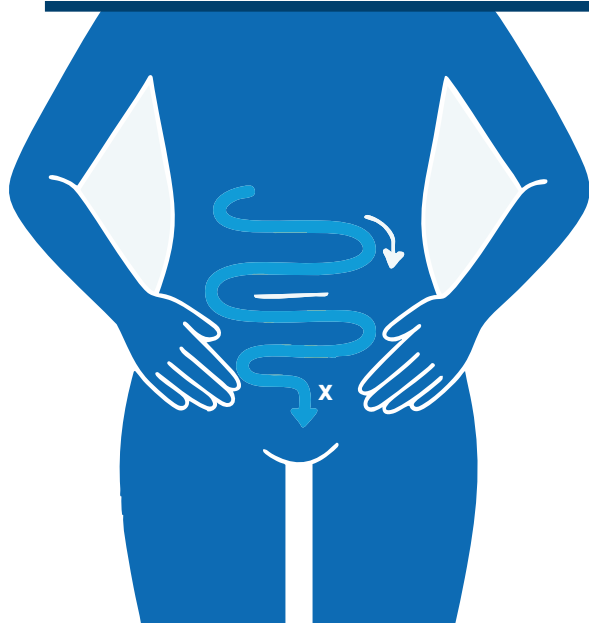


ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

GUÍA DE ACTUACIÓN EN FARMACIA COMUNITARIA



SEFAC

Sociedad Española de Farmacia
Clínica, Familiar y Comunitaria

© SEFAC, 2026. 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 el permiso de SEFAC.

ISBN: 978-84-09-80613-3

Depósito legal: M-2923-2026

Esta publicación debe citarse de la siguiente forma:

Codesal Fidalgo M, Cámara Ramos I. Estreñimiento crónico. Guía de actuación en farmacia comunitaria. Madrid: SEFAC; 2026.

ÍNDICE

1. Justificación	7
2. Introducción	7
3. Clasificación	9
4. Causas	10
5. Diagnóstico	11
6. Tratamiento	12
6.1 No farmacológico	12
- Alimentación	12
- Hidratación	15
- Estilo de vida	15
6.2 Farmacológico	16
- Laxantes osmóticos	16
- Laxantes formadores de volumen	18
- Laxantes estimulantes	18
- Laxantes lubricantes	18
7. Protocolo de actuación	20
8. Conclusiones	21
9. Bibliografía	22

Anexos:

- Anexo 1. Criterios de Roma IV para el diagnóstico de estreñimiento funcional.
- Anexo 2. Escala de Bristol.
- Anexo 3. Escala de Amsterdam.
- Anexo 4. Lista de principios activos que pueden ocasionar estreñimiento como efecto adverso.

GLOSARIO

Colostomía: formación quirúrgica de una abertura que aboca el colon a la superficie corporal, creando una comunicación permanente de la luz visceral con el exterior.

Constricción colónica: estrechamiento anormal del colon por un mecanismo de constricción.

Defecación disinérgica: alteración de la sinergia del mecanismo de la defecación por la cual la musculatura del suelo pélvico se contrae en lugar de relajarse sincrónicamente con el esfuerzo de la prensa abdominal y la relajación anal que se producen durante la defecación. La consecuencia es una dificultad para la expulsión de las heces que puede originar estreñimiento crónico.

Distensión abdominal: aumento del perímetro del abdomen con protrusión de la pared abdominal. Puede deberse a aumento del gas intestinal, como ocurre en la obstrucción intestinal o en el íleo paralítico, o a la acumulación de gran cantidad de líquido ascítico. La percusión abdominal permite diferenciar fácilmente ambas causas.

Distrofia miotónica: enfermedad multisistémica caracterizada por una distrofia muscular con miotonía que, en el tipo 1, afecta inicialmente a los músculos distales de las extremidades y la cara, y a los oculomotores, mientras que en el tipo 2 afecta más a los músculos proximales.

Enfermedad de Chagas: enfermedad parasitaria causada por *Trypanosoma cruzi*, que se limita al continente americano y cursa de forma asintomática, aguda o crónica.

Enfermedad de Hirschsprung: enfermedad del intestino debida a la ausencia de las células ganglionares del sistema nervioso parasimpático normalmente presentes en los plexos intramurales.

Enfermedad Inflamatoria Intestinal: cada una de las enfermedades caracterizadas por un proceso inflamatorio crónico de causa desconocida que afecta al intestino. Las dos formas más frecuentes y mejor estudiadas son la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn.

Flatulencia: meteorismo; gas intestinal expulsado del cuerpo por el ano.

Hiper/hipocalcemia: aumento/disminución anormal de la concentración sanguínea, sérica o plasmática de calcio, de causa diversa (en particular, hiperparatiroidismo y tumores malignos), que cursa con fatiga, confusión mental, náuseas, vómitos, estreñimiento, defectos tubulares reversibles, acortamiento del intervalo QT y, en ocasiones, arritmias.

Ileostomía: operación consistente en crear una abertura en el íleon y abocarla al exterior a través de la pared del abdomen. Puede ser lateral, sin interrumpir la luz del íleon, o terminal, abocando a la pared abdominal el segmento proximal del íleon seccionado en toda su circunferencia.

Íleo paralítico: oclusión intestinal debida a un fallo de la función motora del intestino, lo que ocasiona una dilatación pasiva y progresiva de las asas por el contenido estancado. Tiene múltiples orígenes: postoperatorio, peritonítico, reflejo, toxicometabólico, vascular, farmacológico, etc.

Impactación fecal: acúmulo de heces endurecidas o con consistencias de masilla en el recto o en el colon sigmoide, que no pueden ser evacuadas con la deposición.

Neoplasia: proliferación autónoma e independiente de las células de un tejido como consecuencia de una alteración significativa en su morfología, estructura y funcionamiento.

Neumonía por aspiración: inflamación del parénquima pulmonar como consecuencia de la aspiración de contenido extraño, como líquidos, secreciones bucofaríngeas, restos alimenticios o vómito, generalmente, procedente de la orofaringe o del estómago, a los pulmones. Los microbios patógenos responsables suelen ser bacterias anaerobias o bacilos gramnegativos.

Panhipopituitarismo: deficiencia global de todas las hormonas de la hipófisis anterior, que ocasiona una insuficiencia gonadal, tiroidea y suprarrenal. Cursa con manifestaciones clínicas muy variadas: regresión de caracteres sexuales secundarios, anulación de la libido, amenorrea, estatura baja, lasitud, cansancio precoz, adelgazamiento, palidez, bradicardia, hipotensión arterial, ausencia de vello, intolerancia al frío, depresión, etc.

Pólipo: proliferación anormal y benigna que se origina en la membrana mucosa de un epitelio. La unión al epitelio puede ser en toda su superficie (sésil) o a través de un pedículo.

Porfiria: cada una de las enfermedades metabólicas, habitualmente hereditarias, de un grupo heterogéneo caracterizado por la deficiencia parcial o completa de alguna de las enzimas que intervienen en la biosíntesis del hemo y en las que se origina un aumento de la porfirina y de sus precursores.

Prolapso rectal: protrusión circunferencial del recto, en todo el espesor de su pared (prolapso completo o procidencia rectal) o solamente de su mucosa (prolapso incompleto, parcial o mucoso), a través del ano.

Rectocele: hernia del recto hacia el interior de la vagina, con procidencia de la pared vaginal posterior.

Síndrome de intestino irritable: síndrome de causa desconocida y evolución crónica caracterizado por dolor abdominal, cambios del ritmo intestinal (estreñimiento o diarrea, que pueden alternar entre sí) y sensación de distensión o dolor abdominal, que suele mejorar con la defecación. Se considera un cuadro funcional que no afecta a la supervivencia, aunque sí a la calidad de vida.

Uremia: presencia de urea en la sangre, en el suero o en el plasma.

ABREVIATURAS

AF: Actividad física

AINE: Antiinflamatorio no esteroideo

AP: Atención primaria

DM: Diabetes mellitus

EII: Enfermedad inflamatoria intestinal

EM: Esclerosis múltiple

FC: Farmacia comunitaria

HC: Hidratos de carbono

IMAO: Inhibidor de la monoaminoxidasa

PA: Principio activo

PS: Problema de salud

SII: Síndrome de intestino irritable

SNC: Sistema nervioso central



1. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos intestinales como el estreñimiento, ya sea agudo o crónico, son problemas de salud (PS) comunes, con una alta prevalencia en nuestro país (siendo una condición mucho más crónica que la diarrea).

Nos encontramos ante unos PS que alteran negativamente el día a día de nuestros pacientes, disminuyendo su calidad de vida considerablemente. Esto es debido, en gran medida, a que los síntomas más habituales del estreñimiento, que pueden manifestarse de forma distinta en cada persona, incluyen el esfuerzo excesivo para defecar, las flatulencias, las deposiciones duras y/o infrecuentes, las molestias abdominales, la distensión abdominal, la sensación de obstrucción, las maniobras manuales para facilitar la defecación o la sensación de evacuación incompleta.

Todos estos PS, como podemos observar día a día en la farmacia comunitaria (FC), son motivos importantes e incapacitantes que pueden llegar a alterar el nivel laboral, económico, de salud mental y social de nuestros pacientes.

Por ello, los farmacéuticos comunitarios debemos ser una pieza clave para romper de una vez por todas las barreras que impiden hablar directamente sobre esta problemática. Es importante que nos consolidemos como una figura sólida en la que los pacientes puedan apoyarse para hablar, sin ningún tipo de prejuicio, sobre este tema. Y, para ello, también debemos estar formados y actualizados en las últimas novedades.

Además, debido a que el estreñimiento es uno de esos PS en el que los pacientes, en su gran mayoría, piden primero consejo farmacéutico antes de acudir a su médico de atención primaria (AP) o a un especialista digestivo, es importante que mejoremos nuestra comprensión y nuestros conocimientos sobre este tipo de patologías, para poder facilitar las mejores herramientas a nuestros pacientes, no solo en su tratamiento, sino también en su prevención, ya que los farmacéuticos comunitarios somos un elemento fundamental en la prevención de enfermedades y en el cuidado y promoción de la salud de las personas.

2. INTRODUCCIÓN

El estreñimiento altera el hábito intestinal provocando dificultad para evacuar las heces. Llamamos hábito intestinal a la función corporal que incluye la frecuencia de defecación, la consistencia y tamaño de las heces, el esfuerzo necesario para defecar y la satisfacción con la evacuación (2). El hábito intestinal y su percepción varían de una persona a otra y está influenciado por sus hábitos dietéticos, pero también por factores religiosos, psicológicos, sociales y culturales.

Los síntomas se pueden sufrir de manera aguda o crónica. Los primeros son los casos que habitualmente duran menos de una semana y son consecuencia de un cambio en la alimentación o en el estilo de vida, como una reducción en la ingesta de alimentos ricos en fibra, una dieta/alimentación restrictiva, disminución de la actividad física, aumento del estrés o incluso tener que utilizar baños en entornos fuera de la zona de confort. En cambio, hablamos de estreñimiento crónico, con síntomas mantenidos durante al menos tres meses (3,4).

El estreñimiento crónico tiene el potencial de afectar a todos los rangos de edad y sexo (5), no obstante, es más frecuente en mujeres, tanto en edad infantil como adulta, y aumenta de manera progresiva a partir de los 60 años (6-9).

La causa de que el **estreñimiento crónico** sea mayor en mujeres viene motivada por los niveles de progesterona. Las mujeres en edad fértil, a partir del día 14 del ciclo, producen una mayor cantidad de progesterona, lo que ocasiona una relajación muscular. La relajación de los músculos del aparato

digestivo disminuye el tránsito intestinal y hace que la frecuencia de las deposiciones pueda verse disminuida durante esta segunda parte del ciclo. Además, las mujeres, con mayor frecuencia que los hombres, realizan dietas más restrictivas sin apenas hidratos de carbono (HC). Dietas que también producen estreñimiento al ocasionar poco residuo y poca masa fecal en el intestino, lo que disminuye el tamaño de las heces y por tanto su tránsito a través del intestino (10).

El estreñimiento crónico también es más prevalente en las personas mayores, pues van perdiendo el apetito, lo que hace que la masa fecal sea escasa al ingerir una cantidad de comida insuficiente. Además, la sensación de sed disminuye, lo que reduce la ingesta de agua y provoca heces más pequeñas y menos hidratos. Como resultado, se mueven peor y el tránsito intestinal vuelve, por tanto, a ralentizarse (11).

Por este motivo, las mujeres y las personas mayores son dos de los grupos donde hay que enfocar con mayor exigencia las recomendaciones para prevenir esta problemática.

Aunque las estimaciones cambian mucho, según los criterios para definirlos, los estudios que estiman **la prevalencia de estreñimiento crónico oscilan en España entre un 15 y un 30 %** (5, 9, 10). Estos datos justifican la elaboración de esta guía, pues el grupo diana es muy numeroso (12, 13).

El estreñimiento crónico se encuentra entre los problemas gastrointestinales (GI) más prevalentes que se presentan a la AP (14) y, por tanto, afectan negativamente al día a día de los pacientes (15); siendo **una enfermedad común que no solo reduce la calidad de vida y la productividad laboral y social (16), sino que además se ha asociado recientemente con un peor pronóstico a largo plazo, lo que refuerza su consideración como un PS relevante** (17, 18).

El objetivo del tratamiento inicial, que luego debe mantenerse con el resto de los tratamientos, es centrarse en las medidas higiénico-dietéticas:

- **Alimentación:** consumo de alimentos ricos en fibra como los cereales integrales, frutas, verduras, hortalizas, tubérculos, legumbres y frutos secos.
- **Hidratación correcta.**
- **Estilo de vida:** actividad física (AF) y hábitos saludables.

También hay que tener en cuenta las recomendaciones sobre la higiene del sueño y la gestión del estrés, ya que elevaciones de las hormonas, como la adrenalina, la noradrenalina y el cortisol habitualmente afectan al tránsito intestinal, disminuyendo el número de deposiciones.

A este tratamiento inicial se le puede añadir, siempre bajo la supervisión de un farmacéutico, el uso de los diferentes tipos de laxantes de indicación farmacéutica (14,19).



3. CLASIFICACIÓN

El estreñimiento se puede clasificar según el mecanismo o la causa que lo genere y en función del segmento del aparato digestivo donde se ocasione. Generalmente se divide en estreñimiento orgánico o funcional (19).

Por un lado, **el estreñimiento orgánico (5 % de los casos)**, se refiere al que está ocasionado por una causa orgánica o secundaria identificada. Dentro de este bloque, nos encontraríamos el estreñimiento secundario a fármacos (como el inducido por opiáceos) o aquellos estreñimientos estrechamente relacionados con otras patologías, como la enfermedad de Párkinson o la esclerosis múltiple (20, 21).

Por otro lado, se encuentra **el estreñimiento crónico funcional (95 % de los casos)**, en este caso, no existe una causa orgánica identificable y a su vez se clasifica en:

- **Tránsito colónico lento:** la masa fecal tarda más tiempo en avanzar por el colon, que tiende a absorber más agua de las heces, lo que clínicamente se traduce como estreñimiento. Esto genera que estén más tiempo en el organismo (22), lo que provoca que se endurezcan y reduzcan su tamaño, siendo más difícil que ejerzan la presión rectal suficiente para desencadenar el reflejo del esfínter anal. Asimismo, la textura que adquieren por este motivo hace que no fluyan a nivel colónico como deberían (23-26). Es el subtipo funcional menos prevalente y esto va a determinar el orden de las pruebas funcionales (20).
- **Disinergia defecatoria:** existe una descoordinación entre la musculatura y los esfínteres anorrectales. Supone una cuarta parte de los casos, y el tratamiento gold standard es la terapia biofeedback (20,27-29).
- **Tránsito colónico normal:** es la mayor parte de los casos, y es aquel en el que no detectamos nada alterado a nivel intestinal, pero los pacientes están crónicamente estreñidos igualmente (20, 30, 31). En este caso a pesar de que el tiempo de transporte de las heces a lo largo del colon es normal, existe una sensación anormal de evacuación (31).

4. CAUSAS

En algún momento de la vida, cualquier persona puede desarrollar un cuadro de estreñimiento. Aunque, como hemos visto anteriormente, hay grupos de población como las mujeres, las personas de edad avanzada, y las personas en edad infantil que tienen mayor riesgo de sufrirlo (8-10). Los factores que pueden causar estreñimiento son:

Tabla 1. Factores que pueden causar estreñimiento.

Hábitos y estilos de vida	<ul style="list-style-type: none">· Inhibición del impulso (viajes, hemorroides por dolor).· Escasa ingesta de líquidos.· Dieta baja en fibra.· Realizar poca actividad física..	
Embarazo	Debido a la constricción del intestino que produce el crecimiento del feto, así como a los cambios hormonales.	
Enfermedades del tubo digestivo y anomalías estructurales	<ul style="list-style-type: none">· Tracto digestivo alto: úlcera gastroduodenal, cáncer de estómago o enfermedad celiaca.· Intestino grueso: tumores, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), síndrome de intestino irritable (SII), fisuras o abscesos perianales, constricción colónica, prolapso rectal o rectocele, etc.· Estreñimiento idiopático: tránsito colónico normal, estreñimiento de tránsito lento, defecación sinérgica.	
Enfermedades endocrinas y metabólicas	Hipotiroidismo, diabetes mellitus (DM), hiperparatiroidismo, hipercalcemia, hipopotasemia, hipomagnesemia, porfiria, uremia, deshidratación, insuficiencia renal, panhipopituitarismo, esclerosis sistémica, distrofia miotónica.	
Enfermedades neurológicas y psiquiátricas	Enfermedad de Parkinson, demencia, neuropatía autonómica, enfermedad cerebrovascular y paraplejía, esclerosis múltiple (EM), enfermedad o lesión de la médula espinal, ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, lupus, negación de la defecación, neuropatía autonómica, enfermedad de Hirschsprung, enfermedad de Chagas, pseudoobstrucción intestinal, lesión de la médula espinal.	
Uso frecuente de laxantes	Algunos laxantes (irritantes) utilizados de forma crónica pueden producir estreñimiento de rebote por tolerancia al fármaco e inducir al paciente a reincidir en la utilización de laxantes en un proceso de dependencia que agrava la patología inicial.	
Uso de fármacos que pueden provocar estreñimiento	Fármacos que actúan sobre el SNC	<ul style="list-style-type: none">· Antiepilépticos: carbamazepina, fenitoína, clonazepam, amantadina...· Antiparkinsonianos: bromocriptina, levodopa, biperideno...· Ansiolíticos e hipnóticos: benzodiazepinas...· Antipsicóticos y neurolepticos: butirofenonas, fenotiazinas, barbitúricos.· Antidepresivos: inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), amitriptilina...
	Fármacos que actúan sobre el sistema digestivo	<ul style="list-style-type: none">· Antiácidos con aluminio o calcio.· Inhibidores de la bomba de protones: omeprazol, pantoprazol...· Antiespasmódicos anticolinérgicos (atropina, escopolamina) o musculotrofos (papaverina, mebeverina).· Antieméticos: clorpromazina...· Suplementos con sales de bismuto, calcio, hierro...· Antidiarreicos.· Quelante de sales biliares: colestiramina...
	Fármacos que actúan sobre el sistema circulatorio	<ul style="list-style-type: none">· Antihipertensivos: betabloqueantes, antagonistas de calcio, clonidina, hidralazina...· Antiarrítmicos: quinidina y derivados.
	Otros	<ul style="list-style-type: none">· Antiinflamatorio no esteroideo (AINE).· Antihistamínicos H1.· Antitusígenos: codeína, dextrometorfano...· Otros opioides: morfina, fentanilo...· Citostáticos: vinblastina...· Bifosfonatos: ácido alendrónico.· Sustancias de abuso: drogas.

Fuente: elaboración propia, basado en la referencia (2).



5. DIAGNÓSTICO

Las guías clínicas nos recomiendan seguir tres puntos clave para el diagnóstico del estreñimiento crónico funcional, que consta de **una correcta anamnesis del paciente**, identificando si se cumplen con los criterios de diagnóstico de estreñimiento crónico, definidos por los criterios de ROMA IV, de los que hablaremos más adelante. **Identificar criterios de derivación** para garantizar la seguridad del paciente y así poder identificar signos de alarma que requieran de una derivación médica inmediata, entre los cuales se encuentra el debut en mayores de 50 años, pérdida de peso no intencionada, sangre en heces, anemia, fiebre, dolor abdominal severo, cambios en el calibre de las heces e historia familiar de cáncer colorrectal. Por último, **evaluar la organicidad** para determinar si el estreñimiento es funcional o secundario a una causa orgánica o farmacológica para orientar la actuación y la derivación del paciente.

Por lo tanto, para el diagnóstico del estreñimiento se deben descartar las causas primarias, ya sea de tipo estructural o funcional, y las causas secundarias como patologías o toma de medicamentos, a través de diferentes técnicas de diagnóstico médico.

Es importante definir una “defecación poco frecuente”, ya que, en muchas ocasiones, suele ocasionar una comprensión errónea de la patología. Por tanto, se considera normal defecar de manera habitual desde tres veces a la semana hasta tres veces al día.

Como podemos observar, es una definición muy amplia y en lo que nos tenemos que fijar es si hay algún cambio en el número de defecaciones semanales. Si antes había deposiciones dos veces al día y ahora solo tres veces a la semana, sin cambios en medicación, hábitos dietéticos o AF, eso sí constituiría una señal, es decir, un cambio brusco en el tránsito intestinal. Pero si normalmente hay tres deposiciones por semana, eso no quiere decir que nos encontremos ante un estreñimiento, siempre que no se padezca ningún otro síntoma como dolor, hinchazón, gases, etc. (2, 31, 32).

Otra herramienta de la que disponemos son los criterios de ROMA IV (**ANEXO 1**), en el que se agrupan un conjunto de criterios diagnósticos que nos permite clasificar los trastornos funcionales gastrointestinales (33, 34). Estos criterios establecen que para el diagnóstico del estreñimiento crónico se requiere de la presencia de dos o más de los siguientes parámetros clínicos en los últimos tres meses, con aparición de los síntomas en los seis meses previos al diagnóstico:

- Menos de tres deposiciones espontáneas a la semana.
- Dificultad o esfuerzo excesivo para defecar en más del 25 % de las defecaciones.
- Sensación de evacuación incompleta en más del 25 % de las defecaciones.
- Emisión de heces caprinas o duras en más del 25 % de las defecaciones.
- Sensación de bloqueo ano-rectal en más del 25 % de las defecaciones.
- Necesidad de utilizar maniobras manuales para facilitar la evacuación (evacuación digital o sostén del suelo pélvico) en más de 25 % de las defecaciones (2, 32, 35).

Es necesario destacar que es importante tener en cuenta el cumplimiento de los criterios diagnósticos de estreñimiento crónico, la determinación de las causas de éste y la detección de signos de alarma. La valoración detallada de los signos y/o síntomas puede ayudar a diferenciar entre un estreñimiento por tránsito colónico lento y un trastorno funcional de la defecación (8, 9).

Desde la FC podemos utilizar la escala visual de heces de Bristol (**ANEXO 2**). Para ello, necesitamos que el paciente nos indique cuál es la imagen de la escala que más se asemeja a la forma y consistencia de sus heces. Con ello, podemos analizar si sus heces son más similares a las habituales u originarias del estreñimiento (heces tipo 1 y 2), correspondientes a unas heces más secas y duras en forma de trozos o fragmentos y en un trozo más grande compuesta por fragmentos respectivamente.

Asimismo, disponemos de la escala de Ámsterdam (**ANEXO 3**), la cual utiliza la misma metodología que la escala de Bristol, pero para población infantil, ya que las imágenes que se presentan son en pañales. Tras la retirada del pañal, la escala a utilizar sería la escala anteriormente citada.

También hay que tener en cuenta la lista de medicamentos que ocasionan estreñimiento para poder diferenciar si la causa del estreñimiento viene ocasionada por otro tratamiento farmacológico. (**ANEXO 4**).

6. TRATAMIENTO

En el tratamiento del estreñimiento crónico debemos llevar una metodología escalonada. Partiremos siempre de las medidas higiénico-dietéticas (tratamiento no farmacológico), lo que es la base del tratamiento y de una vida saludable. Esto debe permanecer en el paciente, aunque sigamos avanzando hacia otros tratamientos farmacológicos, no solo por el beneficio que aporta a esta patología, sino porque también conlleva mejoras beneficiosas hacia otras enfermedades. Después, empezaremos con el tratamiento farmacológico, los laxantes de primera línea serían los osmóticos y los formadores de masa, en caso de no conseguir resultados óptimos, utilizaríamos los estimulantes, y solo como tratamiento de rescate, los lubricantes.

6.1 No farmacológico

Entre los hábitos del día a día que pueden favorecer la aparición de estreñimiento se encuentran los hábitos dietéticos, ya sea tanto alimentación como la hidratación, el estilo de vida (incluyendo la AF), los hábitos tóxicos y el consumo de fármacos (incluyendo laxantes) y las patologías del paciente (32, 34). Cabe destacar que es el conjunto de las tres medidas higiénico-dietéticas (actividad física, hidratación y consumo de fibra) lo que ocasiona efectos beneficiosos frente al estreñimiento. También es necesario recalcar que el consumo de fibra en pacientes que ya tienen una dieta equilibrada y con un aporte de fibra correcto, por aumentar más el consumo de esta no mejora los síntomas, al igual que no lo mejora el consumo de agua en pacientes correctamente hidratados.

Alimentación

Sobre los hábitos dietéticos, es importante incidir en el consumo de HC integrales y, por ende, en el consumo de fibra a través de la alimentación, además de evitar las dietas muy restrictivas, que no permiten llegar ni al consumo de fibra ni a las ingestas recomendadas de los diferentes grupos de alimentos, puesto que reducen el tamaño de la masa fecal ocasionando una disminución del tránsito intestinal.

Los alimentos más ricos en fibra son las frutas, las verduras, las hortalizas, las legumbres, los cereales integrales, las algas, los tubérculos y los frutos secos. Una alimentación basada en una dieta de origen vegetal (Plant-Based Diet) en un gran porcentaje hace que se lleguen a consumir diariamente los niveles adecuados de fibra. Por ello, se recomienda que la dieta aporte unos 25-30 g/día de fibra (el equivalente a unos 12-14 g/1000 Kcal), teniendo en cuenta, además, que exista una relación fibra insoluble/soluble de 1,5 a 3 (33, 35).

Por este motivo, es importante consumir las dos raciones de verduras diarias, en las que una ración al menos debe ser cruda, ya no solo para favorecer la absorción de las vitaminas y los minerales que se pierden en el cocinado de los alimentos, sino también para consumir una mayor cantidad de fibra sin procesar, cuya acción para el peristaltismo intestinal es más efectiva (33, 36, 37).

También es importante alcanzar las tres raciones de frutas diarias (consumiéndolas al menos una o dos con piel) y una ración de 20-30 g de frutos secos naturales con piel. Además, es importante consumir los cereales integrales, ya que, al no ser refinados, mantienen el salvado, el germen y el endospermo, que son ricos en fibra.

Es necesario saber diferenciar entre los dos tipos de fibra y consumir ambas, tanto la fibra soluble como la fibra insoluble, aunque en la mayoría de los alimentos vegetales se presentan ambas. Bajo la denominación de la fibra dietética o alimentaria se incluyen un amplio grupo de sustancias que forman parte de la estructura de las paredes celulares de los vegetales.

Hay muchas definiciones posibles, pero desde nuestro punto de vista la más significativa para entender el porqué de su importancia en el correcto tránsito intestinal sería que es la parte comestible de las plantas resistente a la digestión y absorción del intestino delgado, con fermentación completa o parcial en el intestino grueso. Su clasificación sería la siguiente (33, 38):

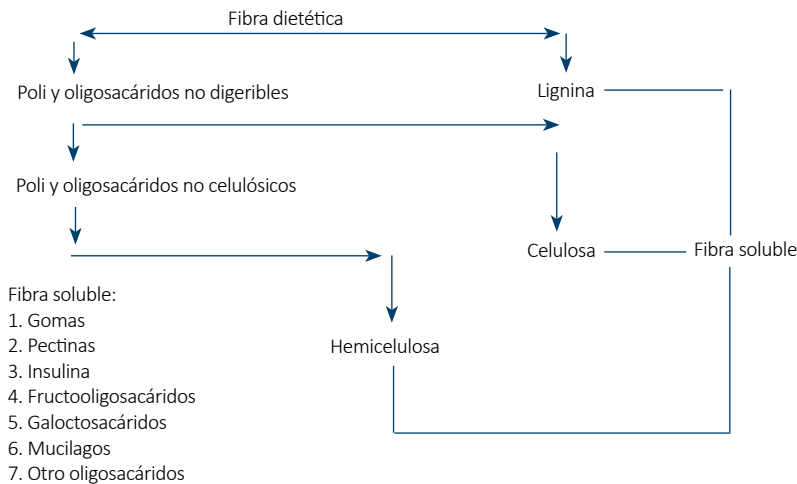


Figura 1. Clasificación de fibra dietética.

Fuente: elaboración propia. Referencias (33-35)

Otros componentes, aunque no son fibra, actúan de manera similar y conviene considerarlos, como los fitatos, oxalatos, algunas proteínas fibrosas, taninos, saponinas, cutinas, quitina, algunos minerales, almidón resistente, algunos polisacáridos semisintéticos, algunos lípidos (ceras), etc.

La fibra dietética tiene como principal característica que es resistente a la acción de las enzimas digestivas, aunque algunos componentes de la fibra, sobre todo la soluble, son parcialmente fermentados por las bacterias colónicas produciendo ácidos grasos de cadena corta que pueden ser utilizados como sustrato energético, como antiinflamatorios y como regeneradores de la pared intestinal.

Además, en algunos alimentos de origen vegetal, como por ejemplo los tubérculos (como las patatas), una parte del almidón, denominado almidón resistente, puede ser difícil de digerir, y por tanto, puede poseer propiedades similares a las de la fibra dietética. La cantidad de almidón resistente de un vegetal varía según el grado de maduración o los procesos culinarios a los que ha sido sometido (39, 40).

La mayoría de los alimentos tienen una mezcla de ambos tipos de fibra. El contenido medio de fibra soluble en algunos alimentos, expresado como porcentaje del contenido total de fibra, es el siguiente: 32 % en cereales integrales, verduras y hortalizas, 25 % en leguminosas y 38 % en frutas. Esta característica física de solubilidad, junto con otras, como su capacidad para retener agua como si fueran una esponja, aumenta el volumen de las heces, su viscosidad o capacidad para formar geles o su susceptibilidad a ser fermentadas en el intestino grueso, están muy relacionadas con sus efectos fisiológicos (41), siendo la que más evidencia presenta para el tratamiento del estreñimiento.

Hay que tener en cuenta que la fibra soluble capta mucha agua, formando geles y, por tanto, no perduran y favorece la expulsión de las heces. En cambio, la fibra insoluble capta menos agua, pero sí perdura, lo que hace que aumente el tamaño de las heces. Por tanto, no solo tienen efecto saciante, al aumentar el contenido gástrico y retrasar el vaciado gástrico, sino que también aumentan el contenido intestinal, estimulando las paredes intestinales y, por ende, aumentando la velocidad de tránsito y la textura de las heces, lo que ejerce un efecto laxante en la pared intestinal.

Hay que tener en cuenta la fermentabilidad, ya que es directamente proporcional al grado de solubilidad de la fibra. La fermentación de la fibra origina gases (H_2 , CO_2 , CH_4 , etc.), que aumentan la motilidad intestinal pero también provocan flatulencias. No obstante, originan los ácidos grasos de cadena corta que hemos comentado anteriormente; de los cuales algunos son absorbibles y útiles para el organismo (1-2.5 Kcal/g de fibra fermentable), como por ejemplo el ácido acético que produce energía sobre todo para el músculo.

Además, disminuyen el pH de la luz intestinal, mejorando la flora intestinal y aumentando el efecto probiótico. También disminuyen la absorción de lípidos y de carbohidratos, lo que aumenta su pérdida fecal, aumentando el volumen de las heces (42).

Por tanto, la fibra acelera el tránsito intestinal, facilita la defecación al mejorar la motilidad intestinal, disminuyendo la irritación mecánica y evitando el sobreesfuerzo para defecar (al ser las heces más blandas), previniendo la disgregación del bolo fecal. No hay que excederse en su consumo porque aumenta la eliminación fecal de nutrientes, origina gases y aumenta el bolo si hay obstrucción intestinal (43).

La **fibra soluble** la encontramos en la avena y su salvado, en legumbres, en frutas (como las manzanas o las peras) y en verduras (como las zanahorias y alcachofas). La fibra soluble fermentable sería la inulina que está en ajos, cebolla, puerros, etc. y los fructooligosacáridos que están en infinidad de frutas y verduras o la pectina se encuentra esta mayoritariamente en la manzana. En cambio, la fibra soluble no fermentable no produce gases y por ello es mejor para pacientes con problemas de hinchazón, síndrome de intestino irritable, etc.

Por otra parte, se encuentra la **fibra insoluble**, que es la parte del alimento que lo rodea, como la peladura de las hortalizas o de la fruta, en verduras como el brócoli o las coles de Bruselas, el salvado de los cereales integrales... que aporta el volumen a las heces y ayuda al peristaltismo intestinal. Esta, no capta el agua, lo que hace es barrer y limpiar el intestino arrastrando la masa fecal de manera más rápida.

La fibra insoluble fermentable la encontramos en cereales integrales como la cebada y el centeno y la fibra insoluble no fermentable la encontramos en las cáscaras de frutas y verdura y el salvado de trigo. Es por ello que es necesario recalcar a los pacientes el consumo de las frutas con piel, para ayudar a aumentar el consumo de fibra (33, 36, 37, 44).

Por otro lado, ya que muchos pacientes consumen semillas de lino y chía, es importante destacar, respecto a las primeras, que hay que consumirlas sin triturar para que su digestión sea más difícil por el aparato digestivo, se hinchen con el agua y hagan su efecto como fibra soluble no fermentable.

Respecto a las semillas de chía, lo habitual es dejarlas con agua toda la noche, pero así se inactivan y no hacen el efecto requerido para tratar el estreñimiento. Por ello, lo mejor es consumirlas en cucharada y con agua para que actúen como fibra soluble. Si queremos utilizarlas para aprovechar sus nutrientes, deberíamos ingerirlas trituradas.

Para el tratamiento del estreñimiento, hay que dar preferencia a consumir frutas con efecto laxante como la naranja, el kiwi, la ciruela (tanto fresca como pasa) y evitar las frutas con efecto astringente como el plátano, el limón o el membrillo.



También hay que tener en cuenta que la fibra soluble en un paciente con estreñimiento, pero con esofagitis o úlcera gástrica, hay que consumirla con cautela ya que ésta genera distensión gástrica y puede ser contraproducente.

Hidratación

La hidratación es imprescindible, llegando a alcanzar los 30 mL/kg de peso diarios, no solo para mantener una correcta hidratación del organismo, sino también para ablandar las heces y facilitar su tránsito intestinal a través del aparato digestivo (45, 46).

También hay que recordar a las personas mayores la importancia de hidratarse correctamente a diario, ya que pierden la sensación de sed de manera progresiva y cada vez reducen más su consumo.

Se recomienda ingerir entre 1,5 y 2 litros de agua al día (si no existen restricciones hídricas, como en pacientes con insuficiencia renal o cardíaca, o cirrosis). Los líquidos ayudan a prevenir la deshidratación que puede también llevar al estreñimiento. La ingesta de agua debe recomendarse asociada a la de la fibra en la dieta. Ciertos líquidos como la cafeína, el alcohol y las bebidas efervescentes no son adecuados para los movimientos del intestino (2, 33, 36, 37).

Estilo de vida

→ Actividad física:

- La AF regular de intensidad moderada, que incluye actividades como caminar, montar en bicicleta y yoga, se ha asociado con una mejor función del tránsito intestinal. Estos beneficios se atribuyen a una mayor motilidad intestinal, reducción de la inflamación sistémica y mejora de la integridad de la barrera intestinal. Por tanto, el ejercicio de intensidad moderada es una intervención beneficiosa y bien tolerada para promover la salud de los pacientes con estreñimiento (47).
- Además, algo tan simple como la gravedad favorece el tránsito intestinal, por lo que estar activo (en posición vertical) conlleva que el tránsito intestinal sea más sencillo y rápido (48, 49). Por eso, hay que educar sobre todo a los pacientes mayores a que se muevan y hagan actividad física, adaptada siempre a su estado de salud y a su edad.
- Caminar 30-60 minutos al día, o realizar otra actividad aeróbica como nadar, correr o montar en bicicleta, puede ser suficiente. El ejercicio físico ayuda a aliviar los síntomas asociados al estreñimiento, como distensión abdominal y el meteorismo (2, 50, 51).

→ Buenos hábitos de defecación:

- Educar al intestino, no ignorar el impulso de la defecación y adoptar una postura adecuada elevando las rodillas con ayuda de una pequeña banqueta.
- Crear una rutina en la que diariamente se vaya al servicio, intentar ir al baño siempre a la misma hora, dándose tiempo suficiente para evacuar (excepto si tiene hemorroides).
- Intentar aprovechar el reflejo gastrocólico después del desayuno.
- Acudir al baño siempre que se sientan deseos de defecar.

→ Evitar el uso continuo o crónico de laxantes.

6.2 Farmacológico

Según su posicionamiento en guías clínicas, su nivel de evidencia y su grado de recomendación, entre los principios activos (PA) indicados para el tratamiento del estreñimiento crónico se encuentran:

- **Laxantes osmóticos:** macrogol, hidróxido de magnesio, lactitol y lactulosa.
- **Laxantes formadores de masa:** metilcelulosa, plantago ovata y suplementos de fibra.
- **Laxantes estimulantes:** bisacodilo, cáscara sagrada, picosulfato, sen.
- **Laxantes lubricantes:** glicerol, parafina, solución de suero fisiológico al 0,9 %.
- **Combinaciones:**
 - Cáscara sagrada/frángula/fucus.
 - Laurilsulfato sódico/citrato de sodio.
 - Magnesio/bicarbonato.
 - Picosulfato/parafina.
 - Sen/bisacodilo.
 - Sen/fucus.
 - Aloe vera/cáscara sagrada (2).

Laxantes osmóticos

Son laxantes que ejercen su acción aumentando la concentración salina del interior del intestino, lo que provoca un proceso osmótico que atrae agua a la luz intestinal ablandando e hidratando las heces, lo que desencadena la peristalsis. Se recomienda incrementar la ingesta de líquidos durante el tratamiento (2).

→ Macrogol

- Forma puentes de hidrógeno con el agua, retiene líquido en la luz intestinal sin ser fermentado. Aumenta el volumen y la hidratación de las heces, mejorando el tránsito y la frecuencia deposicional.
- No produce irritación ni alteraciones significativas del pH intestinal.
- Inicio de acción a las 24-48 horas. Más constante y uniforme que otros osmóticos fermentables (como lactulosa o lactitol).
- Indicado en el tratamiento del estreñimiento crónico en adultos, mayores y niños (según formulación). Especialmente recomendado cuando se necesita un tratamiento prolongado, mayor eficacia y menos efectos gaseosos.
- Generalmente muy bien tolerado. No fermenta, por lo que produce menos flatulencia y distensión comparado con lactulosa/lactitol. Buena adherencia incluso a largo plazo.
- Efectos adversos: molestias gastrointestinales leves, como hinchazón o náuseas ocasionales, diarrea si la dosis es excesiva.
- Precaución en pacientes con insuficiencia cardíaca grave y riesgo de desequilibrio hídrico-electrolítico (si no es la formulación con electrolitos).
- Puede alterar la absorción de medicamentos si se administran simultáneamente (se recomienda separar 1-2 horas).
- El más utilizado en Europa para el tratamiento del estreñimiento crónico, y es la única molécula de la primera línea de tratamiento que tiene máximo nivel de evidencia y de recomendación en guías clínicas.
- Único con indicación para el tratamiento de la impactación fecal por vía oral (macrogol 3350 + electrolitos).

→ Hidróxido de magnesio

- Suele actuar entre 30 minutos y 6 horas, dependiendo de la dosis y del individuo.
- Útil en estreñimiento ocasional o crónico leve-moderado. Especialmente útil cuando se busca una acción suave sin efecto estimulante. Adecuado para uso intermitente o como parte de un plan de manejo del estreñimiento crónico.
- Generalmente bien tolerado. Menor riesgo de producir habituación que los laxantes estimulantes.
- Efectos adversos: diarrea, distensión o molestias abdominales si se usa en exceso. Puede causar alteraciones electrolíticas, especialmente hipermagnesemia, sobre todo en personas con insuficiencia renal, pacientes mayores muy frágiles y en tratamientos prolongados o dosis altas.
- No recomendado en insuficiencia renal, ya que se elimina por vía renal. Precaución en uso crónico, controlando función renal y posibles interacciones.
- Puede disminuir la absorción de algunos medicamentos (antibióticos como tetraciclinas o quinolonas). Se recomienda separar la administración en el tiempo.

→ Lactitol

- Llega sin cambios al colon, donde es fermentado por la microbiota, generando ácidos orgánicos (láctico, acético, etc.). Estos ácidos incrementan la osmolaridad y retienen agua, ablandando las heces y aumentando el peristaltismo.
- Presenta efecto prebiótico, favoreciendo el crecimiento de bifidobacterias y lactobacilos.
- Inicio de acción similar a la lactulosa: 24-48 horas según dosis y paciente. Requiere continuidad para un efecto estable.
- Indicado para el tratamiento del estreñimiento crónico tanto en adultos como en población mayor.
- Generalmente muy bien tolerado incluso en tratamientos prolongados. Menos molestias digestivas que la lactulosa en muchos pacientes.
- Efectos adversos: gases y distensión abdominal (frecuentes al inicio). En dosis altas: diarrea, molestias abdominales o ruidos intestinales aumentados.
- Ajustar dosis si aparece diarrea. Contraindicado en galactosemia.
- El efecto puede verse reducido por fármacos o sustancias que modifican intensamente el pH intestinal.

→ Lactulosa

- Llega intacta al colon, donde es fermentada por la microbiota produciendo ácidos orgánicos. Estos ácidos aumentan la presión osmótica y retienen agua en el colon, ablandando las heces y estimulando el peristaltismo.
- Además, favorece el crecimiento de bacterias beneficiosas (efecto prebiótico).
- Inicio de acción más lento que otros osmóticos, 24-48 horas. Requiere continuidad para un efecto estable.
- Indicado para el tratamiento del estreñimiento crónico, especialmente útil en personas mayores, embarazadas y pacientes que requieren uso prolongado.
- Generalmente bien tolerada, segura para uso crónico. Adecuada para pacientes que necesitan un laxante de mantenimiento.
- Efectos adversos: flatulencia y distensión abdominal (muy frecuentes al inicio). Puede causar diarrea, cólicos leves o náuseas si la dosis es elevada. Rara vez altera electrolitos.

- Precauciones: ajustar dosis si aparece diarrea. Evitar en galactosemia.
- El efecto puede disminuir si se toman laxantes que alteren el pH colónico. No suele tener interacciones medicamentosas relevantes.

Laxantes formadores de volumen

- Metilcelulosa, plantago ovata y suplementos de fibra.
- Tienen gran capacidad para retener agua aumentando el volumen de las heces y mejorando su consistencia.
- Son útiles en el tratamiento de pacientes con fisuras anales o hemorroides y en pacientes con estreñimiento asociado a una deficiencia de fibra en la dieta.
- No deben utilizarse en caso de obstrucción intestinal o íleo paralítico, impactación fecal, dificultad al tragar o enfermedades del cardias o el esófago, tampoco si se toman medicamentos opiáceos o loperamida porque podría producir obstrucción intestinal. Ni en pacientes encamados y con baja ingesta hídrica.
- Se utilizan ingiriendo la dosis en posición erguida y se recomienda ingerir abundante cantidad de líquido durante el tratamiento (2).

Laxantes estimulantes

- Bisacodilo, cáscara sagrada, picosulfato, sen.
- Existen una gran cantidad de productos de este grupo comercializados solos o en combinaciones de estos con laxantes formadores de masa, lubricantes u osmóticos.
- Actúan por estímulo directo de la motilidad de la pared colónica.
- Tienen efecto rápido (6-8 horas).
- Son muy efectivos, pero su uso debe limitarse al estreñimiento ocasional ya que su uso continuado puede producir tolerancia conduciendo a la cronificación del estreñimiento por atonía colónica.
- Pueden provocar dolor abdominal o desequilibrio electrolítico a altas dosis.
- No deben emplearse en personas con hipertiroidismo, dolor abdominal de origen desconocido, en pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.
- Si en 4 días no presenta mejoría se deberá acudir al médico (2).

Laxantes lubricantes

→ Parafina

- Su efecto se inicia a las 6-8 horas de su administración, se ingiere una dosis con el estómago vacío, diluida en un vaso de leche, agua o zumo y en posición erguida, preferiblemente por la noche, aunque si es necesario puede incrementarse otra dosis por la mañana.
- A medida que se normalizan las evacuaciones se recomienda disminuir paulatinamente la dosis diaria y posteriormente espaciarla 2-3 días hasta recuperar el ritmo normal de evacuación.
- Debe administrarse con abundante líquido durante el tratamiento para favorecer el ablandamiento de las heces.

- No debe administrarse en niños menores de 6 años, en personas con hipertiroidismo, dolor abdominal de origen desconocido, en pacientes con EII, colostomía o ileostomía, hemorragia intestinal, ni cuando esté dificultando el tránsito intestinal. Tampoco debe utilizarse en pacientes encamados para evitar el riesgo de provocar una neumonitis por aspiración. No debe utilizarse en tratamientos prolongados ya que su uso crónico se ha asociado con una pérdida de efecto por tolerancia y déficit de vitaminas liposolubles.

→ **Glicerol**

- Es un laxante de administración rectal en forma líquida (microenema) o sólida (supositorios).
- Su efecto es muy rápido.
- Está indicado para tratar el estreñimiento ocasional, siendo 7 días el tiempo máximo de tratamiento. Útil cuando hay una causa fácilmente identificable, como un viaje, una situación de estrés o una transgresión dietética.
- No debe utilizarse en pacientes con problemas cardiovasculares graves, afecciones anorrectales, dolor abdominal o dolencias inflamatorias intestinales.

→ **Solución salina al 0.9 %**

- Es un laxante de administración rectal en forma líquida. Está registrado como producto sanitario.
- Se recomienda en casos con impactación fecal utilizando 1 o 2 enemas por día dependiendo del cuadro clínico. Tiene efecto en aproximadamente 5 minutos tras su aplicación.
- No se conocen efectos adversos en las dosis e indicación recomendadas, no obstante, no debe utilizarse en caso de obstrucción intestinal o íleo paralítico, ni en pacientes con insuficiencia renal.
- Si al aplicarlo nota resistencia, se debe interrumpir la aplicación y acudir al médico (2).

7. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

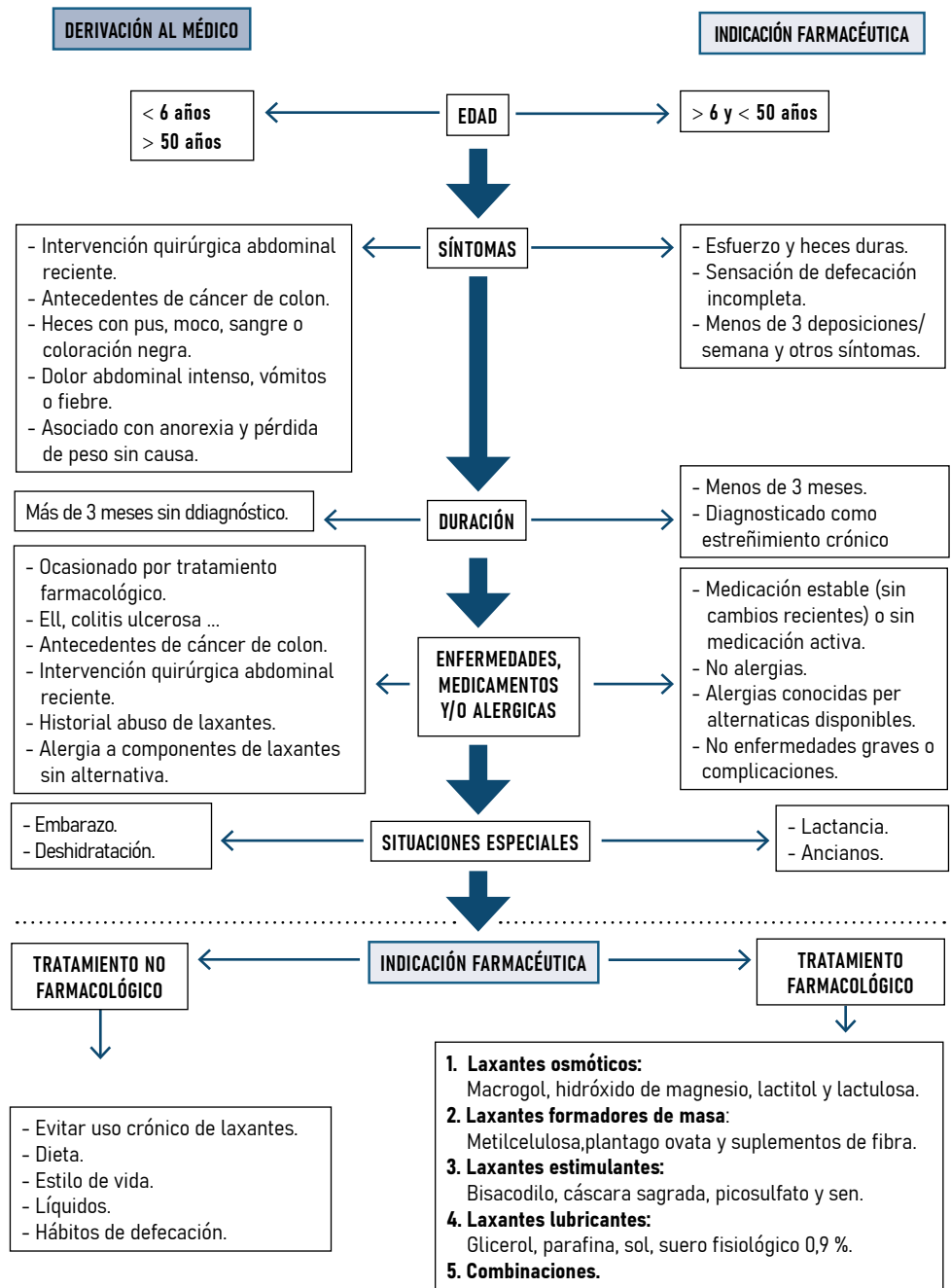


Figura 2. Protocolo de actuación en estreñimiento crónico desde la farmacia comunitaria.

Fuente: elaboración propia, basada en las referencias (2, 52-58).



8. CONCLUSIONES

El estreñimiento crónico es un problema digestivo frecuente que impacta en la calidad de vida de los pacientes y aumenta la demanda de asistencia sanitaria. Dado su carácter, muchas veces funcional y tratado en gran medida con intervenciones no especializadas, la FC juega un papel importante como primer punto de acceso sanitario, en la promoción de medidas higiénico-dietéticas, consejo farmacéutico y seguimiento.

El farmacéutico comunitario, como profesional sanitario de proximidad, tiene capacidad para detectar, orientar, intervenir y, cuando sea necesario, derivar a atención médica, contribuyendo así a mejorar resultados en salud y reducir carga en otros niveles asistenciales.

Las principales funciones del farmacéutico comunitario en el abordaje del estreñimiento crónico son:

→ **Detección / evaluación de consulta**

- Identificación de pacientes que acuden con síntomas de estreñimiento.
- Historia clínica breve (antecedentes, comorbilidades, medicaciones que puedan favorecer el estreñimiento).
- Valoración de señales de alarma que requieren derivación médica.

→ **Educación sanitaria y asesoramiento**

- Informar al paciente sobre hábitos higiénico-dietéticos: aumento de fibra dietética, ingesta adecuada de líquidos, AF, regularidad en horarios de comida y evacuación, control de peso, evitar sedentarismo.
- Explicar la importancia de seguimiento continuo y de adherencia a las recomendaciones

→ **Selección de tratamiento no farmacológico / suplementario e indicación farmacéutica de laxantes**

- Recomendación de fibra
- Establecer pauta de cambios progresivos y explicar plazos estimados de mejora.

→ **Uso de guías o protocolos de indicación farmacéutica** para síntomas menores que incluyan criterios de derivación al médico cuando existan signos de alarma o cuando la intervención farmacéutica no mejora el síntoma. La aplicación de protocolos forma parte de la atención farmacéutica estructurada, de modo que se asegura seguimiento y seguridad del paciente.

→ **Seguimiento farmacoterapéutico**

- Registro de la respuesta al tratamiento (mejora de síntomas, efectos adversos, adherencia a recomendaciones dietéticas).
- Revisión en sucesivas visitas al mostrador o mediante entrevista periódica para adaptar recomendaciones si no hay respuesta.
- Si el paciente permanece con síntomas persistentes a pesar de medidas, derivación al médico o especialista para descartar causas secundarias

→ **Prevención y promoción de salud**

- Incorporar el abordaje del estreñimiento crónico en campañas de salud o servicios de atención farmacéutica (educación alimentaria, talleres, folletos).

- Colaborar con médicos de AP y sociedades científicas para actualizar protocolos de actuación en la FC.

Todo esto conlleva a una evidente mejora en la calidad de vida del paciente (menos molestias digestivas, mayor bienestar), una potencial reducción de consultas médicas para síntomas menores, un ahorro para el sistema sanitario (dado que la farmacia actúa como primer filtro y agente activo de educación y manejo) y una promoción del uso adecuado y racional de laxantes (evitando abusos o seguimientos inapropiados).

Para conseguir esto, es necesario que los farmacéuticos comunitarios estemos en continua formación (tanto en fisiopatología digestiva como en actualización en guías clínicas y evidencia sobre tratamientos farmacológicos y no farmacológicos), que haya una coordinación con los médicos de AP para establecer un consenso de derivación claro y que se lleve a cabo un seguimiento de los resultados en salud.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Nacional de Medicina de España. (2012). Diccionario de términos médicos. <https://dtme.ranm.es/index.aspx>. [Fecha de consulta: 26/11/2025]
2. Grupo de trabajo en Síntomas Menores. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores. 3ªed. Madrid. SEFAC; 2024.
3. Aziz I, Whitehead WE, Palsson OS, Törnblom H, Simrén M. Un enfoque para el diagnóstico y manejo de los trastornos funcionales del estreñimiento crónico de Roma IV. *Experto Rev Gastroenterol Hepatol*. Enero de 2020; 14(1):39-46. doi: 10.1080/17474124.2020.1708718. Epub 2 de enero de 2020. PMID: 31893959.
4. Mearin F, Lacy BE, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 2016 Feb 18:S0016-5085(16)00222-5. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.031. Epub ahead of print. PMID: 27144627
5. Mearin F, Lacy BE, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, Spiller R. Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 2016 Feb 18:S0016-5085(16)00222-5. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.031. Epub ahead of print. PMID: 27144627.
6. Garrigues V, Gálvez C, Ortiz V, Ponce M, Nos P, Ponce J. 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 Mar 1;159(5):520-6. doi: 10.1093/aje/kwh072. PMID: 14977649.
7. Johanson JF, Kralstein J. Chronic constipation: A survey of the patient perspective. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007;25:599-608.
8. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: A systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 25 (2011), pp. 3-1
9. Scarpato E, Kolacek S, Jojkic-Pavkov D, Konjik V, Živković N, Roman E, Kostovski A, Zdraveska N, Altamimi E, Papadopoulou A, Karagiozoglou-Lampoudi T, Shamir R, Bar Lev MR, Koleilat A, Mneimneh S, Bruzzese D, Leis R, Staiano A; MEAP Group. Prevalence of Functional Gastrointestinal Disorders in Children and Adolescents in the Mediterranean Region of Europe. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018 Jun;16(6):870-876. doi: 10.1016/j.cgh.2017.11.005. Epub 2017 Nov 9. PMID: 29129667.
10. Ribas Y, Saldaña E, Martí-Ragué J, Clavé P. Prevalence and pathophysiology of functional constipation among women in Catalonia, Spain. *Dis Colon Rectum*. 2011 Dec;54(12):1560-9. doi: 10.1097/DCR.0b013e31822cb5c2. PMID: 22067186.
11. Navarro Ruiz MS, Llanos Val Jiménez C, García Atienza E, Moreno de la Rosa L, Copete MF, Chávez Tafur K, et al. Frecuencia de estreñimiento en pacientes de Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2015 Feb [citado 2025 Sep 23]; 8(1): 4-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2015000100002. Doi: 10.4321/S1699-695X2015000100002.
12. López Cara M. A., Tárraga López P. J., Cerdán Oliver M., Ocaña López J. M., Celada Rodríguez A., Solera Alberio J. et al. Estreñimiento en la población mayor de 50 años de la provincia de Albacete. *Rev. esp. enferm. dig.* [Internet]. 2006 Jun [citado 2025 Sep 23]; 98(6): 449-459. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006000600006&lng=es.
13. Sharma A, Rao S. Constipation: Pathophysiology and Current Therapeutic Approaches. *Handb Exp Pharmacol*. 2017;239:59-74. doi: 10.1007/164_2016_111. PMID: 28185025.
14. 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 Aug;6(8):638-648. doi: 10.1016/S2468-1253(21)00111-4. Epub 2021 Jun 4. PMID: 34090581.
15. O'Donnell MT, Haviland SM. Functional Constipation and Obstructed Defecation. *Surg Clin North Am*. 2024 Jun;104(3):565-578. doi: 10.1016/j.suc.2023.11.007. Epub 2023 Dec 14. PMID: 38677821

16. Ihara E, Manabe N, Ohkubo H, Ogasawara N, Ogino H, Kakimoto K, et al. Evidence-Based Clinical Guidelines for Chronic Constipation 2023. *Digestion*. 2025;106(1):62–89. doi: 10.1159/000540912. Epub 2024 Aug 19. PMID: 39159626; PMCID: PMC11825134.
17. Rao SSC, Lacy BE, Emmanuel A, Müller-Lissner S, Pohl D, Quigley EMM, Whorwell P. Recognizing and Defining Occasional Constipation: Expert Consensus Recommendations. *Am J Gastroenterol*. 2022 Nov 1;117(11):1753–1758. doi: 10.14309/ajg.0000000000001945. Epub 2022 Aug 12. PMID: 35971230.
18. Odgaard L, Rasmussen AA, Feo R, Kristensen PK. Characteristics of constipation screening and assessment tools: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2024 Mar 23;14(3):e076978. doi: 10.1136/bmjopen-2023-076978. PMID: 38521529; PMCID: PMC10961535.
19. Zeng XL, Yang XD, Yang T, Huang XL, Liu S. [Etiology and clinical classification of constipation]. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*. 2022 Dec 25;25(12):1120–1125. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.cn441530-20220706-00293. PMID: 36562238.
20. Barbara G, Barbaro MR, Marasco G, Cremon C. Chronic constipation: from pathophysiology to management. *Minerva Gastroenterol (Torino)*. 2023 Jun;69(2):277–290. doi: 10.23736/S2724-5985.22.03335-6. Epub 2023 Feb 2. PMID: 36727654.
21. Ramos-Clemente Romero MT. Disinergia defecatoria. En: *Sociedad Andaluza Ptología Digestiva. La motilidad en la práctica clínica. Tema 16*. Sevilla: SAPD; 2018. P.1–10
22. Xu C, Cong J, Liu T, Jiao C, Li M, Yu Y, et al. The colonic motility and classification of patients with slow transit constipation by high-resolution colonic manometry. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2022 Nov;46(9):101998. doi: 10.1016/j.clinre.2022.101998. Epub 2022 Jul 19. PMID: 35863732.
23. Huang YH, Xie C, Chou CY, Jin Y, Li W, Wang M, Lu Y, Liu Z. Subtyping intractable functional constipation in children using clinical and laboratory data in a classification model. *Front Pediatr*. 2023 Apr 24;11:1148753. doi: 10.3389/fped.2023.1148753. PMID: 37168808; PMCID: PMC10165123.
24. Rao SSC, Lacy BE, Emmanuel A, Müller-Lissner S, Pohl D, Quigley EMM, Whorwell P. Recognizing and Defining Occasional Constipation: Expert Consensus Recommendations. *Am J Gastroenterol*. 2022 Nov 1;117(11):1753–1758. doi: 10.14309/ajg.0000000000001945. Epub 2022 Aug 12. PMID: 35971230.
25. Kumar K, Gupta N, Malhotra S, Sibai A. Functional constipation: A common and often overlooked cause for abdominal pain in children. *Indian J Gastroenterol*. 2023 Apr;42(2):274–278. doi: 10.1007/s12664-022-01329-1. Epub 2023 Apr 15. PMID: 37060389.
26. von Gontard A, Claßen M. Funktionelle (nicht-organische) Obstipation und Stuhlinkontinenz im Kindes- und Jugendalter: Klinische Leitlinie zur Diagnostik und Therapie [Functional Constipation and Nonretentive Fecal Incontinence in Children and Adolescents: Clinical Guideline for Assessment and Treatment]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2023 May;51(3):233–250. German. doi: 10.1024/1422-4917/a000920. Epub 2023 Jan 19. PMID: 36656767.
27. Luo J, To WLW, Xu Q, Zhang J, Ma Y, Chow S, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis of constipation-predominant irritable bowel syndrome and functional constipation in adults: a scoping review. *BMC Gastroenterol*. 2025 Apr 9;25(1):234. doi: 10.1186/s12876-025-03774-6. PMID: 40205539; PMCID: PMC11980278.
28. Heidelbaugh J, Martinez de Andino N, Pineles D, Poppers DM. Diagnosing Constipation Spectrum Disorders in a Primary Care Setting. *J Clin Med*. 2021 Mar 5;10(5):1092. doi: 10.3390/jcm10051092. PMID: 33807888; PMCID: PMC7961346.
29. Wu X, Yang HJ, Ryu MS, Jung SJ, Ha K, Jeong DY, Park S. Association of Mucin-Degrading Gut Microbiota and Dietary Patterns with Colonic Transit Time in Constipation: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *Nutrients*. 2024 Dec 31;17(1):138. doi: 10.3390/nu17010138. PMID: 39796573; PMCID: PMC11722837.
30. Staller K, Cash BD. Myths and Misconceptions About Constipation: A New View for the 2020s. *Am J Gastroenterol*. 2020 Nov;115(11):1741–1745. doi: 10.14309/ajg.0000000000000947. PMID: 33156087.
31. Anorectal Branch of Chinese Medical Doctor Association. [Chinese expert consensus on the examination and evaluation of chronic constipation (2024 edition)]. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*. 2024 Dec 25;27(12):1191–1201. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.cn441530-20241107-00367. PMID: 39710444.
32. Otani K, Watanabe T, Takahashi K, Nadatani Y, Ominami M, Fukunaga S, et al. Upper gastrointestinal endoscopic findings in functional constipation and irritable bowel syndrome diagnosed using the Rome IV criteria: a cross-sectional survey during a medical check-up in Japan. *BMC Gastroenterol*. 2023 May 3;23(1):140. doi: 10.1186/s12876-023-02784-6. PMID: 37138209; PMCID: PMC10155389.
33. Moreiras O, Carbajal A, Cabrera L, Cuadrado C. Tablas de composición de alimentos. Guía de prácticas. 19 edición Piramida, 2021.
34. Zhang X, Jia Y, Li X, Wang X, Li L, Zhang P, Dong X, Ze X, An Y, Li J. Effects of complex probiotics on intestinal function and its regulatory mechanism in patients with constipation. *Benef Microbes*. 2024 Oct 4;16(1):35–49. doi: 10.1163/18762891-bja00039. PMID: 39389577.
35. Xie C, Gao W, Liang X, Chye FY. Effects of garlic-derived fructan and oligofructose mixtures on intestinal health and constipation relief in mice. *J Sci Food Agric*. 2024 Sep;104(12):7476–7487. doi: 10.1002/jsfa.13567. Epub 2024 May 14. PMID: 38742546.
36. Agencia de salud pública de Catalunya. La alimentación saludable en etapa escolar. Ed. 2020.
37. Agencia española de seguridad alimentaria y nutrición (AESAN). Recomendaciones dietéticas saludables y sostenibles complementadas con recomendaciones de actividad física para la población española [Internet]. Madrid: AESAN; 2022

38. Lan J, Wang K, Chen G, Cao G, Yang C. Effects of inulin and isomalto-oligosaccharide on diphenoxylate-induced constipation, gastrointestinal motility-related hormones, short-chain fatty acids, and the intestinal flora in rats. *Food Funct*. 2020 Oct 21;11(10):9216–9225. doi: 10.1039/d0fo00865f. PMID: 33030479.
39. Wang L, Xu Y, Li L, Yang B, Zhao D, Ye C, et al. The impact of small intestinal bacterial overgrowth on the efficacy of fecal microbiota transplantation in patients with chronic constipation. *mBio*. 2024 Oct 16;15(10):e0202324. doi: 10.1128/mbio.02023-24. Epub 2024 Aug 28. PMID: 39194187; PMCID: PMC11481539.
40. Wegh CAM, Baaleman DF, Tabbers MM, Smidt H, Benninga MA. Nonpharmacologic Treatment for Children with Functional Constipation: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Pediatr*. 2022 Jan;240:136–149.e5. doi: 10.1016/j.jpeds.2021.09.010. Epub 2021 Sep 16. PMID: 34536492.
41. Katsirma Z, Dimidi E, Rodriguez-Mateos A, Whelan K. Fruits and their impact on the gut microbiota, gut motility and constipation. *Food Funct*. 2021 Oct 4;12(19):8850–8866. doi: 10.1039/d1fo01125a. PMID: 34505614.
42. Gill SK, Rossi M, Bajka B, Whelan K. Dietary fibre in gastrointestinal health and disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2021 Feb;18(2):101–116. doi: 10.1038/s41575-020-00375-4. Epub 2020 Nov 18. PMID: 33208922.
43. Bellini M, Tonarelli S, Barracca F, Rettura F, Pancetti A, Ceccarelli L, et al. Chronic Constipation: Is a Nutritional Approach Reasonable? *Nutrients*. 2021 Sep 26;13(10):3386. doi: 10.3390/nu13103386. PMID: 34684388; PMCID: PMC8538724.
44. Tan S, Zhang W, Zeng P, Yang Y, Chen S, Li Y, et al. Clinical effects of chemical drugs, fecal microbiota transplantation, probiotics, dietary fiber, and acupuncture in the treatment of chronic functional constipation: a systematic review and network meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2024 Jul 1;36(7):815–830. doi: 10.1097/MEG.0000000000002786. Epub 2024 May 2. PMID: 38829940.
45. Dias FC, Melli LCFL, Boilesen SN, Tahan S, Morais MB. Hypohydration, Functional Constipation, and Physical Activity in Elementary School Students. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2023 Aug 1;77(2):203–206. doi: 10.1097/MPG.0000000000003808. Epub 2023 Apr 25. PMID: 37669329.
46. Dias FC, Boilesen SN, Tahan S, Melli L, Morais MB. Overweight status, abdominal circumference, physical activity, and functional constipation in children. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2023 Feb 20;69(3):386–391. doi: 10.1590/1806-9282.20220845. PMID: 36820766; PMCID: PMC10004292.
47. Al-Beltagi M, Saeed NK, Bediwy AS, El-Sawaf Y, Elbatarny A, Elbeltagi R. Exploring the gut-exercise link: A systematic review of gastrointestinal disorders in physical activity. *World J Gastroenterol*. 2025 Jun 14;31(22):106835. doi: 10.3748/wjg.v31.i22.106835. PMID: 40539198; PMCID: PMC12175863.
48. Li C, Li J, Zhou Q, Wang C, Hu J, Liu C. Effects of Physical Exercise on the Microbiota in Irritable Bowel Syndrome. *Nutrients*. 2024 Aug 11;16(16):2657. doi: 10.3390/nu16162657. PMID: 39203794; PMCID: PMC11356817.
49. Cui J, Xie F, Yue F, Xie C, Ma J, Han H, Fang M, Yao F. Physical activity and constipation: A systematic review of cohort studies. *J Glob Health*. 2024 Nov 22;14:04197. doi: 10.7189/jogh.14.04197. PMID: 39575759; PMCID: PMC11583288.
50. Adil S, Gordon M, Hathagoda W, Kuruppu C, Benninga MA, Rajindrajith S. Impact of physical inactivity and sedentary behaviour on functional constipation in children and adolescents: a systematic review. *BMJ Paediatr Open*. 2024 Dec 5;8(1):e003069. doi: 10.1136/bmjpo-2024-003069. PMID: 39645235; PMCID: PMC11624699.
51. Watanabe J, Furukawa S, Yamamoto Y, Kato A, Kusumoto K, Takeshita E, et al. Exercise Habits, Including Exercising With Partners, and the Prevalence of Self-Reported Constipation in Young Japanese People: A Cross-Sectional Study. *Cureus*. 2024 Nov 25;16(11):e74455. doi: 10.7759/cureus.74455. PMID: 39726488; PMCID: PMC11669752.
52. Qin YQ, Wang LY, Yang XY, Xu YJ, Fan G, Fan YG, et al. Inulin: properties and health benefits. *Food Funct*. 2023 Apr 3;14(7):2948–2968. doi: 10.1039/d2fo01096h. PMID: 36876591.
53. Bharucha AE, Lacy BE. Mechanisms, Evaluation and Management of Chronic Constipation. *Gastroenterology*. 2020;158(5):1232–49.e3. PMID: 31945360.
54. Álvarez Moital I, Louro González A. Estreñimiento. *Guías Clínicas Fisterra*. 2012. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/estreñimiento/>
55. Serrá J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, Delgado S, Ferrándiz J, Rey E, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo del estreñimiento crónico en el paciente adulto. Parte 2: Diagnóstico y tratamiento. *Gastroenterología y Hepatología* 2017;40:303–316.
56. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, et al. Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult. *Rev Esp Enferm Dig*. 2016;10(6):332–363. PMID: 27230827.
57. Paré P, Bridges R, Champion MC, Ganguli SC, Gray JR, Irvine EJ, et al. Recommendations on chronic constipation (including constipation associated with irritable bowel syndrome) treatment. *Can J Gastroenterol*. 2007;21(SupplB):3B–22B. PMID: 17464377
58. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, et al; Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) and Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult. *Rev Esp Enferm Dig*. 2016;108(6):332–63. PMID: 27230827.

SEFAC

Sociedad Española de Farmacia
Clínica, Familiar y Comunitaria

Con la colaboración de:

