ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento es pasar heces con dificultad.

La definición del estreñimiento varía ampliamente, y su definición depende de la conducta del niño, la frequencia de evacuaciones intestinales asociadas con dolor, sangramiento, esfuerzo, y observación cuidadosa de la consistencia de las heces.

El estreñimiento puede tener todos ó algunos de los siguientes síntomas:evacuaciones intestinales infrequentes, consistencia dura, calibre grande (puedo usar heces voluminosas), esfuerzo, evacuación dolorosa y la presencia de sangre.

Lo que hace el concepto del estreñimiento fácil de entender es la diferenciación entre un patrón de defecación normal y uno anormal.

En la gran mayoría de las personas con un patrón de evacuación normal, una defecación puede ocurrir entre 3 veces por día y 3 veces por semana, pero esto variará un poco dependiendo de la edad de la persona.

La consistencia es suave, y la evacuación es rápida y sin esfuerzo.

El estreñimiento es mejor definido de acuerdo a la consistencia. Es útil comparar las heces con algo que nosotros conocemos bien como algo que es uniformemente suave en naturaleza, tal como el puré de papa. Esta consistencia se puede considerar normal. Si las heces son tan duras o más duras que la plastilina, entonces son consideradas lo suficientemente duras para ser retenidas, para inducir estreñimiento, e impactar futuro movimiento fecal.

Comportamiento retentivo o postura retentiva son conductas repetitivas que disipan la urgencia de defecar. La posición normal

para defecar es en cuclillas; una posición que se aleja de estar en cuclillas es considerada una postura retentiva. Una postura de mucho esfuerzo en una postura que está alejada de la posición de cuclillas es muy confusa para un padre o una madre, pero el paciente actualmente está tratando de evitar pasar las heces por el ano. Estas posiciones pueden incluir caminar en puntillas de pie, agarrarse de muebles, estirar o cruzar las piernas, y esconderse en lugares.

Etiología y patogénesis del estreñimiento.

Una sola modificación de la rutina de la persona del patrón normal de heces puede potencialmente crear un estreñimiento funcional. Cualquier cambio en el ambiente interno o externo de la persona puede producir cambios en la consistencia de las heces y causar heces más duras, dolor para defecar, y subsecuentemente, un patrón de retención de heces. La consequencia, estreñimiento funcional, es muy común en niños y adultos si no es corregida temprano. También es común encontrar a familias con estreñimiento, sugiriendo una predisposición genetica, anatómica (malposición del ano), o cultural (dieta).

Frequentemente, niños con estreñimiento presentan retención de heces intencional o involuntaria después de una experiencia dolorosa mientras evacuaban.

En una edad temprana, cualquier factor que pueda cambiar las heces podría potencialmente generar estreñimiento. Desde cambios en la fórmula a la composición de la proteina, comidas nuevas como cereals u otros sólidos podrían generar este fenómeno.

Lo mismo puede aplicarse a niños más grandes. En este grupo, no solamente pueden haber problemas dietéticos o cambios ambientales, sino que ellos pueden experimentar un fuerte miedo

de ser heridos durante la evacuación o hasta podrían abstenerse voluntariamente para independizarce más del padre o la madre.

La conducta de retención es hecha voluntariamente para evitar defecación por contracción del músculo de defecación por via de posiciones pélvicas, glúteas, y del cuerpo con la intención de disipar y eliminar el estímulo de defecación.La recomendación de la Academia Americana de Pediatría es que el niño tenga sus técnicas de entrenamiento para usar el baño completadas.

Niños que están en la escuela encontrarán otros desafíos (o tal vez se puede usar problemas en vez de desafio) como baños sucios o la indispocisión de los maestros para dar permiso para ir al baño.

Cualquier cambio fuera del ambiente del niño, tales como viajar a una distancia considerable, visitar a un miembro de la familia, hospitalización, comenzar la guardería o la escuela, y cambios dinámicos en la familia (vacaciones, niñeras, madre ó padre en el trabajo, etc) podría también cambiar la dieta y la hora de la comida, afectando así la consistencia de las heces y precipitando el estreñimiento. Otros desencadenantes adicionales en los niños son que en la escuela ellos encontrarán otros desafíos como baños sucios o la indisposición de los maestros de dar permiso para ir al baño.

El colon y su mucosa colónica son como una secadora en la cual, si las heces estan expuestas a este revestimiento por un tiempo, esto hará las heces más duras, secas y más grandes, produciendo así una defecación dura y dolorosa.

El tamaño del recto al comienzo del inicio (yo usaria o comienzo o inicio, pero no se si los dos son redundantes) del estreñimiento es similar a una bolsa de basura pequeña; este progresará al tamaño de una bolsa de basura grande si las heces crecen en tamaño. Una vez que el recto se agranda, una materia fecal muy grande, compactada y como de concreto se acumulará y afectará la impactación fecal, y cuando las heces suaves recien formadas

pasan alrededor de la material fecal concreta, pueden escapar sin control, induciendo incontinencia fecal. Hay dos pequeños músculos en forma de anillo llamados esfínteres. Una vez que la punta dura de la material fecal se deposita en el músculo esfínter interno, este no se puede cerrar, y las heces suaves se saldrán sin control, y el niño no las puede sentir, no las puede oler, y no sabe cuando esto pasa. Sin embargo, el niño nota esta situación después que le es mencionada por otro miembro de la familia después de que la inconteniencia fecal ha ocurrido. La familia puede creer que el niño lo hace a propósito, pero esto está completamente fuera del control del niño y más allá de su conocimiento.

Presentación Clinica

En la mayoría de los casos, el diagnostico del estreñimiento funcional puede ser hecho fácilmente. En la ausencia de síntomas de advertencia, no es necesario hacer más examenes.

Los pacientes pueden tener síntomas vagos como dolor abdominal, distención abdominal, infecciones del sistema urinario frequentes, cambios en el apetito, pérdida de peso ó poco aumento de peso. El dolor abdominal asociado con el estreñimiento funcional es usualmente no específico y no bien localizado. Fracaso de desarrollo (aumento de peso no adecuado), retraso en el desarrollo, la presencia de síntomas intestinales adicionales, y enfermedad de la vegija son síntomas de advertencia y necesitan examenes adicionales.

Una investigación sobre los problemas psicológicos y de conducta también debe ser hecha. El prógnostico puede ser peor para niños que tengan desordenes de conducta y situaciones sociales pobres.

Encopresis (inconteniencia fecal involuntaria) puede ocurrir intermitentemente o varias veces al día, con el paso a la ropa interior de pequeñas manchas de material fecal a una evacuación

intestinal completa. Algunos padres pueden confundir esto con diarrea. El paso de heces grandes puede estar seguido por un intervalo corto de disminución del ensuciamiento de la ropa interior y dolor abdominal hasta que una nueva masa fecal rectal se acumule.La incontinencia fecal puede ser una fuente considerable de verguenza social para los niños. Baja auto-estima, depresión, verguenza, retraimiento social, y miedo de ser descubierto puede llevar al niño a esconder la ropa interior sucia. Los padres pueden acusar al niño de ser flojo, descuidado, o de renuencia de usar el baño, ocasionalmente llevandolos al castigo o estímulo negativo.

Cuándo buscar consejo médico para un niño que tenga estreñimiento:

- Comienzo en menos de 12 meses.
- Retraso del paso del meconio (las primeras heces del recién nacido) después del primer dia de vida.
- No retención de heces.
- No ensuciamiento.
- Diarrea intermitente o heces explosivas.
- Fallo de desarrollo.
- Salida efusiva de las heces mientras está defecando.
- Examenes neurológicos anormales.
- Heces mucosas o con sangre.
- Enfermedad de la vegija.
- No responde al tratamiento convencional.

Cuando el estreñimiento es inducido por una razón médica, es considerado estreñimiento secundario. Hay muchas razones por las que el estreñimiento secundario puede ser generado (por ejemplo, enfermedad o condición que induce el estreñimiento):

- Estenosis anal ó del colon.
- Ano imperforado.
- desplazamiento anterior del ano ó ano ectópico.
- Condiciones neurológicas ó de la médula espinal.

- Enfermedad de Hirchsprungs.
- Displasia neuronal intestinal.
- Disfunción endocrina.
- Función anormal del músculo (intestinal ó abdominal).
- Medicamentos que puedan llevar a un estreñimiento secundario.
- Condiciones genéticas.
- Fibrosis quística y enfermedad celiaca.

Investigación para el estreñimiento.

Una historia médica completa y una meticulosa examinación física son usualmente suficientes para confirmar el diagnóstico de estreñimiento funcional en la mayoría de los niños. Obtener diarios de síntomas sobre defecación y carácteristicas de ensuciamiento puede ayudar a establecer el diágnostico y ayudar con el seguimiento del monitoreo. En un pequeño subconjunto de niños, la evaluación clínica no es adecuada y intervenciones diagnósticas adicionales son necesarias para establecer o negar etiologías orgánicas. Estas pueden incluir simples radiografías abdominals, estudios de tránsito colónico, estudios de contraste de manometría anorectal, o biopsias de aspiración rectales. Los exámenes importantes para el estreñimiento y su significado incluyen:

- Una radiografía abdominal para establecer masa fecal, aire en el recto y un patrón de flujo de aire.
- Estudios de contraste para evaluar la zona de trancisión ó condición anatómica y terapia parcial para desimpactación.
- Estudios de tiempo de tránsito colónico para establecer el tiempo gastrointestinal para el tránsito de la comida/heces para pasar por el tracto gastrointestinal antes de la defecación.
- Manometría para establecer la condición del músculo envuelto y que está conduciendo al estreñimiento.
- Biopsias rectales o intestinales para establecer el medio del músculo y ganglios.

Consideraciones generals en el manejo del estreñimiento

Las metas del tratamiento del estreñimiento infantil son restablecer un patrón regular de defecación (heces suaves y no dolorosas, no inconteniencia fecal) y prevenir recaídas. Los laxantes orales y un entrenamiento estructurado sobre como ir al baño solo son los pilares principales de un tratamiento efectivo. En un reporte publicado por NASPGHAN (La Sociedad Norteamericana de Pediatría Gastroenterología, Hepatología y Nutrición), los siguientes 4 pasos importantes fueron recomendados para la evaluación y tratamiento del estreñimiento infantil:

1) Educación.
2) Desimpactación.
3) Prevención de reimpactación.
4) Chequeo regular.

El tratamiento comienza explicándoles el problema al niño y la familia.

Es primordial entender que el recto tiene que estar libre de impactación fecal (heces grandes y duras) para prevenir derrame de impactación fecal ó incontinencia fecal, la cual está fuera del control del niño. Un entendimiento claro de esta situación eliminará la atribución negativa por parte de los padres y aliviará la tension. Los niños continuarán reteniendo las heces aun despues de que el laxante ha sido comenzado; este comportamiento continuará hasta que no haya dolor durante la defecación.

La duración de el tratamiento es larga, entre 6 a 24 meses y algunas veces todavía más larga. Es muy importante saber que tan pronto que la terapia es comenzada, las heces serán suaves, pero muchas familias pensarán entonces que el estreñimiento ha sido resuelto y por lo tanto pararán el medicamento antes de que

el recto se normalize en tamaño y la conducta de retención desaparezca. En este caso, las heces se pondrán duras y el estreñimiento regresará muy pronto.

Las modificaciones en la dieta son comunmente recomendadas para niños estreñidos. Esto puede incluir un aumento del ingreso de líquido, carbohidrato or fibra. Sin embargo, el papel de la modificación dietética en el estreñimiento funcional no está bien establecido. Una intervención extrema en la dieta puede llevar a deficiencias nutricionales e impactar negativamente el crecimiento.

La relación entre el estreñimiento y el ingreso bajo de fibra no está bien conocida; sin embargo, el ingreso dietético de fibra recomendado es la edad del niño más 5, lo que dará los gramos de fibra que debe tomar por dia. Suplementos de fibra como Phylium, Metamucil, y Citrucel son bien aceptados por los niños. Fibra más soluble como Benefiber puede ayudar con el estreñimiento, especialmente en casos de encopresis y niños impedidos neurológicamente sin efecto en motilidad colónica.

Para los bebés, la modificación de la leche es admitida después de que el niño no responde a la terapia estándard ó a una prueba para alergia a la proteína de la leche (en un niño mayor). Fórmulas modificadas bajas en hierro (o tal vez podemos decir "formulas que son modificadas para ser bajas en hierro") no tienen un papel en el estreñimiento en bebés y pueden causar anemia. Hay una mejor respuesta en los bebés con modificación en la proteína y formula hidrolizada (como Alimentum ó Nutramigen).

Tratamiento Médico

El recto debe estar vacio y la desimpactación fecal es crítica antes de hacer una terapia de mantenimiento para asegurar éxito y para reducir la cantidad de incontinencia por rebosamiento y dolor abdominal

La desimpactación fecal puede ser obtenida por las siguientes rutas:

Oralmente: Miralax (Polietileno glicol), citrato de Magnesio, aceite Mineral y Lactulosa, pero la dosis tiene que ser mayor que la dosis de mantenimiento.
Rectalmente: en un niño mayor, una enema de fosfato de soda (fleet), salina ó de aceite mineral, y en un bebé, un supositorio de glicerina pueden ayudar. No son recomendados y, en efecto, son tóxicos: la espuma de jabón, agua del grifo, y enemas de magnesio. Enemas de leche y melaza han resultado ocasionalmente fatales. La meta de la terapia de mantenimiento es conseguir heces suaves y no dolorosas, prevenir impactación, y romper comportamientos de retención. Agentes volumétricos como la fibra dietética o fibra procesada natural, celulosa modificada químicamente, y polímero sintético pueden aumentar el tamaño de las heces y mejorar el estreñimiento, pero también pueden producir fermentación de bacterias y heces aceitosas, por lo que estos no son usados comunmente en los niños.
Laxantes Osmóticos: estos son ións que no se absorben bien (fosfato de magnesio y sales de sulfato), agentes que no son absorbidos en el intestino delgado sino metabolizados en el colon (Lactulosa y Sorbitol). Compuestos metabólicamente inertes, los laxantes osmóticos ablandan las heces reteniendo agua en el colon por osmosis.

Después de confirmar el estreñimiento funcional y excluir otras razones potenciales de estreñimiento secundario, asegúrese de que no haya impactación fecal. Esto usualmente sigue un período sin defecación, y sensibilidad sobre el área púbica durante una palpación profunda. El doctor del paciente puede hacer evaluaciones adicionales como una examinación rectal o rayos X del abdomen para confirmar la impactación.

Después de que un medicamento es recetado y conseguido bajo supervision médica, es muy importante para los padres y el paciente ver si la consistencia de las heces es más dura que el puré de papas. Si es así, entonces un pequeño ajuste basado en

la consistencia de las heces puede ser hecho aumentando la cantidad del medicamento hasta que la consistencia deseada sea obtenida. Si las heces se ponen muy suaves, como pudín ó aguadas, entonces ajuste disminuyendo el medicamento a pequeños intervalos hasta que las heces se pongan tan suaves como puré de papas otra vez. Una vez que las heces son mantenidas suaves, continue ajustando más ó menos, dependiendo de la consistencia, por el período indicado de 6 a 24 meses sin parar el medicamento. Es muy importante no parar el medicamento antes de que la conducta de retenimiento desaparezca completamente o esta regresará otra vez.

Después de completar el período indicado sin parar el medicamento, manteniendo las heces suaves y de que la conducta de retención haya desaparecidod, entonces dele líquidos adicionales al niño, como la mitad de un vaso de jugo de naranja dos veces por dia. Luego, comienze a disminuir el medicamento saltando un día de por medio por dos meses, luego dos veces por semana por 2 meses, y entonces puede pararlo completamente.

Si el extreñimiento regresa, entonces es importante hacer una evaluación para otras posibles etiologías como alergias a la comida, enfermedad celiaca, o enfermedad de la tiroide.

Esta información fué proporcionada por

Dr. Nelson Spinetti

M.D., F.A.A.P.