

	PROCEDIMIENTO DE ABORDAJE EN EMERGENCIA Y HOSPITIZACIÓN DE LA COLITIS ULCEROSA	PT 03	Versión: 0
---	---	--------------	-------------------

ELABORADO	Patricia Etchandy	15/2/2024	
REVISADO	Ximena Pazos	17/2/2024	
APROBADO	Carolina Olano	19/2/2024	

1. Objeto y alcance

Sistematizar el manejo hospitalario de los pacientes con Colitis Ulcerosa (CU) en empuje severo.

Todos los usuarios asistidos en el Hospital de Clínicas con diagnóstico de CU que consulta por empuje severo de su enfermedad.

2. Responsabilidades

Director General
 Médico Gastroenterólogo del equipo EII
 Endoscopista
 Cirujano coloproctólogo
 Médico internista
 Nutricionista
 Licenciado en enfermería
 Imagenólogo

3. Definiciones

La Colitis Ulcerosa (CU) es una enfermedad crónica, que se caracteriza por la inflamación difusa de la mucosa colónica, que compromete el recto y se extiende de forma ascendentes de modo continuo y simétrico. Cursa con empujes y remisiones pudiendo causar alteración en la calidad de vida.

4. Procedimiento

4.1 Manejo de paciente

4.1.1 Ante la sospecha de un empuje de CU, se debe utilizar la clasificación de actividad según IT03 Instructivo Técnico de clasificación de extensión y actividad de la colitis ulcerosa. Esta clasificación se basa en parámetros clínicos, bioquímicos y endoscópicos.

Si los pacientes cumplen con criterios de actividad severa de su enfermedad deben ser hospitalizados para monitoreo y tratamiento.

	PROCEDIMIENTO DE ABORDAJE EN EMERGENCIA Y HOSPITIZACIÓN DE LA COLITIS ULCEROSA	PT 03	Versión: 0
---	---	--------------	-------------------

4.1.2 La evaluación y soporte inicial de estos pacientes requiere manejo por un grupo multidisciplinario (médico internista, cirujano general, gastroenterólogo, imagenólogo y nutricionista). Se monitoriza frecuencia cardíaca, presión arterial y temperatura axilar en cada turno de enfermería.

4.1.3 Los objetivos del tratamiento están dirigidos a lograr la remisión clínica en primera instancia y más a largo plazo la remisión endoscópica e idealmente histológica, con la consecuente mejora en la calidad de vida, reducción del riesgo de complicaciones y de cáncer de colon.

4.1.4 Se solicita pruebas de laboratorio completas (hemograma, función renal con ionograma, funcional y enzimograma hepático con albúmina, proteína C reactiva y glicemia). Es importante descartar causas infecciosas agregadas para lo que se solicita coprocultivo, coproparasitario, GDH y toxinas A y B para C.Difficile.

4.1.5. Se realiza radiografía de abdomen simple y eventual tomografía computada de abdomen si se sospecha perforación u otras complicaciones.

4.1.6. Se solicita rectosigmoidoscopia sin preparación colónica, con toma de biopsias para anatomía patológica y para búsqueda de citomegalovirus (CMV), para evaluar la severidad endoscópica a través del score de Mayo según IT03 Instructivo Técnico de clasificación de extensión y actividad de colitis ulcerosa.

4.1.7 Se solicita radiografía de tórax, PPD simple o con booster en caso de que ya se encuentre bajo tratamiento inmunosupresor. En caso de ser positivos se debe realizar consulta con infectología para inicio de tratamiento (se procede según Guía Nacional para el manejo de la Tuberculosis); y serologías virales (VHC, VHB, VIH, VDRL, VHS, VVZ, VEB y Chagas). Se debe tener en cuenta que los pacientes con antígeno de superficie positivo para virus de hepatitis B a los que se les indique tratamiento con fármacos biológicos o pequeñas moléculas, deben recibir fármaco antiviral concomitante.

4.1.8 Dieta vía oral hiposódica en los que vayan a recibir corticoterapia. Nutrición parenteral sólo en casos de pacientes desnutridos que no toleran nutrición vía oral o enteral.

	PROCEDIMIENTO DE ABORDAJE EN EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN DE LA COLITIS ULCEROSA	PT 03	Versión: 0
---	---	--------------	-------------------

4.1.9 Se realiza profilaxis de trombosis venosa en todos los pacientes que ingresan con empuje severo de su enfermedad, con heparina de bajo peso molecular a dosis de 40 o 60 mg s/c día dependiendo del peso, hasta el alta hospitalaria.

4.1.10 Evitar el uso de opioides, antidiarreicos y analgésicos no esteroideos (AINEs).

4.1.11 La elección del tratamiento es individualizada y se establece en función de la severidad, extensión de la enfermedad (proctitis, CU izquierda, CU extensa) y la respuesta a tratamiento previos (eficacia y efectos adversos). En empuje severo se inicia terapia con hidrocortisona 100 mg cada 6-8 hs i/v. En pacientes con síndrome ano-recto sigmoideo se agrega enemas o supositorios de mesalazina (dependiendo de la extensión).

4.1.12 Durante la internación se realizan controles clínicos diarios y bioquímicos (hemograma, glucemia, PCR, funcional y enzimograma hepático) cada 48-72 hs para evaluar respuesta al tratamiento y eventuales complicaciones.

4.1.13 La respuesta a los corticoides se evalúa al 3er-5to día, clínicamente (número de deposiciones) y bioquímicamente a través del descenso de la PCR principalmente. Se utilizan índices predictores de cortico-refractariedad según IT 04 Instructivo Técnico de Índices de predictores de cortico-refractariedad en la colitis ulcerosa.

4.1.14 En caso de respuesta al uso de hidrocortisona i/v, una vez cumplidos los 5-7 días se pasa a prednisona vía oral a dosis de 60 mg v/o día, con descenso paulatino semanal previos controles clínicos y bioquímicos ambulatorios. Se otorga el alta a domicilio completadas las 24-48 hs de corticoides v/o, con buena respuesta clínica y bioquímica. Se cita a control ambulatorio en los próximos 15-20 días post alta para continuar valoración, descenso de corticoides e inicio de tratamiento de mantenimiento.

4.1.15 Si no hay respuesta a la terapia corticoidea (≥ 6 deposiciones diarreicas y PCR >30 mg/l), se debe solicitar autorización al Fondo Nacional de Recursos para iniciar tratamiento con biológicos, de elección en estos casos Infliximab a dosis de inducción (5 mg Kg i/v semana 0, 2 y 6) (se adjunta normativa vigente del FNR). Otra alternativa es el uso de ciclosporina i/v 2-4 mg/kg/día.

4.1.16 Si no hay respuesta a terapia de segunda línea se evalúa caso a caso cirugía de rescate.

	PROCEDIMIENTO DE ABORDAJE EN EMERGENCIA Y HOSPITIZACIÓN DE LA COLITIS ULCEROSA	PT 03	Versión: 0
---	---	--------------	-------------------

4.1.17 En caso de complicaciones (menos 10%) como perforación intestinal, obstrucción o megacolon tóxico sin respuesta a tratamiento médico, se evalúa la cirugía de urgencia. La técnica quirúrgica de elección se discute caso a caso.

5. Registros

6. Modificaciones a la versión anterior

Versión	Modificaciones respecto a la versión anterior	Fecha

7. Anexos

8. Referencias

Sistemas de gestión de la calidad - Requisitos UNIT-ISO 9001:2015
Normativa cobertura Fondo Nacional de Recursos para tratamiento de la colitis ulcerosa con infliximab, adalimumab, golimumab y upadactinib

Ministerio de Salud Pública. Guía Nacional para el manejo de la Tuberculosis. 2016