

1.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa a la hora de calcular la prevalencia del estreñimiento crónico?:

- A.- Depende de la edad poblacional donde se haga el estudio.
- B.- El porcentaje es diferente en función de los criterios diagnósticos utilizados.
- C.- Varía si el estreñimiento es referido por el propio paciente o evaluado por un profesional de la salud.
- D.- El contexto en el que se evalúe este síndrome es indiferente para el cálculo de la prevalencia exacta.
- E.- Los Criterios de Roma III incrementan ligeramente la prevalencia de este síndrome.

2.- Respecto a la prevalencia del estreñimiento en España:

- A.- El índice de consulta al médico por estreñimiento es superior al 50%.
- B.- La dieta mediterránea influye en que España sea el país con menor índice de estreñimiento de toda Europa.
- C.- España es el país de Europa que busca ayuda por este problema con más frecuencia.
- D.- De todos los pacientes españoles estreñidos, menos de un 10% refiere su estreñimiento como crónico.
- E.- Factores como la genética o la cultura son indiferentes en los resultados sobre la prevalencia registrada en los diferentes estudios.

3.- ¿Cómo influye la edad y el sexo en el desarrollo del estreñimiento?:

- A.- Es un síndrome que se da con más frecuencia en niños con sobrepeso.
- B.- La diferencia que existe entre ambos sexos aumenta con la edad en pacientes geriátricos de edad muy avanzada.
- C.- En las mujeres, el diagnóstico de estreñimiento por tránsito lento es mucho más frecuente que el estreñimiento por defecación disinérgica.
- D.- Los hombres realizan más consultas a Atención Primaria por estreñimiento, ya que presentan dolor somático con mayor frecuencia.
- E.- Los daños en el suelo pélvico se inician frecuentemente en el parto, pero la prevalencia de estreñimiento aumenta con la edad de forma proporcional.

4.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el estreñimiento es cierta?:

- A.- Las altas tasas de prevalencia y las repercusiones negativas hacen de este síndrome un importante problema de salud pública.
- B.- Las visitas médicas asociadas con este problema han disminuido de forma progresiva.
- C.- Es una patología que condiciona muchos ingresos hospitalarios y llega a provocar la muerte en un alto porcentaje de pacientes.
- D.- La prevalencia del estreñimiento es mayor debido al temor de los pacientes a comenzar con un tratamiento laxante sin una consulta médica previa.
- E.- La atención médica prestada al estreñimiento es inferior a otras patologías, ya que es un diagnóstico poco común si se compara con otras enfermedades digestivas.

5.- ¿Cuál de los siguientes factores influye en menor medida en la incidencia del estreñimiento?:

- A.- Menor nivel económico.
- B.- Vivir en la ciudad.
- C.- Menor clase social.
- D.- Menor ingesta calórica.
- E.- Menor nivel educativo.

6.- Entre las consecuencias del estreñimiento en el mayor, no se encuentra:

- A.- Impactación fecal.
- B.- Mayor riesgo de colitis isquémica.

C.- Afectación de la calidad de vida.



D.- Mayor riesgo de demencia.

E.- Mayor gasto sanitario.

7.- Las complicaciones anorrectales del estreñimiento parecen deberse fundamentalmente a:



A.- El esfuerzo defecatorio y la dureza de las heces.

B.- El uso continuado de laxantes.

C.- Las maniobras digitales para favorecer la evacuación.

D.- La compresión del canal anal.

E.- El uso de enemas y la lesión traumática por ellos.

8.- Entre las complicaciones que se han relacionado con el estreñimiento no se encuentra:



A.- Mayor riesgo de cáncer de colon.

B.- Mayor riesgo de volvulación colónica.

C.- Mayor riesgo de colitis isquémica.

D.- Asociación con prolapso rectal.

E.- Asociación con incontinencia fecal.

9.- En la relación entre estreñimiento e incontinencia fecal, no es cierto que:

A.- Un adecuado control del tratamiento laxante puede disminuir la incontinencia fecal en pacientes residenciados.

B.- El tratamiento laxante para el estreñimiento puede contribuir a la incontinencia fecal.

C.- La hiposensibilidad rectal asociada al estreñimiento puede facilitar la incontinencia fecal.



D.- El estreñimiento solo se asocia con incontinencia de forma esporádica.

E.- El estreñimiento es factor de riesgo para incontinencia en la población residienciada.

10.- El consumo de recursos por estreñimiento es debido a (señale la más correcta):

A.- Consultas.

B.- Consultas y pruebas diagnósticas.

C.- Consultas, pruebas diagnósticas y fármacos.



D.- Consultas pruebas diagnósticas, fármacos y absentismo.

E.- El estreñimiento no se asocia a un mayor consumo de recursos.

11.- En relación al estreñimiento por obstrucción de salida:

A.- Casi un 10% de los pacientes cumplen este patrón.

B.- Los enfermos responden de forma satisfactoria a recomendaciones higiénico-dietéticas.

C.- Siempre se debe a una alteración anatómica.

D.- Es originado por trastornos en los péptidos reguladores de la motilidad del colon.



E.- No suelen responder a ningún tipo de laxante.

12.- ¿Qué tipo de cambio en el intestino del anciano favorece el desarrollo de estreñimiento crónico?:

A.- Disminución del tejido conectivo.

B.- Hipertrofia glandular.



C.- Esclerosis arteriolar.

D.- Mayor presión del esfínter anal externo.

E.- Atrofia de la muscular mucosae.

13.- El estreñimiento de tránsito lento:

A.- Es un trastorno en el que el músculo puborrectal y el esfínter anal externo no se relajan, o incluso se contraen.



B.- Contribuye a una mayor absorción de agua por parte del colon, provocando mayor dureza en las heces.

C.- Suele estar relacionado con algún tipo de estrés psicopatológico.

D.- Se ha logrado demostrar su asociación con alteraciones sensitivas anorrectales inespecíficas.

E.- Es conocido como anismo.

14.- El estreñimiento secundario:

A.- Es más frecuente en pacientes con menor presión intraabdominal.

B.- Descarta que el enfermo presente estreñimiento de tránsito lento.



C.- Es más frecuente en pacientes con uso crónico de diuréticos.

D.- Suele manifestarse en mujeres nulíparas.

E.- El ejercicio de alto impacto es un factor de protección.

15.- Respecto a la incontinencia anal secundaria a estreñimiento:



A.- Puede atribuirse a la denervación del suelo pélvico y, por lo tanto, a una inhibición persistente del reflejo del esfínter anal interno.

B.- Es prioritario tratar la incontinencia anal antes de tomar cualquier medida frente al estreñimiento.

C.- En este caso, la realización de un tacto rectal puede empeorar la severidad de la incontinencia anal.

D.- Descarta que el paciente presente un trastorno en la evacuación de causa mecánica.

E.- Es más frecuente en pacientes que presentan hipersensibilidad rectal.

16.- ¿Cuál de los siguientes no es un criterio de alarma en un paciente anciano con estreñimiento?:

A.- Pérdida de peso (8 kg) y palpación de una masa en fosa ilíaca izquierda.

B.- Anemia ferropénica con tres determinaciones positivas de sangre oculta en heces.

C.- Estreñimiento de reciente instauración, alternado con fases de diarrea sanguinolenta.



D.- Dolor defecatorio solo durante la defecación y emisión de sangre roja, fresca, al final de la deposición sin anemia, síndrome tóxico, cambio del ritmo deposicional.

E.- Deposiciones desde hace 2 meses en las que se observan las heces mezcladas con sangre no fresca.

17.- ¿Cuál de las siguientes no es una complicación del estreñimiento?:

A.- Fecaloma.

B.- Vólvulo de sigma.

C.- Hemorroides y fisura anal.

D.- Úlceras estercolares.



E.- Cáncer de colon.

18.- Una paciente de 86 años con un índice de Barthel previo de 95, con buen nivel cognitivo y anímico ingresa por una fractura subcapital de fémur. Previamente no tomaba ninguna medicación y solo estaba afectada de una leve gonartrosis, por la que tomaba ocasionalmente paracetamol. Es una mujer soltera y sin hijos, vida muy activa. Refiere hábito deposicional a diario con ayuda de unas hierbas que compra en el herbolario. A las 3 semanas del alta tras una estancia hospitalaria de 10 días y estando en un centro de media estancia para convalecencia, la paciente presenta un cuadro confusional hiperactivo con dolor abdominal y retención aguda de orina. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con el caso no le parece correcta?:

A.- Hay sospecha de una impactación fecal o fecaloma.



B.- Seguro que, como muchas ancianas que ha sido operada, tiene una infección de orina.

C.- Es una paciente con estreñimiento crónico controlado tratado por la propia paciente con productos de herbolario que posiblemente llevan senósidos y ha presentado un estreñimiento posencamamiento con debut en forma de complicación: cuadro confusional, fecaloma y globo vesical.

D.- Habría que practicar un tacto rectal para confirmar el diagnóstico.

E.- Puede ser que a veces el tacto rectal, especialmente si está realizado con alguien con el dedo corto, no palpe el fecaloma.

19.- Si seguimos con el caso de la paciente anterior, ¿qué factores estarían relacionados con la causa del estreñimiento posingreso? Seleccione la afirmación correcta:

A.- La edad y el cuadro confusional.

B.- La edad, el cuadro confusional y la retención de orina.

C.- La edad, la rehabilitación y los suplementos de carbonato cálcico y vitamina D que recibe la paciente.

D.- La edad y los fármacos, como la suplementación de vitamina D que está recibiendo.



E.- La edad, la inmovilidad aguda, los fármacos que está recibiendo, como AINE, hierro y carbonato cálcico más vitamina D.

20.- Para diagnosticar e intentar corregir el estreñimiento de un paciente anciano, señale la afirmación correcta:

A.- La anamnesis completa y la exploración física no serán suficientes en la mayoría de los casos para orientar la etiología de un estreñimiento.

B.- Los pacientes con estreñimiento necesitarán, casi todos, de exploraciones complementarias tipo videodefecografía y colonoscopia.

C.- Una de las acciones más frecuentes que realizan los geriatras es detectar fármacos que puedan generar estreñimiento.

D.- Una de las acciones más frecuentes que realizan los geriatras es detectar fármacos que puedan generar estreñimiento, si es posible se les retira y si no es suficiente, se le añaden laxantes.



E.- Una de las acciones más frecuentes que realizan los geriatras es detectar fármacos que puedan generar estreñimiento; en espera de la respuesta a la posible retirada del fármaco, si el paciente está molesto, se le añadirán laxantes, y además se realizará una exhaustiva valoración en busca de otras causas tratables y de síntomas de alarma.

21.- Dentro de los objetivos del manejo del estreñimiento crónico no debería ser considerado como prioritario:

A.- Mejorar las molestias abdominales.

B.- Intentar restablecer el ritmo defecatorio.

C.- Conseguir deposiciones blandas formadas, sin esfuerzo defecatorio.



D.- Conseguir deposición diaria.

E.- Mejorar la calidad de vida.

22.- ¿Qué grupo de laxantes posee un nivel de evidencia científica más alto?:

A.- Formadores de bolo.



B.- Osmóticos.

C.- Salinos.

D.- Emolientes.

E.- Estimulantes.

23.- Una de las siguientes respuestas no es correcta en relación con los laxantes formadores de bolo fecal:

A.- Su efecto terapéutico se manifiesta transcurridos varios días o incluso algunas semanas después de su inicio.



B.- Son igual de efectivos tanto en pacientes con tránsito intestinal normal como en pacientes con tránsito lento.

C.- Pueden aumentar la sensación de distensión abdominal y flatulencia.

D.- Pueden interferir la absorción de algunos fármacos.

E.- Poseen una baja evidencia científica.

24.- ¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta respecto al polietilenglicol(PEG)?:

A.- Es un agente osmótico que induce la retención de agua por la materia fecal.

B.- Es una sustancia inerte que no se absorbe a nivel del intestino.

C.- Posee un alto nivel de evidencia científica en la población mayor.

D.- No provoca interacciones significativas con su empleo, incluso a largo plazo.



E.- Todas son correctas.

25.- ¿En qué subgrupo de pacientes estarían más indicados los fármacos procinéticos?:

A.- Pacientes mayores con tránsito intestinal normal.



B.- Pacientes mayores con tránsito intestinal lento.

C.- Pacientes mayores con obstrucción distal al tracto de salida.

D.- Pacientes mayores inmovilizados.

E.- En todos los casos previos.

26.- Una de las siguientes respuestas no es correcta para el grupo de los laxantes segretagogos:



A.- Son laxantes con un bajo nivel de evidencia científica.

B.- Hay resultados positivos en la población mayor.

C.- Pueden provocar diarrea como efecto adverso, lo cual puede limitar su empleo.

D.- La lubiprostona y la linaclotida son los agentes más destacados de este grupo.

E.- Se deben reservar para pacientes con estreñimiento grave.

27.- Ante un estreñimiento crónico, refractario al tratamiento conservador, el tratamiento quirúrgico lo decide:

A.- El médico de familia.

B.- El propio enfermo.



C.- Un equipo multidisciplinar con especial dedicación a esta patología.

D.- El ginecólogo.

E.- El geriatra.

28.- Antes de establecer la indicación de cirugía para el estreñimiento, es estrictamente necesario:

A.- Descartar la existencia de coleditiasis.

B.- Realizar un estudio cardiorrespiratorio profundo.



C.- Descartar que se trata de un estreñimiento secundario.

D.- Realizar una manometría anal.

E.- Confirmar la capacidad de deambulación del paciente.

29.- Ante un estreñimiento por inercia cólica en personas mayores, una de las opciones más recomendada es:

A.- Apendicectomía.



B.- Colectomíatotal y anastomosis íleo-rectal.

C.- Hemicolectomíaderecha.

D.- Rectopexia.

30.- La neuromodulación de raíces sacras para el tratamiento del estreñimiento por inercia cólica, en la actualidad:

A.- Constituye la técnica de elección.

B.- Está descartada por las complicaciones que acarrea.

C.- Origina diarreas incontrolables.

D.- No debe utilizarse en personas mayores.



E.- Constituye una posibilidad, pero de resultados inciertos.