

TRABAJOS ORIGINALES

Manejo del problema clínico del estreñimiento con molestias abdominales en adultos. Encuesta nacional en Atención Primaria y Aparato Digestivo

Enrique Rey¹, Juan José Mascort², Enrique Peña³, Pedro Cañones⁴, José María Tenías⁵ y Javier Júdez⁶, para la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

¹Coordinador Gestiona SII-E/EF. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). Madrid. ²Secretario Científico. semFYC. ³Coordinador de Digestivo. SEMERGEN. ⁴Coordinador de Digestivo. SEMG. ⁵Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Padre Jofre. Valencia. ⁶Departamento de Gestión del Conocimiento. SEPD

RESUMEN

El síndrome del intestino irritable y el estreñimiento funcional constituyen un problema de salud relevante y frecuente. Sin embargo, la realidad clínica presenta a un paciente con estreñimiento que se acompaña o no de otras molestias abdominales (dolor, distensión, molestia abdominal) con una frecuencia variable. El objetivo del estudio fue obtener información sobre el volumen de trabajo que suponen los pacientes con estreñimiento y molestias abdominales asociadas, las conductas clínicas predominantes, las necesidades formativas y las posibles ayudas a la práctica diaria tanto en el ámbito de Atención Primaria como en Aparato Digestivo. La conducta clínica de médicos de ambos niveles es globalmente similar, a pesar del diferente nivel asistencial: utilización de tratamientos empíricos y pruebas diagnósticas guiadas por la clínica, con algunas diferencias en la utilización de la colonoscopia (no siempre indicable directamente desde Primaria). En lo referente a las percepciones, cabe destacar que para los médicos de Primaria las medidas generales y los laxantes osmóticos son los mejor valorados; para los médicos de Digestivo, lo son los laxantes osmóticos, las combinaciones de laxantes y la linaclotida. Por otro lado, más de la mitad de todos los encuestados consideran que es bastante difícil diferenciar entre ambos diagnósticos. Finalmente, existen unas notables necesidades formativas autorreconocidas en ambos niveles, además de la exigencia de generar guías y protocolos que ayuden en la práctica clínica a abordar este problema. La fortaleza de este estudio es proporcionar una fotografía conjunta del abordaje médico y de las percepciones del problema del estreñimiento con molestias abdominales desde el punto de vista médico. La autodeclaración (sin validación formal) y la tasa de respuesta con posible sesgo a profesionales más motivados son sus debilidades.

Palabras clave: Síndrome de intestino irritable. Estreñimiento. Molestias abdominales. Adultos. Atención primaria. Enfermedades digestivas. Encuesta nacional.

Adicionalmente a esta versión original se publicará, de manera coordinada en otoño, este trabajo en los órganos de expresión respectivos de semFYC, SEMERGEN y SEMG (en prensa) para maximizar el acceso a los correspondientes socios.

Recibido: 06-04-2016
Aceptado: 06-04-2016

Correspondencia: F. Javier Júdez. Departamento de Gestión del Conocimiento, SEPD. C/ Sancho Dávila, 6. 28028 Madrid
e-mail: jjudez@sepd.es

INTRODUCCIÓN

El síndrome del intestino irritable (SII) y el estreñimiento funcional (EF) constituyen un problema de salud frecuente en todas las sociedades (1,2). En España la prevalencia estimada es del 8% y del 16% respectivamente (3), buscando atención médica aproximadamente un 40% de los afectados (4), por lo que representan un volumen notable en la carga de trabajo diario de médicos de Aparato Digestivo (AD) y de Atención Primaria (AP). Sin embargo, el abordaje en la práctica clínica está notablemente dificultado por el propio concepto y definición de las enfermedades (realizado por consenso de expertos) (5), la ausencia de un marcador diagnóstico específico y la ausencia de un tratamiento con alta eficacia (6).

Dichos factores influyen en el abordaje diagnóstico-terapéutico de estos problemas por cada médico individual en la práctica. Las guías clínicas representan el esfuerzo de la comunidad científica por homogeneizar la conducta diagnóstico-terapéutica y guiarla mediante la evidencia (7), pero ya se ha puesto de manifiesto en otros países que, en el caso del SII, la práctica clínica se aleja de ellas en muchas ocasiones (8,9). En España, dos estudios centrados en el SII han mostrado esta variabilidad en las conductas clínicas (10,11), circunstancia también evidenciada en otros países e incluso entre países (12).

La mayor parte de las encuestas sobre las conductas clínicas se centran en la enfermedad. En el caso de los trastornos funcionales, la frontera entre algunos diagnósticos específicos es muy fina e incluso la utilización de los diagnósticos concretos varía (13); en el caso concreto del SII con predominio de estreñimiento (SII-E) y el EF, la frontera es muy difícil de establecer (3). En esta situación concreta, la realidad clínica a la que se debe enfrentar el médico (sea médico

Rey E, Mascort JJ, Peña E, Cañones P, Tenías JM, Júdez J, para la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Manejo del problema clínico del estreñimiento con molestias abdominales en adultos. Encuesta nacional en Atención Primaria y Aparato Digestivo. *Rev Esp Enferm Dig* 2016;108:323-331.

de AD o de AP) es la de un paciente con estreñimiento que se acompaña o no de otras molestias abdominales (dolor, distensión, molestia abdominal) con una frecuencia variable. Las opiniones y conductas del médico se dirigen a resolver este problema del paciente; el diagnóstico es simplemente un resultado. Por ello, desde el punto de vista práctico resulta más relevante conocer las conductas que adoptan los médicos frente a un problema clínico que las conductas que se reconocen en función de un diagnóstico.

Así pues, el objetivo del estudio fue obtener información sobre el volumen de trabajo que suponen los pacientes con estreñimiento y molestias abdominales asociadas, las conductas clínicas predominantes, las necesidades formativas y las posibles ayudas a la práctica diaria tanto en el ámbito de AP como en AD.

MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología empleada para alcanzar este objetivo ha sido la realización de una encuesta entre médicos de AP y AD. Dicha encuesta, denominada "Gestiona SII-E/EF", fue realizada utilizando un cuestionario *ad hoc* que fue desarrollado previamente al trabajo de campo.

Desarrollo del cuestionario

Para el desarrollo del cuestionario se creó un grupo de trabajo conformado por un participante de cada una de las sociedades científicas impulsoras del proyecto (un especialista de AD y tres especialistas de AP) al que se unió un gestor del conocimiento y un metodólogo/epidemiólogo. Este grupo desarrolló una lista de aspectos a explorar que dio lugar a una primera versión del cuestionario con 24 preguntas base que fueron revisadas en dos reuniones de discusión; se generó una versión final con seis ítems comunes seguidos de 26 ítems para médicos de AP y 24 ítems para AD. Esta versión final del grupo de trabajo fue sometida a una revisión externa por grupos de expertos designados por cada una de las sociedades, y a la evaluación por parte de un grupo de cinco especialistas de AD y cinco de AP para validar su aplicabilidad y comprensibilidad. Finalmente, el cuestionario definitivo tras este proceso de revisión externa fue pilotado en una muestra de 20 profesionales (entre AD y AP) utilizando la encuesta ya mecanizada en el formato previsto para su cumplimentación.

Cuestionario

El cuestionario definitivo utilizado para la encuesta consta de seis ítems generales para todos los entrevistados (datos sociodemográficos, sociedades científicas de pertenencia, especialidad) que se bifurcaba en dos subcuestionarios: para AP y AD, respectivamente. Este cuestionario incluía cuestiones relativas a:

- *Aspectos generales*: experiencia profesional, ciudad donde trabaja, características del ámbito de trabajo.
- *Volumen de trabajo*: número de pacientes atendidos por mes, número de pacientes con estreñimiento y molestias abdominales, diagnóstico previo o no de SII.

- *Conducta clínica*: frecuencia con que solicita pruebas diagnósticas, uso de criterios específicos para solicitar colonoscopia, realización de tratamiento empírico, explicitación de diagnóstico en la historia clínica, seguimiento, uso de algoritmos de decisión. En la encuesta a AP se incluyeron ítems para conocer la posibilidad o no de solicitar directamente una colonoscopia así como la proporción de pacientes que se derivan a médicos de AD.
- *Percepciones clínicas*: grado de satisfacción con los tratamientos disponibles, diferenciación entre SII-E y EF.
- *Ayuda clínica*: utilidad percibida de disponer de una guía de diagnóstico-terapéutica, de protocolos locales, de material informativo para pacientes.
- *Formación*: formación recibida en los últimos tres años y fuentes de formación habituales, autopercepción de la necesidad de formación preferencias en las fuentes de formación.

Encuesta

La encuesta fue realizada *online* utilizando la aplicación *SurveyMonkey* con cuatro recopiladores distintos (uno por sociedad participante). La población diana de AD fueron los especialistas registrados en el directorio de socios de la SEPD con práctica activa (2.027). La población diana de especialistas de AP se abordó a través de los diferentes BBDD de semFYC, SEMERGEN y SEMG (un total de 12.830). A todos ellos se les remitió un mensaje electrónico de invitación que incluía un texto introductorio sobre los objetivos y un enlace a la encuesta bien personalizado (AD) o propio de cada sociedad participante (en AP). Dichos mensajes electrónicos se remitieron en tres oleadas y en el enlace a la encuesta se incluyó una primera cuestión identificativa para reconocer duplicidades en el análisis posterior.

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo las variables cuantitativas se describieron usando la tendencia central y la dispersión (media, desviación estándar [DE]) y las cualitativas, mediante frecuencias absolutas y relativas (%). En el análisis inferencial (subgrupos por ámbito, localización, características personales y profesionales del encuestado) se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrado (test exacto de Fisher) para las variables cualitativas y la prueba de t de Student, ANOVA o pruebas no paramétricas (U de Mann Whitney, Kruskal-Wallis) para variables cuantitativas. En todos los casos el nivel de significación estadística se estableció en una $p < 0,05$. Los análisis fueron realizados utilizando el software PASW 18.0 (SPSS Inc).

RESULTADOS

Descripción de la muestra

Entre los *médicos de AP* invitados a participar se recogieron 934 encuestas con respuesta parcial o completa a la encuesta (tasa de respuesta 7,28%, con distribución homogénea entre comunidades autónomas); los médicos que res-

pondieron declarar estar afiliados a semFYC (555: 59,4%), SEMERGEN (251: 26,9%) y SEMG (188: 20,1%). Son frecuentes las afiliaciones a más de una sociedad (177: 19,0%); solo 56 (6,0%) no especificaron ninguna afiliación. Un 67,9% reconoció más de 10 años de experiencia. La edad media de los que respondieron era de 45,3 años (DE 10,9 años; intervalo: 25-69 años) y un 62,2% eran mujeres. Por comunidades autónomas, las cuatro con más encuestas fueron Andalucía (18,2% del total de respondedores), Madrid (16,3%), Cataluña (9,3%) y Comunidad Valenciana (8,1%). El 49,9% reconocía trabajar en grandes núcleos urbanos (más de 50.000 habitantes) y el resto, en poblaciones de menor tamaño. El cupo de pacientes mayoritario (75,7% de los encuestados) se situaba en 1.000-2.000 pacientes. Un 37% de los especialistas de AP encuestados reconocían no poder solicitar colonoscopias directamente.

Entre los 2.027 *médicos de AD* invitados a participar se recogieron 374 encuestas con respuesta parcial (104) o completa (270) (tasa de respuesta 18,45%, con distribución homogénea entre comunidades autónomas). La gran mayoría (268) reconocía pertenecer a la SEPD. La edad media de los encuestados era de 43,3 (DE 12,2) años (intervalo: 25-79 años) y un 57,5% eran varones. El 45,1% señalaba tener menos de 10 años de ejercicio profesional y el 30,8%, más de 20 años de experiencia. Por comunidades autónomas, las cinco con más encuestas fueron Andalucía (21,6%), Madrid (15,4%), Comunidad Valenciana (11,7%), Castilla-La Mancha (7,7%) y Cataluña (7,3%). El 85,3% refería trabajar en núcleos urbanos (más de 50.000 habitantes).

Volumen de trabajo y conductas clínicas

Los *médicos de AP* señalaron que de la mediana de *pacientes mensuales atendidos* (600; rango intercuartil [RIC] 450-800), 15 (2,5%) lo eran por estreñimiento y molestias abdominales, otros 15 (2,5%) por estreñimiento sin molestias abdominales y 5 (0,83%) están o son diag-

nosticados de SII con predominio de estreñimiento (SII-E). La mediana de *derivación* de estos pacientes al especialista de digestivo reportada fue del 10% (RIC 5-25%), con gran heterogeneidad entre comunidades autónomas. La mayoría de médicos de AP solicitan las *pruebas complementarias* solo algunas veces (Tabla I). Los estudios analíticos son las pruebas complementarias más utilizadas por los médicos de AP encuestados; el 60% señala que solicita una analítica de sangre básica y el 55,5%, hormonas tiroideas a la mitad o más de los pacientes con estos problemas. Con respecto a la colonoscopia, un 21,6% de los médicos de AP encuestados reconocen solicitarla en la mitad o más de los pacientes, mientras que el 20% apunta que no la solicita nunca. El 26,9% refiere solicitar una ecografía a la mitad o más de los pacientes con este problema y un 56,2% señala hacerlo algunas veces. Otras pruebas complementarias, como la gastroscopia, la radiografía simple de abdomen o el enema opaco, son solicitadas de forma muy ocasional: solo en algunos pacientes o nunca por el 93%, 83,1% y 95,6%, respectivamente, de los médicos de AP encuestados. Cuando se comparan los médicos de AP encuestados que tienen la *posibilidad de solicitar colonoscopia* directamente con los que han de derivar (Tabla II), se observa una mayor proporción de médicos que reconocen solicitar una colonoscopia a la mitad o más de los pacientes entre los primeros (26,5% frente a 13,3%); las diferencias en las solicitudes de otras pruebas, aunque estadísticamente significativas, son pequeñas. Un 84,9% de los médicos de AP encuestados inician el tratamiento de estos pacientes sin realizar estudios previos, frente al 15,1% que sí realiza previamente el estudio. Ante un fracaso del tratamiento, de los médicos de AP que inician por lo general tratamiento empírico (sin pruebas previas) el 48,5% suele cambiar el tratamiento e iniciar el estudio de la patología; un 31,5% lo considera un criterio para iniciar estudio; un 17,6% mantiene el tratamiento e inicia el estudio de los síntomas; y solo un 2,5% realiza otro tratamiento de forma empírica. La figura 1 resume sintéticamente las actitudes clínicas reconocidas por los médicos de AP.

Tabla I. Solicitud de pruebas diagnósticas por médicos de AP

Ante un paciente con estreñimiento y molestias abdominales (dolor, malestar, distensión), con qué frecuencia solicita:	Nunca		Algunas veces		La mitad de las veces		Muchas veces		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Análisis de sangre (hemograma y bioquímica básica)	28	3,0%	341	36,5%	151	16,2%	288	30,8%	126	13,5%
Unas hormonas tiroideas	71	7,6%	345	36,9%	151	16,2%	272	29,1%	95	10,2%
Una gastroscopia	364	39,0%	504	54,0%	51	5,5%	13	1,4%	2	0,2%
Una colonoscopia	186	19,9%	546	58,5%	130	13,9%	63	6,7%	9	1,0%
Una ecografía abdominal	64	6,9%	525	56,2%	200	21,4%	122	13,1%	23	2,5%
Una radiografía simple de abdomen	242	25,9%	441	47,2%	119	12,7%	110	11,8%	22	2,4%
Un enema opaco	586	62,7%	307	32,9%	30	3,2%	10	1,1%	1	0,1%

Tabla II. Solicitud de pruebas diagnósticas por el médico de AP según la posibilidad o no de solicitar colonoscopia

	¿ Tiene posibilidad de solicitar la colonoscopia o tiene que derivar al especialista de Digestivo?																					
	Tengo posibilidad						Tengo que derivar															
	Nunca		Algunas veces		La mitad de las veces		Siempre		Muchas veces		Nunca		Algunas veces		La mitad de las veces		Muchas veces		Siempre		p	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Análisis de sangre	13	2,2%	228	38,8%	81	13,8%	78	13,3%	188	32,0%	15	4,3%	113	32,7%	70	20,2%	100	28,9%	48	13,9%	0,018	
Unas hormonas tiroideas	37	6,3%	221	37,6%	87	14,8%	59	10,0%	184	31,3%	34	9,8%	124	35,8%	64	18,5%	88	25,4%	36	10,4%	0,080	
Una gastroscopia	180	30,6%	361	61,4%	38	6,5%	1	,2%	8	1,4%	184	53,2%	143	41,3%	13	3,8%	5	1,4%	1	0,3%	<0,001	
Una colonoscopia	36	6,1%	396	67,3%	102	17,3%	8	1,4%	46	7,8%	150	43,4%	150	43,4%	28	8,1%	17	4,9%	1	0,3%	<0,001	
Una ecografía abdominal	26	4,4%	345	58,7%	127	21,6%	14	2,4%	76	12,9%	38	11,0%	180	52,0%	73	21,1%	46	13,3%	9	2,6%	0,004	
Radiografía simple	165	28,1%	285	48,5%	62	10,5%	12	2,0%	64	10,9%	77	22,3%	156	45,1%	57	16,5%	46	13,3%	10	2,9%	0,025	
Un enema opaco	367	62,4%	198	33,7%	17	2,9%	0	0,0%	6	1,0%	219	63,3%	109	31,5%	13	3,8%	4	1,2%	1	0,3%	0,63	

El 63% de los encuestados utiliza guías con algoritmos diagnóstico-terapéuticos; la mayoría se basan en guías nacionales (48%) o en guías propias de la institución a la que pertenece cada médico (22,1%); el 32,8% de los médicos encuestados señalan no utilizar guías y decidir la actitud en función de cada paciente concreto. De los 765 facultativos de AP que respondieron respecto al uso de guías, 667 (88,5%) conocían al menos una de las guías de práctica clínica. Solamente 88 (11,5%) no conocían ninguna de ellas. La guía más conocida (85%), usada en la práctica (76,2% de ellos) y considerada de utilidad en la práctica clínica (83,4% la consideraba bastante o muy útil) por los médicos de AP, fue la Guía sobre SII de la AEG (Asociación Española de Gastroenterología) - semFYC - Centro Cochrane Iberoamericano de 2005 (14). La Guía NICE de 2015 (15), orientada especialmente a AP, solo era conocida por un 34,6% y usada por el 53,4% de ellos, siendo considerada de bastante utilidad por el 81,7% de estos. Menos del 30% afirmaba conocer otras guías propuestas (AGA [16], ACG [17]), y el uso de otros artículos o manuales fue anecdótico.

Los médicos de AD reconocían atender mensualmente una mediana de 160 pacientes (RIC 100-280), señalando que una mediana de 35 (el 21,9% de la mediana de pacientes totales atendidos) lo era por estreñimiento y molestias abdominales, que aumenta al 30% si se añade una mediana de 15 pacientes adicionales diagnosticados de SII-E.

La mayoría de médicos de AD solicitan pruebas complementarias (Tabla III). Los estudios analíticos son las pruebas complementarias más utilizadas por los encuestados; el 84,2% señala que solicita una analítica de sangre básica y el 81,8%, hormonas tiroideas a la mitad o más de los pacientes con estos problemas. Un 63,3% de los médicos de AD encuestados reconocen solicitar la colonoscopia en la mitad o más de los pacientes, mientras que solo el 0,7% señala que no la pide nunca. El 49,4% refiere solicitar una ecografía a la mitad o más de los pacientes con este problema y un 43,6% señala hacerlo algunas veces. Otras pruebas complementarias, como la gastroscopia, la radiografía simple de abdomen o el enema opaco, son pedidas de forma muy ocasional; son solicitadas en algunos pacientes o nunca por el 82%, 87,1% y 93,1%, respectivamente, de los encuestados.

La mayoría de los encuestados utiliza algún criterio clínico como indicación de solicitud de colonoscopia. Entre los criterios más frecuentes para la solicitud de una colonoscopia destacan la edad y/o los signos de alarma, que acumulan el 51,6% de las respuestas.

Un 68,5% de los médicos de AD encuestados inician el tratamiento de estos pacientes sin realizar estudios previos (empírico), frente al 31,5% que sí realiza previamente el estudio. Ante un fracaso del tratamiento, de los encuestados que inician el tratamiento empírico (sin pruebas previas) el 64,1% suele cambiar el tratamiento e iniciar el estudio de la patología, un 19% lo considera un criterio para iniciar estudio, un 10,3% mantiene el tratamiento e

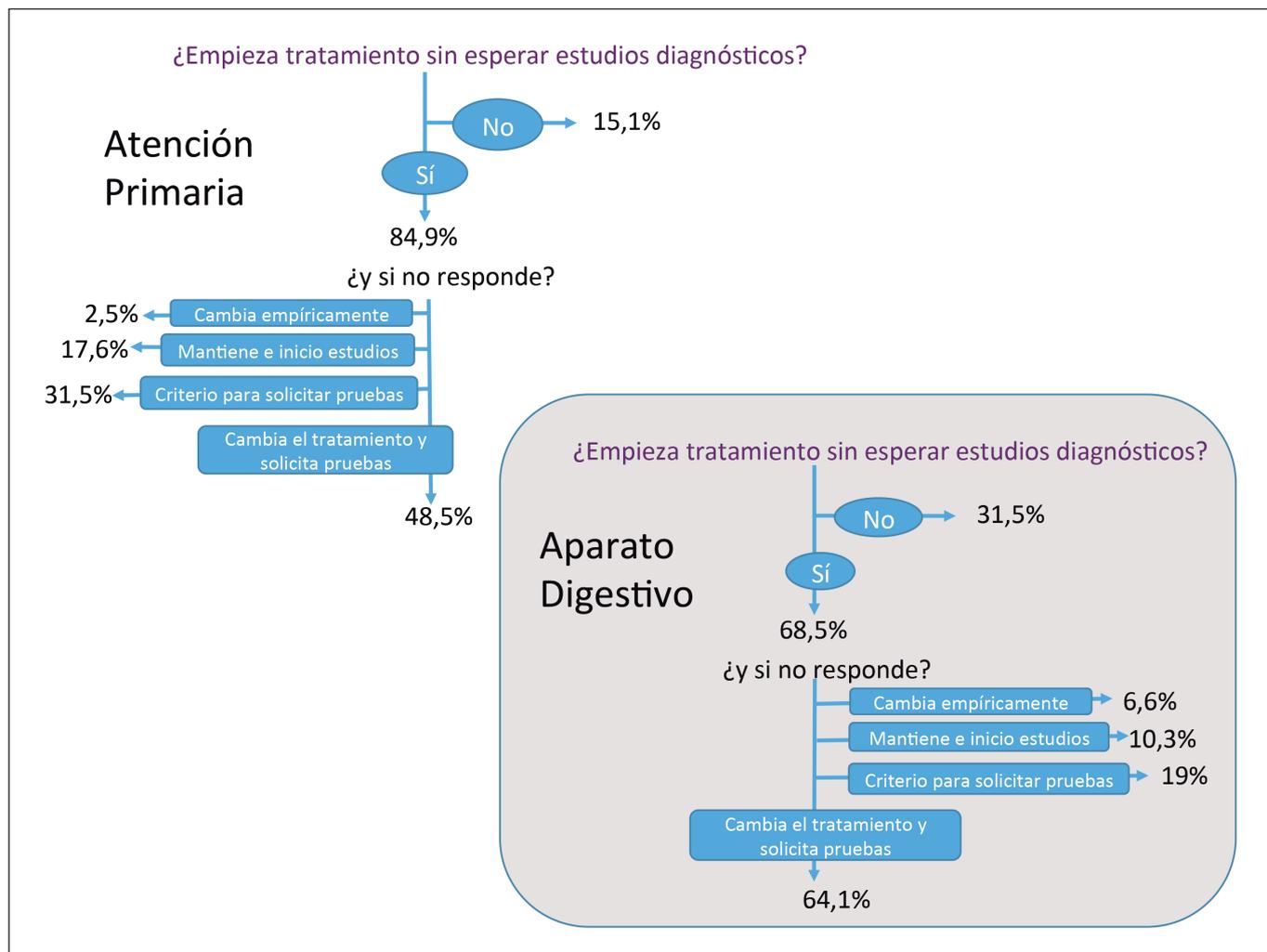


Fig. 1. Resumen esquemático de las conductas clínicas expresadas por médicos de AP y AD.

Tabla III. Solicitud de pruebas diagnósticas por médicos de AD

Ante un paciente con estreñimiento y molestias abdominales (dolor, malestar, distensión), con qué frecuencia solicita:	Nunca		Algunas veces		La mitad de las veces		Muchas veces		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Análisis de sangre (hemograma y bioquímica básica)	1	0,4%	42	15,4%	10	3,7%	77	28,2%	143	52,4%
Unas hormonas tiroideas	7	2,6%	43	15,8%	19	7,0%	81	29,7%	123	45,1%
Una gastroscopia	61	22,3%	163	59,7%	33	12,1%	15	5,1%	1	0,4%
Una colonoscopia	2	0,7%	98	35,9%	73	26,7%	85	31,1%	15	5,5%
Una ecografía abdominal	19	7,0%	119	43,6%	44	16,1%	61	22,3%	30	11,0%
Una radiografía simple de abdomen	141	51,6%	97	35,5%	11	4,0%	20	7,3%	4	1,5%
Un enema opaco	117	42,9%	137	50,2%	11	4,0%	8	2,9%	0	0,0%

inicia el estudio de los síntomas y solo un 6,6% realiza otro tratamiento de forma empírica. En el 56% de los casos, los pacientes son remitidos para su seguimiento a AP. La figura 1 resume esquemáticamente las respuestas.

El 73,3% de los médicos de AD encuestados reconocían utilizar guías con algoritmos diagnóstico-terapéuticos; la mayoría refieren basarse en guías nacionales (53,8%) o guías internacionales (42,9%); un 26,7% de los médicos

encuestados señalaba no utilizar guías y decidir la actitud en función de cada paciente concreto. De las guías relacionadas con SII propuestas, la mayoría de los encuestados (83-93%) conoce las relacionadas con la especialidad: AGA (89,8%) y ACG (83,9%) de 2014 y la elaborada por la AEG - semFYC - Centro Cochrane Iberoamericano (93,2%) de 2005; esta también es la más utilizada y mejor valorada respecto a su utilidad en la práctica clínica.

Percepciones

Las percepciones con respecto al uso (Fig. 2) y satisfacción (Tabla IV) con los tratamientos mostraban algunas diferencias entre AP y AD. Con respecto al uso de las opciones terapéuticas planteadas, los médicos de AD utilizan claramente en una mayor proporción opciones de segunda (prucaloprida, linaclotida) o tercera línea (antidepressivos), así como las asociaciones. En lo referente a la satisfacción con las diferentes opciones terapéuticas, los médicos de AP se muestran satisfechos con los resultados proporcionados por las medidas generales y los laxantes osmóticos, mientras los médicos de AD muestran su satisfacción con los laxantes osmóticos, la combinación de laxantes y la linaclotida; destaca la alta proporción de satisfacción con esta última.

La diferenciación clínica entre EF y SII-E fue reconocida como bastante o muy difícil por el 54,7% de los médicos de AP y el 53,1% de los médicos de AD, lo que contrasta claramente con la amplia explicitación del diagnóstico en la historia clínica manifestada previamente.

Resulta llamativa, asimismo, la consideración teórica de la necesidad de una colonoscopia para establecer el diagnóstico, ya que el 58,4% de los médicos de AP y el 47,4% de los de AD expresaron que están bastante, muy o completamente de acuerdo con esta afirmación, lo que contrasta de forma clara con la conducta clínica que previamente habían evidenciado.

Necesidades formativas

Una proporción considerable de médicos de AP (77%) y de AD (46,9%) reconocen no haber recibido ningún tipo de formación en relación con estos problemas en los tres años previos; una porción significativa considera que necesitaría recibirla (95,3% entre los médicos de AP y 82,4% entre los de AD).

Las fuentes de formación más frecuentemente utilizadas por los médicos de AP y los de AD son las jornadas, cursos y seminarios organizados por las sociedades científicas (78,4% y 78%, respectivamente), las guías de práctica clínica publicadas (70,3% y 75,5%) y los trabajos recogidos en revistas médicas (60,3% y 74,7%).

Con respecto a la forma en que considerarían más útil recibir la formación sobre EF y SII-E no hay un formato (presencial, a distancia, escrito) que destaque sobre el resto. La mayoría de profesionales considera que disponer de una guía diagnóstica y terapéutica para los pacientes con estreñimiento y molestias abdominales (dolor, malestar, distensión) (83,2% entre médicos de AP y 80,9% entre médicos de AD), así como de un protocolo de derivación local (83,1% y 70,3%), les ayudaría a mejorar su práctica clínica bastante o mucho.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio, centrado el problema clínico del estreñimiento con molestias abdominales asociadas, representa una fotografía de su magnitud en las consultas de AP y de AD, de las conductas clínicas predominantes, de las percepciones respecto al problema y de las necesidades formativas que reconocen los médicos.

Es un estudio con varias características diferenciales. La primera es que se centra en un problema clínico y no en una enfermedad diagnosticada. Las encuestas previas realizadas en España se centraban en el SII (10,11); aunque

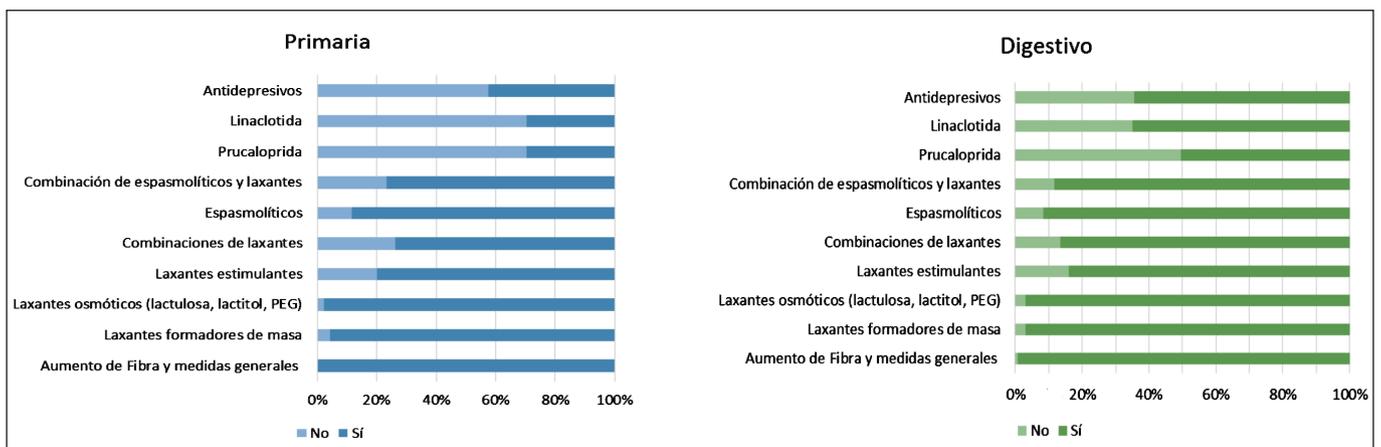


Fig. 2. Utilización de los tratamientos disponibles por médicos de AP y AD.

Tabla IV. Satisfacción con el uso de los diferentes tratamientos disponibles (comparativa AP y AD)

Satisfacción con	Atención Primaria						Aparato Digestivo										
	Nada satisfecho		Un poco satisfecho		Suficientemente satisfecho		Nada satisfecho		Un poco satisfecho		Suficientemente satisfecho		Muy satisfecho				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p		
Aumento fibra, medidas generales	19	2,0	396	42,4	417	44,6	102	10,9	18	6,6	149	55,0	84	31,0	20	7,4	< 0,001
Laxantes formadores de masa	63	7,0	445	49,7	364	40,7	23	2,6	15	5,7	140	52,8	103	38,9	7	2,6	0,77
Laxantes osmóticos	51	5,6	358	39,3	451	49,5	52	5,7	11	4,2	106	40,0	124	46,8	24	9,1	0,19
Laxantes estimulantes	190	25,6	350	47,2	192	25,9	10	1,3	36	15,7	116	50,7	72	31,4	5	2,2	0,01
Combinaciones de laxantes	163	23,6	305	44,1	199	28,8	24	3,5	20	8,5	98	41,5	96	40,7	22	9,3	< 0,001
Espasmolíticos	160	19,4	428	51,9	218	26,4	19	2,3	45	18,0	126	50,4	76	30,4	3	1,2	0,47
Combinación espasmolíticos y laxantes	150	20,9	306	42,7	234	32,7	26	3,6	32	13,3	99	41,1	97	40,2	13	5,4	0,02
Prucaloprida	116	43,3	119	44,4	30	11,2	3	1,1	21	15,2	53	38,4	48	34,8	16	11,6	< 0,001
Linaclotida	111	39,8	123	44,1	38	13,6	7	2,5	12	6,8	36	20,3	88	49,7	41	23,2	< 0,001
Antidepresivos	165	41,6	190	47,9	37	9,3	5	1,3	32	18,2	100	56,8	37	21,0	7	4,0	< 0,001

de ellas se pueden inferir las conductas respecto a los problemas clínicos que llevan a dicho diagnóstico, no necesariamente reflejan la actitud adoptada frente al problema. La segunda peculiaridad es que refleja la realidad de nuestro país; con ello se evita la necesidad de extrapolar datos de encuestas realizadas en otros países. Finalmente, una tercera peculiaridad es que proporciona una visión global del problema, con participación tanto de AP como de AD, las principales especialidades implicadas en la resolución de este problema.

El problema que plantea un paciente con estreñimiento y molestias abdominales es muy relevante por su frecuencia. Puede estimarse por los resultados que representan el 2,5% de las consultas a un médico de AP y el 21% de las consultas de AD. Por ello, cualquier esfuerzo por mejorar la gestión de este problema redundará en gran beneficio, por la magnitud de pacientes beneficiados.

Con respecto a las conductas clínicas, es destacable que la conducta clínica de médicos de AP y de AD es globalmente similar, a pesar del diferente nivel asistencial: utilización de tratamientos empíricos y pruebas diagnósticas guiadas por la clínica por aproximadamente dos terceras partes de los encuestados. Con respecto a la utilización de pruebas diagnósticas, existe una diferencia clara entre médicos de AP y de AD: tanto los estudios analíticos, como la colonoscopia o la ecografía, son solicitados por un 20% más de médicos de AD que de AP, lo cual parece lógico teniendo en cuenta el diferente nivel asistencial en el que desarrollan su trabajo clínico. También es interesante destacar que entre los médicos de AP que pueden solicitar directamente una colonoscopia la proporción de solicitudes no alcanza las solicitudes realizadas por el digestivo (20% frente a 60% la solicita a la mitad o más de los pacientes); sin embargo, una tercera parte de los médicos de AP encuestados reconocen no poder solicitar una colonoscopia directamente y necesitan derivar al médico de AD para ello. Por otra parte, se confirma que la falta de utilidad del estudio radiológico del colon con bario comparado con la colonoscopia ha calado profundamente en la práctica clínica.

La proporción de médicos de AP y de AD que reconocen utilizar guías clínicas o protocolos en su práctica es alta (63% y 73%, respectivamente). Puesto que las guías clínicas promueven una conducta clínica con tratamiento basado en el diagnóstico clínico y un estudio diagnóstico limitado, esta respuesta es concordante en magnitud con los resultados referidos a las conductas clínicas. De las guías clínicas empleadas, la guía sobre SII de la AEG - semFYC - Centro Cochrane Iberoamericano, a pesar de tener 11 años de antigüedad, es la más utilizada y mejor valorada tanto por médicos de AP como de AD, lo que refuerza la necesidad de generar guías de práctica clínicas adaptadas a nuestro país y su actualización periódica.

En lo referente a las percepciones, destacan dos aspectos. El primero es el de la utilidad de las diferentes medidas terapéuticas. Para los médicos de AP, las medidas genera-

les y los laxantes osmóticos son los mejor valorados; para los médicos de AD, los mejor valorados son los laxantes osmóticos, las combinaciones de laxantes y la linaclotida. Estos resultados son muy acordes con lo que cabría esperar de la evidencia científica y es apropiado para cada uno de los niveles asistenciales en función del tipo de paciente que *a priori* se espera. El segundo aspecto destacable es que más de la mitad de todos los encuestados consideran que es bastante difícil diferenciar entre SII-E y EF. A pesar de que los criterios diagnósticos de Roma I-III (18-20) distinguen ambos procesos, lo cierto es que la evidencia, vista tanto desde el punto de vista epidemiológico como clínico (3,21,22), señala esta misma dificultad percibida en nuestra encuesta y refuerza un abordaje a partir del problema clínico, con protocolos y guías centrados en el mismo y no en diagnósticos. En este mismo número se publica una guía de práctica clínica centrada en el problema clínico de pacientes con estreñimiento con molestias abdominales (en la confluencia del SII-E y el EF), adaptada a los actualizados criterios de Roma IV (23), que avanza en una dirección semejante y complementa las necesidades detectadas en esta encuesta (24).

Finalmente, es evidente, por los resultados, que existen unas notables necesidades formativas autorreconocidas tanto por los médicos de AP como de AD, además de la exigencia de generar guías y protocolos que ayuden en la práctica clínica a abordar este problema.

La fortaleza de este estudio es proporcionar una fotografía conjunta del abordaje médico y de las percepciones del problema del estreñimiento con molestias abdominales desde el punto de vista médico. Junto con un reciente estudio que evaluó la perspectiva del paciente (25), contribuye a dar una visión global de un problema frecuente.

Sin embargo, también presenta algunas debilidades que es preciso reconocer para una correcta interpretación de los resultados. La primera es que se alcanzó un tamaño muestral relativamente bajo, a pesar de todos los esfuerzos realizados: directorios de las sociedades científicas implicadas y soporte de las mismas a la invitación, facilidad de respuesta vía internet, oleadas de invitaciones sucesivas. Esta baja tasa de respuesta hace que no podamos excluir un sesgo en la respuesta, especialmente la posibilidad de que los médicos con mayor interés personal por el problema clínico planteado hayan respondido con mayor probabilidad que los menos interesados. Este potencial sesgo sugiere que la fotografía obtenida por esta encuesta es la “mejor fotografía” posible y las interpretaciones deben a nuestro juicio realizarse bajo este prisma. La segunda es que, aunque se trabajó de forma cooperativa y con la participación de varios expertos y clínicos en el desarrollo del cuestionario, no se ha realizado una validación formal completa del mismo y, específicamente, no se ha evaluado si las respuestas se corresponden exactamente con la realidad clínica individual del que responde. A nuestro entender, una tarea de validación de dicha magnitud no resulta razonable ni en tiempo ni en coste para los objetivos que se planteaban en esta encuesta.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores firmantes de este trabajo lo hacen en nombre de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Ni estas sociedades científicas ni ninguno de los integrantes del grupo de trabajo tienen vinculación alguna con las compañías que desarrollan los fármacos para la patología abordada en esta encuesta. La SEPD, la semFYC, la SEMERGEN y la SEMG, así como los componentes del grupo pertenecientes a las mismas, no tienen intereses económicos en las compañías que han realizado la investigación y distribuyen medicamentos para estas patologías del aparato digestivo, si bien mantienen, tanto sociedades como integrantes del grupo, una sostenida relación con las mismas en la promoción de formación, investigación y mejora de la práctica clínica hacia la promoción de la salud digestiva. Finalmente, la SEPD, la semFYC, la SEMERGEN y la SEMG, así como los autores firmantes, declaran que este trabajo ha recibido financiación de Almirall, que ha carecido de cualquier tipo de influencia en el mismo y no ha participado en su deliberación ni desarrollo, ni ha conocido el contenido del texto preliminar, intermedio o final antes de su publicación efectiva en la *Revista Española de Enfermedades Digestivas* y resto de órganos de expresión de cada sociedad participante. ER ha recibido financiación para estudios clínicos y conferencias de Norgine Ibérica y Almirall.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración de los responsables de las cuatro sociedades científicas de las que forman parte, así como el trabajo de apoyo de Marién Castillo Sánchez en el trabajo de mecanización y gestión de los recopiladores y Joaquín León Molina en la gestión bibliográfica.

Asimismo aprecian la ayuda de Fermín Mearin, Constanza Ciriza y Miguel Mínguez, que colaboraron como revisores externos expertos, en el proceso de desarrollo del cuestionario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rey E, Talley NJ. Irritable bowel syndrome: Novel views on the epidemiology and potential risk factors. *Dig Liver Dis* 2009;41(11):772-80. DOI: 10.1016/j.dld.2009.07.005
2. Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: Systematic review and meta-analysis. *The American journal of gastroenterology* 2011;106(9):1582-91;quiz1,92. DOI: 10.1038/ajg.2011.164
3. Rey E, Balboa A, Mearin F. Chronic constipation, irritable bowel syndrome with constipation and constipation with pain/discomfort: Similarities and differences. *Am J Gastroenterol* 2014;109(6):876-84. DOI: 10.1038/ajg.2014.18

4. Badia X, Mearin F, Balboa A, et al. Burden of illness in irritable bowel syndrome comparing Rome I and Rome II criteria. *Pharmacoeconomics* 2002;20(11):749-58. DOI: 10.2165/00019053-200220110-00004
5. Vandvik PO, Aabakken L, Farup PG. Diagnosing irritable bowel syndrome: Poor agreement between general practitioners and the Rome II criteria. *ScandJGastroenterol* 2004;39(5):448-53. DOI: 10.1080/00365520310008782
6. Cremonini F, Cheng V, Lembo A. Diagnosing irritable bowel syndrome: No more million dollar work-up? *Clinical gastroenterology and hepatology: The official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*. 2013;11(8):963-4. DOI: 10.1016/j.cgh.2013.04.030
7. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, et al. Clinical guidelines: Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;318(7182):527-30.
8. Harkness EF, Harrington V, Hinder S, et al. GP perspectives of irritable bowel syndrome. An accepted illness, but management deviates from guidelines: A qualitative study. *BMC Family Practice* 2013;14:92. DOI: 10.1186/1471-2296-14-92
9. Spiegel BM, Farid M, Esrailian E, et al. Is irritable bowel syndrome a diagnosis of exclusion? A survey of primary care providers, gastroenterologists, and IBS experts. *The American Journal of Gastroenterology* 2010;105(4):848-58. DOI: 10.1038/ajg.2010.47
10. Almansa C, Rey E, Bolanos E, et al. Spanish physicians point of view on irritable bowel syndrome (IBS). Results of a Delphi survey. *Rev Esp Enferm Dig* 2007;99(4):210-7.
11. Almansa C, Díaz-Rubio M, Rey E. The burden and management of patients with IBS: Results from a survey in Spanish gastroenterologists. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas (órgano oficial de la Sociedad Espanola de Patología Digestiva)* 2011;103(11):570-5. DOI: 10.4321/S1130-01082011001100003
12. Andresen V, Whorwell P, Fortea J, et al. An exploration of the barriers to the confident diagnosis of irritable bowel syndrome: A survey among general practitioners, gastroenterologists and experts in five European countries. *United European Gastroenterol J* 2015;3(1):39-52. DOI: 10.1177/2050640614558344
13. Miura S, Sugano K, Kinoshita Y, et al. Diagnosis and treatment of functional gastrointestinal disorders in the Asia-Pacific region: A survey of current practices. *J Gastroenterol Hepatol* 2011;26(Suppl. 3):2-11. DOI: 10.1111/j.1440-1746.2011.06635.x
14. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2005. Disponible en: <https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/sii.pdf>.
15. NCCNSC commissioned by the NICE (National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care on behalf of the National Institute for Health and Clinical Excellence). Irritable bowel syndrome in adults: Diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. Guideline. National Institute for Health and Care Excellence; 2015 (update), 2008. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg61/evidence/full-guidance-196701661>.
16. Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A, et al. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. *Gastroenterology* 2013;144(1):211-7. DOI: 10.1053/j.gastro.2012.10.029
17. American College of Gastroenterology Chronic Constipation Task Force. An evidence-based approach to the management of chronic constipation in North America. *The American Journal of Gastroenterology* 2005;100(Suppl. 1):S1-4. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2005.50613_1.x
18. Thompson WG, Dotevall G, Drossman DA, et al. Functional bowel disorders and chronic functional abdominal pain. *Gastroenterol Int* 1992;2:92-5.
19. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999;45(Suppl. 2):II43-7. DOI: 10.1136/gut.45.2008.ii43
20. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130(5):1480-91.
21. Wong RK, Palsson OS, Turner MJ, et al. Inability of the Rome III criteria to distinguish functional constipation from constipation-subtype irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2010;105(10):2228-34. DOI: 10.1038/ajg.2010.200
22. Shekhar C, Monaghan PJ, Morris J, et al. Rome III functional constipation and irritable bowel syndrome with constipation are similar disorders within a spectrum of sensitization, regulated by serotonin. *Gastroenterology* 2013;145(4):749-57;quiz e13-4. DOI: 10.1053/j.gastro.2013.07.014
23. Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1393-407.
24. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, et al. Guía de Práctica Clínica: Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. *Rev Esp Enferm Dig* 2016;108:332-63.
25. Mira JJ, Guilabert M, Sempere L, et al. The irritable bowel syndrome care process from the patients and professionals views. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas (órgano oficial de la Sociedad Espanola de Patología Digestiva)* 2015;107(4):202-10.