

PROCOLO DE NORMAS DE ATENCION SEGUN NIVELES , CON  
ENFOQUE DE INTEGRACION DE LA ATENCION

**MINISTERIO DE SALUD**  
**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE**  
**HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RIO**  
**C.A.E.: UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA**  
PROGRAMA DE APOYO A LA ATENCION PRIMARIA

**CONSTIPACION**

*Se define constipación como una disfunción colorrectoanal, que tiene por resultado una evacuación de las heces incompleta, difícil y/o que causan molestias o dolor.*

*Es una patología frecuente en la práctica pediátrica, constituyendo el entre un 15%-25% de los motivos de consulta de pacientes referidos a una unidad de gastroenterología , y a un 3% de los pacientes referidos a una unidad de pediatría general .*

*La continencia normal se logra por la contracción mantenida del esfínter anal interno (EAI) , que está formado por un engrosamiento de la capa circular de la musculatura lisa del recto ; la contracción del esfínter anal externo (EAE) constituido por musculatura estriada y por último la existencia de un ángulo formado por los ejes del canal anal y del recto , el que se acentúa por la contracción de algunos músculos del piso pelviano como el elevador del ano.*

*Al llegar las deposiciones al recto, la pared de éste se distiende y se adquiere sensación de plenitud rectal; en forma refleja se produce contracción de la musculatura del recto que aumenta la actividad propulsiva rectal y simultáneamente se produce una relajación del EAI , éste es el reflejo rectoanal . Como consecuencia de ello, la masa fecal descende al canal anal lo que genera la urgencia defecatoria .En ese momento la defecación puede ayudarse en forma voluntaria mediante la relajación anal del piso pelviano , del EAE y el aumento de la presión intrabdominal. La defecación se impide al contraerse el piso pelviano y*

el EAE , las deposiciones ascienden del canal anal al recto , éste se relaja y se acomoda a un nuevo volumen, desapareciendo el deseo de defecación y dando inicio así a la constipación.

El número de deposiciones disminuye desde el nacimiento de 4 al día en la primera semana de vida , a una cada 24-48hrs. en el niño mayor y el adulto .Uno de los factores que influye en la frecuencia y consistencia de la deposición es la cantidad de fibra ingerida , de modo que a mayor fibra mayor frecuencia y menor consistencia .Otro factor importante es la lactancia materna, ya que ésta contiene gran cantidad de lactosa , y dado que el lactante menor posee una insuficiencia relativa de lactasa , las deposiciones son líquidas frecuentes y explosivas.

**La constipación se clasifica en Aguda y Crónica . La Aguda** es de corta duración, no se producen trastornos a nivel anorectal y puede reanudarse sin dificultad el acto defecatorio, ya sea espontáneamente o con la ayuda de algún medicamento.

En la constipación **Crónica** - cualquiera sea su etiología - se producen numerosas alteraciones de la función del colon , recto y ano, afectándose los mecanismos que regulan los actos de la defecación .Estas alteraciones dan origen a síntomas muy variados.

La **Constipación Crónica se clasifica en funcional (90-95%) y en orgánica (5-10%)**.La constipación crónica funcional se caracteriza por durar más de 3 meses , es difícil detectar un factor ambiental desencadenante ( cambio de alimentación , retiro de pañales ,etc.) , o encontrar asociación con algún medicamento (antiácido , antiespasmódico ). Generalmente existe una predisposición genética , son pacientes escolares o adolescentes con trastorno emocional , que son más la consecuencia que el inicio de la constipación , con un estilo de vida familiar que la favorece por los hábitos dietéticos .

La **constipación orgánica** está presente en la minoría de los casos , sin embargo es muy importante reconocerla oportunamente , ya que puede necesitar un tratamiento específico.Las causas que la provocan son muy variadas y se clasifican en :

- **Alteración mecánica del tránsito** ( tumor , malformaciones anorectales congénitas y dolicosigma ).
- **Alteraciones de motilidad intestinal** ( Enfermedad de Hirschprung (EH) , Chagas ,déficit de vit B1 , abuso de laxantes ).
- **Alteraciones neurológicas** ( mielodisplasia y paraplejia traumática)
- **Alteraciones de la relajación del esfínter anal interno** ( acalasia neurogénica , miogénica y neurovegetativa- psicogénica ).
- **Alteraciones de la relajación del complejo estriado** (esclerosis

*esfinteriana y algunas neuropatías ).*

## I.- NIVEL PRIMARIO

### **a) Diagnóstico :**

#### *Anamnesis :*

Historia completa del paciente : interrogar sobre eliminación de meconio al nacer ; edad de inicio de la constipación , causa desencadenante , tipo de alimentación (al pecho o artificial, ingesta fibra ) especial énfasis en las características de las deposiciones : frecuencia ,consistencia ,cantidad eliminada; síntomas asociados : presencia de moco , rectorragia, dolor rectal y abdominal, sufrimiento fecal .

#### *Examen Físico :*

Examen físico completo , peso y talla con evaluación del estado nutricional ; en abdomen precisar distensión abdominal , si se palpan deposiciones en fosa ilíaca izquierda o flanco izquierdo , examen zona perineal ( posición de ano , presencia de escurrimiento ) , tacto rectal : tono , presencia de deposición y su consistencia .

### **b) Terapéutica :**

*Indicaciones generales :* régimen rico en fibra (verduras , frutas , cereales y líquidos ) ; hábito intestinal diario después de alguna comida .

#### *Indicaciones específicas :*

Tratar megarecto y retención de deposiciones :

Si existe impactación o fecaloma (gran acumulo de deposiciones aumentadas de consistencia), se debe realizar desimpactación con enema de fosfato hipertónico : 3 mg/ kg ( equivale a 1/2 Fleet Infantil, entre 1 y 3 años de edad ; 1 Fleet Infantil entre 3 y 8 años ; 1 Fleet enema adulto sobre los 8 años) ; o con 10-15 ml/kg de solución fisiológica por 7 días . Control en ambos casos a los 7 días . Se puede repetir por segunda vez si aún no se resuelve.

Prevención de reaccumulación :

Laxante osmótico : ( Lactulosa ) 1 - 2ml/kg/día; dividido en 2 o 3 dosis diarias . Bien tolerado.

Condicionamiento :

*El osmótico se mantiene hasta normalización de las deposiciones; entonces se disminuye cada 15 días, paulatinamente, en tanto se logra el hábito regular.*

Exámenes de laboratorio:

No se deben realizar antes de evaluar a los 3 meses de tratamiento médico

bien llevado

**c) Evolución esperada :**

Resolución en plazo aproximado de 9 meses a 1 año, si el tratamiento es bien llevado .

**d) Prevención secundaria :**

Explicar a los padres sobre tratamiento prolongado.

Hábito intestinal no se debe iniciar antes de los 3 años ; si el niño presenta miedo, hasta que éste desaparezca ; los castigos y apremios físicos empeoran la situación

**e) Referencia a nivel Secundario:**

*Todo recién nacido por sospecha de malformación o Enfermedad de Hirschprung..*

*Luego de 3 meses de tratamiento médico bien llevado, sin resultado satisfactorio.*

*Fecaloma que no se resuelve luego de 15 días de tratamiento médico.*

**f) Referencia a nivel Terciario :**

*Fecaloma pétreo y de gran volumen que se sabe que no responderá a tratamiento de desimpactación .*

## II.- NIVEL SECUNDARIO

**a) Especificaciones de plazos para resolver los cuadros de derivación inmediata :**

Si se trata de un recién nacido con sospecha de malformación o Enfermedad de Hirschprung (**EH**), el plazo de resolución dependerá de la patología encontrada . Si se han cumplido los 3 meses de tratamiento médico bien llevado sin mejoría clara, se debe estudiar la causa de la constipación y la resolución dependerá de los hallazgos encontrados en los exámenes. Si se trata de constipación crónica funcional el plazo será de 9 meses a 1 año de tratamiento bien llevado .

**b) Diagnóstico :**

*Anamnesis :*

Historia completa del paciente : interrogar sobre eliminación de meconio al nacer ; edad inicio de la constipación , causa desencadenante , tipo de alimentación (al pecho o artificial, ingesta fibra ) especial énfasis a características de las deposiciones : frecuencia ,consistencia ,cantidad

eliminada; síntomas asociados : presencia de moco , rectorragia, dolor rectal y abdominal, sufrimiento fecal .

#### *Examen físico :*

Examen físico completo , peso y talla con evaluación del estado nutricional ; en abdomen precisar distensión abdominal , si se palpan deposiciones en fosa ilíaca izquierda o flanco izquierdo , examen zona perineal ( posición de ano , presencia de escurrimiento ) , tacto rectal : tono , presencia de deposición y su consistencia .

#### *Exámenes de laboratorio :*

Radiografía de abdomen simple permite evaluar cuantía de deposiciones presentes en colon .

**Electromanometría anorectal (EMARS)** desde los 15 días de vida permite diferenciar, con un porcentaje cercano a un 100% ,entre **Constipación crónica funcional, Enfermedad de Hirschprung (EH) y Displasia neuronal intestinal (DNI)** .

**Biopsia rectal por succión** con estudio histológico e histoquímico, complementa al EMARS, ya que apoya la EH, la DNI y la constipación funcional

**Enema baritado**( sin preparación previa ) se realiza siempre que no haya gran ocupación rectal ya que agrava la situación ; indica si hay dolico megacolon o dolico megasigmoides , hallazgo que no se puede precisar si es primario o secundario a la constipación crónica ; en algunos casos puede mostrar el segmento agangliónico en la EH de segmento largo o corto, siendo su mayor utilidad en las malformaciones anorectales .

**Radiografía de Esófago-Estómago-Duodeno (EED ) y Tránsito intestinal:** son complementarias .

#### **c) Terapéutico :**

*Indicaciones generales :* régimen rico en fibra (verduras , frutas , cereales y líquidos ) ; hábito intestinal diario después de alguna comida .

#### *Indicaciones específicas :*

Depende de la patología que se encuentre .

En el caso de las malformaciones van en general a la cirugía .

En la EH la conducta también es quirúrgica

En la DNI el tratamiento es médico por 5 años , y luego si no hay mejoría van a la cirugía.

En los pacientes con daño neurológico el tratamiento médico es de por vida.

En la constipación crónica funcional el tratamiento es médico generalmente , y van a la cirugía excepcionalmente aquéllos casos con constipación de larga

data, con una desfuncionalización del colon distal.

**d) Evolución esperada :**

En el caso de constipación crónica funcional mejoría , luego de un año de tratamiento médico bien llevado .

En el resto , el tiempo varía dependiendo de la patología encontrada .

**e) Prevención secundaria :**

Se debe insistir en la mantención del tratamiento a todos los pacientes sometidos a cirugía, en el período post-quirúrgico.

**f) Referencia :**

Se derivarán a nivel terciario a los pacientes con fecaloma no resuelto luego de 15 días de tratamiento o aquéllos con fecaloma pétreo o de gran volumen .

**g) Contrareferencia :**

***Una vez aclarado el diagnóstico volverán a nivel Primario todos los pacientes con constipación crónica funcional .***

### III- NIVEL TERCIARIO

**a) Especificaciones de plazos para resolver los cuadros de derivación inmediata :**

Tiempo necesario para eliminar el fecaloma , generalmente entre 2 y 5 días.

**b) Diagnóstico :**

*Anamnesis :*

Ver II.b.-

*Examen físico :*

Ver II.b.-

**c) Terapéutica :**

*Indicaciones generales :* régimen rico en fibra (verduras , frutas , cereales ingesta de líquidos ) ; hábito intestinal diario después de alguna comida .

*Indicaciones específicas :*

Proctoclisis con agua destilada : 1000cc, bicarbonato de sodio : 15 gr/L y en algunos casos vaselina líquida : 1amp., a pasar en goteo continuo : 30 a 40 gotas/min; con lavados de arrastre de sol. fisiológica de 250cc -500cc cada

500cc de proctoclisis .

Solución de polietilenglicol por vía oral o por sonda nasogástrica , en un volumen de 15 - 40 ml/kg/hr , sin exceder la cantidad de 2L/hr , hasta obtener salida de líquido claro por el ano .

*Exámenes de laboratorio :*

Puede ser necesario realizar gases venosos y electrolitos plasmáticos , especialmente cuando la proctoclisis se prolonga por más de 2 días , y cuando se utiliza polietilenglicol .

**d) Evolución esperada :**

Resolución en 2 a 5 días en el caso de proctoclisis , y de 24 hrs con el uso de polietilenglicol .

**e) Prevención secundaria :**

Cumplir y no abandonar el tratamiento médico para así evitar retención de deposiciones y la formación de fecaloma .

**g) Contrareferencia :**

El paciente debe ser derivado a nivel Secundario donde reanudará el tratamiento médico y se mantendrá en control hasta que pueda ser derivado a nivel Primario, en un plazo individual para cada paciente .

**Bibliografía :**

- 1) Vera Loening- Baucke, MD, Constipation in children, Current Opinion in Pediatrics, 6 : 556- 561 , 1994
- 2) Adel Abi-Hanna , MD, Constipation and Encopresis in Childhood, Pediatric Review, 19 ( 1 ) : 23 -31 , 1998.
- 3) Wyllie, Robert, MD , Pediatric Gastrointestinal Disease, Constipation and Encopresis ,Harcourt .B .J . Inc.,198-208,1991.
- 4) W . Allan Walker , MD, Pediatric Gastrointestinal Disease, B. C Decker Inc., 90-110, 1991.
- 5) J. Meneghello R., Pediatría, Constipación, Edit. Panamericana, 5ta. Edición, 1583-1590 , 1997.