



REVISTA DE  
GASTROENTEROLOGÍA  
DE MÉXICO

www.elsevier.es



■ Nutrición pediátrica

## Alimentación del niño con estreñimiento

Dra. Liliana Beatriz Worona Dibner

Jefa del Servicio de Gastroenterología. Hospital Infantil de México Federico Gómez

Las diferentes opciones nutricionales que existen en la actualidad merecen atención, especialmente en el tratamiento del estreñimiento leve durante los primeros meses de vida y como parte de la terapia de mantenimiento.

La leche materna debe recomendarse siempre como el estándar de oro en la nutrición del lactante. Comparados con los lactantes alimentados con leche humana, los alimentados con fórmula son más propensos a tener evacuaciones duras debido a diferencias en la digestión y absorción de grasas y la composición de carbohidratos y proteínas.<sup>1,2</sup> Existe una mayor frecuencia de estreñimiento en lactantes alimentados con fórmulas con predominio de caseína.<sup>3</sup> Tres estudios han mostrado que la alimentación con una fórmula con mezcla de oligosacáridos prebióticos (90% de galacto-oligosacáridos y 10% de fructo-oligosacáridos), proteína del suero parcialmente hidrolizada y aceite vegetal modificado con contenido elevado de ácido  $\beta$ -palmítico, produce heces de consistencia suave e incrementa la frecuencia de evacuaciones y la concentración fecal de bifidobacterias.<sup>4-6</sup> El efecto positivo de los fructo-oligosacáridos en un cereal complementado se confirmó en otro estudio controlado aleatorizado que mostró evacuaciones más blandas y frecuentes.<sup>7</sup> Un estudio reciente mostró que una fórmula láctea enriquecida con magnesio (9.1 g/100 ml) puede ayudar a lactantes con estreñimiento.<sup>8</sup>

Con frecuencia se considera que una ingestión abundante en líquidos, en particular de jugos de manzana, ciruela y pera, que contienen sorbitol

y carbohidratos absorbibles y no absorbibles, incrementa la frecuencia y el contenido de agua de las heces. Los lactantes que tienen problemas de alimentación e ingestión oral inadecuada debido a prematuridad, enfermedad por reflujo gastroesofágico, paladar hendido y parálisis cerebral pueden beneficiarse al mejorar su ingestión de líquidos y alimento.<sup>9</sup> Pese a ello, no existe evidencia clara de que esto produzca un efecto significativo global en lactantes estreñidos.<sup>10,11</sup>

El papel de la fibra en el tratamiento del estreñimiento crónico en niños es controversial.<sup>1,10</sup> Las fibras pueden afectar el tiempo de tránsito intestinal y los movimientos intestinales e incrementar el contenido de agua y la proliferación bacteriana, lo cual produce heces más suaves y frecuentes.<sup>12</sup> No obstante, para ser efectivas, deben ingerirse en grandes cantidades que son poco aceptadas por la mayoría de los niños y, además, pueden producir efectos adversos, como dolor y distensión abdominal, sensación de plenitud, gas excesivo y diarrea. Luego de una revisión sistemática de las publicaciones médicas se concluyó que debe indicarse un aporte de fibra dietética y agua en cantidad suficiente para cubrir las recomendaciones acordes a edad y sexo (**Tabla 1**).<sup>13</sup>

Con respecto a los complementos comerciales de fibra, sólo existen estudios en niños realizados con glucomanano, un gel polisacárido obtenido de una planta japonesa llamada *konjac* que muestran que puede ser benéfico para el tratamiento del estreñimiento funcional crónico cuando se relaciona con el uso de laxantes.<sup>12,14</sup> No hay datos de su uso

■ **Tabla 1.** Recomendaciones de fibra dietética de la Academia Nacional de Ciencias Americana.

1-3 años: (E = 1 372 kcal), 19 g/día
4-8 años: (E = 1 759 kcal), 25 g/día
9-13 años: Hombres, 31 g/día; mujeres, 26 g/día
14 - 18 años: Hombres, 38 g/día; mujeres, 26 g/día (14 g/1 000 kcal)

*E, aporte energético medio.*

en niños menores de dos años de edad. Existe preocupación por los efectos deletéreos del incremento de fibra en la tasa de crecimiento o el estatus de elementos traza o vitaminas liposolubles.<sup>15</sup>

En pacientes resistentes al tratamiento debe considerarse la alergia a las proteínas de la leche de vaca como causa. Estos casos se benefician del uso de fórmulas hidrolizadas y una dieta libre de leche de vaca.<sup>16</sup>

La enfermedad celiaca puede presentarse con estreñimiento que no responde al tratamiento convencional. Después de la confirmación diagnóstica, estos pacientes deben recibir dieta libre de gluten.<sup>17,18</sup>

## Referencias

1. Thompson J. The management of chronic constipation in children. Community Practitioner. Health Professional Guidelines-Feeding Infants & Young Children. Bolton Primary Care Trust and Bolton Hospitals NHS Trust (USA) 2001;74:29-30.
2. Forsyth JS, Varma S, Colvin M. A randomised controlled study of the effect of long chain polyunsaturated fatty acid supplementation on stool hardness during formula feeding. Arch Dis Child 1999;81:253-256.
3. Gunn TR, Stunzner D. A comparative trial of casein or whey-predominant formulae in healthy infants. N Z Med J 1986;99:843-846.
4. Moro G, Minoli I, Mosca M, Fanaro S, Jelinek J, Stahl B, Boehm G. Dosage-related bifidogenic effects of galacto- and fructooligosaccharides in formula-fed term infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002;34:291-295.
5. Boehm G, Lidestri M, Casetta P, Jelinek J, Negretti F, Stahl B, Marini A. Supplementation of a bovine milk formula with an oligosaccharide mixture increases counts of fecal bifidobacteria in preterm infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2002;86:F178-181.
6. Schmelzle H, Wirth S, Skopnik H, Radke M, Knol J, Böckler HM, et al. Randomized double-blind study of the nutritional efficacy and bifidogenicity of a new infant formula containing partially hydrolyzed protein, a high betapalmitic acid level, and nondigestible oligosaccharides. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2003;36:343-351.
7. Moore N, Chao C, Yang LP, Storm H, Oliva-Henker M, Saavedra JM. Effects of fructo-oligosaccharide supplemented infant cereal: a double-blind, randomized trial. Br J Nutr 2003;90:581-587.
8. Chao H-C, Vandenplas Y. Therapeutic effect of "Novalac-IT®" in infants with constipation. Nutrition 2007;23:469-473.
9. Clayden G, Keshitgar AS. Management of childhood constipation. Postgrad Med J 2003;79:616-621.
10. Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, Croffie JM, Di Lorenzo C, Ector W, Nurko S. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. Medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999;29:612-626.
11. Holten KB. How should we evaluate and treat constipation in infants and children? J Fam Pract 2005;54:706-707.
12. Loening-Baucke V, Miele E, Staiano A. Fiber (glucomannan) is beneficial in the treatment of childhood constipation. Pediatrics 2004;113:259-264.
13. Remes JM, Chávez JA, González B, Heller S, Montijo E, Velasco MR, Worona L. Guías de diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en México. Evaluación y tratamiento del estreñimiento en población pediátrica. Rev Gastroenterol Mex 2011;2:155-168.
14. Staiano A, Simeone D, Del Giudice E, Miele E, Tozzi A, Toraldo C. Effect of the dietary fibre glucomannan on chronic constipation in neurologically impaired children. J Pediatr 2000;136:41-45.
15. McClung HJ, Boyne LJ, Linsheid T, Heitlinger LA, Murray RD, Fuda J, Li BU. Is combination therapy for encopresis nutritionally safe? Pediatrics 1993;91:591-594.
16. Iacono G, Cavataio F, Montalto G. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. N Engl J Med 1998;339:1100-1114.
17. Egan-Mitchell B, McNicholl B. Constipation in childhood coeliac disease. Arch Dis Child 1972;47:238-240.
18. Hungerford C. Constipation can be a sign of celiac disease. Aust Fam Phys 1996;25:802-803.