



**PROTOCOLO  
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA  
CONSTIPACIÓN CRÓNICA  
EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO  
2012 - 2015**

ELABORACIÓN:	REVISIÓN:	APROBACIÓN:
<p><b>Dr. Sebastián Solís Olcay</b> Médico EDF Posta San Marcos</p> <p><b>Dr. Luis López Cabrera</b> Médico Pediatría Hospital Dr. Ernesto Torres G.</p>	<p><b>Dra. Javiera Sánchez Alfaro</b> Unidad de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p><b>Dra. Lorena Salinas Fernández</b> Depto. de Planificación Servicio de Salud Iquique</p>	<p><b>Dra. Adriana Tapia Cifuentes</b> Directora Servicio de Salud Iquique</p>
<p>Fecha: Noviembre 2012</p>	<p>Fecha: Diciembre 2012</p>	<p>Fecha: Diciembre 2012</p>



## SERVICIO DE SALUD IQUIQUE DEPTO. DE PLANIFICACIÓN

Código: RCR – PED - 002

Edición: Segunda

Fecha: 30 de noviembre 2012

Páginas: 2 de 5

Vigencia: 3 años

### CONSTIPACIÓN CRÓNICA EN PEDIATRÍA

#### 1. OBJETIVO GENERAL

- Establecer un proceso de derivación de patologías pediátricas que facilite la integración y coordinación eficaz entre el nivel primario y secundario de atención en salud de la red asistencial de la Región de Tarapacá.
- Entregar criterios de referencia o derivación concretos para ser utilizados por los médicos de atención primaria en aquellas patologías pediátricas más frecuentes.
- Mejorar los canales de comunicación que existen entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.
- Contar con herramientas concretas que permitan alcanzar un nivel de pertinencia óptimo.

#### 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar criterios de manejo y derivación oportuna frente a pacientes pediátricos con constipación crónica.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a dicha patología.

#### 3. ALCANCE O CAMPO DE APLICACIÓN.

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario que incluye: postas de salud rurales (PSR), Servicios de Urgencia (SUR), Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Centros de Salud (CES), Centros de Salud Familiar (CESFAM), Consultorio Adosado de Especialidades de Hospital Dr. Ernesto Torres Galdámez (CAE – HETG) y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG) respectivamente.
- En pacientes con cuadro clínico compatible.

#### 4. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- *Dra. Sandra Montedónico R. PhD: Constipación crónica y desórdenes de los plexos entéricos. REV.MED.CLIN.CONDES – 2009; 20(6) 805 – 815.*
- *Francisco Sánchez Ruiz, Juan José Gilbert, Pedro Bedate Calderón, Beatriz Espín Jaime: Estreñimiento y encopresis. Protocolos de Gastroenterología y Hepatología y Nutrición 2010. Asociación Española de Pediatría*
- *Guiraldes E., Larraín F. Manual de Gastroenterología Pediátrica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones>*
- *Protocolo de Referencia y Contrarreferencia Hospital Juan Noé C, Servicio de Salud Arica, Marzo 2010.*
- *Protocolo de Referencia y Contrarreferencia de Gastroenterología Infantil, SSMSO.*

#### 5. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

##### 5.1. Responsable ejecución.

- Médico APS es responsable de pesquisar y derivar pacientes a POLICLINICO de PEDIATRIA que cumplen con las características señaladas en este documento.
- Médico APS es responsable de realizar diagnóstico e iniciar tratamiento según corresponda.
- Médico Especialista es responsable de confirmar el diagnóstico, realizar tratamiento y seguimiento, así como realizar la contrarreferencia a APS.

##### 5.2. Responsable del seguimiento y evaluación:

- Médico interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico interfase de APS es responsable de la medición del nivel de pertinencia de las solicitudes de interconsultas remitidas por los profesionales de dicho nivel.
- Médico interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y velar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando al Jefe CAE.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.



## SERVICIO DE SALUD IQUIQUE DEPTO. DE PLANIFICACIÓN

Código: RCR – PED – 002

Edición: Segunda

Fecha: 30 de noviembre 2012

Páginas: 3 de 5

Vigencia: 3 años

### CONSTIPACIÓN CRÓNICA EN PEDIATRÍA

- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.

#### 6. DEFINICIONES

- Disminución en la frecuencia de la emisión de las heces o incremento en su consistencia o incapacidad en la defecación, que sea capaz de producir síntomas como dolor, náuseas y escurrimiento, por un **periodo de al menos dos semanas.**

##### 6.1. DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico es **CLÍNICO (anamnesis y examen físico).**
- En la anamnesis, enfocar a: inicio, episodios de defecación semanales, episodios de incontinencia, historia de posturas o comportamiento retentivo de deposiciones, defecación dolorosa, fecaloma, tamaño de deposiciones y si existe síndrome de escurrimiento asociado.

##### 6.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Es importante determinar si la etiología de la constipación es orgánica o funcional.
- Ver causas en Anexo N° 1.

#### 7. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

##### 7.1. Derivación de pacientes por médico APS a **POLICLINICO DE PEDIATRÍA** en Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- Aparición de constipación en lactantes > 6 meses (retardo de expulsión de meconio, peritonitis meconial).
- Sospecha de patología orgánica (ver anexo n°1).
- Falta de respuesta luego de 3 meses de tratamiento médico habitual incluyendo régimen, hábitos defecatorios y tratamiento farmacológico.
- Presencia de escurrimiento fecal, asociado o no a constipación.
- Antecedente de cirugía anorrectal o colónica (ano imperforado, enfermedad de Hirschprung, enterocolitis necrotizante, etc.)
- Paciente con evolución tórpida o complicada: hospitalizaciones frecuentes, dolor abdominal recurrente, repercusión psicológica, incontinencia fecal persistente.

##### 7.2. Conductas realizadas por médico de APS previo a la derivación:

- Anamnesis y examen físico, incluyendo examen anal.
- Educar sobre hábitos defecatorios.
- Evaluar entorno social y disminuir ansiedad en los padres
- Descartar patología orgánica de resolución de APS.
- Derivar a nutricionista APS para estudio de hábitos y reeducación alimentaria (aumento de fibra y líquidos).
- Esperar 3 meses previo a derivación, para evaluar respuesta a educación alimentaria, mejora de entorno social y hábito defecatorio.
- Manejo de enfermedad específica que se logre pesquisar.

##### 7.3. Exámenes que debe solicitar el médico APS previo a la derivación y presentará el paciente momento de su atención con el médico especialista:

- TSH, T4 libre si está disponible
- Rx Abdomen simple AP.



## SERVICIO DE SALUD IQUIQUE DEPTO. DE PLANIFICACIÓN

Código: RCR – PED – 002

Edición: Segunda

Fecha: 30 de noviembre 2012

Páginas: 4 de 5

Vigencia: 3 años

### CONSTIPACIÓN CRÓNICA EN PEDIATRÍA

#### 7.4. Documentos emitidos por el médico tratante de APS:

- El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) a POLICLÍNICO PEDIATRÍA, que contenga:
  - Datos del paciente (nombre, rut, edad). El resto de los datos es responsabilidad de la sala SIC de cada centro de APS.
  - Anamnesis
  - Hallazgos del examen físico: (palpación abdominal y examen anal. Si hay escurrimiento, se incluye tacto)
  - Hipótesis diagnóstica
  - Exámenes y sus resultados (hoja impresa o fotocopia adjunta)
  - Tratamientos administrados o previos (indicar tipo, fecha, duración), si corresponde.
  - Nombre, rut, firma, timbre del profesional.

#### 7.5. Criterios de priorización para atención en nivel secundario:

- Presencia de fecaloma a repetición (3 fecalomes en  $\leq$  2 meses aprox.)
- Fecaloma de difícil extracción que requiere hospitalización.
- Fisuras anorrectales.
- Alteraciones vesicales o incontinencia urinaria, concomitante con fecaloma.

#### 7.6. Conducta a realizar por médico especialista en Policlínico de Pediatría:

- El médico especialista realizará la confirmación diagnóstica, tratamiento y contrarreferencia.

#### 7.7. Tiempos de respuesta en nivel secundario:

- Se le dará hora para consulta con médico especialista en un plazo < 30 días desde la fecha de derivación.

#### 7.8. Derivar a UEH:

- Fecaloma impactado que necesite proctocclisis.
- Repercusión sobre el estado general.
- Signos y síntomas de obstrucción abdominal/abdomen agudo.

#### 8. CONTRARREFERENCIA

- Se contraderivará a aquellos pacientes una vez realizado el estudio respectivo y descartado patología de origen orgánico para mantener control en nivel primario.
- Aquellos pacientes en que se confirme etiología orgánica mantendrán control en el nivel secundario.
- Se realizará en formulario oficial de contrarreferencia hacia centro APS de origen, en un plazo < 30 días desde la resolución de la patología, indicando:
  - Diagnóstico definitivo.
  - Indicaciones de tratamiento (si corresponde o no tratamiento quirúrgico, control, o alta).
  - Período del próximo control a nivel primario y secundario según corresponda.
  - También se indicará en caso de no corresponder al diagnóstico.
  - Nombre, rut, firma y timbre del médico especialista.



## SERVICIO DE SALUD IQUIQUE DEPTO. DE PLANIFICACIÓN

Código: RCR – PED – 002

Edición: Segunda

Fecha: 30 de noviembre 2012

Páginas: 5 de 5

Vigencia: 3 años

### CONSTIPACIÓN CRÓNICA EN PEDIATRÍA

#### 9. INDICADOR

- **Numerador:** Nº de pacientes referidos por médico APS hacia policlínico de Pediatría con diagnóstico de constipación crónica que cumplen criterios de derivación de este protocolo.
- **Denominador:** Nº total de pacientes referidos por médico APS hacia Policlínico de Pediatría con diagnóstico de constipación crónica.

Nº de pacientes referidos por médico APS hacia policlínico de Pediatría con diagnóstico de constipación crónica que cumplen criterios de derivación de este protocolo.

Nº total de pacientes referidos por médico APS hacia Policlínico de Pediatría con diagnóstico de constipación crónica.

#### 10. DISTRIBUCIÓN

- Dirección SSI
- Subdirección de Gestión Asistencial, SSI.
- Departamento de Planificación, SSI.
- Oficina de Calidad, SSI.
- Dirección HETG.
- Subdirección Médica, HETG.
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, HETG
- CR Pediatría, HETG
- Consultorio Adosado a Especialidades (CAE), HETG
- Red de Atención Primaria Salud (APS) Región de Tarapacá.

#### 11. ANEXOS

##### ANEXO N°1: CAUSAS DE CONSTIPACIÓN CRÓNICA

SIN ALTERACIONES ORGÁNICAS DEMOSTRABLES	ENFERMEDAD ORGÁNICA DE BASE
<ol style="list-style-type: none"><li>1) Hábitos inadecuados (alimentación, defecación)</li><li>2) Medicamentos: Anticolinérgicos, anticonvulsivantes, opiáceos, antidepresivos, etc.</li><li>3) Idiopática</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Alteraciones anatómicas de región anal, rectal y de colon (fisura anal, ectopia, estenosis anal y acalasia rectal).</li><li>2) Estenosis de colon por enfermedad inflamatoria o por secuela de enterocolitis necrotizante</li><li>3) Alteraciones de la inervación :<ol style="list-style-type: none"><li>a) Intrínseca :<ul style="list-style-type: none"><li>– Ausencia de plexos ganglionares: Enfermedad de Hirschsprung</li><li>– Disminución de plexos ganglionares: Hipoganglionosis</li><li>– Plexos ganglionares alterados: Displasia neuronal</li><li>– Alteración de plexos mientéricos: Pseudo-obstrucción crónica intestinal</li></ul></li><li>b) Extrínseca:<ul style="list-style-type: none"><li>– Lesiones de la columna vertebral</li><li>– Parálisis cerebral, hipotonía</li></ul></li></ol></li><li>4) Alteraciones secundarias a trastornos endocrinos y metabólicos: hipotiroidismo, acidosis renal, hipercalcemia, uremia, diabetes mellitus.</li><li>5) Alteraciones de la musculatura visceral: Miopatías viscerales, esclerodermia.</li></ol>