

¿Los pediatras saben si sus
pacientes son **constipados**?



Dra Cinthia Bastianelli
Gastroenteróloga
Hospital Público Materno Infantil.

¿Los padres consultan por constipación de sus hijos?

- Solo el 23% de los que tenían hijos constipados se le informó a su pediatra.

Clin Pediatr 1992;31:143-8

- Sobre 122 niños constipados, 109 (89%) sabían que sus hijos lo padecían y 86 (70%) consultó a su pediatra.

Journal of Paediatrics and child health 2007;700-6.

- La mayoría de las madres aprendieron sobre la constipación sin influencia del pediatra. El impacto del médico sobre el conocimiento materno es mínimo.

Clin Pediatr 1992; 31:143-8

- Hay que alertar a los padres para que estén atentos a la defecación dolorosa, que puede dar inicio a la constipación.

J Am Board Fam Pract 2003;16:213-8.

- El 48% de las consultas por dolor abdominal en la guardia fueron por constipación (no reconocida previamente por el pediatra).

J Pediatr 2007;151:6669.

- La “constipación oculta” es la mayor causa de dolor abdominal recurrente. No hay cuestionarios sobre hábito evacuatorio.

IMAJ 2004; 6:677-80.

Prevalencia:

- Prevalencia: 1% al 30% en la población general
- 1/3 niños con estreñimiento crónico mantienen problemas hasta la pubertad
- 1/2 niños con impacto fecal crónico e incontinencia fecal han experimentado 1 episodio de defecación dolorosa y tienen conducta de retención.

Consultas en HPMI 2018.



**Hospital Público
Materno Infantil**

Área Operativa Norte

	Consulta	Constipación	%
Gastroenterología	1660	147	8.9%
Guardia pediátrica	60933	757	1.2%
		19%	

Atención en HPMI



**Hospital Público
Materno Infantil**

Área Operativa Norte

- Atención: 1660 pacientes en consultorio de gastroenterología infantil
- 147 constipados (8.9%)

Edades	Pacientes (%) N total: 147
0-5 años	88 (60%)
6-10 años	40 (27%)
11-14 años	19 (13%)

Género	N (%). N total: 147
femenino	64 (44%)
masculino	83 (56%)

Criterios de Roma IV

- Definida por: 2 o más de los siguientes criterios presentes
(1 mes: para bebés y niños de hasta 4 años
2 meses: para niños mayores de 4 años)
- Dos o menos movimientos intestinales por semana
- 1 episodio de incontinencia fecal por semana después de adquirido control intestinal completo
- Historial de retención fecal o comportamiento de retención
- Tener heces duras y dolorosas
- Gran masa fecal en el examen rectal
- Gran diámetro de heces que causan obstrucción de salida rectal

Tipos de constipación:

- Funcional (no orgánico) o retentivo: comportamientos de retención fecal. Descartadas causas orgánicas.
- **Orgánica:** estenosis o atresia anal, ano anterior, ano imperforado, estenosis intestinal
- Causas anormales con alteración muscular: síndrome de vientre de ciruela, gastrosquisis, síndrome de Down, distrofia muscular.
- Causas relacionadas con anomalía neurológica: Hirschsprung, pseudo-obstrucción, displasia neuronal intestinal, defectos de la médula espinal, médula atada, espina bífida

Causas de constipación orgánica:

- Medicamentos: anticolinérgicos, narcóticos, antidepresivos, plomo, intoxicación por vitamina D.
- Causas metabólicas y endocrinas: hipopotasemia, hipercalcemia, hipotiroidismo, diabetes mellitus (DM) o diabetes insípida.
- Otras: enfermedad celíaca, fibrosis quística, alergia a la proteína de la leche de vaca, enfermedad inflamatoria intestinal, esclerodermia.

Ensuciamiento o incontinencia fecal:

- Definición: paso involuntario de pequeñas cantidades de heces, lo que produce manchas en la ropa interior.
- Cantidad de pérdida fecal es principal diferencia entre la encopresis y la suciedad.
- Dividida en: orgánica (resultado de malformaciones anorectales o daño neurológico) o funcional subdividida en:
 - incontinencia asociada con estreñimiento
 - incontinencia fecal no retentiva

Diferencias evacuatorias según alimentación:

- Bebés alimentados con biberón: mayor riesgo de deficiencia de agua relativa
- Bebés amamantados: retrasos de muchos días entre las evacuaciones normales.

Cómo evaluamos?

- Duración, frecuencia, calibre, disconfort asociado
- Lista de medicamentos
- Historia dietética
- Historia social y comportamiento

Examen Físico:

- Palpar masa fecal abdominal
- Inspección zona perianal (anatomía incontinencia, fisuras)
- Sensibilidad zona perianal
- Tacto rectal: tono, presencia de deposiciones, eliminación explosiva de ellas.

¿Sirve tacto rectal?

- Todas las normas lo indican, sin embargo, sugiere solo para niños con diagnóstico incierto (1 solo síntoma de Roma IV) o mala respuesta al tratamiento.

Pediatrics 2009; 124: e1108-15

¿sirven los métodos auxiliares de diagnóstico?

- Rx de abdomen solo para confirmar impactación (si no se hizo tacto rectal).
- Sensibilidad 80% y especificidad 50%.
- Útil en pacientes obesos, rechazan examen rectal digital o cuando está contraindicado.

JPGN 2010;51:155-9

JPGN 2006; 43:e 1-3

Pruebas diagnósticas

- **Radiografía simple de abdomen:** no suma a la historia y al examen físico.
- **Estudios de tránsito colónico:** marcadores radiopacos para evaluar la velocidad del tránsito intestinal
- **manometría anorectal y/o colónica:** evalúa función anorectal motora y sensorial.

¿hay tratamiento controvertido?

- Es discutido si la fibras contra placebo hay efecto.
 - Leche magra aumenta la motilina...mejoraría???
 - Probióticos: no hay evidencias para recomendarlos.
- Arch Dis Child 2009; 94:117-131; Nutrition 2010;26:981-5
JPGN 2009; 48 S: 107-9
- Enema vs limpieza oral: igual efectividad; VO más soiling y enema más dolor abdominal.

JPGN 2006;43:e 1-3

¿Los laxantes ? Riesgos o acostumbraamientos?

- No se demostró: uso crónico de laxantes estimulantes cause cáncer o lesión neuromiéntérica.
- PEG no da trastornos metabólicos en tratamientos prolongados
- No hay evidencia, en literatura, sobre malabsorción de vitaminas liposolubles.
- No capacidad adictiva.

J Clin gastroenterol 2003;36:386-9

JPGN 2004;39:536-9

Manejo:

- Supervisión médica
- Instrucciones dietéticas sobre el entrenamiento para ir al baño.
- Cambios de comportamiento
- Recomienda ingesta normal de fibra, líquidos y nivel de actividad física
- No se recomienda prebióticos o probióticos en el tratamiento del estreñimiento infantil.
- Intervención no farmacológica: desmitificación, explicación y orientación para entrenamiento uso del inodoro en < 4 años

Éxito de tratamiento:

- Falta de dolor
- Defecación tres veces o más a la semana
- manchado menos de dos veces por semana / frecuencia de episodios de incontinencia fecal
- sin laxantes durante al menos 4 semanas
- falta de dificultad con la defecación
- en la desmitificación, explicación y orientación para el entrenamiento en el uso del inodoro en aquellos niños con una edad de desarrollo de al menos 4 años.

Cuándo derivar a gastroenterología?

a) más de 4 meses sin respuesta al tratamiento médico

b) Cuando presentan un Fecaloma de gran volumen

- Se excluyen :
 - < de 1 mes de edad
 - causa orgánica(deberá ser evaluado dentro del mes de diagnóstico)

Intervención farmacológica:

- Laxantes: primera línea de tratamiento
- Consenso:
- Polietilenglicol (PEG) dosis de 1 a 1.5 g/ kg/día (3 a 6 días desimpacción fecal)
- Dosis diaria mantenimiento de 0.4 g/kg/d 2 meses
- Prevenir la re-acumulación.

Intervención quirúrgica:

- Reservado para pacientes refractarios a las intervenciones médicas.
- 10% de niños con constipación funcional derivados a cirujano pediátrico requerirán una operación.
- Objetivo del tratamiento quirúrgico: alivio de los síntomas
- Opciones quirúrgicas pueden incluir procedimientos anales, enemas anterógrados, resección colorrectal y desviación intestinal.

Pronóstico:

- 50% niños referidos a un gastroenterólogo pediátrico se recuperarán y quedarán sin laxantes después de 6 a 12 meses
- 10% estarán bien mientras toma laxantes
- 40% serán sintomático a pesar del uso de laxantes

Anti-TTG among children with chronic functional constipation unresponsive to 6 weeks of treatment of constipation

Nooshin **SADJADEI**¹, Samaneh **HOSSEINMARDY**², Mehran **HAKIMZADEH**¹, Tahereh **ZIAEI KAJBAF**² and Hazhir **JAVAHERIZADEH**^{1,3}

Received 23/12/2016
Accepted 6/2/2017

ABSTRACT – Background – Celiac disease is a gluten induced enteropathy. Some authors recommended screening celiac in children with constipation. There are studies to evaluate celiac disease in children with constipation. But most of them included children regardless to treatment failure. **Objective** – The aim of this study was to evaluate frequency of elevated anti TTG in children with constipation after failure to improve during 6 week of appropriate treatment. **Method** – This study included 55 children with chronic functional constipation unresponsive to 6 weeks of appropriate treatment. **Results** – The prevalence of elevated anti TTG was 7.6% in children with chronic functional constipation unresponsive to 6 weeks of appropriate treatment. **Conclusion** – The prevalence of elevated anti TTG was 7.6% in children with chronic functional constipation unresponsive to 6 weeks of appropriate treatment.

Resultados: Anti-TTG fueron positivos en 7.6% de los chicos con constipación crónica que fallaron a las 6 semanas de tratamiento.

Características clínicas de los niños que necesitan tratamiento hospitalario después de un tratamiento ambulatorio fallido por impacto fecal.

Sinha A.¹, Mhanna M.¹, Gulati R.².

⊕ Información del autor

Resumen

PROPÓSITO: El tratamiento del estreñimiento crónico y la impactación fecal suele ser ambulatorio y requiere dosis altas o frecuentes de laxantes. Sin embargo, hay niños que no pasan los tratamientos ambulatorios, a veces repetidamente, y finalmente son hospitalizados. Tratamos de comparar las características de los niños que fracasaron en el tratamiento ambulatorio y necesitaron tratamiento hospitalario versus aquellos que tuvieron éxito con el tratamiento ambulatorio, en un esfuerzo por identificar atributos que podrían estar asociados con una mayor probabilidad de hospitalización.

MÉTODOS: En este estudio de cohorte retrospectivo, revisamos los registros médicos de todos los pacientes de 0 a 21 años, con constipación funcional crónica e impacto fecal en la clínica de gastroenterología pediátrica durante un período de 2 años.

RESULTADOS: Un total de 188 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Mientras que el 69.2% fue tratado con éxito como paciente ambulatorio (denominado grupo de pacientes ambulatorios), el 30.9% no recibió tratamiento ambulatorio y fue hospitalizado (denominado grupo de pacientes hospitalizados). Las características del grupo de pacientes hospitalizados, incluida la edad de inicio de $3,6 \pm 3,6$ años ($p = 0,02$); origen étnico negro (razón de posibilidades [OR] 4,31, intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 2,04-9,09); $p < 0,001$); prematuridad (OR 2,39; IC 95% 1,09-5,26; $p = 0,02$); retraso en el desarrollo (OR 2,20; IC 95% 1,12-4,33; $p = 0,02$); incontinencia por rebosamiento (OR 2,26; IC 95% 1,12-4,53, $p = 0,02$); hábitos alimenticios delicados (OR 2,02; IC del 95%: 1,00-4,08; $p = 0,04$); número de criterios ROME III $\pm 13,7$ encuentros previos relacionados con el estreñimiento ($p = 0,001$), fueron

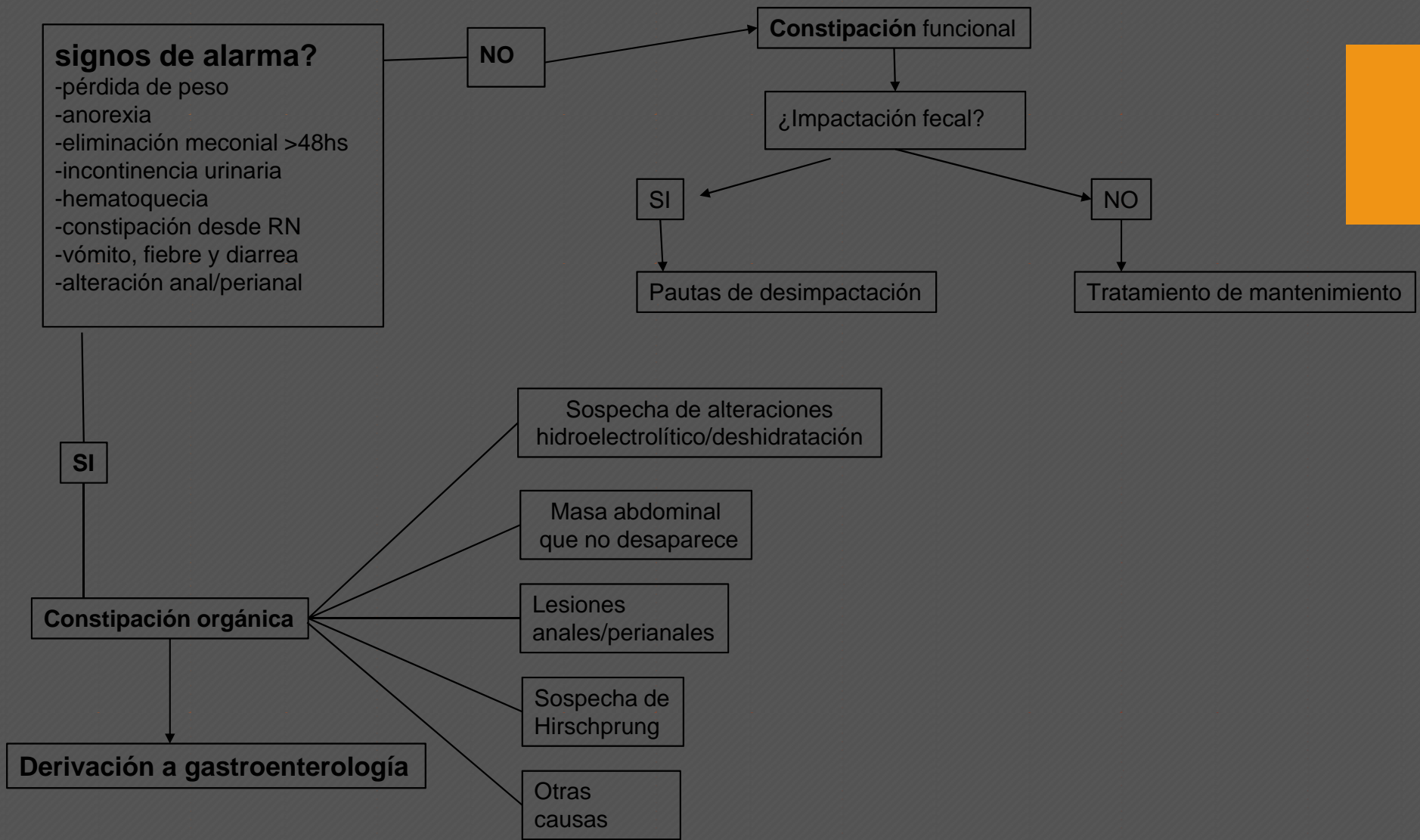
bi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC29992120/

elias y con....pdf



4009.jpg

Resultado: Creciente carga hospitalaria por constipación infantil con tremendo impacto en costo de la atención médica.



Conclusión:

- Varios estudios han sugerido que el tratamiento prematuro de constipación facilita evolución, dado por diagnósticos y tratamientos precoces.
- Campañas de educación pública podrán aumentar el conocimiento en los padres y médicos.
- Además la educación sobre el uso apropiado del baño y la dieta adecuada podrán ayudar a prevenir la constipación en algunos niños.

Di Lorenzo J Pediat 2009;154:258-62

Muchas gracias!

