

# protocolos en la farmacia

María José  
Alonso Osorio

Farmacéutica comunitaria  
y especialista en Farmacia  
Galénica e Industrial

## Manejo y tratamiento del estreñimiento



### Definición y prevalencia

De forma simple, el estreñimiento puede definirse como una defecación infrecuente o con esfuerzo, generalmente de heces escasas y duras. La frecuencia de evacuación normal varía entre las distintas personas, y puede ir desde un par de veces al día hasta 3 veces a la semana. En cualquier caso, una evacuación cada 3 días que no requiera esfuerzo y cuyas heces tienen una consistencia normal no puede considerarse estreñimiento.

Según los criterios de Roma III\*, se considera que un paciente sufre estreñimiento cuando en más del 25% de las deposiciones presenta dos o más de los siguientes síntomas:

- Precisa de un esfuerzo excesivo para evacuar.
- Presenta heces duras o caprinas.
- Sensación de vaciado incompleto o disconfort tras la evacuación.
- Sensación de obstrucción en el área anorrectal.
- Precisa de maniobras manuales para facilitar la expulsión (extracción digital o compresión del suelo pélvico).
- Evacúa menos de 3 veces por semana.

«El estreñimiento es más prevalente en mujeres (1,5 veces más que en el hombre) y aumenta con la edad, sobre todo a partir de los 60 años»

### Clasificación

Según la duración del problema, el estreñimiento puede ser agudo o crónico:

- **Estreñimiento agudo o transitorio.** Es el que se presenta puntualmente por diversas causas: por modificaciones de la dieta (dietas de adelgazamiento, viajes, etc.), por encamamiento, tras periodos de mayor sedentarismo, por cambios debidos a un viaje o por efecto de algún fármaco.
- **Estreñimiento crónico.** Cuando dura más de 3 meses por diversas causas.

Asimismo, el estreñimiento crónico se puede clasificar en funcional o primario, o secundario:

\*Los Criterios de Roma son los consensos elaborados por grupos de expertos mundiales en trastornos funcionales digestivos (TDF) para establecer criterios diagnósticos.

**Tabla 1. Criterios de Roma III<sup>a</sup> para estreñimiento crónico funcional**

- 1. Presencia de 2 o más de los siguientes criterios<sup>a</sup>:**
  - Esfuerzo defecatorio en al menos el 25% de las deposiciones
  - Heces duras en al menos el 25% de las deposiciones
  - Sensación de evacuación incompleta en al menos el 25% de las deposiciones
  - Sensación de obstrucción anal o bloqueo anorrectal en al menos el 25% de las deposiciones
  - Maniobras manuales para facilitar la defecación en al menos el 25% de las deposiciones
  - Menos de 3 deposiciones a la semana
- 2. Presencia poco frecuente de heces sueltas sin empleo de laxantes**
- 3. Criterios insuficientes para el diagnóstico del síndrome del intestino irritable (SII)**

<sup>a</sup>Los Criterios de Roma son los consensos elaborados por grupos de expertos mundiales en trastornos funcionales digestivos (TFD) para establecer criterios diagnósticos. <sup>b</sup>Durante los últimos 3 meses, con inicio de los síntomas por lo menos 6 meses antes del diagnóstico.

**Tabla 2. Causas más frecuentes de estreñimiento funcional**

- Déficit de fibra en la dieta y malos hábitos dietéticos. La falta de fibra puede ocasionar un volumen insuficiente de heces y entorpecer los mecanismos propulsatorios y expulsatorios
- Alteración de la motilidad del colon, enlentece el paso de las heces hacia el colon
- Problemas neurológicos que alteren la sensibilidad y los mecanismos expulsatorios
- Disminución en la presión de la pared abdominal por condiciones fisiológicas que puedan afectar a la musculatura del abdomen (ancianos, embarazadas, pacientes debilitados o con enfermedades neurológicas)
- Alteraciones en la correcta obertura del ano en el momento de la defecación. Cierre o apertura parcial involuntaria del ano en el momento de la defecación

criterios de Roma III para el diagnóstico del estreñimiento crónico funcional o primario.

- **El estreñimiento secundario** es el paciente tiene algún trastorno o enfermedad o usa medicamentos que tienen como efecto secundario el estreñimiento.

### Síntomas diferenciales

Por otra parte, el estreñimiento puede corresponder a dificultades en la propulsión de las heces o a dificultades en la expulsión. En uno u otro caso se presentan síntomas diferenciales<sup>1</sup>.

En los casos de dificultades de propulsión generalmente se presenta:

- Frecuencia de deposiciones baja.
- Sin necesidad de defecar.
- Heces pequeñas y duras.

En los casos de dificultades de expulsión generalmente se presenta:

- Sensación de necesidad no productiva/requerimiento de varios intentos.
- Vaciado incompleto.
- Esfuerzo o bloqueo anal.
- Heces duras.
- Necesidad de maniobras digitales.

### Causas

- El estreñimiento agudo suele obedecer a cambios transitorios en la alimentación, momentos de sedentarismo, efecto de algún fármaco, etc.
- El estreñimiento crónico funcional (primario) se debe a la alteración de cualquiera de los mecanismos de la función defecatoria<sup>2</sup>. Las causas más frecuentes se relacionan en la tabla 2.
- El estreñimiento secundario, como se ha mencionado, es el que aparece como efecto secundario de otras enfermedades o medicamentos. Las causas más frecuentes se relacionan en la tabla 3.

**Tabla 3. Causas más frecuentes de estreñimiento secundario**

Enfermedades	Medicamentos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enfermedades metabólicas:</b> diabetes mellitus o hipotiroidismo</li> <li>• <b>Enfermedades neurológicas:</b> esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus o embolias cerebrales, lesiones de la médula espinal</li> <li>• <b>Enfermedades del colon o los intestinos:</b> cáncer de colon, síndrome del colon irritable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suplementos de hierro o calcio, antiácidos (con sales de aluminio o calcio), derivados opioides (analgésicos, antitusígenos), antihistamínicos sedantes, anticolinérgicos, antagonistas del calcio, colestestamina, diuréticos, levodopa, IMAO, antidepresivos tricíclicos, antiepilépticos, antipsicóticos y alcaloides de la vinca<sup>3</sup></li> </ul>

### Prevalencia

El estreñimiento crónico es un trastorno frecuente. En España, la prevalencia autodefinida (pacientes que declaran sufrir estreñimiento) es de un 29,5%<sup>4</sup> en la población general. Es más prevalente en mujeres (1,5 veces más que en el hombre) y aumenta con la edad, sobre todo a partir de los 60 años. Aparece con frecuencia en personas con un estilo de vida sedentario, en el embarazo y en pacientes con enfermedades que alteran la motilidad gastrointestinal (enfermedad por reflujo gastroesofágico [ERGE], síndrome de colon irritable y dispepsia funcional)<sup>5</sup>. En España es un problema infradiagnosticado y mal controlado. El paciente no siempre acude al médico y existe una importante cifra de personas que se automedican.

### Tabla 4. Factores predisponentes o agravantes

- **Consumo bajo de agua y/o fibra.** Un consumo bajo de agua y/o fibra es causa de que el volumen de heces sea insuficiente para activar los movimientos propulsorios
- **Microbiota.** Un desequilibrio en la microbiota (disbiosis) es causa frecuente de estreñimiento y flatulencias
- **Inhibición voluntaria del reflejo.** Inhibir el reflejo defecatorio repetidamente es causa de estreñimiento pertinaz
- **Malos hábitos defecatorios.** Es importante defecar a la misma hora del día, de manera relajada y tranquila, y no desestimar el deseo de defecar cuando se tiene
- **Abuso de laxantes irritantes.** El uso de laxantes de forma crónica puede dañar el intestino o empeorar el estreñimiento

### Tabla 5. Causas de remisión al médico

- Menores de 6 años sin causa conocida
- Niños con sospecha de problema alimentario, fisura anal o componente psicológico
- Más de 4 días desde la última deposición
- Estreñimiento crónico no diagnosticado
- Más de 2 semanas de cambio en los hábitos defecatorios sin cambios en los hábitos alimentarios o en el régimen de vida → posible enfermedad orgánica, tumoraciones, divertículos, etc.
- Síntomas de alarma: dolor, náuseas, pérdida de peso, sangre en las heces, anemia ferropénica u otras (véase tabla 6)
- Enfermedad (digestiva o no) que pueda ser causa de estreñimiento
- Tratamiento farmacológico que pueda ser causa de estreñimiento (véase tabla 3), pues es preciso que el médico valore un cambio de tratamiento

### Protocolo de actuación farmacéutica

Ante una consulta por estreñimiento, ante todo debe valorarse el tipo de estreñimiento que padece el paciente y el tiempo que hace que lo padece, y si el problema es crónico deberemos informarnos de si ha sido diagnosticado o no. El farmacéutico/a también debe considerar la existencia de factores predisponentes o agravantes, algunos de los cuales pueden ser modificados (tabla 4), y valorar adecuadamente aquellos síntomas o situaciones de alarma que aconsejen la derivación al médico (tabla 5).

Algunas preguntas que deben plantearse serían las siguientes:

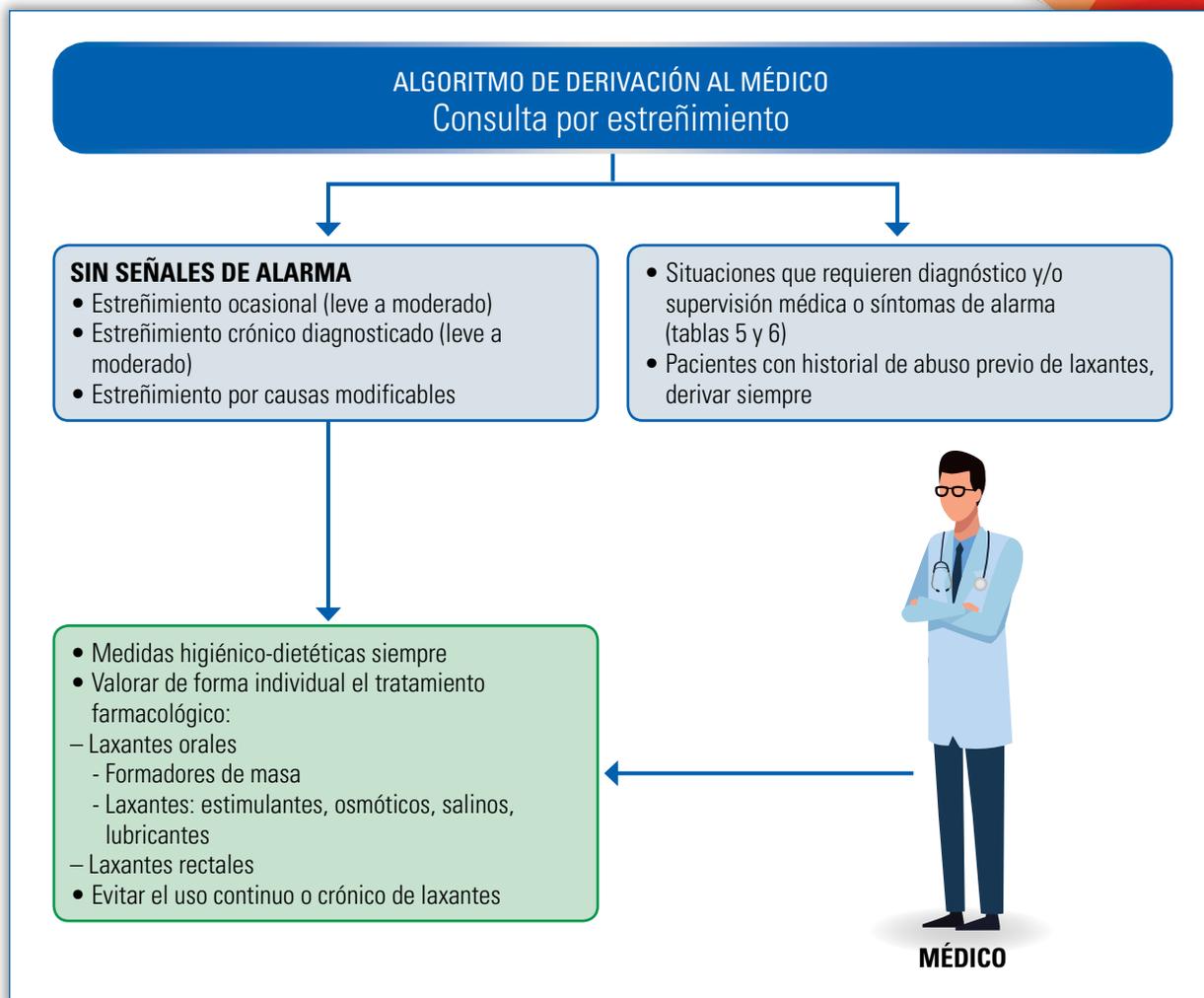
- ¿Estreñimiento leve a moderado?
- ¿Síntomas de alarma?
- ¿Ocasional o crónico?
- ¿Problemas de propulsión? (el paciente no siente deseo de evacuar).
- ¿Problemas de expulsión? (deseo improductivo de evacuar).
- ¿Se puede relacionar con alguna causa concreta (cambios de hábitos)?

En la tabla 6 se relacionan los principales síntomas de alarma, y en el algoritmo se muestra un algoritmo de derivación al médico.

### Tratamiento farmacológico

### Tabla 6. Síntomas de alarma<sup>4,6</sup>

- Estreñimiento de inicio reciente sin cambios alimentarios ni conductuales (sobre todo en mayores de 50 años)
- Dolor abdominal importante
- Sangre en heces
- Anemia ferropénica
- Pérdida de peso
- Alternancia de estreñimiento y diarrea (posible síndrome del intestino irritable [SII] o divertículos)
- Empeoramiento o variaciones en un estreñimiento controlado hasta la fecha
- Fiebre, náuseas, vómitos, astenia, pérdida de apetito...
- Tenesmo (sensación ineficaz de necesidad de evacuar)
- Síntomas obstructivos
- Enfermedad inflamatoria intestinal crónica (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn), celiaquía
- Historia familiar de cáncer de colon
- Signos de anorexia nerviosa
- Signos de estreñimiento secundario a enfermedad (intestinal o no) o tratamiento farmacológico susceptible de causar estreñimiento



El tratamiento farmacológico comprende dos familias de productos: laxantes orales y laxantes rectales.

### Laxantes orales

Entre este tipo de laxantes se distinguen varios grupos según su mecanismo de acción: formadores de masa (incrementan el volumen de la masa fecal), osmóticos (atraen el agua a la luz intestinal) y estimulantes del peristaltismo, emolientes y lubricantes (reblandecen las heces, favoreciendo la secreción de agua y facilitando su deslizamiento).

Están indicados en el estreñimiento con problemas de propulsión que entorpece el tránsito de las heces, afecta comúnmente a:

- Personas en periodos de estrés o ansiedad.
- Personas que inician dietas con reducción calórica y de grasas.
- Personas sedentarias.
- Viajeros.

- Periodos de cambios hormonales: embarazo, lactancia, menopausia...
- Convalecencia, inmovilidad temporal u otras causas puntuales.

En la tabla 7 se describen las principales características de cada uno de estos tipos de laxantes.

### Laxantes rectales

Están indicados cuando hay dificultades de expulsión o se precisa un control rápido de la evacuación. El estreñimiento relacionado con la evacuación rectal representa aproximadamente el 25% de los casos<sup>1</sup> (se da con relativa frecuencia en ancianos). Estos laxantes están indicados en caso de tenesmo reciente (deseo improductivo de evacuar). El tenesmo es indicativo de que las heces están en la ampolla fecal, y en la persona encamada con dificultades para evacuar a menudo se hace necesario controlar el momento de la evacuación, cuando el cuidador pueda

**Tabla 7. Principales laxantes orales**

Grupo	Principio activo/ingrediente	Tiempo de acción	Precauciones
<b>Formadores de masa</b> (incremento de la masa fecal. Son de elección en embarazo y lactancia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fibra soluble: ispágula, lino, etc.</li> <li>Fibra insoluble: salvado de trigo, avena, etc.</li> </ul>	Hasta 72 h o más	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tomar con agua abundante</li> <li>Su eficacia clínica puede tardar semanas en manifestarse</li> <li>Pueden producir flatulencia</li> <li>Separar de la toma de medicamentos</li> </ul>
<b>Salinos y osmóticos</b> (atraen el agua a la luz intestinal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salinos: sales de magnesio, citratos, etc.</li> <li>Osmóticos: lactulosa, macrogol</li> </ul>	Entre 12 y 48 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>Magnesio (sales): contraindicación en insuficiencia renal, riesgo de hipermagnesemia</li> <li>Osmóticos: en tratamientos prolongados y/o en dosis altas pueden provocar hipopotasemia e hipernatremia</li> <li>Macrogol: riesgo muy frecuente (&gt;1/10) de diarrea moderada y deposiciones líquidas y distensión abdominal</li> </ul>
<b>Laxantes estimulantes</b> (estimulan el peristaltismo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bisacodilo</li> <li>Picosulfato sódico (pss)</li> <li>Plantas con antraquinonas: sen, aloe, cáscara sagrada, etc.</li> </ul>	6 a 8 h aprox.	<ul style="list-style-type: none"> <li>No administrar de forma concomitante con medicamentos inductores de hipopotasemia (p. ej., diuréticos tiazídicos, adrenocorticosteroides, raíz de regaliz...), ya que pueden favorecer el desequilibrio electrolítico</li> </ul>
Laxantes emolientes/ lubricantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aceite de parafina, vaselina líquida</li> <li>Reblandecen las heces y favorecen la secreción de agua, facilitando su deslizamiento (lubricantes)</li> </ul>	24 a 48 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>En uso continuado, riesgo de interferir en la absorción de ciertas sustancias</li> <li>Pueden producir tolerancia a la acción laxante y dependencia para conseguir la evacuación</li> <li>En encamados riesgo de aspiración y neumonitis lipídica</li> </ul>

**Tabla 8. Principales laxantes rectales**

Grupo	Principio activo/ingrediente	Tiempo de acción	Características	Precauciones
Supositorios	Glicerina, bisacodilo	De 15 min a 1 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimulan el reflejo de defecación a nivel de las terminaciones nerviosas del recto</li> <li>Incrementan la presión osmótica y el peristaltismo intestinal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar el uso crónico</li> <li>Pueden causar picor o irritación anal</li> </ul>
Microenemas	Glicerol, citrato/lauril sulfato, miel/glicerina			
Enemas	Sodio hidrogenofosfato, aceite de oliva, aceite de parafina, etc.	De 5 a 10 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atraen el agua a la luz intestinal, licúan las heces e incrementan el peristaltismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amplias contraindicaciones</li> <li>Precaución en ancianos, debilitados, insuficiencia renal leve, ascitis, enfermedad cardíaca, alteraciones de la mucosa rectal o desequilibrios electrolíticos</li> </ul>

dedicarse a ayudar al enfermo. También pueden ser una solución rápida en los viajes. Los principales laxantes rectales se relacionan en la tabla 8.

**Medidas de higiene y prevención.  
Consejos al paciente**

Debe hacerse especial hincapié en la necesidad de una alimentación equilibrada rica en fibra (frutas, hortalizas, ce-

reales integrales...), de hacer ejercicio físico moderado y de la no inhibición de la defecación. A la hora de aconsejar al paciente, deben considerarse las siguientes cuestiones:

- En caso de estreñimiento crónico, se debe explicar al paciente que intentar defecar cuando el recto está vacío (sin percepción de deseos de defecar) es totalmente ineficaz. Por lo general la ocupación rectal se da por la mañana tras el desayuno (por un reflejo gastrocólico), por lo que es mejor aprovechar este momento para intentar evacuar sin prisas. En todo caso, el paciente no debe reprimir la evacuación cuando siente deseos o percibe que las heces están en el recto.
- No se ha probado que la ingesta de líquido sin otras medidas favorezca la evacuación, pero es importante que los pacientes que toman laxantes formadores de masa (fibra soluble o insoluble) o fibra dietética beban suficiente agua para evitar una compactación de las heces.
- Es recomendable la actividad física, ya que favorece el movimiento peristáltico y mejora los síntomas asociados al estreñimiento (distensión abdominal y meteorismo).
- Probióticos. Aunque faltan estudios con un mayor número de pacientes, algunos trabajos han demostrado que la administración de probióticos incrementa significativamente la frecuencia defecatoria, disminuye la consistencia de las heces y mejora globalmente los síntomas relacionados con el estreñimiento<sup>4</sup>.

#### Bibliografía

1. Ventriglia G, Murgia V, Di Maurizio P, Giovagnoni E, Santoro S. Comprender el estreñimiento. Aboca Edizioni, 2012.
2. Societat Catalana de Digestologia. Estreñimiento. Disponible en: [http://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/restrenyiment\\_es.pdf](http://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/restrenyiment_es.pdf) (última visita: mayo de 2019).
3. INFAC Eskualdeko Farmakoterapi Informazioa. 2015; 23(10): 67-73. Disponible en: [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac\\_2015/es\\_def/adjuntos/INFAC\\_Vol\\_23\\_n\\_10\\_estenimiento.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2015/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_23_n_10_estenimiento.pdf) (última visita: mayo de 2015).
4. Garrigues Gil V, Mas Mercader P, Mora Miguel F, Mínguez Pérez F. Guía práctica de actuación diagnóstico-terapéutica en estreñimiento crónico. Fundación Española de Aparato Digestivo. Valencia, 2013.
5. Álvarez Moital I. Guía Clínica Fisterra. Última revisión: 11/09/2017. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/estrenimiento/#27729> (última visita: mayo de 2019).
6. Baos V, Faus Dáder MJ (eds.). Protocolos de indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores. Madrid: GIAF, 2008. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/33050>.

«En España el estreñimiento es un problema infradiagnosticado y mal controlado. El paciente no siempre acude al médico y existe una significativa cifra de pacientes que se automedican»

«Debe hacerse especial hincapié en la necesidad de una alimentación equilibrada rica en fibra, de hacer ejercicio físico moderado y de la no inhibición de la defecación»

«Aunque faltan estudios con un mayor número de pacientes, algunos trabajos han demostrado que el uso de probióticos incrementa significativamente la frecuencia defecatoria, disminuye la consistencia de las heces y mejora globalmente los síntomas relacionados con el estreñimiento»