



Resolución Directoral

Lima, 23 de OCTUBRE de 2024

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 38983-2024, que contiene el proyecto de Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Estreñimiento Funcional en Niños, del Departamento de Pediatría, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés Público y, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, en el artículo VI Título Preliminar de la norma legal citada en su primer párrafo establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

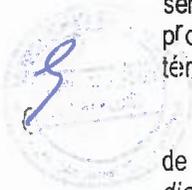
Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", mediante el cual señala que: "(...) Cuando se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía de Práctica Clínica (GPC), y en este caso contiene recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica aplicable, desarrolladas sistemáticamente de modo que orienten y faciliten el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención de salud";

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprobó la NTS N° 117 MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es de contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos, con el objetivo de establecer el marco normativo para estandarizar los procesos de elaboración y el uso de Guías de Práctica Clínica que aprueba el Ministerio de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprobó el "Documento Técnico: Metodología para la elaboración de las Guías de Práctica Clínicas" cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Prácticas Clínicas que responden a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, el artículo 60° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo", aprobado con Resolución Ministerial N° 696-2008-/MINSA, señala que el Departamento de Pediatría, es el órgano encargado de brindar atención integral a pacientes pediátricos, en su contexto bio-psico-social, familiar y comunitario, protegiendo, recuperando y rehabilitando su salud, depende de la Dirección General y tiene entre sus funciones: d) "Proponer, Ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica especializada en pediatría orientados a brindar un servicio eficiente y eficaz";

Que, la Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Estreñimiento Funcional en Niños, del Departamento de Pediatría, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", tiene la siguiente finalidad "Proveer una guía basada en evidencia científica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de



pacientes pediátricos con edad mayor de 29 días y menor de 15 años, con estreñimiento funcional que son atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo, la cual también puede ser utilizada como referencia para otras instituciones”;

Que, mediante Nota Informativa N° 233-2024- HNDM-OGC, de fecha 21 de octubre de 2024, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad remite a la Dirección General el Informe N° 04 -2024- HNDM/DP, de fecha 14 de octubre de 2024, expedido por el Jefe del Departamento de Pediatría, a través del cual justifica y sustenta la elaboración del proyecto de la Guía Técnica: “Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Estreñimiento Funcional en Niños, del Departamento de Pediatría”, señalando entre sus conclusiones que: *“La presente guía técnica es necesaria para dar una atención integral y completa a los niños con estreñimiento atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo”;*

Que, mediante Hoja de Ruta Registro N° 38983-2024, la Dirección General, remite el citado proyecto de Guía Técnica y solicita su oficialización a través del presente acto resolutivo;

Con las visaciones del Director Adjunto de la Dirección General, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe del Departamento de Pediatría y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo establecido la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional “Dos de Mayo” y la Resolución Ministerial N° 0886-2023/MINSA, de fecha 15 de setiembre de 2023, que designa temporalmente al Director de Hospital III (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Hospital Nacional “Dos de Mayo”;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la **GUÍA TÉCNICA: “GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL EN NIÑOS”**, del Departamento de Pediatría, del Hospital Nacional “Dos de Mayo”; el que en veintidós (22) páginas, forman parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer que, la Jefatura del Departamento de Pediatría, difunda y supervise el cumplimiento de la Guía aprobada mediante el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución publique la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;

VRGPIJEVT/dlp a
Cc:
- Dirección General.
- Dirección Adjunta.
- Ofic. de Control Institucional
- Depto de Pediatría
- Ofic. Gestión de la Calidad
- Ofic. Asesoría Jurídica
- Ofic. Estadística e Informática
- Archivo.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
M.C. VICTOR RAFAEL GONZALES PÉREZ
DIRECTOR GENERAL - DIRECCIÓN GENERAL
C.M.P. 27450 - P.N.E. 1977

HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”

**GUIA TECNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL EN
NIÑOS**

2024



HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA

Servicio de Pediatría

JEFATURA

Dr. Walter Jesús Luque Uturnco
Jefe del Departamento de Pediatría

Dra. Carla Alexandra Tassara Parodi
Jefe del Servicio de Pediatría

EQUIPO ELABORADOR

Dr. Gary Villar Martínez
Médico Especialista Gastroenterólogo Pediatra

EQUIPO DE TRABAJO

Dr. Hernán Roberto Ajalcuña Guerrero
Médico Especialista Pediatra

Dra. Iris Sayas Avilés
Médico Especialista Pediatra

Dr. José Emilio Albuja Zapata
Médico Especialista Pediatra

Dra. Milsa Juscamaita Oncebay
Médico Especialista Pediatra

Dra. Patricia Borja Torres
Médico Especialista Pediatra

Dra. Judith Elisa Herrera Chávez
Médico Especialista Pediatra

Dr. Carlos Francisco Salas Sánchez
Médico Especialista Pediatra

Dr. Samuel Israel Idrogo Alfaro
Médico Especialista Pediatra

Dra. Carmen Rosa Carhuapoma Colquicocha
Médico Especialista Pediatra

Dra. Fanny Marilyn Lazaro Alpaca
Médico Especialista Neuróloga Pediatra



Dra. Jenny López Salazar
Médico Especialista Pediatra

Dr. Edwards Fernando Llave Heredia
Médico Especialista Pediatra

Dra. Cynthia Alexandra Mantilla Pachamoro
Médico Especialista Nefróloga Pediatra

Dr. Johnny Ricardo Morzan Delgado
Médico Especialista Pediatra

Dra. Edith Yngrid Narciso Castro
Médico Especialista Pediatra

Dra. Lizette Marcela Nureña Noriega
Médico Especialista Neumóloga Pediatra

Dra. Rossana Carmen Pajuelo Bustamante
Médico Especialista Pediatra

Dra. Sheyla Luisita Garay Araujo
Médico Especialista Pediatra

Dr. Carlos Enrique De La Cruz Fuentes
Médico Especialista Endocrinólogo Pediatra

Dr. Walter Antonio Peña Vásquez
Médico Especialista Pediatra

Dra. Sara Luz Quevedo García
Médico Especialista Pediatra

Dra. Milagros Ysabel Quirico Torres
Médico Especialista Pediatra

Dra. Faviola Ruth Rondán Guerrero
Médico Especialista Pediatra

Dra. Stefany Delgado Rodríguez
Médico Especialista Pediatra

Dr. Héctor Gustavo Vásquez Paz
Médico Especialista Pediatra

Dra. Ynés Elvira Villacorta Sebastian
Médico Especialista Pediatra

Dr. Manuel André Virú Loza
Médico Especialista Endocrinólogo Pediatra



INDICE

I.	Finalidad	1
II.	Objetivos	1
III.	Ambito de aplicación	1
IV.	Proceso o procedimiento a estandarizar	2
V.	Consideraciones generales	2
5.1.	Definición	2
5.2.	Etiología	2
5.3.	Fisiopatología	3
5.4.	Aspectos epidemiológicos	4
5.5.	Factores de riesgo asociados	4
VI.	Consideraciones específicas	5
6.1.	Cuadro clínico	5
6.1.1.	Signos y Síntomas	5
6.1.2.	Interacción cronológica:	6
6.1.3.	Gráficos, diagramas, fotografías	6
6.2.	Diagnóstico	6
6.2.1.	Criterios de Diagnóstico para Estreñimiento Funcional, ROMA IV	6
6.2.2.	Diagnóstico diferencial	7
6.3.	Exámenes auxiliares	8
6.3.1.	De patología Clínica	8
6.3.2.	De Imágenes:	8
6.3.3.	De exámenes especializados complementarios	9
6.4.	Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive	9
6.4.1.	Medidas generales y preventivas	9
6.4.2.	Terapéutica	10
6.4.3.	Efectos adversos o colaterales del tratamiento farmacológico:	14
6.4.4.	Signos de alarma:	14
6.4.5.	Criterios de Alta	15
6.4.6.	Pronóstico	15
6.5.	Complicaciones	15
6.6.	Criterios de referencia y contrarreferencia	15
	ANEXO N° 01: nivel de evidencia para estudios de terapia por NICE**	17
	ANEXO N° 02: Grados de recomendación para estudios de terapia (NICE)	18
	ANEXO N°03: Escala de Bristol	19
	ANEXO N° 04: Frecuencia normal de evacuaciones	20
	ANEXO N°05: Declaracion de conflicto de intereses	21
VIII.	Referencias bibliográficas o bibliografía	22



**GUÍA TECNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL
ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL EN NIÑOS**

I. FINALIDAD

Proveer una guía basada en evidencia científica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes pediátricos con edad mayor de 29 días y menor de 15 años, con estreñimiento funcional que son atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo, la cual también puede ser utilizada como referencia para otras instituciones.

II. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

- Brindar los lineamientos para ofrecer a los pacientes pediátricos con edad mayor de 29 días y menor de 15 años, con estreñimiento funcional del Hospital Nacional Dos de mayo una atención estandarizada, especializada y actualizada.

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Lograr una estandarización en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del estreñimiento funcional en pacientes pediátricos con edad mayor de 29 días y menor de 15 años, que son atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Valoración, manejo inicial y derivación oportuna según corresponda de pacientes con sospecha de estreñimiento no funcional.
- Incrementar el grado de especialización en la atención de pacientes con estreñimiento funcional en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

El ámbito de aplicación de esta guía es el Departamento de Pediatría del Hospital Nacional Dos de Mayo, involucrando al personal médico que atiende pacientes con estreñimiento en consulta externa, hospitalización y emergencia pediátrica.

POBLACIÓN OBJETIVO:

Todos los pacientes con edad mayor de 29 días y menor de 15 años que son atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo.



IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1. NOMBRE

- Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Estreñimiento Funcional en Niños.

4.2. CODIGO CIE 10:

NOMBRE	
• Estreñimiento o Constipación	K59.0
• Incontinencia fecal	R15
• Megacolon, no clasificado en otra parte	K59.3

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

El estreñimiento o constipación es un síntoma frecuente en pediatría, la cual es referida por los familiares como 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 posturas de retención. (1)

5.2. ETIOLOGÍA

En base a la etiología el estreñimiento se clasifica en funcional o primario cuando no existe enfermedad subyacente que lo genere, representa el 90-95%, y el secundario 5-10%, relacionado a una condición o enfermedad subyacente. (2)

Factores asociados a estreñimiento funcional (90-95%)

- 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)



Causas de estreñimiento orgánico (5-10%):

<p>Alteraciones del colon, recto y ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atresia y estenosis anal • Estenosis de colon • Ano ectópico • Fisuras • Tumores • Abscesos 	<p>Enfermedades Sistémicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipotiroidismo • Hipercalcemia • Hipopotasemia • Hiperparatiroidismo • Diabetes Mellitus • Diabetes insípida • Panhipopituitarismo • Parálisis cerebral • Esclerodemia • Amiloidosis • Enfermedad mixta de tejido conectivo. • Distrofia miotónica. • Esclerosis múltiple. • Enfermedad celiaca. • Fibrosis quística. • Acidosis tubular renal. • Alergia a proteína de la leche.
<p>Alteraciones de la Motilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Hirschsprung. • Displasia Neuronal Intestinal. • Pseudoobstrucción intestinal crónica. • Alteraciones musculares. 	<p>Psicógeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual. • Problemas psicológicos.
<p>Alteraciones Neurológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medulares congénitas: • Mielomeningocele • Tumores del cordón espinal • Agenesia de sacro • Diastematomelia • Medulares adquiridas • Infección • Traumatismo • Tumores. 	<p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metilfenidato • Fenitoína • Anticolinérgicos • Opiáceos • Antihipertensivos • Antiácidos • Fenotiazidas • Colesteramina • Psicotrópicos • Diuréticos

Fuente: Rahhal R, Uc A. Functional constipation En: Kleinman R, Sanderson I, Goulet O, Sherman Ph, Mieli-Vergani G, Shneider B. Pediatric Gastrointestinal Disease. BC Decker Inc. 2008.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

La defecación es posible debido a una combinación de contracciones en el segmento proximal y relajaciones en el distal que mueven la materia fecal en sentido distal hacia la región anal.



El complejo esfinteriano anal está compuesto por dos esfínteres bien diferenciados en su naturaleza y función:

Esfínter anal interno (EI) de musculatura lisa, involuntario, inervado por el sistema nervioso autónomo (el parasimpático lo relaja y el simpático lo contrae). Es el responsable del 80% del tono esfinteriano anal.

Esfínter anal externo (EE) de musculatura estriada, voluntario y dirigido desde la corteza cerebral por medio de impulsos sacros (S2-S4) por el nervio pudendo. Permite la contracción y la relajación voluntaria.

Cuando el bolo fecal alcanza las paredes del recto, las distiende y este proceso, detectado por los presorreceptores, inicia el acto de la defecación. En ese momento las paredes rectosigmoideas se contraen y el EI se relaja (reflejo recto-esfinteriano, reflejo inhibitorio anal o RIA) mediado por las vías parasimpáticas, induciendo así el deseo de defecar. Este reflejo inhibitorio anal se acompaña de la contracción refleja del EE y del músculo puborectal. Dicha contracción refleja también aparece al toser y estomudar, con el fin de evitar la salida de heces por el aumento de la presión abdominal.

Como el EE (músculo estriado) tiene control voluntario, es el que regula el deseo de defecar. Si las condiciones son favorables se aumenta la presión abdominal, desciende el suelo pélvico, se relaja el EE, el músculo puborectal y se produce la defecación. Pero en otras condiciones se inhibe voluntariamente la defecación, contrayendo el EE y el músculo puborectal. Esta contracción voluntaria del EE se conoce como reflejo anal excitador (RAE) y permite mantener la continencia hasta la desaparición del deseo de defecar. Se trata de un reflejo aprendido con el entrenamiento y, por lo tanto, susceptible de perfeccionamiento, que permite posponer de forma voluntaria la defecación.

En el proceso madurativo y a lo largo de la vida, se producen muchos más fenómenos de evitación de la defecación (RAE) que fenómenos defecatorios.

La retención crónica de las heces, por acomodación de la pared rectal que se va distendiendo, los presorreceptores rectales disminuyen su sensibilidad, se adaptan a una mayor repleción y dificultando todo el mecanismo anteriormente explicado. Se requiere de una mayor presión (mayor tamaño del bolo fecal) para estimular estos presorreceptores y relajar el EI. Más tarde desaparece el RAE, lo que lleva aparejado la aparición de incontinencia fecal retentiva, también conocida como **incontinencia por rebosamiento**.

Las heces retenidas se deshidratan y endurecen, aumentando progresivamente su volumen. Cuando el proceso retentivo se vence, el bolo fecal produce en su salida fisuras, sangrado y dolor. Este dolor origina un bloqueo voluntario de la defecación, y el conocido círculo del dolor. (3)

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

El estreñimiento es un problema frecuente en la edad pediátrica, siendo motivo de consulta frecuente, representa aproximadamente 3-5% de la consulta pediátrica y hasta 25% de la consulta en gastroenterología pediátrica.

Prevalencia estimada entre 0.3% al 8% de la población infantil. (1)

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

El estreñimiento puede expresarse a cualquier edad, siendo en la mayoría de los casos la defecación dolorosa el desencadenante de la retención fecal, generada por una



masa fecal dura y voluminosa llevando al desarrollo del círculo vicioso de retención – heces voluminosas – defecación dolorosa – retención.

Adicionalmente existen 3 etapas críticas de riesgo:

- Lactantes: Inicio de alimentación complementaria y el destete.
- Preescolar: Entrenamiento de control de esfínteres.
- Escolar: Inicio de escolaridad, cambio de ambientes, inmovilidad prolongada, problemas emocionales. (2)

FACTORES FAVORECEDORES DE EPISODIOS AGUDOS DE ESTREÑIMIENTO:

- Inicio de alimentación con fórmula para lactantes
- Dieta pobre en fibra
- Poco aporte de líquidos
- Exceso de lácteos en la dieta
- Ayuno prolongado
- Enfermedades intercurrentes
- Fiebre
- Inmovilidad
- Retirada del pañal
- Inicio de la escolarización
- Lesiones ano-rectales (fisuras, infecciones, etc.)

Fuente: Tomado de Guía de estreñimiento en el niño 2015. ISBN: 978-84-16270-16-3

5.5.1. Medio ambiente

No aplica

5.5.2. Estilos de vida y antecedentes personales

- Adiestramiento inadecuado para control de esfínteres.
- Rechazo del inodoro fuera de casa.
- Aporte insuficiente de fibra y líquidos.
- Restricciones en la dieta.

5.5.3. Factores hereditarios

- La historia familiar de estreñimiento podría ser un factor de riesgo

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y Síntomas

La presencia de estreñimiento suele ser referida por los pacientes y cuidadores como disminución en la frecuencia, presencia de heces duras, voluminosas, dolor, dificultad para la evacuación, pujos, evacuación incompleta, posturas de retención, sangrado anal y en algunos casos como heces por rebosamiento (incontinencia fecal retentiva).



Puede además expresarse como dolor abdominal crónico, hasta hiporexia, mal progreso ponderal, astenia, malestar, saciedad precoz (1) (4)

Se debe interrogar sobre lo siguiente a todo paciente: (3)

- La edad del control de esfínteres y si fue un hecho traumático para el niño.
- La presencia de conflictos emocionales e incluso la posibilidad de abuso.
- La existencia de incontinencia fecal.
- Si el paciente ingiere algún fármaco.
- La presencia de movimientos posturales retentivos.
- Si el niño padece dolor o distensión abdominal.
- Presencia de proctalgia y/o sangrado rectal.
- Descartar alteraciones del crecimiento.
- Antecedentes familiares de EH, alergias alimentarias, enfermedad inflamatoria intestinal, celiaquía, patología vesical, fibrosis quística, anomalías tiroideas, paratiroides y renales.

Exploración física

- Debe evaluarse a la inspección y palpación la presencia de masas fecales, el tono muscular
- Inspección del ano y región sacra para descartar alteraciones o malformaciones (posición anal, pliegues perianales, heces presentes alrededor del ano o en la ropa interior, eritema, fisuras) y realizar el examen de la región lumbosacra (hoyuelo, mechón de pelo, desviación de la línea glútea, agenesia sacra, nalgas planas).
- El tacto rectal no debe ser realizado por el pediatra de manera rutinaria, se justifica en casos de fracaso terapéutico, duda diagnóstica, sospecha de anomalías anatómicas, pacientes con patología neuromuscular, se debe considerar realizar el tacto rectal para evaluar el tono esfinteriano, presencia de masa fecal, capacidad de contracción y pujo. (1) (4)

6.1.2. Interacción cronológica:

No aplica.

6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías:

Ver la sección 6.7 y 7.

6.2. DIAGNÓSTICO

Se basa en la historia clínica y el examen físico, de acuerdo a los criterios de ROMA IV

6.2.1. Criterios de Diagnóstico para Estreñimiento Funcional, ROMA IV (5).



Cuadro N.º 01: Criterios de Diagnóstico para Estreñimiento Funcional, ROMA IV

<p>Criterios diagnósticos para neonatos y niños menores de 5 años</p> <p>Deben incluir, como mínimo, dos de los siguientes durante, al menos, un mes:</p> <ol style="list-style-type: none">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. <p>En niños continentales fecales, pueden usarse los siguientes criterios adicionales:</p> <ol style="list-style-type: none">6. Al menos, un episodio semanal de incontinencia.7. Historia de deposiciones voluminosas que pueden obstruir el sanitario.
<p>Criterios diagnósticos para niños de 5 a 18 años</p> <p>Deben 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:</p> <ol style="list-style-type: none">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.
<p>Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra afección.</p>

Fuente: Trastornos digestivos funcionales pediátricos. Criterios Roma IV. Blesa Baviera LC. Lúa (5).

Evaluación por Gastroenterología Pediátrica cuando exista: (6)

- Falla en el tratamiento.
- Evidencia de patología orgánica, enfermedad gastrointestinal.
- Signos de alarma.

6.2.2. Diagnóstico diferencial

En el caso de lactantes menores de 9 meses debe considerarse la presencia de Disquecia de lactante, el cual se define según los criterios de Roma IV por la presencia de:

- Al menos 10 minutos de esfuerzo y llanto antes de la defecación, exitosa o no, de heces blandas.
- Sin otros problemas de salud (5) (2).

Las evacuaciones por rebosamiento, deben ser diferenciadas de la incontinencia fecal – no retentiva, una exploración física minuciosa y de ser necesario estudios de imagen como radiografía simple de abdomen para documentar la presencia de heces retenidas y distinguirlas (2).



Etiología orgánica (No Funcional):

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 Hirschprung (7) (8).

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

El diagnóstico de Estreñimiento funcional no requiere de estudios complementarios, se basa en los criterios de roma, los exámenes auxiliares se reservan para aquellos con pacientes con signos de alarma o aquellos pacientes refractarios al tratamiento convencional adecuado.

6.3.1. De patología Clínica

No aplica

6.3.2. De Imágenes:

No se recomienda su uso rutinario. (8)

Radiografía simple de abdomen: Utilidad en casos de incontinencia en los que no se puede evidenciar la presencia de heces retenidas en recto (Ejm, Obesidad) o la imposibilidad de realizar tacto rectal (rechazo, sospecha de abuso sexual, etc). (3) (8)

En incontinencia retentiva se mostrará distensión de colon y recto con abundante materia fecal y en ocasiones presencia de un fecaloma.

Enema contrastado con bario: En presencia de signos de alarma sugestivos de malformaciones anatómicas, estenosis colónica o enfermedad de Hirschprung. En caso de sospecha de Hirschprung debe realizarse sin limpieza, evitando la manipulación rectal por lo menos 48 horas previas y usar la menor cantidad de contraste. (1)

Medición del tránsito colónico: Diferencia la incontinencia fecal retentiva de la no retentiva, identifica la distribución de las heces retenidas en todo el colon (inercia colónica total) o en algún segmento (inercia colónica segmentaria) y los casos con obstrucción para la salida, en los cuales, los marcadores quedan retenidos en su totalidad en la ampolla rectal.

Limitado a pacientes con falla al tratamiento convencional bien administrado. (9)



Videodefecografía: Identifica alteraciones anatómicas y funcionales que afectan la mecánica de la defecación como: prolapso, rectocele, enterocele, síndrome de periné descendido y disinergia del piso pélvico. (9)

Se realiza mediante videofluoroscopia. Uso rutinario no tiene suficiente respaldo científico para uso diagnóstico. Pobre experiencia en adultos y niños.

Solo para casos refractarios a tratamiento convencional, con tránsito recto-sigmoideo retardado y manometría ano-rectal previa normal o bien síntomas obstructivos (pujo crónico, sensación de bloqueo anal, necesidad de desimpactación manual), sobre todo si hay prolapso rectal recurrente. (9) (8)

Resonancia Magnética de columna lumbosacra: Utilidad en sospecha de alteración medular como ausencia o asimetría de reflejos: patelar, plantar, cutáneo-abdominales, cremasteriano, anal, presencia de reflejos anormales como Babinski y hallazgos anormales en región lumbar como fosita pilonidal, presencia de tumoraciones, mechón de pelos.

Debe ser realizada con contraste y su finalidad es descartar alteraciones medulares congénitas o adquiridas, responsables del estreñimiento. (8)

6.3.3. De exámenes especializados complementarios

Manometría ano-rectal: Mide presiones en la región ano-rectal. La principal indicación es demostrar la presencia del reflejo recto-anal inhibitorio (RAIR), su presencia excluye la enfermedad de Hirschsprung. Es seguro, no invasivo y sensible para discriminar estreñimiento crónico de enfermedad de Hirschsprung. Certeza diagnóstica aumenta con la edad y porcentaje de error es mayor en prematuros (1) (8) (9).

Biopsia rectal: En pacientes con pseudoobstrucción 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 biopsia de espesor total (1) (9).

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

Educación.

La educación y desmitificación son los primeros pasos en el tratamiento no farmacológico. El paciente debe participar activamente si su edad y neurodesarrollo lo permiten (3) (6) (**Nivel de evidencia 2++; grado de recomendación B**)

Explicar la fisiopatología de la incontinencia por rebosamiento, informar además que el estreñimiento infantil es un problema de larga duración es esencial (6).

Entrenamiento y diario de deposiciones

Implica sentarse unos pocos minutos luego de cada gran comida y tratar de defecar activamente, para aprovechar el *reflejo gastrocólico* que aumenta la peristalsis colónica y facilita la defecación (6) (**Nivel de evidencia 2+; grado de recomendación C**).



Modificaciones en la dieta y aumento de líquidos.

Moderar la cantidad de lácteos y probar otros alimentos (6) **(Nivel de evidencia 2+; grado de recomendación C).**

Recomendar tomar mayor cantidad de líquidos y consumir carbohidratos no absorbibles, como sorbitol (frutas), para ablandar las heces (6) (10) **(Nivel de evidencia 2++; grado de recomendación B).**

Promover una dieta equilibrada que incluya granos integrales, frutas y verduras, con ingesta de fibra ajustada a la edad y requerimientos de cada niño (6) **(Nivel de evidencia 2++; grado de recomendación B).**

Actividad Física

Promoverlo se asocia a menor riesgo de estreñimiento en etapa preescolar (1) (7) **(Nivel de evidencia 2+; grado de recomendación C).**

Terapia conductual

Alrededor de un tercio de pacientes presentan problemas de comportamiento, siempre acompañada de tratamiento convencional (8) **(Nivel de evidencia 2+; grado de recomendación C).**

Entrenamiento de Biorretroalimentación

Requerido en aprox 50% de niños con estreñimiento funcional ya que presentan anomalías en la dinámica de defecación (1) (8) (9) **(Nivel de evidencia 2+; grado de recomendación C).**

6.4.2. Terapéutica

Objetivo es disminuir la consistencia de la materia fecal y facilitar la expulsión fecal, puede ser breve en casos de estreñimiento leve o de reciente inicio comienzo. En cambio, cuando el estreñimiento es de larga data, con dilatación recto-colónica, requerirá tratamiento escalonado y prolongado (6).

1. **Desimpactación:** La impactación fecal está presente en el 50% de pacientes con estreñimiento funcional y en su mayoría se acompaña de incontinencia fecal, la eliminación del bolo fecal (desimpactación) se recomienda realizar antes de iniciar tratamiento de mantenimiento (3) (11) **(Nivel de evidencia 1+; grado de recomendación A).**

La desimpactación farmacológica por vía oral es la primera indicación y debe realizarse con altas dosis de polietilenglicol **(Nivel de evidencia 1+; grado de recomendación A).**

Las dosis altas de polietilenglicol se puede asociar con mayor frecuencia de incontinencia fecal durante el tratamiento, sin la vía oral se prefiere al ser menos invasiva (3) (6) (8) **(Nivel de evidencia 2++; grado de recomendación B).**



Enemas:

Son fluidos que se administran por vía rectal que pueden contener agentes químicamente activos que estimulan la motilidad intestinal, o agentes osmóticos, o lubricantes, o ambos combinados. En los lactantes, la desimpactación se puede realizar con enemas de glicerina (**Nivel de evidencia 2+; grado de recomendación C**).

El efecto se ve a los pocos minutos de administrarlo, el número de enemas a utilizar varía en cada niño, los efectos adversos suelen ser dolor abdominal y malestar (1) (**Nivel de evidencia 2++; grado de recomendación B**).

Los enemas de fosfato de sodio están contraindicados en enfermedad de Hirschsprung por riesgo de hiperfosfatemia (**Nivel de evidencia 1++; grado de recomendación A**).

- Enemas de suero salino: 5ml/kg
- Enemas de Fosfato Hipertónico: 3-5ml/kg/12h, Max 140ml. (Max 5 días)

Irrigación rectal:

Consiste en infundir agua en el recto para realizar una limpieza mecánica intestinal mecánica y se utiliza en casos de estreñimiento e incontinencia neurogénica (espina bífida, enfermedad de Hirschsprung o malformaciones anorrectales). Sin embargo, información sobre su efectividad es limitada. Volumen de agua a infundir 10-20ml/kg (1) (**Nivel de evidencia 2++; grado de recomendación B**).

2. Mantenimiento:

Luego de la desimpactación efectiva, debe iniciarse la terapia de mantenimiento para evitar recaídas, el objetivo es ablandar las heces y lograr una defecación sin dolor ni esfuerzos mayores (1) (12) (**Nivel de evidencia 1+; grado de recomendación A**).

Existen varios tipos de laxantes disponibles orales y rectales. Siendo el polietilenglicol el laxante oral de primera elección (**Nivel de evidencia 1+; grado de recomendación A**).

El seguimiento se recomienda 1-2 semanas después de iniciarlo, mantenerse como mínimo 2 meses y los síntomas suelen resolverse durante el primer mes (**Nivel de evidencia 1+; grado de recomendación A**).

3. Destete:

Aproximadamente el 50% de casos suele resolverse luego de 6-12 meses de haberse iniciado el tratamiento. La mediación debe reducirse gradualmente.

Factores considerados de mal pronóstico: inicio antes de los 4 años, incontinencia fecal, duración de los síntomas más de 6 meses. (6) (12) (**Nivel de evidencia 2+; grado de recomendación C**).

En caso de estreñimiento refractario, definido como aquel que no tiene respuesta al tratamiento convencional óptimo luego de tres meses, puede ser causado por una falta de conciencia del tratamiento convencional óptimo, falta de desimpactación inicial, interrupción temprana del tratamiento. Descartando estas causas, el estreñimiento refractario es muy infrecuente. En estos casos poco habituales, se deben descartar trastornos



motores, como disinerxia pelviana, acalasia del esfínter anal interno, EH, pseudoobstrucción intestinal, anomalías de la médula espinal, y otras causas orgánicas, como hipotiroidismo, celiaquía, hipercalcemia, etc. (13) (12) (**Nivel de evidencia 2++; grado de recomendación B**).

4. Calendario de seguimiento:

Un seguimiento cercano y regular es esencial para asegurar el éxito. Inicialmente, mensual hasta lograr estabilidad y deposiciones voluntarias sin dolor. Luego se recomienda controlar cada 3 meses por dos años y después anualmente de ser necesario. En cada visita, se recomienda revisar los registros de las heces del paciente (1) (**Nivel de evidencia 2+; grado de recomendación C**).

FARMACOS:

El polietilenglicol es el laxante de primera elección, para desimpactación como para el mantenimiento. Lactulosa se recomienda si Polietilenglicol no está disponible o es mal tolerado. (12).

Los laxantes estimulantes (*bisacodilo, sen, picosulfato de sodio*), hidróxido de magnesio y/o aceite mineral: se considerarán de segunda línea o deben ser adicionados cuando los laxantes osmóticos son insuficientes.

1. Laxantes osmóticos:

Polietilenglicol

Es la primera opción para el estreñimiento funcional. Es poco absorbido por el intestino; aumenta la osmolaridad intraluminal; estimula la retención de agua; disminuye la consistencia de las heces e incrementa secundariamente la peristalsis. Es efectivo y seguro en lactantes (1) (12) (14) (15) (**Nivel de evidencia 1+; grado de recomendación A**).

El efecto ocurre dentro de 1-2 días del inicio del tratamiento

Dosis: Desimpactación: 1–1,5 g/kg/día (máximo 6 días).

Mantenimiento: 0,2–0,8 g/kg/día en 1–2 dosis.

Lactulosa y lactitol

En el colon, estos disacáridos se fermentan, retienen agua e inducen a la formación de gas y el consecuente aumento de la peristalsis.

El efecto se observa en unos días.

Es menos efectivo que el polietilenglicol, adicionalmente con tendencia a desarrollar taquifilaxia (12) (14) (15) (**Nivel de evidencia 1+; grado de recomendación A**).

- Dosis: 1-3ml/kg/día (1-2g/kg/d) 1-2 dosis (Max 60ml/día)

Hidróxido de magnesio (leche de magnesia)

Es mal absorbido, por lo que genera un gradiente osmótico hiperosmolar.

El efecto se produce luego de 2-8 h, y el sulfato de magnesio inicia su actividad después de 1-3 horas.

Es menos efectivo que el polietilenglicol.

Contraindicado en niños con insuficiencia renal grave (1) (**Nivel de evidencia 2++; grado de recomendación B**).

- Dosis: 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.

2. Laxantes estimulantes:

Son la segunda línea luego de los laxantes osmóticos. Usados únicamente en casos de constipación refractaria, en ciclos cortos, y están contraindicados en lactantes.

Los laxantes estimulantes actúan directamente sobre la mucosa intestinal, por lo que estimulan la motilidad intestinal y aumentan el agua y secreción electrolítica. Son seguros y efectivos usados de en dosis adecuada (1) (6) (9) (12) (15) **(Nivel de evidencia 2++; grado de recomendación B).**

Difenil metanos (bisacodilo y picosulfato de sodio)

Ambos son agentes no absorbibles. En el colon, se hidrolizan a sus metabolitos activos y ejercen un efecto procinético local (1) (6) (9) (12) (15) **(Nivel de evidencia 1+; grado de recomendación A).**

Dosis:

Bisacodilo 3–10a: 5 mg/día dosis nocturna.
 >11a: 5–10 mg/día dosis nocturna.

Picosulfato de sodio 1m–4a: 2,5–10 mg/día en 1 dosis.
 5 – 18a: 2,5–20 mg/día en 1 dosis.

Antraquinonas

El sen (Cassia senna) contiene una variedad de antraquinonas, que son metabolizadas por las bacterias intestinales y se convierten en su metabolito activo, cuya función es estimular la motilidad del colon, la secreción de agua y electrolitos, lo que inhibe la absorción de agua y electrolitos en el colon. (1) (6) (9) (12) (15) **(Nivel de evidencia 2+; grado de recomendación C).**

No en menores de un año.

Dosis: 2–6a: 2,5–5 mg/día en 1–2 dosis.
 7–12a: 7,5–10 mg/día en 1–2 dosis.
 13a: 15–20 mg/día en 1–2 dosis.

Aceite mineral (o parafina líquida)

Efecto lubricante; no se absorbe en el intestino. Puede ser administrado por vía oral o rectal.

El efecto laxante en 1-2 días para ambas vías de administración (1) (6) (9) **(Nivel de evidencia 3; grado de recomendación D).**

La parafina líquida es segura y eficaz.

No administrar en menores de 3 años.

Dosis: Oral: 3–18a: 1–3 ml/kg/día en 1 o más dosis (máx. 90 ml/día).
 Rectal: 2–11a: 30–60 ml/día en 1 dosis,
 12-18a: 60–150 mL/día en 1 dosis.

Probióticos

Utilidad en el manejo de Estreñimiento funcional aún poco claro. Modificar la microbiota podría influir en la motilidad colónica. No hay evidencia suficiente para apoyar su uso (8) (9) **(Nivel de evidencia 3; grado de recomendación D).**



6.4.3. Efectos adversos o colaterales del tratamiento farmacológico:

- Enemas de fosfato hipertónico: Trastornos hidroelectrolíticos (hipernatremia, hiperfosfatemia, hipokalemia e hipocalcemia) (9)
- Parafina líquida: Reduce la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E y K).
- Polietilenglicol: Incontinencia fecal (especialmente, durante la desimpactación), flatulencia, dolor abdominal, náuseas y distensión abdominal. La posibilidad de alteración electrolítica en pacientes con insuficiencia hepática o renal, o usuarios de diuréticos (15).
- Lactulosa: Suelen ser leves, Flatulencia, dolor abdominal a altas dosis.; el uso crónico puede llevar al desequilibrio electrolítico (hipernatremia) (15).
- Hidróxido de magnesio: diarrea, hipotensión, debilidad y letargo (15).
- Los laxantes estimulantes generalmente son bien tolerados, son comunes el dolor abdominal, las náuseas y los vómitos. *Sen*, Dolor abdominal, colon catártico, hepatitis idiosincrásica, melanosis coli, osteoartropatía hipertrófica, neuropatía; *Bisacodilo*: Dolor abdominal, diarrea e hipercalcemia, proctitis, urolitiasis; *Picosulfato de sodio*, Dolor abdominal, diarrea. Fenómeno de rebote con uso prolongado (15).

6.4.4. Signos de alarma:

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN ESTREÑIMIENTO “BANDERAS ROJAS”
<ul style="list-style-type: none"> • Inicio precoz. • Emisión tardía del meconio (>48h de vida). • Inicio del estreñimiento al nacimiento. • Heces acintadas en menores de un año. • Vómitos biliosos y síntomas digestivos altos. • Sin respuesta al tratamiento convencional pasados los 3 meses de este. • Patología vesical. • Alteraciones en la exploración física: <ul style="list-style-type: none"> - Fallo de medro. Alteración de desarrollo ponderoestatural. - Distensión abdominal persistente y/o recurrente. - Alteraciones en columna, espalda y/o región anal. <ul style="list-style-type: none"> ○ Fosa sacra cubierta de pelo. ○ Agenesia sacra. ○ Ano anterior. - Alteraciones neurológicas. <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausencia de reflejo cremastérico. ○ Pérdida de fuerza en extremidades inferiores. - Anomalías en el tacto rectal. <ul style="list-style-type: none"> ○ Ampolla rectal vacía. ○ Masa fecal abdominal con ausencia de heces en el tacto rectal. ○ Salida a borbotones de heces líquidas o aire al retirar el dedo.

Fuente: NASPGHAN. *Evaluation and treatment of constipation in infants and children: recommendations of the North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. JPGN 2014;43:e1-e13. (Nivel de evidencia 2++; grado de recomendación B).*



6.4.5. Criterios de Alta

Restablecimiento de ritmo intestinal evacuatorio normal de acuerdo a la edad.

6.4.6. Pronóstico

La evolución clínica es variable. Algunos autores encontraron que, a pesar de un tratamiento intensivo, hasta un 50 % de los pacientes había presentado alguna recaída con síntomas luego de 5 años de evolución, siendo exitoso en hasta en un 60% a los 5 años de seguimiento y hasta el 80% a los 8 años de seguimiento, con mayor tasa de éxito en aquellos sin encopresis y aquellos con edad de inicio mayor a los 4 años (8) (16).

El estreñimiento crónico se asocia con deterioro de la calidad de vida y afecta las relaciones sociales con mayor repercusión en los que padecen escurrimiento. **(Nivel de evidencia 1+; grado de recomendación A).**

6.5. COMPLICACIONES

- Incontinencia fecal retentiva y sus repercusiones psicológicas.
- Fisura anal y rectorragia.
- Hemorroides.
- Impactación fecal y suboclusión intestinal.
- Sobrecrecimiento bacteriano de intestino delgado.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Criterios de referencia

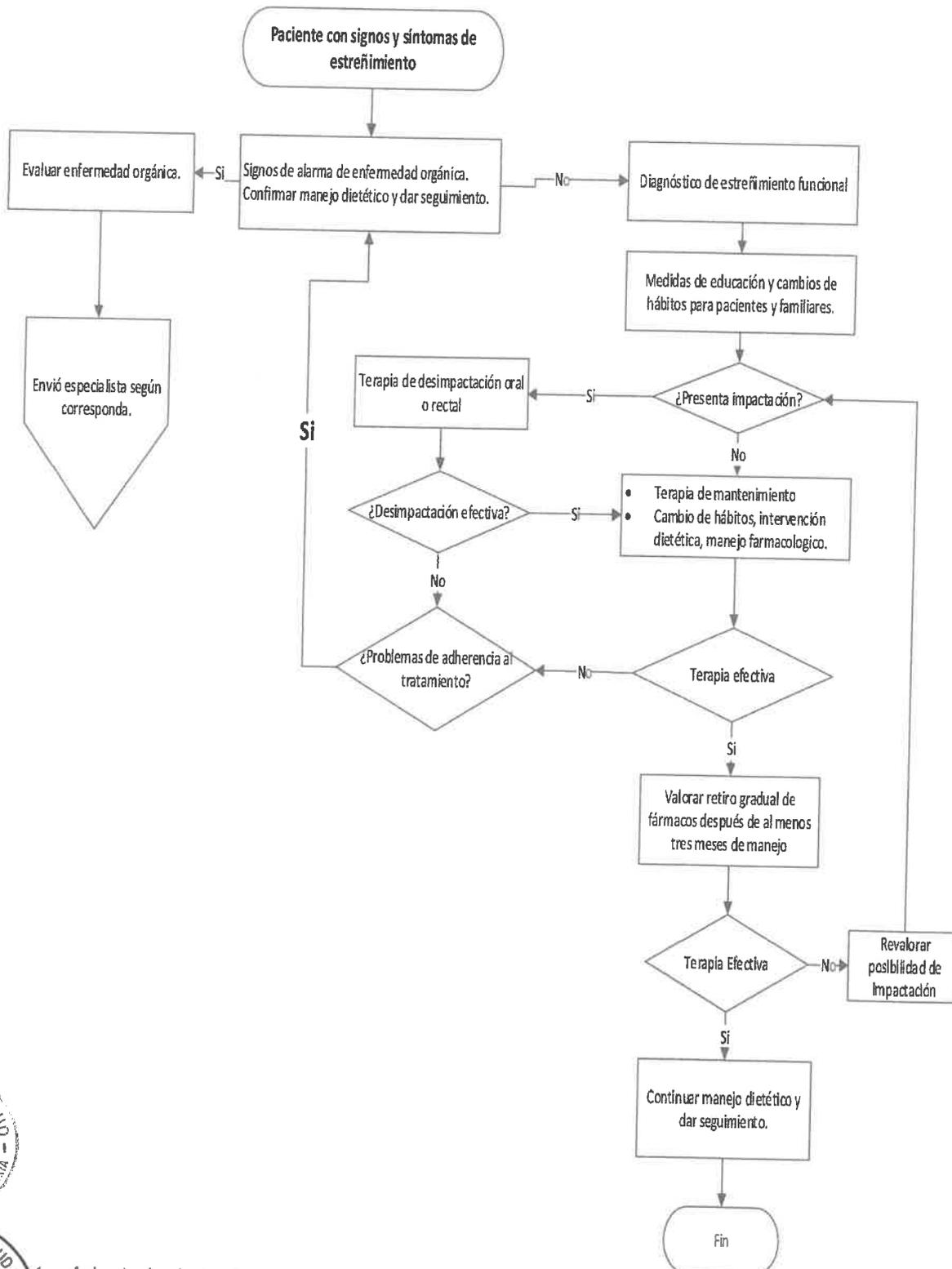
- El Hospital Nacional Dos de Mayo recibirá las referencias de los niveles I y II, con el fin de brindar atención en gastroenterología pediátrica para realizar un diagnóstico y tratamiento especializado.
- Manejo en el nivel II: Las referencias del nivel I serán recibidas con el fin de proveer atención por el médico pediatra. En caso de que el paciente presente signos de alarma "*banderas rojas*" o enfermedad de base que requiera manejo en el nivel II, el paciente podrá seguir todas sus atenciones en el nivel II o ser referido al Hospital Nacional Dos de Mayo en caso que el médico pediatra lo considere necesario.
- Manejo en el nivel I: En este nivel corresponde evaluación inicial por médico general y derivación a médico pediatra de red de salud correspondiente. Así mismo, en caso el médico general lo considere necesaria la evaluación por gastroenterología pediátrica podrá derivar a los pacientes directamente al Hospital Nacional Dos de Mayo.

Criterios de contrarreferencia

- El Hospital Nacional Dos de Mayo realizará la contrarreferencia de los pacientes a su establecimiento de origen cuando se haya restablecido el ritmo intestinal defecatorio y se considere que el paciente no requiere tratamiento farmacológico ni seguimiento por gastroenterología pediátrica.
- Manejo en el nivel II: La contrarreferencia se realizará al establecimiento de origen en caso el paciente ya no requiera tratamiento ni seguimiento por el médico pediatra.



6.7. FLUXOGRAMA



Fuente: Adaptado de la Guía mexicana para el diagnóstico y tratamiento de la constipación funcional en niños. Acta Pediatr Mex 2009;30(supp1): S1-19. Biggs WS, Dery WH. Evaluation and treatment of constipation in infants and children. Am Fam Physician 2006;73:669-



VII. ANEXOS.

ANEXO N° 01: NIVEL DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE TERAPIA POR NICE**

NIVEL DE EVIDENCIA	INTERPRETACIÓN
1++	Meta-análisis de gran calidad, Revisiones sistemáticas (RS) de Ensayos Clínicos (EC) con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos.
1+	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación
1-	Meta-análisis de gran calidad RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria de riesgo de sesgos*
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohorte o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertas/os

* Los estudios con un nivel de evidencia con signos "-" no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación. Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

** National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London. NICE update March 2005. The guidelines manual 2009.



ANEXO N° 02: GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DE TERAPIA (NICE)

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACION
A	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestre globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal.
D (BPP)	Un buen punto de practica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía.



MINISTERIO DE SALUD
 Hospital Nac. "Dos de Mayo"
 DEPARTAMENTO DE PEDIRIA
 JEFATURA DE PEDIRIA

MINISTERIO DE SALUD
 Hospital Nac. "Dos de Mayo"
 DEPARTAMENTO DE PEDIRIA
 JEFATURA DE PEDIRIA
 EMERGENCIAS

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

Dr. GARY VILLAR MARTÍNEZ
 C.M.P. 63118 R.N.E. 36939 - 30139
 Médico Gastroenterólogo - Pediatra
 del Servicio de Pediria

ANEXO N°03: ESCALA DE BRISTOL

Tipo 1		Trozos duros separados, como nueces
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas
Tipo 4		Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
Tipo 5		Bolas suaves con bordes definidos
Tipo 6		Trozos suaves con los bordes desiguales
Tipo 7		Acuosa, sin trozos sólidos. Totalmente líquida

Fuente: Estreñimiento funcional en pediatría, diagnóstico y tratamiento. Grupo de Trabajo de Constipación del Comité Nacional de Gastroenterología Pediátrica. Arch Argent Pediatr 2021;119(1):S39-S47



ANEXO N° 04: FRECUENCIA NORMAL DE EVACUACIONES

Edad	Evacuaciones por semana	Evacuaciones por día
0-3 meses		
Alimentado con lactancia materna	5 - 40	2.9
Alimentado con fórmula láctea	5 - 28	2
6-12 meses	5 - 18	1.8
1-3 años	4 - 21	1.4
>3 años	3 - 4	1

Fuente: Fontana F, Bianchi C, Conti-Nibali S, et al. Bowel frequency in healthy children. Acta Paediatr Scand 1989;78:682-4



ANEXO N°05: DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERESES

El Equipo de trabajo desarrollador de la presente Guía de Práctica Clínica
DECLARA NO TENER CONFLICTO DE INTERÉS, de lo siguiente:

- a. No tener relación como Empleo y/o consultorías con alguna organización con el área objeto del presente grupo de trabajo.
- b. No apoyar en investigación, como financiamiento, colaboración, pago de viajes a reuniones de trabajo, adquisición de equipos de trabajo, auspicio y otro tipo de transferencia de fondos valoradas.
- c. No tener Interés de inversión. No tener inversiones en una institución comercial con intereses relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
- d. No tener propiedad intelectual, patente, marcas, o derechos de autor (incluyendo solicitudes pendientes), tener derechos sobre propiedad intelectual relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
- e. No haber proveído una opinión o testimonio, posiciones o declaraciones públicas de experto relacionado al área de estudio del presente grupo de trabajo.



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA.

1. *Estreñimiento funcional en pediatría, diagnóstico y tratamiento. Pediatría, Grupo de Trabajo de Constipación del Comité Nacional de Gastroenterología.* S39-S47, s.l. : Arch Argent Pediatr, 2021, Vol. 119.
2. **al, Neal S. Leleiko et.** *Constipation.* s.l. : Pediatrics in Review, 2020. Vol. 41 No. 8.
3. **Palittiya Sintusek.** *Functional constipation in children: What physicians should know.* Bangkok, Thailand : World Journal of Gastroenterology, 2023.
4. **Jeremy Meng Dao Ho y Choon How How.** *Chronic constipation in infants and children.* Singapore : Singapore Med J, 2020.
5. *Trastornos digestivos funcionales pediátricos. Criterios Roma IV.* **Blesa Baviera LC.** Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 107, 112, Madrid : AEPap , Curso de Actualización Pediatría 2017.
6. *Management of Childhood Functional Constipation: Consensus Practice Guidelines of Indian Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition and Pediatric Gastroenterology Chapter of Indian Academy of Pediatrics.* **YACHHA, SURENDER KUMAR y al, ANSHU SRIVASTAVA et.** VOLUME 55, s.l. : INDIAN PEDIATRICS, 2018.
7. *Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Constipación en Pediatría pediátricas, Equipo Técnico de Gastroenterología de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada de Pediatría y Subespecialidades.* 11/19, s.l. : INSN-SB, 2018, Vols. GPC-007.
8. *Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN.* **Tabbers, M.M. y al, C. DiLorenzo et.** 58: 258–274, Amsterdam, The Netherlands : Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2014.
9. *Management of functional constipation in children and adults.* **Vriesman, Mana H. y al, Ilan J. N. Koppen et.** s.l. : Nature Reviews, 2019, Vol. Gastroenterology and Hepatology.
10. *Constipation Management in Pediatric Primary Care.* **Leah Khan.** 47(5):e180-e184, s.l. : Pediatr Ann., 2018.
11. *Clinical practice: diagnosis and treatment of functional constipation.* **Tabbers MM, et al.** 170(8):955-63, s.l. : Eur J Pediatr, 2011.
12. *An Update of Pharmacological Management in Children with Functional Constipation.* **Geus, Anna de y al, Ilan J. N. Koppen et.** 25:343–358, s.l. : Pediatric Drugs, 2023.
13. *Indian Pediatr.* **Poddar U.** 53(4):319-27, s.l. : Approach to Constipation in Children, 2016.
14. *A randomised, double-blind study of polyethylene glycol 4000 and lactulose in the treatment of constipation in children.* **Treepongkaruna S, et al.** 14:153, s.l. : BMC Pediatr, 2014.
15. *Osmotic and stimulant laxatives for the management of childhood constipation (Review).* **M, Gordon y al, MacDonald JK et.** s.l. : Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016, Vol. Issue 8. Art. No.: CD009118.
16. *Long-Term follow-up of children with chronic idiopathic constipation.* **Staiano A, et al.** 1994; 39(3):561-4, s.l. : Dig Dis Sci, 1994.
17. *Guías de diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en México. D) Evaluación y tratamiento del estreñimiento en población pediátrica.* **Dr Remes Troche, José María.** 2(76):155-168, s.l. : Revista de Gastroenterología de México, 2011.

