

N° 208 /2018/INSN-SB

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO-SAN BORJA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"



RESOLUCION DIRECTORAL

Lima,

23 NOV. 2018

VISTO:

El expediente N°18-020220-001-INSN-SB; sobre aprobación de la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría", de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades; y,

CONSIDERANDO:

Que, los Artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el Segundo párrafo del Artículo 5° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, el inciso s) del Artículo 37° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que al Director Médico le corresponde disponer la elaboración del reglamento interno, de las guías de práctica clínica y de los manuales de procedimientos referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA fue aprobada la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual establece el marco normativo para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud;

Que, en el inciso b) del literal II.4.1 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, aprobado con Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, establece que es función de la Unidad de la Atención Integral Especializada el elaborar y proponer en coordinación con la instancia correspondiente, las políticas, normas, guías técnicas, en el campo de su especialidad, así como efectuar su aplicación, monitoreo y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante el Anexo 2 de la Ficha de Descripción de Procedimiento: "Elaboración y Aprobación de las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimiento", del Manual de Gestión de Procesos y Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad, aprobado por Resolución Directoral N° 118/2017/INSN-SB/T se establece la estructura de la Guía de Práctica Clínica;

Que, mediante la Nota Informativa N° 1352-2018-SUAIEPSE-INSN-SB, el Jefe de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades remite la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Constipación en Pediatría", elaborado por el servicio de Gastroenterología, a fin de poder continuar con los trámites correspondientes para su aprobación mediante la emisión del acto resolutivo;

Que, mediante la Nota Informativa N° 729-2018-UAIE-INSN-SB, el Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada emite opinión favorable a la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría", elaborado por el Servicio de Gastroenterología de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades;

Que, mediante la Nota Informativa N° 00975-2018-UGC-INSN-SB, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad solicita la aprobación, mediante la emisión de la Resolución Directoral de la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría", elaborada por la especialidad de Gastroenterología, la cual cuenta con la opinión favorable de la Unidad de Atención Integral Especializada, de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades, de la Unidad de Gestión de la Calidad;

Que, mediante el Memorando N° 705-2018-DG/INSNSB, la Dirección General del Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja, solicita se realice las acciones que correspondan de acuerdo al marco normativo vigente, en relación a la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Constipación en Pediatría", presentada por la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades;

Que, mediante Informe Legal N° 294-2018-UAJ-INSN-SB, la Unidad de Asesoría Jurídica informa en relación a la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Constipación en Pediatría", de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades del Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja, la misma que se encuentra enmarcada dentro de las normas de la materia, por lo que se recomienda su aprobación, mediante la emisión de la Resolución Directoral correspondiente;

Con el visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad; y, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica, y;

De conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, con el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos

de Apoyo, con la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, con la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA; y, con la Resolución Jefatural N° 340-2015/IGSS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Constipación en Pediatría" de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades, que forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2.-ENCÁRGUESE a la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades la implementación de la Guía de Práctica Clínica antes señalada, aprobada con la presente resolución.

ARTÍCULO 3.- ENCÁRGUESE a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación del cumplimiento de la presente Guía.

ARTÍCULO 4.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en la página Web de la Institución, conforme las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE



insn Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

Dra. Zulerna Tómas Gonzáles
DIRECTORA GENERAL



EZTG/BSPB/dpm

Distribución

- () Dirección Adjunta
- () Unidad de Atención Integral Especializada
- () Unidad de Gestión de la Calidad
- () Unidad de Asesoría Jurídica
- () Unidad de Tecnologías de la Información
- () Archivo



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría

SUBUNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS Y
SUB ESPECIALIDADES

GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CONSTIPACIÓN EN PEDIATRÍA



Elaborado por: Equipo Técnico de la Especialidad de Gastroenterología de la Sub Unidad de Atención integral Especializada de Pediatría y Sub Especialidades	Revisado por: <ul style="list-style-type: none">• Unidad de Atención Integral Especializada• Sub Unidad de Atención integral Especializada de Pediatría y Sub Especialidades• Unidad de Gestión de la Calidad	Aprobado por: Dra. Zulema Tomas Gonzales Directora del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
--	---	---

Fecha: Octubre 2018

Código: GPC-007/INSN-
SB/SUAIEPSE

Página 1 de 19

Instituto Nacional de Salud del Niño
San BorjaROSA AURORA CASTRO JOHANSON
GASTROENTERÓLOGA PEDIÁTRICA
C.M.P. 50095 - C.N.E. 24356 / 25614



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría

Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de
Constipación en Pediatría

ÍNDICE

I	Finalidad	4
II	Objetivo	4
III	Ámbito de Aplicación	4
IV	Diagnóstico y Tratamiento	4
	• Nombre y Código	
V	Consideraciones Generales	4
	5.1. Definición	4
	5.2 Etiología	5
	5.3 Fisiopatología	5
	5.4 Aspectos Epidemiológicos	6
	5.5 Factores de Riesgo Asociados	6
	5.5.1 Medio Ambiente	7
	5.5.2 Estilos de Vida	7
	5.5.3 Factores Hereditarios	7
VI	Consideraciones Específicas	7
	6.1 Cuadro Clínico	7
	6.1.1 Signos y Síntomas	7
	6.1.2 Interacción Cronológica	7
	6.1.3 Gráficos, Diagramas o fotografías	8
	6.2 Diagnóstico	8
	6.2.1 Criterios de Diagnóstico	8
	6.2.2 Diagnóstico Diferencial	11
	6.3 Exámenes Auxiliares	11
	6.3.1 De Patología Clínica	11
	6.3.2 De Imágenes	11
	6.3.3 De exámenes especiales complementarios	12
	6.4 Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive	13
	6.4.1 Medidas Generales y Preventivas	13
	6.4.2 Terapéutica	13
	6.4.3 Efectos adversos o colaterales	14
	6.4.4 Signos de alarma	15



Fecha: Octubre 2018

Código: GPC-007/INSN-
SB/ SUAIEPSE

Página 2 de 19

Instituto Nacional de Salud del Niño
San BorjaROSA AURORA CASTRO JOHANSON
GASTROENTERÓLOGA PEDIATRA
C.M.P. 60095 - R.N.E. 24399 / 22614



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría

6.4.5 Criterios de alta	16
6.4.6 Pronóstico	16
6.5 Complicaciones	16
6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia	16
6.7 Flujograma	17
VII. Anexos.....	18
VIII Referencias Bibliográficas	18



Fecha: Octubre 2018

Código: GPC-007/INSN-
SB/ SUAIEPSE

Página 3 de 19



Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

ROSAAURORA CASTRO JOHANSON
GASTROENTERÓLOGA PEDIATRA
C.M.P. 66093 - RNE. 14395 / 25614





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría

I. FINALIDAD

Establecer los lineamientos del diagnóstico y tratamiento clínico de la Constipación, brindando una atención estandarizada y de calidad.

II. OBJETIVO

2. 1. Contribuir con una herramienta de apoyo en la toma de decisiones para el diagnóstico y manejo oportuno, del personal de salud que participe en la atención de pacientes pediátricos con constipación.
- 2.2. Identificar los Signos de Alarma para los pacientes con Constipación.
- 2.2. Establecer criterios de diagnóstico y de referencia del paciente con Constipación.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta Guía es de aplicación de los diferentes ejes del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja que atienden pacientes con constipación.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CONSTIPACIÓN

4.1 NOMBRE Y CODIGO

CONSTIPACIÓN

CIE-10: K59

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

No existe unanimidad en la definición de estreñimiento, clásicamente se ha definido como la disminución en la frecuencia de la emisión de heces. Es la disminución en la frecuencia de las evacuaciones, heces duras y en ocasiones con dolor, pujo excesivo, evacuación incompleta, tiempo prolongado para lograr la evacuación, imposibilidad de evacuar a pesar del esfuerzo o postura de retención.

Fecha: Octubre 2018

Código: GPC-007/INSN-SB/ SUAIEPSE

Página 4 de 19



INSN Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja
ROSA AURORA CASTRO JOHAN
GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
C.M.P. 6389 : P.N.E. 24358 / 256





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría
Se denomina estreñimiento funcional cuando no existe una etiología orgánica, lo cual constituye la inmensa mayoría de los casos

5.2. ETIOLOGÍA

El 95% de los casos de estreñimiento son de origen idiopático. No hay un único mecanismo responsable del estreñimiento funcional. Varios factores van a contribuir, como por ejemplo: constitucionales y hereditarios, psicológicos y educacionales, dolor a la defecación. Dentro de los factores dietéticos; el niño con estreñimiento bebe poco líquido, tiene un régimen desequilibrado, rico en proteínas de carbono con escasas fibras. Las causas orgánicas de estreñimiento incluyen trastornos neurológicos, endocrinos y metabólicos (Tabla I).

Tabla 1. CAUSAS DE CONSTIPACIÓN (ESTREÑIMIENTO)	
Idiopáticas (90-95%)	
Secundario a Trastornos Endocrinos y Metabólicos: Hipotiroidismo Acidosis renal Diabetes insípida Hipercalemia	Estreñimiento Neurogénico: Trastornos de la médula espinal (mielomeningocele, tumor, etc.) Parálisis cerebral Hipotonía Enfermedad de Hirschsprung Seudoobstrucción intestinal crónica
Secundario a Lesiones Anales: Fisuras anales Localización anterior del ano Estenosis anal y atresia anal	Inducido por drogas Metilfenidato Fenitoína Imipramina Fenotiacidas Antiácidos Medicación con codeína

5.3. FISIOPATOLOGÍA

Existen diversos factores que pueden ser considerados como causa de estreñimiento: colon derecho y aumento de la reabsorción de agua; colon transversal y alteración de la propulsión; colon izquierdo y sigmoide con almacenamiento inapropiado; aumento de la

Fecha: Octubre 2018

Código: GPC-007/INSN-SB/SUAIEPSE

Página 5 de 19



ROSA AURORA CASTRO JOHANSON
GASTROENTERÓLOGA PEDIÁTRICA
C.M.P. 50095 - RNE #1929720814





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría

actividad segmentaria, anomalías de la relajación del esfínter externo y de la musculatura puborrectal, especialmente cuando hay presencia de dolor, que ocasiona la contracción voluntaria del esfínter anal externo, de los músculos del suelo pélvico y la acomodación del recto al aumento de volumen, lo que puede dar lugar a una distensión del recto con alteración de la sensación del deseo de defecación, por modificaciones en las propiedades elásticas del músculo liso, pudiendo dar lugar a encopresis.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

El estreñimiento es un problema frecuente en la edad pediátrica. Su prevalencia estimada varía entre el 0,3% y el 8% de la población infantil. Es además un motivo de consulta frecuente, puede representar el 3-5% de las visitas al pediatra y hasta un 25% de los niños enviados a la consulta de gastroenterología pediátrica.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

El estreñimiento puede manifestarse en cualquier etapa de la edad pediátrica. El principal detonador para la retención fecal, independientemente de la edad, es la evacuación dolorosa causada por una masa fecal dura y voluminosa, lo que condiciona el desarrollo de un círculo vicioso de retención - heces voluminosas - defecación dolorosa - retención.

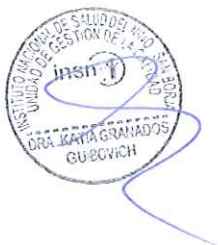
Otros factores asociados son:

1. Lactantes: inicio de destete y ablactación.
2. Preescolar: entrenamiento para el control de esfínteres.
3. Escolar: ingreso a la escuela, cambio de ambientes, problemas emocionales, inmovilización prolongada.

Fecha: Octubre 2018

Código: GPC-007/INSN-
SB/SUAIEPSE

Página 6 de 19



Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

ROSA AURORA CASTRO JOHANSON
GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
C.M.P. 50695 / R.N.E. 24358 / 25514





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría

TABLA 2. FACTORES ASOCIADOS A ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

- Periodos críticos (lactancia, preescolar, escolar)
- Adiestramiento inadecuado para control de esfínteres
- Fobia al inodoro
- Disminución del bolo fecal
- Rechazo al inodoro fuera de la casa
- Aporte de fibra natural y agua menor a la recomendación
- Regímenes dietéticos restrictivos
- Inhibición del reflejo de evacuación (prohibición para ir al baño)

5.5.1. Medio Ambiente

No aplica

5.5.2. Estilos de Vida

Adiestramiento inadecuado para el control de esfínteres.

Rechazo al inodoro fuera de casa

Aporte de fibra y agua menor a la recomendación

Regímenes dietéticos restrictivos.

5.5.3. Factores Hereditarios

Se ha descrito que tener antecedentes familiares sería un factor de riesgo para el estreñimiento.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLINICO

6.1.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS

El estreñimiento (constipación) traduce la presencia de retención fecal, la cual es referida por los pacientes o sus familiares como disminución en la frecuencia de las evacuaciones, heces duras y en ocasiones con dolor, pujo excesivo, evacuación incompleta, tiempo

Fecha: Octubre 2018	Código: GPC-007/INSN-SB/ SUAIEPSE	Página 7 de 19
---------------------	-----------------------------------	----------------

INSN Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

ROSALBA CASTRO JOHANSON
GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
C.M.P. 50045 - RNE 29391/2014

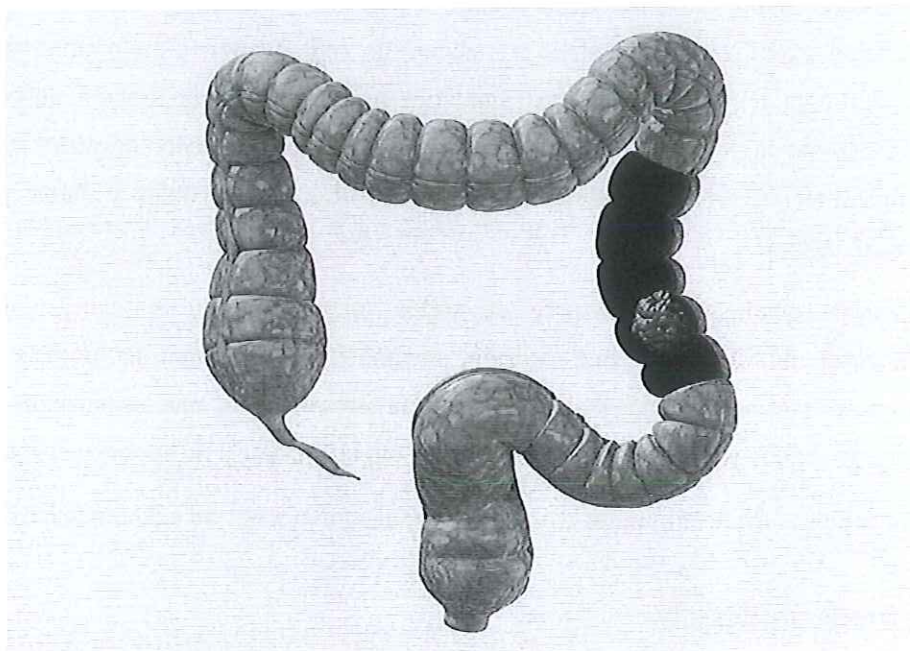


Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría prolongado para lograr la evacuación, imposibilidad de evacuar a pesar del esfuerzo o postura de retención.

6.1.2 INTERACCIÓN CRONOLÓGICA

No Aplica.

6.1.3 GRÁFICOS DIAGRAMAS O FOTOGRAFÍAS



6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

El abordaje diagnóstico del paciente con estreñimiento implica, de manera ineludible, la realización de una historia clínica completa y de un examen físico general y sistemático.

Interrogatorio

Dirigido específicamente a: momento en que presentó la primera evacuación después del nacimiento, tiempo de evolución del padecimiento, frecuencia, consistencia y tamaño de las evacuaciones, tomando como patrón de referencia la escala de Bristol modificada, presencia de sangre en el inodoro o el papel de baño, manchado de la ropa o región perianal, que en algunas ocasiones se confunde con diarrea, así como medicamentos que se administran al paciente.



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja**Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría****Exploración Física**

Debe abarcar el hábito externo, peso y talla así como examen por órganos y sistemas. En el abdomen deben buscarse distensión, visceromegalias y presencia de masas fecales, así como su localización. En la región lumbosacra pueden encontrarse malformaciones, áreas con aumentos de volumen, zonas pilosas, fosita pilonidal, soluciones de continuidad, que pueden orientar hacia defectos del cierre del tubo neural o alteraciones de la columna vertebral. Como parte del examen neurológico deben evaluarse: tono y fuerza muscular, reflejos osteomusculares, reflejo cremasteriano, reflejo cutáneo-abdominal, reflejo plantar y la fuerza muscular de las extremidades inferiores. La exploración perianal permite determinar la posición del ano, la existencia de heces alrededor de dicha región o en la ropa interior, eritema, dermatitis, eccema, fisuras, hemorroides y datos que sugieran abuso sexual.

El tacto rectal debe realizarse en todos los lactantes y es recomendable en niños mayores en al menos una ocasión, mediante este examen es posible evaluar las características del esfínter anal externo, la presencia de una evacuación explosiva al retirar el dedo y documentar la existencia o bien la ausencia de heces en el ámpula rectal.

Los niños con estreñimiento crónico funcional, deben tener un examen físico normal.

Criterios de Roma IV

Permiten la evaluación diagnóstica del estreñimiento funcional en niños menores de cuatro años de edad:

Tabla 3: Criterios de Roma VI para estreñimiento funcional en niños menores de cuatro años

Debe incluir al menos dos de los siguientes criterios 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.



Fecha: Octubre 2018

Código: GPC-007/INSN-SB/SUAIEPSE

Página 9 de 19

Instituto Nacional de Salud del Niño
San BorjaROSA AURORA CASTRO JOHANSON
GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
O.M.P. 60065 RNE 14329125014

**Tabla 4: Criterios de Roma IV para estreñimiento funcional en niños menores de cuatro años**

Debe incluir dos o más de los siguientes, con ocurrencia al menos una vez por semana, por un mínimo de un mes, con criterios insuficientes para el diagnóstico del síndrome de intestino irritable:

1. Dos o menos deposiciones por semana en el sanitario.
2. Al menos un episodio de incontinencia fecal por semana.
3. Historia de posturas retentivas o retención fecal excesiva voluntaria.
4. Historia de defecación dolorosa o de deposiciones duras.
5. Presencia de una gran masa fecal en el recto.
6. Historia de deposiciones voluminosas que pueden obstruir el sanitario. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.

Es recomendable realizar una interconsulta con la especialidad de Gastroenterología pediátrica cuando exista:

- Falla de tratamiento (mala respuesta).
- Evidencia de patología orgánica, enfermedad gastrointestinal.
- Signos de alarma.

Un alto porcentaje de pacientes con estreñimiento funcional, presentan incontinencia fecal retencionista (también conocida como encopresis) en la cual, la salida de las heces en la ropa, en pacientes con edad cronológica o desarrollo neurológico de cuatro años o más, que ya habían logrado el control de esfínteres, se debe a la presencia de masas fecales acumuladas en el recto y evacuación por rebosamiento. Esta debe diferenciarse de la incontinencia fecal no retencionista en la cual, no existe retención fecal; el médico deberá implementar medidas diagnósticas a través de una minuciosa exploración física y, de ser necesario, la realización de una radiografía simple de abdomen, con la finalidad de documentar la presencia de heces retenidas en el colon para hacer el diagnóstico diferencial.

Lactantes menores de seis meses: presentan con frecuencia disquécia, la cual se define de acuerdo a los **Criterios de Roma III** como la presencia de los siguientes dos fenómenos:





Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría

1) Pujo y llanto durante al menos 10 minutos antes de lograr la evacuación de heces blandas y

2) Lactante sin ningún problema de salud.

Este trastorno no amerita tratamiento

6.2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

➤ Trastornos Endocrinos y Metabólicos:

- Hipotiroidismo
- Diabetes insípida
- Hipercalcemia

➤ Lesiones Anales:

- Fisuras anales
- Localización anterior del ano
- Estenosis anal y atresia anal

➤ Trastorno Neurogénico

- Trastornos de la médula espinal: Mielomeningocele, Tumor, etc.
- Parálisis cerebral
- Hipotonía
- Enfermedad de Hirschsprung

6.3 EXAMENES AUXILIARES

Los pacientes que cumplen con los criterios de Roma III para estreñimiento funcional, no requieren en general de pruebas diagnósticas. Los estudios auxiliares se reservan para los casos en los cuales el interrogatorio o la exploración física revelan datos de alarma y para pacientes refractarios a un tratamiento convencional adecuado.

6.3.1 DE PATOLOGÍA CLÍNICA

No se recomienda su uso rutinario.





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría

6.3.2 DE IMÁGENES

No se recomienda su uso rutinario.

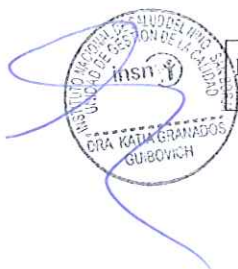
Radiografía simple de abdomen: No se recomienda su uso rutinario para estreñimiento funcional, indicada en los casos con incontinencia fecal en los cuales la exploración física no permite identificar la presencia de heces retenidas en el recto ya sea por obesidad o imposibilidad de realizar tacto rectal (rechazo, sospecha de abuso sexual). En los casos de incontinencia fecal retencionista la radiografía mostrará distensión del colon con abundante materia fecal en su interior y en ocasiones la presencia de un fecaloma.

Enema contrastado con bario: No se recomienda como herramienta diagnóstica inicial, está indicado en pacientes con datos de alarma sugestivos de malformaciones anatómicas, estenosis colónica o enfermedad de Hirschsprung. En los casos de enfermedad de Hirschsprung, el estudio contrastado deberá realizarse sin limpieza del colon, evitando la manipulación rectal 48 horas previas y con la menor cantidad posible de contraste.

6.3.3 DE EXÁMENES ESPECIALES COMPLEMENTARIOS

Manometría ano-rectal: Puede estar indicada en estreñimiento refractario antes de considerar una intervención quirúrgica. La manometría ano-rectal, mide las presiones en la región ano-rectal y se utiliza para obtener información precisa concerniente a la función ano-rectal. La principal indicación para realizar una manometría ano-rectal, es demostrar la presencia de reflejo recto-anal inhibitorio (RAIR). La presencia de RAIR (relajación del esfínter anal interno inducida por una distensión transitoria del recto), excluye enfermedad de Hirschsprung. La manometría ano-rectal es un método diagnóstico seguro, no invasivo y sensible para discriminar constipación crónica de enfermedad de Hirschsprung.

Biopsia de recto: Está indicada en pacientes con datos de pseudo-obstrucción intestinal, con la finalidad de hacer diagnóstico diferencial entre enfermedad de Hirschsprung, displasia neuronal intestinal y miopatía visceral. En caso de enfermedad de Hirschsprung la biopsia de recto por succión será de utilidad cuando el espécimen incluya mucosa y submucosa. De no ser una muestra representativa se deberá recurrir a



Fecha: Octubre 2018

Código: GPC-007/INSN-
SB/ SUAIEPSE

Página 12 de 19



INSN Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

ROSA AURORA CASTRO JOMANSON
GASTROENTERÓLOGA PEDIÁTRICA
C.M.D. 50085 - RUC 24329 / 20614





Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría

biopsia de espesor total. La biopsia de recto por succión es el método más exacto y con menor porcentaje de error para el diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung cuando se compara con manometría ano-rectal y el colon por enema.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

El objetivo del tratamiento es promover evacuaciones suaves e indoloras previniendo la reacumulación de las heces, lo cual se logrará luego de un periodo suficientemente prolongado (tres meses o más).

En el primer contacto con el paciente estreñido será indispensable identificar la presencia de impactación fecal. Esta se define como la identificación de una masa fecal grande y dura durante la exploración abdominal, recta dilatada y llena de materia fecal durante la exploración rectal o excesiva cantidad de heces en colon en una radiografía simple de abdomen.

6.4.2 TERAPEUTICA

Desimpactación: puede realizarse por vía oral o rectal. Su elección será discutida y acordada con el paciente y sus familiares. Se deberá realizar sin provocar dolor ni traumatismo al paciente.

Desimpactación oral: La administración oral de polietilenglicol con o sin electrolitos en dosis de 1 - 1.5 g/Kg/día por tres a seis días, ha demostrado ser útil. Se deberá alertar a los pacientes y familiares sobre la posibilidad de mayor incontinencia fecal durante este tratamiento

En caso de intolerancia se utilizará:

— Lactulosa: 1-3 ml/kg/dosis, 1-2 veces/día

Desimpactación rectal: Existen diferentes alternativas para la desimpactación rectal tales como solución salina, solución de fosfatos:

Enemas de suero salino isotónico: 5 ml/kg.

Enemas de fosfatos hipertónicos; 3-5 ml/ kg/12 h, máximo 140 ml. No debe utilizarse más de 5 días.



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría

Las soluciones de fosfatos no se recomiendan para menores de dos años debido al riesgo de hiperfosfatemia e hipocalcemia.

Supositorios de glicerina y de bisacodilo no son efectivos para la desimpactación. Pueden ser útiles en el estreñimiento simple, sin impactación.

Mantenimiento: Una vez que se logró la desimpactación, el tratamiento se enfoca a evitar la recurrencia y a mejorar la consistencia y regularidad de las evacuaciones. Esto se hace mediante la intervención dietética y manejo farmacológico.-

Intervención dietética: Existen datos insuficientes sobre el impacto de la fibra de alimentos completos en la evolución del estreñimiento; sin embargo, se deberá indicar un aporte de fibra dietética y de agua en cantidad suficiente para cubrir las recomendaciones acordes a su edad y sexo.

Laxantes: Consideraremos las preferencias y necesidades individuales del niño y su familia. Los laxantes se utilizarán de acuerdo a la edad, peso y gravedad del cuadro. Se recomiendan los laxantes osmóticos por su eficacia, tolerancia y seguridad. No existe una dosis exacta, hay que ir ensayando la dosis hasta lograr 1 o 2 deposiciones al día de consistencia pastosa.

Pauta recomendada:

PEG con electrolitos: 2,5-15 ml/kg, o 0,25-1,5 g/día, una vez/día. Empezar con una dosis única e ir variándola, en función de la respuesta terapéutica. Ocasionalmente se utilizara 2 veces/día.

En caso de intolerancia se utilizará:

Lactulosa: 1-3 ml/kg/dosis, 1-2 veces/día

Probióticos: Tomando en cuenta la posibilidad de disbiosis de la microbiota intestinal en pacientes con estreñimiento, se han usado probióticos para el tratamiento del estreñimiento en niños, ya que los probióticos mejoran el vaciamiento gástrico, el tránsito intestinal, disminuyen el pH colónico por producción de ácidos orgánicos, estimulan la motilidad de colon y promueven la digestión de la lactosa.



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja**Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría**

Se han usado en forma preferente *Lactobacillus* y *Bifidobacterium* o una mezcla de probióticos con *Bifidobacteria bifidum*, *Bifido-bacterium infants*, *B. longum*, *Lactobacilli casei*, *L. plantarum* y *L. rhamnosus*. Sin embargo, no se recomienda su uso rutinario.

6.4.3. EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES DEL TRATAMIENTO

Enemas de fosfatos hipertónicos: Pueden provocar trastornos hidroelectrolíticos (hipernatremia, hipopotasemia, hipocalcemia e hiperfosfatemia).

6.4.4 SIGNOS DE ALARMA

TABLA 5. SIGNOS DE ALARMA	
Signos o síntomas de alarma	Diagnóstico sugerido
Fiebre, distensión abdominal, vómito, náusea, pérdida de peso o pobre ganancia pondero-estatural; diarrea con sangre, eliminación de meconio luego de las 48 horas de nacido, incremento en el tono del esfínter anal, ámpula rectal vacía al tacto rectal.	Enfermedad de Hirschsprung
Distensión abdominal, vómito biliar e íleo	Pseudobstrucción intestinal
Disminución en los reflejos osteo-tendinosos en extremidades inferiores o del tono muscular, ausencia de guiño anal, disminución o ausencia de los reflejos cutáneos abdominales, cremasteriano o plantar, Babinsky positivo, presencia de quiste pilonidal o mechón de cabello región sacra.	Anormalidades de médula espinal, tumores, mielomeningocele
Fatiga, intolerancia al frío, bradicardia, falla de crecimiento, tiroides palpable	Hipotiroidismo
Poliuria, polidipsia	Diabetes insípida
Diarrea, falla de crecimiento, fiebre, neumonías de repetición.	Fibrosis quística
Falla de crecimiento, anemia ferropénica refractaria al tratamiento posterior a la introducción de gluten en la dieta	Enfermedad celiaca

Fecha: Octubre 2018

Código: GPC-007/INSN-SB/SUAIEPSE

Página 15 de 19

Instituto Nacional de Salud del Niño
San BorjaROSA AURORA CASTRO JOHANSON
GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
E.M. 66583 - R.N. 24329 / 2014



Apariencia o posición anormal del ano a la exploración física	Malformaciones congénitas ano-rectales, ano imperforado, estenosis anal, ano anterior
---	---

6.4.5 CRITERIOS DE ALTA

Cuando se regula el ritmo intestinal defecatorio.

6.4.6 PRONÓSTICO

El tratamiento debe continuarse durante 3-6 meses; la mayoría de las recaídas se producen por un abandono temprano del mismo. A mayor tiempo de evolución del estreñimiento, más tiempo de tratamiento será necesario. Una vez regularizado el ritmo intestinal durante al menos 2 meses, se reducirá la dosis de manera progresiva.

6.5. COMPLICACIONES

Trastornos hidroelectrolíticos (hipernatremia, hipopotasemia, hipocalcemia e hiperfosfatemia) al uso de Polietilenglicol a dosis altas.

Dolor anal y dolor abdominal al uso de Enema evacuante para la desimpactación.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- **Referencia:**

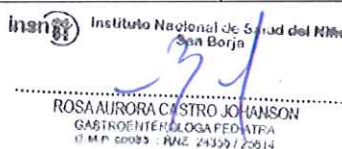
Se referirá a consultorio de gastroenterología todo paciente con signos de alarma asociado a constipación.

- **Contrarreferencia:**

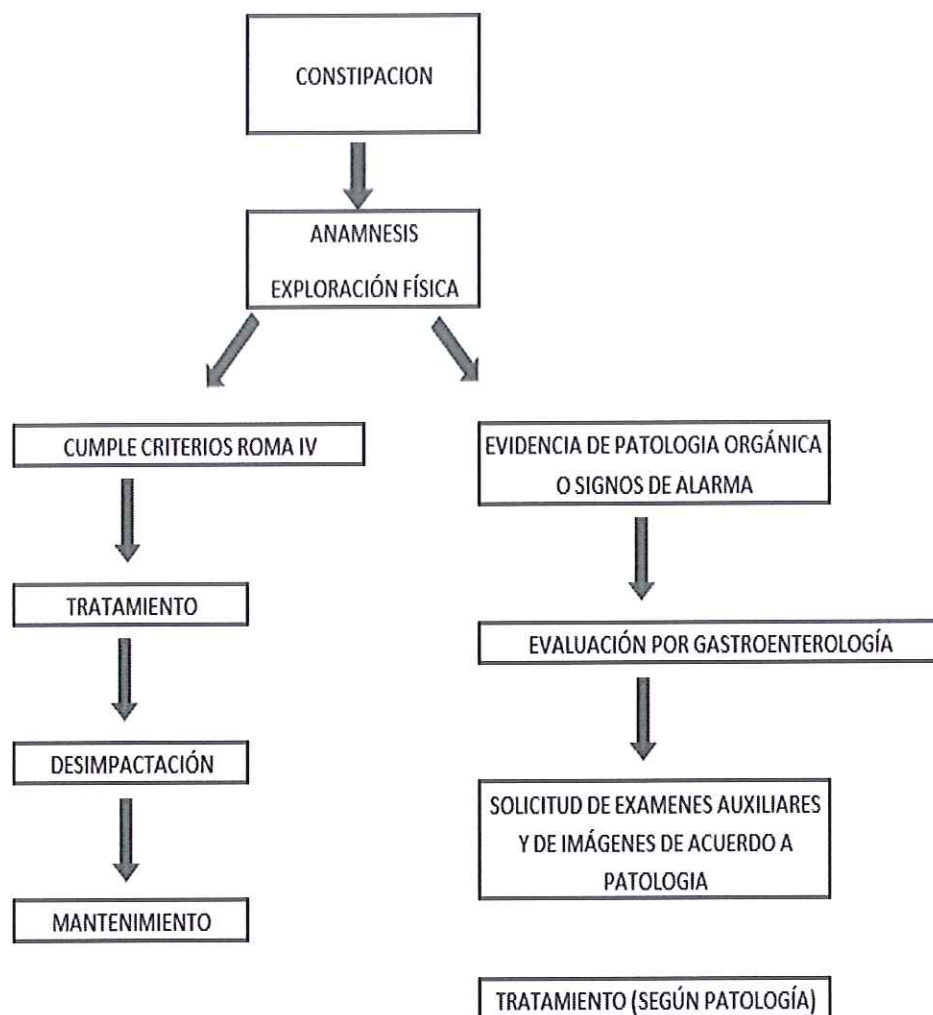
Paciente con estreñimiento funcional en terapia de mantenimiento.

- **Seguimiento:**

Consulta Externa Pediatría o Gastroenterología Pediátrica (si es que el paciente presenta algún signo de alarma).



6.7 FLUXOGRAMA





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría
VII. ANEXOS

No Aplica.

VIII. Referencias Bibliográficas o Bibliografía

1. Van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. Am J Gastroenterol 2006;101:2401-9
2. Tabbers M, DiLorenzo C. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN. JPGN Volume 58, Number 2, February 2014
3. Lembo A, Camillieri M. Chronic constipation. N Eng J Med 2003;349:1360-8
4. Rahhal R, Uc A. Functional constipation En: Kleinman R, Sanderson I, Goulet O, Sherman Ph, Mieli-Vergani G, Shneider B. Pediatric Gastrointestinal Disease. BC
5. Decker Inc. 2008. pp. 675-84. Iacono G, Cavataio F, Montalto G, et al. Chronic constipation as a symptom of cow milk allergy. J Pediatr 1995; 126:34-9. Iacono G, Carroccio A, Cavataio F, et al. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. N Engl J Med 1998; 338:1100-4.
6. Hamadi KA, Hamadi T. Constipation in infants and children: evaluation and management. Bull Kuwait Inst Med Spec 2005;4:8-16
7. Rubin G, Dale A. Chronic constipation in children. BMJ 2006;333:1051-5
8. Ramirez MJ, Cervantes R, Bacarreza D, et al. Guía mexicana para el diagnóstico y tratamiento de la constipación funcional en niños. Acta Pediatr Mex 2009;30(supp1): S1-19.
9. Fontana F, Bianchi C, Conti-Nibali S, et al. Bowel frequency in healthy children. Acta Pediatr Scand 1989; 78:682-4.
10. Biggs WS, Dery WH. Evaluation and treatment of constipation in infants and children. Am Fam Physician 2006; 73:669-77.



Fecha: Octubre 2018

Código: GPC-007/INSN-SB/ SUAIEPSE

Página 18 de 19



INSN Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

ROSA AURORA CASTRO JOHANSON
GASTROENTERÓLOGA PEDIÁTRICA
C.E. N.º 50089 - DNE 24329120014





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Constipación en Pediatría

11. Benninga MA, Voskuil WP. Childhood constipation. Is there a new light in the tunnel? J Pediatr Gastroenterol Nutr 2004; 39:448-64.
12. NASPGHAN. Evaluation and treatment of constipation in infants and children: recommendations of the North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006;43:e1-e13.
13. Sánchez-Ruiz F, Gasón J. Estreñimiento y encopresis. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría 2008; 8:73-82.
14. Hyman PE, Milla PJ, Benning MA, Davidson GP, et al. Childhood Gastrointestinal functional disorders: neonate/toddler. Gastroenterology 2006; 130:1519-26.
15. Rasquin A, Di Lorenzo C. Childhood Gastrointestinal functional disorders: child/adolescent. Gastroenterology 2006;130:1527-37
16. Reuchlin-Vroklage LM, Bierma-Zeinstra S, Benninga MA, Berger MJ. Diagnostic value of abdominal radiography in constipated children. A systematic review. Arch Pediatr Adolesc Med 2005;159:671-8
17. Bongers ME, Voskuil WP, Van Rijn RR, Benninga MA. The value of abdominal radiograph in children with functional gastrointestinal disorders. Eur J Radiol 2006; 59:8-13.
18. Remes Troche. Guías de diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en México. Evaluación y tratamiento del estreñimiento en población pediátrica. Revista de Gastroenterología de México 2011; 2(76):155-168.

Fecha: Octubre 2018

Código: GPC-007/INSN-SB/SUAIEPSE

Página 19 de 19



Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

ROSA AURORA CASTRO JOHANSON
GASTROENTERÓLOGA PEDIATRA
C.M.P. 55003 - RNE 2.057.25914

