

VADEMECUM DE COLOPROCTOLOGÍA DE LA AECP



AECP

Elaboración: Junta Directiva de la AECP
Octubre 2012

Revisión: Grupo Satélite del Comité Joven **Diciembre
2018**

Participantes: Carlos Cerdán Santacruz
Ana Gálvez Saldaña
Noelia Ibáñez Cánovas
Rosa María Jiménez Rodríguez
Manuel Muínelo Lorenzo
Laura Muíños Ruano
Emilio Peña Ros
Jose Pintor Tortolero
Rebeca Saeta Campo
Luis Sánchez Guillén

Coordinación: Ana María García Cabrera

ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA INTESTINAL (ENF. DE CROHN-COLITIS ULCEROSA)

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es un proceso inflamatorio crónico de carácter sistémico y expresión predominante en el tracto gastrointestinal de etiología desconocida. Puede subdividirse en **Enfermedad de Crohn (EC)**, **Colitis ulcerosa (CU)** y **Colitis indeterminada** cuando resulta imposible diferenciar ambas entidades (10% de los casos).

El tratamiento de cada una de estas entidades incluye el tratamiento médico y quirúrgico y dependerá de la edad del paciente, la extensión de la enfermedad, su comportamiento, la severidad de los síntomas, la respuesta al tratamiento y el riesgo a efectos adversos.

A. AMINOSALICILATOS

Mecanismo de acción

Fármacos que contienen en su estructura molecular la molécula del ácido 5-aminosalicílico (5-ASA o mesalazina). Estos compuestos actúan mediante la activación de receptores nucleares relacionados con la apoptosis, la proliferación celular, la inflamación y el metabolismo. Ejercen su efecto localmente en el intestino inhibiendo la síntesis de prostaglandinas y leucotrienos, responsables de la respuesta inflamatoria.

Indicación

*Brotos leves-moderados de CU: inducción de la remisión y su posterior mantenimiento.

*EC: No se puede recomendar su uso ni en la inducción ni en el mantenimiento de la remisión.

☐ Aminosalicilatos orales

Inducción de la remisión: Brote leve/moderado CU, asociando tratamiento tópico si existe afectación distal.

Mantenimiento de la remisión: En pacientes con CU.

☐ Aminosalicilatos tópicos

Inducción de la remisión: Brote leve/moderado de CU colónica distal o extensa (asociados con aminosalicilatos orales).

Mantenimiento de la remisión: En CU distal.

Posología

☐☐☐ Oral: BROTE LEVE-MODERADO: 3-4gr/día (1 sola dosis) hasta remisión.

MANTENIMIENTO: 1,5-2,4gr/día.

☐☐☐ Tópica: BROTE LEVE-MODERADO (afectación distal): 2gr/día

MANTENIMIENTO: 1gr/2 veces a la semana

AMINOSALICILATOS					
	Nombre Comercial	Formulación	Dosis	Administración	Liberación
Salazapirina	Salazopyrina®	5-aminopiridina-5-ASA	500mg	Oral / supositorios	Colon
Mesalazina	Claversal®	Eudragit-L	500mg	Oral espuma / supositorios	Yeyuno / ileon / colon
	Lixacol®	Eudragit-S	400mg	Oral	Ileon/colon
	Pentasa®	Microg. Etilcelulosa	1g	Oral suspensión / supositorios	ID-colon
	Asacol®	Eudragit-S	400mg	Oral	Ileon
	Salofalk®	MMX	1.5g/1g/500mg	Oral espuma	Colon
	Mezavant®	MMX	1.2g	Oral	Colon
Anillo zoico	Rasal®	Dímero 5-ASA	500mg	Oral	Colon

Efectos secundarios

Sulfasalazina

Cefalea, náuseas, dolor abdominal y oligospermia en el 80% de los varones. Otros menos frecuentes son la leucopenia, pancitopenia, anemia hemolítica, toxicidad hepática y/o renal y excepcionalmente neumonitis o miocarditis.

5-ASA

Muy escasas alteraciones hematológicas como leucopenia, pancitopenia y anemia aplásica, nefritis intersticial, toxicidad hepática, pancreatitis aguda, neumonitis o miocarditis.

B. CORTICOIDES (CCs)

Mecanismo de acción

Reducen la respuesta de los tejidos al proceso inflamatorio y la respuesta inmunitaria mediada por células, mediante la disminución de la atracción de células hacia el intestino, reduciendo el número de linfocitos, monocitos y eosinófilos.

Indicación

Son el principal agente terapéutico en brotes moderados o graves tanto de la CU como de la EC.

Inducción de la remisión

Brote moderado de CU: corticoide clásico oral.

Brote moderado EC ileal/colon derecho: corticoide clásico o budesonida orales.

Brote moderado EC no ileal: corticoide clásico oral.

Brote moderado de CU/EC con afectación distal: corticoide tópico.

Brote severo de CU/EC: corticoide clásico parenteral.

Mantenimiento de la remisión

Ningún corticoide ha demostrado eficacia en el mantenimiento de la remisión de EC ni CU.

Posología

☐☐☐Oral: BROTE MODERADO: 0,7-1 mg/Kg /día.

□ Intravenosa: BROTE SEVERO: 1mg/kg/día.

La respuesta al tratamiento en caso de EII grave deberá evaluarse a los 7-10 días; en caso de respuesta favorable debe procederse a la administración del tratamiento por vía oral e iniciar pauta descendente, disminuyendo 10mg cada 7-10 días hasta alcanzar dosis de 30-20mg, a partir de la cual se reducirán 5mg semanales hasta su retirada total. La retirada deberá hacerse a los 3 meses del control de los síntomas.

CORTICOIDES				
	Nombre Comercial	Principio activo	Dosis	Potencia
Ccs parenterales clásicos	<u>Actocortina</u> ®	Hidrocortisona	100mg (amp)	1
	Urbason®	6-metilprednisolona	8-20-40mg (amp)	5
	Solu-Dacortin®	Prednisona	10-25mg (amp)	5
Ccs orales clásicos	dnisonaAlonga® Dacortin®	Prednisona	2.5-5-10-13-50mg	5
	Urbason®	6-metilprednisolona	4-8mg	5
	Dezacort®	Deflazacort	6-30mg	3.5
	Zamene®			
Ccs tópicos clásicos	Actocortina enema®	Hidrocortisona	100mg en 100ml SF	1
	Proctosteroid®	Triamcinolona	10mg (espuma)	5
Ccs orales baja disponibilidad	Entocord®	Budesonida	3-6mg	-
	Clipper®	Beclometasonadipropionato	5mg	-

Ccs tópicos baja disponibilidad	Entocord enema®	Budesonida	2mg	-
	Beclonenema®	Beclometasonadipropionato	1gr	-

Efectos secundarios

Agudos: HTA, hipercolesterolemia, retención hídrica, acné, aumento de peso, de vello, redistribución grasa, insomnio, labilidad emocional, psicosis, intolerancia a la glucosa.

Crónicos: miopatía proximal, neuropatía, infecciones, glaucoma, necrosis avascular ósea, atrofia suprarrenal, osteoporosis y retraso del crecimiento.

Otros: la resistencia y la dependencia son los mayores problemas cuando se realiza el tratamiento de la EII con corticoides.

C. INMUNOMODULADORES:

AZATIOPRINA (AZA) Y 6-MERCAPTOPURINA(6-MP)

Mecanismo de acción

La AZA y su metabolito la 6-MP son análogos de las purinas e inhiben la biosíntesis de nucleótidos disminuyendo la proliferación de linfocitos B y T y la respuesta inmune primaria. Los efectos pueden no verse hasta las 6-12 semanas de inicio de la terapia aunque tienden a ser muy duraderos.

Indicación

- CU y EC refractaria al tratamiento con corticoides.
- CU y EC corticodependientes.
- Toxicidad corticoidea.
- Deterioro del crecimiento en niños con enfermedad activa.
- Prevención recurrencia post-quirúrgica en EC.
- EC con patrón fistulizante.
- Reservoritis refractaria a tratamiento antibiótico y/o corticoideo.

Posología

Inducción de la remisión:

□□Oral: AZA: 2.0-2.5 mg/Kg/día y 6-MP: 1.0-1.5 mg/Kg/día.

Debe individualizarse para cada paciente. Debe comenzarse con una dosis de 1 mg/kg/día (2comp) para la AZA y 0,75 mg/k/día (2comp) para la 6-MP y aumentarse si los controles hematológicos lo permiten.

□□Intravenosa: AZA: 50 mg/h en infusión iv durante 36 horas (para acortar el periodo de respuesta en determinadas circunstancias). Después se continuará con AZA oral.

Mantenimiento de la remisión:

De forma indefinida tanto en EC como CU.

AZA		Y	6-MP
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Azatioprina	Imurel®	50mg (comp./viales)	2.5mg/kg/día
6-mercaptopurina	Mercaptopurina®	50mg (comp)	1.5mg/kg/día

Controles

Cada 7-10 días se debe realizar un hemograma con determinación de leucocitos y plaquetas. Después debe realizarse un hemograma cada mes y a partir de los 3-6 meses cada 3 meses. Ante valores de neutrófilos inferiores a 1000 o de plaquetas inferiores a 100.000 se suspende el tratamiento. Si los valores de neutrófilos oscilan entre 1000-2000 se reduce la dosis a la mitad. La duración del tratamiento no está definida pero parece seguro y eficaz durante 4 años.

Efectos adversos: náuseas, alteraciones de la función hepática, fiebre, rash cutáneo, leucopenia y pancreatitis.

CICLOSPORINA (CyA)

El tratamiento de la EICI con ciclosporina no está aprobado por el Ministerio de Sanidad por lo que es necesario antes de su inicio solicitar su autorización como medicamento de uso compasivo y que deben firmar el paciente, el médico responsable y el director del Hospital.

Mecanismo de acción

Altera función y proliferación de los linfocitos T-Helper por inhibición de la IL-2, interferón, IL-3 e IL-4.

Indicación

CU corticorrefractaria (30-40% de los pacientes con CU y tratamiento corticoideo), consiguiendo la remisión clínica en más del 60% de los casos.

Inducción de la remisión:

☐☐☐ Intravenosa: 2mg/kg/día de CyA (mínimo 7 días), manteniendo dosis plenas de CCs iv.

☐☐☐ Oral: 8mg/kg/día (cápsulas), introduciendo progresivamente la AZA o mercaptopurina para suspender la CyA y mantener la remisión con la AZA.

☐☐☐ Tópica (enemas): a dosis de 350mg/día no ha demostrado utilidad clínica.

CyA			
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Ciclosporina	Sandimmun®	1-5ml (viales)	2mg/kg/día (2 dosis)
	Neosandimmun®	25-50-100mg (cps)	8mg/kg/día (2 dosis)

Controles

- Tras comenzar con la vía iv, se debe cambiar a vía oral tan pronto como la situación clínica lo permita. La ciclosporina oral debe mantenerse durante aproximadamente 3-4meses.

- Determinación de ciclosporinemia por RIA monoclonal (suero). Los niveles terapéuticos oscilan entre 150-300ng/ml.

- La dosis debe disminuirse (aproximadamente 25-50%), independientemente de los niveles si se presentan las siguientes circunstancias: $K > 5$, aumento Cr un 30% sobre las cifras pretratamiento, HTA de difícil control, aumento de GOT, GPT o $Bb > 50\%$ del nivel basal.
- Se retirará ante: Infecciones severas, anafilaxia, aumento Cr mayor del 50% sobre valores basales u otros efectos secundarios severos.

METOTREXATO (MTX)

Mecanismo de acción

Es un análogo del ácido fólico con actividad inhibitoria en algunas enzimas de la ruta metabólica del ácido fólico con el consiguiente aumento de la adenosina que es un potente antiinflamatorio.

Indicación

- EC refractaria (toxicidad o falta de eficacia) a la AZA y/o mercaptopurina.
- Evidencia actual: no permite su recomendación en inducción y/o mantenimiento de la CU.

Posología

Inducción de la remisión:

25 mg/semanal por vía subcutánea o intramuscular.

La duración del tratamiento inicial es de 12-16semanas.

Está formalmente contraindicado en pacientes con antecedentes de patología hepática importante, en mujeres en edad fértil que no utilicen métodos anticonceptivos y en varones que quieran tener hijos.

Mantenimiento de la remisión:

15 mg/semanal, vía oral, intramuscular o subcutánea.

MTX			
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Metotrexato	Metotrexato Pyfer®	50-500mg (solución)	7.5-15mg/oral/semana
	Metotrexato Wyeth®	2.5mg (comp.)	
	Metotrexato Merck ®	25mg/ml (vial)	25mg/im o sc/semanal

Controles

- Cada 7-10 días (primer mes): determinación de enzimas hepáticos. Después mensualmente.
- Valores de AST y/o ALT > 50% de los valores basales debe reducirse la dosis un 50%. Valores que doblen los basales obliga a suspender el tratamiento.

TACROLIMUS

Mecanismo de acción

Efecto anti-calcineurina muy similar a la ciclosporina.

Indicación

- Brote grave de CU corticorrefractaria, como alternativa a la CyA y al infliximab.
- No hay evidencia para su utilización en la EC.

Posología

Inducción de la remisión:

BROTE AGUDO GRAVE: 0.1-0.2 mg/Kg/día.

TACROLIMUS			
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Tacrolimus FK 506	Prograf®	0.5-1-5mg (cps)	0.1-0.2mg/kg/día
		5mg/ml (vial)	0.01-0.02mg/día

MICOFENOLATO-MOFETIL

Mecanismo de acción

Similar al de la azatioprina.

Indicación

- No parece ser eficaz en la EIIC. No existen estudios controlados que nos permitan recomendar su uso.

-

MICOFENOLATO-MOFETIL			
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Micofenolato-mofetil	Cellcept®	250-500mg	15-20mg/kg/día

D. AGENTES BIOLÓGICOS (INFLIXIMAB/ADALIMUMAB/CERTOLIZUMAB)

Mecanismo de acción

Es un anticuerpo monoclonal quimérico humano derivado de ratón que inhibe la actividad funcional de TNF-alfa (factor de necrosis tumoral), potente citoquina proinflamatoria.

Indicación

-EC ACTIVA GRAVE, en pacientes adultos y pediátricos (6-17años) que no han respondido a pesar de un curso de terapia completo y adecuado (Corticosteroide y/o un inmunosupresor) o que sean intolerantes o que presenten contraindicaciones médicas a dichas terapias.

-EC FISTULIZANTE, en pacientes que no han respondido a pesar de un curso de terapia completo y adecuado con tratamiento convencional (inmunosupresores y/o antibióticos).

-MANTENIMIENTO de EC FISTULIZANTE si no existen otras alternativas más válidas (inmunosupresores o cirugía).

-EC del RESERVORIO ILEOANAL.

-Manifestaciones extraintestinales: pioderma gangrenoso, espondilitis anquilosante.

-CU ACTIVA GRAVE CORTICORREFRACTARIA, como alternativa a la ciclosporina, tacrólimus y cirugía. (Indicación exclusiva de Infliximab)

-CU CORTICODEPENDIENTE ante fracaso o contraindicación de tratamiento inmunosupresor. (Indicación exclusiva de Infliximab)

Posología

Inducción de la remisión:

INFLIXIMAB: Perfusión inicial de 5 mg/kg/día en infusión IV administrada en 2 horas, seguida de una dosis similar a las 2 y a las 6 semanas de la primera infusión.

ADALIMUMAB: Dos posibles pautas:

- primera dosis 80mg/sc, 40 mg/sc a los 15 días y, posteriormente, al mes.
- 160mg/sc en 1 (4 inyecc.) o 2 días, 80mg/sc a los 15 días y 40mg/sc al mes.

CERTOLIZUMAB: 400mg/sc al inicio y repetida a los 15 días.

Mantenimiento de la remisión:

INFLIXIMAB: Si el paciente es respondedor se pueden adoptar dos estrategias:

- Perfusiones adicionales cada 8 semanas.
- Readministrar la dosis de 5 mg/kg/día si vuelven a aparecer los signos y síntomas de la enfermedad.

ADALIMUMAB: 40mg/sc/semanas alternas.

CERTOLIZUMAB: 400mg/sc/4 semanas.

AGENTES BIOLÓGICOS			
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Infliximab	Remicade®	100mg (viales)	mg/kg/día/infusión continua en 2h
Adalimumab	Humira®	40mg (jeringa precargada)	40mg/0.8ml sol./sc
Certolizumab	Cimzia®	400mg (viales)	400mg/día/sc

Controles

El Adalimumab deberá administrarse en combinación con corticoides, salvo cuando exista intolerancia o no se considere apropiado el tratamiento continuado con corticoides.

Efectos adversos

Aumento del riesgo de infecciones, especialmente tuberculosis, reacciones autoinmunes, insuficiencia cardiaca, disfunción hepática, linfoma y esclerosis múltiple. Los pacientes deben someterse a screening de hepatitis B y tuberculosis antes de iniciar el tratamiento.

NATALIZUMAB/VEDOLIZUMAB

Mecanismo de acción

Antagonistas de receptores de integrinas que actúan como antiinflamatorios.

Indicación

- EC moderado-severo sin respuesta a antiTNFs.

Posología

Inducción de la remisión:

NATALIZUMAB 300 mg IV cada 4 semanas.

VEDOLIZUMAB 300 mg IV, dosis a las 2 y 6 semanas y a continuación cada 8 semanas.

E. ANTIBIOTICOS (METRONIDAZOL y CIPROFLOXACINO)

Mecanismo de acción

El metronidazol posee acción bactericida anaerobia y parasitaria y cierta acción inmunomoduladora con inhibición de la inmunidad celular y de la formación de granulomas, así como inhibición de la quimiotaxis de los neutrófilos.

El ciprofloxacino posee acción bactericida por inhibición de la DNA-girasa, inhibiendo la replicación del DNA bacteriano. Amplio espectro frente a bacterias Gram positivas y negativas.

Indicación

- Enfermedad perianal.
- EC de patrón fistulizante.
- Pouchitis aguda y crónica.
- Prevención en la recurrencia postquirúrgica de la EC.
- Situaciones especiales de la CU: megacolon tóxico, fiebre extraintestinal.

Posología

Inducción de la remisión: CIPROFLOXACINO: 1000mg/día en 2 tomas.
 METRONIDAZOL: 20mg/kg/día en 3 tomas.

ANTIBIÓTICOS			
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Ciprofloxacino	Rigoran®	500 y 750mg (comp)	1000mg/día/en 2 tomas
	Globeuce®	200mg (viales)	

Metronidazol	Flagyl®	250mg (comp)	20mg/kg/día/en 3 tomas
	Metronidazol Normon®	500mg (viales)	

Bibliografía

- Vanhove W, Nys K, Vermeire S. Therapeutic innovations in inflammatory bowel diseases. *Clin Pharmacol Ther* 2016;99(1):49–58. doi: 10.1002/cpt.286
- Ben-Horin S, Mao R & Chen M. Optimizing biologic treatment in IBD: objective measures, but when, how and how often? *BMC Gastroenterol* 2015;15:178. doi: 10.1186/s12876-015-0408-x
- Mathurin Flamant and Xavier Roblin. Inflammatory bowel disease: towards a personalized medicine. *Ther Adv Gastroenterol* 2018, Vol. 11: 1 –15. doi: 10.1177/1756283X17745029
- McConachie S, Wilhelm SM & Kale-Pradhan PB. Biosimilars in Inflammatory Bowel Disease – Accumulating Clinical Evidence. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2017. doi: 10.1080/17512433.2017.1283983
- Khanna R, Bressler B, Levesque BG, *et al.* Early combined immunosuppression for the management of Crohn's disease (REACT): a cluster randomised controlled trial. *The Lancet* 2015; 386: 1825–34.
- Rutgeerts P, Sandborn WJ, Feagan BG *et al.* Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. *N Engl J Med* 2005;353(23):2462–2476. doi: 10.1056/NEJMoa05051
- Mowat C, Cole A, Windsor A, *et al.* Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2011; 60: 571–607.
- Hanauer SB, Feagan BG, Lichtenstein GR *et al.* Maintenance infliximab for Crohn's disease: the ACCENT I randomised trial. *Lancet* 2002;359(9317):1541–1549. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08512-4
- Coskun, M, Vermeire, S, Nielsen, OH. Novel targeted therapies for inflammatory bowel disease. *Trends Pharmacol Sci* 2017; 38: 127–142.
- Patel V, Wang Y, MacDonald JK *et al.* Methotrexate for maintenance of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2014(8):CD006884. doi: 10.1002/14651858.CD006884.pub3
- Timmer A, Patton PH, Chande N *et al.* Azathioprine and 6-mercaptopurine for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016(5):Cd000478. doi: 10.1002/14651858.CD000478.pub4
- Pariente B, Laharie D. Review article: why, when and how to de-escalate therapy in inflammatory bowel diseases. *Aliment Pharmacol Ther* 2014; 40: 338–53.
- Wang Y, Parker CE, Bhanji T *et al.* Oral 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. *The Cochrane Database Syst Rev* 2016(4):CD000543. doi: 10.1002/14651858.CD000543.pub4

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

A. Hábitos dietéticos generales.

- ✓ Relación médico-paciente satisfactoria. El médico debe establecer expectativas realistas con límites consistentes e involucrar al paciente en las decisiones de tratamiento¹.
- ✓ Hacer una dieta "pobre en grasas" y "rica en proteínas" (carne y pescados).
- ✓ Comer despacio y procurar masticar bien.
- ✓ Evitar comida copiosas, son preferibles comidas más frecuentes y menos abundantes².
- ✓ Evitar los alimentos que note que le desencadenan o empeoran sus síntomas. Los que con más frecuencia le perjudican son: especias, alcohol, tónica, sopas de sobre, cacao, derivados lácteos, quesos, yogurt, bollería, pasteles, helados, mantequilla, etc.
- ✓ Si lo que predomina es la diarrea evite los derivados lácteos, café, té y chocolate. Puede tomar leche vegetal (de almendras).
- ✓ Evitar las bebidas alcohólicas y con gas así como los alimentos flatulentos como: col, coliflor, habas, garbanzos, lentejas, coles de Bruselas, cebollas, puerros, guisantes, frutos secos y en conserva.
- ✓ Aumentar la ingesta de agua (de 1,5 a 2 litros diarios), sobre todo si predomina el estreñimiento y bebidas sin cafeína. Limitando la ingesta de té y café a menos de 3 tazas al día.
- ✓ Procurar mantener un horario fijo de comidas, e intente evacuar siempre a la misma hora y sin prisas, preferiblemente después del desayuno.
- ✓ Realizar ejercicio físico³, caminar, nadar, etc.
- ✓ El dolor abdominal se puede aliviar aplicando calor local suave.
- ✓ Evitar el uso de laxantes.
- ✓ Limitar consumo fruta fresca a menos de 240 gramos día
- ✓ Evitar, en lo posible, las situaciones que puedan poner nervioso o estresar.

B. FIBRA Y LAXANTES:

Fibra soluble (ispagula, psilio o avena): apropiada para el tratamiento sintomático del estreñimiento asociado.

Fibra insoluble (salvado de trigo, fibra de maíz) no es apropiada para el estreñimiento asocia.

Los laxantes podrían estar indicados en los pacientes con estreñimiento asociado.

Posología

Laxante osmótico: Inicial 30 ml (20 gr) en 2 tomas

Mantenimiento: 15-30 ml (10-20 gr)/día en 1 toma

Laxante lubricante: 1 cucharada sopera (15 ml) antes de acostarse 2 horas antes del desayuno

Enemas: Enema cassen: 1 enema según necesidad.

LAXANTES			
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Lactulosa	Duphalac®	10gr/15ml (sobres)	15ml/12h
	Belmalax®	200-800ml (frasco)	
Parafina	Emuliquen simple® 2.4gr/5ml (frasco) y 7gr/15ml (sobres)		15ml/12h
	Hodernal® 4gr/5ml (frasco 100/300ml)		
Fosfato disódico / monosódico	Enema Cassen®	140 y 250ml	1aplic/día

C. ANTIDIARREICOS:

Mecanismo de acción

Actúan absorbiendo agua del tubo digestivo, alterando la motilidad intestinal, modificando el transporte de electrolitos o bien mediante la absorción de toxinas o de microorganismos.

Indicación

Diarrea debida a la mala absorción de ácidos biliares: Colestiramina.

Posología

Diarrea aguda: inicial 4 mg seguida de 2 mg tras cada deposición: máximo 16 mg/día máximo 2 días.

Diarrea crónica: inicial 4 mg/ día; mantenimiento 2-12 mg/día máximo 16 mg/día.

ANTIDIARREICOS			
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Loperamida	Fortasec® Imodium® Salvacolina® Loperan®	2mg (cáps) 2mg (cáps) 2mg (cáps) 2mg (cáps)	2-16mg/día
Colestiramina	Resincolestiramina ® Efensol® Lismol®	4gr (sobres) 3gr (sobres) 4gr (polvo)	12-16gr/día, en 3 tomas. 6-16 g/día en 2-4 tomas. 12-16gr/día, en 3 tomas.
Codeína	Codeisan®	30mg (comp) 6.3mg/5ml (jarabe)	Max. 120mg/día

D. ESPASMOLÍTICOS:

Mecanismo de acción

Estos fármacos actúan reduciendo los espasmos de la musculatura lisa mediante el bloqueo de los receptores muscarínicos de la acetilcolina o bien por interferencia en el transporte de calcio a través de la membrana de las células musculares lisas, en los órganos correspondientes.

Indicación

Para aliviar el dolor abdominal. Deberían evitarse en los pacientes que presenten estreñimiento.

Posología

Oral: 1 gragea 30 minutos antes de las comidas. Duración tratamiento: 4 semanas máximo

ESPASMOLITICOS			
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Otilonio bromuro	Spasmocetyl®	40mg (grageas)	2-3grageas/día
Mebeverina	Duspatalin®	135mg (grageas)	2-3grageas/día
Diciclomina	Barmine ®	20 mg	Hasta 4 veces/día
Hiosciamina	Anaspaz ®	0,125 a 0,25 mg	3-4 veces/día

E. ANTIDEPRESIVOS:

La paroxetina mejora la sensación general de bienestar en el SII pero no mejora los síntomas individuales del Síndrome colon Irritable (SII). La amitriptilina no parece ser efectiva para mejorar los síntomas o el dolor en niños con trastornos gastrointestinales funcionales, en cambio puede mejorar la calidad de vida en adolescentes con SII.

Mecanismo de acción

La depresión está relacionada con la reducción de la transmisión del impulso nervioso por un déficit de neurotransmisores (NT) en la sinapsis. Los antidepresivos tricíclicos actúan inhibiendo la recaptación de los NT (noradrenalina y serotonina) por la neurona presináptica, de esa forma ejercen su efecto antidepresivo: pero además, este tipo de fármacos producen otros efectos que se deben al bloqueo de receptores de acetilcolina, histamina y alfaadrenérgicos, responsables de su utilización en el SII.

Indicación

A dosis reducidas mejoran el dolor abdominal. Se deben utilizar de 3-4 semanas de tratamiento antes de aumentar la dosis.

Posología

Amitriptilina: Dosis inicial de 25-50 mg/ al acostarse.

Dosis más eficaz: 75 mg/día. Dosis máxima: 150 mg/día.

Clomipramina: Dosis inicial de 10 mg/día.

ANTIDEPRESIVOS			
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Amitriptilina	Tryptizol®	10-25-50-75mg (comp)	50-150mg/día
	Nobritol®	5-10mg (comp)	
Clomipramina	Anafranil®	10-25-75mg (comp)	75-150mg/día
Desipramina	Nebril	12,5 – 25 mg	50-150 mg/día

F. PROCINÉTICOS:

Los procinéticos no se recomiendan.

Bibliografía

- Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med* 1995; 122:107.
- Böhn L, Störsrud S, Liljebo T, et al. Diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome as well as traditional dietary advice: a randomized controlled trial. *Gastroenterology* 2015; 149:1399..
- Johannesson E, Simrén M, Strid H, et al. Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2011; 106:915.
- Rao SS, Yu S, Fedewa A. Systematic review: dietary fibre and FODMAP-restricted diet in the management of constipation and irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 41:1256
- American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome, Brandt LJ, Chey WD, et al. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2009; 104 Suppl 1:S1.
- Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, et al. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; :CD003460.

COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA

Indicación

La diarrea asociada al uso de antibióticos (DAA) es una entidad clínica muy frecuente en el ámbito hospitalario, habida cuenta del uso indiscriminado de antibióticos en dicho medio. Un número importante de pacientes con DAA puede ser colonizado por *Clostridium difficile*, microorganismo considerado como el principal causante de diarrea nosocomial, pudiendo producir un espectro clínico que va desde una diarrea leve, hasta la temida Colitis pseudomembranosa (CPM).

El tratamiento va a consistir en suspender el tratamiento con el antibiótico desencadenante. En caso de que el tratamiento antibiótico sea esencial para el tratamiento de una infección concurrente deberemos evitar aquellos que más frecuentemente se asocian a CPM (Fluorquinolonas, Clindamicina, Cefalosporinas de amplio espectro y Penicilinas de amplio espectro).

Posología

Cuadro Clínico	1 ^{er} episodio	1 ^a Recurrencia	≥2 recurrencias
CPM no severa <15.000 leuc/mL y <1,5mg/dL sérica	Cr Vancomicina 125mg oral / 6h durante 10 días Alternativas: Fidaxomicina ¹ 200mg oral /12h durante 10 días Metronidazol (Flagyl®) 500mg oral /8h durante 10 días ²	Si se usó Vancomicina: Vancomicina en descenso progresivo ³ ó Fidaxomicina 200mg/12h durante 10 días Si se usó Fidaxomicina o Metronidazol (Flagyl®): Vancomicina 125mg oral /6h durante 10 días	Vancomicina en descenso progresivo ³ ó Fidaxomicina 200mg/12h durante 10 días Alternativas: Vancomicina 125mg oral / 6h durante 10 días seguido de Rifaximina (Spiraxin®) 400mg oral /8h durante 20 días Trasplante de microbiota fecal ⁴
CPM severa >15.000 leu/mL y/o >1,5mg/dL sérica	Cr Vancomicina 125mg oral / 6h durante 10 días Alternativas: Fidaxomicina ¹ 200mg oral /12h durante 10 días Trasplante de microbiota fecal	Si se usó Vancomicina: Vancomicina en descenso progresivo ³ ó Fidaxomicina 200mg/12h durante 10 días Si se usó Fidaxomicina: Vancomicina 125mg oral /6h durante 10 días	
CPM fulminante ⁶ Hipotensión/Shock, Íleo, Megacolon	Vancomicina 500mg oral o por SNG /6h +		

Metronidazol (Flagyl®)
500mg intravenoso /8h

Si íleo: Vancomicina
500mg en 100mL de
SSF en enema de
retención /6h⁵

¹Poner en consideración el coste terapéutico: 1.618€ de Fidaxomicinavs 50€ de Vancomicina para tratamiento completo

²Evitar Metronidazol (Flagyl®) en pacientes ancianos o en CPM asociada en Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

³ Vancomicina 125mg oral /6h durante 10-14 días + 125mg/12h durante 7 días + 125mg/24h durante 7 días + 125mg/2-3 días durante 2-8 semanas.

⁴ Preferible para 3^a o sucesivas recurrencias con al menos dos recurrencias tratadas de forma correcta. El trasplante de microbiota fecal en cuadros severos como terapia inicial ha demostrado disminuir la mortalidad

⁵Los enemas de retención de Vancomicina se pueden asociar a perforación colónica por lo que deben ser restringidos a ausencia de respuesta a tratamiento oral y realizados por personal experto en administrar enemas. En íleo parcial asociar tratamiento oral y enemas, en íleo completo sustituir el tratamiento oral por los enemas.

⁶ Considerar intervención quirúrgica urgente

Bibliografía

- McDonald LC, Gerding DN, Johnson S, Bakken JS, Carroll KC, Coffin SE, et al. Clinical Practice Guidelines for Clostridium difficile Infection in Adults and Children: 2017 Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). Clin Infect Dis 2018; 66:987-94.
- Bagdasarian N, Rao K, Malani PN. Diagnosis and treatment of Clostridium difficile in adults: a systematic review. JAMA 2015; 313:398-408.
- Nelson RL, Suda KJ, Evans CT. Antibiotic treatment for Clostridium difficile-associated diarrhoea in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017; 3:CD004610.
- Debast SB, Bauer MP, Kuijper EJ, European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: update of the treatment guidance document for Clostridium difficile infection. Clin Microbiol Infect 2014; 20 (Suppl 2):1-26.
- Kelly CR, Khoruts A, Staley C, et al. Effect of Fecal Microbiota Transplantation on Recurrence in Multiply Recurrent Clostridium difficile Infection: A Randomized Trial. Ann Intern Med 2016; 165:609-16.
- Hocquart M, Lagier JC, Cassir N, Saidani N, Eldin C, Kerbaj J, et al. Early Fecal Microbiota Transplantation Improves Survival in Severe Clostridium difficile Infections. Clin Infect Dis 2018; 66:645-50.
- Rokas KE, Johnson JW, Beardsley JR, Ohl CA, Luther VP, Williamson JC. The Addition of Intravenous Metronidazole to Oral Vancomycin is Associated With Improved

Mortality in Critically Ill Patients With Clostridium difficile Infection. Clin Infect Dis 2015; 61:934-41.

- Surawicz CM1, Brandt LJ, Binion DG, Ananthakrishnan AN, Curry SR, Gilligan PH, et al. Guidelines for diagnosis, treatment, and prevention of Clostridium difficile infections. Am J Gastroenterol 2013;108:478-98.
- Kelly CP, Lamont JT, Bakken JS. Clostridium difficile infection in adults: Treatment and prevention. . In: UpToDate, Calderwood SB (Ed). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> (Accessed on October06, 2018.)

SINDROME DE INTESTINO CORTO

El síndrome de intestino corto es una de las causas más comunes de fallo intestinal, normalmente secundaria a resecciones intestinales extensas. Cursa con manifestaciones de diarrea persistente, malabsorción, deshidratación, pérdida de peso y déficits nutricionales.

La clínica y en consecuencia el tratamiento del síndrome de intestino corto dependerá del tipo y extensión de la resección

- Tipo I: Yeyunostomía, se produce con una longitud de intestino delgado menor de 150 cm
- Tipo II: Anastomosis yeyunocólica, cuando la longitud es menor de 60 cm
- Tipo III: Anastomosis ileocecal, cuando la preservación es menor de 35 cm

El tratamiento también depende de la fase de adaptación del intestino, aguda (4 semanas), adaptación (1-2 años) y posteriormente mantenimiento.

ESTRATEGIA NUTRICIONAL

- ✓ Comidas frecuentes y pequeñas
- ✓ Aportar carbohidratos 40-60%
- ✓ Proteínas 20-30% (individualizado)
- ✓ Grasas 30%. Usar TG de cadena media. Restricción de grasas en tipo II y III
- ✓ Iniciar la nutrición parenteral de manera temprana a los 3 días tras la dieta y la enteral (polimérica e isotónica) y oral lo antes posible.
- ✓ Usar suero glucosalino o Ringer Lactato. Evitar sueros hipotónicos. Vía oral utilizar solución de rehidratación o Gatorade
- ✓ Restricción de oxalato (en II y III)

- ✓ Multivitaminas (folato, niacina, piridoxina, Vit C y biotina).
- ✓ Vitamina E 30 IU/día
- ✓ Vitamina A 10.000-15000 IU día
- ✓ Vitamina D 5000-10000 IU/día
- ✓ Vitamina B12 (cianocobalamina) 500 mcg im /24-48 horas en pacientes con más de 60 cm de ileon reseca
- ✓ Zinc 12 mg/litro de fluido perdido
- ✓ Calcio 1000-1500 mg/día
- ✓ Magnesio 500 mg/día
- ✓ Otros:selenio, cobre, cromo...

PARA ENLENTECER EL TRÁNSITO

FÁRMACO	DOSIS	EFFECTOS SECUNDARIOS
LOPERAMIDA (1ª línea)	32 mg/día máximo 30min antes de las comidas y dormir	Naúseas. No efectos sobre el SNC
DIFENOXILATO-ATROPINA (1ª línea)	30 mg/día máximo 30 min antes de las comidas y dormir	Sequedad de boca (efectos colinérgicos)
CODEINA (2ª línea)	60 mg día	Sedación. Adicción
ENZIMAS PANCREATICAS	40000 unidades. Para fase de adaptación	Riesgo transmisión enfermedades víricas
COLESTIRAMINA	24 g /día Para tipo II	Dispepsia, estreñimiento, timpanismo,

PARA REDUCIR LA SECRECIÓN GASTROINTESTINAL

FÁRMACO		DOSIS	EFFECTOS SECUNDARIOS
INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES (1ª línea)		Omeprazol 40 mg	Cefalea, náuseas, diarrea o estreñimiento
		Lansoprazol 15-30 mg	
		Pantoprazol 20-40 mg	
		Esomeprazol 20-40 mg	
		Rabeprazol 20 mg	
		Dexlansoprazol 30-60 mg	
BLOQUEADORES DE RECEPTORES DE HISTAMINA (2ª línea)		Famotidina 20-40 mg	Diarrea, cefalea, mialgias, estreñimiento
		Ranitidina 150-300 mg	
		Cinetidina 200-400 mg	
CLONIDINA (2ª línea)		0.1-0.2 mg	Disminuye la PA por su efecto adrenérgico
ANÁLOGO DE LA SOMATOSTATINA (3ª línea)		Octreótido 100-300 mcg/día	Colelitiasis, aumenta glucosa en sangre. NO USAR DE PRIMERA LINEA

PARA TRATAR EL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO

FÁRMACO	DOSIS
ANTIBIÓTICOS	Metronidazol 250 mg 7-14d
	Ciprofloxacino 500 mg 7-14 d
	Rifaximina 250 7-14 d
	Augmentine 500 7-14 d
	Doxiciclina 100 7-14 d
	Neomicina 500 7-14 d
	Tetraciclina 250-500 7-14 d
PROBIÓTICOS	

PARA AUMENTAR EL EFECTO TROFICO Y FACTORES DE CRECIMIENTO (facilitar la adaptación intestinal)

FÁRMACO	DOSIS	EFFECTOS SECUNDARIOS
TEDUGLUTIDA (análogo del GLP-2)	0,05 mg/kg peso/día sc	Crecimiento del estoma, suboclusiones y oclusiones intestinales, crecimiento de posibles cánceres, cefalea, náuseas, vómitos, dolor abdominal. <i>Para pacientes dependientes de NP cuando han fallado otras terapias a los 2 años de la resección</i>

GLUTAMINA Y GH	30 gr/día- 0.9 mg/kg/día	Evidencia no clara. Cara <i>Limitada a cuando han fallado otras terapias</i>
LIRAGLUTIDA, EXENATIDA(análogos GLP-1)	0,6-1,8 mg/día 56 días	En estudio.
EGF	100mcg/kg peso 6 semanas	Pequeños estudios

Bibliografía

- Misiakos et al. Short Bowel Syndrome: Current Medical and Surgical Trends E. J Clin. Gastroenterol vol 41, number 1, January 2007
- Godoy Z, et al. Off label pharmacological therapy in patients with short bowel syndrome. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2013;17:3285-3290
- M.L. Bechtold. The pharmacologic treatment of short bowel syndrome: New tricks and novel agents. Curr Gastroenterol Rep (2014) 16:392
- Meier RF et al. Nutricional Issues in the short bowel syndrome- total parenteral nutrition, enteral nutrition and the role of transplantation. Nestle Nutr Inst Workshop(2015) Ser vol 82, pp 75-90
- Robert. E Carroll. Management and complications of short Bowel Syndrome: and updated review. Curr gastroenterol Rep (2016) 18:40
- L Billiauws et al .Teduglutide for treatment of adult patients with short bowel syndrome.. Expert Opinion on Biological Therapy accepted march 2017
- S. Oke Grow factors and their use in short bowel. Current Opinion Gastroenterol. 2017 33:212-217
- I S Bharadwaj et al. Intestinal Failure. Adaptation, rehabilitation and transplantation.. J Clin. Gastroenterol. Vol 50, number 5, may/june 2016
- V. J. Kumpf et al. Pharmacologic management of diarrhea in patients with short bowel syndrome. Aspen. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition Volume 38 Supplement 1 May 2014 38S-44S
- Spectrum of short Bowel Syndrome in adults: Intestinal insufficiency to intestinal failure Aspen, Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. Volume 38 Supplement 1 May 2014 8S-13S

- Nutrition and fluid Optimization for patients with short bowel syndrome. Aspen Journal of parenteral and enteral nutrition. Volume 37 number 2 march 2013 161-170
- Pharmacologic options for intestinal rehabilitation in patients with short bowel syndrome. Aspen. Journal of parenteral and enteral nutrition. Volume 38 Supplement 1 May 2014.45S-52S
- M Dibb. et al. Review article: the management of long- term parenteral nutrition. Alimentary Pharmacology and Therapeutics. 2013;37:587-603
- S Bharadwaj et al. Upated on the management of intestinal failure. Cleveland Clinic Journal of Medicine 2016 november vol 83 number 11
- K. Vipperla et al. Targeted therapy of short- bowel syndrome with teduglutide: the new kid on the block. Clinical and experimental gastroenterology 2014;7 489-495
- P. Allan . Intestinal failure: a review. F1000 Reserch 2018,7 (F1000 Faculty Rev):85 Last updated:18 JAN 2018
- Billiauws et al. Intestinal adaptation in short bowel syndrome. What is next? L. Nutrición hospitalaria 2018;35(3):731-737
- European Society of Coloproctology consensus on the surgical managment of intestinal failure in adults. Colorectal Disease 2016 18, 535-548
- O. Bilgin et al. Comparison of the effects of glutamine, curcumin, and nesfatin-1 on the gastric serosal surface neomucosa formation: a experimental rodent model. Gastroenteology Research and practice. Volume 2016 . article ID 2081962
- B Bielawska et al.Parenteral Nutrition and Intestinal Failure. Nutrients 2017, 9,466
- Pironi et al. Espen guidelines on chronic intestinal failure in adults. Clinical Nutrition 35(2016) 247-307
- Pironi et al.Intestinal failure in adults: Recommendations from the ESPEN expert groups. Clinical Nutrition (2018)1-12

HEMORROIDES

Medidas Higiénico-dietéticas

- ✓ Dieta rica en fibra
- ✓ Optimizar ingesta hídrica: aproximadamente 2 L / 24 h.
- ✓ Modificación de hábitos defecatorios: evitar esfuerzo defecatorio y tiempos prolongados en el váter.
- ✓ Evitar el sedentarismo / Incentivar ejercicio físico moderado.
- ✓ Baños de asiento con agua templada

LAXANTES FORMADORES DE VOLUMEN

LAXANTES FORMADORES VOLUMEN			
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Ispaghula	Plantaben® Metamucil® Agiolax®	3.5gr (sobres) 3.2gr (sobres) 100-250gr (gran.)	3.5-11gr/día

VENOTÓNICOS

VENOTÓNICOS			
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Diosmina + hesperina	Daflon®	500mg (comp)	1.5-3gr/día
Hidrosmina	Venosmil®	200mg (comp)	
Troxeutina	Venoruton®	1000mg (sobres)	1000mg/día
Dobesilato cálcico	Doxium forte®	500mg (cáps)	1500-2000mg/día

TRATAMIENTO TÓPICO (duración recomendada del tto: 5-7 días)
CORTICOESTEROIDES

CORTICOESTEROIDES TÓPICOS			
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Flucinolona acetónido	Synalar rectal simple®	15-30g (crema)	1-2veces/día
	Abrasone®	30g (crema)	

Hidrocortisona	Hemorrane®	30-60g (crema)	2-3 veces/día
----------------	------------	-------------------	---------------

CORTICOESTEROIDES EN ASOCIACIÓN CON ANESTÉSICOS

CORTICOESTEROIDES TÓPICOS + ANESTÉSICOS			
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Triamcinolona + lidocaína	Anso®	50gr (pomada)	1-2veces/día
Hidrocortisona en asociación	Cohortan rectal® Antihemorroidal Cinfa®	30gr (pomada)	3-4 veces/día
Flucinolona acetónido lidocaína	+ Synalar rectal®	15-30g (crema)	2-3veces/día

ANESTÉSICOS LOCALES

ANESTÉSICOS LOCALES			
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Benzocaína + efedrina	Expresan® Hemoal®	30-50gr (pomada)	2-4veces/día
Lidocaína	Titanorein Lidocaína®	20gr (crema)	3-4 veces/día
Tetracaína	Hemonet toallitas®	8.75mg (toallita)	!-4toallitas/tras deposición
	Proctolog®	Crema Supositorios	. /día

	Proctolial®	Pomada 30 g	!-3/día
--	-------------	-------------	---------

Bibliografía

- Alonso-Coello P, Guyatt G, Heels-Ansdell D, et al. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. Cochrane Database of Syst Rev. 2005;(4):CD004649.
- Johannsson HO, Graf W, Pählman L. Bowel habits in hemorrhoid patients and normal subjects. Am J Gastroenterol. 2005;100:401–406.
- Garg P, Singh P. Adequate dietary fiber supplement along with TONE concept can help avoid surgery in most patients with advanced hemorrhoids. Minerva Gastroenterol Dietol 2017;63: 92–6.
- Perera N, Liolitsa D, Iype S, et al. Phlebotonics for haemorrhoids. Cochrane Database of Syst Rev. 2012;8:CD004322.
- Alonso-Coello P, Zhou Q, Martinez-Zapata MJ, et al. Meta-analysis of flavonoids for the treatment of haemorrhoids. Br J Surg 2006;93:909–20.

FISURA ANAL

El objetivo es conseguir mejoría sintomática y cicatrización de la fisura; ello se consigue favoreciendo unas deposiciones blandas, evitando el esfuerzo defecatorio, disminuyendo el espasmo esfinteriano si lo hubiera, y aliviando el dolor.

Laxantes:

LAXANTES			
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Aumentadores de Volumen:			
	<u>Plantaben®</u>		
Plantago Ovata	<u>Biolid®</u> <u>Cenat®</u>	3.5gr (sobres)	3.5-11gr/día
	<u>Metamucil®</u>		

Osmóticos:		
Sales de Magnesio	Magnesia Cinfa□ / Magnesia San Pellegrino□	1-2 sobres/24h
Lactulosa	Duphalac□ / Belmalax® / <u>Lactulosa Lainco®</u>	15-30ml/24h
Lactitol	<u>Emportal®</u> / <u>Oponaf®</u>	15-20g/24h
Polietilenglicol	<u>Movicol®</u>	2-3 sobres/24h
		2.4gr/5ml
Lubricantes:	<u>Emuliquen simple®</u>	(frasco) y 7gr/15ml
Parafina	<u>Hodernal®</u>	(sobres) 4gr/5ml 15ml/12h
		(frasco 100/300ml)

Relajantes del espasmo esfinteriano:

RELAJANTES MUSCULARES			
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
Gliceriltrinitrato	Rectogesic®	0.2% (gel)	2aplic/24h
Diltiazem crema	Fórmula magistral®	2% (crema)	2-3 aplic/24h
Nifedipino	Fórmula magistral®	0.2% (crema)	2-3 aplic/24h

Analgésicos:

POMADAS ANALGÉSICAS		
Principio activo	Nombre Comercial	Dosis
	Anso®	
	Cohortan rectal®	
Con corticoides	Abrasone® Hepro®	2-3veces/día
	Ruscus Llorens®	
	Synalar rectal®	
	Hadensa®	
Sin corticoides	Hemoal® Proctolog®	2-3 veces/día
	Titanorein lidocaína®	
	Levorag®	

Bibliografía

- Berry SM, Barish CF, Bhandari R, et al. Nitroglycerin 0.4% ointment vs placebo in the treatment of pain resulting from chronic anal fissure: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *BMC Gastroenterol.* 2013;13:106.
- Nelson RI, Thomas K, Morgan J, Jones A. Non-surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2:CD003431.
- Ala S, Enayatifard R, Alvandipour M, Qobadighadikolaei R. Comparison of captopril (0.5%) cream with diltiazem (2%) cream for chronic anal fissure: a prospective randomized double-blind two-centre clinical trial. *Colorectal Dis.* 2016;18:510– 516. doi: 10.1111/codi.13147.
- Sanei B, Mahmoodieh M, Masoudpour H. Comparison of topical glyceryl trinitrate with

diltiazem ointment for the treatment of chronic anal fissure: a randomized clinical trial. *Acta Chir Belg.* 2009;109:727–730.

- Pardhan A, Azami R, Mazahir S, Murtaza G. Diltiazem vs. glyceryl tri-nitrate for symptomatic relief in anal fissure: a randomised clinical study. *J Pak Med Assoc.* 2014;64:510–513.
- Digennaro R, Pecorella G, La Manna S, Alderisio A, Alderisio A Jr, De Pascalis B et al. Prospective multicenter observational trial on the safety and efficacy of LEVORAG® Emulgel in the treatment of acute and chronic anal fissure. *Tech Coloproctol* 2015;19:287-92.
- Giordano P, Mistrangelo M, Cracco N, D'Elia A, Creperio G, Digito F et al. Topical application of LEVORAG® as first-line treatment for chronic anal fissures: a preliminary multicentric study. *Minerva Chir* 2015;70:319-25.

PROCTITIS

Es la inflamación del recto y puede ser de etiología actínica o infecciosa (habitualmente asociada al VIH), inflamatoria (Colitis/Crohn), por antibióticos (Colitis pseudomembranosa), inespecífica.

Proctitis actínica

- Existe evidencia moderada de que un tratamiento efectivo para la proctitis actínica pueden ser los enemas de sucralfato (2 g diluidos en 20 ml de agua dos veces al día).
- Sulfasalazina oral 1 g cada 8 horas combinado con el tratamiento anterior produce una alta tasa de respuesta.

Proctitis secundaria a Antibióticos (C. Difficile):

PROCTITIS POR CL. DIFFICILE				
	Principio activo	Nombre Comercial	Presentación	Dosis
	Metronidazol	Flagyl®	250mg (comp)	250mg/6h
		Metronidazol EFG®	500mg (vial)	
		Vancomicina EFG®	100mg-1g (vial)	

ANTIBIÓTICOS	Vancomicina	Diatracin®	250mg (cáps)	125-500mg/6h
	Teicoplanina	Targocid®	200-400mg (vial)	6mg/kg/12h x3
	Ac. fusídico	Fucidine®	20mg/gr (crema)	500mg/6-8h
ANTIDIARREICOS	Colestiramina	Resincolestiramin® Efensol® Lismol®	4gr (sobres) 3gr (sobres) 4gr (polvo)	12-16gr/día 6-16 g/día 12-16gr/día

Proctitis secundaria a EII:

PROCTITIS POR EII			
	Principio activo	Nombre Comercial	Dosis
ENEMA CORTICOIDES	Budesonida	Entocord enema® Interstifalk espuma rectal®	1/24h
	Beclometasona dipropionato	Becloenema®	1aplic/12-24h
	Prednisolona	Prednisolona enema FM®	1aplic/12-24h
	Triamcinolona	Proctoesteroid®	1aplic/12-24h
	Metilprednisolona enema	Fórmula magistral®	1enema/12-24h
	Eudragit-L	Claversal®	500mg
	Eudragit-S	Lixacol®	400mg

MESALAZINA	Microg. Etilcelulosa	Pentasa®	1g
	Eudragit-S	Asacol®	400mg
	MMX	Salofalk®	500mg/1g/1.5g
	MMX	Claversal®	1.2g

Proctitis Infecciosa (CMV, HSV, Neisseria gonorrhoeae , C. trachomatis , T. pallidum , Mycobacterium tuberculosis , Campylobacter spp., Shigella spp., Salmonella spp., Entamoeba histolytica y Giardia lamblia)

Tratamiento antibiótico según cultivo o biopsia de las lesiones.

Bibliografía

- Kochhar R, Patel F, Dhar A, et al. Radiation-induced procto- sigmoiditis: prospective, randomized, double-blind controlled trial of oral sulfasalazine plus rectal steroids versus rectal sucral- fate. *Dig Dis Sci.* 1991;36:103–107.
- Kochhar R, Sriram PV, Sharma SC, Goel RC, Patel F. Natural history of late radiation proctosigmoiditis treated with topical sucralfate suspension. *Dig Dis Sci.* 1999;44:973–978.

ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento es una patología muy común que puede deberse a una gran variedad de causas. El manejo adecuado requiere una evaluación de las etiologías secundarias, como trastornos sistémicos y el uso de medicamentos que puedan provocarlo. Una vez eliminadas las causas secundarias, el estreñimiento idiopático puede asociarse con el tránsito colónico normal o lento, la disfunción defecatoria (disfunción del suelo pélvico) o ambos.

El tratamiento inicial del estreñimiento crónico idiopático incluye medidas educativas en el paciente, cambios en la dieta, laxantes formadores de volumen y / o laxantes o enemas no formadores de volumen.

ESTREÑIMIENTO		
PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS
LAXANTES		
AUMENTADORES DE MATERIAL FECAL		
Ispaghula (semillas de psyllium)	CENAT (Granulado para sol. Oral) METAMUCIL (Polvo sobre 3,26 g) PLANTABEN Polvo efervescente 3,5 g PLANTAGO OVATA Polvo para susp. oral 3,5 g PLANTAX Polvo para susp. oral 3500 mg	3,5 – 20 g/ día según necesidad y respuesta
Metilcelulosa	MUCIPLAZMA Cáps. 500 mg	Inicio: 1,5g/8h Mantenimiento: 1,5g/día Dosis máx: 6 mg/día
Polcarbófilo cálcico	POLICARBÓFILO CÁLCICO	Inicio: 2 comp. /12 h; Mantenimiento: 1 comp./12h
Goma Guar	FIBRAGUAR Granulado para sol. oral 5 g/sobre	Inicio: 4,50-4,75 g/24h
OSMÓTICOS		
Lactulosa	DUPHALAC Sol. oral 10 g/sobre; 667,5 mg/ml LACTULOSA Sol. oral 10 g; 667,5 mg/ml	Inicial: 30 ml (20 g) / 12h. Mantenimiento: 15-30 ml (10-20 g)/ 24h
Lactitol	OPONAF Polvo 10 g EMPORTAL Polvo para sol. oral 10 g	Inicial: 20 g/24h (mañana o noche). Mantenimiento: 10 g/24h
Polietilenglicol/Macrogol	MACROGOL SANDOZ Polvo para sol. oral 13,7 g MOLAXOLE Polvo para sol. oral MOVICOL Polvo para sol. oral 13,8 g MOVIPREP Polvo para sol. oral PLEINVUE Polvo para sol. Oral ATOLAXANT Polvo para sol. oral 13,7 g KLEAN-PREP Polvo para sol. oral LAXIDO ORANGE Polvo para sol. oral 13,8 g	Inicial: 1-3 sobres/24h Mantenimiento: 1-2 sobres/24h
Sulfato de Magnesio	MAGNESIA CINFA Susp. oral 200 mg/ml; Susp. oral 2400 mg MAGNESIA SAN PELLEGRINO Polvo 3,6	1-5 g/24h (en 1 ó 2 dosis)

	g/sobre/Polvo para disolución 2,245 g MAGNESIA SEID Polvo para susp. oral 2,4 g DARMEN-SALT Granulado efervescente LEBERSAL Granulado efervescente	
Citrato de Magnesio	SALMAGNE Polvo	1 o 2 cucharadas en 1/2 vaso de agua/24h
LUBRICANTES		
Parafina	EMULIQUEN LAXANTE sobres 4,5 mg/7,173 g; emulsión oral 2,4g/5ml; HODERNAL Líq. 800 mg/ml ORDELAX líquido oral 756,6 mg/ml	15 ml o una cucharada grande/24h antes de acostarse Si es necesario, repetir la dosis por la mañana 2 horas antes o después del desayuno. cucharadas grandes) al día. Mantenimiento: Reducir dosis/día conforme se normalicen las evacuaciones y luego espaciar cada 2-3 días
Docusato sódico		100-300 mg al acostarse
ESTIMULANTES		
Sen	SEN ARKOPHARMA Cáps. dura 300 mg BEKUNIS COMPLEX Comp/ Polvo para sol. oral 81,6 g/100 g PUNTUAL Gotas orales 30 mg/ml PUNTUALEX Sol. oral 150 mg/5ml PURSENID Gragea 12 mg X-PREP Sol. 150 mg/75 ml LAXANTE OLAN Polvo efervescente 25 mg/100 mg LAXANTE SALUD Comp. recub. 7,5 mg BEKUNIS LAX TISANA Tisana FARMASUL Tisana	GRAGEAS/COMP: 1-3 grageas/24h GOTAS: Inicio: 8 gotas/24h; Mantenimiento: 16 gotas/día.

	LINEASUL TISANA NEHOLIS Tisana 1,5 g	
Cascara sagrada/Fave de Fuca/Combinaciones	CASCARA SAGRADA Cáps. dura 250 mg FAVE DE FUCA Comp. recub. FAVILAX Cáps. LAXOR Comp. 320 mg NICO HEPATOCYN Comp. recub. PILDORAS ZENINAS Píldoras	1-2 comp/24h
Bisacodilo/Aceite de Ricino	ACEITE DE RICINO ORRAVAN Líquido 1 mg/ml DULCOLAXO BISACODILO Comp. 5 mg/supositorio 10 mg BEKUNIS COMPLEX Comp/ Polvo para sol. oral 81,6 g/100 g LAXABIXAL Comp. gastrorresistente 5 mg	3,75-7,5 mg/día 5-10 mg/día
Picosulfato sódico	CONTUMAX Gotas orales en sol. 7,5 mg/ml DULCOLAXO PICOSULFATO Gotas orales en sol. 7,5 mg/ml EVACUOL Gotas orales en solución 7,5 mg/ml EZOR Sol. gotas orales LUBRILAX Gotas 7,5 mg/ml	3-6 mg(5-10 gotas)/24h(noche)
ESTIMULANTES DEL PERISTALTISMO		
Cinitaprida	BLASTON Comp. 1 mg / Granulado para susp. oral 1 mg / Sol. oral 1 mg/5 ml CIDINE Comp. 1 mg / Granulado para susp. oral 1 mg/ Sol. oral 1 mg/5 ml	1mg/8h (15 min antes de cada comida)
Pruloprida	RESOLOR 1 mg / 2 mg Comp. recub. con película	2 mg / 24h
Piridostigmina	MESTINON Comp. 60 mg	60 mg/4 h
Colchicina	COLCHICINA SEID Comp. 0,5 mg/Comp. 1 mg COLCHIMAX Comp. 0,5/5 mg	1 comp / 12h
Misoprostol	CYTOTEC Comp. 200 mcg	1 comp/8h
Parasimpaticomiméticos	NEOSTIGMINA BRAUN Amp. 0,5 mg/ml PROSTIGMINE Sol. iny. 0,5 mg/ml	0,5-1 mg / 4h
Agonistas de la motilina	AZITROMICINA 250mg/500 mg ZITROMAX Cáps. 250 mg/500 mg	500 mg/24h durante 3 días ó 500 mg el 1 ^{er} día, seguido de 250 mg/24h 4 días
Estimulantes de la secreción (Linaclotida)	CONSTELLA Cáps. dura 290 mcg	1 comp/24h (30 min antes comida)

ENEMAS		
Salinos	FISIOENEMA	
Glicerina	ADULAX CASEN-FLEET Sol. rectal 7,5 g DULCOLAXO GLICEROL Sol. rectal unidosis 5,4 ml GLYCILAX ADULTOS Sol. rectal monodosi 6,75 g KANOVA ADULTOS Sol. rectal 6,75 g LAXADINA GLICEROL Sol. rectal 6,75 g VEROLAX ADULTOS Sol. rectal 5,4 ml/enema	Supositorios
Combinaciones	ENEMA CASEN Sol. rectal 139 mg/ml + 32 mg/ml LAINEMA Sol. rectal 14 g/3 g/100 ml	A demanda
OTROS		
Metilnaltrexona	RELISTOR Sol. iny. 12 mg/ 0,6 ml	12 mg a demanda, mín. 4 veces/sem Máx. 1 vez/día (7 dosis/sem)

PAPILOMAS ANALES (CONDILOMA ACUMINADO)

Enfermedad de transmisión sexual por infección viral: Papilomavirus.

Posología

Principio Activo	Nombre Comercial	Presentación	Posología
Imiquimod	Aldara®	Crema 5%	3 aplicaciones / semana hasta desaparición total ó un máximo de 16 semanas ¹
Podofiltoxina	Wartec®	Crema 0,15%	2 aplicaciones / día durante 3 días, seguido de 4 días sin aplicarlo. Repetir hasta desaparición ó un máximo de 4 semanas ²
Sinecatequina	Veregen®	Pomada 10% (100mg/g)	3 aplicaciones / día hasta desaparición total ó un máximo de 16 semanas
Ácido Tricloroacético	Fórmula Magistral	Solución 90%	1 vez / semana durante 3-4 semanas ó 1 vez / dos semanas durante 8-10 semanas ³
Cidofovir ⁴	Cidofovir	Crema 1%	1 vez / día durante 2

semanas

- ¹Aplicar por la noche y mantener 6-10 horas. Limpiar con agua y jabón por la mañana.
- ²Aplicar en un área máxima de 10cm² y no exceder 0,5 mL/día. Lavar la zona tras 1-4 horas de la aplicación.
- ³Debe ser aplicado por profesional médico en consulta.
- ⁴Indicado únicamente en enfermedad refractaria y especialmente en pacientes VIH.

Bibliografía

- Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015.MMWR Recomm Rep 2015;64:1-137.
- Silvera RJ, Smith CK, Swedish KA, Goldstone SE. Anal condyloma treatment and recurrence in HIV-negative men who have sex with men. Dis Colon Rectum 2014;57:752-61.
- Coremans G, Margaritis V, Snoeck R, Wyndaele J, De Clercq E, Geboes K. Topical cidofovir (HPMPC) is an effective adjuvant to surgical treatment of anogenital condylomata acuminata. Dis Colon Rectum 2003;46:1103-9.
- Scheinfeld N. Condylomata acuminata (anogenital warts): Management of external condylomata acuminata in. In: UpToDate, Rosen T (Ed). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> (Accessed on October06, 2018.)

INCONTINENCIA FECAL

La incontinencia fecal se define como la pérdida involuntaria de heces sólidas o líquidas. La incontinencia anal se define cuando además se asocia la pérdida de gases. El tratamiento inicial consiste en la corrección de la causa y medidas conservadoras y sintomáticas mediante medidas de soporte y tratamiento médico.

INCONTINENCIA FECAL		
PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS
AUMENTADORES DE MATERIAL FECAL		
Ispaghula (semillas de psyllium)	CENAT (Granulado para sol. Oral)	3,5 – 20 g/ día
	METAMUCIL (Polvo sobre 3,26 g)	según necesidad
	PLANTABEN Polvo efervescente 3,5 g	y respuesta
	PLANTAGO OVATA Polvo para susp. oral 3,5 g	
	PLANTAX Polvo para susp. oral 3500 mg	
Metilcelulosa	MUCIPLAZMA Cáps. 500 mg	Inicial: 1,5g/8h Mantenimiento: 1,5g/día

		Dosis máx: 6 mg/día
ANTIDIARREICOS		
Loperamida	DIARFIN Cáps. dura 2 mg ELISSAN Comp. 2 mg FORTASEC Cáps. 2 mg IMODIUM Cáps. 2 mg LOPERAN Cáps. 2 mg LOPESTOP Cáps. 2 mg SALVACOLINA Comp. 2 mg SINDIAR Cáps. 2 mg	Inicial: 4 mg Máx 14 mg/día
Codeína	HISTAVERIN Jarabe 10 mg/5 ml BISOLTUS Sol. oral 2 mg/ml CODEISAN Comp. 28,7 mg FLUDAN CODEINA Sol. oral 10 mg/5 ml HISTAVERIN Jarabe 10 mg/5 ml NOTUSIN Sol. oral 10 mg/5 ml TOSEINA Sol. oral 2 mg/ml	30 mg / 6-8h
Colestiramina	EFENSOL Polvo para susp. oral 3 g/sobre RESINCOLESTIRAMINA Polvo para susp. oral 4 g	12-16g/día (en una o varias tomas)
Bismuto subsalicilato	BISMUTO SUBSALICILATO	2 comprimidos. Repetir la dosis si precisa
Clorhidrato de etilmorfina	DEMUSIN (MEDICAMENTO ANULADO)	
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS		
Amitriptilina	DEPRELIO Cáps. dura 25 mg TRYPTIZOL Comp. 10 mg / Comp. recub. 25 mg / Comp. recub. 50 mg / Comp. 75 mg	25 mg / 12h

PRURITO ANAL

Diagnóstico diferencial

Descartar origen infeccioso por hongos o parásitos, así como patología anal (fisura, hemorroides, fístula, etc). En otras ocasiones puede ser debido a enfermedades dermatológicas (psoriasis inversa, dermatitis de contacto, dermatitis atópica, hidrosadenitis supurativa, o carcinoma escamoso in situ "Enfermedad de Bowen"). El tercer grupo de enfermedades causantes de prurito son las enfermedades de transmisión sexual (condiloma, herpes, sífilis, gonorrea, etc).

Otras causas menos frecuentes como las enfermedades sistémicas tales como la diabetes, colestasis, linfoma, leucemia, pelagra, fallo renal, tirotoxicosis, hipotiroidismo,

VIH, pueden generar prurito anal pero se suele asociar a prurito generalizado. El tratamiento será el de la causa en caso de conocerla (ver capítulos correspondientes). Se hará tratamiento de dermatitis de contacto o tratamiento sintomático en caso de prurito anal idiopático. En casos refractarios se puede aplicar Capsaicina Tópica 0,025 (Zostrix®) / 8 horas durante 4 semanas.

Antifúngicos

Principio activo	Nombre comercial	Posología
Nistatina	Mycostatin tópico®	1aplic/6-12 h
Miconazol	Daktarin tópico® / Fungisdin® / Pasedon®	1aplic/12-24h
Eberconazol	Ebernet®	1aplic/12-24h
Econazol	Ecotam® / Micoespec®	1aplic/12-24h
Flutrimazol	Flusporan® / Micetal® / Funcenal®	1 aplic/24h
Bifonazol	Bifokey® / Levelina® / Mycospor®	1 aplic/24h
Clotrimazol	Canespie® / Canesten® / Clotrimazol EFG®	1 aplic/8-12h
Ketoconazol	Fungarest® / Fungo Farmasierra® / Keto-cure® / Ketoconazol EFG® / Ketoisdin® / Panfungol®	1 aplic/12-24h
Sertaconazol	Dermofix® / Dermoseptic® / Zalain®	1aplic/12-24h
Oxiconazol	Salongo®	1 aplic/24h

Parásitos

Principio activo	Nombre comercial	Posología
Mebendazol	Lomper® / Oxitover® / Sufil®	100mg dosis única y repetir a las 2 semanas
Albendazol	Eskazole®	400mg dosis única y repetir a las 2 semanas
Pirantel	Trilombrin® / Lombriareu®	11mg/kg dosis única y repetir a las 2 semanas

Antipruriginosos tópicos

Principio activo	Nombre comercial	Posología
Oxido de Zinc	Anticongestiva Cusi® / Mitosyl® / Pasta LassarImba®	1-2 aplic/24h
Difenhidramina	Neosayomol®	3-4 aplic/24h
Dimetindeno	Fenistil®	2-4 aplic/24h
Tripelenamina	Azaron®	3-4 aplic/24h
Calamina	Kalamina loción® / Talquistina®	3-4 aplic/24h
Mentol	Sartol® / Prulit® / Vaselina mentolada Orravan®	1 aplic/8-12h

Antipruriginosos sistémicos

Principio activo	Nombre comercial	Posología
Alimemazina	Variargil®	10mg/8-12h
Difenhidramina	Benadryl® / Soñodor®	25-50mg/6-8h
Cetirizina	Alercina® / Alerlisin® / Reactine® / Virilix® / Zyrtec® / Cetirizina EFG®	10mg/24h
Clemastina	Tavegil®	1-3mg/12h
Desloratadina	Aerius® / Azomyr®	5mg/24h
Dexclorfenamina	Polaramine®	2mg/4-6h
Difenhidramina	Benadryl® / Soñodor®	25-50mg/6-8h
Ebastina	Alastina® / Bactil® / Ebastel® / Ebastina EFG®	10-20mg/24h
Fexofenadina	Fexofenadina EFG® / Telfast®	120-180 mg/24h
Hidroxizina	Atarax® 25-100mg/6-8h	25-100mg/6-8h
Levocetirizina	Levocetirizina EFG® / Muntel® / Xaza®	5mg/24h
Loratadina	Cliveran® / Clarityne® / Loratadina EFG®	10mg/24h
Mequitazina	Mircol®	5mg/12h
Mizolastina	Zolistan®	10mg/24h
Oxatomida	Oxatokey®	30mg/12h
Prometazina	Frinova®	50-100mg/24h
Rupatadin	Rinialer® / Alergoliber® / Rupafin®	10mg/24h
Terfenadin	Cyater® / Ternadi®	60mg/12h

Corticoides

Existen en el mercado más de 100 presentaciones comerciales de pomadas y cremas con corticoides y asociaciones de extractos naturales, con o sin antibióticos, que pueden ser indicados para el prurito de etiología hemorroidal, eccematoso, dermatosis inflamatorias o alérgicas, etc. Aquellas que contienen corticoides deben limitar su aplicación a un máximo de 2 semanas para evitar la atrofia cutánea.

A continuación enumeramos por subgrupos los nombres comerciales de estas pomadas:

- Corticoides: Hemodren®, Hemorrane®, Isdinium rectal®, Adventan®, Lexxema®, Recto Menaderm®, Betnovate®, Celestoderm V®, Diproderm®, Alergical®, Dermaren®, Synalar rectal®, Batmen®, Peitel®.
- Asociaciones de principios activos con corticoides: Claral Plus, Cremsol, Cuatroderm, MenadermClio, Positon.
- Asociaciones de principios activos con corticoides y antibiótico: Abrasone, Aldoderma, Bacisporín, Celestodermgentamicina, CortisonChemicet, Creanolona, DermoHubber, Diprogenta, Flodermol, Fucibet, Fucidine, MenadermNeomicina, Midacina, NovoterGentamicina, Terra Cortril, Tisuderma.

- Asociaciones de principios activos sin corticoides: Proctolog, Titanorein, Hemoal, Hadensa, Avena Isdin, Nucoa, Halibut, Pasta al agua (F.Magistral).

Bibliografía

- Kränke B, Trummer M, Brabek E, Komericki P, Turek TD, Aberer W. Etiologic and causative factors in perianal dermatitis: results of a prospective study in 126 patients. Wien KlinWochenschr 2006;118:90-4.
- Oztaş MO, Oztaş P, Onder M. Idiopathic perianal pruritus: washing compared with topical corticosteroids. Postgrad Med J 2004; 80:295-7
- Parés D, Abcarian H. Management of Common Benign Anorectal Disease: What All Physicians Need to Know. Am J Med 2018;131:745-51.
- Lysy J, Sistiery-Ittah M, Israelit Y, Shmueli A, Strauss-Liviatan N, Mindrul V, et al. Topical capsaicin--a novel and effective treatment for idiopathic intractable pruritus ani: a randomised, placebo controlled, crossover study. Gut 2003;52:1323-6.
- Breen E, Bleday R. Approach to the patient with anal pruritus. In: UpToDate, Lamont T (Ed). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> (Accessed on October06, 2018.)

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Antibioterapia I.V.:

- Metronidazol 1500mg/24h (Flagyl®, Metronidazol EFG®).
- Piperacilina-Tazobactam 4gr/8h.(Piperacilina-Tazobactan EFG®, Tazocel®).
- Amoxicilina-Clavulanico 1-2 gr/6-8h (Amoxicilina-Clavulainico EFG®, Augmentine®).
- Ertapenem 1gr/24h (Invanz®).
- Meropenem 0,5-1gr/8h. (Meronem®).
- Doripenem 500mg/8h. (Doribax®).
- Tigecyclina 100mg de carga y seguir con 50/12h. (Tygacil®)
- Ciprofloxacino 400mg/8-12h. (Baycip®, Ciprofloxacino EFG®)
- Levofloxacino 500mg/12-24h. (Tavanic®, Levofloxacino EFG®).
- Amikacina: 15mg/kg/24h. (Amikacina EFG®)
- Gentamicina 240 mg/24h.(Gentamicina EFG®, Gebramycin®, Rexgenta®)
- Aztreonam 1-2 gr/8h. (Azactam®)

Antibioterapia V.O:

- Trimetoprim-Sulfametoxazol 25/5/kg/6h. (Soltrim®)
- Ciprofloxacino 750mg /12h (Baycip®, Ciprofloxacino EFG®, Cetraxal®,

Cunesin®, Doriman®, Estecina®, Felixene®, Globuce®, Piprol®, Rigoran®,
Sepcen®, Tam®, Ultramicina®)

- Levofloxacino 500mg/12h. (Asey®, Levofloxacino EFG®, Tavanic®)
- Metronidazol 500mg /8h (Flagyl®)
- Amoxicilina-Clavulánico 2gr/12h.(Augmentine plus®,
Amoxicilina-Clavulánico EFG®)
- Moxifloxacino. 400mg/24h. (Actira®, Proflox®)

Bibliografía

- Stollman N, Smalley W, Hirano I; AGA Institute Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Management of Acute Diverticulitis. *Gastroenterology*. 2015 Dec;149(7):1944-9. doi: 10.1053/j.gastro.2015.10.003. Epub 2015 Oct 8.
- Andeweg CS, Mulder IM, Felt-Bersma RJ, Verbon A, van der Wilt GJ, van Goor H, Lange JF, Stoker J, Boermeester MA, Bleichrodt RP; Netherlands Society of Surgery; Working group from Netherlands Societies of Internal Medicine, Gastroenterologists, Radiology, Health echnology Assessment and Dieticians. Guidelines of diagnostics and treatment of acute left-sided colonic diverticulitis. *Dig Surg*. 2013;30(4-6):278-92. doi: 10.1159/000354035. Epub 2013 Aug 20.
- Sartelli M, Catena F, Abu-Zidan FM, Ansaloni L, Biffi WL, Boermeester MA, Ceresoli M, Chiara O, Coccolini F, De Waele JJ, Di Saverio S, Eckmann C, Fraga GP, Giannella M, Girardis M, Griffiths EA, Kashuk J, Kirkpatrick AW, Khokha V, Kluger Y, Labricciosa FM, Leppaniemi A, Maier RV, May AK, Malangoni M, Martin-Loeches I, Mazuski J, Montravers P, Peitzman A, Pereira BM, Reis T, Sakakushev B, Sganga G, Soreide K, Sugrue M, Ulrych J, Viale P, Moore EE. Management of intra-abdominal infections: recommendations by the WSES 2016 consensus conference. *World J Emerg Surg*. 2017 May 4; 12:22. doi: 10.1186/s13017-017-0132-7

RESERVORITIS

Inflamación no específica del reservorio ileal.

RESERVORITIS		
Principio activo	Nombre Comercial	Dosis
ANTIBIÓTICOS:		
Ciprofloxacino	Baycip® / Ciprofloxacino EFG® / Cetraxal® / Cunesin® / Doriman® / Estecina® / Felixene® / Globuce® / Piprol® / Rigoran® / Sepcen® / Tam® / Ultramicina®	500g/12h
Metronidazol	Flagyl®	500mg/8h
Tinidazol	Tricolam®	dosis de carga 1g/24h
Rifaximina	Spiraxin®	200-400mg/6h
Lactobacilos Acidophilus	Casensifilus® / Lacteol® / Lactofilus®	
Bifidobacterias	Infloran® / VSL#3®	
Alopurinol	Alopurinol CINFA EFG® Alopurinol BLUEFISH® Alopurinol MUNDOGEN EFG® Alopurinol NORMON EFG® Alopurinol PENSA EFG® Zyloric®	300mg/12h

Bibliografía

- Zezos P, Saibil F. Inflammatory pouch disease: The spectrum of pouchitis. *World J Gastroenterol* 2015; 21(29): 8739-8752

- Shen B, Fazio VW, Remzi FH, Bennett AE, Lopez R, Brzezinski A, Oikonomou I, Sherman KK, Lashner BA. Combined ciprofloxacin and tinidazole therapy in the treatment of chronic refractory pouchitis. *Dis Colon Rectum*. 2007;50:498–508
- Abdelrazeq AS, Kelly SM, Lund JN, Leveson SH. Rifaximin-ciprofloxacin combination therapy is effective in chronic active refractory pouchitis. *Colorectal Dis*. 2005;7:182–186
- Levin KE, Pemberton JH, Phillips SF, Zinsmeister AR, Pezim ME. Role of oxygen free radicals in the etiology of pouchitis. *Dis Colon Rectum*. 1992;35:452–456.

POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

Coma adyuvante a la cirugía y a la vigilancia endoscópica algunos AINEs han demostrado una reducción significativa del número y tamaño de los adenomas así como una menor recurrencia de adenomas con displasia de alto grado.

- Celecoxib 400mg/12h. (Artilog®, Celebrex®, Onsenal®)
- Sulindaco 150mg/12h (NO ESTÁ COMERCIALIZADO EN ESPAÑA)

Bibliografía

- Cruz-Correa M, Hylind LM, Romans KE, Booker SV, Giardiello FM. Long-term treatment with sulindac in familial adenomatous polyposis: a prospective cohort study. *Gastroenterology*. 2002 Mar;122(3):641-5.
- R K S Phillips, M H Wallace, P M Lynch, E Hawk, G B Gordon, B P Saunders, N Wakabayashi, Y Shen, S Zimmerman, L Godio, M Rodrigues-Bigas, L-K Su, J Sherman, G Kelloff, B Levin, G Steinbach, and The Fap Study Group. A randomised, double blind, placebo controlled study of celecoxib, a selective cyclooxygenase 2 inhibitor, on duodenal polyposis in familial adenomatous polyposis. *Gut*. 2002 Jun; 50(6):857–860.

ILEO PARALITICO

ILEO PARALÍTICO		
Principio activo	Nombre Comercial	Dosis
Procinéticos: Metocloprami da Ondasentron	Metoclopramida EFG® / Primperan® Ondasetron EFG® / Yatrox® / Zofran®	10/mg/8h 4.8 mg/24h
Parasimpaticomiméticos: Neostigmina Cloruro de Betanecol	Neostigmina Braun® / Prostigmine® -	0.25-0.5mg/ml en 2-3h 30mg/6-8h
Antagonistas de los receptores mu-opioides de acción periférica:		
Alvimopam	no aprobado en España	
Metilnaltrexona	Relistor®	0.4-0.6 ml/48h
Agonista selectivo receptores 5-HT4 Mosapride	MOSAPRIDE (no comercializado en España)	
Antibióticos: Eritromicina	Pantomicina® Bronsema®, Eritrogobens®, Eitroveinte®, Lagarmicin®	200mg/8h 3mg/kg iv 8h

Otros

- ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (como estrategia analgésica que evite el uso de opioides): INHIBIDORES COX-2: CELECOXIB

- LAXANTES
- CONTRASTE RADIOLÓGICO: Diatrizoato de sodio y diatrizoato de meglumina. GASTROGRAFÍN® (50-100ml)
- GOMA DE MASCAR
- CAFÉ (3 tazas de 200ml/ día)
- NICOTINA
- DAIKENCHUTO (medicina tradicional japonesa)
- SULFATO DE MAGNESIO

Bibliografía

- Traut U, Brugger L, Kunz R, Pauli-Magnus C, Haug K, Bucher HC, et al. Systemic prokinetic pharmacologic treatment for postoperative adynamic ileus following abdominal surgery in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1): CD004930.
- Kehlet H, Holte K. Review of postoperative ileus. *Am J Surg.* 2001 Nov;182(5A Suppl):3S-10S.
- Maehara T, Matsumoto K, Horiguchi K, et al. Therapeutic action of 5-HT₃ receptor antagonists targeting peritoneal macrophages in post-operative ileus. *British Journal of Pharmacology.* 2015;172(4):1136-1147. doi:10.1111/bph.13006.
- Nair A. Alvimopan for post-operative ileus: What we should know?. *Acta Anaesthesiol Taiwan.* 2016 Sep;54(3):97-98. doi: 10.1016/j.aat.2016.10.001. Epub 2016 Nov 5.
- Traut U, Brügger L, Kunz R, Pauli-Magnus C, Haug K, Bucher HC, et al. Systemic prokinetic pharmacologic treatment for postoperative adynamic ileus following abdominal surgery in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1): CD004930.
- Mora López L, Serra-Aracil X, Llaquet Bayo H, Navarro Soto S. Use of Gastrografin1 in the management of adhesion intestinal obstruction. *Cir Esp.* 2013;91:384–8.
- Ceresoli M, Coccolini F, Catena F, Montori G, Di Saverio S, Sartelli M, et al. Water-soluble contrast agent in adhesive small bowel obstruction: A systematic review and metaanalysis of diagnostic and therapeutic value. *Am J Surg.* 2015. Aug 12.

- Biondo S, Miquel J, Espin-Basany E, Sanchez JL, Golda T, Ferrer-Artola AM, et al. A double-blinded randomized clinical study on the therapeutic effect of gastrografin1 in prolonged postoperative ileus after elective colorectal surgery. *World J Surg.* 2016;40:206–14.
- Branco BC, Barmparas G, Schnuriger B, Inaba K, Chan LS, Demetriades D. Systematic review and meta-analysis of the diagnostic and therapeutic role of water-soluble contrast agent in adhesive small bowel obstruction. *Br J Surg* 2010;97:470e8.
- Short V, Herbert G, Perry R, Atkinson C, Ness AR, Penfold C, et al. Chewing gum for postoperative recovery of gastrointestinal function. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2:CD006506.
- Sua BU, Pollock TT, Lemanu DP, MacCormick AD, Connolly AB, Hill AG. Chewing gum and postoperative ileus in adults: A systematic literature review and meta-analysis. *Int J Surg.* 2015;14:49–55.

HIDROSADENITIS SUPURATIVA

HIDROSADENITIS SUPURATIVA		
Principio activo	Nombre Comercial	Dosis
Antibióticos Tópicos Clindamicina	Clinwas tópico® / Dalacín tópico® / Zindaclín®	1aplic/12h
Antibióticos Sistémicos Doxiciclina Rifampicina	Anaclosil® / Cloxacilina EFG® / Orbenin® / Vibracina®	0,5-1gr/4-6h 300 mg/12h

Otras combinaciones de antibiótico:

* Rifampicina 10 mg/kg/día + Moxifloxacino 400 mg/día+ Metronidazol 500

mg/8h 6 sem

- * Doxiciclina 100 mg cada 12 h 3 meses
- * Ertapenem..1 gr iv diario durante 6 semanas
- * Minociclina
- * Metronidazol oral + Ceftriaxona iv
- * Linezolid oral + Meropenem iv

OTRAS TERAPIAS

Principio activo	Nombre Comercial	Dosis
ACITRETINA	Acitretina IFC®	25-30mg/día/2-4 semanas
DAPSONA	Dapsona Fatol®	50-200 mg/ día

TERAPIA BIOLÓGICA

- * ADALIMUMAB, 160mg inyección subcutánea 1º semana, 80 mg 2º semana, 40 mg semanales (anti TNF **ÚNICO** aprobado en ficha técnica)
- *INFLIXIMAB 5 mg/kg iv en semana 0, 2, 6 y cada 12 semanas (no indicación en ficha técnica)
- * USTEKINIMAB (anticuerpo anti-il-12 e il-23, en vías de definir pauta y dosis).
- * ANAKINRA (antagonista de receptor il-1). Inyección subcutánea diaria.
- * CANAKINUMAB (anticuerpo monoclonal anti-il-1 beta del isotipo igg1/k).sc/ 4-8sem.

ANTIDIABÉTICOS

- * METFORMINA.....500 mg/ 24h 1º semana 500 mg / 12h, 2º semana 500 mg / 8h, máximo 3 semanas

GLUCONATO DE CINC..... 90 mg/d, equivalentes a 45 mg/d de zinc

OTROS/ FUTURO

- * TRATAMIENTO HORMONAL
Combinación Etinilestradiol con acetato de ciproterona, Finasteride

- * CICLOSPORINA
- * METROTEXATO
- * TOXINA BOTULÍNICA B
- * LÁSER Y FUENTES DE LUZ

Bibliografía

- Martorell, A. Caballero, Y. González Lama, et al. Manejo del paciente con hidradenitis suppurativa. Actas Dermosifiliogr. 2016;107 (Supl 2):32-42.
- Bettoli V, Join-Lambert O, Nassif A. Antibiotic treatment of hidradenitis suppurativa. Dermatol Clin. 2016;34:81-9.
- Maarouf M, Clark AK, Lee DE, Shi VY. Targeted treatments for hidradenitis suppurativa: a review of the current literature and ongoing clinical trials. J Dermatolog Treat. 2018 Aug;29(5):441-449. doi: 10.1080/09546634.2017.1395806. Epub 2017 Nov 10.
- Var der Zee HH, Gulliver WP. Medical treatment of hidradenitis suppurativa: more options, less evidence. Dermatol Clin. 2016;34:91-6.
- Randhawa HK, Hamilton J, Pope E. Finasteride for the treatment of hidradenitis suppurativa in children and adolescent. JAMA Dermatol. 2013;149:732-5.
- Anderson MD, Zauli S, Bettoli V, Boer J, Jemec GB. Ciclosporine treatment of severe Hidradenitis suppurativa- A case series. J Dermatolog Treat. 2016;27:247-50.
- Theut Riis P, Thorlacius LR, Jemec GB. Investigational drugs in clinical trials for Hidradenitis Suppurativa. Expert Opin Investig Drugs. 2018 Jan;27(1):43-53. doi: 10.1080/13543784.2018.1412430. Epub 2017 Dec 4.
- Martín-Ezquerro G, Masferrer-Niubó M, Ferran M, Sánchez-Regaña M, Collgros H, et al. Use of biological treatments in patients with hidradenitis suppurativa. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29:56-60.

ENDOMETRIOSIS

Principio activo	Nombre Comercial	Dosis
Danazol	Danatrol®	100-200 mg/12h.
Gestrinona	Nemestran®	2,5mg dos veces por semana
Acetato de ciproterona/etinilestradiol	Diane 35®	

Acetato de ciproterona/etinilestradiol	Dialider®	
Etinilestradiol/ciproterona	Gineservice®, Gyneplen®	2 mg/0,035 mg cada 24h
Agonistas de Gn-RH:	Eligard® / Ginecrin® / Procrin®	3,75mg/4 semanas
Dispositivos intrauterinos LIBERADORES DE LEVONORGESTREL	DIU Mirena®	5 años

OTROS TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES

- * Inhibidores de la aromatasa: Anastrozol, Letrozol, Exemestano.
- * Antagonistas de la progesterona
- * Moduladores selectivos de los receptores de la progesterona
- * Isoflavonas

Bibliografía

- Collinet P, et al. Management of endometriosis. CNGOF/HAS clinical practice guidelines – Short version P. J Gynecol Obstet Hum Reprod 47 (2018) 265–274.
- PROTOCOLOS SEGO. Endometriosis. Prog Obstet Ginecol 2014;57:436-44 - DOI: 10.1016/j.pog.2014.07.005.
- Saridogan E. Adolescent endometriosis. Eur J Obstet Gynec Reprod Biol 2017; 209:46 – 49.
- Hogg S, Vyas S. Endometriosis update. Obstet Gynaec Repro Med 2017; 28:61 – 69.
- Mama ST. Advances in the management of endometriosis in the adolescent. Curr Opin Obstet Gynecol. 2018 Oct;30(5):326-330. doi: 10.1097/GCO.0000000000000483.
- T. Mori et al. Aromatase as a target for treating endometriosis. J Obstet Gynaecol Res. 2018 Sep;44(9):1673-1681. doi: 10.1111/jog.13743. Epub 2018 Jul 25.
- Takaoka O, Mori T, Ito F et al. Daidzein-rich isoflavone aglycones inhibit cell growth and inflammation in endometriosis. J Steroid Biochem Mol Biol 2018; 181: 125–132.
- Ticiano A.A. Mira, Mariana M. Buen, Murilo G. Borges, Daniela A. Yela, Cristina L. Benetti-Pinto. Systematic review and meta-analysis of complementary treatments for women with symptomatic endometriosis. Int J Gynecol Obstet 2018; 143: 2–9

PREPARACION MECÁNICA DEL COLON

La preparación mecánica del colon tiene como finalidad reducir las posibles complicaciones derivadas de la cirugía y como método de preparación a otras técnicas

diagnósticas como la colonoscopia. Sin embargo, los efectos secundarios de los fármacos disponibles, hacen necesario una elección cuidadosa de los mismos y que su uso de forma sistemática haya sido cuestionado por múltiples estudios con diversos resultados.

Estudios recientes, apoyan la utilización de preparación mecánica más antibioticoterapia oral de absorción sistémica como preparación a la cirugía colorrectal ya que la combinación de ambas se ha asociado a una disminución de las complicaciones postoperatorias (infección del sitio quirúrgico, dehiscencia de sutura, íleo postoperatorio, reingresos y mortalidad), sin asociarse a un riesgo aumentado de infección por *C. difficile*.

No obstante, no se recomienda la utilización de preparación mecánica aislada como paso previo a la cirugía en pacientes que vayan a ser sometidos a una hemicolectomía derecha o izquierda, aunque que existe una recomendación débil de su utilización en pacientes que vayan a ser sometidos a resección anterior baja de recto.

Como conclusión, podríamos afirmar que, aunque la preparación mecánica y antibiótica de forma aislada no han demostrado beneficios claros, su asociación sí que se considera beneficiosa y actualmente esta combinación se considera el gold estándar en cirugía colorrectal electiva

<u>PRINCIPIO ACTIVO</u>	<u>NOMBRE COMERCIAL</u>	<u>CONTRAINDICACIONES</u>	<u>POSOLOGÍA (24 horas antes de la cirugía)</u>
FOSFATOS MONO Y DISÓDICOS	Fosfosoda®	ICC	1ª dosis 24 h antes de intervención
	Moviprep®(a)	HTA no controlada	
	Foslainco®	I.R. moderada y grave	2ª dosis 12 h después de la 1ª.
	Fosfoevac®	Precaución en pacientes con alteraciones del metabolismo calcio-fósforo.	Moviprep: Disolver los 2 sobres (AyB) en 1 litro de agua. Preparar otro litro igual.
	Picoprep®	Embarazo, lactancia	ber además otro litro de agua o líquido claro.
POLIETILENGLICOL	Solución	Pacientes	en Soluciones evacuantes:

<p>4000 (b)</p> <p>3500</p>	<p>evacuante de tratamiento Bohm® Solución Embarazo evacuante Pacientes con dietas Lainco® hiposódicas Casenglicol® ICC IR grave (Clcr < 30 ml/min)</p> <p>Movicol® (c)</p> <p>(d)</p> <p>Klean prep®</p> <p>Pleinvue®</p>	<p>con 1) Sobres de 17 g: 16 sobres. Diluir cada sobre en 200-250 ml de agua y beber cada 10-15 min. 2) Sobres de 70 mg: 4 sobres. Diluir cada uno en 1 L de agua: ber 200-250 ml/15 min oral.</p> <p>250 ml cada 10-15 min hasta volumen total (4- 4,5 l) o deposiciones claras.</p> <p>Klean-prep: 4 sobres. olver cada uno en un litro agua</p>	
<p>ASOCIACIONES DE ELECTROLITOS</p>	<p>Citrafleet® Darne Salt®</p>	<p>I.R. grave, Insuf. cardiaca grave I.Renal grave Alcalosis HTA Embarazo, Lactancia</p>	<p>Citrafleet: Sobres de 15 g2 sobres. Disolver el sobre en 150 ml de agua. Unas 6-8 horas después beber otro sobre diluido. Beber 250 ml de agua olíquido claro cada hora mientras persista el efecto de la evacuación.</p>

- (a) Moviprep está contraindicado en fenilcetonuria por la presencia de aspartamo y endeficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa por la presencia de ascorbato.
- (b) NO precisa ajuste de dosis en: Insuficiencia renal, Insuficiencia hepática, Ancianos.
- (c) Se puede utilizar durante el embarazo.
- (d) Existe una fórmula pediátrica

Bibliografía

- Guenaga KF, Matos D, Wille-Jorgensen P. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2011; (9): CD0011544.
- Cao F, Li J, Li F. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery: updated systematic review and meta-analysis. Int J Colorectal Dis. 2012; 27:803-810.
- Dahabreh IJ1, Steele DW, Shah N, Trikalinos TA. Oral Mechanical Bowel Preparation for colorectal surgery: systematic review and meta-analysis. Dis Colon Rectum. 2015 Jul;58(7):698-707.
- Badia JM, Arroyo-García N. Mechanical bowel preparation and oral antibiotic prophylaxis in colorectal surgery: Analysis of evidence and narrative review. Cir Esp. 2018 Jun - Jul;96(6):317-325
- Anjum N1, Ren J, Wang G, Li G, Wu X, Dong H, Wu Q, Li J. A Randomized Control Trial of Preoperative Oral Antibiotics as Adjunct Therapy to Systemic Antibiotics for Preventing Surgical Site Infection in Clean Contaminated, Contaminated, and Dirty Type of Colorectal Surgeries. Dis Colon Rectum. 2017 Dec;60(12):1291-1298
- Nelson R.L., Gladman E., and Barbateskovic M.: Antimicrobial prophylaxis for colorectal surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2014; undefined: pp. CD001181
- Toh JWT, Phan K, Ctercteko G, Pathma-Nathan N, El-Khoury T, Richardson A, Morgan G, Tang R, Zeng M, Donovan S, Chu D, Kennedy G, Hitos K. The role of mechanical bowel preparation and oral antibiotics for left-sided laparoscopic and open elective restorative colorectal surgery with and without faecal diversion. Int J Colorectal Dis. 2018 Sep 20 doi: 10.1007/s00384-018-3166-8.

PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGÍA COLORRECTAL

ANTIBIOTERAPIA INTRAVENOSA (con la inducción anestésica)	ANTIBIOTICOTERAPIA ORAL (24 horas antes de la cirugía)
Amoxicilina-clavulánico 2 g i.v. en dosis única o como máximo una dosis adicional a las 6 horas. Alérgicos a Beta-Lactámicos Metronidazol 1,5 g i.v. + Gentamicina 240 mg Metronidazol 1,5 g i.v., + Cefuroxima 1,5 g i.v. Cefoxitina 2 g i.v. Ertapenem 1 g i.v. Clindamicina 600 mg + Gentamicina 240mg	Metronidazol 1g + neomicina 1g.(15.00, 17.00 y 23 horas) Metronidazol 500 mg + Levofloxacino 200 mg (a las 15.00, 19 y 23 horas)

Bibliografía

- Allegranzi B., Bischoff P., de Jonge S., Kubilay N.Z., Zayed B., Gomes S.M., et al: WHO Guidelines Development Group, New WHO recommendations on preoperative

measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. *Lancet Infect Dis.* 2016; 16: pp. e276-e287

- Anderson D.J., Podgorny K., Berríos-Torres S.I., Bratzler D.W., Dellinger E.P., Greene L., et al: Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infect Control HospEpidemiol.* 2014; 35: pp. 605-627

PROFILAXIS DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA EN CIRUGÍA COLORRECTAL

<u>PACIENTES DE ALTO RIESGO</u>	<u>PACIENTES CON RIESGO MODERADO</u>
Válvulas protésicas cardiacas Historia previa de endocarditis Shunt pulmonar Enfermedad cardiaca cianotizante congénita Prótesis vascular (6 meses posteriores a la implantación)	Resto de malformaciones cardiacas Enfermedad valvular cardiaca Miocardiopatía Prolapso mitral y/o engrosamiento valvular
Ampicilina 2 g + Gentamicina 1.5mg/kg media hora antes de la cirugía seguido de Ampicilina 1 g iv/6 horas tras la cirugía o Amoxicilina 1 g v.o. Alérgicos a Beta-lactámicos: Vancomicina 1 g + Gentamicina 1,5mg /kg media hora antes de la cirugía.	Ampicilina 2 g iv 30 minutos antes de la cirugía.

Bibliografía

- ESC Guidelines. *European Heart Journal* 2009;30,2369–2413
- Shanson D. New guidelines and the development of an international consensus on recommendations for the antibiotic prophylaxis of infective endocarditis. *International Health* 2010;2:231–8
- Habib G et al. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa (nueva versión 2009). *Rev Esp Cardiol* 2009;62(12):1465.e1-e54

PROFILAXIS TVP/TEP

PROFILAXIS TVP/TEP			
Riesgo TVP/TEP	Nombre Comercial	Principio activo	Dosis
	Arixtra®	Fondaparinux	2.5mg (6h tras Qx)
Muy alto riesgo ≥ 5 puntos	Clexane®	Enoxaparina	60mg
(trombofilia / TEP- TVP reciente)	Fragmin®	Dalteparina	5000U
	Hibor®	Bemiparina	5000U
	Fraxiparina®	Nadroparina	0.3 ml
Alto riesgo ≥ 5 puntos	Clexane®	Enoxaparina	40mg
(> 60 años/ cirugía	Fragmin®	Dalteparina	2500U*
oncológica/ cirugía			
ortopédica reciente)	Hibor®	Bemiparina	3500U**
	Innohep®	Tinzaparina	4500U
Moderado riesgo 3-4 puntos (>40 años)	Fraxiparina® Clexane® Fragmin® Hibor® Innohep®	Nadroparina Enoxaparina Dalteparina Bemiparina Tinzaparina	0,3 ml 20 mg 2500U 2500U 3500U

*Dalteparina: 2500U antes y 2500/12horas después hasta la deambulaci3n

**Bemiparina: 3500 U antes y 2500/12horas después hasta la deambulaci3n

El tratamiento debe mantenerse 30 días en caso de cirugía oncológica.

Bibliografía

- Laryea J, Champagne B. Venous thromboembolism prophylaxis. Clin colon rectal surgery. 2013; 26 (3): 153-9
- Caprini JA. Risk assessment as a guide for the prevention of the many faces of venous thromboembolism. Am J Surg. 2010;199(Suppl1):s3-s10.

CORTICOTERAPIA PERIOPERATORIA

- Los pacientes con una dosis igual o inferior a 5 mg/día de Prednisona o equivalente seguirán con su dosis habitual.

- Los pacientes con más de 5mg de Prednisona o equivalente recibirán una dosis suplementaria según el tipo de cirugía y mantener ésta 48-72 h. después , pasando a la posología habitual:

- Cirugía **menor**: 25 mg de Hidrocortisona (IV) solo el día de la cirugía.
- Cirugía **moderada**: 50-75 mg de Hidrocortisona (IV) el día de la cirugía y disminuir hasta la dosis habitual en 1-2 días.
- Cirugía **mayor**: 100-150 mg de Hidrocortisona (IV) el día de la cirugía y disminuir hasta la dosis habitual en 1-2 días.

ANESTESICOS LOCALES

- Bupivacaína 0,25% con o sin Epinefrina infiltrado máximo 40 ml.
- Bupivacaína 0,5% con o sin Epinefrina infiltrado máximo 20ml.
- Levobupivacaína: 0,25% infiltrado máximo hasta 60ml.
- Mepivacaína 1% con o sin epinefrina infiltrado máximo 40ml.
- Mepivacaína 2% con o sin Epinefrina infiltrado máximo 20 ml.
- Lidocaína 2% infiltrado máximo hasta 15 ml
- Ropivacaína infiltrado máximo 200mg

ANESTÉSICOS TÓPICOS

ANESTÉSICOS TÓPICOS		
Principio activo	Nombre Comercial	Presentación
Lidocaína + Prilocaína	Emla®	
Tetracaína + Epinefrina	Anestesia tópica Braun®	
Tetracaína	Lubricante Urológico Organon® Hemonet®	gel al 1% emulsión al 1%
Pramocaína	Balsabit® Denutraxan®	gel al 1% solución al 1%
Lidocaína	Lambdalina® Xylonibsa nebulizador®	