

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas

www.evidenciasenpediatria.es

Artículos valorados críticamente

Los tratamientos no farmacológicos para el estreñimiento se basan en un pobre nivel de evidencia

Sánchez Bueno I¹, Buñuel Álvarez JC², Cortés Marina RB³

¹Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona (España).

²Àrea Bàsica de Salut Girona-4. Institut Català de la Salut. Girona (España).

³ABS Girona-3. Girona (España).

Correspondencia: Isabel Sánchez Bueno, isaroses@hotmail.com

Palabras clave en inglés: complementary therapies; probiotics; prebiotics; dietary fiber; constipation.

Palabras clave en español: terapias complementarias; probióticos; prebióticos; fibra dietética; estreñimiento.

Fecha de recepción: 13 de marzo de 2012 • **Fecha de aceptación:** 16 de marzo de 2012

Fecha de publicación del artículo: 21 de marzo de 2012

Evid Pediatr.2012;8:32.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Sánchez Bueno I, Buñuel Álvarez JC, Cortés Marina RB. Los tratamientos no farmacológicos para el estreñimiento se basan en un pobre nivel de evidencia. Evid Pediatr. 2012;8:32.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2012;8:32>

©2005-12 • ISSN: 1885-7388

Los tratamientos no farmacológicos para el estreñimiento se basan en un pobre nivel de evidencia

Sánchez Bueno I¹, Buñuel Álvarez JC², Cortés Marina RB³

¹Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona (España).

²Área Básica de Salud Girona-4. Institut Català de la Salut. Girona (España).

³ABS Girona-3. Girona (España).

Correspondencia: Isabel Sánchez Bueno, isaroses@hotmail.com

Referencia bibliográfica: Tabbers MM, Boluyt N, Berger MY, Benninga MA. Nonpharmacologic treatments for childhood constipation: systematic review. *Pediatrics*. 2011;128:753-61.

Resumen

Conclusiones de los autores del estudio: no existe evidencia que apoye la eficacia del aumento de la ingesta de líquidos, del uso de prebióticos, probióticos o de la terapia comportamental para el tratamiento del estreñimiento funcional. Únicamente existe cierta evidencia que muestra alguna eficacia de la fibra en la dieta.

Comentario de los revisores: del pequeño número de estudios incluidos en la revisión y de su baja potencia estadística no es posible concluir que haya algún tratamiento más eficaz que otro. Dado el estado actual de conocimientos sobre el tema, parece conveniente recomendar al paciente y a sus padres medidas preventivas como el seguimiento de una dieta variada, rica en frutas y verduras, y la adquisición de un hábito defecatorio adecuado. En caso de precisar tratamiento farmacológico, el polietilenglicol 3350 parece la opción más adecuada.

Palabras clave: terapias complementarias; probióticos; prebióticos; fibra dietética; estreñimiento.

Non-pharmacological treatments for constipation are based on a poor level of evidence

Abstract

Authors' conclusions: There is no evidence to support the effectiveness of increased fluid intake, use of prebiotics, probiotics or behavioral therapy for the treatment of functional constipation. Only some evidence that shows some efficacy of dietary fiber.

Reviewers' commentary: This review contains a very small number of studies with great heterogeneity among them. These studies also are of small sample size. Therefore it is not possible to conclude from the results of this review, which treatment is more effective. Given the current state of knowledge on the subject, it seems prudent to recommend that the patient and their parents take preventive measures such as diets rich in fruits and vegetables and the acquisition of an appropriate intestinal habit. Should the patient require drug treatment, polyethylene glycol 3350 seems to be the best option.

Keywords: complementary therapies; probiotics; prebiotics; dietary fiber; constipation.

RESUMEN ESTRUCTURADO

Objetivo: mostrar la evidencia existente, evaluar la calidad de los estudios realizados sobre el tratamiento no farmacológico del estreñimiento funcional en niños y determinar su eficacia.

Fuentes de datos: se revisaron las siguientes bases de datos: Embase, Medline y PsycINFO. Se recuperaron estudios publicados entre 1986 y 2008. Las palabras clave usadas fueron *constipation*, *obstipation*, *fecal incontinence*, *coprostasis*, *encopresis* y *soiling*, combinadas con otras palabras clave (no definidas) referentes a las intervenciones en estudio. No se aplicaron restriccio-

nes idiomáticas. Se revisó la bibliografía de los estudios recuperados para identificar otros adicionales.

Selección de estudios: fueron incluidos nueve estudios, cuyos criterios de selección fueron: ser una revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado en niños de entre 0 y 18 años con estreñimiento funcional definido por los autores; los estudios debían tener al menos diez participantes en cada grupo de comparación; se proporcionó una definición de estreñimiento; el estudio debía comparar una intervención no farmacológica frente a placebo, ningún tratamiento u otro tratamiento incluyendo los farmacológicos; los tratamientos

no farmacológicos estudiados debían ser: fibra, líquidos, actividad física, prebióticos, probióticos, normas comportamentales, tratamiento multidisciplinar y medicina alternativa. Los resultados medidos debían ser cualquiera de los siguientes: establecimiento de un hábito intestinal normal y/o éxito del tratamiento según la definición de los autores de cada estudio y/o efectos adversos y costes.

Se excluyeron los estudios realizados en niños con estreñimiento de origen orgánico y/o con incontinencia fecal exclusiva sin otra clínica. Se evaluó la calidad metodológica de los estudios mediante una escala con criterios explícitos (lista Delphi).

Extracción de datos: se recogió de cada estudio el número de participantes, las intervenciones estudiadas (intervención y comparación), la duración del estudio, las variables de resultado, el porcentaje de pacientes que presentó cada variable para ambos grupos (el de intervención y el de control), considerando un nivel de significación de 0,05, y el número de pérdidas durante el seguimiento.

Resultados principales: no se pudo realizar metaanálisis debido a la heterogeneidad de los estudios en su diseño, definición de estreñimiento y de curación y diferencias en la definición de las principales variables de resultado. En un estudio de baja calidad que comparaba la administración de fibra frente a placebo existieron diferencias estadísticamente significativas a favor de la fibra para las variables número de deposiciones, dolor abdominal y mejoría subjetiva expresada por los padres. También se halló diferencia estadísticamente significativa en la disminución del dolor abdominal en un estudio de pequeño tamaño ($n = 45$) que comparaba el probiótico *Lactobacillus casei rhamnosus* frente a placebo.

Conclusión: no existe evidencia que apoye la eficacia del aumento de ingesta de líquidos, del uso de prebióticos, probióticos o de terapia comportamental. Únicamente existe alguna evidencia que apoya cierta eficacia de la fibra.

Conflicto de intereses: no existe.

Fuente de financiación: no se especifica.

COMENTARIO CRÍTICO

Justificación: el estreñimiento infantil es un motivo de consulta frecuente en los centros de Atención Primaria. Se diagnostica estreñimiento en el 3% de los niños remitidos a un pediatra de Atención Primaria y en el 25% de los pacientes remitidos a un gastroenterólogo infantil, siendo más frecuente en niños entre los dos y los cuatro años¹. En algunos casos crónicos se ha asociado a trastornos de conducta². El hecho de ser un motivo de consulta frecuente y la posibilidad de tener consecuencias psicológicas sobre el niño justifican la realización de esta RS.

Validez o rigor científico: esta RS cumple los principales criterios de calidad metodológica que deben cumplir este tipo

de estudios. La heterogeneidad clínica de los estudios incluidos impidió realizar un metaanálisis, analizándose por tanto cada uno de ellos por separado. Las limitaciones de la RS vienen condicionadas por las de los estudios que incluye. Estos fueron pocos en número, existiendo una gran heterogeneidad en las intervenciones comparadas y en las definiciones de estreñimiento y resolución del mismo. Todos los estudios eran de emplazamiento hospitalario, hecho que afecta a la validez externa de la RS, no pudiendo aplicarse sus conclusiones a pacientes atendidos en Atención Primaria, ámbito donde esta enfermedad es más frecuente.

Importancia clínica: la heterogeneidad clínica de los pocos estudios existentes, el reducido número de pacientes y los distintos tratamientos utilizados impiden ofrecer un resultado combinado global. No existen otras RS que evalúen la eficacia de tratamientos no farmacológicos, por lo que no es posible contrastar los resultados de este estudio con otros, ni realizar una valoración precisa del balance beneficios-riesgos-costes. Del escaso número de estudios y de su baja potencia estadística no es posible concluir que haya algún tratamiento más eficaz que otro entre los muchos analizados en la RS.

Aplicabilidad en la práctica clínica: de esta RS no pueden extraerse conclusiones para la práctica clínica diaria por las limitaciones comentadas. Urge la realización de ensayos clínicos de buena calidad metodológica, especialmente sobre la eficacia de la fibra o de la ingesta de líquidos –por ser dos tratamientos utilizados con mucha frecuencia en la práctica clínica cotidiana–, al ser el estreñimiento un motivo de consulta muy frecuente tanto en Atención Primaria como en Hospitalaria, consumiendo tiempo y recursos. Existe además la posibilidad de que la cronificación del mismo pueda dar lugar a trastornos de conducta². Dado el estado actual de conocimientos sobre el tema es conveniente que se recomienden al paciente y a sus padres medidas preventivas como el seguimiento de una dieta variada, rica en frutas y verduras, y la adquisición de un hábito defecatorio adecuado³. En caso de precisar tratamiento farmacológico, el polietilenglicol 3350 parece ser la opción más adecuada^{4,5}.

Conflicto de intereses de los autores del comentario: no existe.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prieto Bozano G. Estreñimiento crónico. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 99-106.
2. Hernández R, Rodrigo M. Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis. Pediatría integral [en línea] [fecha de consulta: 7-III-2012]. Disponible en: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastornos Eliminacion_enuresis_encopresis.pdf
3. de Blas A, Montón JL. Estreñimiento. Famiped. 2011;4 [en línea] [fecha de consulta: 2-III-2012]. Disponible en: <http://www.famiped.es/sites/default/files/famiped-estrenimiento.pdf>

4. NICE. Constipation in children and young people: Diagnosis and management of idiopathic childhood constipation in primary and secondary care [en línea] [fecha de publicación: V-2010] [fecha de consulta: 2-III-2012]. Disponible en: <http://publications.nice.org.uk/constipation-in-children-and-young-people-cg99/guidance>
5. Aizpurua Galdeano MP. El PEG3350 es efectivo en el tratamiento del estreñimiento funcional. *Evid Pediatr.* 2009;5:10.