

	PROCEDIMIENTO DE ABORDAJE EN EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN	PT 01	Versión: 0
---	---	--------------	-------------------

ELABORADO	Verónica Guido	13/02/2024	
REVISADO	Ximena Pazos	15/02/2024	
APROBADO	Carolina Olano	15/02/2024	

1. Objeto y alcance

Sistematizar el manejo de emergencia y hospitalario de los pacientes con Enfermedad de Crohn.

Alcanza a todos los usuarios asistidos en la Unidad de EII.

2. Responsabilidades

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

3. Definiciones

La Enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad inflamatoria crónica del tracto gastrointestinal, que puede comprometer cualquier sector desde la boca al ano. Presenta un curso clínico variable caracterizado por el desarrollo progresivo de complicaciones estenosantes o perforante con fistulas y abscesos.

La heterogeneidad de la EC determina diversas modalidades de manejo terapéutico según las diferentes formas de presentación clínica.

4. Procedimiento

4.1 Manejo de paciente

4.1.1

Frente a la sospecha de empuje en un paciente con diagnóstico de EC se debe tener en cuenta:

	PROCEDIMIENTO DE ABORDAJE EN EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN	PT 01	Versión: 0
---	---	--------------	-------------------

- 1) La clasificación de la enfermedad se realiza según IT01 Instructivo técnico de Clasificaciones de la Enfermedad de Crohn
- 2) Tratamiento actual y cirugías previas.

4.1.2 Hay determinados subgrupos de pacientes que requieren algoritmos especiales: enfermedad luminal, enfermedad fistulizante, enfermedad estenosante, enfermedad perianal.

4.1.3 La gravedad se establece de forma práctica clínicamente:

-Brote leve: pacientes ambulatorios capaces de tolerar la alimentación oral y sin síntomas de deshidratación, toxicidad, fiebre alta o presencia de peritonismo o masa abdominal.

-Brote moderado: se considera cuando el paciente presenta fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal o sensibilidad a la exploración abdominal, náuseas o vómitos sin hallazgos obstructivos o anemia significativa.

-Brote grave: existe fiebre alta, vómitos persistentes, obstrucción intestinal, peritonismo, caquexia o evidencia de absceso abdominal.

Adicionalmente pueden utilizarse índices de actividad mas complejos, detallados en IT01 Instructivo técnico de Clasificaciones de la Enfermedad de Crohn

4.1.4 Se realiza un manejo multidisciplinario en conjunto con médico internista, cirujano, gastroenterólogo, imagenólogo y nutricionista.

4.1.5 Se realizan los siguientes exámenes: hemograma, función renal, ionograma, glicemia, funcional y enzimograma hepático con albúmina, proteína C reactiva (PCR) y velocidad de eritrosedimentación (VES).

En pacientes con deposiciones líquidas o blandas se descartan causas infecciosas, solicitar coproparasitario, coprocultivo y toxinas A y B para *C. difficile*.

4.1.6 En pacientes con dolor abdominal y sospecha de complicaciones (estenosis, abscesos, fistulas) se solicita estudio de imagen según disponibilidad y criterio médico: ecografía de abdomen, TC o RM.

4.1.7 En pacientes con empuje severo y necesidad de corticoides intravenosos se solicita de forma urgente los estudios necesarios para solicitud de fármacos biológicos en FNR:

-RxTx, PPD y Booster. En caso de ser negativos IGRA o consulta con Infectólogo

	PROCEDIMIENTO DE ABORDAJE EN EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN	PT 01	Versión: 0
---	---	--------------	-------------------

- Serologías: VIH, VDRL, VHA, VHB, VHC, HSV, Varicela y Chagas
- ANA y anti-DNA
- PAP, mamografía o PSA (según sexo y edad)
- Endoscopias según localización y criterio médico (VGC, VCC con ileoscopia)
- Estudios de imagen según criterio médico (TC, EnteroRM, RM pelvis)

4.1.8 En caso de PPD o IGRA positivo se realiza consulta con infectología para inicio de tratamiento (se procede según Guía Nacional para el manejo de la Tuberculosis)

4.1.9 Los pacientes con antígeno de superficie para virus de hepatitis B positivo a los que se les indique tratamiento con inmunosupresores o fármacos biológicos o pequeñas moléculas, deben ser valorados por hepatólogo para recibir fármaco antiviral concomitante.

4.1.10 En pacientes hospitalizados se recomienda realizar profilaxis de trombosis venosa con heparina de bajo peso molecular.

4.1.11 Debe evitarse el uso de los siguientes medicamentos: derivados opioides, antidiarreicos y anticolinérgicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE's).

4.1.12 Si el paciente con EC al ingreso presenta deshidratación y/o disionias, se realiza un adecuado soporte con líquidos intravenosos y corrección de disionias.

4.1.13 A los pacientes que vayan a recibir corticoterapia se indica dieta vía oral hiposódica.

La nutrición parenteral se realiza sólo en casos de pacientes desnutridos que no toleran nutrición vía oral o enteral.

4.2. El paciente con **EC luminal con actividad severa independiente de la localización** se hospitaliza y trata con hidrocortisona en dosis de 100mg intravenoso cada 6-8hs y luego se rota a prednisona via oral. En caso de corticorrefractariedad se evalúa para inicio de anti-TNF o pequeñas moléculas.

4.2.1 Durante la hospitalización se realizan controles clínicos cada 24hs y bioquímicos cada 48-72hs para valorar respuesta terapéutica y descartar complicaciones.

4.2.2 En conjunto con cirujano se considera y descartan complicaciones que podrían requerir procedimientos quirúrgicos: enfermedad fibroestenotante

	PROCEDIMIENTO DE ABORDAJE EN EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN	PT 01	Versión: 0
---	---	--------------	-------------------

obstructiva intratable medicamente, perforación libre o bloqueada, abscesos intrabdominales o perianales secundarios a trayectos fistulosos.

4.2.3 Los pacientes que respondieron a los corticoides intravenosos se valora para iniciar tratamiento de mantenimiento con inmunomoduladores (azatioprina o 6-MP), biológicos (anti-TNF) o pequeñas moléculas.

4.2.4 En caso de inicio de Infliximab se asocia azatioprina (dosis óptima 2-2,5mg/kg/día) para minimizar el riesgo de inmunogenicidad, factor asociado a la pérdida de respuesta secundaria, al menos durante los primeros 6 meses de tratamiento.

4.2.5 Se realiza evaluación del estado nutricional y presencia de carencias específicas con la solicitud de: albúmina, metabolismo del hierro, ácido fólico, vitamina B12, calcio, vitamina D, crasis. Se realiza la reposición específica según corresponda.

4.2.6 Cesación del tabaquismo: derivación a policlínica de cesación del tabaquismo.

5. Registros

6. Modificaciones a la versión anterior

Versión	Modificaciones respecto a la versión anterior	Fecha

7. Anexos

No aplica

	PROCEDIMIENTO DE ABORDAJE EN EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN	PT 01	Versión: 0
---	--	---------------------	--------------------------

8. Referencias

Sistemas de gestión de la calidad - Requisitos UNIT-ISO 9001:2015

Normativa cobertura Fondo Nacional de Recursos para tratamiento de la Enfermedad de Crohn

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