

¿COMO TRATAR LA ENCOPRESIS RETENTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Autor: Dra. Constanza Valenzuela G. Residente Medicina Familiar del Niño UC.

Editor: Dra. Pamela Rojas G. Médico Familiar UC.

17 de Diciembre 2019.

Resumen: La encopresis en niños es habitualmente secundaria a constipación funcional. En este artículo revisaremos las recomendaciones actuales de intervención, en un contexto de atención primaria.

INTRODUCCIÓN

Tal como se comentaba en un artículo previo, el 95% de las encopresis son de tipo funcional. De ellas, el 90% son de origen retentivo y corresponden a cuadros secundarios de constipación (1).

El mecanismo por el cual se produce el “escurrimiento fecal” (inglés: *soiling*) secundario a una encopresis retentiva, es la distensión progresiva del recto, que se origina por una masa fecal que se va acumulando. Esto entreabre el ano, produciéndose fugas fecales involuntarias (1). Para tratar a estos pacientes, es importante recordar que estaremos frente a un niño que ensucia su ropa interior sin percatarse y sin posibilidad de evitarlo; con una familia con muchas dudas, y un fuerte impacto socioemocional.

¿CÓMO TRATAR LA ENCOPRESIS RETENTIVA EN UN NIÑO?

Los siguientes pasos se deben realizar en conjunto, dejando claro que cada uno por sí solo no permitirá resolver una rencopresis retentiva, ni reducir su riesgo de recurrencia.

1. DESIMPACTACIÓN:

- Desimpactar significa limpiar del recto la materia fecal endurecida y de difícil extracción, la que sería muy difícil evacuar con un intento de defecación normal y podría causar lesiones y dolor. (2)
- Requiere del uso de fármacos, dentro de los cuales el más utilizado en el ámbito ambulatorio es el Poli etilenglicol (PEG 3350), un laxante osmótico que se administra por vía oral, con el que se logra una tasa de éxito del 75 – 92% de los casos (3). Se sugiere utilizar 1-1.5gr/día por 3 a 6 días. Diluir en proporción 17 gr en 240 cc
- Si la desimpactación con medicamentos no es efectiva, se sugiere derivar a Servicio de Urgencia para completar manejo.

2. Educación y prevención de nuevos episodios:

El reacondicionamiento del hábito intestinal es la medida que genera el mayor impacto en la disminución de los episodios de encopresis retentiva para la mayor parte de los niños. Al respecto, es importante transmitir que el proceso será lento, que requiere establecer metas pequeñas pero realizable, y no caer en la desesperación si es que no hay resultados rápidos (2).

El mensaje a las familias debe considerar:

- Explicar que, dado el mecanismo que genera el escurrimiento fecal, los niños no suelen percatarse ni tienen como controlarlo. Las conductas punitivas sólo contribuirán a empeorar el cuadro.(3)
- Incluir a la familia y otros cuidadores en las técnicas de entrenamiento para evacuar, las que incluyen hábito intestinal diario, y eventualmente considerar incentivos y pequeñas recompensas. Esto supone estimular a ir al baño al menos 2 a 3 veces al

- día, en especial luego de las comidas, de modo de aprovechar el reflejo gástrico. (3)
- Adecuar la alimentación: aumentar el consumo de fibras, verduras, frutas y asegurar una hidratación adecuada, disminuyendo consumo de alimentos altos en carbohidratos, azúcares y grasas, los cuales enlentecen el tránsito intestinal (3)
 - Mantener el uso de Polietilenglicol (PEG 3350), pero reduciendo la dosis. La dosis de mantención recomendada son 0,2 – 0,8 gr/día. Se sugiere diluir en proporción 17 gr en 240 cc, fraccionando en 1 a 2 dosis por día y extender su uso por al menos 6 meses. (3)
 - Hay que considerar que, en los niños con factores psicosociales relevantes que pueden modificar el curso de su condición, el apoyo psicológico es fundamental. (2)

3. ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO:

La encopresis genera un grado de alerta para todo el núcleo familiar. Estos niños son más propensos a sufrir bullying en el colegio, son estigmatizados a nivel social (producto del olor desagradable), y tienden a retraerse de contextos sociales. Esto genera la necesidad de ser acompañados durante su proceso terapéutico, acogiendo al paciente y a su familia, y ser activos en recoger sus temores y expectativas.

Se sugiere mantener evaluaciones periódicas para ir evaluando avances o la aparición de banderas rojas, y reevaluar nuevas inquietudes de los padres o del mismo niño. (1,2,3)

¿Qué dice la evidencia con respecto a incluir una terapia conductual en niños con encopresis retentiva en tratamiento con laxantes?

Una revisión sistemática (RS) del año 2011, de 21 estudios primarios evaluó el efecto de las intervenciones conductuales y/o cognitivas para el tratamiento de la incontinencia fecal en niños. Participaron 1371 niños entre los 4 y 13 años que presentaban antecedente de incontinencia fecal con y sin estreñimiento, y se evaluó la mejoría del cuadro (se consideró mejoría como la “disminución del escorrimento”, y como “cura”, que el niño presente máximo 1 episodio de encopresis o escorrimento en 2 semanas).

- Se consideraron:
 - o intervenciones conductuales: programas de manejo de contingencias; métodos para el manejo de la fobia al baño; imposición de rutinas de inodoros; biofeedback y gestión ambiental.
 - o Intervenciones cognitivas: instrucciones de los padres sobre la función intestinal y la continencia, asesoramiento, psicoterapia y terapias cognitivas y familiares.
- Resultados: la RS comparó:
 - o terapia convencional asociada a Biofeedback versus sólo terapia convencional sola:
 - a los 12 meses de tratamiento: OR 1.13 (0,77-1.66) con una heterogeneidad de 50%, sin diferencias estadísticamente significativas
 - 18 meses de tratamiento: OR 1.42 (0.79-2.53) con una heterogeneidad indeterminada, sin diferencias estadísticamente significativas
 - o modificaciones conductuales + laxante versus sólo laxante solo:
 - a los 3 meses: OR 0.14 (0.04-0.51), estadísticamente significativo y a favor de la terapia combinada.
 - a los 12 meses OR 0.20 (0.06-0.65), estadísticamente significativo y a favor de la terapia combinada.
- Conclusiones: no hay evidencia de que el entrenamiento de Biofeedback agregue algún beneficio al tratamiento convencional en el tratamiento de la insuficiencia fecal en niños. No hubo pruebas suficientes para evaluar los efectos del Biofeedback para el manejo de la incontinencia orgánica. Existe alguna evidencia de que las intervenciones conductuales

más la terapia con laxante, en vez del laxante solo, mejoran la continencia en niños con incontinencia fecal funcional asociada con estreñimiento. (4)

RESUMEN

- La mayoría de los niños que presentan encopresis, lo hacen de manera secundaria a un cuadro de constipación.
- El manejo de una encopresis retentiva requiere desimpactar el bolo fecal, y evitar que este vuelva a formarse. Para esto es posible ayudarse con el uso de algunos medicamentos y reentrenar el hábito intestinal.
- Aliviar el sufrimiento de estos niños es importante. El acompañamiento a su familia y la resolución de dudas es fundamental.

REFERENCIAS:

- 1.- Guiraldes C., E., Novillo G., D., & Silva P., P. (2020). Encopresis en el paciente pediátrico. *Revista Chilena de Pediatría*, 76(1), 75-83. Recuperado de: <http://revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/2097> 26 ago. 2020.
- 2.- Reyes G., Mercedes R. (2003) Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis, Centro de Salud El Restón. Hospital Materno-Infantil 12 de Octubre. Departamento de Pediatría. Unidad de Psiquiatría Infantil. Madrid, España.
- 3.- Torres A., González M.. (2015) .Constipación crónica. *Revista Chilena de Pediatría*, 86 (4), 299-304. Santiago, Chile.
- 4.- Brazzelli M. Griffiths P., Cody J., Tappin D. (2011). Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for the management of faecal incontinence in children. *Cochrane library*.