



MANEJO DEL FARMACOLÓGICO EN LA ENCOPRESIS INFANTO-JUVENIL

Autoras: Barrero Macías, María del Rocío; Rodríguez Rodríguez, Aroa; Torreño Ríos, María de la Palma..

INTRODUCCIÓN

La Encopresis es un problema complejo, difícil de aceptar por el entorno del menor, poco comprendido por los padres y un desafío para los profesionales que abordan este trastorno en las consultas. Conceptualizar este trastorno es difícil debido a que actualmente ningún autor se pronuncia en cuanto a unos criterios de edad, regularidad o voluntariedad. En general su término designa una pauta de defecación inadecuada en lugares socialmente inapropiados, en edad adecuada para hacerlo en el retrete, y cuando el menor no padece ninguna enfermedad orgánica que lo justifique.

En la bibliografía encontramos una fuerte asociación entre Encopresis y Estreñimiento, sin embargo trabajos demuestran de forma reiterada que existen dos tipos de Encopresis con y sin estreñimiento, de modo que no solo acontece en presencia de estreñimiento. De cualquier forma es importante tener en cuenta que la Encopresis retentiva es más prevalente que la no retentiva.

OBJETIVOS

Desarrollar una breve descripción de los tratamientos farmacológicos validados en la actualidad para orientar y facilitar la labor asistencial de los profesionales de enfermería a la hora de abordar el tratamiento farmacológico en la Encopresis infanto-juvenil.

MATERIAL Y MÉTODO:

Uso combinado de laxantes y enemas. Cabe resaltar además la importancia de prestar atención a la dieta, incremento de la ingesta hídrica y dar pautas rutinarias de defecación. Se realiza en 2 Fases:

Fase 1: Desimpactación

Objetivo: conseguir completa evacuación de la retención para que el recto comience a recuperar su tamaño y tono muscular.

Enemas y cuando resultan ineficaces o el menor los rechaza se recurre a los laxantes orales en dosis elevadas.

Duración variable según grado de retención pero no suele exceder dos semanas

Fase 2: Mantenimiento

Objetivo: promover evacuación diaria, prevenir reacumulación y la formación de heces secas

Ingesta diaria de laxantes. Al menos 1/24h. Suele ir acompañada de pautas dietéticas y de una recomendación de que el niño se siente 1 ó 2 veces al día en el retrete tras las comidas

Duración: 3-6 meses e incluso 1 año

RESULTADOS/ CONCLUSIONES

No debemos olvidar la importancia que tienen tanto el tratamiento médico como conductual a la hora de planificar un Plan Individual de Tratamiento, aunque en este caso presentamos exclusivamente pautas de tratamiento médico/farmacológico debido a que existe una importante variedad al respecto y consideramos importante conocer las particularidades, ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos.

Enemas y Supositorios

-Tienen la particularidad de que actúan de inmediato. Su uso no siempre finaliza en la fase de limpieza. Algunos protocolos enfatizan el uso de estos en el curso del tratamiento para: incrementar sensaciones rectales, asegurar la defecación diaria (si no se produce naturalmente),... aunque muchos otros autores muestran su desacuerdo con este tipo de métodos.

-2 Tipos:

DE LIMPIEZA: vaciar recto/colon descendente. Destacan los enemas fosfatados o hipertónicos. También los hay isotónicos que son menos eficaces y requieren emplear mayor cantidad. Para uso pediátrico se recomienda el Micralax. Algunos autores recomiendan emplear una solución hiperosmolar de leche de melaza para desimpactar a niños con megarrecto o megacolon que no respondan a los anteriores.

LUBRICANTES: preparados a base de aceite

Laxantes

DE MASA: Sustancias coloideas con gran poder hidrófilo y no digeribles que forman heces voluminosas y blandas de fácil evacuación. Se elaboran a partir de macromoléculas como fibras vegetales (celulosa, pectina, lignina,), algas marinas (agar), acacia y tragacanto (gomas) o plantas mucilaginosas (mucílagos encontrados en las semillas de lino, membrillo...).

Ventajas: No irritan la mucosa ni estimulan motilidad. Pueden beneficiarse los niños con megarrecto e hiposensibilidad ya que aumentan el volumen fecal y es más probable que se activen los reflejos rectoanales y se potencie la sensibilidad rectal. Eficaces en fase de mantenimiento no en la inicial.

Inconvenientes: Posible producción de distensión cólica.

OSMÓTICOS: Acción intermedia. Escasamente absorbidos por el tracto GI. Retienen agua en el colon y aumentan el peristaltismo. Los más citados en estudios sobre estreñimiento infantil son La Lactulosa y la leche de magnesio. En bebés se recomienda el jarabe de carao. El menos violento comercializado en España es el Lubrilax o Gotalax. Otros: Manitol y Sorbitol

LUBRICANTES Y EMOLIENTES: Actúan retrasando el proceso de absorción de agua favoreciendo la hidratación y reblandecimiento de heces en mayor medida que los anteriores y facilitando el paso del bolo fecal por su efecto lubricante. Ej. Aceite de parafina, vaselina, glicerina.

Ventajas: Posibilidad de administración oral y rectal.

Inconvenientes: El uso prolongado puede producir mala absorción de vitaminas liposolubles (ADEK), Riesgo de flujos fecales grasientos ¡manchan!

ESTIMULANTES O IRRITANTES

Actúan directamente en la mucosa intestinal aumentando el peristaltismo, modificando el transporte de agua y electrolitos con disminución de la absorción y el incremento de secreciones estimulando la defecación. Los más recomendados en pediatría son el Bisacodilo y el sen en jarabe. Ventaja: eficaz en estreñimiento grave. Inconveniente: riesgo de daño del Plexo Mientérico.

BIBLIOGRAFÍA:

III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía [Recurso electrónico]: 2016-2020 / autoría, Carmona Calvo, José (dirección)... [et al.]. [Sevilla]: Consejería de Salud, 2016
Bragado Álvarez, Carmen. Encopresis. 1ª ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2013.