



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS A PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

V. 1.0

Málaga, Marzo 2022

Dr. Raúl Vicente Olmedo Martín

Dra. Patricia Romero Cara

Dr. Victor Amo Trillo

Dr. José Mostazo Torres

Dr. Miguel Jiménez Pérez



INDICE DE CONTENIDOS

- **Antecedentes y motivación del protocolo**
- **Guía básica para el abordaje clínico del paciente con EII en Urgencias**
- **Criterios de valoración por el especialista e ingreso hospitalario**
- **Flujos y circuitos de pacientes al alta del Servicio de Urgencias**
- **Revisión del documento**
- **Bibliografía**
- **Contacto con la Unidad**



○ Antecedentes y motivación del protocolo

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) abarca un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas inmunomediadas de etiopatogenia no del todo dilucidada y cuyas entidades más representativas son la enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU).

De incidencia y prevalencia crecientes, el paradigma de atención de la EII ha evolucionado en las últimas décadas desde un modelo paternalista y estanco basado en consultas monográficas sin coordinación con otros niveles, a un modelo de decisiones compartidas, con la participación de múltiples profesionales integrados en unidades multidisciplinarias.

La formación y autonomía del paciente, con el objetivo de generar autoproducción y una mejor gestión de su enfermedad es inseparable de este modelo de atención multidisciplinar.

El paciente con enfermedad inflamatoria intestinal ha de acudir a urgencias en diferentes momentos de la historia de la enfermedad y por diferentes motivos (actividad de la enfermedad no controlada, trastornos digestivos funcionales no relacionados con la EII, efectos adversos de fármacos utilizados en la EII como las infecciones oportunistas...)

El abordaje del paciente con EII es complejo, y requiere de un conocimiento general bien sustentado y de una estandarización de la atención médica que disminuya la variabilidad. Ello redundará en la identificación de pacientes que necesitan ingreso hospitalario o un manejo ambulatorio precoz de aquellos en los que no concurren datos de alarma y pueden ser reevaluados con menos premura.

Para ello es precisa la coordinación entre los profesionales de urgencias y los gastroenterólogos con especial dedicación a la EII para establecer criterios de valoración urgente y flujos-circuitos de pacientes con el objetivo de una mejora global en la atención de estos pacientes. Esa es la motivación del actual documento.



○ Guía de práctica clínica para el abordaje clínico del paciente con EII en Urgencias

Como se ha mencionado previamente, el paciente con EII conocida o el todavía no diagnosticado, puede requerir de asistencia urgente, por lo que los profesionales de las unidades de urgencia, deben estar alerta y familiarizados con las situaciones más frecuentes. Ello posibilitará evitar retardos diagnósticos o empeoramientos de la situación del paciente ya diagnosticado.

Distinguiremos por tanto dos situaciones; las sospechas diagnósticas de debut de la EII y el manejo de las situaciones que se presentan en pacientes ya diagnosticados

○ **Paciente diagnosticado previamente de EII**

• **Generalidades**

1. “ No siempre que un paciente con EII va a la urgencia presenta un brote de actividad o recidiva clínica”. En estos pacientes se debe realizar un ejercicio de diagnóstico diferencial con otras situaciones:
 - Infecciones entéricas
 - Trastornos funcionales digestivos
 - Efectos adversos de fármacos relacionados con la EII o prescritos para otras situaciones (antibióticos o AINEs)
 - Patologías digestivas concomitantes
 - Patología ginecológica
2. Es importante revisar en DAH (si el paciente tiene historia en el SSPA) el trayecto del paciente en los últimos meses. Si el paciente estaba en remisión prolongada es menos frecuente que se sea una recidiva clínica que si el curso ha sido tórpido recientemente.
3. Como en cualquier paciente que es atendido en urgencias la historia clínica ha de ser exhaustiva y sistematizada recogiendo los siguientes aspectos:



- a) Alergias medicamentosas y hábitos tóxicos
- b) Tipo de EII y localización de la misma
- c) Tratamientos de la EII y medicaciones recientes no relacionadas (AINEs, antibióticos...)
- d) Adhesión al tratamiento y al seguimiento (elevada tasa de incumplimiento terapéutico)
- e) Intervenciones quirúrgicas previas
- f) Estado de la EII en última revisión de consulta
- g) Enfermedad actual: días de evolución de la sintomatología, ambiente epidemiológico familio-laboral, número de deposiciones y características de las mismas, nocturnidad, síndrome rectal, síndrome oclusivo, fiebre, dolor abdominal, pérdida ponderal...

La exploración física ha de ser exhaustiva con especial interés a la región abdominal, posibles manifestaciones extraintestinales (oculares, articulares, dermatológicas...) y en caso de la enfermedad de Crohn es importante evaluar la región perianal (fisuras, fístulas, semiología de absceso)

4. Pruebas complementarias

Se recomiendan las siguientes pruebas complementarias en la evaluación de estos pacientes:

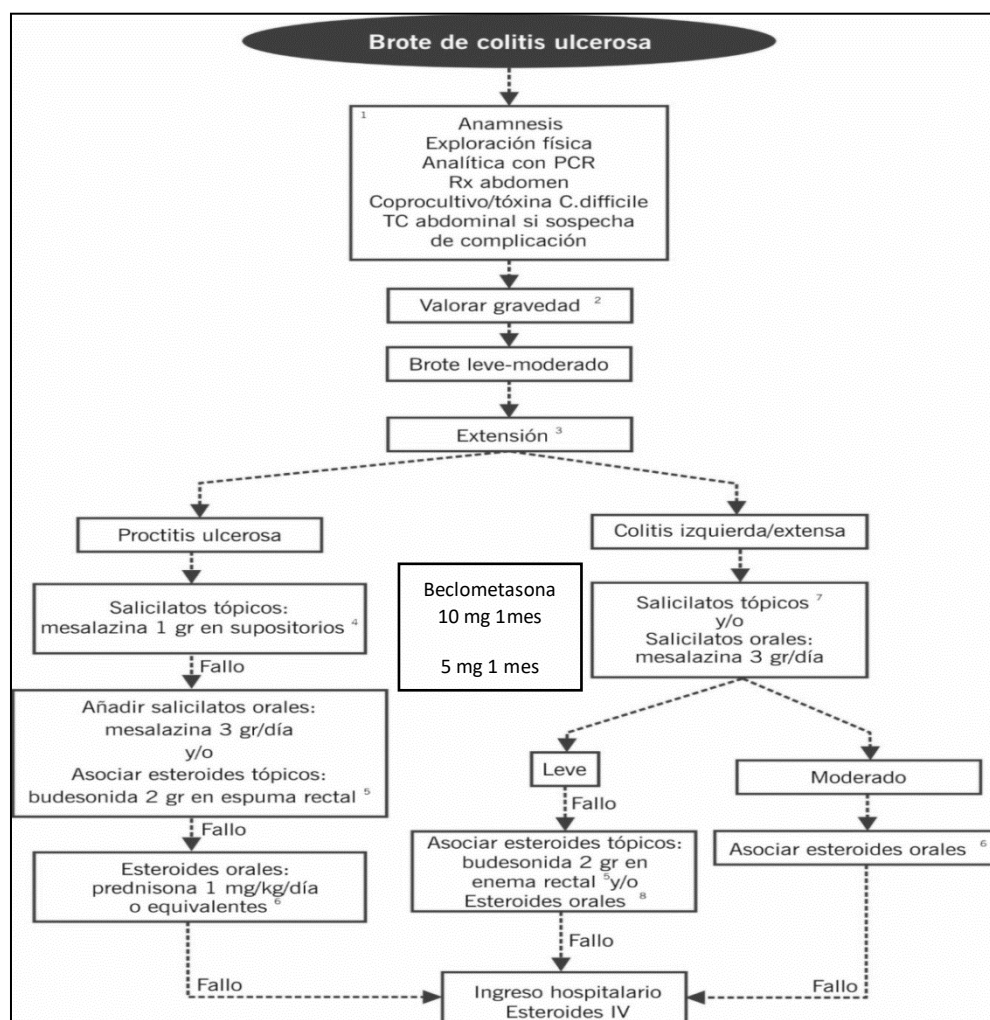
- a) Hemograma (leucocitosis, anemia y trombocitosis) y bioquímica completa incluyendo ionograma, función renal, perfil hepático, lipasa (sospecha de pancreatitis por tiopurinas) y proteína C reactiva
- b) Radiografía de tórax y abdomen
- c) ECO y TC abdomen: evaluar presencia de complicaciones; abscesos intraabdominales, megacolon tóxico, obstrucción intestinal, cuadro perforativo...
- d) Rectosigmoidoscopia urgente sin preparación: puede confirmar y/o acelerar un diagnóstico (sobre todo si existe alta sospecha de CU)



5. Conocimiento básico del arsenal terapéutico actual

Grupo terapéutico	Fármacos	Indicación CU	Indicación EC
Aminosalicilatos	Mesalazina oral	Inducción/Mantenimiento CU extensa leve-moderada Inducción/Mantenimiento CU distal leve-moderada	-
	Mesalazina tópica	Asociación a mesalazina oral u otros grupos	Proctitis
	Sulfasalazina	Inducción/Mantenimiento CU extensa leve-moderada	Inducción EC leve colónica
Antibióticos	Metronidazol	Reservoritis	Complicaciones enfermedad perianal
	Ciprofloxacino		Prevención recurrencia postquirúrgica
Corticoides	Prednisona /Metilprednisolona	Inducción CU moderada-grave	Inducción EC moderada-grave
	Budesonida	CU leve-moderada distal (formulación tópica)	EC leve-moderada ileon terminal y colon derecho
	Beclometasona dipropionato	CU leve-moderada	-
Inmunosupresores	Tiopurínicos	Mantenimiento CU crónicamente activa, corticodependiente o corticorefractaria	Mantenimiento EC crónicamente activa, corticodependiente o corticorefractaria
	Azatioprina	Reservoritis refractaria	Enfermedad perianal
	6- Mercaptopurina	Tto combinado con biológicos	Prevención recurrencia postquirúrgica
	Metotrexato	-	Tto combinado con biológicos
	Ciclosporina	-	EC refractaria a tiopurínicos
	Tacrolimus	Intolerancia/contraindicación a tiopurínicos	-
Agentes frente al factor de necrosis tumoral alfa	Infliximab	CU grave corticorefractaria	-
	Adalimumab	Inducción/ Mantenimiento CU moderada-grave resistente a tratamiento convencional o con contraindicación al mismo	Inducción/ Mantenimiento EC moderada-grave resistente a tratamiento convencional o con contraindicación al mismo
	Golimumab (sólo con indicación en CU)	CU activa grave corticorefractaria	Enfermedad perianal moderada grave refractaria
		Corticodependencia	Complicaciones fistulizantes de la EC
		Reservoritis refractaria	Prevención recurrencia postquirúrgica en pacientes de alto riesgo o intolerantes a tiopurinas
Agentes anti IL-12/23		Manifestaciones extraintestinales	Manifestaciones extraintestinales
	Vedolizumab (anti $\alpha 4\beta 7$)	Inducción/ Mantenimiento CU moderada-grave resistente a tratamiento convencional y/o a agentes contra el factor de necrosis tumoral alfa	Inducción/ Mantenimiento EC moderada-grave resistente a tratamiento convencional y/o a agentes contra el factor de necrosis tumoral alfa
Agentes anti IL-12/23	Ustekinumab (anti IL12/23)	Inducción/ Mantenimiento CU moderada-grave resistente a tratamiento convencional y/o a agentes contra el factor de necrosis tumoral alfa	Inducción/ Mantenimiento EC moderada-grave resistente a tratamiento convencional y/o a agentes contra el factor de necrosis tumoral alfa
	Tofacitinib (inhibidor JAK1 y JAK3)	Inducción/ Mantenimiento CU moderada-grave resistente a tratamiento convencional y/o agentes contra el factor de necrosis tumoral alfa	

- Escenario clínico 1: BROTE DE COLITIS ULCEROSA (Manejo general)



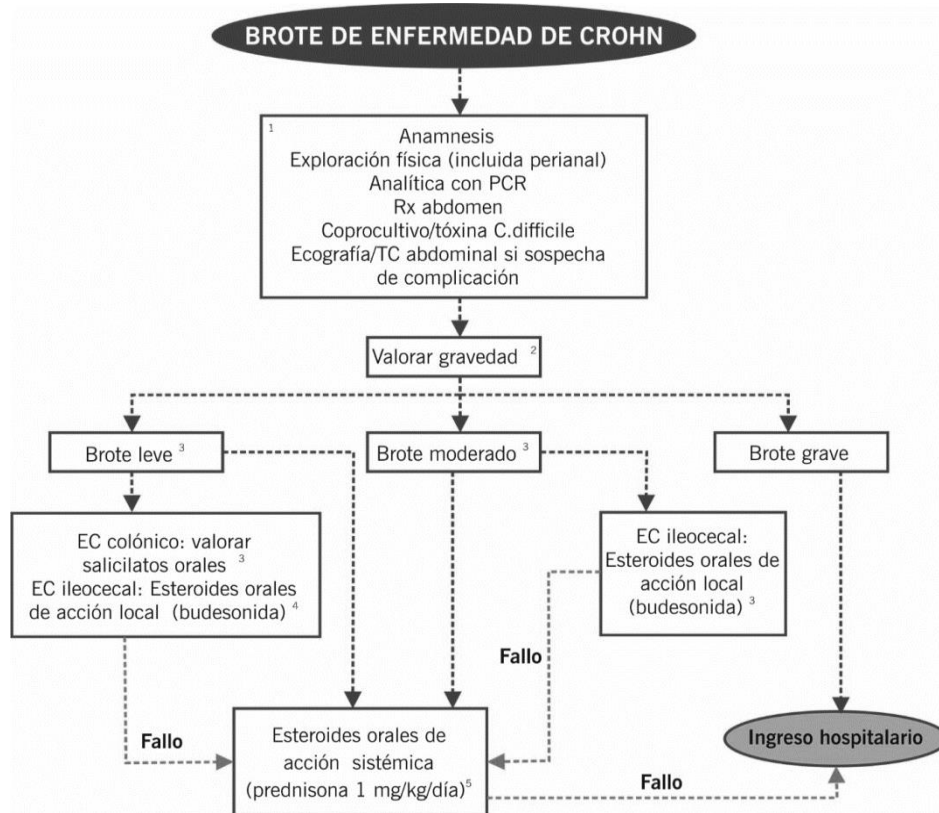
**Severidad de colitis
ulcerativa**

Definición

S0 Remisión clínica	Asintomático
S1 Leve	< 4 deposiciones/día, VSG normal
S2 Moderada	4-6 deposiciones/día, toxicidad leve
S3 Severa	> 6 deposiciones/día, con sangre FC > 90 por minuto, T° > 37,5 °C Hb < 10,5 g/dl, VSG > 30 mm/hora



• **Escenario clínico 2: BROTE DE ENFERMEDAD DE CROHN (Manejo general)**



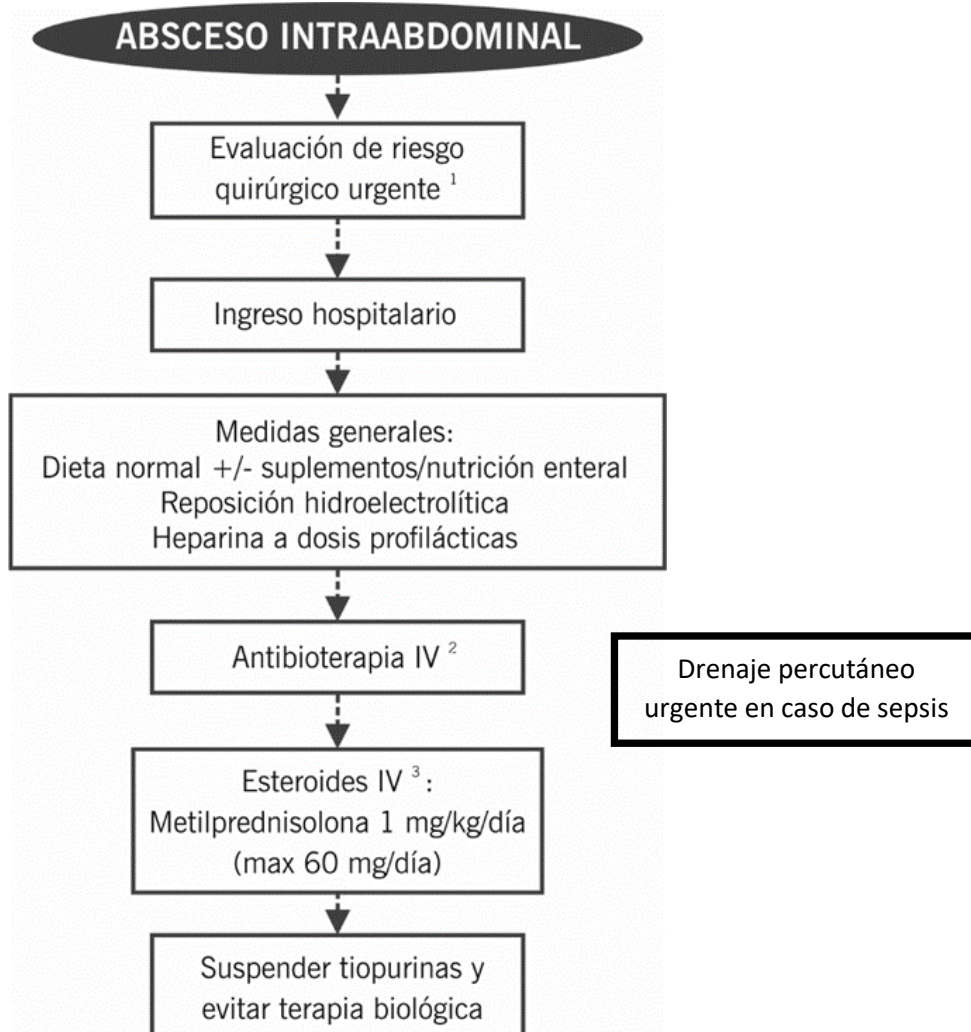
VARIABLES	PUNTOS
Estado general	0 Muy bueno 1 Regular 2 Malo 3 Muy malo 4 Malísimo
Dolor abdominal	0 No 1 Ligero 2 Moderado 3 Intenso
Nº de deposiciones diarias (n puntos)	
Masa abdominal	0 No 1 Dudosa 2 Definida 3 Definida y dolorosa
Complicaciones	1 Artralgias 1 Uveítis 1 Eritema nodoso 1 Aftas 1 Pioderma gangrenoso 1 Fístula anal 1 Otras fístulas 1 Abscesos
Puntuación	< 6 leve 6-12 moderado > 12 grave



- **Escenario clínico 3: SOSPECHA DE COMPLICACIÓN FISTULIZANTE EN ENFERMEDAD DE CROHN**

El paciente puede presentar gran variabilidad clínica desde cuadros paucisintomáticos hasta sepsis. A nivel de la exploración física puede percibirse sensación de plastrón a la exploración. Pueden observarse signos-síntomas característicos:

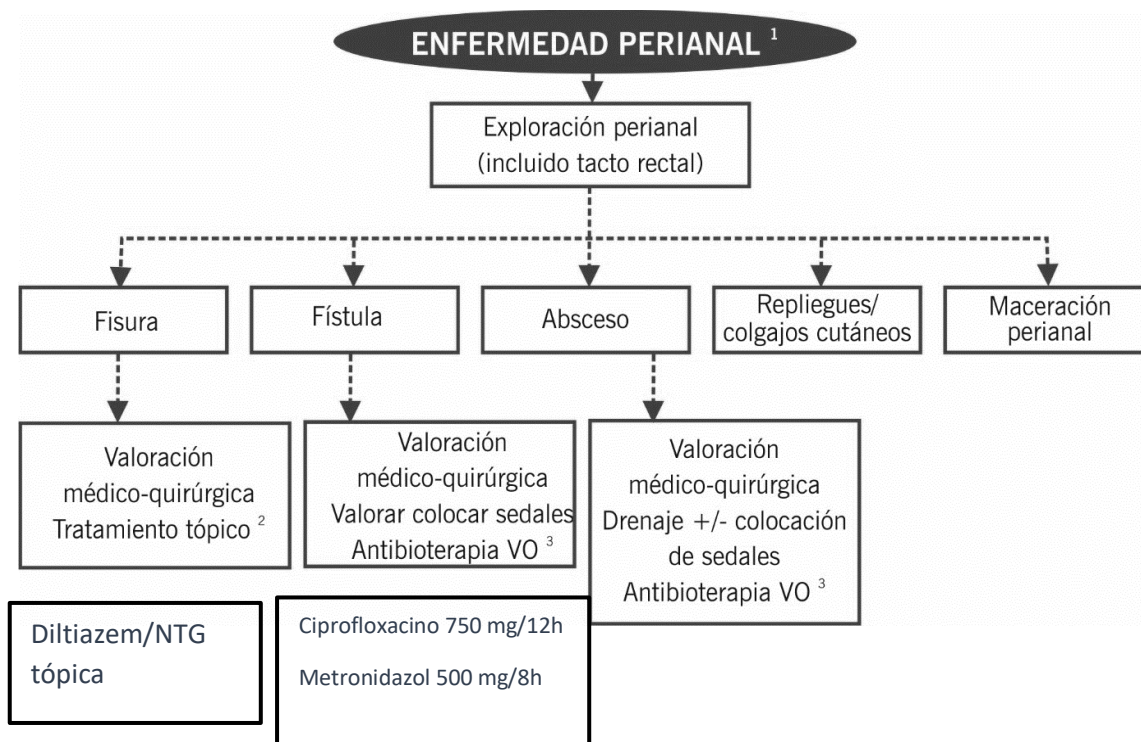
- + Impotencia funcional en miembro inferior (absceso psoas)
- + Síndrome miccional-fecaluria-neumatúria (fístula enterovesical)





- **Escenario clínico 4: ENFERMEDAD PERIANAL**

En esta situación es muy importante descartar la presencia de un absceso perianal, que suele requerir un drenaje urgente.





- **Escenario clínico 5: HEMORRAGIA DIGESTIVA GRAVE**

Situación poco frecuente, más habitual en colitis ulcerosa. Suele tener un origen difuso en la CU y más localizado en EC. Ha de considerarse el método de elección diagnóstico según las características individuales. El manejo pasa por conseguir una adecuada resucitación y estabilidad hemodinámica, tratar la EII de forma intensiva y considerar colectomía en caso de falta de control. Aplicar el protocolo de hemorragia masiva vigente en el hospital .

Table 3 – Main aspects in the treatment of massive gastrointestinal hemorrhage in intestinal bowel disease.

Step 1: clinical hemodynamic stabilization

Large-caliber peripheral venous accesses
Massive blood replacement (crystalloids, 1500–2000 mL initially)
Monitoring of hemodynamic status
BP, HR, hemoglobin and hematocrit, indwelling bladder catheter)
NPO or (nothing by mouth)
Evaluate blood transfusion

Step 2: treating the source of bleeding

Locate the bleeding site (LGB × HGB): evaluate UGE and colonoscopy
Complementary imaging: enteroscopy,
scintigraphy and angiography
Endoscopic treatment if possible
Surgical approach (limit bowel resection)

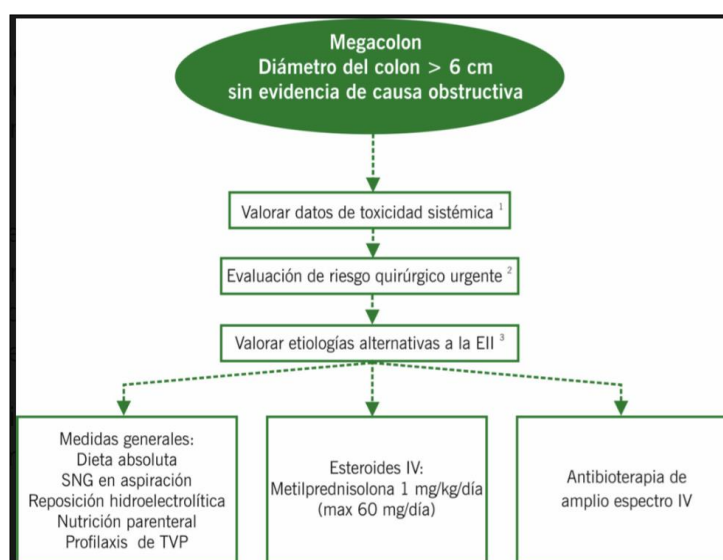
NPO, Nothing Per Oros; LGB, Low Gastrointestinal Bleeding;
HGB, High Gastrointestinal Bleeding; UGE, Upper Gastrointestinal
Endoscopy.



• Escenario clínico 6: MEGACOLON TÓXICO

La causa más frecuente son las colitis infecciosas, pero es una situación que se da en el 10% y 1-5% de ingresos por CU y EC graves respectivamente. Puede precipitarse por distintas situaciones: sobreinfecciones por Clostridium y CMV, anticolinérgicos, opiáceos, antidiarreicos, hipomagnesemia e hipokaliemia y endoscopia digestiva baja en el contexto de actividad severa. Para su diagnóstico se emplean los criterios de Janan que se muestran a continuación.

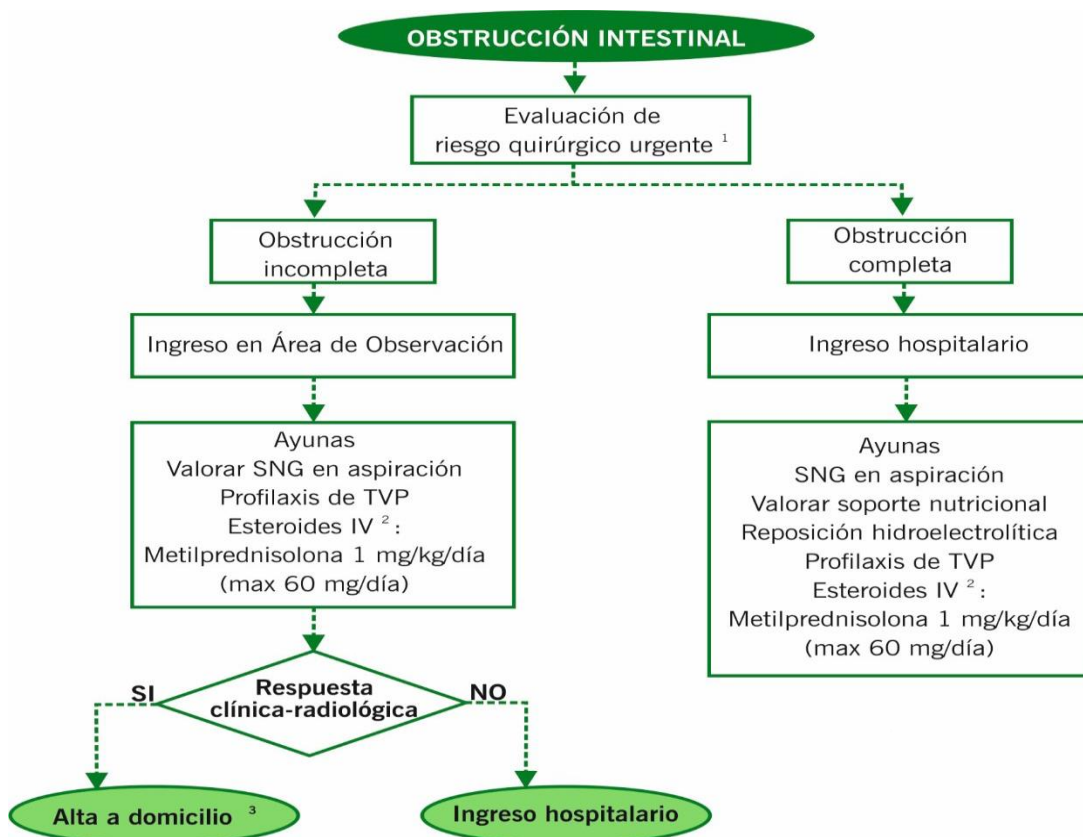
Dilatación colónica	> 6 cm
Al menos 3 criterios de los siguientes	febre > 38°C taquicardia (> 120 lpm) leucocitosis (>10.500 mm3) anemia
Al menos 1 criterio de los siguientes	Hipotensión Deshidratación Confusión mental Alteraciones hidroelectrolíticas





- **Escenario clínico 7: OBSTRUCCIÓN/SUBOCCLUSIÓN INTESTINAL**

Es una complicación más frecuente en EC con una implicación mayoritaria de intestino delgado. En CU los cuadros obstructivos son menos habituales y suelen estar en relación a la presencia de estenosis colónicas críticas o ca de colon asociado a la CU. No siempre está implicado un proceso inflamatorio, pudiendo verse patrones mixtos fibroinflamatorios o fibróticos exclusivos. Los cuadros adherenciales deben sospecharse en pacientes multiintervenidos sin aparentes reactantes de inflamación asociados. El manejo del síndrome oclusivo en EII sigue los principales estándares del que tiene lugar en otras etiologías con la salvedad que en formas con actividad inflamatoria el cuadro puede resolverse con tratamiento específico de la EII. La cirugía está indicada cuando hay compromiso vascular asociado a la obstrucción o ésta es completa y persistente, y en caso de deterioro del paciente.





- **Escenario clínico 8: URGENCIAS SECUNDARIAS A COMPLICACIONES DE FÁRMACOS UTILIZADO EN LA EII**

Grupo terapéutico	Efectos adversos
5-ASA (Mesalazina/Sufasalazina)	Muy seguros, siendo raras las complicaciones urgentes Cuadros de hipersensibilidad (rash) Neumonitis-nefritis intersticial-miocarditis (muy raro) Pancreatitis aguda (muy raro)
Esteroides sistémicos (Prednisona, deflazacort, metilprednisolona)	Muy utilizados; cuidado con la automedicación (preguntar siempre) Enmascaran complicaciones intraabdominales Fracturas, osteonecrosis, miopatía esteroidea Infecciones Psicosis esteroidea
Inmunosupresores (Azatioprina, 6 mercaptopurina, metotrexato)	Pancreatitis aguda (relativamente frecuente con tiopurinas) Reacciones de hipersensibilidad Pancitopenia Infecciones Hepatotoxicidad Neumonitis (metotrexato)
Agentes antiTNF (infliximab, adalimumab, golimumab)	Infecciones Reacciones infusionales Lesiones cutáneas paradójicas (psoriasis) Reacciones punto de inyección (adalimumab, golimumab)
Otros agentes (vedolizumab, ustekinumab y tofacitinib)	Poco frecuentes HTA y artralgias (vedolizumab) Infecciones (menos frecuentes que con esteroides, inmunosupresores o antiTNF) Reactivación de herpes zoster y TEP/trombosis venosa (tofacitinib)



- **Paciente sin diagnóstico previo de EII. Criterios de sospecha en Urgencias**

- Sospecha de EII tipo CU

- Paciente joven-mediana edad (puede existir un pico en la 7ª -8ª década de la vida)
- Pueden existir AF de 1º y 2º orden de EII u otras enfermedades inmunomediadas
- Diarrea sanguinolenta (> 4 semanas) → zona intermedia 2-3 semanas de evolución (diagnostico diferencial con enterocolitis infecciosa)
- Síndrome rectal (urgencia deposicional, tenesmo, espantos rectales)
- Manifestaciones extraintestinales asociadas: ojo rojo doloroso, artritis, eritema nodoso, pioderma gangrenoso
- Otros diagnósticos diferenciales: colitis isquémica, infecciones, colopatía por AINEs, cancer colorrectal, enfermedades de transmisión sexual, colitis postRT (actínica)

- Sospecha de EII tipo EC

- Paciente de joven-mediana edad (cada vez se ven más diagnósticos por encima de 50 años)
- Pueden existir AF de 1º y 2º orden de EII u otras enfermedades inmunomediadas
- Tabaquismo
- Dolor abdominal + fiebre de bajo grado + diarrea (menos frecuente el sangrado) + pérdida ponderal > 4 semanas de evolución
- Hª previa de fistulas y abscesos perianales
- Diagnóstico diferencial : Apendicitis aguda, Patología ginecológica, infecciones, enteropatía por AINEs, trastornos funcionales, enteropatías malabsortivas, tumores de I. delgado



○ Criterios de valoración urgente por especialista y de ingreso

La EII es una enfermedad inmunomediada muy heterogénea con diferentes peculiaridades en cada momento y con un comportamiento cambiante que hace muy difícil sistematizar los criterios de valoración urgente. En este documento resumiremos los criterios más habituales:

- **Criterios de valoración por el especialista en Digestivo o Cirujano Digestivo**

Criterios de valoración por el especialista en Digestivo o Cirujano Digestivo
Sospecha de debut de EII (véase apartado anterior)
Brote leve-moderado en paciente con EII conocida presente adhesión o no al tratamiento (ajuste de medicación)
Sospecha de reacción adversa a un tratamiento de la EII iniciado recientemente
Sospecha de complicación asociada (hemorragia digestiva, absceso intraabdominal-masa inflamatoria, cuadro suboclusivo..) *
Sospecha de sobreinfección entérica (CMV o Clostridium difficile)
Semiología de enfermedad de Crohn perianal complicada (fisura, fístula, absceso perianal)*

*Es necesaria la participación del especialista en Cirugía Digestiva

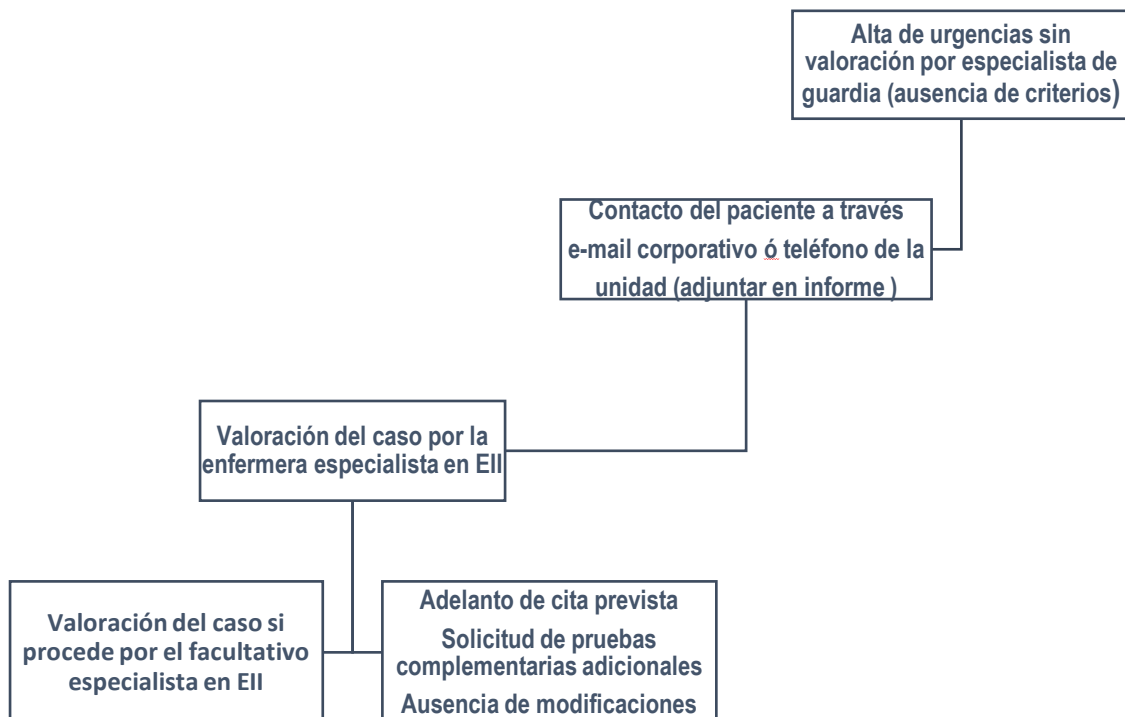
- **Criterios de ingreso**

Criterios de ingreso
Debut de la enfermedad con actividad moderada-grave
Brote moderado que no responde a esteroides sistémicos
EII no controlada pese a inmunosupresión y/o tratamiento biológico
Síntomas incapacitantes, refractarios o imposibilidad de utilizar la vía oral
Sdr febril en paciente inmunodeprimido
Complicación asociada confirmada (hemorragia digestiva baja moderada-grave, absceso intraabdominal-masa inflamatoria, cuadro suboclusivo, megacolon tóxico)
Reacción adversa medicamentosa (pancreatitis, trombosis venosa, mielotoxicidad grave..)
Absceso perianal en el contexto de enfermedad perianal compleja

○ Flujos de pacientes y circuitos tras el alta en el Servicio de Urgencias

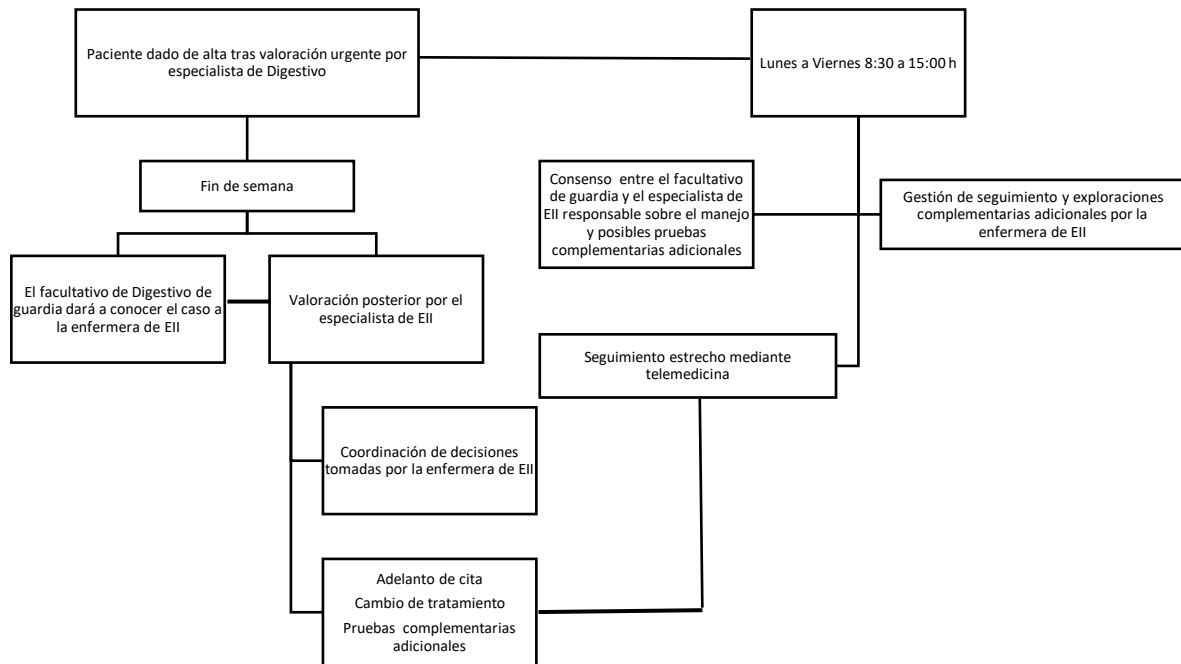
Para asegurar una adecuada continuidad en el proceso asistencial tras la visita a Urgencias y en aras de mejorar la accesibilidad de los pacientes a la unidad de EII tras cualquiera que sea el motivo relacionado con su enfermedad por el que ha sido atendido, proponemos algunos circuitos asistenciales:

Escenario 1. Pacientes dados de alta sin valoración por especialista (no cumple criterios de valoración)

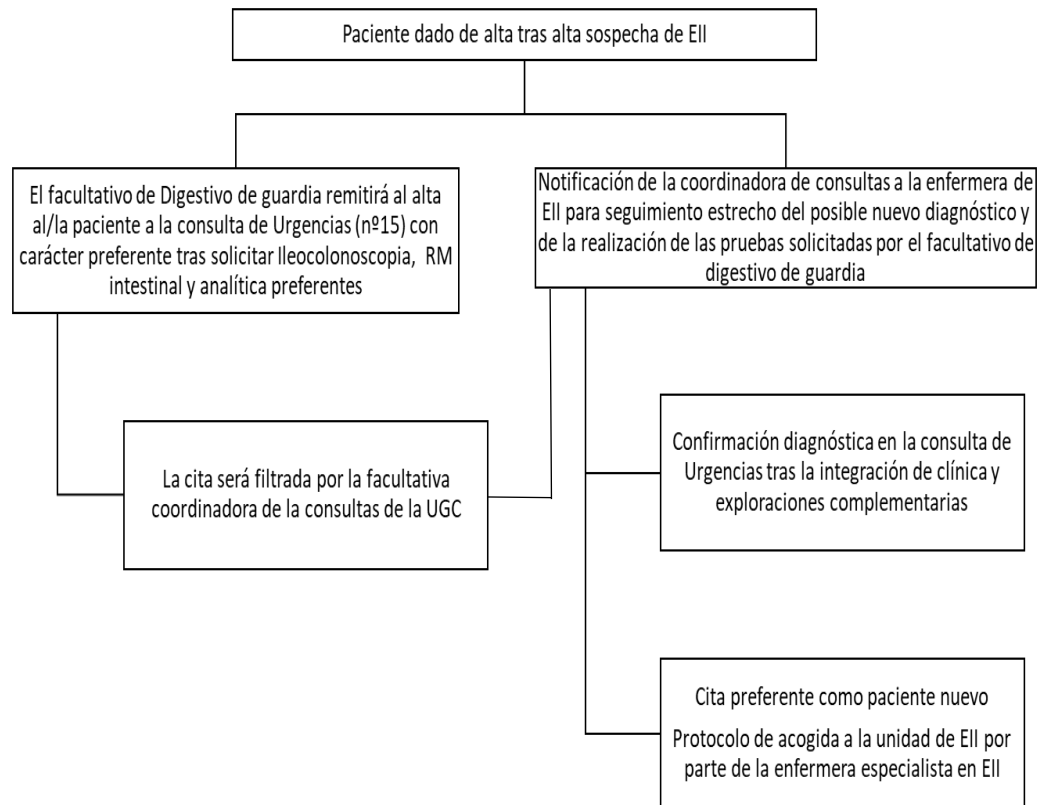




Escenario 2. Pacientes dados de alta en Urgencias tras valoración por especialista de Digestivo



Escenario 3. Pacientes dados de alta con alta sospecha de EII



○ Revisión del documento

Este documento de atención a la patología urgente del paciente con EII será revisado semestralmente, atendiendo a la conjunción de situaciones internas logísticas de nuestro hospital y las evidencias científicas que se vayan generando en esta área de conocimiento

○ Referencias bibliográficas

- Manual práctico de actuaciones en EII (7ª edición) GETECCU
- Gomollón, F. Enfermedad Inflamatoria Intestinal 4ª edición. 2020



○ Contacto con la Unidad de EII

¿COMO CONTACTAR CON LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

La UNIDAD de ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) cuenta con una dirección de correo electrónico que le ofrecerá una atención flexible y personalizada vía telemática



consultaiei.hrmal.sspa@juntadeandalucia.es

telf. 670944173 (días laborables de L a V de 11:00h-13:00h)

Le facilitará el acceso a su médico especialista en EII, a través del profesional de ENFERMERÍA, quien gestionará tras CONSULTAR PREVIAMENTE CON SU MÉDICO ESPECIALISTA en EII aquellas dudas o problemas que presente relacionados con su enfermedad en un plazo máximo de 48-72h (días laborables).

Podrá darse respuesta a su problema a través de las siguientes VÍAS DE RESOLUCIÓN:

-VÍA TELEMÁTICA: se resuelve por la misma vía que ha realizado la demanda.

-DERIVACIÓN A LA CONSULTA DE EII: el paciente necesita ser valorado en la consulta por su médico especialista en EII, a través de cita precoz.



Hospital Regional
Universitario
de Málaga



-DERIVACION AL SERVICIO DE URGENCIAS: el paciente deberá acudir al servicio de urgencias del hospital, y su médico especialista en EII informará al médico de guardia.

-INGRESO PROGRAMADO: Se tramitará el ingreso hospitalario desde el servicio de admisión del hospital. Posteriormente se contactará con el paciente, en el momento que exista disponibilidad de cama, para hacer efectivo su ingreso.

¿CUÁNDO CONSULTAR?

- Sospecha de actividad (brote) de la enfermedad
- Posibles efectos de la medicación para su EII
- Valoración analítica para seguimiento de fármacos

PROFESIONALES QUE INTEGRAN LA UNIDAD

Dr. Victor Amo Trillo	D.U.E. María Jose Diaz Jurado (Hospital de Dia)
Dr. José Mostazo Torres	D.U.E. Gema Luque Lopez (Consulta)
Dr. Raúl Olmedo Martín	
Dra. Patricia Romero Cara	

Y RECUERDE



- Acudir a los controles en consulta y seguir las pautas indicadas
- No dejar el tratamiento (aunque se encuentre bien, si deja el tratamiento puede volver a recaer)

www.accuesp.com
www.educainflamatoria.com

Páginas web recomendadas:

Hospital Regional Universitario de Málaga
UGC de Aparato Digestivo - Consulta de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)