

Recomendaciones dietéticas y de estilo de vida para el estreñimiento

María F. García-Cedillo 

Investigadora independiente, Scottsdale, Arizona, Estados Unidos de América

Resumen

La presente revisión narrativa muestra la evidencia disponible sobre intervenciones dietéticas y de estilo de vida en el manejo del estreñimiento crónico en adultos, un trastorno con una prevalencia estimada del 10-15% y un alto impacto en la calidad de vida. La evidencia respalda una ingesta de fibra de 25-35 g/día, preferentemente de fuentes alimentarias, con mecanismos que incrementan el volumen fecal, la retención hídrica y la fermentación colónica. Entre los suplementos, el psyllium ha mostrado mayor eficacia en cuanto a respuesta global (RR: 1.82; IC 95%: 1.51-2.20), frecuencia evacuatoria y esfuerzo defecatorio, mientras que otras fibras presentan efectos limitados. Algunos alimentos específicos, como el kiwi y las ciruelas pasas, aumentan las evacuaciones completas (RR: 1.13; IC 95%: 0.39,1.88) y mejoran la consistencia, con efectos atribuibles a la fibra, el sorbitol y compuestos bioactivos; el mango parece tener beneficios adicionales mediados por microbiota, aunque con evidencia limitada. Patrones dietéticos como la dieta mediterránea se asocian con menor riesgo (16%; IC 95%: 9-22), independientemente de la fibra. La ingesta de líquidos muestra una asociación inversa (OR: 0.0), pero su incremento aislado no mejora los síntomas en normohidratados. La actividad física reduce el riesgo, mientras que los trastornos del sueño lo incrementan (OR: 1.47-1.94), con relación en U según la duración. En conjunto, la evidencia apoya un abordaje multifactorial, individualizado y basado en la fisiopatología, priorizando el tipo de fibra, los patrones dietéticos y las modificaciones conductuales, con limitaciones derivadas de la heterogeneidad metodológica y el predominio de estudios observacionales. Asimismo, se recomienda un escalamiento gradual de la fibra con hidratación adecuada para minimizar la distensión y la flatulencia, y considerar los fenotipos clínicos al seleccionar intervenciones terapéuticas dirigidas y seguras en la práctica clínica habitual.

Palabras clave: Estreñimiento. Fibra dietética. Modificación del estilo de vida. Suplementación con fibra.

Dietary and lifestyle recommendations for constipation

Abstract

This narrative review presents the available evidence on dietary and lifestyle interventions for the management of chronic constipation in adults, a disorder with an estimated prevalence of 10-15% and a substantial impact on quality of life. The evidence supports a daily fiber intake of 25-35 g, preferably from food sources, through mechanisms that increase stool bulk, water retention, and colonic fermentation. Among supplements, psyllium demonstrated the greatest efficacy in global symptom response (RR: 1.82; 95% CI: 1.51-2.20), bowel movement frequency, and straining, whereas other fibers showed limited effects. Specific foods such as kiwifruit and prunes increase complete spontaneous bowel movements (RR: 1.13; IC 95%: 0.39-1.88) and improve stool consistency, with effects attributed to fiber, sorbitol, and bioactive compounds; mango suggests additional

Correspondencia:

María F. García-Cedillo
E-mail: fernandagace1189@gmail.com

Fecha de recepción: 03-02-2026

Fecha de aceptación: 14-04-2026

DOI: 10.24875/CGM.26000014

Disponible en línea: 19-06-2026

Clín. Gastroenterol. Méx. 2026;2(2):135-144

www.clinicastroenterologiademexico.com

microbiota-mediated benefits, although evidence remains limited. Dietary patterns such as the Mediterranean diet are associated with a lower risk (16%; 95% CI: 9-22), independent of fiber intake. Fluid intake shows an inverse association (OR: 0.80), but increasing fluids alone does not improve symptoms in adequately hydrated individuals. Physical activity reduces risk, whereas sleep disorders increase it (OR: 1.47-1.94), with a U-shaped relationship according to sleep duration. Overall, the evidence supports a multifactorial, individualized, and pathophysiology-based approach, prioritizing fiber type, dietary patterns, and behavioral modifications, with limitations related to methodological heterogeneity and the predominance of observational studies. Gradual fiber titration with adequate hydration is recommended to minimize bloating and flatulence, and clinical phenotypes should be considered when selecting targeted and safe therapeutic interventions in routine practice.

Keywords: Constipation. Dietary fiber. Lifestyle modification. Fiber supplementation.

Introducción

El estreñimiento es un trastorno gastrointestinal frecuente en la atención ambulatoria, con una prevalencia estimada del 10% al 15% en adultos y mayor impacto en las mujeres y los adultos a partir de 65 años¹. Su impacto clínico y en la calidad de vida es considerable, lo que justifica la implementación de estrategias terapéuticas eficaces y sostenibles.

Las intervenciones no farmacológicas, en particular las modificaciones en la dieta y en el estilo de vida, constituyen la base del manejo inicial²⁻⁵. No obstante, la evidencia que respalda algunas recomendaciones específicas, como el tipo de alimentos, los patrones dietéticos, la ingesta de líquidos o la actividad física, es heterogénea y en ocasiones limitada por la variabilidad metodológica de los estudios.

En este contexto, el objetivo de la presente revisión narrativa es sintetizar la evidencia disponible sobre intervenciones dietéticas y cambios en el estilo de vida en adultos con estreñimiento, con énfasis en recomendaciones actualizadas y con prácticas estructuradas por dominios clínicamente relevantes.

Método

Se realizó una revisión narrativa de la literatura sobre el rol de la dieta y el estilo de vida en el manejo del estreñimiento en adultos. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en la base de datos PubMed mediante los términos MeSH “constipation,” “diet” o “dietary therapy,” “lifestyle,” “dietary fiber” o “fiber,” “synbiotic,” “exercise,” “water,” “fluid intake” y “sleep.” Se seleccionaron artículos publicados entre 2016 y 2026, en inglés y en español, con prioridad para ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías clínicas de alta calidad metodológica. Además, se integró literatura publicada antes de 2016 que se consideró de alto impacto histórico y conceptual; se incluyeron trabajos relevantes en la descripción de mecanismos, contenido nutricional y ensayos clínicos fundamentales.

Con el fin de sintetizar la evidencia disponible y proporcionar recomendaciones prácticas basadas en evidencia, la revisión se estructuró según los siguientes ejes temáticos: 1) suplementos de fibra, 2) alimentos específicos, 3) impacto de los patrones dietéticos, 4) ingesta de líquidos y 5) estilo de vida (actividad física y sueño).

Resultados

Modificaciones dietéticas

El manejo de primera línea del estreñimiento crónico se basa en intervenciones dietéticas y cambios en el estilo de vida, con énfasis en la ingesta adecuada de fibra, la hidratación suficiente y la incorporación de alimentos con eficacia demostrada. Se recomienda una ingesta diaria de fibra de 25 a 35 gramos, preferentemente procedente de fuentes alimentarias.

Las principales fuentes de fibra dietética son los cereales integrales (avena, trigo integral, centeno), las leguminosas (lentejas, frijoles, garbanzos), las frutas (manzana, pera, frambuesa), las verduras (brócoli, zanahorias, chícharos) y las semillas (almendras, semillas de girasol)⁶. La tabla 1 resume el contenido de fibra en estos alimentos^{7,8}.

Los mecanismos mediante los cuales la fibra dietética mejora el tránsito intestinal y previene el estreñimiento son múltiples e interrelacionados. La fibra aumenta el volumen fecal tanto por su presencia física como por su capacidad de retener agua (especialmente las fibras solubles viscosas) y por el incremento en la masa bacteriana resultante de la fermentación colónica. Las fibras insolubles de partículas grandes, como el salvado de trigo grueso, estimulan mecánicamente la mucosa intestinal, promoviendo la secreción de agua y moco. Además, la fermentación de la fibra por la microbiota intestinal genera ácidos grasos de cadena corta (AGCC) y gases que crean una carga osmótica, acelerando el tránsito intestinal. La fibra soluble, particularmente el psyllium, también posee

Tabla 1. Contenido de fibra por alimento

Grupo	Alimento	Cantidad	Fibra total (g)
Cereales	Arroz integral cocido	100 g	9.22
	Arroz blanco cocido	100 g	2.54
	Pan integral	1 rebanada	1.9
	Pan de centeno	1 rebanada	2.7
	Avena cocida	¾ taza	3.0
	Galleta de centeno	1 pieza	1.6
	Papa cocida	½ taza	1.4
	Papa asada con piel	1 pieza mediana	3.3
	Camote cocido	½ pieza	4.1
	Trigo cocido	100 g	15.8
	Elote amarillo cocido	100 g	9.2
Leguminosas	Frijoles cocidos	100 g	19.6
	Lentejas	100 g	14.0
Verduras	Chícharos cocidos	100 g	5.6
	Ejotes	100 g	2.4
	Lechuga	1 taza, picada	0.9
	Espinaca cocida	1/2 taza	2.2
	Zanahoria cruda	2 piezas	2.5
	Brócoli crudo	½ taza	1.1
	Apio crudo	½ taza	0.8
Frutas	Ciruela pasa	5 piezas	3.4
	Naranja	1 pieza	3.1
	Manzana	1 pieza	5.4
	Plátano	1 pieza	3.5
	Pera	1 pieza	5.5
	Frambuesa	½ taza	4.0
	Fresa	1 taza	3.3
	Papaya	100 g	1.7
	Kiwi	100 g	3.0
Mango	100 g	1.8	

Elaboración propia a partir de Dahl y Stewart⁶ y de Dodevska et al.⁷.

potencial prebiótico, modificando favorablemente la composición de la microbiota intestinal hacia perfiles asociados con una función intestinal normal⁹.

SUPLEMENTOS DE FIBRA

El empleo de fibra constituye una estrategia terapéutica fundamental en los pacientes con estreñimiento. La fibra dietética se define como el conjunto de hidratos de carbono no digeribles ni absorbibles en el intestino delgado, con un grado de polimerización de tres o más monómeros, además de lignina¹⁰.

Las fibras solubles y viscosas (como el psyllium, los beta-glucanos y algunas pectinas) ejercen un efecto ablandador sobre las heces mediante la retención de agua en el lumen colónico, favoreciendo la formación de una matriz gelatinosa que incrementa el contenido hídrico y el volumen fecal, lo que contribuye a mejorar la hidratación y la plasticidad de las heces¹⁰. En contraste, las fibras insolubles y no viscosas (como el salvado de trigo y la celulosa) ejercen un efecto mecánico sobre la mucosa intestinal debido a su estructura física. Sus partículas de mayor tamaño y superficie rugosa generan una fricción directa sobre la pared colónica, lo que induce la secreción de agua y moco, y activa reflejos locales que aceleran el tránsito intestinal. Este efecto requiere que la fibra resista la fermentación bacteriana y permanezca relativamente intacta a lo largo del colon, contribuyendo al incremento del volumen fecal.

La guía clínica conjunta del American College of Gastroenterology y la American Gastroenterological Association recomienda los suplementos de fibra como tratamiento de primera línea en adultos con estreñimiento crónico, en particular en aquellos con ingesta insuficiente de fibra en la dieta⁹.

La evidencia disponible muestra diferencias en la eficacia de los distintos suplementos de fibra, en particular en relación con la frecuencia y la consistencia de las evacuaciones, y la disminución del esfuerzo defecatorio. El psyllium ha demostrado ser el suplemento de fibra con mayor eficacia clínica, al asociarse con una mejoría significativa en la respuesta global de síntomas (riesgo relativo [RR]: 1.82; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 1.51-2.20; p < 0.001). Asimismo, se observaron beneficios en la frecuencia de las evacuaciones (DM: 1.13; IC 95%: 0.39-1.88) y una reducción del esfuerzo defecatorio (DM: -0.65; IC 95%: -0.91 a -0.39). La pectina también mostró efectos favorables sobre la respuesta global de síntomas y la consistencia de las evacuaciones, mientras que la polidextrosa, la inulina, los galacto-oligosacáridos y el salvado de trigo presentaron beneficios limitados o no significativos¹¹.

En la tabla 2 se encuentra un resumen comparativo de los efectos reportados para los diferentes tipos de fibra sobre los principales desenlaces clínicos, incluyendo la

respuesta global al tratamiento, la frecuencia y la consistencia de las evacuaciones, y la presencia de esfuerzo excesivo durante la defecación^{11,12}.

ALIMENTOS ESPECÍFICOS

Algunos alimentos tienen evidencia científica de beneficios en el manejo del estreñimiento en adultos. A continuación, se describen algunos de ellos.

KIWI

La evidencia actual indica que el consumo diario de kiwis constituye una estrategia dietética eficaz para el manejo del estreñimiento. Un metaanálisis de siete ensayos clínicos aleatorizados (n = 399 pacientes), con predominio de mujeres y una edad media de 42 años, mostró que la ingesta de 2 a 3 kiwis al día se asocia con un incremento de 0.36 evacuaciones completas espontáneas por semana (IC 95%: 0.24-0.48), así como con mejoras en la consistencia de las evacuaciones y reducción del esfuerzo durante la defecación^{13,14}.

Estos hallazgos se corroboran en un estudio multicéntrico que reportó un aumento superior a 1.5 evacuaciones completas espontáneas por semana en pacientes con estreñimiento, y de 1.73 en aquellos con síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento, lo que confirma de manera consistente los beneficios del kiwi en distintos perfiles de pacientes con alteraciones de la función intestinal¹⁵.

CIRUELAS PASAS

Las ciruelas pasas constituyen una fuente rica en fibra dietética, incluyendo hemicelulosa, pectina y celulosa, así como sorbitol, lo que les confiere propiedades laxantes. Este perfil nutricional favorece el incremento del peso fecal sin modificar de manera sustancial su contenido hídrico, sugiriendo que el efecto principal de las ciruelas pasas se centra en el aumento del volumen fecal más que en la retención de agua *per se*¹². En estudios realizados en adultos con estreñimiento se vio que el consumo diario de 100 gramos de ciruelas pasas mejora la frecuencia y la consistencia de las evacuaciones y reduce el esfuerzo durante la defecación, con efectos observados a partir de las 3-4 semanas de intervención^{16,17}.

En un ensayo clínico aleatorizado realizado por Lever et al.¹⁸ se evaluó el efecto del consumo diario de ciruelas pasas sobre la función gastrointestinal en 120

adultos sanos con baja ingesta de fibra y hábito intestinal infrecuente. Los participantes fueron asignados a consumir 80 o 120 gramos diarios de ciruelas pasas o un control (solo agua) durante 4 semanas. Los resultados mostraron que ambos grupos de ciruelas pasas presentaron un aumento significativo del peso de las heces (+ 22.2 g/día con 80 g/día y + 32.8 g/día con 120 g/día) comparados con el control, así como un incremento en la frecuencia de las evacuaciones, sin diferencias significativas entre las dosis. La consistencia de las heces y el tiempo de tránsito intestinal no se modificaron, mientras que la flatulencia aumentó levemente en los grupos de intervención comparados con el control. Los autores interpretaron que el efecto beneficioso de las ciruelas pasas se debe principalmente a su contenido de fibra dietética y sorbitol, que aumentan el volumen y el contenido de agua de las heces, más que a cambios en la motilidad intestinal o la fermentación colónica¹⁸.

De manera complementaria, un ensayo clínico controlado aleatorizado evaluó el efecto del consumo de 54 g/día de jugo de ciruela pasa frente a un jugo placebo en 84 pacientes con estreñimiento. Los resultados mostraron que el grupo que recibió jugo de ciruela pasa presentó un ablandamiento significativo de las heces en comparación con el grupo de placebo, medido mediante la escala de Bristol (3.57 ± 0.81 vs. 3.03 ± 1.10 puntos; $p = 0.012$)¹⁹.

En concordancia con estos hallazgos, un estudio comparativo posterior demostró que las intervenciones con alimentos naturales, como el kiwi, las ciruelas pasas y el psyllium, incrementan la frecuencia de las evacuaciones y mejoran los síntomas asociados al estreñimiento crónico¹⁶. En particular, las ciruelas pasas y el kiwi mostraron mejoras significativas en la consistencia de las heces, mientras que el kiwi además se asoció con menor incidencia de efectos adversos y mayor satisfacción de los pacientes, lo que sugiere su potencial como alternativa terapéutica bien tolerada¹⁶.

MANGO

La relación entre el consumo de mango y el estreñimiento ha sido evaluada en estudios clínicos y preclínicos recientes. El mango es una fruta con un contenido moderado en fibra (1.3 a 3.8 g/100 g) y rica en polifenoles, lo que sugiere efectos beneficiosos adicionales a su aporte de fibra. La evidencia disponible indica que su consumo regular puede mejorar los síntomas del estreñimiento crónico en adultos. En un estudio piloto, la ingesta de 300 g/día de mango durante 4 semanas

se asoció con una mejoría en la frecuencia y la consistencia de las evacuaciones, así como con un aumento en los niveles de AGCC y una reducción de los marcadores inflamatorios intestinales, en comparación con una cantidad equivalente de fibra aislada²⁰.

Estos efectos parecen estar mediados por la acción sinérgica de la fibra dietética y los polifenoles que modulan la microbiota intestinal y favorecen la producción de metabólicos beneficiosos, como los AGCC, asociados con una mejor motilidad intestinal y el mantenimiento de la integridad de la mucosa²⁰. Asimismo, el consumo de mango promueve el crecimiento de bacterias comensales como *Bifidobacterium* spp., lo que contribuye a un entorno intestinal más saludable y menos propenso al estreñimiento^{21,22}.

A pesar de estos hallazgos, la evidencia disponible es preliminar, con limitaciones en tamaño y alcance, por lo que no permite establecer recomendaciones firmes. En consecuencia, el mango podría considerarse únicamente como un componente complementario dentro de una estrategia dietética integral para el manejo del estreñimiento en los adultos, junto con otras fuentes de fibra y modificaciones en el estilo de vida²⁰.

IMPACTO DE LOS PATRONES DIETÉTICOS

Los patrones dietéticos ricos en alimentos de origen vegetal, como la dieta mediterránea, se asocian con menor riesgo de estreñimiento, probablemente por su aporte de fibra, grasas saludables y efectos positivos sobre la microbiota intestinal y la producción de AGCC²³.

DIETA MEDITERRÁNEA

La dieta mediterránea se caracteriza por un elevado consumo de verduras, frutas, legumbres, frutos secos, cereales integrales y aceite de oliva como principal fuente de grasa, junto con una ingesta moderada de pescado y aves, y un bajo consumo de carnes rojas, productos lácteos y dulces²⁴. Las porciones específicas de cada grupo alimentario se detallan en la tabla 3²³.

La evidencia procedente de estudios de cohortes prospectivas y revisiones sistemáticas sugiere que este patrón dietético se asocia con un menor riesgo de estreñimiento crónico en los adultos^{24,25}. Esta asociación persiste más allá del contenido total de fibra dietética, lo que indica que otros componentes del patrón alimentario también podrían contribuir a sus efectos beneficiosos sobre la función intestinal²⁵.

Tabla 2. Comparación de los suplementos de fibra en el tratamiento del estreñimiento

Fibra	Respuesta global		Frecuencia de las evacuaciones		Consistencia de las evacuaciones		Esfuerzo excesivo	
	RR (IC 95%)	I ²	RR (IC 95%)	I ²	RR (IC 95%)	I ²	RR (IC 95%)	I ²
Psyllium	1.82 (1.51-2.20)	0%	1.13 (0.39-1.88)	67%	0.52 (0.25-0.78)	0%	-0.65 (-0.91-0.39)	0%
Polidextrosa	1.07 (0.83-1.39)	8%	-0.03 (-0.28-0.23)	0%	0.19 (-0.06-0.45)	0%	-0.05 (-0.38-0.27)	0%
Mezcla de inulinas y otras	1.64 (0.61-4.42)	64%	0.37 (-0.85-1.60)	85%	-	-	-	-
Galacto- oligosacáridos	1.51 (0.94-2.45)	0%	0.62 (-1.0-1.34)	85%	0.16 (-0.34-0.66)	37%	-	-
Pectina	3.71 (1.83-7.56)	0%	2.84 (2.21-3.47)	NA	-	-	-	-
Salvado de trigo	0.55 (0.17-1.83)	NA	2.01 (1.03-2.99)	NA	-	-	-	-

Todas las intervenciones se compararon con placebo.
I²: heterogeneidad; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; NA: no aplicable; RR: riesgo relativo.
Adaptada de Van der Schoot et al.¹¹ y de Dimidi¹².

Tabla 3. Proporciones de cada grupo de alimentos en la dieta mediterránea

Alimento	Porciones
Aceite de oliva	Aceite principal añadido en cada comida
Verduras	6 porciones al día
Frutas	3 porciones al día
Cereales	8 porciones al día
Legumbres	3-4 porciones a la semana
Nueces	3-4 porciones a la semana
Pescado y mariscos	5-6 porciones a la semana
Huevo	3 porciones a la semana
Aves	4 porciones a la semana
Productos lácteos	2 porciones diarias
Carne roja	4 porciones mensuales
Dulces	3 porciones semanales
Vino tinto	1 copa al día

Adaptada de Guij et al.²³.

En un análisis de tres grandes cohortes prospectivas estadounidenses (*Nurse's Health Study*, *NHSII* y *Health Professional*), que incluyeron más de 95,000 participantes con seguimiento bianual mediante cuestionarios sobre estilo de vida y salud, se identificaron 7519 casos incidentes de estreñimiento durante un periodo de 2 a 4 años²⁵. Los resultados mostraron que los individuos con mayor adherencia a la dieta mediterránea presentaban un 16% (IC 95%: 9-22) menos riesgo de estreñimiento en comparación con aquellos con baja adherencia²⁵. Este efecto se mantuvo independientemente de la ingesta de fibra y del consumo de alimentos ultraprocesados, lo que sugiere que los beneficios de la dieta mediterránea sobre la función intestinal no se explican solo por su contenido de fibra, sino también por otros componentes bioactivos del patrón dietético.

Los mecanismos propuestos para explicar estos efectos incluyen cambios favorables en la composición de la microbiota intestinal, con incremento en la producción de AGCC, en particular propionato y butirato, que actúan como mediadores clave entre la dieta y la integridad de la barrera intestinal²⁶. Estos metabolitos contribuyen a la reducción de los marcadores inflamatorios intestinales y a la mejora del tránsito intestinal²³. Adicionalmente, los estudios de intervención en poblaciones específicas, como pacientes con enfermedad

de Parkinson, han demostrado cambios en la microbiota intestinal tras 5 semanas de adherencia a la dieta mediterránea²⁷.

La guía clínica de la American Society of Colon and Rectal Surgeons y la American Gastroenterological Association recomiendan la modificación dietética con aumento en la ingesta de fibra como tratamiento de primera línea para el estreñimiento crónico, antes de considerar estudios de función del piso pélvico o de motilidad colónica. La fibra soluble, en particular el psyllium, cuenta con evidencia más consistente de su eficacia, mientras que la fibra insoluble puede exacerbar síntomas como distensión y dolor abdominal en algunos pacientes. Se recomienda incrementar la suplementación de forma gradual y acompañada de hidratación adecuada para mejorar y minimizar los efectos adversos tales como flatulencias y distensión abdominal^{3,9}.

INGESTA DE LÍQUIDOS

La relación entre la ingesta de líquidos y el estreñimiento es compleja y depende, en gran medida, del estado basal de hidratación del individuo. En un estudio se demostró que el consumo de agua mineral rica en magnesio y sulfatos puede mejorar la frecuencia de las evacuaciones y la consistencia de las heces, probablemente debido a su efecto osmótico sobre el contenido intestinal. No obstante, el aumento de la ingesta de líquidos por sí solo no parece mejorar de manera significativa el estreñimiento en personas adecuadamente hidratadas. En contraste, una ingesta insuficiente de líquidos se ha asociado con un mayor riesgo de estreñimiento, particularmente en adultos mayores y en individuos con baja ingesta de fibra dietética. Por ello, las recomendaciones actuales sugieren mantener un adecuado estado de hidratación como parte de un abordaje integral del estreñimiento, especialmente en pacientes con evidencia de deshidratación o consumo insuficiente de líquidos²⁸.

La evidencia disponible demuestra una relación dosis-respuesta entre la ingesta de líquidos y el riesgo de estreñimiento. Un metaanálisis basado en datos de la *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) 2005-2010, que incluyó a 14,492 adultos, evidenció que una menor ingesta de líquidos se asociaba con una mayor prevalencia de estreñimiento. De manera consistente, un mayor consumo de líquidos se relacionó con una reducción progresiva del riesgo de estreñimiento (OR: 0.80; IC 95%: 0.64-0.72; $p < 0.001$). Estos hallazgos sugieren que

un adecuado estado de hidratación desempeña un papel relevante en la fisiología del tránsito intestinal y respaldan la recomendación de mantener una ingesta suficiente de líquidos como parte del abordaje integral del estreñimiento²⁹.

A pesar de la evidencia de los ensayos clínicos, la guía de práctica clínica de la American Society of Colon and Rectal Surgeons y la American Gastroenterological Association recomienda asegurar una ingesta adecuada de líquidos como parte del manejo inicial del estreñimiento. Estas recomendaciones se basan en el principio fisiopatológico de que la fibra dietética requiere agua para tener efectos sobre el volumen y la consistencia de las heces, y en la evidencia epidemiológica que demuestra una asociación entre la baja ingesta de líquidos y el estreñimiento^{28,30}.

Estilo de vida

EJERCICIO

Existe una relación inversa entre el ejercicio y el estreñimiento: la actividad física regular se asocia con menor riesgo y menor prevalencia de estreñimiento. Los mecanismos incluyen el aumento de la motilidad intestinal y la activación de reflejos autonómicos que favorecen el tránsito colónico, como se ha demostrado en estudios que evalúan el efecto inmediato del ejercicio sobre la motilidad intestinal³¹.

Diversos estudios epidemiológicos y metaanálisis encontraron que las personas físicamente activas presentan menor probabilidad de estreñimiento en comparación con los individuos sedentarios. Por ejemplo, el ejercicio moderado (caminar, ciclismo, yoga) realizado al menos 20-30 minutos por sesión, 5 días a la semana, reduce significativamente la probabilidad de estreñimiento^{32,33}. Además, la combinación de actividad física y dieta rica en fibra potencia el efecto protector, mientras que la inactividad física es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de estreñimiento³⁴.

La guía clínica de la American Academy of Family Physicians recomienda el ejercicio como parte de las modificaciones del estilo de vida para el manejo del estreñimiento crónico, aunque reconoce que la evidencia es limitada y proviene principalmente de estudios observacionales y ensayos pequeños³⁵. Por lo tanto, promover la actividad física regular es una intervención razonable y respaldada por la práctica clínica para prevenir y tratar el estreñimiento, en especial cuando se combina con una dieta adecuada en fibra y líquidos⁵.

SUEÑO

Existe una relación bidireccional entre el sueño y el estreñimiento. Los trastornos del sueño, como la mala calidad, la duración insuficiente y el insomnio, se asocian con un mayor riesgo de estreñimiento tanto en adultos como en niños³⁶. Un metaanálisis mostró que las personas con trastornos del sueño tienen una probabilidad mayor de presentar estreñimiento (OR: 1.47; IC 95%: 1.31-1.64), siendo el riesgo particularmente elevado en los individuos con insomnio (OR: 1.94; IC 95%: 1.37-2.76) y en aquellos con mala calidad del sueño (OR: 1.56; IC 95%: 1.0-2.45)³⁶. Además, la duración del sueño muestra una relación no lineal en forma de U con el riesgo de estreñimiento: tanto el sueño corto (≤ 4 horas) como el sueño prolongado (≥ 10 horas) aumentan significativamente el riesgo de estreñimiento en comparación con una duración de 7 horas, con incrementos del 54% (OR: 1.54; IC 95%: 1.16-2.04) y del 90% (OR: 1.90; IC 95%: 1.33-2.72), respectivamente³⁷.

En los pacientes con estreñimiento funcional, la deficiencia de sueño se asocia con síntomas más graves, alteraciones en la función anorrectal y disfunción autonómica, lo que sugiere que el sueño insuficiente puede afectar la motilidad intestinal y la percepción rectal³⁸. Por otro lado, el estreñimiento y sus síntomas pueden contribuir a la mala calidad del sueño y a la presencia de ansiedad y depresión, lo que perpetúa el círculo vicioso entre ambos trastornos³⁹.

La evidencia actual indica que los trastornos del sueño son un factor de riesgo independiente para el desarrollo y la gravedad del estreñimiento, y que la optimización de los hábitos de sueño debe considerarse como parte de un abordaje multifactorial en el manejo del estreñimiento.

Discusión

La presente revisión narrativa sintetiza la evidencia disponible sobre intervenciones dietéticas y del estilo de vida en el manejo del estreñimiento crónico en adultos, confirmando que este abordaje constituye la piedra angular del tratamiento inicial, aunque con importantes matices en cuanto a la calidad, la consistencia y la aplicabilidad clínica de la evidencia.

Uno de los hallazgos más robustos es que no todas las fibras son equivalentes desde el punto de vista terapéutico. Aunque las recomendaciones clínicas suelen promover un aumento general de la ingesta de fibra, los datos analizados demuestran que el beneficio es dependiente de las propiedades fisicoquímicas de

cada tipo. En este contexto, el psyllium destaca como la intervención con mayor respaldo, con mejoras consistentes en la frecuencia evacuatoria, la consistencia de las heces y el esfuerzo defecatorio, en concordancia con las guías internacionales. En contraste, otras fibras ampliamente utilizadas, como el salvado de trigo, la inulina y la povidexrosa, muestran efectos variables o limitados. Estos hallazgos cuestionan la validez de recomendaciones inespecíficas y subrayan la necesidad de individualizar la prescripción de fibra no solo en cantidad, sino también en tipo y tolerancia clínica²³.

Más allá de la suplementación, los resultados apoyan el papel de algunos alimentos específicos con evidencia clínica, lo que introduce un enfoque dietético más funcional y potencialmente más aceptable para los pacientes. El kiwi y las ciruelas pasas muestran efectos consistentes sobre desenlaces clínicos relevantes, con magnitudes de efecto comparables a las de intervenciones farmacológicas suaves. De particular interés es que sus beneficios no parecen explicarse exclusivamente por su contenido de fibra, sino también por la interacción de múltiples componentes bioactivos, como el sorbitol y los compuestos fenólicos²³. En el caso del mango, la evidencia sugiere mecanismos adicionales mediados por la modulación de la microbiota intestinal y la producción de AGCC; sin embargo, estos hallazgos provienen de estudios de pequeña escala, lo que limita su generalización²³. En conjunto, estos datos respaldan un cambio conceptual desde una visión reduccionista centrada en nutrientes hacia un enfoque basado en alimentos y matrices dietéticas complejas.

En una escala más amplia, los patrones dietéticos globales, en particular la dieta mediterránea, emergen como un determinante relevante del riesgo de estreñimiento. La asociación observada en grandes cohortes prospectivas, independiente de la ingesta total de fibra, sugiere que otros componentes, como los ácidos grasos monoinsaturados y los polifenoles, así como la interacción del patrón dietético, podrían desempeñar un papel en la regulación de la función intestinal²³. Este hallazgo es clínicamente relevante, ya que posiciona a los patrones dietéticos como intervenciones sostenibles a largo plazo, con beneficios que trascienden el síntoma aislado de estreñimiento e impactan en la salud metabólica y cardiovascular.

En contraste, la evidencia sobre la ingesta de líquidos es más heterogénea y requiere una interpretación contextualizada. Aunque los estudios epidemiológicos muestran asociaciones inversas entre el consumo de líquidos y el estreñimiento, los ensayos clínicos indican

que el aumento aislado de la ingesta hídrica no mejora los síntomas en los individuos normohidratados²³. Por tanto, la recomendación de incrementar el consumo de líquidos debe dirigirse principalmente a pacientes con ingesta insuficiente o en el contexto de aumento de fibra, evitando su aplicación indiscriminada. Este punto ilustra una discrepancia frecuente entre evidencia fisiopatológica, datos observacionales y resultados clínicos, que debe ser considerada en la práctica.

Respecto a los factores de estilo de vida, la actividad física muestra una asociación inversa consistente con el estreñimiento, respaldada principalmente por estudios observacionales. Aunque existen datos mecanísticos que sugieren un efecto directo sobre la motilidad intestinal mediado por el sistema nervioso autónomo, la evidencia de los ensayos clínicos es limitada y de calidad variable²³. No obstante, dada su seguridad y beneficios sistémicos, su recomendación sigue siendo clínicamente razonable.

Por su parte, el sueño emerge como un determinante relevante y menos explorado, con una relación bidireccional compleja. La asociación entre los trastornos del sueño y el estreñimiento, junto con la relación en forma de U entre la duración del sueño y el riesgo, sugieren la participación de mecanismos neuroendocrinos y autonómicos²³. Sin embargo, la naturaleza predominantemente observacional de la evidencia impide establecer causalidad, lo que representa un área prioritaria de investigación futura.

Esta revisión tiene limitaciones inherentes a su diseño narrativo. La heterogeneidad metodológica entre los estudios incluidos en cuanto a definiciones de estreñimiento, poblaciones y desenlaces limita la comparación directa. Asimismo, gran parte de la evidencia sobre alimentos específicos proviene de estudios con muestras pequeñas y con predominio de mujeres, lo que restringe su generalización. Además, la falta de estratificación por fenotipos fisiopatológicos de estreñimiento dificulta la aplicación de recomendaciones dirigidas.

En este contexto, las futuras líneas de investigación deberían centrarse en: 1) ensayos clínicos que comparen directamente distintos tipos de fibra según el fenotipo de estreñimiento; 2) estudios de intervención basados en patrones dietéticos completos; 3) integración de biomarcadores objetivos, como microbiota y metabólica, con desenlaces clínicos; y 4) estudios longitudinales que clarifiquen la relación causal entre el sueño y la función intestinal.

En conjunto, los hallazgos respaldan un enfoque multifactorial, individualizado y basado en la evidencia, en el cual la dieta y el estilo de vida no solo constituyen

intervenciones de primera línea, sino también determinantes clave en la fisiopatología y el curso clínico del estreñimiento crónico.

Conclusiones

El manejo del estreñimiento crónico en los adultos mediante intervenciones dietéticas y modificaciones del estilo de vida constituye una estrategia terapéutica de primera línea respaldada por evidencia científica de calidad variable. La presente revisión narrativa identifica intervenciones específicas con eficacia demostrada y destaca la necesidad de un enfoque personalizado que considere las características individuales del paciente, el fenotipo de estreñimiento y la tolerancia gastrointestinal.

Financiamiento

La autora declara no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. La autora declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. La autora declara que se utilizó una herramienta de inteligencia artificial (ChatGPT) como apoyo para la revisión del estilo del manuscrito, y posteriormente se revisó y validó.

Referencias

- Barberio B, Judge C, Savarino EV, Ford AC. Global prevalence of functional constipation according to the Rome criteria: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2021;6:638-48. doi: 10.1016/S2468-1253(21)00111-4.
- Staller K, Neshatian L, Lembo A, Bharucha AE. AGA Clinical practice update on evaluation and management of refractory constipation: expert review. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2026;24:296-305. doi: 10.1016/j.cgh.2025.09.031.
- Alavi K, Thorsen AJ, Fang SH, Burgess PL, Trevisani G, Lightner AL, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Constipation. *Dis Colon Rectum.* 2024;67:1244-57. doi: 10.1097/DCR.0000000000003430.
- Vriesman MH, Koppen IJN, Camilleri M, Di Lorenzo C, Benninga MA. Management of functional constipation in children and adults. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2020;17:21-39. doi: 10.1038/s41575-019-0222-y.
- Krogh K, Chiarioni G, Whitehead W. Management of chronic constipation in adults. *United European Gastroenterol J.* 2017;5:465-72. doi: 10.1177/2050640616663439.
- Dahl WJ, Stewart ML. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: health implications of dietary fiber. *J Acad Nutr Diet.* 2015;115:1861-70. doi: 10.1016/j.jand.2015.09.003.
- Dodevska MS, Djordjevic BI, Sobajic SS, Miletic ID, Djordjevic PB, Dimitrijevic-Sreckovic VS. Characterisation of dietary fibre components in cereals and legumes used in Serbian diet. *Food Chem.* 2013;141:1624-9. doi: 10.1016/j.foodchem.2013.05.078.
- Gill SK, Rossi M, Bajka B, Whelan K. Dietary fibre in gastrointestinal health and disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2021;18:101-16. doi: 10.1038/s41575-020-00375-4.
- Chang L, Chey WD, Imdad A, Almarino CV, Bharucha AE, Diem S, et al. American Gastroenterological Association-American College of Gastroenterology clinical practice guideline: pharmacological management of chronic idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol.* 2023;118:936-54. doi: 10.14309/ajg.0000000000002227.
- McRorie JW Jr., McKeown NM. Understanding the physics of functional fibers in the gastrointestinal tract: an evidence-based approach to resolving enduring misconceptions about insoluble and soluble fiber. *J Acad Nutr Diet.* 2017;117:251-64. doi: 10.1016/j.jand.2016.09.021.
- van der Schoot A, Drysdale C, Whelan K, Dimidi E. The effect of fiber supplementation on chronic constipation in adults: an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr.* 2022;116:953-69. doi: 10.1093/ajcn/nqac184.
- Dimidi E. Dietary management of chronic constipation: a review of evidence-based strategies and clinical guidelines. *Proc Nutr Soc.* 2025;84:398-410. doi: 10.1017/S0029665125100694.
- Eltorki M, Leong R, Ratcliffe EM. Kiwifruit and kiwifruit extracts for treatment of constipation: a systematic review and meta-analysis. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2022;2022:7596920. doi: 10.1155/2022/7596920.
- van Der Schoot A, Katsirma Z, Whelan K, Dimidi E. Systematic review and meta-analysis: foods, drinks and diets and their effect on chronic constipation in adults. *Aliment Pharmacol Ther.* 2024;59:157-74. doi: 10.1111/apt.17782.
- Gearry R, Fukudo S, Barbara G, Kuhn-Sherlock B, Ansell J, Blatchford P, et al. Consumption of 2 green kiwifruits daily improves constipation and abdominal comfort — results of an international multicenter randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol.* 2023;118:1058-68. doi: 10.14309/ajg.0000000000002124.
- Chey SW, Chey WD, Jackson K, Eswaran S. Exploratory comparative effectiveness trial of green kiwifruit, psyllium, or prunes in US patients with chronic constipation. *Am J Gastroenterol.* 2021;116:1304-12. doi: 10.14309/ajg.0000000000001149.
- Attaluri A, Donahoe R, Valestin J, Brown K, Rao SS. Randomised clinical trial: dried plums (prunes) vs. psyllium for constipation. *Aliment Pharmacol Ther.* 2011;33:822-8. doi: 10.1111/j.1365-2036.2011.04594.x.
- Lever E, Scott SM, Louis P, Emery PW, Whelan K. The effect of prunes on stool output, gut transit time and gastrointestinal microbiota: a randomised controlled trial. *Clin Nutr.* 2019;38:165-73. doi: 10.1016/j.clnu.2018.01.003.
- Koyama T, Nagata N, Nishiura K, Miura N, Kawai T, Yamamoto H. Prune juice containing sorbitol, pectin, and polyphenol ameliorates subjective complaints and hard feces while normalizing stool in chronic constipation: a randomized placebo-controlled trial. *Am J Gastroenterol.* 2022;117:1714-7. doi: 10.14309/ajg.0000000000001931.
- Venancio VP, Kim H, Sirven MA, Tekwe CD, Honvoh G, Talcott ST, et al. Polyphenol-rich mango (*Mangifera indica* L.) ameliorate functional constipation symptoms in humans beyond equivalent amount of fiber. *Mol Nutr Food Res.* 2018;62:e1701034. doi: 10.1002/mnfr.201701034.
- Cáceres-Jiménez S, Molinero N, Cueva C, Dobani S, Pourshahidi KL, Gill CIR, et al. Fecal fermentation of human ileal fluid after mango intake impacts on colonic microbiota and microbial (poly)phenol catabolism. *Food Res Int.* 2025;221:117217. doi: 10.1016/j.foodres.2025.117217.
- Gutiérrez-Sarmiento W, Sayago-Ayerdi SG, Goni I, Gutiérrez-Miceli FA, Abud-Archila M, Rejón-Orantes JDC, et al. Changes in intestinal microbiota and predicted metabolic pathways during colonic fermentation of mango (*Mangifera indica* L.)-based bar indigestible fraction. *Nutrients.* 2020;12:683. doi: 10.3390/nu12030683.
- Gui X, Wu L, Huang K, Zeng R, Zhao X, Yang A, et al. Can diets alleviate constipation and promote bowel movement? Exploring the underlying mechanisms of effects. *Food Res Int.* 2025;222:117714. doi: 10.1016/j.foodres.2025.117714.
- Yannakoulia M, Scarmeas N. Diets. *N Engl J Med.* 2024;390:2098-106. doi: 10.1056/NEJMra2211889.
- Wang Y, Kuo B, Berschback M, Huttenhower C, Chan AT, Staller K. Dietary patterns and incident chronic constipation in three prospective cohorts of middle- and older-aged adults. *Gastroenterology.* 2025;169:1475-88. doi: 10.1053/j.gastro.2025.06.020.

26. Seethaler B, Nguyen NK, Basrai M, Kiechle M, Walter J, Delzenne NM, et al. Short-chain fatty acids are key mediators of the favorable effects of the Mediterranean diet on intestinal barrier integrity: data from the randomized controlled LIBRE trial. *Am J Clin Nutr.* 2022;116:928-42. doi: 10.1093/ajcn/nqac175.
27. Rusch C, Beke M, Nieves C Jr, Mai V, Stiep T, Tholanikunnel T, et al. Promotion of a Mediterranean diet alters constipation symptoms and fecal calprotectin in people with Parkinson's disease: a randomized controlled trial. *Nutrients.* 2024;16:2946. doi: 10.3390/nu16172946.
28. Markland AD, Palsson O, Goode PS, Burgio KL, Busby-Whitehead J, Whitehead WE. Association of low dietary intake of fiber and liquids with constipation: evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Gastroenterol.* 2013;108:796-803. doi: 10.1038/ajg.2013.73.
29. Wang DC, Peng XF, Chen WX, Yu M. The association of moisture intake and constipation among us adults: evidence from NHANES 2005-2010. *BMC Public Health.* 2025;25:399. doi: 10.1186/s12889-025-21346-x.
30. Yurtdas G, Acar-Tek N, Akbulut G, Cemali O, Arslan N, Beyaz Coskun A, et al. Risk factors for constipation in adults: a cross-sectional study. *J Am Coll Nutr.* 2020;39:713-9. doi: 10.1080/07315724.2020.1727380.
31. Yang X, Ding S, Liu S. Association of leisure-time physical activity patterns with constipation: evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Gastroenterol.* 2025;120:1865-9. doi: 10.14309/ajg.0000000000003498.
32. Gao R, Tao Y, Zhou C, Li J, Wang X, Chen L, et al. Exercise therapy in patients with constipation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Scand J Gastroenterol.* 2019;54:169-77. doi: 10.1080/00365521.2019.1568544.
33. Lai S, Zhu C, Zhou X, Zeng Q, Huang L, Cao X, et al. Effect of physical activity on the association between diet and constipation: evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2010. *J Neurogastroenterol Motil.* 2024;30:322-31. doi: 10.5056/jnm23134.
34. Shen L, Huang C, Lu X, Xu X, Jiang Z, Zhu C. Lower dietary fibre intake, but not total water consumption, is associated with constipation: a population-based analysis. *J Hum Nutr Diet.* 2019;32:422-31. doi: 10.1111/jhn.12589.
35. Sadler K, Arnold F, Dean S. Chronic constipation in adults. *Am Fam Physician.* 2022;106:299-306.
36. Tian M, Song Y, Guo Y, Jiang T. Association between sleep disorders and constipation risk: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Neurosci.* 2024;126:12-20. doi: 10.1016/j.jocn.2024.05.030.
37. Wang D, Li Y, Shi Y, Hu Z. U-shaped association between sleep duration with chronic constipation and diarrhea: a population-based study. *Chronobiol Int.* 2022;39:1656-64. doi: 10.1080/07420528.2022.2139713.
38. Liu J, Wang W, Tian J, Lv C, Fu Y, Fass R, et al. Sleep deficiency is associated with exacerbation of symptoms and impairment of anorectal and autonomic functions in patients with functional constipation. *Front Neurosci.* 2022;16:912442. doi: 10.3389/fnins.2022.912442.
39. Deng Z, Zeng X, Wang H, Bi W, Huang Y, Fu H. Causal relationship between major depressive disorder, anxiety disorder and constipation: a two-sample Mendelian randomization study. *BMC Gastroenterol.* 2024;24:434. doi: 10.1186/s12876-024-03526-y.