

## Constipación funcional en adultos: diagnóstico y tratamiento en APS

**Autor:** Dra. Marta Catherine Rodríguez Meza, Residente Medicina Familiar mención Adulto UCM

**Revisor:** Dra. Ángela Chamorro, Docente Subdepartamento Medicina Familiar UCM

### Resumen

La constipación funcional constituye uno de los trastornos digestivos más frecuentes en la atención primaria de salud. Se presenta habitualmente con evacuaciones infrecuentes, heces de consistencia dura y sensación de vaciamiento incompleto, con o sin esfuerzo excesivo. Su prevalencia es elevada a nivel mundial, aumenta con la edad y afecta predominantemente a mujeres, lo que repercute de manera importante en la calidad de vida. El diagnóstico es principalmente clínico y se fundamenta en los criterios de Roma IV, apoyado en una anamnesis dirigida y el examen físico, con énfasis en la pesquisa de síntomas de alarma. El abordaje terapéutico debe ser escalonado, iniciando con medidas no farmacológicas, como dieta rica en fibra, adecuada hidratación, ejercicio y hábitos intestinales saludables, e incorporando progresivamente laxantes u otras terapias farmacológicas en los casos que no responden a las intervenciones iniciales.

### Introducción

La constipación funcional es un síndrome digestivo frecuente y uno de los motivos de consulta más habituales en la atención primaria de salud. Su prevalencia se estima entre 10 y 40 % a nivel mundial, con mayor afectación en mujeres y en personas de edad avanzada <sup>(1,2)</sup>, lo que se traduce en una alta carga asistencial y en un deterioro significativo de la calidad de vida. En Chile constituye un problema clínico prevalente que exige un abordaje sistemático, capaz de distinguir entre cuadros funcionales y causas secundarias de mayor gravedad. Contar con un conocimiento actualizado de los criterios diagnósticos y de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas disponibles resulta esencial para asegurar un manejo integral, oportuno y centrado en la persona <sup>(3)</sup>.

### Desarrollo

La constipación funcional no se limita únicamente a un número reducido de evacuaciones semanales definido como menos de tres por semana, sino que también incluye la presencia de evacuación dificultosa, heces de consistencia dura, esfuerzo defecatorio excesivo y sensación persistente de vaciamiento incompleto <sup>(1)</sup>. Su prevalencia varía según la edad, alcanzando cerca de un 14 % en adultos jóvenes y se incrementa hasta un 30 % en personas mayores de 70 años <sup>(2)</sup>, lo que refleja su relevancia clínica en diferentes etapas de la vida.

La evaluación clínica debe iniciar con una anamnesis dirigida que indague sobre el inicio y evolución de los síntomas, la frecuencia y características de las deposiciones según la escala de Bristol, la necesidad de pujo, el uso de laxantes y la presencia de molestias asociadas como dolor o distensión abdominal. Es fundamental además pesquisar signos de alarma, entre ellos hemorragia digestiva, anemia, baja de peso inexplicada o antecedentes familiares de cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal, que orientan hacia causas secundarias <sup>(1)</sup>.

El examen físico debe comenzar siempre con una valoración general que permita descartar patología sistémica, seguida de la exploración abdominal en busca de distensión, dolor o fecalomas. El tacto rectal constituye una herramienta indispensable, ya que aporta información sobre el tono esfinteriano, la presencia de masas y la función anorrectal, permitiendo incluso sospechar desórdenes de la defecación como la defecación disinérgica <sup>(1)</sup>.

El diagnóstico es principalmente clínico y se fundamenta en los criterios de Roma IV, que exigen la presencia de al menos dos síntomas cardinales en más de una cuarta parte de las deposiciones: esfuerzo excesivo, heces duras o fragmentadas, sensación de evacuación incompleta, percepción de obstrucción anorrectal, necesidad de maniobras manuales para evacuar o una frecuencia reducida de evacuaciones inferior a tres por semana. Estos síntomas deben mantenerse durante al menos tres meses, con inicio seis meses antes del diagnóstico, y no deben atribuirse a una enfermedad orgánica identificable <sup>(1)</sup>.

La aplicación de estos criterios permite delimitar la constipación funcional como entidad clínica, diferenciándola de cuadros secundarios y favoreciendo un abordaje terapéutico adecuado. Los estudios complementarios quedan reservados para los pacientes que presentan síntomas de alarma o refractariedad a las medidas iniciales, garantizando así un manejo racional y costo-efectivo desde el primer nivel de atención <sup>(3)</sup>.

El manejo inicial de la constipación funcional debe enfocarse en modificaciones del estilo de vida, constituyendo la primera línea en atención primaria. La ingesta de fibra dietética es central, recomendándose privilegiar el consumo de fibra soluble presente en frutas, verduras, legumbres y ciertos cereales, ya que retiene agua, aumenta el volumen del bolo fecal y mejora la consistencia de las deposiciones. Este tipo de fibra ha demostrado mayor efectividad que la fibra insoluble, especialmente en la reducción de heces duras y la mejoría de la frecuencia evacuatoria <sup>(4)</sup>.

A ello se suma la importancia de una hidratación adecuada, estimada en 1,5 a 2 litros de líquidos diarios, siempre ajustada a la edad y condición clínica del paciente. El ejercicio físico regular, particularmente el de tipo aeróbico (caminar, trotar suave, QiGong), se ha asociado con un beneficio significativo, aumentando en casi el doble la probabilidad de mejoría de los síntomas respecto a quienes mantienen un estilo de vida sedentario <sup>(6)</sup>.

Otro pilar es la higiene del hábito intestinal, que incluye establecer horarios regulares para intentar la evacuación, idealmente después de las comidas, mantener una postura adecuada en el inodoro (con elevación de los pies para optimizar el ángulo ano-rectal) y evitar la supresión de la urgencia defecatoria <sup>(3)</sup>. Aunque estas medidas no siempre logran una resolución completa, constituyen la base sobre la que se estructura el manejo integral del estreñimiento funcional.

Por otro lado, en aquellos pacientes que no alcanzan una respuesta suficiente con las medidas previas, se recomienda avanzar de manera escalonada hacia la terapia farmacológica. En nuestro país tenemos disponibles:

1. **Agentes formadores de bolo:** incluyen suplementos de fibra como el Psyllium que ha mostrado un beneficio significativo frente a placebo, sobre todo cuando se administra en dosis superiores a 10 g diarios y por períodos iguales o mayores a cuatro semanas <sup>(4)</sup>.
2. **Laxantes osmóticos:** el Polietilenglicol (PEG) es la opción con mayor evidencia de eficacia y seguridad, logrando hasta dos deposiciones adicionales por semana frente a placebo y demostrando superioridad respecto a Lactulosa <sup>(5)</sup>. La indicación mediante receta magistral es la alternativa más costo-efectiva.
3. **Laxantes estimulantes:** el Picosulfato de sodio estimula directamente la motilidad intestinal. Su uso se considera de tercera línea, reservado a pacientes que no responden a fibra suplementaria ni a laxantes osmóticos, y siempre por períodos cortos o como terapia de rescate <sup>(3)</sup>.
4. **Agonista serotoninérgico 5-HT4:** la Prucaloprida constituye una alternativa eficaz para la constipación crónica refractaria, usado como tercera línea de tratamiento, aunque su costo y acceso condicionan su uso principalmente a nivel secundario <sup>(3)</sup>.
5. **Terapias emergentes:** agentes como Lubiprostona, Linaclotida y Elobixibat han demostrado eficacia en estudios internacionales, pero actualmente no están disponibles en Chile, por lo que podrían representar alternativas futuras para pacientes refractarios a los laxantes convencionales <sup>(3)</sup>.

## Conclusión

La constipación funcional es un trastorno frecuente que requiere un abordaje clínico ordenado y progresivo, centrado en el reconocimiento temprano de síntomas de alarma y en la implementación de estrategias terapéuticas escalonadas. La incorporación de educación y seguimiento fomenta el autocuidado y la adherencia, elementos clave para sostener los resultados en el tiempo. Este enfoque integral no solo repercute positivamente en la calidad de vida de los pacientes, sino que también fortalece la capacidad resolutoria de la atención primaria de salud.



## Bibliografía

1. González R, Cortés P, Saenz R, Riquelme A. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Gastroenterología; 2021. p. 217-24.
2. Choung RS, Rey E, Locke GR, Schleck CD, Baum C, Zinsmeister AR, *et al.* Chronic constipation and comorbidities: a prospective population-based nested case-control study. *United European Gastroenterol J.* 2016;4(1):142-51. doi:10.1177/2050640614558476.
3. Sadler K, Arnold F, Dean S. Chronic constipation in adults. *Am Fam Physician.* 2022;106(3):299-306.
4. 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 RCTs. *Am J Clin Nutr.* 2022;116(4):953-69. doi:10.1093/ajcn/nqac184.
5. Belsey JD, Geraint M, Dixon TA. Systematic review and meta-analysis: polyethylene glycol in adults with non-organic constipation. *Int J Clin Pract.* 2010;64(7):944-55. doi:10.1111/j.1742-1241.2010.02397.x.
6. Gao R, Tao Y, Zhou C, Zhao Y, Wang L, Wang J, *et al.* Exercise therapy in patients with constipation: a systematic review and meta-analysis of RCTs. *Scand J Gastroenterol.* 2019;54(9):1072-84. doi:10.1080/00365521.2019.1568544.