



Manejo del  
estreñimiento  
crónico

PROYECTO  
**MEC18**



CASEN RECORDATI

GROUP

[www.casenrecordati.es](http://www.casenrecordati.es)



© Saned 2019

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Sanidad y Ediciones, S.L.

Poeta Joan Maragall, 60. 1ª Planta. 28020 Madrid. Tel: 91 749 95 14. Fax: 91 749 95 07.

Frederic Mompou 4A, 2º-2ª. 08960 Sant Just Desvern. Barcelona. Tel: 93 320 93 30. Fax: 93 473 75 41.

ISBN: 978-84-17572-55-6

<b>1. INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS</b> .....	5
1.1. Introducción.....	5
1.2. Justificación .....	6
1.3. Objetivos .....	6
<b>2. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	6
<b>3. RESULTADOS</b> .....	7
3.1. Tamaño de la muestra, características de los centros y de los investigadores.....	7
3.2. Conocimientos-seguimiento de las Guías de Práctica Clínica .....	9
3.3. Opciones terapéuticas del estreñimiento crónico .....	10
3.4. Comorbilidades del estreñimiento crónico .....	16
3.5. Práctica clínica real en el estreñimiento crónico.....	19
<b>4. DISCUSIÓN</b> .....	28
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	29
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	30

## INFORMACIÓN GENERAL

### ▶ TÍTULO

Manejo del estreñimiento crónico. Proyecto MEC

### ▶ AUTORA

Silvia Gómez Senent  
Hospital Universitario La Paz. Madrid

### ▶ AGRADECIMIENTOS

A Casen Recordati por el patrocinio de la sección Investigación en Sistemas de Salud de la revista El Médico y El Médico Interactivo.

A Grupo SANED por la secretaría técnica y estadística del estudio.

## 1. INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

### 1.1. Introducción

El estreñimiento se caracteriza por la dificultad o la escasa frecuencia de las deposiciones, a menudo acompañada por esfuerzo excesivo durante la defecación o sensación de evacuación incompleta. En la mayoría de los casos no tiene una causa orgánica subyacente, siendo considerado un trastorno funcional<sup>1</sup>. De acuerdo con los criterios de Roma IV, el estreñimiento crónico (EC) funcional se define como la presencia durante los últimos 3 meses de dos o más de los siguientes factores: a) esfuerzo defecatorio ( $\geq 25$  % deposiciones); b) deposiciones duras o caprinas ( $\geq 25$  % deposiciones); c) sensación de evacuación incompleta ( $\geq 25$  % deposiciones); d) obstrucción defecatoria ( $\geq 25$  % deposiciones); e) maniobras manuales para la defecación ( $\geq 25$  % deposiciones); y f) menos de 3 deposiciones espontáneas completas/semana. Los síntomas deben haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico, y no debe existir diarrea, si no es tras la toma de laxantes, ni cumplirse criterios de síndrome de intestino irritable.

La prevalencia del estreñimiento es muy variable (del 0,7 al 79 %)<sup>2</sup>, según las características de la población estudiada y los criterios utilizados para el diagnóstico. Si el criterio de estreñimiento es autodefinido la prevalencia es más alta (20,6 %) que si se aplican los criterios Roma, e incluso varía en función de si se emplean los criterios Roma I (18 %), Roma II (12,7 %) o Roma III (11 %). En el estudio realizado por Garrigues et al. en España<sup>3</sup>, la prevalencia del estreñimiento fue del 29,5 % cuando el criterio era autodefinido y del 14 %, según Roma II. En este mismo estudio se observó que la prevalencia siempre era mayor en mujeres que en hombres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

En un estudio español se estimó que más del 40 % de individuos con criterios diversos de estreñimiento habían consultado al médico en alguna ocasión por este motivo; lo que suponía que el 16 % de la población general había consultado al médico en alguna ocasión por estreñimiento. La consulta era más frecuente en mujeres, en individuos de nivel cultural elevado y en pacientes con dolor abdominal.

En la práctica clínica diferenciamos estreñimiento secundario, consecuencia de enfermedades sistémicas, fármacos, etc. y estreñimiento primario, en el que las alteraciones funcionales del colon y ano-recto son de causa desconocida.

Una de las causas más frecuentes de estreñimiento secundario son los fármacos, siendo los analgésicos y los anticolinérgicos los que más comúnmente lo producen.

Por otro lado, existen múltiples enfermedades que pueden ocasionar estreñimiento (por ejemplo, la diabetes, el hipotiroidismo, la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple, la esclerosis sistémica...), ya que afectan al normal funcionamiento del tracto digestivo, por lo que es interesante evaluar si el estreñimiento era una patología preexistente o lo ha causado la enfermedad en cuestión.

La mayoría de los pacientes con estreñimiento se automedican, por lo que suelen conocer los laxantes que les funcionan y las medidas higiénico-dietéticas que les resultan eficaces y las que no. Por ello, es interesante involucrar al paciente en su tratamiento, de una forma individualizada y valorando la presencia de enfermedades que pueden ocasionar o agravar el estreñimiento.

Hay que educar al paciente, especialmente en referencia a la necesidad de ingerir fibra dietética, de la importancia de realizar ejercicio físico moderado y de la no inhibición de la defecación.

### 1.2. Justificación

A nivel nacional existe una gran variabilidad en los modelos organizativos. El conocimiento de los procedimientos de atención del paciente con estreñimiento es importante como punto de partida para plantear su mejora, de lo contrario, estaríamos actuando sin conocer cuáles son los objetivos a cumplir y no podríamos evaluar su cumplimiento o evolución.

### 1.3. Objetivos

#### OBJETIVO PRINCIPAL

Estudiar el manejo del paciente con estreñimiento crónico en España.

#### OBJETIVOS SECUNDARIOS

- ✓ Comparar el manejo del EC en atención especializada (AE) y atención primaria (AP)
- ✓ Estudiar el grado de conocimiento de las guías de práctica clínica y su seguimiento
- ✓ Estudiar el grado de conocimiento de las distintas opciones terapéuticas para el manejo del paciente con EC
- ✓ Comorbilidades del EC
- ✓ Estudiar la práctica clínica real en el EC

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

Proyecto de investigación en sistemas de salud, descriptivo, transversal, multicéntrico y no aleatorizado. El estudio se realizó en dos oleadas, la primera dirigida a especialistas en aparato digestivo y la segunda a médicos que realizaban su labor en el primer nivel asistencial.

El comité científico del proyecto desarrolló un formulario *ad-hoc* para completar los objetivos del proyecto, el cual se alojó en un *microsite* en el que se encontraban todos los elementos del mismo.

Aunque en gran medida se mantuvo el mismo cuestionario para ambos niveles asistenciales, algunas cuestiones planteadas fueron distintas, es por ello que algunas preguntas no han podido compararse según el nivel asistencial.

Se entregó un díptico de presentación a los participantes, incluyendo la URL del microsite y contraseña de acceso para cumplimentar el formulario.

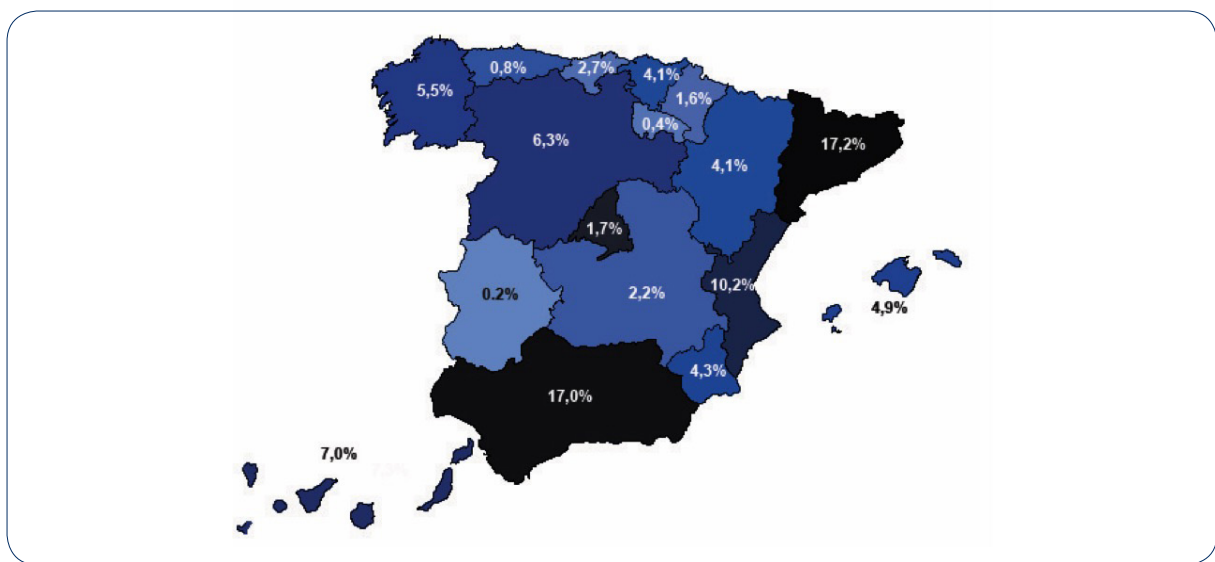
A partir de los formularios cumplimentados se realizó el análisis estadístico que ha servido de base para elaborar esta monografía de resultados.

El formulario se estructuró en 4 bloques distintos: Conocimiento/seguimiento de las guías de práctica clínica (5 ítems), opciones terapéuticas del EC (4 ítems), comorbilidades del EC (6 ítems) y práctica clínica real en el EC (14).

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Tamaño de la muestra, características de los centros y de los investigadores

Con el fin de estudiar el manejo del paciente con EC en España, se recogieron un total de 512 encuestas procedentes de toda la geografía española (**figura 1**). Los resultados se han estratificado en función del nivel asistencial. Se muestran estos resultados únicamente en caso de que las diferencias observadas fueran estadísticamente significativas.



**Figura 1:** Porcentaje de los participantes según la comunidad autónoma en la que realizaban su labor asistencial. N = 512.

El 67 % de los participantes en el estudio ejercía en centros de salud, el 24 % en hospitales y un 9 % indicó que trabajaba en otros centros. El 52 % de los hospitales estaba acreditado para la docencia MIR en patología digestiva.

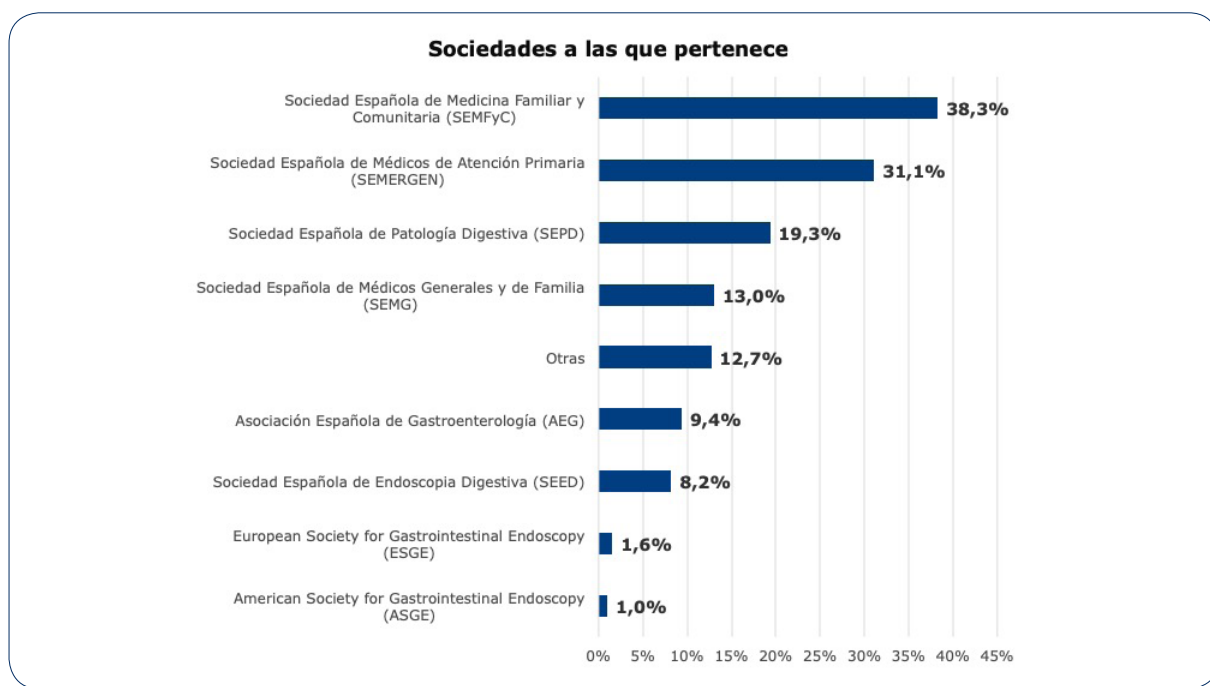
El 73 % de los encuestados realizaba su labor asistencial en el primer nivel asistencial.

El 50 % de los médicos ejercía en centros con una población de referencia de entre 20.000 y 100.000 habitantes.

El 53,5 % de los participantes eran hombres. La media de edad cercana a 49 ( $\pm 10,39$ ) años, con una experiencia media de 21 ( $\pm 11,01$ ) años. De media, cada uno de los médicos atendía a 165 ( $\pm 87,16$ ) pacientes a la semana. Un 76 % indicó que menos de un 25 % de los pacientes atendidos en la última semana presentaba EC.

El 27 % de los investigadores en el estudio había participado en alguna actividad o iniciativa de formación sobre el EC en el último año. Los médicos de AE habían participado más en este tipo de eventos que los médicos de AP, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

El 84 % de los encuestados pertenecía a alguna sociedad científica, un 38 % de los AP a la SEMFyC y un 31 % a la SEMERGEN (**figura 2**).



**Figura 2:** Porcentaje de los participantes según las sociedades a las que pertenece. Multirrepuesta. N = 512 (NAP=376).



### 3.2. Conocimientos-seguimiento de las Guías de Práctica Clínica

Tan sólo el 15 % de los participantes manifestó que existía un protocolo sobre el manejo del EC en su centro, siendo únicamente una recomendación para orientar la evaluación de los pacientes. En el 38 % de los casos correspondía al servicio. Era considerado suficiente por el 55 % de los participantes mientras que un 28 % manifestó que debía de ser revisado. En el 95 % de los centros en los que existía protocolo, este se aplicaba en menor o mayor medida.

En el 65 % de los casos, el protocolo obedecía a alguna guía o recomendación, en el 16 % de los casos obedecía a la guía de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) y en el 8 % a la Guía AEG. En AP fue más frecuente que el protocolo dependiera del centro o bien de la comunidad autónoma. Estas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas (figura 3).

#### ¿Conoce el Documento de Consenso español: “Guía de Práctica Clínica. Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. Concepto, diagnóstico y continuidad asistencial”?

Esta cuestión se planteó únicamente al colectivo de AP, el 62 % de los cuales manifestó que conocía la “Guía de Práctica Clínica. Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. Concepto, diagnóstico y continuidad asistencial” y el 86 % lo utilizaba en su práctica clínica habitual.

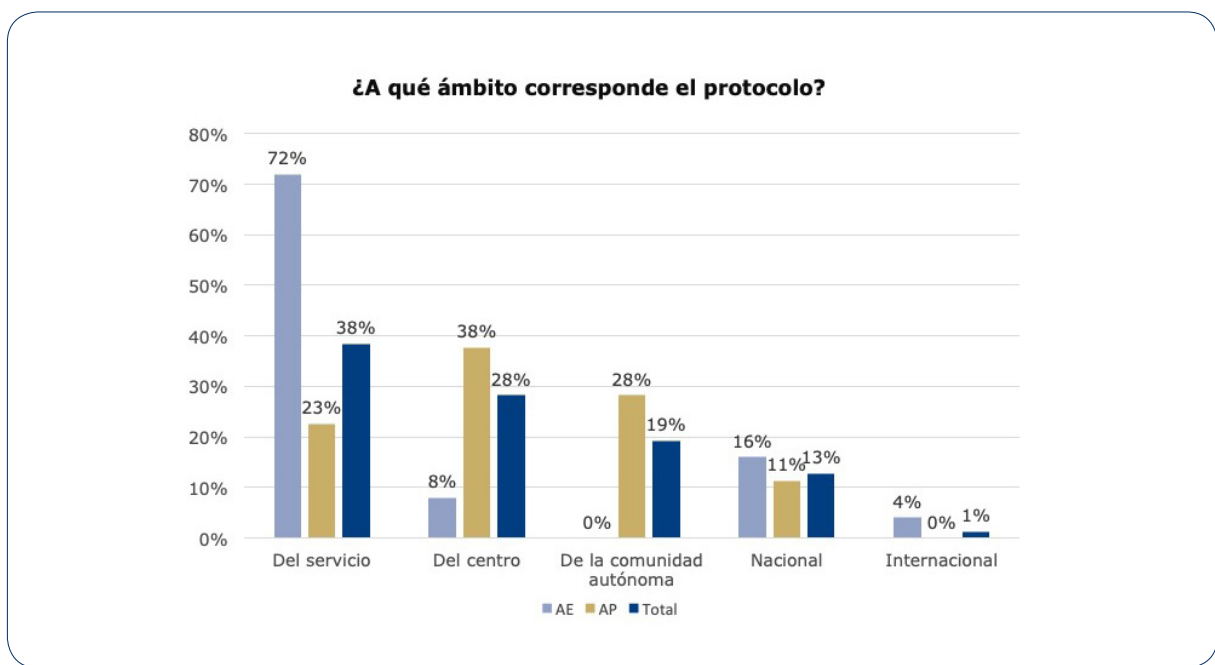


Figura 3: Porcentaje de los participantes según el ámbito del protocolo. N = 78. Estratificado por nivel asistencial.

32 médicos indicaron que no lo utilizaban en su práctica habitual, el 44 % de ellos por falta de tiempo (figura 4).

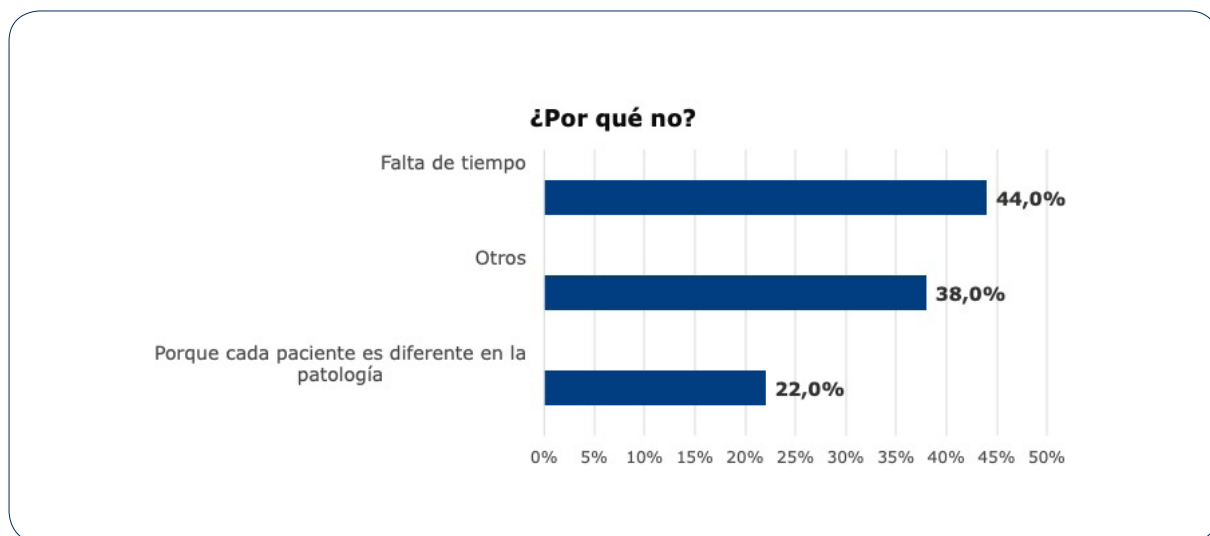


Figura 4: Porcentaje de los participantes según el motivo por el que no utilizaban el consenso español. N = 32.

### 3.3. Opciones terapéuticas del EC

#### ¿Conoce las principales diferencias entre los laxantes osmóticos, estimulantes, incrementadores de bolo y emolientes?

El 97 % de los encuestados conocía las principales diferencias entre los laxantes osmóticos, estimulantes, incrementadores de bolo y emolientes, no detectándose diferencias estadísticamente significativas en función del nivel asistencial.

#### Como primera opción terapéutica, el laxante a utilizar es:

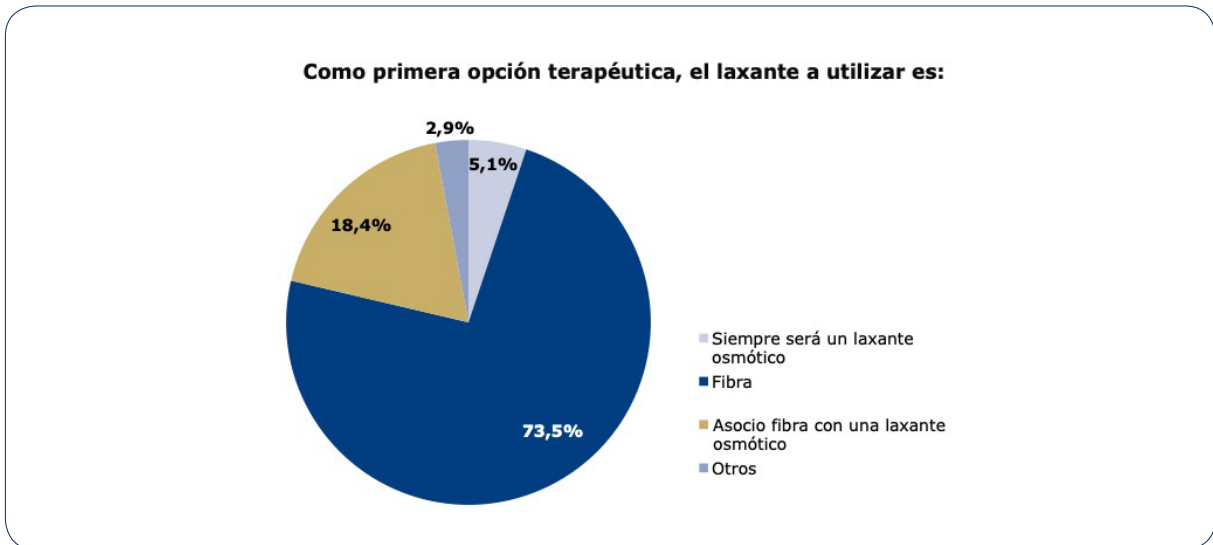
Esta cuestión fue planteada distinta en la encuesta realizada en AE (figura 5A) y en AP (figura 5B), por lo que no fue posible comparar los resultados por nivel asistencial.

- **Atención especializada**

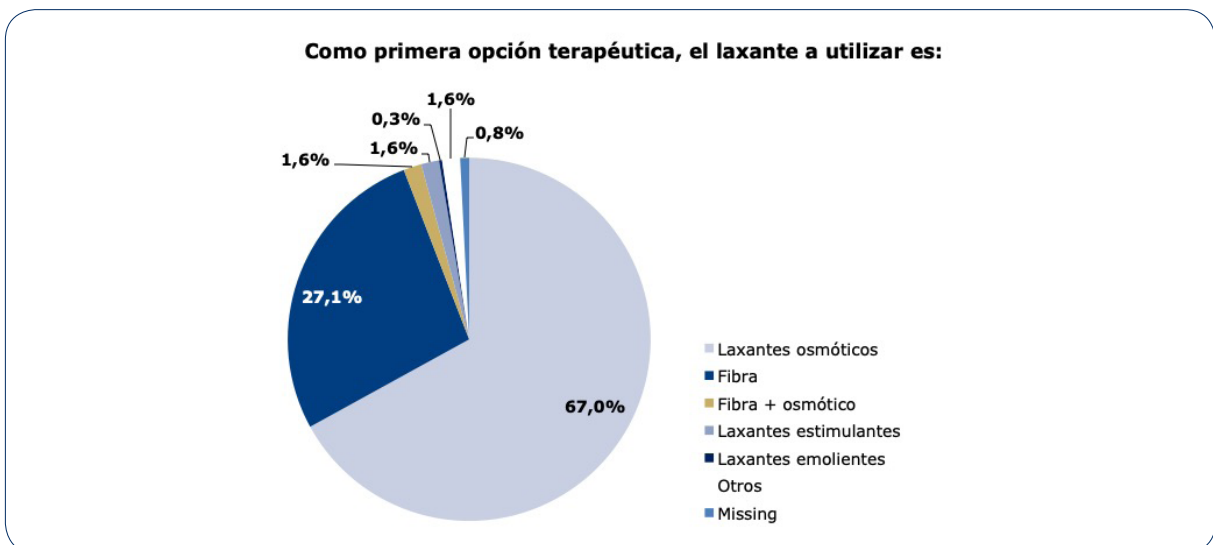
El 74 % de los especialistas eligió la fibra como primera opción terapéutica.

- **Atención primaria**

En AP se optó por recoger esta cuestión en formato de pregunta abierta, la opción elegida con mayor frecuencia fueron los laxantes osmóticos (67 %) seguidos de la fibra (27 %).



**Figura 5A:** Porcentaje de especialistas según el laxante que utilizaban como primera opción terapéutica. N = 136.



**Figura 5B:** Porcentaje de AP según el laxante que utilizaban como primera opción terapéutica. N = 376.

### Entre los laxantes osmóticos, ¿cuál es la primera opción terapéutica?

Esta cuestión fue planteada de distinta forma en la encuesta realizada en AE (**figura 6A**) y en AP (**figura 6B**), por lo que no se pudieron comparar ambos niveles asistenciales.

## • Atención especializada

Cerca del 53 % de los participantes conocía las restricciones de uso de los laxantes con electrolitos en determinados pacientes y actuaba en consecuencia. El 39 % de los participantes tenía en cuenta los antecedentes personales del paciente.

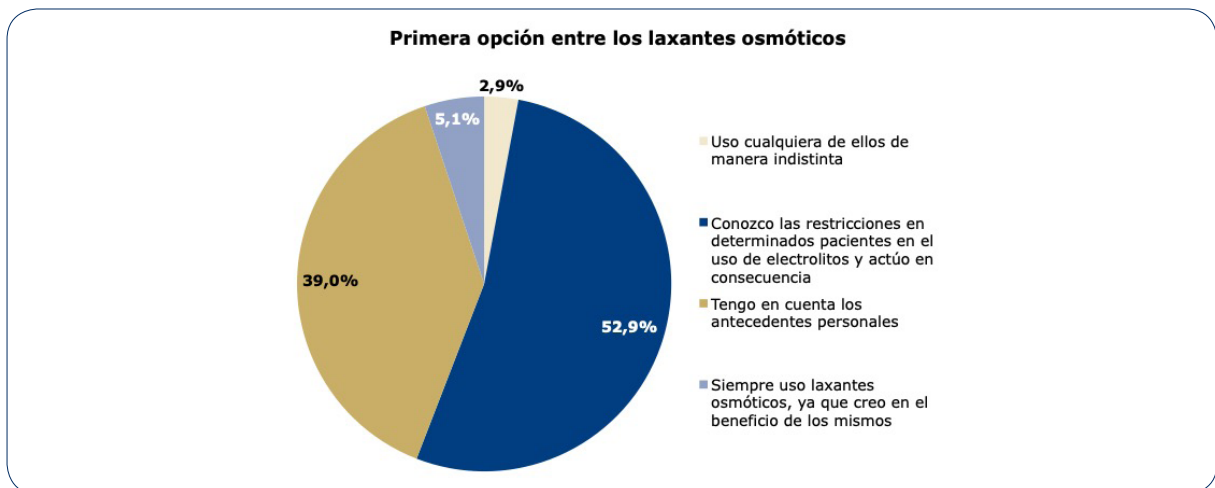


Figura 6A: Porcentaje de especialistas según el uso que daban a los laxantes osmóticos. N = 136.

## • Atención primaria

El 76 % de los médicos de AP manifestó que, entre los laxantes osmóticos, la primera opción a utilizar eran los laxantes basados en PEG o macrogol (figura 6B).

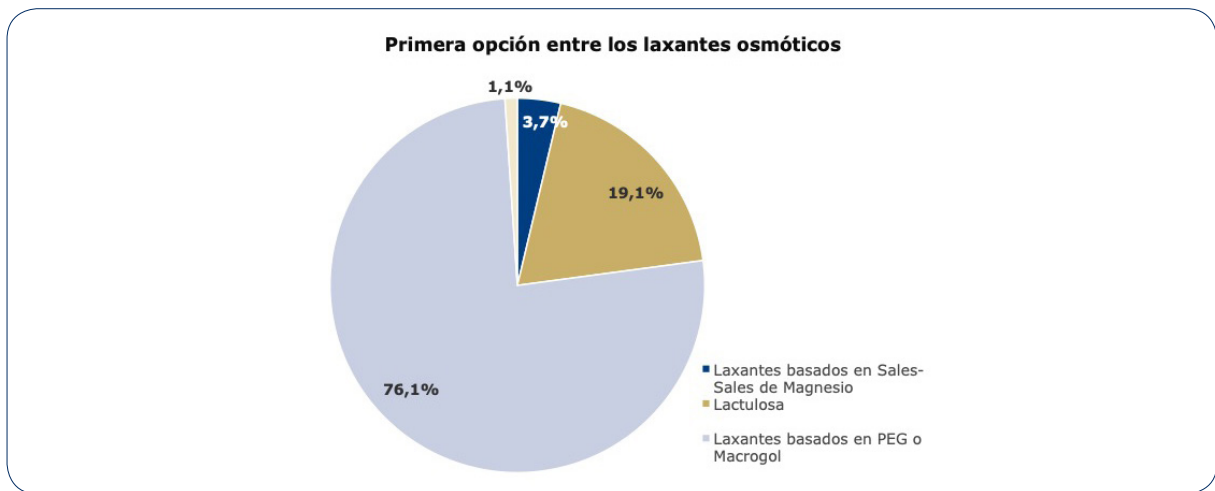


Figura 6B: Porcentaje de los médicos de AP según la primera opción terapéutica entre los laxantes osmóticos. N = 376.

### Dentro del grupo de los polietilenglicoles (PEG)

El 63 % de los participantes, dentro del grupo de los polietilenglicoles (PEG), usaba siempre PEG sin electrolitos, ya que comprendía la limitación de los electrolitos en determinados pacientes (figura 7). Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en función del nivel asistencial.

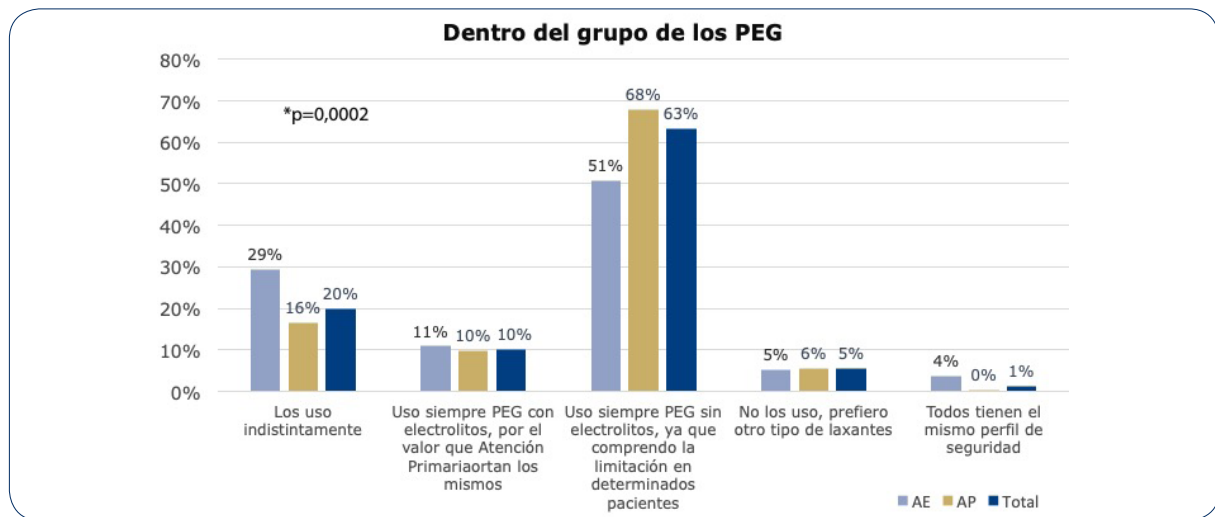


Figura 7: Porcentaje de los participantes según su uso de los PEG. N = 512. Estratificado por especialidad.

### Si usa siempre PEG con electrolitos, por el valor que aportan los mismos...

- **Atención primaria**

A los participantes de AP que usaban siempre PEG con electrolitos, por el valor que aportaban, se les pidió que explicaran cuales eran estos beneficios (tabla 1).

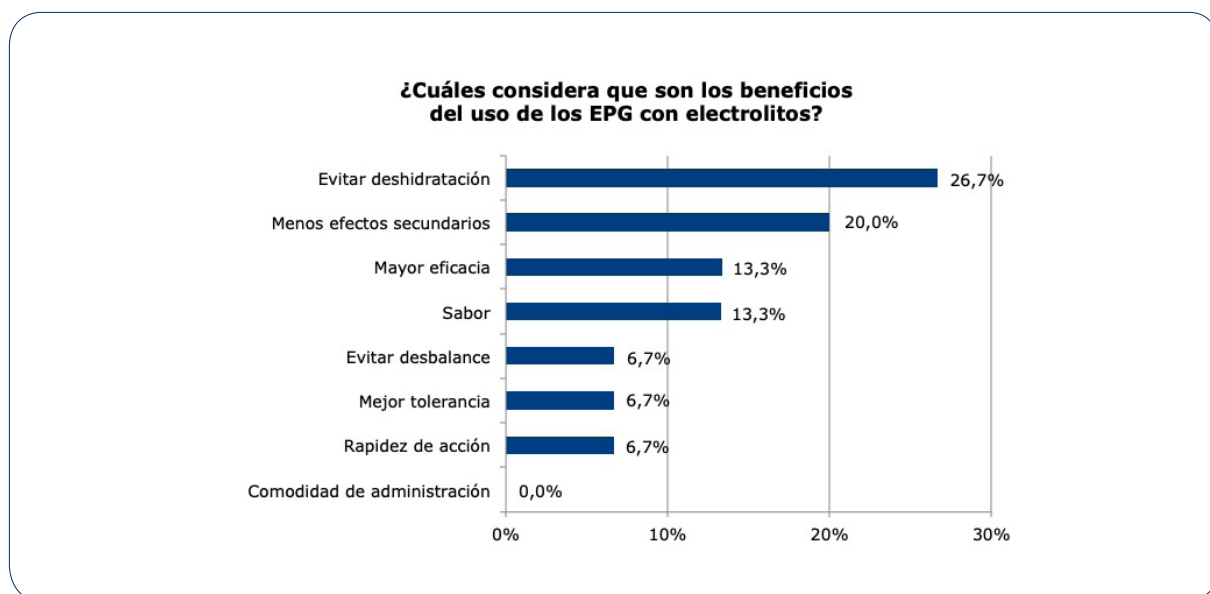
A continuación, se ofrece un listado con las respuestas espontáneas a esta cuestión:

¿Cuáles considera que son los beneficios del uso de los mismos?	n	%
Buena tolerabilidad	2	5,41
Previene la deshidratación	5	13,51
Reposicion de electrolitos	7	18,92
Mejor control de los síntomas y menos efectos secundarios	2	5,42
Otros	19	51,35
Ns/nc	2	5,41
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,00</b>

Tabla 1: Porcentaje de los participantes que usaban siempre PEG con electrolitos por el valor que aportaban según cuales consideraban que eran estos beneficios.

- **Atención especializada**

En AE, se preguntó esta cuestión, con un listado de respuestas cerradas multirrespuesta (**figura 8**). El 27 % de los participantes de AE que usaba siempre PEG con electrolitos por el valor que aportan los mismos, señaló como beneficio que evitaban la deshidratación del paciente.



**Figura 8:** Porcentaje de los especialistas en función de los beneficios del uso de los EPG con electrolitos que consideraban. N = 15

### ¿Qué pacientes presentan restricciones a los PEG con electroelectrolitos?

Esta cuestión también fue preguntada de forma distinta a los participantes de AP y AE, a continuación se muestran los resultados:

- **Atención primaria**

En AP, se optó por una pregunta de naturaleza abierta (**tabla 2**). A continuación, se muestra un listado con las respuestas ofrecidas por los investigadores.

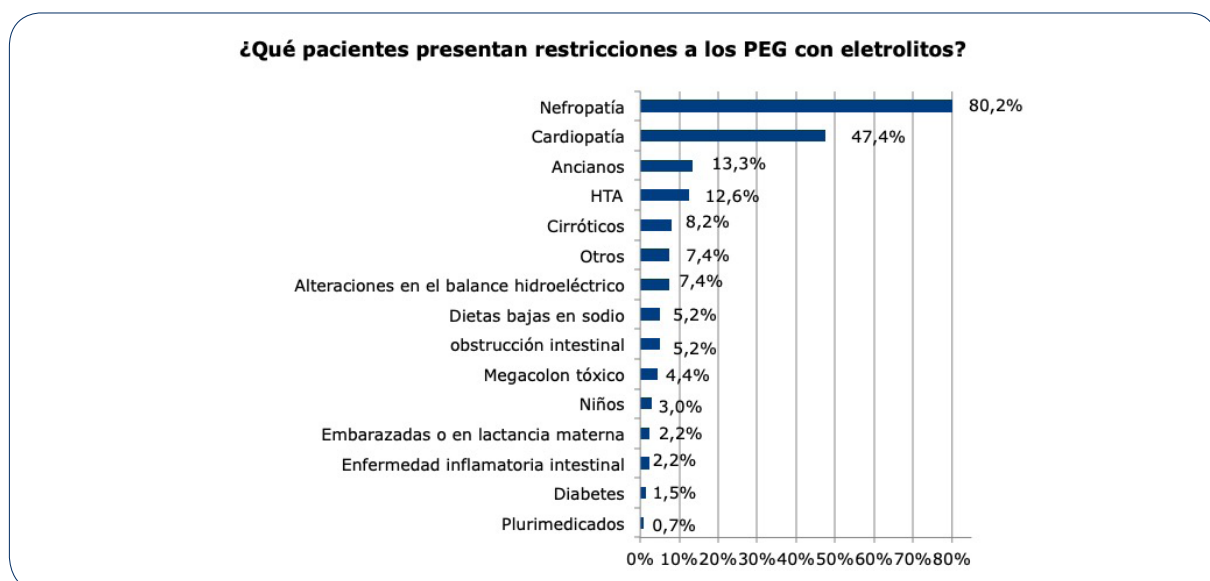
- **Atención especializada**

Por el contrario, en AE se optó por un formato multirrespuesta con opciones cerradas (**figura 9**).

En opinión del 80 % de los participantes los pacientes con nefropatía, presentaban restricciones a los PEG con electrolitos, y el 47 % consideraba que las presentaban los pacientes con cardiopatía las presentaban (**figura 9**).

¿Qué pacientes presentan restricciones a los PEG con electroelectrolitos?	N	n	% Totales
Hipertensos	376	229	60,90
Alteraciones renales	376	162	43,09
Alteraciones cardíacas	376	105	27,93
Ancianos	376	33	8,78
Alteraciones intestinales	376	31	8,24
Diabéticos	376	26	6,91
Embarazadas	376	19	5,05
Alteraciones hepáticas	376	15	3,99
Pacientes con restricción de electrolitos	376	15	3,99
Polimedicados	376	14	3,72
Enfermedades con alteraciones de iones	376	12	3,19
Alérgicos a los principios activos	376	8	2,13
Niños	376	8	2,13
No lo se	376	5	1,33
Ninguno	376	4	1,06
Pacientes en tratamiento con diuréticos	376	4	1,06
Toma de antidepresivos	376	3	0,80
Lactancia	376	2	0,53
Toma de diuréticos	376	2	0,53
Otros	376	18	4,78

**Tabla 2:** Porcentaje de los participantes según los pacientes que en su opinión presentaban restricciones al uso de los PEG con electrolitos. Multirrespuesta. N = 376.



**Figura 9:** Porcentaje de especialistas en función de los pacientes que consideraba que tenían limitaciones en el uso de los PEG con electrolitos. Multirespuesta. N = 136.

### 3.4. Comorbilidades del EC

#### Ante un paciente anciano, polimedicado, con insuficiencia renal crónica, ¿qué laxante utilizaría como primera línea de tratamiento?

Aunque en general ante este paciente la mayoría de los participantes se inclinaban por el PEG sin electrolitos, entre los especialistas había una mayor tendencia a usar la lactulosa, esta diferencia fue estadísticamente significativa (**figura 10**).

#### Si un paciente con hipertensión arterial es valorado en su consulta...

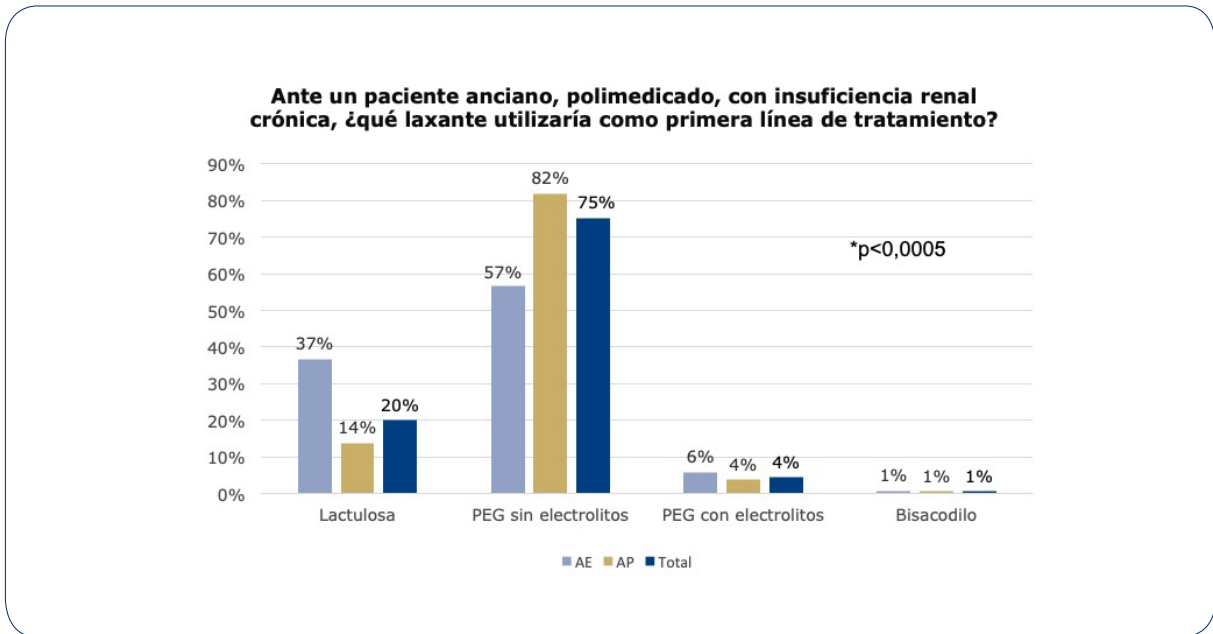
Este punto fue preguntado de distinta forma según el nivel asistencial.

- **Atención especializada**

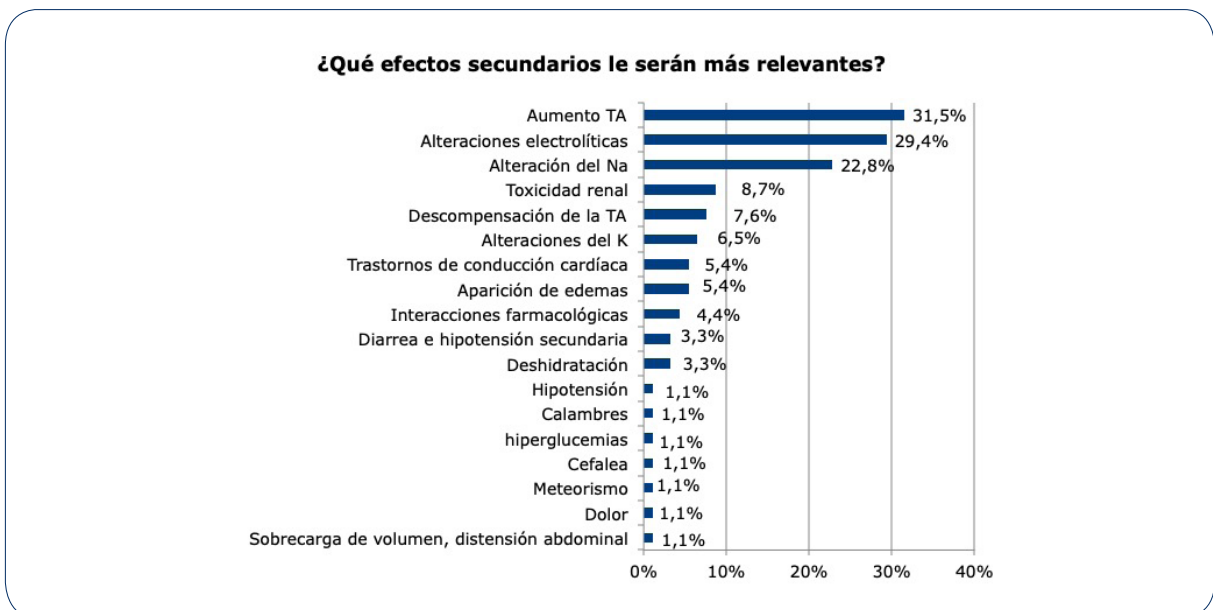
En el caso de pacientes con HTA, el 68 % de los participantes tendría en cuenta los efectos secundarios de cada una de las opciones terapéuticas del EC.

A los 92 participantes que indicaron que tendrían en cuenta los efectos secundarios se les preguntó cuáles serían más relevantes en este perfil de paciente, el 32 % indicó el aumento de la tensión arterial y el 29 % mencionó las alteraciones electrolíticas (**figura 11**). El 93 % de los especialistas tenía en cuenta el uso de laxantes sin sodio añadido en estos pacientes.





**Figura 10:** Porcentaje de los participantes según el laxante elegido en el perfil de paciente establecido. N = 512. Estratificado por especialidad.



**Figura 11:** Porcentaje de los especialistas en función de los efectos secundarios que consideraban en este perfil de paciente. N = 92. Multirrespuesta.

### • Atención primaria

El 94 % de los participantes en AP en este perfil de paciente consideraba utilizar un PEG sin electrolitos para no sobrecargar la dieta con sodio, a estos se les preguntó si le daban importancia a seguir una dieta restrictiva en sodio en sus pacientes tratados por HTA. Esta pregunta fue de respuesta abierta, a continuación, se muestran las respuestas agrupadas (**tabla 3**).

¿Le da importancia a seguir una dieta restrictiva en sodio en sus pacientes tratados por hipertensión arterial?	n	%
Mucha importancia	235	66,38
Bastante importante	59	16,67
Intermedia	20	5,65
Según las recomendaciones	14	3,95
Poca importancia	9	2,54
Según la gravedad de la HTA	5	1,41
Según el paciente	4	1,13
Depende de si son sensibles a la sal	2	0,56
Según el grado de control de la HTA	2	0,56
Otras	4	1,13
Total	354	100,00

**Tabla 3:** Porcentaje de médicos de AP en función de la importancia que le daban a que sus pacientes con hipertensión arterial siguieran una dieta restrictiva en sodio. N = 354.

El 97 % de los médicos de AP que consideraba la utilización de PEG sin electrolitos tenía en cuenta el uso de laxantes sin sodio añadido.

### En pacientes diabéticos con EC

En el caso de pacientes diabéticos, el 88 % de los participantes señaló que había que tener en cuenta el laxante a prescribir debido a que algunos de ellos pueden alterar la glucemia, mientras que el 12 % consideraba que los laxantes no alteraban las glucemias.

### Numere los siguientes laxantes según su preferencia cuando tiene que prescribirlos a un paciente diabético

En media, el laxante que tubo menor puntuación y, por tanto, mayor preferencia (más cercano a la puntuación 1=Primera elección) fueron los PEG sin electrolitos. Un 38 % de los participantes eligió este laxante como tratamiento de primera opción en el paciente diabético. Se observaron diferencias

estadísticamente significativas al comparar según el nivel asistencial, en AP se preferían con mayor frecuencia los PEG sin electrolitos y la lactulosa, mientras que en AE se decantaban con mayor frecuencia por los incrementadores de bolo y los emolientes. (figura 12).

### 3.5. Práctica clínica real en el estreñimiento crónico

Según su experiencia, ¿qué porcentaje de pacientes diagnosticados de EC hay en su centro?

Según el 70 % de los encuestados, en su centro había menos de un 30 % de pacientes diagnosticados de EC (figura 13).

Aproximadamente, ¿cuántos pacientes con estreñimiento crónico acuden a su consulta cada mes?

El 63 % de los médicos, recibía en su consulta más de 10 pacientes con EC, y el 31 % a más de 20 pacientes, sin embargo se detectaron diferencias estadísticamente significativas en función del nivel asistencial, en AE acudía mayor número de pacientes con EC (figura 14).

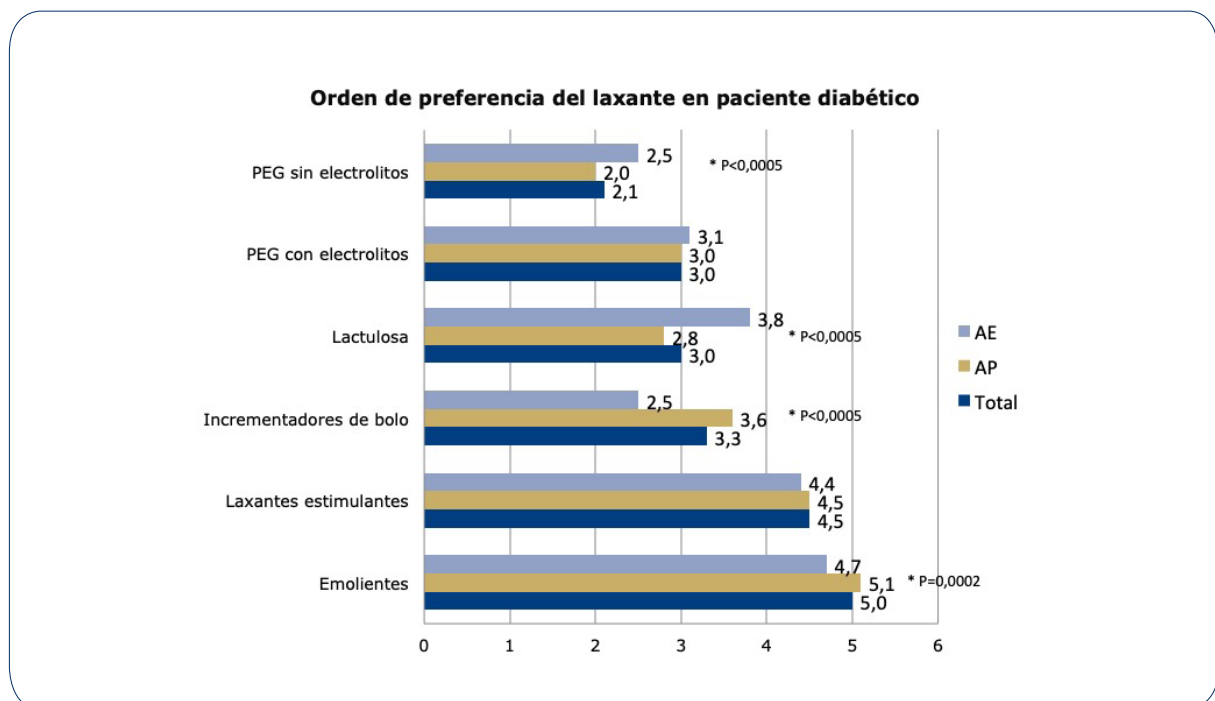
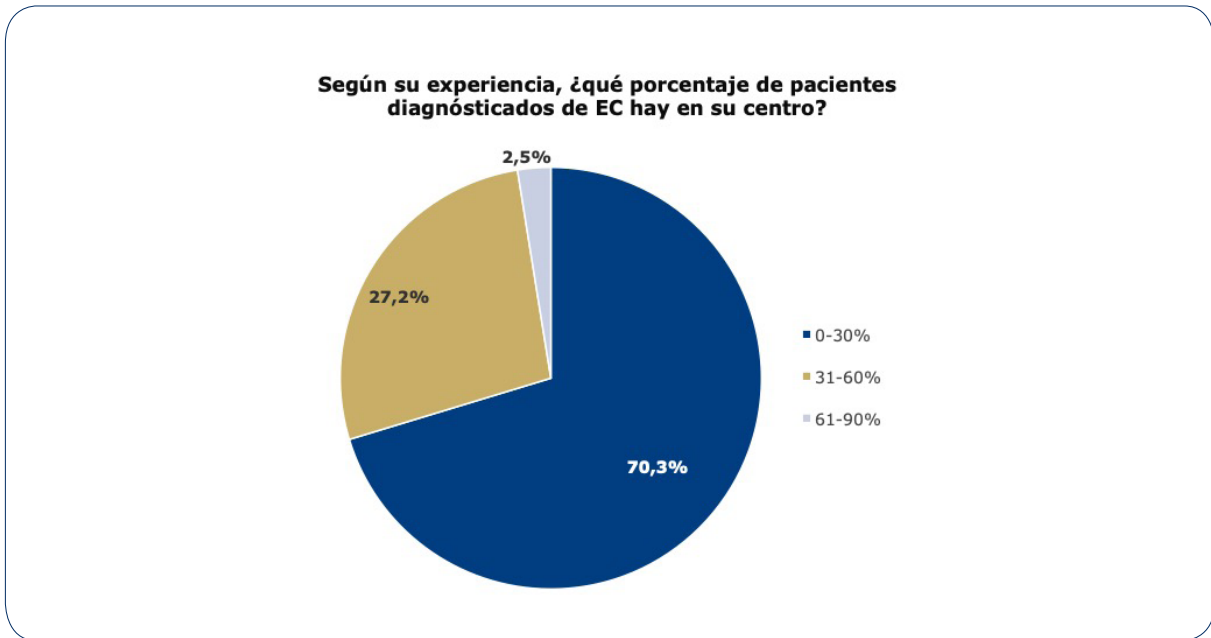
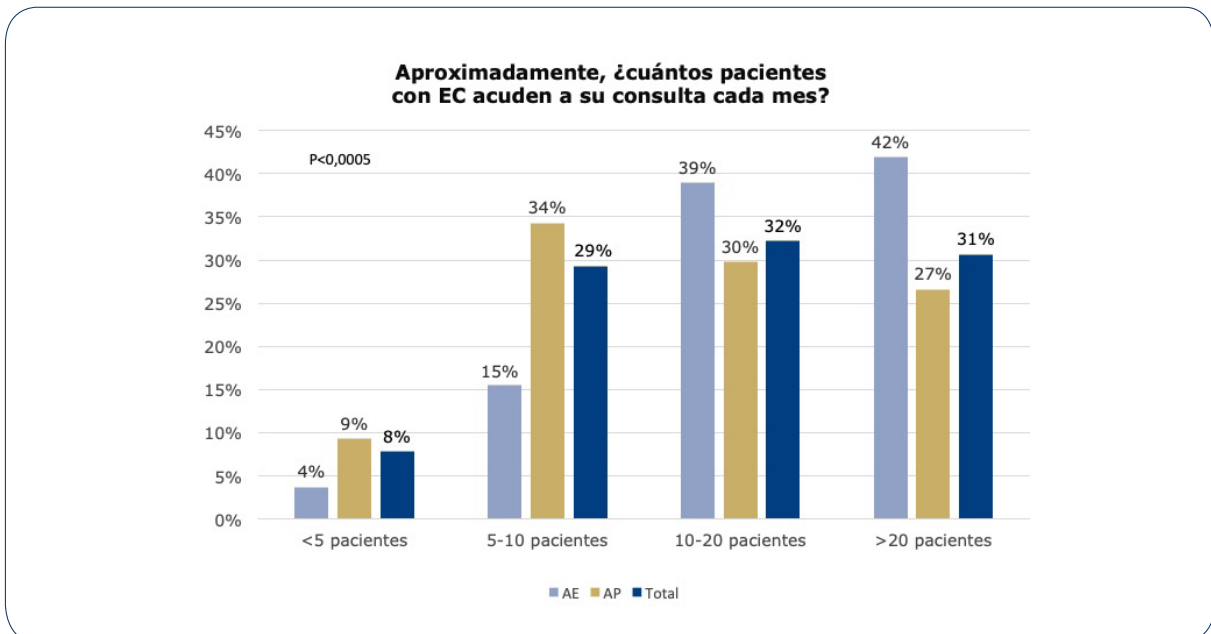


Figura 12: Puntuación media asignada a los laxantes según su preferencia de uso en paciente diabético. Puntuando 1 el de primera elección y 6 el que elegirían en último lugar. Estratificado por especialidad. N = 512.



**Figura 13:** Porcentaje de participantes en función del porcentaje de pacientes diagnosticados de EC en su centro. N = 512.



**Figura 14:** Porcentaje de participantes en función del número de pacientes con EC que acudían a su consulta en un mes. Estratificado por especialidad. N = 512.

**Por favor, indique la vía por la que llegan a su consulta los pacientes que presentan EC.**

Esta cuestión solo fue planteada a los participantes de AE, el 87,5 % de ellos manifestó que los pacientes que presentaban EC le eran derivados desde AP, y un 69 % que lo eran por otro especialista. En media, los pacientes derivados desde AP representaban un 54 % del total de pacientes con EC, los que eran derivados por otro especialista un 17 % y los que acudían directamente a la consulta un 43 % (figura 15).

**¿Dispone su centro de facultativos dedicados al estreñimiento crónico o Unidades de Motilidad?**

El 21 % de los médicos manifestó que su centro se disponía de facultativos dedicados al EC, o de Unidades de Motilidad, detectándose diferencias estadísticamente significativas según el nivel asistencial, siendo mayor la proporción de especialistas que disponían de ellos (39 %) (figura 16).

El 43 % de los participantes de AP que disponían de Unidad de Motilidad solía derivar a los pacientes con EC, el 91 % lo hacía cuando el paciente era refractario a la medicación habitual y el 9 % restante cuando tenía dudas acerca de su manejo.

**¿Qué porcentaje de pacientes que demandan atención sanitaria por el estreñimiento crónico en su servicio cree que reciben solo medidas higiénico – dietéticas?**

Según el 56 % de los encuestados, menos del 30 % de los pacientes que demandaban atención sanitaria por EC en su servicio recibían solo medidas higiénico-dietéticas. Esta proporción fue mayor en AE (30 %) que en AP (50 %), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (figura 17) .

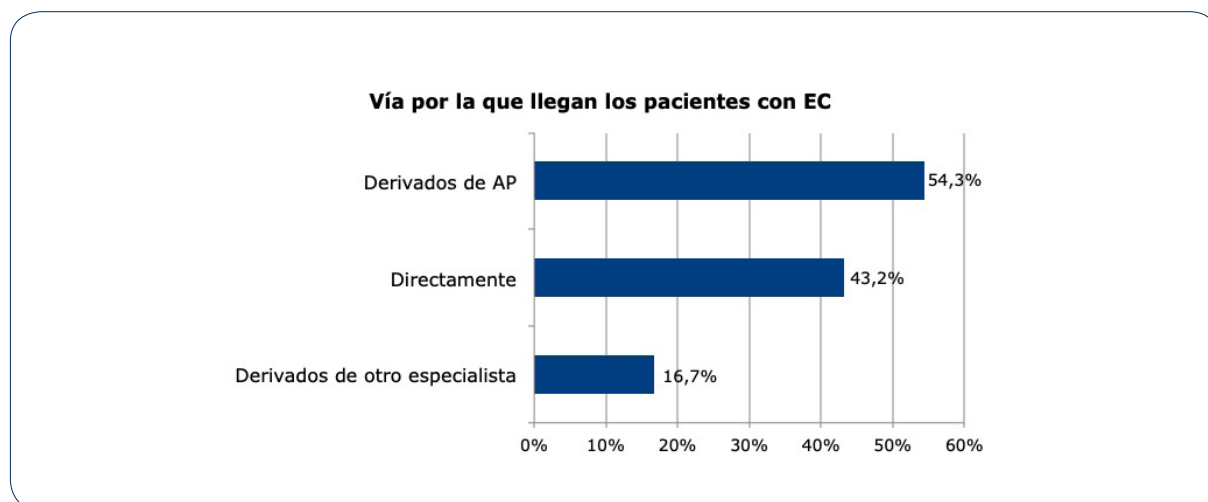
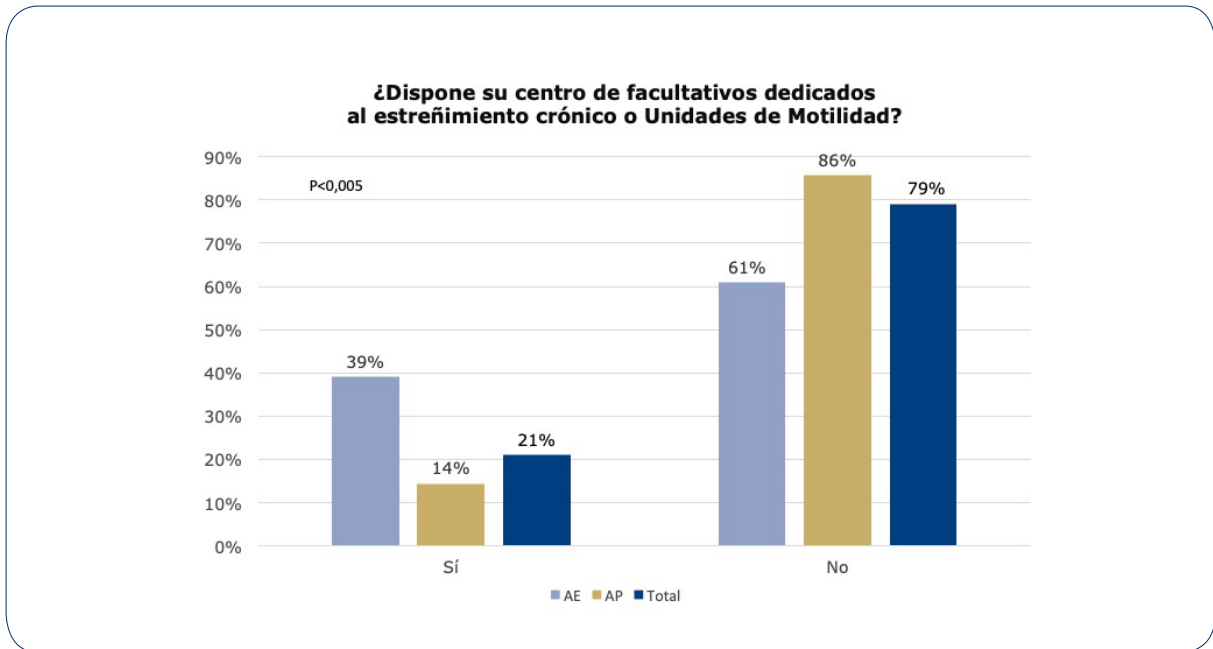
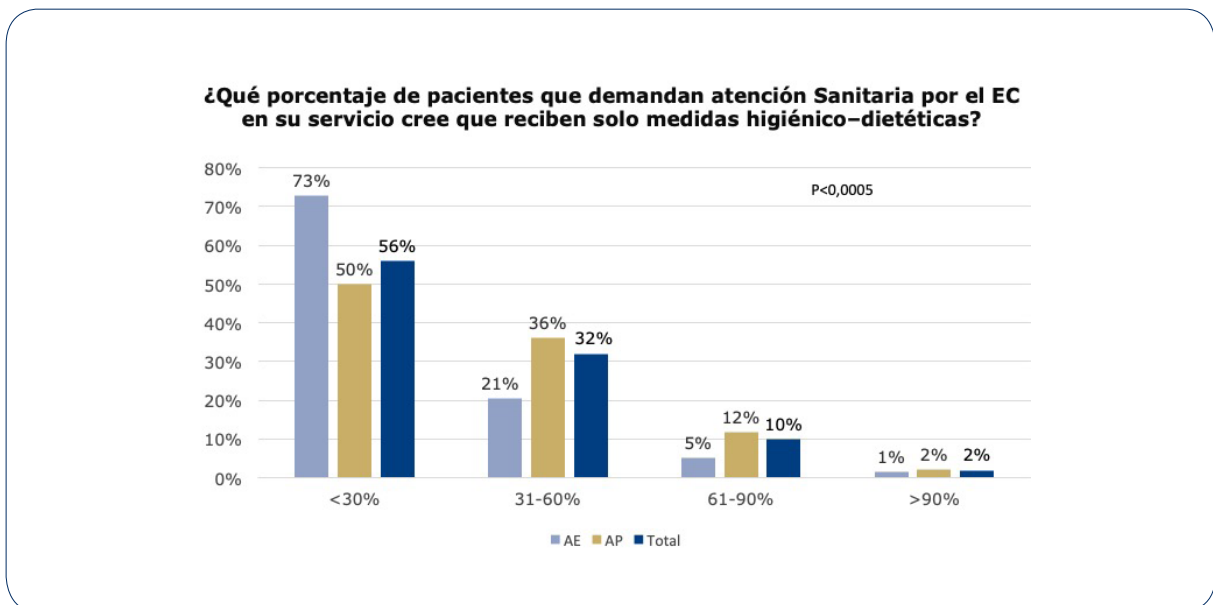


Figura 15: Media de la proporción de pacientes según la vía por la que llegan a la consulta. N = 136.



**Figura 16.** Porcentaje de participantes en función de si disponían de facultativos dedicados al EC o Unidades de motilidad. Estratificado por especialidad N = 512.



**Figura 17:** Porcentaje de participantes en función del porcentaje de sus pacientes con EC que recibían únicamente medidas higiénico-dietéticas. Estratificado por especialidad. N = 512.

**¿Qué porcentaje de los pacientes que son atendidos en su servicio por EC son tratados con lactulosa/lactitol?**

Según el 55 % de los médicos, menos del 30 % de los pacientes que eran atendidos en su servicio por EC eran tratados con lactulosa o lactitol (**figura 18**).

**¿Qué porcentaje de pacientes que son atendidos en su servicio por EC son tratados con PEG?**

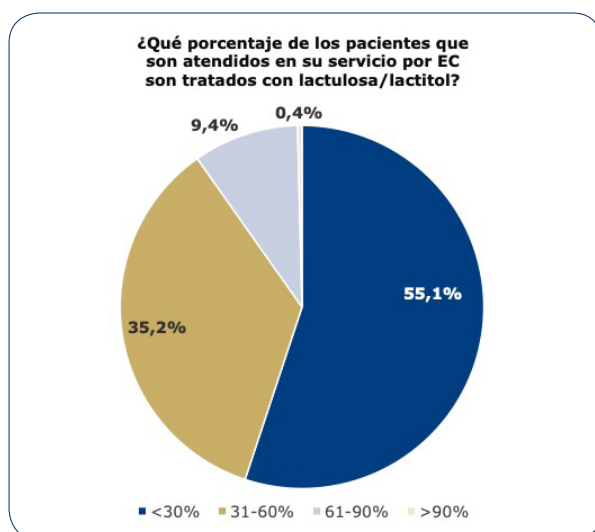
El 83 % de los participante manifestó que menos del 60 % de los pacientes que eran atendidos en su servicio por EC se trataban con PEG (**figura 19**).

**Ante la cantidad de pacientes con EC que tienen comorbilidades que requieren especial cuidado en el balance hidroelectrolítico, ¿a qué porcentaje de los mismos se les prescriben PEG sin electrolitos?**

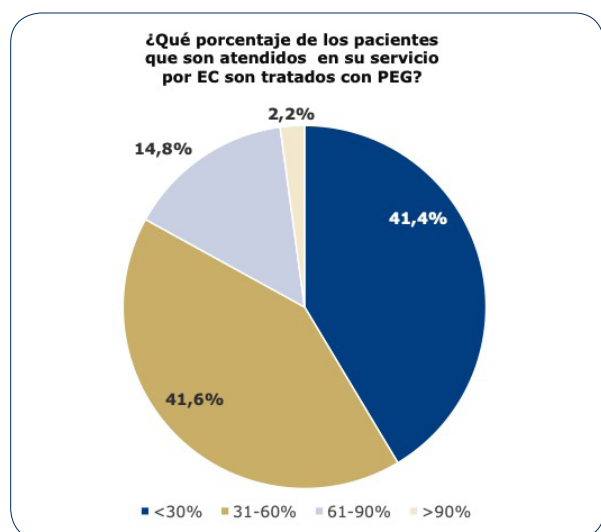
Según el 34 % de los médicos, a menos del 30 % de los pacientes que presentan comorbilidades que requieren especial cuidado en el balance hidroelectrolítico se les prescribían PEG sin electrolitos (**figura 20**).

**A sus pacientes con EC, ¿les hace seguimiento en su consulta?**

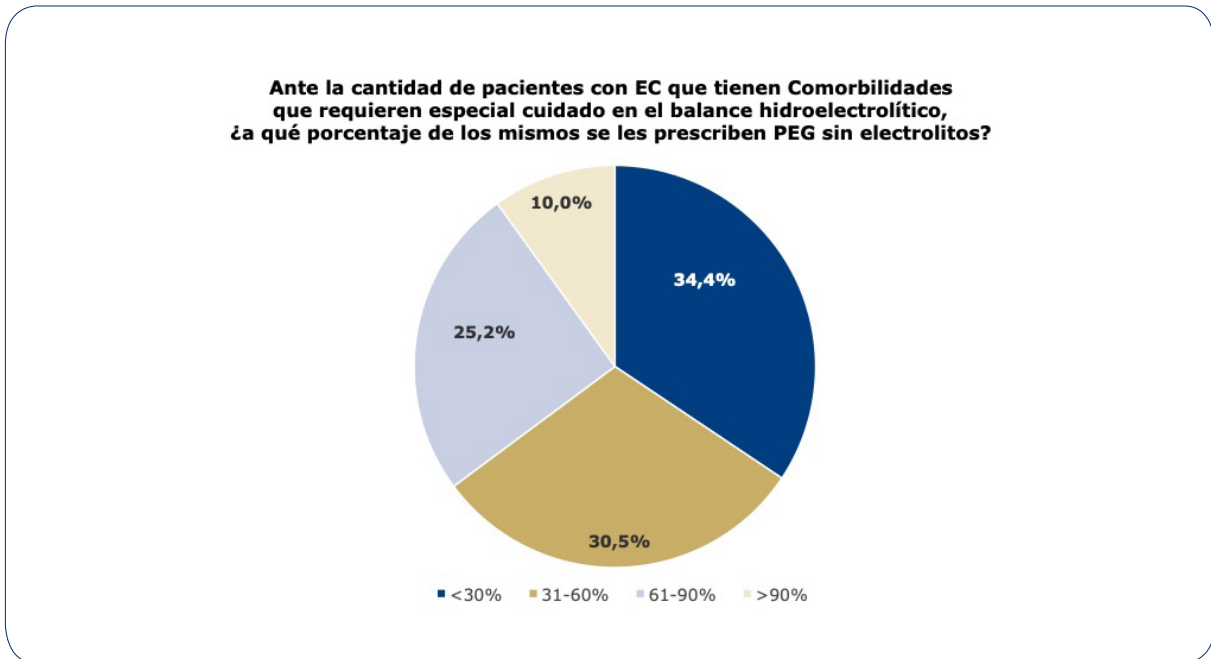
El 54 % de los encuestados hacía seguimiento al cabo de 1 mes de la consulta a sus pacientes con EC. El 63 % de los médicos de AP citaba a los pacientes un mes después de la consulta, mientras que el 50 % de médicos de AE lo hacía 3 meses después, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (**figura 21**).



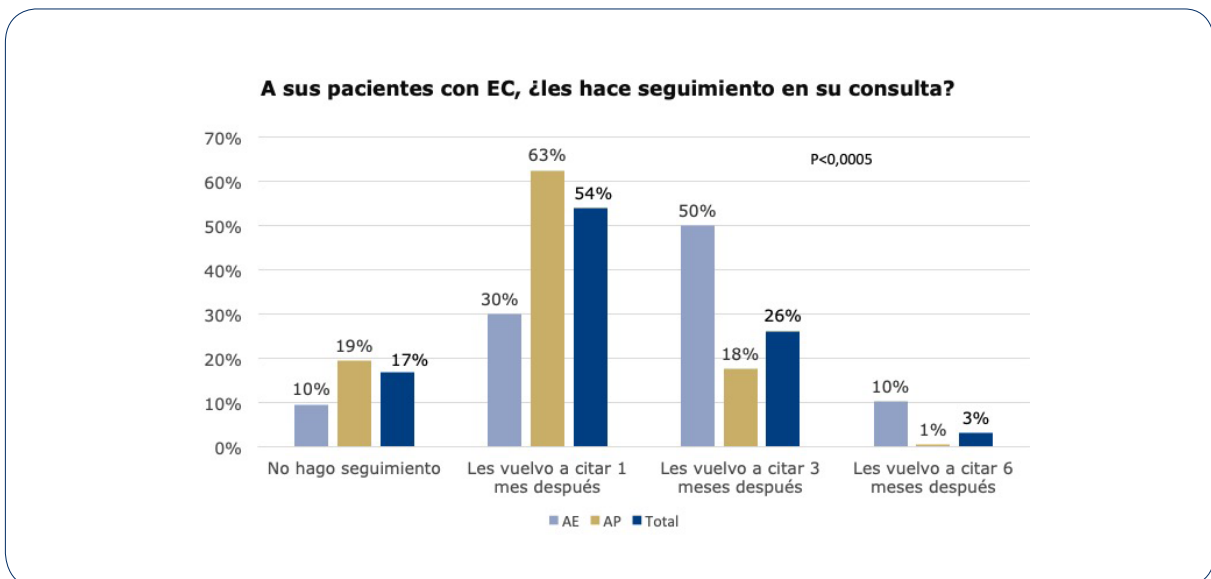
**Figura 18:** Porcentaje de participantes en función del porcentaje de sus pacientes con EC tratados con lactulosa/lactitol. N = 512.



**Figura 19:** Porcentaje de participantes en función del porcentaje de sus pacientes con EC tratados con PEG. N = 512.



**Figura 20.** Porcentaje de participantes en función del porcentaje de sus pacientes con EC que requerían especial cuidado en el balance hidroelectrolítico a los que se prescribía PEG sin electrolitos. N = 512.



**Figura 21.** Porcentaje de participantes en función del porcentaje de sus pacientes con EC que requerían especial cuidado en el balance hidroelectrolítico a los que se prescribía PEG sin electrolitos. N = 512.



### ¿Cuál es la duración media del tratamiento con laxantes en sus pacientes?

El 40 % de los participantes manifestó que la duración media del tratamiento con laxantes en sus pacientes dependía del laxante pautado. El 23 % de los médicos de AP señaló que esta duración era de 3 meses, mientras que este porcentaje fue del 16 % en AE, esta diferencia resultó estadísticamente significativa (figura 22).

### Quando prevé que la duración del tratamiento será larga, ¿qué laxante le puede garantizar más seguridad?

En caso de previsión de tratamiento durante un largo periodo de tiempo, el 81 % de los participantes opinaba que los PEG sin electrolitos eran el laxante que podía garantizar una mayor seguridad. También en este caso se detectaron diferencias estadísticamente significativas en función del nivel asistencial, los participantes de AP apuntaron en mayor medida los PEG sin electrolitos como laxante más seguro (figura 23).

Por favor, puntúe de 1 a 6 los diferentes laxantes según su grado de satisfacción, siendo 1 es el de menor y 6 el de mayor grado de satisfacción.

El laxante mejor valorado fue el PEG sin electrolitos, que alcanzó una media de 5,04 sobre una puntuación máxima de 6. Un 46 % de los encuestados le otorgaron la puntuación máxima (6 sobre 6). El grado

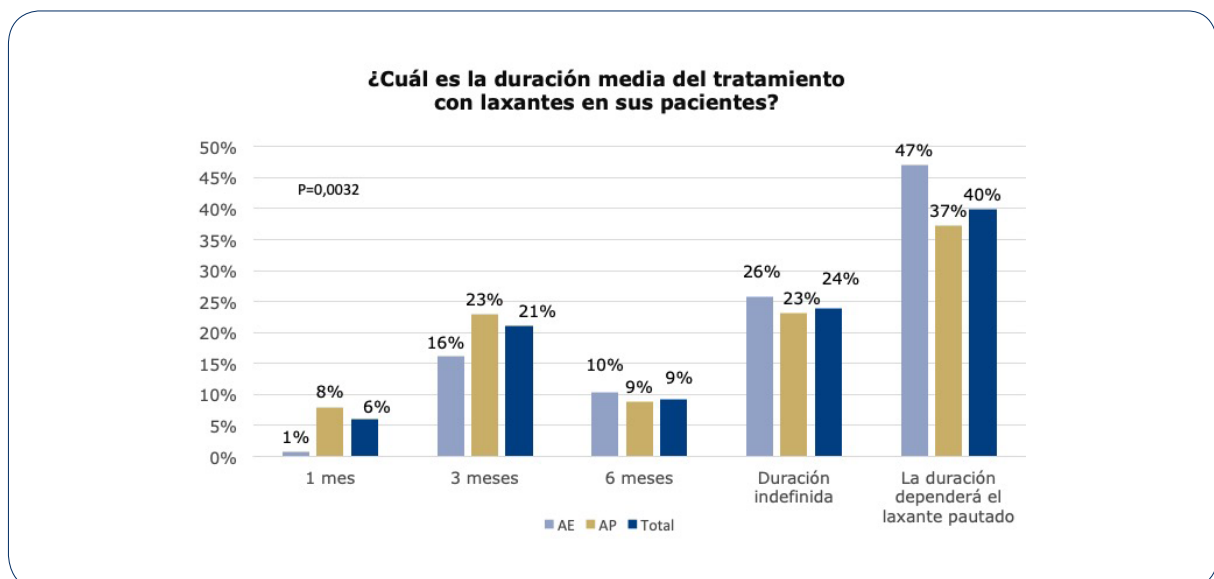
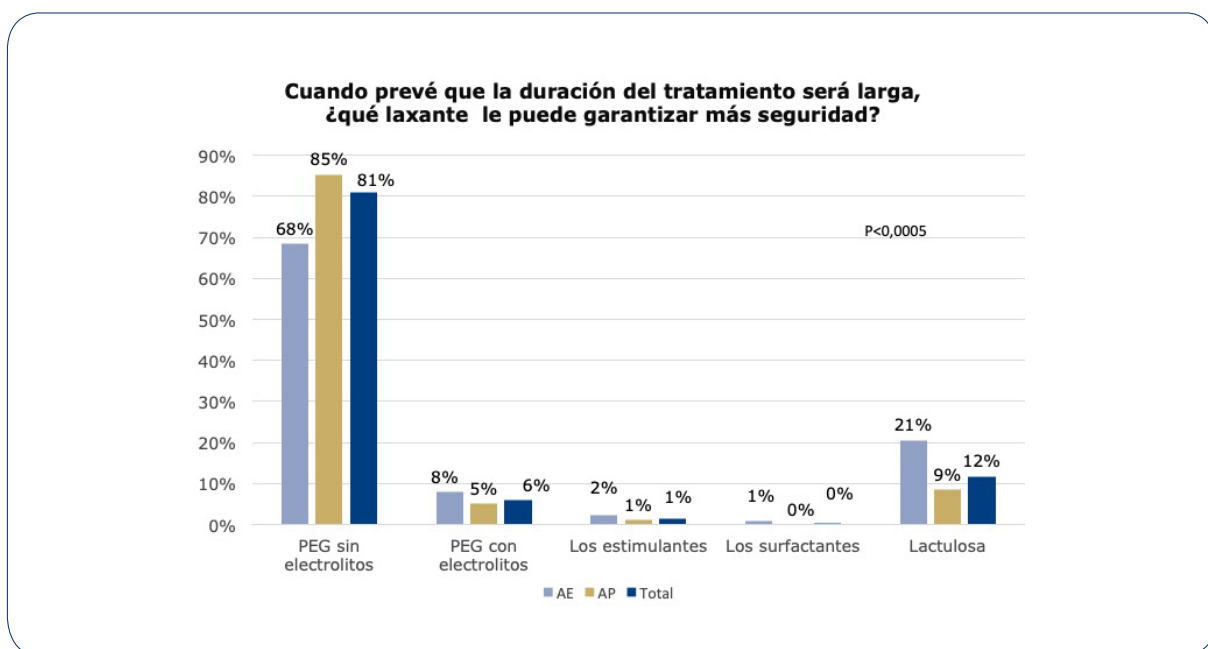


Figura 22. Porcentaje de participantes en función de la duración media del tratamiento con laxantes a sus pacientes con EC. Estratificado por especialidad. N = 512.



**Figura 23.** Porcentaje de participantes en función del laxante elegido por su seguridad en caso de tratamiento de larga duración. Estratificado por especialidad. N = 512.

de satisfacción con PEG sin electrolitos y lactulosa fue mayor en AP y con PEG sin electrolitos, incrementadores de bolo y laxantes estimulantes mayor en AE, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (**figura 24**).

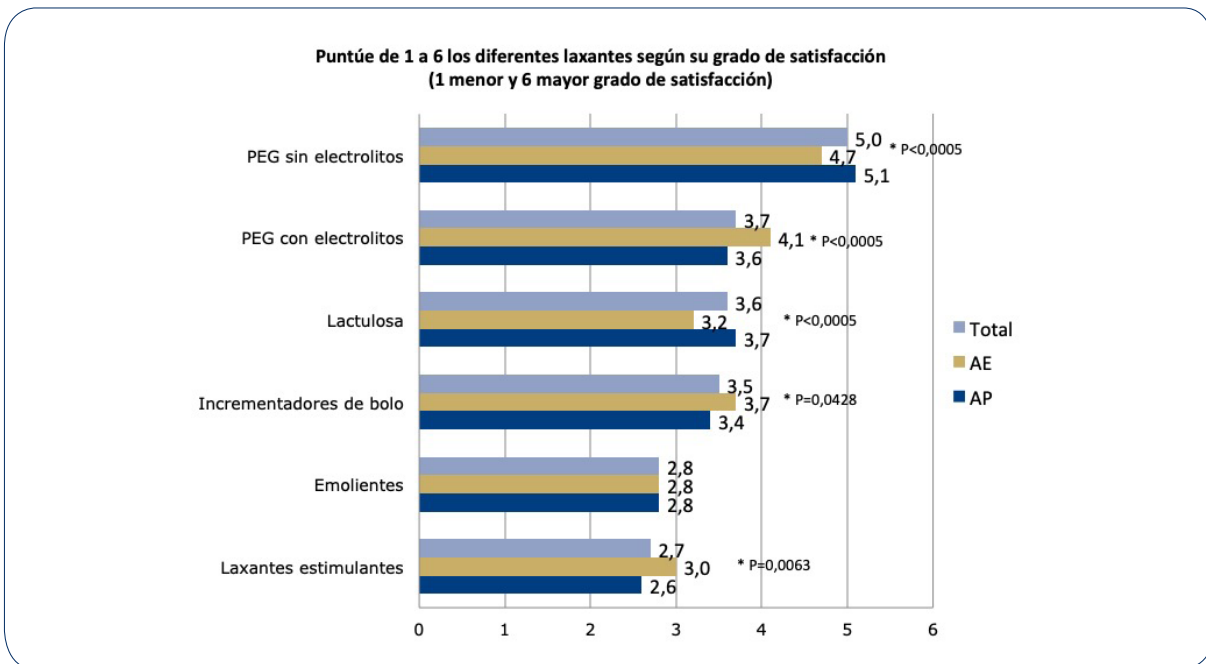
### Cuando un paciente con estreñimiento crónico es derivado de la Consulta de Digestivo o Unidad de Motilidad a su consulta, ¿Mantiene el tratamiento prescrito por el especialista?

Esta cuestión solo fue planteada a los médicos de AP, el 64 % manifestó que mantenía el tratamiento prescrito por el especialista, el 35 % que dependía del tratamiento prescrito y un 1 % lo cambiaba.

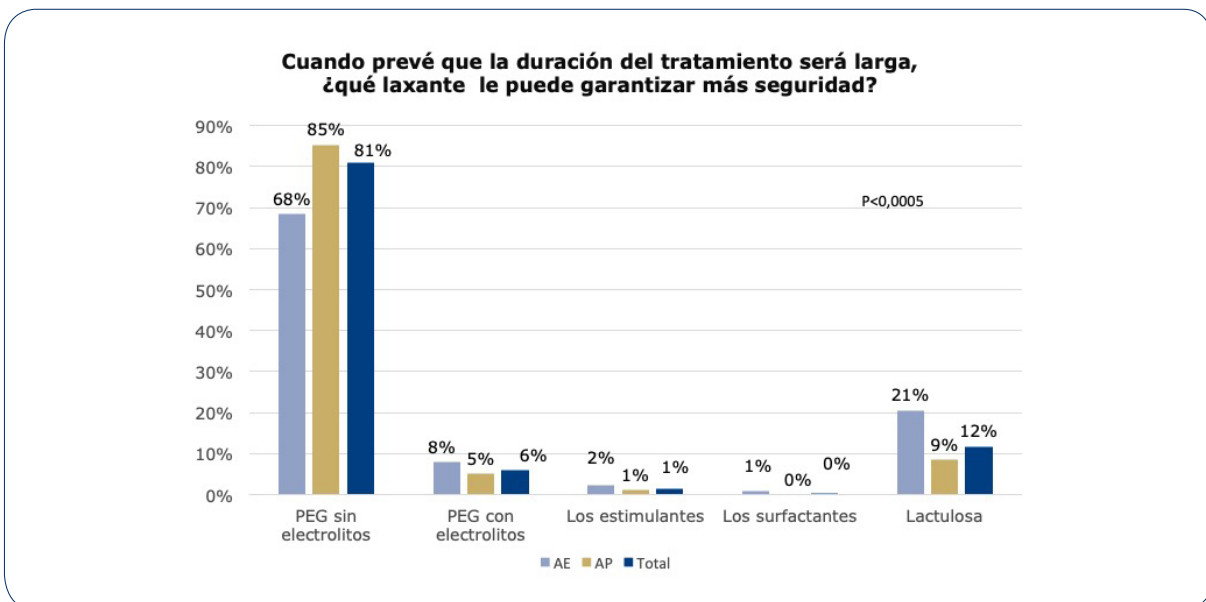
El 73 % de los participantes que cambiaba el tratamiento lo hacía a causa de los efectos secundarios, el 5 % por el precio del fármaco y el 21 % mencionó otras causas.

### Según su opinión, marque los recursos que crea necesarios para un manejo adecuado del EC

Esta cuestión, solo la respondieron los médicos de AP. El 77 % señaló que eran necesarios programas de formación a médicos, y el 72 % se decantó tanto por la educación de hábitos saludables como por la elaboración de protocolos o guías clínicas (**figura 25**).



**Figura 24.** Puntuación media asignada a los laxantes según el grado de satisfacción de los clínicos. Puntuando 1 el de menor satisfacción y 6 el que máxima satisfacción. Estratificado por especialidad. N = 512.



**Figura 25.** Porcentaje de participantes en función de los recursos que creía necesarios para un manejo adecuado del EC. Multi-respuesta. N = 376.

### 4. Discusión

Los resultados obtenidos del estudio permiten sacar conclusiones muy interesantes sobre el conocimiento y manejo del EC en la práctica clínica, tanto en AE (aparato digestivo), como en AP.

Un primer aspecto es la importancia de la educación de los pacientes, a través de medidas higiénico-dietéticas. El 73 % de los médicos de AE manifestó que menos del 30 % de los pacientes que acudían a sus consultas por EC recibían sólo medidas higiénico-dietéticas, mientras que este porcentaje fue del 50 % entre los AP. Este resultado se debe al hecho que en la mayoría de las ocasiones el paciente acude por primera vez al médico de AP y las medidas higiénico-dietéticas deben ser la primera recomendación.

En cuanto al conocimiento de las diferentes opciones terapéuticas para el manejo del EC, el 97 % de los médicos conoce las principales diferencias entre los distintos laxantes. La fibra es la primera opción terapéutica, la usaban la mayoría de los médicos de AE, mientras que el 44 % de los médicos de AP utilizaban como primera opción el laxante osmótico.

Dentro del grupo del laxante osmótico, el 76 % de los AP utilizaba los laxantes basados en PEG o macrogol y hasta el 63 % de ellos usaba PEG sin electrolitos, ya que comprendían la limitación en determinados pacientes del uso de electrolitos. Sin embargo, el 10 % de los participantes usan siempre PEG con electrolitos, argumentaron, entre otros motivos, que les parecía beneficioso porque prevenía la deshidratación del paciente al reponer los electrolitos.

Un problema que puede presentarse al prescribir un laxante, son las comorbilidades que puede tener el paciente con EC, siendo el paciente con patología renal o cardiaca, el que más se puede beneficiar del uso de PEG sin electrolitos.

En ocasiones el paciente con EC toma otros medicamentos que pueden limitar el uso de laxantes. En este supuesto, en AP los médicos son conocedores de las restricciones del uso de los laxantes con electrolitos en pacientes con hipertensión arterial, complejos, polimedicados, ancianos, nefrópatas y diabéticos.

En AE los participantes opinaron que los pacientes con nefropatía (80 % de los investigadores) y los pacientes con cardiopatía (47 %), presentaban restricciones a los PEG con electrolitos.

Otra patología a tener en cuenta es la diabetes mellitus. En estos pacientes el 88 % de los participantes señaló que hay que tener en cuenta el laxante a prescribir debido a que alguno de ellos puede alterar la glucemia. Al comparar por nivel asistencial, en AP se tenía mayor preferencia por los PEG sin electrolitos y la lactulosa, mientras que en AE se tendía a prescribir con mayor frecuencia los incrementadores de bolo y los emolientes.

Atendiendo a la práctica clínica real, hasta en el 70 % de los participantes refirieron que en su centro había menos de un 30 % de pacientes diagnosticados de EC, hecho que complica el mejor manejo y se-

guimiento de estos pacientes. Sin embargo, llama la atención que la cantidad de pacientes que acuden al mes a una consulta de AE por EC fuera entorno a 10-20 pacientes, siendo la mayoría de ellos derivados desde AP. En AE acudía un mayor número de pacientes con EC que en AP, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

En una gran mayoría de los centros, no se disponía de facultativos dedicados al EC, por tanto los pacientes no eran valorados en una consulta específica para esta patología. En la actualidad al paciente con estreñimiento se le vuelve a valorar en consulta a los 3 meses de la primera consulta, en el 50 % de los médicos de AE, mientras que el 63 % de los AP citaba a sus pacientes un mes después de la primera consulta.

El 40 % de los participantes manifestó que la duración media del tratamiento con laxantes en sus pacientes, dependía del laxante pautado. En caso de previsión de tratamiento durante un largo periodo de tiempo, el 81 % de los participantes opinaba que los PEG sin electrolitos eran el laxante que les podía garantizar una mayor seguridad.

Llama la atención, que pese a la importancia de la educación sanitaria en el estreñimiento, en muy pocas ocasiones se le ofrecen al paciente, medidas higiénico-dietéticas, siendo más frecuente en AP que en AE. Hasta hace unos años los laxantes que con más frecuencia se usaban como primera opción eran la lactulosa o lactitol, siendo el polietilenglicol el laxante osmótico más empleado en práctica clínica real.

Actualmente tenemos que ser conscientes que en paciente que presenta comorbilidades que requieren especial cuidado en el balance de hidroelectrolitos, el PEG sin electrolitos debe ser la primera opción a tener en cuenta. Esto hace que este laxante sea el mejor valorado, en cuanto al grado de seguridad por parte de los médicos.

## 5. Conclusiones

- ✓ La educación, encaminada a ofrecer medidas higiénico–dietéticas, debe ser el primer paso para un correcto manejo del EC.
- ✓ Un segundo escalón terapéutico debe ser la fibra, aunque en la práctica clínica no se prescribe de forma habitual.
- ✓ El laxante osmótico es el más prescrito y dentro de este grupo el PEG el más usado.
- ✓ Dentro de los PEG, cuando tenemos que prescribir laxantes a pacientes con ciertas comorbilidades como patología renal, cardíaca, e incluso diabetes mellitus, así como en el paciente anciano y/ o polimedicado un PEG que no contenga electrolitos sería el más indicado, dado que estos pacientes presentan restricciones de uso de PEG con electrolitos.
- ✓ El laxante mejor valorado en cuanto a perfil de seguridad por los médicos es el PEG sin electrolitos.

### 6. Bibliografía

1. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology* 2013;144:218-38.
2. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2011;25:3-18.
3. Garrigues V, Galvez C, Ortiz V, et al. Prevalence of constipation: agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a population-based survey in Spain. *Am J Epidemiol* 2004;159:520-6.



Coordinación y Secretaría Técnica



Poeta Joan Maragall, 60 - 28020 Madrid  
e-mail: [mec18@gruposaned.com](mailto:mec18@gruposaned.com)