

NUTRICIÓN

Casos prácticos de consejo sanitario sobre el estreñimiento en la oficina de farmacia

MONTSE VILAPLANA

Farmacéutica comunitaria. Máster en Nutrición y Ciencias de los Alimentos.



El estreñimiento como síntoma y las patologías con él relacionadas son motivos de consulta habitual en la oficina de farmacia. En el presente trabajo comentamos cinco casos prácticos de consejo farmacéutico ante un trastorno como el estreñimiento. No se trata tanto agotar el tema como de explicar, de la forma lo más gráfica posible cuál debe ser la actuación del farmacéutico, cuándo derivar o no al médico y qué laxantes y medidas no farmacológicas aconsejar en cada caso descrito.

El estreñimiento crónico primario es muy frecuente en nuestro país a pesar de la gran cantidad y diversidad de alimentos que nos proporcionan un aporte de fibra en nuestra dieta mediterránea. Otras posibles causas además del desequilibrio alimentario son la disminución de los movimientos peristálticos, cambios ambientales, pérdida del reflejo de la defecación, estrés y

la administración de ciertos medicamentos (tabla 1).

Por otro lado, la apreciación del estreñimiento por parte del paciente puede ser muy subjetiva, ya que el hábito intestinal es muy variable en función del individuo y habrá que valorar no sólo la frecuencia, sino también la consistencia de las heces y el hecho de que el acto defecatorio produzca o no dolor.

Para profundizar en la patología del estreñimiento presentamos una serie de casos prácticos que se pueden dar en la oficina de farmacia. No pretendemos abarcar el tema de forma exhaustiva, pero sí explicar, de la forma más gráfica posible cuál debe ser nuestra actuación, cuándo derivar o no al médico y qué laxantes y medidas no farmacológicas aconsejar en cada caso

descrito. Muchos de los casos pueden ser extrapolables a otros pacientes y situaciones, por lo que hemos elaborado algunas tablas que nos puedan ayudar a ello.

Primer caso

Una paciente que parece extranjera acude a la farmacia en busca de un laxante. Tiene una edad sobre los 45 años y declara estar de viaje de negocios. Dice no haber efectuado ninguna deposición en los 4 últimos días desde que salió de su país. Se le pregunta por la medicación que toma y nos responde que un suplemento de sulfato ferroso dos veces al día. Cuando se le pregunta si toma algún medicamento más nos dice que no, pero luego recuerda haber tomado los dos últimos días un antiácido que le aconsejaron puesto que las comidas desde que salió de su país le producen acidez (por lo que deducimos parecen comidas copiosas y poco saludables).

Se le puede comentar que es habitual este tipo de estreñimiento y que podría ser debido al viaje y a los cambios ambientales, dietéticos y de hábitos durante los últimos días. Esta serie de cambios pueden provocar una represión del hábito de defecar.

Habría que darle al paciente un conjunto de recomendaciones higiénico-dietéticas que le ayuden a combatir las consecuencias desagradables de este estreñimiento, aunque sea de tipo ocasional (tabla 2). También se pueden dar una serie de pautas que pueden ayudar a inducir la evacuación (tabla 3). Debemos tener en cuenta que estas pautas para favorecer la defecación no suplen las normas higiénico-dietéticas generales. A menudo, el lugar para efectuar las deposiciones condiciona la represión del hábito de defecar. Esto es más frecuente cuando uno se encuentra fuera de casa.

Se insistirá también en que si tiene que prolongar la estancia en nuestro país elija una hora del día que considere más adecuada para las deposiciones y en un lugar en que se encuentre cómoda (por ejemplo, por la mañana antes de

Tabla 1. Medicamentos susceptibles de producir estreñimiento

- Analgésicos opiáceos, sobre todo la codeína
- Otros analgésicos como el diflunisal y el ácido acetilsalicílico
- Antiácidos que contengan sales de aluminio
- Fármacos con efectos anticolinérgicos: antiespasmódicos, anfetaminas, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, antiparkinsonianos
- Carbonato de calcio
- Colestiramina
- IMAO
- Bloqueadores ganglionares
- Cationes: hierro, aluminio y calcio
- Anticonvulsivantes
- Antagonistas del calcio
- Isoniazida
- Abuso o uso crónico de laxantes
- Piridoxina
- Metales pesados
- Sulfato de bario
- Vitamina D
- Relajantes musculares
- Antihistamínicos
- Diuréticos
- Sucralfato
- Sales de bismuto

salir del hotel). Después del desayuno es un buen momento, aprovechando el reflejo gastrocólico que favorece la evacuación.

Sería también adecuado indagar el tipo y grado de anemia que padece y saber qué preparado de hierro es. Si no es una anemia grave y lo consideramos oportuno, podríamos sugerir una suspensión temporal del tratamiento para evitar el estreñimiento durante estos días del viaje.

Ante un posible caso
de anorexia nerviosa,
el farmacéutico nunca
debe diagnosticar,
ya que existen multitud
de variables a tener
en cuenta por parte
del especialista

También sería adecuado preguntar acerca del antiácido utilizado. Recordemos que los antiácidos que contienen sales de aluminio provocan también estreñimiento. Será aconsejable favorecer una dieta más saludable que no requiera el uso de este tipo de antiácidos y, en el caso de ser necesarios, utilizar alguno basado en sales de magnesio.

Por otro lado, el laxante más adecuado sería un laxante salino, tal como el hidróxido de magnesio en suspensión o granulado, que además de actuar como laxante también le servirá como antiácido.

Segundo caso

Llega a la farmacia una joven de 15 años. La conocemos porque su madre es una cliente habitual de la farmacia. Es estudiante de ballet. Parece haber perdido peso en pocos meses y la notamos especialmente delgada.

Primero se pesa en la balanza de la farmacia y a continuación pide un laxante con bisacodilo y un diurético (furosemida) para su abuela. Sabemos, por sus padres, que es muy buena estudiante, inteligente y perfeccionista.

El contacto permanente del farmacéutico con la población facilita que la oficina de farmacia sea el lugar privilegiado donde se pueda llevar a cabo la detección de posibles candidatos de anorexia nerviosa y dirigirlos para un diagnóstico adecuado por parte de entidades clínicas especializadas.

El bajo índice de masa corporal que parece presentar la paciente es una señal de alarma. Otros aspectos a tener en cuenta y que nos la presentan como una paciente de riesgo son: la edad, el sexo, el hecho de ser estudiante de ballet (la prevalencia de anorexia nerviosa en la población general oscila entre un 0,5 y 1% de las adolescentes, mientras que entre las bailarinas, gimnastas y modelos el riesgo de anorexia es de 3 a 4 veces mayor). También los rasgos caracteriales (alto nivel de inteligencia, perfeccionismo) nos pueden hacer sospechar que la paciente podría padecer anorexia nerviosa.

En este caso el farmacéutico nunca debe diagnosticar, ya que existen multitud de variables a tener en cuenta por parte del especialista.

Los medicamentos que solicita (un diurético, que puede no ser para ella, y un laxante) son una señal más de alarma para sospechar de que padece anorexia nerviosa. Negar la dispensación de los medicamentos no favorecería el contacto con el paciente, pero es importante dirigirse a ella en términos claros.

Ante la sospecha de un posible trastorno en la conducta alimentaria es importante tener en cuenta lo siguiente durante la relación con esta paciente:

- Evitar actitudes de recriminación, minusvaloración, reproche o desconsideración hacia ella.

- Explicar los motivos de la sospecha de la anorexia nerviosa en términos asequibles para ella sin que se pueda considerar que nos inmiscuimos en su intimidad.

- La familia es un aspecto clave en el origen y desarrollo de la posible enfermedad (elección del especialista adecuado y apoyo afectivo durante la duración del tratamiento). Por ello es imprescindible contar con su colaboración. Es muy importante ponerse en contacto con ellos (será fácil, puesto que son usuarios habituales en la oficina de farmacia). Se debe explicar, sin dramatismos, la sospecha de que su hija padezca anorexia nerviosa. Se dirigirá a los padres y a su hija a una unidad especializada en anorexia y bulimia nerviosa o a una asociación de enfermos contra la anorexia y la bulimia para que les orienten acerca de la actitud a tomar con ella y les orienten acerca de especialistas relacionados con el tema.

- Es importante insistir en que un diagnóstico precoz de la enfermedad es clave. Esto facilitará la instauración de un tratamiento por parte del o de los especialistas, lo que proporcionará una más fácil recuperación del enfermo (suelen ser equipos multidisciplinares que abordarán la situación de forma hospitalaria o ambulatoria según el grado de la enfermedad).

Tabla 2. Recomendaciones higiénico-dietéticas para evitar el estreñimiento

- Consumir alimentos ricos en fibra: frutas y verduras frescas, pan integral, etc.
- Seleccionar alimentos que aporten fibra complementaria: integrales, ricos en fibra
- Intentar beber agua entre comidas entre 1,5 y 2 litros de agua al día
- Intentar realizar las comidas en un horario regular y tomarse el tiempo necesario para ello
- Comer despacio de forma que la digestión pueda hacerse reposadamente durante 15-20 minutos
- Fijar un horario o un momento del día para defecar. Se deben dedicar unos minutos al día a la defecación, más que tener un horario concreto (con ello se pretende fijar un ritmo al organismo)
- Realizar algún tipo de ejercicio o actividad física (son recomendables los abdominales)
- Consultar al médico sobre qué medidas se deben tomar si los síntomas no mejoran o se repiten

- Recordemos que la anorexia no es una enfermedad social. No se puede simplificar la enfermedad porque, aunque la influencia social es importante, existen otros muchos factores predisponentes a tener en cuenta, tales como la situación personal o familiar, el carácter de la paciente etc.

Una vez diagnosticada, si es el caso, sería conveniente que el farmacéutico conozca al responsable médico o de la unidad especializada responsable del tratamiento. Un contacto con estos profesionales podría permitir, en el caso de que el paciente sea ambulatorio, comunicar cualquier observación o información sobre el paciente. Con ello podemos ayudar a una mejor evolución del paciente.

El tratamiento para este tipo de pacientes no es sólo farmacológico, también la psicoterapia juega un papel decisivo.

De todos modos, el tratamiento farmacológico es habitual y el farmacéutico, como técnico del medicamento, puede ayudar al seguimiento del tratamiento, indicando cuál es la función de cada uno de los fármacos prescritos, qué posibles efectos adversos tienen, y recordando que se trata de tratamientos largos y que la observancia terapéutica es fundamental.

Asimismo, hay que recordar que la oficina de farmacia, por su accesibilidad, puede ser un excelente centro de información y detección para este tipo de enfermedades, pero nunca ser el sustituto de una unidad especializada.

Tercer caso

Entra en la farmacia una madre con un bebé de pocos días. Nos entrega una receta con amoxicilina de 500 mg en cápsulas que le acaban de recetar a ella para una infección, y además nos pide un laxante. Nos dice que el bebé tiene mucha mucosidad, está congestionada y que la última vez tomó N-acetilcisteína 600 mg efervescentes al día y el resultado fue excelente. Sabemos que da lactancia materna a su hijo.

El antibiótico prescrito se excreta en un porcentaje apreciable a través de la leche materna y podría inducirle hipersensibilidad al niño. Sería apropiado comentarle que la toma de amoxicilina puede conferirle un sabor extraño a la leche. De todas formas, sabemos que es un medicamento probablemente inocuo para el bebé y del que no se han demostrado hasta el momento riesgos para el lactante. No se conoce tanto acerca de la asociación amoxicilina con clavulánico.

Es importante que respete la posología indicada por el médico, así como la duración del tratamiento para evitar posibles resistencias. La penicilina es todavía un antibiótico de elección en muchas infecciones. Se puede aconsejar que la toma del antibiótico se intente hacer coincidir en la medida de lo posible tras la lactancia, con lo que la eliminación del fármaco a través de la leche será mucho menor.

Por lo que respecta a la N-acetilcisteína, no existen datos suficientes que avalen el uso de este medicamento durante la lactancia. Se

desaconsejará su uso y se favorecerá el uso de otro de tipo de mucolíticos naturales, tales como incrementar la ingesta de agua para conseguir fluidificar la mucosidad.

Se debería insistir también en que la aparición de una infección no es motivo para suprimir la lactancia materna. La leche materna es el mejor alimento para el bebé durante los primeros meses de vida, ya que aporta todos los nutrientes esenciales para el óptimo crecimiento del niño en una etapa clave de su desarrollo.

El estreñimiento que padece la paciente debería ser tratado incrementando el consumo de fibra en la dieta, junto con toda una serie de recomendaciones higiénico-dietéticas para evitar este estreñimiento de la forma más fisiológica posible (tabla 2). Es aconsejable recordar que la ingesta de fibra a través de la dieta es fundamental, ya que favorece la motilidad intestinal y retarda el tiempo de tránsito (tabla 4). Sería adecuado indicar a la madre que algunas verduras como las alcachofas pueden dar mal sabor a la leche.

Por lo que respecta al medicamento solicitado, se debe tener en cuenta que hay una serie de laxantes que están contraindicados en la lactancia materna porque se excretan a través de la leche: docusato, áloe, cáscara, calomelanos, dantrona, fenolftaleína, ruibarbo y sen.

Si las medidas higiénico-dietéticas no funcionan, se puede recomendar algún laxante como la glicerina vía rectal o indicar algún laxante del grupo que actúan como incrementadores del bolo (gomas y fibras de celulosa o Plantago). Recordemos que la ingestión de este tipo de laxantes debe distanciarse de la toma del antibiótico para evitar interacciones en su absorción. La toma concomitante de un laxante que contenga Plantago, junto con la amoxicilina, puede disminuir mucho su absorción.

Cuarto caso

Un paciente acude a la farmacia tras haber sido operado de hemorroides hace una semana. Dice tener dolor al evacuar. Nos pide

Tabla 3. Pautas para inducir la evacuación

- Tomar un vaso de agua caliente en ayunas
- Tomar un vaso de agua caliente en ayunas con sorbitol
- Tomar una cucharada de aceite de oliva virgen en ayunas
- Tomar mermeladas laxantes
- Tomar fruta laxante como ciruelas
- Tomar café en ayunas

consejo acerca de qué laxante le resultaría más adecuado.

Nos encontramos ante un estreñimiento secundario a una enfermedad digestiva. Se pretende que las deposiciones sean más formes, pero no duras, y así poder facilitar la evacuación. Por ello, se debe corregir el estreñimiento en el sentido de evacuar sin esfuerzos excesivos.

La toma concomitante de un laxante que contenga Plantago, junto con la amoxicilina, puede disminuir mucho su absorción

Se puede aconsejar también una correcta higiene de la zona anal después de cada evacuación. De esa forma se favorecerá una buena higiene, evitando un papel higiénico basto y recomendando el algodón o la celulosa. También es aconsejable ir directamente del inodoro al bidé. Es preferible el uso de agua fría, que actuará como vasoconstrictora de la zona afectada.

Están indicados en este caso los laxantes osmóticos (por ejemplo, hidróxido de magnesio o lactulosa), que actúan atrayendo hacia la luz del intestino agua que ayudará a que la deposición tenga una consistencia más laxa. Con ello la defecación será más indolora y suave.

Quinto caso

Una paciente con osteoporosis avanzada acude a la farmacia. Dice no

haber evacuado en los últimos 4 días. Tiene 83 años y vive con su hija, pero sólo cena con ella. La comida del mediodía la prepara ella misma. Comenta al farmacéutico que ha habido una agudización del dolor en la última semana. La medicación que toma es la siguiente: furosemida (30 mg al día), un suplemento de potasio, haloperidol (cada 8 horas), captoprilo (50 mg al día) y, cuando tiene dolor, diclofenaco retard de 75 mg, así como omeprazol (20 mg diarios).

El estreñimiento es un trastorno que tiene en los ancianos una morbilidad muy frecuente por una serie de causas:

- Los cambios fisiológicos propios de la edad debidos a problemas en el vaciado rectal, disminución de la motilidad intestinal por disminución de los movimientos peristálticos, un tránsito intestinal más lento por un menor funcionamiento de la musculatura del intestino, etc.

- La polifarmacia en sí ya es causa misma del estreñimiento, sobre todo entre la población institucionalizada. Hay estudios que demuestran que se toman un mayor número de fármacos.

- El uso crónico o continuado de laxantes ha hecho que estos pierdan su actividad.

- El sedentarismo o las pérdidas de movilidad por traumatismos o patologías como artrosis o osteoporosis.

- Enfermedades neurológicas o degenerativas, como la enfermedad de Parkinson y las paraplejías.

- Enfermedades sistémicas como el hipotiroidismo, insuficiencia renal crónica, diabetes, uremia e hipercalcemia.

- Malos hábitos alimentarios causados por un bajo nivel socioeconómico, problemas masticatorios o de la deglución, dietas desequilibradas, con consumo de fibra deficiente (provenientes de frutas o verduras frescas, legumbres o cereales integrales) o poco atrayentes para el anciano.

- Trastornos en el reflejo de la defecación.

- Deshidratación debido a una menor percepción de la sensación de la sed.

Muchos de los principios activos que toma la paciente pueden provocar un posible estreñimiento:

Tabla 4. Alimentos que constituyen un aporte importante de fibra en la dieta o que favorecen la defecación**Bebidas**

Agua, zumos, caldos, algunas infusiones

Frutos secos

Avellanas, almendras, ciruelas, higos

Frutas frescas

Frambuesas, albaricoques, ciruelas, naranjas, manzanas, peras

Verdura y hortalizas

Acelgas, espinacas, alcachofas, coles de Bruselas, pimiento verde, puerro, perejil

Legumbres

Guisantes, habas, lentejas, judías secas

Cereales integrales

Arroz, harinas integrales, pan integral

– El diurético puede causar una posible deshidratación aunque no se conoce muy bien cuál es su mecanismo de acción.

– El haloperidol, como anticolinérgico que es, puede provocar fácilmente episodios de estreñimiento.

– El diclofenaco, como AINE que es, al inhibir la formación de prostaglandinas también puede dificultar la evacuación.

Es importante discernir si se trata de un estreñimiento de carácter temporal o algo más crónico, y si responde a una necesidad real

Otros fármacos que podrían ocasionar constipación son los antidepresivos tricíclicos o los inhibidores de la MAO. También los antiinflamatorios opiáceos, que en ancianos deben siempre asociarse a laxantes, antagonistas de los canales del calcio, los antiparkinsonianos, los suplementos de hierro y de

calcio, antiepilépticos y antiácidos derivados del aluminio, así como las sales de bario derivadas de un radiodiagnóstico.

Existe en muchos de los ancianos una obsesión por la acumulación rectal de las heces. Por ello, es importante discernir si se trata de un estreñimiento de carácter temporal o algo más crónico, y si responde a una necesidad real. Si se trata de un problema temporal están indicados los supositorios de glicerina, microenemas de laurilsulfato sódico con citrato sódico o enemas de sales de fosfato de sodio dibásico y monobásico en pequeñas cantidades.

Si el problema es más crónico, el farmacéutico deberá decantarse por el uso de lactitol o lactulosa en forma líquida o en sobres, laxantes de tipo osmótico. Estos últimos están contraindicados en casos de insuficiencia renal. Actúan de forma mecánica atrayendo agua hacia la luz del intestino. No están indicados en tratamientos del estreñimiento durante mucho tiempo, por lo que en estos casos debe ser el médico quien prescriba e indique la duración su toma. □

Bibliografía general

- Catálogo de Especialidades farmacéuticas. Madrid: Consejo General de COF, 2000.
- Cervera P et al. Alimentación y dietoterapia. Madrid: Interamericana, 1999.
- Col.legi de Farmacèutics de Barcelona. Fibra dietética. Recopilación bibliográfica.
- Col.legi de Farmacèutics de Barcelona. Protocols. Restrenyiment.
- Foz M, Erill S, Soler C. Terapèutica en medicina interna. Barcelona: Barcelona: Doyma, 1984; 410-412 y 985.
- López C, Martínez P. Manual de alimentación y nutrición para educadores. Madrid: Caja de Madrid, 1992; 171-189.
- Mataix J, Carazo Marín E. Nutrición para educadores. Madrid: Díaz de Santos, 1995; 114-120, 280-286 y 318-320.
- Rozman C, Cardellach F, Ribera JM, Serrano S. Medicina interna. Madrid: Harcourt, 2000.
- Subcommittee on the Tenth Edition of the RDAs. Food and Nutrition Board. Commission on Life Sciences. National Research Council. Raciones dietéticas recomendadas. Barcelona: Consulta, 1991.