

MICRO NOTICIAS

- La página web que hemos puesto al servicio de todos ha sido visitada por 299 personas y el día de mayor número de visitas fue el 17 de Diciembre con 79. Os animamos a que la consultéis porque comprobamos que ha sido un éxito.
- Bajo el auspicio de GETECCU, los doctores González Lama y de Oca organizan anualmente un encuentro de médicos y cirujanos en Madrid. Este año es la sexta edición. Se trata de un formato muy atractivo, de gran calidad y orientado a la práctica. Tal como exponen sus organizadores.
- Expertos de la Universidad de Michigan (Estados Unidos) han desarrollado nuevas recomendaciones, como reducir el estrés y adecuar la dieta, para aliviar los síntomas del síndrome del intestino irritable (SII), que han sido divulgadas hoy por el Colegio Estadounidense de Gastroenterología. Según destacaron los especialistas, hasta que estén disponibles nuevas terapias y medicamentos gran parte del esfuerzo para el tratamiento de los síntomas del SII se enfocan en el estilo de vida, la dieta y la reducción del estrés.
- Empresas.- Tocilizumab (Roche) mejora los síntomas de la artritis reumatoide y aumenta las tasas de remisión. Este fármaco inhibe la citoquina multifuncional implicada en el inicio y mantenimiento de la respuesta inmune e inflamatoria que produce la enfermedad
- Diabetes tipo 1 y celiacía comparten rasgos genéticos. La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y la enfermedad celíaca tienen un origen genético compartido, según un estudio británico publicado en el último número de *The New England Journal of Medicine*.
- Alguna de las tres variantes de la enfermedad inflamatoria intestinal –EII- (colitis ulcerosa, patología de Crohn o colitis indeterminada) afectará a alrededor de 100.000 españoles en el año 2010, según han afirmado los expertos reunidos en la VIII edición de las jornadas sobre este tipo de patologías que organiza la asociación sevillana de esta enfermedad y el Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

GASTRITIS: Manual para después del empacho

DESPUÉS DE LAS "TRIPADAS" DE NAVIDAD NO SERÍA EXTRAÑO PADECER UN "DOLOR DE ESTOMAGO" QUE NO SE VA. SOMOS VÍCTIMAS DE LA GASTRITIS

Han pasado las fiestas. Tal vez hemos comido y bebido más allá de lo concebible y lo deseable y duele la tripa, se siente un "mal de panxa" persistente. ¿Qué sucede? Las afecciones relacionadas con esa zona tan amplia de la anatomía humana popularmente denominada "barriga" son muchas y no solo relacionadas con comer y beber mal.

La gastritis, término tan amplio como incorrectamente utilizado, temido por una supuesta –aunque necesariamente matizable– relación con el cáncer de estómago, es una enfermedad muy común en nuestra sociedad, sobre todo después de las épocas en las que se han producido abusos dietéticos.

En sentido estricto, explican los especialistas, la gastritis es una inflamación de la mucosa, de la "piel" que recubre el estómago. Para saber que la mucosa está inflamada no basta solo con que el paciente sienta que le duele el estómago. Hay que "verlo", mediante una endoscopia. Determinadas lesiones que podemos ver por ese procedimiento indican que existe una gastritis. Una prueba más específica consiste en tomar, mediante ese mismo sistema, una porción de tejido, una biopsia, que se examinará al microscopio en busca de signos inflamatorios.

Ante una molestia banal, que sea episódica y que se pueda relacionar con un exceso (de alcohol, de comida), no hace falta preocuparse excesivamente ni tomar medidas: pasará y ya está. Si las molestias son persistentes, si al aplicarse un tratamiento banal (antiguamente era muy frecuente tomar antiácidos, bicarbonato) no se solucionan y persisten, ya es el médico el que ha de valorar si es necesario hacer un diagnóstico más específico o no. Si hay que hacerlo, dependerá de si la persona es mayor. Si tiene más de cuarenta o cincuenta años estará mucho más indicado hacer una endoscopia para mirar el estómago y llegar a un diagnóstico definitivo.

El tan mallorquín "mal de panxa" debe relacionarse en principio con una molestia abdominal. En esa zona hay múltiples vísceras, el tubo digestivo y las glándulas asociadas a la función digestiva, como el hígado y el páncreas. El "mal de panxa" puede ser debido también a otros órganos, como los riñones, en las mujeres los ovarios o el útero, que también están en la "panxa" o hacen que ésta duela. El concepto de "mal de panxa" asociado a un exceso de comida o de bebida es difícil de relacionar específicamente con la gastritis. Puede que la haya, puede que no.

También relacionarse con algunas diarreas, con lo cual la causa sería una gastroenteritis ocasionada por otros desencadenantes diferentes que afectarían al estómago y al intestino. Un exceso de alcohol puede ser el origen de una pancreatitis. Un exceso de grasas puede producir un cólico biliar. Todo ello, en algún momento, puede llevar al paciente a sentir "mal de panxa". La pesadez, la ralentización de la digestión por otras causas puede identificarse también por esa acepción popular. Otro término popular, el decir "tengo ardor" suele ser la consecuencia de un exceso de acidez. Cuando este ardor tiene tendencia a "subir" suele estar asociado al reflujo gastroesofágico. Si se trata de algo banal, fruto de un exceso, de que el estómago está demasiado lleno, no tiene demasiada importancia. Pero las causas de ese reflujo pueden ser diferentes. El cuerpo humano desarrolla diversas funciones para evitar ese reflujo. Por ejemplo, movimientos esofágicos, o el esfínter se cierra.

Pero si el reflujo sube y el ardor de estómago es mantenido y no se controla, hay que estudiarlo. Un reflujo mantenido puede traer como consecuencia una inflamación del esófago, una esofagitis, que si se alarga puede producir úlceras, y si es muy importante puede llegar a estenosis del esófago. Esto se produce solo en un pequeño porcentaje de pacientes.



Información y asesoramiento:
900 504 704
¡Llamada gratuita!

AVISO

Rogamos a los socios que hayan cambiado de cuenta, nos lo comuniquen enseguida por el medio que queráis, porque vamos a proceder a cargar el recibo de 33 € correspondiente a la cuota anual.

ACCU RIOJA - Núm. 18 - Enero 2.009

HOJA INFORMATIVA

ACCU RIOJA

Casa de las Asociaciones
Parque de San Antonio, s/n
26009 LOGROÑO

Telfs.
605 955 519 - 606 946 321
Fax: 941 260 439
E-mail:
accurioja@hotmail.com
www.accurioja.com

Horario atención al público:
Los martes de 18 a 20 horas



JUNTA DIRECTIVA

Presidente

Gregorio Alvarez Carbajo

Vicepresidente

J. Antonio Chavoy Zorzano

Secretario

F. Javier González Gutiérrez

Vicesecretario

F. Javier Borobia Bretón

Tesorera

Ana García Parellada

Vicetesorera

Mª Fca. Garrido Bellido

Vocales

Sergio Diez Varona

Natividad Ochoa Miguel

Coordinador Jóvenes

Rocío Ortega González

Vocal Portavoz

Enrique Bravo Sainz

Vocales Rioja Alta

F. L. Bartolomé Nájera

Antonio Cenicerós Soto

Vocales Rioja Baja

Susana Herrero Mnez.Losa

Carmelo Cordón Ezquerro

Pelayo Abad Preciado

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

P: ¿Está la EII relacionada con el síndrome del colon irritable?

R: La CU y el Crohn son distintas al síndrome de colon irritable que es una afección que abarca un grupo de síntomas que afectan principalmente al colon o intestino grueso. Algunos de los síntomas del colon irritable pueden ser calambres, hinchazón, gas, mucosidad en la materia fecal, y cambios en los hábitos de evacuación intestinal. Al colon irritable también se lo llama colon espástico o intestino espástico. El colon irritable no es una enfermedad y no causa inflamación, sangrado, daño al colon, ni cáncer u otras enfermedades graves. Se lo llama un trastorno funcional, lo que significa que si se examina el colon no se encuentran signos de enfermedad, pero este no funciona como debería hacerlo. No existe una relación directa entre el síndrome de colon irritable y la colitis ulcerativa o la enfermedad de Crohn, aunque algunos pacientes que padecen de estas últimas, también padecen colon irritable.

P: ¿Cuáles son las señales de la EII?

¿Cuándo debería ver a mi proveedor de atención médica?

R: Vaya a ver a su proveedor de atención médica si ve sangre en su materia fecal, si tiene un cambio en sus hábitos de evacuación intestinal que dura más de 10 días, o si tiene cualquiera de los siguientes síntomas, y éstos no mejoran usando medicamentos de venta libre.

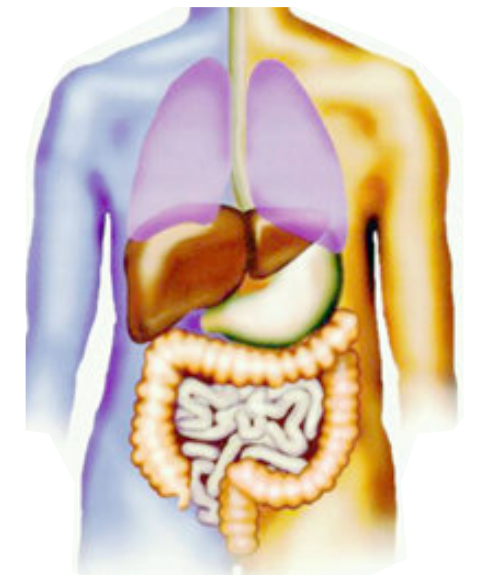
- Calambres o dolor abdominal grave
- Diarrea grave o diarrea con sangre
- Pérdida de peso
- Fiebre sin explicación que dure más de 1 o 2 días
- Fatiga excesiva
- Pérdida de apetito
- Náusea

Aunque la CU y el Crohn suelen no ser fatales, pueden causar serios problemas. A veces los síntomas son suficientemente graves como para que la persona deba ser internada. Por ejemplo, una persona puede tener diarrea grave que cause deshidratación, y necesitar ser tratada con fluidos por vía intravenosa.

P: ¿Puede prevenirse la EII?

R: Como nadie sabe exactamente cuáles son las causas de la EII, es difícil tratar de prevenirla, pero si usted padece colon irritable, puede hacer cambios en su dieta y en su estilo de vida para

controlar sus síntomas. Tal vez deba limitar el consumo de productos lácteos, tratar de consumir alimentos con pocas grasas, experimentar con la cantidad de proteína y fibra que consume, evitar los alimentos que producen gases, y comer cantidades más pequeñas en forma más frecuente. También es importante descansar lo suficiente y evitar el estrés, ya que estar cansada o demasiado contrariada puede empeorar sus síntomas. Su proveedor de atención médica puede recomendarle qué cosas tratar de hacer para sentirse mejor.



P: ¿Cuál es el tratamiento para la EII?

R: Aunque no existe una cura para el colon irritable, hay tratamientos que ayudan a controlar los síntomas. Además de cambiar su dieta y su estilo de vida para controlar sus síntomas, la mayor parte de las personas que padecen CU y Crohn son tratadas con medicamentos. En casos de enfermedad grave, puede que una persona necesite cirugía para extirpar el colon enfermo.

P: ¿Qué medicamentos se usan para el tratamiento de la EII?

R: Tratar la EII con medicamentos es complicado y pueden ser necesarios varios intentos. Es importante mantenerse al tanto de qué tan bien están funcionando los medicamentos y qué

(Continúa en página 3)

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL; REPERCUSIÓN SOBRE EMBARAZO Y FERTILIDAD

Muchas mujeres que padecen enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa) tienen dudas sobre el papel que juega esta enfermedad sobre diferentes aspectos de su vida reproductiva y la de sus parejas; ¿disminuye la fertilidad si la sufres?, ¿se pueden presentar complicaciones durante el embarazo? ... En el artículo que sigue intentaremos responder a algunas de estas preguntas.

Las enfermas que padecen enfermedad inflamatoria intestinal y que tienen la enfermedad controlada, de forma general, no ven afectada su fertilidad, ni tampoco el estado general fetal, excepto mayor probabilidad de bajo peso al nacer.

Tampoco se afecta la fertilidad si están tomando tratamiento con corticoides o sulfasalazina.

En la enfermedad de Crohn, si afecta al ileon terminal, **se pueden producir adherencias en la trompa de Falopio derecha (está cercana al ileon), y favorecer su obstrucción,** lo que si podría contribuir a una infertilidad o embarazos extrauterinos.

En los varones, el tratamiento con algunos fármacos, por ej. la sulfasalazina, si puede producir infertilidad al disminuir el número de espermatozoides, pero este problema se resuelve al dejar de tomar el medicamento y se recupera la fertilidad

Si la enfermedad está activa, si hay mayor probabilidad de abortos, de muertes fetales, y de partos prematuros, y esta mayor probabilidad es proporcional a la severidad de la actividad. Por ello, **se recomienda un periodo de 6 meses de remisión** (enfermedad no activa) de la enfermedad **antes de intentar el embarazo.**

Durante el embarazo, pueden agravarse el estreñimiento y los cuadros de hiperémesis gravídica del 1º trimestre (cuadro de vómitos frecuentes y difíciles de controlar al inicio del embarazo).

La toma de fármacos durante el embarazo es relativamente segura. **Tanto la sulfasalazina, como similares y los corticoides se pueden tomar durante embarazo y lactancia,** aunque suele haber que suplementarlas con vitaminas del complejo B (ácido fólico).

Otros fármacos tienen efectos menos conocidos durante el embarazo. Este sería el caso de la azatioprina y ciclosporina, inmunosupresores utilizados cuando la enfermedad no responde a medicamentos de primera línea.

Aunque parecen tener poco riesgo, si parecen poder retrasar el crecimiento fetal, y si es necesario tomarlos durante el embarazo, se de-

berá valorar el riesgo-beneficio de hacerlo. No se recomienda tomarlos durante la lactancia.

Otros fármacos, como el **metrotexate**, fármaco de la categoría X de la FDA (Agencia del medicamento de USA), y que estudios en animales y mujeres gestantes, **están demostrando efectos teratogénos** (productores de malformaciones **contraindicados durante el embarazo**, de tal forma que cuando es necesario utilizarlos en mujeres en edad fértil, se aconseja tomar medidas anticonceptivas mientras dure el tratamiento.

Respecto a los nuevos fármacos que es están utilizando, como el **Infliximab**, un anticuerpo monoclonal con efecto inmunosupresor selectivo indicado en formas graves de enfermedad de Crohn que no han respondido al tratamiento con corticoides e inmunosupresores, se engloba dentro del grupo B de la FDA (en animales no han demostrado riesgo de malformaciones, pero no existen estudios controlados en mujeres gestantes, aunque se acepta su uso durante el embarazo) y hay poca experiencia, pero los estudios realizados hasta ahora parecen demostrar que es seguro pero quedará a criterio del médico y la enferma el decidir tomarlos o no.

Por su mecanismo de acción podría afectar a la respuesta inmune del recién nacido, pero no parece ser teratogénico.

Tampoco se conoce su comportamiento durante la lactancia, y por ello se desaconse-

ja la lactancia materna. El parto puede realizarse por vía vaginal normal, excepto que haya factores que lo impidan, como puede ser la existencia de fístulas en la zona perianal o perirectal, o adherencias, que impidan que el canal del parto sea efectivo. En estas situaciones, es mejor plantearse una cesárea programada para evitar sustos innecesarios.

Respecto al comportamiento de la enfermedad durante el embarazo, **si la enferma está inactiva al producirse el embarazo, no suele provocar que haya brotes, aunque si se produce uno, suele ser de mayor gravedad, y producirse en el primer trimestre o en el posparto inmediato.**

Si la enfermedad estaba activa al producirse el embarazo, suele empeorar su curso.

Por esta razón, como ya se apuntaba anteriormente, **es conveniente esperar unos seis meses tras controlar la enfermedad antes de intentar el embarazo.**



CONSEJOS NUTRICIONALES PARA LA ENFERMEDAD DE CROHN

Hemos visto que la enfermedad de Crohn es una dolencia crónica que se manifiesta con la inflamación del intestino delgado.

Para apaciguar la recurrencia de la enfermedad se recomienda llevar una **dieta equilibrada**, establecida en los siguientes **consejos nutricionales de la Organización Mundial de la salud:**

1. El consumo de **hidratos de carbono** debe ser como mínimo el **55% del aporte calórico total**, de los cuales los azúcares simples no deben superar el 10%. Se recomienda el consumo habitual de verduras, frutas y cereales para tener este porcentaje de hidratos de carbono.
2. El consumo de **grasas** debe disminuir, no sobrepasando el **30% de las calorías totales**. Se recomienda no consumir más del 10% de grasas saturadas al día. Las grasas poliinsaturadas (pescado azul principalmente) deben estar entre el 7 y 8%.
3. El consumo de **proteínas** no debe superar el **15% de las calorías totales**, preferentemente consumir pescado y carne de ave antes que vacuna.
4. La ingesta de **fibra** debe ser de **27 a 40 gramos al día**.
5. No sobrepasar la **ingesta diaria de 6 gramos de sal**, tanto en sal de mesa como en alimentos procesados que contienen sal.



PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

efectos secundarios usted está teniendo, e informar de todos los detalles a su proveedor de atención médica.

A la mayoría de las personas que padecen casos leves a moderados de la enfermedad se los trata inicialmente con medicamentos llamados **aminosalicilatos**. Estos son medicamentos similares a la aspirina tales como los **agentes 5-ASA** (una combinación de los medicamentos **sulfonamida, sulfapiridina, y salicilato**). Se pueden administrar por vía oral o por vía rectal para ayudar a controlar la inflamación. Algunos de los efectos secundarios pueden ser ardor estomacal, náuseas, vómitos, diarrea y dolores de cabeza. Este tipo de drogas también incluye a la **mesalamina** y la **sulfasalazina**, que tienen menos efectos secundarios y pueden aliviar los síntomas en más del 80 por ciento de las personas que padecen CU en la parte inferior del colon y el recto. Se dice que una nueva versión del medicamento mesalamina llamada Colazal tiene aún menos efectos secundarios.

Las personas que padecen casos más graves de EII pueden ser tratadas con corticosteroides, tales como la **prednisona** y la **hidrocortisona**, para reducir la inflamación. Algunos de los efectos secundarios de estos medicamentos pueden ser el aumento de peso, acné, vello facial, hipertensión arterial, cambios en el humor, y un mayor riesgo de infección. Un medicamento aprobado recientemente llamado **Entocort EC** es una terapia de esteroides que causa menos efectos secundarios en personas que padecen casos leves a moderados de Crohn en el íleo (la última parte del intestino delgado que se conecta al intestino grueso o colon).

Para el tratamiento del Crohn, también se utilizan medicamentos que bloquean la reacción del sistema inmunológico a la inflamación. Algunos de los efectos secundarios pueden ser náuseas, vómitos, diarrea, y un mayor riesgo de infección. A las personas que padecen casos moderados a graves de CD y que no responden a los agentes 5-ASA, a los corticosteroides, ni a los medicamentos del sistema inmunológico o que tienen fístulas abiertas que están drenando, se les puede dar un medicamento llamado infliximab (Remicade). Este es el primer medicamento aprobado para el tratamiento del Crohn y funciona quitando una proteína producida por el sistema inmunológico que puede causar inflamación. Se está estudiando su seguridad y efectividad a largo plazo. La **azatioprina** y la **6-mercaptopurina (6-MP)** también pueden ser utilizadas junto con esteroides, y parecen ser los medicamentos inmunosupresores más efectivos para el manejo a largo plazo tanto de la CU como del Crohn. Se ha probado que son efectivos para las enfermedades corticodependientes, crónicamente activas, y corticorresistentes.

También se utilizan antibióticos para tratar la enfermedad y curar fístulas en el intestino delgado.

Asimismo, se pueden dar antidiarreicos laxantes y analgésicos para ayudar a aliviar los síntomas. Cada persona debería hablar con su médico antes de comenzar a tomar estos medicamentos, ya que algunos pueden ser demasiado dañinos para el sistema o empeorar los síntomas.

P: ¿Qué tipos de cirugía se usan para el tratamiento de la EII?

R: Se usan diferentes tipos de cirugía para el tratamiento de la EII. En el caso del Crohn, aproximadamente la mitad de las personas que padecen esta enfermedad necesita cirugía en algún momento de su vida.

La cirugía puede aliviar los síntomas o corregir problemas tales como obstrucciones o sangrado en el intestino. La cirugía para extirpar parte del intestino puede ayudar con el Crohn pero no curarla.

La in-flamación tiende a volver al área adyacente a la parte de intestino que ha sido extirpada. Por lo tanto, las personas que estén considerando la cirugía deben sopesar los riesgos y los beneficios de ésta en comparación con otros tratamientos.

Algunos de los tipos de cirugía para el Crohn son:

- **Colectomía (extirpación del colon)** – Se puede extirpar parte del colon o el colon y el recto completos. Pueden hacerse una **colostomía** o una **ileostomía** luego de que se extirpa el colon enfermo. Mediante la colostomía o la ileostomía se crea una abertura en el abdomen (estoma) para el drenaje de materia fecal del intestino grueso (colon) o del intestino delgado (íleo), que puede ser temporal o permanente.

- **Resección del intestino delgado** – Se pueden extirpar las partes enfermas del intestino delgado, y luego volver a unir los extremos sanos. Si es necesario evitar que el intestino cumpla sus funciones digestivas normales mientras cicatriza, puede crearse una abertura
- temporal (estoma) del intestino hacia el abdomen (ileostomía). La ileostomía temporal se cerrará y se reparará más tarde. Si se extirpa una gran parte del intestino, la ileostomía puede ser permanente.

En el caso de la CU, las personas que padecen casos graves de esta enfermedad pueden necesitar cirugía para extirpar el colon enfermo. Algunos de los problemas relacionados con la EII que hacen que los proveedores de atención médica consideren la cirugía son los retardos en el crecimiento, la corticodependencia, efectos secundarios graves de los medicamentos, cáncer o cambios precancerosos, enfermedad que no responde a los medicamentos, estrechamiento del colon, y **enfermedad extraintestinal** (enfermedad causada por la EII en áreas que están fuera del tubo digestivo).

Algunos de los tipos de cirugía para la CU son:

- **Colectomía, o extirpación del colon** (vea *Colectomía, Tipos de cirugía párale Crohn*, arriba). Aproximadamente entre el 25 y el 40 por ciento de las personas que padecen CU deben someterse a cirugía para extirpar el colon debido a sangrado, enfermedad grave, rotura del colon, o riesgo de cáncer. Por años, las personas cuyo colon era extirpado debían usar una "bolsa" fuera de su cuerpo para almacenar los desechos del sistema digestivo. Las técnicas quirúrgicas recientes hacen que eso ya no sea necesario en la gran mayoría de las personas que padecen Crohn.

- **Anastomosis de bolsa ileoanal (IPAA)** – Durante esta cirugía se extirpan el colon y el interior del recto. Se crea una bolsa interior con parte del **íleo** (el extremo final del intestino delgado), pasando una parte del íleo a través de la pared del recto y fijándola al ano. Esto permite que la persona continúe eliminando los desechos a través del ano.

- Aunque para algunas personas esta cirugía se puede hacer de una sola vez, este procedimiento suele hacerse en dos partes. Primero se extirpan el colon y el interior del

- recto y se crea una ileostomía temporal. Una vez que la bolsa ha cicatrizado (aproximadamente entre 6 y 8 semanas), se cierra la ileostomía temporal, restableciendo la eliminación de los desechos a través del ano.

P: Padezco EII y necesito cirugía, ¿significa eso que he fracasado en el manejo de mi enfermedad?

R: Nada más lejos de la verdad. La cirugía para la EII suele ser vista como un "fracaso" tanto por la persona que padece EII como por su médico. Sin embargo la cirugía, combinada con terapia médica pre y postoperatoria, puede conducir a mejores resultados para la salud.

(Continuará en el próximo número)

