Sociedad de Pediatría del Sureste de España

Desde Atención Primaria a Especializada. Trastornos Funcionales Digestivos. **Abordaje Biopsicosocial y Estrategias de Tratamiento Pediátrico**

XLV Reunión de Pediatría del Sureste
16 y 17 de marzo 2018

Mª Ángeles Gómez Ortigosa
Fuensanta Alemán Lorca

¿ANTE QUÉ NOS ENCONTRAMOS?

Trastornos muy frecuentes: **Prevalencia: 20-40% en edad escolar.**

Condicionan la vida del niño y su familia:

- **Absentismo escolar:**
  - entre 12 y 15 días al año de media.
  - Un 85% de los que padecen Dolor Abdominal.
- Asocian **ansiedad y depresión**.
- **Afectan a la calidad de vida** del niño y su familia.

Suponen un reto para los profesionales

¿Sirven los criterios de ROMA como herramienta para su abordaje?

Criterios ROMA I (1990)	Criterios ROMA II (1999)	Criterios ROMA III (2006)
Solo adultos	Primera clasificación en niños **basada en síntomas dependientes de la edad**. 4 TDF: vómitos, dolor abdominal, diarrea funcional y trastornos de la defecación.	Aumentan los trastornos y se dividen 2 grupos según edad. Se basa en el **síntoma predominante**.

¿Por qué nuevos criterios?

- Baja utilización
- Descripción poco clara de los criterios.
- Necesidad de incorporar algún diagnóstico presente en adultos

Consenso de expertos
+
Evidencia de los últimos 10 años

TRASTORNOS DEL EJE CEREBRO-INTESTINO

Criterios ROMA IV (2016)

- Función inmune de la mucosa .
- Microbiota.
- Destaca la participación de AP.
- Destaca el aspecto multidisciplinar: **clínico + psicosocial**

DEFINICIÓN POSITIVA

Y

DIAGNÓSTICO BASADO EN LOS SÍNTOMAS.

EDAD-DEPENDIENTES

Los síntomas no pueden atribuirse a otra enfermedad, después de una evaluación médica adecuada.

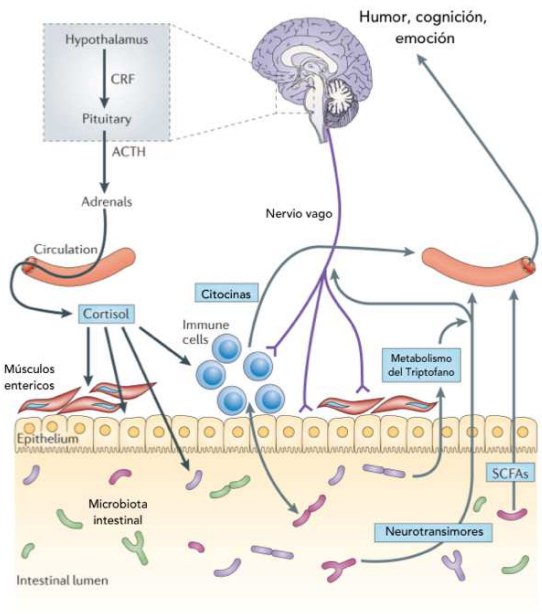
No es necesario siempre realizar exámenes complementarios

Posibilidad de que un paciente tenga más de un trastorno simultáneamente o tenga un trastorno funcional asociado a otra enfermedad.

Trastornos de la interacción cerebro-intestino

George L. Engel
1913-1999

Comunicación bidireccional



Rutas de comunicación:

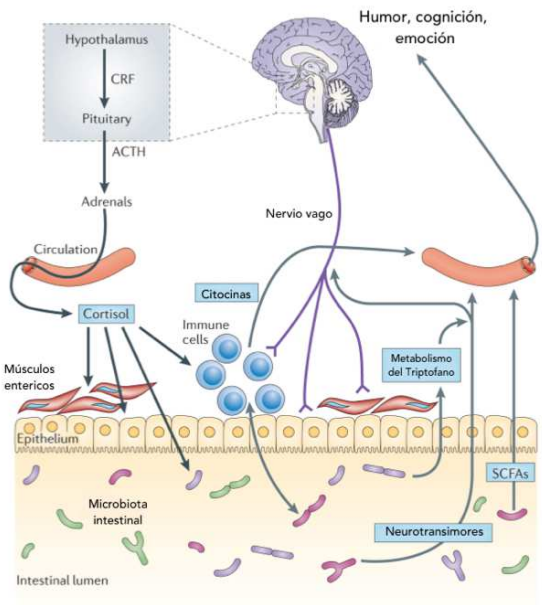
1- Nervio vago y neuronas espinales aferentes. (SNA, neurotransmisores)
2- Mediadores inmunes (citoquinas)
3- Hormonas intestinales
4- Moléculas de señalización derivadas de la microbiota intestinal.

Grupo de trastornos clasificados por **síntomas GI** relacionados con:

- **Alteración en la motilidad**
- **Sensibilidad visceral**
- **Inmunidad mucosa**
- **Microbiota intestinal**
- **Procesamiento del SNC**

Trastornos de la interacción cerebro-intestino

Comunicación bidireccional



Trastornos del ánimo

⇩

Diarrea y/o dolor abdominal

Gros DF, Antony MM, McCabe RE, Swinson RP 2009. Frequency and severity of the symptoms of irritable bowewl syndrome across the anxiety disorders and depression. J. Anxiety Disord; 23:290-296

Problemas digestivos o dolor abdominal.

⇩

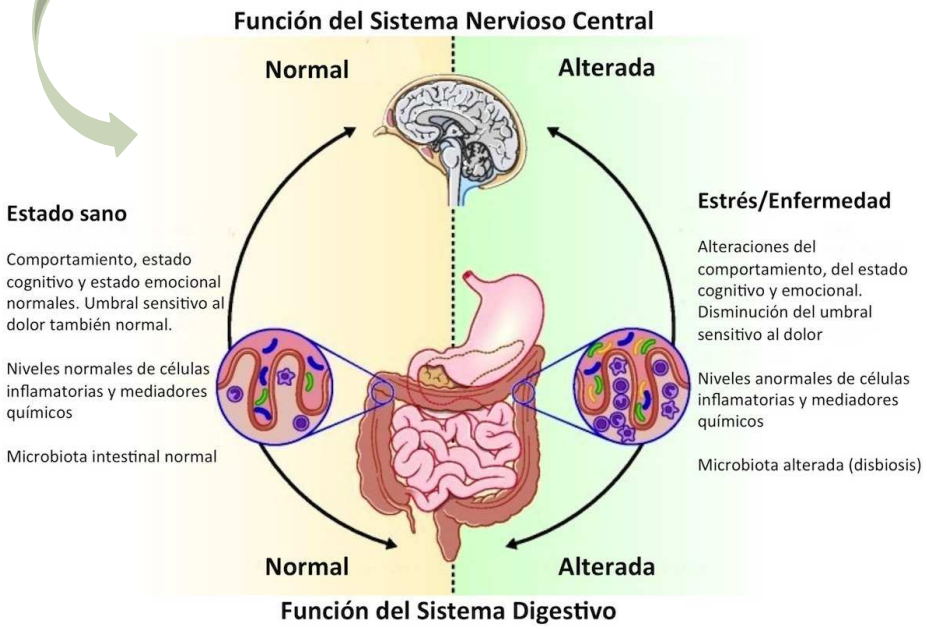
Signos de ansiedad y depresión con más frecuencia que la población general

Mussel M, Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Herzog W, Lowe B 2008. Gastrointestinal symptoms in primary care: prevalence and association with depression and anxiety. J Psychosom Res; 64:605-612

Es más importante saber qué persona sufre la enfermedad que saber qué enfermedad sufre la persona. (Hipócrates)

Bienestar social +
Bienestar físico
+
Bienestar mental

SALUD



MODELO CONCEPTUAL BIOPSICOSOCIAL

Douglas Drossman

Vida diaria
- Genética
- Cultura
- Ambiente
- **Experiencias tempranas**

Factores psicosociales
- Experiencias **estresantes**
- Rasgos de la **personalidad**
- Estado psicológico
- **Resiliencia**
- Contención social

Cerebro SNC ⇕ Intestino SNE

Fisiología intestinal
- Motilidad
- Hipersensibilidad intestinal
- Alteración inmune/Inflamación
- Alteración microbiota
- Dieta, alimentación

Evolución
- Cuidados de la salud
- Actividad diaria
- Calidad de vida
- Gasto económico

TDF
Presentación:
- Síntomas
- Severidad
- Comportamientos ante el dolor

PEDIATRA

TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL

Estado emocional y personalidad

Padres

Frecuencia de consultas
Gastos en salud

Dolor abdominal recurrente en el niño

SII en la época del adulto

Dolor abdominal

Refuerzo del **comportamiento** ante la enfermedad

Dolor abdominal más problemático

Refuerzo del **concepto** de enfermedad

Riesgo

Patrón evolutivo de los TFD. ¿Marcha disfuncional?

Diarrea crónica inespecífica

Síndrome de Intestino Irritable

Lactante // Preescolar // Escolar // Adolescente-Adulto

Cólicos del lactante
Lactante irritable

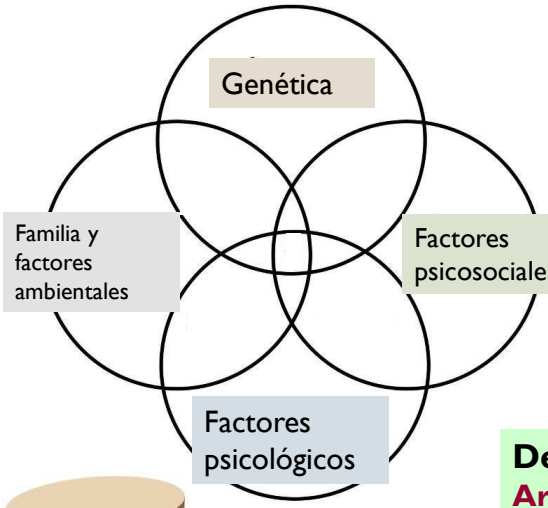
Dolor abdominal
crónico-recurrente

- 1/3 se resuelve en meses
- 1/3 tiene desórdenes a largo plazo con quejas similares al adulto
- 1/3 desarrolla otras quejas crónicas como migraña y cefalea tensional.

Un 50% de los niños sigue con dolor después de **3** años de seguimiento.

La aceptación del modelo biopsicosocial de enfermedad por los padres se asocia fuertemente a recuperación funcional de los pacientes.

¿ABORDAMOS BIEN A ESTOS NIÑOS Y ADOLESCENTES?



- Estrés y ansiedad
- Absentismo escolar/laboral
- Alteración calidad vida niño y familia

Desafío para los pediatras

Arte
Ciencia
Psicología
Compasión
Comprensión de la dinámica familiar
Confianza en la toma de decisiones

¿PEDIMOS DEMASIADAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ?

SIGNOS DE ALARMA

¿Nos sirven para distinguir entre patología orgánica y funcional?

¿Nos sirven para decidir qué pruebas debemos hacer?

Basados en opiniones de expertos

En discusión

¿PEDIMOS DEMASIADAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ?

Articulo del 2010, JPGN (243 niños con un 50% dx de TDF)
La NASPGHAN refiere que **no es necesario el uso de ecografías en ausencia de signos de alarma ni el cribado universal de celiaquía**

- **El 100% al menos 1 prueba complementaria.**
- **91.8% analíticas…..1 niño aumento de ATG y 1 con elevación transaminasas**
- **38% ecografía abdominal → todas normales.**

En 2014 un estudio en los países bajos de 200 niños determina la **baja S y E de los signos de alarma para discernir organicidad.**

74% funcionales.
26% orgánico.

59% de la muestra presentaba algún síntoma de alarma

Elevado gasto sanitario

Se estima que el diagnóstico cuesta aproximadamente 6000 dólares por niño en los Estados Unidos.

Falta de marcadores clínicos y analíticos para el diagnóstico

+

Síntomas intensos e invalidantes que perduran en el tiempo

+

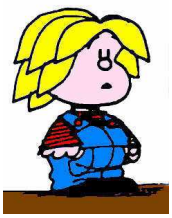
Generación de ansiedad en los niños y sus familias.

Pruebas diagnósticas en exceso

Gasto sanitario elevado con baja rentabilidad

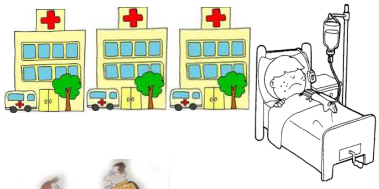
Diagnóstico clínico positivo

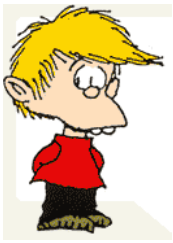
- Disminuye la ansiedad familiar. Empodera a los padres.
- Evita pruebas complementarias innecesarias.
- Disminuye el gasto sanitario



12 años
Dolor abdominal muy intenso e invalidante.
Gran preocupación. Hiperresponsable.
Bajo autoconcepto.

CEGP: Ansiedad + depresión. → CSM



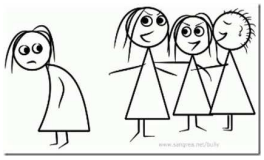


11 años
Dolor abdominal intenso.

CEGP: Familia desectructurada.
Reunión con los padres.

11 años
Disfagia. Rechazo alimento. En 3 meses pérdida de 11 kg
Ansiedad + depresión.
Bullyng.

CEGP + CSM + Dietista.



ABORDAJE TERAPEUTICO: **MODELO BIOPSICOSOCIAL**

Escuchar
Informar
Apoyar

→ **Asegura una alianza terapéutica con la familia**

Explicar la fisiopatología del dolor visceral, en el contexto del eje intestino-cerebro

→ **Mejora la relación en la familia.**
Ayuda a una crianza responsable

Establecer expectativas realistas:
- Cómo enfrentar mejor los síntomas y
- Mantener la vida familiar normal.

→ **Aporta tranquilidad y confianza a través del tiempo**

ABORDAJE TERAPEUTICO: **MODELO BIOPSICOSOCIAL**

DIETAS

¿Restricciones?
lactosa, gluten, dieta FODMAPs, etc

FERMENTABLE
OLIGOSACCHARIDES
DISACCHARIDES
MONOSACCHARIDES
AND
POLYOLS

Ajustar desequilibrios en la alimentación

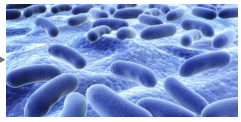
ALIMENTOS FUNCIONALES

CONOCER LA FISIOPATOLOGÍA

DIANAS TERAPÉUTICAS

ABORDAJE TERAPEUTICO: **MODELO BIOPSICOSOCIAL**

MEDICAMENTOS



PROBIÓTICOS
Lactobacillus LGG

- Antagonistas de los receptores de histamina 2,
- Inhibidores de la bomba de protones,
- Aceite de menta
- Sucralfato,
- Procinéticos,
- Laxantes,
- Antieméticos,
- Anticolinérgicos
- Antidepresivos

Evitar medicaciones innecesarias

No diferencias significativas **fármacos vs placebo.**

ABORDAJE TERAPEUTICO: **MODELO BIOPSICOSOCIAL**

INTERVENCIÓN

Efectos fisiológicos

Aprendizaje a manejar los síntomas

Disminuyen la percepción del dolor

Aumenta la tolerancia al dolor

TERAPIA FAMILIAR

- Técnicas de modificación de conducta
- Técnicas de relajación y distracción
- Disminuir la atención parental…

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

DESDE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Conocer los TDF

Aplicar el modelo biopsicosocial

- Empatía
- Informar
- Apoyar

Dar expectativas reales

No realizar pruebas innecesarias

Evitar tratamientos o medicaciones innecesarias

CONSEGUIR ESTABLECER ALIANZAS CON LA FAMILIA

↓

CONFIANZA

Functional Gastrointestinal Disorders:

¿Cuáles son los TDF en menores de 5 años?

G1. REGURGITACION DEL LACTANTE

G2. SINDROME DE RUMIACION

G3. SINDROME DE VOMITOS CICLICOS

G4. COLICO DEL LACTANTE

G5. DIARREA FUNCIONAL

G6. DISQUECIA DEL LACTANTE

G7. ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

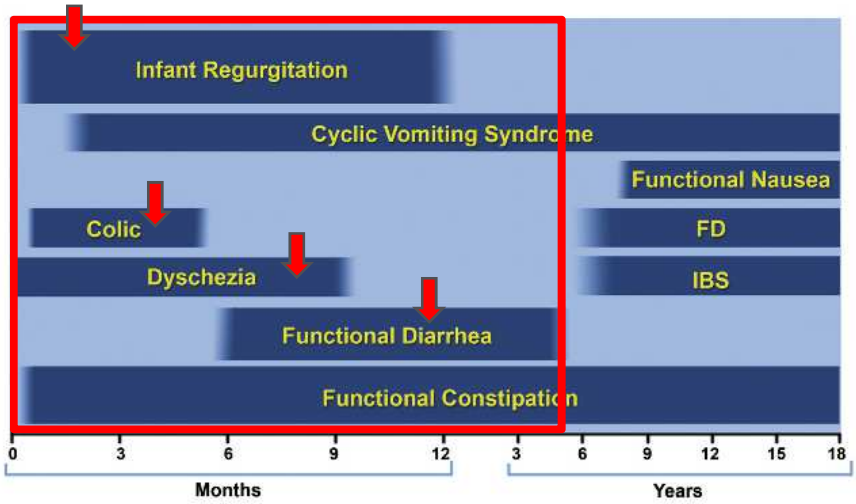


Figure 1. Age of presentation of FGIDs in pediatric patients. The bars show each diagnosis. Symptoms might begin earlier, as there is a time requirement to fulfill diagnostic criteria. IBS, irritable bowel syndrome; FD, functional dyspepsia.

TDF EN MENORES DE 5 AÑOS

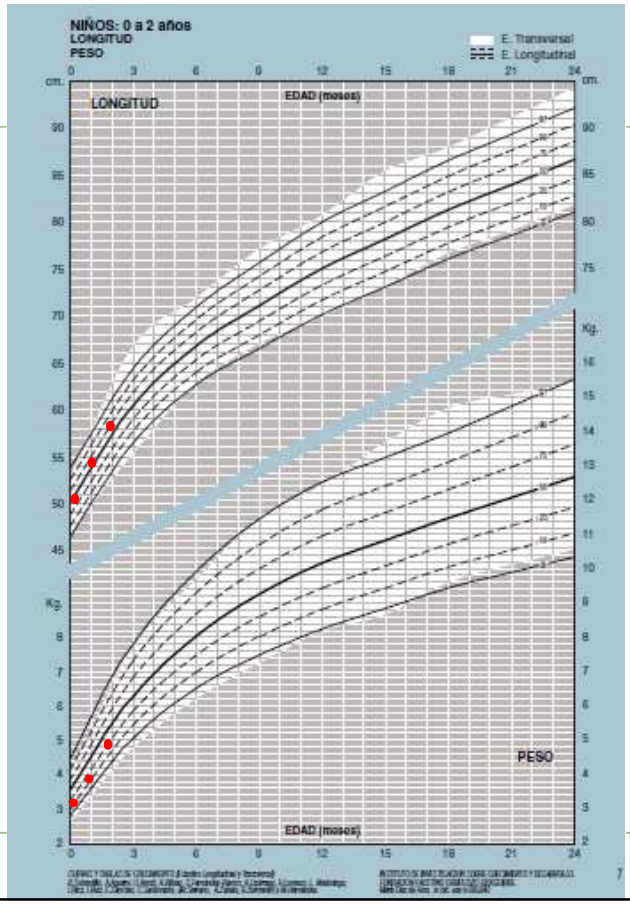
- Desarrollo normal o bien respuesta maladaptativa a estímulos externos o internos
- Expresión clínica variable con la edad
- No comunicación verbal / **inexactitud síntomas**
- **Dependemos del relato parental** + impresión clínica
- Abordar los síntomas del inicio + preocupación familiar
  - El plan terapéutico debe atender tanto a niño como familia
- **Evitar pruebas y tratamientos innecesarios**

CASO CLÍNICO 1

Lactante de 3 meses. Presenta ´"bocanadas" en todas las tomas desde el nacimiento. Vómitos ocasionales

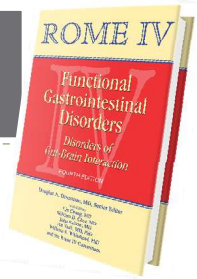
RNT, AEG. No AP de interés

- ¿Tipo de alimentación? **LM exclusiva**
- ¿Presenta crisis de tos o de sofocación, apneas? ¿Hematemesis? **NO**
- ¿Tiene dificultades para la alimentación? **NO**
- ¿Tiene irritabilidad o adopta posturas anormales durante las tomas? **NO**
- ¿Cómo es su curva pondero-estatural?


NIÑOS: 0 a 2 años
LONGITUD
PESO
E. Transversal
E. Longitudinal
LONGITUD
EDAD (meses)
PESO
EDAD (meses)
cm.
Kg.

G1. REGURGITACION DEL LACTANTE
G2. SINDROME DE RUMIACION
G3. SINDROME DE VOMITOS CICLICOS
G4. COLICO DEL LACTANTE
G5. DIARREA FUNCIONAL
G6. DISQUECIA DEL LACTANTE
G7. ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

G1. REGURGITACION DEL LACTANTE



- Criterios diagnósticos:
  - Deben incluir las **2** características en lactantes sanos de **3 semanas a 12 meses** de edad:
    - 2 o más regurgitaciones/día durante ≥3 o más semanas
    - Ausencia de **náuseas, hematemesis, aspiración, apnea, retraso desarrollo, dificultades para la alimentación o para tragar o posturas anormales**

ERGE, anomalía TDS

CASO CLÍNICO 1

¿QUÉ HACER?

- 1. Solicitamos TEG para descartar anomalía anatómica
- 2. Iniciamos tratamiento con IBP
- 3. Explicamos a la familia la benignidad del cuadro y ausencia de signos de alarma
- 4. Planteamos pautar fórmula AR

CASO CLÍNICO 2

Pre-escolar de 2,5 años con diarrea de 3 meses
4-5 deposiciones/día, con moco y restos de alimentos sin digerir. Dolor abdominal ocasional

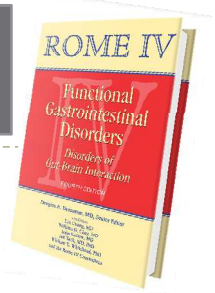
AF: tío paterno celiaco

1. Completar anamnesis:

- Características de las heces: Color, cambio de consistencia de las heces a lo largo del día? Presencia de sangre?. Deposiciones explosivas?
- Postprandiales?
- Asocian fiebre o vómitos?
- Antecedente de GEA reciente o ATB? Eritema perianal?
- Alimentación?
- Pérdida de peso?

Las **1º heces de la mañana eran normales**, habitualmente **postprandiales**.
Sin sangre, no vómitos, afebril. No eritema perianal.
Un zumo industrial diario, comidas al vapor y plancha
Peso P50, Talla P75 mantenidos

G5. DIARREA FUNCIONAL



Deben incluir **todos** los criterios siguientes:

- Presencia de 4 o más deposiciones diarias, grandes, poco formadas e indoloras
- Los síntomas duran más de 4 semanas
- Aparición de la clínica entre 6 y 60 meses de edad
- No hay fallo de medro si la ingesta calórica es adecuada

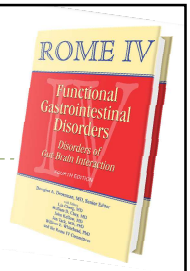
TRATAMIENTO

- Aconsejar dieta variada, reducir azúcares simples (fructosa, sorbitol)
- Explicar la benignidad del cuadro y esquema evolutivo de la enfermedad
- No necesidad de exploraciones complementarias
- Asegurar el control evolutivo del niño

EVOLUCIÓN

- Resolución progresiva de la diarrea a los 5 años
- Percentiles Peso y talla conservados

G6. DISQUECIA DEL LACTANTE



- Debe incluir en un lactante <9 meses de edad:
- Al menos 10 minutos de esfuerzo y llanto antes deponer heces blandas, con o sin éxito
- No hay otros problemas de salud asociados

TDF EN NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS Y ADOLESCENTES

H1. TRASTORNOS FUNCIONALES DE NAUSEAS Y VOMITOS

- H1a. SD. DE VOMITOS CÍCLICOS
- H1b. NAÚSEAS Y VÓMITOS FUNCIONALES
- H1c. SD DE RUMIACION
- H1d. AEROFAGIA

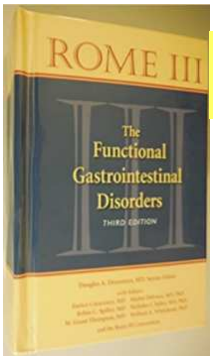
H2. TRASTORNOS FUNCIONALES DE DOLOR ABDOMINAL

- H2a. DISPEPSIA FUNCIONAL
- H2b. SD. DE INTESTINO IRRITABLE
- H2c. MIGRAÑA ABDOMINAL
- H2D. DOLOR ABDOMINAL FUNCIONAL NO EPECIFICADO

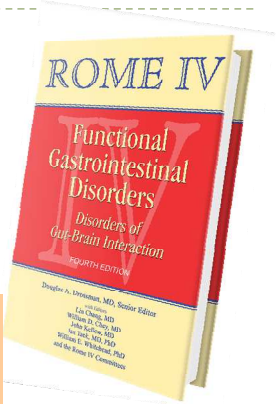
H3. TRASTORNOS FUNCIONALES DE LA DEFECACION

- H3a. ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL
- H3b. INCONTINENCIA FECAL NO RETENTIVA

CARACTERÍSTICAS



"No existe evidencia de enfermedad orgánica"



"Después de la apropiada evaluación médica los síntomas no pueden ser atribuidos a otra condición médica"

Desarrollo selectivo o no de pruebas para apoyar el **diagnóstico positivo** de un TDF

CASO CLÍNICO 3

Escolar de 4 años con vómitos matutinos recurrentes en los últimos 3 meses

¿Asocia otros síntomas?

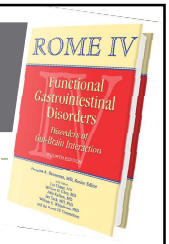
¿Cuando le sucede esto?

¿Qué toma en el desayuno?

¿Afectación pondero-estatural?

¿A que lo atribuyen los padres?
¿Que grado de preocupación les ocasiona?

H1b. NÁUSEAS Y VÓMITOS FUNCIONALES



- **H1b1. NÁUSEAS FUNCIONALES**
  - Náuseas fastidiosas como síntoma predominante, mínimo 2 veces/semana y generalmente no relacionadas con la comida
  - Sin asociación consistente con vómitos
  - Después de la evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición

- **H1b2. VÓMITOS FUNCIONALES**
  - 1 o más episodios semanales
  - Ausencia de vómitos autoinducidos o criterios para un TCA o rumiación
  - Después de la evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición

- **TRATAMIENTO:**

- Tranquilizar a los padres de la benignidad del cuadro

- Recomendar una valoración por el gabinete psicopedagógico y entrevista con la tutora para facilitar la adaptación del niño al centro escolar

CASO CLÍNICO 4

Escolar de 11 años. Dolor abdominal desde hacía 4 meses. En epigastrio "tipo quemazón". Empeoraba con las comidas. Menor ingesta, refería "que se llenaba enseguida". Vómitos ocasionales. No diarreas. No pérdida ponderal

Preocupación familiar. Familia de 4 miembros bien estructurada. Padres exigentes. Buen rendimiento escolar, cursaba 4° de piano, tenis y alemán

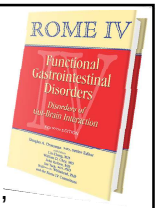
EF: Peso (P50) y talla (75). Normal

1.- Solicito analítica, ecografía abdominal y estudio de heces
2.- No signos de alarma, probable trastorno digestivo funcional
3.- Derivo a estudio por Gastroenterología Pediátrica
4.- Prescribo IBP y entrego agenda del dolor abdominal

SIGNOS DE ALARMA DEL DOLOR ABDOMINAL

- **AF de enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca o de úlcera péptica**
- **Dolor persistente en el cuadrante inferior derecho o superior derecho**
- **Disfagia/odinofagia**
- **Vómitos persistentes**
- **Pérdida de sangre gastrointestinal**
- **Diarrea nocturna**
- **Artritis**
- **Enfermedad perirrectal**
- **Pérdida involuntaria de peso/desaceleración del crecimiento lineal/ retraso en la pubertad**
- **Fiebre inexplicable**

H2a. DISPEPSIA FUNCIONAL



Se deben cumplir **uno o más** de los siguientes datos, por lo menos **4 días al mes**, durante al menos **dos meses** antes del diagnóstico:

- Plenitud postprandial
- Saciedad precoz
- Dolor epigástrico o ardor no asociado con la defecación
- Tras una evaluación adecuada, los síntomas no pueden atribuirse a otra causa

Dos subtipos:

H2a1. Sd. DEL DISTRÉS POSTPRANDIAL: plenitud postprandial, saciedad precoz, distensión abdominal, náuseas postprandiales y eructos

H2a2. Sd. DE DOLOR EPIGÁSTRICO: dolor o ardor epigástrico. El dolor es localizado, no se irradia y no se alivia al defecar

EVOLUCIÓN

- Escasa mejoría con el tratamiento con Lansoprazol
- El dolor interrumpe y limita sus actividades cotidianas

- Se solicita analítica, Ag de H. Pylori en heces, SOH → **NEGATIVAS**
- A los 15 días viene acompañada de su abuela y con la agenda del dolor abdominal

AGENDA DE DOLOR ABDOMINAL

FECHA Y HORA	DÓNDE LE DUELE?	CÓMO ES?	QUÉ HACE?	INTERRUMPE?	MEJORA?	MEDICINA?	DURACIÓN?	ASOCIA OTRAS MOLESTIAS?	HECES

AGENDA DE DOLOR ABDOMINAL

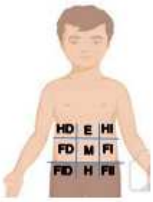
Atendemos a su hijo porque presenta dolor abdominal. Es frecuente que el momento de la consulta no tenga ninguna molestia y que le resulte difícil recordar las características del dolor cuando lo tiene. Con el fin de poder valorar mejor estos dolores, le pedimos que cada vez que tenga dolor abdominal recoja los datos que le pedimos en esta **AGENDA DE DOLOR ABDOMINAL**. Es muy importante que la traiga cuando acuda a la próxima visita en la consulta de Pediatría. Le indicamos cómo recoger algunos de los datos que le solicitamos.

¿DÓNDE?: especifique la zona del abdomen que le duele:

HD: Hipocondrio derecho; **HI**: Hipocondrio izquierdo

E: Epigastrio

M: Mesogastrio



FI: Flanco izquierdo; **FD**: Flanco derecho

FII: Fosa Ilíaca Izquierda; **FID**: Fosa Ilíaca Derecha

H: Hipogastrio

¿CÓMO ES?: es intermitente "va y viene", a modo de "retortijón", es continuo y no se alivia, a modo de pinchazo, presión, ardor "como si le quemara". Puntúe la intensidad del dolor de 1(duele poco) a 10 (duele muy fuerte)

¿QUÉ HACE? Qué está haciendo su hijo cuando se queja de dolor: antes, durante o después de comer, lo relaciona con algún alimento, está durmiendo,...

¿INTERRUMPE?: El dolor le afecta como para detener la actividad que está haciendo o bien continúa con la misma.

¿MEJORA: tras la defecación, después de vomitar, ventoseando, eructando, con un masaje abdominal, comiendo,...

¿DURACIÓN: cuanto tiempo le duele el abdomen.

¿MEDICINA: indique qué medicación le da en cada episodio y si le alivia.

OTRAS MOLESTIAS: vomita?, siente ardor en el esófago?, abdomen distendido?, eructos repetidos?

HECES: cuando fue la última deposición?. Número de deposiciones/ día. Consistencia de las heces (número del 1-7 según dibujo)
Tienen restos de sangre o moco?

Fin de semana

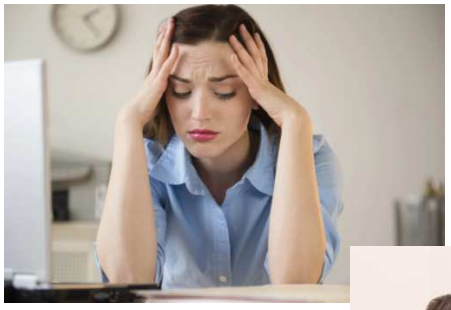
Comida, extraescolares

AGENDA DE DOLOR ABDOMINAL

Distracción

+ náuseas funcionales, RGE

FECHA Y HORA	DÓNDE DUELE	CÓMO ES?	QUÉ HACE?	INTERRUMPE	MEJORA?	MEDICINA?	DURACIÓN?	ASOCIA OTRAS MOLESTIAS?	HECES
01-06/ 1/18 14 Y 16H	E	Pinchazo, ardor, 8	Tras comer, Tocando el piano	SI	Salgo a pasear	NO	1-2 horas	Eructos, sube acido	Sí, 4
08/01/18 15h, 17h, 20	E	Igual	Comiendo, Conservatorio, cenando	SI	Juego con Mónica	NO	Tarde	Eructos	NO
10/01/18 15h, 18h	E	Igual	Comiendo, Alemán, cena	SI	Leo libro	NO	2 horas	NO puedo comer	Sí, 3
12/01/18 15h, 18h,20h	E	Ganas de vomitar, pinchazos	Comiendo, Conservatorio, cena	SI	Hablo con la abuela	NO	Tarde	Sube acido	Sí, 3
13-14/01 15h, 17h	E	Igual	Practico piano, comiendo	SI	Paseo	NO	Todo el día	Ganas de vomitar	Sí, 3
15/01/18 15h, 18h	E	Pinchazo, ardor, 7	Comiendo, Alemán	SI	Hablo con Ana	NO	Tarde	Eructos	Sí,4
19-21/01/18	E	Pinchazo, 8	Desayuno, piano, comida	SI	Juego con Mónica	NO	Todo el día	Sube acido	Sí, 3



CASO CLÍNICO 5

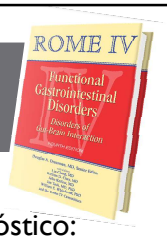
Adolescente de 13 años

AP: RNT, AEG. Cesárea. Lactancia artificial. 1° Tto. ATB (amoxicilina-clavulánico) a los 9 meses. OMA de repetición hasta los 3 años

Dolor abdominal de 6 meses de evolución. Crisis recurrentes de dolor en mesogastrio, tipo cólico, de intensidad 8. A veces se acompañan de estreñimiento de 3-4 días. Otras urgencia defecatoria con dolor abdominal que alivia tras la defecación. Tenesmo rectal. Alterna heces duras con otras de consistencia blanda y con moco. No pérdida ponderal

¿SD. DE INTESTINO IRRITABLE?

H2b. SD. DE INTESTINO IRRITABLE



Se deben cumplir todos los datos, durante al menos **2 meses** antes del diagnóstico:

- Dolor abdominal durante al menos 4 días al mes asociado con una o más de las siguientes:

  Relacionado **con la defecación**

  Cambio en la **frecuencia** de las heces

  Cambio en la **forma** de las heces

- En niños con estreñimiento, el dolor no se resuelve al mejorar éste
- Tras una evaluación adecuada, los síntomas no pueden atribuirse a otra causa

¿Existen signos de alarma?

SIGNOS DE ALARMA DEL DOLOR ABDOMINAL

- **AF de enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca o de úlcera péptica**
- **Dolor persistente en el cuadrante inferior derecho o superior derecho**
- **Disfagia/odinofagia**
- **Vómitos persistentes**
- **Pérdida de sangre gastrointestinal**
- **Diarrea nocturna**
- **Artritis**
- **Enfermedad perirrectal**
- **Pérdida involuntaria de peso/desaceleración del crecimiento lineal/ retraso en la pubertad**
- **Fiebre inexplicable**

¿CÓMO SE ALIMENTA?

- Zumo artificial con leche durante las comidas
- Cena en restaurantes de comida rápida (hamburgueserías, pizzerías, kebac) el fin de semana
- Coca-cola con cafeína 1-3 veces a la semana
- ½ ración de verdura/día y 4 piezas de fruta/día

¿HAY ALGO QUE LE PREOCUPA?

- Cambio de centro escolar
- Sensación de aislamiento social
- Preocupación por su patología
- "En casa todo bien"

TRATAMIENTO

- Recomendación higiénico-dietética (NICE)
  +
- Espasmolítico (Spasmoctyl pediátrico)
  +
- Probiótico

Dieta NICE (Guía de The National Institute for Healt and Care Excellence)

- *Evitar comidas copiosas*
- *Horario regular de comidas*
- *Evitar sorbitol*
- *Reducir ingesta de grasas, fibra insoluble, cafeína, bebidas gaseosas y alimentos productores de gas (cebolla, alubias, repollo), alimentos precocinados*
- *Limitar la fruta fresca a 3 piezas al día*

DIARIO DE SEGUIMIENTO

DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (SII) CON ESTREÑIMIENTO

ESCALA DE EVALUACIÓN de 0 a 10	Sin síntoma		Leve		Moderado		Intenso		Muy intenso
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Con el objetivo de ayudarle a controlar mejor los síntomas que tiene, por favor, lea detenidamente las preguntas de este documento y conteste a ellas:

	Semana 1	Semana 2	Semana 4	Semana 12 (3 meses)	Semana 24 (6 meses)	Semana 52 (1 año)
FECHA						
ESTREÑIMIENTO Puntúe de 0 a 10 según la escala	2	3	2			
¿Cuántos días en la última semana?	1	1	2			
DOLOR Puntúe de 0 a 10 según la escala	8	8	8			
¿Cuántos días en la última semana?	7	6	6			
HINCHAZÓN Puntúe de 0 a 10 según la escala	2	3	2			
¿Cuántos días en la última semana?	4	2	3			
¿Ha tenido **DIARREA**?	NO / SI	NO / SI	NO / SI	NO / SI	NO / SI	NO / SI
Puntúe de 0 a 10 según la escala	3	4	3			
¿Cuántos días en la última semana?	3	3	2			
¿Ha dejado de tomar la **MEDICACIÓN** algún día?	NO / SI	NO / SI	NO / SI	NO / SI	NO / SI	NO / SI
	X	X	X			
¿Cuántos días en la última semana?						
¿Le ha prescrito su médico **OTROS TRATAMIENTOS** para el SII o el ESTREÑIMIENTO?	NO / SI	NO / SI	NO / SI	NO / SI	NO / SI	NO / SI
¿Cuáles?						
¿Toma otra **MEDICACIÓN** o **PRODUCTO DE HERBOLARIO**?	NO / SI	NO / SI	NO / SI	NO / SI	NO / SI	NO / SI
¿Cuáles?						

Se solicitan exámenes complementarios:

- Hemograma, VSG
- Bioquímica, PCR
- Digestión de heces, SOH y Calprotectina fecal

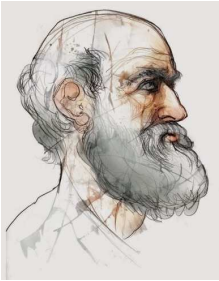
Normales. Calprotectina fecal 60 ug/g

IC a SALUD MENTAL

DESDE ATENCIÓN PRIMARIA….
Necesidad de identificar estos TDF y familiarizarnos con su manejo
Evitar la realización de exploraciones complementarias innecesarias
Registrar y modificar hábitos alimentarios
Conocimiento y cercanía a los niños y familias
Posibilidad de seguimiento y control estrecho de los pacientes
Respetar, ayudar y apoyar al paciente y a la familia en su enfermedad

Es habitual la persistencia de los síntomas. Es ahí donde la confianza en el médico ayuda al paciente a superar esos síntomas para que no sean un impedimento para su vida ordinaria.

HIPÓCRATES (siglo IV a.C.)



"Lo primero que conviene apreciar con exactitud es todo cuanto se refiere al enfermo, a los que le rodean y a las cosas externas que los afectan"