

Incidencia de constipación en pacientes de 0 a 6 años de edad en el Servicio de Gastroenterología Infantil del Hospital Pedro Elizalde “Ex Casa Cuna”, durante el periodo comprendido entre enero a junio del 2015

Oyola Montes J¹; Torres Rodríguez E¹; Quintana C².

Resumen

Introducción: La constipación crónica es una patología que consiste en dificultad para defecar, capaz de causar angustia al paciente, con una duración de más de 2 semanas. Afecta a todas las edades, con un pico de incidencia en la infancia.

Objetivo: Describir las características de 336 pacientes menores de 6 años con diagnóstico de constipación funcional, los factores que intervienen en su desarrollo, hábitos alimentarios, tratamiento y evolución de la enfermedad.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, realizado en el servicio de gastroenterología del Hospital General de Niños Pedro Elizalde, entre Enero y Junio del 2015.

Resultados: Se observó que el sexo masculino fue el más afectado 205 niños (61.01%), la edad promedio fue 2.9 años. Entre los hábitos alimentarios predominó en 40% la ingesta insuficiente de fibras y el exceso de lácteos 19%. Como factores desencadenantes: en menores de 6 meses encontramos, el inicio de fórmula 38.5% (n: 36) y la ingesta insuficiente de fibra 49.8% (n: 121); y en los mayores aparte de este último, el no cumplimiento del hábito evacuatorio y retirada de pañal en el 33.3% (n: 81) y 8% (n: 19) respectivamente.

Conclusiones: Identificados los factores modificables, ofrecer estrategias para mejorar la calidad de vida y el curso fluctuante y crónico de esta patología.

Palabras Clave: Constipación crónica, constipación funcional.

Resumen

Introducción: La constipación crónica es una patología que consiste en dificultad para defecar,

capaz de causar angustia al paciente, con una duración de más de 2 semanas. Afecta a todas las edades, con un pico de incidencia en la infancia.

Objetivo: Describir las características de 336 pacientes menores de 6 años con diagnóstico de constipación funcional, los factores que intervienen en su desarrollo, hábitos alimentarios, tratamiento y evolución de la enfermedad.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, realizado en el servicio de gastroenterología del Hospital General de Niños Pedro Elizalde, entre Enero y Junio del 2015.

Resultados: Se observó que el sexo masculino fue el más afectado 205 niños (61.01%), la edad promedio fue 2.9 años. Entre los hábitos alimentarios predominó en 40% la ingesta insuficiente de fibras y el exceso de lácteos 19%. Como factores desencadenantes: en menores de 6 meses encontramos, el inicio de fórmula 38.5% (n: 36) y la ingesta insuficiente de fibra 49.8% (n: 121); y en los mayores aparte de este último, el no cumplimiento del hábito evacuatorio y retirada de pañal en el 33.3% (n: 81) y 8% (n: 19) respectivamente.

Conclusiones: Identificados los factores modificables, ofrecer estrategias para mejorar la calidad de vida y el curso fluctuante y crónico de esta patología.

Abstract

Introduction: Chronic constipation is a condition that involves difficulty defecating, capable of causing distress to the patient, lasting more than 2 weeks. It affects all ages, with a peak incidence in childhood.

Objective: To describe the characteristics of 336 patients younger than 6 years diagnosed with functional constipation, the factors involved in its development, eating habits, treatment and disease progression.

Methods: Retrospective descriptive study conducted in the service of gastroenterology General Pedro Elizalde Children's Hospital, between January and June 2015.

Results: It was observed that male sex was the most affected 205 children (61.01%), the average age was 2.9 years. Among the eating habits he prevailed in 40% insufficient fiber intake and excess

¹ Alumno Curso superior de Gastroenterología Pediátrica. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Sede Hospital Elizalde

² Jefe Servicio Gastroenterología del Hospital General de Niños Pedro Elizalde. Director de la Carrera de Médico Especialista en Gastroenterología Pediátrica. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Sede Hospital Elizalde.

Dirección Postal: Jennifer Oyola Montes. Sección de Gastroenterología Hospital General de Niños Pedro Elizalde. Montes de Oca 40 (1270). Ciudad autónoma de Buenos Aires. E-mail: jenniferoyola2608@hotmail.com

milk in 19%. As triggers: in less than 6 months are, the start of formula 38.5% (n: 36) and insufficient fiber intake 49.8% (n = 121); and in older apart from the latter, non-compliance bowel habits and withdrawal diaper in 33.3% (n: 81) and 8% (n = 19) respectively.

Conclusions: Identified modifiable factors, offer strategies to improve the quality of life and the fluctuating and chronic course of this disease.

Keywords: Chronic constipation, functional constipation.

Introducción

La constipación crónica (CC) es una patología que afecta anualmente a millones de pacientes en todo el mundo; con una alta incidencia en la población pediátrica. La constipación funcional describe la defecación persistentemente difícil, poco frecuente, o aparentemente incompleta, sin evidencia de una causa anatómica o bioquímica primaria¹, cuya duración es mayor de 2 semanas. Esta definición es implementada por los criterios de diagnóstico "de Roma III", que requieren al menos dos de los seis síntomas que describen la frecuencia de deposiciones, la dureza, el tamaño, la incontinencia fecal, o la retención de las heces, con la condición de que las causas orgánicas de constipación sean excluidas por una evaluación exhaustiva²⁻⁵.

De la totalidad de pacientes que consultan nuestro servicio, la constipación crónica es muy frecuente; por lo cual motivó nuestro interés en investigar su incidencia y causas alimentarias, sociales y culturales, identificando las edades frecuentes de prevalencia.

Incluimos además el rol de los familiares y encargados de los niños, que pueden desencadenar, facilitar y empeorar el curso de esta entidad clínica; la cual puede derivar una alta afectación psicosocial del paciente, así como acarrear un incremento de los costos.

El tema propuesto es de gran relevancia para generar cambios en todo el equipo de salud y lograr hábitos higiénicos saludables.

Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo. El total de la población equivale a 4356 pacientes (guía de observación epidemiológica del Hospital). Se revisaron las historias clínicas de 415 pacientes con diagnóstico de constipación atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital General de Niños Pedro Elizalde, durante el periodo de Enero a Junio del 2015; dentro de los cuales a 336 (se excluyeron todos los pacientes hospitalizados, con enfermedades crónicas u otra patología de índole orgánica), se les realizó diagnóstico de constipación crónica de tipo funcional.

Resultados

Durante el periodo del estudio se reportó una población de 415 pacientes con diagnóstico de constipación, de los cuales el 19.04% correspondían a pacientes con constipación de causa orgánica. De éstos, los pacientes con Encefalopatía Crónica No Evolutiva correspondían al 22.78%, seguidos por patologías diversas 15,18% y malformaciones anorrectales 12.65% (siendo más frecuentes el ano anterior y la estrechez o membrana anal). (Tabla 1).

TABLA N°1

Principales causas de constipación orgánica.

PATOLOGÍA	NÚMERO PACIENTES	%
Pacientes con ECNE	18	22.78
Malformación anorrectal	10	12.65
Enfermedad metabólica		
(Hipotiroidismo/ Diabetes Mellitus)	9	11.39
Mielomeningocele	8	10.12
Tratamiento anti-convulsivo	8	10.12
Enfermedad celíaca	6	7.59
Síndrome Down	6	7.59
Hirschsprung	2	2.53
Otros	12	15.18
	n: 79	

Un total de 336 pacientes (80.96%), compartían características para constipación funcional. Dentro de ellos 30 (9%) correspondían a disquinesia del lactante y 18 (5.35%) a incontinencia fecal retentiva, la cual supone una forma de presentación común del estreñimiento funcional.

La edad promedio fue de 2.9 años; respecto al sexo el más afectado fue el masculino con 205 niños (61.01%) en relación con el grupo femenino con un total de 131 niñas (38.98%).

Dentro de los hábitos alimentarios, que favorecen o empeoran al desarrollo de esta patología, encontramos con mayor relevancia: la pobre o nula ingesta de fibras (vegetales, frutas principalmente), seguido por el exceso en la ingesta de lácteos. (Tabla 2).

TABLA N°2 Hábitos alimentarios

HÁBITOS	NÚMERO DE PACIENTES	%
Ninguno asociado	118	35
Ingesta insuficiente de fibras (frutas, verduras, legumbres)	134	40
Ingesta excesiva lácteos	64	19
Otros	20	6
	n: 336	

Considerando lo descrito previamente, detallaremos la frecuencia en la que el consumo de determinados alimentos están presentes en la alimentación diaria de los pacientes. Gráficos 1 y 2.

De la población de n: 154 pacientes (46%); en el 39% (n:60), encontramos que es nula la ingesta de fibra en la dieta, siendo los motivos más reiterados el rechazo por parte del niño a ingerirla, no hábito familiar, bajo presupuesto para adquirirlas y el poco conocimiento sobre que alimentos ofrecer para mejorar esta condición; esto seguido por la poca ingesta en un 36.5% (n:56) y la ingesta diaria o normal 24.5% (n:38).

GRÁFICO N°1

Evidencia que en la ingesta excesiva de lácteos; 53% (n: 34) fue leche entera vaca (LEV) y 39% (n: 25) consumo excesivo de yogurt.



El consumo de harinas es uno de los alimentos más ofrecidos, correspondiendo al 35% (n: 170), seguidos en un 20% (n: 67) la ingesta excesiva o frecuente de banana y manzana. Gráfico 3

Para establecer los principales factores favorecedores de constipación funcional; dividimos a los pacientes según edad en 2 grupos (lactante menor y mayor de 6 meses); observando en el primer grupo el inicio de fórmula 38.5% (n: 36) y ningún factor asociado 43% (n:40); mientras en los mayores predomina la ingesta insuficiente de fibra

GRÁFICO N°2

Distribución y porcentajes del consumo de fibras en la alimentación diaria.



49.8% (n:121), seguido del no cumplimiento del hábito evacuatorio y retirada de pañal en 33.3% (n:81) y 8% (n: 19) respectivamente. Otros factores 8.9% (n: 23) incluyen frecuentemente separación de los padres, inicio de escolarización, mudanzas, problemas familiares, etc.

Recibieron tratamiento farmacológico 85% (n: 285), y en el 15% (n: 51) restante se implementaron sólo medidas higiénico-dietarias, complementadas con el hábito evacuatorio. Los más utilizados fueron la lactulosa (Dosis: 1-2ml/kg/día repartidos 1 a 3 dosis) y polietilenglicol (Dosis: 0.2 a 0.8g/kg/día) en un 65% (n: 184) y 29% (n: 82) respectivamente. Otros medicamentos empleados (6%) fueron vaselina líquida, vaselina en mermelada, aceite de cocina y leche de magnesia. Se observó favorable respuesta con lactulosa 78% y 87% con el polietilenglicol. La falta de respuesta se vio interferida en el 67.8% por la no implementación de las medidas no farmacológicas (medidas - higiénico-dietarias y el hábito evacuatorio).

Del total de los pacientes atendidos en nuestro servicio, aproximadamente 64% presentó mejoría clínica, evaluable en los 3 a 5 seguimientos ulteriores, cumpliendo a cabalidad con las indicaciones médicas instauradas, de ellos 17% continuó mantenimiento sólo con las medidas higiénico - dietarias y el hábito evacuatorio y el resto con tratamiento farmacológico simultáneo. El otro porcentaje menos del 40% fueron pacientes que presentaron regular adherencia al tratamiento y/o no concurren a seguimiento evolutivo en nuestro servicio.

Dicusión

La constipación crónica es un problema muy frecuente en la población pediátrica, correspondiendo aproximadamente al 3 a 5% de los niños atendidos en forma ambulatoria y 15 a 25% de los pacientes referidos a gastroenterología pediátrica; la constipación funcional es responsable de más



del 95 por ciento de los casos de estreñimiento en niños sanos de un año y mayores, y es particularmente común entre los niños en edad preescolar⁶⁻⁷. La constipación a menudo incluye dificultad o reducción de la frecuencia de la defecación. Debido a los cambios con el crecimiento y el desarrollo, la frecuencia y el tipo de heces deben ser comparados con los patrones normales esperados para la edad, la dieta del niño, y estado de maduración⁸⁻⁹. La disquinesia infantil es un trastorno funcional, definido como al menos 10 minutos de esfuerzo y llanto antes de conseguir heces blandas en niños por lo demás sanos. El síntoma es probablemente causado por la falta de relajación del suelo pélvico durante el esfuerzo de la defecación. Además, los niños también tienen insuficiente tono muscular abdominal para producir una maniobra de Valsalva. Hay tres períodos en que el lactante y el niño en desarrollo son particularmente propensos a desarrollar constipación funcional. La primera se produce después de la introducción de cereales y alimentos sólidos en la dieta del lactante, el segundo con el control de esfínteres, y el tercero durante el comienzo de la escuela¹⁰. Estos importantes hitos del desarrollo pueden ser experiencias positivas. El control de esfínteres puede provocar constipación, dado que los niños pequeños pueden no responder a la necesidad de defecar, y / o porque los niños que usan los baños de tamaño adulto y sin pies de apoyo pueden no tener suficiente presión abdominal para evacuar con éxito sus heces. La Academia Americana de Pediatría (AAP) hace hincapié en que los padres y cuidadores deben evitar coaccionar a sus hijos en el control de esfínteres y en su lugar deben estar atentos a los signos que indiquen que está listo en su desarrollo¹¹⁻¹². El problema subyacente de la constipación debe abordarse rápidamente para evitar este círculo vicioso. Recordemos que la defecación dolorosa es un disparador común para la retención de

las heces, y contribuye al desarrollo y la persistencia de esta patología.

El consumo excesivo de leche entera de vaca (> 32 onzas de líquido [960 ml] por día) puede enlentecer la motilidad intestinal y saciar el niño, disminuyendo de este modo la ingesta de otros líquidos y alimentos que promueven heces blandas, como el agua, frutas, y verduras¹³⁻¹⁴. Con respecto a la genética, hay niños en algunas familias que pueden estar predispuestos a padecer de constipación. En un estudio longitudinal, se observó una historia familiar de constipación en más de la mitad de los niños con constipación crónica y encopresis, durante un período de siete años¹⁵. Las razones de esta tendencia familiar no son claras y pueden incluir factores compartidos: genéticos, ambientales, y / o factores de la dieta¹⁶⁻¹⁷.

La transición a la escuela puede desencadenarla debido a la retención fecal si el niño es reacio a usar el baño en la escuela, o porque el cambio en el horario interfiere con ir al baño. Cuando los niños alcanzan la edad escolar suelen usar el baño por sí mismos, y los padres pueden no estar al tanto de la frecuencia o el tipo de heces.

Para evitar estos problemas, somos nosotros quienes debemos animar a los padres a controlar regularmente acerca de las evacuaciones de su hijo; los castigos y regaños constituyen un factor negativo en la evolución de los episodios de constipación¹⁸⁻¹⁹.

La dieta moderna ha sido citada como colaborador de la constipación infantil, dado que los niños actualmente ingieren grandes cantidades de alimentos altamente procesados, a expensas de las frutas, verduras y fibra. Una dieta equilibrada que incluya frutas, verduras y fibra se recomienda en todos los niños y puede ser útil en la prevención o el tratamiento del estreñimiento leve, hay poca evidencia de que la adición de fibra a la dieta es un tratamiento eficaz para el estreñimiento severo²⁰. (ANEXO I). La mayoría de los factores asociados, pueden ser evitables y modificables con una adecuada educación, teniendo un rol principal el pediatra desde la atención primaria, con una adecuada enseñanza ofrecida por nuestra especialidad.

El tratamiento de elección y oportuno hoy día es llamado "reentrenamiento intestinal"; en el cual se describen cuatro etapas generales en la reeducación del esfínter anal: desimpactación, tratamiento prolongado con laxantes y terapia de comportamiento para lograr la evacuación regular y evitar el estreñimiento recurrente, cambios en la dieta (principalmente el aumento de contenido de fibra) para mantener heces blandas y una disminución gradual y la retirada de los laxantes según la tolerancia²¹⁻²⁴. Recordemos que la mayoría de los fracasos son

causados por la medicación inadecuada o la interrupción prematura del tratamiento²⁵. La mala adherencia con el programa de tratamiento es otra causa importante de fracaso del tratamiento. En algunos niños, la adherencia a la medicación o el programa de comportamiento puede verse afectada por los problemas conductuales.

La asociación establecida con la familia debe continuar hasta que se resuelva el estreñimiento, para asegurarse de que los síntomas no progresan y se vuelven más problemáticos²⁶.

Bibliografía

1. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, et al. Trastornos funcionales del intestino y dolor abdominal funcional. *Gut* 1999; 45 Suppl 2: II43.
2. Hai WX, Xiu CF, Li MZ, et al. Diagnosis of functional constipation: Agreement between Rome III and Rome II criteria and evaluation for the practicality. *Journal of Digestive Diseases*. 2014; 15: 314-320.
3. Tabbers M.M, Di Lorenzo C, Bergeret MY, et al. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2014; 58: 258-274.
4. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, et al. Infancia trastornos gastrointestinales funcionales: los niños / adolescentes. *Gastroenterología* 2006; 130: 1527.
5. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, et al. Infancia trastornos gastrointestinales funcionales: neonato / niño. *Gastroenterología* 2006; 130: 1519
6. Loening-Baucke V. La prevalencia, síntomas y resultados del estreñimiento en bebés y niños pequeños. *J Pediatr* 2005; 146: 359
7. Van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiología de estreñimiento infantil: una revisión sistemática. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 2401.
8. Fontana M, Bianchi C, Cataldo F, et al. La frecuencia intestinal en niños sanos. *Acta Paediatr Scand* 1989; 78: 682.
9. Hyams JS, Treem WR, Etienne NL, et al. Efecto de la fórmula infantil en características de las heces de los niños pequeños. *Pediatrics* 1995; 95:50.
10. Di Lorenzo C. trastornos anorrectales pediátrica. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30: 269.
11. Academia Americana de Pediatría. Guía para la formación del tocador, Elk Grove Village, IL 2003.
12. Stadtler CA, PA Gorski, Brazelton TB. Métodos de formación de tocador, las intervenciones clínicas y recomendaciones. *Academia Americana de Pediatría*. *Pediatrics* 1999; 103: 1359
13. Hyams JS. La dieta y enfermedad gastrointestinal. *Curr Opin Pediatr* 2002; 14: 567.
14. Roma E, Adamidis D, Nikolara R, et al. La dieta y el estreñimiento crónico en niños: el papel de la fibra. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 28: 169.
15. Abrahamian FP, Lloyd-Aún JD. El estreñimiento crónico en la infancia: un estudio longitudinal de 186 pacientes. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1984; 3: 460.
16. Chan AO, Hui WM, Lam KF, et al. La agregación familiar en sujetos con estreñimiento en un centro de referencia terciario. *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 149.
17. Ostwani W, J Dolan, Elitsur Y. agregación familiar de estreñimiento habitual: un estudio prospectivo en niños de Virginia Occidental. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010; 50: 287.
18. Levine MD. Encopresis: su potenciación, la evaluación y la mitigación. *Pediatr Clin North Am* 1982; 29: 315.
19. Weissman L, la función del intestino Bridgemohan C., ir al baño y encopresis. En: *Desarrollo-Conducta Pediatría*, 4ª Ed, Carey WB, WB Carey, CA Crocker, et al. (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2009. p.610.
20. Iacono G, Cavataio F, Montalto G, et al. Intolerancia a la leche y la constipación crónica de vaca en niños. *N Engl J Med* 1998; 339: 1100.
21. Un Schonwald, Rappaport L. La consulta con el especialista: encopresis: evaluación y gestión. *Rev Pediatr* 2004; 25:
22. Sentia B, Wise CG, Olson A, et al. Guía para el manejo del estreñimiento idiopático pediátrica y suciedad. Equipo multidisciplinar de la Universidad de Michigan Medical Center en Ann Arbor. *Arco Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 380.
23. Loening-Baucke V. Enfoque clínico contacto con materia fecal en los niños. *Clin Pediatr (Phila)* 2000; 39: 603.
24. Brazzelli M, Griffiths PV, Cody JD, Tappin D. intervenciones conductuales y cognitivas con o sin otros tratamientos para el tratamiento de la incontinencia fecal en los niños. *Base de Datos Cochrane Syst Rev* 2011; CD002240.
25. Abi-Hanna A, Lago AM. El estreñimiento y la encopresis en la infancia. *Rev Pediatr* 1998; 19:23.
26. Procter E, cargador de P. A 6 años de estudio de seguimiento de la constipación crónica y la suciedad en un servicio pediátrico especialista. *Cuidado de la Salud Infantil Dev* 2003; 29: 103.

Anexo I

Dieta infantil aconsejada en el tratamiento de la constipación en Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Su hijo debe consumir una alimentación variada, rica en carnes (rojas, blancas y pescado), vegetales, frutas, legumbres, cereales, lácteos, distribuida en al menos 4 comidas. Debe consumir abundante líquido, preferentemente agua mineral o hervida.

Todos los días debe recibir al menos una porción de:

- Frutas cítricas: naranja, mandarina, pomelo, frutilla, kiwi, ananá, jugos naturales, exprimidos o licuados, ciruelas, duraznos, pera, ensalada de frutas.
- Vegetales: verduras de hoja verde, lechuga, espinaca, acelga, chauchas, escarola, brócoli, puerro, apio, espárragos.
- Cereales: choclo, avena, salvado de trigo, panificados, galleticas y golosinas con cereales: barritas o suelto. De cualquier sabor. Puede preparar milanesas con salvado y pan rallado.
- Legumbres: lentejas, porotos, garbanzos, arvejas.

Utilice la imaginación para estimular la incorporación de alimentos que los chicos no siempre aceptan. Acompañelo en el cambio del hábito alimentario, ya que es saludable para toda la familia.

Cantidades de fibra recomendadas por edad

Cada ración de alimento equivale a 3 g de fibra, excepto la ración de legumbres que equivale a 10 g.

- De 1 a 3 años de edad: 19 g/día (2 raciones de fruta/2 raciones verdura/2 raciones de cereales o ½ ración de legumbres).
- De 4 a 8 años de edad: 25 g/día (1 ración de frutos secos/2 raciones de fruta/2 raciones verdura/2 raciones de cereales o ½ ración de legumbres).
- Chicos de 9 a 13 años: 31 g/día (1 ración frutos secos/3 raciones de fruta/3 raciones de verdura/3 raciones de cereales integrales o 1,5 raciones de legumbres).
- Chicos de 14 a 18 años: 38 g/día (2 raciones frutos secos/3 raciones de fruta/3 raciones de verdura/4 raciones cereales integrales o 2 raciones de legumbres).
- Chicas de 9 a 18 años: 26 g/día (1 ración frutos secos/2 raciones de fruta/2 raciones de verdura/3 raciones de cereales integrales o 1,5 raciones de legumbres).