

Estreñimiento

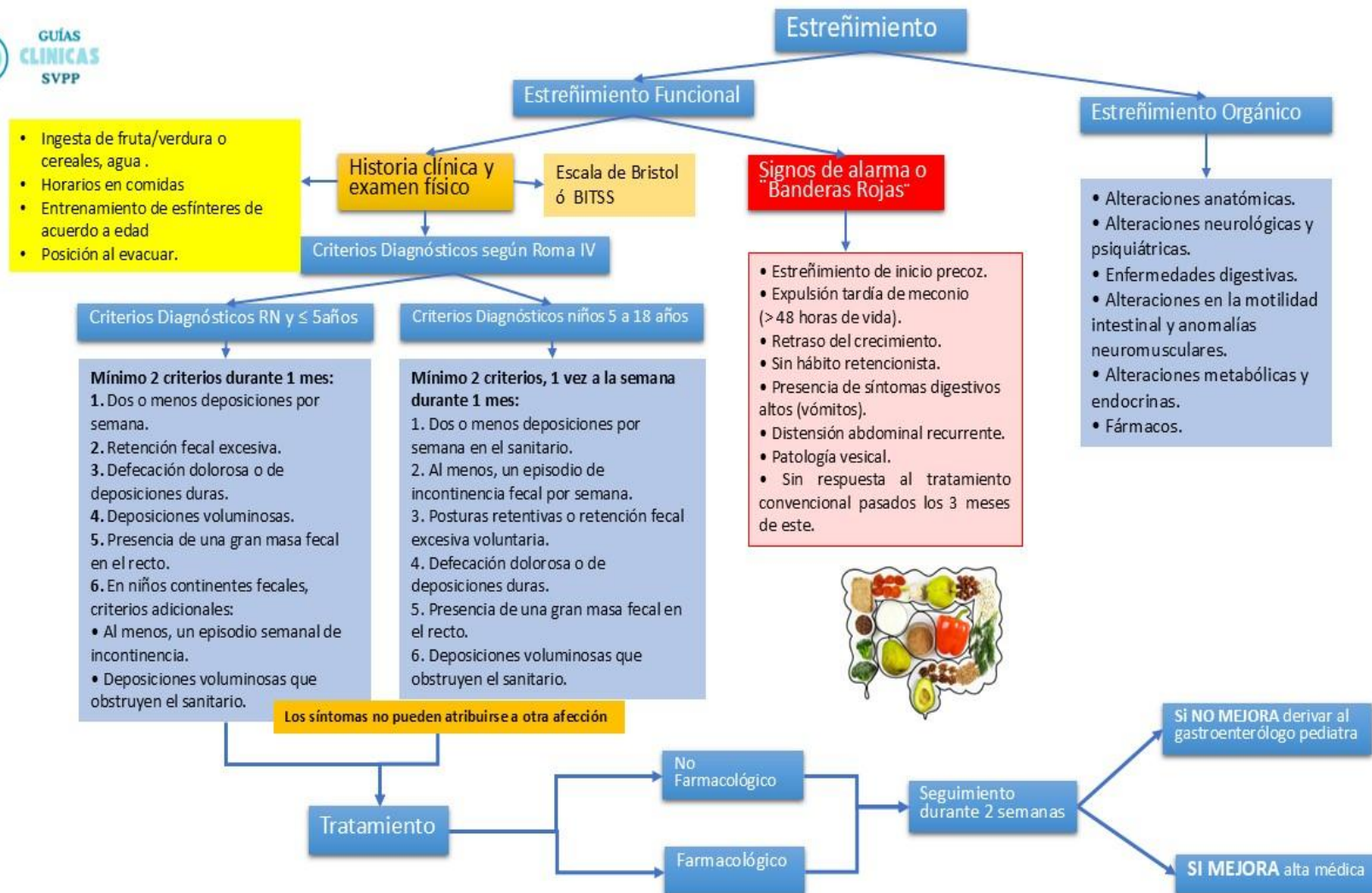
AUTORES

Lopez, Karolina ¹

¹*Coordinadora: Pediatra Gastroenterologo*

Nombre autor responsable Lopez, Karolina ¹

Correo drakarolinalopezb@gmail.com



DEFINICION

La definición de estreñimiento ha evolucionado en el tiempo, no es solo evacuar pocas veces a la semana, sino que se debe considerar una percepción de evacuación insatisfactoria o incompleta que incluye el esfuerzo y la consistencia. Por ello, internacionalmente su definición debe ajustarse a los Criterios de Roma IV, como el criterio estándar de oro.

El estreñimiento constituye una de las causas más frecuentes de consulta en pediatría y en gastroenterología representa hasta el 25% de las consultas. Ante un niño o adolescente con estreñimiento lo importante es diferenciar entre el estreñimiento funcional, observado aproximadamente en el 95% de los casos y las causas orgánicas en el 5% restante.

En esta guía de abordaje, se ha elaborado un algoritmo donde el primer paso es usar los criterios de Roma IV, para orientar clínicamente los trastornos funcionales, los cuales deben cumplirse al menos 2 durante un periodo de un mes. La importancia de evaluar los criterios es que los síntomas no pueden atribuirse a otra causa por lo que son catalogados como un trastorno funcional, en la actualidad se denominan alteraciones del eje intestino cerebro.

1.- Clínica y examen físico.

La historia clínica debe ser completa por sistemas y al examen físico debe incluir la inspección área sacra buscando anomalías o espina bífida oculta y perianal. En la actualidad el tacto rectal se difiere y se realiza en situaciones especiales.

En el interrogatorio clínico para conocer las características de las heces en cuanto a forma y tamaño son de ayuda la Escala de Bristol, universalmente más conocida y empleada, así como la Escala de heces para lactantes y niños pequeños de Bruselas (BITSS, por sus siglas en

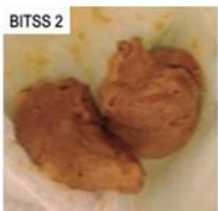
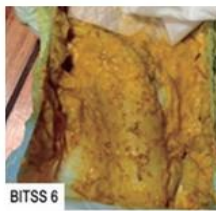
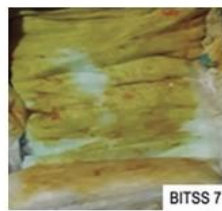
inglés) en especial para niños con uso de pañal, ambas validadas y confiables.

La Escala de Bristol es una herramienta visual médica que clasifica las heces en 7 tipos según su forma y consistencia, indicando el tiempo de tránsito intestinal.



Escala de BITSS

La escala BITSS (*Brussels Infant and Toddler Stool Scale*) se utiliza principalmente en lactantes y niños pequeños que usan pañal, abarcando desde el nacimiento. Es una herramienta visual diseñada para evaluar la consistencia de las heces.

Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	Tipo 5	Tipo 6	Tipo 7
						
Heces duras. Bultos duros separados, como nueces.	Heces duras. En forma de salchicha pero abultada.	Heces duras. Como una salchicha pero con grietas en su superficie.	Heces formadas. Como una salchicha o una serpiente, lisa y suave.	Heces blandas. Suaves con bordes bien definidos.	Heces blandas. Piezas esponjosas con bordes irregulares.	Heces líquidas. Acuosas, sin estructuras sólidas.

Se ha alcanzado un consenso sobre la interpretación de las escalas, donde el tipo 1 y 2, indican heces duras compatibles con estreñimiento; 3 y 4 indicaban heces formadas normales. Sin embargo, la 3 puede corresponder a una dieta con poca fibra; la 5 indicaba heces blandas y las 6 y 7 indican heces líquidas.

Al interrogatorio clínico, existen preguntas claves que orientan hacia el origen del estreñimiento. El aspecto nutricional es vital:

- Consumo de Fibra (cantidad y calidad): de acuerdo con la edad del niño se ha establecido un consumo de fibra que va desde 10 a los 20 gr/día. Preguntas sugeridas pueden ser: ¿Consume granos integrales, leguminosas, frutas con cáscara? Sí consume menos de 3 porciones de fruta/verdura al día; consumo nulo de cereales pueden ser un factor de riesgo. Otro aspecto para interrogar es el uso de dietas restrictivas.
- Ingesta hídrica: también de acuerdo con edad, así como la sustitución por refrescos, bebidas recreativas, jugos o café.
- Contenido de grasas y ultraprocesados que desplazan la dieta con fibra, harinas refinadas y baja en grasas saludables enlentecen el tránsito.
- El horario de las comidas y hábitos son importantes para el establecimiento de una dieta saludable.

Otro punto clave en el interrogatorio es el establecimiento del estreñimiento en niños pequeños paralelo al entrenamiento del control de esfínteres, maniobras de retención y el uso de la poceta. También es importante el ejercicio, la edad de utilización de la vasenilla o la poceta, con o sin reductor y apoyo de los pies, que dificulta el reflejo.

Igualmente verificar si se observa o no incontinencia fecal.

Un aspecto fundamental es descartar que la causa del estreñimiento no sea de origen orgánico, por ello se han señalado signos de alarma o banderas rojas que sugieren la presencia de otras patologías, por lo que deben ser evaluados por el especialista para que este indique permiten estudios especializados como biopsia, manometría, radiología del colon y resonancia de columna lumbosacra, entre otros.

2. Pilares del Tratamiento

2.1.- Tratamiento no farmacológico:

- Regla de la fibra por edad: $\text{Edad (en años)} + 5 = \text{gramos de fibra diarios}$.

- **Dieta:** frutas enteras o en pure con la piel y pulpa, sin azúcar, de preferencia pera, ciruela, durazno, melocotón, kiwi, naranja, piña. Cereales y legumbres. Vegetales verdes y crucíferas. Aceite de oliva extra virgen y aguacate. Agua varias veces al día y en las comidas. No exceso de leche de vaca completa. Evita refrescos y jugos industriales; el azúcar en exceso altera la microbiota y puede empeorar la consistencia de las heces a largo plazo.
- **Factor Conductual:** hábito evacuador, no retención de heces en la escuela o por juegos. Respetar el reflejo gastrocólico, fomentando sentarse en el baño 5-10 minutos después de comer. Es cuando el intestino tiene su movimiento natural más fuerte. Higiene fecal, "Toilet training" o la posición de sentadilla con uso de taburete para elevar las rodillas por encima de la cadera mientras está sentados. Esto alinea el recto y facilita la salida sin esfuerzo.

2.2.- Tratamiento farmacológico:

2.2.1 Desimpactación: si hay fecaloma, la limpieza del colon es la medida más eficaz. La vía oral es de preferencia, con dosis altas de polietilenglicol (PEG 3350): 1 - 1.5 g/kg/día por 3 a 6 días. Una alternativa rectal cuando falla la vía oral o se necesita un tratamiento rápido el enema de solución salina es bien tolerado. Los enemas con fosfato deben ser empleados con precaución en niños pequeños por riesgo de desequilibrio electrolítico.

2.2.2. Mantenimiento: esta fase evita recaídas y se cumple durante meses e inicia una vez el colon ha sido limpiado en su parte distal. El objetivo es que las heces sean tipo Bristol 4 (blandas) todos los días.

Laxantes osmóticos:

a.- Polietilenglicol 3350 es el tratamiento de primera línea, se ajustan las dosis para lograr una deposición Bristol 4 al día. Este fármaco no ocasiona dependencia y actúa reteniendo agua en la luz intestinal



b.- Lactulosa: a 1 ml/kg/día (repartido en 2 dosis) si no hay disponibilidad de PEG o no se tolera, siendo la segunda opción si el PEG. El efecto adverso descrito es la producción de gases y cólicos.

c.- Hidróxido de Magnesio: puede ser útil en adolescentes, pero se debe vigilar la función renal si se usa por tiempo muy prolongado.

Laxantes estimulantes: se usan solo de manera puntual o si los osmóticos no son suficientes. Su mecanismo de acción es aumentar el movimiento intestinal.

Su empleo generalmente es de uso breve como el Bisacodilo o Senósidos, siempre bajo supervisión médica si el niño lleva más de 2-3 días sin evacuar a pesar del mantenimiento.

La indicación de Bisacodilo, Sen y Bicosulfato de sodio, dependerá de la severidad del estreñimiento y el especialista puede combinar con los laxantes osmóticos. El aceite mineral es opcional en casos severos, no administrar vía oral en menores de 2 años y alejado de las comidas, pudiera ocasionar déficit vitamínico.

Principales fármacos para el tratamiento del estreñimiento funcional en niños

Tipo de laxante	Dosis	Nombre comercial
Polietilenglicol 3350/4000	Mantenimiento: 0,2-0,8 g/kg/día en 1-2 dosis Desimpactación fecal: 1-1,5 g/kg/día (máximo 6 días)	Milax, Miralax, Pasolax, Evalax
Lactulosa	7 meses-18 años: 1-2 g/kg/día en 1-2 dosis.	Lactulosa, Moderan, Constilax
Lactitol	-6 años: 0,5-1 g/kg/día en 2-3 dosis. 7-12 años: 10-30 g/día en 2-3 dosis. 13-18 años: 20-60 g/día en 2-3 dosis.	Lactitol, Emportaf, Opomaf
Bisacodilo	3-10 años: 5 mg/día en 1 dosis (a la noche) 11 años: 5-10 mg/día en 1 dosis (a la noche)	Dulcolax, Bisacodyl, Dulcoxuni
Sen	2-6 años: 2,5-5 mg/día en 1-2 dosis 7-12 años: 7,5-10 mg/día en 1-2 dosis 13 años: 15-20 mg/día en 1-2 dosis	Senokot, Ciruelax (combinación mixta)
Picosulfato de sodio	1 mes – 4 años: 2,5-10 mg/día en 1 dosis 5 a 18 años: 2,5-20 mg/día en 1 dosis	Verolax, Dulcolaxpi
Hidróxido de magnesio	2-5 años: 0,4-1,2 g/día en 1 o más dosis 6-11 años: 1,2-2,4 g/día en 1 o más dosis 12-18 años: 2,4-4,8 g/día en 1 o más dosis	Polactac, Leche de Magnesia, Guillot Magnesia, Neutrox
Aceite mineral / Glicerina líquida	<i>Oral</i> 3-18 años: 1-3 ml/kg/día en 1 o más dosis (máx. 90 ml/día). <i>Rectal</i> 2-11 años: 30-60 ml/día en 1 dosis 12-18 años: 60-150 ml/día en 1 dosis	

3.- Seguimiento clínico.

La decisión clínica y seguimiento se estima en 2 a 4 semanas, sino responde es de importancia la derivación al gastroenterólogo pediatra, quien además puede identificar o confirma banderas rojas para descartar Enfermedad de Hirschsprung, fibrosis quística, celiaquía o hipotiroidismo, o masa abdominal palpable que pueden confundirse con fecaloma.

El seguimiento es prioritario, cuando hay éxito, el especialista estima el retiro gradual de laxantes. En caso contrario el paciente es reevaluado, se investiga la adherencia al tratamiento o considera causas orgánicas ocultas.

Una consideración fundamental es no cometer el error de suspender el tratamiento inmediatamente cuando el niño o adolescente comienza a realizar una evacuación normal. El tratamiento como mínimo debe durar al menos 2 meses. Se puede estimar el momento de retiro de la medicación cuando el paciente tenga al menos 1 mes sin dolor, sin accidentes o manchado de la ropa y que mantenga una frecuencia normal. La reducción de la medicación deben hacerse lentamente cada 2 semanas para evitar el efecto rebote.

Referencias consultadas.

1. Benninga MA, Faure C, Hyman PE, St James Roberts I, Schechter NL, Nurko S. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology*. 2016 Feb 15:S0016-5085(16)00182-7. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.016
2. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S, Staiano A, Vandenplas Y, Benninga MA; European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; North American Society for Pediatric Gastroenterology. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;58(2):258-74. doi: 10.1097/MPG.0000000000000266.
3. Grupo de Trabajo de Constipación del Comité Nacional de Gastroenterología Pediátrica. Estreñimiento funcional en pediatría, diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr* 2021;119(1):S39-S47. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.S39>.

4. Bashir, Samina Khan, Khan, Muhammad Bashir, Estreñimiento funcional pediátrico: un nuevo desafío, *Advanced Gut & Microbiome Research*, 2024, 5569563, 12 páginas, 2024. <https://doi.org/10.1155/2024/5569563>
5. Sclar, G.D., Bauza, V., Bisoyi, A. *et al.* Effect of a behavior change and hardware intervention on safe child feces management practices in rural Odisha, India: a cluster-randomized controlled trial. *BMC Public Health* **24**, 2327 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19272-5>.
6. Tran DL, Sintusek P. Functional constipation in children: What physicians should know. *World J Gastroenterol* 2023; 29(8): 1261-1288 [PMID: [36925458](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36925458/) DOI: [10.3748/wjg.v29.i8.1261](https://doi.org/10.3748/wjg.v29.i8.1261)]
7. R. Figueroa-Salazar, M.A. Ruíz-Castillo, E.M. Toro-Monjaraz et al. Consenso mexicano sobre el diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en población pediátrica. *Revista de Gastroenterología de México* 2025; 90:577-593. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.04.007> 0375-0906.
8. Avelar-Rodríguez D, Toro-Monjaraz EM, Ramírez-Mayans JA. Constipación funcional en pediatría: Criterios de Roma IV, diagnóstico y tratamiento. *Acta Pediatr Mex.* 2018;39(1):81-84.
9. Játiva-Mariño E, Manterola C, Otzen T. Confiabilidad inter e intraobservador de la escala BITSS en el diagnóstico y seguimiento precoz de la diarrea infecciosa en niños menores de 3 años. *Andes pediater.* 2021;92(6):937-942. DOI: [10.32641/andespediatr.v92i6.3809](https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i6.3809).
10. Gordon M, de Geus A, Banasiuk M, Benninga MA, Borrelli O, Boruta M, et al. ESPGHAN and NASPGHAN 2024 protocol for paediatric functional constipation treatment guidelines (standard operating procedure). *BMJ Paediatrics Open.* 2025;9:e003161. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2024-003161>
11. Rishanghan, L.; Hinds, R. An Overview of the Management of Functional Gastrointestinal Disorders in Infancy. *Gastrointest. Disord.* **2023**, 5, 500-507. <https://doi.org/10.3390/gidisord5040041>

12. Gordon M, MacDonald JK, Parker CE, Akobeng AK, Thomas AG. Osmotic and stimulant laxatives for the management of childhood constipation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug 17;2016(8):CD009118. doi: 10.1002/14651858.CD009118.
13. de Geus, A., Koppen, I.J.N., Flint, R.B. *et al*. An Update of Pharmacological Management in Children with Functional Constipation. *Pediatr Drugs* 25, 343–358 (2023). <https://doi.org/10.1007/s40272-023-00563-0>
14. Alnaim A. Management Approach of Pediatric Constipation . *Cureus* 2021;13(10): e19157. DOI 10.7759/cureus.19157
15. Shen Z-Y, Zhang J, Bai Y-Z and Zhang S-C. Diagnosis and management of fecal incontinence in children and adolescents. *Front. Pediatr.* 2022; 10:1034240. doi: 10.3389/fped.2022.1034240
16. Kilgore AL, Rogers Boruta MK, Ambartsumyan L, Suarez RG, 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.* 2025 Feb;80(2):353-373. doi: 10.1002.