

En esta sección, expertos responden consultas de los lectores sobre materias relativas a la práctica pediátrica general. Si desea hacer alguna, escriba a la Sección "Preguntas al Experto", Revista Chilena de Pediatría, Casilla 16257, Santiago 9, Santiago, Chile. Correo electrónico: sochipe@terra.cl.

Uso de medicamentos en constipación

Gloria Ríos M.¹

Pregunta. ¿Cuándo se deben usar medicamentos en constipación?

Respuesta. La constipación es un problema frecuente en pediatría, representando alrededor del 3% de las consultas en pediatría general y el 25% de las de gastroenterología. Se la define como el retardo y/o dificultad en la evacuación de las deposiciones; los pacientes cursan con deposiciones duras y de gran volumen, dolor al defecar y/o una frecuencia de evacuación menor que lo habitual.

El ritmo de evacuación varía de una persona a otra y va cambiando con la edad; así tenemos que el RN presenta evacuación intestinal cada vez que se alimenta, presentando un promedio de 4 deposiciones al día; alrededor de los 4 meses la frecuencia disminuye a 2 veces al día, al año presentan en promedio 1,6 deposiciones por día y desde los 2 años tienen un ritmo de evacuación similar al niño mayor con 1,2 deposiciones por día. Solo 4% de los niños de un año de edad presenta más de 4 deposiciones por día o una cada dos días.

Debemos tener presente que la constipación es un síntoma, por lo que una vez detectada debemos investigar su etiología para poder enfocar adecuadamente el tratamiento.

Podemos resumir las causas de constipación como secundarias a problemas en la propulsión colónica del contenido luminal o problemas en el tracto de salida por disfunción pélvica o anorrectal.

Las etiologías más frecuentes son:

- a) Estados disfuncionales secundarios a diversas circunstancias como: dieta pobre en fibra, actitud coercitiva al inicio de control de esfínter, fobia al baño, constitucional, depresión, anorexia nerviosa, etc.
- b) Alteración de la anatomía y fisiología: estenosis anal congénita, estenosis adquirida, aganglionosis, alteración en pared abdominal, alteración en inervación (mielomeningocele), síndromes hipotónicos, etc.
- c) Enfermedades metabólicas y endocrinopatías: siendo las más frecuentes hipotiroidismo, hipercalcemia y diabetes.
- d) Drogas: las que habitualmente se usan en pediatría como antiespasmódicos, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos (Ritalin®), diuréticos, minerales (bario, aluminio, calcio), agentes simpaticomiméticos (Pseudoefedrina®, Terbutalina®), opioides (Codeína®), antiinflamatorios no esteroideos, antihipertensivos y antiarrítmicos, metales pesados.

La anamnesis próxima y remota haciendo énfasis en edad de inicio de la sintomatología, factor desencadenante, tipo de dieta, uso de medicamentos, patología asociada, antecedentes familiares y el examen físico completo incluyendo examen rectal, nos orientará hacia una posible etiología y determinará la necesidad de realizar exámenes complementarios para confirmar el diagnóstico etiológico. Debemos tener presente que en alrededor del 90% de los casos no se encuentra una causa orgánica. Es frecuente

1. Médico. Servicio de Gastroenterología, Hospital Infantil Dr. Exequiel González Cortés.

que la constipación se deba a desórdenes en la dieta, solucionándose el problema al indicar una dieta rica en residuo, sin requerir uso de medicamentos.

Cuando se detecta impactación fecal, el tratamiento se inicia con la eliminación de esta acumulación de deposiciones, para luego continuar con las medidas requeridas según su etiología. En algunos pacientes lo fundamental es el temor a defecar por el dolor que produce el paso de la deposición dura, o por la presencia de fisuras anales; en ellos el manejo de la lesión anal y medidas para ablandar las deposiciones serán la base del tratamiento. No debemos olvidar que la enfermedad de Hirschsprung es una de las causas orgánicas más frecuentes de constipación y que su tratamiento es quirúrgico.

En el tratamiento de la constipación funcional, que es la causa más frecuente, se pueden distinguir tres etapas: a) eliminar la impactación fecal y/o fecaloma para lo cual se pueden usar medicamentos por vía oral o rectal; b) mantener una evacuación intestinal periódica, evitando que se repita el fecaloma. En esta etapa es fundamental el manejo dietético, crear el hábito de evacuación intestinal diario, para lo cual algunas veces es necesario restablecer la dinámica defecatoria; el uso de medicamentos principalmente del tipo de lubricantes y agentes osmóticos (tienen menos efectos adversos) ayudan a lograr más rápidamente este objetivo, y c) modificación de hábito de evacuación intestinal: cuando se ha logrado un ritmo de evacuación intestinal, se retiran los medicamentos manteniendo las medidas dietéticas y de horario de evacuación.

Existen diversos medicamentos que ayudan en el manejo de la constipación, estos se pueden clasificar como:

- a) Agentes incrementadores de volumen fecal: son sustancias que retienen agua y promueven la proliferación microbiana en el colon, aumentando la masa fecal, estimulando así la peristalsis. Cada dosis de estos productos debe ir acompañada de abundante líquido, lo que limita su uso a niños mayores. Pueden producir meteorismo y flatulencia. Son ejemplos de estas el salvado de trigo, fibra natural de Psyllium y la metil celulosa.
- b) Agentes ablandadores: ejercen su acción promoviendo la secreción de agua, sodio

y cloruros en el yeyuno y el colon, y no provocan irritación de la mucosa. Ejemplo: dioctil sulfosuccinato (Regal®) dosis 5-10 mg/kg/día (1 ml: 4 mg).

- c) Agentes osmóticos: el más representativo es la lactulosa que es un disacárido que no es digerido ni absorbido por el intestino delgado de manera considerable. Ejerce su efecto osmótico en el intestino y las bacterias del colon la metabolizan transformándola en ácidos orgánicos de cadena corta que promueven la proliferación bacteriana aumentando de esta manera la masa fecal. Se utilizan en dosis de 1 a 3 ml/kg/día y puede producir flatulencia y dolor abdominal. La solución electrolítica de polietilenglicol es un preparado de mezclas de sulfato de sodio, bicarbonato de sodio y cloruro de sodio y potasio, en una solución isotónica que contiene 60 g de polietilenglicol por litro; su principal uso es como preparación de colonoscopia, se administran 4 litros de esta solución en 3 a 4 h. El gran volumen de líquido no absorbible da por resultado diarrea acuosa, copiosa y eliminación eficiente de los desechos sólidos del tubo digestivo. No produce deshidratación porque la solución es isotónica. El extracto de Malta es recomendable en niños pequeños, se administran 2 a 10 ml/240 ml de jugo o leche, tiene el inconveniente de ser de mal sabor.
- d) Laxantes salinos: actúan al ejercer presión osmótica para la retención de agua en el colon, de ellos se absorbe hasta 20% de la sal administrada. Producen su efecto con una latencia de 6 a 8 h en la dosis de laxante baja, y una evacuación completa de líquido en menos de 3 h en dosis catártica. El hidróxido de magnesio actúa como laxante osmótico, libera colecistoquinina, lo cual estimula la secreción y motilidad gastrointestinal; su uso es restringido por el riesgo de alteraciones electrolíticas y cuando se usa, se recomienda que sea por cortos períodos. La sobredosis puede producir hipermagnesemia, hipofosfemia e hipocalcemia secundaria. El enema de fosfato hipertónico (Fleet Enema®) es un medicamento de uso frecuente en los servicios de urgencia y que no está exento de efectos adversos; debe evitarse en menores de 2 años. La mayoría de las complicaciones se observa en pa-

cientes con daño renal y anomalías intestinales congénitas o adquiridas (enfermedad de Hirschsprung y ano imperforado). Puede producir trauma local, distensión abdominal, tetania, hiperfosfemia, hipocalcemia, hipocalemia, acidosis metabólica y deshidratación. Se utiliza en dosis de 2 a 6 ml/kg con un máximo de 135 ml.

- e) Agentes lubricantes: de estos la vaselina líquida es indigerible y se absorbe en grado limitado, penetra en las heces y las ablanda, puede interferir con la absorción de agua, actúa como solvente de lípidos y al administrarla con las comidas puede interferir con la absorción de sustancias liposolubles. No debe administrarse en lactantes, niños menores y pacientes con daño neurológico por el riesgo de aspiración. Se utiliza en dosis de 1,5 a 5 ml/kg/día en 2 a 3 dosis. La glicerina en supositorios y microenemas (Babylax®) lubrica el canal anal, facilitando la evacuación de la deposición y no tendría efectos adversos.
- f) Estimulantes y catárticos por contacto: actúan sobre la mucosa intestinal estimulando los plexos nerviosos. Existe la posibilidad de daño permanente de intestino, nervios y músculo, por lo que no es recomendable su uso prolongado. Se distinguen las antraquinonas (Senna, Cáscara sagrada, Aloe) y los derivados de difenilmetanos (Fenoltaleína, Bisacodil). Entre los inconvenientes de Senna está la de producir melanosos coli, hepatitis idiosincrásica y osteoartropatía hipertrófica, y Bisacodil (supositorios) puede producir dolor abdominal, diarrea e hipocalemia; alteración de mucosa rectal y proctitis.
- g) Procinéticos: Cisaprida: facilita la liberación de acetilcolina desde las terminaciones nerviosas del plexo mientérico, hacia la musculatura lisa del tubo digestivo y de esta manera promueve la motilidad del tracto gastrointestinal. Puede producir cefalea, dolor abdominal y diarrea. En

los últimos años su uso ha sido restringido ya que se ha relacionado con alteraciones severas del ritmo cardíaco, en pacientes con QT prolongado y también en aquellos con alteraciones electrolíticas. No debe asociarse con medicamentos que se metabolizan a nivel hepático por la vía enzimática del citocromo P450 (claritromicina, eritromicina, ketoconazol, algunos antihistamínicos, etc.), se indica en dosis de 0,2 a 0,3 mg/kg/dosis cada 8 h.

Toda constipación funcional que no responde después de 2 a 3 meses de tratamiento bien llevado, debe ser reevaluada, investigando una causa orgánica de constipación.

REFERENCIAS

1. Rosenberg AJ: Constipation and encopresis Chapter 16. En: Pediatric Gastrointestinal Disease. Wyllie R, Hyams J. Ed. Saunders Company 1993: 198-208.
2. Baker S, Liptak G, Colletti R, Croffie J, Di Lorenzo C, Ector W, Nurko S: Constipation in infants and children: Evaluation and treatment. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 29: 612-26.
3. Lewis L, Rudolph C: Practical approach to defecation disorders in children. Pediatric Annals 1997; 26: 260-8.
4. Seth R, Heyman M: Management of constipation and encopresis in infants and children. Gastroenterology Clinics of North America 1994; 23:621-36.
5. Brunton L: Fármacos que afectan el flujo de agua y la motilidad gastrointestinal; emesis y antieméticos; ácidos biliares y enzimas pancreáticas Las bases farmacológicas de la terapéutica. Goodman & Gilman. Hardman J, Limbird L, Goodman Gilman A. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. Novena Edición, 1996: 981-1002.
6. Odeka EB, Sagher F, Miller V, Doig C: Use of cisapride in treatment of constipation in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1997; 25: 199-203.
7. Cucchiara S: Cisapride therapy for gastrointestinal disease. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1996; 22: 259-69.
8. Wald A: Evaluation and management of constipation. Clinical Perspectives in Gastroenterology 1998; 106-15.
9. Harrington L, Schuh S: Complications of fleet enema administration and suggested guidelines for use in the pediatric emergency department. Pediatric Emergency Care 1997; 13: 225-6.