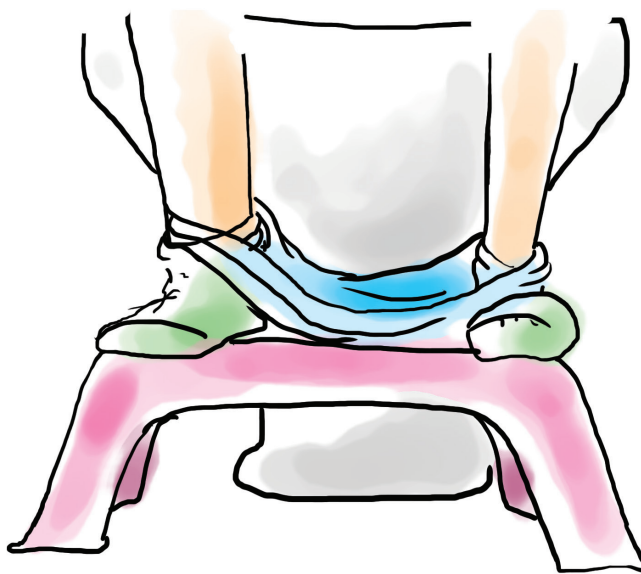


# Obstipação funcional na criança

Dr. Ricardo Ferreira

Gastroenterologia e Nutrição Pediátrica  
Hospital Pediátrico de Coimbra



**Guia**  
*para médicos*

Com o aval científico da:



Informação também  
disponível em [www.spgp.pt](http://www.spgp.pt).



Serviço Educacional



Edição: Brinda HealthCare®  
C/ Valentín Beato 11, 3ºB  
28037 Madrid  
[www.brindacm.com](http://www.brindacm.com)

Desenho e ilustrações: Equipa da Brinda HealthCare®

Depósito Legal: M-8093-2015

Todos os direitos reservados. O conteúdo desta publicação não pode ser reproduzido nem transmitido através de qualquer processo eletrónico ou mecânico, incluindo fotocópia e gravação magnética, nem registado por qualquer sistema de recuperação de informação, em nenhuma forma, nem por qualquer meio, sem a autorização prévia por escrito do titular dos direitos de exploração da mesma.

# Índice

- |   |   |
|---|---|
| 1. Porquê falar de obstipação?  | 2 |
| 2. O que é a obstipação?  | 2 |
| 3. A que chamamos obstipação funcional?   | 2 |
| 3.1 Critérios de Roma III para a Obstipação Funcional                             |   |
| 3.2 Escala de Bristol   |   |
| 4. Que dados devemos obter na História Clínica?                                   | 4 |
| 5. Que sinais de alarme devemos procurar na obstipação?                           | 4 |
| 6. Como tratar a obstipação funcional?  | 5 |
| 7. Qual a estratégia terapêutica?   | 6 |
| 8. Chaves para otimizar o tratamento da obstipação funcional no doente pediátrico | 8 |

## 1. Porquê falar de obstipação?

Representa entre **3% e 5%** de todas as queixas na consulta de **Pediatria** e entre **6% e 24%** nas consultas nos **Cuidados Primários de Saúde**. Até **25%** dos casos são **reencaminhados para consultas especializadas**.

Apesar da sua elevada prevalência, a obstipação **nem sempre é devidamente valorizada e diagnosticada**, com prejuízos óbvios não apenas para a criança, mas também para a família. A obstipação “oculta” pode ser causa de dor abdominal, irritabilidade, períodos recorrentes de anorexia e distensão abdominal e até de má progressão ponderal.

## 2. O que é a obstipação?

A obstipação pode definir-se como “**A diminuição do número de dejeções**” ou “**O aumento excessivo da consistência das fezes**”, independentemente da frequência das dejeções. No entanto, o diagnóstico baseado apenas na consistência das fezes ou na frequência das dejeções é insuficiente, por vários motivos:

- Há grande variabilidade individual na frequência das dejeções.
- A obstipação pode apresentar-se através de sinais ou sintomas menos óbvios passando despercebida ou não valorizada (“obstipação oculta”).

## 3. A que chamamos obstipação funcional?

Designamos por “**Obstipação Funcional**” quando a história clínica detalhada e o exame físico cuidadoso não apresentam pistas sugestivas de doença orgânica. **Felizmente é a grande maioria dos casos, pelo que raramente é necessário recorrer a exames complementares, pois o diagnóstico é essencialmente clínico.**

### 3.1 Critérios de Roma III para a Obstipação Funcional

A obstipação funcional, segundo os **Critérios de Roma III**, baseia-se no cumprimento de **pelo menos 2 de 6 critérios**, há pelo menos 1 mês nas crianças com **<4A de idade** e há pelo menos 2 meses após **os 4A de idade**:

- 💧 Duas ou menos dejeções por semana.
- 💧 Pelo menos um episódio por semana de incontinência fecal ou encoprese (expulsão involuntária de fezes) depois de a criança já ter adquirido controlo de esfínteres.
- 💧 História de retenção fecal excessiva.
- 💧 História de dejeções dolorosas ou de expulsão de fezes duras.
- 💧 **Presença de uma grande massa fecal na ampola retal.**
- 💧 **História de fezes grandes que podem chegar a obstruir a sanita.**

### 3.2 Escala de Bristol

A avaliação da consistência das fezes pode ser feita usando escalas, como por exemplo a Escala de Bristol.

A escala de Bristol classifica a consistência e a forma das fezes. Esta depende do tempo que passam no cólon.

**Os tipos 1,2 e 3 estão relacionados com a obstipação.**

ESCALA DE FEZES (para crianças)		
<b>Escolhe a TUA!</b>		
<b>Tipo 1</b>		<b> Parece-se com: excrementos de coelho</b> Pedacos duros e separados, como nozes (passam com dificuldade)
<b>Tipo 2</b>		<b> Parece-se com: cacho de uvas</b> Em forma de salsicha, mas com grumos
<b>Tipo 3</b>		<b> Parece-se com: maçaroca de milho</b> Como uma salsicha, mas com fendas na superfície
<b>Tipo 4</b>		<b> Parece-se com: salsicha</b> Como uma salsicha ou uma cobra, lisa e mole
<b>Tipo 5</b>		<b> Parece-se com: nuggets de frango</b> Bolas moles com os bordos definidos (passam com facilidade)
<b>Tipo 6</b>		<b> Parece-se com: aveia</b> Pedacos maços de bordos irregulares, algumas fezes pastosas
<b>Tipo 7</b>		<b> Parece-se com: molho</b> Aquosa, sem pedacos sólidos. Totalmente líquida

Conceito do Prof. D.C.A. Candy e Emma Davey, baseado na Escala de Fezes de Bristol produzida pelo Dr. KW Heaton, ex-docente na Universidade de Bristol. ©2005 Produzido por Norgine Pharmaceuticals Limited.

## 4. Que dados devemos obter na História Clínica?

- Idade de início dos sintomas.
- Frequência das dejeções e consistência das fezes (Escala de Bristol).
- Como decorreu o treino do bacio.
- Dor e/ou sangramento à defecação.
- Postura e comportamento retentivo (por vezes confundida com esforço para defecar): postura em "bicos de pés", contração dos glúteos, isolamento,...
- Dor abdominal.
- Incontinência fecal (diurna apenas? Também noturna?).
- História alimentar (consumo de leite, frutas, legumes, etc).
- Tratamentos já efectuados, adesão aos mesmos, resultados.
- Interferência com as actividades diárias, com a vida social e escolar.

## 5. Que sinais de alarme devemos procurar na obstipação?

Em **95% dos casos**, a **obstipação tem causas funcionais**. **Só em 5% dos casos tem causas orgânicas**. Para os diferenciar, é necessário pesquisar ativamente os seguintes **sinais de alarme**:

- Atraso na evacuação do mecónio (> 48 h de vida no bebé de termo).
- Início nos primeiros meses de vida.
- Má progressão ponderal, atraso de crescimento estatural.



- Distensão abdominal persistente.
- Vômitos / Anorexia.
- Dor abdominal severa.
- Diarreia paradoxal (falsa diarreia da obstipação).
- O toque retal não deve ser efectuado por rotina, apenas em condições de suspeita de **D. Hirschsprung**. Nesta situação habitualmente a ampola retal está vazia e a encoprese é rara.
- Sinais de disrafismo espinhal oculto, alterações da sensibilidade e reflexos do períneo.
- Atraso de desenvolvimento, alt. do tónus, etc.
- Sinais de suspeita de abuso sexual.

## 6. Como tratar a obstipação funcional?

- Para se conseguir ter sucesso, é fundamental que a criança e a família percebam a fisiopatologia do ciclo vicioso habitualmente associado à obstipação funcional.
- Na grande maioria dos casos o processo foi desencadeado por um episódio agudo de retenção fecal a que se associou defecação dolorosa.
- O medo de defecar foi perpetuado pela manutenção de posturas e manobras de retenção fecal, ficando as fezes progressivamente mais duras e de maior calibre, instalando-se um ciclo vicioso difícil de ultrapassar.
- A obstipação funcional torna-se assim num problema comportamental.

## 7. Qual a estratégia terapêutica?

O tratamento assenta em dois processos complementares: tratamento a curto prazo e tratamento de manutenção.

### 💧 Tratamento a curto prazo (o objetivo é a desimpactação rápida)

A principal arma terapêutica são os laxantes osmóticos, nomeadamente as soluções de polietilenoglicol com eletrólitos por via oral ou a lactulose.

Deve evitar-se a desimpactação por via retal (enemas), pela sua menor eficácia e pelo desconforto para a criança.



### 💧 Tratamento de manutenção (evitar nova acumulação de fezes e criar hábitos defecatórios regulares)

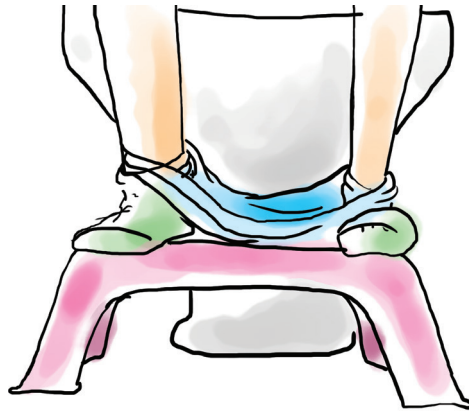
O tratamento da obstipação deve ser individualizado, mas há alguns princípios gerais:

- Na fase de desimpactação pode ser útil seguir uma **dieta pobre em fibras** não solúveis. Após a desimpactação, pode adicionar-se a fibra progressivamente, mas procurando atingir um teor total de fibra equilibrado (com base em fruta, legumes e cereais).





- Não utilizar suplementos de fibra em crianças com menos de 4 anos.
- Assegurar uma ingestão suficiente de líquidos.
- Assegurar a prática regular de exercício físico.
- Modificação dos hábitos higiénicos intestinais.
- A tentativa de educar deve atrasar-se até que a criança tenha adquirido um grau adequado de maturidade e de desenvolvimento (não antes dos 24 meses).
- O controlo de esfínteres (sensação de ampola cheia e defecação indolor, raramente ocorre antes dos dois anos).
- Manter a fralda até à melhoria da obstipação.



- Sentar-se em sanitas adequadas, com os pés apoiados e numa postura cómoda, pelo menos durante 5-10 minutos, 2 ou 3 vezes por dia, de preferência depois das refeições (aproveitar o reflexo gastro-cólico).

## 8. Chaves para otimizar o tratamento da obstipação funcional no doente pediátrico

O tratamento necessita de muita colaboração por parte da criança e dos seus pais, ajudados pelo médico, associando as medidas farmacológicas ao trabalho educacional.

- Ter paciência, pois o tratamento pode levar meses e ter avanços e recuos.
- O tratamento não é eficaz se não se conseguir uma evacuação completa.
- Habitualmente os fracassos terapêuticos devem-se a medicação inadequada, má adesão ou à suspensão prematura. O desmame da medicação deve ser muito lento.
- As soluções baseadas em polietilenoglicol são recomendadas pela sua eficácia, tolerância e segurança e devem ser utilizadas enquanto forem necessárias. Não há que recear uma dependência das mesmas, pois o seu mecanismo de acção é exclusivamente osmótico, podendo ser usadas durante largos meses.
- Incentivar os pais a premiar o esforço da criança quando conseguir o hábito de defecar regularmente, mesmo que o não consiga, já que o esforço depende da criança e é isso que lhe garantirá o hábito.
- Não deve ser tentado o ensino do controlo de esfíncteres até que seja restaurada a percepção de que a ampola retal está cheia e até se conseguir que a defecação não seja dolorosa.



## **Bibliografía:**

- *Constipation in children and young people (NICE clinical guideline 99, available at <http://www.nice.org.uk/guidance/CG99>)*
- *Tabbers M, Di Lorenzo C, Berger M, et al. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2014; 58:258–74*

# Obstipação funcional na criança

*Guia*  
*para médicos*



Norgine e o seu logótipo  
são marcas registadas pelo  
grupo de empresas da  
Norgine.

Data de Revisão do Material: 13/05/2015.

PT/MOV/0814/0017b