

**HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA
PROTOCOLO DE MANEJO DE ESTREÑIMIENTO**

ÍNDICE

1. AUTORES
2. REVISORES
3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES /
REVISORES
4. JUSTIFICACIÓN
5. ALCANCE Y PROPÓSITO
6. OBJETIVOS
7. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD
8. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD
9. DEFINICIÓN
10. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
11. TRATAMIENTO
12. CRITERIOS DE REFERENCIA
13. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO
14. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE Y/O FAMILIAR
15. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL
16. SEGUIMIENTO Y CONTROLES
17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
18. ANEXOS

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 2 de 17
	Título: Protocolo de manejo del Estreñimiento	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Dra. Ana Karina Coronado. Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

1. AUTOR

Dra. Ana Karina Coronado. Pediatra Gastroenteróloga

2. REVISORES

Dr. Ricardo Chanis, Dr. Ricardo McCalla, Dra. Analissa Sánchez. Dra. Ecaterina Julio, Servicio de Gastroenterología. Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES / REVISORES

Los autores y revisores participantes en la elaboración de este protocolo de atención declaran que no existen conflictos de intereses que afecten el contenido.

4. JUSTIFICACIÓN

La constipación infantil es un problema frecuente en la consulta pediátrica y constituye aproximadamente un 25% de la consulta al gastroenterólogo infantil. Se ha descrito una prevalencia de 0,7-29,6%, con una media de 8,9% en población pediátrica, pero esta es variable, ya que está influenciada por los distintos hábitos dietéticos y definiciones usadas en las poblaciones estudiadas.

En el 17% a 40% de los niños, el estreñimiento comienza en el primer año de vida.

5. ALCANCE Y PROPÓSITO

Elaboración de protocolo de abordaje para ayudar a médicos en el abordaje y manejo de niños con estreñimiento en atención primaria, secundaria y atención terciaria, desarrollar directrices basadas en evidencia como un esfuerzo conjunto.

6. OBJETIVOS

Objetivo General

Estandarizar la calidad del cuidado médico en pacientes con estreñimiento funcional

Objetivos específicos:

- Conocer la fisiopatología del estreñimiento funcional y de la incontinencia fecal.
- Presentar la indicación de las distintas pruebas diagnósticas.
- Emplear de forma adecuada los laxantes (dosificación) y otras medidas complementarias del tratamiento.
- Definir normas de derivación al especialista en casos de estreñimiento crónico que no responda a las medidas iniciales o cuando se identifique una causa orgánica.
- Elaborar un algoritmo de manejo de estreñimiento en pediatría.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 3 de 17
	Título: Protocolo de manejo del Estreñimiento	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Dra. Ana Karina Coronado. Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

7. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Según el Departamento de Registros Médicos y del Hospital del Niño José Renán Esquivel entre los años 2008 al 2017, registraron 504 casos por Estreñimiento. De estos 28 casos en el grupo de edad de 1 meses a 11 meses, 156 casos corresponden al grupo etéreo de 1-4 años, 163 casos entre los 5-9 años y 157 casos entre los 10 y 14 años.

Chogle, Velasco C. Chanis R. realizaron un estudio multi céntrico en población pediátrica latinoamericana (Suramérica) en donde el estreñimiento correspondió a 10% del total de los casos (351/425 (83%) que fueron incluidos en este estudio.

8. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD

(K59.0) Estreñimiento

9. GENERALIDADES, ETIOLOGÍA Y DEFINICIÓN

Los patrones normales de defecación varían según la edad, desde una media de 4 defecaciones al día en la primera semana de vida a 2 al día al año de edad. El patrón normal del adulto de 3 veces al día a 3 veces por semana se alcanza aproximadamente a los 4 años. Debe considerarse además que el número de deposiciones y su consistencia varían dependiendo de la dieta consumida por las distintas poblaciones.¹

Fisiopatología

En condiciones normales la llegada de las heces al recto y la consiguiente distensión de sus paredes, provoca la relajación del esfínter anal interno y la sensación de defecación, con continencia voluntaria por parte del esfínter anal externo y los músculos del suelo de la pelvis. Cuando se produce la defecación el ángulo anorectal se rectifica por la contracción de los músculos abdominales y la relajación del esfínter anal externo y músculos puborrectales.

Generalmente a raíz de algún desencadenante (un cambio dietético, una fisura anal, una infección perianal, miedo o rechazo a la utilización del baño o medidas de retirada los pañales inadecuadas, dietas con bajo contenido en fibra entre otras) se producen defecaciones dolorosas que llevan al niño a conductas retentivas que ya se producen en el lactante y se hacen activas (expresada por la adopción de posturas estereotipadas de retención) cuando se consigue el control de los músculos voluntarios.

Esta se ha relacionado con la retención de deposiciones después de un episodio de dolor o miedo a defecar. Como consecuencia de la retención la mucosa rectal absorbe el agua de la masa fecal, obteniéndose heces más voluminosas y duras que son más difíciles de evacuar.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 4 de 17
	Título: Protocolo de manejo del Estreñimiento	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Dra. Ana Karina Coronado. Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Este proceso produce un círculo vicioso provocando mayor retención de deposiciones, distensión del recto, incontinencia fecal retentiva debido a esfínter anal incompetente y por último pérdida de la sensación de urgencia defecatoria.

La incontinencia fecal se produce por la imposibilidad de controlar voluntariamente todo el volumen fecal acumulado en el recto, escapándose parte de las heces por el ano. La situación límite es la contracción paradójica del esfínter anal externo durante la defecación (disinergia del piso pélvico).

Concepto:

- **Incontinencia fecal**

Sustituye los términos ensuciamiento (*soiling*) y encopresis y los engloba. Significa la emisión de heces (manchas en caso de ensuciamiento o heces completas en caso de encopresis) en lugares inapropiados (ropa, suelo, cama). Puede ser el resultado de:

- Incontinencia fecal *orgánica* (por problemas neurológicos o del esfínter)
- Incontinencia fecal *funcional*, a su vez dividida en
 - Incontinencia fecal *asociada a estreñimiento (retentiva)*
 - Incontinencia fecal *no retentiva*
 - La incontinencia fecal crónica es aquella con más de 8 semanas de duración.
 - *La incontinencia fecal no retentiva* es aquella que ocurre en niños con edad mental mayor a 4 años sin evidencia de estreñimiento según los datos de la historia clínica y/o exploración.

- **Impactación fecal**

Estreñimiento severo con gran cantidad de heces en recto o abdomen y con poca probabilidad de ser expulsadas voluntariamente. Puede ser demostrada por la exploración física rectal o abdominal o por otros métodos.

10. EVALUACIÓN CLÍNICA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ^{4,5,6}

La historia clínica y el examen físico son los pilares fundamentales en el diagnóstico para obtener datos suficientes para determinar si nos encontramos frente a casos de estreñimiento funcional.

Los exámenes complementarios se reservan para casos de fracaso del tratamiento, o cuando existen elementos clínicos que orienten a una posible causa orgánica. **Ver tabla 1.**

El diagnóstico diferencial debe incluir anomalías anatómicas, enfermedad de Hirschsprung, problemas medulares y otras enfermedades metabólicas y neuroentéricas. Es un dato importante el tiempo de expulsión del primer meconio (> 90% de los recién nacidos a término sanos en las primeras 24 horas). **Ver tabla 2**

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 5 de 17
	Título: Protocolo de manejo del Estreñimiento	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Dra. Ana Karina Coronado. Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Los criterios diagnósticos basados en la actualización de los criterios de Roma IV, Debe incluir al menos dos de los siguientes durante al menos un mes:

1. Dos o menos deposiciones por semana.
2. Historia de retención fecal excesiva.
3. Historia de defecación dolorosa o de deposiciones duras.
4. Historia de deposiciones voluminosas.
5. Presencia de una gran masa fecal en el recto.

En niños continentales fecales, pueden usarse los siguientes criterios adicionales:

6. Al menos un episodio semanal de incontinencia.
7. Historia de deposiciones voluminosas que pueden obstruir el sanitario.

Incontinencia fecal no retentiva (IFNR)

Criterios diagnósticos

En un niño con desarrollo mental de al menos cuatro años, durante al menos un mes:

1. Defecación en lugares inapropiados al contexto sociocultural.
2. Sin evidencia de retención fecal.
3. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS^{7,8}

Se realizarán solo en los casos dudosos con síntomas de alarma; ante el fracaso del tratamiento habitual a dosis adecuadas, una vez comprobada la adherencia y previo a cirugía.

- **Analítica.** Solo está indicada en casos seleccionados con una historia sugerente de causa orgánica, o tras falta de respuesta al tratamiento convencional.

Incluirá hemograma, hormonas tiroideas, bioquímica sérica, ionograma, calcemia, sistemático y sedimento de orina y marcadores serológicos de enfermedad celíaca junto a IgA total.

- **Radiografía simple de abdomen.** NO ESTÁ INDICADA en el estreñimiento funcional salvo en los casos dudosos (demostrar la retención fecal cuando no se puede realizar el tacto rectal, como en niños muy obesos o que se niegan a ello y en niños tratados previamente con laxantes y para la detección de alteraciones de la columna lumbosacra).

- **Otras pruebas complementarias:**

Test del sudor: indicado en casos de estreñimiento con síntomas sugestivos de fibrosis quística.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 6 de 17
	Título: Protocolo de manejo del Estreñimiento	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Dra. Ana Karina Coronado. Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Ecografía abdominal: no resulta de utilidad en este trastorno. Si llega a realizarse en niños que consultan por dolor abdominal recurrente, nos señalará la presencia de abundante materia fecal en colon y recto.

Enema opaco: indicado ante la sospecha de anomalías anatómicas megacolon agangliónico.

Manometría ano-rectal: indicada en niños con sospecha de Enfermedad de Hirschsprung (EH) o displasia neuronal Colónica.

Biopsia rectal: test diagnóstico de elección reconocido para EH

Resonancia magnética de espina lumbar ²(las anomalías espinales se pueden presentar en niños con estreñimiento refractario aun con un examen neurológico normal y el estreñimiento puede mejorar luego de la cirugía espinal correctiva).

Consulta a psiquiatría: indicado solamente en casos seleccionados con trastornos psicoemocionales evidentes

11. TRATAMIENTO

Información al paciente y a los padres ⁷

- Es preciso disminuir el clima dramático que con frecuencia rodea a esta patología y fortalecer la confianza médico-paciente.
- Establecer como objetivo terapéutico la realización de deposiciones blandas, sin dolor, miedo, esfuerzo ni escapes de heces.
- La implicación de los niños y sus padres en el manejo del estreñimiento es fundamental informándoles que:
 - El tratamiento es a largo plazo (meses-años)
 - Puede requerir la utilización prolongada de laxantes junto a otras medidas
 - En el seguimiento los padres llevarán a cabo un registro semanal de incidencias que será controlado por su pediatra en consulta mediante visitas programadas.
- **Promoción de hábitos intestinales regulares. Terapia de reforzamiento ⁹**
 - Es importante poder explicar al paciente y a su familia la fisiopatología de la constipación y aclarar que la incontinencia no es una acción voluntaria ni desafiante por parte del niño. También debe explicarse que el tratamiento es prolongado y que son frecuentes las recaídas.
 - La modificación del comportamiento incluye:
 - La obligación de ir al baño al menos una vez/día por 5 a 10 min, aprovechando el reflejo gastrocólico postprandial.
 - Durante este momento debe asegurarse que el paciente esté en una posición cómoda y que logre apoyar los pies para favorecer la acción de la prensa abdominal, sin distracciones al momento del entrenamiento.
 - Se sugiere que el paciente realice un registro de los resultados de su entrenamiento defecatorio en hojas de seguimiento, lo cual supone un refuerzo positivo en la modificación conductual.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 7 de 17
	Título: Protocolo de manejo del Estreñimiento	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Dra. Ana Karina Coronado. Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

• **Recomendaciones dietéticas**

- No se trata de recomendar una dieta específica sino realizar una dieta equilibrada, rica en frutas, verduras, cereales y legumbres que garantice el aporte diario de fibra necesario según la edad.
- El rol protector de la fibra en constipación se ha atribuido a la inducción de estimulación mecánica y osmótica de la motilidad colónica.
- Destacamos que la Academia Americana de Pediatría (AAP) aboga por 0,5 g/k/d y la American Health Foundation (AHF) recomiendan una ingesta mínima de g/día de fibra equivalente a la edad del niño más 5 (> 2 años: edad + 5 g/ día fibra ó 0,5 g/ kg al día,) y una ingesta máxima de la edad más 10 (g/día). Esto se traduce en 5-15 g de fibra al día en niños entre los 2 y 5 años. En lactantes se indica a partir de los 5 meses una introducción progresiva de fibra dietética en forma de frutas y cereales hasta llegar a 5 g/d.
- Se debe aconsejar una ingesta óptima de líquidos, sin que suponga una restricción calórica, evitando el exceso de productos lácteos.
- En los casos de sospecha de alergia a proteína de leche de vaca (APLV) (IgE mediada: clínica, historia familiar, IgE específica, o no-IgE mediada: inicio tras la introducción de la PLV en la dieta y no respuesta a tratamiento), puede realizarse una prueba terapéutica de exclusión de la misma.
- No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de probióticos como tratamiento adyuvante en el estreñimiento funcional pediátrico.
- Consumo excesivo de leche entera (960 ml al día) puede producir disminución en la motilidad intestinal y saciedad en el niño, disminuyendo la ingesta de otros fluidos y alimentos que promuevan heces pastosas, como el agua, frutas y vegetales. El consumo de 720 mL de leche es suficiente para alcanzar los requerimientos diarios de calcio en niños entre 2-5 años.

• **Tratamiento farmacológico. Ver tabla 4.**

1) **Desimpactación.**

- La desimpactación fecal puede ser realizada con el uso de agentes orales, por vía nasogástrica o rectal.
- El medicamento de primera línea en desimpactación es el polietilenglicol3350(PEG)sin electrolitos. La eficacia y seguridad del PEG oral ha sido mostrada, demostrándose desimpactación exitosa en el 75-92% de los pacientes después de 3-6 días consecutivos, utilizando una dosis entre 1,0 a 1,5 g/kg/día.^{2,9}
- Efectos adversos: diarrea, náuseas o dolor abdominal.
- Al comparar la eficacia de laxantes osmóticos con enemas retrógrados los estudios prospectivos realizados hasta el momento no han demostrado que una alternativa sea superior a otra como tratamiento de primera línea en la desimpactación fecal.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 8 de 17
	Título: Protocolo de manejo del Estreñimiento	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Dra. Ana Karina Coronado. Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- Un enema una vez al día durante 3–6 días se recomienda para niños con impactación fecal si PEG no está disponible.²
 - Enemas de fosfato de sodio No administrar a niños menores de 2 años.
 - Niños mayores de 2 años: 5 ml/Kg 1-2 veces al día Utilizar con cuidado ya que la posibilidad de absorción de grandes cantidades de fosfato podría dar lugar a la aparición de convulsiones e hipocalcemia.
 - En su forma oral no datos disponibles en niños.
 - Enemas de solución salina 10-20 ml/kg.

2) Mantenimiento

La terapia de mantenimiento requiere del uso de laxantes en combinación con el resto de las medidas terapéuticas ya mencionadas, durante un período que puede durar meses o años.

- a) PEG 3350 sin electrolitos (en dosis de 0,4 a 1 g/kg/día). Se recomienda el uso de lactulosa como primera línea de tratamiento de mantenimiento si el PEG no está disponible.²
- b) Basado en la opinión de expertos, el uso de la leche de magnesia, aceite mineral y laxantes estimulantes puede considerarse como tratamiento adicional o de segunda línea.²
- c) El uso de enemas no estaría recomendado para el tratamiento de mantenimiento en constipación crónica funcional, pero sí se han descrito beneficios en el tratamiento de las causas orgánicas, como en pacientes con espina bífida.
- d) El tratamiento de mantenimiento debe continuar durante al menos 2 meses. *Todos los síntomas de estreñimiento deben resolverse por lo menos un mes antes de la interrupción del tratamiento.* El tratamiento debe ser disminuido gradualmente.²
- e) En la etapa de desarrollo del control de esfínteres, la medicación debe sólo ser detenida una vez que se logra el control de los esfínteres.²

¿Cuánto tiempo hay niños que permanecer bajo **tratamiento médico**?

No existen estudios controlados que investigaron la duración óptima del tratamiento médico en niños con estreñimiento funcional.

12.-CRITERIOS DE REFERENCIA

Se puede considerar la derivación a consulta especializada en las siguientes situaciones:

- Sospecha de causa orgánica por presencia de signos de alarma.
 - Estreñimiento desde muy temprano (<1 mes).
 - Paso de meconio >48 horas.
 - Antecedentes familiares de Enfermedad de Hirschprung.
 - Retraso en el desarrollo.
 - Glándulas tiroideas anormales.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 9 de 17
	Título: Protocolo de manejo del Estreñimiento	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Dra. Ana Karina Coronado. Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- Distensión abdominal intensa.
- Mechón de pelo en la columna vertebral
- Hoyuelo sacro.
- Estreñimiento funcional con mala respuesta al tratamiento o frecuentes recaídas. Las principales causas de mala evolución son la retirada precoz, tratamiento con laxantes a dosis inadecuadas y falta de adherencia.
- Existencia de gran preocupación familiar.
- De forma excepcional, será necesaria la derivación a urgencias, principalmente ante la sospecha de una causa que precise tratamiento quirúrgico urgente.

13.-EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

De la población de pacientes referidos al pediatra gastroenterólogo 50% se recuperará (3 o más evacuaciones por semana y sin incontinencia fecal) y estará sin consumo de laxantes después de 6 a 12 meses.

Aproximadamente un 10% adicional estarán bien mientras consuman laxantes y el 40% restante seguirán sintomáticos a pesar del empleo de laxantes.

En el grupo de pacientes referidos al pediatra gastroenterólogo, el retraso en el inicio del tratamiento médico por más de 3 meses se correlaciona con una duración mayor de los síntomas.²

Por lo tanto, parece de gran importancia llevar a cabo un seguimiento estrecho de los niños estreñidos y reiniciar el tratamiento médico lo antes posible en caso necesario. Además, poner el énfasis en los regímenes de mantenimiento recomendados y en el esquema de reducción de los medicamentos ayudará a mejorar la evolución a largo plazo.

14.-RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE Y FAMILIA.

El principal objetivo es que el niño haga deposiciones blandas sin dolor, miedo ni esfuerzo. Para ello la colaboración de los padres y del propio niño es tan importante como la correcta utilización de los laxantes.

Medidas educativas.

Estimule al niño a que se siente en el baño y haga fuerza durante 5-10-15 minutos, después de las comidas principales. Asegúrese de que su posición es correcta, con apoyo de los pies en el suelo o en un elevador, estimulando la contracción de los músculos del abdomen. Cuando el estómago está lleno se favorece la movilidad intestinal, por lo que resulta más fácil la defecación.

Un gran amigo del intestino es la regularidad. Acostumbre a poner al niño en la taza siempre a la misma hora. Por la mañana y por la noche, tras el desayuno y cena es el mejor momento, sobre todo si el niño come en el colegio.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 10 de 17
	Título: Protocolo de manejo del Estreñimiento	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Dra. Ana Karina Coronado. Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Rellene la hoja de seguimiento con la colaboración del niño utilizando símbolos para los niños más pequeños.

Favorezca y estimule el ejercicio físico. Cuidado con la televisión, los videojuegos en exceso y otros hábitos sedentarios.

Medidas dietéticas

No retire la leche materna por “estreñimiento”. Muchos niños alimentados al pecho hacen deposiciones con poca frecuencia y blandas sin ningún malestar. Esto es normal y no debe preocuparse.

Ofrezca en la dieta del niño con frecuencia frutas, legumbres y verduras (preferible frescas o al vapor). Trucos: combinar las frutas en forma de compota, mezclas con otros alimentos.

Utilice productos enriquecidos con fibra en caso de bajo consumo de frutas y verduras (galletas, cereales integrales, etc.)

Evite el exceso de consumo de productos lácteos, sobre todo si sustituyen a la fruta en los postres de forma habitual.

Ofrezca al niño más cantidad de líquidos (agua, zumos).

Laxantes

Su pediatra le prescribirá el laxante más adecuado a la edad y circunstancias del caso de su hijo. Los laxantes que se usan en los niños (polietilenglicol, lactulosa y otros) tienen muy pocos efectos secundarios y pueden usarse durante meses sin que causen perjuicio o que “el intestino se acostumbre”.

Este tipo de laxantes no tienen una dosis fija y pueden regularse según el efecto. Su pediatra le indicara la dosis de inicio y como utilizarlos.

Es importante que no retire el tratamiento sin consultar primero a pesar de que el niño haya regulado sus deposiciones, ya que las recaídas por retirada precipitada son frecuentes.

15.-MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL

En las visitas de supervisión de la salud, se debe abordar el tema de la dieta y la defecación.

En la mayoría de niños el problema aparece tras un episodio agudo que puede estar motivado por factores diversos, destacando tres momentos claves en los que es imprescindible informar adecuadamente a los padres de medidas, fundamentalmente dietéticas y conductuales, encaminadas a evitar la aparición del estreñimiento: el paso de la lactancia materna a artificial junto al inicio de la alimentación complementaria, el control de esfínteres y el inicio de la escolarización.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 11 de 17
	Título: Protocolo de manejo del Estreñimiento	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Dra. Ana Karina Coronado. Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Las recomendaciones aceptadas para la prevención del estreñimiento en la época de lactante incluyen:

Promoción de la lactancia materna.

Inicio de buenos hábitos dietéticos.

Evitar el uso rutinario de medidas tales como la estimulación rectal, microenemas o supositorios.

16.-SEGUIMIENTO Y CONTROLES.

Es aconsejable planificar visitas de seguimiento frecuentes para evitar recaídas y ciclos de empeoramiento.

Se aconsejan los siguientes controles clínicos y con las hojas de seguimiento con una periodicidad después de la desimantación, dos semanas tras iniciar el tratamiento de mantenimiento, al mes, tres meses y posteriormente cada seis meses.

Ante un fracaso del tratamiento se valorara la posibilidad de aumentar la dosis, cambiar de laxante o asociar temporalmente otro.

Si el fracaso es por falta de cumplimiento o circunstancias adversas en el entorno del niño, sopesar la valoración por psicología infantil.

Los padres deben recibir consejo para aplicar las medidas preventivas de forma constante.

Cuando los niños van creciendo y ya van solos al baño, se debe recomendar a los padres que pregunten a sus hijos sobre la frecuencia defecatoria y la consistencia de las heces.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 12 de 17
	Título: Protocolo de manejo del Estreñimiento	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Dra. Ana Karina Coronado. Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Torres A, Gonzáles M. Constipación crónica. RevChil Pediatr. 2015;86(4):299---304
2. Tabbers M, DiLorenzo C, Berger M et al. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN. JPGN 2014;58: 258–274
3. Peeters B, Benninga MA, Hennekam RC. Childhood constipation; an overview of genetic studies and associated syndromes. BestPract Res ClinGastroenterol. 2011; 25:73---88.
4. Blesa Baviera LC. Trastornos digestivos funcionales pediátricos. Criterios Roma IV. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 99-114.
5. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. Gastroenterology. 2016;150:1456-68.
6. Marc A. Benninga, Samuel Nurko, Christophe Faure et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. Gastroenterology 2016;150:1443–1455
7. Bautista Casanovas A, Argüelles Martín F, Peña Quintana L, Polanco Allué I, Sánchez Ruiz F, Varea Calderón V. Recomendaciones para el tratamiento del estreñimiento funcional. An Pediatr (Barc). 2011; 74 (1): 51.e1-51.e7.
8. Beatriz Espín Jaime. Guía de estreñimiento en el niño. Madrid: Ergon 2015.
9. Torres A, González M. Constipación crónica. RevChil Pediatr. 2015;86(4):299---304

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 13 de 17
	Título: Protocolo de manejo del Estreñimiento	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Dra. Ana Karina Coronado. Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

ANEXOS

Tabla No1. CAUSAS DE CONSTIPACIÓN DE ORIGEN ORGÁNICO

Causas intestinales Enfermedad de Hirschsprung Malformaciones anorrectales Displasia neuronal intestinal, Pseudo-obstrucción (neuropatías viscerales, miopatías)	Fármacos Opioides Anticolinérgicos Antidepresivos
Causas neurogénicas Alteraciones medulares: Mielomeningocele, espina bífida Parálisis cerebral Tumores Neuropatías	Otras causas Anorexia nerviosa Abuso sexual Esclerodermia Fibrosis quística Alergia alimentaria Enfermedad celiaca Musculatura abdominal anormal (Síndrome del abdomen en ciruela pasa, gastroquiasis, síndrome de Down)
Causas metabólicas o endocrinas Hipotiroidismo Diabetes mellitus Hipercalcemia Hipocalcemia Intoxicación por vitamina D	

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 14 de 17
	Título: Protocolo de manejo del Estreñimiento	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Dra. Ana Karina Coronado. Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Figura 1. Escala de Bristol Modificada para niños



Escala de Bristol modificada para niños. Traducido de: Chumpitazi BP, Lane MM, Czyzewski DI, et al. Creation and initial evaluation of a Stool Form Scale for children. J Pediatr 2010; 157 (4): 594-7 y de Lane MM, Czyzewski DI, Chumpitazi BP, et al. Reliability and validity of a modified Bristol Stool Form Scale for children. J Pediatr. 2011; 159 (3): 437-41.e1

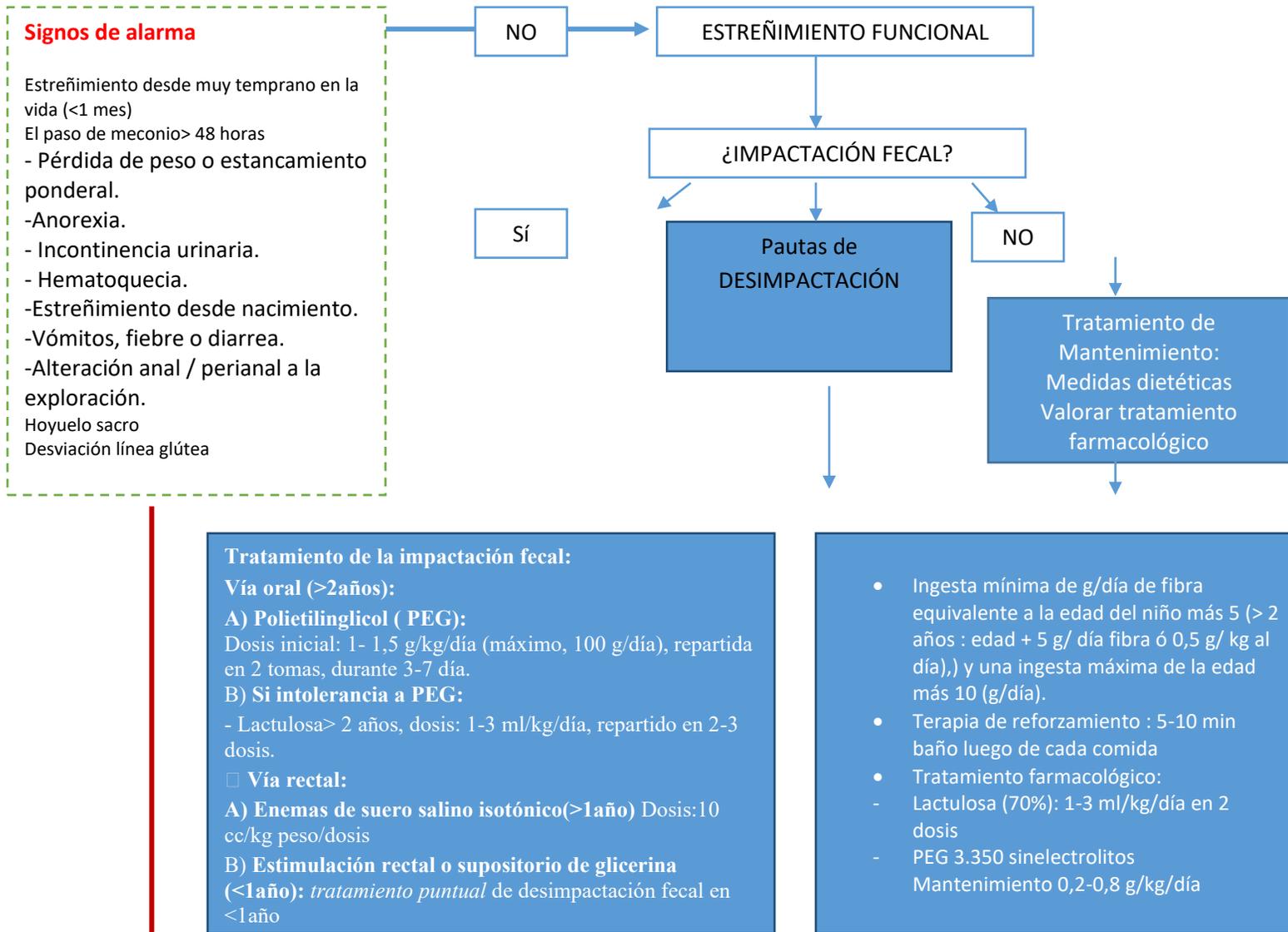
	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 15 de 17
	Título: Protocolo de manejo del Estreñimiento	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Dra. Ana Karina Coronado. Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Tabla 2. Medicamentos recomendados

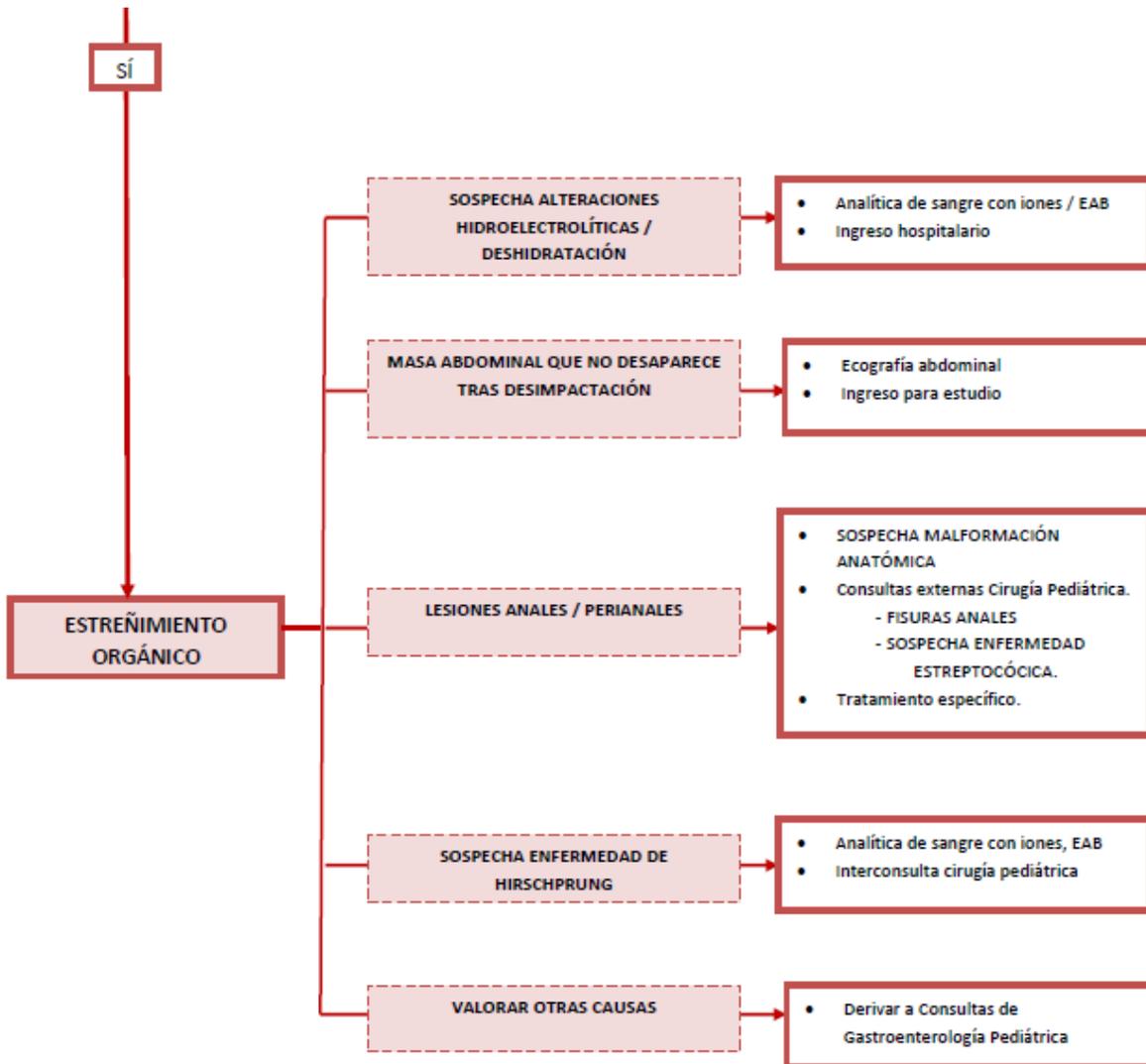
MEDICAMENTO	DOSIS	EFFECTOS ADVERSOS
Laxantes osmóticos (uso vía oral)		
Lactulosa (70%)	1-3 ml/kg/día en 2 dosis	Flatulencia, calambre
Hidróxido de Magnesio	1 ml/kg/día de solución de 400 mg/5 ml	Diarrea, Hipermagnesemia, hipofosfatemia, hipocalcemia
PEG 3350 sin electrolitos	Desimpactación: 1-1,5 g/kg/día por 3 días Mantenimiento 0,2-0,8 g/kg/día	Nauseas, vómitos, diarrea, irritación anal.
Enema osmótico		
Enema de fosfatos	< 2 años: evitar > 2 años: 2,5 ml/kg hasta 135 ml	
Lubricantes		
Aceite mineral (vaselina)	< 1 año: no recomendado Mantenimiento: 1-3 ml/kg/día (máximo 90 ml/día)	Neumonía lipoidea Fuga de aceite Irritación y prurito anal (evitar en <1 año o niños con RGE o encefalopatías)
Estimulantes (utilizados solo a corto plazo, previo a procedimientos)		
Bisacodilo	3-10 años: 5 mg/día > 10 años: 5-10 mg/día Disponibles en grageas de 5 mg y supositorios de 10 mg.	Dolor abdominal Diarrea, Erupción cutánea, debilidad, irritación, sangrado e inflamación de mucosa rectal
Supositorios de glicerina	Uso en lactantes	

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 16 de 17
	Título: Protocolo de manejo del Estreñimiento	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Dra. Ana Karina Coronado. Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

ALGORITMO DE MANEJO ESTREÑIMIENTO



	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 17 de 17
	Título: Protocolo de manejo del Estreñimiento	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Dra. Ana Karina Coronado. Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	



Modificado de: Clara Ferrero, Alicia Hernanz. Sección Gastroenterología Pediátrica-Sección de Urgencias
Pediátricas Revisado: Junio 2016

Tabbers M, DiLorenzo C, Berger M et al. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN. JPGN 2014;58: 258–274