

## TRASTORNOS FUNCIONALES - ESTREÑIMIENTO

### ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| ▶ INTRODUCCIÓN .....   | 2  |
| ▶ DIAGNÓSTICO .....  | 3  |
| ▶ TRATAMIENTO .....  | 4  |
| • Medidas higiénico-dietéticas .....                               | 5  |
| – Tratamiento farmacológico .....                                  | 6  |
| ▶ COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE .....                               | 7  |
| • Desconfianza/vergüenza para hablar de salud digestiva .....      | 7  |
| • Paciente de edad avanzada .....                                  | 7  |
| • Transmitir la importancia de una correcta automedicación .....   | 8  |
| ▶ CRITERIOS DE DERIVACIÓN .....                                    | 9  |
| ▶ RESUMEN DE PASOS A SEGUIR EN EL PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO ..... | 11 |
| ▶ BIBLIOGRAFÍA .....   | 12 |

## INTRODUCCIÓN

Los **trastornos gastrointestinales funcionales**, los diagnósticos más frecuentes en gastroenterología, se reconocen por **anomalías morfológicas y fisiológicas** que a menudo se presentan de forma combinada e incluyen alteraciones de la motilidad, hipersensibilidad visceral, alteración de la función mucosa e inmunitaria, alteración de la microbiota intestinal y alteración del procesamiento del sistema nervioso central.<sup>1</sup>

El estreñimiento es un síntoma muy frecuente que afecta negativamente al bienestar y calidad de vida de quienes lo padecen.<sup>2,3</sup>

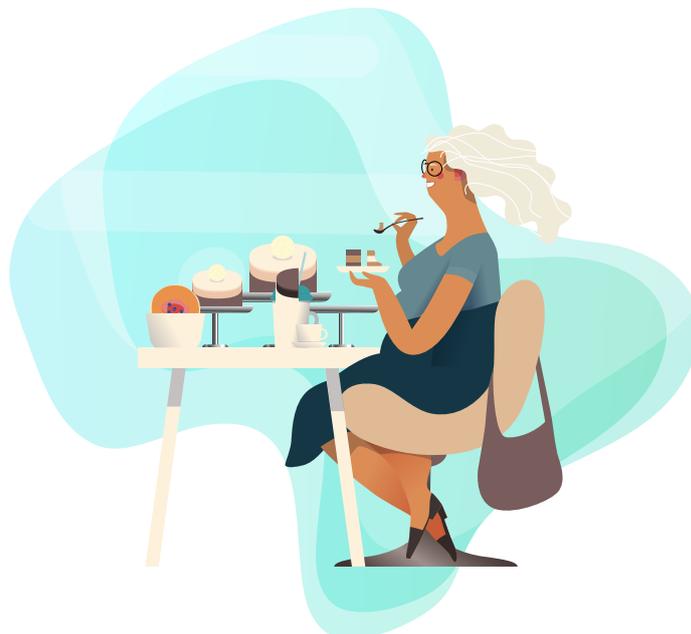
Puede ser ocasional o crónico, con diferencias en su manejo, por lo que es importante disponer de un correcto diagnóstico para proporcionar a los pacientes el mejor tratamiento.<sup>2,3</sup>

El estreñimiento puede definirse como la disminución en la frecuencia de las deposiciones (menos de tres a la semana) y/o dificultad en la expulsión de las heces, siendo estas escasas, duras y secas. Es un síntoma, no una enfermedad, y una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria y Aparato Digestivo.<sup>2</sup>

Afecta en torno al 12-20% de la población española, siendo más frecuente en mujeres y en sujetos mayores de 65 años.<sup>2</sup>

Los factores de riesgo para el estreñimiento son múltiples, pero principalmente tenemos estos:<sup>2</sup>

- Alimentación inadecuada.
- Sedentarismo o inmovilidad.
- Padecer obesidad o sobrepeso.
- Evitar el deseo defecatorio.
- Otros como: envejecimiento, polimedicados, enfermedades crónicas, etc.



## DIAGNÓSTICO

Es fundamental realizar una anamnesis completa que nos ayude a indagar las posibles causas de estreñimiento junto con una exploración física.<sup>4,5</sup>

La **anamnesis** es fundamental en el diagnóstico de los trastornos digestivos funcionales, con preguntas específicas sobre la frecuencia defecatoria, el hábito intestinal previo, duración, severidad de los síntomas y características de las heces, la existencia de productos patológicos, la asociación con otros síntomas digestivos y/o pérdida de peso. También debe investigarse sobre los antecedentes personales y familiares de neoplasia de colon y/o enfermedades sistémicas, la presencia de signos y síntomas alarma y saber si ha recibido algún tipo de tratamiento para el estreñimiento.<sup>5</sup>

El **examen físico** debe incluir una exploración del abdomen, perineo y tacto rectal. Esta exploración se basará en la búsqueda de tumoración gastrointestinal o rectal, impactación fecal, estenosis, prolapso, rectocele y actividad paradójica o no relajante del músculo puborrectal.<sup>4,5</sup>



En caso de dolor abdominal o sospecha de cuadro suboclusivo/oclusivo, se realizarán **pruebas complementarias** que incluyen la realización de una analítica (hemograma, electrolitos, reactantes de fase aguda, lactato, gasometría venosa) y/o pruebas de imagen abdominales.<sup>5</sup>

Si, tras historia clínica, exploración física y/o analítica básica hay signos o síntomas de alarma (Tabla 1), se valorará incluir colonoscopia.<sup>4,5</sup>

**Tabla 1: Signos/síntomas de alarma en estreñimiento**

|  |                         |
|--|-------------------------|
| Pérdida de peso injustificada  | Edad mayor de 50 años   |
| Estreñimiento de nueva aparición que no responde a tratamiento habitual      | Dolor abdominal intenso |
| Masa rectal palpable   | Masa abdominal          |
| Rectorragia o sangre oculta en heces positiva                                | Anemia                  |
| Historia familiar de cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal |                         |

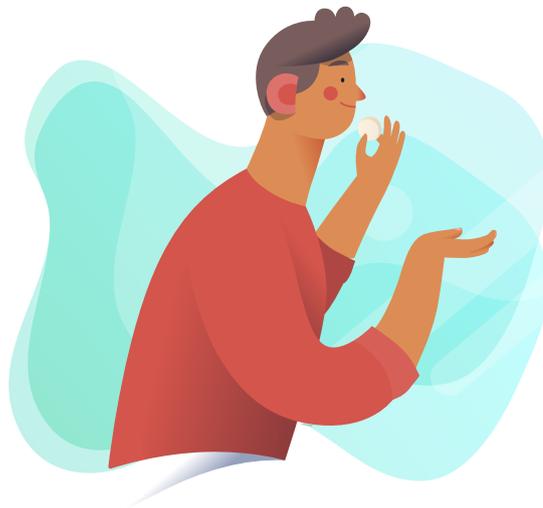
**Fuente:** elaboración propia a partir de Cruz Perdomo N. Estreñimiento. En: Manual de diagnóstico y terapéutica médica del hospital Dr. José Molina Orosa. CERELAN; 2020. p.p. 211-219.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de los trastornos intestinales funcionales se basa en un **enfoque multidisciplinario** que incluye **medidas higiénico-dietéticas y tratamientos farmacológicos**. El abordaje vendrá **definido por el tipo y gravedad de los síntomas**.<sup>6</sup>

Se recomienda educar al paciente sobre la importancia de mantener una **dieta saludable**, con un adecuado aporte de **fibra y líquidos**, así como la complementación con **actividad física** moderada.<sup>6,7</sup> También se pueden recomendar técnicas de **relajación, terapia cognitivo-conductual, psicoterapia, etc.**<sup>8</sup>

En cuanto a los **tratamientos farmacológicos**, se pueden utilizar distintos tipos de fármacos en función de los síntomas específicos de cada paciente, desde antiespasmódicos para tratar de mitigar el dolor, laxantes o enemas para el estreñimiento, etc.<sup>9-11</sup>



En cualquier caso, también es importante tener en cuenta que el **cumplimiento terapéutico estricto** es imprescindible para obtener los **mejores resultados clínicos**. Esto incluye no solo la toma de fármacos, sino el seguimiento de las recomendaciones pautadas. En este contexto es de gran importancia que el **personal sanitario** asegure la **correcta educación y seguimiento de la evolución de los pacientes**.<sup>11</sup>

### Medidas higiénico-dietéticas

El primer escalón para el tratamiento del estreñimiento son las medidas higiénico-dietéticas:<sup>2,5,12</sup>

- ► **Hábitos dietéticos:**<sup>2-4</sup>
- Aumentar el consumo de fibra. Este aumento debe ser gradual para una mejor adaptación del tracto gastrointestinal.
- Una adecuada ingesta de líquidos.
- Se recomienda realizar un buen desayuno, con aporte suficiente de fibra, proteína y líquidos abundantes.
- Establecer una rutina de horarios alimenticios y masticar bien los alimentos.
- Reducir la ingesta de grasas animales, mantequillas y margarinas, así como los productos de bollería industrial.

- ► **Actividad física regular** en función de su situación individual.<sup>2,3</sup>
- ► Mantener un **índice de masa corporal adecuado** ya que la obesidad y el sobrepeso se asocian al estreñimiento.<sup>2</sup>
- ► Mantener una adecuada **rutina defecatoria**:<sup>2</sup>
- Educar al intestino en **horarios** parecidos.
- No reprimir el **deseo defecatorio**, ya que puede inhibir el reflejo de la defecación.
- **Posición adecuada** para defecación con el uso de un alza o taburete que permitan elevar los pies.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El segundo escalón es el **uso de laxantes**. Cuando las medidas anteriores no son suficiente y no consiguen mejoría, se opta por el abordaje terapéutico con el uso de laxantes.<sup>2</sup>

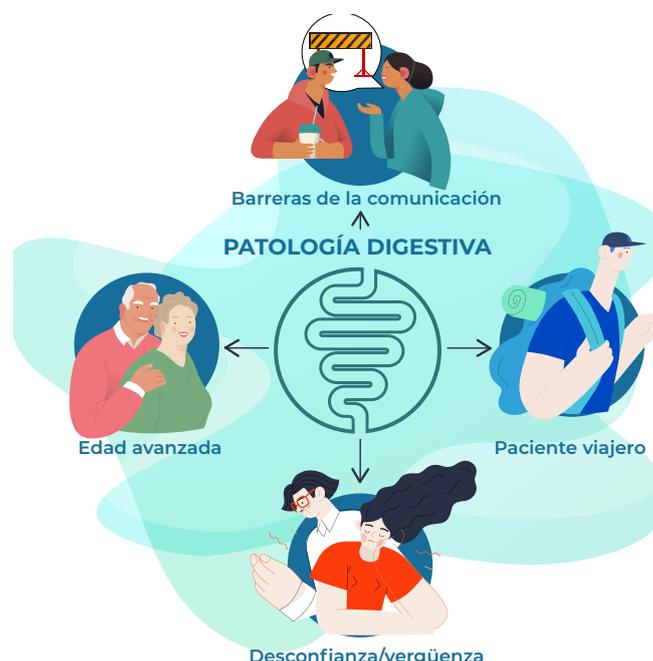
Actualmente son múltiples las opciones de tratamiento, siendo de primera línea los laxantes formadores de masa y los osmóticos, dejando el resto de laxantes como alternativas en caso de que estos laxantes no hayan sido eficaces.<sup>3,5</sup>

El uso de laxantes es especialmente útil en casos de estreñimiento ocasional, por ejemplo en estreñimiento del viajero.<sup>13</sup>

Una de las opciones disponibles es el enema Micralax<sup>®</sup>\*, actuando como agente osmótico y como humectante. Su principal ventaja es su rápida acción, ya que hace efecto en tan solo 5-15 minutos, por lo que podemos prever su actuación.

## COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

Es bien conocido que los diferentes síntomas digestivos no son un tema cómodo para que los pacientes hablen con sus médicos pese a ser trastornos comunes que afectan a su calidad de vida.<sup>14,15</sup>



## Desconfianza/vergüenza para hablar de salud digestiva

Los pacientes con trastornos digestivos a menudo ven mermada su salud, pero también su vida social, ya que no solo tienen que enfrentarse a la vergüenza que les genera hablar de su patología digestiva, sino también padecerla y verse en situaciones que limitan su vida.<sup>14,15</sup>

Varios de los síntomas digestivos generan desconfianza en el paciente. Por ejemplo, la necesidad de acudir al aseo, ya sea por estreñimiento o diarrea, ventoseo o eructos, provoca que los pacientes no se atrevan a salir de casa.<sup>15</sup>

## Paciente de edad avanzada

Con el envejecimiento aumenta la prevalencia de varios trastornos gastrointestinales comunes. Como siempre, el plan de diagnóstico y tratamiento para el paciente de edad avanzada debe diseñarse con un claro conocimiento del proceso normal de envejecimiento, la fisiopatología de la enfermedad, los riesgos potenciales y los beneficios para el paciente.<sup>16</sup> En el contexto de estos pacientes, es importante tener en cuenta las barreras comunicacionales que se presentan derivadas de sus condiciones físicas (presbicia, presbiacusia), psicológicas (depresión, aislamiento) y sociales (abandono, desamparo)<sup>17</sup>, además de las barreras en la comunicación relacionadas con la vergüenza de muchos pacientes de manifestar sus problemas intestinales.<sup>18,19</sup>

## Transmitir la importancia de una correcta automedicación

La automedicación se define como la situación en la que los pacientes obtienen y utilizan medicamentos que no requieren la participación del médico ni en su prescripción ni en la supervisión del tratamiento. En este contexto, es importante tener en cuenta que los fármacos utilizados para sintomatología digestiva se encuentran entre los grupos farmacológicos más consumidos como automedicación, junto con los analgésicos o los anticatarrales, entre otros.<sup>20</sup>

Es importante conocer cuándo es apropiada la automedicación. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera apropiada si cumple con los siguientes criterios:<sup>21</sup>

- En síntomas benignos.
- Claramente identificados por el enfermo.
- Puntual en el tiempo.
- Con medicamentos de amplia ventana terapéutica.
- Y siempre previo consejo de un especialista: médico, enfermera o farmacéutico.



El estreñimiento es un síntoma con un elevado índice de automedicación, por lo que es importante educar al paciente para saber qué tomar y en qué cantidades, cuándo tomarlo, durante cuánto tiempo.<sup>20</sup>

En el caso del estreñimiento ocasional, cuando el paciente cumpla criterios de automedicación, se puede aconsejar uso de laxantes tales como enemas de acción rápida.<sup>5</sup> Este es el caso de los enemas Micralax<sup>®\*</sup>, con un inicio de acción de 5 a 15 minutos tras su administración rectal. Es un laxante de tipo osmótico, cuya posología es de una cánula al día, no llegando a superar los 6 días de tratamiento.

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN

La **derivación a un especialista en gastroenterología** puede ser necesaria en casos de fracaso del tratamiento convencional, especialmente si se sospecha la presencia de patologías gastrointestinales más graves, o si se requieren pruebas de diagnóstico adicionales. La derivación temprana a un especialista puede **mejorar significativamente el pronóstico y la calidad de vida** de los pacientes con trastornos intestinales funcionales. Además, el cumplimiento de las recomendaciones también ofrece beneficios en la relación riesgo-beneficio del abordaje de estos trastornos.<sup>22</sup>

De forma resumida, los **criterios de derivación desde Atención Primaria a Digestología** son:<sup>3,11</sup>

- Sospecha clínica de patología orgánica o metabólica.
- No hay respuesta a las medidas higiénico-dietéticas y cambio del estilo de vida, ni tampoco a los tratamientos farmacológicos.

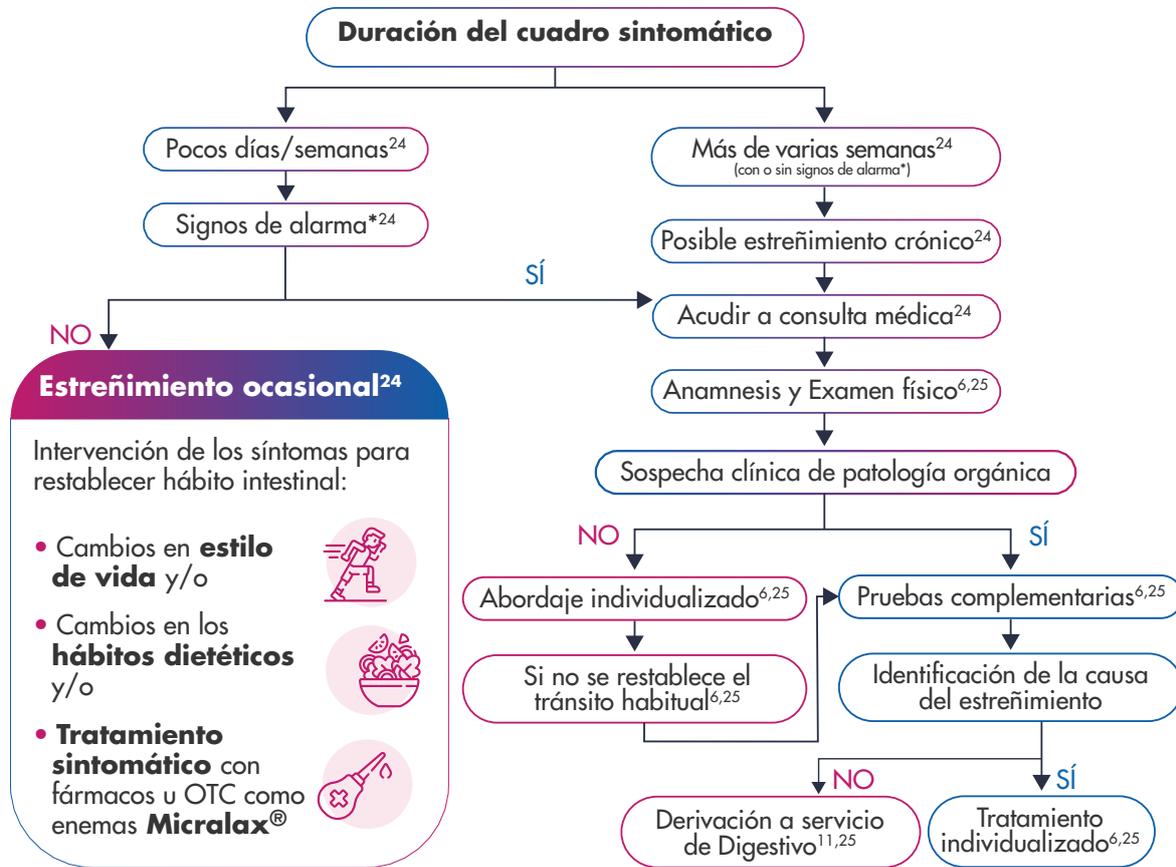
- Se requieren estudios adicionales para identificar la fisiopatología de la disfunción defecatoria.
- Se necesita una segunda opinión especializada por la actitud del paciente.
- Empeoramiento de la clínica no justificable.

En caso de abordar al paciente desde Farmacia Comunitaria, valorar derivar a su médico de Atención Primaria si el paciente no realiza una deposición en más de una semana, o ante los siguientes supuestos:<sup>23</sup>

- Si ocurre en lactantes, niños o embarazadas.
- Si es de inicio brusco o sufre modificaciones significativas en su evolución.
- Si se asocia a pérdida de peso injustificada.
- Si las heces se acompañan de sangre o son de color negro.
- Si también presenta dolor abdominal intenso, vómitos y/o fiebre.
- Si se relaciona con la toma de fármacos.
- Si persiste pese a las recomendaciones.



## RESUMEN DE PASOS A SEGUIR EN EL PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO<sup>4</sup>



### Signos de alarma:<sup>26</sup>

- Cambios en el calibre de las heces
- Presencia de sangre en las heces
- Anemia ferropénica
- Síntomas obstructivos
- Pacientes mayores de 50 años
- Aparición reciente de estreñimiento
- Sangrado rectal
- Prolapso rectal
- Pérdida de peso de forma injustificada

\* JNTL Consumer Health (Spain), S.L. Micralax solución rectal. Estreñimiento ocasional. Mayores de 12 años. Medicamento no sujeto a prescripción médica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1262-1279.e2.
2. Escudero A, Bixquert M. Guía para prevenir y tratar el estreñimiento. 2016. Disponible en: <https://www.saludigestivo.es/wp-content/uploads/2016/03/guia-estreñimiento-para-web-20120425180854.pdf>. [Último acceso: octubre 2023].
3. Serra J, Mascort-Roca J, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo del estreñimiento crónico en el paciente adulto. Parte 2: Diagnóstico y tratamiento. *Gast y Hep*. 2017;40(4):303-316.
4. Lindberg G, Hamid S, et al. Estreñimiento: una perspectiva mundial. *Guía Mundial de la Organización Mundial de Gastroenterología*. 2010. Disponible en: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/constipation-spanish-2010.pdf> [Último acceso: octubre 2023]
5. Cruz Perdomo N. Estreñimiento. En: *Manual de diagnóstico y terapéutica médica del hospital Dr. José Molina Orosa*. CERELAN; 2020. p.p. 211-219.
6. Lacy BE, Mearin F, et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1393-1407.e5.
7. Galica AN, Galica R, et al. Diet, fibers, and probiotics for irritable bowel syndrome. *J Med Life*. 2022;15(2):174-179.
8. Castañeda-Sepúlveda R. Síndrome de intestino irritable. *Medicina Universitaria*. 2010;12(46):39-46.
9. Bustos-Fernández LM, Hanna-Jairala I. Tratamiento actual del síndrome de intestino irritable. Una nueva visión basada en la experiencia y la evidencia. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2019;49(4):381-393.
10. Podzemny V, Pescatori LC, et al. Management of obstructed defecation. *World J Gastroenterol*. 2015;21(4):1053-1060.
11. Mearin F, Ciriza C, et al. Guía de práctica clínica del síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos: tratamiento (Parte 2 de 2). *Aten Primaria*. 2017;49(3):177-194.
12. Osorio MJA. Estreñimiento: definición, tipos y tratamiento. *El farmacéutico: profesión y cultura*. 2020;584:18-23.
13. González Bosquet L. Botiquín de viaje. Un elemento imprescindible durante las vacaciones. *Offarm*. 2004;23(6):59-72.
14. Spiegel BM, Khanna D, et al. Understanding gastrointestinal distress: a framework for clinical practice. *Am J Gastroenterol*. 2011;106(3):380-5.
15. Sundas A, Sampath H, et al. Correlatos psicosociales de calidad de vida en trastornos gastrointestinales funcionales. *Rev Gastroenterol México*. 2022.
16. Firth M, Prather CM. Gastrointestinal motility problems in the elderly patient. *Gastroenterology*. 2002;122(6):1688-1700.
17. García-Vera EM, Robles-Rodríguez A, et al. La comunicación médico paciente ¿reto para el paciente geriátrico o para el médico familiar? *Atención Familiar*. 2016;23(2):63-66.
18. Hasson F, Muldrew D, et al. 'Take more laxatives was their answer to everything': A qualitative exploration of the patient, carer and healthcare professional experience of constipation in specialist palliative care. *Palliat Med*. 2020;34(8):1057-1066.
19. Bharucha AE, Knowles CH, et al. Faecal incontinence in adults. *Nat Rev Dis Primers*. 2022;8(1):53.
20. Orueta R, Gómez-Calcerrada RM, et al. Actualización en Medicina de Familia. *Automedicación*. Semergen. 2008;34(3):133-7.
21. Arroyo Aines MP, Baos Vicente V, et al. Recomendaciones sobre el uso de medicamentos. Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Barcelona: semFYC ediciones; 2012.
22. Spiegel BMR, Farid M, et al. Is irritable bowel syndrome a diagnosis of exclusion?: A survey of primary care providers, gastroenterologists, and IBS experts. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(4):848-858.
23. Ocaña A, Baos V, et al. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores. *Dispublic*; 2008;58-64.
24. Rao SSC, Lacy BE, et al. Recognizing and Denying Occasional Constipation: Expert Consensus Recommendations. *Am J Gastroenterol*. 2022;117(11):1753-1758.
25. Lindberg G, Hamid, SS, et al. World Gastroenterology Organisation. *World Gastroenterology Organisation global guideline: Constipation—a global perspective*. *J Clin Gastroenterol*. 2011;45(6):483-7.