

Definición, epidemiología y subtipos de estreñimiento crónico

Nuria Pérez-López 

Servicio de Gastroenterología, Clínica Alameda, O Carballiño, Ourense, España

Resumen

El estreñimiento crónico es un trastorno digestivo común que se caracteriza por disminución en la frecuencia de las evacuaciones, aumento en la consistencia de la heces o sensación de evacuación incompleta. Tiene una alta prevalencia en la población general (14%); en México puede variar, según los criterios utilizados, entre el 2.4% y el 23%. Afecta de forma importante la calidad de vida de quien lo padece y tiene un importante impacto económico en el sistema de salud. El estreñimiento funcional se define según los criterios de Roma IV, los cuales incluyen características clínicas específicas que deben cumplirse para realizar un diagnóstico positivo de la enfermedad sin necesidad de utilizar estudios de diagnóstico innecesarios y que lo diferencian de otros trastornos de la interacción intestino-cerebro como el síndrome de intestino irritable variedad estreñimiento. El estreñimiento funcional se subdivide, según los estudios de tránsito colónico, en estreñimiento de tránsito normal, estreñimiento de tránsito lento y estreñimiento por trastorno del mecanismo de la defecación, lo cual tiene implicaciones en su posterior tratamiento. El estreñimiento secundario al uso de opiáceos es un capítulo aparte que se ha incluido en los criterios de Roma IV, cuyo abordaje y tratamiento constituyen una condición bien diferenciada.

Palabras clave: Estreñimiento. Estreñimiento funcional. Roma IV. Epidemiología. Subtipos de estreñimiento.

Definition, epidemiology and subtypes of chronic constipation

Abstract

Chronic constipation is a common digestive disorder characterized by decreased frequency of bowel movements, increase stool consistency, or a feeling of incomplete evacuation. It has a high prevalence worldwide in the general population (14%); in Mexico, its prevalence can vary depending on the criteria used between 2.4% and 23%. It significantly affects the quality of life of those who suffer from it and has a considerable economic impact on the health care system. Functional constipation is defined based on the Rome IV criteria, which include specific clinical characteristics that must be met to make a positive diagnosis of the disease without the need to use unnecessary diagnostic tests and that differentiate it from other disorders of gut-brain interaction such as irritable bowel syndrome variety constipation. Functional constipation is subdivided based on colonic transit studies into normal transit constipation, slow transit constipation and constipation due to disorder of the defecation mechanism, which has implications for its subsequent treatment. Constipation secondary to opioid use constitutes a separate chapter that has been included in the Rome IV criteria, whose approach and treatment constitute a well-differentiated condition.

Keywords: Constipation. Functional constipation. Roma IV. Epidemiology. Constipation subtypes.

Correspondencia:

Nuria Pérez-López
E-mail: sonelle74@hotmail.com

Fecha de recepción: 25-01-2026
Fecha de aceptación: 07-04-2026
DOI: 10.24875/CGM.26000008

Disponible en línea: 19-06-2026
Clín. Gastroenterol. Méx. 2026;2(2):93-97
www.clinicastroenterologiademexico.com

Introducción

Los trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC) tienen una prevalencia alta en la población general, ya que afectan a cualquier grupo sin importar sexo, raza, edad ni estatus socioeconómico. Conllevan una afectación importante en la calidad de vida de quien los padece y tienen un impacto económico negativo en el sistema de salud.

Según los criterios de Roma IV¹, los TIIC intestinales incluyen las categorías que se detallan en la tabla 1. Cada categoría tiene unos criterios clínicos específicos, aunque se debe considerar que los TIIC constituyen un espectro clínico y pueden solaparse entre ellos.

Definición de estreñimiento crónico

El término «estreñimiento crónico» (EC) describe la percepción del paciente de alteraciones en el movimiento intestinal que pueden incluir disminución en la frecuencia de las evacuaciones, heces duras (escala de Bristol 1-2) (Fig. 1), evacuación difícil o sensación de evacuación incompleta.

El estreñimiento se diagnostica cuando los síntomas tienen una duración mínima de 3 meses².

La definición de estreñimiento puede variar en distintos pacientes o distintos profesionales de la salud. Los síntomas más usados en los adultos para describirlo son esfuerzo defecatorio (52%), heces duras (44%) y ausencia de movimientos intestinales frecuentes (34%). La definición más usada por los profesionales es la presencia de menos de tres movimientos intestinales a la semana².

Según su fisiopatología, el estreñimiento se puede definir como primario o funcional y secundario.

El estreñimiento funcional (EF) se define con los criterios clínicos de Roma IV previo a descartar patologías mecánicas, uso de fármacos, enfermedades metabólicas o endocrinas y causas neurológicas³ (Tabla 2).

Los criterios diagnósticos de Roma IV se presentan en la tabla 3. En comparación con los criterios anteriores, en la última versión se especifica que el dolor abdominal y la distensión pueden estar presentes, pero no ser los síntomas predominantes, para descartar que cumpla con los criterios de síndrome del intestino irritable con estreñimiento (SII-E). Es importante la correcta diferenciación entre estas dos condiciones clínicas, ya que muchos profesionales pueden utilizar el término «estreñimiento funcional» de manera indistinta abarcando ambas.

Tabla 1. Clasificación de Roma IV de los trastornos funcionales intestinales¹

C1: Síndrome de intestino irritable (SII)	C2: Estreñimiento funcional
SII de predominio estreñimiento (SII-E)	C3: Diarrea funcional
SII de predominio diarrea (SII-D)	C4: Distensión abdominal funcional
SII con hábito mixto (SII-M)	C5: Trastorno funcional intestinal no especificado
SII no clasificable	C6: Estreñimiento secundario al uso de opiáceos

1		Heces en bolas duras y separadas, similar a un fruto seco.
2		Heces con forma alargada, pero con relieves, como bolas unidas.
3		Heces con forma alargada, con grietas en la superficie.
4		Heces con forma alargada como una salchicha, lisa y blanda.
5		Heces blandas y trozos separados o con bordes definidos.
6		Heces blandas y trozos separados o con bordes pegados puré.
7		Heces líquidas, sin trozos sólidos.

Figura 1. Escala de heces de Bristol.

En los estudios clínicos se ha demostrado que el 90% de los pacientes con SII-E cumplen criterios de estreñimiento funcional y el 44% de los pacientes con EF cumplen criterios de SII-E⁴.

El EC es una afección multifactorial con una patogénesis compleja, en la cual existen factores de riesgo modificables y no modificables. Dentro de los factores de riesgo modificables se incluyen la vida sedentaria, el bajo consumo de líquidos, el bajo consumo de fibra y la mala calidad del sueño. Dentro de los factores de riesgo no modificables se encuentran el sexo femenino, la edad avanzada y el estatus socioeconómico bajo. Entre las causas secundarias se incluyen fármacos como los opiáceos, las benzodiazepinas, los anti-depresivos y los antiespasmódicos, y enfermedades

Tabla 2. Causas de estreñimiento secundario²

Obstrucción mecánica	Cáncer colorrectal, diverticulitis, estenosis, rectocele, megacolon, adherencias, impactación fecal
Causas neurológicas	Neuropatía autonómica, ictus, demencia, depresión, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, lesión medular
Causas metabólicas	Insuficiencia renal crónica, diabetes <i>mellitus</i> tipo 2, neoplasia endócrina múltiple tipo 2, hipercalcemia, hiperparatiroidismo, hipocalcemia, hipotiroidismo, porfiria
Miopatías	Amiloidosis, dermatomiositis, escleroderma, esclerosis sistémica
Dependientes de la dieta	Dieta rica en proteínas y grasas, deshidratación, anorexia, consumo excesivo de cafeína y alcohol
Miscelánea	Insuficiencia cardíaca, inmovilidad
Otras	Embarazo, disfunción del piso pélvico
Fármacos	Antidepresivos tricíclicos, antiepilépticos, antihistamínicos, fármacos para la enfermedad de Parkinson, antipsicóticos, antiespasmódicos, bloqueadores de los canales de calcio, betabloqueadores, inhibidores de la monoamino oxidasa, opiáceos, antiácidos, suplementos de calcio y hierro, anticonceptivos orales, antiinflamatorios no esteroideos, loperamida

como la diabetes *mellitus* tipo 2, la insuficiencia renal crónica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la cardiopatía isquémica, entre otras (Tabla 2)⁵.

Epidemiología del estreñimiento crónico

El EC es altamente prevalente entre los adultos en la población mundial⁶, con una prevalencia global estimada del 14%. En los adultos mayores, la prevalencia aumenta a cerca del 32%. En África y Asia, la prevalencia es menor (13%)⁶.

De acuerdo con los criterios epidemiológicos de Roma IV³, hay importantes diferencias en la prevalencia de EF según las áreas geográficas, con una prevalencia estimada del 11.7%. La prevalencia es mayor (aproximadamente el doble) en las mujeres que en los hombres⁷, y se ha observado una menor frecuencia en pacientes obesos europeos⁸, lo que contrasta con la evidencia de que la presencia de EF se correlaciona con el índice de masa corporal⁹. En pacientes hospitalizados, la prevalencia es del 50%¹⁰.

Tabla 3. Criterios diagnósticos de Roma IV para el estreñimiento funcional³

C2: Criterios diagnósticos para estreñimiento funcional
Debe incluir dos o más de los siguientes: Esfuerzo durante más del 25% de las evacuaciones Heces duras (escala de Bristol 1-2) en más del 25% de las evacuaciones Sensación de evacuación incompleta en más del 25% de las evacuaciones Sensación de obstrucción o bloqueo anorrectal en más del 25% de las evacuaciones Uso de maniobras manuales para facilitar la evacuación en más del 25% de las evacuaciones Menos de tres evacuaciones espontáneas por semana
Heces líquidas de forma ocasional sin uso de laxantes
Criterios insuficientes para síndrome del intestino irritable

Los criterios deben cumplirse por 3 meses, con el inicio de los síntomas 6 meses previos al diagnóstico.

El EC es diagnosticado de forma habitual por el propio paciente, y basándose en los criterios del paciente la prevalencia varía entre el 1.9% y el 27.2%. Solo el 20% de los pacientes con EC buscan atención médica, al considerar sus hábitos intestinales como normales¹¹, lo cual conlleva un infradiagnóstico de la enfermedad.

En un estudio epidemiológico realizado en el Reino Unido entre los años 2017 y 2018, cerca de 200 pacientes fueron hospitalizados por complicaciones del estreñimiento llevando a un total de 160,000 días/cama por año¹².

La ratio mujer: hombre es 1.5:1, y las mujeres utilizan más laxantes y buscan con mayor frecuencia atención médica⁴.

En México, la prevalencia de EC varía entre el 2.4% y el 22.3%¹³; un metaanálisis de estudios realizados en población mexicana mostró una prevalencia del 14.4%, muy similar a la registrada en todo el mundo^{14,15}.

En cuanto al impacto en el sistema de salud, el mencionado estudio del Reino Unido mostró que el gasto anual para el tratamiento del EC excedió los 160 millones de libras, incluyendo más de 70 millones por hospitalizaciones y 90 millones por uso de laxantes¹⁶.

El EC ocupa el quinto lugar dentro de los diagnósticos clínicos gastrointestinales más frecuentes, con unos 8 millones de consultas ambulatorias al año, un 33% en atención primaria, un 21% en pediatría y un 14% en gastroenterología. Este número de visitas supera a los pacientes con cáncer de colon.

Los costos médicos directos en los Estados Unidos de América se han calculado en 230,000 dólares anuales, dos veces más en las mujeres con estreñimiento que en aquellas que no lo presentan⁴. En México no se cuenta con estudios al respecto.

En los pacientes con EF, la salud general, la salud mental y la vida social son peores. Las escalas de calidad de vida de los pacientes hospitalizados por EC son comparables a las de los pacientes con enfermedad de Crohn, y en los pacientes ambulatorios son comparables a las de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, hipertensión arterial, diabetes o depresión⁴.

En el estudio realizado por Ruiz López et al.¹⁷ en pacientes con SII-E y EF, utilizando las escalas de calidad de vida PAC-QOL y SF-36 se demostró que la calidad de vida de los pacientes mexicanos con síntomas de estreñimiento es menor, especialmente en aquellos con SII-E.

Subtipos de estreñimiento crónico

Desde el punto de vista clínico, el estreñimiento se puede clasificar como secundario cuando es debido a alteraciones mecánicas, metabólicas o neurológicas, o al uso de fármacos (Tabla 2), y como primario o funcional cuando se han descartado estas causas.

El EF se clasifica, según los estudios de tránsito colónico, como estreñimiento de tránsito normal (ETN) (60-70%), estreñimiento de tránsito lento (ETL) (15-30%) y trastornos del mecanismo de la defecación (20-30%)⁶.

El ETL se define como la presencia de tránsito colónico lento en ausencia de trastornos del mecanismo de la defecación o megacolon. Puede ser una manifestación de disfunción motora del colon o ser secundario a una pobre ingesta calórica. Sin embargo, solo un pequeño porcentaje de pacientes presenta disfunción motora al ser evaluados con manometría. Las anomalías manométricas incluyen disminución de las contracciones de alta amplitud y de la actividad retrógrada propagada y no propagada del colon sigmoide y la actividad fásica del recto. La respuesta a una comida o la prueba farmacológica con bisacodilo están igualmente alteradas. La inercia colónica se define como una ausencia de respuesta a las comidas o a estímulos farmacológicos como bisacodilo o neostigmina.

Se ha descrito una importante reducción de nervios intrínsecos y células intersticiales de Cajal.

Tabla 4. Criterios diagnósticos de Roma IV para el diagnóstico de estreñimiento inducido por opiáceos

<p>Estreñimiento de reciente inicio o empeoramiento de estreñimiento preexistente posterior al inicio o al aumento de dosis de opiáceos</p> <p>Presencia de dos o más de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Heces líquidas raro sin uso de laxantes Menos de tres movimientos intestinales por semana Heces duras (escala de Bristol 1-2) en más del 25% de las evacuaciones Esfuerzo en más del 25% de las evacuaciones Sensación de evacuación incompleta en más del 25% de las evacuaciones Sensación de bloqueo anal en más del 25% de las evacuaciones

Maniobras manuales para facilitar la evacuación en más del 25% de las evacuaciones

En ETL se evidencia una alteración del tránsito colónico en las pruebas complementarias, mientras que la función pélvica es normal^{4,5}.

El ETN se caracteriza por la ausencia de hallazgos patológicos en la anamnesis y en la exploración física, y puede presentar dolor y distensión (si cumple criterios para SII-E); sin embargo, no es sinónimo de SII-E, ya que el 23% de estos pacientes muestran tránsito colónico lento^{4,5}.

Los trastornos en el mecanismo de la defecación se caracterizan por esfuerzo prolongado o excesivo, dificultad para la defecación incluso de heces blandas y uso de maniobras manuales para facilitar la defecación. Se encuentran alteraciones en las pruebas de función anorrectal y puede coexistir con tránsito normal o tránsito lento. Dentro de las anomalías descritas en las pruebas de función anorrectal se encuentran presión anal en reposo elevada, relajación anal incompleta o contracción paradójica del músculo puborrectal y del esfínter anal externo (disinergia de la defecación).

La relación entre estas alteraciones y los síntomas defecatorios no es clara, ya que se ha encontrado que pacientes asintomáticos pueden presentar defecación disinérgica.

La etiología es poco conocida, pero puede ser secundaria a ignorar el deseo de defecar o a una respuesta anormal del ano para prevenir la presencia de dolor o trauma. En algunos pacientes se pueden diagnosticar alteraciones en la sensibilidad rectal que pueden explicar la ausencia de deseo defecatorio^{4,5}.

El estreñimiento inducido por opiáceos incluye un espectro de alteraciones que se presentan como efecto secundario gastrointestinal del uso de estos fármacos.

El Comité de Roma decidió no incluirlo como un TIIC nuevo, sino clasificarlo como efecto secundario inducido por opiáceos¹. De acuerdo con los criterios de Roma IV, se define como un cambio del hábito intestinal basal posterior al inicio del tratamiento con opiáceos, que incluya disminución en la frecuencia de las evacuaciones, sensación de evacuación incompleta, presencia o aumento del esfuerzo defecatorio y percepción del paciente de problemas relacionados con su hábito intestinal (Tabla 4). La prevalencia de EC inducido por opiáceos es del 41% en pacientes no oncológicos tratados con opiáceos, y en los oncológicos la incidencia llega al 94%¹⁸. La prevalencia aumenta con el tratamiento prolongado¹⁸.

Conclusión

El EC es una patología muy prevalente que constituye una de las principales causas de consulta médica tanto en atención primaria como en gastroenterología, y tiene un gran impacto en la calidad de vida de quien lo padece.

Puede ser secundario a múltiples factores que es primordial descartar. El EF debe diagnosticarse según los criterios de Roma IV con el objetivo de realizar un diagnóstico positivo y evitar el uso excesivo de pruebas diagnósticas, ya que tiene un impacto económico negativo en el sistema de salud.

Debe considerarse el estreñimiento inducido por opiáceos como una afección separada cuyo abordaje y tratamiento son específicos, y que impactan en la calidad de vida de los pacientes bajo tratamiento de forma crónica con estos fármacos.

Financiamiento

La autora declara no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. La autora declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. La autora declara que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Drossman DA, Hasler WL. Introduction Rome IV - Functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*. 2016;150:1257-61.
2. Iturrino JC, Lembo AJ. Constipation. En: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021. 250-75.
3. Lacy B.E, Mearin F, Chang L, Chey W.D, Lembo AJ, Simrem M, et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 2016;150:1393-407.
4. Bharucha AE, Wald A. Chronic constipation. *Mayo Clin Proc*. 2019;94:2340-57.
5. Yen Lee Y, Kamani L, Piscocoy A, Dumitrascu D, Simadibatra DM, Makharia GK, et al. A global cascade approach to diagnosis and management of chronic constipation. *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines*; 2025. p. 1-28.
6. Camilleri M, Ford AC, Mawe GM, Dinning PG, Rao SS, Chey WD, et al. Chronic constipation. *Nature Rev Dis Prim*. 2017;3:17095.
7. Palsson OS, Whirehead WE, van Tilburg MAL, Chang L, Chey W, Crowell MD, et al. Development and validation of the Rome IV Diagnostic Questionnaire for adults. *Gastroenterology*. 2016;150:1481-91.
8. Barbeiro 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;6:638-48.
9. Melchior C, Hreinsson JP, Tack J, Keller J, Aziz Q, Palsson OS, et al. Disorders of the gut-brain interaction among European people with obesity: Prevalence and burden of compatible symptoms. *United European Gastroenterol J*. 2025;13:917-28.
10. Xiang N, Xu L, Qian H, Zhang D. Multiple obesity indexes suggest a close relationship between obesity and constipation: evidence from NHANES. *BMC Public Health*. 2024;24:1273.
11. Al Nou'mani J, Al Alawi AM, Al-Maqbali JS, Al Abri N, Al Sabbri M. Prevalence, recognition, and risk factors of constipation among medically hospitalized patients: a cohort prospective study. *Medicine*. 2023;99:1347.
12. Oh SJ, Fuller G, Patel D, Khalil C, Spalding W, Nag A, et al. Chronic constipation in the United States: results from a population-based survey assessing healthcare seeking and use of pharmacotherapy. *Am J Gastroenterol*. 2020;115:895-905.
13. Harris LA, Horn J, Kissous-Hunt M, Magnus L, Quigley EMM. The better understanding and recognition of the disconnects, experiences, and needs of patients with chronic idiopathic constipation (BURDEN-CIC) study: results of an online questionnaire. *Adv Ther*. 2017;34:2662-73.
14. Remes Troche JM, Coss Adame E, López Colombo A, Amieva Balmori M, Carmona Sánchez R, Charúa Guindic L, et al. Consenso mexicano sobre estreñimiento crónico. *Rev Gastroenterol Mex*. 2018;83:168-89.
15. Remes Troche JM, Tamayo de la Cuesta JL, Raña Garibay R, Huerta Iga F, Suárez Morán E, Schmulson M. Guidelines for diagnosis and treatment of constipation in Mexico. A) Epidemiology (meta-analysis of the prevalence), pathophysiology and classification. *Rev Gastroenterol Mex*. 2011;76:126-32.
16. Belsey J, Greenfield S, Candy D, Geraint M. Systemic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010;31:938-49.
17. Ruiz López MC, Coss Adame E. Calidad de vida en pacientes con diferentes subtipos de estreñimiento de acuerdo a los criterios de Roma III. *Rev Gastroenterol Mex*. 2015;80:13-20.
18. Crockett SD, Greer KB, Heidelbaugh JJ, Falck-Ytter Y, Hanson BJ, Sultan S. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the medical management of opioid-induced constipation. *Gastroenterology*. 2019;156:218-26.