

Trastornos intestinales

DIARREA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la diarrea como la *ocurrencia de tres o más deposiciones blandas sueltas en un periodo de 24 horas*. Puede acompañarse de fiebre o vómitos, y generalmente se resuelve antes de 7 días.

Existen tres **clasificaciones** principales atendiendo a su duración, pronóstico y mecanismo fisiopatológico:

Duración: distingue dos tipos, la diarrea **aguda**, que generalmente se resuelve antes de 7 días y puede acompañarse de fiebre o vómitos, y la diarrea **crónica o persistente** que tiene una duración superior a 14 días.

Pronóstico: se considera diarrea **leve** a aquella con número de deposiciones diarias inferior a 8, escaso dolor abdominal, sin signos de deshidratación y con temperatura corporal $<38,5^{\circ}\text{C}$. Se considera diarrea **moderada-grave** cuando la duración es superior a 5 días, la temperatura corporal es $>38,5^{\circ}\text{C}$, hay sangre en las deposiciones, existe deshidratación (pérdida de peso $>5\%$), la edad es superior a 80 años o el dolor abdominal es intenso.

Mecanismo fisiopatológico: explica cómo se produce la diarrea y tiene interés desde el punto de vista terapéutico, ya que ciertos fármacos son más efectivos para unos tipos de diarreas que otros:

- **Osmótica:** se debe a la retención en el intestino de sustancias no absorbibles con acción osmótica que atraen agua hacia el interior del lumen intestinal. Es característica de las intolerancias a carbohidratos (por ejemplo, intolerancia a la fructosa), aunque también puede aparecer por un consumo abusivo de edulcoran-

tes (polioles). La causa-efecto suele ser evidente, ya que el consumo del compuesto implicado produce sintomatología poco después, que cesa una vez se deja de consumir.

- **Secretora:** se debe a un desequilibrio en el que la secreción de electrolitos y agua supera la capacidad de absorción en el lumen intestinal. Puede deberse al incremento de secretagogos endógenos (sales biliares) o exógenos (toxinas bacterianas como las producidas por *E. coli* o *V. cholerae*). Este tipo de diarrea no desaparece con el ayuno salvo cuando se debe a las sales biliares (su secreción está estimulada por la ingesta).
- **Motora:** se debe a un incremento del peristaltismo que disminuye el tiempo de contacto entre el contenido intestinal y la mucosa, lo que imposibilita la absorción completa de los nutrientes.
- **Exudativa:** intervienen los tres mecanismos anteriores. Existe una lesión de la mucosa que vierte al lumen sangre, *mucus* y pus. Es característica de infección por protozoos (giardiasis), la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.

Tratamiento

La mayoría de casos de diarrea que se producen en nuestro medio se deben a gastroenteritis aguda. Al ser una patología autolimitada, los dos pilares básicos del tratamiento son la **reposición hidroeléctrica** y preservar un **buen estado de nutrición**. Los antibióticos únicamente deben ser utilizados en aquellos casos en los que la diarrea se deba a una infección bacteriana. El uso de antidiarréicos es controvertido, ya que no en todas las situaciones es conveniente su empleo, de hecho hasta pueden estar contraindicados

(**Tabla 1**). Debe tenerse presente que cuando la causa es infecciosa (diarrea invasiva), la diarrea supone un mecanismo de defensa para eliminar el patógeno. La supresión de este mecanismo protector puede agravar el cuadro. Sin embargo, influyen otras variables, como la etiología (bacteriana o vírica) y la fase (no tiene la misma trascendencia suprimir la diarrea en el momento agudo que cuando ya está en fase de resolución).

En la rehidratación es importante tener precaución con la tonicidad de los líquidos. La ingesta de grandes volúmenes de líquidos hipertónicos (normalmente por alto contenido en glucosa), atrae agua hacia el lumen intestinal y puede ser contraproducente. Las **soluciones de rehidratación oral** (SRO) tienen una composición definida específica para reponer las pérdidas de electrolitos que se producen en estas situaciones. La utilización de anti-diarreicos no elimina la necesidad de rehidratación.

Los **probióticos** también pueden ser utilizados en el tratamiento de la diarrea aguda. Las cepas recomendadas son:

- En adultos: *Lactobacillus paracasei* B 21060, *Lactobacillus rhamnosus* GG y *Saccharomyces boulardii* cepa S. *cerevisiae*.
- En niños: *L. rhamnosus* GG, *S. boulardii* y *Lactobacillus reuteri* DSM 17938.

Diarrea asociada a antibióticos

Se considera diarrea asociada a antibióticos a aquella que aparece desde el inicio del tratamiento antibiótico hasta 3-8 semanas después, siendo inexplicable por otra causa. Se debe al desequilibrio de la microbiota que ocurre como consecuencia del tratamiento

antimicrobiano, y que da ocasión a la proliferación de agentes patógenos.

El pronóstico es variable, en muchas ocasiones se trata de un cuadro auto-limitado, pero ocasionalmente pueden aparecer complicaciones graves como peritonismo, sepsis, megacolon tóxico o alteraciones hidroelectrolíticas graves.

El tratamiento consiste en la **suspensión del antibiótico responsable**. Puede ser necesario su sustitución por otro fármaco dependiendo de la infección. En casos de infección por *C. diffi-*

cile los probióticos pueden resultar de utilidad tanto profiláctica como terapéutica, aunque puede ser necesario el tratamiento con vancomicina o metronidazol.

ESTREÑIMIENTO

Se define como estreñimiento una *disminución del número de deposiciones (menos de tres a la semana), que estas sean escasas (menos de 50 g) y de consistencia dura que dificulte el*

acto de defecación. La evolución debe ser superior a 6 meses para hablar de estreñimiento crónico.

El **estreñimiento funcional** de causa desconocida supone más del 90% de los casos, en contraste con el **estreñimiento orgánico** (atribuible a patologías y consumo de fármacos), y su prevalencia es claramente superior a partir de los 60-70 años siendo más habitual en mujeres que en hombres. Se produce porque existe una lesión de los nervios que controlan los movimientos colónicos o los músculos de la pared.

Tabla 1. Antidiarreicos más utilizados: indicaciones, pauta y aspectos de seguridad.

Antidiarreico	Indicaciones	Pauta	Seguridad
Loperamida	Diarrea aguda en mayores de 12 años	Inicio con 4 mg y 2 mg tras cada deposición diarreica hasta un máximo de 16 mg/día en adultos	<p>Contraindicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menores de 12 años • Disentería • Diarrea invasiva • Colitis ulcerosa • Colitis pseudomembranosa <p>Precauciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar en embarazo y lactancia • Suspender si tras 48 h de uso no se objetiva mejoría clínica • Insuficiencia renal o hepática
Racecadotril	Diarrea aguda en lactantes (presentaciones de 10 mg), niños (presentaciones de 30 mg) y adultos (de 100 mg).	Administración cada 8 horas de forma preferente antes de cada comida (la ingesta produce el reflejo gastrocólico)	<p>Precauciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar en diarrea invasiva y asociada a antibióticos • Evitar administración conjunta con IECA o cuando existan antecedentes de angioedema • Evitar en embarazo y lactancia • Insuficiencia renal o hepática
<i>S. boulardii</i>	Diarrea aguda inespecífica y prevención de diarrea asociada a antibióticos en niños y adultos	Dos tomas diarias (mañana y noche) de forma preferente antes de las comidas	<p>Contraindicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad a las levaduras • Pacientes con catéter venoso central o inmunosuprimidos <p>Precauciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • En embarazo y lactancia, evaluar beneficio-riesgo • En menores de 2 años requiere evaluación médica
Xiloglucano	Diarrea aguda en niños y adultos	En menores de 3 años 100 mg cada 8 h, en mayores de 3 años 100-200 mg cada 6-8 horas	<p>Contraindicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad a alguno de los componentes

Existen casos de estreñimiento que son debidos a patologías del colon, enfermedades sistémicas como la diabetes *mellitus*, hipotiroidismo, etc., o consumo de medicamentos (por ejemplo, opiáceos y anticolinérgicos).

Tratamiento

Las medidas higiénico-dietéticas son muy importantes e incluyen la necesidad de ingesta de fibra dietética, realización de ejercicio físico moderado y la no inhibición del acto defecatorio. Además, no debe olvidarse la necesidad de un aumento en la ingesta de agua.

El tratamiento farmacológico puede ser necesario cuando las medidas anteriormente mencionadas no funcionan y se basa en el uso de laxantes (Tablas 2 y 3), que producen un aceleramiento del tránsito colónico y/o un reblandecimiento de las heces. Deben emplearse con la mínima dosis eficaz y reducirlos cuando se controlen los síntomas.

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno funcional digestivo que se define clínicamente por la asociación de malestar o **dolor abdominal** y **alteraciones en el hábito deposicional** (en número o en consistencia) sin causa orgánica conocida.

Se han definido 4 subtipos de SII:

- con predominio del estreñimiento,
- con predominio de diarrea,
- de tipo mixto donde se alternan tanto el estreñimiento como la diarrea, y
- no clasificable en los tres subtipos anteriores.

El SII tiene una prevalencia de alrededor del 10% en la población occidental,

siendo más habitual en mujeres (14-24% frente al 5-19% en los varones). Suele aparecer antes de los 35 años de edad, con incidencia máxima en individuos de entre 20-39 años. Es más frecuente en pacientes con otras patologías digestivas funcionales (sobre todo dispepsia), en mujeres con alteraciones ginecológicas (dismenorrea) y en pacientes con enfermedades psiquiátricas (bulimia, depresión y esquizofrenia, entre otras).

Tratamiento

Ningún tratamiento es definitivo, y los que existen están orientados a prevenir las crisis sintomáticas. En aquellos pacientes seleccionados en los que se

sospecha que puede haber alimentos que desencadenen los síntomas, se deben eliminar éstos de la dieta (lactosa, gluten, fibra, etc.). Los probióticos pueden resultar de utilidad aunque hacen falta más estudios que sustenten esta hipótesis.

El tratamiento farmacológico del SII se establecerá **en función de la gravedad y predominio de los síntomas (Tabla 4)**. Así, para el dolor abdominal se usan anticolinérgicos y antiespasmódicos, aunque, a veces, hay que recurrir a antidepressivos tricíclicos (amitriptilina) o ansiolíticos. Se pueden asociar antidiarreicos en los periodos de diarrea y fibras, laxantes o reguladores de la motilidad, si hay estreñimiento.

Tabla 2. Recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) para el tratamiento del estreñimiento.

Situación	Recomendación
Estreñimiento agudo	Tratamiento de elección: supositorios de glicerina. Si esta primera medida es inefectiva, utilizar lactulosa (oral), citrato sódico dihidratado (rectal) o fosfato sódico (rectal).
Estreñimiento funcional crónico	El tratamiento de elección se basa en el seguimiento de las medidas higiénico-dietéticas (ya expuestas). Cuando no son efectivas, puede utilizarse <i>Plantago ovata</i> , lactulosa o macrogol 3350 indistintamente. Si la respuesta sigue sin ser adecuada, puede utilizarse bisacodilo. La prucaloprida podría ser una opción en mujeres de más de 65 años que en 2 años en tratamiento con laxantes de dos clases distintas no han experimentado mejoría.
Estreñimiento agudo	Tratamiento de elección: supositorios de glicerina. Si esta primera medida es inefectiva, utilizar lactulosa (oral), citrato sódico dihidratado (rectal) o fosfato sódico (rectal).
Estreñimiento crónico ligado a fármacos	Antes de añadir cualquier tratamiento laxante, valorar el ajuste o sustitución de los fármacos implicados.
Necesidad de tratamiento a largo plazo	Solo deben usarse laxantes formadores de volumen, dentro de los cuales el <i>Plantago ovata</i> es la alternativa más recomendable.
Impactación fecal	Macrogol es el fármaco de elección.
Estreñimiento inducido por opioides o en pacientes encamados	Importante que exista un adecuado aporte de fibra de la dieta. Añadir <i>Plantago ovata</i> y laxantes estimulantes (bisacodilo). Si hiciese falta, se podrían administrar enemas de limpieza.
Embarazo	Tratamiento de elección: <i>Plantago ovata</i> . Si el estreñimiento fuese muy acusado y no mejora con <i>Plantago</i> puede valorarse el uso de bisacodilo.

Tabla 3. Laxantes más utilizados: utilidad terapéutica y aspectos de seguridad.

Antidiarreico	Utilidad	Seguridad
<p>Formadores de volumen</p> <p>Plantago Metilcelulosa</p>	<p>Son los laxantes más seguros y, por tanto, los más recomendados en uso a largo plazo. Son perfectamente aptos en embarazo.</p> <p>Tienen gran utilidad en situaciones en las que se requiere únicamente facilitar la deposición, como por ejemplo, cuando exista dolor (tras una cirugía, fisuras, hemorroides) o esté contraindicado el esfuerzo (cardiopatías).</p>	<p>Contraindicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando exista estenosis digestiva u obstrucción intestinal • Disfagia • Dolor abdominal, náuseas y vómitos
<p>Estimulantes de la motilidad</p> <p>Antraquinonas Bisacodilo Picosulfato Aceite de Ricino</p>	<p>Administración cada 8 horas de forma preferente antes de cada comida (la ingesta produce el reflejo gastrocólico)</p>	<p>Contraindicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coexistencia de patología intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, íleo paralítico, apendicitis, hemorragia digestiva) • Trastornos hidroelectrolíticos • Dolor abdominal de origen desconocido <p>Precauciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los ancianos son mucho más vulnerables a los trastornos hidroelectrolíticos. • Préstese especial atención a pacientes tratados con digoxina por riesgo de hipopotasemia que predisponga a intoxicación. • Usados a largo plazo pueden producir dependencia física, también conocida como "síndrome del intestino perezoso"
<p>Osmóticos</p> <p>Macrogol Glicerina Salinos Lactulosa y lactitol</p>	<p>Son un grupo de fármacos cuyo uso resulta seguro a largo plazo (salvo los laxantes salinos). Son el grupo más adecuado para tratar la impactación fecal. Lactulosa y lactitol tienen utilidad en el tratamiento de la encefalopatía hepática.</p>	<p>Contraindicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción intestinal, hemorragia digestiva o patología digestiva grave. <p>Precauciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los laxantes salinos tienen una dosis elevada de electrolitos que puede provocar trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base. En ciertas patologías su uso debe realizarse estimando el beneficio-riesgo, ya que podrían estar incluso contraindicados.
<p>Emolientes</p> <p>Parafina</p>	<p>Actualmente existen opciones terapéuticas más ventajosas que la parafina líquida.</p>	<p>Contraindicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción intestinal, hemorragia digestiva o patología digestiva grave • Disfagia <p>Precauciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • No debe usarse en pacientes encamados por el riesgo de aspiración y desarrollo de neumonitis lipídica. • Por su liposolubilidad, puede reducir la biodisponibilidad de numerosos fármacos. • Un uso a largo plazo puede predisponer a déficit de vitaminas (A, D, E, K) y otros micronutrientes.

Los secretagogos intestinales como la linaclotida (Constella®), pueden resultar útiles en el tratamiento del SII con predominio de estreñimiento.

Las **medidas higiénico-dietéticas** juegan un papel muy importante y consisten en evitar tabaco, metilxantinas, alcohol, alimentos flatulentos y bebidas carbonatadas y comer despacio. En caso de sobrepeso u obesidad,

la pérdida de peso puede mejorar la sintomatología.

Atendiendo al tipo de síntomas que se presenten existen recomendaciones adicionales:

Tabla 4. Recomendaciones de la semFYC para el tratamiento sintomático del SII.

Predominio de síntomas	Recomendaciones terapéuticas
Dolor abdominal	Butilescopolamina o mebeverina. La esencia de menta podría ser eficaz para el control del dolor.
Estreñimiento	<i>Plantago ovata</i> o goma guar.
Diarrea	Loperamida.

- Fases de predominio de **dolor abdominal**: se recomienda una dieta pobre en grasas y rica en proteínas. Por otro lado, una dieta con alimentos de alto contenido en fibra soluble no ha demostrado mejoría en el dolor o la distensión abdominal. Está por determinar cuál es el papel de la dieta sin gluten o la dieta exenta de oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP), ya que no está claro que mejore la distensión abdominal y el dolor.
- Fases de predominio del **estreñimiento**: es fundamental la práctica regular de ejercicio físico de intensidad moderada y la dieta rica en fibra. La dieta sin gluten o la dieta FODMAP no mejora el estreñimiento.
- Fases de predominio de **diarrea**: es conveniente suprimir el consumo de lácteos de forma temporal.

El tratamiento con **prebióticos** es controvertido y la evidencia que apoya su uso débil. Aun así, galactooligosacáridos (GOS) a dosis medias (3,5-7 g/día) podrían considerarse una opción ventajosa a largo plazo en comparación con la dieta FODMAP al evitar carencias nutricionales derivadas de las restricciones alimentarias.

ENFERMEDAD CELIACA

La enfermedad celiaca (EC) es una *enfermedad sistémica mediada inmunológicamente e inducida por el gluten y las prolaminas que produce una enteropatía en personas genéticamente predispuestas*. Se caracteriza por la presencia de una combinación variable de manifesta-

ciones clínicas dependientes del gluten, con títulos de anticuerpos específicos, haplotipos HLA-DQ2 y DQ8 y enteropatía. El efecto fundamental de la ingesta de gluten en sujetos susceptibles genéticamente es la lesión intestinal, con *atrofia vellositaria*. Como consecuencia de dicha lesión, se produce un defecto en la asimilación de nutrientes, con una repercusión clínica variable.

La intolerancia es de carácter permanente, y se mantiene a lo largo de toda la vida. Un régimen estricto sin gluten conduce a la desaparición de los síntomas clínicos y de la alteración funcional, así como a la normalización de la mucosa intestinal, aunque la lesión reaparece y recae clínicamente al realizar una dieta normal.

Existen dos formas clásicas de presentación clínica de la EC:

- Clínica **digestiva**: aparece en los niños más pequeños y rememora un *síndrome malabsortivo* con episodios de diarrea, vómitos, retraso ponderal, distensión abdominal, irritabilidad, anorexia y pérdida de masa muscular.
- Clínica **monosintomática**: puede manifestarse como anemia ferropénica, hipocrecimiento, osteoporosis, amenorrea, aftas recurrentes, dolor abdominal reiterado, estreñimiento, artralgias o artritis, alteraciones neurológicas, alteraciones de la coagulación o anomalías del esmalte dental.

Existen una serie de enfermedades asociadas a la enfermedad celiaca: dermatitis herpetiforme, déficit de inmunoglobulina A (IgA), diabetes mellitus de

tipo I, tiroiditis autoinmune, hepatitis autoinmune, síndrome de Sjögren, síndrome de Down, colitis microscópica, artritis reumatoide o nefropatía por IgA.

Existe un cuadro denominado **“sensibilidad al gluten no celiaca”** que consiste en la aparición de síntomas intestinales y extraintestinales (falta de concentración, cansancio, eczema, cefalea, artralgias, mialgias, déficit de atención, etc.) en pacientes en los que se ha descartado EC o alergia al gluten. El único diagnóstico diferencial es la provocación con gluten, pero doble ciego y con placebo.

De entre los posibles factores de riesgo de aparición de la EC en personas genéticamente predisuestas, se encuentran: la ausencia de lactancia materna, la ingestión de dosis elevadas de gluten, la introducción temprana de estos cereales con gluten en la dieta y las infecciones intestinales.

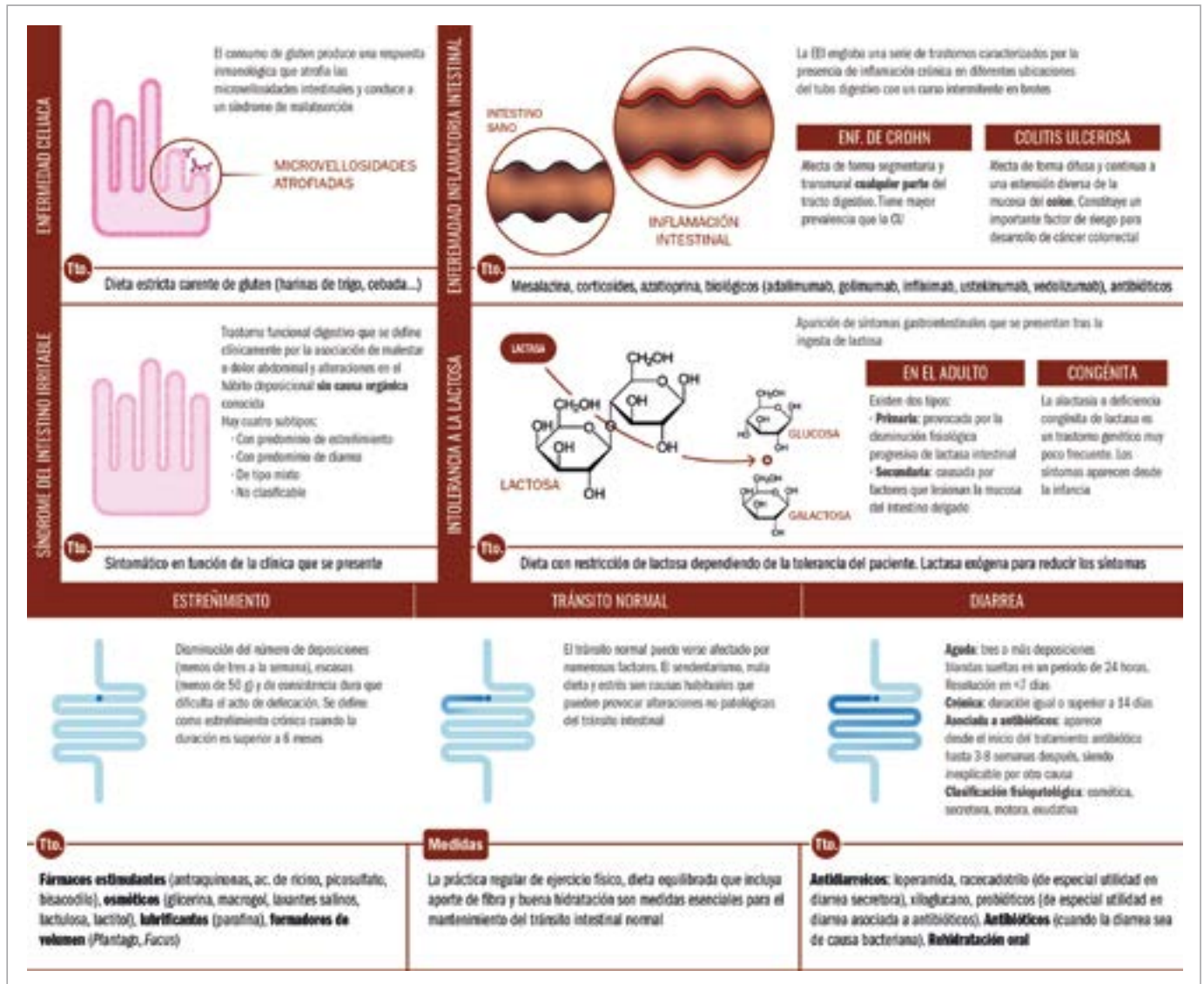
El **único tratamiento** a día de hoy es una **dieta estricta carente de gluten**.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba un *conjunto de trastornos caracterizados por la presencia de inflamación crónica en diferentes localizaciones del tubo digestivo, de etiología desconocida y definidos por criterios clínicos, endoscópicos y radiológicos*. Se trata de una enfermedad que sigue un curso intermitente, en brotes, con respuesta variable al tratamiento, elevados costes sanitarios e importantes repercusiones psicosociales en los pacientes y familiares. La EII es considerada una **enfermedad multisistémica** y la mayoría de los órganos pueden verse afectados, sobre todo, cuando la enfermedad progresa con el tiempo.

Está constituida por tres entidades clínico-patológicas: la **enfermedad de Crohn** (ECr), que afecta de forma

Figura 1. Tratamiento de las principales patologías intestinales.



segmentaria y transmural a cualquier parte del tracto digestivo; la **colitis ulcerosa** (CU), que afecta de forma difusa y continua a una extensión diversa de la mucosa del colon, y la **EII no clasificada**, con afectación exclusiva del colon y que, tras un estudio exhaustivo, no permite diferenciar entre CU o ECr.

En España la incidencia actual de la enfermedad está cercana a los 3 casos por cada 100.000 habitantes y año, aunque en los últimos años estamos asistiendo a su aumento a nivel mundial, sobre todo a expensas de la ECr. El diagnóstico de la enfermedad se realiza cada vez con mayor frecuencia en niños y adolescentes, calculándose que, aproximadamente, un tercio de los casos se diagnostican antes de los 20 años.

La EII puede debutar de muchas maneras, pero en general, debe sospecharse en un paciente ante la presencia crónica o recurrente de los siguientes **signos o síntomas:** rectorragia, dolor abdominal, distensión abdominal, episodios de diarrea, tenesmo o urgencia defecatoria, presencia de lesiones perianales y existencia de determinadas manifestaciones extraintestinales o sistémicas (las manifestaciones articulares son las más frecuentes, pudiendo llegar a afectar en torno al 15-20% de los pacientes).

Se trata de una patología de **curso crónico**, sin tendencia a la curación y con una evolución difícil de predecir, en la que se alternan periodos de mayor o menor intensidad de los síntomas. El número de brotes y la gravedad de los mismos condicionan el pronóstico de la enfermedad.

Al tratarse de una patología crónica, la **adherencia** al tratamiento es **crucial**. La desnutrición es muy frecuente en estos pacientes y es responsable de un aumento de la morbilidad, por lo que se debe vigilar estrechamente la dieta para evitar carencias nutricionales. Un estilo de vida saludable, con ejercicio físico moderado y evitando el tabaco, es también fundamental.

Los objetivos principales del abordaje de la EII incluyen la inducción y mantenimiento del estado de remisión clínica, así como la prevención de recaídas y brotes agudos. Los **fármacos** utilizados en el tratamiento de la EEI son:

- **Aminosalicilatos:** actúan sobre el epitelio intestinal bloqueando la acción de las prostaglandinas. El más utilizado es la **mesalazina**, tanto

por vía oral como por vía rectal. Son fármacos bien tolerados con pocos efectos secundarios, pudiéndose usar en el embarazo y la lactancia.

- **Antibióticos:** indicados sobre todo en las complicaciones sépticas. Los más utilizados son el **ciprofloxacino** y el **metronidazol**. El primero puede provocar disminución del apetito, náuseas, vómitos, diarrea y roturas tendinosas, debiendo evitarse su ingesta simultánea con leche y otros derivados lácteos. Los efectos adversos más frecuentes del metronidazol son el sabor metálico y la intolerancia digestiva. Se debe evitar la ingesta de alcohol hasta 3 días después del tratamiento.
- **Corticoides:** son antiinflamatorios muy potentes que se emplean para el tratamiento de los **brotos moderados y graves**. No deben usarse como terapia de mantenimiento. En los tratamientos largos provocan aumento de peso, acné, aumento del vello, labilidad emocional y aumento del apetito. Precisan el descenso progresivo y el tratamiento concomitante con calcio y vitamina D. Hay corticoides sistémicos (prednisona y metilprednisolona, etc.) y de baja disponibilidad (**beclometasona y budesonida**).
- **Inmunosupresores no biológicos:** inhiben la proliferación de los linfocitos T y B, bloqueando su acción, y se utilizan con frecuencia para disminuir el empleo de corticoides. Son seguros con un control adecuado. Los más utilizados son los tiopurínicos (**azatioprina** y 6-mercaptopurina, esta última no comercializada en España), el **metotrexato** y los anticalcineurínicos (**ciclosporina y tacrolímús**).
- **Biológicos:** suelen utilizarse en los brotes moderados o graves que no han respondido a los fármacos anteriores. Hoy en día disponemos de varios biológicos aprobados en España: **adalimumab, golimumab, infliximab, ustekinumab y vedolizumab**.

INTOLERANCIA A LA LACTOSA

Conjunto de síntomas gastrointestinales que se presenta tras la ingesta de lactosa. Una malabsorción de lactosa no conlleva necesariamente una intolerancia clínica. La disminución o ausencia de lactasa intestinal se conoce como deficiencia de lactasa.

El tratamiento de la intolerancia a la lactosa suele llevarse a cabo mediante la restricción dietética, normalmente asociada a la limitación en el consumo de productos lácteos, en función del grado de tolerancia del paciente (la restricción no tiene por qué ser absoluta). Pueden utilizarse preparados enzimáticos de lactasa para disminuir la sintomatología ligada al consumo de estos alimentos.

Puntos clave

Patologías del tracto intestinal (**Figura 1**) son uno de los grupos de enfermedades más prevalentes en nuestro medio a todas las edades.

En la **diarrea** es muy importante **valorar la causa** para seleccionar el antidiarreico apropiado (si procede este tipo de tratamiento).

La **rehidratación oral** está indicada siempre que exista diarrea. Es importante que se realice con los líquidos adecuados para evitar su empeoramiento.

Paradójicamente, muchos laxantes de venta libre son fármacos que deberían reservarse para casos en los que los fármacos de primera línea no hayan sido efectivos. El abordaje inicial de un cuadro de estreñimiento agudo debería realizarse con **glicerina** o macrogol.

Siempre que se busque una **acción laxante rápida** lo más adecuado es utilizar formas de administración rectal.

Pueden aparecer **alteraciones hidroelectrolíticas** secundarias al consumo de laxantes en ancianos (son más susceptibles) o cuando se haga un uso abusivo (normalmente por dependencia o con la finalidad de perder peso).

La **enfermedad celiaca** y la **intolerancia a la lactosa** tienen un tratamiento similar cuya medida principal es la dieta con restricción absoluta de gluten (en la celiaquía) y restricción variable de alimentos que contengan lactosa (en la intolerancia a la lactosa). Además, en esta segunda patología pueden utilizarse preparados enzimáticos de lactasa para compensar la deficiencia y disminuir la sintomatología gastrointestinal asociada.

Teléfonos		Horario
Información e inscripciones (Centro de atención colegial) cac@redfarma.org	902 460 902 / 91 431 26 89	L-J: 9:00-14:00 / 16:00-17:30 h. V: 9:00-14:30 h
Línea Directa del PNFC ⁽¹⁾ pnfc@redfarma.org / tutoriafc@redfarma.org	91 432 81 02	L-V: 9:00-14:30 h.
Secretaría Técnica Administrativa ⁽²⁾ secretariatecnicacgcof@redfarma.org	91 432 41 00 Fax 91 432 81 00	L-V: 9:00-14:30 h

1 Consultas sobre contenidos técnico-científicos.

2 Consultas sobre corrección de exámenes y certificados.

Direcciones de interés

Cuestionarios / Sugerencias	Consejo General de Farmacéuticos C/ Villanueva 11, 7.º - 28001 MADRID
Sección de formación continuada en Portalfarma	http://www.portalfarma.com/inicio/formacioncontinuada
Plataforma de formación <i>online</i>	https://formacion.nodofarma.es

Calendario previsto del plan nacional de formación continuada (Consejo General de Colegios Farmacéuticos)

Curso	Plazo de inscripción	Inicio	Cierre
<i>Conceptos generales de vacunas y vacunación del viajero 4ª edición</i>	Hasta 24/2/20	2/3/20	6/4/20
<i>Vacunación antimeningocócica 4ª edición</i>	Hasta 30/3/20	6/4/20	11/5/20
<i>Vacunación frente al rotavirus 4ª edición</i>	Hasta 27/4/20	4/5/20	8/6/20
<i>Buenas prácticas de distribución farmacéutica 3ª edición</i>	Hasta 27/4/20	4/5/20	6/7/20
<i>Gestión de los productos de autocuidado en la farmacia comunitaria 2ª edición</i>	Hasta el 5/1/20	15/1/20	16/4/20
<i>Medicamento biológicos: innovadores y biosimilares 3ª edición</i>	Hasta el 7/1/20	13/1/20	13/7/20
<i>Trastornos del aparato digestivo, metabolismo y sistema endocrino 2ª edición</i>	Hasta el 11/5/20	18/5/20	23/11/20

En todos los cursos del Consejo General se solicita la acreditación oficial a la Comisión de Formación Continuada de Las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.




Catarrazo

Mamá, Sara, Papá, Marta




Raquel cambió el asunto de "Familia" a "Catarrazo"

Mamá

Hija, ¿cómo estás? A mí todavía me queda antibiótico de mi última gripe, ¿lo quieres? 

Sara

Sister, no te compliques, tómate lo de siempre. 


Papá

Raquel, espera a ver qué dice tu hermana Marta es farmacéutica y ella sabrá mejor,



Recuerda, para un uso racional de los antibióticos
PREGUNTA A TU FARMACÉUTICO

Marta

Raquel, llevas con fiebre 3 días y el paracetamol no te está funcionando. Con esos síntomas ve al médico, pero no te automediques. 

Con la colaboración de:



¿Tienes problemas de desabastecimiento de medicamentos?

¡Inscríbete a CISMED!

Y notifica tus incidencias de forma fácil



¿Cómo adherirse a CISMED?

1. Inscríbete online entrando en: adhesioncismed.nodofarma.es y regístrate en tan solo tres pasos, rellenando:

- ✓ Datos de usuario
- ✓ Datos de farmacia
- ✓ Datos del titular

¡Acepta y crea tu solicitud de forma instantánea!

2. Configura el acceso a CISMED en tu aplicación de gestión de pedidos con la información que recibirás de tu Colegio.



Una vez instalado el acceso, desde la farmacia sólo te tienes que ocupar de realizar la transmisión de la información. Esta transmisión se puede realizar automáticamente si el programa de gestión lo permite.

