

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica GPC

Abordaje diagnóstico del
ESTREÑIMIENTO
en el niño

Guía de Referencia Rápida
Catálogo Maestro de GPC: **IMS-643-13**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN DEL ESTREÑIMIENTO EN EL NIÑO	3
2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DEL ESTREÑIMIENTO EN EL NIÑO	4
3. HISTORIA NATURAL DEL ESTREÑIMIENTO EN EL NIÑO	5
4. DIAGRAMAS DE FLUJO.....	15

GPC: ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL ESTREÑIMIENTO EN EL NIÑO

CIE-10: K590 CONSTIPACIÓN
K598 OTROS TRASTORNOS FUNCIONALES ESPECIFICADOS DEL INTESTINO

2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DEL ESTREÑIMIENTO EN EL NIÑO**DEFINICIÓN**

La Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (NASPGHAN) define al estreñimiento como el retraso o dificultad en la defecación, presente por 2 o más semanas, y suficiente para causar molestia en el paciente. El estreñimiento no tan solo incluye la observación objetiva del número de evacuaciones, el cual está sujeto al rango considerado normal de acuerdo a la edad, sino también a los hallazgos subjetivos como evacuación incompleta, dolor abdominal, evacuaciones gruesas o pequeñas, o la necesidad de manipulación digital.

Uno de los problemas claves en el estudio del estreñimiento es la falta de una definición aceptada universalmente. Ello deriva principalmente del hecho que el estreñimiento es un síntoma más que una enfermedad. La Guía NICE define al estreñimiento agudo, el cual se auto limita a diferencia del estreñimiento crónico con duración a 8 semanas

CLASIFICACIÓN

La prevalencia del estreñimiento se reporta ampliamente variable entre 0.7 a 79% con un promedio del 16%, se reconoce que solo una minoría de los pacientes acuden a consulta médica.

Esto atribuido a una heterogeneidad en los criterios para definir la enfermedad, criterios de selección y edad de la población estudiada.

En una revisión sistemática sobre prevalencia de estreñimiento en niños que incluyo 19 artículos, se reportó un promedio de prevalencia 12% (0.7 a 29.6%) esto fue consistente en Norteamérica, Europa y Oceanía. Influidando la diversidad de metodologías utilizadas.

Se ha propuesto que el principal detonador para la retención fecal y posterior desarrollo de estreñimiento, independientemente de la edad, es la presencia de una evacuación dolorosa causada por una masa fecal dura y voluminosa que condiciona un círculo vicioso de retención “heces voluminosas, defecación dolorosa retención”.

DIAGNÓSTICO

En un estudio se encontró que los datos clínicos más frecuentes en pacientes con estreñimiento son:

- Encopresis/manchado 75 - 90%
- menos de 3 evacuaciones por semana 75%
- evacuaciones gruesas 75%
- dolor a la defecación 50 - 80%
- postura de retención 35 - 45%
- dolor abdominal 10 - 70%
- distensión abdominal 20 - 40%
- enuresis / infección de vías urinarias 30%
- anorexia / hiporexia 10- 25%
- problemas psicológicos 20%
- vómito 10%

En la exploración física:

- Impactación fecal 40 - 100%
- masa abdominal 30 - 50%
- fisuras/ hemorroides 5 - 25%
- Prolapso rectal 3%

En el año 2005 el Consenso de París define al estreñimiento en niños como la presencia de 2 o más de las siguientes características 8 semanas:

- Frecuencia de movimientos intestinales <3 por semana.
- Más de un episodio de incontinencia fecal por semana
- Heces gruesas en el recto o masa abdominal palpable
- Evacuaciones tan gruesas que puedan tapar el inodoro
- Defecación dolorosa
- Adopción de posturas y conductas retentivas

Los Criterios de Roma son un sistema desarrollado para la clasificación de las alteraciones gastrointestinales funcionales. Esto involucra desordenes del aparato digestivo en los cuales los síntomas no pueden ser explicados por la presencia de anomalías estructurales basados en sintomatología clínica. Algunos de los ejemplos de alteraciones gastrointestinales funcionales son: colon irritable, dispepsia funcional, estreñimiento funcional y reflujo gastroesofágico fisiológico.

Para las características de las evacuaciones se recomienda basarse en la escala visual de Bristol.

El examen por medio del tacto rectal debe ser llevado a cabo por un profesional de la salud competente, capaz de interpretar las características de anomalía anatómica o enfermedad de Hirschsprung principalmente en los niños de 1 año con estreñimiento que no responde al tratamiento óptimo dentro de 4 semanas.

- No lleve a cabo el examen o tacto rectal en niños o jóvenes de 1 año, con una "bandera roja".
- Considerar que una posible causa de estreñimiento es el maltrato o abuso infantil
- Todos los resultados se deben documentar

Los criterios diagnósticos utilizados fueron historia de evacuaciones dolorosas, infrecuentes y masa abdominal palpable.

En un estudio de cohorte se registró con mayor frecuencia en niños con enfermedad de Hirschsprung en comparación a los niños con estreñimiento funcional, respectivamente:

- retardo en la eliminación de meconio (87 vs 7% $p < 0.01$)
- distensión abdominal (85 vs 20% $p < 0.01$)
- vómito (72 vs 21 $p < 0.05$)
- obstrucción intestinal (49 vs 0% $p < 0.01$)
- falla para crecer (27 vs 11% $p < 0.01$), en comparación a los niños con estreñimiento funcional

Los niños $<$ de 1 año con estreñimiento funcional presentan impactación fecal que requieren estimulación rectal más frecuentemente en comparación a los niños con Enfermedad de Hirschsprung (30 vs 6%, $p < 0.05$).

En un estudio prospectivo aleatorizado controlado en lactantes con estreñimiento refractario sometidos a dieta de eliminación de lácteos y derivados, se observó una mejoría en el número y características de las evacuaciones en los niños considerados como alérgicos ($p < 0.01$) a diferencia de los niños estreñidos no relacionados a alergia ($p < 0.01$). Los niños con estreñimiento por mecanismo alérgico muestran una elevada frecuencia de antecedentes personales de intolerancia alimentaria ($p < 0.02$) y signos concomitantes de atopia como broncoespasmo, rinitis y dermatitis ($p < 0.03$)

La falla en el crecimiento, diarrea, vómito y anorexia están presentes significativamente en pacientes con enfermedad celiaca comparado con los controles ($p < 0.01$). Se ha reportado que la prevalencia del estreñimiento como síntoma en niños con enfermedad celiaca fue de 10.7%, 66.7% con estreñimiento y diarrea en forma alterna.

Una serie de casos de niños con enfermedad celiaca mostró que el 25% con presentación atípica cursaron con dolor abdominal y estreñimiento, correspondiendo al 5.6% de la muestra.

Estudio prospectivo de cohorte encontró que tanto en niños como adultos con síndrome de Down con diagnóstico de enfermedad celiaca la prevalencia de estreñimiento como síntoma fue de 29.1%.

No existe evidencia publicada de la prevalencia de estreñimiento en pacientes con hipotiroidismo y enfermedad celiaca.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Los niños que cumplen con los criterios de ROMA III para estreñimiento funcional no requieren de rutina de pruebas diagnósticas; estas se reservan para aquellos niños que el interrogatorio y la exploración física (presencia de datos de alarma) sugieren la posibilidad de estreñimiento refractario o estreñimiento de origen orgánico

Las Radiografía de abdomen unicamente están indicada en casos de incontinencia fecal donde la exploración física no permite identificar la presencia de heces retenidas en recto. Casos especiales se consideran a los niños con obesidad, rechazo al tacto rectal, probable abuso sexual y estreñimiento refractario. No se recomienda su uso rutinario en pacientes con estreñimiento funcional

Se ha estudiado la utilidad de la radiografía de abdomen para apoyar el diagnóstico de estreñimiento funcional sin embargo su sensibilidad es del 60 al 89% y especificidad 43 – 90%.

Al comparar la exploración física vs. la radiografía de abdomen para confirmar la presencia de estreñimiento con una sensibilidad de 77% y una especificidad de 35%

El colon por enema está indicado ante sospecha de:

- malformaciones anatómicas
- estenosis colónica o enfermedad de Hirschsprung.

En una revisión sistemática acerca del abordaje diagnóstica en la enfermedad de Hirschsprung mostro que la sensibilidad y especificidad de la biopsia rectal es mayor respecto a la manometría ano rectal y colon por enema.

La manometría ano rectal puede auxiliar en el diagnóstico de la enfermedad de Hirschsprung; al compararse esta con el estándar de oro la biopsia rectal, sin embargo se debe tomar en cuenta su sensibilidad y especificidad se modifican de acuerdo a la edad del paciente.

La biopsia rectal es el estándar de oro para el diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung. En un estudio realizado en Corea en 2007 se reportó una sensibilidad 92.3%, especificidad 100%, VPP 100% y VPN 95.65% para la biopsia rectal por succión en el diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung.

El tránsito intestinal no está indicado en el estreñimiento funcional, solicitar en el contexto de estreñimiento refractario e indicado por el médico gastroenterólogo pediatra.

El tiempo de tránsito colónico se ha estimado en pacientes con estreñimiento funcional comparado vs. grupo control (92 hr vs 37 hr) con diferencias estadísticamente significativas.

El punto de corte fue de 62 hr con una sensibilidad del 71%, especificidad 95%, VPP 67%, VPN 97%.

Un estudio prospectivo analizó la relación entre los síntomas del estreñimiento crónico funcional y tiempo de tránsito colónico, con los siguientes resultados:

- tiempo de tránsito colónico en el grupo de 0-1 evacuación por semana vs. 1 - 3 vs > 3 evacuaciones por semana, 74 hr, 50 hr y 49hr respectivamente.
- Esta relación también se mantuvo al analizar a los pacientes con encopresis y presencia de masa fecal abdominal en la exploración física.

La videodefecografía identifica alteraciones anatómicas y funcionales que afectan la mecánica de la defecación como:

- Prolapso
- Enterocele
- Rectocele
- Síndrome de periné descendido
- discinergia del piso pélvico.

No existe evidencia suficiente para su utilización en forma rutinaria en los niños con estreñimiento.

El diámetro colónico medido por ultrasonido (USG) abdominal es en pacientes con estreñimiento comparado vs. niños con patrón de defecación normal. En los pacientes que responden a tratamiento médico se observa una disminución importante del diámetro colónico.

La endoscopia no ha mostrado beneficio en el estudio de pacientes con estreñimiento funcional crónico

La resonancia magnética de columna lumbosacra se debe solicitar ante antecedentes y hallazgos clínicos de alarma considerados como "banderas rojas" con el objetivo de identificar etiología orgánica de alteración a nivel medular.

La presencia de signos de alarma que hacen sospechar una etiología orgánica o secundaria es motivo de referencia para valoración por especialista.

- Fiebre
- distensión abdominal
- vómito
- diarrea / diarrea con sangre
- pérdida de peso o pobre ganancia ponderal /falta de crecimiento
- eliminación de meconio > 48 horas de vida
- incremento en el tono del esfínter anal, ámpula rectal vacía al tacto rectal
- Distensión abdominal
- vómito biliar e íleo
- intolerancia al frío
- bradicardia
- tiroides palpable
- ictericia
- Poliuria /polidipsia
- neumonías de repetición
- anemia ferropénica refractaria al tratamiento
- Apariencia o posición anormal del ano a la exploración física
- Disminución de los reflejos osteotendinosos en extremidades inferiores o del tono muscular
- ausencia de guiño anal
- disminución o ausencia de los reflejos cutáneos abdominales, cremasteriano o plantar
- Babinsky positivo
- presencia de quiste pilonidal o mechón de cabello en región sacra

Se deberá referir a valoración por el gastroenterólogo pediatra cuando el niño con estreñimiento presente:

- Falla de tratamiento (mala respuesta)
- Evidencia de enfermedad orgánica /gastrointestinal
- Signos de alarma
- falla para crecer

Se señala por medio de la sistematización de los signos de alarma en los pacientes con estreñimiento funcional en la Guía NICE las indicaciones para ser referidos, por lo que los pacientes con estreñimiento funcional con banderas rojas en la historia clínica o exploración física, no deben ser tratados en el primer nivel de atención, por lo que se recomienda ser referido al profesional de salud especializado.

HISTORIA CLÍNICA EN EL PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL Y DATOS DE ALARMA "BANDERAS"

Componente clave	Hallazgos o claves indicativas de estreñimiento funcional	"Banderas rojas" y claves diagnósticas indicativas de condición o alteración subyacente: constipación no funcional
Tiempo y de inicio del estreñimiento y factores potenciales precipitantes	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 1 año: • Comienzo tras varias semanas de vida • Factores precipitantes que coinciden con inicio de síntomas: fisuras, cambios de dieta, infecciones • Mayores de 1 año: • Comienzo tras varias semanas de vida • Factores precipitantes coincidentes con el inicio de síntomas: fisuras, cambios de dieta, etapa de entrenamiento en el inodoro y eventos agudos como infecciones, inicio en escuela/guardería, miedos y fobias, cambios en la familia, toma de medicamentos. 	Inicio desde el nacimiento o primeras semanas de vida
Eliminación de meconio	Normal (en las primeras 48 horas de vida – en niños de término-)	Falla en el paso/eliminación del meconio (más allá de las primeras 48 horas de vida – en niños de término-)
Patrón de evacuaciones		"Evacuaciones acintadas" (más en niños menores de 1 año)
Crecimiento y bienestar general	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 1 año: • Generalmente bueno, peso y talla en límites normales • Mayor de 1 año: • Generalmente bueno, peso y talla dentro de límites normales, acorde y activo 	No "bandera roja", pero ver "bandera ámbar" en la parte inferior.
Síntomas en extremidades/desarrollo locomotor	Sin problema neurológico en extremidades inferiores. Desarrollo locomotor normal	Debilidad en extremidades inferiores no diagnosticada previamente o desconocida, retraso locomotor
Abdomen		Distensión abdominal y vómito

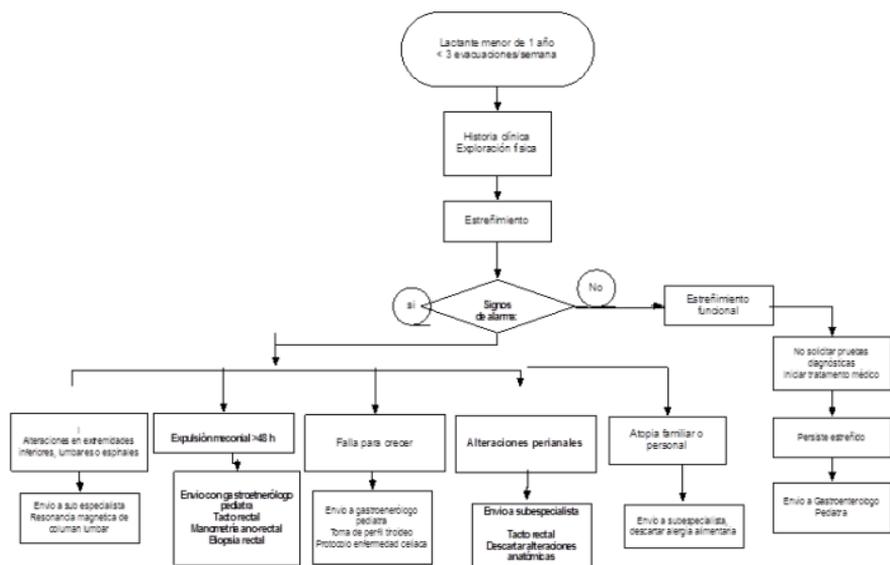
Dieta e ingesta de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 1 año: <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la fórmula infantil, destete, ingesta insuficiente de líquidos • Mayor de 1 año: <ul style="list-style-type: none"> • Historia de pobre dieta y/o insuficiente ingesta de líquidos 	
<p>"Bandera ámbar", posible constipación funcional</p> <p>Crecimiento y bienestar general:</p> <p>Falla de crecimiento (ver recomendación de falla de crecimiento)</p> <p>Factores personales/familiares/sociales:</p> <p>Revelación o evidencia que arroja la posibilidad de maltrato infantil (ver recomendación de posible maltrato).</p> <p>NICE 2010</p>		

EXPLORACIÓN FÍSICA EN EL PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL Y DATOS DE ALARMA "BANDERAS"

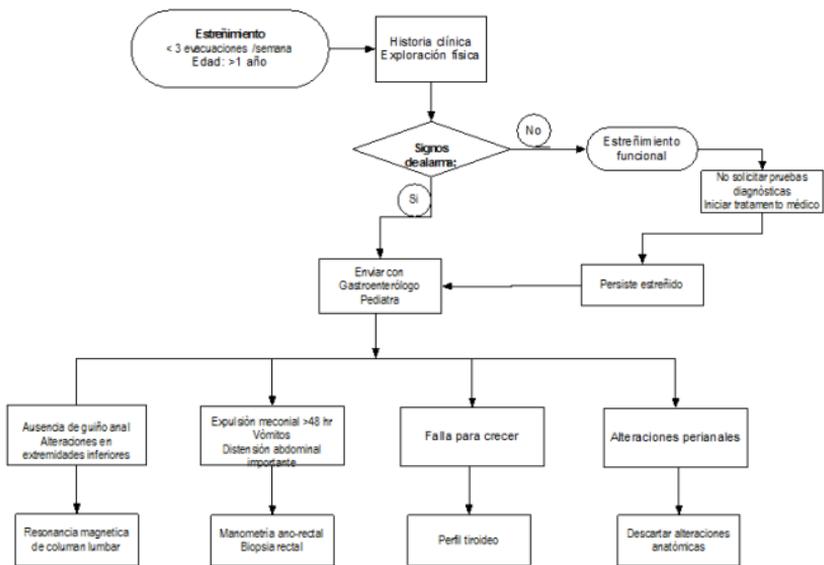
Componente clave	Hallazgos o claves diagnósticas indicativos de estreñimiento funcional	"Banderas rojas" y claves diagnósticas indicativas de condición o alteración subyacente: constipación no funcional
Inspección área perineal: apariencia, posición	Apariencia normal del ano y región circundante	Apariencia y posición anormal del ano: fistulas, fisuras múltiples, situación anterior del ano, ausencia de guño anal
Exploración abdominal	Abdomen blando. La distensión abdominal puede explicarse por la edad del niño o sobrepeso	Distensión abdominal importante
Exploración columna/región lumbosacra/glútea	Apariencia normal de la piel y estructuras anatómicas de las regiones lumbosacra/glútea	Anormal: asimetría o aplanamiento región glútea, evidencia agenesia sacra, lipoma, escoliosis, depresión central, mechón de pelo.
Exploración neuromuscular extremidades inferiores incluyendo tono y fuerza	Marcha, tono y fuerza muscular normales	Deformidad en extremidades inferiores Signos neurológicos anormales no explicados por una condición preexistente, como
Exploración neuromuscular extremidades inferiores: reflejos (realizar solo si existe en la historia o examen físico sugerente de lesión neurológica reciente)	Reflejos presentes y de amplitud normales	Reflejos anormales

NICE 2010

4. DIAGRAMAS DE FLUJO



Algoritmo de diagnóstico Estreñimiento idiopático en niños >1 año



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2013

ISBN: **En trámite**