

## Profesión

Silvia Maeso  
de la Fuente,  
Ane Miren Rosón Aldana

Farmacéuticas comunitarias.  
Miembros del grupo de trabajo  
Ekinez del COF de Bizkaia

“**La diarrea crónica es una afección recurrente, de larga duración y de causa no infecciosa, como la sensibilidad al gluten u otros trastornos metabólicos hereditarios»**

# Manejo de la diarrea en la farmacia comunitaria

Se define como «diarrea» la deposición de heces no formadas o anormalmente líquidas con una frecuencia de tres o más veces al día (o superior a la habitual para la persona en cuestión). La deposición frecuente de heces de consistencia sólida (o la evacuación de heces de consistencia suelta y «pastosa» en lactantes) no se considera diarrea.

La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos virus, bacterias, hongos y protozoos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminados, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente.

### Sintomatología y clasificación

Según su sintomatología, las diarreas se clasifican en «enfermedad diarreica aguda», «diarrea persistente» y «diarrea crónica».

### Enfermedad diarreica aguda (EDA)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la diarrea aguda como un episodio de instauración rápida de tres o más evacuaciones líquidas o semi-líquidas en 24 h o de al menos una con presencia de elementos anormales





# ULTRA ADSORB

200 mg cápsulas duras



**ALIVIO SINTOMÁTICO** de los GASES  
"AEROFAGIA, METEORISMO, FLATULENCIA"  
Actúa adsorbiendo partículas de gas intestinal.

**CONTROLA** el proceso DIARREICO  
Inactiva toxinas y microorganismos en el tracto  
intestinal mediante un proceso físico de adsorción.



## ANTIDIARREICO / ANTIFLATULENTO

Lea las instrucciones de este medicamento y consulte al farmacéutico.



**LAINCO, S.A.**

Avda. Bizet, 8-12, 08191 - RUBI (Barcelona) | Tel.: 93 586 20 15 | Fax: 93 586 20 16  
E-mail: [lainco@lainco.es](mailto:lainco@lainco.es) | [www.lainco.es](http://www.lainco.es)

(moco, sangre, pus...) durante un máximo de 2 semanas.

La EDA puede verse acompañada de náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal, y es autolimitada, con periodos de duración de 3 a 6 días. Más del 90% de los casos se producen por diferentes patógenos (bacterias, virus, parásitos y hongos) que se adquieren por vía oro-fecal o por contaminación del agua o los alimentos. La diarrea da lugar a un aumento de la pérdida a través de las heces de sus principales componentes: agua y electrolitos.

### ***Tipos clínicos de diarrea aguda***

#### **Diarrea aguda líquida (DAL)**

Es la más frecuente y la de mayor mortalidad, y se caracteriza por la expulsión frecuente de heces líquidas que llevan a la deshidratación y la muerte. Como síntomas concomitantes pueden presentarse náuseas, vómitos, fiebre, cansancio o anorexia.

#### **Diarrea aguda disintérica o con sangre (DAD)**

Se presenta sangre visible en las deposiciones y puede ir acompañada de fiebre, pérdida de peso rápida, cólicos o tenesmos. Los patógenos más frecuentes son: *Shigella* spp., *Campylobacter jejuni*, *Salmonella* spp. y *Entamoeba histolytica*.

#### **Diarrea del viajero**

Es común en las personas que viajan a países en desarrollo y puede manifestarse como diarrea líquida o disintérica. La causan diversos microorganismos patógenos entéricos, que se resumen en la tabla 1.

#### **Diarrea persistente (DP)**

Se inicia como una diarrea líquida o con sangre y dura más de 13 días. Suele ir acompañada de una pérdida de peso y puede producir deshidratación. A diferencia de la diarrea crónica, es de origen infeccioso.

#### **Diarrea crónica (DC)**

Es una afección recurrente, de larga duración y de causa no infecciosa, como la sensibilidad al gluten u otros trastornos metabólicos hereditarios.



«**La base del tratamiento de la enfermedad diarreica aguda es la rehidratación oral»**

Se clasifica en función de la causa que la produce:

- **Osmótica.** Se debe a la presencia de nutrientes no absorbidos en la luz intestinal. Siempre que se altera la digestión o la absorción, la fuerza osmótica generada por los solutos no absorbidos arrastra el agua hacia la luz intestinal. Mejora con el ayuno.
- **Secretora.** Se produce un flujo activo de agua y electrolitos hacia la luz intestinal como consecuencia de la inhibición de la absorción por las microvellosidades de los enterocitos y el aumento de secreción por los enterocitos de las criptas. No mejora con el ayuno.
- **Inflamatoria.** Se debe a un daño de la mucosa por inflamación o isquemia producido por shigelosis, enfermedad inflamatoria intestinal o colitis isquémica.

**Tabla 1. Microorganismos asociados a las diarreas del viajero**

Bacterias	Virus	Parásitos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECET</li> <li>• <i>Campylobacter jejuni</i></li> <li>• <i>Salmonella</i> spp.</li> <li>• <i>Shigella</i> spp.</li> <li>• <i>Plesiomonas shigelloides</i> spp.</li> <li>• <i>Aeromonas</i> spp.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotavirus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Entamoeba histolytica</i></li> <li>• <i>Giardia lamblia</i></li> <li>• <i>Cryptosporidium</i></li> </ul>

ECET: *Escherichia coli* enterotoxigénica.

**Tabla 2. Causas más habituales de la diarrea**

Diarrea aguda		Diarrea crónica	
Causas	Ejemplos	Causas	Ejemplos
Infecciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entéricas</li> <li>• Extraintestinales</li> </ul>	Origen osmótico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de laxantes osmóticos</li> <li>• Déficit de lactasa y otros disacáridos</li> <li>• Hidratos de carbono no absorbibles (sorbitol, lactulosa, polietilenglicol)</li> <li>• Intolerancia al gluten</li> </ul>
Alergia alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leche de vaca</li> <li>• Soja</li> </ul>	Origen secretor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laxantes estimulantes exógenos</li> <li>• Ingestión continuada de etanol</li> <li>• Fármacos y toxinas</li> <li>• Laxantes endógenos (ácidos biliares dihidroxilados)</li> <li>• Idiopática</li> <li>• Fístula intestinal</li> <li>• Obstrucción parcial intestinal o retención fecal</li> <li>• Tumores (carcinoide, vipoma, cáncer de la médula tiroidea, mastocitosis, gastrinoma, adenoma vellosa colorrectal...)</li> <li>• Enfermedad de Addison</li> <li>• Defectos congénitos de la absorción de electrolitos</li> </ul>
Trastornos absorción/digestión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de lactasa</li> <li>• Déficit de sacarasa-isomaltasa</li> </ul>	Inflamatoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enteropatía inflamatoria (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn)</li> <li>• Colitis linfocítica colagenosa</li> <li>• Trastornos inmunitarios de la mucosa (inmunodeficiencias, alergia a alimentos, gastroenteritis eosinofílica, enfermedad de injerto contra hospedador)</li> <li>• Lesión por radiación</li> <li>• Cánceres de vías gastrointestinales</li> </ul>
Cuadros quirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invaginación</li> <li>• Apendicitis aguda</li> </ul>		
Ingesta de fármacos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laxante</li> <li>• Antibióticos</li> </ul>		
Intoxicación por metales pesados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobre</li> <li>• Zinc</li> </ul>		
		Otras causas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esteatorrea (insuficiencia exocrina pancreática, cirugía bariátrica, hepatopatía, esprúe celiaco, enfermedad de Whipple, abetalipoproteinemia, isquemia, enteropatía por fármacos, obstrucción posmucosa)</li> <li>• Causas simuladas (síndrome de Münchhausen, trastornos de la alimentación)</li> <li>• Causas iatrogénicas (colecistectomía, ablación de íleon, cirugía bariátrica, vagotomía, funduplicación)</li> <li>• Trastornos de motilidad como causa (neuromiopatía visceral, hipertiroidismo, fármacos, síndrome de colon irritable, posvagotomía)</li> </ul>

### Etiología

Las causas más habituales de la diarrea se resumen en la tabla 2.

### Tratamiento

La base del tratamiento de la EDA es la rehidratación oral. Si la diarrea persiste, en función del grado de deshidratación el médico debería valorar la implantación endovenosa.

Si la diarrea es persistente, el médico puede valorar el uso de antibióticos. Los más usados son las quinolonas (ciprofloxacino) y azitromicina. Su uso se reserva a:

- Infecciones enterales por *Shigella*, cólera, *Salmonella typhi*, giardiasis y amebiasis intestinal invasiva.

**“ El farmacéutico debe remitir al paciente al médico si se presentan síntomas de alarma o diarreas que no remiten”**

- Infecciones extraenterales bacterianas asociadas a un episodio diarreico: respiratorias, urinarias, sistema nervioso central, etc.

Como tratamientos coadyuvantes se recomienda el uso de probióticos. Solo *Lactobacillus* GG y *Saccharomyces boulardii* han demostrado ser efectivos en el tratamiento de personas afectadas por DA. *S. boulardii* parece tener

mayor efecto en las diarreas bacterianas, y en cambio *Lactobacillus* GG parecen tener mayor efecto en las diarreas víricas e idiopáticas. Su mecanismo de acción es el siguiente:

**Tabla 3. Tratamientos farmacológicos**

Estrategias de tratamiento	Grupos de fármacos	Fármacos	Posología	Efectos adversos
Rehidratación oral			<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 g glucosa</li> <li>• 3,5 g ClNa</li> <li>• 1,5 g ClK</li> <li>• 2,9 g citrato trisódico</li> <li>• 1 litro de agua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vómitos (por ingesta rápida)</li> <li>• Hipernatremia e hipercalcemia en enfermos renales</li> </ul>
Modificadores del transporte electrolítico		Sulfasalazina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ataques casos graves: 1.000-2.000 mg/día</li> <li>• Casos moderados y leves: 1.000 mg/día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Náuseas</li> <li>• Pérdida de apetito</li> <li>• Alteraciones gástricas</li> <li>• Aumento de la temperatura corporal</li> </ul>
		Mesalazina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vía rectal: 1 a 4 g/día</li> <li>• Vía oral:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sobres: hasta 4 mg/día</li> <li>– Comprimidos: de 2 a 4,8 g/día</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrea</li> <li>• Náuseas</li> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Cefalea</li> <li>• Vómitos</li> <li>• Erupciones cutáneas</li> </ul>
		Corticoides		
Inhibidores de la motilidad	Opioides	Codeína	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 60 mg/día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Náuseas</li> <li>• Mareos</li> <li>• Estreñimiento</li> </ul>
		Loperamida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis inicial: 4 mg (2 mg después de cada deposición)</li> <li>• Dosis máxima: 16 mg/día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Estreñimiento</li> </ul>
	Fármacos anticolinérgicos			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visión borrosa</li> <li>• Sequedad de boca</li> <li>• Sequedad ocular</li> <li>• Estreñimiento</li> <li>• Retención urinaria</li> </ul>
	Inhibidores de la liberación de hormonas prosecretoras	Octreótida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100-450 µg/día</li> <li>• Casos excepcionales: hasta 1.500 µg/día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Náuseas</li> <li>• Flatulencias</li> <li>• Esteatorrea</li> <li>• Calambres abdominales</li> </ul>
Agentes antiinfecciosos		Amoxicilina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30/50 mg/kg/día (3 tomas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erupción cutánea</li> <li>• Náuseas</li> <li>• Diarreas</li> <li>• Candidiasis</li> </ul>
		Cloranfenicol	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15/30 mg/kg/día (4 tomas)</li> </ul>	
		Ampicilina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50/100 mg/kg/día (4 tomas)</li> </ul>	
		Eritromicina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20/50 mg/kg/día (4 tomas)</li> </ul>	
		Cotrimoxazol	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5/25 mg/kg/día (2 tomas)</li> </ul>	
		Tetraciclina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 150/300 mg/kg/día (4 tomas)</li> <li>• No en niños</li> </ul>	
		Furazolidona	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 mg/kg/día (3 tomas)</li> </ul>	
		Vancomicina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,5-1 g/día (4 tomas)</li> </ul>	
Agentes absorbentes		Caolín		
		Carbón activado		
	Resinas de intercambio iónico	Colestiramina		



## De especialista a especialista

Tú eres especialista en tu farmacia. Nosotros en acompañarte y asesorarte con Sabadell Negocios para ofrecerte las soluciones<sup>1</sup> especializadas y diferenciadas que necesita tu negocio y así tomar las mejores decisiones económicas en cada momento.

Como, por ejemplo, el **TPV al 0,30 %** de comisión por operación<sup>2</sup>, una oferta exclusiva para tu sector; además, **condiciones preferentes en préstamos<sup>3</sup>** para la compra o el traspaso de una farmacia y en **FarmaRenting y Leasing Farmacias** para la adquisición de maquinaria y/o local.

**Solicita una cita** en [bancsabadell.com/farmacias](https://bancsabadell.com/farmacias) o a través del código QR.



1. Oferta válida hasta el 30/06/2021. 2. Se aplicará directamente el porcentaje por comisión del 0,30 % para todas las tarjetas nacionales, así como las de particulares europeas, y se aplicará un mínimo de 0,07 euros de comisión por operación. Las tarjetas de fuera de Europa, JCB, CUP y de empresas europeas tienen una comisión del 1,80 % + 0,39 euros, con un mínimo de comisión por operación de 0,46 euros. Las tarjetas MasterCard B2B pertenecientes al programa GWTP tienen una comisión por operación del 2,95 %. Oferta aplicable a TPV para venta presencial (GPRS/wifi/ADSL) como para venta a distancia (TPV virtual y TPV Smart Phone & Sell). 3. La concesión, la cantidad y el plazo de cada operación solicitada vendrán determinados y estarán condicionados a los criterios de riesgo del banco.

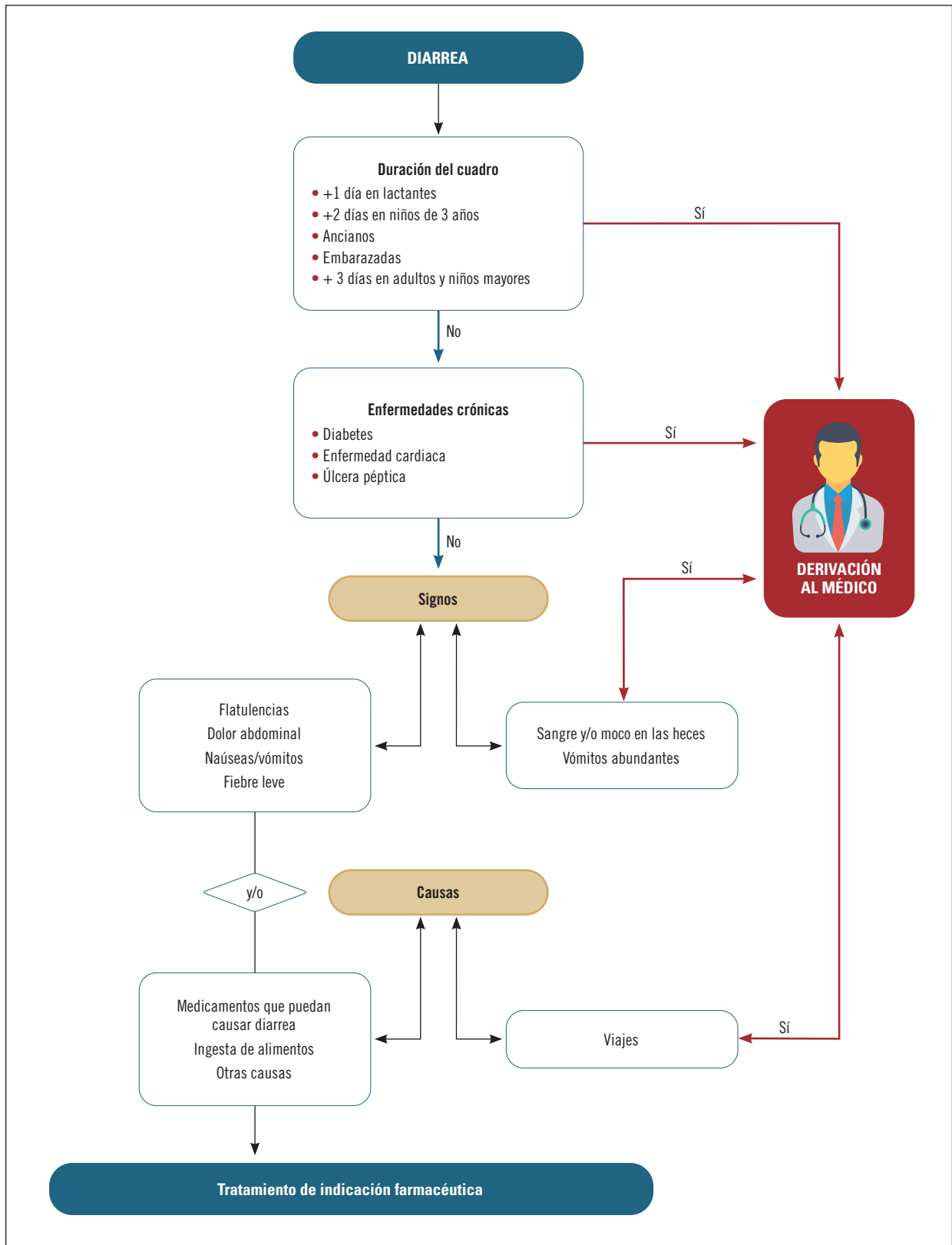


Figura 1. Algoritmo de actuación del farmacéutico desde la farmacia comunitaria

- Restauran el equilibrio de la flora intestinal.
- Estimulan el sistema inmunitario.
- Ejercen un efecto trófico sobre la mucosa.
- Inhiben la proliferación de microorganismos patógenos por inhibición competitiva.
- Mejoran la digestión de disacáridos.

En el caso de la diarrea crónica, si ésta se relaciona con la modificación del estado nutricional del paciente debe considerarse una enfermedad grave y el tratamiento ha de iniciarse de forma precoz. Éste debe incluir:

- Fármacos para el tratamiento de la enfermedad de base.
- Dieta de eliminación.
- Reposición de los electrolitos.
- Incremento progresivo del aporte calórico (por encima de los valores recomendados).
- Suplementación con micronutrientes y vitaminas. Hay que destacar el uso de zinc, ya que favorece la absorción de hierro, restaura la mucosa y estimula la respuesta inmunitaria.

En la tabla 3 se muestran los tratamientos farmacológicos más habitualmente empleados.

### Papel del farmacéutico

El farmacéutico debe facilitar educación sanitaria sobre medidas higiénicas de prevención y, en caso de diarrea, recomendar el uso de las soluciones de rehidratación oral, aconsejar una dieta astringente, y remitir al paciente al médico si se presentan síntomas de alarma o diarreas que no remiten (tabla 4).

### Tabla 4. Medidas higiénico-dietéticas que puede recomendar el farmacéutico

- Rehidratación
- Dieta astringente:
  - Alimentos aconsejables: sopa de arroz, zanahoria o puré de patata, huevo cocido o en tortilla, pescado blanco hervido o a la plancha, carne de ave, manzana asada o manzana rallada con unas gotas de limón, té o infusiones
  - Alimentos desaconsejados: grasas, alcohol, café o fibra
- Otras recomendaciones:
  - No tomar alimentos sólidos durante las 6 primeras horas desde la instauración de los síntomas y tomar sales de rehidratación
  - Si hay mejoría, comenzar la ingesta de pequeñas cantidades de alimento sólido y probióticos
- Recomendaciones para los viajeros:
  - Beber y usar agua embotellada, incluso para el cepillado de los dientes
  - Consumir alimentos bien cocinados
  - No ingerir fruta sin pelar ni ensaladas
  - Evitar derivados lácteos sin pasteurizar
  - No añadir hielo en las bebidas

### Criterios de derivación al médico

- Duración de más de 4 semanas.
- Existencia de señales de alarma:
  - Fiebre superior a 38,5 °C (38 °C en niños).
  - Heces con sangre, moco, pus o de color alquitranado.
  - Dolor abdominal que no mejora con la deposición.
  - Síntomas o signos de deshidratación: boca y lengua secas, somnolencia y/o disminución de la diuresis.
  - Presentación del mismo cuadro en varias personas y que hayan tomado los mismos alimentos.
  - Viaje reciente a un país extranjero.
  - Sospecha de que se debe a la toma de algún medicamento de prescripción.

También deberían derivarse al médico los casos en que la diarrea persista durante más de 4 días a pesar de iniciar el tratamiento (más de 2 días si se trata de niños, y antes si es un bebé) o con anterioridad si existe empeoramiento.

En la figura 1 se muestra el algoritmo de actuación del farmacéutico desde la farmacia comunitaria. ●

### Bibliografía

- Buscador avanzado. Fichas técnicas: Sueroral®, Salazopyrina®, Mezavant®, Pentasa®, Salofalk®, Octreóida GP Pharma®. AEMPS [Internet]. CIMA. Madrid: Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/70144/P\\_70144.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/70144/P_70144.html) (última consulta: 17/2/2021)
- Cano Martínez S, Seco González AX, Estévez Boulosa P. Guía Fisterra. Diarrea crónica. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/diarrea-cronica/> (última revisión: 26/05/2011; último acceso: 27/12/2014).
- Faus MJ, Arroyo MP, Orueta R, Hernández MA, Vicens C, Baena MI, et al. Protocolos de indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores. Madrid: GIAF; 2008. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/33050>
- Fernández-Baños F, Accarino A, Balboa A, Domènech E, Esteve M, García-Planella E, et al. Diarrea crónica: definición, clasificación y diagnóstico. Gastroenterol Hepatol. 2016; 39: 535-559.
- Florez J, Armijo J, Mediavilla A. Farmacología humana. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 1997. pp. 721-726.
- González E. Diarrea aguda, prolongada y persistente en niños y su diferencia de la diarrea crónica. MediSan. 2017; 21: 2.047-2.060. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000900012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000900012)
- Jameson L, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Loscalzo J. Harrison: principios de medicina interna; vol. 1. México: McGraw-Hill; 2016. pp. 2.387-2.388.
- Jiménez VA, Argüelles F, Carmona I, Caunedo A, Romero M. Revisiones temáticas. Abordaje diagnóstico de la diarrea crónica en adultos. RAPD online. 2015; 38(4): 165-170.
- Román E, Barrio J, López MJ. Diarrea aguda. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: SEGHP-AEP; 2010. pp. 11-20. Disponible en: <https://www.seghnp.org/documentos/protocolos-diagnostico-terapeuticos-de-gastroenterologia-hepatologia-y-nutricion>
- WHO. The treatment of diarrhoea. A manual for physicians and other senior health workers. 4th rev. Ginebra: WHO 2005. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593180.pdf>