



P

Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa:

## **Terapia de Mantenimiento**

R



La 'Crohn & Colitis Foundation of America' es una organización voluntaria, sin fines de lucro dedicada a la búsqueda de la cura para la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. CCFA patrocina investigación básica y clínica de la mejor calidad. La fundación ofrece también un amplio rango de programas educativos para pacientes y profesionales de la salud, y proporciona servicios de apoyo para ayudar a las personas a hacer frente a estas enfermedades intestinales crónicas. Los programas de CCFA reciben apoyo financiero únicamente a través de contribuciones del público.

Esperamos que este folleto le ayude a entender mejor estas enfermedades y a formar parte desde ahora como miembro activo de su equipo de salud.

"Terapia de Mantenimiento" es un término usado para describir las terapias (usualmente medicamentosas) que se da a los pacientes para mantenerlos sanos, libres de enfermedad, o limitar la misma. Si usted tiene enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, el propósito inicial del tratamiento es para mejorar su estado (conocido como entrar en "remisión"). El propósito subsecuente es el mantenerlo en remisión. Las terapias usadas para esta segunda etapa son conocidas como "terapias de mantenimiento". Este folleto explica el papel que las terapias de mantenimiento juegan en la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa . Para una discusión más amplia de las terapias usadas para tratar estas enfermedades inflamatorias del intestino (IBD), solicite por favor el folleto de CCFA llamado "Medicamentos".

## ¿POR QUE NECESITAMOS TERAPIA DE MANTENIMIENTO EN IBD?

Ambas enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa son enfermedades inflamatorias crónicas y tienden a ser recurrentes en el transcurso del tiempo. Muchas personas con IBD responden muy bien a los medicamentos cuando tienen

una crisis. Desafortunadamente, hay el peligro de ataques futuros a menos que tomen ciertos medicamentos. Estas experiencias han llevado a la búsqueda de medicamentos que mantengan al paciente en remisión. Debido a que estos medicamentos serán necesitados en forma crónica, es imperativo que la terapia de mantenimiento sea tanto efectiva como segura.

Para controlar la inflamación de la fase aguda (la fase inicial, y activa de la enfermedad), los doctores deben de prescribir terapias más fuertes sin importar los efectos colaterales potenciales, si estas terapias son necesarias para mejorar al paciente. Sin embargo, los efectos colaterales o toxicidad por el tratamiento durante la fase de mantenimiento son mucho menos aceptables, puesto que el IBD puede requerir estos medicamentos de por vida.

## ¿QUE CLASE DE TERAPIAS DE MANTENIMIENTO SON USADAS EN IBD?

### 5-Agentes ASA

Sulfazalazina (Azulfidine) y las generaciones nuevas de agentes libres de sulfa (Asacol®, Dipentum®, Pentasa®, y Rowasa®) son comúnmente usados para prevenir las crisis de IBD. Los beneficios de estas drogas dependen usualmente de la dosis administrada: a dosis más altas, es más probable que los pacientes se mejoren durante la fase aguda y hay más probabilidad de que permanezcan en remisión. Los efectos colaterales de sulfazalazina, sin embargo, empeoran usualmente según se vaya incrementando la dosis. Aunque las dosis más

altas son más efectivas, más personas tienen efectos colaterales "intolerables" - tales como dolores de cabeza, náusea o fatiga - a estas dosis más altas. En los hombres, la cantidad anormal de esperma y su funcionamiento son otros de los problemas comunes con el tratamiento a largo plazo de la sulfazalazina, dejando a algunas parejas en la imposibilidad de concebir. Los efectos sobre la esperma son reversibles después de que el tratamiento con sulfazalazina cesa. Los pacientes que toman sulfazalazina deben también de tomar una dosis diaria de 1 mg de ácido fólico.

Mucho menos efectos colaterales se presentan con los agentes libres de sulfas, los cuales contienen "mezalamine (5-ASA)" el mismo ingrediente activo de la sulfazalazina. Los efectos colaterales son poco frecuentes (dolores de cabeza, cólicos abdominales, náusea) y generalmente no se relacionan con la dosis del medicamento. Sin embargo, si usted siente que está teniendo efectos colaterales, usted y su doctor pueden encontrar una dosis ligeramente menor que no le cause ningún malestar, siempre y cuando la droga sea efectiva y mantenga la remisión. Estos agentes son mucho más caros que el genérico sulfazalazina y pueden requerir hasta de 12 a 16 pastillas diarias para mantener la remisión. Todos estos agentes pueden continuar administrándose durante el embarazo y la lactancia.

Muy a menudo las dosis de estos agentes deben de ser más altas en la enfermedad de Crohn que en la colitis ulcerosa. Mientras que la mayoría de estas drogas se administran en cápsulas o pastillas, los agentes libres de sulfas también

están disponibles en enemas y supositorios (Rowasa®) para usarse en pacientes con inflamación en el recto o las partes bajas ("lado izquierdo") del colon. La dosis usual es un enema por la noche, o dos supositorios diariamente. El mantener la remisión lograda con el uso del enema o supositorio, a menudo requiere el uso continuo de estos agentes, ya sea solo o en combinación con pastillas; sin embargo, algunos pacientes encontrarán que necesitan solamente el uso del enema unas pocas veces a la semana.

## Antibióticos

Los antibióticos son efectivos como terapia crónica (a largo plazo) en algunas personas con IBD, particularmente los pacientes con enfermedad de Crohn que tienen problemas tales como fístulas (canales anormales que conecta nodos de intestino a la piel) o abscesos recurrentes (bolsas de pus) en el área del ano. Los antibióticos usados más comúnmente son el metronidazol (Flagyl®) y ciprofloxacina (Cipro®), aunque hay muchos otros que pueden ser efectivos en muchos individuos.

Los pacientes en quienes la enfermedad activa es exitosamente tratada con antibióticos, pueden ser sostenidos con estos medicamentos como terapia de mantenimiento si dichos agentes permanecen efectivos. Efectos colaterales pueden ser particularmente molestos con metronidazol, incluyendo el hormigueo de las manos y pies que puede persistir después de que cese la administración de la droga. Se recomienda no ingerir alcohol ni exponerse al sol, y en la mayoría de los casos estos agentes

no se continúan en el embarazo.

## Terapia con Corticosteroides ("Esteroides")

Esteroides tales como (prednisona, hidrocortisona, Medrol®) son comúnmente utilizados en la fase crítica del tratamiento cuando las drogas 5-ASA no están funcionando. Los esteroides funcionan rápida y efectivamente en la mayoría de los casos; sin embargo, a pesar de su efectividad en el tratamiento de la enfermedad en su fase crítica, los esteroides no son efectivos para prevenir crisis recurrentes y por lo tanto son raramente usados como un medicamento de mantenimiento ya sea en enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. Los esteroides pueden potencialmente tener serios efectos colaterales, tales como elevar el azúcar en la sangre, alta presión arterial, cataratas, osteoporosis (conducente a fracturas) y otros. El riesgo de efectos adversos se incrementa con la duración del tratamiento. Por lo tanto, los esteroides deberán ser usados únicamente para controlar la enfermedad y luego deberán ser eliminados gradualmente, mientras que otros agentes serán usados para mantener la remisión.

Las estrategias para eliminar los esteroides incluyen el aumento de la dosis de agentes 5-ASA, añadiendo un edema o supositorio de 5-ASA si el IBD está localizado en el recto o es distal (bajo) colon, o introduciendo un antibiótico o alguno de los medicamentos nuevos descritos abajo. Algunos pacientes requieren cirugía si ellos no pueden reducir con efectividad los esteroides de su tratamiento médico.

## 6-MP y Azatrioprina

6-mercaptopurina (6-MP, Purinethol®) y azatrioprina (Imuran®) se están usando con mayor frecuencia para discontinuar el tratamiento con esteroides en los pacientes de IBD y mantenerlos sin ellos. También son útiles en algunos pacientes con enfermedad de Crohn que tienen fístulas. Ambas drogas son efectivas en el tratamiento del IBD activo y en el mantenimiento de la remisión y son relativamente inocuas. Los doctores deben de monitorear cuidadosamente a estos pacientes. En particular, estas drogas pueden causar un decremento no intencional en el número de células sanguíneas o inflamación del hígado o del páncreas. Aunque inicialmente se temía que los pacientes tratados con estas drogas podrían incrementar el riesgo de infecciones o de ciertos tipos de cáncer, esto no ha sido concluyente en los varios estudios de estas drogas.

Estos medicamentos pueden ser caros, pero usualmente solamente se requiere una o pocas pastillas diariamente. Los pacientes que tienen necesidades de estos medicamentos para llegar a la remisión, suelen sufrir una recaída cuando la medicación se suspende; por lo tanto, muchos doctores están recomendando su uso crónico como terapia de mantenimiento, en algunos casos aun durante el embarazo. A los pacientes se les alienta para discutir ampliamente con sus doctores estos temas.

## Methotrexate

El Methotrexate se usa en los pacientes con enfermedad de Crohn que no pueden suspender los esteroides sin un brote de la

enfermedad, o en quienes otros medicamentos han probado no ser efectivos. También puede ser de ayuda el mejorar las fistulas debidas a la enfermedad de Crohn. Esta droga tiene la ventaja de que se administra solamente una vez a la semana, pero probablemente debe de ser inyectada (usualmente por el mismo paciente o por un miembro de familia) para que sea más efectiva. El costo del methotrexate es bajo, pero los pacientes también necesitan tomar diariamente una pastilla de ácido fólico (1 mg).

El methotrexate deberá administrarse de por vida si es efectivo. Muchos pacientes tienen efectos secundarios, más comúnmente náusea, dolor de cabeza y fatiga. Algunos de estos efectos pueden atenuarse disminuyendo la dosis. Particularmente hay problemas con el hígado y los riñones que son muy raramente causados por el methotrexate. Un monitoreo cuidadoso por el doctor, incluyendo exámenes de sangre periódicos, son esenciales. A diferencia de la mayoría de los otros agentes usados en IBD, el methotrexate puede causar defectos congénitos. Por lo tanto, no debe de ser administrado durante el embarazo, o por hombres o mujeres que planeen tener hijos.

## Infliximab

Infliximab (Remicade®) es una novedosa terapia biológica que se usa en la enfermedad de Crohn, incluyendo las fistulas. El Infliximab se administra en una sola dosis a través de un suero intravenoso y muchos pacientes pueden esperar algunos meses (o aun más tiempo) antes de necesitar otra dosis. A los pacientes con fistulas a menudo se les administra tres dosis a

lo largo de un período inicial de seis semanas. La droga actúa muy rápidamente, usualmente en una ó dos semanas, y muchos pacientes también experimentan mejoría de la fatiga, fiebres y dolor en las articulaciones que pueden ser usuales en esta enfermedad.

El infliximab es efectivo en el tratamiento de la enfermedad de Crohn activa y fistulas y los estudios sugieren que tienen así mismo un papel como terapia de mantenimiento. La mayoría de los pacientes bajo terapia con esteroides pueden disminuir la dosis y eventualmente suspenderla por completo. A los pacientes usualmente se les alienta a continuar o iniciar tratamiento con drogas como la 6-mercaptopurine, azathioprine o methotrexate, con la esperanza de que la remisión de la enfermedad se mantenga con estos agentes. Muchos pacientes, pero no todos, requieren dosis adicionales de infliximab.

El infliximab es muy costoso e información por efectos a largo plazo no estarán disponibles por muchos años. No se tiene conocimiento de riesgos durante el embarazo. La mayoría de los pacientes no experimentan efectos secundarios. Durante su administración, algunos pacientes experimentan fiebre, escalofríos o urticaria. Los efectos colaterales más comunes en los días o semanas posteriores a la administración del medicamento, incluyen dolores de cabeza, náusea e infecciones de las vías respiratorias altas (ejem. tos e irritación de garganta). A los pacientes con fistulas se les puede formar abscesos en las fistulas, así que muchos de ellos se les mantiene con terapia de antibióticos. Efectos secundarios serios son muy raros pero la

droga debe de ser administrada por personal médico calificado en caso de que un evento de este tipo ocurra.

## ¿SE NECESITA TERAPIA DE MANTENIMIENTO DESPUES DE LA CIRUGIA?

La cirugía por colitis ulcerosa casi siempre resulta en la total erradicación del colon y recto. A los pacientes típicamente se les da uno de los dos procedimientos. En la anastomosis ileal-anal, una bolsa interna se construye de la parte final del intestino delgado (el ileum), la cual se adhiere al ano. En una ileostomía el cirujano hace una abertura del ileum a la piel, a través de la cual los desechos se vacían en una bolsa plástica adherida al abdomen con cinta adhesiva. La colitis ulcerosa no puede repetirse sin un colon correcto; por lo tanto, no hay necesidad de una terapia de mantenimiento. Estos pacientes podrán necesitar medicamentos para controlar la diarrea. Además, las personas con una anastomosis ileal-anal pueden desarrollar inflamación de la bolsa interna que requiere medicamentos para controlarse.

La cirugía para la enfermedad de Crohn varía, dependiendo de la localización de la inflamación. Los pacientes cuya enfermedad se limita al intestino grueso (colon y recto) a menudo no desarrollan de nuevo la enfermedad (y no requieren terapia de mantenimiento) si se les erradica totalmente el colon y el recto y se les deja con la ileostomía. Sin embargo, si únicamente parte del colon es removido en estos pacientes, la enfermedad de Crohn es muy

posible que regrese. Sucede lo mismo para pacientes con enfermedad de Crohn en el intestino delgado, por lo que la erradicación total del intestino delgado no es posible. La enfermedad de Crohn puede regresar en algún momento después de la cirugía. También los pacientes con fistulas de Crohn a menudo sufren la recurrencia de las mismas después de la cirugía.

Hasta recientemente, a muchos de los pacientes con la enfermedad de Crohn no se les daba terapia de mantenimiento después de la cirugía. Drogas tales como 6-mercaptopurine, azathioprine y altas dosis de 5-ASA y metronidazol han demostrado que pueden retardar la recurrencia de la enfermedad de Crohn en algunos de estos pacientes. Los doctores pueden recomendar dichas terapias a pacientes especialmente a aquellos con alto riesgo de recurrencia de la enfermedad y/o que han sido sometidos previamente a cirugía del intestino por enfermedad de Crohn.

## ¿QUE PUEDO HACER YO PARA MAXIMIZAR MIS OPORTUNIDADES DE MANTENERME EN REMISION?

Algunas reglas generales aplicables a la mayoría de los pacientes en terapia de mantenimiento por IBD son:

1. Los medicamentos no funcionan si permanecen en el frasco
2. Si usted tiene enfermedad de Crohn, debe dejar de fumar. El fumar impide la remisión en la

enfermedad de Crohn y la hace más activa. Después de la cirugía por la enfermedad de Crohn, esta puede regresar más rápido y a menudo más severamente en fumadores que en no fumadores.

- 3 Muchos analgésicos comunes, ya sea que necesiten prescripción médica o no, han demostrado que causan ulceraciones en el tracto intestinal y por lo tanto pueden causar una recaída. A menos que usted necesite estos productos por una enfermedad seria (tal como enfermedad cardíaca o algún ataque de apoplejía) usted debe tratar de no tomarlos. Siempre pida información a su doctor si se le receta alguno de estos medicamentos: aspirina, incluyendo aquellos con capa entérica (Ecotrin®); y drogas no esteroides anti-inflamatorias (NSAIDs), tales como ibuprofeno (Advil®, Motrin®, Aleve®, Anaprox®, Naprosyn®, Daypro®, etc.). los nuevos inhibidores "COX-2" como (Celebrex® y Vioxx®) también pueden estar "fuera del límite" para los pacientes con IBD.
4. Algunos pacientes experimentan recaídas de la enfermedad después del uso de varios antibióticos. A menos de que un médico detecte la infección, evite usar antibióticos. Es una buena idea que consulte con el médico que le esté tratando el IBD antes de tomar cualquier nuevo medicamento, para que él determine si un medicamento alternativo debe de ser considerado.

¡Recuerde, a menudo es más fácil mantener el IBD bajo control que ponerlo bajo control! Cumplir con el programa de un tratamiento demandante no es siempre fácil, pero la

recompensa -mejor salud-definitivamente vale la pena el esfuerzo. Nuevos medicamentos continúan siendo desarrollados para la enfermedad en activo y para terapia de mantenimiento en pacientes en remisión. También nos estamos moviendo hacia un mejor entendimiento de la causa y de la genética de la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. Hay la esperanza de que esto asegure una mejor salud para todas las persona con IBD.



CROHN'S  
&  
COLITIS  
FOUNDATION  
OF AMERICA

## CROHN & COLITIS FOUNDATION OF AMÉRICA

OFICINAS NACIONALES  
386 Park Avenue South  
17th. Floor  
New York, NY 10016-8804

*Tel.* 800.932.2423

*e-mail:* [info@ccfa.org](mailto:info@ccfa.org)

[www.ccfa.org](http://www.ccfa.org)

### FOLLETOS EN ESTA SERIE

Acerca de enfermedad de Crohn –

Acerca de la colitis ulcerosa –

Medicamentos – Terapia de Mantenimiento - Dieta y Nutrición –

Factores emocionales – Complicaciones – Cirugía – Temas de la

Mujer – Acerca del cancer de Colon - Guía para padres –

Guía para el maestro –

Guía para niños y adolescentes

PARA INFORMACIÓN SOBRE CÓMO SER MIEMBRO  
DE LA CCFA, FAVOR DE LLAMAR AL

**800.932.2423**

un  
800.932.2423  
futuro  
sin enfermedad  
de Crohn  
y sin  
Colitis

[www.cdfa.org](http://www.cdfa.org)

Cover Art donated by Latino Crohn's patient:  
**Rolando Briseno & Alternative Inc.**

The printing of this brochure  
was made possible by grants from:  
**Albert & Elaine Borchard Foundation**

and

