterior, atonía esfínter anal, fosita lumbosacra...
- Lactante con estreñimiento resistente al tratamiento habitual.

En lactantes con signos de alarma debemos descartar enfermedad de Hirschsprung y pensar también en la fibrosis quística de páncreas que, en ocasiones, se manifiesta en la lactancia con estreñimiento antes de presentar sintomatología respiratoria o fallo de medro (Tabla I).

Medidas terapéuticas

La Sociedad Norteamericana de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (NASPGN), a través de un subcomité del Comité de Guías Clínicas, ha elaborado unas recomendaciones con distintos grados de evidencia sobre el tratamiento, estableciéndose una serie de pasos a seguir. No obs-

TABLA I. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL Y LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG.

Diagnóstico diferencial	Estreñimiento lactante funcional	Enf. Hirschsprung (forma clásica)
Mujer/hombre	1:1	1:5
Tamaño heces	Grandes 75%	Normales/ acintadas
Retraso crecimiento	5%	Frecuente
Estreñimiento neonatal	20%	50%
Estreñimiento lactante	84%	90%
Masa fecal abdominal	42%	95%
Heces en recto	Frecuentes	Infrecuente
Tamaño ampolla rectal	Normal/grande	Normal/ pequeño
Tono esfínter	Variable	Elevado

Modificada de Polo P. Estreñimiento en la infancia. Sistemática para evaluación y tratamiento en Atención Primaria. Curso Sociedad Valenciana de Pediatría 2001.

tante, el tratamiento va a depender de la edad el niño y de la intensidad y duración de los síntomas.

- Información a la familia: el objetivo es disminuir la carga de ansiedad familiar respecto al problema. Informar sobre la fisiopatología, evolución, importancia de las medidas a tomar y mantenimiento de las mismas.
- Fase de desimpactación: no siempre va a ser necesaria; será preciso si hay una masa fecal retenida importante que dificulta mucho la evacuación y ésta es dolorosa (más frecuente en niños mayores). En cualquier caso, en el lactante menor de 6 meses se realizaría con supositorios de glicerina o sonda rectal y lubricante; en mayores de 6 meses se puede utilizar enema salino o enema de aceite mineral, aunque en lactantes menores de un año, en general, no están recomendados los enemas. A partir de los 2 años se puede utilizar el enema de fosfatos si es preciso la desimpactación.
- Modificaciones conductuales: en los lactantes únicamente dirigidas a los padres, como el registro de un diario de defecaciones y facilitar la defecación con algunos cambios posturales. Es difícil evacuar tumbados, por lo que se puede ayudar al bebé flexionando las extremidades inferiores sobre el abdomen o poniéndole en cuclillas y sujetándole por los muslos y huesos poplíteos.

- Intervenciones dietéticas: básicamente se trataría de aumentar el aporte de agua y fibra. Va a depender también de la edad y tipo de alimentación.
 - En menores de 6 meses con lactancia materna no estaría indicado ningún cambio, salvo ofrecer pecho a demanda y asegurarnos que está satisfecho y su desarrollo ponderal es normal.
 - Si es menor de 6 meses y toma fórmula adaptada hay autores que sugieren un aumento de agua entre tomas (5-10 cc/kg/día) y aumentar la fibra en la dieta (factor formador de bolo fecal). La fibra se encuentra sobre todo en: frutas, legumbres, cereales como cebada y avena, cereales integrales, salvado de trigo, centeno y arroz y los vegetales (Tabla II). Se indica la introducción a partir de los 6 meses en forma de frutas (zumos de pera, manzana y ciruela aumentan el agua en las heces y contienen sorbitol con poder laxante) y vegetales, hasta llegar a 5 gramos fibra/día. Posteriormente, y según la edad, introducir cereales integrales (a partir de los 8 meses) y legumbres (10 meses). Si bien no hay evidencia suficiente sobre el papel de la fibra en la prevención y tratamiento del estreñimiento en niños, los estudios encuentran de forma reiterada una ingesta menor de ésta en estreñidos que en no estreñidos.
 - Aunque aún no hay evidencia científica, algunos autores preconizan en lactantes estreñidos que evolucionan mal una prueba terapéutica con un hidrolizado de proteínas, por una posible IPLV.
- Fármacos: si bien en niños mayores con estreñimiento crónico pueden ser necesarios durante períodos largos hasta conseguir adecuado control, en el lactante se deberían restringir aún más cuando estemos ante un estreñimiento funcional e intentar el control con el resto de medidas. Algunos de ellos están contraindicados en este período de la vida, como el aceite mineral (laxante emoliente) y los laxantes estimulantes (senósidos y bisacodil). Quizá los más utilizados en nuestro medio son los laxantes salinos (Eupeptina®), que están compuestos de una combinación de sales de sodio y magnesio no absorbibles, que actúan osmóticamente en el colon distal y por aumento de motilidad intestinal por la secreción de colecistoquinina. Las dosis manejadas son:
 - < 1 año: 1-2 cucharitas/12 horas
 - > 1 año: 1-3 cucharitas/ 8 horas

TABLA II. CONTENIDO EN FIBRA DE ALGUNOS ALIMENTOS.

Alimentos	Gramos fibra/100 g.	Alimentos	Gramos fibra/100 g.
Judías blancas	25,4	Kiwi	1,8
Garbanzos	12	Melocotón	0,85
Lentejas	11,7	Patata	2
Guisantes	12	Tomate	1,5
Espinacas	6,3	Chirimoya	2,4
Acelgas	5,7	Pan integral	8,5
Puerro	3,9	Pan blanco	2,7
Zanahoria	3	Pan molde blanco	3,5
Maíz	5,7	Cereales salvado	26
Frambuesa y moras	7,4	Copos avena	14
Plátano	3	Galletas integrales	6
Manzana, limón	2	Galletas avena	3-4
Naranja	2	Pera	2,3

Modificada de Hernández M. Alimentación Infantil, 2ªed. Madrid, Ed. Díaz de Santos, SA 1993.

Precauciones: posibles efectos secundarios serían la hipocalcemia y la alcalosis; en insuficiencia renal, HTA o insuficiencia cardíaca no deben utilizarse por posibles alteraciones electrolíticas. Además, disminuyen la absorción de fármacos como el hierro, digoxina e isoniazida.

De los laxantes osmóticos, la lactulosa podría utilizarse en mayores de 6 meses, teniendo en cuenta su contraindicación en la galactosemia (se hidroliza formando galactosa). Presenta como efectos secundarios posibles: flatulencia, cólicos, náuseas, vómitos, diarrea. Dosis: 1-3 ml/kg/día. El lactitol y el polietilenglicol no están indicados en menores de 2 años.

Respecto a las dosis de laxantes, no existe una dosis estándar; la ideal es la que asegure 1-2 deposiciones blandas al día, sin esfuerzo. Se inicia a las dosis recomendadas y se ajusta cuando se consigue el objetivo. No obstante en el período de la lactancia el tratamiento del estreñimiento, en caso de confirmarse como tal, debe iniciarse por escalones con medidas básicamente dietéticas y facilitadoras de la deposición, siendo los laxantes fármacos reservados a casos más severos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Canivet CA, Ostergren PO, Rosen AS, Jakobsson IL, Hagander BM. Infantile colic and the role of trait anxiety during pregnancy in

- relation to psychosocial and socioeconomic factors. *Scand J Public Health* 2005; 33:26-34.
- Espinosa MA, Anzures LB. Cólico infantil. Consideraciones actuales sobre un viejo problema. *Revista Médica del Hospital General de México* 2002; 65 N° 4:230-234.
 - Lucassen PL, Assendelft WJ, Gubbels JW, Van Eijk JT, Van Geldrop WJ, Knuistingh NA. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *BMJ* 1998; 316: 1563-1569. DARE. Documento 988656.
 - Huang R-C, Forbes DA, Davies MW. Espesador de alimentos para recién nacidos con reflujo gastroesofágico (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 N°2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
 - Colin DR, Lynnette J M, Gregory SL, Robert DB, John TB, Richard BC et al. Pediatric GE Reflux Clinical Practice Guidelines. *J. Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001; 32 (Suppl.2):S1-S31. Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children. En <http://www.naspgan.org>
 - Craig WR, Hanlon-Dearman A, Sinclair C, Taback S, Moffatt M. Metoclopramida, alimentos espesados y cambios de posición para el reflujo gastroesofágico en niños menores de dos años (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005, número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
 - Comas VA, Polanco AI, y Grupo de Trabajo Español para el Estudio del Estreñimiento en la Población Infantil. Estudio de casos-control de los factores de riesgo asociados al estreñimiento. Estudio FREI. *An Esp Pediatr* 2005; 62:340-345.
 - Susan SB, Gregory SL, Richard BC, Joseph MC, Carlo DL, Walton E et al. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. En: <http://www.nasghan.org>
 - López RMJ, Román RE, Sierra SC, Ros ML. Nutrición en algunas patologías digestivas: gastroenteritis aguda, estreñimiento, obesidad y nutrición en hipercolesterolemia. Guías prácticas sobre nutrición (IV). *An Esp Pediatr* 2001; 55:463-476.
 - Polo MP. Estreñimiento en la infancia. Sistemática para la evaluación y tratamiento en Atención Primaria. Curso Sociedad Valenciana de Pediatría; 2001.