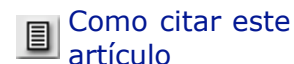




Revista chilena de pediatría

ISSN 0370-4106 *versión impresa*

Rev. chil. pediatr. v.75 n.6 Santiago nov. 2004



Rev Chil Pediatr 75 (6); 554-556, 2004

PREGUNTA AL EXPERTO

Tratamiento de la constipación, con énfasis en el manejo medicamentoso

Ernesto Guiraldes C.¹

1. Gastroenterólogo, Departamento de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile.

Pregunta: ¿Cuál es el manejo actual de la constipación en el niño?

Hasta hace pocos años atrás no había muchos estudios randomizados, multicéntricos y controlados, que evaluaran cual es el tratamiento más efectivo para la constipación infantil. Por esta razón, las recomendaciones se basaban más en la experiencia de expertos, que en la evidencia científica. Más recientemente han aparecido publicaciones que cumplen con las características que debe tener una adecuada investigación clínica. En la gran mayoría de los individuos en edad pediátrica la constipación crónica es secundaria a trastornos de la función defecatoria y, con bastante menor frecuencia, a enfermedades orgánicas. De acuerdo a los criterios diagnósticos del proceso Roma II, publicados en 1999 para los trastornos funcionales gastrointestinales infantiles, la constipación funcional se define como: deposiciones duras o caprinas durante la

mayor parte del tiempo, o: deposiciones firmes 2 o menos veces por semana, en ausencia de enfermedad estructural, endocrinológica o metabólica.

Típicamente, la constipación se inicia durante la época del destete, es decir cuando el lactante pasa de tomar leche materna a recibir preferentemente fórmula o semisólidos. Luego de esta etapa, otra época en que la constipación se suele iniciar o reactivar, es alrededor de los 2 años, cuando los niños aprenden a controlar esfínteres. Si el episodio de constipación se prolonga más allá de lo debido, las deposiciones se acumulan en el colon llegando a juntarse un considerable volumen de ellas, con disminución de su contenido de agua, lo que determina que las heces tengan una consistencia muy dura. La dificultad creciente para el paso y la evacuación de las heces lleva a que el niño (en edad de controlar esfínteres), por temor al dolor las retenga en forma voluntaria, adoptando una postura erecta con las piernas juntas, contrayendo forzosamente los músculos pélvicos y glúteos, evitando la defecación. Esto se transforma, a la larga, en un reflejo condicionado, que se puede catalogar como una verdadera fobia. Como consecuencia, el recto se acomoda al contenido, y la urgencia para defecar desaparece. De este modo, las heces se hacen cada vez más difíciles de evacuar, lo que lleva a una "espiral viciosa", en el que el recto se distiende por el contenido fecal anormalmente voluminoso y firme. Una vez dilatado, el recto reduce su función motriz y sensitiva, y el niño necesita cada vez mayores volúmenes en éste para que se desencadene la sensación de defecación consciente.

Por lo antes expuesto, debe insistirse en el concepto de que los niños con constipación crónica se benefician de un manejo integral, en el cual los medicamentos son un elemento dentro de una estrategia más compleja. Los pilares fundamentales del tratamiento de la constipación crónica son: 1) desimpactación fecal cuando es necesario, 2) educación, 3) prevención de la recaída (reacumulación de deposiciones), y 4) seguimiento periódico mientras dure la terapia y luego de suspenderla. La desimpactación de la masa fecal puede conseguirse con uno o dos enemas de fosfato cuando ella no es de un volumen excesivo. En la mayoría de los casos, sin embargo, se requiere más que enemas, para conseguir dicho objetivo. Una estrategia es administrar por vía oral, solución de polietilenglicol (con o sin electrolitos) hasta que se excrete fluido claro a través del ano. La reciente experiencia con soluciones de polietilenglicol sin electrolitos ha sido muy positiva. También se puede usar aceite mineral en altos volúmenes por vía oral, o laxantes osmóticos hasta eliminar la masa fecal impactada. Otro esquema es desimpactar por vía rectal mediante una proctoclisia con solución de NaCl al 9‰ que dure al menos 24 horas para conseguir una desimpactación total de la masa. Luego, el niño necesita reacondicionar sus hábitos intestinales mediante el uso regular del hábito de defecación. En cuanto a la dieta,

no hay evidencia que demuestre que determinados factores dietéticos alivien la constipación *una vez que la retención fecal y la encopresis ya se han establecido como problemas*. Lo que sí tiene lógica es que la ingesta de alimentos ricos en fibra y/o la suplementación con productos comerciales con fibra, pueden ser beneficiosas en el manejo de la constipación (y en la prevención de recaídas) *una vez resueltas la encopresis y la retención fecal*. Por esto último, se sugiere incrementar significativamente el consumo de fibra dietética en todo paciente con constipación crónica y retención fecal, en un esfuerzo para mantener las deposiciones blandas, en el futuro. Debe incentivarse la ingestión de zumos de frutas, medida que puede ser particularmente útil, especialmente en los menores de uno o dos años.

El uso de laxantes permite mantener evacuaciones blandas, todos los días o día por medio, después de la desimpactación. El tipo de laxante usado depende de la edad y peso del paciente y gravedad de la constipación. La elección del medicamento no es tan importante como el usar la dosis adecuada y que tanto el niño como sus padres estén comprometidos con el tratamiento global. Los ablandadores fecales disponibles en nuestro país son:

- Extracto de Malta (Maltín®): este producto no ha sido evaluado en forma controlada en cuanto a su eficiencia como ablandador fecal, pero existe experiencia desde hace décadas con él. La constipación en lactantes menores generalmente responde bien al uso de este producto a dosis de 15-30 ml/día, que puede ser agregado en volúmenes fraccionados al biberón y está libre de efectos indeseables.

- Aceite mineral (vaselina líquida): es una mezcla de hidrocarburos que lubrica el contenido intestinal y ablanda las deposiciones. Su efectividad en el manejo de la constipación infantil ha sido bien demostrada.

Asimismo, se ha descartado que induzca depleción de los depósitos de vitaminas liposolubles en los tejidos, u otras alteraciones, en los niños. Sin embargo, debido al riesgo de aspiración y neumonía, el aceite mineral está contraindicado en pacientes con daño neurológico o niños vomitadores, así como en menores de 2 años, y no debe ser administrado a la fuerza. Las dosis recomendadas son 1-5 ml/kg/día en 1 a 2 dosis diarias. No hay ninguna evidencia de que el uso prolongado de este producto induzca problemas serios o perdurables en niños en los cuales está indicados como recurso terapéutico. Es la responsabilidad del médico tratante el informar debidamente de esto a la familia para despejar los mitos o malentendidos que comúnmente subsisten, al respecto.

- Leche de magnesia: en dosis de 1-3 ml/kg/día, es un laxante de acción osmótica, de potencia moderada y que tampoco induce problemas en el paciente.

- Lactulosa: es probablemente el ablandador fecal más usado actualmente en nuestro país: Se sugiere usarlo a dosis de 2 ml/kg/día en

2 ó 3 tomas. Es más potente que los laxantes antes nombrados y, por tratarse de un azúcar sintético, no absorbible (fructosa-galactosa), no tiene efectos farmacológicos sino que actúa por su efecto osmótico. Es bien aceptado por los niños y, tampoco en él se conocen efectos adversos, salvo la producción de meteorismo y dolores cólicos en algunos pacientes.

- Polietilenglicol 3 350: éste es un laxante osmótico nuevo, sin electrolitos. Se prepara disolviendo 17 gramos del producto en polvo en 240 ml de agua o jugo de fruta. Se ha demostrado que es efectivo, seguro y bien tolerado tanto al corto como al largo plazo.

Otros laxantes, como los que contienen derivados del Sen y la fenoltaleína están contraindicados en pacientes pediátricos, por sus acciones adversas al corto o largo plazo, que incluyen, respectivamente: mecanismos irritantes del intestino y posibles acciones mutagénicas y cancerígenas.

El manejo de la constipación crónica, especialmente si cursa con ensuciamiento fecal, requiere de considerable paciencia y esfuerzo por parte del niño y sus padres. Por esto es necesario apoyarlos durante todo el tratamiento, supervisando al paciente hasta asegurarse de que la terapia está siendo efectiva, ajustando las dosis de medicamentos de ser necesario y recalando la importancia del régimen dietético y los hábitos de defecación. Una vez que el niño va al baño de forma espontánea, se puede disminuir la dosis de laxantes en forma gradual para que el paciente mantenga al menos una frecuencia de una deposición diaria. Al cabo de 6 a 12 (o más) meses de tratamiento se pueden reducir aún más o incluso discontinuar los laxantes, con la precaución de mantener al paciente en control y reiniciando el tratamiento farmacológico si la constipación recurre, sin olvidar que la suspensión precoz de la terapia con laxantes es la primera causa de recaída.

© **2006 Sociedad Chilena de Pediatría**

**Alcalde Eduardo Castillo Velasco 1838
Ñuñoa, Santiago
Casilla 593-11
Teléfono: 2379757 - 2371598**

Fax: 238 0046



sochipe@terra.cl