



Dr. Miguel Mínguez
Servicio de Medicina Digestiva del Hospital Clínico Universitario. Universitat de València. Coordinador de la Guía Práctica de Actuación Diagnóstico-Terapéutica en Estreñimiento Crónico



Una nueva Guía Práctica de Actuación de la Fundación Española del Aparato Digestivo aborda el diagnóstico y tratamiento del estreñimiento crónico funcional

- El documento, cuyo objetivo es ayudar a los profesionales sanitarios a identificar y tratar el estreñimiento funcional de forma adecuada, se ha presentado durante la Semana de las Enfermedades Digestivas
- El estreñimiento afecta hasta al 20% de la población española, un 60% de los cuales nunca lo ha consultado con el médico
- La mayoría de los casos de estreñimiento funcional podrían resolverse mediante la adopción de unas correctas medidas higiénico-dietéticas

Con el objetivo de mejorar la detección temprana y el tratamiento de la población con estreñimiento funcional, la Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD) ha encargado la elaboración de la *Guía Práctica de Actuación Diagnóstico-Terapéutica en Estreñimiento Crónico*, destinada a los profesionales de la salud implicados en el manejo de las personas afectadas. El documento se presentará durante el LXXII Congreso de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), que se celebra en el marco de la Semana de las Enfermedades Digestivas (Murcia, 1-4 de junio).

El Dr. Miguel Mínguez, del Servicio de Medicina Digestiva del Hospital Clínico Universitario - Universitat de València, ha sido el responsable de coordinar y escribir la guía, en la que también han participado los doctores Vicente Garrigues, Pilar Mas y Francisco Mora. Tanto la FEAD como la SEPD serán las encargadas de distribuirla entre médicos especialistas y organizaciones de medicina general.

Alta prevalencia, especialmente en mujeres y personas mayores

El estreñimiento es un trastorno del hábito intestinal definido subjetivamente como una disminución en la frecuencia evacuatoria de heces demasiado duras o difíciles de expulsar. Puede producirse por alteración de la función motora del colon (alteración del tiempo de tránsito), por alteraciones en la fase de la evacuación, o por ambas causas.

Se trata de una situación clínica muy prevalente tanto en adultos como en niños: afecta al 12-20% de la población española, principalmente mujeres —que son el doble de propensas que los hombres a padecerla— y a mayores de 65 años —el triple de frecuencia frente a sujetos jóvenes—.

En la práctica clínica, se diferencia entre estreñimiento funcional y estreñimiento secundario. Los expertos consideran que existe estreñimiento funcional cuando se dan dos o más de los siguientes criterios de Roma III: menos de tres deposiciones semanales, heces duras, se realiza esfuerzo excesivo, sensación de evacuación incompleta u obstrucción anal o deben realizarse maniobras manuales para facilitar la defecación. Estos últimos síntomas deben presentarse en al menos un 25% de las deposiciones. Si esta situación se mantiene durante más de tres meses, hablamos de estreñimiento crónico, mientras que si es puntual nos referimos a estreñimiento ocasional.

El estreñimiento secundario se produce como consecuencia de enfermedades sistémicas, toma de fármacos o enfermedades orgánicas del tracto intestinal.

Aunque no es una dolencia grave, el estreñimiento crónico funcional puede llegar a mermar considerablemente la calidad de vida del paciente ya que, con frecuencia, las manifestaciones intestinales se asocian a molestias o dolor abdominal.

Necesidad de identificar el problema

Aunque el 60% de la población que se considera estreñida nunca ha consultado al médico por este motivo, la alta prevalencia de este síntoma provoca unos elevados costes directos e indirectos derivados de su proceso diagnóstico, principalmente de las pruebas de laboratorio, las consultas médicas y la realización de colonoscopias.

Dado el elevado porcentaje de pacientes que no expresan como problema la existencia de estreñimiento, el nuevo documento subraya la necesidad de identificar este problema mediante la anamnesis, que debe recoger las características de la defecación y detectar no sólo la existencia de criterios clínicos de estreñimiento, sino también qué importancia tiene para el paciente y si el estreñimiento es primario o secundario.

Una vez detectado y evaluado el estreñimiento mediante

la anamnesis y la exploración física, el único objetivo que tienen los estudios complementarios es el de descartar una patología orgánica responsable del mismo y esto únicamente debe realizarse en pacientes con alto riesgo de padecerlo. En la guía se especifica, en un algoritmo de decisiones fácil de aplicar, los signos de alarma que obligan a investigar la existencia de estreñimiento secundario y la necesidad de excluir (si es posible) fármacos que pueden precipitar o intensificar el estreñimiento.

Únicamente los pacientes con estreñimiento crónico funcional que no respondan a un protocolo secuencial de medidas terapéuticas deberán remitirse, desde atención primaria, al especialista de digestivo para investigar qué tipo o tipos de disfunción (alteración del tiempo de tránsito colónico, déficit de propulsión rectal o disinerxia de la defecación) justifican los síntomas del paciente y la falta de respuesta a tratamiento con dieta, laxantes o estimulantes de la motilidad colónica. Los estudios de la función ano-rectal y colónica solo están disponibles en centros de referencia especializada en los que además

se dispone de técnicas de reeducación específicas para el tratamiento de la disfunción recto-anal.

El tratamiento del paciente con estreñimiento debe ser siempre individualizado y escalonado.

Medidas dietéticas, las más recomendadas

Las medidas iniciales y más importantes en el tratamiento del estreñimiento deben empezar por una información minuciosa por parte del médico de las características benignas del mismo, la importancia de la dieta y de los suplementos con fibra para combatirlo y la necesidad de buscar un horario regular para la defecación.

La mayoría de los casos de estreñimiento funcional podrían resolverse mediante la adopción de unas correctas medidas higiénico-dietéticas, ya que la causa más frecuente de estreñimiento es una alimentación inadecuada.

Se debe hacer especial énfasis, además de en la ingesta de frutas y verduras, en la toma complementaria de fibra dietética específica, como el salvado de trigo o el pan de centeno, ya que se ha observado en estudios clínicos que éstos suplementos disminuyen la dificultad de las defecaciones e incrementan su frecuencia, en especial si se asocia a una ingesta mínima diaria de dos litros de agua. La práctica de actividad física también es recomendable, ya que produce mejoría en los síntomas asociados al estreñimiento, como la distensión abdominal y el meteorismo. La guía señala que algunas cepas de probióticos, como el *Bifidobacterium lactis* DN-173 010, han demostrado, en sujetos normales, una disminución del tiempo de tránsito colónico y, en mujeres adultas con estreñimiento, una mejoría tanto en la frecuencia defecatoria como en la consistencia de las heces.

¿Cuándo es absolutamente necesario recurrir a tratamiento farmacológico?

Los pacientes que no responden satisfactoriamente a las modificaciones higiénico-dietéticas tras una cumplimentación mínima de 4 semanas deben iniciar tratamiento farmacológico, que debe ser escalonado y controlado. En general, se iniciará el tratamiento con laxantes osmóticos cuando sea necesario.

A diferencia de los laxantes o de los fármacos estimulantes de la motilidad colónica, la ingesta de fibra y la reeducación defecatoria tarda semanas en ser eficaz. Además, los primeros días, y de forma transitoria, el incremento de la fibra dietética puede aumentar el meteorismo y percibir el paciente un empeoramiento de los síntomas, por lo que es importante advertirlo antes del inicio del tratamiento.

