PROTOCOLO DE ATENCIÓN URGENTE A LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

DR. RAÚL OLMEDO MARTÍN

UGC APARATO DIGESTIVO

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Hospital Regional Universitario de Málaga

ÍNDICE DEL DOCUMENTO

- 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
- Datos de contacto con la Unidad de EII

ANTECEDENTES Y MOTIVACIÓN DEL PROTOCOLO

ANTECEDENTES Y MOTIVACIÓN DEL PROTOCOLO

- Concepto de EII
- Cambio de modelo de atención: del paternalismo estanco a la coordinación interniveles
- El paciente con EII acude a Urgencias de forma frecuente y por una casuística variad
- Se trata de pacientes complejos que requieren una estandarización de cuidados para disminuir la variabilidad
- La coordinación interniveles entre distintos especialistas y los flujos de pacientes son claves en asegurar una atención de calidad

GUÍA BÁSICA PARA EL ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE CON EII EN URGENCIAS

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE CON EII EN URGENCIAS

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE EII

- **Generalidades**

→ " 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

→ 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.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE CON EII EN URGENCIAS

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE EII

→ 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)

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE CON EII EN URGENCIAS

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE EII

→ **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

a) Radiografia de tórax y abdomen

a) ECO y TC abdomen: evaluar presencia de complicaciones; abscesos intraabdominales, megacolon tóxico, obstrucción intestinal, cuadro perforativo…

a) Rectosigmoidoscopia urgente sin preparación: puede confirmar y/o acelerar un diagnóstico

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE CON EII EN URGENCIAS

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE EII

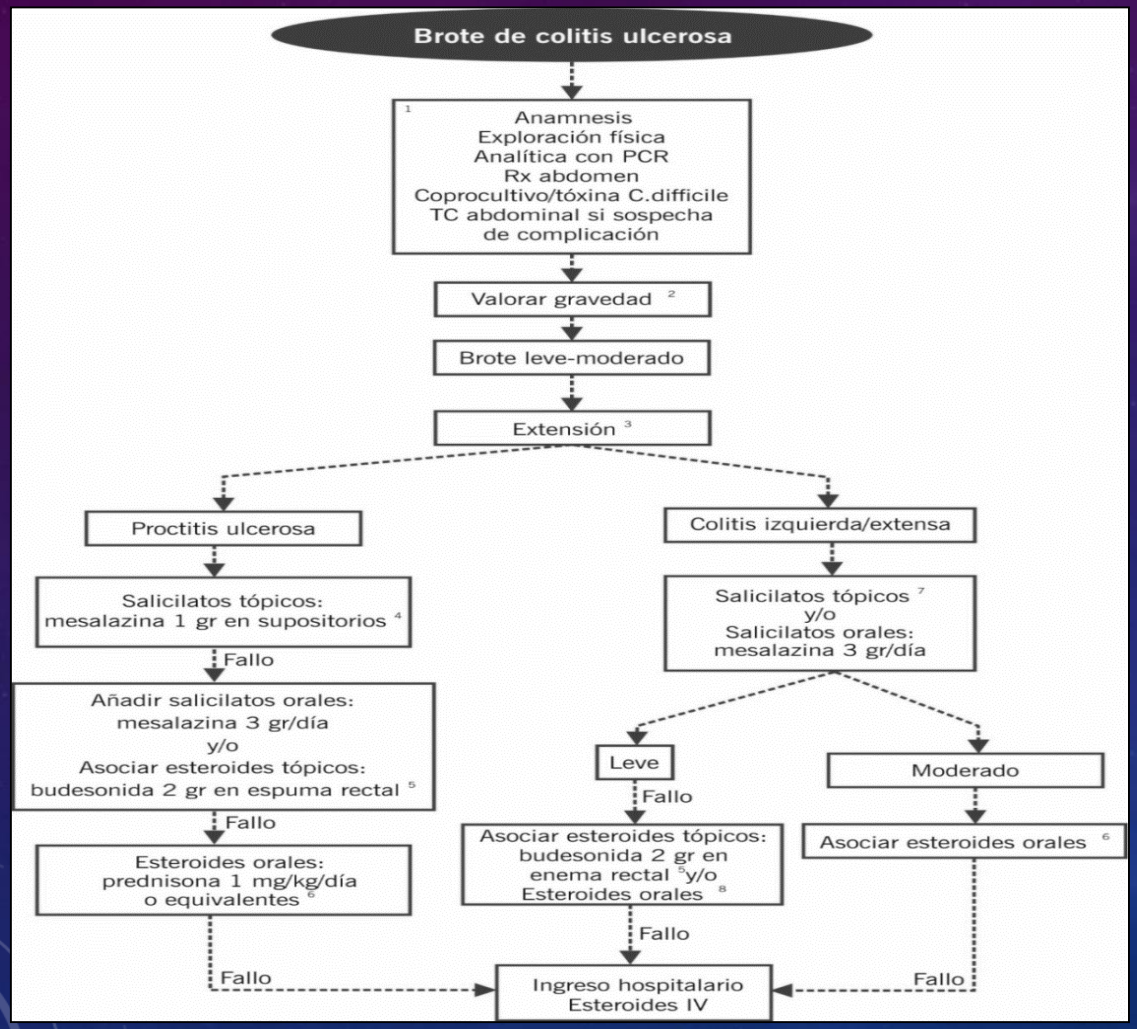
→ Conocimiento básico del arsenal terapéutico actual

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 Ciprofloxacino	Reservoritis	Complicaciones enfermedad perianal 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 Azatioprina 6- Mercaptopurina	Mantenimiento CU crónicamente activa, corticodependiente o corticorrefractaria Reservoritis refractaria Tto combinado con biológicos	Mantenimiento EC crónicamente activa, corticodependiente o corticorefractaria Enfermedad perianal Prevención recurrencia postquirúrgica Tto combinado con biológicos
	Metotrexato	-	EC refractaria a tiopurínicos Intolerancia/contraindicación a tiopurínicos
	Ciclosporina	CU grave corticorrefractaria	-
	Tacrolimus	CU grave corticorrefractaria	-

Agentes frente al factor de necrosis tumoral alfa	Infliximab Adalimumab Golimumab (sólo con indicación en CU)	Inducción/ Mantenimiento CU moderada-grave resistente a tratamiento convencional o con contraindicación al mismo CU activa grave corticorrefractaria Corticodependencia Reservoritis refractaria Manifestaciones extraintestinales	Inducción/ Mantenimiento EC moderada-grave resistente a tratamiento convencional o con contraindicación al mismo Enfermedad perianal moderada grave refractaria Complicaciones fistulizantes de la EC Prevención recurrencia postquirúrgica en pacientes de alto riesgo o intolerantes a tiopurinas Manifestaciones extraintestinales
Agentes anti-integrinas (anti α4β7)	Vedolizumab (anti α4β7)	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
Inhibores de Janus-kinasas	Tofacitinib (inhibidor JAK1 y JAK3)	Inducción/ Mantenimiento CU moderada-grave resistente a tratamiento convencional y/o agentes contra el factor de necrosis tumoral alfa	

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE CON EII EN URGENCIAS

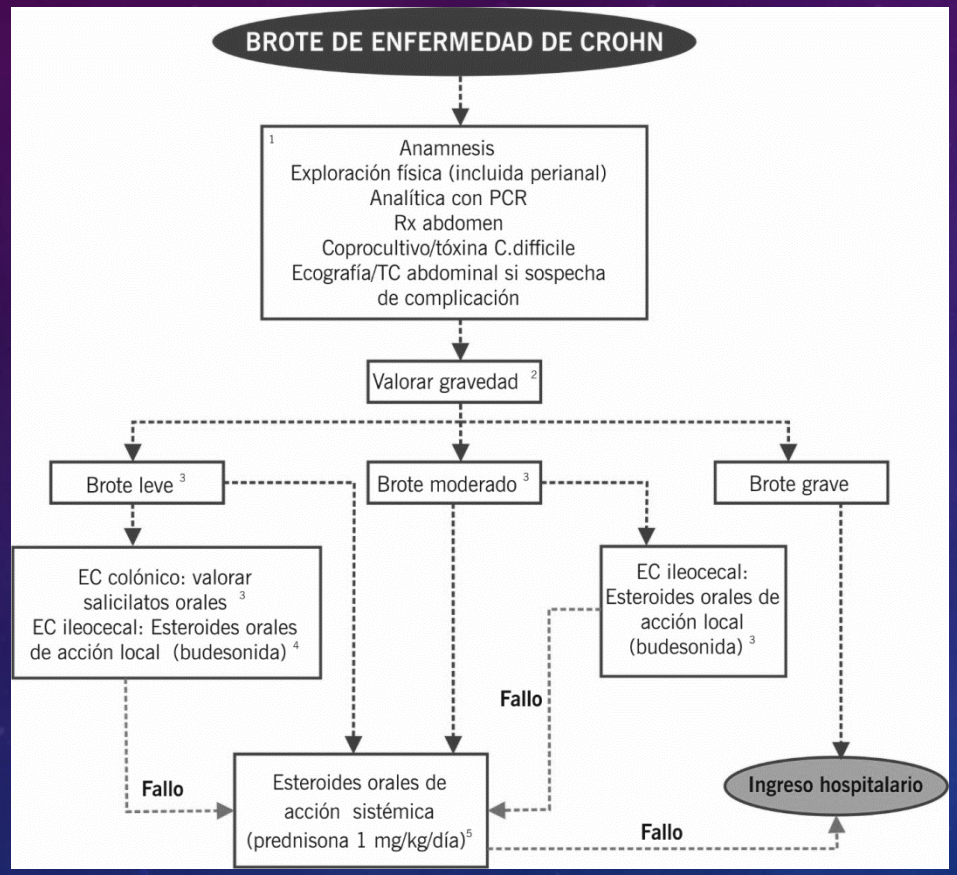
ESCENARIO CLÍNICO 1: BROTE COLITIS ULCEROSA (MANEJO GENERAL)



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, Tº > 37,5 ºC Hb < 10,5 g/dl, VSG > 30 mm/hora

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE CON EII EN URGENCIAS

ESCENARIO CLÍNICO 2: BROTE DE ENFERMEDAD DE CROHN (MANEJO GENERAL)

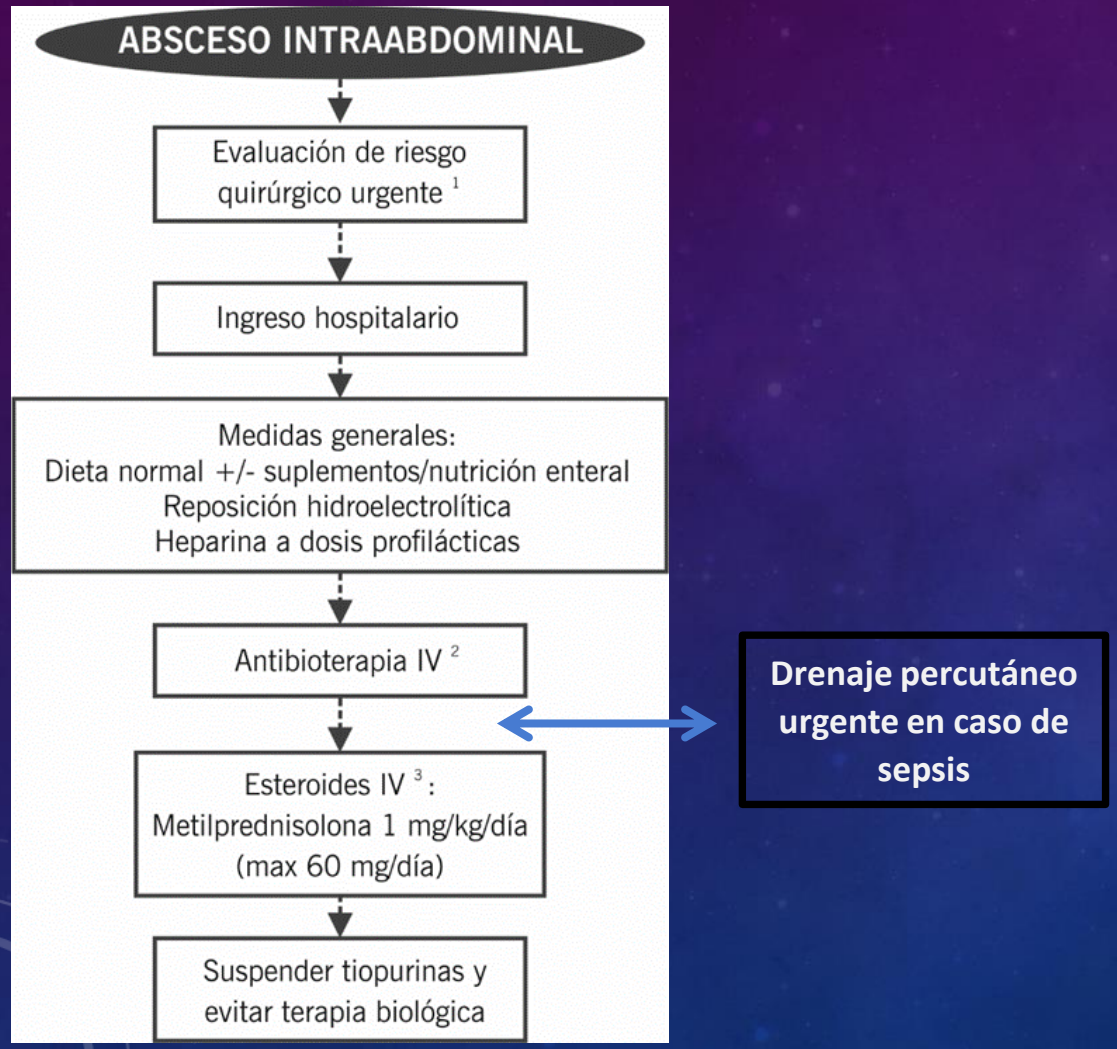


VARIABLES	PUNTOS
Estado general	0 Muy bueno 1 Regular 2 Malo 3 Muy malo 4 Malísimo
Dolor abdominal	0 No 1 Ligero 2 Moderado 3 Intenso
Nº de deposiciones diarias (n puntos)	
Masa abdominal	0 No 1 Dudosa 2 Definida 3 Definida y dolorosa
Complicaciones	1 Artralgias 1 Uveítis 1 Eritema nodoso 1 Aftas 1 Pioderma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

INDICE DE HARVEY-BRADSHAW

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE CON EII EN URGENCIAS

ESCENARIO CLÍNICO 3: SOSPECHA DE COMPLICACIÓN FISTULIZANTE EN ENFERMEDAD DE CROHN



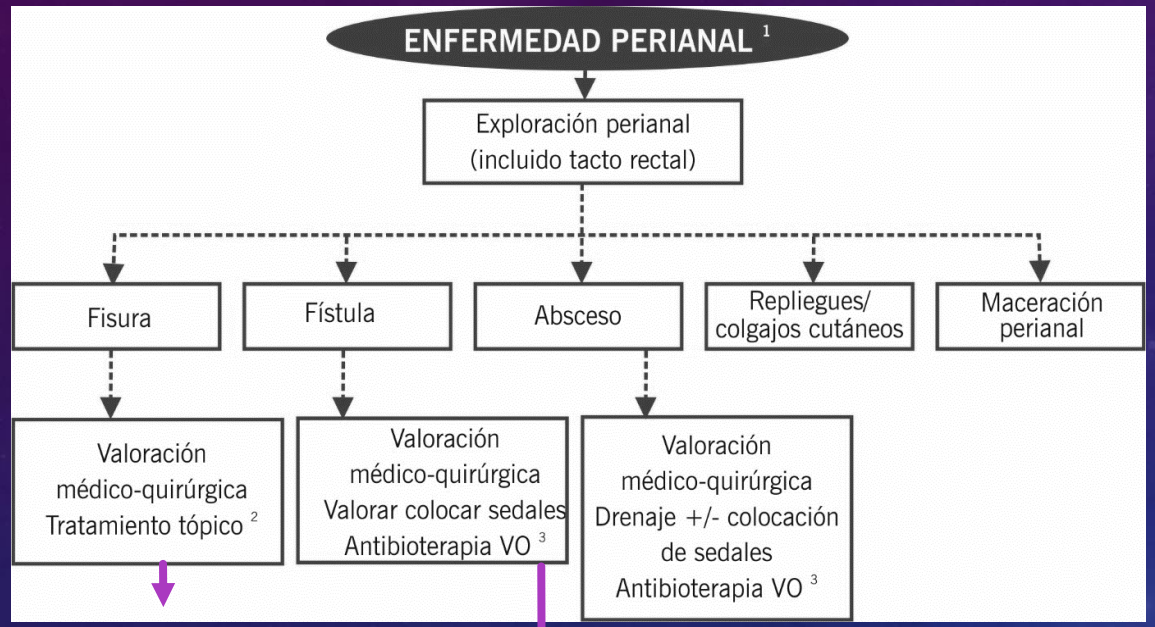
- Gran variabilidad clínica desde cuadros paucisintomáticos hasta sepsis.
- A nivel de la exploración física puede percibirse sensación de plastrón a la exploración.
- Pueden observarse signos-síntomas característicos:

+ Impotencia funcional en miembro inferior (absceso psoas)

+ Síndrome miccional-fecaluria-neumaturia (fístula enterovesical)

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE CON EII EN URGENCIAS

ESCENARIO CLÍNICO 4: ENFERMEDAD DE CROHN PERIANAL



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

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE CON EII EN URGENCIAS

ESCENARIO CLÍNICO 5: HEMORRAGIA DIGESTIVA GRAVE

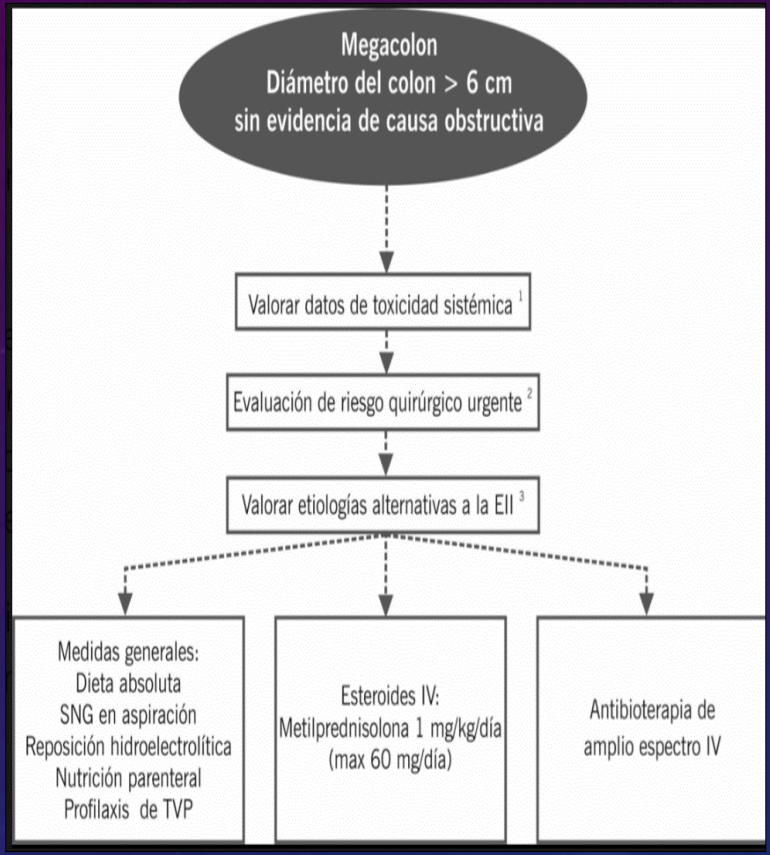
Table 3 – Main aspects in the treatment of massive gastrointestinal hemorrhage in intestinal bowell disease.

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 x HGB): evaluate UGE and colonoscopy
Complementary imaging: enteroscopy, scintigraphy and angiography
Endoscopic treatment if possible
Surgical approach (limit bowel resection)

- 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 .

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE CON EII EN URGENCIAS

ESCENARIO CLÍNICO 6: MEGACOLON TÓXICO

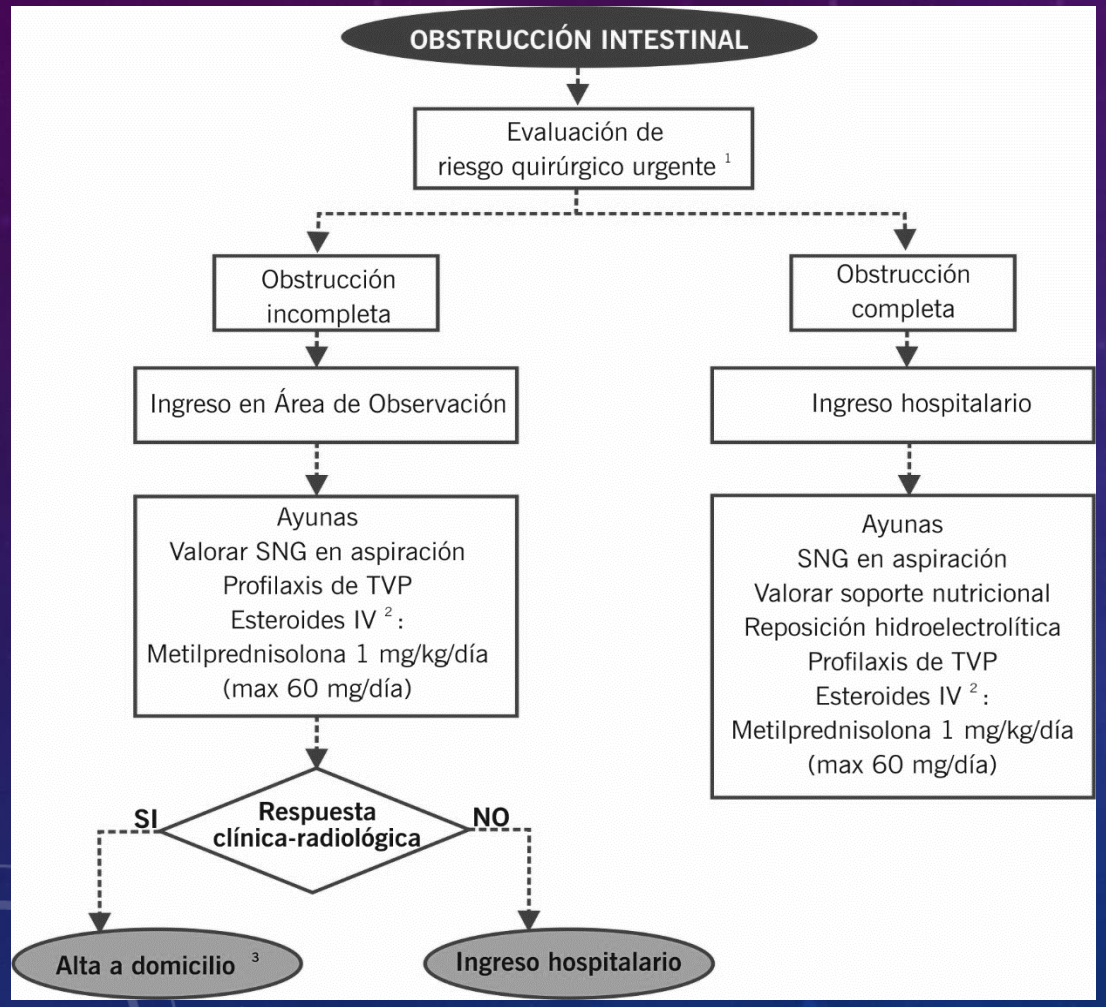


- La causa más frecuente son las colitis infecciosas, pero es una situación que se da en el 10% y 1-5% de ingresos por CU y EC graves respectivamente.
- Puede precipitarse por distintas situaciones: sobreinfecciones por Clostridium y CMV, anticolinérgicos, opiáceos, antidiarreicos, hipomagnesemia e hipokaliemia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

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

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE CON EII EN URGENCIAS

ESCENARIO CLÍNICO 7: OBSTRUCCIÓN/SUBOCLUSIÓN



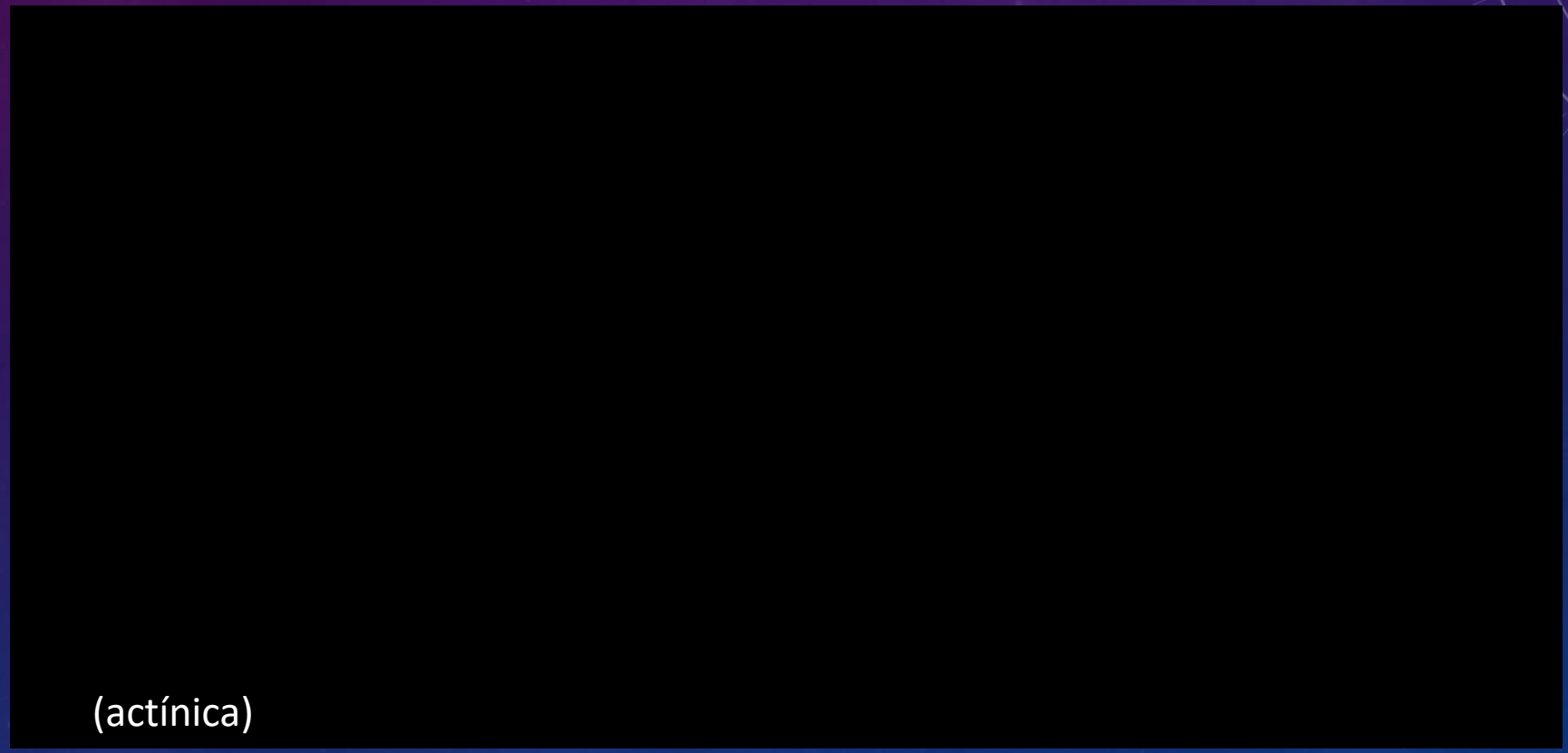
- Es una complicación más frecuente en EC con una implicación mayoritaria de intestino delgado.
- En CU los cuadros obstructivos son menos habituales y suelen estar en relación a la presencia de estenosis colónicas críticas o CCR.
- No siempre esta implicado un proceso inflamatorio, pudiendo verse patrones 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 pues resolverse con tratamiento específico de la EII.
- La cirugía esta indicada cuando hay compromiso vascular asociado a la obstrucción o ésta es completa y persistente, y en caso de deterioro del paciente.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE CON EII EN URGENCIAS

ESCENARIO CLÍNICO 8: URGENCIAS POR COMPLICACIONES DE LOS FÁRMACOS UTILIZADOS EN EII

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE CON EII EN URGENCIAS

PACIENTE SIN DIAGNÓSTICO PREVIO DE EII



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE CON EII EN URGENCIAS

PACIENTE SIN DIAGNÓSTICO PREVIO DE EII

Sospecha de EII tipo EC

- Paciente de joven-mediana edad (cada vez se ven más diagnósticos por encima de 50 años)

CRITERIOS DE VALORACIÓN POR EL ESPECIALISTA E INGRESO HOSPITALARIO

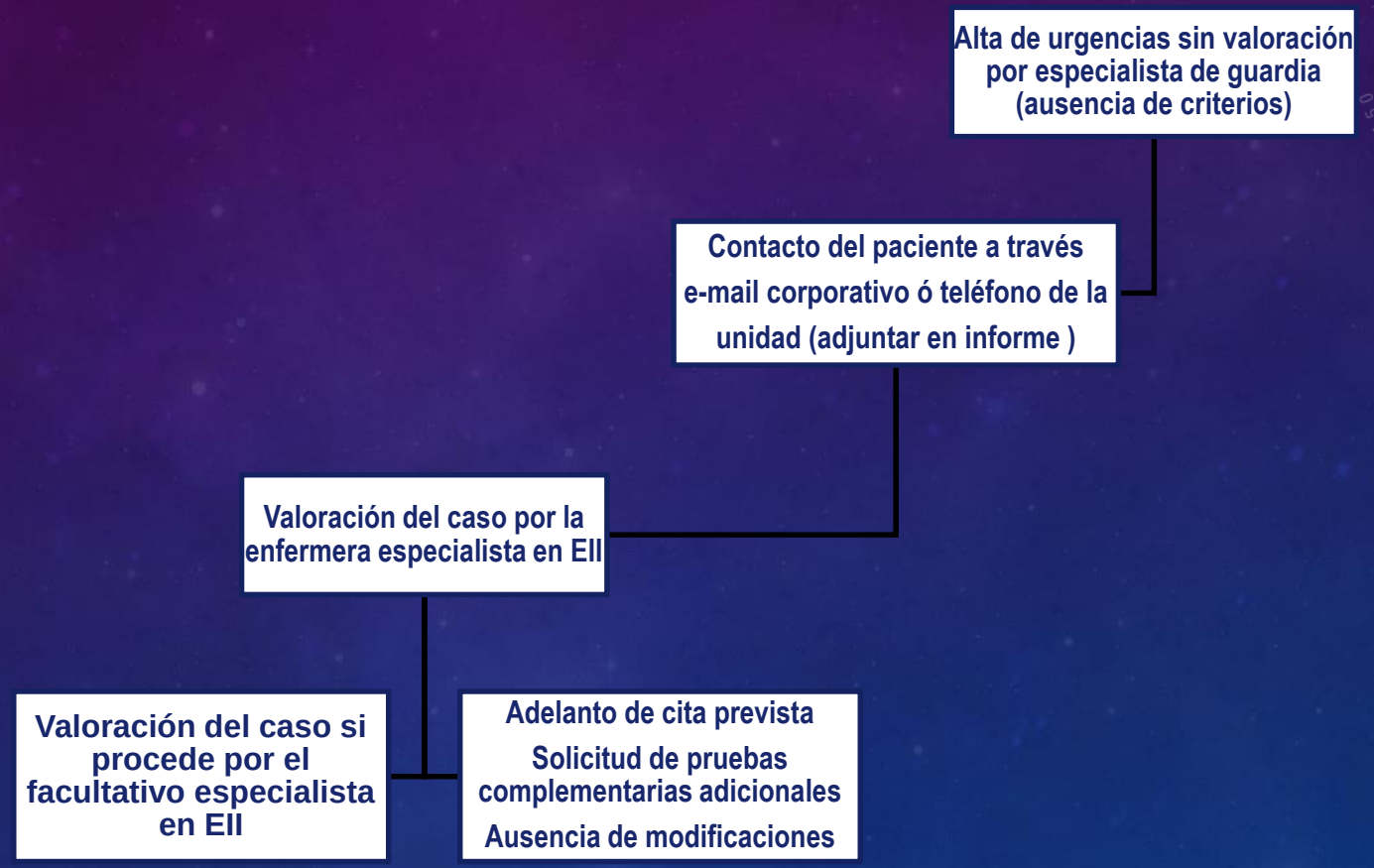
CRITERIOS DE VALORACIÓN POR EL ESPECIALISTA E INGRESO HOSPITALARIO

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)*

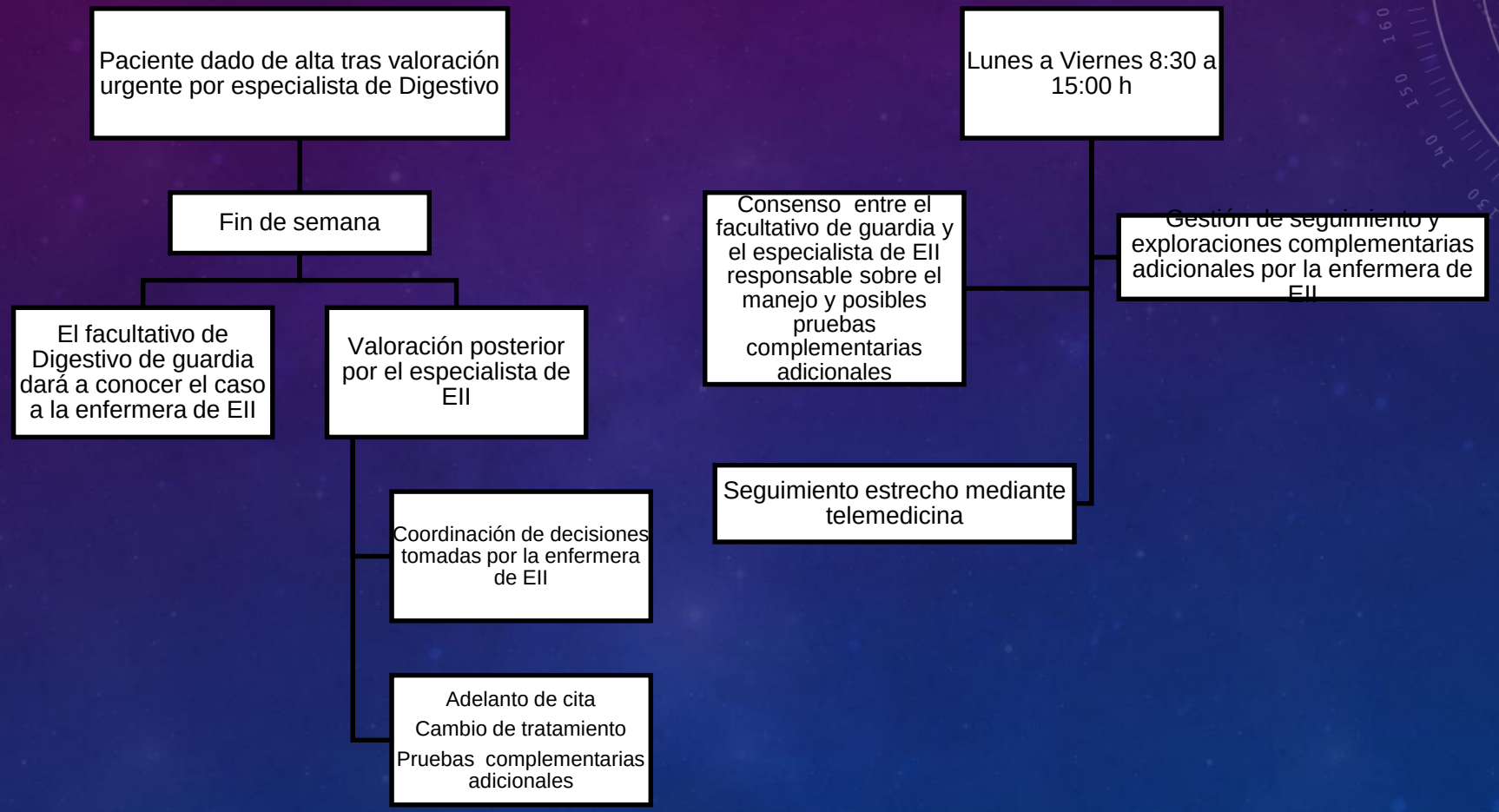
CRITERIOS DE VALORACIÓN POR EL ESPECIALISTA E INGRESO HOSPITALARIO

FLUJOS Y CIRCUITOS DE PACIENTES TRAS EL ALTA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

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

Paciente dado de alta tras alta sospecha de EII

El facultativo de Digestivo de guardia remitirá al alta al/la paciente a la consulta de Urgencias (nº15) con carácter preferente tras solicitar Ileocolonoscopia, RM intestinal y analítica preferentes

La cita será filtrada por la facultativa coordinadora de la consultas de la UGC

Notificación de la coordinadora de consultas a la enfermera de EII para seguimiento estrecho del posible nuevo diagnóstico y de la realización de las pruebas solicitadas por el facultativo de digestivo de guardia

Confirmación diagnóstica en la consulta de Urgencias tras la integración de clínica y exploraciones complementarias

Cita preferente como paciente nuevo

Protocolo de acogida a la unidad de EII por parte de la enfermera especialista en EII

DATOS DE CONTACTO CON LA UNIDAD DE EII

DATOS DE CONTACTO CON LA UNIDAD DE EII

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Consejería de Salud y Familias

Hospital Regional Universitario de Málaga

¿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

consultaeii.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 VIAS DE RESOLUCIÓN:

-VÍA TELEMÁTICA: se resuelve por la misma via 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
UGC de Aparato Digestivo - Consulta de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

-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
Dr. José Mostazo Torres
Dr. Raúl Olmedo Martin
Dra. Patricia Romero Cara

D.U.E. Maria Jose Diaz Jurado (Hospital de Dia)
D.U.E. Gema Luque Lopez (Consulta)

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)

Páginas web recomendadas: www.accuesp.com
www.educainflamatoria.com

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