



PEDIATRIAN KONTSULTAK EGITEKO OHIKO ARRAZOIAK: IDORRERIA ETA EZTUL AKUTUA

AURKIBIDEA

► SARRERA

► IDORRERIA

- Diagnostikoa
- Tratamendua
 - Esku-hartze ez-farmakologikoak
 - Tratamendu farmakologikoa
- Konplikazioak
- Funtsezko ideiak

► EZTUL AKUTUA

- Diagnostikoa
- Tratamendua
 - Esku-hartze ez-farmakologikoak
 - Tratamendu farmakologikoa
- Funtsezko ideiak



SARRERA

Sukarra, gastroenteritis akutua, gorakoa, idorreria eta ezul akutua Lehen Mailako Arretako (LMA) pediatrian kontsulta egiteko arrazoi oso ohikoak dira. Orokorrean, berez sendatzen diren prozesu arin automugatuak (PAA) izaten dira. Halakoetan, beste patologia konkomitante batzuk edo osasuna larriagotzen duten bestelako irizpideak aztertu behar dira, kasu horietan beste arreta-maila batzuetara bideratzea beharrezkoa izaten baita.

Prozesu arinetan, tratamendu farmakologikoa beti ez dago indikatuta. Prozesu horiek batez ere heziketa sanitarioaren eta autozaintzaren bidez onbideratu behar dira; ahal dela, prozesua medikalizatu gabe.

2024. urtean, [pediatrian kontsultak egiteko ohiko arrazoiei buruzko INFAC buletina](#) argitaratu zen, non LMAko pediatrian kontsultatzen diren sukarraren eta gastroenteritis akutuaren ezaugarriak eta tratamendua berrikusi baitziren. [2001eko](#) eta [2015eko](#) buletinetan pediatrian kontsultatzen den idorreriaren gaineko azalpenak eman ziren, ez oso modu exhaustiboan. Bada, buletin honen helburua da idorreriaren eta ezul akutuaren tratamenduaren ezaugarriak zehaztasun-maila handiagoz berrikustea.

IDORRERIA

Idorreria arazo oso ohikoa da pediatria-adinean daudenen artean. Kasuen % 90ek baino gehiagok jatorri funtzionala izaten dute; soilik kasuen % 5-10ek izaten dute kausa organikoa, hala nola tratamendu mediko edo kirurgiko espezifikoak behar dituzten alterazio anatomikoak, neurologikoak, muskularrak edo libratze-mekanismoaren anomaliak^(1,2). Europan, idorreria funtzionalaren (IF) prebalentzia % 8,17koa da 4 urtetik beherakoen artean, eta % 11,39koa, 4-18 urtekoen artean, sexuari dagokionez batere alderik izan gabe. 4-18 urtekoen prebalentzia ezberdina da herrialdearen arabera; adibidez, Alemanian, % 29,75koa da, eta Espainian, berriz, % 16,1ekoa⁽³⁾.

Izatez, IFa ez da gaixotasun bat, baizik eta libratze-atzerapenak edo -zailtasunak ezaugarri dituen sintoma bat, pazientearen ondoezarekin lotzen dena⁽²⁾.

Idorreria agertzea probableagoa da haurra amagandiko edoskitzea (AE) utzi ondoren formula-esnearekin elikatzen hasten denean, edo elikagai osagarriak edo behi-esnea hartzen hasten denean, baita libratze-ohiturei hasiera emateko garaian (haur-oihala kentzean) eta eskola-garaia hastean ere. Eginkariak kanporatu aurretik mina sentitzea ere idorreriaren faktore abiarazleetako bat izan daiteke^(4,5,6).

Kontuan hartu behar da AE bidez soilik elikatzen diren haurretan alde handiak egoten direla libratze-kopuruari dagokionez: normala da hartualdi bakoitzaren ondoren libratzea eta normala da, halaber, astebetean ez libratzea. AE bidez elikatzen den haurrak hesteetako erritmo hori badu, normaltasunez hazten bada, klinikoki osasuntsu badago eta ez badago daturik arazo organikoren bat egon daitekeela susmatzeko, ez du tratamendurik behar⁽⁶⁾.

Formula bidez elikatzen diren edoskitzaileen kasuan, formula zuzen prestatzen dela ziurtatu behar da, kontzentrazioa handitzeak idorreria eragin baitezake⁽⁷⁾.

DIAGNOSTIKOA

IFaren diagnostikoaren oinarri dira, batetik, historia klinikoa (mekonioa kanporatzeko unea, libratze-maiztasuna eta eginkarien trinkotasuna –Bristol eta Amsterdam eskalak–, hasiera-adina, historia dietetikoa, familia-aurrekariak, medikazioa...) eta, bestetik, miaketa fisikoa (egoera orokorraren eta nutrizionalaren balorazioa, abdomena haztatzea...). Roma IV irizpide diagnostikoak betetzen badira ezartzen da IFaren diagnostikoa (ikusi 1. taula).

Kasu gehien-gehienetan ez da proba osagarririk egin behar izaten^(1,6).

Garrantzitsua da nahasmendu organikoen adierazle izan daitezkeen sintomak eta alarma-zantzuak detektatzea; besteak beste, hauek⁽⁶⁾:

- Jaiotzetik edo bizitzako lehenengo asteetatik idorreria agertzea.
- Mekonioa berandu kanporatzea (> 48 ordu).
- Hirschsprung-en gaixotasunaren historia familiarra.
- Pisu gutxi hartzea.
- Zinta-formako eginkariak.
- Gorakoa edo abdomeneko distentsio esanguratsua.
- Idorreria duten edoskitzaileek sukarra, eta, aldi berean, beherako odolezkua eta abdomeneko distentsioa badute, erne egon behar dugu, Hirschsprung-en gaixotasunari lotutako enterokolitisa izan baitaiteke.

- Atzeratasun psikomotorra.
- Beheko gorputz-adarrei eragiten dien gaixotasun neurologikoaren sintomak edo zantzuak: indarraren, tonuaren, sentikortasunaren eta erreflexu osteotendinosoen alterazioak; ipurmasail zapalak.
- Inguru lunbosakroaren eta perineo inguruaren miaketa fisikoan anomaliak aurkitzea: angiomak, ile-sortak, fistulak, sakroko agenesia, aurrerantz desplazatutako uzkia, erreflexu kremasterikorik eza eta uzki inguru-ko sentikortasunaren alterazioa.
- Ondesteko anpoila huts eta estua.
- Gaixotasun sistemikoen sintomak eta zantzuak, hala nola hipotiroidismoarenak.
- Tratamenduari gaizki erantzutea, nahiz eta terapia zuzen bete.

Ezberdindu egin behar dira idorreria eta edoskitzailearen diskezia. Azken hori 6-9 hilabetetik beherako edoskitzaileen nahasmendu funtzional bat da, eta haren ezaugarria da eginkari bigunak kanporatu aurretik gutxienez 10 minutuz negarrez eta ahaleginak egiten aritzea, bestelako osasun-arazorik izan gabe. Egoera fisiologiko hori abdomeneko presioa handitzearen eta zoru pelbikoa erlaxatzearen artean gertatzen den koordinazio-faltak eragiten du. Bere kabuz onbideratzen da, eta ez du tratamendurik behar^(6,7).

1. taula. Roma IV irizpide diagnostikoak, idorreria funtzionala definitzeko⁽⁶⁾

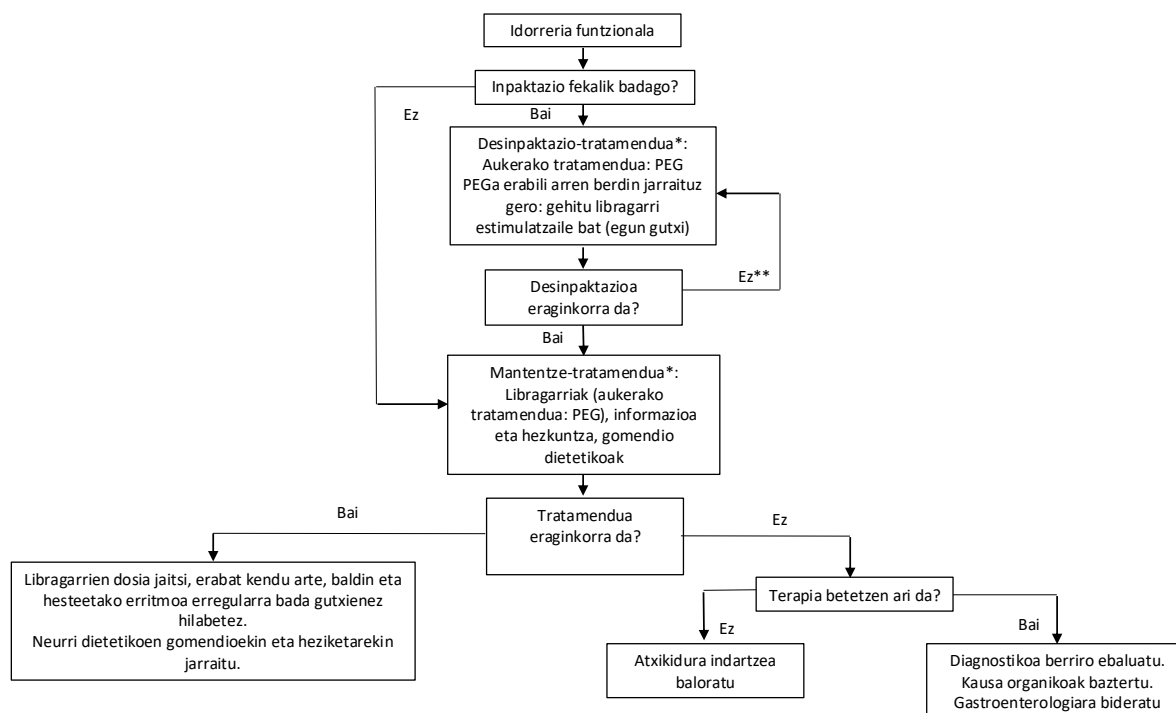
Edoskitzailea edo 4 urtetik beherako haurra
Irizpide hauetako bi bete behar ditu, gutxienez hilabetez: 1. Astean bitan edo gutxiagotan libratzea 2. Gehiegizko erretentzio fekalaren historia izatea 3. Libratze mingarriaren edo eginkari gogorren historia izatea 4. Diametro handiko eginkarien historia izatea 5. Masa fekal handia izatea ondestean Haurra eginkariei eusteko gai bada, irizpide osagarri hauek erabil daitezke: 6. Astean ihes-gertakari bat izatea gutxienez 7. Komunontzia buxatzeko moduko diametro handiko eginkarien historia
4-18 urteko haurra edo nerabea
Gutxienez hilabetez, eta gutxienez astean behin, irizpide hauetako bi edo gehiago bete behar ditu, heste narritakorraren sindromea diagnostikatzeko nahikoa irizpide izan gabe: 1. Haurrak gutxienez 4 urteko garapen-adina badu, astean bitan edo gutxiagotan libratzea komunontzian 2. Inkontinentzia fekalaren gertakari bat edo gehiago izatea astean 3. Erretentzio-jarreraren historia edo borondatzeko erretentzio fekal gehiegizkoa 4. Libratze mingarriaren edo eginkari gogorren historia 5. Masa fekal handia izatea ondestean 6. Komunontzia buxatzeko moduko diametro handiko eginkarien historia Ebaluazio mediko egokia egin ondoren, sintomak ezin zaizkio beste ezeri egotzi.

TRATAMENDUA

Tratamenduak helburu hauek ditu: inpaktazio fekala zuzentzea, halakorik bada, eta, ondoren, mantentze-tratamendua jartzea, hesteetako erritmoa bere onera etor dadin, eta haurrarekin eta familiarekin heziketa-lana egitea, idorreriaren fisiopatologia uler dezaten eta ohitura dietetiko eta libratze-ohitura egokiak har ditzaten⁽⁶⁾ (ikusi 1. irudia).

Tratamenduak goiztiarra izan behar du, idorreria kronikoa eta haren konplikazioak ekiditeko, eta kontuan hartu behar ditu, bai alderdi farmakologikoa, bai ohitura dietetiko eta konduktual egokiak, hala nola haurren adinera egokitutako jarduera fisikoa^(1,4,5). Ez dira neurri dietetikoak soilik erabili behar lehen aukerako tratamendu gisa⁽⁶⁾. Garrantzitsua da tratamendua hasi aurretik argi azaltzea, eskema sinpleak erabiliz, zein diren idorreria garatzea eta mantentzea eragiten duten faktoreak. Finean, konfiantza eta lasaitasuna helaraztea da helburua, bai eta neurri terapeutikoak haurrarekin eta familiarekin adostea ere, tratamenduari ongi atxiki daitezen, baliteke-eta tratamenduak zenbait hilabete irautea^(1,4,5).

1. irudia. Idorreria funtzionalaren algoritmo terapeutikoa. Hemendik aldatua ⁽⁶⁾



* Informazio gehiagorako, jo [INFAC buletinaren testura eta taula lagungarrira](#)

** Hainbat saiakera egin ondoren desinpaktazioa lortzen ez bada, pazienteak beste norabait bideratu
PEG: polietilen glikola

Esku-hartze ez-farmakologikoak

Neurri dietetikoak

Desinpaktazio-fasean, zuntz gutxiko edo zuntzik gabeko dieta egitea gomendatzen da, eta nahikoa ur edaten dela ziurtatu behar da, eginkariak bigunak izan daitezkeen ^(1,2,6).

Behin desinpaktazioa lortuta, pixkana-pixkana hasi behar da zuntz ugariko dieta egiten. Behar besteko zuntz-eta likido-ekarpena egin behar du dietak; izan ere, epe ertainera lortu behar den azken helburua dieta orekatua ezartzea eta zuntz nahikoa hartzea da, betiere eguneko gomendioei jarraituz. Ez dago ebidentziarik IFaren tratamenduan zuntz-osagarriak erabiltzea gomendatzeko ⁽⁹⁾. Idorreria duten haurrek fruta, barazki eta lekale askoko dieta orekatua egin behar dute ⁽⁶⁾. Formula hau aplikatuz kalkula daiteke zenbat zuntz hartzea gomendatzen den: haurraren adina (urteak) + 5-10 g/egun ^(1,6).

Ez dago ebidentziarik idorrerian prebiotikoen eta probiotikoen erabilera eraginkorra denik ^(6,9-11).

Hezkuntza

Libratze-ohituretan trebatzeko programa abian jarri behar da, hori izango baita tratamenduak epe luzera arrakasta izateko giltzarria. Haurrak esfinterra kontrolatzea lortu eta gero jarriko da martxan programa hori. Funtsean, gomendatuko da haurra egunero komunontzian esertzea, ahal dela beti ordu berean eta otorduen ondoren (erreflexu gastrokolikoa probesteko), eta kaka egiten saiatzea. Ez da komeni haurra behartzea, ez eta eginkariak egitea lortzeki edo ez lortzeki garrantzi handiegia ematea ere; saiakerak ez du 10 minutu baino gehiago iraun behar. Haurraren oinek lurra ikutu behar dute; beharrezkoa bada, jasogailu bat erabiliko da ^(1,5,6). Gomendagarria da, halaber, libratze-aldi bakoitza jasota uzteko egutegi bat osatzea, errefortzu-neurri gisa balio izango baitio. Oso garrantzitsua da gurasoek hitzeko balorazio positiboa egitea ^(1,2,6,8).

Haurra libratze-ohituretan trebatzen ari den bitartean IFa agertuz gero, aldi baterako etengo da saiakera, eta berriro ekingo zaio haurraren libratze-patroia normala denean eta komunontzian esertzeko eragozpenik jartzen ez duenean ^(6,12,13).

Tratamendu farmakologikoa

Tratamendu farmakologikoak bi etapa ditu: desinpaktazioa eta mantentzea. Idorreriaren tratamenduak porrot egiteko arrazoi nagusietako bat zera izaten da: aurrez desinpaktaziorik ez egitea. Hain zuzen ere, horixe izan daiteke arazoa IF kasuen % 75ean ⁽²⁾.

INFAC buletinaren "[Pediatric idorreria tratatzeko libragarriak](#)" [taula lagungarria](#) kontsulta daitezke erabiltzen diren farmakoak, dosiak eta ondorio kaltegarriak. Adierazi beharra dago zenbait farmakoren adinaren

araberako dosifikazio-gomendioak ez datozela bat Fitxa Teknikoetan onartuta daudenekin; hau da, "off label" erabileraz ariko ginateke.

Desinpaktazioa

Ondestean eta heste lodiaren azken tartean atxikita dauden eta haurrak bere kasa iraitzeko zailak diren egin-kari gogor eta handien metaketa desagerraraztean datza. Tratamendua eraginkorra izateko, ezinbestekoa da desinpaktazioa ⁽¹⁾.

Aukerako farmakoa polietilen glikola (PEG) da, elektrolitoekin edo halakorik gabe, ahotik hartzekoa, gehienez 6-7 egunez ^(1,2,5,13). Eraginkortasunari dagokionez, ez dago alderik bataren eta bestearen artean, baina elektrolitorik gabeko PEGak palatabilitate hobea du. Tratamendua hasi baino lehen, komeni da jakinaraztea in-kontinentzia fekala areagotu daitekeela tratamenduak irauten duen bitartean ^(1,7).

PEGarekin tratatuta ere ez bada desinpaktazioa lortzen, libragarri estimulatzaile bat gehitu daiteke (bisako-dilao, senosidoak eta pikosulfatoa) egun gutxi batzuetan ^(6,7,8).

PEGarekiko intolerantzia izanez gero, laktulosa, laktitola eta parafina-olioa alternatibak dira ⁽¹⁾. Parafina-olioa ez da indikatu behar irensketa-nahasmenduak daudenean, eta ez da hartu behar etzanda egonik; orobat ez zaie administratu behar urtebetetik beherako haurrei, xurgapen-pneumonia lipoidea izateko arriskua dagoelako ⁽⁶⁾.

Farmakoa ondestetik hartzea ahotik hartzea bezain eraginkortzat jotzen den arren, ondesteko bidea inbasiboagoa da eta okerrago toleratzen da; horregatik, bide hori erabiliko da soilik ahotik hartuta farmakoa eraginkorra izan ez denean edo ahotik hartzea bideragarria ez denean. Gatz-serum isotonikozko enemak gomendagarriagoak dira fosfatozkoak baino, nahasmendu hidroeletrolitikoak saihesteko, batez ere bi urtetik beherako haurretan eta tratamenduak bost egun baino gehiago irauten duenean ^(1,14). Edoskitzaileen kasuan, glizerol-enemak edo -supositorioak erabil daitezke, eta, hobekuntzarik ezean, serum fisiologikozko enemak ^(5,6).

Mantentzea

Desinpaktazioa lortu eta berehala hasi behar da mantentze-fasearekin ^(6,8). Inpaktaziorik ez badago, tratamendua fase honetan hasiko da ⁽⁶⁾. Mantentze-tratamenduak luze iraun behar du; ez da hasiko dosia pixkanaka jaisten, harik eta hesteetako erritmoa gutxienez hilaibetez erregularra izatea lortu arte. Birgaixotzeko aukera % 50era heltzen da, eta, gehienetan, terapia ez betetzeagatik gertatzen da. Beraz, garrantzitsua da azpimarratzea dosi egokiak hartu behar direla, eta gomendatutako denbora-tartean ^(1,2,8). Behin tratamendua hasita, pazienteari jarraipen estua egin behar zaio. Ez da medikazioa kentzeko presarik izan behar. Akats ohikoentako bat izaten da, hain justu, medikazioa azkarregi kentzea, eta horrek porrot terapeutikoa eragiten du. Libragarriek ez dute sortzen ez mendekotasunik, ez tolerantziarik ^(5,6), eta garrantzitsua da horren berri ematea.

Esperientzia kliniko zabala eta zenbait saiakuntza kliniko daude, libragarri osmotikoekin luzaroan tratatzea babesten dutenak, nahiz eta horien alborapen-arriskua, oro har, altua izan. PEGa da ondoen aztertutako farmakoa, eta badirudi plazeboa, laktulosa eta magnesio hidroxidoa baino hobea dela ^(5,15).

Gida gehienen arabera, aukerako tratamendua ahotik hartzeko PEGa da, elektrolitoekin edo halakorik gabe ^(2,6). Mantentze-tratamenduan, elektrolitorik gabeko PEGa haurrak 6 hilabete dituenetik erabil daiteke, eta elektrolitoak dituen PEGa, berriz, haurrak urtebete duenetik ⁽¹⁶⁾.

Laktulosa, laktitola, magnesio-gatzak eta parafina-olioa alternatiba terapeutiko baliozkoak dira, baldin eta ez bada PEGaren tratamendua toleratzen edo hura eraginkorra ez bada. Laktulosa eta magnesio-gatzak urtebete baino gutxiagoko haurrekin erabil daitezke; hala ere, arretaz jokatu behar da magnesio-gatzekin, hiper-magnesemia-arriskua baitakarte ⁽⁶⁾.

Libragarri estimulatzaileak haur nagusiekin erabil daitezke, ordezeko terapia edo erreskate-terapia gisa, egun gutxi batzuetan, beste farmako batzuk baliatuta ez bada erantzun terapeutiko egokia lortzen. Ez da gomendatzen halakoak luzaroan erabiltzea ^(5,6).

Ondesteko enemak ez daude gomendatuta idorreriaren mantentze-tratamenduan ⁽²⁾. Ezti-mikroenemak erabiltzea oso zabaldua dagoen arren, produktu hori ez dago medikamentu gisa merkaturatuta eta, beraz, ez ditu gaingitzen medikamentuek gaingitu behar dituzten konposizio- eta purutasun-kontrolak eta, orobat, ez dago informaziorik haren eraginkortasuna eta segurtasuna bermatzeko.

Gaur egun, heste-igarotzea estimulatzeko farmakoen erabilera, hala nola linaklotidarena eta prukalopridarena, ez dago baimenduta pediatriako populazioaren idorreria funtzionala tratatzeko, ez baitago haien eraginkortasunari eta segurtasunari buruzko daturik ⁽¹²⁾. Soilik FDAk baimendu du indikazio hori linaklotidarako, 6-17 urteko populazioarentzat ⁽⁵⁾.

KONPLIKAZIOAK

Idorreria funtzionalak konplikazio hauek sor ditzake, besteak beste, behar bezala tratatzen ez bada:

Uzkiko fisurak: funtsezkoa da tratamendua jartzea, mina-erretentzioa-mina gurpil zoroan ez sartzeko. Poma-da antiinflamatorio eta orbaintzaile bat aplikatzea gomendatzen da, eta, libratu ondoren, uzki ingurua urarekin eta xaboi neutroarekin garbitzea, belaki leun bat erabiliz, eta ingurua ongi lehortuz. Erabili eta botatzeko toallatxoek, zeinak edoskitzaileekin maiz erabiltzen baitira, are gehiago narritatzen dute uzki ingurua ⁽⁶⁾.

Erretentzioko inkontinentzia fekala: baliteke idorreria duten pazienteek, nahi gabe, eginkariak kanporatzea barruko arropara –oro har, eginkari bigunak izaten dira–. Gertakari hori erretentzio kronikoak eta ondestearen gaindistentsioak eragin ohi dute ⁽¹⁾.

Herritarrentzako informazio baliagarria esteka hauetan:

- Haurren Osasunerako Programa. Osakidetza 2021 ([dokumentuetara iristeko esteka](#); [dokumentuak hainbat hizkuntzatan daude](#)):
 - [Idorreriari aurre egiteko gomendioak pediatrian](#)
 - [Esfinterrak kontrolatzen ikastea](#)
- Espainiako Pediatria Elkarte. Familian: [idorreria](#)
- Espainiako Lehen Mailako Arretako Pediatria Elkarte. Familia eta Osasuna:
 - [Idorreria](#)
 - [Uzkiko fisura](#)

FUNTSEZKO IDEIAK

- Idorreria funtzionalaren tratamenduak goiztiarra izan behar du, eta kontuan hartu behar ditu, bai alderdi farmakologikoa, bai ohitura dietetiko eta konduktual egokiak.
- Libratze-ohituretan trebatzeko programa abian jarri behar da, hori izango baita tratamenduak epe luzera arrakasta izateko giltzarria.
- Ohiko egun baterako gomendatzen dena baino zuntz edo likido gehiago hartzeak ez du hobetzen haurren idorreria.
- Idorreriaren tratamenduak porrot egiteko arrazoi nagusietako bat aurrez desinpaktaziorik ez egitea izaten da.
- Ahotik hartzeko polietilen glikola da idorreria funtzionalaren aukerako tratamendua pediatrian, bai desinpaktaziorako, bai mantentze-tratamendurako.
- Idorreria funtzionaleko kasu erresistenteenetan, beharrezkoa izan daiteke libragarri estimulatzaileak erabiltzea epe motzera.
- Birgaixotzeko arrazoi ohikoena terapia ez betetzea izaten da; beraz, garrantzitsua da azpimarraztea libragarrien dosi egokiak hartu behar direla, eta gomendatutako denbora-tartean.

EZTUL AKUTUA

Eztula izaten da Lehen Mailako Arretako pediatrian kontsulta egiteko arrazoi ohikoenetako bat ⁽¹⁷⁾. Arnasbideak babesteko erreflexu bat da, jariakinak edo partikula arrotzak kanporatu ahal izateko ⁽¹⁸⁾. Eztulak hiruzpalau aste baino gehiago irauteak ezartzen du muga eztul akutua iraupen luzeko eztuletik edo eztul kronikotik ezberdintzeko, eta hala dago jasota pediatria-gida gehienetan ^(17,18,19). INFAC buletin honetan eztul akutua aztertuko da, zeinaren atzean, gehienetan, arrazoi onberak egoten baitira ⁽¹⁸⁾.

Eztul akutua arrazoi ohikoena goiko arnasbideetako infekzio biralak izaten dira, edo, bestela, azpian dagoen patologia baten exazerbazioa, hala nola asmarena. Automugatua izaten da gehienetan, eta 7-10 egunen buruan sendatzen da, nahiz eta, batzuetan, sintomek zenbait aste irauten duten ⁽¹⁸⁾. Osakidetza pediatriarako PAA protokoloa dauka katarroari buruz, zeina tresna egokia izan baitaiteke halako prozesuei diziplina anitzetatik heltzeko ([PAArako esteka](#)).

DIAGNOSTIKOA

Funtsezkoa da anamnesi on bat egitea, eta, horretarako, ezularen ezaugarriei buruz galdetu behar da. Ezutula zerk abiarazten duen, gauez ala egunez agertzen den, emankorra ala lehorra den, eta beste sintoma batzuekin batera agertzen den ala ez⁽¹⁷⁾. Horrez gainera, immunizazio-egoera berraztertu behar da⁽²⁰⁾, eta ingurumen-faktoreekiko esposizioa baloratu (adibidez, kea edo narritagarriak)⁽¹⁸⁾.

Diagnostiko bereizgarria egitean, garrantzitsua da kontuan hartzea ea gorputz arrotzik, pneumoniarik edo bestelako infekziorik baden –hala nola kukutxeztula– edo azpian biriketako gaixotasunik badagoen –hala nola bronkiektasia–. Gogoan izan behar da haurretan espezifikoak diren zenbait gaixotasunek ezutula akutua eragin ohi dutela. Haurrak txakur-eztula badu, baliteke croup izatea; ezutularekin batera arnas zailtasuna edo takipnea badu, baliteke pneumonia edo bronkiolitisa izatea (arnas birus sintzitala da bronkiolitisari lotutako infekziorik ohikoena), eta ezutula paroxistikoa, berriz, kukutxezularen seinale izan daiteke⁽²⁰⁾. Gaur egun, gero eta ugaria goak dira kukutxeztul-kasuak, eta, egoera epidemiologiko horretan, kontuan hartu beharra dago diagnostiko hori, batez ere ezutula pertusoidea edo emetikoak agertzen denean, nagusiki gauez; haurra behar bezala txer-tatuta egonda ere, kontuan hartu behar da diagnostiko hori⁽¹⁷⁾.

TRATAMENDUA

Eztula akutuen kasu gehienak onberak eta automugatuak izaten dira, eta, eskuarki, goiko arnasbideetako infekzio biralen ondoriozkoak. Oro har, tratamendu farmakologikoa saihestu egin behar da. Ezutula kentzeko esku-hartzeak bilatzen dira maiz, baina garrantzitsua da aintzat hartzea ezutula jariakinak kanporatzen dituela arnas traktutik, eta, beraz, ezutula ezabatuz gero, jariakinak atxikita gera daitezkeela, eta arnasbideak buxatu, kalteak eragiteraino⁽²¹⁾.

Eztula akutua maneiatzeko, familiakoei heziketa sanitarioa eskaini behar zaie, eta aholkuak eta gomendioak eman behar zaizkie, jakin dezaten zenbat irauten duen ezutula, noiz joan behar duten berriro kontsultara edo noiz eskatu behar duten premiazko azterketa medikoa (esaterako, gorputz arrotzaren susmoa dagoenean, edo takipnea, disnea, gorakoa, jateko ezintasuna, sukar iraunkorra edo letargia dagoenean)⁽²⁰⁾.

Esku-hartze ez-farmakologikoak

- **Ez jarri tabakoaren kearen esposiziopean:** ebidentzia sendoak daude baieztatzeko erretzaileekin bizi diren haurren ezutula gehiago irauten duela⁽¹⁷⁾.
- **Eztia:** ezutula-gertakariak hobetzen lagundu dezake, baina ez zaie eman behar urtebete baino gutxiagoko haurrei, botulismo-arriskua dela eta. 2018. urteko Cochrane berrikusketa baten arabera, eztia hartzea beharbada eraginkorragoa da plazeboa hartzea eta tratamendurik ez hartzea baino, ezutula arintzeko eta ezutula haurren loan duen eragina murrizteko. Eztiak difenhidraminak baino efektu handiagoa du ezutulan, eta destrometorfanoak duenaren antzekoa^(21,22).
- **Likidoak hartzea:** ongi hidratatzea lagungarria izan daiteke jariakinak diluitzeko eta arnas mukosa baretzeko; dena den, esku-hartze mota hori ez da saiakuntza kliniko bidez aztertu⁽²¹⁾.
- **Ezularen kontrako pilulak edo karameluak:** erabilgarriak dira narritadurazko ezutula lehorra dagoenean. Ez da komeni 5-6 urtetik beherako haurrek karamelu gogorrak hartzea, eztarri-trabatzea gertatzeko arriskua dela eta⁽²¹⁾.
- **Sudurra gatz-disoluzioarekin garbitzea:** sudurreko jariakinak aldi baterako ezaba daitezke, garbiketa mukoziliarra hobetu, eta deskongestionatu⁽²¹⁾.
- **Sendabelarrak:** ebidentzia mugatua dute ezutula akutuen tratamendurako. Ez da gomendatzen *Echinacea purpurea* erabiltzea, onurarik ez dakarrelako eta segurtasunari buruzko daturik ez dagoelako. *Pelargonium sidoides* ere ez da gomendatzen haurrentzat, onurari buruzko ebidentzia mugatua delako eta ondorio kaltegarriak izan ditzakeelako⁽²¹⁾.
- **Tipula:** ezutula arintzeko erabili izan da tradizioz, baina ez dago hori babesteko ebidentzia zientifikorik.
- **Hezegailuak erabiltzea eta lurruna inhalatzea:** ezutula maneiatzeko, ez da gomendatzen ez lurruna inhalatzea, ez lurrungailuak/hezegailuak erabiltzea⁽²¹⁾. Gainera, lurruna edo aire bero hezetua inhalatzeak edo lurrunak egiteko ur irakina manipulatzeak erredurak eragiteko arriskua dakar^(21,23).

Tratamendu farmakologikoa

Ezularen eta hotzeriaren kontrako salmenta libreko medikamentuak Ezularen eta hotzeriaren kontrako salmenta libreko medikamentuak (OTC) dira gehien erabiltzen direnetako batzuk. Hala ere, pediatriako populazioari dagokionez, ez da frogatu antitusiboak, antihistaminikoak, espektoratzailak, mukolitikoak, deskongestionatzaileak, antipiretikoak/analgesikoak eta horien konbinazioak plazeboa baino eraginkorragoak dire-

nik eztula tratatzeko. Ez da gomendatzen 6 urtetik beherako haurrekin halakoak erabiltzea; are, 6-12 urteko haurrekin ez erabiltzea proposatu dute aditu askok. Batetik, bi urtetik beherako haurren gaindosi hilgarriekin lotu izan direlako; bestetik, haur txikietan toxikotasun areagotuaren arriskua dakartelako –adinaren arabera medikamentuak ezberdin metabolizatzen eta iraizten baitira eta haien efektuak ere aldatu egiten baitira–, eta, azkenik, ez delako ezarri dosifikazio-gomendio segururik populazio horrentzat^(21,24). Horrez gainera, hainbat printzipio aktiborekin osatuta dauden eztularen eta hotzeriaren kontrako medikamentuek paziente pediatrikoen intoxikazio-arriskua areagotu dezakete. Komeni da gurasoei informatzea OTC medikamentuak erabiltzearen arriskuez eta haien eraginkortasunari buruz dagoen ebidentzia eskasaz⁽²⁵⁾.

- **Antitusiboak:** behar-beharrezkoa bada eztularen kontrako medikamenturen bat erabiltzea, destrometorfanoa izango litzateke aukeretako bat bi urtetik gorakoentzat^(16,18,25). Aintzat hartu behar da, halere, CYP2D6 bidez motel metabolizatzen duten pertsonengan toxikotasuna eragin dezakeela, baita dosi baxuetan ere⁽²⁵⁾. AEMPSek kodeina ez erabiltzea gomendatzen du kasu hauetan: 12 urtetik beherako haurretan, katarro-prozesuei lotutako eztula tratatzeko, eta arnas funtzioa arriskuan duten 12-18 urteko populazioan⁽²⁶⁾.
- **Antihistaminikoak:** saiakuntza ausazkotuetan, antihistaminikoak eta antihistaminikoen eta deskongestionatzaileen konbinazioak ez dira eraginkorrak izan hotzeri arrunta zuten haurren eztula arintzeko. Gainera, ondorio kaltegarriak izan ditzakete, hala nola sedazioa, kitzikakortasun paradoxikoa, arnas depresioa, haluzinazioak, eta konbultsioak izateko arrisku handiagoa. Difenhidramina da hilkortasun pediatrikoarekin lotuen dagoen salmenta libreko medikamentu ohikoena⁽²¹⁾.
- **Espektoratzaileak eta mukolitikoak:** ez dira gomendatzen hotzeri arrunta duten haurren eztula tratatzeko⁽²¹⁾. Cochrane berrikusketa batean, ez zen aurkitu pediatriako populazioarekin espektoratzaileak erabiltzeari buruzko azterlanik, eta, oro har, mukolitikoei buruzko azterlanen datuak oso kalitate eskasekoak izan ziren⁽²⁷⁾.
- **Mentol, kanfor edo eukalipto ukenduak:** ez dago ebidentziarik haurren eztula tratatzeko halakoak erabil daitezen gomendatzeko (Fitxa Teknikoan, 6 urtetik gorako haurrentzat gomendatzen da)^(16,21,28). 6 urtetik beherakoentzat toxikoak izan daitezke, irentsiz gero⁽²¹⁾.

Herritarrentzako informazio baliagarria esteka hauetan:

- Espainiako Lehen Mailako Arretako Pediatria Elkarte. Familia eta Osasuna: [Eztularen dekalogoa](#)
- Osasun Eskola: [Hotzeria adin txikikoetan](#)
- Osabide Global-eko dokumentua: [Zure familia hobe tabakorik gabe](#)
- i botika:
 - [Alabak eztula dauka! Semea eztulka ari da etengabe!](#)
 - [Katarroaren edo gripearen sintomak, beharrezkoa al da medikamentu koktel bat?](#)

FUNTSEZKO IDEIAK

- Eztul akutua, oro har, 7-10 egunen buruan sendatzen da, baldin eta goiko arnas traktuaren infekzio batek eragin badu, hala nola hotzeri arruntak.
- Ez da tratamendu farmakologikorik gomendatzen eztularentzat.
- Ez da frogatu eztularen kontrako OTC farmakoak plazeboa baino eraginkorragoak direnik; bestalde, hainbat printzipio aktiborekin osatutako farmakoek paziente pediatrikoen intoxikazio-arriskua areagotu dezakete.
- Eztia lagungarria izan daiteke urtebetetik gorako haurren eztularen maiztasuna eta larritasuna murrizteko; eztularen kontrako karameluak 5-6 urtetik gorakoek erabil ditzakete.

ESKER ONA

Eskerrak eman nahi dizkiegu Emilio Aparicio Guerrari –Bilbao-Basurtu ESiko LMAko pediatra– eta Pablo Oliver Goicoleari –Debabarreneko ESiko Mendaroko Ospitaleko Pediatriako zerbitziburua–, testua berrikus-teagatik eta hain iruzkin eta iradokizun egokiak egiteagatik.

BIBLIOGRAFIA

1. Pociello Almiñana N, Schneider S, Castillejo de Villasante G. [Diagnóstico diferencial y tratamiento del estreñimiento](#). *Protoc diagn ter pediatr*. 2023;1:223-235.
2. Mateos Diego M.A. [Estreñimiento y encopresis](#). *Pediatría Integral*. 2019;XXIII(8):417-425.
3. Bloem MN, Baaleman DF, Thapar N, Roberts SE, Koppen IJN, Benninga MA. [Prevalence of functional defecation disorders in European children: A systematic review and meta-analysis](#). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2025;80:580-97.
4. Idorria eta libargarriak. [Eguneratzea](#). INFAC. 2015;23(10):67-73.
5. Manu R Sood. [Chronic functional constipation and fecal incontinence in infants, children, and adolescents: Treatment](#) En: UpToDate Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [kontsulta-eguna 2025/09/01]
6. Carballo Ferreira A.J. [Estreñimiento](#). FAPap Monogr. 2018;4:18-30.
7. Ortega Páez E. [Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Estreñimiento funcional en el niño](#). AEPap. 2015 [kontsulta-eguna 2025/06/26] Disponible en algoritmos.aepap.org.
8. [Constipation in children and young people: diagnosis and management](#). London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2017 [kontsulta-eguna 2025/06/26]. CG99.
9. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S et al. [Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN](#). *JPGN*. 2014;58(2):258-74.
10. Wallace C, Sinopoulou V, Gordon M, Akobeng AK, Llanos-Chea A, Hungria G, Febo-Rodriguez L, Fifi A, Fernandez Valdes L, Langshaw A, Saps M. [Probiotics for treatment of chronic constipation in children](#). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022, Issue 3. Art. No.: CD014257. DOI: [10.1002/14651858.CD014257.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD014257.pub2).
11. Mulhem E, Khondoker F, Kandiah. [Constipation in Children and Adolescents: Evaluation and Treatment](#). *Am Fam Physician*. 2022;105(5):469-78.
12. Leung AKC, Hon KL. [Paediatrics: how to manage functional constipation](#). *Drugs in Context* 2021; 10: 2020-11-2. DOI: [10.7573/dic.2020-11-2](https://doi.org/10.7573/dic.2020-11-2).
13. Manu R Sood. [Recent-onset constipation in infants and children](#). En: UpToDate. Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [kontsulta-eguna 2025/06/26].
14. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). [Nota informativa de la AEMPS sobre laxantes con alto contenido en fosfatos](#). Ref: 2004/16 [kontsulta-eguna 2025/06/26].
15. Gordon M, MacDonald JK, Parker CE, Akobeng AK, Thomas AG. [Osmotic and stimulant laxatives for the management of childhood constipation](#). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD009118. DOI: [10.1002/14651858.CD009118.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009118.pub3).
16. [Centro de Información online de Medicamentos \(CIMA\)](#). Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ministerio de Sanidad. [kontsulta-eguna 2025/09/10].
17. Moneo Hernández I, Asensi Monzó M, Rodríguez Fernández-Oliva CR. [Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Tos crónica en AP](#). AEPap. 2017 [kontsulta-eguna 2025/06/26]. Disponible en algoritmos.aepap.org
18. Irwin R, Metersky M, Van Zuuren EJ, Trow T. [Acute and subacute cough-Approach to the patient](#). *Dynamed*. 2023 [kontsulta-eguna 2025/07/30].
19. Zafra MA, Mechán Morales C. [Tos persistente](#). *Pediatr Integral*. 2021;XXV(1):5-12.
20. Wurzel DF, Marchant JM, Chang AB. [Drug treatments of childhood coughs](#). *Australian Prescriber*. 2014;37(4):115-119. [kontsulta-eguna 2025/06/26].
21. Diane E Pappas. [The common cold in children: Management and prevention](#). En: UpToDate Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [kontsulta-eguna 2025/09/10].
22. Oduwole O, Udoh EE, Oyo-Ita A, Meremikwu MM. [Honey for acute cough in children](#). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 4. Art. No.: CD007094. DOI:[10.1002/14651858.CD007094.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007094.pub5).
23. Belmonte JA, Domínguez-Sampedro P, Pérez E, Suelves JM, Collado JM. [Quemaduras graves relacionadas con la terapia inhalatoria con vahos](#). *An Pediatría (Barc)*. 2015;82(2):95-99.
24. Shan Yin. [Over-the-counter cough and cold preparations: Approach to pediatric poisoning](#). En: UpToDate Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [kontsulta-eguna 2025/09/10].
25. Schafermeyer R, Barron S.A. [Nonprescription Cough and Cold Medication Poisoning in Children](#). *Dynamed*. 2024. [kontsulta-eguna 2025/07/30].
26. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). [Codeína: nuevas restricciones de uso como antitusígeno en pediatría](#) (MUH) (FV), 3/2015 [kontsulta-eguna 2025/06/26].
27. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. [Over-the-counter \(OTC\) medications for acute cough in children and adults in community settings](#). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 11. Art. No.: CD001831. DOI:[10.1002/14651858.CD001831.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001831.pub5).
28. Malesker MA, Callahan-Lyon P, Ireland B, Irwin RS; CHEST Expert Cough Panel. [Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatment for Acute Cough Associated With the Common Cold](#): CHEST Expert Panel Report. 2017 Nov;152(5):1021-1037.

Berrikuspen bibliografikoaren data: 2025eko iraila.

«INFAC buletina argitalpen elektroniko bat da, eta EAEko osasun profesionalei dohain banatzen da. Buletin honen helburua **medikamentuen erabilera arrazionala** sustatzea da biztanleriaren osasun egoera hobetzeko».

Buletin hau horrela aipatu behar da: Nola aipatu INFAC buletin hau: Pediatrician kontsultak egiteko ohiko arrazoiak: idorreria eta eztul akutua. INFAC. 2026;34(2):09-18.

Mendikamentu berriek kontrako ondorioak dituztela susmatuz gero, oso-oso garrantzitsua da Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakojagoletza Unitateari jakinaraztea. OSABIDEn bitartez egin dezakezu jakinarazpena. Bestela, Osakidetzako intranetaren bidez, txartel horia beteaz edo AEMPS-en interneteko <https://www.notificaram.es>

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu: zure ESIko farmazialariei edo MIEZi edo infac@osakidetza.eus e-mailari.

Idazkuntza Batzordea: Iñigo Aizpurua¹, Iciar Alfonso², Ainhoa Arana³, María Armendáriz³, Markel Brouard⁴, Laura De la Rosa³, Saioa Domingo³, Maitane Elola⁵, Arritxu Etxebarría³, Jesús Fernández de Mendiola⁴, Julia Fernández³, Isabel Fontán³, Leire Gil³, Ana Isabel Giménez³, Juan José Iglesias⁴, Josune Iribar³, Nekane Jaio³, Itxasne Lekue³, M^a José López¹, Javier Martínez³, Teresa Morera⁶, Carmela Mozo³, Elena Ruiz de Velasco³, Amaia Sagastibelza⁷, Rita Sainz de Rozas³, Inés San José³, Maitane Umerez³, Elena Valverde³, Eluska Yetano⁴, Miren Zubillaga⁴.

1. CEVIMEko farmazialaria; 2. Farmakologoa klinikoa; 3. Lehen mailako arretako farmazialaria; 4. Familiako medikua; 5. Barne medikuntzako medikua; 6. Farmakologiako irakaslea (EHU); 7. Lehen mailako arretako pediatra.



<http://www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevime/es/>



Erabat debekaturik dago dokumentu hau promozio helburuetarako erabiltzea

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

