

## CONSTIPACIÓN CRÓNICA FUNCIONAL DEL NIÑO. Parte 1.

**Autor:** Dra. Carla Catalán V., Residente Medicina Familiar Mención Niño UC

**Editor:** Dra. Pamela Rojas G., Docente Departamento Medicina Familiar UC

**Fecha:** 3 de noviembre de 2020

**RESUMEN DE PORTADA:** Cerca del 90% de los cuadros de constipación en los niños son de origen funcional. En este artículo revisaremos las características de la deposición infantil, caracterizaremos los momentos de mayor riesgo de constipación funcional, y actualizaremos la evidencia disponible para su manejo.

**Constipación crónica funcional, Pediatría, APS, Medicina Familiar.**

### INTRODUCCIÓN

La constipación crónica funcional explica alrededor del 90% a 95% de las constipaciones crónicas<sup>1</sup> y es un motivo de consulta frecuente tanto en atención primaria como en la consulta del especialista gastroenterólogo. El diagnóstico es clínico, no requiere exámenes para su confirmación, y su manejo requiere un abordaje biopsicosocial. Es muy importante educar a la familia en relación a la historia natural de la formación de hábito defecatorio y la fisiopatología de la constipación, entregando pautas claras de la importancia de mejorar hábitos alimentarios y defecatorios, y explicitando que el tratamiento farmacológico es complementario a las medidas higiénico-dietarias.

En el siguiente documento se define constipación crónica funcional, mostrando los periodos del crecimiento que aumentan el riesgo de constipación, y se actualiza la evidencia disponible en relación a manejo farmacológico y no farmacológico de esta patología.

### DEFINICIÓN.

Los Criterios ROMA IV, actualizados en el año 2016, definen la constipación crónica funcional según la edad del paciente<sup>1</sup>:

- Menores de 4 años deben presentar durante un mes, al menos 2 de los siguientes:
  - 2 o menos deposiciones por semana
  - Historia de retención fecal excesiva
  - Historia de defecación dolorosa o deposiciones duras
  - Historia de deposiciones voluminosas
  - Presencia de una gran masa fecal en el recto
  - En niños continentales fecales, pueden utilizarse criterios adicionales:
    - Al menos 1 episodio semanal de incontinencia después de la adquisición del control de esfínteres
    - Historia de deposiciones voluminosas que pueden obstruir el inodoro
- Mayores de 4 años: Al menos 1 vez a la semana durante el último mes deben cumplir 2 o más de los siguientes criterios, sin tener criterios suficientes para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable:
  - 2 o menos deposiciones por semana en el inodoro
  - Al menos un episodio de incontinencia fecal por semana
  - Historia de posturas retentivas o retención fecal excesiva de forma voluntaria
  - Historia de defecación dolorosa o de deposiciones duras
  - Presencia de una gran masa fecal en el recto
  - Historia de deposiciones voluminosas que pueden obstruir el inodoro

### PERIODOS QUE AUMENTAN EL RIESGO DE CONSTIPACIÓN CRÓNICA FUNCIONAL.

Para que un cuidador sea capaz de reconocer si su hijo tiene o no constipación, necesita orientación sobre la historia natural de la defecación, la que se resume en la tabla 1.

**Tabla 1: historia natural de la defecación <sup>2</sup>**

Recien nacido	Primera deposición (eliminación de meconio): debe ocurrir antes de las primeras 48 hrs de vida.
0-3 meses	Alimentados con lactancia materna: 5-40 deposiciones por semana (media +/- 2DE). Media 2.9 deposiciones por día.
	Alimentados con fórmula: 5-28 deposiciones por semana (media +/- 2DE). Media: 2 deposiciones por día.
6-12 meses	5-28 deposiciones por semana (media +/- 2DE), Media: 1.8 por día.
1-3 años	4-21 deposiciones por semana (media +/- 2DE), Media 1.4 por día.
> 3 años	3-14 deposiciones por semana (media +/- 2DE), Media 1 por día.

Fuente: Elaboración propia a partir de referencia citada.

Si pensamos en la trayectoria habitual del crecimiento de un recién nacido, este pasa por una serie de etapas que generan estrés en su vida. Estos periodos son clave en su desarrollo y aumentan el riesgo de constipación <sup>1 3</sup>.

1. A los 6 meses de vida, con el inicio de la alimentación complementaria <sup>1 3</sup>: el sistema digestivo se expone a nuevos antígenos que pueden generar diversas reacciones, entre ellas, constipación.
2. Lactante/preescolar adquiere el control de esfínter urinario y defecatorio <sup>1 3</sup>: el niño debe estar preparado desde el punto de vista fisiológico, de su desarrollo motor, del lenguaje y de su comportamiento (imitación, interés por aprender e independencia) para eliminar los pañales de forma progresiva, sin presentar episodios de constipación. También lo deben estar sus cuidadores (, expectativas, opinión de su familia, experiencias previas personales o con hijos mayores, etc)<sup>4</sup>,
3. Inicio de la escolarización <sup>1 3</sup>, después de adaptarse al hábito defecatorio en el hogar, el preescolar debe adaptarse a un nuevo lugar, nuevos niños y nuevo hábito defecatorio, por lo que el riesgo de desarrollar constipación aumenta nuevamente.

Teniendo claras estas etapas, el tratante puede ofrecer espacios de educación a los padres y cuidadores, y herramientas para enfrentar estas situaciones. Al inicio de la alimentación complementaria, por ejemplo, se debe favorecer el consumo de fibras, verduras y frutas y el consumo de agua, evitando jugos o gaseosas. La adquisición del control de esfínter, por su parte, debe ser un periodo sin estrés; y los padres deben ser capaces de leer las señales de sus hijos que indican si se encuentran preparados o no. En el inicio de la escolarización, por último, se requiere de un acompañamiento tanto parental como educativo, con el fin de lograr una correcta adaptación a esta nueva etapa sin mayores contratiempos.

### **DISQUECIA DEL LACTANTE.**

Se refiere a la dificultad para defecar que se da por falta de coordinación y control de los músculos que participan en el proceso fisiológico de la defecación, ya que los lactantes aún no han desarrollado el reflejo de la defecación.

Los síntomas suelen empezar en los primeros meses de vida y se resuelven espontáneamente en aproximadamente 3-4 semanas. El diagnóstico se realiza en menores de 9 meses que presentan 10 minutos de esfuerzo o llanto antes de la defecación (independiente de si es exitosa o no), con salida de deposiciones blandas en un lactante sin antecedentes mórbidos.

Para su manejo es esencial educar a los padres en que se está frente a una entidad benigna y que puede ayudar con maniobras simples, tales como la flexión de las piernas cuando el lactante vaya a defecar, y/o con suaves masajes abdominales <sup>1 5</sup>.

## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA CONSTIPACIÓN FUNCIONAL

Dentro del manejo no farmacológico, la última evidencia disponible y de buena calidad corresponde a una revisión sistemática, de estudios randomizados y no randomizados, de la Academia Americana de Pediatría del año 2011. A pesar de ser una buena revisión desde el punto de vista metodológico, los estudios primarios incluidos resultaron de baja calidad y sólo nos permiten concluir que el aumento del consumo de líquidos y fibras sobre lo basal, no aumentaría la frecuencia defecatoria, ni disminuirían la consistencia de las deposiciones <sup>6</sup>.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA CONSTIPACIÓN FUNCIONAL

### FASE 1: Desimpactación

No existen revisiones sistemáticas que comparen el uso de polietilenglicol (PEG) versus enemas para resolver la impactación fecal rectal en niños. Existe un par de estudios primarios que nos orientan a que eventualmente el uso de enema y PEG serían igualmente efectivos en un contexto ambulatorio <sup>7</sup> y de urgencias <sup>8</sup>. En base a esto, la ESPGHAN y NASPGHAN llegan a la conclusión de expertos de que PEG sería la opción a elegir, ya que se administra por vía oral <sup>9</sup>.

### Fase 2: Mantenimiento

La evidencia más actualizada y de buena calidad metodológica corresponde a una revisión sistemática de Cochrane de ensayos clínicos randomizados del año 2016. Los resultados en relación a aumento de la frecuencia defecatoria (número de deposiciones a la semana) se presentan en la tabla 2<sup>10</sup>:

**TABLA 2: MEDIDAS FARMACOLÓGICAS DE MANTENCIÓN**

Comparación	DM	Nº de participantes	Significación estadística	GRADE	Clínica
PEG vs Placebo	2.61 IC 95% (1.15-4.08)	101	si	Bajo	PEG
PEG dosis altas vs PEG dosis bajas	1.3 IC 95% (0.76-1.84)	90	si	Bajo	PEG dosis altas
PEG vs Lactulosa	0.7 IC 95% (0.1-1.31)	465	si	Muy Bajo	PEG
PEG vs Vaselina Líquida (L)	0.35 IC 95% (-0.24-0.95)	261	no	Muy Bajo	Incierto
Vaselina L vs Lactulosa	4.94 IC 95% (4.28-5.61)	287	si	Bajo	Vaselina Líquida

De este resumen se desprende lo siguiente:

- PEG podría aumentar entre 1.15 a 4.08 episodios de deposiciones a la semana en comparación con placebo. Las dosis altas de PEG podrían ser mejores aún.
- Vaselina Líquida podría ser mejor que lactulosa en el aumento del número de deposiciones a la semana.
- No existe confianza para decir que PEG es mejor que lactulosa en relación a la frecuencia semanal de deposiciones.
- Es incierto si la vaselina líquida es mejor que PEG para aumentar la frecuencia de deposiciones semanales.

- Faltan estudios de mejor calidad que investiguen estas comparaciones, en especial con vaselina líquida, dado su bajo costo.

#### **EN RESUMEN:**

- La constipación crónica funcional es un motivo de consulta frecuente, y su tratamiento implica un manejo integral, que incluye al paciente y su familia. Es clave educar a padres y/o cuidadores sobre los procesos fisiológicos involucrados en el desarrollo del hábito defecatorio infantil, dando a conocer lo normal y lo que podría ser patológico.
- En un paciente con constipación crónica funcional la primera línea de tratamiento tanto para desimpacción como para mantención continúa siendo PEG.
- Se requiere mayor investigación de mejor calidad para evaluar el posible rol de la vaselina líquida en el manejo de constipación, considerando su bajo costo.

#### **REFERENCIAS.**

1. Mateos, M. Estreñimiento y Encopresis. *Pediatr Integral* 2019; XXIII (8): 417- 425.
2. Mata, M., da Cuña, R. Estreñimiento y encopresis. *Pediatr Integral* 2015; XIX (2): 127-138
3. Sood, M. Recent-onset constipation in infants and children. *UpToDate* 2020
4. Turner, T. et al. Toilet training. *UpToDate* 2020.
5. Aguirre, I. et al. Trastornos funcionales digestivos del lactante. *Archivos de medicina* 2020.
6. Tabbers, M. et al. Nonpharmacologic treatments for childhood constipation: Systematic Review. *Pediatrics* 2011; 128;753
7. Bekkali, N., et al. Rectal Fecal Impaction Treatment in Childhood Constipation: Enemas Versus High Doses Oral PEG. *Pediatrics* 2009;124: e1108–e1115.
8. Miller, M. et al. A Randomized Trial of Enema Versus Polyethylene Glycol 3350 for Fecal Disimpaction in Children Presenting to an Emergency Department. *Pediatr Emer Care* 2012;28: 115Y119.
9. Tabbers, M. et al. Recomendaciones de ESPGHAN y NASPGHAN basadas en la evidencia para la evaluación y tratamiento del estreñimiento funcional en infantes y niños. 2014.).
10. Gordon, M. et al. Osmotic and stimulant laxatives for the management of childhood constipation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD009118.