

## Sumario

### TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO

#### ■ ¿CÓMO DEBE TRATARSE EL ESTREÑIMIENTO

– TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

– TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

#### ■ ¿QUÉ LAXANTE UTILIZAR?

#### ■ GRUPOS ESPECIALES

– EMBARAZO Y LACTANCIA

– ANCIANOS

– CUIDADOS PALIATIVOS

#### ■ NIÑOS

#### ■ CONCLUSIONES

## TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento es un **síntoma** difícil de definir, por su naturaleza subjetiva y por la dificultad para establecer qué se considera un "hábito intestinal normal". En la población adulta sana la frecuencia defecatoria oscila entre 3 deposiciones semanales y 3 diarias que se expulsan sin dificultad en más del 75% de las ocasiones. Por lo tanto, se puede definir el estreñimiento como la dificultad en la defecación en más del 25% de las ocasiones y/o menos de 3 evacuaciones semanales (1).

La prevalencia del estreñimiento es alta, siendo más frecuente en mujeres y en ancianos (1).

El estreñimiento responde a mecanismos fisiopatológicos variados, y puede asociarse a multitud de enfermedades, ser secundario al uso de fármacos o no presentar causa conocida (ver tabla 1) (1,2). Generalmente, es funcional y obedece a condicionamientos dietéticos, sociales y emocionales.

Puede presentarse como un síntoma crónico, o bien como un cambio reciente en la frecuencia intestinal, con o sin variación en la consistencia de las heces, que es percibida como "anormal" por el paciente (3). En este sentido, es importante concienciar al paciente de que defecar diariamente no es siempre necesario o "normal" (2). El estreñimiento severo puede manifestarse, paradójicamente, como una diarrea por rebosamiento o incontinencia fecal (3).

*Muchos fármacos de uso habitual pueden causar estreñimiento.*

Tabla 1:

### ALGUNAS CAUSAS FRECUENTES DE ESTREÑIMIENTO (2)

#### Dietéticas

- Ingesta inadecuada de fibra
- Escasa ingesta de líquidos

#### Psicológicas/estilo de vida

- Inhibición voluntaria del reflejo de defecación
- Depresión

#### Ausencia de actividad física

- Inmovilidad por enfermedad o edad avanzada

#### Embarazo

- Cambios hormonales que retrasan el tránsito intestinal

#### Trastornos colorrectales

- Cáncer colorrectal
- Hemorroides, fisura anal
- Síndrome de intestino irritable

#### Trastornos neurológicos

- Enfermedad que cause inmovilidad
- Neuropatía (p.e. debida a diabetes)

#### Trastornos metabólicos

- Hipercalcemia
- Hipotiroidismo

#### Fármacos

- Antiácidos que contienen aluminio o calcio\*
- Antidiarreicos\*
- Antihistamínicos\*
- Anticolinérgicos
- Calcio-antagonistas
- Colestiramina
- Antitusígenos\* (codeína, folcodina)
- Diuréticos (si hay deshidratación)
- Suplementos de hierro\*
- Levodopa
- Antidepresivos IMAO
- Analgésicos opiáceos
- Antipsicóticos fenotiazínicos
- Antidepresivos tricíclicos
- Alcaloides de la vinca (vincristina, vinblastina)
- Laxantes (abuso)

\* disponibles en especialidades de dispensación sin receta médica

## ¿CÓMO DEBE TRATARSE EL ESTREÑIMIENTO?

**El tratamiento debe ser individualizado**, teniendo en cuenta la edad del paciente, la patología subyacente y todos los factores que puedan influir: medicación potencialmente responsable, dieta pobre en fibra... (1).

El tratamiento del estreñimiento es una combinación de medidas educacionales, dietéticas y en su caso, farmacológicas. Los laxantes no son siempre necesarios, aunque pueden ser de utilidad a corto plazo en el alivio rápido de los síntomas severos (2,3).

### Tratamiento no farmacológico:

**La educación al paciente incluyendo consejo dietético y ejercicio físico si es posible, son los pilares fundamentales en el tratamiento del estreñimiento**

**no complicado, y son suficientes para controlar los síntomas en la mayoría de los casos (3).**

*La dieta rica en fibra y el ejercicio físico son el primer paso del tratamiento.*

**Dieta:** una alimentación rica en fibra dietética (salvado de trigo, frutas, legumbres, verduras) no sólo es

necesaria para mantener el funcio-

namiento normal del tracto gastrointestinal, sino que es útil para la prevención y el tratamiento del estreñimiento. La fibra aumenta el peso de las heces y disminuye el tiempo de tránsito intestinal. En este sentido, es importante el consejo detallado, acompañado, si es posible, de material escrito de apoyo (ver tabla de contenido en fibra de los alimentos en hoja anexa) (2).

El paciente adulto debe tratar de tomar al menos un alimento rico en fibra en cada comida. Si es posible, se deben consumir entre 18 y 30 g de fibra por día, así como al menos 2 litros de líquido (aprox. 8 vasos). Aunque los efectos pueden tardar en notarse entre 3-5 días, es necesario mantener la dieta durante al menos un mes para conseguir los máximos beneficios (2).

Para evitar los principales inconvenientes de los suplementos de fibra (flatulencia, hinchazón y distensión abdominal) se debe incrementar la ingesta de fibra gradualmente a lo largo de unas semanas o meses (2).

No obstante, el tratamiento debe individualizarse, ya que una dieta rica en fibra no es recomendable en ciertos grupos de pacientes: aquéllos con megacolon o colon/recto hipotónico no responden al tratamiento, y en los pacientes inmovilizados o en tratamiento con opiáceos se puede desencadenar una obstrucción. Por otro lado, una ingesta de dos litros de líquido/día puede ser difícil de conseguir en algu-

*El tratamiento prolongado con laxantes no es necesario en la mayoría de los casos.*

nos pacientes ancianos, o incluso puede estar contraindicada, como ocurre en insuficiencia cardíaca severa por el riesgo de hiponatremia dilucional (2,3).

Se deben evitar café, té o alcohol, que tienen propiedades diuréticas y pueden agravar el estreñimiento (3,4).

**Educación al paciente:** es básico educar o reeducar al paciente, no sólo para el cambio de hábitos dietéticos, sino también para que adquiera o recupere el hábito de defecar con regularidad. Se debe utilizar el tiempo necesario para ello (1), preferiblemente después de las comidas, sobre todo tras el desayuno, cuando el reflejo gastrocólico es más fuerte (4). **Asimismo, se debe recomendar un aumento de la actividad física** (3). Es también necesario advertir al paciente sobre los riesgos del abuso de laxantes.

### Tratamiento farmacológico:

Las **indicaciones para el uso de laxantes** son (3):

- impactación fecal
- falta de respuesta al tratamiento no farmacológico (después de 4 semanas)
- defecación dolorosa (hemorroides, fisura anal, absceso perianal)
- estreñimiento asociado a enfermedad, cirugía o embarazo
- ancianos inmovilizados o con dieta deficiente
- estreñimiento inducido por fármacos, si no es posible retirarlos
- patologías en las que la defecación con esfuerzo resulta perjudicial (hernia, angina...)
- preparación para una intervención/exploración

## ¿QUÉ LAXANTE UTILIZAR?

Se han realizado dos revisiones sistemáticas sobre la efectividad de los laxantes, una de ellas en ancianos. Se concluye que el tratamiento con laxantes aumenta la frecuencia de movimientos intestinales y mejora los síntomas del estreñimiento. Sin embargo, **no se pudo establecer si los suplementos de fibra o los laxantes formadores de bolo son más efectivos que otros laxantes o si hay alguna clase superior a otra.** Con la evidencia disponible, es probable que el salvado y los laxantes formadores de bolo sean tan efectivos como los otros tipos de laxantes en los adultos con estreñimiento idiopático. Por tanto, la elección debe individualizarse teniendo en cuenta las características y las preferencias del paciente, además del coste (2,5).

Se debe utilizar siempre la mínima dosis eficaz, y reducirla o eliminarla una vez que se han resuelto los síntomas. **El tratamiento prolongado con laxantes no es necesario en la mayoría de los casos y debe evitarse.** Su abuso puede dar lugar a efectos adversos severos, como hipokalemia y colon atónico (2,3).

Tabla 2: TIPOS DE LAXANTES (2,3,6)

PRINCIPIOS ACTIVOS Y MECANISMO DE ACCIÓN	CARACTERÍSTICAS
<b>FORMADORES DE BOLO INTESTINAL</b>	
<p><b>Salvado</b> <b>Ispagula (<i>Plantago ovata</i>)</b> <b>Metilcelulosa</b></p> <p>Actúan igual que la fibra dietética, reteniendo líquido e incrementando la masa fecal, lo que estimula el peristaltismo.</p>	<p>Pueden tardar varios días en alcanzar sus máximos efectos, por lo que no son adecuados para el alivio rápido de los síntomas.</p> <p>Debido al riesgo de obstrucción deben acompañarse de ingesta suficiente de líquidos y no se deben utilizar inmediatamente antes de acostarse.</p> <p>Están contraindicados en pacientes con impactación fecal u obstrucción intestinal.</p> <p><b>Son seguros para uso a largo plazo.</b></p> <p>La selección dentro del grupo dependerá de la palatabilidad y el coste.</p> <p>Efectos adversos: flatulencia, distensión abdominal.</p> <p>Pueden interferir la absorción de hierro, calcio y otras sustancias (digoxina, salicilatos,..), por lo que deben separarse una hora de la toma de otra medicación.</p>
<b>ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL</b>	
<p><b>Sen (<i>Cassia angustifolia</i>)</b> <b>Senósidos A y B</b> <b>Bisacodilo</b> <b>Picosulfato sódico</b></p> <p>Actúan por estimulación directa de la motilidad intestinal, y disminuyendo la reabsorción de líquidos y electrolitos.</p> <p><b>Supositorio/enemas de glicerina</b></p> <p>Los supositorios de glicerina tienen también propiedades emolientes y osmóticas.</p>	<p>Por vía oral alcanzan su efecto en 6-12 horas, por lo que se recomienda administrarlos por la noche. La vía rectal es más rápida (20-60 minutos).</p> <p>Provocan calambres abdominales frecuentes, y están contraindicados en pacientes con obstrucción.</p> <p>Su uso crónico puede causar desequilibrios electrolíticos, y colon atónico, por lo que, <b>en general, están reservados para tratamientos a corto plazo.</b> En algunos casos (ancianos encamados y cuidados paliativos) puede estar justificado su uso a largo plazo.</p>
<b>OSMÓTICOS</b>	
<p><b>Lactulosa, Lactitol</b> <b>Sales de Magnesio</b> <b>Polietilenglicol con electrolitos</b> <b>Enemas de fosfato</b></p> <p>Retienen fluidos en el intestino, por ósmosis o modificando la distribución de agua en las heces.</p>	<p>Requieren adecuada ingesta de líquidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lactulosa y Lactitol:</b> Los estudios disponibles concluyen que lactulosa no es más efectiva que la fibra o el sen. Pueden tardar hasta 3 días en hacer efecto, por lo que no son adecuados para el alivio rápido de síntomas.</li> <li>• Producen frecuentes calambres, y distensión abdominal. No son fármacos de 1ª elección y deben utilizarse sólo cuando han fracasado otros tratamientos.</li> <li>• <b>Lactulosa:</b> se recomienda especial control clínico en pacientes con diabetes debido a que la absorción de sus metabolitos (fructosa, lactosa) puede alterar la glucemia.</li> <li>• Los <b>enemas de fosfato</b> se utilizan para limpieza intestinal previa a cirugía o exploración. Pueden provocar hipocalcemia e hiperfosfatemia graves si se administran en caso de oclusión intestinal o cualquier trastorno que provoque su permanencia prolongada en la luz intestinal.</li> </ul>
<b>LUBRICANTES Y EMOLIENTES</b>	
<p><b>Docusato</b> <b>Aceites minerales</b></p> <p>Ablandan las heces disminuyendo la tensión de superficie y favoreciendo la penetración de fluidos intestinales.</p>	<p><b>Docusato</b> tiene leve acción estimulante. Sólo se recomienda para uso a corto plazo (máx. una semana).</p> <p>Las distintas recomendaciones sobre el uso de <b>aceites minerales (parafina)</b> son controvertidas. En general, no se recomienda su uso crónico: produce irritación anal, puede causar neumonía lipídica por aspiración y teóricamente puede interferir en la absorción de vitaminas liposolubles. Sin embargo, ha sido utilizado sin problemas en niños mayores de un año durante periodos de tiempo prolongados (7).</p>

**NOTA:** Existen en el mercado multitud de especialidades y preparados de herboristería compuestos por asociaciones irracionales de extractos de plantas, en su mayoría estimulantes (antraquinonas). Son preparados de cáscara sagrada, frángula, ruibarbo, aloína, etc., cuyo uso indiscriminado puede ser peligroso por sus efectos secundarios: colon atónico y desequilibrios electrolíticos. Algunos de ellos son (lista no exhaustiva): *Bekunis Complex*<sup>®</sup>, *Jarabe Manceau*<sup>®</sup> (jarabe de manzana), *Laxante Aloico Bescansa*<sup>®</sup>, *Píldoras Zeninas*<sup>®</sup>, *Pruina*<sup>®</sup>, ...

## GRUPOS ESPECIALES

### Embarazo y lactancia (2,3):

El estreñimiento es frecuente durante el embarazo, sobre todo en los últimos meses. El tratamiento de elección es la dieta y ejercicio físico. Entre los laxantes, los formadores de bolo se consideran los más seguros. Los estimulantes pueden ser más efectivos en algunas mujeres. Todos los laxantes deben ser usados durante periodos cortos de tiempo. El sen puede causar contracciones uterinas y debe usarse con precaución al final del embarazo o si hay riesgo de parto prematuro. En la lactancia se recomiendan los formadores de bolo y la lactulosa porque no se absorben.

### Ancianos (3-5):

La inmovilidad y la dieta pobre en fibra y líquidos son causas frecuentes de estreñimiento en ancianos; además, el tono de sus músculos perineales es menor. Hay que vigilar la polimedicación y suprimir si es posible los fármacos causantes de estreñimiento. Una revisión sistemática sobre los laxantes en los ancianos no encuentra evidencia de que un determinado tipo de laxante sea más efectivo que otros. Se recomienda tratamiento escalonado: comenzar con dieta y ejercicio y después laxante.

En los ancianos en buena forma física deben utilizarse primero los formadores de bolo, particularmente si se prevé un tratamiento a largo plazo.

En los ancianos inmovilizados los laxantes formadores de bolo pueden agravar el problema del estreñimiento, por lo que están más indicados los estimulantes (los efectos adversos a largo plazo adquieren menor importancia).

Para la impactación fecal, se puede utilizar un enema de fosfatos y después un estimulante para vaciar completamente el colon. Considerar la utilización de formadores de bolo o estimulantes para prevenir recurrencias.

### Cuidados paliativos (2,3):

En las últimas semanas o meses de vida es normal que la frecuencia de las deposiciones esté reducida. El factor decisivo será que las deposiciones no sean molestas para el paciente; por ello, es básica la prevención del estreñimiento mediante ingesta de líquidos, movilización y uso profiláctico de laxantes simultáneo al tratamiento con opiáceos. Hay varias pautas de tratamiento. Algunos expertos recomiendan combinar estimulantes (sen) y emolientes (docusato); otras pautas mezclan lactulosa con estimulantes.

Si las heces son duras y se acumulan en el recto, se pueden utilizar emolientes como docusato o supositorios de glicerina. Si son más blandas, estimulantes como sen o bisacodilo.

Si el colon está lleno y se presentan cólicos, se recomienda docusato; una alternativa sería la lactulosa, aunque su uso está limitado por sus efectos secundarios (distensión abdominal e hipotensión postural por desplazamiento de líquidos a intestino).

## NIÑOS

Durante la 1ª semana de vida, la frecuencia normal de defecaciones es de cuatro/día, y va descendiendo gradualmente hasta una media de 1,7/día a los dos años, y 1,2/día a los 4 años. A partir de esta edad, continúa estable. Algunos niños alimentados con lactancia materna pueden no tener deposiciones durante días. Se considera estreñimiento al retraso o la dificultad para defecar mantenida durante dos semanas o más (7).

En los niños el estreñimiento es un motivo frecuente de consulta. El diagnóstico es complicado, ya que depende de la apreciación subjetiva de los padres. Hay que considerar la posibilidad de problemas sociales y psicológicos, y también de causas endocrinas, metabólicas, anatómicas o neurológicas (enfermedad de Hirschsprung), aunque son poco frecuentes; la mayoría de los casos tienen origen funcional (3), y son debidos a la retención voluntaria de las heces, para evitar una defecación molesta (por falta de aprendizaje en los hábitos, cambios en la dieta, estrés, no disponibilidad de un lugar cómodo...) lo que da lugar a un estancamiento fecal en el colon, con reabsorción de líquidos e incremento en el tamaño y consistencia de las heces (7).

*En niños, el tratamiento debe ser precoz.*

El tratamiento debe ser precoz, para evitar el estreñimiento crónico que puede derivar en megarrectum, impactación, e incontinencia fecal (2,3). Se deben evitar en lo posible exploraciones y tratamientos invasivos, que puedan ser rechazados por el niño (3).

La educación a la familia y la desmitificación del problema, incluyendo una explicación de su patogénesis, son el primer paso en el tratamiento. En caso de incontinencia fecal, es especialmente importante que los padres entiendan que no se trata de un comportamiento voluntario, y que se eviten culpabilizaciones (7).

**Los principios generales de tratamiento son determinar si existe impactación fecal y resolverla; establecer unos hábitos regulares y efectivos de defecación y prevenir las recurrencias (8).**

**LA IMPACTACIÓN:** puede tratarse por vía oral o rectal. No existen estudios aleatorizados que comparen la eficacia por ambas vías. La vía rectal es más rápida, pero también más invasiva. En niños mayores se han utilizado por vía oral dosis altas de aceites minerales, solución de polietilenglicol con electrolitos, sales de magnesio,

lactulosa, sorbitol, sen o bisacodilo. Por vía rectal, enemas de fosfato (aunque su uso en esta indicación es controvertido, por la posibilidad de efectos adversos graves, ver tabla 2), salinos o de aceites minerales, o supositorios de bisacodilo. **En niños pequeños (menores de un año) son útiles los supositorios de glicerina y deben evitarse los enemas (7).**

**EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO consiste en una combinación de medidas dietéticas, educativas y farmacológicas.** Con el fin de disminuir la con-

sistencia de las heces, se recomienda aumentar la ingesta de líquidos y de carbohidratos (especialmente sorbitol, presente en zumos de ciruela, pera o manzana), y tratar de instaurar una dieta equilibrada que contenga cereales integrales, frutas y verduras (7). En cuanto a las medidas educativas, es muy importante que el niño adquiriera el hábito de defecar regularmente, llevando un estrecho seguimiento del tratamiento. Puede ser de ayuda llevar un registro diario de la frecuencia de deposiciones (7).

Tabla 3:

**LAXANTES Y DOSIS UTILIZADAS EN PEDIATRÍA. ADAPTADA DE LA NASPGN, A PRESENTACIONES DISPONIBLES EN ESPAÑA**

LAXANTES	DOSIS	EFFECTOS SECUNDARIOS	NOTAS
<b>OSMÓTICOS</b>			
<b>Lactulosa</b> <sup>a)</sup> ( <i>Lactulosa Llorente</i> ®, <i>Duphalac</i> ®, <i>Belmalac</i> ®)	1-3 ml/kg en dosis divididas.	Flatulencia, calambres abdominales.	Disacárido sintético. Bien tolerado a largo plazo.
<b>Hidróxido magnesio</b> <sup>a)</sup> <i>Magnesia Cinfa</i> ®	0,5-1 ml/kg/día	Los niños son susceptibles de intoxicación por magnesio. La sobredosis puede llevar a hipermagnesemia, hipofosfatemia e hipocalcemia secundaria.	Actúan como laxantes osmóticos. Liberan colecistoquinina, que estimula secreción gastrointestinal y motilidad. Utilizar con precaución en insuficiencia renal.
<b>Eupeptina</b> ® <sup>b)</sup> (hidrocarbonato de magnesio, fosfato magnésico, óxido de magnesio, fosfato sódico, pepsina)	< 1 año: 1-2 cucharaditas, dos veces al día. > 1 año: 1-4 cucharaditas tres veces al día.		
<b>LUBRICANTES</b>			
<b>Aceites minerales</b> <sup>a)</sup> <i>Hodernal</i> ®, <i>Emuliquen simple</i> ®	< 1 año: no recomendado Desimpactación: 15-30 ml/año de edad, hasta 240 ml/día Mantenimiento: 1-3 ml/kg/día.	Neumonía lipídica por aspiración. Teóricamente interfiere con la absorción de sustancias liposolubles, pero sin evidencia en literatura médica. Reacción a cuerpo extraño en mucosa intestinal.	Ablanda las heces y disminuye la absorción de agua. Sabe mejor frío. Cualquier pérdida anal indica que hay sobredosificación.
<b>ESTIMULANTES: efectos secundarios: dolor abdominal, colon atónico, (posibilidad de daños intestinales permanentes)</b>			
<b>Senósidos</b> <i>Puntual</i> ®	2-6 años: 3-9 gtas/día 6-12 años: 6-18 gtas/día	Hepatitis idiosincrática, melanosis coli, osteoartropatía hipertrófica, nefropatía analgésica.	La melanosis coli mejora 4-12 meses después de interrumpir la medicación.
<b>Bisacodilo</b> <i>Dulco-Laxo</i> ®	≥ 2 años: 0,5-1 supo, 1-3 comp/día.	Dolor abdominal, diarrea e hipokalemia, mucosa rectal anormal y raramente proctitis. Se ha comunicado urolitiasis.	
<b>Glicerina, supositorios</b> <i>Varias marcas</i>		Sin efectos adversos.	Los enemas de glicerina comercializados en España no están indicados en niños menores de 2 años.
<b>Glicerina, microenema</b> <i>Paidolax</i> ®, <i>Verolax</i> ®			

a) Ajustar para inducir un movimiento intestinal diario durante 1-2 meses.

b) No está en la tabla de la NASPGN. Dosis del Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2001

Muchas veces va a ser necesario instaurar tratamiento farmacológico. Si el tratamiento dietético no es suficiente para producir heces más blandas y frecuentes se comenzará con los laxantes. Hay un estudio que señala que añadir medicación al tratamiento educativo disminuye el tiempo de resolución del estreñimiento funcional en niños. La North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition (NASPGN), recomienda lubricantes (aceites minerales) o bien osmóticos (hidróxido de magnesio, lactulosa) o una combinación de los dos (7). Si éstos no son eficaces o el niño aguanta la defecación se deben administrar estimulantes (sen, bisacodilo, picosulfato sódico), lo que aumentará la frecuencia de defecación, haciendo que las deposiciones sean menos voluminosas y más blandas, reduciendo el miedo del niño a la sensación de una defecación inminente (7,8). **En niños pequeños (menores de un año) no se recomiendan los laxantes estimulantes ni los aceites minerales (7).**

Para prevenir la recurrencia del estreñimiento, el tratamiento con laxantes debe mantenerse durante varios meses. Sólo en el momento en que el tránsito intestinal se hace regular se puede considerar suspender el tratamiento, reduciendo gradualmente la dosis (7,8).

## CONCLUSIONES

- Junto con la eliminación de las posibles causas, el cambio en los hábitos dietéticos e intestinales es el primer escalón en el tratamiento del estreñimiento no complicado. Los laxantes deben reservarse para aquellos casos en que la dieta no es suficiente o cuando se necesita un alivio rápido de los síntomas.
- La evidencia disponible no permite establecer si los suplementos de fibra o los laxantes formadores de bolo son superiores a otros laxantes, o qué laxante es el más efectivo. La elección del tratamiento se hará en función de las características y preferencias de los pacientes y del coste.
- Siempre que sea posible, debe evitarse el tratamiento a largo plazo.
- En niños es imprescindible el tratamiento precoz con medidas dietéticas y educativas, añadiendo laxantes si éstas no son efectivas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Albillos A, Lledó JL. Tratamiento del estreñimiento. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1996;20:93-102
2. The management of constipation. *MeRec Bulletin* 1999;10:33-36. Disponible en: [http://www.npc.co.uk/MeReC\\_Bulletins/bulletin1999.htm](http://www.npc.co.uk/MeReC_Bulletins/bulletin1999.htm)
3. Constipation. <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance/crs/Constipation.htm>
4. Management of constipation. National Guideline Clearinghouse. Disponible en <http://www.guideline.gov>
5. Effectiveness of laxatives in adults. *Effective Health Care Bulletin* 2001;7:1-12. Disponible en: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc71.pdf>
6. British Medical Association and The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, Eds. *British National Formulary 2001*, nº 41. London: British Medical Association and The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; 2001.
7. Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, Croffie JM, Di Lorenzo C, Ector W et al. Constipation in Infants and Children: Evaluation and Treatment. A Medical Position Statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999;29:612-26. Disponible en: <http://www.naspgn.org/constipation.pdf>
8. Managing constipation in children. *DTB* 2000; 38:57-61.

Fecha revisión bibliográfica: octubre 2001

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazilaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - Tel. 945 01 92 66 - E-mail: [cevime-san@ej-gv.es](mailto:cevime-san@ej-gv.es)

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Iciar Alfonso, Izaskun Aranzegi, María Armendáriz, Maite Callén, Arribe Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Iñaki García, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itsasne Lekue, Javier Martínez, Carmela Mozo, Elena Olloqueigui, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde, Javier Urraca.

ISSN: 1575054-X  
D.L.: BI-587-99



Osakidetza  
Servicio vasco de salud



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

## CONTENIDO APROXIMADO DE FIBRA EN ALIMENTOS SELECCIONADOS\*

Objetivo: Tomar por lo menos un alimento rico en fibra en cada comida o alrededor de 18-30 g/día.

ALIMENTO	FIBRA (G) POR 100 G DE PORCIÓN COMESTIBLE	ALIMENTO	FIBRA (G) POR 100 G DE PORCIÓN COMESTIBLE
<b>Lácteos</b>			
Yogurt con frutas descremado	1,1 g	Ciruelas	2,1 g
Yogurt con frutas entero	0,9 g	Fresas	1,6 g
<b>Cereales y derivados</b>		Uvas	0,81 g
All Bran®	24,5 g	Melones	0,75 g
Muesli	7,75 g	<b>Hortalizas, verduras y patatas</b>	
Pan integral	8,5 g	Judías verdes congeladas	3,2 g
Pan de molde	3,6 g	Espinacas congeladas	2,9 g
Pan normal	3,5 g	Judías verdes	2,4 g
Smacks®	3,5 g	Champiñones	1,9 g
Galletas tipo "María"	3,1 g	Pimientos verdes	1,8 g
Arroz	2,4 g	Patatas	1,8 g
Corn Flakes	0,4 g	Cebollas	1,8 g
<b>Legumbres</b>		Espárragos verdes	1,6 g
Alubias	21,3 g	Espárragos blancos	1,5 g
Garbanzos	13,6 g	Pimientos rojos	1,5 g
Lentejas	11,2 g	Lechugas	1,5 g
<b>Frutas</b>		Tomates	1,4 g
Kiwis	3,2 g	Endivias	1,3 g
Plátanos	2,5 g	<b>Conservas</b>	
Manzanas	2,3 g	Tomate frito	1,6 g
Naranjas	2,3 g	Melocotón en almíbar	1,3 g
Peras	2,2 g	Piña en almíbar	0,82 g
		Mermeladas	0,7 g
		Tomate natural (conserva)	0,66 g

Adaptado de: Tabla de composición de alimentos españoles. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999.

\* Los alimentos se han seleccionado por ser de consumo habitual y no por su mayor o menor contenido en fibra.

## PRESENTACIONES COMERCIALES Y PRECIOS DE LAXANTES

	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	PVP (PTAS)	PVP (EUROS)
<b>FORMADORES BOLO</b>					
<b>PLANTAGO OVATA (ISPAGULA) (Solo se especifican las especialidades financiables)</b>					
	PLANTABEN	30 SOBRES	1-3 SOBRES/DÍA	702	4,22
	PLANTAGO OVATA DAVUR	15 SOBRES/30 SOBRES		363/665	2,18/3,40
	CENAT	GRANULADO 200G/400G	2-6 CUCHA/DÍA	480/791	2,88/4,75
<b>METILCELULOSA</b>					
EFP	MUCIPLASMA	500 MG 50 CAPS	1500 mg /8 h MANT: 1000-1500/24h	1.000	6,01
<b>ESTIMULANTES</b>					
<b>BISACODILO</b>					
EFP	DULCO-LAXO	5 MG 30 GRAGEAS	5-10 MG	475	2,85
EFP	DULCO-LAXO SUP	10 MG 6 SUP	10 MG	250	1,50
<b>SEN</b>					
EFP	LAXANTE BESCANSA NORMAL	7,5 MG 40 COMP	1-3 COMP/DÍA	530	3,19
EFP	OLAN LAXANTE	GRANULADO 100 G	1-2 CUCH/DÍA	500	3,01
EFP	LAXANTE SALUD	7,5 MG 30 COMP	1-3 COMP/DÍA	395	2,37

	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	PVP (PTAS)	PVP (EUROS)
<b>SENÓSIDOS A+B</b>					
EFP	MODANE	12 MG 20 GRAGEAS	1-3 GRAGEAS/DÍA	348	2,09
EFP	PURSENIID	12 MG 20 GRAGEAS	1-3 GRAGEAS/DÍA	295	1,77
EFP	PUNTUAL	12 MG/8 GTAS SOL 15ML	8-32 GTAS/DÍA	470	2,82
<b>PICOSULFATO SÓDICO</b>					
EFP	CONTUMAX	7,5 MG/ML GTAS 30 ML	8-12 GTAS/DÍA	450	2,70
EFP	EVACUOL			525	3,16
EFP	GUTALAX			525	3,16
EFP	LUBRILAX			311	1,87
EFP	SKILAX	7,5 MG/ML GTAS 15 ML		344	2,07
<b>SUPOSITORIOS GLICERINA (sólo se incluyen las presentaciones de 12)</b>					
EFP	ADULTOS (VARIAS MARCAS)	12 SUPOS	1 SUPO/DÍA	335-450	2,01-2,70
EFP	INFANTIL (VARIAS MARCAS)	12 SUPOS		165-285	0,99-1,71
EFP	LACTANTE(VARIAS MARCAS)	12 SUPOS		103-300	0,62-1,80
<b>ENEMAS DE GLICERINA</b>					
EFP	ADULAX	(ADULT)4 APLICAD 7,5 ML	1 APLICA/DÍA	475	2,85
EFP	PAIDOLAX	(INF)4 APLICAD 4 ML		475	2,85
EFP	VEROLAX	ADULT 6 APLICA 7,5 ML		595	3,58
EFP	VEROLAX	INFANT 6 APLICA 2,5 ML		550	3,31
<b>OSMÓTICOS</b>					
<b>LACTULOSA</b>					
EXOI	BELMALAX	3,33 G/5 ML SOL 200 ML	inicial :10 G (15 ML) /12 h mant: 5-10 g/día	421	2,53
EXOI	DUPHALAC	3,33 G/5 ML SOL 200 ML		443	2,66
EXOI	DUPHALAC	POLVO 10 SOBRES /50 SOB		346/1.530	2,08/9,02
EXOI	DUPHALAC MONODOSIS	10 y 50 SOBRES SOL		347/1.302	2,09/7,83
EXOI	LACTULOSA LLORENTE	3,33 G/5 ML SOL 200 ML		401	2,41
<b>LACTITOL</b>					
EXOI	EMPORTAL	10 G 20 SOB y 50 SOB	10-20 G/24 h	558/1.329	3,35/7,99
EXOI	OPONAF	10 G 20 SOB y 50 SOB		564/1.342	3,39/8,07
<b>MAGNESIO, HIDRÓXIDO (SALES DE MAGNESIO)</b>					
EFP	MAGNESIA SAN PELLEGRINO	3,6G 20 SOB	2 SOBRES	453	2,72
<b>POLIETILENGLICOL CON ELECTROLITOS</b>					
EXO	MOVICOL	10 /20 y 50 SOBRES	2-3 SOB/DÍA	804/1.471/2.602	4,83/8,84/15,64
<b>ENEMA DE FOSFATOS</b>					
EX98	ENEMA CASEN	INFANTIL 80 ML		303	1,82
EX98	ENEMA CASEN	ADULTOS 140 y 250 ML		319/359	1,92/2,16
<b>LUBRICANTES Y EMOLIENTES</b>					
<b>DOCUSATO</b>					
EFP	DAMA-LAX	100 MG 30 GRAGEAS	1-3 GRAGEAS/DÍA máx: 500 MG/DÍA	492	2,96
<b>PARAFINA</b>					
EFP	EMULIQUEN SIMPLE	7,17 G 10 SOB 15 ML	1 SOB /12-24 h	495	2,98
EFP	EMULIQUEN SIMPLE	2,3 G/5 ML 230 ML	15 ML/12-24 h	395	2,37
EFP	HODERNAL	4G/5ML SOL 100 y 300 ML		325/389	1,95/2,34

Dosis y costes tomados del Catálogo de Especialidades Farmacéuticas del Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2001.

EFP: Especialidad farmacéutica publicitaria. Dispensación sin receta médica y no financiable.

EXO o EX98: Excluidas de la financiación.

EXOI: Excluida con cupón precinto diferenciado: serán financiables para la prevención y tratamiento de la encefalopatía portosistémica, personas mayores de 65 años y en su caso, cuando estén contraindicados otros laxantes. (RD 1663/1998).