

ESTREÑIMIENTO Y DIARREA

ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento es la emisión retardada e infrecuente (menos de tres deposiciones, a la semana) de heces anormalmente duras, secas y, a menudo, difíciles de expulsar. Se suele considerar estreñimiento cuando se cumplen 2 de los siguientes síntomas:

- < 3 deposiciones a la semana.
- Defecación dura en más del 25% de las deposiciones, sensación de evacuación incompleta en más del 25% de las deposiciones.
- Esfuerzo excesivo en más del 25% de las deposiciones.
- Necesidad de manipulación digital para facilitar la evacuación.

Algunas de las causas específicas pueden ser:

- Enfermedades sistémicas
 - Trastornos metabólicos: hipercalcemia, hipopotasemia, hipomagnesemia, deshidratación.
 - Enfermedades endocrinas: diabetes mellitus, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo.
 - Enfermedades musculares y colagenosis: amiloidosis, esclerodermia, dermatomiositis, distrofia miotónica, polimiositis

- Enfermedades neurológicas y psiquiátricas: depresión, demencia, ACV, parkinson, esclerosis múltiple, lesiones medulares, paraplejia, enfermedad de Hirschprung

- Enfermedades digestivas

- Del tracto digestivo alto: ulcera gastroduodenal, cáncer de estómago, enfermedad celiaca.
- Estenosis del colon extraluminales: tumores, hernias, vólvulos.
- Lesiones del colon: tumores, diverticulitis, colitis isquémica, enfermedad inflamatoria intestinal.
- Lesiones del recto: tumores, proctitis ulcerosa, posquirúrgicas.
- Lesiones del ano: hemorroides, fisuras, abscesos perianales, estenosis, prolapso rectal.

- Fármacos

En la siguiente tabla se indican los fármacos que pueden producir estreñimiento.

Tabla 4.- fármacos o grupos farmacológicos que pueden producir estreñimiento

Hidróxido de aluminio	Antiparkinsonianos
Bismuto	Anticolinérgicos
Colestiramina	Benzodiacepinas
Clonidina	Antiepilépticos
Colestipol	Fibratos
Sales de hierro	Estatinas
Neurolépticos	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
Carbon activado	AINes
Verapamilo	IECAs
Opiáceos	Antihistamínicos
Beta-bloqueantes	Quinolonas
Antidepresivos tricíclicos	Sucralfato
	Tretinoína

- Trastornos funcionales digestivos
 - Tránsito disminuido. Consiste en una disminución de la movilidad de los contenidos colónicos en su tránsito de colon proximal al recto. Puede ser cultural, originado por la dieta o bien por patología colónica ya sea por la disminución de las contracciones del colon o porque estas contracciones sean descoordinadas.
 - Disfunción del suelo pélvico. Se produce un depósito de contenido en el recto por alteraciones en la evacuación.
 - Síndromes combinados. Son muy frecuentes en la clínica diaria, y consisten en la aparición simultánea de alteraciones de la motilidad asociada con dificultad para la evacuación. Uno de los más frecuentes es el “Síndrome del Intestino Irritable” en el que se asocia también dolor abdominal.

Tratamiento.

Medidas higiénico-dietéticas.

El manejo integral del paciente con estreñimiento debería incluir una breve explicación sobre la fisiología de la defecación. Con frecuencia los médicos son instruidos en una serie de consejos que podrían ser beneficiosos para los pacientes, pero pocas veces el médico dispone del tiempo suficiente para explicar al enfermo la importancia de estas medidas educativas. Esta dificultad, podría soslayarse entregando al paciente una hoja informativa donde se razonen este tipo de medidas. Es importante que la información escrita pueda ser asumible por la mayoría de las personas con un nivel intelectual medio.

Información escrita: Funciones del colon y medidas higiénico-dietéticas para evitar el estreñimiento.

1. El colon es un órgano cuya misión primordial es favorecer la propulsión (arrastre) del contenido procedente del intestino delgado y facilitar su expulsión a través del ano (defecación). La fibra que contiene la dieta retiene agua en las heces contribuyendo de este modo a que éstas aumenten de volumen, se vuelvan más blandas y se deslicen mejor a lo largo del intestino. Por la misma razón, ingerir un volumen de 1,5-2 litros diarios de agua puede ser beneficioso para mejorar la función intestinal.
2. El movimiento peristáltico (contracciones y relajaciones del intestino) que se desencadena tras la ingesta de alimentos es una respuesta fisiológica conocida como reflejo gastroentérico o gastrocólico. Éste suele

ser más enérgico tras el desayuno, si bien algunas personas perciben esta sensación en la práctica totalidad de las comidas. Por esta razón, es buena costumbre adquirir el hábito regular de intentar la evacuación cuando el enfermo percibe esta sensación después de las comidas.

3. La contracción de las paredes del recto y de la propia musculatura abdominal y del diafragma permiten finalmente la evacuación fecal. Del conocimiento de estos mecanismos se deducen tres importantes consecuencias prácticas:

- El ejercicio físico permite fortalecer los músculos del abdomen haciendo más efectiva la presión abdominal en el momento de la evacuación.
- En personas que tienen dificultades para relajar el esfínter externo del ano y los músculos del suelo de la pelvis en el momento de la defecación, haciendo que el esfuerzo necesario para la defecación sea desproporcionado, es importante buscar un lugar cómodo y apropiado, evitando la sensación de urgencia y distrayendo su atención mediante la lectura de un texto relajante. En algunas clínicas especializadas se dispone de métodos de reeducación (biofeedback) para mejorar este tipo de estreñimiento.
- Finalmente, reprimir el deseo consciente de la defecación de forma frecuente o continuada acaba por alterar la coordinación de los mecanismos descritos y puede conducir a situaciones de estreñimiento crónico.
- En definitiva, el ejercicio regular, una ingesta adecuada de fibra y de líquidos, así como el adquirir el hábito de intentar la defecación cuando surge el deseo consciente y espontáneo de la misma (especialmente después del desayuno), así como procurar un ambiente cómodo y relajado, puede mejorar el estreñimiento de la mayoría de los pacientes, evitando con ello un consumo excesivo o inadecuado de laxantes.

En numerosos estudios, y ensayos clínicos se destaca el papel beneficioso de la fibra, ya sea en la dieta o como suplemento para el tratamiento del estreñimiento.

La fibra de trigo es la que produce mayor incremento en el peso fecal seguida de las frutas y los vegetales. La fibra soluble parece tener un mayor beneficio que la fibra insoluble en el caso del estreñimiento crónico.

Laxantes.

En diversos estudios realizados comparando fármacos la-

xantes y dieta no se han encontrado evidencias suficientes para recomendar el tratamiento con laxantes, sin embargo parece que tanto estos como la fibra mejoran sensiblemente la clínica. Existen diversos tipos de laxantes según su mecanismo de acción:

– Formadores de volúmen:

Son productos que incrementan el volumen del contenido intestinal, lo que estimula la actividad motora. La mayoría de ellos son compuestos hidrófilos, que actúan absorbiendo agua y que, al hincharse, incrementan su masa y estimulan los reflejos fecales. El efecto no es inmediato, ya que son efectivos desde las 12h de su administración hasta varios días después.

Su uso es frecuente en pacientes que necesiten normalizar el hábito intestinal, siendo útiles en embarazadas y en pacientes que necesiten que las heces sean blandas para evitar esfuerzos. El gran inconveniente es la formación de suboclusiones intestinales y flatulencias. Estos fármacos deben administrarse con abundante agua y pueden usarse conjuntamente con loperamida en el caso de diarreas por colostomías/ yeyunostomías/ ileostomías para convertir las heces blandas pero no líquidas. Algunos ejemplos son salvado, metilcelulosa, mucílagos de *Plantago Ovata*, mucílago de *Psyllium*.

– Emolientes:

Son productos que lubrican y ablandan las heces. Sobre todo se usan en pacientes que no pueden realizar esfuerzos al defecar (encamados, ancianos, episodios de impactación fecal). Principalmente son el glicerol: muy usado en forma de supositorios; docusato sódico: actúa como tensioactivo aniónico permitiendo la mezcla de los lípidos del bolo fecal con el agua ablandando así las heces. También se usa la parafina que es un aceite que se administra vía oral y que ablanda las heces, ya que no se absorbe, pero tiene complicaciones como la malabsorción de vitaminas liposolubles, neumonía lipídica por aspiración e incontinencia por salida del aceite por el ano.

– Osmóticos:

Fármacos que no se absorben y que actúan atrayendo agua hacia la luz intestinal. Este aumento de agua facilita la estimulación intestinal.

a. Sales de magnesio, sodio y potasio: son soluciones evacuantes y que presentan acción a lo largo de todo el tránsito intestinal, induciendo un rápido peristaltismo. Se suelen reservar como enemas vía rectal, muchas veces como complementos de pruebas exploratorias tipo colonoscopia. Los enemas

compuestos con sales de fosfato pueden absorberse a nivel de recto/sigma y producir hiperfosfatemias.

b. Lactulosa: es un disacárido de galactosa y fructosa que se hidroliza en intestino grueso donde por fermentación originan aniones orgánicos que actúan como laxantes osmóticos e irritantes (sobre todo por el ácido láctico).

c. Lactitol: es un disacárido de galactosa y sorbitol que no es degradado en el intestino delgado por lo que llega inalterado al colon. Así, en el colon se metaboliza por la flora bacteriana produciendo múltiples ácidos (acético, propiónico, butírico...) que acidifican e incrementan la presión osmótica del colon. De este modo aumentan el volumen de las heces y estimulan el peristaltismo. Además de su uso en el estreñimiento, se usa para la encefalopatía hepática por hiperamonemia. Respecto a la lactulosa presenta mejor palatabilidad, tolerancia y gran efecto catártico. Como la mayoría de los laxantes, puede causar oclusiones intestinales y hay que llevar especial cuidado en íleo paralítico y en galactosemias, porque una pequeña fracción de galactosa se absorbe.

d. Polietilenglicol: Se emplea además como solución evacuante para limpiar el colon de forma rápida antes de efectuar un enema de bario o una colonoscopia. Al igual que los anteriores, este tipo de laxantes —de acción rápida— son de utilidad en todas aquellas condiciones en las que se desea evitar un esfuerzo defecatorio intenso como ocurre en patologías agudas del canal anal, después de la cirugía rectal o durante el embarazo. Su uso continuado se asocia a una pérdida de efectividad clínica, por lo que se aconsejan ciclos terapéuticos cortos e intermitentes. El lactitol y la lactulosa siguen siendo de elección en el enfermo cirrótico con encefalopatía hepática. Aunque en un reciente metaanálisis el polietilenglicol ha demostrado ser más eficaz que la lactulosa.

– Estimulantes por contacto:

Actúan por inhibición de la absorción de electrolitos y agua desde la luz intestinal, así aumentan el contenido de líquido intestinal y estimulan intensamente el peristaltismo. Principalmente actúan donde se absorbe la gran cantidad de iones y agua, en el colon ascendente. Son los más drásticos y tienden a producir hábito. Únicamente se usan para cuando se exige una evacuación intestinal rápida como son las preparaciones quirúrgicas. Entre ellos destacan el sen, ruibarbo, cáscara sagrada, bisacodilo, picosulfato y el aceite de ricino.

Tabla 2.- Clasificación de los laxantes

		Dosis diaria adulto	Dosis diaria Niño (edad)	Tiempo requerido
Incrementadores del bolo intestinal	Metilcelulosa Carboximetilcelulosa Agar Semillas Plantago	4-6 g 4-6 g 5-10 g 2,5-30 g	1-1,5 g (>6ª) 1-1,5 g (>6ª)	24-72h
Emolientes	Docusato sódico	50-360 mg	20-50 mg (<2ª) 50-150 mg (>2ª)	24-72h
Lubrificantes	Aceite de parafina	15-45 ml	5-15 mL (>6ª)	24-72h
Estimulantes	Antraquinonas: Senósidos Fenofaleína Bisacodilo Picosulfato sódico Aceite ricino	12-75 mg 30-270 mg 10-30 mg 5-10 mg 15-45 ml	3-12,5 mg (2-6 a) 6-33mg (6-11 a) 10-20 mg (2-6 a) 30-60 mg (>6a) 0,3 mg/Kg (>3a) 2-5 mg (>6a) 1-5 ml (<2a) 5-15 ml (>2a)	
Osmóticos Salinos	Citrato magnésico Sulfato magnésico Sulfato sódico Hidróxido magnesio Fosfato sódico Dibásico Fosfato sódico monobásico	11-18g 10-30 g 1g 2,4-4,2g 1,9-3,8 8,3-16,6g	(2,5-5)g (2-5 a) (2,5-5)g (2-5a) 5-10g (>6a) 0,5 g 0,4-1,2g (2-5a) 1,2-2,4 (>6a) 1/4dosis adulto (5-10a) ½ dosis adulto (>10ª) 1/4dosis adulto (5-10a) ½ dosis adulto (>10a)	6-8h
Osmóticos Azúcares no absorbibles	Lactulosa Lactitol	20g (30 mL) 10-20g	3,2 g (5mL) (lactantes) 6,6 g(10mL) (<5ª) 13,2 g(20mL) (>5ª) 0,25g/d	24-48h

Generalmente los laxantes son la única alternativa terapéutica para combatir el estreñimiento crónico, por lo tanto son de uso frecuente y, en muchas ocasiones, pueden formar un hábito que conduce al abuso. Pueden llegar a causar atonía del colon que sobreviene después de haber sido estimulado por el laxante y que obliga a utilizarlo de forma continua. También cabe destacar que pueden causar hipopotasemia y deshidratación o bien por la captura de agua e iones en la luz o por bloqueo de la absorción. También su uso es frecuente en ancianos que no controlan sus hábitos defecatorios así como en pacientes en tratamiento con opiáceos u otros fármacos que reducen el peristaltismo. Por todo ello, se considera más importante modificar los hábitos alimenticios (aumentado fibras acompañado de abundancia de líquidos) e higiénicos regulando el hábito defecatorio.

Alimentación y ejercicio: las verduras, las frutas (en especial las secas) y algunos cereales (trigo entero, salvado de trigo o avena) son excelentes fuentes de fibra. Es fácil recordar que cuanto más dura sea la verdura como por ejemplo el apio, más fibra contiene. Sin embargo, los beneficios de la fibra se obtienen con un adecuado consumo de agua que ayude al paso de las heces a través del intestino. Se ha observado que un aumento del ejercicio físico favorece el peristaltismo y por tanto evitaría el estreñimiento.

Tratamiento del estreñimiento en situaciones especiales

En la siguiente tabla se muestran los laxantes indicados en situaciones especiales y los laxantes que están contraindicados en las mismas.

Situación	Indicados	Contraindicados
Embarazo	Incrementadores del bolo fecal	Lubricantes Estimulantes
Lactancia	Incrementadores del bolo fecal Supositorios de glicerina	Antraquinonas
Menstruación	Incrementadores del bolo fecal Supositorios de glicerina Lactulosa o lactitol	
Niños	Incrementadores del bolo fecal Supositorios de glicerina	Lubricantes
Gente mayor	Incrementadores del bolo fecal (con agua) Lactulosa o lactitol Laxantes estimulantes (ocasional)	Lubricantes
Hemorroides y fisuras	Incrementadores de bolo fecal Emolientes Lubricantes	Laxantes por vía rectal
Diabetes	Incrementadores de bolo fecal sin azúcares absorbibles	
Cardiopatas	Lubricantes Emolientes Incrementadores del bolo fecal	Laxantes que contengan sodio
Pacientes con insuficiencia renal	Incrementadores del bolo fecal	Laxantes osmóticos salinos (especialmente fosfatos)
Pacientes con insuficiencia hepática	Lactulosa o lactitol	Emolientes

Diarrea

Uno de los dilemas al asesorar en la diarrea aguda es decidir cuando hacer los exámenes diagnósticos y cuando iniciar tratamiento.

La etiología de la diarrea es variada y, muchas veces, inespecífica. Las causas más frecuentes de diarrea crónica del adulto son: intestino irritable, diarrea post cirugía (vagotomías, gastrectomías, colecistectomías, resección intestinal), enfermedades inflamatorias intestinales, malaabsorción (pancreática o intestinal), tumores e infecciones crónicas. En menor frecuencia en nuestro entorno están las diarreas producidas por patógenos de forma crónica.

Puede ir acompañada de otros síntomas como:

- Sensación de urgencia.
- Malestar perianal.
- Incontinencia.
- Dolor perianal (ocasionalmente).

Diarrea crónica.

Osmótica

Se debe a la presencia de solutos no absorbibles en la luz intestinal. Cesa con el ayuno. Se debe a una mala digestión y/o a la toma de algunos fármacos.

- Laxantes: lactulosa, lactitol, polietilenglicol.
- Ingesta excesiva de hidratos de carbono poco absorbi-

bles: fructosa, sorbitol, manitol.

- Malabsorción de hidratos de carbono
- Déficit de disacaridasas: lactasa, sacarasa-isomaltasa.
- Defectos del transporte: malabsorción de glucosa y galactosa
- Síndrome de malabsorción

Secretora

Se debe a un aumento en la secreción de agua y electrolitos a la luz intestinal o a una disminución de la absorción de nutrientes. No cesa con el ayuno. Está causada por microorganismos, uso excesivo de laxantes o bien es secundaria al aumento de la secreción de hormonas, péptidos o aminas biógenas.

- Colitis colágena, colitis linfocítica.
- Infecciosa: Giardia Lamblia, Cryptosporidium, Microsporidium.
- Tumores endocrinos: carcinoide, gastrinoma, vipoma, carcinoma medular de tiroides, leucemia basófila, mastocitosis sistémica.
- Malabsorción de ácidos grasos y de ácidos biliares
- Clorhidrorrea congénita.
- Enteropatía por sida.

Exudativa/inflamatoria

Debida a defectos en la absorción del colon. Las heces pre-

sentan una gran cantidad de moco, sangre y proteínas. No cesa con el ayuno. Entre sus causas están la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn o la shigelosis.

- Enfermedad inflamatoria intestinal: enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, yeyunoileítis ulcerativa.
- Infecciosa: microorganismos invasivos: Shigella*, Campylobacter, Yersinia enterocolitica, Entamoeba histolytica, M. tuberculosis, Candida albicans, Histoplasma capsulatum.
- Infecciones virales ulcerativas: virus herpes simple, citomegalovirus.
- Linfangiectasia intestinal.
- Diverticulitis y cáncer de colon
- Enteritis actínica.

Motora

Se debe tanto a una disminución de la motilidad como al peristaltismo. Es periódica y el volumen es normal. No cesa con el ayuno. Hay presencia de alimentos no digeridos en las heces. Puede deberse a estrés emocional, síndrome de colon irritable y/o neuropatía diabética.

- Hipermotilidad: hipertiroidismo, síndrome postvagotomía, síndrome postcolecistectomía, diabetes mellitus (neuropatía autonómica), insuficiencia suprarrenal, síndrome carcinoide, malabsorción de ácidos biliares, antibióticos (eritromicina).
- Hipomotilidad: esclerodermia, diabetes mellitus, pseudobstrucción intestinal, amiloidosis

Medidas preventivas

Existen una serie de medidas higiénico-sanitarias que sirven tanto durante un cuadro diarreico como para prevenir la aparición de la misma, sobretodo si se viaja a zonas tropicales.

- Evitar la deshidratación.
- Establecer una dieta astringente a demanda e ingerir pequeñas cantidades cada vez.
- Alimentos: blandos o triturados, y que no estén ni demasiado fríos, ni calientes.
- Lavarse las manos con frecuencia para evitar las reinfecciones.
- Beber agua potable, preferiblemente embotellada.
- Evitar cubitos de hielo.
- Consumir bebidas y refrescos embotellados, así como café y bebidas calientes porque la temperatura elevada las protege.
- En verano tener precaución con la ingesta de salsas, mayonesas, helados porque son más fáciles de contaminar.
- Evitar carnes, pescados y verduras crudas o poco cocinadas.
- Consumir la fruta pelada.

Criterios de derivación.

Deberá derivarse el paciente al médico o al especialista en los siguientes casos:

- Cuadro persistente de más de 3 días de duración en adultos, o más de un día en lactantes, o bien más de 2 días de duración en menores de 3 años.
- Niños pequeños y personas mayores de 60 años sometidas a tratamientos múltiples.
- Embarazadas.
- Enfermos crónicos con asma, úlcera péptica, diabetes, enfermedades cardiovasculares, o alteración renal.
- Pacientes con signos adicionales como sangre o moco en las heces, fiebre alta, o vómitos abundantes.
- Si existe deshidratación evidente, pérdida marcada de peso, tensión abdominal.
- Repetición frecuente del cuadro diarreico.

Tratamiento.

Como primera medida hemos de recomendar la rehidratación oral para restablecer el equilibrio hidroelectrolítico, debido a que la deshidratación es el principal problema asociado a la diarrea. Esto es especialmente importante en niños.

Soluciones de rehidratación oral:

Existen distintas fórmulas de rehidratación oral, entre ellas la que aconseja la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, su alto contenido en sodio (90 mEq/l), idóneo para el tratamiento de diarreas que son muy intensas (cólera), pero algunos expertos recomiendan que se utilicen fórmulas con menor concentración de sodio, sobre todo, para la administración a personas mayores y a niños en nuestro medio. La Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) recomienda la fórmula recogida en la tabla 2, cuyo contenido en sodio es menor.

Tabla 2. Fórmula de rehidratación oral recomendada por la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN)

Na 60 mEq/l.
K 20 mEq/l
Cl >25 mEq/l
Bicarbonato 10 mEq/l
Glucosa 74-111 mEq/l

La utilización de remedios caseros, zumos de fruta, té o bebidas de cola no está justificada en la deshidratación. Presentan una concentración de carbohidratos y electrolitos inadecuada y una osmolaridad demasiado alta.

Antidiarreicos:

En general, su uso está bastante cuestionado y la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que los anti-diarréicos tienen un valor limitado ya que no reducen la pérdida de líquidos y electrolitos, pueden retrasar la expulsión de los microorganismos causantes de la mayoría de las diarreas agudas y no deberían utilizarse en niños.

Alguno de los antidiarréicos que se indican a continuación, necesitan receta médica para su dispensación.

Inhibidores de la motilidad intestinal

Actúan disminuyendo la motilidad intestinal e incrementando el tono del esfínter anal. Retrasan el vaciamiento gástrico, favorecen la absorción de agua y cloro y disminuyen la secreción gástrica, pancreática y biliar.

Son fármacos muy eficaces en el tratamiento de la diarrea, y pueden utilizarse en los casos en que el número de deposiciones y el volumen de las mismas son muy importantes y molestos. No se recomienda su uso en casos de diarrea de origen infeccioso o secundaria al uso de antibióticos.

Los fármacos de este grupo son:

- Loperamida
- Difenoxilato
- Codeína

La loperamida es el más eficaz de ellos, se absorbe en un 40% y no atraviesa la barrera hematoencefálica, por lo que tiene menos efectos adversos que el resto de fármacos de su mismo grupo.

Fermentos lácticos:

Reemplazan la flora patógena del intestino por flora bacteriana normal. Pueden ser eficaces en las alteraciones de la flora intestinal por antibióticos. Su uso es controvertido, ya que existen dudas generalizadas sobre la eficacia de estos fármacos.

- Combinaciones de *Lactobacillus acidophilus*, *Saccharomyces boulardii* y *Bifidobacterium bifidum*.

Agentes formadores de masa:

Se utilizan este tipo de fármacos por su capacidad de absorción de agua, ácidos grasos y sales biliares. Esto hace aumentar la consistencia de las heces mejorando así el cuadro diarreico.

Son eficaces en los cuadros de diarrea funcional leve o debida a malabsorción de sales biliares. Se utilizan también en pacientes con diarrea crónica asociada a diverticulosis y colitis ulcerosa.

Están contraindicados en pacientes con riesgo de megacolon o diarrea por fecaloma.

Se debe mantener una hidratación adecuada cuando se toman estos fármacos para evitar la obstrucción intestinal.

Los fármacos de este grupo son:

- Metilcelulosa

- Ispagula
- Pectinas (generalmente asociada a caolín).

Agentes secuestradores de bilis:

Se unen a los ácidos biliares en la luz intestinal e impiden su acción secretora sobre la mucosa colónica. Su indicación principal es la diarrea crónica secundaria a la malabsorción de sales biliares.

Las resinas de intercambio iónico pueden interferir en la absorción de otros medicamentos por lo que deben tomarse con precaución cuando se administran conjuntamente con otros medicamentos. Además interfiere en la absorción de las grasas pudiendo disminuir la absorción de las vitaminas liposolubles (A, D, E y K).

Los fármacos de este grupo son:

- Colestiramina
- Colestipol

Antibióticos:

No son fármacos de primera elección en el tratamiento de la diarrea aguda, puesto que un porcentaje considerable de gastroenteritis agudas tienen etiología viral y, además, la mayoría de cuadros agudos tienen una reversión espontánea a las 48 horas. Por otra parte, los antiinfecciosos pueden destruir la flora intestinal útil y favorecer el desarrollo de resistencia bacteriana.

Son útiles en el tratamiento de las diarreas bacterianas y deberán ser prescritos por un médico. Los antiinfecciosos usados más frecuentemente son:

- Tetraciclina
- Trimetoprim-sulfametoxazol
- Ampicilina
- Eritromicina
- Metronidazol
- Vancomicina

Posibilidades de intervención desde la Oficina de Farmacia.

Al dispensar soluciones de rehidratación oral, se deberá comunicar al paciente el correcto uso de la misma.

¿Cómo utilizar las sales de rehidratación oral?

- Para su reconstitución, utilizar agua embotellada sin gas o agua corriente hervida y fría. No utilizar zumos de frutas o bebidas efervescentes ya que se podrían formar soluciones hiperosmolares que agravarían el problema originando una diarrea osmótica.
- No añadir ningún ingrediente adicional (azúcar, vitaminas...).
- Conservar en nevera.
- Utilizar en las 24h siguientes a su preparación. Si nos quedara algo de la solución una vez transcurrido este período, se debe desechar y preparar una nueva.

- No tomar la solución fría.
- Ingerir pequeñas cantidades cada vez de modo continuo. Si se produjera vómito, esperar 10 minutos y volver a intentarlo.
- Se debe evitar ingerir alimentos sólidos en un plazo de 6-8 h tras el inicio de la rehidratación oral. Se deben administrar alimentos suaves de manera paulatina, de acuerdo a la tolerancia.

Otra de las cuestiones donde el farmacéutico puede intervenir es en el asesoramiento sobre los alimentos que están permitidos y no permitidos en la diarrea. En la **tabla 3** se indican dichos alimentos. Además debe tranquilizar al paciente en lo que respecta a la reintroducción de los alimentos, es decir, debe incidir en la importancia de la rehidratación oral, siendo secundaria la reintroducción de los alimentos, y siempre supeditada a la tolerancia de los mismos.

Tabla 3. Alimentos permitidos y no permitidos en la diarrea.

Dosis diaria adulto	Dosis diaria adulto
Té, manzanilla.	Bebidas frías, refrescos, agua con gas, café.
Lácteos: yogurt natural y queso fresco con precaución.	Leche.
Frutas: manzana rallada o asada, membrillo y plátano maduro.	Compota.
Membrillo	Productos integrales.
Pan tostado.	Verduras crudas y de hoja verde.
Pescado blanco cocido o a la plancha.	Embutido.
Carne de ave cocida o a la plancha, sin piel, ni grasa.	Fritos.
Huevos: pasados por agua, duros o en tortilla.	Guisados.
Sopa de arroz, zanahoria, pescado.	Frutos secos.
Puré de zanahoria y patata.	Mantequilla, margarina, aceite.
Arroz blanco hervido.	Caramelos, chocolate, azúcar.
	Tabaco y alcohol.

BIBLIOGRAFÍA:

1. <http://www.fisterra.com/guias2/diarrea.asp> [Acceso Mayo 2017]
2. <http://www.fisterra.com/guias2/estrenimiento.asp> [Acceso Mayo 2017]
3. N Garin et al. Viscosity Differences Between Thickened Beverages Suitable for Elderly Patients with Dysphagia 2014. 29: 483-88.
4. Nieto Guindo et col. Tratamiento nutricional y farmacológico de la diarrea. Interrelación entre fármacos y nutrientes en situaciones fisiopatológicas determinadas. 2008; 93-111.
5. Diarrea, estreñimiento y disfagia. Dentadura y sequedad de boca. The Pharmaceutical Letter 2010; 3 (11): 17-24. Disponible en: <http://www.dicaf.es/documento.php?type=pharmletter&id=218>
6. Puiggròs Llop, C et col. Estreñimiento, íleo paralítico y pseudoobstrucción intestinal. Interrelación entre fármacos y nutrientes en situaciones fisiopatológicas determinadas. 2008; 113-133.
7. Belsey JD, Geraint M, Dixon TA. Systematic review and meta analysis: polyethylene glycol in adults with non-organic constipation. Int J Clin Pract 2010;64:944-55.
8. Ford AC, Suares NC. Effect of laxatives and pharmacological therapies in chronic idiopathic constipation: systematic review and metaanalysis. Gut 2011;60:209-18.
9. Polietilenglicol como tratamiento en el estreñimiento funcional y la impactación fecal. Rev esp enferm dig 2016; 108(12):790-806. http://www.dicaf.es/dicafdigest_card.php?id=6228

Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>

Información y suscripciones:

DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>



www.dicaf.es