

■ CASO CLÍNICO

Varón de 82 años de edad que consulta por presentar episodios continuos de diarrea

82 year old male who consulted for continuous episodes of diarrhea

M. Machuca

Farmacia Dr. Manuel Machuca González. Unidad de Optimización de la Farmacoterapia.
consulta@farmacoterapiasocial.es

Se presenta el caso de un varón de 82 años de edad, que solicita una consulta porque refiere sufrir episodios periódicos de diarrea, cada 3 días aproximadamente, desde hace 5 meses. Mide 1,70 m y pesa 76 kg (índice de masa corporal de 26,3). En sucesivas visitas al médico por este motivo, se le han prescrito diversos medicamentos antidiarreicos para tratar su problema. La última vez, hace 15 días, fue tratado por un gastroenterólogo en el hospital, que le prescribió loperamida y ranitidina, con los mismos resultados que los medicamentos prescritos por su médico de familia. Solicita una consulta en la unidad de optimización de la farmacoterapia (UOF) para intentar resolver este problema, que le causa mucha incomodidad, porque además interfiere en ciertos aspectos esenciales de su salud, como la necesidad de caminar para mejorar el control de su diabetes, ya que no le permite hacerlo como estaba acostumbrado por miedo a presentar un nuevo episodio de diarrea.

Presentación del caso

El paciente presenta varios antecedentes terapéuticos. Está diagnosticado de hipertensión y diabetes mellitus desde hace 12 años. Asimismo, presenta un informe médico de insuficiencia renal en estadio 3B¹, con filtrado glomerular moderadamente disminuido (30-59 mL/min/1,73 m²). Sigue tratamiento farmacológico con un antiagregante plaquetario para prevención cardiovascular, así como para la hipertrofia de próstata, hiperuricemia, anemia ferropénica, insomnio y unos problemas de aparición periódica, que incluyen diarrea, irritación y dolor pélvico.

El tratamiento farmacológico se describe en la tabla 1.

Tabla 1. Tratamiento farmacológico del paciente

- Hipertensión arterial
 - Candesartán 16 mg (1-0-0), desde hace 7 meses
 - Diltiazem 120 mg retard (1-0-1), desde hace años
 - Torasemida 5 mg (0-1-0), desde hace años
- Diabetes
 - Glibenclamida 5 mg (0-1/2-0), desde hace 12 años
- Prevención cardiovascular
 - Ácido acetilsalicílico 100 mg (0-0-1), desde hace años
- Profilaxis gástrica
 - Omeprazol 20 mg (1-0-0), desde hace años
- Hiperuricemia
 - Alopurinol 10 mg (0-1-0), desde hace 2 meses
- Hipertrofia benigna de próstata
 - Finasterida 5 mg (0-1-0), desde hace 5 años
- Anemia ferropénica
 - Sulfato ferroso 80 mg (1-0-0)
- Diarrea
 - Racecadotril 100 mg (1-1-1), en cada episodio, desde hace 5 meses
- Irritación pélvica
 - Fluocinolona espuma 0,025% (1-0-0), si hay picor
 - Ebastina 20 mg flas (1-0-0), si hay picor
- Dolor pélvico
 - Paracetamol 300 mg/metocarbamol 380 mg (1-0-0), si hay dolor
- Insomnio
 - Diazepam 5 mg (0-0-1)/(0-0-2), según el grado de nerviosismo

Fecha de recepción: 10/01/2013. Fecha de aceptación: 07/02/2013.

Correspondencia: M. Machuca.

Correo electrónico: mmachucag@gmail.com

Para el análisis de sus necesidades farmacoterapéuticas se recogen una serie de parámetros e información por parte del paciente:

1. La presión arterial y la frecuencia de pulso presentan unos valores medios de 174/75 mmHg y 52 lat/min, respectivamente, desde que se inicia el caso hasta que se toma la decisión de intervenir, una semana más tarde. El paciente toma la medicación correctamente y de acuerdo con lo prescrito por su médico.
2. Función renal: aclaramiento de creatinina 39,5 mL/min (dato indicativo de insuficiencia renal media), microalbuminuria 126 µg/mL (valores de referencia: 0-30), creatinina 1,55 mg/mL (0,5-1,1), urea 56 mg/dL (10-40) y nitrógeno ureico 26 mg/dL (5-20).
3. El paciente no está tomando actualmente glibenclamida por miedo a las diarreas que, según había leído, podía producir. Actualmente, la cifra de hemoglobina glucosilada del paciente, que era del 6,4% con glibenclamida, ha pasado al 7,4% con el incumplimiento del tratamiento. Sabe que caminar es muy importante para el control de su diabetes, pero ahora no lo hace como antes por miedo a la aparición de diarrea.
4. El cumplimiento, tanto del antiagregante plaquetario como del omeprazol, es adecuado para alcanzar el efecto deseado.
5. No utiliza hipolipemiantes, debido a que presenta unas cifras de colesterol total de 129 mg/dL, cHDL de 56 mg/dL, cLDL de 70 mg/dL y triglicéridos de 43 mg/dL.
6. No se conocen nuevos valores de ácido úrico desde el inicio del tratamiento (8,1 mg/dL), debido a cólicos nefríticos de repetición por cristales de ácido úrico.
7. Los marcadores tumorales de la hipertrofia prostática están dentro de los límites de normalidad.
8. Presenta un hematocrito del 39% y cifras de hemoglobina de 13 g/L. En cuanto al metabolismo del hierro, cabe citar los siguientes valores: sideremia 88 µg/dL, transferrina 251 mg/dL, capacidad de fijación 351,4 µg/dL, índice de saturación 25%, ferritina 72 µg/L. No está tomando actualmente sulfato ferroso por temor a sus alteraciones gástricas.
9. Cuando toma racecadotril durante 2-3 días cesa la diarrea, pero luego vuelve a aparecer.
10. El dolor y la irritación pélvica también se resuelven con la medicación utilizada, pero también suelen reaparecer.

Evaluación del caso. Análisis de las necesidades farmacoterapéuticas

Además de los episodios periódicos de diarrea y de dolor e irritación pélvicos, se detecta una presión arterial elevada junto con bradicardia. Asimismo, el incumplimiento terapéutico del tratamiento de la diabetes y el de la anemia está conduciendo a una alteración de ambos problemas de salud.

La primera relación que se establece, además de los incumplimientos detectados, es la de diltiazem y bradicardia, si bien ello también debería producir estreñimiento, en lugar de diarrea, lo cual provoca confusión, porque el farmacéutico piensa que ambos efectos se deberían a la actividad inotrópica negativa del diltiazem.

Después de conversar con el paciente para precisar los episodios de diarrea, se llega a la conclusión de que en realidad lo que existía era un estreñimiento provocado por diltiazem, y una posterior diarrea como consecuencia de la acumulación de heces en el intestino grueso, lo que se denomina diarrea por rebosamiento. En realidad, ningún antidiarreico era efectivo; lo que ocurría era que después del vaciado, la vuelta al estreñimiento ocasionado por diltiazem también provocaba la bradicardia detectada.

Por otra parte, en pacientes con insuficiencia renal e hipertrofia prostática suelen darse casos de hidronefrosis, una acumulación de orina en el riñón por presión excesiva sobre el tejido renal, que puede estar causada por un reflujo de la orina de la vejiga al riñón, debido a la incapacidad creciente de micción. Estos casos suelen cursar con valores de nitrógeno ureico en sangre y creatinina elevados, así como anemia y presión arterial alta. Otro factor predisponente es el de los cálculos renales que puedan obstruir el uréter. Asimismo, suele aparecer un dolor tipo cólico por la acumulación de orina, que se puede irradiar a la ingle y los testículos² y causar irritación en la piel de la zona.

Intervención

Se propone al paciente y a su médico la disminución de la dosis de diltiazem, de 240 mg a 120 mg diarios, y la adición de doxazosina 8 mg de liberación controlada. Con la disminución de diltiazem se espera que aumente la frecuencia de pulso y que desaparezcan los episodios de estreñimiento/diarrea por rebosamiento; al añadir doxazosina, se espera que baje la presión arterial mejorando la capacidad de expulsión de la orina, para así mejorar el vaciado del sistema renal y verificar si pueden desaparecer el dolor y la irritación pélvicos.

El médico acepta la disminución de diltiazem y la adición de doxazosina. La presión arterial se estabiliza tras el cambio de tratamiento en valores medios de 135/65 mmHg, y la frecuencia de pulso en 72 lat/min a las 2 semanas de la intervención, desapareciendo el estreñimiento y la diarrea por rebosamiento, así como la bradicardia en la primera semana. Como consecuencia de esta intervención, ya no es necesaria la administración de racecadotril, al no existir diarrea, ni ebastina, fluocinolona, paracetamol-metocarbamol, al desaparecer el dolor pélvico y la irritación.

El paciente ya puede reiniciar su tratamiento con glibenclamida y sulfato ferroso para corregir la diabetes y la anemia ferropénica, así como volver a caminar para mejorar su función cardiovascular y el control de las glucemias.

Discusión

Cuando un paciente describe un síntoma a un profesional de la salud, es muy difícil no asumirlo como punto de partida para un abordaje terapéutico, como en el caso de la diarrea. Es complicado no aceptar que un paciente no tenga diarrea si así lo refiere. No obstante, algunos autores³ han resaltado la necesidad de diferenciar una diarrea verdadera de una falsa diarrea, o «por rebosamiento». Esta última es frecuente en los ancianos, en quienes, debido a sus limitadas condiciones físicas, se produce una impactación fecal, que origina la relajación del esfínter anal interno y, por tanto, la posibilidad de un escape. Además, el estreñimiento crónico puede provocar la hipotonía del esfínter anal externo por lesión del nervio pudiendo durante los esfuerzos defecatorios⁴.

El error en el tipo de problema detectado por el paciente fue identificado a partir de un análisis integral de todas sus necesidades farmacoterapéuticas y de asumir ese punto de partida, del medicamento como causa del problema de salud. Sólo así se pudo llegar a pensar que una diarrea estaba en realidad originada por un estreñimiento yatrogénico. Ésta es la mirada diferente que un farmacéutico puede aportar a la identificación de problemas de salud. Es evidente que el paciente podría haber tenido cualquier otro tipo de patología, como la enfermedad de Crohn, un cáncer de colon u otro proceso específico identificado por un médico. Pero la función del farmacéutico no es ésta, sino aportar posibles soluciones desde la farmacoterapia. Sólo así ejercería una función diferente a la de otros profesionales de la salud y, por tanto, enriquecedora en algunas ocasiones, como ésta. Si en el equipo de salud hubiera habido un profesional de estas características, se hubiera resuelto este caso antes y de una forma más eficiente. Si se sopesara la posibilidad de establecer criterios de derivación a un profesional de estas características cuando se dieran determinadas circunstancias, tal como ilustra este caso, saldrían beneficiados el paciente, el equipo profesional y la atención sanitaria. No hay que olvidar que este caso ya duraba desde hacía unos 5 meses, y el paciente tuvo que esperar unas 3 semanas hasta su definitiva resolución.

Por otra parte, en el proceso de intervención dejaron de utilizarse –y, por tanto, de dispensarse posteriormente– 4 medicamentos, y en otro su utilización se redujo a la mitad. En cambio, únicamente un fármaco se añadió a la medicación. Por otra parte, durante los 5 meses anteriores se utilizaron estos medicamentos y se provocaron diferentes visitas al médico de familia y especialistas, que generan unos costes importantes al sistema sanitario, ya que constituyen visitas innecesarias por no resolver los problemas detectados. Este tiempo se podría haber utilizado en atender a más pacientes –o en atender mejor a los atendidos– si en el sistema sanitario se hubiera contado con un profesional que evaluase la medicación del paciente de forma integral.

La intervención realizada por un farmacéutico comunitario, además de ser de gran responsabilidad, ha resultado ser perjudicial para el sistema de remuneración por el que éste percibe sus emolumentos, ya que, aunque es muy

rentable para el sistema sanitario y para el paciente, el farmacéutico dejará de dispensar varios medicamentos. No se puede pedir que se implante un servicio asistencial de estas características, tan rentable para el paciente y el sistema sanitario y tan oneroso para quien la ejerce, que no sólo pierde el beneficio económico de la dispensación de medicamentos, sino que además está al frente de una unidad que cuesta mucho dinero, tanto en formación como recursos humanos.

Mientras no se resuelva este problema, estos servicios no podrán implantarse y el perjuicio continuará siendo para todos: para el profesional que lo ejerce, porque le será imposible asumirlo aunque quiera; para el paciente, porque sufrirá problemas de salud de consecuencias impredecibles que difícilmente se evitarán, y para el sistema sanitario, porque gastará mucho más dinero de forma innecesaria, dada la limitación de recursos existente, y ofrecerá una atención de menor calidad y éticamente controvertida, ya que, disponiendo de una tecnología eficiente para mejorar los resultados en salud de los pacientes no la está empleando, vulnerando con ello el derecho a la salud de las personas a las que dice proteger.

Bibliografía

1. Soriano Cabrera S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2004; 24 Supl 6: 27-34.
2. MEHealthresource. Hidronefrosis [consultado 4/2/2013]. Disponible en: <http://es.mdhealthresource.com/disability-guidelines/hidronefrosis>
3. Muñoz-Yagüe MT. Incontinencia fecal: un problema ignorado y encubierto. *Rev Esp Enferm Dig*. 2005; 2(97): 71-77.
4. Parks AG, Swash M, Urich H. Sphincter denervation in anorectal incontinence and rectal prolapse. *Gut*. 1977; 18: 656-665.