

# Nutri podcast



La voz de la **actualidad**  
en *nutrición pediátrica*

Coordinadora:

**Dra. Gema García Ron**

Pediatra del Centro de Salud Las Águilas. Madrid

Vocal nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)



## Podcast 4

**Dra. Gema García Ron**

Pediatra del Centro de Salud Las Águilas. Madrid

Vocal nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

## ESTREÑIMIENTO Y CONSUMO DE FIBRA

### INTRODUCCIÓN

El estreñimiento es un problema frecuente en la edad pediátrica que afecta a todos los grupos de edad y a ambos sexos prácticamente por igual (ligeramente más frecuente en los varones).

Alrededor de un 95% de los casos son de causa funcional mientras que tan sólo un 5% son expresión de alguna patología orgánica.



# 4

Podcast 4  
Dra. Gema García Ron

Es importante recalcar que el patrón defecatorio varía con la edad, especialmente por debajo de los 4 años.

En un recién nacido la media de deposiciones es de 4-6 día. Esta frecuencia es menor en los lactantes alimentados con fórmula artificial. Los alimentados con leche materna pueden efectuar hasta 10-12 deposiciones líquidas al día. Sin embargo, en ocasiones, los alimentados con lactancia materna pueden presentar una frecuencia deposicional muy baja realizando deposiciones incluso cada 3-5 días, pero siempre de consistencia blanda y sin esfuerzo defecatorio. Ambas situaciones son normales y no deben catalogarse erróneamente ni de diarrea ni de estreñimiento respectivamente.

Con la edad, la frecuencia de las deposiciones va disminuyendo siendo la media a los 4 años de 1-2 deposiciones/día.

## DEFINICIÓN

El término estreñimiento no sólo hace referencia a la frecuencia de las deposiciones sino también a las características de las mismas (tamaño y dureza) y a las manifestaciones asociadas a la defecación (dolor, malestar, posturas de evitación y pérdidas fecales).

Según los **criterios Roma IV** se considerará estreñimiento funcional cuando el paciente presente al menos dos de los siguientes síntomas durante al menos un mes:

- Dos o menos deposiciones por semana.
- Historia de posturas retentivas o excesiva retención fecal voluntaria.
- Historia de deposiciones duras o de defecaciones dolorosas.
- Historia de deposiciones voluminosas.
- Presencia de una gran masa fecal en el recto.

En niños continentales, pueden usarse los siguientes criterios adicionales:

- Al menos un episodio semanal de incontinencia.
- Historia de deposiciones voluminosas que pueden obstruir el inodoro.

Estos síntomas no se podrán atribuir a otra enfermedad después de una evaluación médica adecuada.

Además del estreñimiento, existen **otros trastornos relacionados con la alteración en las deposiciones** con los que es imprescindible realizar un diagnóstico diferencial:

1. **Disquecia del lactante:** trastorno funcional que se manifiesta en lactantes menores de 6 meses en forma de episodios de gran esfuerzo y llanto de unos 15 minutos de duración y que desaparecen con la expulsión de las heces que son líquidas o blandas. Se deben a un fallo de coordinación entre el aumento de la presión intraabdominal y la relajación de la musculatura pélvica. Desaparece espontáneamente una vez que el niño aprende a realizar de forma correcta dichas actividades.

**4****Podcast 4**  
Dra. Gema García Ron

- 2. Incontinencia fecal no retentiva:** Son niños que presentan pérdidas fecales sin presencia de un hábito estreñido. Se producen principalmente en niños con trastornos del comportamiento (TDAH, TEA, ansiedad...). Se producen en respuesta a situaciones estresantes o cambios en la rutina diaria.

## PREVENCIÓN

En la mayoría de los casos, el estreñimiento aparece tras un episodio agudo motivado por distintos factores. Sin embargo, existen momentos claves en la vida del niño durante los cuales se favorece: paso de la lactancia materna a artificial, inicio de la alimentación complementaria, el control de los esfínteres y el inicio de la escolarización.

Es imprescindible informar adecuadamente a los padres de estas situaciones para tomar medidas y evitar la aparición del estreñimiento.

Desde el punto de vista dietético, informaremos que existen diversos factores que pueden favorecer estreñimiento como son: una dieta pobre en fibra, dar poco aporte de líquidos, el ayuno prolongado y administrar un exceso de lácteos en la alimentación (la cantidad de leche de vaca no debe superar los 500-750 ml/día en esta cantidad total se deben contabilizar otros productos lácteos como queso, yogur, postres, batidos, etc).

Desde el punto de vista conductual, debemos informar que el control de los esfínteres se suele alcanzar en torno a los 2-3 años. La retirada del pañal debe realizarse no sólo cuando el niño tenga un patrón de defecación normal, sino que además muestre indicadores de estar preparado. Acelerar este proceso conllevará, con mucha probabilidad, al desarrollo de un estreñimiento.

Podemos mantener unas **pautas de actuación sencillas** con el objetivo de evitar el estreñimiento:

- Tener una postura adecuada para defecar. Los pies del niño deben estar apoyados para facilitar la prensa abdominal (si no los apoyan tienen que hacer más presión con el suelo de la pelvis y hay más riesgos de fisuras, prolapsos y fobia a la defecación)
- Evitar baños sucios y desagradables que puedan asustar al niño
- Aprovechar el reflejo gastrocólico que se produce después de las comidas sentando al niño después de las mismas durante períodos no superiores a 10-15 minutos. Es conveniente acostumbrar al niño a defecar a una hora determinada.
- Refuerzo positivo: elogiando los intentos y logros, pero no de forma excesiva ya que podría inducir a preocupación en el niño si hubiera fallos.
- No regañar al niño ante escapes ni ponerle en evidencia delante de los demás.
- Observar la presencia de posturas retentivas (bailoteos, cruce de piernas...) y animar al niño a defecar en ese momento.

**4****Podcast 4**  
Dra. Gema García Ron

## DIAGNÓSTICO

El enfoque debe basarse en una anamnesis dirigida y en una exploración física detallada con las que obtengamos datos suficientes para determinar si nos encontramos ante un estreñimiento funcional (el más frecuente) no siendo necesario efectuar ninguna prueba complementaria para establecer el diagnóstico o si por el contrario existen datos de alarma (expulsión del meconio pasadas las 48 horas de vida, estreñimiento ya desde el nacimiento, heces acintadas en menores de un año, vómitos biliosos, fallo de medro, distensión abdominal permanente, alteraciones en columna, espalda o región anal) sugestivos de patología orgánica.

La **anamnesis** debe incluir:

- **Antecedentes familiares** de patología autoinmune (tiroiditis, celiaquía...).
- **Antecedentes personales:**
  - eliminación del meconio
  - toma de fármacos
  - patología extradigestiva (especialmente urinaria y respiratoria)
  - edad de aparición del estreñimiento
- **Valoración de ingesta** de frutas, verduras, legumbres, lácteos y líquidos.
- **Características de las heces** (frecuencia, volumen, consistencia) para lo que resulta de gran utilidad escalas como la de Bristol y Bruselas o Ámsterdam (para lactantes).

La **exploración física** constará de::

- **Exploración abdominal** buscando la existencia de distensión abdominal y fecalomas palpables.
- **Posición que ocupa el ano:** El cociente entre las distancias de la vulva y escroto al ano y de la vulva y escroto al cóccix tienen que ser de 0,4 +/- 0,05 en niñas y de 0,53 +/- 0,06 en niños. Los anos de implantación anterior se asocian a una mayor incidencia de impactación fecal y estreñimiento grave).
- **Presencia de infección o inflamación** a nivel perianal.
- **Fisuras, fístulas, abscesos o cicatrices** de lesiones antiguas o supuración.
- **Realización del tacto rectal** que permite excluir la estenosis anal, valorar el tono rectal y la presencia de distensión rectal, puede ser contraproducente en casos de estreñimiento funcional al aumentar conductas de evitación de la defecación.

Las pruebas complementarias sólo se realizarán en casos dudosos con síntomas de alarma, ante un fracaso del tratamiento habitual a dosis adecuadas, una vez comprobada la adherencia al tratamiento y previo a la cirugía.

**4****Podcast 4**  
Dra. Gema García Ron

## TRATAMIENTO

Debe instaurarse lo más precoz posible. El tratamiento del estreñimiento va a requerir dedicación, tiempo de consulta, paciencia y un alto grado de conexión con la familia y con el niño. El éxito va a radicar en la adherencia al tratamiento, por lo que se debe realizar un seguimiento cercano.

### Fases del tratamiento:

#### 1. Fase de información y explicación:

Explicaremos a la familia la fisiopatología del estreñimiento utilizando esquemas y lenguaje sencillos. Debemos conseguir disminuir el clima dramático que se genera en los padres en torno a esta situación. Es importante informar de que el tratamiento va a ser a largo plazo y los objetivos que esperamos con el mismo.

#### 2. Fase de desimpactación:

Antes de iniciar cualquier tratamiento hay que descartar impactación fecal y si existe, tratarla. Es importante informar a la familia que durante la desimpactación, el dolor abdominal, el manchado y la sintomatología en general se pueden incrementar temporalmente.

La fase de desimpactación debe ir asociada a una dieta pobre o ausente de fibra y al abandono de todo tipo de tratamiento dietético a base de suplementos de fibra. Se deberá incrementar la ingesta de líquidos (agua y zumos colados) para que las heces impactadas no se deshidraten todavía más. La duración de la desimpactación es variable, nunca deberá ser inferior de 3 días, pudiéndose alargar según la gravedad.

El objetivo de la desimpactación debe ser el vaciado completo sin heces residuales ya que el tratamiento de mantenimiento sin haber logrado una la desimpactación sólo conduce al fracaso y a las recaídas.

Puede realizarse por vía rectal u oral, pero en los últimos años se ha producido un cambio importante. Durante mucho tiempo se eligió la vía rectal como tratamiento de primera línea, pero cada vez más se prefieren las desimpactaciones orales con polietilenglicol (PEG) tanto con electrolitos como sin electrolitos ya que son más fáciles de usar y mejor tolerada y aceptada por los pacientes. Ambas son igual de efectivas. Las guías NICE señalan que la vía rectal sólo debería usarse en los casos en los que la medicación oral haya fracasado por intolerancia oral o la presencia un gran fecaloma.

#### 3. Fase de mantenimiento:

Se inicia tras la desimpactación y debe mantenerse durante al menos 3-6 meses hasta que el paciente haya adquirido un hábito intestinal regular y sin molestias. Un porcentaje pequeño de pacientes necesitará un tratamiento todavía más prolongado.

**4****Podcast 4**  
Dra. Gema García Ron

Esta fase incluye:

- a. **Medidas higiénico-dietéticas:** ya comentadas al inicio de la exposición.
  - b. **Ingesta adecuada de fibra.** La Academia Americana de Pediatría recomienda una cantidad diaria de 0,5 g/kg y la American Health Foundation aboga por una cantidad mínima de fibra equivalente a la edad del niño +5 y una ingesta máxima de la edad +10 (g/día). En lactante se indica a partir de los 5 meses una introducción progresiva de fibra en forma de cereales y frutas. Para la aplicación de estas recomendaciones es importante disponer de tablas de fácil comprensión para el paciente y la familia del contenido de fibra de los alimentos más habituales. En caso de no poder conseguir esos aportes dietéticos, existen preparados de fibra medicamentosa.
  - c. **Medidas farmacológicas.** Debe evitarse el empleo rutinario de fármacos por vía rectal y limitar su uso de forma puntual.
- **Laxantes osmóticos** son los fármacos orales más empleados (aumentan el contenido hídrico de las heces al retener agua en la luz intestinal), dentro de estos el PEG de más o menos peso molecular y con o sin electrolitos son los considerados por las diferentes guías como tratamiento de elección en el estreñimiento funcional a partir de los 6 meses. Otros ejemplos de laxantes osmóticos son la lactulosa y el lactitol. Producen mucho meteorismo y flatulencia y su uso continuado suele acompañarse de pérdida de eficacia.
  - **Laxantes lubricantes** como la parafina. Ablandan la masa fecal y la lubrican. Pueden interferir en la absorción de grasas y vitaminas liposolubles y están contraindicadas en caso de riesgo de aspiración y en menores de 1 año.
  - **Laxantes estimulantes.** Provocan un aumento de las contracciones peristálticas del colon. Un ejemplo de este tipo de laxantes son las sales de magnesio las cuales deben ser usadas con precaución en menores de 1 año. Otros como el bisacodilo o los senósidos no se recomiendan en lactantes por ser capaces de originar alteraciones electrolíticas, estreñimiento de rebote y disminución de la motilidad intestinal por daño neuromuscular.

## ESTREÑIMIENTO EN EL LACTANTE

El diagnóstico en esta edad exige descartar tanto los "falsos estreñimientos" (alimentación insuficiente, dietas hiperconcentradas o patologías concomitantes) como las variaciones fisiológicas en número y consistencia de las deposiciones.

La probabilidad de que el estreñimiento sea expresión de una causa orgánica aumenta a medida que es menor la edad en la que aparece la clínica, la persistencia de la sintomatología y si se acompaña de signos de alarma.

Los trastornos orgánicos que hay que descartar en esta etapa son entre otros: Alergia principalmente a las proteínas de leche de vaca y la enfermedad de Hirschprung.

**4****Podcast 4**  
Dra. Gema García Ron

Hasta el 50% de los niños con estreñimiento funcional inician síntomas en el primer año de vida por lo que es importante iniciar medidas terapéuticas de forma precoz.

En los menores de 6 meses puede emplearse preparados de fibra vegetal y entre los 4-6 meses administrar carbohidratos osmóticamente activos (zumos de manzana, pera o ciruela) ricos en sorbitol. El uso de fórmulas antiestreñimiento o parcialmente hidrolizadas (presentan un mayor porcentaje de ácidos grasos en posición beta, menor contenido en lactosa y proteínas parcialmente hidrolizadas) son otras herramientas que se pueden utilizar.

A partir de los 6 meses, las posibilidades de tratamiento dietético aumentan siendo posible además utilizar PEG sin electrolitos.

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA

La mayoría de los casos pueden ser manejados en AP, sin embargo, se derivará en casos de:

- Sospecha de causa orgánica por signos de alarma.
- Estreñimiento funcional con mala respuesta al tratamiento o frecuentes recaídas. Las principales causas de mala evolución son retirada precoz, dosis de laxantes a dosis inadecuadas y falta de adherencia.
- Existencia de gran preocupación familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

- Espin Jaime B. Guía de estreñimiento en el niño. Ergon. 2015
- Bautista Casanova A, Argüelles Martín f, Peña Quintana L, Polanco Allué I, Sánchez Ruíz F, Varea Calderón V. Recomendaciones para el tratamiento del estreñimiento funcional. An Pediatr (Barc). 2011;74 (1):51.e1-51.e7.
- Constipation Guideline Committee of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Evaluation and treatment of constipation in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2006; 43 (3):e 1-13.
- Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014; 58: 258-74.