



Abordaje de los trastornos digestivos leves en lactantes: estudio observacional transversal y multicéntrico

Patricia Villegas Villegas^a, Grupo de Estudio DIGEST^b

Recibido: 4-marzo-2026

Aceptado: 7-julio-2026

Publicado en Internet:
22-septiembre-2026

Patricia Villegas Villegas:
pvillegas@csapag.cat

^aGastroenteróloga infantil. Centro Pediátrico ARCC. Barcelona. España

^bCAPI Baix-a-Mar. Vilanova i la Geltrú. Barcelona. España.

Resumen

Introducción: los trastornos digestivos leves (TDL) son frecuentes en la infancia temprana y general preocupación en las familias.

Objetivo: describir el perfil clínico, prevalencia y abordaje terapéutico de los TDL en la práctica pediátrica española.

Material y métodos: estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico en el que participaron pediatras que atendían a lactantes y niños menores de 2 años con TDL en las consultas de Pediatría de Atención Primaria en España. Los participantes completaron una encuesta con datos sociodemográficos, prevalencia de TDL, síntomas, tratamiento y percepción del impacto del trastorno en los padres.

Resultados: participaron 199 pediatras (78,9% mujeres) con una edad media de 46,3 años. El cólico del lactante fue el TDL más frecuente (37,6%) seguido de regurgitaciones (26,8%) y del estreñimiento funcional (21,9%). El 96,5% de los participantes no recomendaba cambiar a lactancia artificial en los casos de lactancia materna, mientras que un 67,3% recomendaba fórmulas especiales para tratar los TDL y el 82,9% probióticos especialmente *Lactobacillus reuteri*. El 91,5% preguntaba sobre el impacto en la calidad de vida de los padres, siendo la falta de descanso (96,5%) y la angustia familiar (94,5%) los efectos más frecuentes.

Conclusiones: los TDL son comunes y afectan significativamente a las familias. El abordaje clínico incluye medidas dietéticas, posturales y el uso de probióticos, con un enfoque centrado en el bienestar del lactante y de su entorno.

Palabras clave:

- Lactantes
- Roma IV
- Trastorno digestivo leve

Approach to mild digestive disorders in infants at the primary care level: a multicenter cross-sectional and observational study

Abstract

Introduction: mild digestive disorders (MDDs) are common in early childhood and a general cause of concern for families.

Objective: to describe the clinical profile, prevalence and approach to the management of MDDs in pediatric practice in Spain.

Material and methods: multicenter, retrospective, and observational study through a survey of pediatricians who managed infants and children under 2 years of age with MDDs in primary care pediatric clinics in Spain. Participants completed a questionnaire that included items on sociodemographic variables, the prevalence, symptoms, and management of MDDs, and parental perception of the impact of the disorder.

Results: a total of 199 pediatricians (78.9% female; mean age, 46.3 years) participated in the study. Infant colic was the most common MDD (37.6%), followed by regurgitation (26.8%) and functional constipation (21.9%). Nearly all participants (96.5%) reported not recommending switching to formula feeding for breastfed infants, 67.3% recommended special formulas to treat MDDs, and 82.9% recommended probiotics, especially . In addition, 91.5% asked about the impact on parental quality of life, and the most frequently reported effects were lack of rest (96.5%) and family distress (94.5%).

Conclusions: mild digestive disorders are common and significantly affect families. The approach to management includes dietary and postural measures and the use of probiotics, with a focus on the well-being of the infant and caregivers.

Key words:

- Mild digestive disorder
- Rome IV
- Infants

Cómo citar este artículo: Villegas Villegas P; Grupo de Estudio DIGEST. Abordaje de los trastornos digestivos leves en lactantes en las consultas de Pediatría de Atención Primaria: estudio observacional transversal y multicéntrico. Rev Pediatr Aten Primaria. 2026;28:323-33. <https://doi.org/10.60147/dd414306>

INTRODUCCIÓN

Los trastornos digestivos leves (TDL), también denominados trastornos funcionales gastrointestinales (*functional gastrointestinal disorders*, FGID), son frecuentes en la infancia temprana, generando honda preocupación en las familias^{1,2}. Se trata de un conjunto de síntomas crónicos y recurrentes atribuibles al tracto intestinal, que no se pueden explicar por alteraciones estructurales o bioquímicas, entre los que destacan los cólicos del lactante, las regurgitaciones, la diarrea y el estreñimiento funcional^{3,4}. En la práctica clínica, los TDL son un motivo habitual de consulta en Pediatría de Atención Primaria, afectan a la calidad de vida del niño y de su entorno y, en ausencia de enfermedad orgánica demostrable, pueden ocasionar exploraciones y tratamientos innecesarios. No existen marcadores biológicos objetivos, de modo que los TDL se definen según los criterios de Roma IV para neonatos y niños pequeños, incluyendo los síntomas de regurgitación del lactante, síndrome de rumiación, síndrome de vómitos cíclicos, cólico del lactante, diarrea funcional, disquecia del lactante y estreñimiento funcional^{5,6}.

Los datos epidemiológicos de los TDL en niños pequeños son escasos. En un estudio multicéntrico europeo en 2751 niños menores de 2 años, la prevalencia era del 24,7% de 0-12 meses y del 11,3% de 13-48 meses⁷. En un grupo de 189 menores de 4 años atendidos en las consultas de Gastroenterología Infantil de un hospital de segundo nivel en Madrid, la frecuencia anual de TDL fue del 16,4%⁸. En una revisión sistemática y metaanálisis de 15 estudios con un total de 48 325 niños menores de 2 años, la prevalencia global de TDL según los criterios de Roma IV era del 22% (intervalo de confianza del 95% [IC 95] del 15-31%), siendo el estreñimiento funcional el trastorno más frecuente⁹.

La etiología de los TDL es compleja y multifactorial por la interacción de factores de vulnerabilidad genéticos, ambientales, psicológicos y psicosociales e inmadurez del sistema digestivo, conformando un modelo biopsicosocial caracterizado por una disfunción del eje cerebro-intestino y disregulación de

la microbiota intestinal^{6,10}. Por ello, el tratamiento de los TDL requeriría un abordaje integrador médico, psicológico y dietético. Varias sociedades científicas, incluyendo la Asociación Española de Pediatría (AEP) y las Sociedades Española (SEGHNP) y Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas (ESPGHAN), han establecido protocolos diagnósticos y terapéuticos de los TDL en el niño menor de cuatro años, con recomendaciones explícitas para cada uno de los síntomas e insistiendo en la importancia de informar y tranquilizar a los padres acerca de la benignidad del proceso y de su evolución natural^{11,12}. Sin embargo, algunos niños de corta edad con TDL pueden presentar comorbilidades, como dispepsia funcional y reflujo gastroesofágico entre otras, lo que puede complicar la interpretación de los síntomas y el tratamiento¹¹.

Los estudios publicados en la literatura, en general, han analizado los TDL en función de los síntomas individuales, o bien en poblaciones conjuntas pediátricas y de adolescentes¹³⁻¹⁸, pero hay pocos datos de vida real que describan los aspectos globales de los TDL en edades tempranas¹⁹⁻²¹. El objetivo de este estudio fue caracterizar el abordaje de los TDL en lactantes y niños menores de 2 años en las consultas de Pediatría de Atención Primaria en España.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y participantes

Se diseñó un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico (estudio DIGEST) en el ámbito de las consultas pediátricas de Atención Primaria de todo el territorio español. Los participantes eran pediatras de Atención Primaria que realizaban su labor asistencial en centros públicos y privados del país, atendiendo a lactantes y niños menores de 2 años con TDL en su práctica clínica. Los pediatras que no trataban a niños con estas características fueron excluidos.

El objetivo principal era describir el manejo de los TDL en el lactante y niños menores de 2 años en

las consultas de Pediatría de Atención Primaria de España. Los objetivos secundarios fueron: a) analizar el tratamiento de los TDL con otras patologías concomitantes, b) determinar las acciones que emprenden los padres sin consejo médico, y c) evaluar la afectación de la calidad de vida de los padres.

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Ético de investigación Clínica (CEIC) del Hospital Clínico San Carlos, Madrid (España).

Procedimientos del estudio

El cuestionario del estudio fue desarrollado por la coordinadora científica (P.V.V.) de acuerdo con los objetivos del trabajo y constaba de 39 ítems, incluyendo datos del investigador (12 ítems), prevalencia y diagnóstico (3 ítems), sintomatología y tratamiento (16 ítems), coexistencia de trastornos (3 ítems), soluciones que se emplean sin consejo profesional (2 ítems) y calidad de vida de los padres (3 ítems). Excluyendo los ítems correspondientes a los datos del investigador, el resto de respuestas correspondía a datos agregados de los últimos 6 lactantes y niños menores de 2 años con TDL que cada pediatra había atendido en su práctica clínica.

El trabajo de campo se realizó entre el 1 de marzo y el 30 de junio de 2025. Los participantes fueron reclutados mediante un díptico de invitación enviado por correo electrónico a los pediatras de Atención Primaria registrados en la base de datos Medynet (<http://www.medynet.com>). Medynet es una red desarrollada en 1996 como el primer nodo de acceso a Internet exclusivo para el sector sanitario en España. El cuestionario de recogida de datos se alojaba en una plataforma de Internet, a la que los participantes que aceptaron participar en el estudio accedieron mediante un enlace web autenticado con contraseña.

Análisis estadístico

En base a un margen de error del 7%, para un nivel de confianza del 95% y con una heterogeneidad del 50%, se calculó un tamaño muestral de 200

participantes. Se presenta un análisis descriptivo de los resultados, en los que las variables categóricas se expresan como frecuencias y porcentajes, y las variables cuantitativas como medias, desviación estándar ($\pm$ DE) y rangos (mínimo, máximo). Los datos se han analizado con el programa estadístico SAS (*Statistical Analysis Systems*, SAS Institute, Cary, NC, USA) versión 9.1.3 para Windows.

RESULTADOS

Características de los participantes

Participaron en el estudio 199 pediatras de Atención Primaria (78,9% mujeres) con una edad media de $46,3 \pm 10,5$ años (rango 29-70 años) y experiencia profesional de $17,1 \pm 10,6$ años. Un 56,3% de los profesionales había participado en actividades de formación sobre los TDL en el último año. Un 46,7% eran miembros de la AEP, un 41,2% de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y un 28,1% de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). La mayoría ejercía su actividad en centros públicos (85,9%) y en áreas urbanas (73,9%), con una amplia representación de todo el territorio nacional. El 59,3% atendía a más de 100 pacientes cada semana, un 23,6% entre 51 y 100 pacientes y un 16,1% entre 21 y 50 pacientes. Los lactantes y menores de 2 años con TDL representaban el 26-50% del volumen de los pacientes en un 58,8% de los pediatras, menos del 25% en un 31,7%, de 51-75% en un 9,6% y en ningún caso representaban más del 75%.

Prevalencia y síntomas de los TDL

El trastorno más frecuente fue el cólico del lactante, con una media de $37,6 \pm 21,4\%$ de los casos, seguido de las regurgitaciones simples ($26,8 \pm 18,0\%$), estreñimiento funcional ($21,9 \pm 15,6\%$), disquecia infantil ($16,9 \pm 17,2\%$) y diarrea funcional ($10,5 \pm 13,7\%$). Asimismo, los nuevos diagnósticos de TDL correspondían a un promedio del 49,6% de los casos y un 31,7% a seguimiento por TDL.

Los síntomas más frecuentes de cada trastorno se resumen en la **Tabla 1**. Los cambios posturales fueron más destacados en el cólico del lactante (44,7%) y las regurgitaciones simples (28,4%). Los cambios en las deposiciones en el estreñimiento funcional (60,1%), diarrea funcional (48,8%) y disquecia infantil (32,4%). Los episodios de llanto en cualquiera de sus características (paroxísticos, anormales) fueron más frecuentes en los cólicos del lactante. La retención fecal excesiva se observó en un 54,2% de los casos de estreñimiento funcional.

Abordaje terapéutico y seguimiento

En el momento de la primera visita o del diagnóstico, un $42,2 \pm 22,7\%$ de los niños continuaban con lactancia materna, un $32,6 \pm 19,4\%$ con leches de fórmula y un $25,2 \pm 12,7\%$ con lactancia mixta. Un 96,5% de los participantes no recomendaba cambiar a lactancia artificial en los casos de lactancia materna, mientras que un 67,3% recomendaba fórmulas especiales para tratar los TDL.

La **Tabla 2** resume los tipos de fórmula y los porcentajes de recomendación para cada uno de los TDL. Las fórmulas anti-regurgitación se recomendaban principalmente en pacientes con regurgitaciones simples (44,2%), las fórmulas sin lactosa en la diarrea funcional (20,1%), la fórmula anticólico en el cólico del lactante (48,5%), la fórmula parcialmente

hidrolizada en todos los TDL especialmente en el cólico del lactante (27,8%). Tanto las fórmulas hidrolizadas de arroz como las fórmulas elementales se recomendaban en menos de un 2% de los casos. Respecto a la eficacia de estas fórmulas, la fórmula anti-regurgitación se consideró eficaz por un promedio de un 50,8% de los participantes en la regurgitación simple y la fórmula parcialmente hidrolizada para el cólico del lactante por un 35,4%. En las restantes fórmulas (arroz, soja y elemental), la eficacia fue inferior al 12% en cada uno de los TDL.

Respecto a la recomendación de otras medidas incluyendo la administración de probióticos (**Tabla 3**), el 92,3% de los pediatras recomendó medidas posturales en los niños con regurgitaciones simples, siendo la elevación de la cabecera de la cama (83,3%) y mantener la posición vertical (55,1%) lo más frecuente. En los cólicos del lactante, un 86,8% recomendaba masajes abdominales, especialmente en sentido horario por todo el abdomen (77,2%) o moviendo las piernas en forma de pedaleo (76,1%). Un 82,9% de los pediatras recomendaban probióticos, con mayor frecuencia en los cólicos del lactante (79,8%) y en la diarrea funcional (51,1%), siendo los compuestos de *Lactobacillus reuteri* (81,9%) y *Lactobacillus rhamnosus* GG (54,3%) los más comunes. En los

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de los trastornos digestivos leves

Variables	Cólico del lactante	Regurgitaciones simples	Diarrea funcional	Disquecia infantil	Estreñimiento funcional
Cambios posturales (arqueamiento espalda, encogimiento piernas, etc.)	44,7 ± 34,8%	28,4 ± 29,8%	6,5 ± 13,9%	26,5 ± 32,4%	21,9 ± 28,1%
Cambios en el ritmo o consistencia deposicional	15,8 ± 20,0%	5,1 ± 9,6%	48,8 ± 41,8%	32,4 ± 36,1%	60,1 ± 38,8%
Episodios paroxísticos de llanto e irritabilidad	66,1 ± 35,1%	19,5 ± 25,0%	9,1 ± 16,0%	32,2 ± 33,4%	26,4 ± 28,6%
Episodios de llanto que comienzan repentinamente	62,7 ± 37,2%	13,3 ± 19,7%	7,2 ± 13,5%	29,7 ± 31,9%	25,0 ± 28,9%
Episodios de llanto con características anormales	23,5 ± 31,9%	7,6 ± 16,2%	4,2 ± 10,0%	12,5 ± 21,3%	12,2 ± 20,0%
Episodios de llanto presentes más de 3 semanas, 3 h/día, 3 días/semana	58,3 ± 37,5%	9,8 ± 19,6%	4,3 ± 12,6%	13,4 ± 23,4%	10,5 ± 20,0%
Deposiciones indoloras	56,6 ± 40,8%	56,4 ± 43,8%	43,1 ± 40,8%	34,0 ± 38,5%	21,3 ± 26,7%
Retención fecal excesiva	6,9 ± 13,8%	3,4 ± 9,9%	2,0 ± 6,2%	22,2 ± 29,7%	54,2 ± 37,3%

Datos expresados como media ± desviación estándar (DE) del promedio de respuestas.

Variables	Cólico del lactante	Regurgitaciones simples	Diarrea funcional	Disquecia infantil	Estreñimiento funcional
Fórmula anti-regurgitación	5,1 ± 14,4%	44,2 ± 36,6%	1,1 ± 5,6%	2,3 ± 8,6%	2,1 ± 9,6%
Fórmula de soja	0,7 ± 4,9%	0,6 ± 3,1%	1,2 ± 9,0%	0,4 ± 2,1%	0,2 ± 1,8%
Fórmula sin lactosa	5,2 ± 12,5%	2,0 ± 8,7%	20,1 ± 29,9%	3,5 ± 12,5%	2,7 ± 10,4%
Fórmula hidrolizada de arroz	6,0 ± 13,1%	3,1 ± 10,2%	5,8 ± 13,7%	1,8 ± 8,1%	1,3 ± 5,4%
Fórmula hidrolizada APLV	12,1 ± 18,9%	8,9 ± 18,9%	9,4 ± 21,9%	5,8 ± 16,5%	5,8 ± 13,0%
Fórmula anticólico	48,5 ± 33,7%	6,3 ± 16,9%	4,7 ± 14,3%	11,5 ± 24,9%	11,2 ± 23,6%
Fórmula parcialmente hidrolizada	27,8 ± 29,3%	10,9 ± 20,1%	11,4 ± 24,1%	11,4 ± 22,5%	13,0 ± 23,3%
Fórmula elemental	2,9 ± 12,8%	2,1 ± 11,5%	1,9 ± 9,6%	1,9 ± 11,4%	1,8 ± 9,3%

APLV: alergia a la proteína de leche de vaca.

Datos expresados como media ± desviación estándar (DE) del promedio de respuestas.

Variables		Número (%) o media ± DE%
Pacientes con regurgitaciones		
Recomendación de medidas posturales (n = 195)		
• No		15 (7,7)
• Sí		180 (92,3)
	Decúbito supino	35,5 ± 46,0
	Decúbito prono	4,4 ± 17,6
	Decúbito lateral izquierdo	8,7 ± 24,2
	Decúbito lateral derecho	3,7 ± 16,1
	Elevación de la cabecera de la cama	83,3 ± 29,8
	Mantener al paciente en posición vertical	55,1 ± 44,1
Pacientes con cólicos del lactante (n = 197)		
Recomendación de masaje abdominal		
• No		26 (13,2)
• Sí		171 (86,8)
	En sentido horario por todo el abdomen	77,2 ± 36,4
	En sentido antihorario por todo el abdomen	4,6 ± 18,4
	Mover las piernas como si pedaleara	76,1 ± 36,4
Pacientes con TDL (n = 199)		
Recomendación de probióticos		
• No		34 (17,1)
• Sí		165 (82,9)
	Cólicos del lactante	79,8 ± 28,0
	Regurgitaciones simples	10,0 ± 25,2
	Diarrea funcional	51,1 ± 41,9
	Disquecia infantil	25,3 ± 37,1
	Estreñimiento funcional	25,3 ± 37,1
	Tipo de probiótico	
	• <i>Lactobacillus reuteri</i>	163 (81,9)
	• <i>Lactobacillus rhamnosus GG</i>	108 (54,3)
	• <i>Saccharomyces boulardi</i>	40 (20,1)
	• Otros	2 (1,0)
Pacientes con estreñimiento funcional (n = 199)		
Intervención precoz		48,5 ± 39,9
Educación de los padres		75,2 ± 31,9
Uso de laxantes (polietilenglicol, lactulosa, etc.)		45,0 ± 36,8
Aumentar la ingesta de fruta y/o verdura (fibra)		65,7 ± 34,9

DE: desviación estándar.

pacientes con estreñimiento funcional, la educación de los padres y el aumento del consumo de fruta y/o verdura se consideraron medidas eficaces por un 75,2 y 65,7% de los encuestados, aunque también destacaba una intervención precoz proponiendo una pauta sin esperar a la posible resolución espontánea (48,5%) y el uso de laxantes (45,0%).

Por otra parte, un alto porcentaje de pediatras consideraba que los TDL mejoraban sin tratamiento ni adición de fórmulas por la evolución natural del trastorno, con un promedio del 66,4% en los cólicos del lactante, 68,9% en las regurgitaciones simples, 57,7% en la diarrea funcional, 70,6% en la disquecia infantil y 41,5% en el estreñimiento funcional. Con respecto al seguimiento, la mayoría de los participantes consideraba que los niños con TDL debían controlarse cada 2 semanas o cada mes (Figura 1). Asimismo, para los que estaban en seguimiento, el estreñimiento funcional fue el trastorno en el que fue más frecuente cambiar el tratamiento (17,7%), seguido del cólico del lactante (16,7%), regurgitaciones simples (13,3%), diarrea funcional (9,1%) y disquecia infantil (5,7%). La

falta de mejoría clínica con la persistencia de los síntomas fue el motivo principal para la modificación del tratamiento.

Coexistencia de trastornos

El promedio de pacientes con TDL que presentaban más de un trastorno simultáneamente era del $36,7 \pm 21,8\%$. En la Figura 2 se detallan dichas combinaciones. El cólico del lactante y las regurgitaciones simples fue la asociación más frecuente (35,7%) seguida de cólico del lactante, regurgitaciones simples y disquecia infantil (34,1%) y cólico del lactante y disquecia infantil (32,2%). La estrategia de tratamiento más utilizada por los pediatras en caso de coexistencia de distintos TDL era individualizar cada trastorno (65,9%).

Aspectos familiares

El 50,7% de los pediatras habían detectado que en sus pacientes se habían utilizado medidas sin asesoramiento profesional en una media de $29,6 \pm 18,4\%$ de los pacientes. Por otra parte, un 91,5% de los pediatras manifestó que preguntaba a los

Figura 1. Pautas de seguimiento de los lactantes y menores de 2 años con trastornos digestivos leves para cada tipo de trastorno

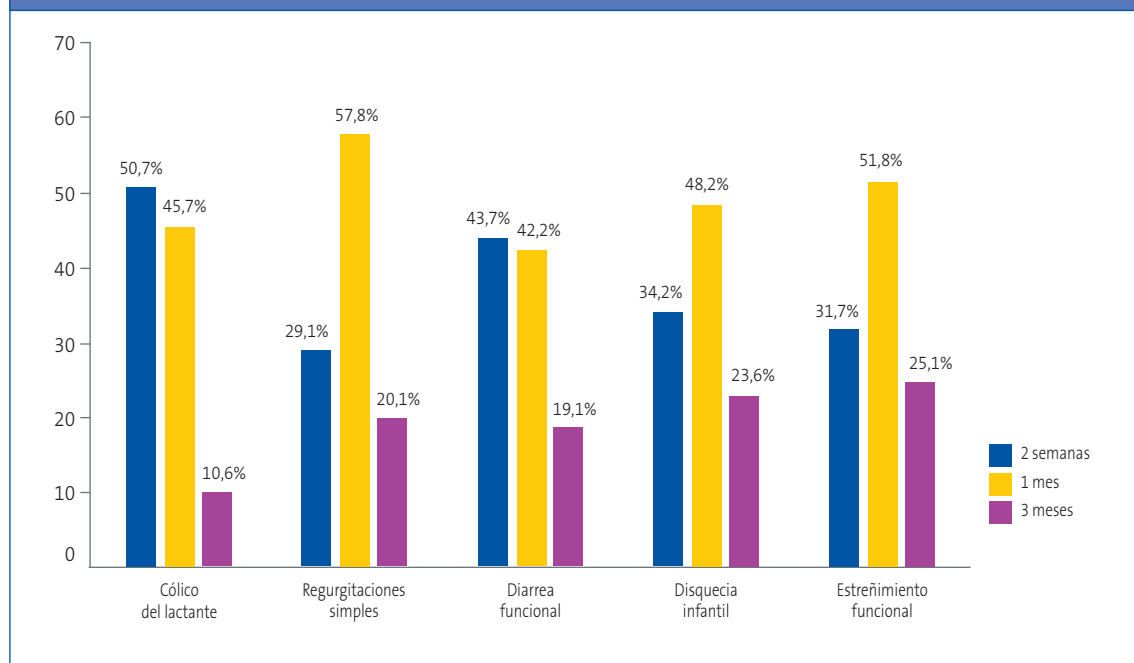
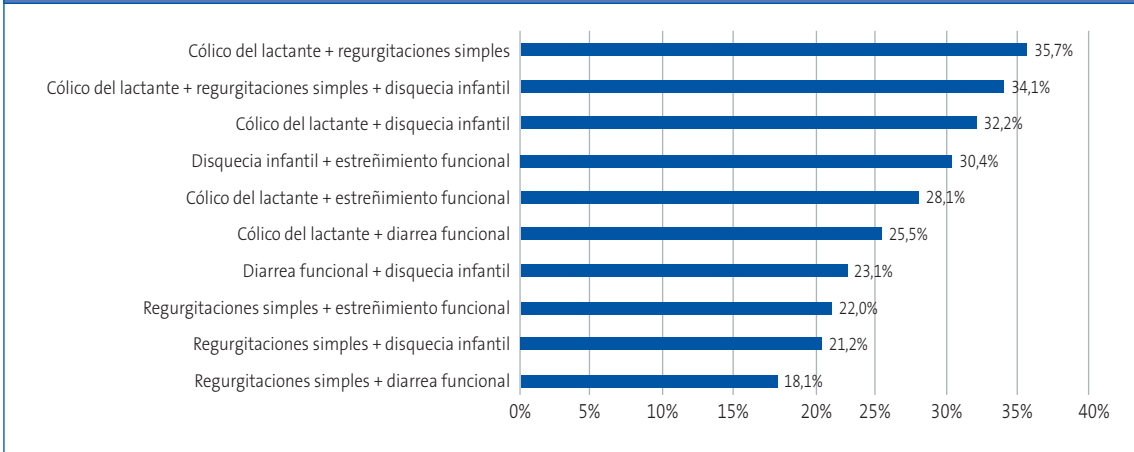


Figura 2. Coexistencia de trastornos en lactantes y menores de 2 años con trastornos digestivos leves


padres si los TDL de su bebé afectaban a su calidad de vida, y un promedio de $73,0 \pm 24,0\%$ manifestaron estar afectados, principalmente por la falta de descanso (96,5%), angustia familiar (94,5%) e impacto emocional (73,4%).

DISCUSIÓN

Este estudio de ámbito nacional y efectuado en el marco de las consultas pediátricas de Atención Primaria contribuye a caracterizar el perfil clínico y el tratamiento de los lactantes y niños menores de 2 años con TDL. Los pediatras participantes tenían una amplia experiencia por los años de ejercicio, el volumen de pacientes atendidos semanalmente, asistencia a actividades formativas en TDL y pertenencia a sociedades científicas. Las características clínicas de los TDL, especialmente los cólicos del lactante, regurgitaciones simples y estreñimiento funcional, aun siendo de carácter leve, determinan una repercusión importante en el entorno familiar, generando un impacto negativo en la calidad de vida de los padres. Asimismo, el carácter crónico y recurrente de los síntomas se traduce en un mayor uso de los servicios de salud⁴.

La prevalencia de los TDL en nuestra población fue alta, ya que el 58,8% de los pediatras consideraba que entre el 26-50% de sus pacientes menores de

2 años presentan TDL, lo que coincide con prevalencias superiores al 20% descritas en otros estudios⁷⁻⁹. Los trastornos más frecuentes han sido el cólico del lactante (37,6%), las regurgitaciones (26,8%) y el estreñimiento funcional (21,9%). En una revisión sistemática de 20 estudios con una cohorte de 18.935 pacientes pediátricos, el cólico del lactante y las regurgitaciones también fueron los trastornos más frecuentes en la población de 0-12 meses, mientras que el estreñimiento funcional fue la patología más frecuente en la edad de 13-48 meses²¹. Las manifestaciones clínicas de cada uno de estos trastornos coinciden con los resultados de otros estudios^{7-9,13}, y se han caracterizado por episodios de llanto e irritabilidad en el cólico del lactante, cambios posturales y deposiciones indoloras en las regurgitaciones y cambios en el ritmo/consistencia deposicional y retención fecal excesiva en el estreñimiento funcional. Las alteraciones de las deposiciones también han sido los síntomas principales en la disquecia infantil y la diarrea funcional.

Respecto al tratamiento, prácticamente todos los pediatras estaban en contra de sustituir la lactancia materna por lactancia artificial. La Asociación Española de Pediatría y las Sociedades Española y Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas^{11,12} recomiendan no interrumpir la lactancia materna independientemente del

trastorno específico que se trate. En un estudio de 6060 prematuros, la lactancia artificial con cualquier fórmula al alta hospitalaria era un factor significativo de riesgo del cólico del lactante, regurgitaciones y estreñimiento funcional²². Asimismo, la lactancia materna, como mínimo durante los primeros 6 meses de vida, tiene un papel protector clave en la morbilidad y mortalidad asociadas a la diarrea^{23,24}. En función de cada TDL, el 67,3% de los pediatras recomendó fórmulas especiales, aunque los porcentajes para cada una de ellas eran reducidos. Las principales fórmulas recomendadas eran la fórmula anticólico para los cólicos del lactante (48,5% de los casos), fórmula anti-regurgitación para las regurgitaciones simples (44,2%), fórmula sin lactosa para la diarrea funcional (20,1%) y fórmulas parcialmente hidrolizadas para la disquicia infantil (11,4%) y el estreñimiento funcional (13,0%). Las fórmulas enriquecidas con β -palmitato y aumento del contenido de magnesio pueden ser adecuadas para ablandar las heces en caso de estreñimiento¹².

Un 82,9% de los pediatras recomendaban el uso de probióticos, especialmente compuestos de *Lactobacillus reuteri*. Si bien la fisiopatología de los TDL es compleja, se ha demostrado que la disbiosis intestinal con alteración de las bacterias acidificantes o proteolíticas, interviene tanto en el desarrollo de estos trastornos, como en la modulación de los síntomas clínicos^{25,26}. En un ensayo clínico randomizado y controlado en 90 niños de 1 a 4 meses de edad, el tratamiento durante 25 días consecutivos con 5 gotas/día de *L. reuteri* NCIMB 30351 se asoció a una disminución estadísticamente significativa del número de cólicos, duración del llanto, número de regurgitaciones, disminución de la diarrea y aumento de las deposiciones en los lactantes con estreñimiento en comparación con el grupo placebo²⁷. No obstante, la evidencia de la eficacia de los probióticos en el tratamiento de los cólicos del lactante y de otros trastornos gastrointestinales funcionales del lactante es insuficiente²⁸. Por otra parte, la ESPGHAN indica que las fórmulas bajas en lactosa, fórmulas con proteínas parcialmente hidrolizadas, fórmulas con proteínas

extensamente hidrolizadas y fórmulas suplementadas con prebióticos o probióticos han mostrado evidencia insuficiente para ser recomendadas¹².

Los TDL son motivo frecuente de preocupación para los padres, afectando a la calidad de vida del entorno familiar²⁹. Un 91,5% de los pediatras preguntaba sobre el impacto en la calidad de vida de los padres, siendo la falta de descanso (96,5%) y la angustia familiar (94,5%) los efectos más frecuentes. En este sentido, los pediatras desempeñan un papel esencial para proporcionar información sobre la naturaleza benigna de los TDL, tranquilizar a los padres y proporcionar consejos dietéticos, lo que evitaría las actuaciones de los padres sin asesoramiento profesional³⁰.

Las limitaciones del estudio incluyen la representatividad de la muestra y la selección no aleatorizada de los participantes. Dado el carácter descriptivo y retrospectivo del estudio basado en datos agregados, los resultados de las variables continuas se expresan como medias y desviaciones estándar, sin estimación de los intervalos de confianza del 95%, lo que limita la interpretación inferencial de los mismos. Sin embargo, la distribución de los pediatras en todo el territorio nacional y la inclusión de datos agregados de 6 pacientes, representando 1194 niños de corta edad, son factores que contribuyen a la fortaleza del estudio.

Por último, hay que hacer una mención especial al uso de la definición de TDL según los criterios de Roma IV para neonatos y niños pequeños de acuerdo con el periodo de estudio, previo a la publicación de los criterios Roma V en mayo de 2026³¹. Actualmente los criterios Roma V presentan un enfoque biopsicosocial, personalizado y basado en la evidencia para definir los trastornos de la interacción intestino-cerebro. Dichos trastornos están caracterizados por síntomas gastrointestinales relacionados con cualquier combinación de trastornos de la motilidad, hipersensibilidad visceral, alteración de la función mucosa e inmunitaria, alteración de la microbiota intestinal o alteración del procesamiento del sistema nervioso central. Bajo esta perspectiva las categorías de los TDL se redefinen para alinearse con los nuevos conocimientos

sobre el neurodesarrollo y el eje intestino-cerebro³¹. Los futuros estudios deberán considerar la nueva conceptualización de los “trastornos funcionales gastrointestinales” bajo la perspectiva de nuevos perfiles clínicos y algoritmos diagnósticos originados por las modificaciones de Roma V.

CONCLUSIONES

Los TDL son comunes en lactantes, especialmente los cólicos, las regurgitaciones y el estreñimiento funcional, requiriendo un abordaje terapéutico individualizado. Más de un 95% de los pediatras recomendaba mantener la lactancia materna, un 67% el uso de fórmulas especiales y el 83% la administración de probióticos, destacando el *Lactobacillus reuteri*. La educación de los padres y la atención al impacto emocional son aspectos claves para mejorar la calidad de vida del niño y su entorno.

AGRADECIMIENTOS

A los miembros del Grupo de Estudio DIGEST por su participación en el estudio. La autora agradece el apoyo de Saned from Medscape en la logística del estudio y a la Dra. Marta Pulido por su colaboración en la redacción del manuscrito y soporte editorial. Grupo de Estudio DIGEST (por orden alfabético): N. Aielo, I. Alcalá Ramírez, S. Alonso Ortega, P. Alonso Sanmartín, C. Alonso Schwinch, C. Amorelli Palladino, T. Atienza Almarcha, A. Ayesa Naudin, A. Bailén Vergara, I. Barahona Rondon, E. Bartoll Alguacil, M. Beltrán Pérez, I. Botana del Arco, C. Bouzas Martínez, M.E. Bueno Sánchez, M.A. Cabañero Pisa, A. Cabrero Alexis, M.J. Cañete Pérez, V.J. Caraballoso García, A. Carnicero Iglesias, M. Casariego Toledo, J.L. Castiello Oliver, J.M. Castro Blondell, I.M. Ceballos Rodríguez, A. Cervera Albenca, N. Clavero Montañés, J.M. Colina Jimeno, C. Conde Sanz, M.C. Contessotto Avilés, J. Coronel Medina, J. Coronel Medina, D.A. Cortés García, T. Crespo Díaz, A.H. Cruz Oliver, A. Cruz Rodríguez, C. Cuevas Espejo, M.I. de Luna Armenteros, F. de Prada Rodríguez, M. Del Vecchio, P. Doménech Terricabras, J.M. Durán López, G.D. Egues Cachau, S. El Solh Naim, I. Espejo Barbudo, O. Espinazo Ramos, I. Exposito Alonso, J.F. Exposito Montes, M.A. Feo García, M.N. Fernández Chapucio, M. Fernández López, M. Fernández Mateo, S. Fernández Peregrina, G.A. Fleitas Martino, M.L. Franco González, M. Fuentes Martín, J. Fújkova Fújkova, A. Galán García, F. Galán Muñoz, P. Gamboa Pacheco, M.A. Ganga Valle, M.M. García González, E. García Pérez, E. García Cardó, P. García Druggiero, N. García Maset, M.J. García Monje, C. García Peláez, G. García Ron, A. García Ruiz, N. García Sán-

chez, S.A. García Sarraile, A. García Suárez, J. García Vázquez, O.M. Gómez Bueno, M.C. Gómez Hidalgo, J.F. Gómez Urbaz, M. Gómez Verdugo, S.A. González Cerrato, G. González Hernández, A. González Zayas, P. Gonzalo Costales, M.C. Granja Martínez, J. Guerra Vilca, E. Gutiérrez Moreno, B. Hernández Macho, J. Herrera Lazo, N. Ibáñez González, I. Inisterra Viu, I. Irlés Díaz, P.A. Jiménez Méndez, N. Joaquín López, J. Juan Cerda, I. Lafuente Santodomingo, C. Laliena Oliva, J.J. Larreina Córdoba, V. Laveglia, J. Lebrón Martín, A. Linares Canalejo, R. Llado Padovani, M. Lloret Martí, G. López Belmonte, M.C. López Cruz, M. López García, M. Lorente Cuadrado, S. Maadi Ahmed, E. Madera Cruz, C. Mangas Sánchez, M.C. Manso Novo, C. Manzano Varo, R.E. Martínez Brito, V. Martínez Roig, I. Martínez Virumbrales, E. Mejía Cruz, J.M. Mengibar Garrido, J.R. Minguez Estevan, J. Molina Valera, M.G. Morales Salazar, C. Moreno Eguilaz, A. Moussallem Dimian, I. Mugica Rubio, M.A. Muñoz Ruiz, M. Navarro de Prado, M. Navarro Paterna, R. Negrillo Ruano, E. Novoa García, I. Nuñez Caro, P. Olivan López, A. Olloqui Escalona, V.D. Oniceag, M.J. Oscares Rodríguez, C. Pañeda García, E.G. Paraiso Lara, V. Patrucco, F.J. Pena Lamelas, Y. Pérez Ríos, E. Pérez Álvarez, E. Pérez Gil, M.I. Pérez Martínez, A. Pérez Reviriego, M. Pérez Sabido, M. Pérez Torres, C. Pérez Varona, K. Petrova Iurtova, A. Piera Carreras, T. Polo González, E. Prieto Fernández, A. Quesada Alguacil, I. Quinza Franqueza, I.D. Restrepo González, R. Reverter Gil, A. Rioja Peñaranda, I. Riol Hernández, M.V. Rivilla Yedres, E. Rocha Rossi, M. Roco Rosa, R. Rodríguez Belmonte, S. Rodríguez Fernández, M.A. Rodríguez Peralta, C. Rodríguez Rodríguez, C. Romero García, M. Rosa Silvestre, M.C. Roura Cervia, J. Ruiz Herrero, J. Ruiz Vara, A. Ruiz Zamora, Y. Saldano Pérez, F. Sanatónio Valdearcos, A. Sánchez Castro, V. Sancho Ariño, E. Santos Cordova, E. Santos Pestaña, A. Sarrat Pirla, C. Sarrion Catala, M. Seoane Rodríguez, N. Sepúlveda Beltran, Y.C. Solar Hernández, B. Taberner Pazos, R. Tenajas Cobo, A. Treceño Zamorano, I. Uixera Marzal, X. Vallbona Zubizarreta, A. Valcarcel Martínez, J.J. Valerio Rosario, M. Vázquez Méndez, M. Vázquez Vila, M.I. Vega Martín, J.F. Viada Bris, S. Vilches Porras, M. Villacampa Muñoz, K. Visenberg Labanova, N. Zambrano Rincon, I.G. Zurschmitt Juarez.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Contribución de la autora: conceptualización, diseño, metodología, validación, redacción, revisión y supervisión. La autora declara que no ha utilizado recursos de IA generativa en la elaboración del manuscrito.

ABREVIATURAS

AEP: Asociación Española de Pediatría • **AEP:** Asociación Española de Pediatría • **AEPap:** Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria • **CEIC:** Comité Ético de Investigación Clínica • **DE:** desviación estándar • **ESPGHAN:** Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas (*European Society for Paediatric Gastroenterology,*

Hepatology and Nutrition) • **FGID:** trastornos funcionales gastrointestinales (*functional gastrointestinal disorders*) • **IC 95:** intervalo de confianza del 95% • **MDD:** trastornos digestivos leves (*mild digestive disorders*) • **SEGHNP:** Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica • **SEPEAP:** Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria • **TDL:** trastornos digestivos leves.

BIBLIOGRAFÍA

- Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiau J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1519-26. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2005.11.065>
- Nightingale S, Sharma A. Functional gastrointestinal disorders in children: What is new? *J Paediatr Child Health*. 2020;56(11):1724-30. <https://doi.org/10.1111/jpc.14857>
- McOmber MA, Shulman RJ. Pediatric functional gastrointestinal disorders. *Nutr Clin Pract*. 2008;23(3):268-74. <https://doi.org/10.1177/0884533608318671>
- Vernon-Roberts A, Safe M, Day AS. Editorial: pediatric functional gastrointestinal disorders: challenges in diagnosis and treatment. *Gastrointest Disord*. 2024;6(1):308-12. <https://doi.org/10.3390/gidisord6010021>
- Koppen IJ, Nurko S, Saps M, Di Lorenzo C, Benninga MA. The pediatric Rome IV criteria: what's new? *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2017;11(3):193-201. <https://doi.org/10.1080/17474124.2017.1282820>
- Blesa Baviera LC. Trastornos digestivos funcionales pediátricos. Roma IV. En: AEPap, ed., *Curso de Actualización Pediatría 2017*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017, pp. 99-114 [en línea] [consultado el 16/09/2026]. Disponible en www.aepap.org/sites/default/files/099-114_criterios_roma_iv.pdf
- Steutel NF, Zeevenhooven J, Scarpato E, Vandenplas Y, Tabbers MM, Staiano A, et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in European infants and toddlers. *J Pediatr*. 2020;221:107-14. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.02.076>
- Alonso-Bermejo C, Barrio J, Fernández B, García-Ochoa E, Santos A, Herreros M, et al. Functional gastrointestinal disorders frequency by Rome IV criteria. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2022;96(5):441-7. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2021.05.013>
- Velasco-Benítez CA, Collazos-Saa LI, García-Perdomo HA. Functional gastrointestinal disorders in neonates and toddlers according to the Rome IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2022;25(5):376-86. <https://doi.org/10.5223/pghn.2022.25.5.376>
- Al-Beltagi M, Saeed NK, Bediwy AS, Elbeltagi R. Breaking the cycle: Psychological and social dimensions of pediatric functional gastrointestinal disorders. *World J Clin Pediatr*. 2025;14(2):103323. <https://doi.org/10.5409/wjcpv14.i2.103323>
- García Burriel JI, Torres Peral R. Trastornos funcionales gastrointestinales en el niño menor de cuatro años. En: *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 2023 [en línea] [consultado el 16/09/2026]. Disponible en www.seghnp.org/documentos/protocolos-diagnostico-terapeuticos-de-gastroenterologia-hepatologia-nutricion
- Haiden N, Savino F, Hill S, Kivelä I, De Koning B, Köglmeier J, et al. Infant formulas for the treatment of functional gastrointestinal disorders: A position paper of the ESPGHAN Nutrition Committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2024;79(1):168-80. <https://doi.org/10.1002/jpn3.12240>
- Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Functional disorders: children and adolescents. *Gastroenterology*. 2016 Feb 15:S0016-5085(16)00181-5. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.015>

14. Baaleman DF, Velasco-Benítez CA, Méndez-Guzmán LM, Benninga MA, Saps M. Functional gastrointestinal disorders in children: agreement between Rome III and Rome IV diagnoses. *Eur J Pediatr*. 2021;180(7):2297-303. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04013-2>
15. Peralta-Palmezano JJ, Guerrero-Lozano R. Prevalence of Functional gastrointestinal disorders in school children and adolescents. *Korean J Gastroenterol*. 2019;73(4):207-12. <https://doi.org/10.4166/kjg.2019.73.4.207>
16. Dhroove G, Saps M, García-Bueno C, Leyva Jiménez A, Rodríguez-Reynosa LL, Velasco-Benítez CA. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in Mexican schoolchildren. *Rev Gastroenterol Mex*. 2017;82(1):13-8. <https://doi.org/10.1016/j.rgmex.2016.05.003>
17. Velasco-Benítez CA, Collazos-Saa LI, García-Perdomo HA. A systematic review and meta-analysis in schoolchildren and adolescents with functional gastrointestinal disorders according to Rome IV criteria. *Arq Gastroenterol*. 2022;59(2):304-13. <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202202000-53>
18. Scarpato E, Salvatore S, Romano C, Bruzzese D, Ferrara D, Inferrera R, et al. Prevalence and risk factors of functional gastrointestinal disorders: a cross-sectional study in Italian infants and young children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2023;76(2):e27-e35. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003653>
19. Beser OF, Cullu Cokugras F, Dogan G, Akgun O, Elevli M, Yilmazbas P, et al. The frequency of and factors affecting functional gastrointestinal disorders in infants that presented to tertiary care hospitals. *Eur J Pediatr*. 2021;180(8):2443-52. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04059-2>
20. Chogle A, Velasco-Benítez CA, Chanis R, Mejia M, Saps M. Multicountry cross-sectional study found that functional gastrointestinal disorders such as colic and functional dyschezia were common in South American infants. *Acta Paediatr*. 2018;107(4):708-13. <https://doi.org/10.1111/apa.14196>
21. Vernon-Roberts A, Alexander I, Day AS. Systematic review of pediatric functional gastrointestinal disorders (Rome IV criteria). *J Clin Med*. 2021;10(21):5087. <https://doi.org/10.3390/jcm10215087>
22. Indrio F, Masciari E, Marchese F, Rinaldi M, Maffei G, Gangai I, et al. Functional gastrointestinal disorders predictors in neonates and toddlers: a machine learning approach to risk assessment. *Heliyon*. 2024;11(1):e41516. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e41516>
23. Lamberti LM, Fischer Walker CL, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*. 2011;11(3):S15. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S3-S15>
24. Diallo AF, McGlothen-Bell K, Lucas R, Walsh S, Allen C, Henderson WA, et al. Feeding modes, duration, and diarrhea in infancy: Continued evidence of the protective effects of breastfeeding. *Public Health Nurs*. 2020;37(2):155-60. <https://doi.org/10.1111/phn.12683>
25. Mandarino FV, Sinagra E, Raimondo D, Danese S. The role of microbiota in upper and lower gastrointestinal functional disorders. *Microorganisms*. 2023;11(4):980. <https://doi.org/10.3390/microorganisms11040980>
26. Pantazi AC, Mihai CM, Lupu A, Balasa AL, Chisnoiu T, Mihai I, et al. Gut microbiota profile and functional gastrointestinal disorders in infants: a longitudinal study. *Nutrients*. 2025;17(4):701. <https://doi.org/10.3390/nu17040701>
27. Tyrsin OY, Tyrsin DY, Nemenov DG, Ruzov AS, Odintsova VE, Koshechkin SI, et al. Effect of Lactobacillus reuteri NCIMB 30351 drops on symptoms of infantile functional gastrointestinal disorders and gut microbiota in early infants: Results from a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Eur J Pediatr*. 2024;183(5):2311-24. <https://doi.org/10.1007/s00431-024-05473-y>
28. Szajewska H, Berni Canani R, Domellöf M, Guarino A, Hojsak I, Indrio F, et al. Probiotics for the management of pediatric gastrointestinal disorders: position paper of the ESPGHAN Special Interest Group on Gut Microbiota and Modifications. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2023;76(2):232-47. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003633>
29. Vandenplas Y, Hauser B, Salvatore S. Functional gastrointestinal disorders in infancy: Impact on the health of the infant and family. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2019;22(3):207-16. <https://doi.org/10.5223/pghn.2019.22.3.207>
30. Salvatore S, Abkari A, Cai W, Catto-Smith A, Cruchet S, Gottrand F, et al. Review shows that parental reassurance and nutritional advice help to optimise the management of functional gastrointestinal disorders in infants. *Acta Paediatr*. 2018;107(9):1512-20. <https://doi.org/10.1111/apa.14378>
31. Drossman DA, Chang I, Tack J. Disorders of gut-brain interaction and the Rome V process. *Gastroenterology*. 2026;170(6):1083-98. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.02.014>