

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

2018

TRATAMIENTO MÉDICO DEL
ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL EN
EL ESCOLAR Y ADOLESCENTE EN EL

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: GPC-IMSS-643-18

Avenida Paseo de La Reforma No. 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600 México, Ciudad de México.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

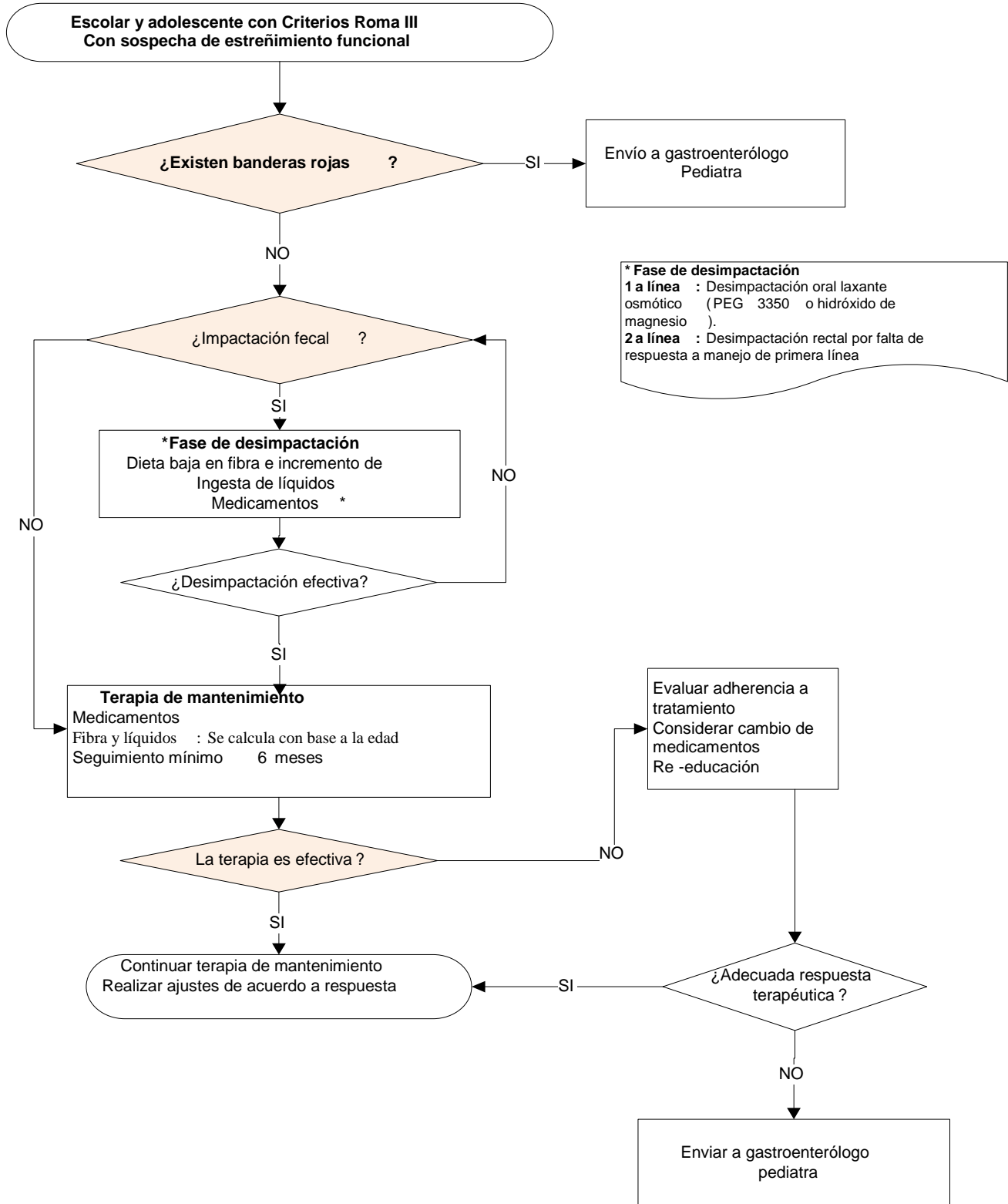
La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Tratamiento médico del estreñimiento funcional en el escolar y adolescente**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de “Evidencias y Recomendaciones” en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-643-18/ER.pdf>

Debe ser citado como: **Tratamiento médico del estreñimiento funcional en el escolar y adolescente**. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2018 [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-643-18/RR.pdf>

ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO



2. TRATAMIENTO MÉDICO DEL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

TRATAMIENTO MÉDICO DE LA IMPACTACIÓN FECAL

Recomendación Clave	GR*
<p>Reconocer las diferentes manifestaciones clínicas del estreñimiento como: encopresis, manchado e impactación fecal, estos asociados con el estreñimiento funcional. La impactación fecal es un estreñimiento grave con una gran masa fecal ya sea en recto u abdomen y / o encopresis. Al estar presente los datos de alarma, no deben ser tratados, asumiendo que deben ser referidos de manera urgente al profesional de salud especializado.</p>	C, D
<p>En el primer contacto con el paciente estreñado es indispensable la identificación de impactación fecal. Esta se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presencia de una masa fecal grande y dura durante la exploración abdominal • recto dilatado y ocupado con materia fecal durante la exploración rectal • excesiva cantidad de heces en colon en una radiografía simple de abdomen. <p>Al diagnosticar la impactación fecal es indispensable iniciar su tratamiento en forma inmediata, en el caso de otorgar terapia de mantenimiento, es posible empeorar los síntomas.</p>	B, C
<p>El Polietilenglicol (PEG) ha sido evaluado en diversos ensayos de eficacia para la resolución del estreñimiento comparándose con lactulosa, leche de magnesio (Hidróxido de Magnesio), enemas, parafina líquida, fibra dietética y placebo. A diferentes dosis: altas (0.7g/kg) vs. dosis bajas (0.3g/kg). Se reportó que el PEG es superior al placebo, lactulosa y leche de magnesio, sin embargo la magnitud de esta diferencia fue pequeña y puede no ser clínicamente significativa.</p>	C, D
<p>En una revisión sistemática se encontró un solo estudio que informó la desimpactación con éxito del 100% de los participantes con PEG, en comparación con el 80% de los pacientes que usaron lactulosa.</p>	C, D
<p>Una cohorte prospectiva mostró que PEG 3350 sin electrolitos a una dosis inicial 1g/kg/día (14ml/kg/día) fraccionada en 2 dosis al día por 8 semanas, fue efectivo con respecto al estado basal, al provocar un decremento en el manchado, mejoría de la defecación dolorosa, y por lo tanto disminución al miedo a la defecación, tras 6 semanas de tratamiento. Fue igualmente efectivo en resolver por completo la presencia de masa abdominal palpable.</p>	C, D
<p>En caso de no conseguir el efecto terapéutico de desimpactación o intolerancia dentro de las 2 semanas siguientes con el uso de PEG 3350 con o sin electrolitos, evaluar el uso de un laxante estimulante como la leche de magnesio (Hidróxido de Magnesio), solo o en combinación con un laxante osmótico como lactulosa, evaluando la respuesta clínica de este esquema.</p>	D

El médico tratante informará la eficacia de las diferentes alternativas y conjuntamente con los padres o tutores del paciente deben considerar la tolerancia y los efectos secundarios tanto del PEG, laxantes estimulantes, osmóticos y enemas así como la preferencia del paciente favoreciendo la adherencia terapéutica.

D

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO EN EL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

Recomendación Clave	GR*
Una vez resuelta la impactación fecal, el tratamiento se debe enfocar a prevenir la recurrencia y mejorar la consistencia y regularidad de las evacuaciones mediante la fase de mantenimiento, la cual incluye manejo farmacológico, adecuaciones dietéticas, y modificación de hábitos.	D
Reconocer que existe evidencia sobre la eficacia y la seguridad del PEG sobre otros laxantes para el tratamiento de mantenimiento de los niños con estreñimiento funcional. Por lo que se recomienda el uso del PEG 3350 con electrolitos, vía oral por más de 7 días para la fase de mantenimiento del estreñimiento funcional.	D
La dosis de mantenimiento del PEG es entre 0.4 g/kg/día a 1g/kg/día, la cual ha mostrado ser efectiva. Una causa frecuente de falta de respuesta es el uso de una dosis inadecuada.	B, D
EL PEG 3350 con electrolitos es más efectivo que los demás tratamientos disponibles vía oral, así como es mejor tolerado por sus menores efectos adversos, por lo tanto es seguro. Constituye la primera línea de tratamiento tanto en la fase de desimpactación como en la de mantenimiento. La prescripción del PEG hasta la dosis altas 1g/kg/día y su posible incremento o reajuste es de acuerdo a dosis respuesta.	B, D
No se mostró diferencia significativa entre el PEG 3350 sin electrolitos y la leche de magnesia en un ensayo clínico controlado, en cuanto al incremento en el número de evacuaciones por semana, así como, en los episodios de incontinencia fecal.	D
La leche de magnesia es equivalente en su efectividad al PEG, sin embargo este último es mejor tolerado.	D
Un meta-análisis de 4 ensayos clínicos controlados aleatorizados comparó al PEG vs. lactulosa encontrando mayor tasa de éxito con el PEG. El PEG mostró aumento de los movimientos intestinales y disminución de los episodios de incontinencia fecal. Por lo que se recomienda el uso de lactulosa como tratamiento de primera línea si PEG no está disponible.	D
Por consenso de expertos, el uso de leche de magnesia, aceite mineral y laxantes estimulantes puede considerarse como segunda línea terapéutica.	D

Basado en la opinión de expertos, el tratamiento de mantenimiento debe continuar durante al menos 2 meses, con la disminución de dosis (forma gradual) en respuesta a la frecuencia y consistencia de evacuaciones. Todos los síntomas de estreñimiento funcional deben resolverse durante al menos 1 mes antes de suspender el tratamiento. No suspenderse los laxantes de manera abrupta.	D
No recomiendan la adición de enemas al manejo de mantenimiento con PEG, en niños con estreñimiento con manifestaciones clínicas leves.	D
Con cualquier laxante se debe recomendar a los padres ajustar la dosis de acuerdo a la respuesta; aumentando la dosis cada 2 días hasta que el niño tenga de una a 2 heces blandas por día, así como disminuir la dosis si el niño tiene heces sueltas.	D
El médico conjuntamente con los padres establecerá un plan de emergencia en los casos de impactación, donde se consultara al médico tratante para el aumento paulatino y gradual de la dosis de laxante osmótico y sobre los datos de alarma. Reiniciar la terapia de mantenimiento, al resolverse la impactación fecal.	D
No se recomienda el uso de aceite mineral en niños < de 1 año e incluso algunos grupos lo recomiendan en niños > de 4 años. Considerarlo solo en pacientes sin daño neurológico o reflujo gastroesofágico, con adecuado desarrollo psicomotriz por el riesgo de bronco aspiración y neumonía lipóidica	D

DIETOTERAPIA

Recomendación Clave	GR*
El vaciado intestinal, limpieza o desimpactación es la parte inicial del tratamiento. No se recomienda iniciar el tratamiento del estreñimiento “con una dieta rica en fibra”, en la primera fase del tratamiento, debe ir asociada a una dieta pobre o ausente de fibra, incrementando la ingesta de líquidos, fundamentalmente agua y zumos colados.	D
Los niños deben consumir una dieta equilibrada, que incluya alimentos que contengan fibra de acuerdo a su grupo etario.	D
Existe controversia en alentar a los niños a comer más fibra, si ya se consume una dieta sana y equilibrada con suficiente fibra, debido a que esto puede ser contraproducente. Un alto consumo de fibra en este caso podría exacerbar los síntomas y aumentar potencialmente el manchado. La introducción de fibra en la dieta debe ser progresiva, en caso contrario se producirán gases, borborismos y dolor abdominal.	D
Se recomienda que los niños > de 2 años de edad consuman una cantidad mínima de fibra dietética equivalente a la edad más 5 g/ día hasta un máximo de 30 g/día	D
A pesar que la evidencia es limitada, valorar el uso de suplementos de fibra en el tratamiento del estreñimiento, como: <ul style="list-style-type: none"> • ciruela • salvado de trigo 	D

<ul style="list-style-type: none"> • cáscara de cacao 	
<p>El aumento de la ingesta de líquidos a lo recomendado es esencial. Sin una ingesta suficiente de líquidos, el uso de laxantes osmóticos dará lugar a la deshidratación que puede contribuir al estreñimiento.</p>	<p>D</p>
<p>Favorecer el incremento en la retención de agua en el bolo fecal. Si se aporta la fibra, pero la ingesta de líquidos no es suficiente, se perpetuara el estreñimiento. Se aconseja que se ingiera líquido suficiente, por lo menos 2 onzas que no sean lácteos por cada gramo de fibra</p>	<p>D</p>
<p>No existe evidencia robusta que sustente la prescripción de probióticos para el manejo del niño con estreñimiento.</p>	<p>D</p>
<p>No utilizar las intervenciones en la dieta como tratamiento de primera línea en los niños con estreñimiento funcional.</p>	<p>D</p>