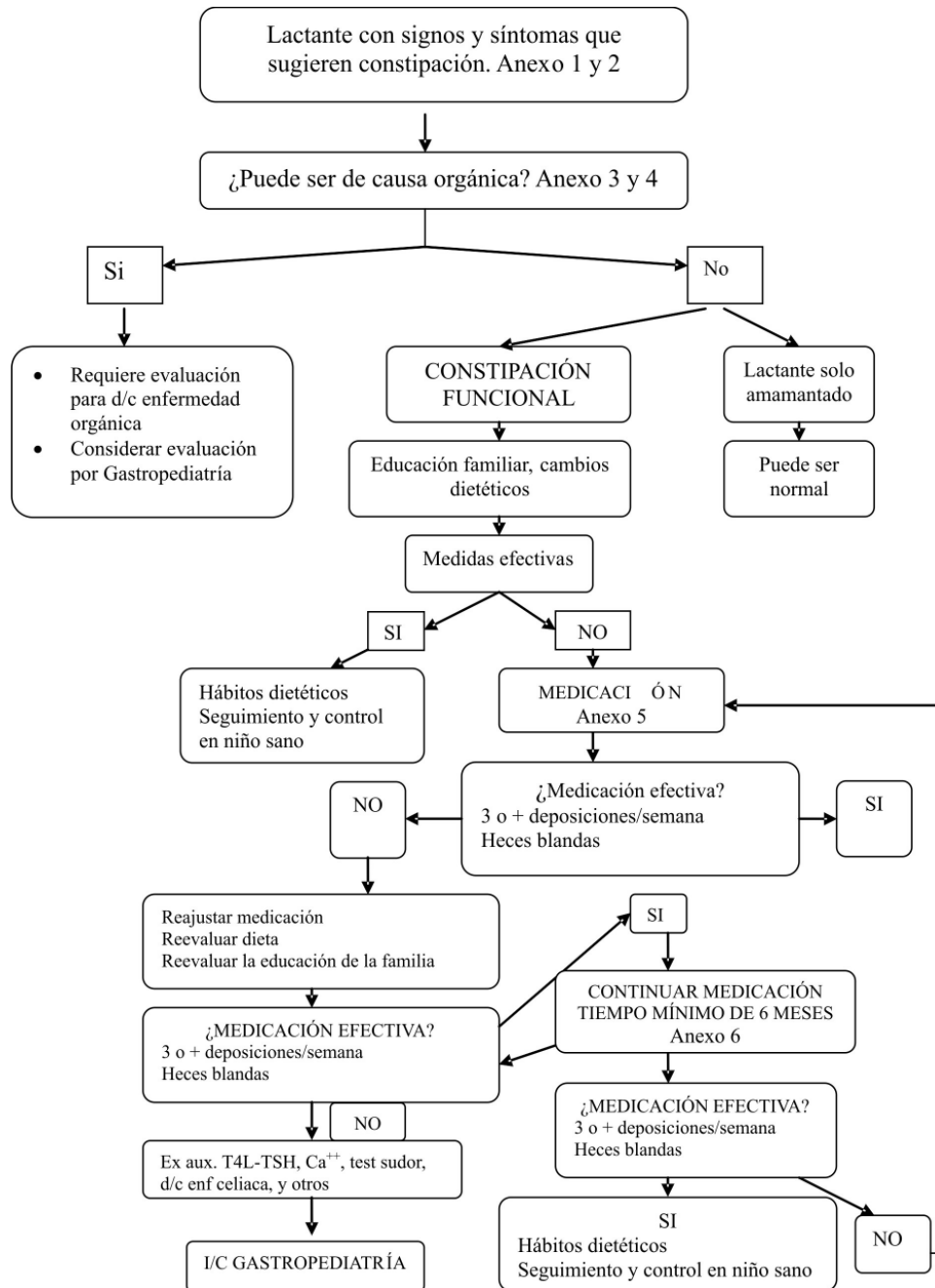


Constipación en lactantes y niños

CONSTIPATION IN INFANTS AND CHILDREN

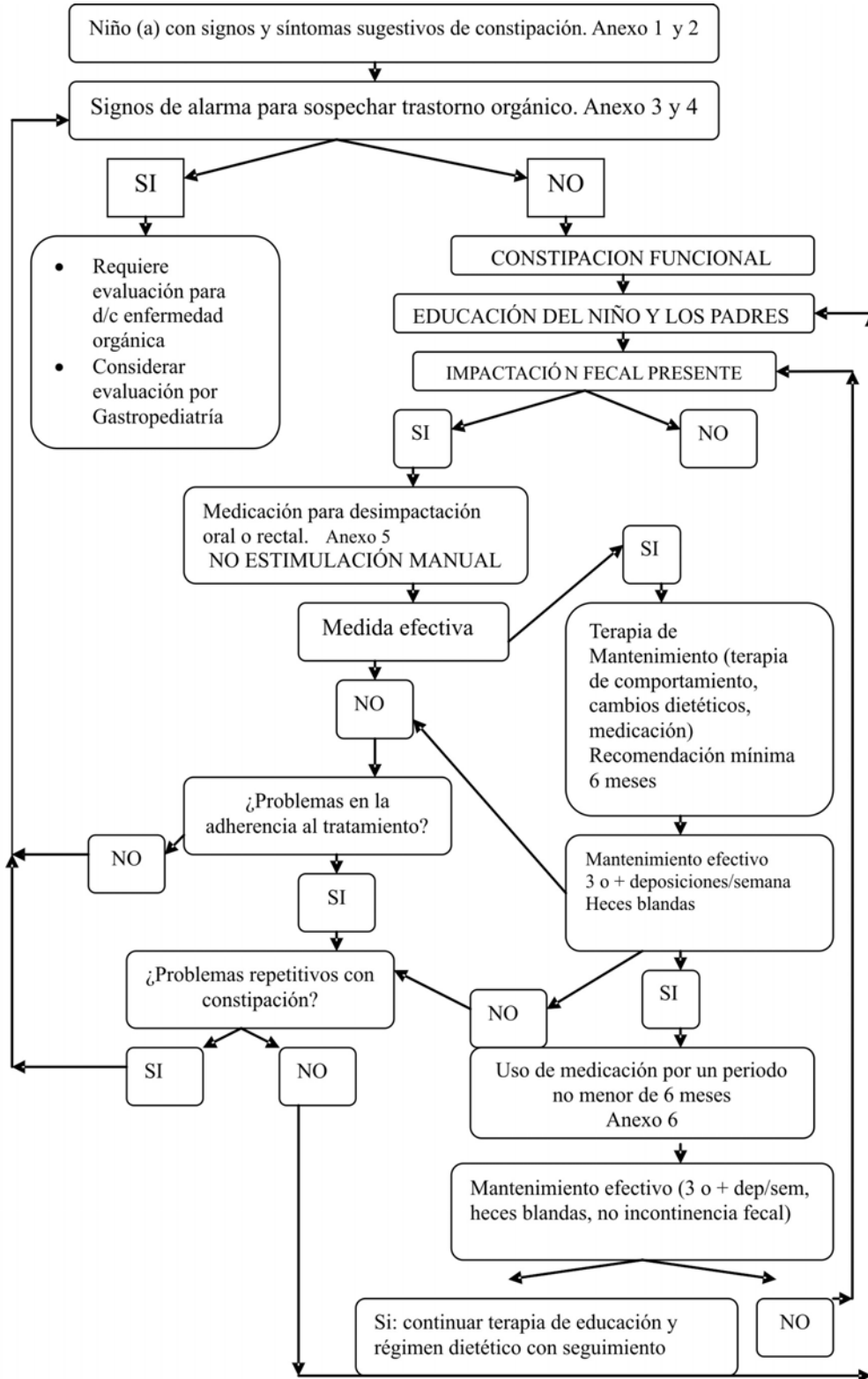
PAMELA ROCIO MUÑOZ HUERTA¹

CONSTIPACIÓN EN LACTANTES



¹ Residente I Pediatría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima, Perú.

CONSTIPACIÓN EN NIÑOS



Anexo 1

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS CONSENSO DE PARIS EN TERMINOLOGÍA DE LA CONSTIPACIÓN INFANTIL 2005

Constipación crónica: 2 o más de las siguientes características durante las 8 últimas semanas:

- Menos de tres movimientos intestinales por semana
- Más de un episodio de incontinencia fecal por semana
- Heces largas en el recto o palpables en el examen abdominal.
- Heces tan largas que obstruyen el inodoro.
- Mantener una postura retentiva y conductas de retención.
- Defecación dolorosa.

Incontinencia fecal: pasaje de deposiciones en un lugar no apropiado (p.e. ropa interior).

Impactación fecal: masa fecal larga en el recto o el abdomen, que no puede ser evacuada fácilmente a voluntad. Puede ser demostrado por examen abdominal-rectal u otros métodos.

Anexo 2

DIAGNÓSTICO DE CONSTIPACIÓN EN LA NIÑEZ

Criterios de Roma III. Incluir por lo menos 2 de los siguientes:

- 2 o menos deposiciones por semana.
- Al menos un episodio por semana de incontinencia fecal luego que el niño ha adquirido un régimen evacuatorio.
- Historia de de retención de heces excesiva o postura retentiva.
- Historia de dolor o movimientos intestinales dolorosos.
- Presencia de masas fecales largas en recto.
- Historia de deposiciones con diámetro largo que obstruyen el inodoro.

Lactantes y niños <4 años: síntomas presentes por lo menos un mes.

Niños > 4 años: por lo menos 2 meses con criterios insuficientes para el diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable (SII).

Anexo 3

Signos de alarma para descartar enfermedad orgánica

- Ganancia ponderal pobre o pérdida de peso.
- Distensión abdominal con o sin vómitos.
- Ano desplazado anteriormente.
- Ano demasiado contraído.(a la inspección rectal)
- Ano entreabierto.
- Asimetría o aplanamiento de los músculos glúteos.
- Nevo o seno en región lumbosacra.
- Manchas café con leche múltiples.
- Tono anormal y fuerte.
- Reflejos de las extremidades inferiores anormales.
- Presencia evidente de sangre o sangre oculta en heces.

Anexo 4

Algunas causas orgánicas de constipación

- Enfermedad de Hirschsprung
- Malformaciones anorrectales
- Displasia neuronal intestinal
- Espina bífida
- Enfermedad neuromuscular
- Hipotiroidismo
- Hipercalcemia
- Enfermedad celiaca
- Intolerancia o alergia alimentaria
- Fibrosis quística
- Enfermedad por Estreptococo del grupo A perianal
- Fisura anal
- Tumores espinales anales
- Abuso sexual
- Drogas

ANEXO 5

MEDICACIÓN EN DESIMPACTACIÓN

MEDICACIÓN

EFFECTOS SECUNDARIOS/COMENTARIO

LACTANTES

Supositorios de Glicerina
Enema 6 ml/kg (hasta 135 ml)
(Fosfato hipertónico)

No efectos secundarios
Considere aplicación en centro médico supervisada

NIÑOS

LIMPIEZA RÁPIDA

Enema 6 ml/kg (hasta 135 ml)
c/12- 24 horas x1 x3

Invasivo riesgo de trauma mecánico. Impactación grande: enema de aceite mineral seguido 1 a 3 horas después por suero salino normal o enema de fosfato.

Suero salino normal o enema de fosfato.
Aceite mineral
Suero salino
Fosfato hipertónico

Impactación pequeña
Lubrica impactaciones duras. Puede no verse retornar luego de administración.
Cólico abdominal, no tan efectivo como el enema de fosfato.
Cólico abdominal, riesgo de hiperfosfatemia, hipocalemia e hipocalcemia.
Cuidado en Hirschsprung o enf renal.
**No recomendado por algunos en <2 años otros < 4 años.
Para impactaciones difíciles de tratar.

Leche de melaza 1:1

ORAL/ NASOGÁSTRICO

Polietilenglicol +electrolitos
(Klean Preap-Nulytely)
25 ml/kg/h hasta 1000 cc / h x 4h /día
(1-1.5 gr/kg/día)

Naúsea, calambres, vómitos, hinchazón, aspiración.
Grandes volúmenes, usualmente requiere SNG y hospitalización

LIMPIEZA LENTA

Altas dosis de aceite mineral VO
15-30 ml/edad en años hasta 8 onzas
por 3 a 4 días

Aspiración, neumonía lipoidea, servir frío.

Senna 15 ml c/ 12 h x 3
Citrato de magnesio
1 oz hasta 10 oz/día por 2 -3 días

Calambres abdominales. Puede no verse deposición hasta la dosis 2 o 3.
Hipermagnesemia

PUEDEN SER USADA TAMBIÉN EN DESIMPACTACIÓN MEDICACIÓN DE MANTENIMIENTO

ANEXO 6	
MEDICACIÓN	MEDICACIÓN DE MANTENIMIENTO
LACTANTES	EFECTOS SECUNDARIOS/COMENTARIO
VÍA ORAL	
Jugos que contienen sorbitol	Pera, manzana
Jugo de maíz 1-3 ml/kg/día en 2 dosis	
Lactulosa o sorbitol	
1-3 ml/kg/d bid	
POR RECTO	
Supositorios de Glicerina	No efectos secundarios
NIÑOS	
ORAL/ NASOGÁSTRICO	
LUBRICANTE	
Aceite mineral 1-3 ml/kg/d en 1-2/d	Ablanda las heces y facilita el pasaje Aspiración, neumonía lipoidea, servir frío. Enfriar o dar con jugos. Problemas de adherencia.
OSMÓTICOS	
Lactulosa 10g/15ml	Disacárido sintético. Dolor abdominal, flatulencia.
1-3 ml/kg /d en 2 dosis	
Hidróxido de Mg (leche de Mg)	Riesgo de hipermagnesemia, hipofosfatemia, hipocalcemia secundaria con sobredosis o insuficiencia renal.
400mg/5ml 1-3 cc/kg/d en 2 dosis	
800mg/5ml 0,5 cc/kg/d en 2 dosis	
Polietilenglicol +electrolitos (Klean Preap-Nulytely)	Titular dosis a intervalos de 3 días para mantener heces blandas. Pueden guardarse las soluciones preparadas para administrarse en 1 o 2 días Excelente adherencia al tratamiento.
15 ml/kg/d	
17 g 240cc agua	
(0.8-1 g/día en 2 dosis)	
Sorbitol 1-3 ml/kg/d en 2 dosis bid	Menos costoso que lactulosa
ESTIMULANTES MEJORA LA EFECTIVIDAD DE LAS CONTRACCIONES MUSCULARES Y RECTALES	
Senna	Melanosis coli, reacciones idiosincráticas (hepatitis), nefropatía por analgésicos, calambres abdominales.
Jarabe 8.8 g/5ml	
2-6 años 2.5 a 7.5 ml/día entre 2 dosis bid	
6-12 años 5- 15 ml/día entre 2 dosis bid	
Bisacodilo tab 5mg	Dolor abdominal, diarrea, hipopotasemia
1 a 3 tabs por dosis /1-2 días	
RECTAL	
Supositorios de Glicerina	No efectos secundarios.
Bisacodilo supositorios 10 mg.	Dolor abdominal, diarrea, hipopotasemia
0,5- 1 de1 – 2 / día	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Satish R. Constipation: evaluation and treatment. *Gastroent Clin North Am.* 2003;32:659-683.
2. Dubin G, Dale A. Chronic constipation in children. *BMJ.* 2006;133:1051- 1055.
3. Thomson M, Jenkins H, Bisset M, Heuschkel R, Kalra D, Green M. et al. Polyethylene glycol 3350 plus electrolytes for chronic constipation in children: a double blind, placebo controlled, crossover study. *Arch. Dis. Child.* published online 11 Jul 2007; doi:10.1136/adc.2006.115493
4. Van den Berg M, Benninga M, Di Lorenzo C. Epidemiology of Childhood Constipation: A Systematic Review. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2401-2409.
5. Plunkett A, Phillips C, Beattie M. Management of Chronic Functional Constipation in Childhood. *Pediatr Drugs* 2007;9:33-46.
6. Safder S, Rewalt M, Elitsur Yoram. Digital Rectal Examination and the Primary Care Physicians: A Lost Art?. *Clin Pediatr (Phila)* 2006;45:411-414.
7. Biggs WS, Dery WH. Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children. *Am Fam Phys.* 2006;73:469-77.

8. Clinical Practice Guideline: Evaluation and Treatment of Constipation in Children: Summary of Updated Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. JPGN 2006;43:405-407.
9. Croffie J. Constipation In Children. *Indian J Pediatr*. 2006; 73:697-701.
10. Felt B, Brown P, Coran A, Kochhar P, Opiari-Arrigan L, Van Harrison R. Functional Constipation and Soiling in Children. *Clin Fam Prac*. 2004;6:709-730.
11. Guiraldes E, Novillo D, Silva P. Encopresis en el paciente pediátrico. *Rev Chil Pediatr*. 2005;76:75-83.
12. Barboza F. Evaluación y tratamiento del estreñimiento en niños. *Rev Col Med*. 2005;36:10-15.
13. Espinoza J. Constipación en pediatría. *Rev Chil Nutr*. 2002;29:272-279.
14. Van Dijk M, Benninga M, Grootenhius M, Onland-van Nieuwenhuizen AM, Last B. Chronic childhood constipation: A review of the literature and the introduction of a protocolized behavioral intervention program. *Patient Educ. Counsel*. 2007;67:63-77.

Correspondencia:
Dra. Pamela Rocio Muñoz Huerta
Email: pamelachio@gmail.com