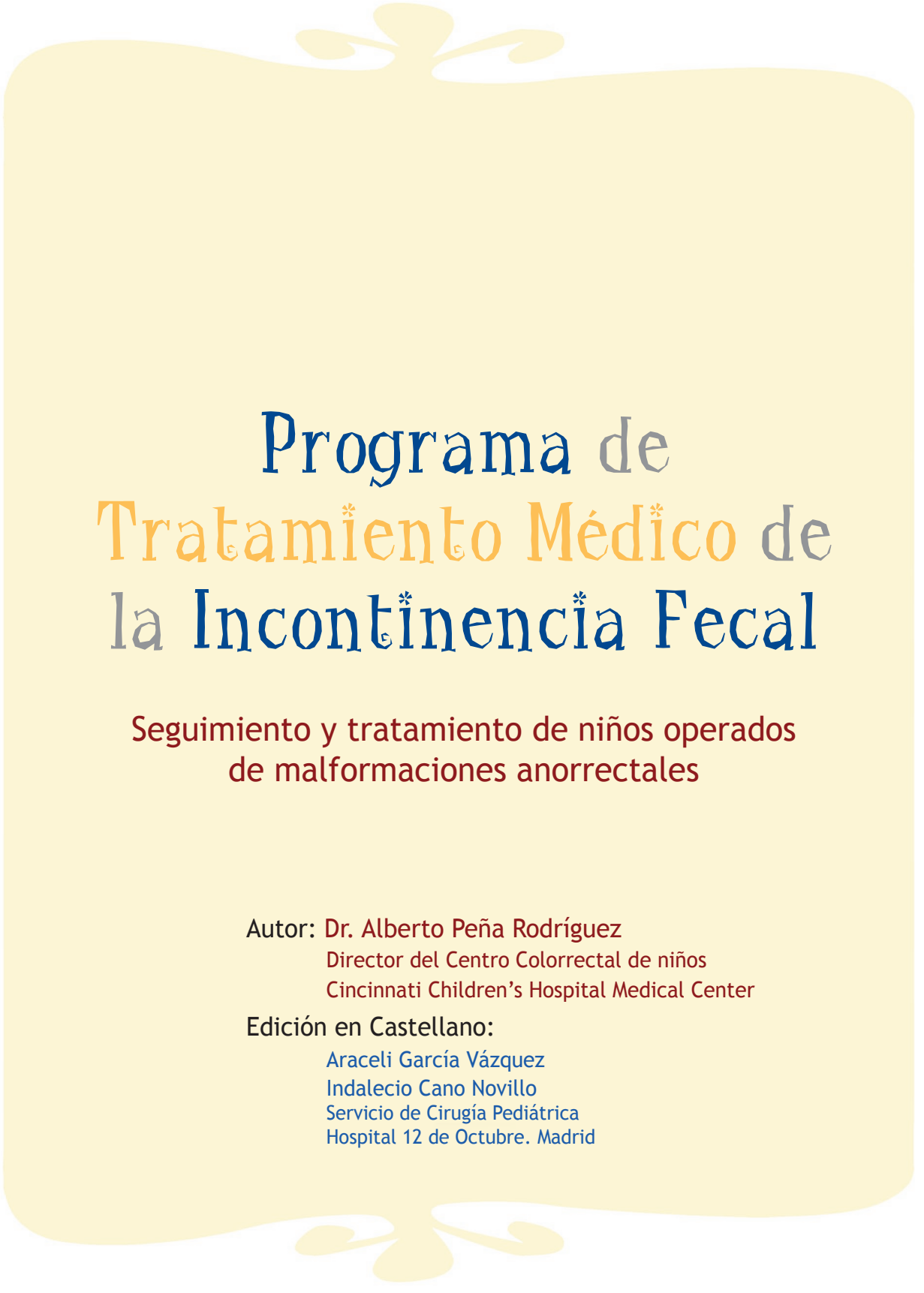


Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal

Seguimiento y tratamiento de niños operados
de malformaciones anorrectales





Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal

Seguimiento y tratamiento de niños operados
de malformaciones anorrectales

Autor: Dr. Alberto Peña Rodríguez
Director del Centro Colorrectal de niños
Cincinnati Children's Hospital Medical Center

Edición en Castellano:
Araceli García Vázquez
Indalecio Cano Novillo
Servicio de Cirugía Pediátrica
Hospital 12 de Octubre. Madrid

Presentación

La incontinencia fecal representa un serio problema para todos aquellos que la sufren. A menudo impide que esa persona llegue a ser socialmente aceptada y a causa de eso puede provocar secuelas psicológicas graves. Este es un problema que afecta a más niños de lo que antes se creía.

Las operaciones quirúrgicas para tratar la incontinencia, son todavía controvertidas y los resultados que se obtienen son muy variables. Por ello en nuestro centro hemos desarrollado el Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal (Bowel Management Program) diseñado específicamente para ayudar a personas con este problema.

El Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal, consiste básicamente en enseñar al paciente o a sus familiares cómo limpiar el colon una vez al día, mediante el uso de enemas, con el fin de que estén con la ropa interior limpia durante las 24 horas siguientes. El Programa, aunque es básicamente simplista, se lleva a cabo mediante un método de acierto y error durante aproximadamente una semana. Durante este periodo se ve al paciente todos los días y se le realiza una radiografía simple de abdomen de manera que podamos monitorizar diariamente la cantidad y localización de las heces en el colon, y además se constata si ha manchado o no la ropa interior. De esta forma decidimos si debemos modificar el tipo y/o características de los enemas así como la dieta y/o medicación.

A medida que los niños crecen quieren ser más independientes y no les gusta que ningún adulto entre en su intimidad para ayudarles con su manejo intestinal. Cuando un niño/a se empieza a sentir así y su manejo intestinal ha tenido éxito, le planteamos la realización de una operación llamada “apendicostomía continente” (conocida también como procedimiento de Malone o ACE). Esta operación consiste en crear un pequeño orificio en el ombligo a través del cual el paciente puede pasar un pequeño catéter o sonda hasta el colon y ponerse un enema mientras está sentado en el inodoro. Esto permite que el niño/a sea más independiente y mejore su calidad de vida.

Hemos tratado más de 500 pacientes y hemos tenido éxito en más del 95% de los casos. Ha sido una experiencia muy gratificante ser testigo del gran cambio en la calidad de vida de los niños que siguen este programa.

Dr. Alberto Peña
Director del Centro Colorrectal de niños
Cincinnati Children's Hospital Medical Center

Introducción

La continencia fecal es uno de los acontecimientos más importantes en el desarrollo del niño. La capacidad para controlar las deposiciones es una de las primeras manifestaciones de independencia que el niño ejerce con los padres y el entorno.

La continencia fecal se suele alcanzar a la edad de 2 ó 3 años y puede estar comprometida de forma parcial o total en niños nacidos con algún tipo de anomalía del recto o del intestino grueso (malformaciones anorrectales o enfermedad de Hirschsprung) o bien en pacientes con alteraciones en la inervación de los órganos pélvicos como en la espina bífida (mielomeningocele).

La incontinencia fecal tiene un importante impacto social independientemente de la edad a la que aparezca.

Socialmente las heces se asocian con algo sucio y negativo, por lo cual no es muy difícil imaginar por qué clase de dificultades puede pasar un niño cuando no es capaz de controlar sus deposiciones.

Hoy por hoy se puede hacer mucho por los niños con incontinencia fecal. Un diagnóstico acertado y un programa de seguimiento apropiado puede tener un impacto beneficioso y positivo sobre los problemas psicológicos y sociales consecutivos a la incontinencia. El tratamiento de la incontinencia debe considerarse como un “cuidado” especial que permite que un niño incontinente lleve un estilo de vida normal.

El Tratamiento Médico de la incontinencia fecal es un programa originalmente concebido para niños nacidos con ano imperforado que, sin embargo, se puede aplicar a todos los niños con incontinencia fecal.

SUMARIO



INCONTINENCIA FECAL 8

- Incontinencia fecal verdadera 10
- Pseudoincontinencia 10

LA INCONTINENCIA FECAL Y LAS MALFORMACIONES ANORRECTALES 11

- Sensibilidad dentro del recto 12
- Músculos (esfínteres) 12
- Motilidad del colon 12
- Pronóstico funcional dependiendo del tipo de malformación 15

DIFERENTES TIPOS DE INCONTINENCIA FECAL EN NIÑOS CON MALFORMACIONES ANORRECTALES 17

- A. Niños que son candidatos a una reintervención 17
- B. Niños con pseudoincontinencia o incontinencia por rebosamiento 17
- C. Niños candidatos al manejo intestinal de la incontinencia fecal 18
 - Niños incontinentes con estreñimiento (hipomotilidad colónica) 19
 - Niños incontinentes con tendencia a heces sueltas y diarrea 19



PROGRAMA DE TRATAMIENTO MÉDICO DE LA INCONTINENCIA FECAL 20

¿Qué es el Programa de Tratamiento Médico
de la Incontinencia Fecal? 22

ENEMAS 23

- Administración del enema 25
- Uso de la sonda de Foley 27
- ¿A qué edad se debe iniciar el programa de tratamiento
médico de la incontinencia fecal? 28
- ¿Por qué se debe usar un enema y no un micro-enema? 29
- ¿Cuándo hay que poner un enema? 29
- ¿Cómo conseguir que el procedimiento sea más ameno para el niño? 30
- ¿Cómo hacer que el niño esté quieto mientras le ponemos el enema? 30
- ¿Cuál es la mejor posición para poner el enema? 30
- Después de la administración del enema 31
- ¿Cuáles son los efectos a largo plazo de los enemas diarios? 32

NIÑOS CON TENDENCIA A TENER HECES SUELTAS Y DIARREA 33

- Problemas posteriores 34

¿CUÁL ES EL FUTURO? ¿CONTINUAR CON EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO MÉDICO DE LA INCONTINENCIA FECAL? 35

- Cómo continuar 35

ESTRATEGIAS AÑADIDAS: LA ACE O PROCEDIMIENTO DE MALONE 36



CONCLUSIONES 38





Incontinencia Fecal

- I. LA INCONTINENCIA FECAL Y LAS MALFORMACIONES ANORRECTALES
- II. DIFERENTES TIPOS DE INCONTINENCIA FECAL EN NIÑOS CON MALFORMACIONES ANORRECTALES

Incontinencia fecal

Incontinencia fecal es “la incapacidad para retener las heces de forma voluntaria”. Hemos observado dos variantes del problema que nos ocupa:

- ◆ Incontinencia fecal verdadera
- ◆ Pseudoincontinencia o encopresis

INCONTINENCIA FECAL VERDADERA

Los pacientes tienen una **incapacidad real para controlar la eliminación de las heces**. Esto es generalmente debido a anomalías en una o varias de las estructuras y mecanismos responsables de la continencia. Estas son:

- ◆ La sensibilidad
- ◆ Los esfínteres
- ◆ La motilidad colónica y rectosigmoidea

Estas estructuras y (o) mecanismos, pueden estar dañados primariamente o pueden ser deficientes porque los nervios que las regulan no funcionan normalmente.

En el caso de las **malformaciones anorrectales**, los pacientes sufren de grados diversos de anomalía en las tres áreas mencionadas y hay evidencia de que también la innervación (los nervios) están afectados.

En el caso de los pacientes con **espina bífida** (mielomeningocele), el daño primario y fundamental radica en la columna vertebral, la médula espinal y los nervios que salen de ella.

PSEUDOINCONTINENCIA O ENCOPRESIS

En este caso el niño **se comporta como si tuviera incontinencia fecal**. Un estudio más profundo, sin embargo, demuestra que sufre estreñimiento grave con impactación fecal y salida involuntaria de materia fecal por rebosamiento. Sorprendentemente, cuando se le desimpacta y se le dan los laxantes suficientes para evitar el estreñimiento estos niños se vuelven continentes.

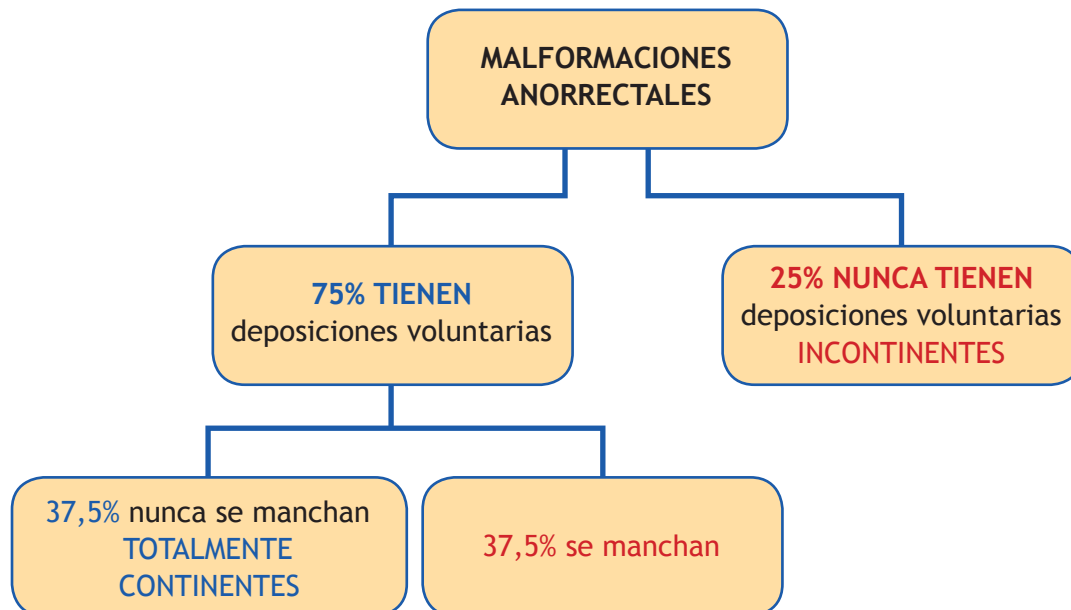
Retrospectivamente, sabemos que **la impactación fecal crónica, produce rebosamiento constante de materia fecal, a pesar de que el paciente tiene esfínteres y sensibilidad normales**. La motilidad en estos casos es anormal, está seriamente disminuida, lo cual explica el estreñimiento grave.

Es muy importante distinguir entre la incontinencia verdadera y la pseudoincontinencia para así poder planear el mejor tratamiento

I. LA INCONTINENCIA FECAL Y LAS MALFORMACIONES ANORRECTALES

Estudios recientes indican que el **75%** de todos los niños con malformaciones anorrectales que fueron sometidos a una intervención quirúrgica correcta, realizan deposiciones voluntarias después de los 3 años de edad, o sea que **se comportan como niños continentes**. Sin embargo, alrededor de la mitad de estos niños manchan ocasionalmente su ropa interior. Estos episodios de manchado suelen estar relacionados con estreñimiento. **Cuando este problema (estreñimiento) se trata de forma adecuada, el manchado suele desaparecer.** Aproximadamente el 40% de los niños tienen deposiciones voluntarias y no manchan. En otras palabras, se comportan como niños totalmente normales. También se ha observado que niños que tienen un buen control intestinal pueden presentar **episodios temporales de incontinencia fecal**, especialmente cuando tienen **diarrea grave**.

Un **25%** de todos los niños **sufren incontinencia fecal**, y necesitan recibir algún tipo de manejo intestinal para mantenerse limpios. Hay un largo camino por recorrer y muchas cosas por hacer para mejorar la calidad de vida de un importante número de niños.



PARA TENER CONTINENCIA FECAL, EL NIÑO NECESITA:

1. Sensibilidad (dentro del recto)
2. Buenos músculos voluntarios o mecanismo esfinteriano
3. Una buena motilidad del colon

1. SENSIBILIDAD DENTRO DEL RECTO

La mayoría de los niños nacidos con una malformación anorrectal tienen disminuida o ausente la capacidad para sentir las heces o el gas que pasan a través de su recto. Por lo tanto, muchas veces el niño puede manchar sin darse cuenta, y llega a acostumbrarse al olor de las heces, lo cual molesta a toda su familia o a quien le rodee.

2. MÚSCULOS (ESFÍNTERES)

Los músculos, que rodean al recto y al ano en condiciones normales, son conocidos como el **esfínter voluntario**, y se consideran fundamentales para el control o continencia de las heces. Los niños con malformaciones anorrectales tienen diferentes grados de alteración de estos músculos y por tanto diferente capacidad para retener las heces. **Cuanto más compleja es la malformación, menos desarrollados están los esfínteres.**

La técnica quirúrgica introducida por el Dr. Alberto Peña al comienzo de los años 80, tiene una ventaja comparada con las técnicas previas, que consiste en colocar el recto dentro de los límites del mecanismo esfinteriano responsable de la continencia.

El cirujano puede predecir qué niños van tener un buen pronóstico funcional y cuáles lo van a tener malo. Este pronóstico se puede establecer antes y después de la reparación principal y del cierre de la colostomía.

3. MOTILIDAD DEL COLON

El **sigmoide y recto** son la parte final del colon y actúan como reservorio natural de las heces. Esto es fisiológicamente importante, porque permite tener evacuaciones con periodos **de 24 horas o más**, facilitando la vida social.

Normalmente el sigma y recto se mantienen sin contracciones durante periodos de 24 a 48 horas (tiempo necesario para acumular heces); entonces, **una contracción peristáltica masiva** hace que se vacíe completamente y después vuelve a quedarse en reposo. Si el rectosigma se mueve menos de lo normal, las heces se quedan estancadas, y por lo tanto se produce estreñimiento. Posteriormente el niño puede sufrir incontinencia por rebosamiento

y se ensuciará. Por otro lado, si un niño **no tiene rectosigma (no tiene reservorio)** tendrá múltiples evacuaciones, esto es lo que llamamos **hipermotilidad colónica**.

Los niños con **malformaciones anorrectales** padecen una **alteración de la motilidad del sigma y del recto (rectosigma)**, que se traduce en una incapacidad para vaciarse de forma masiva una sola vez cada 24 horas. Sin ayuda médica estos pacientes expulsan materia fecal lenta y constantemente.



Existen una serie de **INDICADORES ANTES Y DESPUES DE LA REPARACIÓN** de la malformación anorrectal que nos va a ayudar a establecer un pronóstico funcional respecto al control voluntario de las deposiciones.

INDICADORES ANTES DE LA REPARACIÓN	
INDICADORES DE BUEN PRONÓSTICO DE CONTROL INTESTINAL	INDICADORES DE MAL PRONÓSTICO DE CONTROL INTESTINAL
- Sacro normal - Surco interglúteo marcado (buenos músculos) - Malformaciones anorrectales con buen pronóstico: - Atresia rectal - Fístula vestibular - Ano imperforado sin fístula - Cloacas con canal común < 3 cm - Malformaciones menos complejas: - Fístula perineal	- Sacro anormal - Periné plano (musculatura pobre) - Malformaciones anorrectales con mal pronóstico: - Fístula al cuello vesical - Cloacas con canal común > 3 cm - Malformaciones complejas

INDICADORES DESPUÉS DE LA REPARACIÓN	
SIGNOS DE BUEN PRONÓSTICO	SIGNOS DE MAL PRONÓSTICO
- Buen patrón de deposiciones: 1-2 al día sin mancharse entre ellas - Evidencia de sensación al paso de las heces (el niño parece hacer fuerza, gesticula...) - Control miccional	- Manchado o paso de heces constante - Ausencia de sensación (el niño no parece percatarse de la salida de materia fecal) - Incontinencia urinaria, goteo de orina

PRONÓSTICO FUNCIONAL EN RELACIÓN CON EL TIPO DE MALFORMACIÓN

El cirujano debe informar a los padres lo más temprano posible y de una manera realista de las posibilidades de control intestinal de su hijo/a para evitar frustraciones innecesarias. Es imprescindible establecer el pronóstico funcional de cada niño tan pronto como sea posible para evitar que los padres tengan falsas expectativas. Las malformaciones anorrectales son un espectro que abarca malformaciones con un pronóstico excelente, y se extiende para incluir malformaciones con muy mal pronóstico. Por ello los resultados dependen del tipo de malformación.

TIPO DE DEFECTO	SEXO	DEPOSICIONES VOLUNTARIAS	MAN-CHADO	DEPOSICIONES VOLUNTARIAS Nunca se manchan	ESTREÑI-MIENTO
Fístula perineal	F/M	100%	0%	100%	26%
Atresia anal o estenosis	F/M	100%	16%	84%	80%
Fístula vestibular	F	94%	38%	71%	64%
Fístula bulbar	M	88%	65%	32%	59%
MAR sin fístula	F/M	85%	41%	71%	47%
Cloaca canal CC* < 3 cm	F	83%	78%	27%	32%
Fístula prostática	M	76%	78%	28%	50%
Fístula vaginal verdadera	F	75%	100%	0%	25%
Cloaca anal CC* > 3 cm	F	59%	89%	22%	53%
Fístula al cuello vesical	M	28%	100%	0%	29%

*CC: canal común F: femenino M: masculino

Una vez que hemos hecho el diagnóstico del defecto, podemos predecir el pronóstico funcional. Si la **malformación** es una de las asociadas con **buen pronóstico** - como la fístula vestibular, fístula perineal, atresia rectal, fístula recto-uretral-bulbar, o ano imperforado sin fístula - podemos esperar que el niño tenga deposiciones voluntarias a partir de los 3 años de edad. Estos niños necesitarán una **supervisión adecuada para evitar el estreñimiento**, la impactación fecal y el manchado o pseudoincontinencia por rebosamiento.

Si la **malformación** es una de las que se asocian a **mal pronóstico** - por ejemplo una cloaca con canal común mayor de 3 cm o una fístula al cuello vesical - se debe informar a los padres de que lo más probable es que su hijo/a vaya a necesitar un **Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal** para mantenerse limpio y socialmente aceptable. Este

programa se debe iniciar a la edad de 3 ó 4 años, antes de que el niño/a comience a relacionarse socialmente y a pasar gran parte del tiempo fuera de su casa.

Los **niños con fístulas recto-prostáticas** tienen casi las mismas posibilidades de realizar deposiciones voluntarias que de ser incontinentes. En estos niños debemos realizar un primer intento de entrenamiento en el servicio como si fuesen niños normales, a los 3 años. Si no tenemos éxito, debemos empezar con el Tratamiento Médico de la Incontinencia inmediatamente para que el niño esté limpio y evitar así secuelas psicológicas. Sin embargo, ya que estos niños tienen bastante probabilidad de poder realizar deposiciones voluntarias, cada verano durante las vacaciones, suspenderemos el tratamiento médico (enemas) e intentaremos entrenarles de nuevo.

La **incontinencia urinaria** se produce en los **varones** con malformaciones anorrectales únicamente cuando tienen el **sacro ausente o muy anormal**, o bien cuando no se han seguido los principios básicos de la reparación quirúrgica y se dañan nervios importantes durante la operación. La mayoría de los varones con malformaciones anorrectales, que se tratan de forma correcta, tienen control urinario. Esto es también cierto para las **niñas**, excepto para las **cloacas**. Un número importante de niñas intervenidas de cloaca necesitan cateterismo intermitente para vaciar la vejiga. Esto ocurre en el **80% de las cloacas altas**, es decir aquellas que tienen un canal común mayor de 3 cm, y en el **20% de las cloacas bajas**, o lo que es lo mismo, aquellas que tienen un canal común menor de 3 cm. El cuello vesical es competente en la mayoría de las niñas con cloaca y además tienen una vejiga flácida y grande por lo cual se mantienen completamente secas cuando se tratan con **cateterismo intermitente**. Si no realizamos este sondaje tendrán incontinencia urinaria por rebosamiento.



II. DIFERENTES TIPOS DE INCONTINENCIA FECAL EN NIÑOS CON MALFORMACIONES ANORRECTALES

Como hemos visto previamente, el 75% de los niños operados de malformaciones anorrectales tendrán deposiciones voluntarias. De éstos, aproximadamente la mitad no ensuciará la ropa interior lo cual frecuentemente refleja un buen manejo del estreñimiento por parte de los padres. La otra mitad de los niños puede mancharse, sin embargo, este manchado frecuentemente desaparece si se trata adecuadamente el estreñimiento. Estos niños necesitarán tratamiento médico de la incontinencia cuando el manchado sea muy frecuente.

A. NIÑOS CANDIDATOS A UNA REINTERVENCIÓN.

Son niños que han sido operados previamente de una malformación anorrectal, tienen incontinencia fecal y reúnen las siguientes condiciones:

1. El niño nació con un buen sacro, un buen mecanismo esfinteriano y una malformación con buen pronóstico funcional.
2. Hay evidencia de que el recto está mal colocado (fuera de la zona del esfínter).
3. Tiene un colon de longitud normal.

En estos casos se puede realizar una anorrectoplastia sagital posterior y recolocar el recto dentro de los límites del mecanismo esfinteriano. Si se dan todas estas condiciones, aproximadamente el 50% de los niños reoperados de esta manera tiene una mejoría del control intestinal muy significativa, hasta el punto de no necesitar tratamiento médico (enemas) para mantenerse limpios.

B. NIÑOS CON PSEUDOINCONTINENCIA

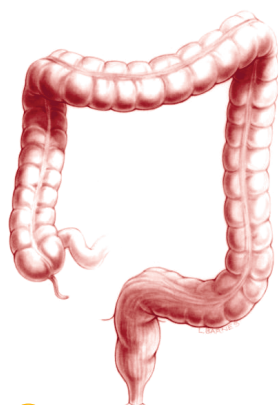
La mayoría de estos niños tienen diferentes grados de dilatación del recto y del sigma (megarrectosigma). Hay también evidencia de que estos niños sufren un trastorno de hipomotilidad que interfiere con el vaciado completo del rectosigma. Estos pacientes nacieron con una malformación de buen pronóstico que se operó correctamente, pero no recibieron el tratamiento adecuado para el estreñimiento. Por este motivo desarrollaron impactación fecal y pseudoincontinencia por rebosamiento.

En estos casos **es preciso quitar el fecaloma** (desimpactación) mediante enemas e irrigaciones del colon (generalmente un programa intensivo de enemas) para poder limpiar el megarrectosigma. Posteriormente **se trata el estreñimiento con laxantes a dosis altas**. La dosis de laxantes se va aumentando diariamente hasta alcanzar la cantidad de laxante que logra el vaciamiento completo del colon cada día. Todo esto **con un control radiológico**,

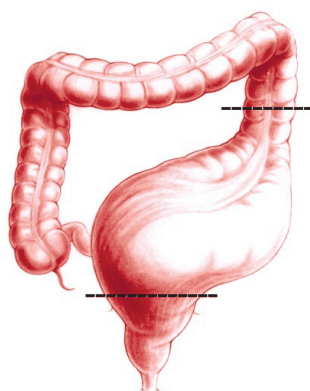
o sea que se toman radiografías diariamente para conocer objetivamente si el colon se ha vaciado completamente.

Si una vez que tratamos el estreñimiento de forma adecuada, el niño no puede controlar las deposiciones podemos concluir que sufre incontinencia real con estreñimiento. En este caso no se le puede tratar con laxantes sino que va a necesitar el Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal que luego describiremos.

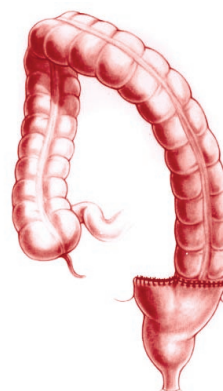
Por el contrario, si una vez que se trata adecuadamente el estreñimiento, vemos que el niño es realmente continente podemos concluir que lo que sufría era pseudoincontinencia o incontinencia por rebosamiento (encopresis). En este caso el tratamiento médico consiste en la administración de dosis elevadas de laxantes. Cuando la dosis es tan elevada que su administración representa un problema serio, entonces se considera una **alternativa quirúrgica** que consiste en **extirpar el colon sigmoide**. Antes de plantear a estos niños la resección del sigma es imprescindible confirmar que lo que tienen es pseudoincontinencia por rebosamiento y no incontinencia verdadera con estreñimiento. Un error al hacer esta diferenciación puede llevar a una operación innecesaria; un niño incontinente fecal con estreñimiento, sometido a esta operación podría convertirse en uno con diarrea, lo cual es mucho más difícil de tratar.



① Colon normal



② Megarrectosigma



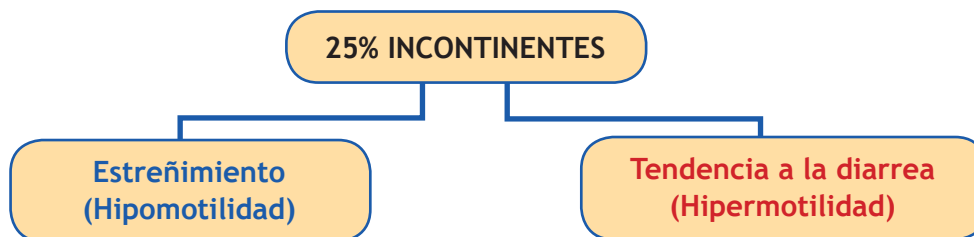
③ Resección del sigma

Con esta operación se reduce el requerimiento de laxantes y en ocasiones se hacen innecesarios.

C. NIÑOS CANDIDATOS AL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA INCONTINENCIA FECAL

Los niños que presentan incontinencia fecal después de la reparación de una malformación anorrectal suelen ser los que pertenecen a un grupo de mal pronóstico y con defectos graves asociados (alteraciones del sacro, músculo esfinteriano malo). Sin embargo, estos niños que nacieron con una malformación de mal pronóstico pueden disfrutar de una buena calidad de vida cuando se tratan con el Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal.

Los niños operados de ano imperforado que tienen incontinencia fecal se pueden separar en dos grupos bien diferenciados que van a necesitar planes de tratamiento diferentes:



Niños incontinentes con estreñimiento (hipomotilidad colónica)

Estos niños tienen disminuida la motilidad del colon de forma importante. El fundamento del Tratamiento Médico de la incontinencia fecal es enseñar a los padres del niño a limpiar el colon de su hijo una vez al día, mediante el **uso de enemas**. En estos casos **no se necesita dieta ni medicación**. El hecho de que tengan estreñimiento (hipomotilidad) garantiza que se mantengan limpios entre un enema y otro. El verdadero reto es encontrar el enema capaz de limpiar el colon completamente.

Los episodios de manchado que llamamos “accidentes”, en estos casos ocurren por una limpieza incompleta del colon y, por consiguiente, la acumulación de heces dentro de él. En tal caso el tratamiento consistirá en continuar buscando por prueba y error un enema con volumen y contenido capaz de limpiar el colon completamente.

Niños con tendencia a las deposiciones sueltas o diarrea

La gran mayoría de los niños que tienen esta clase de problema han sido operados antes de 1980, es decir, antes de la introducción de la técnica de la ARPSP (anorrectoplastia sagital posterior). En aquellos años, las técnicas incluían frecuentemente la resección del rectosigma (del reservorio). Por lo tanto, este grupo de niños tiene un colon con tránsito más rápido, lo cual produce episodios de diarrea frecuentes. Esto significa que aunque un enema limpie su colon fácilmente, las heces siguen pasando rápidamente desde el ciego (principio del colon) hasta el colon descendente y el ano. Para evitar esto **se necesita, además del enema, una dieta astringente y /o medicación para disminuir la motilidad del colon**.

Eliminar los alimentos que favorecen las deposiciones líquidas ayudará a que el colon disminuya su actividad. Algunos niños, no obstante, pueden tener además un colon irritable lo cual hace que el tratamiento sea más difícil. El “**colon irritable**” consiste en cambios frecuentes e inexplicables en la motilidad colónica, lo que produce en los pacientes episodios de diarrea y estreñimiento, irregulares e impredecibles. **Esto hace que el manejo de la incontinencia sea muy difícil.**





Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal

¿CUAL ES EL FUTURO?
¿CONTINUAR CON
EL PROGRAMA DE
TRATAMIENTO MÉDICO
DE LA INCONTINENCIA
FECAL?

ESTRATEGIAS
AÑADIDAS: LA ACE O
PROCEDIMIENTO DE
MALONE

Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal

Como hemos visto, casi el **60%** de los niños operados al nacimiento de una malformación anorrectal **sufre algún tipo de alteración funcional** (estreñimiento y/o incontinencia) del intestino aunque se les haya intervenido de forma correcta.

El **objetivo más importante** del Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal, es **mejorar la calidad de vida de estos niños**. La calidad de vida de cada paciente debe estar definida por él mismo y por sus padres. Por lo tanto, **cada niño debe ser libre** para realizar una elección después de conocer las diferentes posibilidades de tratamiento que se le ofrecen.

Por ejemplo un **niño incontinente** fecal que nació con una malformación de mal pronóstico tiene las **siguientes posibilidades**:

- ◆ Usar pañales permanentemente.
- ◆ Intentar realizar el Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal.
- ◆ Tener una colostomía de forma definitiva.

La clave del éxito de un Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal es la dedicación y la sensibilidad del equipo médico y de enfermería. Si estos principios de sensibilidad, auténtico interés y dedicación se pierden, las posibilidades de éxito del Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal son escasas.

¿EN QUÉ SE BASA EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO MÉDICO DE LA INCONTINENCIA FECAL?

La base del Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal está en limpiar el colon con el uso de enemas una vez al día y disminuir la motilidad del colon con medicación o dieta (cuando así se requiera) para conseguir que el paciente esté limpio durante las siguientes 24 horas.

- ◆ LIMPIEZA INTESTINAL (enemas, micro-enemas)
- ◆ MODIFICACIÓN DE LA DIETA (si es necesario)
- ◆ MEDICACIONES (si son necesarias)

Existen fármacos que son capaces de disminuir la motilidad del colon. El uso de estas medicaciones específicas tal como la Loperamida debe ser determinada por el médico y está indicado en pacientes con motilidad colónica aumentada (tránsito rápido) que se manifiesta como tendencia a la diarrea. **El programa debe individualizarse para cada paciente y**

difiere de un niño a otro. El éxito de este programa se logra habitualmente durante la primera semana de su iniciación y se basa en una serie de ensayos de acierto y error, que requieren mucha dedicación.

Más del 90% de los niños que siguen este programa se mantienen artificialmente limpios y secos durante un día entero, pudiendo efectuar una vida completamente normal y obteniendo una nueva sensación de confianza y autoestima basadas en una mejor calidad de vida.

Es inaceptable enviar a un niño con incontinencia fecal y con pañales a la escuela cuando sus compañeros de clase son autosuficientes para su higiene diaria. Los niños que precisan pañales o que tienen accidentes en la escuela a causa de la incontinencia fecal se exponen al ridículo ante sus compañeros lo cual puede tener efectos psicológicos negativos.

Al inicio del programa se realiza un enema opaco* a fin de conocer el diámetro del colon y el tipo de motilidad que posee (hipomotilidad-estreñimiento o hipermotilidad- tendencia a la diarrea). El Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal se implementa de acuerdo al tipo de colon del paciente y los resultados se evalúan todos los días clínica y radiológicamente. Se realizan cambios diarios en el volumen y el contenido de los enemas hasta conseguir que el colon esté completamente limpio. Por esto, se debe hacer una radiografía del abdomen todos los días para monitorizar la presencia de materia fecal en el colon.

* El enema de contraste en niños con MAR se realiza con contraste hidrosoluble y sin preparación intestinal previa. El estudio nunca debe hacerse con bario; es importante realizar una placa después de la evacuación del material de contraste.

ENEMAS

Los enemas varían en volumen y composición. El volumen es determinado por el diámetro y capacidad del colon (mayor volumen para pacientes estreñidos con colon grande con hipomotilidad, menor volumen para pacientes con colon corto y pacientes con tendencia a la diarrea). La composición varía de acuerdo a la respuesta del paciente. Mayor concentración para lograr un vaciado rápido, menor concentración en pacientes con tendencia a la diarrea).

EQUIPO NECESARIO

1. Bolsa de enema
2. Lubricante soluble en agua
3. Sonda

Se necesita una sonda de 20-22 F. A veces es útil usar una sonda de Foley (22 ó 24 french) con un globo de 30cc.

4. El enema determinado

La composición de los enemas incluye:

Sal (cloruro sódico). Ésta puede ser preparada por un laboratorio y se conoce como solución salina normal o también puede ser preparada en casa por los padres.

Fosfato. Conocida como "Fleet-enema" o "enema Casen" o enema fosfatado.

Glicerina. Ésta se agrega generalmente en cantidades de 15 cc, 30 cc o 45 cc.

Jabón.

El empleo de enema de fosfato tiene la ventaja de que ya viene preparado como vial. Sin embargo, los enemas salinos son casi siempre igual de efectivos y algunas familias los consideran más sencillos y baratos. Los niños **mayores de 8 años de edad** o con un peso **mayor de 30 Kg** pueden recibir un **enema de fosfato de adulto al día (240 cc)**. Los niños **entre 3 y 8 años de edad** o **entre 15 y 30 Kg** pueden recibir un enema pediátrico de fosfato al día (120 cc).

No se debe administrar más de un enema de fosfato al día debido al riesgo de intoxicación por fosfato e hipocalcemia con tetania. En los niños con función renal alterada se debe tener más cuidado al usar los enemas de fosfato y siempre bajo prescripción médica.

El enema de fosfato administrado de forma adecuada debería provocar una deposición seguida de un período de 24 horas de limpieza completa. Si se demuestra que un enema no es suficiente para limpiar el colon (por la presencia de heces en la radiografía, más el hecho de que el niño se ha manchado), se requiere aplicar un enema de mayor volumen agregando suero salino al enema fosfatado. Si a pesar de esto el colon no está limpio y el paciente sigue teniendo materia fecal en la ropa interior, puede sospecharse que el líquido del enema no ha alcanzado la parte del colon que se requiere limpiar y puede entonces recurrirse al uso de una sonda larga que introducida por el recto permita administrar el enema en un lugar más profundo del colon y lograr un mejor resultado.

La siguiente tabla muestra cómo preparar la solución salina en casa.

AGUA	SAL
250 cc	2,5 gr
500 cc	5 gr
750 cc	7,5 gr
1000 cc	10 gr

***No se debe exceder en la cantidad de sal, ya que los niños pueden sufrir graves efectos secundarios por la sobredosis de sal, tales como convulsiones.**

Como se ha mencionado anteriormente, el Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal debe individualizarse y llevarse a cabo por prueba y error. No existe una fórmula mágica para calcular el volumen y concentración del enema necesarios para un niño. Lo que sí sabemos es que se precisa un volumen mayor de solución salina en aquellos niños que sufren hipomotilidad (estreñimiento o constipación). Por otra parte los pacientes con tendencia a la diarrea (hipermotilidad) requieren volúmenes menores así como concentraciones también menores.

La cantidad de sal varía para cada niño: **una cantidad excesiva de sal puede provocar hipernatremia y convulsiones.**

El enema salino “adecuado” es aquel que puede vaciar el colon del niño y lo mantiene limpio durante las siguientes 24 horas. Esto sólo puede lograrse mediante pruebas de acierto y error y corroborando la limpieza del colon radiológicamente.

El líquido del enema **debe estar a la temperatura corporal y el enema debe administrarse lentamente** (más de 5 minutos) para evitar cólicos y fenómenos vagales (náuseas, palidez, vómitos).

Los padres y los niños aprenden a constatar la consistencia y la cantidad de heces obtenidas después del enema y a determinar cuándo es efectivo. Después de un período de tiempo, los padres sabrán cuándo el enema no es efectivo y cuándo necesitan repetirlo. Los supositorios se indican en raras ocasiones, ya que es infrecuente que sean capaces de estimular una deposición completa.

ADMINISTRACIÓN DEL ENEMA

Reunir todo el material necesario.

Colocar al niño (ver sección sobre colocación). La posición del paciente varía de acuerdo a la edad pero siempre debe tomarse en cuenta la fuerza de la gravedad que ayudará a que el líquido del enema no se salga.

Lubricar la punta de la sonda.

Se introduce suavemente en el ano la sonda tanto como sea posible. La sonda es flexible por lo que los padres pueden moverla dentro del colon. Si se encuentra cualquier resistencia, se puede necesitar instilar una pequeña cantidad de líquido a la vez que empujamos la sonda para despegar algunas heces.

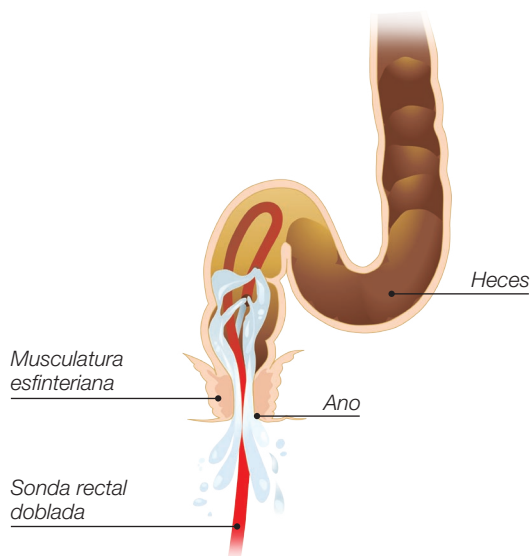


Administración del enema con Sonda Rectal

Unir la bolsa del enema a la sonda.

Iniciar el paso del líquido en este momento. Cuanto más alta esté la bolsa del enema mayor será la presión a la que se administra y por tanto más rápido será el flujo. Cuanto más baja esté la bolsa más lento será éste. La administración del enema debe durar entre 5 y 10 minutos, si el paciente tiene dolor abdominal debe disminuirse el flujo, bajando la bolsa.

Si al aplicar el líquido, éste sale inmediatamente, es posible que la sonda se haya doblado. Hay que sacarla y volver a repetir la maniobra de introducción.

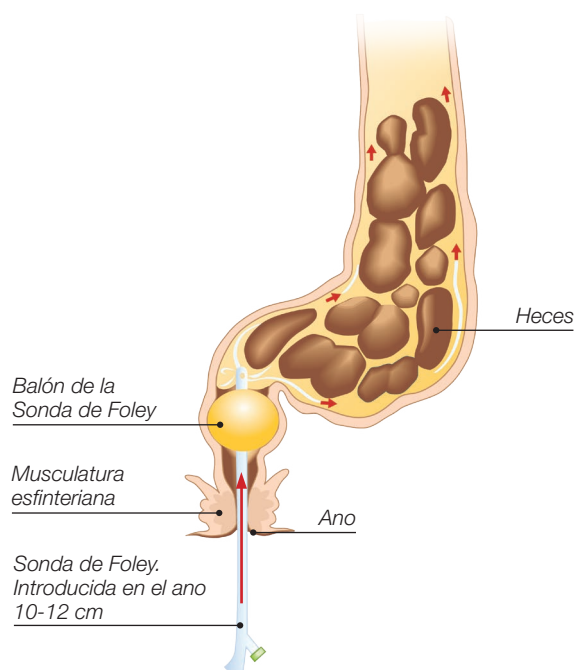


Después de administrar el enema se puede quitar la sonda y se aprietan ambos glúteos, tratando de retener el líquido en el colon por lo menos 5 minutos.

Una vez pasado este tiempo, el niño debe permanecer en el inodoro entre 30 y 45 minutos para realizar una deposición adecuada. Es conveniente verificar los resultados del enema, observando la cantidad de heces obtenida. Si no hay heces o son escasas, se debe informar de ello al médico. Su hijo puede necesitar un enema de mayor volumen o mayor concentración.

USO DE LA Sonda DE FOLEY

La sonda de Foley se usa como una alternativa a las sondas habituales cuando con éstas se producen fugas del líquido administrado. Esta sonda tiene un balón en la punta, que puede inflarse con agua o aire cuando se juzgue necesario. **El objetivo de este procedimiento es que el globo o balón actúe como un tapón para que evite el escape del líquido del enema.**



Administración del enema

La composición del enema será la adecuada para el paciente.

Lubricar una sonda de Foley de **calibre 20 a 24 french (Fr)** con un balón o globo de 30 cc e introducirla suavemente en el ano, unos **10 a 12 cm**.

Usar una jeringa de 50 cc de cono estrecho llena de agua o suero templado. Colocar la jeringa en el orificio de la válvula e introducir 15 cc de agua para inflar el balón y entonces tirar de la sonda. Si el globo se sale significa que el globo no es suficientemente grande para actuar como tapón, debe entonces reintroducirse la sonda e inflar el balón más, en incrementos de 5 cc si se hace necesario. Se puede repetir este proceso hasta llenar el globo con 30cc. Es preciso recordar que **nunca se debe inflar el globo en el ano ni empujar la sonda más de 12 cm.**

Mientras **se mantiene la tracción sobre la sonda**, para evitar escapes, se procede a introducir el enema como se describió antes.

Cuando se completa el enema, hay que retirar la bolsa del enema y cerrar la sonda con un tapón. Esto permitirá que la solución permanezca en el colon el tiempo necesario para obtener un efecto óptimo.

Después del tiempo de retención (**5 a 10 minutos**) hay que **colocar al niño en el inodoro**. En este momento **desinflamamos el globo** lo que permite que la sonda y las heces salgan. Se continúa como se ha descrito previamente.

Para estar seguro de que los padres administran el enema de la forma correcta, la enfermera/o o el médico deberán administrar el primer enema con los padres presentes. Esto aclarará cualquier duda que puedan tener con respecto a la técnica, la posición o la cantidad de solución a administrar.

¿A QUÉ EDAD SE DEBE INICIAR EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO MÉDICO DE LA INCONTINENCIA FECAL?

Un niño que sufre incontinencia fecal no tiene problemas durante la primera parte de su vida (los primeros 3 años) ya que lleva pañales como los demás niños de su edad. El problema empieza cuando tiene que separarse de sus figuras protectoras (padres) y comienza a relacionarse en un ambiente donde todos sus compañeros ya usan ropa interior normal, mientras que él lleva todavía pañales. En este momento es cuando aparecen los verdaderos problemas de discriminación y rechazo que, a su vez, pueden tener efectos psicológicos adversos.

Antes de los 3 años puede intentarse el entrenamiento para lograr que el niño realice deposiciones controladas, aunque esto no siempre es posible. En los niños que nacen con una malformación de buen pronóstico los padres deben usar las mismas estrategias que en los niños que tienen una anatomía normal. Se recomienda a los padres que a partir de la edad de 2 años comiencen a sentar al niño en el inodoro después de cada comida. Lo mejor es que lo realicen como un juego y no como un castigo. Los padres deberían sentarse con

él e incluso colocarle una mesita para que juegue con sus juguetes favoritos, sin discutir ni forzarle a permanecer sentado, pero estimulándole con premios cuando realiza una deposición o cuando permanece el tiempo necesario en el servicio. Sin embargo, si el niño se levanta, los padres deben retirarle los juguetes.

Si el niño no está entrenado para la defecación de forma satisfactoria a la edad del inicio de la escuela (generalmente a los 3 años), existen dos alternativas:

- 1) no enviar al niño a la escuela durante un año más y continuar con los intentos de entrenamiento
- 2) tratar de realizar el Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal. Es aconsejable comenzar el Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal aproximadamente a los 3 años de edad para que el niño/a pueda usar ropa interior normal ya que a esta edad la mayoría de los niños controlan sus esfínteres y no llevan pañales.

La elección de cuándo y cómo se comienza el Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal es algo que cada familia tiene que decidir.

¿POR QUÉ SE DEBE USAR UN ENEMA Y NO UN MICRO-ENEMA?

La administración de un micro-enema a un niño que está muy estreñado sólo limpia la parte final del recto, dejando el colon lleno de heces ablandadas por el micro-enema y que se escapan más fácilmente, provocando frecuentes episodios de manchado.

Obviamente, hay algunas excepciones y habrá algún niño que se beneficie del empleo de micro-enemas. En este caso, si se consigue el objetivo de que el niño esté limpio, no hay motivo para cambiar este régimen.

¿CUÁNDO HAY QUE PONER UN ENEMA?

El momento en el que se pone el enema también juega un papel importante en su efectividad para limpiar el intestino. Se recomienda poner el enema después de la comida principal del día para aprovechar el reflejo gastrocólico (este reflejo sucede después de cada comida). Sin embargo la decisión final es de los padres y depende de su estilo de vida y circunstancias personales.

Es aconsejable administrar el enema todos los días a la misma hora, a fin de crear un hábito. Es también importante considerar, que si el lavado se hace cada dos días, el niño deberá expulsar la cantidad de heces de dos días.

Nunca se debe esperar más de 48 horas para poner el enema

¿CÓMO CONSEGUIR QUE EL PROCEDIMIENTO SEA MÁS AMENO PARA EL NIÑO?

El éxito de los enemas depende de hacer el procedimiento más o menos placentero. El niño deber ser estimulado a dedicar un tiempo adecuado para su higiene. Para alcanzar esta meta es aconsejable hacer el momento de la higiene más cómodo. Se debe facilitar que el niño use ese tiempo para realizar tareas escolares, leer o ver su programa de TV favorito.

Un enema bien aplicado no debe causar dolor.

¿CÓMO HACER QUE EL NIÑO ESTÉ QUIETO MIENTRAS LE PONEMOS EL ENEMA?

Esto es algo que requiere mucha creatividad y paciencia por parte de los padres. Puede ser útil por ejemplo, jugar únicamente con ciertos juguetes o leer un libro especial que sólo se lea en esta ocasión particular. Algunos padres hacen que el servicio (cuarto de aseo) sea más cómodo poniendo una TV o un juego interactivo con el que su hijo pueda jugar.

Es muy importante conocer cuáles son las mejores estrategias en función de la edad del niño. Es también importante involucrar a los hermanos y al resto de la familia en este programa, para que el niño no se sienta apartado durante el momento del enema.

Si el niño no quiere colaborar en la administración del enema no sirve de nada insistir. **Es importante transformar una experiencia negativa en una positiva reforzando todos los aspectos positivos tales como: estar limpio, llevar ropa interior normal, no llevar pañales, usar traje de baño, así como la posibilidad de cambiarse de ropa delante de otros niños.**

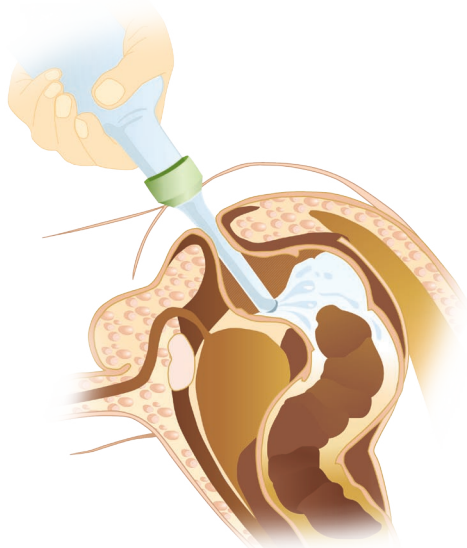
¿CUÁL ES LA MEJOR POSICIÓN PARA PONER UN ENEMA?

La posición del niño es importante para determinar la eficacia del enema. El niño debe estar en una posición que facilite la entrada del líquido tan arriba como sea posible dentro del colon, aprovechando el efecto de la fuerza de la gravedad.

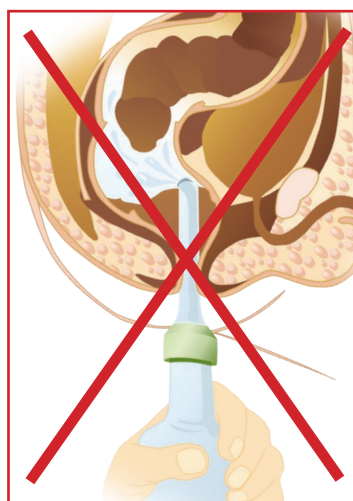


Si es un **niño pequeño**, esto se puede hacer poniendo al niño con las nalgas sobre las piernas del familiar y con la cabeza dirigida hacia abajo.

En el **niño mayor** se puede hacer sobre una cama, poniéndole boca abajo y con una almohada debajo de su abdomen. Otra posición para el adolescente o el niño mayor es la de rodillas al pecho con las nalgas elevadas. Los adolescentes que intentan lograr independencia con la auto-administración de los enemas pueden intentar también la posición de rodillas al pecho tumbándose de lado.



Bien



Mal

DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ENEMA

El líquido del enema debe retenerse el mayor tiempo posible y esto depende de cada niño y de la cantidad de fluido introducido.

Después de la administración del enema, el niño deberá sentarse en el baño tanto tiempo como sea necesario (generalmente entre 30 y 40 minutos) para vaciar completamente el colon.

Es muy importante asegurarse de que el niño vacía su colon, de lo contrario sería necesario un enema de mayor volumen. Aplicar un enema diariamente y no obtener el resultado deseado (estar limpio todo el tiempo) crea una actitud negativa y rechazo al enema por parte del paciente. Al transcurrir el tiempo, los padres se convierten en expertos y logran saber si la cantidad de heces obtenida con el enema es suficiente o insuficiente y por lo tanto si el enema logró el efecto deseado.

¿CUÁLES SON LOS EFECTOS NEGATIVOS A LARGO PLAZO DE LOS ENEMAS DIARIOS?

El Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal ha sido realizado durante los últimos 20 años en cientos de pacientes. No hemos detectado ningún efecto secundario que pueda atribuirse al uso de enemas. Sin embargo, no sabemos cuáles pueden ser las consecuencias a un plazo mayor.

Es importante recordar que hay varios tipos de enemas que pueden administrarse. Un enema de **fosfato puede ser tóxico cuando se administra en exceso**. Si se siguen las recomendaciones específicas del fabricante, los problemas de toxicidad del fósforo o la hipocalcemia (el calcio bajo) no se producen. Muchos niños reciben irrigaciones colónicas o enemas con solución salina, normal o isotónica, que es el mismo líquido que se encuentra en nuestro organismo desde el punto de vista de la concentración de electrolitos y por lo tanto no se ha observado que produzcan efectos secundarios.

El **exceso de sal** provoca la absorción de sodio. Se pueden producir convulsiones inmediatamente después de la administración de un enema salino con exceso de sal.

Es muy frecuente que los padres **expresen su preocupación por** si la administración de enemas puede **alterar la absorción de los nutrientes**. Es muy importante para los padres y las familias saber que con los enemas sólo lavamos el colon, y éste lo único que contiene son heces, es decir, material de desecho. La absorción de los alimentos se produce principalmente en el intestino delgado y nuestros enemas no lavan esta parte del intestino. **Realmente sólo lavamos lo que sobra.**



NIÑOS CON HECES BLANDAS O TENDENCIA A LA DIARREA

Los niños con tendencia a la diarrea tienen un colon hiperactivo o bien, en ocasiones han perdido parte de su colon, en otras palabras, no tienen un reservorio. Esto significa que aunque un enema limpia su colon fácilmente, las heces pasan rápidamente desde el principio del colon (ciego) hasta la parte más baja (colon descendente) provocando la salida de heces antes del próximo enema. Para prevenir esto, se recomienda una **dieta astringente y/o medicaciones que disminuyan la motilidad colónica** (tal como la loperamida).

La dieta astringente se le proporciona a los padres por escrito, incluyendo una lista de alimentos astringentes, que son los recomendados, y una lista de alimentos con efecto laxante, que se deben evitar. La dieta es muy rígida inicialmente e incluye: plátano, manzana, pan blanco, pasta, arroz sin salsas, carne cocida o asada o pescado. Se prohíben los vegetales, los zumos de frutas, alimentos fritos y los productos lácteos. La mayoría de los padres saben qué comidas provocan diarrea y cuales pueden estreñir a su hijo.

Para determinar la combinación adecuada, el **tratamiento comienza con enemas, una dieta muy estricta y una dosis alta de loperamida** (Fortasec, Imodium...). La mayoría de los niños responden a este régimen agresivo en 24 horas. El niño debe mantener una dieta estricta hasta conseguir estar limpio las 24 horas durante dos o tres días seguidos.

Después, el niño puede escoger un **nuevo alimento** (de entre los prohibidos) y durante 2 ó 3 días se observa el efecto de éste sobre la actividad del colon. Si el niño mancha después de comer el alimento que se ha introducido, éste se elimina de la dieta de forma permanente. Si por el contrario, la introducción del nuevo alimento no provoca "accidentes" en la ropa interior, significa que este nuevo tipo de comida es bien tolerada y por tanto pasa a formar parte de la dieta permanente. Así se van introduciendo nuevos alimentos gradualmente para hacer la dieta más amena. **Si el niño continúa limpio con una dieta amplia, gradualmente se reduce la dosis de la medicación hasta la dosis mínima efectiva que mantenga al niño limpio durante 24 horas.**

Nuevamente, esto se realiza mediante ensayos de acierto y error. Después de unos dos meses en los que el niño ha permanecido limpio las 24 horas del día, se puede probar nuevamente con alguno de los alimentos de la "lista negra". Si el niño mancha después de comer ese alimento debe saber que no puede comerlo. Sólo se puede introducir un alimento nuevo a la semana.

PROBLEMAS POSTERIORES

Si una vez que se había tenido éxito con el Programa la incontinencia aparece nuevamente, a pesar de la aplicación de los enemas, esto precisa una evaluación minuciosa. La primera cuestión es saber si los enemas son todavía efectivos. Las preguntas que debemos responder son:

¿El enema está limpiando el colon de mi hijo adecuadamente?

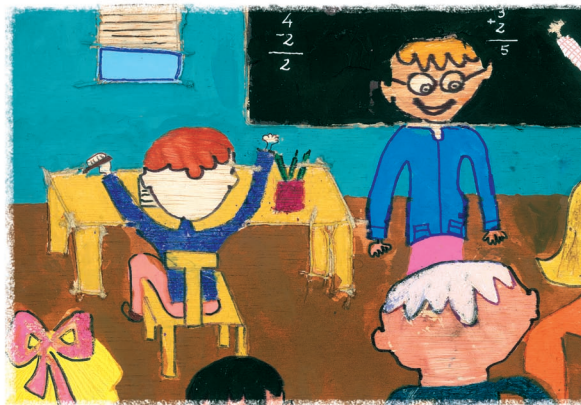
Para saber esto, es necesario **realizar una radiografía** del abdomen y analizar la cantidad de heces presentes en el colon.

Si la radiografía tomada después del enema muestra una **gran cantidad de heces** en el colon, significa que se **requiere reajustar el enema** (mediante el aumento de volumen y/o concentración) a las nuevas necesidades del niño. Nuevamente se toman radiografías diariamente a fin de saber si el niño está limpio.

Por otra parte, si la radiografía muestra un **colon limpio**, los “accidentes” tuvieron que deberse a un aumento de la motilidad del colon y por lo tanto es necesario introducir alguna **medicación** para disminuir la motilidad del colon como se describió anteriormente, así como llevar una **dieta más estricta**.

El cambio de los hábitos del niño juega un papel importante: cambios en la dieta en ocasiones como cumpleaños, vacaciones, etc., pueden tener serias repercusiones, especialmente en los niños con hipermotilidad. Del mismo modo, hay otros factores que pueden influir sobre la función intestinal (cambios de casa, divorcios, cambios de escuela, etc.).

En algunos adolescentes hay circunstancias predecibles, tales como exámenes, problemas en la escuela, alcohol, etc. que van a cambiar la motilidad intestinal. En estos casos es posible, por ejemplo, dar al niño una medicación que reduzca el ritmo intestinal el día antes de un examen.



¿Cuál es el futuro? ¿Continuar con el programa de toda la vida?

En los casos de niños en los que el Programa tiene éxito, los padres frecuentemente preguntan si este programa se necesitará de por vida. La respuesta es **"probablemente sí"**, para aquellos pacientes nacidos con un tipo de malformación de mal pronóstico. Sin embargo, como tratamos un espectro de malformaciones, hay niños con diferentes grados de control intestinal; Muchos de ellos se someten al Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal para no estar expuestos de forma ocasional a accidentes (salida inesperada de materia fecal) por alteraciones en la motilidad intestinal. Sin embargo, con el paso del tiempo el niño llega a ser más cooperador y está más interesado en resolver su problema.

Es previsible que a lo largo de la vida un niño pueda dejar de necesitar enemas siguiendo un régimen específico mediante una **dieta disciplinada, comidas regulares** (3 comidas por día, sin alimentos entre ellas), **fibra y a veces laxantes**. Con estas medidas pueden tener deposiciones regulares en momentos predecibles y con ello comportarse como niños continentales y no necesitar los enemas.

Sin embargo hay algunas condiciones preliminares que se deben seguir antes de intentar este último régimen:

1. **El niño tiene que estar completamente limpio con el programa hasta ese momento.** Esto significa que los padres (o el niño) son capaces de comprender si hacen deposiciones adecuadas.
2. **El niño debe ser cooperador.** Tiene que ser consciente de su problema y estar motivado para experimentar con estrategias nuevas para evitar los enemas.

CÓMO CONTINUAR

Cada verano, los niños que tienen potencial para el control intestinal (sacro normal, una malformación de buen pronóstico) deben tratar de averiguar de qué manera pueden controlar sus deposiciones sin la ayuda de enemas. Esto se hace durante las vacaciones estivales para evitar "accidentes" en la escuela. Básicamente se trata de averiguar qué nivel de control tiene el paciente. La prueba puede durar una o dos semanas. Durante ese tiempo se recomienda:

- A) **Vida social reducida:** los padres y el niño deben permanecer más tiempo en casa.
- B) **Mantener la misma dieta administrada en forma de tres comidas a la misma hora.** Esto

con el fin de aprovechar el reflejo gastrocólico y tratar de provocar evacuaciones regulares a una hora predecible.

C) El niño debe sentarse en el inodoro después de cada comida e intentar realizar deposiciones durante 10 minutos. Además debe sentarse cada vez que perciba el deseo de hacerlo.

D) El niño puede estar pendiente todo el día, tratando de aprender a reconocer la sensación y de una deposición (evacuación) inminente.

E) Si el niño pertenece al grupo de pacientes estreñidos, es aconsejable darle un laxante todos los días en una dosis única, para tratar de provocar un efecto controlado. Lo ideal sería conseguir un movimiento intestinal al día a una hora más o menos fija. La dosis del laxante se ajusta mediante acierto y error. Es mejor intentar usar primero laxantes más naturales y menos agresivos y después, dependiendo de la respuesta del niño, usar medicaciones con ingredientes más activos. La primera elección, por supuesto, deber ser una dieta laxante; el siguiente paso puede ser añadir un producto formador de volumen de las heces o un lubricante. Si esta medicación no funciona, se precisa un laxante que contenga estimulador de la motilidad activo. Después de unos días o semanas y dependiendo de los resultados, la familia y el niño están en disposición de decidir si quieren continuar con este nuevo sistema o volver al Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal (enemas). Esta decisión recae en la familia y en el niño y se basa en la calidad de vida experimentada con cada tipo de método.



Estrategias adicionales. ACE o Técnica de MALONE

La mayoría de los preescolares y niños que están en edad escolar disfrutan de una buena calidad de vida mientras realizan el Programa de Tratamiento Médico de la Incontinencia Fecal. Sin embargo, cuando alcanzan la pubertad, muchos expresan un alto grado de descontento. Sienten que sus padres se introducen en su intimidad cuando les administran los enemas. Pero por otro lado, aunque sea posible, para ellos es difícil ponerse el enema por sí mismos.

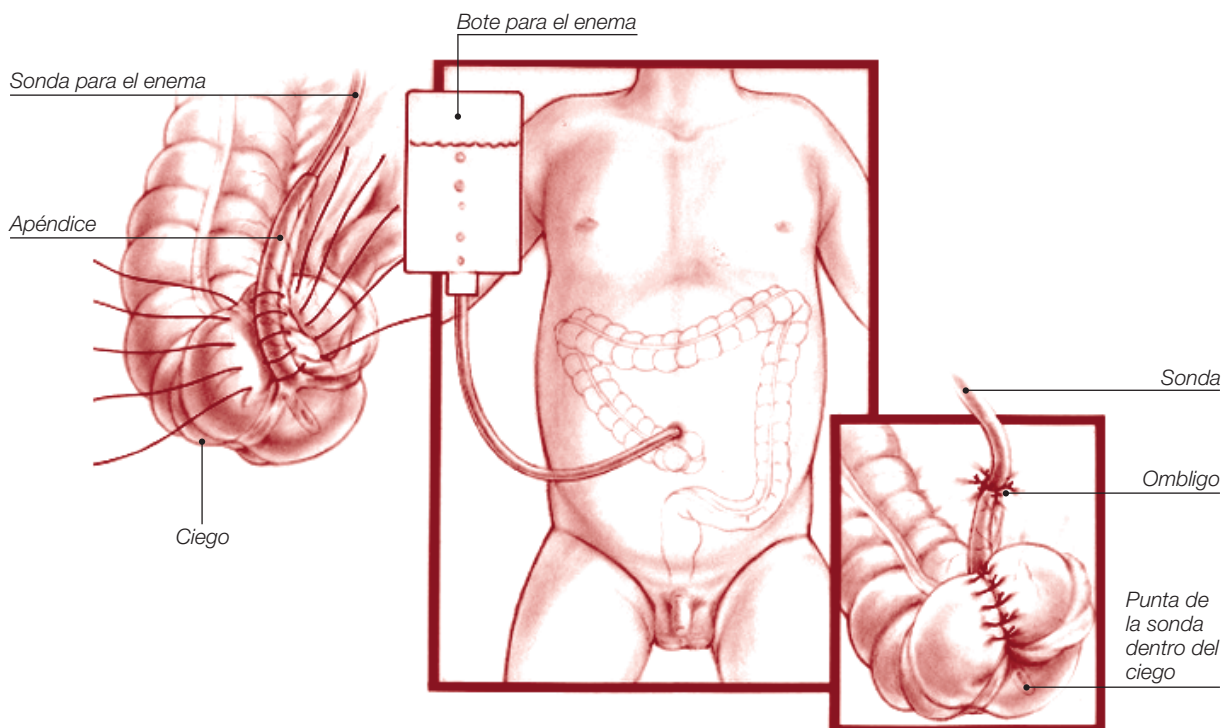
Para este grupo específico de niños, se ha diseñado una operación llamada **apendicostomía continente u operación de Malone**. La operación de Malone es simplemente otra manera de

administrar un enema. **Antes de proponer la operación de Malone se necesitan algunas condiciones previas:**

- **El programa debe haber sido exitoso**, es decir, que el paciente se mantiene limpio todo el tiempo. Los enemas que no funcionan cuando son administrados por el recto, muy probablemente no funcionarán cuando se administren por el apéndice. No tiene sentido operar a un niño para crear otra vía de administración de enemas si no se ha logrado éxito con el programa.
- **El niño tiene que estar motivado**. Tanto para que se le realice la operación como para administrarse los enemas, así como para evaluar los efectos.

La operación consiste en conectar el apéndice cecal a la pared abdominal (generalmente en el ombligo) creando un mecanismo de válvula que permite el sondaje del apéndice pero que evita la salida de heces. **Si el niño no tiene apéndice**, es posible crear un neoapéndice con el colon. Esto se llama **neoapendicostomía continente**.

Este procedimiento permite al niño administrarse un enema (él mismo), metiendo una sonda en el orificio del ombligo mientras está sentado en el inodoro. El enema entra así en el colon empujando las heces distalmente. Este método es muy fácil y cómodo para cualquier niño.







Conclusiones

DESEAMOS
QUE LOS NIÑOS
EXPERIMENTEN UNA
NUEVA SENSACIÓN Y
DISFRUTEN DE UNA
MEJOR CALIDAD DE
VIDA

Conclusiones

Como se puede observar, el Programa de Tratamiento Médico de la incontinencia fecal no significa “simplemente poner un enema”, seguir una dieta prescrita o tomar una medicación. No existe una receta milagrosa. Sin embargo, mediante una combinación metódica de enemas, dieta y medicación siguiendo un razonamiento específico, es posible ayudar a niños a estar artificialmente limpios a pesar de haber nacido con un tipo de malformación de pronóstico muy malo.

El éxito de cualquiera de estas estrategias requiere la colaboración entre la familia, el niño y el equipo médico.

Existen muchas variaciones dependiendo de las necesidades de cada niño: esto conlleva mucha dedicación, determinación, constancia y cariño por parte de todos los implicados.

Los niños que han seguido el Programa y permanecen limpios durante las 24 horas experimentan una nueva sensación de confianza basada en una mejor calidad de vida.







Con la colaboración de **Coloplast Productos Médicos, S.A.**

- **División de Urología y Continencia**
- **División de Ostomía**
- **División del Cuidado de las Heridas y de la Piel**



Coloplast

Coloplast Productos Médicos, S.A.
Condesa de Venadito, 5 - 4ª planta
28027 Madrid
España
Tel + 91 314 18 02
Fax + 91 314 14 65
Email: esme@coloplast.com
<http://www.coloplast.es>



