

Disquecia o constipación funcional, un desafío frecuente en la consulta pediátrica

Fernando Burgos¹ , Lucio González² , Karina Leta³ , María del Carmen Toca⁴ 

RESUMEN

La disquecia y la constipación del lactante son trastornos digestivos funcionales que tienen en común la dificultad defecatoria y se diferencian fundamentalmente en la edad de presentación y en la consistencia de las deposiciones. Ambos trastornos generan preocupación en los padres y frecuentes consultas al sistema de salud.

La disquecia es un trastorno digestivo funcional autolimitado producto de una incoordinación en el mecanismo de evacuación. En cambio, la constipación funcional se vincula fundamentalmente con la conducta retentiva relacionada al dolor y temor para evacuar, y en ocasiones requiere intervención nutricional y/o farmacológica. Estudios que observaron la historia natural de niños con disquecia muestran que no hay relación causal entre disquecia y constipación funcional, por lo que deberían ser consideradas dos entidades diferentes. Ambos requieren, para su mejor manejo, incluir en la consulta médica la contención familiar a través de mensajes educativos, claros y tranquilizadores.

Palabras clave: tracto gastrointestinal; estreñimiento; diagnóstico diferencial; terapéutica; lactante.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2024-10476>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2024-10476.eng>

Cómo citar: Burgos F, González L, Leta K, Toca MC. Disquecia o constipación funcional, un desafío frecuente en la consulta pediátrica. *Arch Argent Pediatr.* 2025;e202410476. Primero en Internet 3-ABR-2025.

¹ Departamento Materno infantil, Hospital Universitario Austral, Pilar, Argentina; ² Departamento de Docencia e Investigación, Hospital del Niño de San Justo, Argentina; ³ Sector de Gastroenterología Infantil, Hospital de Clínicas José de San Martín, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; ⁴ Consultorios Médicos Pediátricos, Ramos Mejía, Argentina.

Correspondencia para María del Carmen Toca: mtoca@intramed.net

Financiamiento y conflicto de intereses: Nutricia-Bagó facilitó el sitio virtual para la realización de reuniones y realizó, a pedido de los autores, las tablas y figuras que forman parte del manuscrito. El manuscrito fue escrito con la colaboración de todos los autores, sin tener Nutricia-Bagó control editorial alguno con respecto al resultado final. Ninguno de los autores mantiene relación comercial con Nutricia-Bagó. Los autores declaran que su única relación con Nutricia-Bagó fue haber participado de conferencias en simposios organizados por la empresa, de la misma forma que lo han hecho para otras empresas.

Recibido: 20-6-2024

Aceptado: 27-12-2024



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

El patrón defecatorio normal varía especialmente en los primeros meses de vida. Con la edad, disminuye la frecuencia y aumenta la consistencia de las deposiciones, en camino hacia la maduración intestinal, con aumento de la capacidad del intestino de retención del agua.¹ En esta variación, la alimentación del lactante juega un rol importante. La leche humana por su acción sobre las hormonas intestinales como la motilina, reguladora de la motilidad y tránsito intestinal, así como también por el efecto osmótico en el colon de los oligosacáridos que contiene, y como favorecedora de una microbiota intestinal saludable, genera deposiciones más blandas y frecuentes en los primeros meses de la vida.¹

Después de los 6 meses de edad, el comienzo de la alimentación complementaria marca otro cambio importante, con aumento de la consistencia y disminución en la frecuencia de las deposiciones.²

La disquecia del lactante es un trastorno funcional digestivo, en lactantes sanos, que se manifiesta en menores de 9 meses en forma de episodios de gran esfuerzo y llanto que duran unos 10-20 minutos y cesan con el paso de las heces que suelen ser líquidas o blandas. En 2017 los expertos determinaron estos criterios clínicos (Roma IV) en los que se añade que, a pesar del esfuerzo, puede existir el fracaso en la defecación.³

La constipación funcional se define a menudo como el resultado de intentos repetitivos de retención voluntaria de heces por parte del niño, que trata de evitar una sensación displacentera de defecación generalmente por miedo asociado a una evacuación dolorosa.²

La prevalencia de disquecia publicada es muy variable, de acuerdo a los métodos de estudio utilizados. Estudios basados en encuestas de padres muestran resultados más elevados que los de diagnósticos según estrictos criterios clínicos pediátricos (Criterios Roma III-IV). Pero, además, hay gran variación entre diferentes regiones geográficas, estilos de vida, alimentación y características socioambientales; los valores varían en Europa entre el 0,9 % y el 5,6 %, ⁴ en EE. UU., el 2,4 %; ⁵ en Asia, el 11,6 %; ⁶ en Latinoamérica, el 12 %. ⁷ El estudio prospectivo de Kramer y colaboradores 2015, en el cual se analizan las prevalencias según la edad de consulta, muestra el 21,2 %, el 7,4 % y el 6,6 % a los 1, 3 y 9 meses de edad, respectivamente. ⁸

La prevalencia de constipación funcional en

lactantes descripta a nivel mundial es del 3 %, ⁹ en EE. UU., del 12,1 %; ¹⁰ y en Latinoamérica, del 9,2 %. ⁷

Gastroenterólogos pediatras realizaron una revisión de la literatura de los últimos 10 años sobre fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de disquecia y constipación funcional en el lactante menor de 1 año. Se realizó una búsqueda de estudios publicados e indexados en PubMed. Fueron seleccionados los que cada uno consideró de relevancia incluir en este manuscrito. Las palabras claves utilizadas para la búsqueda bibliográfica fueron las siguientes: *constipation functional, dyschezia, infants, prevalence, risk factors, Rome criteria, awareness, diagnosis, treatment*.

El objetivo de esta revisión es presentar los avances en el conocimiento fisiopatológico, los últimos criterios diagnósticos y recomendaciones de manejo en la práctica del pediatra, así como brindar estrategias con el fin de evitar estudios y medicaciones innecesarias, bajo la visión de estos nuevos conocimientos.

FISIOPATOLOGÍA

Para poder comprender la fisiopatología de este trastorno gastrointestinal funcional (TGIF) del lactante, resulta importante recordar algunos aspectos:

- El patrón defecatorio en los lactantes es variable según edad y tipo de alimentación. La media de deposiciones es de 4-6 por día, llegando a 10-12 en los niños alimentados a pecho materno y, en general, menos frecuencia en aquellos alimentados con fórmulas. ⁸ La interacción adecuada de estos mecanismos da como resultado una evacuación normal (*Figura 1*).
- El colon presenta contracciones lentas que pueden ser anteropulsivas o retropulsivas, que se encargan del movimiento y propulsión del bolo fecal, y contracciones de masa que son más potentes, facilitan el transporte oro-anal y se producen como respuesta cólica a la alimentación. ¹¹

Por otra parte, la participación del complejo esfinteriano juega un rol fundamental:

- El esfínter anal interno (EI) actúa como reflejo innato, involuntario, es un músculo liso, inervado por el sistema nervioso autónomo, en tanto que el esfínter anal externo (EE) actúa como reflejo aprendido, voluntario, es de músculo estriado, inervado por el nervio pudendo. ¹¹

En la disquecia infantil, uno de los principales diagnósticos diferenciales de la constipación funcional, se produce una falla de coordinación entre el aumento de la presión abdominal y el descenso del piso pelviano, y la relajación del esfínter externo y del músculo puborrectal.^{3,12}

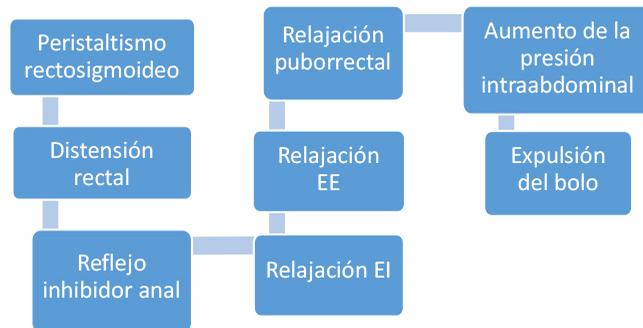
En la constipación funcional, como mencionamos anteriormente, la fisiopatología es multifactorial y desconocida en su totalidad,¹³ aunque el factor predominante resulta ser la conducta retentiva relacionada con experiencias dolorosas, cambios de alimentación, control de esfínteres y ciertos factores emocionales y conductuales (*Figura 2*). Se produce entonces una serie de sucesos que concluyen en la sintomatología propia de este TGIF.²

Como en todo TGIF, la anamnesis completa es una de las herramientas más significativas para el diagnóstico correcto;¹⁴ la edad de presentación y

la consistencia de la materia fecal son los criterios clínicos diferenciales más importantes.

Resulta fundamental reconceptualizar a los TGIF dentro de los trastornos del eje intestino cerebro (TECI) en los que se reconoce la participación de la microbiota, el sistema inmune y el sistema neuroentérico, como parte de la etiopatogenia. El aumento de la permeabilidad hacia los antígenos en las disbiosis, la liberación de citocinas, serotonina, dopamina y ácido gamma aminobutírico, y su relación con el procesamiento e integración sensorial deben ser considerados en los TGIF/TECI.¹² En un estudio multicéntrico, Kadim y colaboradores¹⁵ concluyen que existen tres factores con significativa influencia en la aparición de los síntomas propios de la disquecia: ser hijo único, el tipo de alimentación y aspectos socioemocionales (*Tabla 1*).

FIGURA 1. Mecanismo normal de defecación



EE: esfínter externo; EI: esfínter interno.

FIGURA 2. Fisiopatología de la constipación funcional



TABLA 1. Factores de riesgo para presentar disquecia

Factor	Mecanismo involucrado. Mayor riesgo
Ser hijo único	Aumento de atención de los padres hacia los síntomas del lactante ¹⁰
Alimentación	Alimentación con fórmula Inmadurez del tubo digestivo Alteración de microbiota y colonización intestinal Alimentación complementaria ¹¹
Trastornos socioemocionales	Malestar, dificultad en el aprendizaje de la defecación y trastornos del desarrollo y de rutinas diarias ¹² Deterioro del vínculo con los padres y cuidadores Alteración de la seguridad y habilidades de autocontrol

Modificado de: Kadim M, Merendar Putri U, Gunardi H, Wulandari HF, Wahidiyat PA, Pardede SO, et al. Prevalence, Risk Factors, and Pediatrician Awareness of Infant Dyschezia in Indonesia. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2023;26(2):116-26.

IMPLICANCIAS CLÍNICAS

Bajo esta nueva visión bio-sico-social, los TGIF representan una fuente de preocupación para los padres y cuidadores de los niños afectados. Resulta angustiante para ellos no poder interpretar adecuadamente las molestias o el dolor padecido, sobre todo en los lactantes. Que los padres puedan utilizar la consulta médica para canalizar estas preocupaciones dependerá de los hábitos de crianza, de la percepción que ellos tengan de los síntomas que presentan sus hijos y de las experiencias previas que hayan tenido. Durante la consulta entonces, el médico debe tener en cuenta que estos

factores parentales son tan importantes como la sintomatología del niño. Especialmente, porque el diagnóstico de un trastorno funcional digestivo se basa principalmente en informes de los padres e interpretaciones de los síntomas de sus hijos. Esto hace que el proceso de diagnóstico sea desafiante y subraya la importancia de criterios estrictos de reconocimiento y diferenciación (*Tabla 2*).

Dentro de la sintomatología que caracterizan estos TGIF, hay dos factores preponderantes que diferencian el cuadro de disquecia de la constipación funcional: la edad de presentación y la consistencia de las deposiciones.¹⁶

TABLA 2. Cuadro clínico diferencial entre constipación funcional y disquecia. Signos de alarma para sospechar causas orgánicas

Constipación funcional (0 a 48 meses)	Disquecia (0 a 9 meses)	Causas orgánicas Signos de alarma
Incontinencia fecal Masa fecal en recto	Esfuerzo y llanto que son síntomas característicos del bebé	Distensión y dolor abdominal Vómitos Masa fecal palpable en abdomen Ampolla rectal vacía
Hábito retentivo Dolor al evacuar Temor al evacuar	Esfuerzo con evacuación fallida de las heces	Retraso en la eliminación de meconio Comienzo precoz en el primer mes de vida Malformaciones anales/lumbosacras Patología vesical
Dolor durante la defecación. Dolor abdominal asociado Peso y talla normales	Dolor antes, durante y después de la defecación Peso y talla normales	Dolor abdominal asociado a distensión abdominal constante Falla del crecimiento Retraso madurativo Signos de hipotiroidismo
Presencia de gran cantidad de materia fecal de consistencia aumentada en recto	Cantidad normal de deposiciones de consistencia blanda en recto	Deposiciones con sangre Deposiciones con moco y sangre
Deposiciones de gran volumen y consistencia	Deposiciones blandas, volumen normal	Deposiciones explosivas luego del retardo evacuatorio

La disquecia suele presentarse en forma prevalente durante los primeros 9 meses de vida, con mayor frecuencia los 3 primeros meses, mientras que la constipación es de presentación más tardía, excede este período y puede prolongarse mucho más allá de la lactancia, incluida la primera y segunda infancia.^{2,3}

Con respecto al tipo y consistencia de las deposiciones, el lactante con disquecia elimina materia fecal de consistencia blanda, mientras que en forma opuesta los afectados por constipación expulsan materia fecal voluminosa y de consistencia aumentada. Debe tenerse presente siempre esta diferenciación como estrategia de aproximación diagnóstica en la adecuada anamnesis^{2,3} (Figura 3).

Paradójicamente, la dificultad defecatoria resulta ser el evento más fácil de percibir por la dupla parental/médico consultado y el más difícil de explicar. En la constipación funcional, la experiencia dolorosa (proctalgia) para expulsar materia fecal dura y voluminosa genera un hábito retentivo, muchas veces acompañado de dolor abdominal, que culmina en un círculo vicioso predecible e interpretable. A su vez, en la disquecia, el lactante manifiesta su malestar y esfuerzo con llanto y/o grito, acompañado de coloración rubicunda o en ocasiones morada del rostro, durante el acto defecatorio con o sin fracaso de este. Estos síntomas impactan con frustración y angustia en el vínculo familiar, tornando el diagnóstico en un verdadero desafío.^{2,3}

No parece haber una relación causal entre disquecia y constipación funcional; se subraya la idea de que deben considerarse entidades diferentes.

TRATAMIENTO

Como se expresó anteriormente, la disquecia y la constipación funcional, ambos trastornos funcionales relacionados a la defecación, son dos entidades distintas, con diagnóstico y tratamiento diferentes. Si bien la literatura sobre lactantes con disquecia es limitada, se sabe que es una condición benigna y suele resolverse espontáneamente después de pocas semanas.^{8,9}

El manejo del cuadro de disquecia y de constipación funcional, como en todo TGIF, se basa en la contención del núcleo familiar, y en el tratamiento médico, en lo posible, sin intervención farmacológica.¹⁷ Para ello debemos incluir en la consulta mensajes educativos, de manejo nutricional y clínico⁸ (Figura 4).

Educación

El tratamiento efectivo se basa en asegurar una terapia de alianza con los padres.¹⁸ Se debe proveer la información sobre patrones normales de defecación en lactantes,¹⁵ focalizada en tranquilizarlos frente al retardo de la evacuación, explicando que la disquecia se trata solo de una incoordinación en la defecación.

Siguiendo la base fisiopatológica del origen del cuadro de disquecia, los padres aceptan con agrado la explicación de que esta es una etapa del desarrollo del niño, en la cual el lactante debe aprender a relajar el piso pélvico, como parte de un proceso madurativo, y del aprendizaje del defecar. Reforzar el concepto de condición benigna, transitoria, que tiene como resultado final una evacuación blanda.¹⁹

Manejo nutricional

En el estudio realizado por Kramer y colaboradores,⁸ los resultados sugieren que el tipo de alimentación en la disquecia y en la constipación funcional juega un rol importante.

Es fundamental reforzar la importancia de la lactancia materna, ya que la leche materna (LM) nos asegura la disminución de consistencia de heces, por su acción sobre la respuesta de hormonas intestinales relacionadas a la motilidad (motilina), sobre la madurez gastrointestinal y sobre la microbiota intestinal (MI) a través de su acción pre- y probiótica. Estudios clínicos demuestran que la constipación en los lactantes amamantados es menor al 1%.¹⁷ Beneficio incomparable, en lactantes en los que una materia fecal blanda facilitará la evolución. En caso de no recibir LM, verificar la forma de preparación de la fórmula y, por lo dicho anteriormente, considerar el uso de fórmulas con prebióticos y/o sinbióticos. No está indicado el uso de jugos que contienen sorbitol (ciruela, pera o manzana). Si el lactante ya comenzó alimentación complementaria, se recomienda una dieta saludable, siempre verificar que la cantidad de fibra en la dieta sea la adecuada, no es necesario aumentar su volumen ni el aporte de líquidos o controlar el volumen de los lácteos.

En cambio, en niños con constipación funcional, las recomendaciones difieren. Por lo ya expuesto, se recomienda aumentar la ingesta de la leche humana para asegurar deposiciones más blandas. En niños alimentados con fórmula, se debe controlar su preparación, su dilución, y son de elección las que contienen prebióticos y sinbióticos.

FIGURA 3. Algoritmo diagnóstico en el retardo evacuatorio

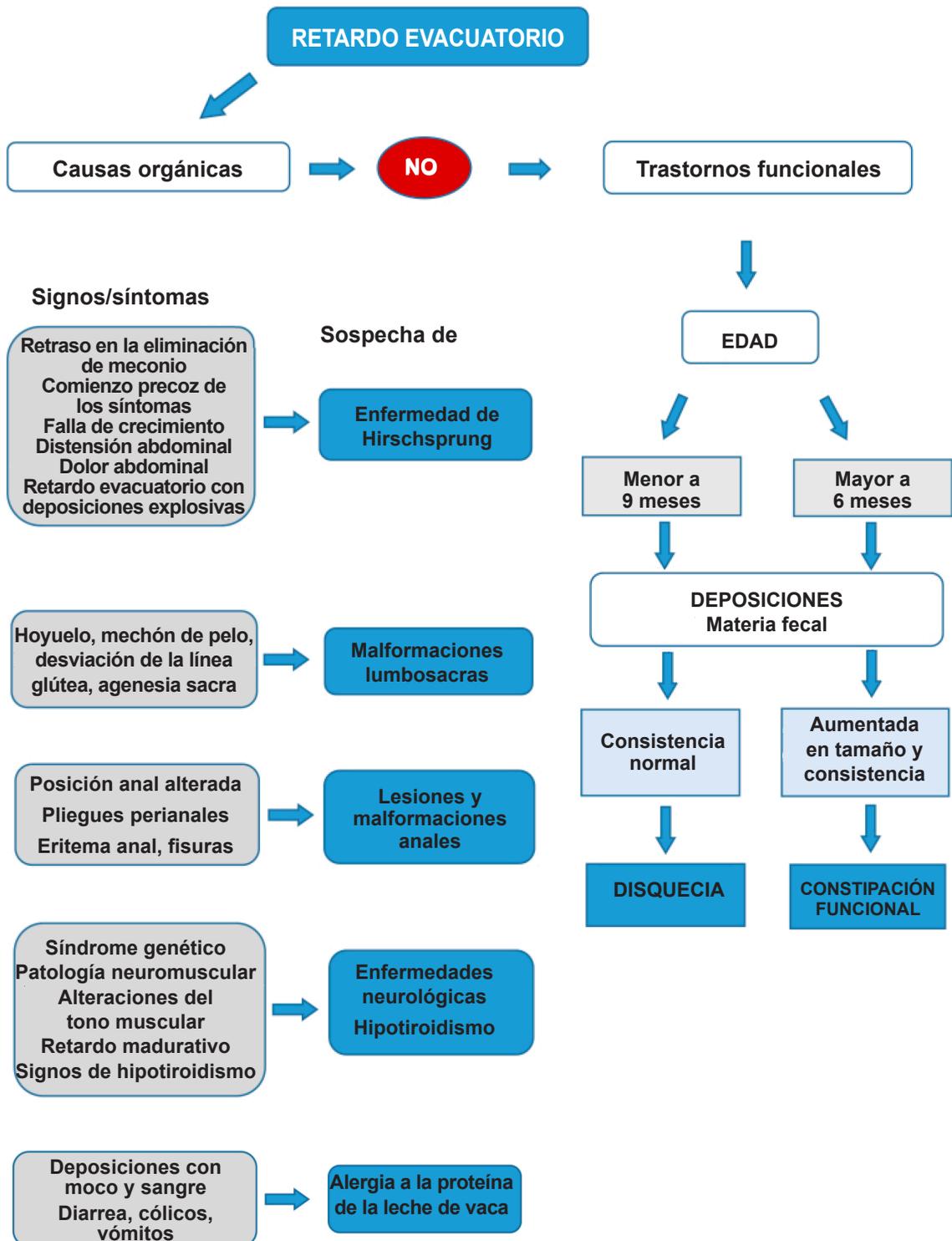
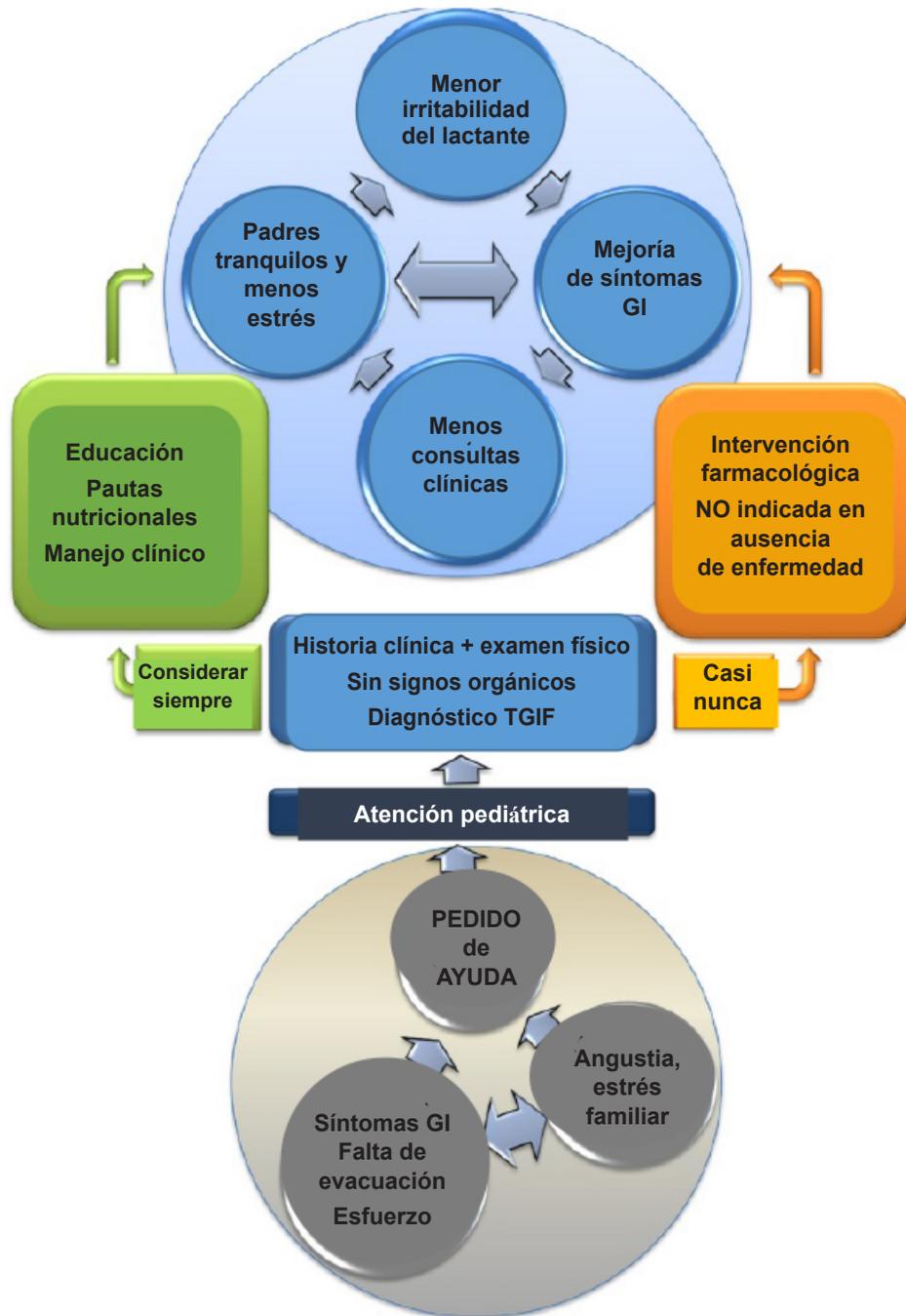


FIGURA 4. Importancia del manejo clínico de disquecia



TGIF: trastorno gastrointestinal funcional; GI: gastrointestinales.
Modificado de Salvatore S et al. 2018.

Otro componente funcional que debemos tener en cuenta en la fórmula es la fracción lipídica, ya que el contenido de ácido palmítico en posición beta en la molécula del triglicérido reduce la acumulación de jabones de calcio en el intestino.²⁰ Se sabe que la presencia de estos

jabones determina el aumento de consistencia de la materia fecal. En niños mayores de 6 meses evaluar la incorporación de algún tipo de módulo de fibras. Se recomienda, además, incorporar fibra en la dieta con frutas y verduras.^{11,12,17,21-23}

Manejo clínico

Se indica a los padres que no realicen estimulación rectal, ya que produce experiencias sensoriales artificiales que podrían ser nocivas y condicionar al niño en respuesta a la estimulación para defecar.^{8,12,18} Tampoco estaría recomendado el uso de sondas o supositorios para entrenar a los bebés a que evacuen en respuesta a estímulos externos, en lugar de aprender la forma apropiada en respuesta a señales internas.¹⁶

Manejo farmacológico

En la disquecia no está indicado el uso de supositorios, laxantes, ni otras medicaciones.^{3,8,12}

El tratamiento en la constipación funcional requiere, además de cambios dietéticos y de hábitos, la intervención farmacológica con laxantes, cuyo objetivo es disminuir la consistencia de la materia fecal y facilitar la expulsión fecal.² En el tratamiento farmacológico, el polietilenglicol es el laxante de primera elección, tanto para desimpactar como para el mantenimiento. Si no se encuentra disponible o es mal tolerado, se recomienda lactulosa. Ambos son de acción osmótica.² La dosis recomendada de polietilenglicol es de 1-1,5 g/kg/día para la desimpactación y 0,2-0,8 g/kg/día² para el mantenimiento. Para la lactulosa, la dosis es 1 a 2 g/kg/día en una o dos dosis.²

DISQUECIA NO ES CONSTIPACIÓN

La evolución clínica de los lactantes con disquecia fue estudiada en forma prospectiva en Holanda por Kramer y colaboradores,⁸ quienes siguieron a 1292 lactantes para investigar prevalencia al mes, a los 3 meses y a los 9 meses, la historia natural de disquecia, y su relación con la constipación funcional futura.

Siguiendo los criterios de Roma III, se observó disquecia en 223 (17,3 %), 84 (6,5 %) y 74 (5,7 %) lactantes al mes, a los 3 meses y a los 9 meses respectivamente. Los niños que presentaron síntomas al mes ya no los presentaban a los 3 meses. En cuanto a constipación funcional, no estuvo presente al mes ni a los 3 meses, mientras que a los 9 meses se presentó en 10 niños (0,8 %). Solo 3 niños de 61 con disquecia en seguimiento presentaron posteriormente constipación funcional.

La conclusión fue que la disquecia no tiene valor predictivo para el desarrollo posterior de constipación funcional.⁸ Estudios previos también refuerzan estos hallazgos.²⁴

CONCLUSIONES

La disquecia del lactante, según los criterios de Roma IV, es un trastorno funcional digestivo que se manifiesta en menores de 9 meses, sanos, en forma de episodios de gran esfuerzo y llanto que duran entre 10-20 minutos. Ceden con el paso de las heces líquidas o blandas. Se presenta con mayor frecuencia los 3 primeros meses de vida.

Se diferencia de la constipación funcional por la edad de presentación y por la consistencia de las deposiciones. La constipación funcional se presenta desde los 6 meses de edad y se caracteriza por deposiciones aumentadas de tamaño y consistencia, que generan dolor al defecar, con la consecuente conducta retentiva. No hay relación causal entre la disquecia y la constipación funcional.

En la disquecia, la terapia recomendada se basa en la contención familiar, con información clara y tranquilizadora, reforzando siempre la lactancia materna, y en aquellos lactantes alimentados con fórmulas, priorizar aquellas con bióticos.

La constipación funcional requiere de consejos dietéticos (lactancia materna o fórmulas con bióticos, con ácido palmítico en posición beta, aumento de fibra en dieta o evaluar uso de módulo de fibra en fórmula), cambios de hábitos y del uso de laxantes para facilitar la evacuación. ■

REFERENCIAS

- Weaver LT, Ewing G, Taylor LC. The bowel habit of milk-fed infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1988;7(4):568-71.
- Grupo de Trabajo de Constipación del Comité Nacional de Gastroenterología Pediátrica. Estreñimiento funcional en pediatría, diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr.* 2021;119(1):S39-47.
- Zeevenhooven J, Koppen I, Benninga M. The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2017;20(1):1-13.
- Vandenplas Y, Abkari A, Bellaiche M, Benninga M, Chouraqui JP, Çokura F, et al. Prevalence and Health Outcomes of Functional Gastrointestinal Symptoms in Infants From Birth to 12 Months of Age. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2015;61(5):531-7. Erratum in: *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;62(3):516.
- Rouster AS, Karpinski AC, Silver D, Monagas J, Hyman PE. Functional gastrointestinal disorders dominate pediatric gastroenterology outpatient practice. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;62(6):847-51.
- van Tilburg MA, Hyman PE, Walker L, Rouster A, Palsson OS, Kim SM, et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers. *J Pediatr.* 2015;166(3):684-9.
- Velasco Benitez C, Saps M, Chanís R, Játiva E, Mejía M, Moreno J, et al. Desordenes gastrointestinales funcionales en lactantes y preescolares de latinoamérica. Grupo de

- trabajo de Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2018;48(1):56-64.
8. Kramer E, Hertog-Kuijl J, van den Broek L, van Leengoed E, Bulk AMW, Kneepkens CMF, et al. Defecation patterns in infants: a prospective cohort study. *Arch Dis Child*. 2015;100(6):533-6.
 9. Tabbers M, DiLorenzo C, Berger M, Faure C, Langendam M, 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(2):258-74.
 10. Robin S, Keller C, Zwiener R, Hyman P, Nurko S, Saps M, et al. Prevalence of pediatric functional gastrointestinal disorders utilizing the Rome IV criteria. *J Pediatr*. 2018;195:134-9.
 11. Bautista Casanovas A, Espin Jaime B. Introducción. En: Espin Jaime B (coord). *Guía de Estreñimiento en el Niño*. Madrid: Argón; 2015:1-5.
 12. Benninga M, Nurko S, Faure C, Hyman P, St James Roberts I, Schechter NL. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1443-55.e2.
 13. Koppen I, Lammers LA, Benninga MA, Tabbers MM. Management of Functional Constipation in Children: Therapy in Practice. *Paediatr Drugs*. 2015;17(5):349-60.
 14. Chogle A, Velasco-Benitez C, 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.
 15. Kadim M, Merendar Putri U, Gunardi H, Wulandari HF, Wahidiyat PA, Pardede SO, et al. Prevalence, Risk Factors, and Pediatrician Awareness of Infant Dyschezia in Indonesia. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2023;26(2):116-26.
 16. Hyman PE, Cocjin J, Oller M. Infant Dyschezia. *Clin Pediatr (Phila)*. 2009;48(4):438-9.
 17. 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.
 18. Hyman P, Milla P, Benninga M, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiau J. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1519-26.
 19. Toca M, Balbarrey S, Bastianelli C, Guzmán L, Leta K. Trastornos funcionales gastrointestinales. Cómo tratar sin medicar. *Arch Argent Pediatr*. 2022;120(5):346-53.
 20. Litmanovitz I, Bar-Yoseph F, Lifshitz Y, Davidson K, Eliakim A, Regev RH, et al. Reduced crying in term infants fed high beta-palmitate formula: a double-blind randomized clinical trial. *BMC Pediatrics*. 2014;14:152.
 21. 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.
 22. Weber TK, Toporovski MS, Tahan S, Neufeld CB, de Morais MB. Dietary fiber mixture in pediatric patients with controlled chronic constipation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;58(3):297-302.
 23. Tabbers MM, Benninga MA. Constipation in children: fibre and probiotics. *BMJ Clin Evid*. 2015;2015:0303.
 24. Loening-Baucke V. Prevalence, symptoms and outcome of constipation in infants and toddlers. *J Pediatr*. 2005;146(3):359-63.