



FAMIPED

Familias, Pediatras y Adolescentes en la Red. Mejores padres, mejores hijos.

Estreñimiento

Autor/es: Ana de Blas Zapata. Médico residente de Pediatría. Hospital Ramón y Cajal. SERMAS. José Luis Montón Álvarez. CS Mar Báltico Área Este. SERMAS.

[Volumen 4. Nº 2. Junio 2011](#) ^[1]

¿ Qué es el estreñimiento?

El estreñimiento puede definirse de diferentes formas, entre ellas: disminución de la frecuencia de evacuación de las heces; deposiciones de consistencia dura, secas o caprinas; esfuerzo excesivo al defecar o sensación incompleta de evacuación.

No realizar una deposición diaria no es estreñimiento; los patrones defecatorios de cada persona pueden ser muy variables.

Aunque no es una enfermedad, sino más bien un síntoma, puede llegar a causar frustración tanto en el niño como en los padres y su médico. Un patrón intestinal normal es visto como un signo de buena salud.

Esta problemática ha ido en aumento en los últimos años debido a diversos factores nutricionales y sociales, existiendo también cierta predisposición familiar.

Es un motivo frecuente de dolor abdominal, que puede empeorar a lo largo del día o con las comidas, y que se alivia con la emisión de gases.

Puede presentarse de forma aguda, durando unos días, y resolverse con o sin ayuda. Pero también puede convertirse en un estreñimiento crónico si no se consigue recuperar el ritmo intestinal adecuado.

Es importante tener en cuenta que puede llegar a producirse un círculo vicioso desencadenado por el dolor que producen las heces duras al pasar por el ano, lo que conlleva miedo a la defecación y mayor retención, haciendo más grande el bolo fecal y dificultando más la expulsión de las heces, cerrándose de esta manera el círculo.

En ocasiones se produce un escape involuntario de las heces en niños mayores, de consistencia líquida, después de varios días sin defecar, conocido como falsa diarrea del estreñimiento. Se produce por un rebosamiento de las heces en la última parte del intestino, e indica una mayor gravedad del proceso. Es

importante tener en cuenta que es involuntario, por lo que debe evitarse regañar o castigar al niño.

Algunas circunstancias especiales pueden favorecer la retención y endurecimiento de las heces, con la consiguiente defecación dolorosa, como pueden ser:

- La retirada del pañal.
- Los cambios en la alimentación (con alimentos bajos en fibra o favorecedores de estreñimiento).
- Experiencias dolorosas previas a la expulsión de heces, que conlleven rechazo de la misma.
- No dedicar el tiempo necesario para la defecación ni intentarlo de manera cotidiana, por ejemplo: no sentarse cuando aparece el reflejo de la defecación, o hacerlo, pero de manera incompleta, eliminando solo una parte de las heces acumuladas.
- Contener el reflejo defecatorio por no encontrar tiempo para ello (por ejemplo: niños que comen en el colegio y no quieren realizar allí sus necesidades, o acuden justo después a sus actividades extraescolares sin pasar por casa)

¿Cuáles son los mecanismos por los que se produce la expulsión de heces?

El mecanismo de la defecación comienza con la distensión por parte del bolo fecal de las paredes del recto (última parte del intestino grueso). Esto estimula unos receptores situados en esta pared que mandan una señal al cerebro, de manera que éste pone en marcha todos los mecanismos necesarios para la expulsión de las heces (desde la sensación de “ganas de ir al baño” hasta la relajación de esfínteres y contracción de musculatura para conseguir la salida del bolo fecal).

La retención crónica de heces provoca que esos receptores pierdan sensibilidad y no avisen al cerebro para poner en marcha todo este mecanismo (necesitan más presión, más volumen para activarse), inhibiendo la “llamada” y provocando mayor retención.

Conocer este mecanismo es fundamental para evitar el círculo vicioso antes comentado y manejar adecuadamente el estreñimiento.

¿Cómo tratamos el estreñimiento?

Tradicionalmente se divide el tratamiento en 4 fases:

- Educación.
- Desimpactación.
- Prevención de la acumulación de heces.
-

Adquisición de un adecuado hábito defecatorio.

Para facilitar un poco, se resume a continuación en 3 puntos o fases.

- **Educación y entrenamiento:** hay que trabajar para adquirir hábitos defecatorios adecuados. Es un tratamiento a largo plazo. Hay que intentar instaurar una serie de pautas para así mantenerlas de por vida. Es muy importante la paciencia. Pueden ser necesarios varios meses de tratamiento. La mayoría de los fracasos terapéuticos se deben a la falta de cumplimiento y abandono.

Es importante conseguir un patrón intestinal normal para comenzar el entrenamiento, si no, no se conseguirá el éxito. No se debe intentar el entrenamiento antes de los dos años y medio de edad (no comenzar si se sigue utilizando pañal)

Se debe animar al niño a sentarse en el servicio en una posición confortable, con los pies apoyados, en posición de cuclillas que es la postura que favorece la expulsión de heces.

Si el retrete es demasiado grande, emplear adaptadores, corregir las posturas es un punto importante.

Se debe mantener la postura durante un tiempo, entre cinco y diez minutos; no alargarlo demasiado porque el niño se aburrirá y rechazará ese momento del día.

Hay que tratar de crear un ambiente relajado, sin castigos, con alguna revista o juguete, de una a dos veces al día, preferiblemente después de las comidas, para aprovechar el reflejo natural del organismo.

Es muy importante recompensar el esfuerzo más que el éxito; el esfuerzo es del niño y el éxito del tratamiento.

- **Desimpactación:** dieta más líquida y sin residuos (alimentos que hacen consistente el bolo fecal y aumentan el tamaño de las heces), acompañada de laxantes o enemas para conseguir la limpieza total antes de iniciar el plan a largo plazo.

Se debe alcanzar una dosis adecuada de laxante, hasta conseguir de una a dos deposiciones diarias de consistencia blanda, y continuar este tratamiento durante varios meses para que el intestino recupere su tono normal.

- **Mantenimiento:** es fundamental la dieta y los hábitos de vida

- En los lactantes más pequeños se debe promocionar la lactancia materna. También se evitará estimular el esfínter anal con toques para favorecer la defecación. Esta pauta crea un reflejo condicionado, de forma que si se realiza a menudo, termina siendo necesaria la estimulación local para defecar.

- Aumento del aporte de agua: pequeñas cantidades de agua en los que reciben lactancia artificial o aumentar 10-15 ml de agua en cada toma.

- A partir de los cinco o seis meses, ofrecer zumos naturales con pulpa

- En lactantes de cuatro a seis meses se pueden recomendar papillas sin gluten, con efecto bifidus, papillas de arroz integral y maíz, papilla de frutas y, finalmente, de verduras
- A partir de los seis o siete meses se pueden ofrecer papillas de cereales con gluten con prebióticos o cereales integrales con gluten

En los niños mayores se recomienda ir aumentando el aporte de agua hasta conseguir litro y medio o dos litros al día, aproximadamente.

- Fomentar la actividad física: favorece el movimiento intestinal.
- Incluir fibra en la alimentación, aunque el resultado se obtendrá a largo plazo. Se debe introducir de manera gradual para evitar que una sobrecarga pueda producir flatulencias y dolor abdominal
 - En los más mayores: lo importante es una dieta sana y equilibrada, con cinco piezas de frutas y verduras al día, que garantiza la ingesta mínima de fibra recomendada. A modo informativo, algunos de los alimentos característicamente ricos en fibra son:

Legumbres y verduras (judías, garbanzos, lentejas, guisantes, espinacas, acelgas, maíz, puerro, judías verdes, zanahoria, patata, tomate)

- Cereales (desayuno: de salvado o salvado integral, muesli, copos de avena, cornflakes).
- Pan (integral, germen de trigo, marrón, blanco)
- Galletas (de centeno, de avena, integrales).
- Frutas (frambuesas y moras, plátano, chirimoya, higo, manzana, pera, naranja).
- Frutos secos (coco seco, albaricoque seco, higos secos, ciruelas, cacahuetes, almendras, nueces) pero sólo en niños de 4 años o más, para evitar accidentes por atragantamiento.

Tratamiento farmacológico más frecuentemente utilizado

Los laxantes son sustancias que aumentan el número de deposiciones y/o disminuyen la consistencia de las mismas. Se deben emplear siempre bajo la supervisión de su pediatra.

En niños pequeños:

- Compuestos a base de fósforo y magnesio (Eupeptina®).
- Supositorios de glicerina (Rovi®)
- Solución rectal de glicerol (Verolax®, Paidolax®)

En niños mayores

- Solución oral de PEG (polietilenglicol) (Movicol®), eficaz y sin efectos secundarios.
- Aceite mineral (Hodernal®) entre las tomas de alimentos durante 2-4 semanas
- Laxantes osmóticos (Duphalac®, Emportal®) que favorecen la formación de heces blandas.
- Enemas a base de fosfatos.