


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

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 3 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

1. AUTOR

Dra. Julieth Lydna. Dra. Ana Karina Coronado. Servicio de Gastroenterología

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 El estreñimiento afecta hasta al 30 % de los niños y representa aproximadamente entre el 3 % y el 5 % de todas las visitas al pediatra. La prevalencia máxima se observa durante la edad preescolar en la mayoría de los informes. El estreñimiento funcional es responsable de más del 95 % de los casos de estreñimiento en niños sanos de un año o más y es particularmente común entre los niños en edad preescolar.

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) 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 4 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	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 2020 al 2024, registraron 233 casos por constipación. De estos, 3 fueron en el periodo neonatal, 5 casos en el grupo de edad de 1 meses a 11 meses, 75 casos corresponden al grupo etario de 1-4 años, 74 casos entre los 5-9 años y 76 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

K59.00: Estreñimiento, no especificado.


9. GENERALIDADES, ETIOLOGÍA Y DEFINICIÓN

El patrón defecatorio normal varía con la edad, especialmente por debajo de los 4 años. Se considera que la media de deposiciones de un recién nacido es de 4-6 al día, existen oscilaciones, siendo generalmente menor en los que toman fórmulas de lactantes. Los alimentados con lactancia materna pueden realizar una deposición líquida tras cada toma y efectuar hasta 10-12 deposiciones en un día o, por el contrario, tener una frecuencia deposicional muy baja realizando deposiciones incluso cada 3-5 días, pero de consistencia blanda y que no se acompañan de esfuerzo defecatorio. Con la edad va disminuyendo la frecuencia de las deposiciones, siendo la media a los 4 años de 1-2 al día y, a partir de ahí, asemejarse a la frecuencia en el adulto, que oscila de 3 deposiciones al día a 3 deposiciones a la semana.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 pubo rectales.

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.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 5 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

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.

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 **manchado fecal (soiling)**, **encopresis** (heces completas en lugares inapropiados) y los engloba. 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 no retentiva* es aquella que ocurre en niños con edad mayor a 4 años sin evidencia de estreñimiento según los datos de la historia clínica y/o exploración.
- Impactación fecal → 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). Importante evaluar las características de las heces (**ver figura 1**).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 6 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	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.

Signos de alarma en constipación infantil: (ver tabla 2)

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

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 PARA EL DIAGNÓSTICO NI EL SEGUIMIENTO** del estreñimiento funcional, salvo en los casos dudosos (obesos, pacientes con trastornos cognitivos conductuales o que se niegan a la revisión).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 7 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- **Otras pruebas complementarias:**

- Test del sudor: indicado en casos de estreñimiento con síntomas sugestivos de fibrosis quística.
- Ecografía abdominal: no resulta de utilidad en este trastorno.
- Enema opaco: indicado ante la sospecha de Enfermedad de Hirschsprung (EH).
- 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 columna lumbosacra: las anomalías espinales se pueden presentar en niños con estreñimiento refractario.
- 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 (**ver figura 2**).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 8 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- 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.

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.
- Para asegurar una hidratación adecuada, se debe animar a los niños con estreñimiento crónico o incontinencia fecal a consumir al menos de 960 a 1920 ml (32 a 64 onzas) de agua, 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.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 9 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Tratamiento farmacológico. Ver tabla 3.

El tratamiento farmacológico para el estreñimiento funcional crónico consiste en cuatro pasos: 1. Desimpactación; 2. Tratamiento de mantenimiento; 3. Destete de la medicación; 4. Seguimiento. Está siempre acompañado del tratamiento no farmacológico.

1. **Desimpactación:** puede ser realizada con el uso de agentes orales, por vía nasogástrica o rectal.

Medicamentos orales:

- El polietilenglicol 3350 (polietilenglicol sin electrolitos). La dosis para la desimpactación es de 1 a 1,5 g/kg/día (máximo 100 g/día) por vía oral durante un máximo de seis días. El medicamento se disuelve en aproximadamente 4 a 8 onz de agua o bebida saborizada.


Medicamentos rectales: En pacientes con impactación grave, pueden ser necesarios medicamentos rectales para una desimpactación eficaz.

- Enema de fosfato de sodio: **Estos enemas no deben usarse en niños menores de dos años.**
 - Para niños ≥ 12 años, use un enema de 133 ml (4.5 onzas).
 - Para niños de 5 años y < 12 años, use un enema de 66 ml.
 - Para niños de 2 a < 5 años, use la mitad del enema de 66 ml. Esta dosis puede repetirse una vez en un plazo de 12 a 24 horas, si es necesario.
- Enema salino: se puede administrar en una dosis de 10 a 20 ml por kg. (p. ej., una solución salina isotónica [0,9 %]).
- Enema de aceite mineral:
 - Para niños ≥ 12 años, use un enema de 60 a 150 ml.
 - Para niños de 2 a < 12 años, de 30 a 60 ml.
- Supositorios de bisacodilo: en niños mayores y supositorios de glicerina en bebés. Estos métodos no suelen ser tan eficaces como los enemas, pero se toleran bien.
- **No** se recomienda el uso de enemas de jabón, agua del grifo, leche, vinagre, café, melaza, magnesio o formulaciones a base de hierbas.
- Microenemas de glicerol, mieles, sorbitol para impactaciones bajas, con buena tolerancia.

2. Mantenimiento:

Laxantes osmóticos y lubricantes:

- Polvo de PEG 3350: 0,4 a 0,8 g/kg por día; máximo 17 g por día para la dosis inicial.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 10 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- Lactulosa (solución de 10 g/15 mL): 1 mL/kg (0,67 g/kg) una o dos veces al día (máximo 60 mL por día para la dosis inicial).
- Hidróxido de magnesio (leche de magnesia): 1 a 3 mL/kg por día de suspensión de 400 mg/5 mL (máximo 30 mL por día para dosis inicial en dosis únicas o divididas).

Laxantes estimulantes:

- Sen (jarabe de 8,8 mg de senósidos/5 ml o comprimidos de 8,6 mg de senósidos/comp)
 - 2 a 6 años → 2,5 a 3,75 ml (o de media a una tableta) una o dos veces al día
 - 6 a 12 años → 5 a 7,5 ml (o 1 a 2 comprimidos) una o dos veces al día
 - 12 años y más → 5 a 15 ml (o 1 a 3 comprimidos) una o dos veces al día
- Bisacodilo: Oral (comprimidos de 5 mg)/supositorio rectal (10mg)
 - Niños de 3 a 10 años: 5mg una vez al día.
 - Niños >10 años: 5 a 10mg una vez al día.


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.

El tratamiento de mantenimiento debe continuar durante al menos 2 meses y valorar la respuesta clínica. Todos los síntomas de estreñimiento deben resolverse por lo menos un mes antes de la interrupción del tratamiento. El tratamiento debe ser disminuido gradualmente por riesgo de rebote. ²

En la etapa de desarrollo del control de esfínteres, la medicación debe mantenerse hasta que se logra el control de los esfínteres.

Manejo de las recaídas: Las recaídas son comunes durante la fase de mantenimiento y pueden manejarse de diversas maneras, según la gravedad y el historial de impactación fecal. Si el niño no ha defecado durante varios días, se debe tomar una de estas medidas:

- Si se ha recetado polietilenglicol 3350, asegúrese de que el padre o cuidador lo mezcle según lo recomendado en el tipo y la cantidad correctos de líquido (agua, jugo o refresco) y que el niño lo beba dentro de los 30 minutos y no lo beba a sorbos durante el día ni lo lleve a la escuela.
- Aumente brevemente la dosis de laxante oral (por ejemplo, duplique la dosis durante uno a tres días, hasta que el niño tenga heces grandes y blandas).
- Administre una o dos dosis de un laxante estimulante, como sen y bisacodilo.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 11 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

ESTREÑIMIENTO REFRACTARIO

Criterios de diagnóstico: El estreñimiento refractario se define como síntomas continuos de estreñimiento (≤ 2 defecaciones voluntarias y/o ≥ 1 episodio de incontinencia fecal por semana) con deterioro de la calidad de vida a pesar del tratamiento con todas estas intervenciones durante al menos tres meses:

- Uso diario de un laxante estimulante en dosis adecuada (independientemente del uso de laxante osmótico)
- Intervenciones conductuales
- Intervenciones biomecánicas (es decir, posicionamiento correcto en el inodoro)


Tratamiento en estreñimiento refractario (ER) (ver tabla 4)

- El pilar del tratamiento es la optimización del manejo médico, especialmente con laxantes estimulantes diarios.
- Muchos pacientes catalogados como “refractarios” están subtratados.
- El tratamiento debe ser escalonado, individualizado y dirigido por fisiopatología, con el objetivo de mejorar síntomas y calidad de vida, no solo la frecuencia evacuatoria.
- **Senósidos o bisacodilo a dosis adecuadas, diario y de forma sostenida constituyen la primera línea real del ER.**
- Polietilenglicol (PEG) puede utilizarse como coadyuvante. No es suficiente como monoterapia.
- Se adicionan secretagogos (linaclotida, plecanatida, lubiprostona): cuando la respuesta a estimulantes es parcial o limitada.

12.-CRITERIOS DE REFERENCIA

Se puede considerar la derivación a consulta especializada en las siguientes situaciones: (Ver figura 3)

- 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.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 12 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

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.

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.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 13 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

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.

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.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 14 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

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 valorará 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 15 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

17. -BIBLIOGRAFÍA

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
10. Kilgore AL, Rogers Boruta MK, Ambartsumyan L, Gomez Suarez R, Patel D, Wood RJ, Darbari A, Rodriguez L. Evaluation and management of pediatric refractory constipation: Recommendations from the NASPGHAN neurogastroenterology and motility committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2024;78(1):1-21. doi:10.1002/jpn3.12390.


	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 16 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

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, gastrosquisis, 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 17 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Tabla 2: Signos y síntomas de alarma en estreñimiento

- Estreñimiento de inicio muy temprano (< 1 mes de edad)
- Meconiorrexia después de las primeras 48 horas
- Historia familiar de enfermedad de Hirschprung
- Heces acintadas
- Sangre en las deposiciones en ausencia de fisuras anales
- Fallo de medro
- Fiebre
- Vómito bilioso
- Glándula tiroidea anormal
- Distensión abdominal grave
- Fístula perianal
- Posición del ano anormal
- Ausencia de reflejo cremastérico o anal
- Disminución de fuerza/tono/reflejo en extremidades inferiores
- Hipertriosis lumbosacra
- Hoyuelo sacro
- Desviación de la hendidura glútea
- Miedo extremo durante la exploración anal

Figura 1. Escala de Bristol Modificada para niños




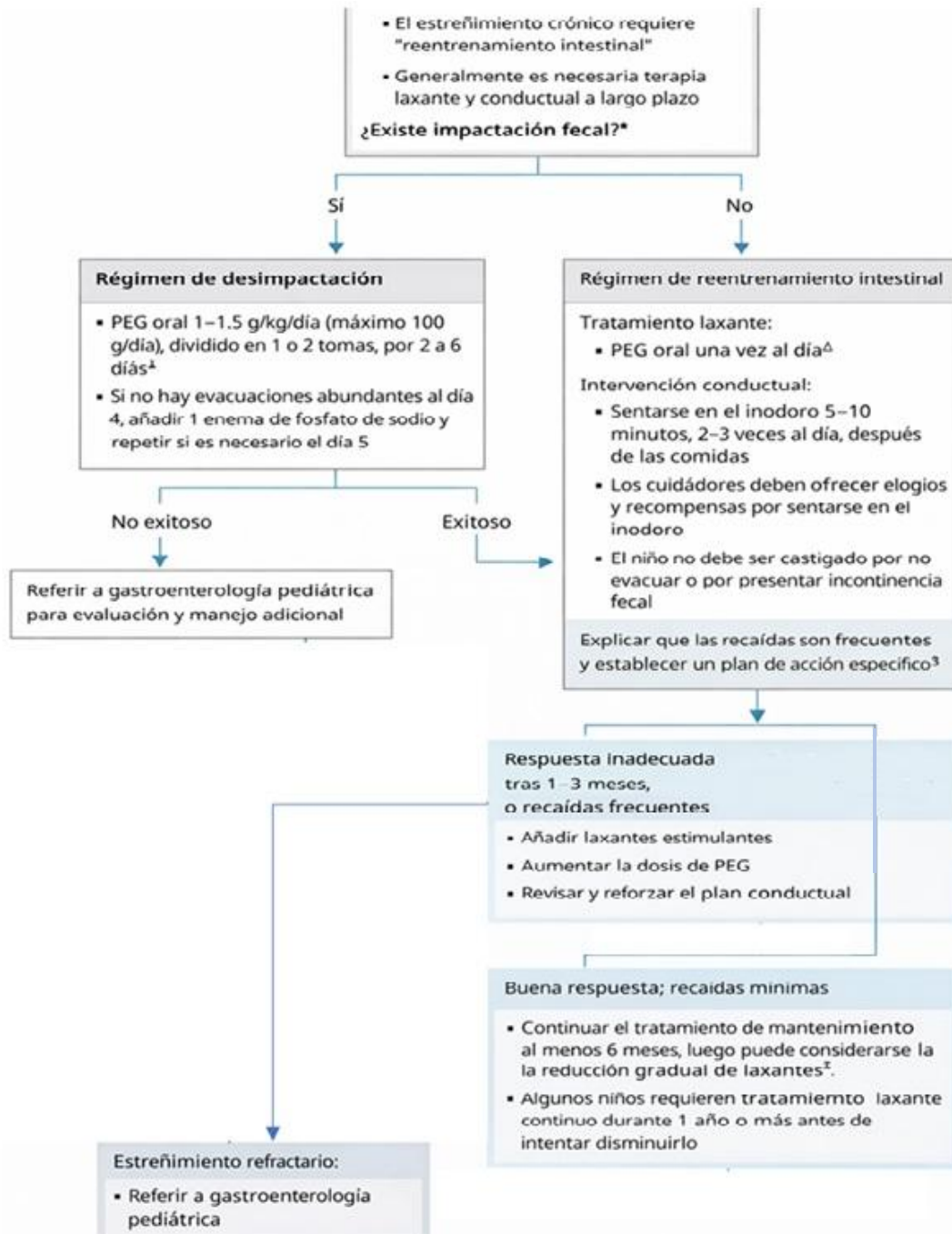
	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 18 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Figura 2: Posicionamiento





Figura 3: Algoritmo de manejo en estreñimiento




	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 20 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Tabla 3: Medicamentos utilizados

Tipo de laxante	Dosis	Efecto adverso
Polietilenglicol 3350	Mantenimiento 0,2-0.8 g/kg/ día en 1-2 dosis Desimpactación fecal: 1 -1.5 g/kg/día (máximo 6 días)	Nauseas, vómitos, diarrea, irritación anal
Lactulosa	7 meses – 18 años 1-2g/Kg/día en 1-2 dosis.	Flatulencias, calambres
Hidróxido de magnesio	2-5 años: 0,4-1,2g/día en 1 o más dosis 6-11 años: 1,2-2,4g/día en 1 o más dosis 12-18 años: 2,4-4,8g/día en 1 o más dosis	Diarrea, Hipermagnesemia, hipofosfatemia, hipocalcemia
Bisacodilo	3-10 años: 5mg/día en 1 dosis (a la noche) 11 años: 5mg/día en 1 dosis (a la noche)	Dolor abdominal, diarrea, flatulencias, irritación, sangrado e inflamación de mucosa rectal
Sen	2 –6 años 2-2.5mg/día en 1-2 dosis. 7.5 – 10mg/día en 1-2 dosis. 13 años 15-20mg/día en 1-2 dosis.	Daño a la piel perianal
Enema de fosfato de sodio	≥12 años: 133 ml (4.5 onzas). 5 años-12 años: 66 ml.	Estos enemas no deben usarse en niños menores de dos años.
Aceite mineral	≥12 años: 60 a 150 ml. 2 años -12 años: de 30 a 60 ml	Neumonía lipoidea. Fuga de aceite, irritación y prurito anal (evitar en <1 año o niños con RGE o encefalopatía)


	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 21 de 20
	Título: Protocolo de manejo del Constipación	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Enero 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Tabla 4: Opciones terapéuticas en estreñimiento refractario

Grupo terapéutico	Fármaco / intervención	Dosis pediátrica recomendada	Comentarios clínicos clave
Laxantes estimulantes (primera línea obligatoria)	Senósidos (tableta, líquido, gomitas)	1–2 mg/kg/día VO nocturno Dosis máxima: 120 mg/día	Fármaco base del ER. Administrar 6–12 h antes del objetivo de evacuación. Vigilar dermatitis perianal en lactantes con pañal
	Bisacodilo VO	0.2 mg/kg/día VO nocturno Máx. 20 mg/día	Seguro a largo plazo. Puede duplicar frecuencia evacuatoria
	Bisacodilo rectal (enema o supositorio)	5–10 mg una vez al día o BID	Útil en impactación o como terapia puente
Laxantes osmóticos (coadyuvantes)	Polietilenglicol (PEG 3350)	Ajustar a respuesta clínica	Nunca como monoterapia en ER
Secretagogos (adyuvantes a estimulantes)	Linaclotida	72–290 µg VO una vez al día (según edad y presentación)	Aprobada ≥6 años. Tomar en ayunas. Riesgo de diarrea
	Plecanatida	3 mg VO una vez al día	Contraindicada <6 años. No aprobada <18 años
	Lubiprostona	8–24 µg VO BID	No aprobada <18 años. Tomar con alimentos
Agonistas serotoninérgicos (5-HT4)	Prucaloprida	0.02–0.04 mg/kg/día VO Máx. 2 mg/día	Off-label pediátrico. Vigilar síntomas psiquiátricos
Toxina botulínica anal	Botox® en EAI	6 U/kg (máx. 100 U) diluido en 2–5 mL NS	Solo indicado en acalasia del EAI
Enemas anterógrados (ACE)	Solución base: SSN 10–30 mL/kg o PEG electrolitos 17 g/240 mL		Evitar agua suavizada
	Aditivos ACE: <ul style="list-style-type: none"> Glicerina 5–15% Bisacodilo 0.2 mg/kg 		Usar con precaución por riesgo de colitis química