

ENCOPRESIS

Alexander von Gontard

Edición en español

Editor: Nieves Hermosín Carpio

Traducción: María Carballo Novoa, María Esteban Arenós



Alexander von Gontard

Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Hospital Universitario de Saarland, Homburg, Alemania

No se ha declarado conflicto de intereses

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o en práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas en este libro son de responsabilidad de los autores y no representan necesariamente el pensamiento del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y prácticas basados en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió tal como fue evaluado por los autores, y estos pueden cambiar como resultado de una nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes en concordancia con las directrices y leyes del país de su ejercicio profesional. Algunos medicamentos pueden no estar disponibles en algunos países por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que no se mencionan todas las dosis ni los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen el fin de ilustrar situaciones o se mencionan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

© IACAPAP 2017. Esta es una publicación de acceso libre bajo la licencia Creative Commons Attribution Non-commercial License. El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial.

Citación sugerida: von Gontard A. Encopresis (versión en español, editor: N Hermosín Carpio). In Rey JM (ed), *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2017

La encopresis (o incontinencia fecal) es un trastorno que afecta a niños de todo el mundo. Es incluso más estigmatizante que la enuresis y la incontinencia urinaria y está asociada a niveles elevados de sufrimiento tanto en los niños como en los padres. Además, la tasa de trastornos emocionales comórbidos es superior, afectando al 30%-50% de todos los niños con encopresis. (von Gontard et al, 2011).

Se pueden diferenciar dos tipos principales de encopresis: encopresis con y sin estreñimiento. La distinción específica entre estos dos subtipos es de máxima importancia porque difieren en función de la fisiopatología, los rasgos clínicos y, especialmente, el tratamiento (v. g., el segundo no responde al tratamiento con laxantes mientras que en el primero son esenciales en el tratamiento). El objetivo del capítulo es ofrecer una descripción general y aproximaciones prácticas a la evaluación y tratamiento de estos dos subtipos de encopresis.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

De acuerdo con la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2008) y el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 2013), la encopresis se define como la evacuación tanto voluntaria como involuntaria de las heces en lugares inadecuados en niños de cuatro años o mayores, una vez han sido descartadas las causas orgánicas. A pesar de las principales similitudes entre los dos sistemas, éstos difieren en lo referente a puntos esenciales, especialmente en la definición de los subtipos. En la CIE-10, se requiere un episodio al mes durante al menos tres meses. La CIE-10 no define subtipos ni diferencia claramente entre encopresis con y sin

Tabla C.5.1 Criterios diagnósticos Roma-III para el estreñimiento funcional y la incontinencia fecal no retentiva (Rasquin y cols., 2006)

Estreñimiento funcional*

Deben estar presentes dos o más de los siguientes en un niño con una edad de desarrollo de al menos cuatro años y que cumple criterios insuficientes para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable:

- Dos o menos defecaciones en el cuarto de baño por semana
- Al menos un episodio de incontinencia fecal a la semana
- Historia de posturas retentivas o retención voluntaria de heces excesiva
- Presencia de una masa fecal voluminosa en el recto
- Historia de heces de gran diámetro que pueden obstruir el WC

* Los criterios deben estar presentes al menos una vez por semana durante dos meses

Incontinencia fecal no retentiva*

Deben estar presentes todos los siguientes en un niño con una edad de desarrollo de al menos cuatro años:

- Defecaciones en lugares inapropiados al contexto social al menos una vez al mes
- No evidencia de un proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique los síntomas del sujeto
- No evidencia de retención fecal

* Los criterios deben estar presentes durante al menos dos meses

estreñimiento. La duración requerida para el diagnóstico en el DSM-V (2013) es la misma, pero distingue entre encopresis con y sin estreñimiento.

Basándose en la investigación actual y en estudios de validación, la taxonomía más precisa fue propuesta por los gastroenterólogos pediátricos en su clasificación Roma-III para los trastornos funcionales del tracto gastrointestinal (Tabla C.5.1) (Rasquin y cols., 2006). La primera diferencia es que se eligió el término neutral incontinencia fecal en lugar de encopresis. Esto significa que la incontinencia fecal y la encopresis pueden ser utilizados como sinónimos (como en este capítulo). El segundo cambio es que el estreñimiento fue definido como el principal trastorno que puede – pero no necesariamente tiene que – estar asociado a que el niño ensucie su ropa interior. De hecho, el estreñimiento es más frecuente que la encopresis: muchos niños estreñidos no ensucian. Pueden consultarse los principales síntomas del estreñimiento funcional en la tabla C.5.1. La definición de estreñimiento no puede estar basada solamente en una baja frecuencia de defecación: algunos niños hacen sus deposiciones todos los días, pero continúan reteniendo masas fecales en el recto y en el colon. Por eso, son necesarios los síntomas y signos clínicos adicionales que están enumerados explícitamente en los criterios Roma-III. Los autores eligieron una duración inferior – dos meses – para fomentar el tratamiento temprano y para evitar la cronificación. Deben estar presentes dos de los siguientes síntomas: una baja frecuencia de defecación; ensuciar la ropa interior; maniobras retentivas; dolor; heces endurecidas; y masas fecales voluminosas.

Para la encopresis sin estreñimiento, fue sugerido el término neutral de incontinencia fecal no retentiva. La etiología de este subtipo se desconoce y se ha generado mucha menos investigación para este trastorno que para el estreñimiento (Bongers y cols., 2007). Los criterios son similares a los del DSM-V salvo por una duración inferior de dos meses.

EPIDEMIOLOGÍA

La encopresis es un trastorno común que afecta entre el 1% y el 3% de niños mayores de cuatro años (la edad definicional). Se pueden definir tres trayectorias diferentes (Heron y cols., 2008):

- Niños con encopresis crónica tras muchos años de evolución
- Aquéllos con recaídas
- Un grupo con tendencia a remitir espontáneamente

En un estudio alemán, el 4.1% de niños de 5-6 años y el 1.6% de niños de 11-12 años presentaban encopresis (van der Wal y cols., 2005). La prevalencia depende de la definición utilizada; por ejemplo, el 5.4% de los niños de 7 años manchaban su ropa interior, pero sólo el 1.4% lo hacían una vez o más por semana (Joison y cols., 2006). La encopresis puede persistir en la adolescencia e incluso en adultos jóvenes. Sin estreñimiento (v.g., incontinencia fecal no retentiva), el 49% de los niños ensuciaban su ropa interior a los 12 años, y el 15% a los 18 en el seguimiento a largo plazo (Bongers y cols., 2007). El pronóstico del estreñimiento es menos favorable: solo el 80% tiene buenos resultados a los 16 años, y entre el 75% y el 80% a los 16-27 años (Bongers y cols., 2010).

Los chicos presentan encopresis de tres a cuatro veces más que las chicas (Bellman, 1966). La encopresis tiene lugar casi siempre durante el día (Bellman, 1966). La encopresis nocturna está asociada con mayor frecuencia a causas orgánicas y requiere una evaluación somática más detallada.

La mayoría de los niños de cuatro años en adelante tiene un movimiento intestinal al día – con una gran variabilidad individual (Bloom y cols., 1993). El estreñimiento crónico es un trastorno más común que la encopresis. De acuerdo con un importante meta-análisis, la prevalencia media en el mundo es del 9% utilizando diferentes definiciones (van der Berg y cols., 2006). Este metaanálisis incluye estudios de países como Italia, Estados Unidos, Hong Kong, Japón, Finlandia, Turquía, Brasil y Arabia Saudí entre otros.

SÍNTOMAS Y SIGNOS CLÍNICOS

Debido a que la diferenciación entre subtipos – con estreñimiento e incontinencia fecal no retentiva - es decisiva para el tratamiento, es importante conocer los signos básicos y los síntomas de cada uno. Las principales diferencias entre subtipos, basadas en la investigación de Benninga y colaboradores (1994; 2004), así como en otras, se muestran en la tabla C.5.2.

Los niños con encopresis con estreñimiento (o estreñimiento funcional) tienen un número reducido de movimientos intestinales con deposiciones

Tabla C.5.2. Diferencias entre encopresis con estreñimiento e incontinencia fecal urinaria

	Encopresis con estreñimiento	Incontinencia fecal no retentiva
Movimientos Intestinales	Raramente	A diario
Gran cantidad de deposiciones	Sí	No
Deposiciones normales (consistencia)	La mitad	Casi todas
Dolor durante la defecación	La mitad	Raramente
Dolor abdominal	A menudo	Raramente
Apetito	Reducido	Bueno
Tiempo de tránsito colónico	Largo	Normal
Masas abdominales palpables	A menudo	Ninguna
Masas rectales palpables	A menudo	Nunca
Diámetro rectal (ecografía)	Aumentado	Normal
Incontinencia urinaria diurna	Décima parte	Raramente
Enuresis nocturna	Un tercio	Décima parte
Comorbilidad con trastornos conductuales y emocionales	30%-50%	30%-50%
Terapia con laxantes	Útil	Inútil, incluso empeora

voluminosas de consistencia alterada (demasiado blandas o demasiado compactas). A menudo experimentan dolor durante la defecación. Son típicos el dolor abdominal y la disminución del apetito. El tiempo de tránsito colónico está aumentado y son palpables masas abdominales y rectales. En ecografía, el diámetro rectal está aumentado (>25mm). A menudo coexiste la incontinencia urinaria diurna o incluso la enuresis. En el 30-50% de los casos se encuentran trastornos emocionales y conductuales adicionales y, por último, es útil la terapia con laxantes.

Los niños con encopresis sin estreñimiento (incontinencia fecal no retentiva) no tienen muchos de estos síntomas. Tienen movimientos intestinales diarios de tamaño y consistencia normal. El dolor no es frecuente y el apetito es bueno. El tiempo de tránsito colónico es normal y no se pueden palpar masas de heces. La enuresis y la incontinencia urinaria son menos comunes, mientras que la comorbilidad con las perturbaciones emocionales (o trastornos psicológicos) es similar (30%-50%). Por último, los laxantes no son efectivos – o incluso pueden empeorar el manchado.

ETIOLOGÍA

La continencia fecal se logra tras la continencia urinaria nocturna y diurna (Largo y cols., 1978; 1996). El entrenamiento temprano en el uso del baño puede llevar a la continencia fecal temprana en la infancia y en la niñez temprana, pero no influye en el desarrollo de la encopresis a los cuatro años. La encopresis puede estar precedida por un retraso en el desarrollo y por un temperamento difícil en el niño, así como por depresión y ansiedad maternas (Joinson y cols., 2008).

Estreñimiento funcional

Los factores genéticos juegan un papel en el estreñimiento, pero no tanto en la encopresis. La tasa de concordancia para el estreñimiento en gemelos monocigóticos es del 70% y del 18% para gemelos dicigóticos. El riesgo de incidencia es del 26% si uno de los padres está afectado, del 46% si lo están ambos padres, 40% en el caso del padre y 19% si es la madre la que está afectada (Bakwin y Davidson, 1971).

El estreñimiento funcional a menudo se desarrolla tras un estreñimiento agudo, que afecta al 16%-22% de los niños jóvenes. Esto puede estar desencadenado por una amplia variedad de factores psicológicos como eventos vitales estresantes, pérdidas, conflicto familiar, así como por factores somáticos como fisuras anales, cambios en la dieta, entrenamiento intensivo para usar el baño y medicación (Cox y cols., 1998). Independientemente de los disparadores iniciales, puede desencadenarse una secuencia de retención crónica de las deposiciones. El estreñimiento agudo causa defecación dolorosa y evitación de la defecación, induciendo una contracción paradójica del esfínter externo del ano que se vuelve habitual. La evitación de los movimientos intestinales conduce a una acumulación de material fecal en el recto y en el colon. Los tiempos de tránsito están aumentados, mientras que la peristalsis y la percepción están disminuidas. La retirada de fluidos puede conducir a masas voluminosas y duras y a megacolon. La encopresis sucede por la interferencia de estas masas en la función rectal y por las heces recientes pasando por las masas fecales duras.

Tabla C.5.3 Valoración estándar y extendida de la encopresis**Valoración estándar (suficiente para la mayoría de los casos)**

- Historia
- Cuestionarios y escalas
- Exámen físico
- Ecografía (no en todos los centros)
- Screening para trastornos conductuales o valoración psiquiátrica completa

Valoración extendida (sólo si está indicada)

- Bacteriología de heces
- Radiología:
 - Rayos - X para el dolor abdominal
 - Rayos - X de colon con contraste
 - IRM de colon
- Manometría
- Endoscopia y biopsia

Incontinencia fecal no retentiva

A diferencia de la claridad del modelo del estreñimiento funcional, la etiología de la incontinencia fecal no retentiva es desconocida (Bongers y cols., 2007). No puede estar causada por factores psicológicos únicamente ya que la tasa de comorbilidad para ambos tipos de encopresis es similar: del 30% al 50% de los casos (Benninga y cols., 1994; 2004; von Gontard y cols., 2011).

COMORBILIDAD

En general, del 30% al 50% de los niños con encopresis tienen un trastorno emocional o conductual. Esto significa que los niños con encopresis tienen alteraciones añadidas de tres a cinco veces más, en comparación con los niños que no ensucian su ropa interior.

En un amplio estudio poblacional de niños con siete años y medio, los niños con encopresis tenían tasas significativamente elevadas de ansiedad de separación (4,3%), fobias específicas (4,3%), ansiedad generalizada (3,4%), TDAH (9,2%) y trastorno negativista desafiante (11,9%) (Joinson y cols., 2006). En otras palabras, los niños con incontinencia fecal presentan una muestra heterogénea de comorbilidad, tanto con trastornos internalizantes como externalizantes. Respecto a los subtipos, los niños encopréticos con estreñimiento tienen tasas similares de alteraciones conductuales en el ámbito clínico a los niños sin estreñimiento (Benninga y cols., 1994; 2004). En resumen, no pueden diferenciarse en cuanto a la comorbilidad.

DIAGNÓSTICO

La valoración de los niños con encopresis debería ser lo menos invasiva posible y debería incluir siempre a los padres u otros cuidadores. Para la mayoría de los niños es suficiente una evaluación básica que puede ser llevada a cabo en el marco de la atención primaria (TablaC.5.3).

La historia es el aspecto más importante de la valoración. Si está correcta y dirigida, de manera empática, la información más relevante se va a recoger a través de la historia. Merece la pena tomarse el tiempo suficiente durante la consulta inicial. En el apéndice C.5.1. se pueden encontrar preguntas útiles para una historia detallada.

Los cuestionarios pueden ser un procedimiento útil y económico en términos de tiempo para obtener información y comprobar si la información recogida a través de la historia es completa. En el apéndice C.5.2. se muestra un pequeño cuestionario.

Una gráfica muy útil es la *Bristol Stool Chart*. Están representadas siete tipos de formas de heces, incluyendo desde “masas duras y separadas, como nueces (difícil de pasar)” (tipo 1) hasta “piezas líquidas y no sólidas, completamente líquidas” (tipo 7). La escala permite a los padres y a los niños identificar fácilmente el tipo predominante de heces, y sin descripciones extensas. El curso del tratamiento también puede ser monitorizado utilizando esta escala.

Cada niño debería tener un examen físico. Es recomendable tanto una valoración pediátrica general como una valoración neurológica. Deberían explorarse las áreas perianales y perigenitales. Deben tenerse en cuenta la columna vertebral, las diferencias de reflejos y asimetrías en las nalgas. Debería llevarse a cabo una exploración rectal al menos una vez. Si es posible una ecografía, ésta puede sustituir a la exploración rectal si no se sospecha de una incontinencia fecal de origen orgánico.

Si está disponible, es útil una ecografía del abdomen, los riñones, la vejiga y la región retrovesical. El hallazgo más importante es un diámetro rectal ampliado de más de 25-30 milímetros en niños con estreñimiento (Joensson y cols., 2008). En estos casos, la exploración rectal puede evitarse. Si la ecografía no es posible, debería llevarse a cabo una exploración rectal estándar y pueden palparse masas rectales.

Debido a las elevadas tasas de comorbilidad, se recomienda una valoración psiquiátrica en servicios de salud mental especializados. En otros escenarios, se recomienda hacer un despistaje con cuestionarios validados (como el Cuestionario de Comportamiento Infantil de Achenbach, 1991). Si las puntuaciones alcanzan el rango clínico, se recomiendan más evaluaciones o la derivación a psiquiatría infantil (von Gontard y cols., 2011).

Todas las demás valoraciones no están indicadas de forma rutinaria – sólo si se sospecha de incontinencia fecal de origen orgánico. Es importante evitar exámenes innecesarios e invasivos. Pueden encontrarse más detalles respecto a la valoración en von Gontard y Neveus (2006).

Diagnóstico diferencial

Las causas somáticas están presentes en un 5% de los niños con estreñimiento crónico y deben ser descartadas. Éstas incluyen causas anatómicas como fisuras anales, abscesos, apéndices cutáneos, estenosis y otras malformaciones ano-rectales. Las causas neurológicas incluyen parálisis cerebral, espina bífida y mielomeningocele. El estreñimiento puede estar causado también por varios fármacos (von Gontard y Neveus, 2006).

El diagnóstico diferencial más importante es la enfermedad de Hirschprung, que afecta a 1:5000 niños y es una enfermedad intrínseca neuromuscular del tracto gastrointestinal que se caracteriza por la agangliosis. Los síntomas empiezan en el período neonatal con vómitos, distensión abdominal y rechazo de la comida. Los niños más mayores pueden tener heces de pequeño calibre, mientras que el manchado de la ropa interior es un síntoma raro. La mayoría de casos (80%) son diagnosticados alrededor de los 4 años (Felt y cols., 1999).

Las causas orgánicas en la incontinencia fecal son mucho menos frecuentes, afectando a un 1% de los niños como máximo. Las más importantes son la diarrea infecciosa, condiciones neurológicas como la espina bífida oculta y los síntomas residuales postoperatorios.

TRATAMIENTO

Tras la valoración, los niños y los padres reciben información detallada sobre el subtipo de encopresis (psicoeducación). Como en el tratamiento de la enuresis, son útiles factores inespecíficos del tratamiento como favorecer la motivación y la construcción de una buena relación terapéutica. Puede que se verbalicen sentimientos de culpa, atribuciones erróneas de los padres (“mi hijo está haciéndolo a propósito”) y frustración. Pueden discutirse con los padres las intervenciones parentales inefectivas como el castigo o la medicación no indicada. Si la comida que el niño ingiere se restringe a alimentos bajos en fibra, puede resultar útil un cambio en la dieta del niño. Además, la cantidad de fluidos debería incrementarse, ya que la mayoría de los niños no beben suficiente durante el día.

Entrenamiento en el WC

No es necesario un período de línea base con observación y grabación. Por el contrario, el entrenamiento en uso del baño se inicia desde el principio. Este entrenamiento está indicado para ambos tipos de encopresis. Se pide a los niños que se sienten en el baño tres veces al día, después de las comidas. Este período es especialmente útil ya que los reflejos de defecación postprandial son más activos. Se pide a los niños que se sienten en el baño entre cinco y diez minutos de forma relajada, para lo que es importante que sus pies toquen el suelo. En caso contrario, debería proporcionárseles un pequeño taburete. Estas sesiones en el baño deberían ser experimentadas de forma positiva: a los niños se les permite leer cómics, libros, jugar con ordenadores o con teléfonos móviles, dibujar, etc. No se espera que orinen o defequen cada vez. Estas sesiones en el baño se registran en una gráfica, como se representa en el Apéndice C.5.3. Si fuese necesario, puede mejorarse positivamente la colaboración del niño mediante un sistema simple de fichas con pequeñas recompensas. Debería evitarse toda crítica o el castigo.

Laxantes

En la incontinencia fecal no retentiva, este entrenamiento en WC es el principal aspecto del tratamiento. Los laxantes no están indicados. En los niños con estreñimiento, el entrenamiento en WC se combina con los laxantes: primero la desimpactación y después la terapia de mantenimiento.

La desimpactación es necesaria para evacuar las masas fecales al principio del tratamiento. Esto puede llevarse a cabo de forma rectal u oral. En la desimpactación

rectal se aplican enemas. Los más ampliamente utilizados y recomendados son los enemas que contienen fosfatos como el fosfato de hidrógeno de sodio y el fosfato monosódico. Las dosis recomendadas son de 30ml por 10 kg de peso o medio enema para niños preescolares y de $\frac{3}{4}$ hasta uno en niños escolares. A menudo, éstos tienen que aplicarse varias veces. Una alternativa es la desimpactación oral con polietilenglicol (PEG; macrogol). Se dan grandes dosis diarias desde 1.5g por kg de peso. Para que este laxante osmótico sea efectivo se requieren suficientes fluidos orales.

Una vez que las grandes masas de heces han pasado, debería darse una dosis menor de mantenimiento. A través de estos procedimientos se consigue el 80% de éxito en los niños con desimpactación rectal y el 68% en los niños con desimpactación oral, llevando ambos a una normalización de los tiempos de tránsito colónico (Bekkali y cols., 2009).

Terapia de mantenimiento

Tras la desimpactación exitosa, debería seguirse un tratamiento de mantenimiento a largo plazo durante un mínimo de seis meses hasta dos años para evitar la reacumulación de masas fecales (Felt y cols., 1999). Además del entrenamiento en WC tres veces al día después de las comidas, se administran laxantes orales. El laxante estándar y más efectivo es el polietilenglicol (PEG; macrogol), un polímero largo y lineal que se une al agua (Candy y Belsey, 2009; Pijpers y cols., 2009). Los efectos secundarios como el dolor abdominal son raros. La dosis inicial es de 0.4g por kg de peso al día, dividido en dos dosis. Si las heces son demasiado duras, se aumenta la dosis; si son demasiado blandas, se reduce. El rango terapéutico varía desde 0.2g por kg hasta 1.4g por kg de peso al día (Nurko y cols., 2008). La lactulosa, un disacárido, es menos efectiva y tiene más efectos secundarios. La dosis de lactulosa líquida varía desde 1ml por kg hasta 3ml por kg de peso al día, repartidas desde una a tres dosis.

Si aparecen trastornos emocionales y conductuales comórbidos, éstos necesitan tratamiento por separado. Los trastornos comórbidos no tratados reducirán la adherencia y la cumplimentación y los resultados del tratamiento de la encopresis no serán óptimos.

CURSO Y RESULTADO

El curso a largo plazo de ambos tipos de encopresis no es favorable cuando no reciben tratamiento. El estreñimiento y la incontinencia fecal no retentiva pueden persistir en la adolescencia e incluso en el inicio de la edad adulta (véase epidemiología). Por tanto, la encopresis necesita recibir tratamiento activamente y los pacientes deberían ser vistos a intervalos regulares de tiempo. En el caso del estreñimiento, deberían darse laxantes durante el tiempo suficiente; dos años o más en algunos niños.

REFERENCIAS

- Achenbach TM (1991). *Manual for the child behavior checklist /4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bakwin H, Davidson MD (1971). Constipation in twins. *American Journal of Disease in Children*, 121:179-181.
- Bekkali N, van den Berg M, Dijkgraaf MGW *et al* (2009). Rectal fecal impaction treatment in childhood constipation: enemas versus high doses oral PEG. *Pediatrics*, 124:e1108-e1115.
- Bellman M (1966). Studies on encopresis. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 170 (sup):1-151.
- Bennigna MA, Buller HA, Heymans HS *et al* (1994). Is encopresis always the result of constipation? *Archives of Disease in Childhood*, 71:186-193.
- Bennigna MA, Voskuil WP, Akkerhuis GW *et al* (2004). Colonic transit times and behaviour profiles in children with defecation disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 89:13-16.
- Bloom DA, Seeley WW, Ritchey ML *et al* (1993). Toilet habits and continence in children: an opportunity sampling in search of normal parameters. *Journal of Urology*, 149:1087-1090.
- Bongers MEJ, Tabbers MM, Benninga M (2007). Functional nonretentive fecal incontinence in children. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 44:5-13.
- Bongers MEJ, van Wijk MP, Reitsma JB *et al* (2010). Long-term prognosis for childhood constipation: clinical outcomes in adulthood. *Pediatrics*, 126:e156-e162.
- Candy D, Belsey J (2009). Macrogol (polyethylene glycol) laxatives in children with functional constipation and faecal impaction: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 94:156-160.
- Cox DJ, Sutphen JL, Borrowitz SM *et al* (1998). Contribution of behavior therapy and biofeedback to laxative therapy in the treatment of pediatric encopresis. *Annals of Behavioral Medicine*, 20:70-76.
- Felt B, Wise CG, Olsen A *et al* (1999). Guideline for the management of pediatric idiopathic constipation and soiling. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153:380-385.
- Heron J, Joinson C, von Gontard A (2008). Trajectories of daytime wetting and soiling in a United Kingdom 4-to-9-year-old population birth cohort study. *Journal of Urology*, 179:1970-1975.
- Joensson IM, Siggard C, Rittig S *et al* (2008). Transabdominal ultrasound of rectum as a diagnostic tool in childhood constipation. *Journal of Urology*, 179:1997-2002.
- Joinson C, Heron J, Butler U *et al* (2006). Psychological differences between children with and without soiling problems. *Pediatrics*, 117:1575-1584.
- Joinson C, Heron J, von Gontard A *et al* (2008). Early childhood risk factors associated with daytime wetting and soiling in school-age children. *Journal of Pediatric Psychology*, 33:739-750.
- Largo R, Gianciaruso M, Prader A (1978). [Die Entwicklung der Darm- und Blasenkontrolle von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr]. *Schweizer Medizinische Wochenschrift*, 108:155-160.
- Largo RH, Molinari L, von Siebenthal K *et al* (1996). Does a profound change in toilet training affect development of bowel and bladder control? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38:1106-1116.
- Nurko S, Youssef NN, Sabri M *et al* (2008). PEG3350 in the treatment of childhood constipation: a multicenter, double-blinded, placebo-controlled trial. *Journal of Pediatrics*, 153:254-261.
- Pijpers MAM, Tabbers MM, Benninga MA *et al* (2009). Currently recommended treatments of childhood constipation are not evidence based: a systematic literature review on the effect of laxative treatment and dietary measures. *Archives of Disease in Childhood*, 94:117-131.
- Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D *et al* (2006). Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology*, 130:1527-1537.
- van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C (2006). Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. *American Journal of Gastroenterology*, 101:2401-2409.
- van der Wal MF, Benninga MA, Hirasing RA (2005). The prevalence of encopresis in a multicultural population. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 40:345-348.
- von Gontard A (2010). [*Enkopresis: Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie*, 2nd ed]. Stuttgart: Kohlhammer.
- von Gontard A, Neveux T (2006). *Management of disorders of bladder and bowel control in childhood*. London: MacKeith Press.
- von Gontard A, Baeyens D, Van Hoecke E *et al* (2011). Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. *Journal of Urology*, 185:1432-1437.
- World Health Organisation (2008). *Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders in Children and Adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press.
-

Apéndice C.5.1

RECOGIDA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LA ENCOPRESIS Y EL ESTREÑIMIENTO: EJEMPLOS DE PREGUNTAS*

Presentación

- ¿Sabes por qué estás aquí?
- ¿Es porque manchas la ropa interior?
- ¿Quieres hablar sobre ello?

Frecuencia encopresis

- ¿Su hijo** se mancha durante el día?
- ¿Con qué frecuencia (días a la semana; días al mes)?
- ¿Con qué frecuencia se mancha cada día (veces al día)?
- ¿A qué hora del día se suele manchar (mañanas, mediodía, tardes, atardecer)?
- ¿Su hijo se mancha durante la noche?
- ¿Con qué frecuencia se mancha durante la noche?

Síntomas

- Si su hijo se mancha, de qué tamaño son las heces (sólo manchas; manchas y masas de heces; sólo masas de heces)?
- ¿Cuál es la consistencia de las heces (duras, blandas, líquidas – mostrar la Bristol Stool Chart)?
- ¿En qué situaciones se mancha?
- ¿Se mancha en situaciones estresantes?
- ¿Puede posponer la defecación si no hay un baño disponible, por ejemplo, en el coche? En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo?

Recaídas

- ¿Ha tenido su hijo algún período en el que no se manchase?
- En caso afirmativo, ¿cuál fue el período más largo?
- ¿A qué edad ocurrió eso?
- ¿Hubo algún motivo para la recaída (no, estreñimiento, diarrea, dolor al defecar, inicio de la guardería, inicio del colegio, nacimiento de un hermano, separación de

los padres, otros sucesos vitales)?

Conducta al ir al WC

- ¿Lleva pañal?
- En caso afirmativo, ¿cuándo (durante el día, sólo por la noche, durante el día y por la noche)?
- ¿Cuántos días a la semana defeca en el WC?
- ¿Cuántas veces defeca al día?
- ¿De qué tamaño son las heces en el WC?
- ¿Tiene que enviarlo al WC? En caso afirmativo, ¿es esto efectivo?
- ¿Está en el baño durante el tiempo suficiente? En caso afirmativo, durante cuánto tiempo?
- ¿Juega o lee mientras está sentado en el WC?

Síntomas asociados

- ¿Su hijo va al baño regularmente, en determinados momentos del día? En caso afirmativo, ¿cuándo?
- ¿Tiene dificultad al defecar?
- ¿Tiene que hacer esfuerzo?
- ¿La defecación es dolorosa?
- ¿Cuál es la consistencia de las heces en el WC (dura, blanda, líquida, con diferentes consistencias, con sangre – mostrar la Bristol Stool Chart)?
- ¿Se queja de dolor abdominal o de estómago? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?
- ¿Cuál es la intensidad del dolor?
- ¿Cuándo experimenta dolor de estómago? ¿Antes o después de las comidas?
- ¿El dolor se alivia después de ir al WC?
- ¿Tiene gases?

Percepciones y reacciones después de mancharse

- ¿Su hijo se da cuenta cuando se mancha?
- ¿Usted se da cuenta de que el niño se ha manchado?
- ¿Cómo lo nota?
- ¿El niño le avisa cuando se ha manchado?
- En caso negativo, ¿trata de ocultarlo? ¿esconde su ropa interior?
- ¿Cómo reacciona cuando se ha manchado (indiferente, no reacciona, triste, ansioso, disgustado, avergonzado, desesperado, enfadado u otras reacciones)?
- ¿Quién limpia las heces de la ropa (o de la cama)?
- ¿Se muestra alterado por ensuciarse? En caso afirmativo, ¿cuánto?
- En caso afirmativo, ¿cómo demuestra este malestar?
- ¿Está motivado para el tratamiento?

Reacciones de los padres y de otras personas del entorno del niño

- ¿Cómo reacciona usted cuando su hijo se ha manchado?
- ¿Está angustiado por este problema? En caso afirmativo, ¿cuánto?
- ¿Ha castigado a su hijo por ensuciarse la ropa interior?
- ¿Cree que se mancha a propósito?
- ¿Quién sabe que se mancha la ropa interior?
- ¿Ha sido rechazado por sus compañeros por este motivo? En caso afirmativo, ¿cómo?
- ¿Con qué frecuencia ocurre esto?
- ¿No ha podido participar en actividades debido a este problema? En caso afirmativo, ¿qué

actividades (salidas escolares, natación, otras)?

- ¿Su hijo practica deportes? En caso afirmativo, ¿qué deportes?

Hábitos de alimentación

- ¿Cuánto líquido bebe su hijo al día?
- ¿Prefiere comer alimentos bajos en fibra? En caso afirmativo, ¿cuáles?
- ¿Su hijo prefiere comer otros tipos específicos de comida? En caso afirmativo, ¿cuáles?

Tratamientos previos

- ¿Su hijo ha tomado laxantes? En caso afirmativo, ¿cuáles? ¿durante cuánto tiempo?
- ¿Ha sido valorado por mancharse la ropa interior? En caso afirmativo, ¿dónde y cuándo?
- ¿Su hijo ha recibido tratamiento para este problema? En caso afirmativo, ¿dónde y cuándo?
- ¿Qué han hecho ustedes personalmente para tratar este problema?

Historia familiar

- ¿Algún miembro de la familia se manchaba la ropa interior?
- ¿Algún familiar ha tenido estreñimiento? ¿Ha mojado la cama o se ha mojado durante el día?
- ¿Alguien ha tenido enfermedades del riñón, del estómago o de los intestinos?

* von Gontard y Neveux, 2006; von Gontard, 2010.

**Él o ella según corresponda

Apéndice C.5.2

CUESTIONARIO DE ENCOPRESIS – VERSIÓN SCREENING*

Preguntas	Respuestas
Frecuencia de la encopresis	
¿Su hijo se mancha durante el día?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
¿Con qué frecuencia se mancha su hijo durante el día?	_____ días a la semana _____ días al mes
¿Con qué frecuencia se mancha su hijo al día?	_____ veces al día
¿Su hijo se mancha durante la noche?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
¿Con qué frecuencia su hijo se mancha durante la noche?	_____ noches al día _____ noches al mes
Síntomas de encopresis	
Si su hijo se mancha, ¿De qué tamaño son las deposiciones?	<input type="checkbox"/> sólo manchas <input type="checkbox"/> manchas y masas de heces <input type="checkbox"/> Sólo masas de heces
¿Cuál es la consistencia de las deposiciones de su hijo?	<input type="checkbox"/> Dura <input type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Líquida
Recaídas	
¿Ha habido algún período en el que su hijo no se ensuciase?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
En caso afirmativo, ¿a qué edad? - desde los	_____ años; meses
- hasta los	_____ años; meses
Comportamiento al ir al WC	
¿Cuántos días a la semana su hijo hace las deposiciones en el WC?	_____ días a la semana
¿Cuántas veces al día hace su hijo las deposiciones?	_____ veces al día
¿De qué tamaño son las masas de heces en el WC?	<input type="checkbox"/> pequeño <input type="checkbox"/> mediano <input type="checkbox"/> grande

¿Cuál es la consistencia de las heces de su hijo en el WC?	<input type="checkbox"/>	dura
	<input type="checkbox"/>	blanda
	<input type="checkbox"/>	líquida
	<input type="checkbox"/>	con sangre
¿Es dolorosa la defecación de su hijo?	<input type="checkbox"/>	sí
	<input type="checkbox"/>	no
¿Su hijo tiene dolor abdominal o de estómago?	<input type="checkbox"/>	sí
	<input type="checkbox"/>	no
Percepciones y reacciones tras mancharse		
¿Su hijo sufre emocionalmente porque se mancha?	<input type="checkbox"/>	sí
	<input type="checkbox"/>	no
¿Está su hijo motivado para el tratamiento?	<input type="checkbox"/>	sí
¿Ha castigado a su hijo porque se mancha?	<input type="checkbox"/>	sí
	<input type="checkbox"/>	no
Mojar la cama		
¿Con qué frecuencia va su hijo a orinar al WC?	_____	Veces al día
¿Su hijo se moja durante el día?	<input type="checkbox"/>	sí
	<input type="checkbox"/>	no
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?	_____	Días a la semana
¿Su hijo se moja durante la noche?	<input type="checkbox"/>	sí
	<input type="checkbox"/>	no
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?	_____	Días a la semana
¿Cuánto líquido bebe su hijo al día?	_____	Litros al día

*von Gontard y Neveus, 2006 ; von Gontard, 2010.

Apéndice C.5.3

REGISTRO DE ENTRENAMIENTO EN WC (Gráfico Encopresis)*

Fecha	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana							
Es enviado al WC (→)							
Acude solo (!)							
Ropa interior							
	Seco (S)						
	Húmedo (H)						
	Dep Pequeñas (P)						
	Dep Grandes (G)						
WC:							
	Orina (O)						
	Deposiciones (D)						
Mediodía							
Es enviado al WC (→)							
Acude solo (!)							
Ropa interior:							
	Seco (S)						
	Húmedo (H)						
	Dep Pequeñas (P)						
	Dep Grandes (G)						
WC:							
	Orina (O)						
	Deposiciones (D)						
Tarde							
Es enviado al WC (→)							
Acude solo (!)							
Ropa interior:							
	Seco (S)						
	Húmedo (H)						
	Dep Pequeñas (P)						
	Dep grandes (G)						
WC:							
	Orina (O)						
	Deposiciones (D)						

*von Gontard y Neveux, 2006; von Gontard, 2010.