





Dra. Ana M. Rocca (Scio. Gastroenterología)-Dra. Mariana Natri (Scio. Clínica)

CONTINENCIA:

CAPACIDAD DEL ORGANISMO PARA RECONOCER EL MOMENTO EN QUE LA AMPOLLA RECTAL ESTÁ LLENA, DISCRIMINAR EL MATERIAL Y RETENERLO HASTA QUE SEA CONVENIENTE SU EXPULSIÓN

EXPULSIÓN INVOLUNTARIA DE LAS HECES

PRESENCIA DE MATERIA FECAL EN LA ROPA INTERIOR EN CUALQUIER CANTIDAD, EXISTA O NO LESIÓN ORGÁNICA

INCONTINENCIA FECAL

ELIMINACIÓN DE DEPOSICIONES EN UN LUGAR INAPROPIADO QUE PUEDE SER:

- ▶ Incontinencia fecal orgánica: por daño neurológico, anatómico, metabólico, etc.
- ▶ Incontinencia fecal funcional:

1) Incontinencia fecal no retentiva (sin constipación)

Salida de materia fecal en un lugar inapropiado al menos una vez por mes, que ocurre en niños con edad mental \geq 4 años en ausencia de enfermedad estructural o inflamatoria del intestino, y en ausencia de signos de retención fecal según los criterios de Roma.

2) Constipación asociada a incontinencia fecal (por rebosamiento o escurrimiento)

CONSTIPACIÓN CRÓNICA (1)

- **CRITERIOS DE ROMA III:** sistema desarrollado para clasificar los desórdenes funcionales gastrointestinales cuyos síntomas clínicos no son explicables por la presencia de anomalías estructurales.

Un mes de al menos 2 de los siguientes criterios en niños de hasta 4 años:

- ▶ Frecuencia menor a 2 deposiciones por semana.
- ▶ Historia de al menos un episodio de incontinencia fecal por semana luego de la adquisición del control de esfínteres .
- ▶ Historia de deposiciones duras o dolorosas.
- ▶ Pasaje de heces voluminosas que obstruyen el inodoro.

Dos o más de los siguientes criterios en mayores de 4 años:

- ▶ 2 o menos deposiciones por semana
- ▶ Historia de al menos un episodio de incontinencia fecal por semana
- ▶ Historia de posturas retentivas o excesiva retención voluntaria de materia fecal
- ▶ Historia de deposiciones duras o dolorosas.
- ▶ Presencia de una gran masa de materia fecal en recto
- ▶ Pasaje de heces voluminosas que puedan obstruir el inodoro.

▪ **ANAMNESIS (2)**

Eliminación de meconio (El 95% de los RN sanos, elimina meconio en las primeras 24 hs. de vida, el 98% en las primeras 48 hs.)

Hábito defecatorio-inicio de la constipación.

Características de las deposiciones (frecuencia, consistencia, calibre, volumen)

Desarrollo etapa de control esfinteriano

Hábitos alimentarios

Conductas retentivas

Incontinencia fecal

Dolor abdominal y/o distensión

Ileo, vómitos

Síntomas extraintestinales (déficit neurológico, pérdida de peso, fatiga, intolerancia al frío, poliuria, polidipsia)

Síntomas acompañantes de vías urinarias

Medicación y tratamientos previos (respuesta y adherencia)

- **EXAMEN FÍSICO (3)**

Desarrollo pondoestatural

Desarrollo psicomotor

Exploración del abdomen (distensión, materia fecal palpable)

Exámen neurológico (tono, ROT, fuerza muscular, trofismo, reflejos cutáneo abdominales y cremasteriano)

Región lumbo-sacra (deformidades, áreas de aumento de volumen, zonas pilosas, máculas, fosita pilonidal)

Exploración del ano y región perineal (ubicación del orificio, eritema y lesiones perianales, fisuras, prolapso)

- **IMPACTACIÓN FECAL (4)**

- ▶ CONSTIPACIÓN SEVERA CON UNA MASA VOLUMINOSA EN EL RECTO Y/O ABDOMEN, QUE ES POCO PROBABLE QUE SEA EVACUADA ESPONTANEAMENTE.

Puede demostrarse por examen abdominal, rectal o por otra metodología.

La **Rx de abdomen** es útil cuando el relato no concuerda con el examen físico, para evaluar presencia o ausencia de materia fecal retenida, ausencia de aire distal, dilatación del colon proximal, niveles, columna lumbosacra.

- **TRATAMIENTO DE DESIMPACTACIÓN**

NINGÚN PLAN TERAPÉUTICO TENDRÁ ÉXITO SI PRIMERO NO SE LOGRA LA EVACUACIÓN COMPLETA.

INDICACIONES: DIETA pobre en lácteos y almidones, baja en fibras hasta lograr desimpactación.

DESIMPACTACIÓN por vía oral, rectal o ambas.

DESIMPACTACIÓN POR VÍA RECTAL

ENEMAS

SONDA RECTAL

- VASELINA LÍQUIDA (máximo 130 ml.) ablanda la masa y lubrica la mucosa. 15-20´
SOLUCIÓN FISIOLÓGICA (máximo 250 ml.) tibia, a baja presión con jeringa o en goteo durante 15 a 20´
Proporción 1/3-2/3 o 1/4-3/4. Secuencial.
Volumen total: 10 ml/kg. No superar 250 ml totales. El volumen puede ser mayor si la infusión es por goteo.
Frecuencia: hasta 3 por día, 5-7 días.
- FOSFATO HIPERTÓNICO: 30 ml cada 5 kg. En > 20 kg. 135 ml (dosis máxima). Se usa excepcionalmente. No se repite.
- MURPHY: 10 ml/kg 2/3 o 3/4 leche y 1/3 o 1/4 miel.

DESIMPACTACIÓN POR VÍA ORAL

- ACEITE MINERAL: 15-30 ml/año de vida por 3 días (hasta 240 ml).
- PEG 3350 sin electrolitos:
1 a 1,5 gr./kg/dosis (máximo 100 gr/d) x 4 días. Dilución 17 gr en 250 ml.
Si el volumen es mayor fraccionar en 2 veces.
- PEG 3350+electrolitos 10 ml/kg/hora x 4 a 6 horas 1 vez y evaluar respuesta.

MANTENIMIENTO (5)

El cumplimiento del régimen terapéutico es más importante que el fármaco elegido.

No existen dosis fijas: se ajustarán para inducir 1 o 2 evacuaciones diarias de laxitud suficiente para que haya vaciamiento completo del colon distal y evitar la expulsión involuntaria o el dolor (3 meses).

Hasta tanto se logre: hacer 1 enema si pasan 3 días sin deposiciones (especialmente cuando hay incontinencia fecal funcional retentiva).

HÁBITO

Estimular intentos evacuatorios diarios con horario, preferentemente post-prandiales y no más de 10-15 minutos.

Explorar temores.

Medidas de refuerzo positivo

No control de esfínteres en menores de 30 meses.

Educar al niño y a los padres: beneficios y consecuencias

DIETA

Moderada cantidad de lácteos.

Aumento de la cantidad de FIBRAS: 0,5 gr/kg/día hasta 35 gr/día.

No excluir otros alimentos ya que la densidad calórica de los alimentos ricos en fibras es baja.

LAXANTES

LAXANTES	DOSIS	EFECTO
LACTULOSA	1-3 ml/kg/día	osmótico
HIDRÓXIDO DE MG	1-3 ml/kg/día solución 400mg/5ml	Osmótico (estimulante salino)
ACEITE MINERAL	1-3 ml/kg/día	Lubricante No recomendado en menores de 1 año y daño neurológico: riesgo de neumonía lipoidea por aspiración
PEG 3350	0,8-1 gr/kg/día	osmótico

- EMOLIENTES: (vaselina) lubrica y disminuye la absorción de líquidos y electrolitos
- OSMÓTICOS: (lactulosa) carbohidrato no absorbible, se hidroliza hasta formar ácido por la flora colónica y produce efecto osmótico.
- ESTIMULANTES SALINOS: (leche de magnesia).

1 a 3 ml/kg/d.

- PEG:

Compuesto polímero biológicamente inerte, no absorbible, de alto peso molecular, incoloro, inodoro e insípido, que no es metabolizado por la flora bacteriana, actúa osmóticamente y por expansión del volumen de las heces en el intestino, lo que resultaría en una menor incidencia de efectos adversos como dolor abdominal y mejor adherencia al tratamiento .

0,8- 1gr/kg/día

SUSPENSIÓN PROGRESIVA

Tratamiento por meses

Solo debe ser suspendido en forma progresiva cuando el paciente logra deposiciones en forma regular sin dificultades.

Vigilancia a largo plazo ya que el 30-50% presenta recaídas a pesar de haber tenido tratamiento exitoso.

Mejor pronóstico cuanto menor es la duración de los síntomas.

CONSULTA AL ESPECIALISTA

Fracaso de tratamiento adecuadamente instituido y cumplido

Sospecha de patología orgánica

Manejo complejo

En estos casos se evaluará la realización de exámenes complementarios:

T3, T4, TSH, ATC Antitiroideos

Ca, P, Mg, ionograma, glucemia

EMA, tGT, dosaje de Ig A

Rx columna lumbosacra

Colon por enema

Biopsia rectal

Manometría anorectal

Tiempo de tránsito con marcadores, si el paciente no presenta impactación o se descarta obstrucción del tracto de salida