
Adolescencia: estreñimiento funcional crónico ¿Es un problema de educación para la salud?

Adolescence. Chronic functional constipation. Is this a question of education for health?

M. Magaña

RESUMEN

El estreñimiento funcional crónico es un problema cuya frecuencia de consulta está aumentando en las edades de adolescencia, a pesar del desconocimiento de la familia sobre los hábitos intestinales de sus hijos en estos sectores etarios.

Es habitual que genere un elevado número de realización de pruebas complementarias diversas, uso de fármacos a veces de manera continuada, ingresos hospitalarios y elevados costes.

Es fundamental la realización de una detallada historia clínica (para buscar las causas subyacentes que producen estreñimiento), un examen físico exhaustivo para buscar cualquier signo de patología asociada, y la aplicación de actuaciones terapéuticas efectivas y satisfactorias.

Las medidas preventivas deben ser prioritarias como cualquier problema de educación para la salud, por lo que incluirán normas educativas, normas dietéticas -mientras persista el problema-, y aprendizaje de autocuidados de la salud.

El tratamiento farmacológico nunca deberá ser la solución definitiva al estreñimiento ni se utilizará de forma continuada.

Palabras clave. Estreñimiento. Encopresis. Reflejo gastrocólico. Educación para la salud.

SUMMARY

Chronic functional constipation is a problem whose frequency in consultation is increasing at adolescent ages, in spite of the family's lack of knowledge of the intestinal habits of their children in these age groups.

It normally results in a high number of different complementary tests, the use of medicines, at times in a continuous way, hospital admissions and high costs.

It is essential to make a detailed clinical history (in order to look for the underlying causes that produce constipation), to realise an exhaustive physical examination in search of any sign of associated pathology, and to apply effective and satisfactory therapeutic actions.

Preventive measures must be a priority; hence educational norms, dietetic norms -while the problem persists- and apprenticeship in health self-care are included.

Pharmacological treatment should never be the definitive solution to constipation, nor should it be used in a continuous way.

Key words. Constipation. Encopresis. Gastrocolic reflex. Education for health.

ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 2): 123-130.

Pediatra. Medicina del Adolescente. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza

Correspondencia:
Dra. Marina Magaña
c/ Rubén Darío, 17
50012 Zaragoza
E-mail: grauma@inicia.es

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los adolescentes utilizan raramente los servicios de salud, y cuando lo hacen, suele ser por problemas puntuales, y por presentar sintomatología que les preocupa especialmente; en estas situaciones solicitan atención médica con relativa urgencia, y en estos casos es frecuente que acudan a la consulta acompañados de algún adulto de su familia.

Por lo tanto, podemos deducir que el estreñimiento no es un motivo de consulta habitual como tal, ya que la familia suele desconocer los hábitos intestinales de sus hijos una vez superada la primera infancia y, salvo excepciones, solamente tenemos conocimiento de este problema, y podemos ayudar a solucionarlo, cuando:

- Se nos consulta por presentar la sintomatología diagnóstica más frecuente del estreñimiento (dolor y distensión abdominal, diarrea paradójica, malestar, mareos).
- Cuando de forma habitual realizamos a todo adolescente una completa historia clínica, que incluya la investigación de los hábitos alimentarios e intestinales, siempre con preguntas directas y detalladas.

Es sorprendente el elevado número de adolescentes y adultos que padecen a diario los problemas derivados de su estreñimiento, sin conocer en muchos casos la relación causa-efecto, y mucho menos las medidas terapéuticas adecuadas que suelen ser muy efectivas y fáciles de llevar a cabo.

Con alta frecuencia, el estreñimiento durante la adolescencia es continuación de los síntomas que comenzaron durante la primera infancia y que persisten, y se convierten en crónicos porque no se informó ni educó en cuidados alimenticios y de higiene, ni se responsabilizó al niño que fue, respecto a este problema y sus derivaciones posteriores. Fallaron las medidas preventivas, pero nunca es tarde para encontrar solución a este problema¹.

Es por ello un tema importante a incluir en educación para la salud desde la primera infancia y para todas las personas.

CONCEPTO

El estreñimiento funcional crónico es un conjunto de síntomas muy frecuentes en la infancia y adolescencia y se define como la eliminación difícil e irregular de deposiciones sólidas y secas; es un problema de salud cuya frecuencia va en aumento tanto en niños como en adolescentes.

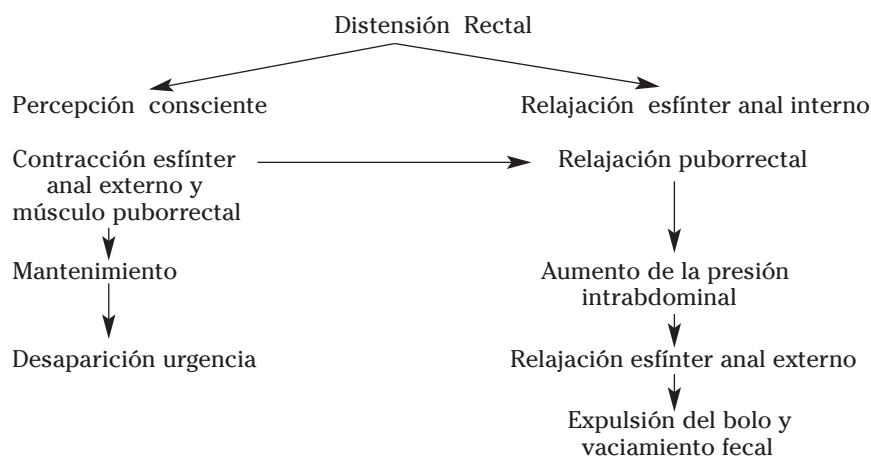
En los sectores de edad escolar y adolescente va disminuyendo progresivamente como motivo de consulta médica, mientras va en aumento como problema exclusivamente personal, hasta convertirse en crónico, padeciendo sus consecuencias con cierto secretismo exclusivamente el individuo que lo sufre, creyendo en la mayoría de las ocasiones que este hábito intestinal es el habitual en todas las personas.

Son los servicios de urgencias y las consultas de especialistas de aparato digestivo, los receptores de la mayoría de estos adolescentes, porque las molestias referidas, no expresados a tiempo, les producen un cuadro caracterizado por una sintomatología, no exclusivamente digestiva y que les obliga a solicitar ayuda de manera apremiante².

Los estudios realizados al respecto, contabilizan entre un 15-25% de consultas, por presentar dolor abdominal, hemorragia rectal y/o encopresis derivados de su estreñimiento funcional crónico; la encopresis en un importante número de casos se produce en personas estreñidas debido a la evacuación involuntaria de heces de consistencia blanda, por rebosamiento.

Esta situación, con cierta frecuencia genera elevado número de realización de pruebas complementarias diversas, así como uso de fármacos a veces de forma continuada, con ingreso hospitalario en no pocas ocasiones y con las consecuentes molestias para el paciente y su entorno, sin menospreciar los elevados costes para el sistema sanitario.

MECANISMO DE LA DEFECACIÓN



FISIOPATOLOGÍA

La distensión del recto por la presión del bolo fecal es el estímulo que inicia la defecación.

La predisposición genética es uno de los principales factores etiológicos, ya que está demostrado que también pueden heredarse los patrones de motilidad crónica (60%).

Sin duda, estos pacientes tienen un aumento de la capacidad de absorber agua en el colon distal, con un excesivo secado del contenido intraluminal³.

El reflejo inhibitorio anal está presente, pero la relajación es menos profunda y duradera.

Así pues, la eliminación dolorosa de materia fecal es la causa del inicio del estreñimiento, por lo que el adolescente, por defensa antiálgica, trata de evitar dicha evacuación o solamente expulsa el primer bolo que le produce presión con molestia o dolor en la zona anal.

Dicha retención que se va acumulando trae como consecuencia heces más duras, más secas y más dolor, formando un "círculo vicioso" y una disminución de la motilidad intestinal.

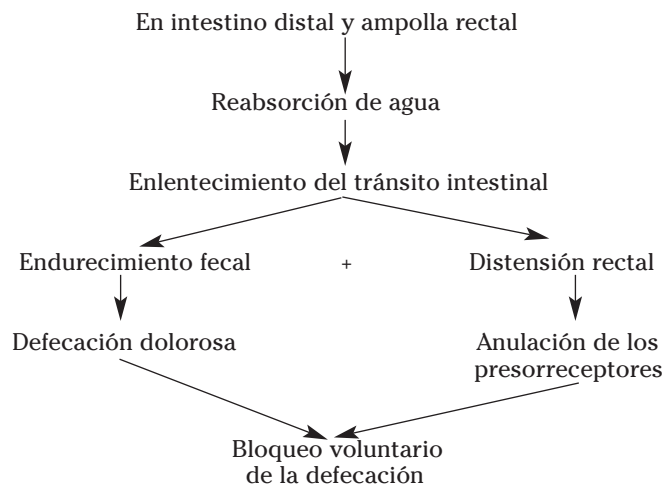
Con el fin de evitar el dolor, reacciona con una contracción paradójica del esfínter anal externo, en vez de relajarlo; se acumula progresivamente la materia fecal en recto y sigmoides, pudiendo llegar a ocupar todo el colon⁴. Ante heces retenidas se desencadena el siguiente cuadro clínico:

MANIFESTACIONES Y DIAGNÓSTICO

En la mayor parte de los casos no son necesarias exploraciones complementarias, pero sí son imprescindibles una completa y detallada historia clínica y una cuidadosa exploración física para poder llegar a un correcto diagnóstico y a unas actuaciones terapéuticas efectivas y satisfactorias.

La historia clínica detallada es primordial para llegar no sólo al correcto diagnóstico de estreñimiento, sino también a las causas subyacentes. Se debe hacer constar:

1. Desde cuando presenta dificultades en la defecación y qué cambios ha experimentado. Patrón habitual de las deposiciones desde que tiene recuerdos al respecto.



2. Características y aspecto de las heces, frecuencia y número por día, sangre, moco, restos no digeridos.
3. Sintomatología añadida: dolor y su localización y referencias, meteorismo, náuseas y/o vómitos, falta de apetito, digestiones pesadas y prolongadas, cefalea, mareos, trastornos del sueño.
4. Halitosis de predominio matinal (80%).
5. Antecedentes familiares.
6. Historia dietética detallada, hábitos higiénicos.
7. Utilización de fármacos.
8. Tratamientos anteriores y su eficacia.
9. Factores psicológicos, cambios de carácter⁵.
10. Disponibilidad de cuarto de baño y de intimidad.

El examen físico debe buscar cualquier signo de patología asociada. Se realizarán las siguientes pruebas:

- Poner especial énfasis en la exploración de la región abdominal, valorando la distensión generalizada y los ruidos intestinales, así como la palpación de masas localizadas, coprolitos o fecalomas en marco cólico y sigma (cuadrante inferior izquierdo).
- Percusión y auscultación.

- Inspección de ano y periné para situar el ano, descartar fisuras u otras lesiones perianales, como abscesos, hemorroides u otros procesos inflamatorios o traumáticos.
- Tacto rectal, para excluir estenosis anal y comprobar la presencia de heces en la ampolla rectal. La retención fecal crónica produce hipotonía esfinteriana⁶.
- Sólo se realizarán determinaciones analíticas cuando se sospeche una causa orgánica, realizando si es preciso estudios de: hormonas tiroideas, ionograma, calcio y urocultivo.
- No está indicado el estudio radiológico amplio. Una radiografía simple de abdomen puede ser útil para valorar una retención fecal así como para observar la columna lumbo-sacra.
- La manometría anorrectal solamente está indicada en estreñimientos muy severos con el fin de excluir la existencia de una enfermedad de Hirschsprung, por lo que es más propia su realización en la primera infancia⁷.

MANEJO TERAPÉUTICO

Solamente será efectivo en el tiempo si se adapta al grado y severidad del estreñimiento. Dado que no es un problema banal, ya que se puede convertirse en cró-

nico, es preciso dedicar el tiempo necesario para explicar detalladamente el proceso y resolver dudas e informaciones erróneas.

El principal objetivo es conseguir mantener el recto vacío para :

1. Disminuir el tamaño de la ampolla rectal.
2. Aumentar la sensibilidad rectal a la distensión.
3. Evitar los problemas secundarios derivados como encopresis, fisuras, hemorroides, hemorragias bajas y halitosis matinal, entre otros.

Lo conseguiremos si, aprovechando que el adolescente está en la consulta, de mutuo acuerdo con él y contando siempre que sea posible con la colaboración de su familia, fijamos dos áreas de actuación⁸:

A. Plan de actuación personal.

B. Medidas preventivas, que incluyen:

- Normas educativas, que entregaremos por escrito.
- Dieta alimenticia detallada que deberá seguir hasta que desaparezcan todos los síntomas.
- Transmisión de seguridad y responsabilidad para saber buscar la solución y prevención de sus problemas de salud y bienestar, tanto actual como futura.

Plan de actuación personal

1. Si el estreñimiento es importante en la primera visita, puede estar indicado vaciar el recto con un enema de fosfato, para obtener un alivio inmediato, aunque no definitivo. Si no se ha conseguido un efectivo vaciamiento, pueden administrarse en los días siguientes de forma alterna nuevos enemas hasta conseguir el objetivo referido (vaciamiento de recto y colon).
2. Reeducación y entrenamiento de hábitos intestinales:
 - Debe explicársele el mecanismo del reflejo gastro-cólico (15-20 minutos después de las comidas).
 - Estimularle para que aproveche el momento de dicho reflejo, a ser posible a la misma hora cada día, sentán-

dose en el water, no más de 10 minutos con una lectura o un juego de su agrado.

3. Cambios dietéticos, con el fin de aumentar la cantidad de fibra, líquidos, frutas y vegetales.
4. Evitar la presión ambiental (familiar o escolar) sobre el adolescente; es fundamental que este tratamiento se lleve de forma relajada y tranquila. No es efectivo interrogarle cada día sobre el problema⁹.
5. Los cambios de carácter, la falta de apetito, la halitosis matinal mejoran y tienden a desaparecer con la normalización de las deposiciones. Es preciso que lo comprueben por sí mismos y sean capaces de expresar los buenos resultados conseguidos.
6. Explicar que el desagradable síntoma de la halitosis matutina, es consecuencia de la lenta digestión de la cena efectuada mientras duermen y de la dificultad de evacuar los gases por la vía habitual durante el sueño. Por ello, pueden verse perjudicadas sus relaciones personales y su autoestima.
7. Si existe fisura de ano:
 - Extremar la higiene de la zona anal.
 - Aplicación local diaria de pomada cicatrizante y antiinflamatoria.
 - Ayudarse con laxantes para ablandar las deposiciones.
 - Realizar baños de asiento antes de la evacuación.

Medidas preventivas

Normas educativas

Los cambios dietéticos tienen como objetivo adquirir nuevos hábitos para conseguir una deposición espontánea:

- Evitar habitualmente el uso de laxantes y enemas.
- El hábito intestinal es de carácter individual; una deposición diaria puede no ser la norma de todas las personas.
- No obstante, al inicio del tratamiento se recomienda una evacuación intestinal diaria hasta que desaparezcan todos los

signos de inhibición del hábito evacuatorio, al menos durante un mes¹⁰.

- Horario regular. El reflejo gastro-cólico es un movimiento en masa del contenido del colon, que tiene lugar aproximadamente 20 minutos después de la comida y debe aprovecharse para defecar.
- En los centros escolares es frecuente la falta de intimidad en los servicios comunes por lo que el pudor hace que retengan la necesidad de evacuar y eviten su utilización.
- Tener libros o revistas en el cuarto de baño, ayuda a solucionar el estreñimiento (no más de 10-15 minutos).
- Es primordial no retrasar la defecación cuando se siente la "primera llamada".
- En algunos casos, por su cronicidad o falta de respuesta a las medidas terapéuticas, puede ser necesario recurrir a ayuda psicológica.

Normas dietéticas

Mientras persista estreñimiento:

- Desayunar abundantemente, a partir de fruta o zumo de fruta, cereales con leche o bien pan integral con aceite de oliva y azúcar o miel.
- Beber abundantes líquidos (agua, zumos naturales) durante el día y entre las comidas.
- Evitar los alimentos astringentes como pan tostado, galletas, huevos duros, yogures, zanahorias, plátanos, manzanas y arroz hasta que los síntomas remitan totalmente.
- Comer regularmente, masticando bien y despacio. Evitar el "picoteo" entre comidas.
- Tomar alimentos ricos en fibra vegetal, como pan integral, frutas frescas, vegetales frescos (cocidos o crudos), tomates, dátiles, higos, ciruelas secas y pasas.
- Aprender pautas de alimentación variada saludable, y saber cuándo deberá iniciar dieta normal, variada y saludable de forma paulatina, para evitar recaídas.

- Aliñar los primeros platos y ensaladas con aceite de oliva crudo¹¹.
- Practicar ejercicio físico de forma regular (bicicleta, gimnasia, natación o caminar).
- Los laxantes tomados por iniciativa propia pueden causar molestias y no hacer el efecto deseado.

Medidas farmacológicas

Solamente debe recurrirse a ellas en los primeros días o semanas de tratamiento, como ayuda puntual, recalando que nunca van a ser la solución definitiva al estreñimiento. Cuando sea necesario, suele ser suficiente con:

- Aceite mineral, administrado durante 2-3 semanas máximo, teniendo en cuenta que puede interferir en la absorción de las vitaminas liposolubles (A, D, E, K) y producir a veces dolores de tipo cólico y prurito anal. Si se administra por periodos prolongados es necesario añadir un complejo de dichas vitaminas por vía oral.
- Aceite de oliva, 10 cc dos veces al día durante una semana o, en casos de recidivas, como aderezo en las comidas.
- Laxantes osmóticos, como lactulosa y lactitol, que ablandan las heces y estimulan el peristaltismo. Su acción es por efecto osmótico y transformación en ácidos orgánicos. Pueden dar flatulencia.
- Laxantes salinos, como sales de magnesio y sodio, que producen efecto osmótico y estimulan el peristaltismo. Pueden producir riesgo de absorción y alteración electrolítica.
- Los enemas jabonosos no deben ser usados, por su efecto irritante y la posibilidad de producir colitis hemorrágica.

CONCLUSIÓN

El estreñimiento funcional crónico no es una enfermedad; es un problema higiénico-dietético expresado por un conjunto de síntomas que debe ser contemplado dentro del proceso de educación para la salud, con el fin de conseguir su erradicación y la de todos los problemas bio-psico-

sociales derivados de tan notable influencia en el bienestar diario del niño, del adolescente y del adulto.

Toda acción preventiva tiene su inicio en la orientación y educación para la salud de los padres y entorno social, respecto a cuáles son los hábitos de defecación normales y su relación con la dieta familiar, dirigiendo los objetivos a la prevención, así como a la búsqueda de soluciones cuando se presente la sintomatología.

Es preciso insistir en la necesidad de una adecuada ingesta de líquidos, evitar el excesivo consumo de leche y derivados, así como reiterar la importancia de la fibra en la dieta diaria.

En los casos de episodios de estreñimiento transitorio, evitar tratamientos farmacológicos prolongados, que pueden complicar el cuadro.

Las fisuras anales, hemorroides y dermatitis perianales, deben ser tratadas lo más rápidamente posible para evitar el ciclo dolor-retención-dolor.

Las consultas de pediatría y medicina del adolescente son el lugar idóneo para ayudar a la resolución y reeducación de esta problemática porque para llegar al diagnóstico correcto y poner el tratamiento efectivo es suficiente una detallada historia clínica y una completa exploración física.

CASO CLÍNICO

Mujer adolescente de 15 años y 8 meses de edad que acude a la consulta porque, desde hace 20 días aproximadamente, presenta episodios de carácter alternante consistentes en dolor abdominal de localización periumbilical, que irradian hacia fosa iliaca izquierda, aumentan con los cambios posturales y algunos días le han impedido realizar los ejercicios correspondientes de la asignatura de educación física.

El dolor se inicia, una o dos horas después de las comidas, con sensación de plenitud. Hace dos días sufrió un "mareo" pasajero, diagnosticado de síncope vaso-vagal. También acusa cefaleas difusas, que no es capaz de explicitar con detalle.

Come en el instituto, pero tiene poco apetito. Últimamente se despierta una o dos horas después de acostarse, con flatulencia. No ha presentado fiebre ni otra sintomatología.

Su madre reconoce la presencia de halitosis matinal que no sabe como solucionar.

La paciente cree que sus hábitos intestinales son normales, pero refiere que acostumbra a defecar cada dos o tres días, de forma rápida, con esfuerzo y a veces con dolor anal. Nunca en el centro escolar.

No practica ningún deporte por falta de tiempo. No sigue ninguna dieta especial, pero nunca le ha gustado la fruta.

La familia cree que sus dolores abdominales tienen relación con algún problema ovárico, pero nunca han consultado. Sus ciclos menstruales son normales.

- Antecedentes familiares: La familia paterna refiere problemas de estreñimiento, padeciendo de hemorroides en varios casos.
- Exploración física general por aparatos, dentro de la normalidad.
IMC.- 21,3; T.A.- 110/60; Fr. C.- 70 l/m.
- Exploración abdominal: Abdomen distendido, blando y depresible; se palpan masas pequeñas y duras en recto-sigma y colon descendente con dolorimiento a la palpación profunda.

La exploración de la zona anal y perianal es normal.

- RX simple de abdomen: Se observan abundantes restos fecales en colon ascendente, transversal y descendente, con imágenes de atigramiento.

Se pone en práctica el plan de actuación, y se realizan controles semanales en la consulta.

En el plazo de un mes, disminuye toda la sintomatología de forma progresiva, poniendo en práctica las medidas preventivas para evitar las recidivas, como consecuencia del aprendizaje recibido en el tiempo dedicado a la información y educación para la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. MARINA C. Estreñimiento y encopresis. *Pediatría Integral*; 1: 69-76. 1995.
2. KLISH WJ. Constipación funcional y encopresis. *Pediatría. Principios y Práctica*. Oski. Ed. Médica Panamericana, 1993: 1768-1770.
3. PRIETO C. Estreñimiento crónico. *Manual de gastroenterología pediátrica*. Argüelles y Polanco. Granada, 1996- Ed. Comares: 163-170.
4. BIXQUERT M. Epidemiología del estreñimiento. Muy frecuente, ¿pero cuánto? En: Mearin F. *Estreñimiento: más importante de lo que parece*. Ed. Doyma. Barcelona, 2000: 1-6.

M. Magaña

5. BROWN MR. Constipación crónica en medicina del adolescente. McAnarne/Kreipe/Orr/Comerci. Ed. Panamericana: 633-634.
6. POLANCO I. Estreñimiento. En: La consulta diaria en el estreñimiento crónico. C.I.D.E. Masson. Barcelona, 2000: 51-62.
7. MALUENDA C. Estreñimiento. Pediatría. Casado de Frías, Nogales Espert. 3ª ed. I.M & C. Madrid, 1991; 1: 417-419.
8. CLAYDEN GS. Management of chronic constipation. Arch Dis Child 1992; 67: 340.
9. LOENING V. Encopresis e incontinencia fecal. En: Clínicas Pediátricas de Norteamérica, 1998.
10. NURKO S. Estreñimiento. En: Walker Smith JA, Hamilton JR, Walker WA (eds). Gastroenterología Pediátrica Práctica, 2ª ed. Ergon SA. Madrid, 1996: 105-116.
11. ROMÁN E, CILLERUELO ML. Alimentación del niño y del adolescente. En: Alimentación y nutrición. Manual teórico-práctico. Vázquez C, de Cos II, López Nomdedeu C (editores): 185-192.