

TODO LO QUE NECESITAS SABER

COLITIS ULCEROSA





TODO LO QUE NECESITAS SABER

COLITIS ULCEROSA

Un soporte visual, con el cual queremos facilitar a los profesionales sanitarios la labor de comunicación con el paciente con **Colitis Ulcerosa**.

Pretendemos proporcionar una herramienta útil, didáctica y descriptiva, que sirva de apoyo para tratar con el paciente los distintos aspectos de la enfermedad y su tratamiento.

Queremos agradecer a los autores su ayuda inestimable en la realización de esta obra, que dota a su contenido de gran valor para la práctica clínica de todo el personal sanitario que trabaja con pacientes con **Colitis Ulcerosa**.

AUTORES

Torrejón Herrera, Antonio	UNITAT D'ATENCIÓ CROHN-COLITIS HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON	BARCELONA
Borrueal Sainz, Natalia	UNITAT D'ATENCIÓ CROHN-COLITIS HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON	BARCELONA

Con el aval de:



Con la colaboración de:

abbvie

TODO LO QUE NECESITAS SABER

COLITIS ULCEROSA





¿QUÉ ES LA COLITIS ULCEROSA?

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

- La **colitis ulcerosa (CU)** es una **patología de tipo inflamatorio, crónica y que afecta al colon** ^(1,2)
- Es un proceso inflamatorio: por algún mecanismo todavía desconocido, se produce la **activación del sistema inmune contra el propio tejido intestinal** ⁽²⁾, desarrollando una reacción inflamatoria que provoca **lesiones (úlceras)** ⁽³⁾
- Actualmente no hay una cura definitiva para la enfermedad ^(1,2) aunque sí que se dispone de **diferentes tratamientos para controlar la inflamación y los síntomas** ⁽¹⁾. La enfermedad cursa en forma de **brotes** (fase de actividad) y **periodos de remisión** (fase de inactividad) ^(1,2)
- La inflamación puede afectar a la **mucosa y submucosa del colon** ⁽⁴⁾ y suele aparecer de **forma continua** ⁽²⁾
- La zona más frecuentemente implicada es el **recto** ⁽²⁾ y la **parte final del colon** (sigma) ⁽²⁾

EPIDEMIOLOGÍA

- Hay una **mayor incidencia** de la enfermedad en los **países occidentales** y desarrollados. En **España** la incidencia de CU es de **8 por 100.000 habitantes** ⁽⁴⁾
- La **prevalencia** de la CU a nivel global es de **7,6-246 100.000 pac/año** ⁽⁵⁾
- **Afecta indistintamente a hombres y mujeres** ^(1,6)
- Es una enfermedad que suele afectar a **personas jóvenes, entre los 15-30 años**, aunque puede aparecer a cualquier edad ⁽²⁾

ETIOLOGÍA

- La enfermedad inflamatoria intestinal es una enfermedad de **causa desconocida** ^(1,3,6). **No es una enfermedad infecciosa ni tampoco hereditaria**. Se piensa que un agente inicial desconocido (microbios, virus, componentes de la dieta, tabaco, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos...) pone en marcha una serie de **cambios inflamatorios** en el intestino, que son **anormalmente intensos** y que pueden aparecer en personas que están **genéticamente predispuestas** ^(2,3)



Reacción inmunológica exagerada ante determinados estímulos ambientales en pacientes con predisposición genética ⁽³⁾

CLASIFICACIÓN POR EXTENSIÓN (Montreal) ^(1,2)

Proctitis ulcerosa	
compromiso limitado al recto; el límite superior de la inflamación no supera a la unión rectosigmoidea	
CU izquierda	
afectación limitada al colon izquierdo; el límite superior de la inflamación no supera el ángulo esplénico	
CU extensa (pancolitis)	
se extiende más allá del ángulo esplénico	

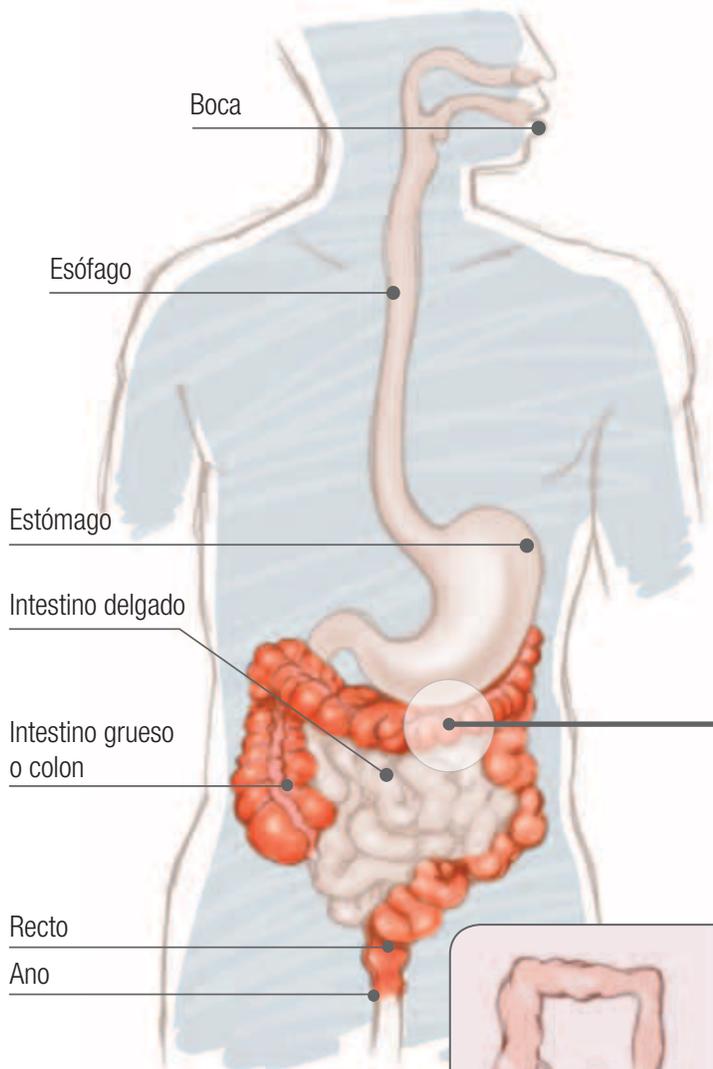
CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE ACTIVIDAD (SCCAI) ⁽⁷⁾

VARIABLES											
Número de deposiciones diarias		Presencia de sangre en heces		Deposiciones nocturnas		Urgencia defecatoria		Manifestaciones extraintestinales		Estado general	
	PUNTUACIÓN		PUNTUACIÓN		PUNTUACIÓN		PUNTUACIÓN		PUNTUACIÓN		PUNTUACIÓN
1-3	0	No	1	No	0	No	0	Uveitis	3	Excelente	0
4-6	1	Poca	2	1-3	1	Rápido	1	Eritema	3	Bueno	1
7-9	2	Mucha	3	4-6	2	Inmediato	2	nodoso		Regular	2
>9	3					Incontinencia	3	Artritis	3	Malo	3
										Pésimo	4

1. Dignass A et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 1: Definitions and diagnosis. Journal of Crohn's and Colitis 2012;6:965-990. 2. Información extraída de la web www.accuesp.com, consultada en Noviembre de 2012. 3. Información extraída de la web de la Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España: www.accuesp.com, consultada en Noviembre de 2012. 4. Pérez Tárrago C, Puebla Maestu A, Miján de la Torre A. Tratamiento nutricional en la enfermedad inflamatoria intestinal. Nutr Hosp 2008;23:418-428. 5. Danese SD, Fiocchi C. Ulcerative colitis. N Engl J Med 2011;365:1713-25. 6. Información elaborada por la Dra Elena Macías, disponible en: www.cun.es/area-salud/enfermedades/aparato-digestivo/colitis-ulcerosa. Con acceso junio 2013. 7. Walmsley RS et al. A simple clinical colitis activity index. Gut 1998;43:29-32.

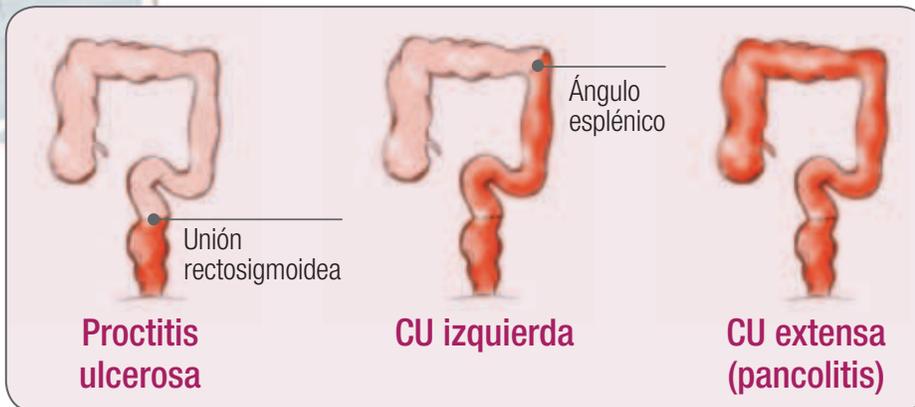
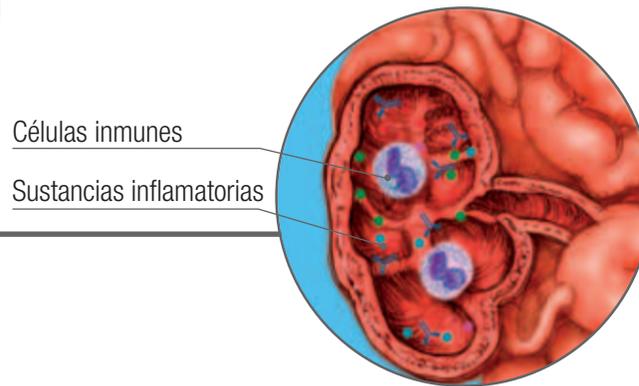
¿QUÉ ES LA COLITIS ULCEROSA?

ES IMPORTANTE QUE SEPAS...



Enfermedad Inflamatoria Intestinal

- Es un **proceso inflamatorio**, lo que significa que tu **sistema inmunitario**, que normalmente te protege contra las infecciones y enfermedades, **ataca a los tejidos sanos**, provocando las **lesiones** (úlceras) y como consecuencia se producen los **síntomas** ^(2,3)
- **Enfermedad crónica** que afecta al colon ⁽¹⁾

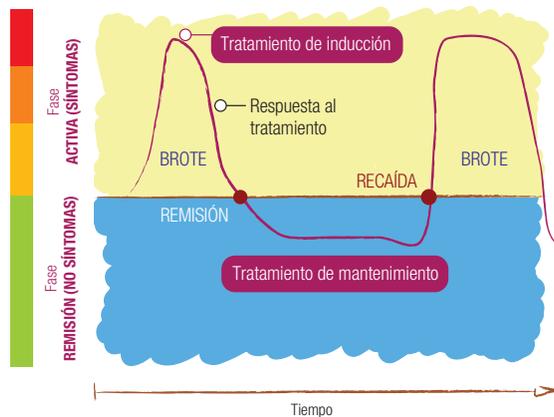


- La colitis ulcerosa (CU) es una **enfermedad crónica** y cursa con **brotos** (actividad) ^(1,2)
- El hecho de estar diagnosticado de una enfermedad crónica, **no quiere decir que siempre estés enfermo** (ausencia síntomas en los periodos de inactividad o remisión) ^(1,2)
- Está enfermedad puede provocar una **reacción inmunológica exagerada** ante determinados estímulos ambientales en pacientes con **predisposición genética**. No es una enfermedad hereditaria, aunque familiares directos de un paciente tienen una mayor predisposición a padecerla ⁽³⁾
- Aunque de momento no hay cura, **existen muchos tratamientos para controlar la enfermedad** ⁽¹⁾

2

¿QUÉ SÍNTOMAS PUEDE PRODUCIR LA COLITIS ULCEROSA?

Se alternan fases de remisión y brotes⁽¹⁻³⁾



DEFINICIONES CONCEPTUALES DE LA CU

- **Brote:** Aparición de la sintomatología que indica la inflamación del intestino⁽²⁾
- **Remisión:** Ausencia de síntomas⁽³⁾ o cuando el SCCAI ≤ 2 ⁽⁴⁾
- **Respuesta:** Mejoría de los síntomas (disminución del SCCAI $> 1,5$ puntos)⁽⁴⁾
- **Recaída o recidiva:** Paciente en remisión que sufre un nuevo brote (SCCAI ≥ 5)⁽⁴⁾. Alrededor del 95% de los pacientes recaen en los primeros 10 años⁽⁵⁾
- **Enfermedad refractaria:** No responde al tratamiento. Por ejemplo: corticorefractario y refractario a inmunosupresores⁽³⁾
- **Enfermedad dependiente de corticoides (corticodependiente):** Si se reduce o retira el tratamiento con corticoides durante los 3 primeros meses y se produce recaída (paciente que sólo está sin síntomas con corticoides)⁽³⁾

CIRUGÍA

- Necesaria si el **tratamiento farmacológico fracasa** o si existe una **complicación muy severa** (hemorragia, perforación, etc)⁽⁵⁾
- **Alrededor del 10% los pacientes con CU** requiere **colectomía el primer año** y el **25-40%** necesitará cirugía **a lo largo de su vida**⁽⁶⁾

SÍNTOMAS DE LA CU

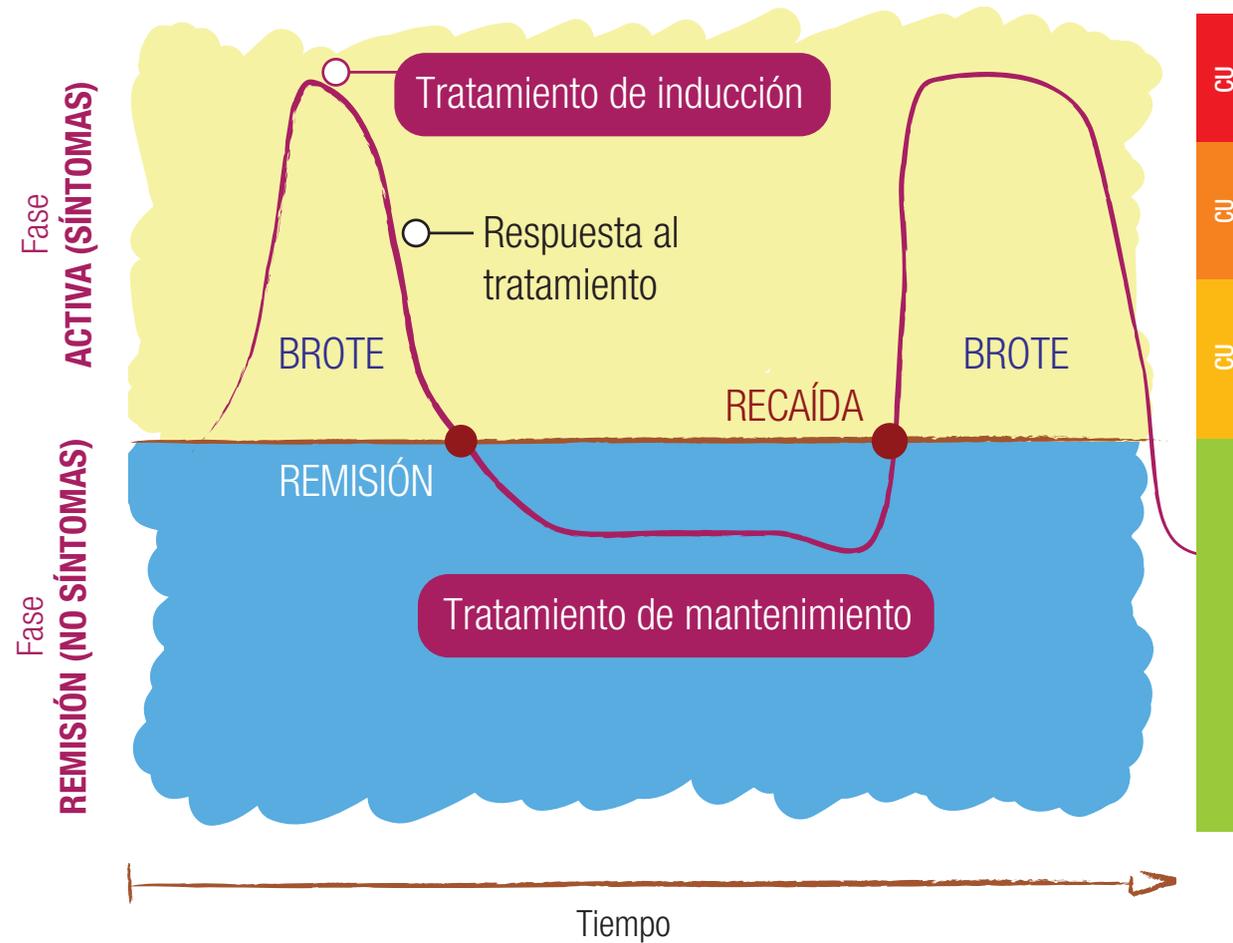
- Las manifestaciones más frecuentes son las **intestinales**, y dependen de la localización y de las complicaciones⁽⁷⁾:
 - **Diarrea:** Es uno de los síntomas principales. Se relaciona con la gravedad de la enfermedad⁽⁸⁾
 - **Dolor abdominal:** No es muy frecuente⁽¹⁾ y en general es leve^(5,9). Suele aliviar tras la defecación⁽⁹⁾
 - **Rectorragia:** Es el síntoma más frecuente⁽⁵⁾
 - **Tenesmo:** Urgencia, sensación de evacuación incompleta. Frecuente cuando está afectado el recto o la región rectosigmoidea⁽¹⁾
 - **Pérdida de peso:** Especialmente en brotes graves, por disminución de la ingesta y pérdida de proteínas^(1,9)
 - **Anemia:** Por pérdida de hierro con los sangrados⁽¹⁾
 - **Fiebre:** Debida principalmente a la inflamación intestinal. La fiebre alta puede indicar la presencia de una infección (por ejemplo un absceso)⁽¹⁾
 - **Cansancio y fatiga**^(1,9)
 - **Anorexia**⁽⁹⁾
- Aparecen **manifestaciones extraintestinales** (ver capítulo 7) aproximadamente en el **10% de los pacientes** con CU (II)⁽³⁾:

- **En articulaciones:** artritis periférica oligoarticular o poliarticular, espondiloartropatía
- **En piel:** pioderma gangrenoso, eritema nodoso, aftas
- **En ojos:** uveítis, episcleritis
- **En hígado:** colangitis esclerosante primaria

1. Información extraída de la web de la Unidad de Atención Crohn-Colitis (UACC) del Hospital Universitario Vall d'Hebrón (Barcelona): www.ua-cc.org, consultada en Octubre de 2012. 2. Información extraída de la web www.accumalaga.es consultada en Octubre de 2012. 3. Dignass A et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 1: Definitions and diagnosis. Journal of Crohn's and Colitis 2012;6:965-990. 4. Higgins PDR et al. Patient defined dichotomous end points for remission and clinical improvement in ulcerative colitis. Gut 2005;54:782-788. doi: 10.1136/gut.2004.056358. 5. Gomollón García F, García López S. Evidencia científica en Colitis Ulcerosa. Manual de Actuación. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. ISBN: 84-689-7461-7. 6. Millán M et al. Estado actual del tratamiento quirúrgico electivo de la colitis ulcerosa. Revisión sistemática. Cir Esp 2012;90(9):548-557. 7. Ochsenschlöh T, D'Haens G. Current misunderstandings in the management of ulcerative colitis. Gut. 2011 Sep;60(9):1294-9. 8. Gallego Barrero M et al. Protocolo de acogida de enfermería al paciente en el momento del diagnóstico de una enfermedad inflamatoria intestinal. Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día, 2012;11(1): 73-81. 9. Información para pacientes elaborada por el doctor Antonio López San Román y extraída de la web del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa: www.geteccu.org, consultada en Octubre de 2012.

2 ¿QUÉ SÍNTOMAS PUEDE PRODUCIR LA COLITIS ULCEROSA?

Se alternan fases de remisión y brotes ⁽¹⁻³⁾



ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

- Los **síntomas** que pueden aparecer en los brotes de colitis ulcerosa (CU) son:
 - **Diarrea:** Suele aparecer sangre en las heces ⁽⁹⁾
 - **Urgencia deposicional:** Si está afectado el recto o la región rectosigmoides ⁽¹⁾
 - **Dolor abdominal:** Suele ser leve ⁽⁹⁾
 - **Cansancio** ^(1,9)
 - **Falta de apetito** ^(1,9)
 - **Pérdida de peso** ^(1,9)
 - **Fiebre** ⁽¹⁾
- Puede pasar mucho tiempo entre un brote y el siguiente
- Si los **síntomas no desaparecen** con el tratamiento se dice que la enfermedad es **refractaria** a ese tratamiento y se busca una alternativa ⁽³⁾
- Aparecen **manifestaciones extraintestinales** en aproximadamente el **10% de los pacientes** con CU(II): ⁽³⁾
 - **En articulaciones:** artritis periférica oligoarticular o poliarticular, espondiloartropatía
 - **En piel:** pioderma gangrenoso, eritema nodoso, aftas
 - **En ojos:** uveítis, episcleritis

3 ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA Y CONTROLA LA COLITIS ULCEROSA?

HISTORIA CLÍNICA: Es muy importante ya que aporta **datos personales del paciente** que ayudan a **definir la enfermedad**. Los más relevantes son: síntomas, viajes recientes, intolerancias, enfermedades entéricas, medicación, hábito tabáquico, historia familiar ⁽¹⁾

EXPLORACIÓN FÍSICA: Revisión del estado general, toma del pulso, tensión arterial, temperatura, palpación del abdomen, inspección oral y perianal y tacto rectal ^(1,2). Los hallazgos de la exploración física (sobretudo abdominal), sumados a los datos recogidos en la historia clínica permiten **sospechar un diagnóstico y solicitar las exploraciones complementarias** adecuadas a cada caso

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Pruebas de laboratorio o análisis clínicos:

Las más frecuentes suelen ser los **análisis de sangre o de orina**. En ellos el médico valora si existe anemia, inflamación, falta de vitaminas, etc...

Prueba	Resultado(s)	Indicación/causa
Hemograma completo con estudio de anemia	Anemia Leucocitosis Trombocitosis	Pérdida de hierro, falta de absorción Inflamación, absceso, infección Inflamación crónica
Electrolitos	Baja concentración potasio, magnesio, calcio	Diarreas, vómitos
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	VSG elevada	Inflamación
Proteína C reactiva (PCR)	PCR elevada	Inflamación
Proteínas totales Albumina	Bajo nivel de proteínas totales Hipoalbuminemia	Desnutrición
Cultivo de heces	<i>Clostridium difficile</i> <i>Salmonella</i> , <i>Campylobacter</i>	Colitis asociada a antibiototerapia Colitis infecciosa

1. Dignass A et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 1: Definitions and diagnosis. Journal of Crohn's and Colitis 2012;6:965-990. 2. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SPL. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. Gut 2004;53(Suppl V):v1-v16. doi: 10.1136/gut.2004.043372. 3. Información extraída de la web de la Unidad de Atención Crohn-colitis (UACC) del Hospital Universitario Vall d'Hebrón (Barcelona): www.ua-cc.org, consultada en Enero de 2010.

Pruebas endoscópicas: Son pruebas que **visualizan el interior** de cavidades u órganos huecos del cuerpo. En la CU, como afecta solo a colon, las pruebas más utilizadas son:

Colonoscopia

- Se introduce un **endoscopio flexible por el ano**, con una luz en su extremo. Puede causar "molestias abdominales" por insuflación de aire ⁽³⁾
- Sirve para **visualizar la mucosa y obtener** biopsias del colon ⁽³⁾
- Se debe **evitar** hacerla del colon completo **durante un brote severo** por el riesgo de perforación intestinal ^(1,2)
- Requiere la limpieza previa del intestino con soluciones evacuentes ⁽³⁾
- Permite el diagnóstico ^(1,3)

Anatomía patológica: Son pruebas que analizan una **muestra de tejido o biopsia** o una pieza quirúrgica tras una cirugía

Pruebas de imagen: Las más utilizadas son:

Radiografía abdominal

- Es útil para **diagnosticar el megacolon tóxico** ^(1,3)
- No requiere una preparación especial ⁽³⁾

TAC o escáner

- Hay irradiación y suele requerir un **contraste**, oral y/o endovenoso ⁽³⁾
- Requiere que el paciente esté en ayunas e informarle de posibles alergias a compuestos yodados ⁽³⁾
- Se utiliza sobre todo para detectar complicaciones como abscesos o perforación ⁽³⁾

Resonancia magnética

- En algunas ocasiones se prefiere al TAC porque **no requiere radiación** ionizante
- Detecta **inflamación activa** en una estenosis
- Sirve para valorar complicaciones como **perforaciones o abscesos** ⁽³⁾
- Requiere que el paciente esté en ayunas, no sea claustrofóbico ni lleve objetos metálicos durante la prueba ⁽³⁾

Enema opaco

- Identifica **complicaciones**, como estenosis o fístulas ⁽³⁾
- Exposición a **radiación**
- Consiste en introducir un **contraste de bario** en el colon por el ano mediante un enema y realizar diferentes radiografías ⁽³⁾
- Se realiza en caso de no haber podido llevar a cabo la colonoscopia por presencia de estenosis o para valorar **fístulas en el colon** ⁽³⁾
- Requiere la limpieza previa del intestino con soluciones evacuentes ⁽³⁾

Gammagrafía de leucocitos marcados

- Sospecha de infección oculta, absceso o fiebre inexplicable. **Identifica infección o inflamación** dentro del abdomen
- Se utiliza una sustancia radiactiva (llamada **marcador**) para buscar áreas de infección o inflamación
- La **radiación** de esta sustancia es **muy leve** y pierde su radiactividad en muy poco tiempo
- Previamente se realiza una extracción de sangre, se mezclan los leucocitos con la sustancia radioactiva y, 2 horas después, estos glóbulos blancos marcados se devuelven al organismo. Entre 6 y 24 horas, los **glóbulos marcados se reúnen en áreas de inflamación o infección** y con la gammagrafía se detecta la radiación emitida
- Finalizada la prueba no se necesita período de recuperación ni precauciones especiales

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA Y CONTROLA LA COLITIS ULCEROSA?

Historia clínica

- Es muy importante ya que aporta datos personales del paciente que **ayudan a definir la enfermedad**
Los más relevantes son:
 - Edad
 - Hábito tabáquico
 - Antecedentes familiares
 - Síntomas digestivos
 - Síntomas referentes a las articulaciones, piel, ojos, boca, etc...
 - Toma de medicación (antibióticos, antiinflamatorios, etc)
 - Otras enfermedades
 - Viajes recientes

Exploración física

- Junto a los datos recogidos de la historia clínica permite **sospechar un diagnóstico** y **solicitar las exploraciones complementarias** necesarias

Exploraciones complementarias

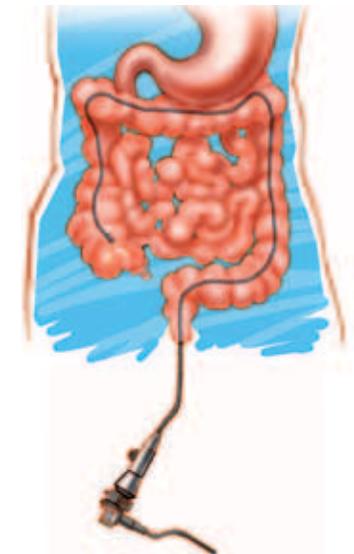
- **Pruebas de laboratorio o análisis clínicos:** Las más frecuentes suelen ser los **análisis de sangre o de orina**. En ellos el médico valora si existe anemia, inflamación, falta de vitaminas, etc...
- **Pruebas endoscópicas:** **Visualizan el interior de cavidades u órganos huecos del cuerpo**. La más utilizada es la colonoscopia (colon)
- **Anatomía patológica:** Analizan una muestra de tejido o biopsia o una pieza quirúrgica tras una cirugía

- **Otras pruebas de imagen:** A veces es necesario utilizar otras pruebas que **permiten visualizar más detalladamente el intestino**. Las más utilizadas son:

Radiología:

- Simple ("placa de abdomen")
- Ecografía abdominal
- TAC o Escáner
- TEGl (tránsito intestinal) / Enema opaco
- Resonancia

Medicina Nuclear: Gammagrafía

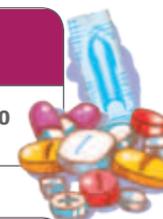


4

¿QUÉ TRATAMIENTOS HAY PARA LA COLITIS ULCEROSA?

AMINOSALICILATOS (5-ASA)

Descripción ⁽¹⁾	Principales tratamientos ⁽¹⁾	Mecanismo de acción ⁽³⁾	Vía de administración ^(1,3)	A destacar ⁽³⁾
Derivados de la aspirina	Mesalazina Sulfasalazina	Antiinflamatorio. Disminuye la inflamación	Vía oral o local (espumas, enemas, supositorios)	La sulfasalazina requiere suplemento de folato



CORTICOSTEROIDES (CE)



Descripción	Principales tratamientos ⁽⁵⁾	Mecanismo de acción ⁽⁵⁾	Vía de administración ⁽⁴⁾	A destacar
Hormonas del grupo de los esteroides	Prednisona Prednisolona Metilprednisolona Beclometasona Hidrocortisona Budesonida	Antiinflamatorios potentes que actúan a través del receptor de glucocorticoides de las células inmunes y activan la señal de apoptosis de las células inflamatorias y los linfocitos activados ⁽⁵⁾ Reducen la infiltración de células inflamatorias a través de la disminución de la vasodilatación y permeabilidad vascular	Oral: Prednisona, Prednisolona, Budesonida Local: Beclometasona, Budesonida	Parenteral: Metilprednisolona, Hidrocortisona Se debe evitar su uso prolongado ⁽¹⁾ Requieren comedicación con vit.D y calcio para evitar efectos adversos óseos ⁽¹⁾ Hasta un 40% de los pacientes serán refractarios al tratamiento con esteroides ⁽⁶⁾



INMUNOMODULADORES: AZA/6-MP y CICLOSPORINA



Descripción ⁽¹⁾	Principales tratamientos ⁽¹⁾	Mecanismo de acción	Vía de administración ⁽¹⁾	A destacar ⁽¹⁾
Moléculas que reducen la respuesta inmune (inmunosupresores)	Tiopurinas: Azatioprina y 6-Mercaptopurina Inhibidor calcineurina: Ciclosporina	Las tiopurinas inhiben la síntesis de ADN y ARN e inducen la apoptosis de los linfocitos T ⁽⁶⁾ Los inhibidores de calcineurina evitan la expansión de los linfocitos T ⁽⁶⁾	Oral: Tiopurinas, Ciclosporina Intravenosa: Ciclosporina	Se precisa análisis de sangre para controlar el nivel del fármaco en sangre y los efectos adversos



BIOLÓGICOS

Descripción ⁽¹⁾	Principales tratamientos ⁽⁷⁾	Mecanismo de acción ⁽⁷⁾	Vía de administración ⁽¹⁾	A destacar
Productos biotecnológicos: anticuerpos frente a la citoquina inflamatoria TNF	Adalimumab Infliximab	Efecto antiinflamatorio potente a través de la apoptosis de las células inflamatorias, inhibiendo la señalización del TNF	Inyección subcutánea ⁽⁷⁾: Adalimumab Perfusión intravenosa ⁽¹⁾: Infliximab	La diferencia entre adalimumab e infliximab es que el primero es humano y el otro quimérico: mezcla de ratón y humano



TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

- Muchos pacientes de CU recurren a **tratamientos alternativos**: homeopatía, quiropráctica, acupuntura, medicina “natural”, entre otros, aunque no se recomiendan ⁽²⁾
- La **eficacia** de los tratamientos alternativos en la CU **no se ha confirmado científicamente** ⁽²⁾
- **Algunos** tratamientos, por ejemplo las hierbas medicinales, pueden incluso tener **efectos tóxicos** en el organismo
- **Probióticos**: No existe evidencia científica sobre su eficacia en el mantenimiento de la remisión, excepto en la pouchitis ⁽²⁾

4

¿QUÉ TRATAMIENTOS HAY PARA LA COLITIS ULCEROSA?

	Tratamientos	Cómo se usan	Qué hacen	Cuándo se usan
SALICILATOS	Sulfasalazina Mesalazina		Antiinflamatorios de efecto local en la mucosa intestinal	En brotes leves o moderados y como tratamiento de mantenimiento de la remisión
CORTICOSTEROIDES	Prednisona Prednisolona Metilprednisolona Beclometasona Hidrocortisona Budesonida		Potente efecto antiinflamatorio	En el brote durante un periodo limitado de tiempo y nunca para mantener la remisión
INMUNOMODULADORES	Tiopurinas Ciclosporina		Inhiben la respuesta inmune alterada por la enfermedad	En casos de CU más graves y para mantener la remisión de la enfermedad
BIOLÓGICOS	Adalimumab Infliximab		Modifican de forma selectiva el sistema inmunitario, actuando frente a la molécula llamada TNF	En algunos casos de brotes graves y para mantener la remisión de la enfermedad en pacientes que no responden a inmunosupresores

- Algunos pacientes recurren a **terapias alternativas**, pero **no se ha probado su eficacia** en la CU. En este caso se debe: ⁽²⁾
 - Informar siempre al médico**
 - Saber que **algunos de ellos** pueden tener efectos adversos **peligrosos**
 - No abandonar el tratamiento** farmacológico

ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

- El **objetivo** del tratamiento de la CU es **alcanzar la remisión y mantenerla**, previniendo nuevos brotes
- Existen **varios tratamientos eficaces** para la CU que se utilizan en función de la **extensión** y la **gravedad** de la enfermedad
- Los tratamientos pueden ser de aplicación **tópica** (enemas, supositorios), **orales**, **subcutáneos** o **intravenosos**
- Si se **abandona el tratamiento**, pueden **reaparecer los síntomas** de la colitis y empeorar la evolución de la enfermedad

¿CUÁNDO SE USAN LOS TRATAMIENTOS Y QUÉ EFECTOS ADVERSOS PRESENTAN?

AMINOSALICILATOS (5-ASA)

Indicación:

- **Inducción** de la remisión de la CU leve ⁽¹⁾
- En proctitis se utiliza (5-ASA) tópico y en colitis más extensas combinar 5-ASA oral más 5-ASA tópico ⁽²⁾

Efectos secundarios habituales:

Sulfasalazina:

- En general **bien tolerado**: 40% pacientes con efectos adversos (EA) leves ⁽³⁾
- **Infertilidad reversible** por afectación del esperma ⁽³⁾
- Se aconsejan **suplementos de ácido fólico** ⁽³⁾

Mesalazina:

- Intolerancia hasta en el 15%: cefalea, náuseas, diarrea, rash, trombocitopenia ⁽²⁾

1. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Medicamentos en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. P. Nos Mateu. Información conjunta de GETECCU y ACCU, nº2, Año 2002. Descargada de la web de la Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España: www.accuesp.com, consultada en Noviembre 2012. 2. Dignass A et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 2: Current management. Journal of Crohn's and Colitis 2012;6:991-1030. 3. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Efectos adversos de fármacos. P. Nos Mateu. Información conjunta de GETECCU y ACCU, nº12, Año 2005. Descargada de la web de la Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España: www.accuesp.com, consultada en Noviembre de 2012. 4. Baumgart DC. The Diagnosis and Treatment of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis. Dtsch Arztebl Int 2009;106(8):123-133. 5. American Gastroenterological Association Institute Technical Review on Corticosteroids, Immunomodulators, and Infliximab in Inflammatory Bowel Disease. Gastroenterology 2006;130:940-987. 6. Carter MJ et al. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. Gut 2004;53(Suppl V):v1-v16. 7. Ficha técnica Humira®. 8. Chaparro M. Novedades en el manejo de la colitis ulcerosa presentadas en la Digestive week 2011. Gastroenterol Hepatol 2011;34 (Supl2): 52-59.

Nota: Para ampliar información puede consultar las fichas técnicas de los productos en: http://www.aemps.gob.es/cima/fichas_tecnicas.do?metodo=detalleForm

CORTICOSTEROIDES (CE)

Indicación:

- **Inducción de la remisión** en la CU en fase activa **leve-moderada, moderada-grave o grave** ⁽²⁾
 - Budesonida mejor que prednisona si el brote es leve-moderado ⁽⁵⁾
 - Prednisona o prednisona en brotes moderados o graves, o si no ha respondido a Budesonida
 - Metilprednisona en brotes graves, por vía intravenosa y con hospitalización ⁽⁵⁾
- **No indicados** para el tratamiento de **mantenimiento** de la remisión ⁽⁵⁾

Efectos secundarios habituales:

- Durante el embarazo el tratamiento debe limitarse a los casos absolutamente necesarios
- Los efectos adversos son de tres tipos:

A corto plazo:

- **Estéticos**: acné, edema, cara de luna llena, vello ^(1,3)
- **Trastornos nerviosos**: alteraciones del sueño, euforia excesiva o depresión ^(1,3)
- **Hipertensión** ⁽³⁾
- **Dispepsia** ⁽³⁾
- **Alteraciones bioquímicas**: aumento transaminasas, glucosa, colesterol ⁽³⁾

A largo plazo (>12 semanas):

- **Cutáneos**: cambio en la distribución de la grasa, fragilidad de la piel, estrías ⁽³⁾
- Riesgo de **cataratas** ⁽¹⁾
- Disminución de la densidad mineral ósea (menor en budesonida): riesgo **osteoporosis**, osteonecrosis y fracturas óseas (30-50%) ⁽³⁾
- Aumenta el riesgo de **infecciones** ⁽³⁾
- **Miopatía y dolor de articulaciones** ⁽³⁾

Debidos a la retirada no progresiva del tratamiento:

- **Insuficiencia adrenal aguda**: hipotensión, náusea y vómitos, hiperpotasemia e hiponatremia ⁽⁵⁾
- **Mialgias, artralgias** ⁽⁵⁾
- Aumento de la **presión intracraneal** ⁽⁵⁾

INMUNOMODULADORES:

Indicaciones:

AZA/6-MP

- Enfermedad **corticodependiente o corticorefractaria** ⁽¹⁾
- **Mantenimiento** de la remisión ⁽²⁾

CICLOSPORINA

- Brote grave corticorefractario ^(2,3)

Efectos secundarios habituales:

AZA/6-MP

- No se debe iniciar el tratamiento en mujeres embarazadas sin una cuidadosa valoración riesgo-beneficio
- **Supresión de la médula ósea** en el 2-5% de los pacientes ⁽⁵⁾
 - Disminución de glóbulos blancos (leucopenia) ⁽³⁾
 - Requiere recuento celular de control ⁽³⁾
- **Molestias gastrointestinales** frecuentes pero leves: náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal ⁽³⁾
- **Pancreatitis** en el 3-10% ⁽³⁾
- **Fiebre** y erupciones cutáneas: 5% ⁽³⁾
- **Hepatotoxicidad** en el 5% ⁽³⁾
- **Infecciones** ⁽⁵⁾
- **Incrementa** ligeramente el **riesgo** de desarrollar **linfoma** ⁽⁴⁾
- **Incrementa** ligeramente el **riesgo** de desarrollar **cáncer no-melanoma**

CICLOSPORINA

- Requiere controles para ajustar la dosis ⁽³⁾
- Hipertensión ⁽³⁾
- Alteración de la función renal ⁽³⁾
- Riesgo de linfoma ⁽⁵⁾

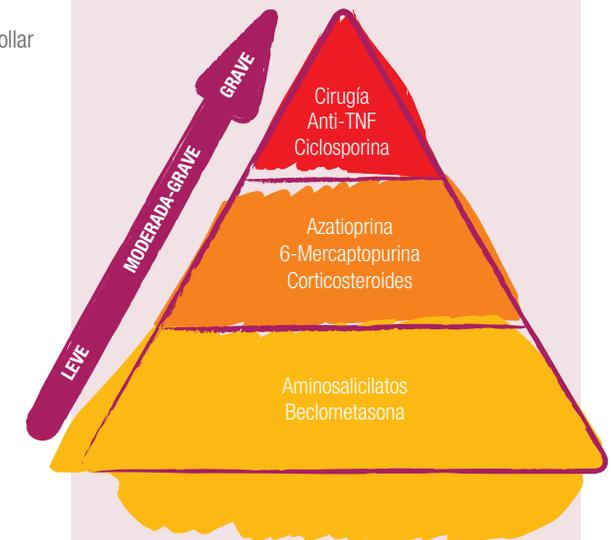
BIOLÓGICOS

Indicaciones:

- Tratamiento de **enfermedad moderada a grave refractaria** a corticosteroides e inmunomoduladores ^(2,5)
- Tratamiento de **mantenimiento** en la enfermedad **moderada-grave** ^(2,5)
- **Contraindicados** si existe tuberculosis activa o **infecciones activas** ⁽⁵⁾
- Podrían ser útil en el tratamiento de **manifestaciones extraintestinales** ⁽⁵⁾

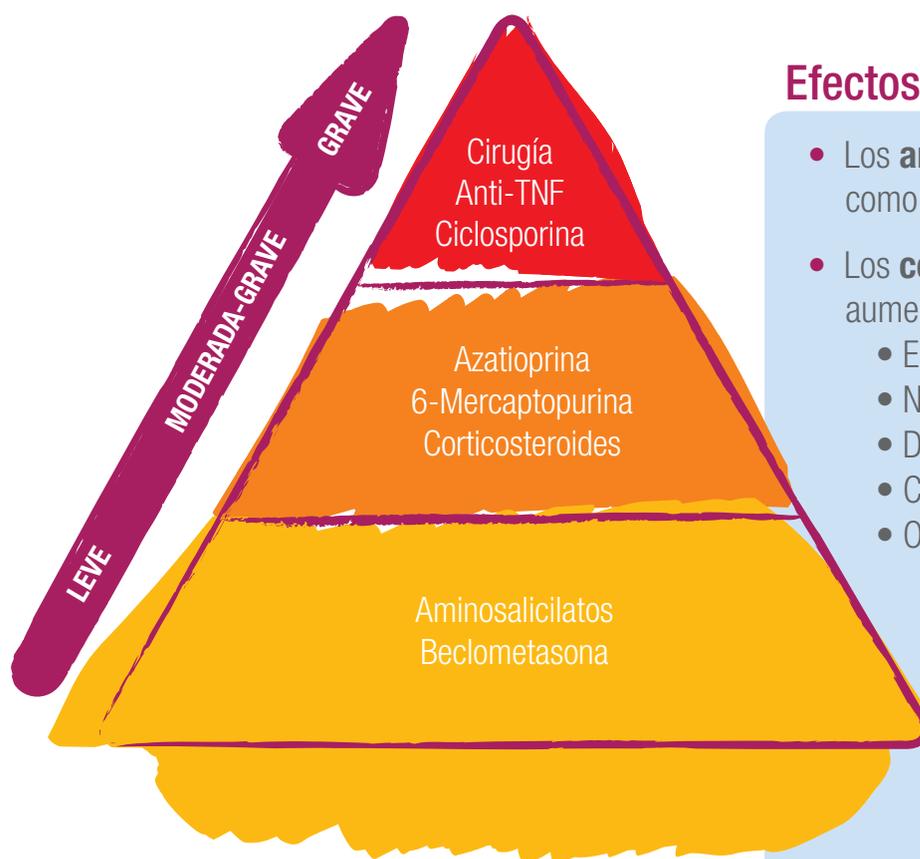
Efectos secundarios habituales:

- En general los efectos adversos son comunes a todos los tratamientos de la clase ⁽⁷⁾
 - Reacciones a la infusión ⁽³⁾
 - Efectos adversos **locales** en el lugar de aplicación ⁽⁷⁾
 - **Infecciones poco frecuentes pero graves**, como tuberculosis, infección por hongos, virus ⁽²⁾
 - Existe un **pequeño riesgo de sufrir algún tipo de cáncer** asociado a determinados tratamientos (inmunomoduladores y biológicos) y al mal control de la enfermedad.
- La combinación de tiopurinas y biológicos a largo plazo se debe evitar en pacientes jóvenes por el riesgo poco frecuente de desarrollar linfoma ⁽⁷⁾



4

¿CUÁNDO SE USAN LOS TRATAMIENTOS Y QUÉ EFECTOS ADVERSOS PRESENTAN?



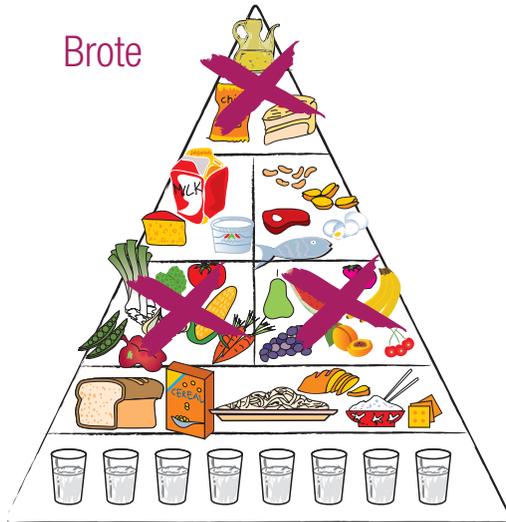
Efectos adversos

- Los **aminosalicilatos** pueden ocasionar efectos secundarios leves como: dolor de cabeza y diarrea
- Los **corticosteroides** tienen algunos efectos adversos que aumentan en función de la dosis y de la duración del tratamiento:
 - Estéticos (vello, acné, cara luna llena,...)
 - Nerviosos (alteraciones sueño, euforia, depresión,...)
 - Dolor muscular y de articulaciones
 - Cataratas
 - Osteoporosis



- Los **inmunomoduladores y los fármacos biológicos** en general, **disminuyen** la respuesta del sistema inmune por lo que **aumentan** el **riesgo de infecciones**

Brote



Remisión



EL OBJETIVO DE LA DIETA ES PREVENIR Y CORREGIR LA DESNUTRICIÓN

Existen 3 mecanismos básicos que provocan la desnutrición en la CU

- **Disminución de la ingesta:** Por miedo a que aparezcan síntomas, sobre todo de alimentos lácteos y con fibra
- **Pérdidas de proteínas y otros nutrientes:** La inflamación y las úlceras en el colon provocan que se pierdan en las heces proteínas, hierro y sales. Además, los corticoides aumentan las pérdidas de proteínas y calcio
- **Aumento del consumo de energía:** La inflamación consume mucha energía por lo que aumentan las necesidades calóricas

La dieta debe ser lo más libre y variada posible. No hay pruebas de que un alimento concreto esté implicado en el desencadenamiento, mantenimiento o empeoramiento de la actividad en la Colitis Ulcerosa. Los enfermos sólo deben **evitar aquellos alimentos** que de forma repetida y sistemática **aumenten los síntomas**

Hay **dos alimentos** cuyo consumo suele **plantear dudas** a los enfermos **en fase de brote**: los lácteos y la fibra

Lácteos

- Ningún componente de la leche favorece la inflamación
- Son fuente de calcio (muy importante en la Colitis Ulcerosa en la que es muy frecuente el déficit de calcio)
- La intolerancia a la lactosa es independiente de padecer la Colitis Ulcerosa
- Si el paciente padece intolerancia a la lactosa deberá eliminar de su dieta la leche. Puede intentar tomar yogures y queso que se toleran mejor ya que la lactosa está parcialmente digerida

Fibra

- Durante el brote realizar una dieta pobre en residuos
- Fibra insoluble: vegetales leñosos, cereales integrales o en algunas frutas. Si hay estenosis debe eliminarse
- Fibra soluble: frutas, legumbres y algunos vegetales. Fermenta en el colon y produce gases. Si hay diarrea debe eliminarse

Suplementos

- Ocasionalmente, en situaciones especiales (desnutrición, ingresos, bajo peso...), pueden estar indicados los suplementos nutricionales

5

NUTRICIÓN EN LA COLITIS ULCEROSA

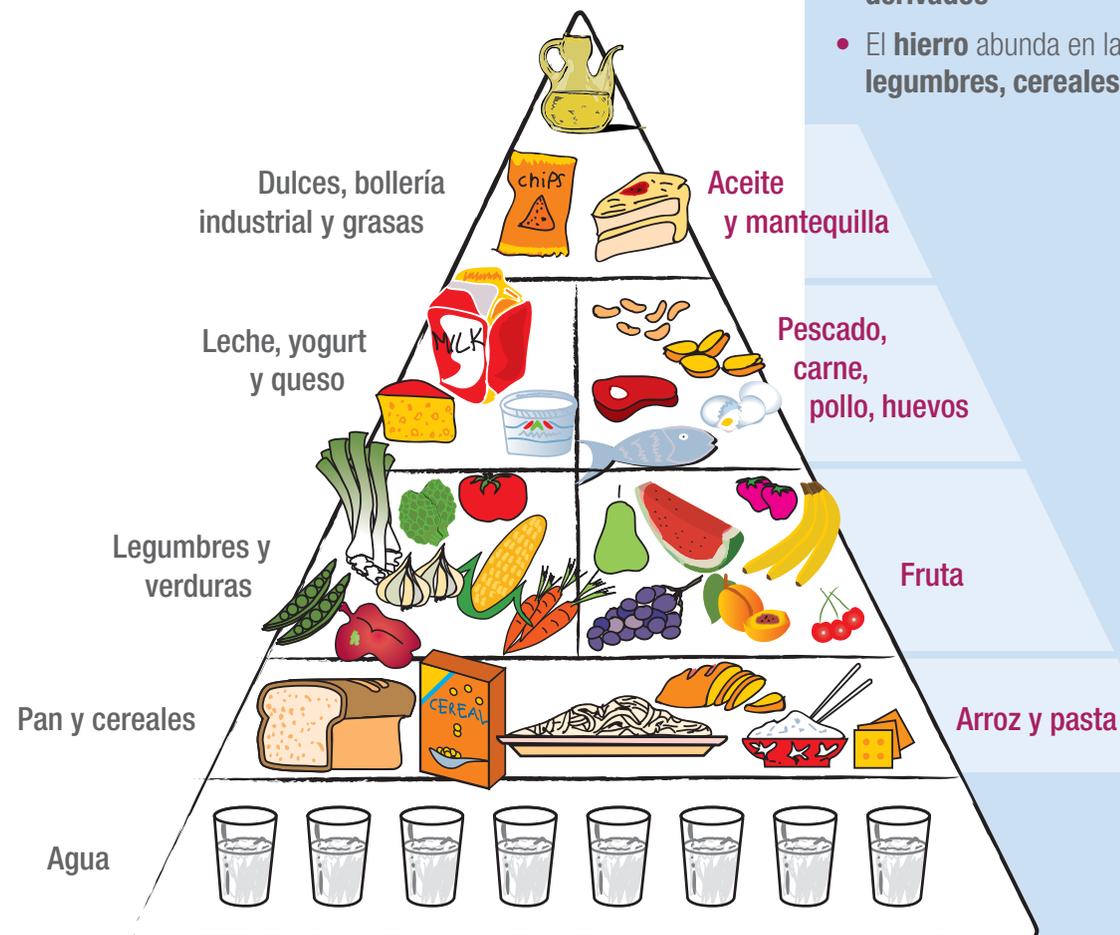
Una **buena nutrición es esencial** en cualquier enfermedad crónica. La alimentación no cura la enfermedad ni previene los brotes pero **ayuda a evitar las consecuencias negativas**

Desnutrición

- **Mayor consumo de energía:** La inflamación quema muchas calorías
- **Pérdida de nutrientes** por malabsorción o a través de las heces
- **Alimentación restrictiva** por miedo a que aparezcan los síntomas

Remisión:

- **Dieta equilibrada** absolutamente **normal**



ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

- La **dieta** debe ser lo más **libre y variada** posible para asegurar una **nutrición correcta y equilibrada**
- Debes hacer una ingesta fraccionada en **4-5 tomas al día**
- Debes **comer despacio y masticar bien**
- Las principales **fuentes de proteínas** son: la **leche** y sus derivados, los **huevos, carnes, pescados y legumbres**
- El **calcio** se encuentra en la **leche y sus derivados**
- El **hierro** abunda en las **carnes rojas, hígado, legumbres, cereales y frutos secos**

6

CONSEJOS DE SALUD EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA



RECOMENDACIONES

- **Mantener la adherencia al tratamiento:** 30% de los pacientes con EI deja el tratamiento durante periodos más o menos prolongados, lo que supone un aumento del riesgo de recaída⁽¹⁾
- Seguir una **dieta sana y equilibrada**, para evitar la malnutrición⁽²⁾
- **Recomendar el ejercicio físico moderado** a pacientes en fase de remisión⁽³⁾
- Dado que fumar se asocia a efectos nocivos para la salud, los gastroenterólogos deberían alentar a los pacientes a dejar de fumar, a pesar de que se ha descrito un efecto protector del tabaco en la colitis ulcerosa⁽⁴⁾
- Advertir a mujeres en edad fértil que **ciertos tratamientos no están permitidos durante el embarazo y/o la lactancia**
- En caso de tratamiento con tiopurinas, **proteger la piel de los rayos UV** y realizar examen dermatológico de forma periódica
- En las mujeres, realizar **revisiones ginecológicas periódicas** que incluyan análisis de frotis para descartar displasia cervical: El tratamiento con tiopurinas puede aumentar el riesgo de infección por el virus del papiloma humano⁽⁵⁾
- Existen ciertos **medicamentos** que están **desaconsejados**: Aspirina, AINES (antiinflamatorios no esteroideos, ejemplo: Ibuprofeno, Diclofenaco, Naproxeno sódico, etc)

VACUNACIÓN

- **Asegurar la inmunización** del paciente con CU **antes de** recibir tratamiento con **inmunosupresores y/o agentes biológicos** frente a:⁽⁵⁾
 - **Tétanos, difteria y poliomielitis** (repetir vacunación cada 10 años)
 - **Rubeola, sarampión y paperas**
 - **Hepatitis A y B**
 - **Varicela**
 - **Neumococo**
 - **Meningococo**
 - **Haemophilus**
- **Recomendar la vacunación contra** el virus de la **gripe anual**⁽⁶⁾
- La **vacuna contra la varicela, sarampión y cualquier otra con virus vivo (ejemplo fiebre amarilla) está contraindicada** si el paciente **ya ha iniciado un tratamiento inmunosupresor**⁽⁵⁾
- El **tratamiento con inmunosupresores**, solos o combinados con otros fármacos, **puede afectar a la respuesta** inmune natural a la vacuna **y a su eficacia**, por ejemplo en el caso de la Hepatitis B, que puede necesitar más dosis para ser efectiva⁽⁵⁾



1. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Adherencia al tratamiento en la EI. A. Lopez San Román y F. Martínez Silva. Información conjunta de GETECCU y ACCU, nº14, Año 2006. Descargada de la web de la Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España: www.accuesp.com, consultada en Octubre de 2012. 2. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Nutrición, dieta y enfermedad inflamatoria intestinal. E. Cabré. Información conjunta de GETECCU y ACCU, nº1, Año 2008. 3. Información extraída de la web de la Unidad de Atención Crohn-Colitis (UACC) del Hospital Universitario Vall d'Hebrón (Barcelona); www.ua-cc.org, consultada en Octubre de 2012. 4. Lakatos PL et al. Smoking in inflammatory bowel diseases: Good, bad or ugly? World J Gastroenterol 2007 December 14; 13(46): 6134-6139. 5. Viget N et al. Opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease: prevention and diagnosis. Gut 2008;57:549-58. 6. Reino JG, et al. Consenso SER sobre la gestión de riesgo del tratamiento con terapias biológicas en pacientes con enfermedades reumáticas. Reumatol Clin. 2011. doi:10.1016/j.reuma.2011.05.002.

6 CONSEJOS DE SALUD EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

Mantener una vida sana



Revisiones periódicas con otros especialistas



- Ginecólogo (citología de cuello uterino)
- Dermatólogo
- Control de vacunaciones periódicas ⁽⁵⁾

ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

- Tener una enfermedad crónica **no significa tener siempre síntomas**
- En caso de aparición de brote, **contactar con los profesionales sanitarios** de tu centro (enfermera y/o médico)
- Existen ciertos **medicamentos que están desaconsejados: Aspirina, AINES** (antiinflamatorios no esteroideos, ejemplo: Ibuprofeno, Diclofenaco, Naproxeno sódico, etc)
- Las mujeres en edad fértil deben consultar si el **tratamiento que toman está permitido en el embarazo y/o la lactancia**

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES Y COMPLICACIONES EN LA COLITIS ULCEROSA

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES (MEI)

- Hasta el **35% de los pacientes con CU** sufren una o más **MEI** a lo largo de su enfermedad ⁽¹⁾
- Afectaciones principales: **la piel, las articulaciones, los ojos y el hígado** ⁽²⁾

Manifestaciones articulares:

- **Artropatía periférica:**
 - Dolor (**artralgia**), hinchazón y enrojecimiento (**artritis**) ⁽³⁾ que afecta a articulaciones como rodilla, codo, cadera, hombro, tobillo y/o muñeca ⁽¹⁾
 - Prevalencia del 4-17% en los pacientes con CU ⁽¹⁾
 - No suele producir lesiones permanentes en las articulaciones ⁽³⁾
 - Los síntomas articulares suelen coincidir con los síntomas intestinales ^(1,3)
- **Sacroileítis:**
 - Inflamación dolorosa en la articulación sacroilíaca que une el hueso sacro al resto del anillo de la pelvis; suele cursar con **dolor continuo que no cesa con el descanso** ⁽³⁾
- **El 25-50% de los pacientes** con CU pueden presentar sacroileítis ⁽¹⁾
- El curso de los síntomas no depende de la actividad de la enfermedad intestinal ⁽³⁾
- **Espondilitis anquilosante:**
 - Se caracteriza por dolor dorso-lumbar persistente y rigidez ⁽¹⁾
 - Afecta entre el 4-10% de los pacientes con EII ⁽¹⁾
 - La espondilitis puede diagnosticarse antes, después o en el curso de la CU, y es **independiente de la gravedad, la extensión, la localización y la duración** de ésta

Manifestaciones dermatológicas: Aparecen en el **15% de los pacientes con EII** ⁽²⁾

- **Eritema nodoso:**
 - Consiste en **nódulos** de 1-5 cm de diámetro subcutáneos de **color rojo o violáceo dolorosos** que afectan a las extremidades, sobre todo en la pierna pretibial y tobillos ⁽¹⁾
 - Suele ser **reflejo de la actividad** de la enfermedad ⁽¹⁾, con **buena respuesta al tratamiento** del brote agudo ⁽²⁾
- **Pioderma gangrenoso:**
 - Son **pápulas o pústulas** en inicio que se van necrosando hasta que se convierten en ulceraciones purulentas y profundas en la dermis ⁽¹⁾.
- Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero sobre todo en espinillas y cerca del estoma ⁽¹⁾
- Es infrecuente, solo se da en el 0,6-2,1% de los pacientes con CU ⁽¹⁾, aunque es la manifestación dermatológica más grave y dolorosa ⁽⁴⁾
- **Aftas bucales:**
 - Son **úlceras** en la mucosa de la boca
 - En al menos el 10% de los pacientes con CU ⁽⁴⁾
 - Se resuelven generalmente, una vez alcanzada la remisión ⁽⁴⁾

Manifestaciones hepatobiliares:

- **Colangitis esclerosante primaria:**
 - Se caracteriza por **inflamación** de los **conductos hepáticos** ⁽⁴⁾
 - Es la principal MEI hepática en CU ⁽⁴⁾, aunque es poco frecuente: en el **1% de los pacientes con CU** ⁽²⁾
 - Es importante porque aumenta el riesgo de sufrir **cáncer colorrectal** en los pacientes con CU ⁽⁴⁾

Manifestaciones oculares: El **2-5% de los pacientes con EII** experimentan manifestaciones oculares ⁽⁴⁾

- **Uveítis:**
 - **Inflamación** de una de las **capas del ojo**, la **úvea** ⁽³⁾
 - Afecta a entre el **0,5-3% de los pacientes** con EII ⁽⁴⁾
 - Cursa con dolor, visión borrosa, fotofobia y ojo rojo ⁽¹⁾
 - Suele ser transitoria y a veces recurrente ⁽³⁾, y bilateral cuando se asocia a CU ⁽¹⁾

7

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES Y COMPLICACIONES EN LA COLITIS ULCEROSA

Manifestaciones extraintestinales

Aproximadamente **el 35% de los pacientes con CU** puede presentar manifestaciones extraintestinales (MEI) ⁽¹⁾

Manifestaciones oculares:

	¿qué es?	¿dónde?	síntomas
Uveítis	Inflamación de una de las capas del ojo, la úvea ⁽³⁾	Cualquiera de los dos ojos ⁽¹⁾	Cursa con dolor, visión borrosa, fotofobia y ojo rojo ⁽¹⁾

Manifestaciones articulares:

	¿qué es?	¿dónde?	síntomas
Artropatía periférica	Dolor, hinchazón y enrojecimiento	Articulaciones como rodilla, codo, cadera, hombro, tobillo y/o muñeca	Los síntomas articulares suelen coincidir con los síntomas intestinales
Sacroileítis	Inflamación en la articulación sacroilíaca que no depende de la actividad de la enfermedad ⁽³⁾	Sacro	La mitad de los pacientes no tienen síntomas, aunque en los que presentan dolor (zona lumbar y nalgas), este no cesa con el descanso ⁽³⁾
Espondilitis anquilosante	Dolor y endurecimiento progresivo de las articulaciones	Principalmente en la columna vertebral	Dolor lumbar persistente

Manifestaciones dermatológicas:

	¿qué es?	¿dónde?	síntomas
Eritema nodoso	Nódulos de 1-5 cm de diámetro subcutáneos de color rojo o violáceo dolorosos que afectan a las extremidades	Sobre todo en la pierna delante de la tibia y tobillos	Suelen ser reflejo de la actividad de la enfermedad, con buena respuesta al tratamiento del brote agudo
Pioderma gangrenoso	Son pápulas o pústulas en inicio que se van necrosando hasta que se convierten en ulceraciones purulentas y profundas en la dermis	Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo	Manifestación dermatológica más grave y dolorosa
Aftas bucales	Son úlceras en la mucosa de la boca	En la boca	Se resuelven generalmente, una vez alcanzada la remisión

Manifestaciones hepatobiliares:

	¿qué es?	¿dónde?	síntomas
Colangitis esclerosante primaria	Es la principal MEI hepática en CU. Se caracteriza por inflamación de los conductos hepáticos	En el hígado	Picor, fatiga y alteración de pruebas hepáticas

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES Y COMPLICACIONES EN LA COLITIS ULCEROSA

COMPLICACIONES: Muchos pacientes no van a presentar ninguna complicación a lo largo de la evolución de su enfermedad

Hemorragia masiva, perforación y megacolon tóxico:

Se dan en brotes de CU grave y en algunas situaciones requieren cirugía

- En la hemorragia masiva se pierde **abundante sangre en las heces** que puede requerir **transfusiones**⁽⁵⁾. Suele aparecer en el **3% de los casos de CU extensa** (sobretudo pancolitis) en fase de brote⁽⁵⁾
- La perforación aguda se acompaña de **dolor abdominal intenso, malestar general, sudor, fiebre**, y, a veces, síntomas de peritonitis. Suele presentarse en el **3% de los casos de CU grave**, normalmente asociada a megacolon tóxico⁽⁵⁾
- El megacolon tóxico es una **dilatación aguda del colon** que se acompaña de dolor y distensión abdominal, malestar general y fiebre. Sólo afecta al **5% de los pacientes con CU**⁽⁵⁾

Fenómenos tromboembólicos:

- Se recomienda **profilaxis tromboembólica** durante los brotes graves⁽²⁾
- Hasta el **5,5% de los pacientes con CU** presentan fenómenos tromboembólicos⁽²⁾
- El **tromboembolismo venoso** es más frecuente que la afectación arterial⁽⁴⁾

Estenosis colónica:

En **algunas ocasiones** los pacientes con CU pueden sufrir estenosis intestinal

- Puede aparecer **en un brote agudo** por inflamación grave del intestino **o en la fase crónica** de la enfermedad, porque la pared intestinal se vuelve rígida (fibrosis)⁽⁵⁾
- En CU, la estenosis colónica es **poco frecuente** y sólo en un pequeño porcentaje de los casos se puede producir una obstrucción del intestino⁽⁵⁾

Cáncer:

La incidencia y mortalidad por cáncer es **similar entre la población general y los pacientes de CU**⁽⁶⁾, aunque existe mayor riesgo en:

- **Cáncer asociado con inflamación crónica**⁽⁷⁾:
 - **Cáncer colorrectal:** Riesgo de padecer CCR en la **población general: 5%, en EI: 15%**⁽⁷⁾.
 - Los dos factores que se relacionan con mayor riesgo de CCR en CU son:
 - **Extensión de la enfermedad:** Los pacientes con afectación en **todo el colon** tienen **mayor riesgo**, y los que presentan inflamación sólo en recto no tienen más riesgo que la población general^(1,7)
 - **Tiempo de evolución:** A partir de los 10 años de evolución el riesgo se incrementa en un 0,5% aproximadamente cada año que pasa⁽⁷⁾
 - El **consumo a largo plazo de aminosalicilatos** se cree que puede estar relacionado con un **menor riesgo de cáncer colorrectal**⁽⁷⁾
 - Las **colonoscopias repetidas** a las que se suelen someter los pacientes de CU **permiten detectar el CCR en estadios muy iniciales**, aumentando la probabilidad de curación⁽⁷⁾
- **Cáncer asociado con terapia inmunosupresora** como linfoma y tumores asociados a virus⁽⁸⁾:
 - Los **inmunomoduladores (AZA/6-MP)** aumentan ligeramente el riesgo de linfoma en pacientes con EI, en relación con la presencia del **virus de Epstein Barr**⁽⁸⁾
 - Las **tiopurinas** también aumentan el riesgo de **detección de papiloma en el frotis de cérvix**
 - Las **tiopurinas** pueden elevar el riesgo de **cáncer de piel de tipo no melanoma**, porque aumentan la fotosensibilidad de la piel a la radiación UVA
 - Se ha observado una **incidencia mayor de determinados tipos de cáncer** en pacientes en tratamiento con **anti-TNF**⁽¹²⁾

Osteoporosis:

- La osteoporosis es una **pérdida de masa ósea** que se asocia con **mayor riesgo de fracturas**⁽⁹⁾
- Es típica en la población global, **en mujeres a partir de los 50 años**, pero en pacientes con **EII** puede aparecer en **edad más temprana**⁽⁹⁾
- Entre el **20 y el 50% de los pacientes con CU** presenta osteoporosis⁽¹¹⁾, independientemente del tiempo de evolución y los tratamientos recibidos⁽⁹⁾
- La **densitometría ósea** es el método **diagnóstico** para detectar la osteoporosis⁽⁹⁾
- Para **prevenir la osteoporosis** en CU se deben seguir estas pautas:⁽⁹⁾
 - **No excluir los lácteos:** principal fuente de calcio
 - **Suplementos de calcio** si no se ingiere lo suficiente
 - Asegurar el estado nutricional con una **alimentación correcta**
 - **Abandonar el tabaco** y el consumo de **alcohol**
 - **Practicar ejercicio físico**, dentro de las posibilidades, por ejemplo caminar
 - **Exposición solar adecuada**, para asegurar la síntesis de vitamina D en el organismo
 - **Restricción del uso de esteroides**, y administrarlos si es necesario con un suplemento de **calcio y vitamina D**

Infecciones oportunistas:

- Son infecciones por un **microorganismo que normalmente no es patógeno**, o bien infecciones graves causadas por un microorganismo que suele ser un **patógeno leve**⁽¹⁰⁾
- **Condiciones que pueden favorecer** una infección oportunista:⁽¹⁰⁾
 - **Respuesta inmune débil**, como consecuencia de la propia inflamación en la CU
 - **Malnutrición**
 - **Cirugía**
 - **Medicación inmunosupresora:** Fármacos inmunosupresores y/o biológicos aumentan el riesgo de infecciones oportunistas por su efecto sobre el sistema inmune⁽¹⁰⁾
 - Las **tiopurinas** aumentan la predisposición a infecciones víricas, como el **citomegalovirus (CMV)**, el **virus de la varicela-zóster**, el **virus de la mononucleosis (EBV)** o el **herpes simple**⁽¹⁰⁾
 - Los **antagonistas de TNF** aumentan el riesgo de reactivación de **enfermedades granulomatosas** y de infecciones en las que las defensas son principalmente **macrófagos** (Tuberculosis / hongos)⁽¹⁰⁾
- Actualización del **calendario vacunal:**
 - Los pacientes deben estar correctamente vacunados frente a:⁽¹⁰⁾
 - **Tétanos** (recuerdo cada diez años)
 - **Gripe** (anual)
 - **Hepatitis A y B**
 - **Varicela y sarampión** (¡ojo!, son vacunas de virus vivos, por lo que se debe aplicar antes de iniciar el tratamiento inmunosupresor)
 - En caso de **pacientes inmunocomprometidos** se recomienda también la vacunación frente a:⁽¹⁰⁾
 - **Neumococo**
 - **Meningococo C**
 - **Haemofilus influenza**
 - En **mujeres jóvenes** en tratamiento inmunosupresor puede recomendarse la vacuna frente al **virus del papiloma humano (VPH)**⁽¹⁰⁾
 - Se recomiendan **controles ginecológicos** con citología cervical para descartar displasias por el VPH⁽¹⁰⁾
- Antes de iniciar el tratamiento **anti-TNF hay que descartar:**⁽¹⁰⁾
 - **Tuberculosis** latente, radiografía de tórax, PPD-booster y Test de interferón (IGRA) especialmente si hay inmunosupresión o vacunación BCG previa⁽¹¹⁾
 - La infección por **VIH**
- El paciente con CU y tratamiento inmunosupresor debe **consultar al médico urgentemente** ante cualquier signo de **infección o fiebre**
- Otros aspectos para evitar infecciones oportunistas:⁽¹⁰⁾
 - Revisar el **estado dental** del paciente
 - Evitar el consumo de ciertos **alimentos de riesgo** que pueden favorecer el desarrollo de infecciones, como huevos crudos (salmonelosis), productos no pasteurizados, carnes procesadas, perritos calientes, patés (listeriosis)

1. Van Assche G et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 3: Special situations. Journal of Crohn's and Colitis 2013;7:1-33. 2. Mendoza JL et al. Manifestaciones extraintestinales en la enfermedad inflamatoria intestinal: diferencias entre la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Me Clin (Barc) 2005;125(8):297-300. 3. Información para pacientes elaborada por S. Marsal Barril: Afectación articular en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. NP3, año 2002. Extraída de la web del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa: www.geteccu.org, consultada en Octubre de 2012. 4. Rothfuss KS et al. Extraintestinal manifestations and complications in inflammatory bowel diseases. World J Gastroenterol 2006 Aug 14;12(30):4819-4831. 5. Información extraída de la web de la Unidad de Atención Crohn-colitis (UACC) del Hospital Universitario Vall d'Hebrón (Barcelona): www.ua-cc.org, consultada en Octubre de 2012. 6. Persson PG et al. Survival and cause-specific mortality in inflammatory bowel disease: a population-based cohort study. Gastroenterology 1996;110:1339-45. 7. Información para pacientes elaborada por A. Obrador: El cáncer colorrectal y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. NP6, año 2003. Extraída de la web del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa: www.geteccu.org, consultada en Enero de 2010. 8. Siegel CA. Risk of Lymphoma in Inflammatory Bowel Disease. Gastroenterol Hepatol (NY) 2009 Nov; 5(11): 784-790. 9. Información para pacientes elaborada por la doctora Esther García Planella: Alteraciones óseas: Osteoporosis y Osteopenia en EI. NP10, año 2005. Extraída de la web del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa: www.geteccu.org, consultada en Octubre de 2012. 10. Viget N et al. Opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease: prevention and diagnosis. Gut 2008;57:549-58. 11. Cabriada JL, et al. Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa sobre el uso de fármacos antifactor de necrosis tumoral α en la enfermedad inflamatoria intestinal (2013). Gastroenterol Hepatol 2013. http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.01.002. 12. Ficha técnica Humira®.

7

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES Y COMPLICACIONES EN LA COLITIS ULCEROSA

Existen **complicaciones** asociadas a la CU:

Osteoporosis ⁽⁹⁾	<ul style="list-style-type: none"> • La osteoporosis es una pérdida de masa ósea que se asocia con mayor riesgo de fracturas y afecta al 20-50% de los pacientes con CU ⁽¹⁾ • La densitometría ósea es el método diagnóstico para detectar la osteoporosis • Para prevenir la osteoporosis en CU se deben seguir estas pautas: <ul style="list-style-type: none"> • Incluir los lácteos porque son la principal fuente de calcio • Tomar suplementos de calcio si no se alcanza el requerimiento mínimo diario (1.000-1.500 mg/día)
Cáncer ⁽⁷⁾	<ul style="list-style-type: none"> • La probabilidad de sufrir un cáncer colorrectal es mayor en los pacientes con CU que en la población general ^(5,7) • Por eso, es muy importante realizar las revisiones médicas periódicas con colonoscopia • Existe un pequeño riesgo de sufrir algún tipo de cáncer asociado a determinados tratamientos (inmunomoduladores y biológicos) y al mal control de la enfermedad
Infecciones oportunistas ⁽¹⁰⁾	<ul style="list-style-type: none"> • Son infecciones por un microorganismo que en personas sanas no es peligroso • Condiciones que pueden favorecer una infección oportunista: <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta inmune débil, como consecuencia de la propia inflamación en la CU • Malnutrición • Cirugía • Medicación inmunosupresora: inmunomoduladores y biológicos

Otras complicaciones de la CU ⁽⁵⁾

	¿qué es?	localización de CU	síntomas
Hemorragia (brote grave)	Pérdida de sangre en las heces	Extensa, sobre todo pancolitis	Puede aparecer anemia aguda / crónica
Perforación intestinal (brote grave)	Orificio en la pared del intestino	Independiente de la localización	Dolor abdominal intenso, fiebre, malestar general, sudor
Megacolon tóxico (brote grave)	Dilatación exagerada del colon	Colon	Dolor abdominal, malestar general y fiebre
Tromboembolismo	Aparición de trombos en el interior de las venas	Independiente de la localización	Dolor, edema, especialmente en extremidades
Estenosis colónica	Estrechez de la luz del intestino	Más frecuente en colon	Dolor abdominal tras la comida y estreñimiento

ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

- El hecho de estar diagnosticado de **CU no quiere decir que vayas a tener cáncer**
- Mantener una **alimentación correcta, abandonar el tabaco y el consumo de alcohol y practicar ejercicio físico ayudan a prevenir la osteoporosis** ⁽⁹⁾
- Realizar un **correcto cuidado dental**, seguir un calendario de **vacunación** y **evitar** el consumo de ciertos **alimentos de riesgo** (huevos crudos, productos no pasteurizados, etc...) pueden ayudar a **prevenir una infección** ⁽¹⁰⁾
- Ante cualquier **signo de infección**, sobre todo **fiebre**, debes ponerte en contacto con los profesionales de la salud que te traten

CIRUGÍA

- En pacientes con CU que **no responden a tratamiento** es necesario practicar cirugía ^(1,2)
- Alrededor del **20-25% de los pacientes** con CU precisarán cirugía en algún momento, debido sobre todo a la **cronicidad** de la enfermedad y las **recaídas** ⁽³⁾
- En CU la cirugía **elimina la enfermedad** ^(1,2)

Indicaciones de la cirugía en CU

- **Fracaso del tratamiento** médico para controlar la enfermedad ⁽³⁾. El 80% de las intervenciones se realiza por este motivo ⁽¹⁾
- **Perforación** ^(1,3,4)
- **Cáncer o displasia** de alto grado ^(1,3,4)
- **Hemorragia** masiva en un brote grave ^(1,3,4)
- **Megacolon tóxico** o dilatación masiva del colon que no responde a tratamiento en un brote grave ^(1,3,4)
- **Obstrucción** secundaria a estenosis en el colon por cicatrización excesiva ⁽⁴⁾

Tipos de cirugía

- Hay que informar correctamente al paciente sobre las **ventajas e inconvenientes** de los diferentes tipos de intervenciones para consensuar la decisión final ^(1,2)



PROCTOCOLECTOMÍA TOTAL

- **Extirpación completa del colon y el recto** con realización de ileostomía ⁽⁶⁾
- **Poca aceptación** por parte del paciente por ser definitiva ⁽²⁾
- Se practica en una **minoría** de pacientes ⁽¹⁾



PROCTOCOLECTOMÍA CON ANASTOMOSIS ILEOANAL

- Es la **técnica de elección** en la actualidad ^(2,6)
- **Se extirpa el colon** y el recto. Se crea un reservorio ileoanal (anastomosis en íleon y ano) que permite deposiciones por el ano, que suelen ser más frecuentes de lo normal ⁽⁵⁾
- La realización del reservorio ileoanal tiene algunos **inconvenientes** como: ⁽⁴⁾
 - Reservoritis o inflamación del reservorio
 - Disminución de la fertilidad en mujeres ⁽⁷⁾
 - Problemas sexuales masculinos como la impotencia, en el 15% de los casos



COLECTOMÍA TOTAL CON ANASTOMOSIS ILEORRECTAL

- Consiste en extirpar el colon, **preservar el recto** y unirlo al íleon ⁽²⁾
- Se considera solo para **casos especiales**, por ejemplo en mujeres fértiles que quieren ser madres ⁽⁶⁾
- Se asocia con **mayores problemas**, como síntomas persistentes o riesgo de cáncer ya que se mantiene el recto que puede seguir activo ⁽⁶⁾

Complicaciones de la cirugía

RESERVORITIS

- Es la complicación más frecuente de la cirugía. Entre el **20-30% de los pacientes** con cirugía con reservorio ileal sufren reservoritis al menos una vez ⁽⁶⁾
- Consiste en la **inflamación aguda de la bolsa** construida quirúrgicamente ⁽⁶⁾
- **Síntomas:** mayor frecuencia deposiciones, sangrado rectal, dolor abdominal, urgencia fecal y tenesmo, incontinencia y fiebre ⁽⁶⁾
- Puede ser causada por un desequilibrio de las bacterias, por lo que se puede tratar con **antibióticos, probióticos u otros agentes que reducen la inflamación** ⁽⁸⁾, como mesalazina o corticosteroides ⁽⁹⁾
- Los antibióticos más usados para el tratamiento son **ciprofloxacino y metronidazol** ^(8,9)
- Puede ser **crónica** si los episodios se repiten ⁽⁸⁾

8 CIRUGÍA Y OSTOMÍA EN LA COLITIS ULCEROSA

CIRUGÍA

En pacientes con CU la cirugía puede **eliminar la enfermedad** ⁽²⁾

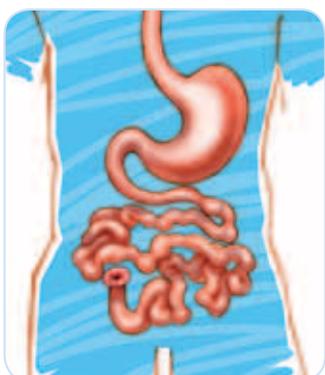
En CU se recurre a cirugía:

- Cuando el **tratamiento** farmacológico **es ineficaz** ^(1,3)
- Cuando el **colon se dilata mucho**, generándose el megacolon tóxico o se obstruye ^(1,3)
- Cuando existe **perforación** intestinal o **hemorragia** masiva ^(1,3,4)
- Cuando aparece un **cáncer colorrectal** o alguna lesión premaligna ^(1,3,4)

Tipos de cirugía en CU

PROCTOCOLECTOMÍA TOTAL

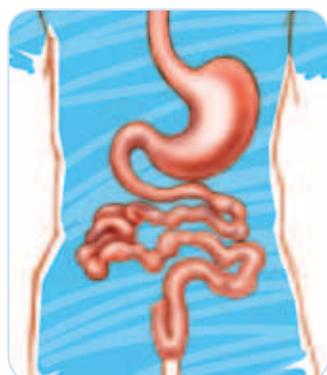
- **El colon y el recto se extirpan completamente**, dejando un pequeño orificio en la piel por donde sale el intestino para eliminar las heces (ostomía) ⁽⁵⁾



Proctocolectomía total

PROCTOCOLECTOMÍA CON ANASTOMOSIS ILEOANAL

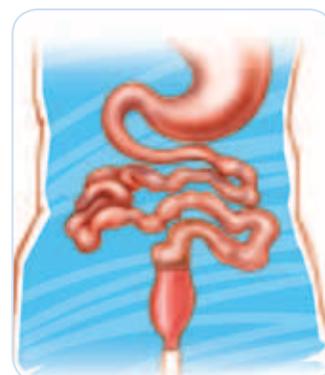
- Se extirpa el colon y el recto y **se construye un reservorio o bolsa** (a partir de un asa del intestino delgado) en reemplazo del recto ^(5,8)
- Permite **defecar de forma normal** por el ano, aunque suelen ser deposiciones más frecuentes y acuosas ⁽⁵⁾



Proctocolectomía con anastomosis ileoanal

COLECTOMÍA TOTAL CON ANASTOMOSIS ILEORRECTAL

- **Se extirpa el colon preservando el recto**, que se une al íleon ⁽²⁾



Colectomía total con anastomosis ileorrectal

ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

- Alrededor del **20-25% de los pacientes** con CU precisarán cirugía en algún momento de su vida ⁽³⁾
- La **reservoritis** es la inflamación de la bolsa construida quirúrgicamente que puede causar diarrea y otros problemas. Se puede tratar con **prebióticos y antibióticos** ⁽⁸⁾



OSTOMÍA

- Es una **abertura en el abdomen** por la que asoma el intestino a través de un orificio conocido como **estoma**, y por donde se produce la emisión del contenido intestinal ⁽¹⁰⁾
- El estoma está formado por el revestimiento de la mucosa intestinal. Es tibio, está húmedo y es de color rosa brillante a rojo ⁽¹¹⁾

Ileostomía

- En CU se practica la ileostomía tras una proctocolectomía: el íleon, la última parte del intestino delgado, es la porción que aboca al exterior
- Por lo general se localiza en el **lado derecho del abdomen** ⁽¹¹⁾
- Las **heces suelen ser líquidas y ácidas** y se depositarán en una bolsa de ostomía ⁽¹⁰⁾

Las ileostomías pueden ser de dos tipos: temporales o permanentes

- **Permanente:** se elimina el colon y el recto ⁽¹¹⁾
- **Temporal:** se elimina el colon, dejando todo o parte del recto. Se suele practicar en la **1ª etapa de un reservorio ileoanal** ⁽¹¹⁾

Recomendaciones para el paciente que lleva una ostomía

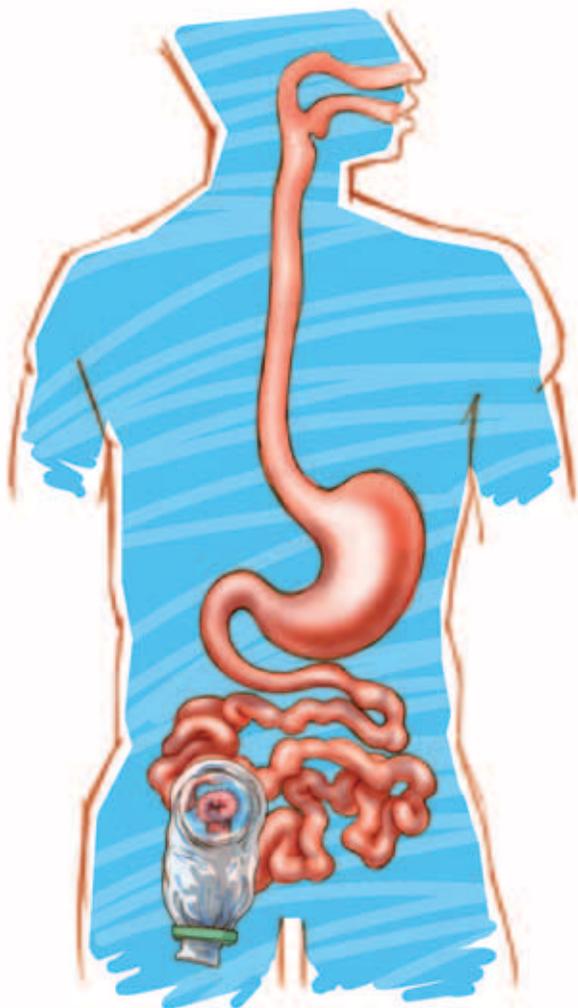
- Antes de la intervención, el **cirujano**, de forma programada, **explicará** al paciente **dónde irá ubicada la ostomía**, durante **cuánto tiempo**, etc... y una **enfermera especialista** le ayudará y enseñará todos los **cuidados que necesite** (higiene, curas, tipos de bolsas y dispositivos, pomadas, etc...)
- **El estoma se debe limpiar al menos una vez al día**, a primera hora de la mañana o antes de las comidas. El material necesario para la limpieza es jabón o gel de pH neutro, esponja suave, agua templada, toalla de algodón o pañuelos de papel. Se debe tener la bolsa nueva de ostomía a mano y desechar la bolsa utilizada ⁽¹⁰⁾
- **Una ostomía no impide practicar ejercicio físico** o realizar la mayoría de las actividades que se hacían antes de la intervención, siempre bajo supervisión facultativa
- La **alimentación debe ser equilibrada y saludable**, pero se deben conocer los alimentos que pueden alterar el tránsito intestinal

1. Alós R. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. ¿Cuándo hay y cuándo no hay que operar? GETECCU 2004. 2. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal elaboradas por R Alós. Cirugía en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Información conjunta GETECCU/ACCU. Nº2 año 2003. 3. Tratamiento quirúrgico en la Colitis Ulcerosa. Información obtenida de la web <http://www.accuesp.com> consultada en Enero de 2013. 4. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal elaboradas por Isabel Vera Mendoza. Abordaje quirúrgico de la EI. Información conjunta GETECCU/ACCU. Nº13 año 2006. 5. Colitis Ulcerosa. Información obtenida de la web <http://www.accumalaga.es> consultada en octubre de 2012. 6. Dignass A et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 2: Current management. Journal of Crohn's and Colitis 2012;6:991-1030. 7. Janneke C et al. European evidenced-based consensus on reproduction in inflammatory bowel disease. J Crohn's Colitis 2010;4:493-510. 8. Holubar SD et al. Tratamiento y prevención de la pouchitis después de la anastomosis entre la bolsa ileal y el ano para la colitis ulcerosa crónica (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 6. Art. Nº: CD001176. DOI: 10.1002/14651858. CD001176. 9. Carter MJ et al. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. Gut 2004;53(Suppl V):v1-v16. 10. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal elaboradas por D. Parés y J Martí-Ragué. Ostomías. Información conjunta GETECCU/ACCU. Nº9 año 2004. 11. Ileostomía. ¿En qué consiste? Información obtenida de la web <http://www.accumalaga.es> consultada en octubre de 2012.

CIRUGÍA Y OSTOMÍA EN LA COLITIS ULCEROSA

OSTOMÍA

Es una abertura en el abdomen por la que asoma el intestino a través de un orificio conocido como **estoma**, y por donde se vierten las heces ⁽¹⁰⁾



Las ostomías pueden ser **temporales** o **definitivas**

- En CU se practica la **ileostomía**: el íleon, la última parte del intestino delgado, es la porción que aboca al exterior
- Las **heces suelen ser líquidas y ácidas** y se depositarán en una bolsa de ostomía ⁽¹⁰⁾
- El **estoma** tiene un aspecto de **rosa a rojo brillante**, está **húmedo** y puede sobresalir o estar a ras de piel ⁽¹¹⁾

ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

- Antes de la intervención, **el cirujano**, de forma programada, **te explicará dónde irá ubicada la ostomía, durante cuánto tiempo**, etc... y una **enfermera especialista** te ayudará y enseñará todos los **cuidados que necesites** (higiene, curas, tipos de bolsas y dispositivos, pomadas, etc...)
- **Consejos para la higiene del estoma**
 - Debes **limpiar** el estoma **al menos una vez al día**, mejor a primera hora de la mañana o antes de comer, utilizando jabón o gel de pH neutro, esponja suave y agua templada. Seca el estoma con una toalla de algodón o pañuelos de papel suaves ⁽¹⁰⁾
 - Ten la bolsa nueva de ostomía a mano y desecha la bolsa utilizada ⁽¹⁰⁾
 - Si tienes colocada una **bolsa** de ileostomía, debes **vaciarla 4-8 veces al día** ⁽¹¹⁾
 - La **piel alrededor del estoma debe estar protegida** porque los desechos son ácidos y pueden dañarla ⁽¹¹⁾
- Ser portador de una ostomía no implica que no puedas **continuar con tus actividades cotidianas**
- La ostomía **requiere un periodo de adaptación**, unos **cuidados específicos** supervisados por la enfermera especialista (estomaterapeuta)

FERTILIDAD, EMBARAZO Y LACTANCIA EN LA COLITIS ULCEROSA

FERTILIDAD, HERENCIA Y CONCEPCIÓN EN LA COLITIS ULCEROSA

- **La CU no afecta a la fertilidad** si la enfermedad está en fase de remisión ^(1,2). La fertilidad puede disminuir en los siguientes casos:
 - **Enfermedad activa** o desnutrición
 - **Intervención quirúrgica** previa como colectomía total en mujeres y cirugía ileoanal en hombres ⁽¹⁾
 - Tratamiento con **sulfasalazina**: puede reducir la movilidad y/o el número de espermatozoides ⁽¹⁾
- **La actividad de la enfermedad puede influir en la vida sexual**, sobre todo de las mujeres ⁽¹⁾
- **La probabilidad de que un hijo sufra CU** es:
 - 0,5-1% con uno de los padres afectos de la enfermedad ⁽¹⁾
 - 30% con los dos padres afectos de EIU ⁽¹⁾

¿CÓMO INFLUYE LA ENFERMEDAD EN EL CURSO DEL EMBARAZO Y EL PARTO?

- La **enfermedad activa aumenta el riesgo** de aborto, parto prematuro y bajo peso al nacer, por lo que es importante la **programación del embarazo**: ^(1,2)
 - Esperar a que la enfermedad esté **en remisión para quedarse embarazada** ⁽¹⁾
 - **Retirar los tratamientos perjudiciales** para el desarrollo del feto al **menos 3-6 meses antes de la concepción**: metotrexato y algunos antibióticos, como ciprofloxacino y metronidazol ⁽¹⁾
- Las **malformaciones fetales** no son más frecuentes que en la población general ⁽²⁾
- El **parto** puede ser **vaginal** en la mayoría de los casos, aunque se recomienda cesárea si el recto está afectado ⁽¹⁾
- Evitar la episiotomía ⁽¹⁾

¿CÓMO INFLUYE EL EMBARAZO EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD?

- Si la **concepción** tiene lugar **durante la remisión**, el **riesgo de recaída es igual** que en personas no embarazadas ⁽¹⁾
- Si la **enfermedad está activa** en el momento de **concebir**, lo más probable es que se mantenga **activa durante todo el embarazo** ⁽¹⁾
- En cuanto a **pruebas diagnósticas**:
 - Se recomienda posponer la **endoscopia** hasta el **2º trimestre** ⁽²⁾
 - La **resonancia magnética** y los **ultrasonidos** son pruebas **seguras** ⁽²⁾

SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS DURANTE EL EMBARAZO

En general, es mucho **más peligroso** para el feto la **enfermedad mal controlada** que los posibles **efectos secundarios de los tratamientos** ⁽¹⁾

En general, la utilización de la **vía tópica**, siempre que sea posible, **minimizará los riesgos para el feto** ⁽³⁾

Las indicaciones de la **cirugía** durante el embarazo son las mismas que en mujeres no embarazadas: **obstrucción, perforación y hemorragia masiva** ⁽¹⁾

Los tratamientos para la enfermedad activa y para el mantenimiento de remisión en CU suelen ser los mismos durante el embarazo: ⁽¹⁾

- **Aminosalicilatos: Seguros durante el embarazo y la lactancia.** La sulfasalazina requiere suplementos de folato. ^(1,2) Seguridad avalada por amplia experiencia durante muchos años (no aumenta el riesgo de malformaciones, abortos ni partos prematuros) ^(2,3)
- **Antibióticos: Amoxicilina y amoxicilina-clavulánico son seguros en el embarazo y la lactancia.** Metronidazol se puede administrar para un tratamiento corto. Evitar ciprofloxacino (tóxico para el cartilago) ^(1,3)
- **Corticosteroides: Prednisona y prednisolona no aumentan significativamente el riesgo de malformaciones.** El beneficio que aportan es mayor que el riesgo en los brotes. Se aceptan en enemas hasta el 3º trimestre. Espaciar la toma de la medicación y de la lactancia para disminuir la cantidad que pasa al bebé. La **budesonida parece segura durante el embarazo** ⁽²⁾
- **Ciclosporina:** No aumenta el riesgo de malformaciones congénitas ⁽²⁾
- **Tiopurinas (AZA y 6-MP): Seguros y bien tolerados** durante el embarazo. La cantidad en la leche materna es muy baja por lo que probablemente sea seguro dar **lactancia natural** ⁽¹⁾
- **Metotrexato: Contraindicado durante el embarazo** y la lactancia por ser teratogénico y embriotóxico. Se debe **retirar el tratamiento 3-6 meses antes** de la concepción ⁽¹⁾
- **Biológicos:** Aunque hay pocos casos todavía en la literatura, **parecen fármacos seguros durante el 1º y 2º trimestre.** Se deben retirar al final del 2º trimestre ya que atraviesan la placenta. ⁽²⁾
- **Micofenolato: Contraindicado** en el embarazo. Se conoce la asociación de malformaciones en mujeres trasplantadas que lo tomaban
- **Tratamientos sintomáticos:**
 - **Antieméticos:** Metoclopramida, vitamina B6 y Ondansetron son **seguros**
 - **Antiácidos y antagonistas de receptores H2** son **seguros**
 - **AINEs: No se recomiendan** durante el embarazo
 - **Codeína:** Se considera **segura**
 - **Antidiarreicos:** En general se recomienda **restringir su uso** ⁽³⁾
 - **Colestiramina y loperamida** se consideran **seguros** en el embarazo, pero **loperamida está contraindicada en la lactancia**

Medicamentos para la CU durante el embarazo. Clasificación según la FDA ⁽⁴⁾

Categoría A	Categoría B	Categoría C
	Biológicos: adalimumab, infliximab Aminosalicilatos: mesalazina, sulfasalazina Metronidazol (antibiótico)	Ciclosporina (inmunomodulador) Ciprofloxacino (antibiótico) Corticosteroides Olsalazina (aminosalicilato) Tacrolimus (inmunomodulador)
Categoría D	Categoría X	
AZA/6-MP (tiopurinas)	Metotrexato (inmunomodulador)	

Categoría A: Estudios controlados en animales y mujeres han demostrado que no existe riesgo en el 1º trimestre y el peligro para el feto es mínimo.
Categoría B: Ninguno de los estudios en animales ha demostrado un riesgo para el feto, pero no existen estudios controlados en mujeres embarazadas; o bien, los estudios en animales han mostrado un efecto adverso que no se ha confirmado en estudios controlados en mujeres embarazadas en el 1º trimestre.
Categoría C: No se han realizado estudios controlados en humanos, y los estudios en animales

han mostrado efectos adversos, o bien no se dispone de información sobre estudios en animales o humanos; se administrará si el beneficio potencial supera el riesgo.
Categoría D: Evidencia positiva de riesgo fetal, pero los beneficios pueden sopesar el riesgo si se trata de una enfermedad grave o existe peligro para la vida.
Categoría X: Estudios en animales o humanos han demostrado anomalías en el feto; fármaco contraindicado en el embarazo.

Recomendaciones sobre el tratamiento durante el embarazo y la lactancia

Tratamiento	Embarazo	Lactancia
Mesalazina	✓	✓ (dosis máxima 2 g/día)
Corticosteroides	✓ (bajo riesgo)	✓ (espaciar 4h la toma de la lactancia)
Ciprofloxacino	✗ (alteración cartilago)	Datos limitados
Metronidazol	✓ (tratamientos cortos)	Datos limitados
Azatioprina	✓	✗
Mercaptopurina	✗	✗
Ciclosporina	✓ (probablemente sí)	✗
Adalimumab/ Infiximab	Datos limitados (probablemente sí en 1º y 2º trimestre)	Datos limitados (probablemente sí)
Metotrexato	✗	✗

Según ficha técnica, no se recomienda el uso de fármacos biológicos en mujeres embarazadas

1. Janneke van der Woude CJ et al. European evidenced-based consensus on reproduction in inflammatory bowel disease. Journal of Crohn's and Colitis 2010;4:493-510. 2. Habal FM, Huang VW. Review article: a decision-making algorithm for the management of pregnancy in the inflammatory bowel disease patient. Aliment Pharmacol Ther 2012;35:501-515. 3. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal, elaboradas por los doctores S. García López, F. Gomollón García y R. Vicente Lidón. Embarazo y Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Información conjunta de GETECCU y ACCU, nº2, Año 2008. Extraída de la web del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa: www.geteccu.org, consultada en Octubre de 2012. 4. Dubinsky M, Abraham B, Mahadevan U. Management of the Pregnant IBD Patient. Inflamm Bowel Dis 2008 Dec; 14(12):1736-50.

9

FERTILIDAD, EMBARAZO Y LACTANCIA EN LA COLITIS ULCEROSA

Antes de **planificar un embarazo**, sería conveniente **consultar con su especialista** ya que algunos tratamientos pueden ser perjudiciales para el feto y/o la lactancia

Recomendaciones sobre el tratamiento durante el embarazo y la lactancia

Tratamiento	Embarazo	Lactancia
Mesalazina	✓	✓ (dosis máxima 2 g/día)
Corticosteroides	✓ (bajo riesgo)	✓ (espaciar 4 h la toma de lactancia)
Ciprofloxacino	✗ (alteración cartilago)	Datos limitados
Metronidazol	✓ (tratamientos cortos)	Datos limitados
Azatioprina	✓	✗
Mercaptopurina	✗	✗
Ciclosporina	✓ (probablemente si)	✗
Adalimumab/ Infliximab	Datos limitados (probablemente si en 1º y 2º trimestre)	Datos limitados (probablemente si)
Metotrexato	✗	✗

ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

- La **CU no afecta a la fertilidad** si la enfermedad está **en remisión**, pero si está activa o se ha realizado una cirugía puede disminuir ^(1,2)
- En el caso de los **hombres**, la **sulfasalazina puede disminuir la fertilidad** por el descenso del número de espermatozoides y/o la movilidad
- Los **hijos** pueden presentar **mayor disposición a padecer la CU** si hay algún caso en la familia, aunque **no es** una enfermedad **hereditaria**
- La enfermedad **activa durante el embarazo aumenta el riesgo de aborto**, parto prematuro y bajo peso al nacer ^(1,2)
- Si la enfermedad está **activa en la concepción** suele **mantenerse activa** durante **todo el embarazo** por lo que se recomienda planearlo en una fase prolongada de remisión ⁽¹⁾
- El **riesgo de malformaciones** fetales **no aumenta** en la CU respecto a la población general ⁽¹⁾
- La CU **no modificará el parto** (vaginal o cesárea) salvo en casos excepcionales ⁽¹⁾



¿QUÉ ES LA CALIDAD DE VIDA?

La CU es una enfermedad crónica que impacta de forma significativa en la vida de los pacientes que la presentan ⁽¹⁾

- La calidad de vida es el **bienestar subjetivo** que está determinado e influido por las experiencias, creencias y expectativas de cada persona ⁽¹⁾. La aparición de una **enfermedad crónica puede modificarla**
- La **calidad de vida** relacionada con la salud **depende de aspectos físicos, sociales y psicológicos** de la vida de los pacientes ⁽¹⁾
- La calidad de vida se mide a través de **cuestionarios específicos** (por ejemplo IBDQ-9, IBDQ-32, IBDQ-36) ⁽¹⁾
- Las **dimensiones de la calidad de vida** en la CU que miden los cuestionarios son*: ⁽¹⁾
 - Síntomas **digestivos**
 - Síntomas **sistémicos** (generales)
 - Afectación **funcional**
 - Afectación **emocional**
 - Afectación **social**

*Excepto el IBDQ-9 que sólo mide la calidad de vida global

+ La calidad de vida puede mejorar: ⁽¹⁾

- Aprendiendo a convivir con la enfermedad
- Valorando la importancia de los tratamientos
- Teniendo buena comunicación con los profesionales sanitarios
- Contando con el apoyo familiar

- La calidad de vida en los pacientes con CU está reducida por: ⁽¹⁾

- Los síntomas de la enfermedad
- Efectos secundarios del tratamiento
- Dependencia de las consultas médicas y de las pruebas
- Limitaciones en el día a día (físicas, psicológicas y sociales)

ASPECTOS SOBRE SEXUALIDAD EN EL PACIENTE CON CU

Muchos pacientes con EII ven alterada su sexualidad por varios aspectos ⁽¹⁾

- **Relaciones menos frecuentes**, esporádicas
- **Temor** a la incontinencia
- Sensación de estar **sucios y mal olor** corporal

Es importante **abordar el tema en la consulta con discreción** y solucionar muchas de las cuestiones que les preocupan a los pacientes ⁽¹⁾

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA CU

Los pacientes con EII presentan **mayor nivel de ansiedad, depresión y trastornos neuróticos**, que además **se agravan durante los brotes** ⁽¹⁾

Las **alteraciones psicológicas** son más una **consecuencia** que una causa de la CU

- Están relacionadas directamente con la **actividad** de la enfermedad ⁽²⁾
- **Predicen la calidad de vida** relacionada con la salud ⁽²⁾
- Influyen en el **curso** de la enfermedad ⁽²⁾

Preocupaciones básicas del paciente con CU

- **Falta de energía**
- **Sensación de pérdida de control** de la enfermedad
- Cambios en la **imagen corporal**
- Sentimiento de **soledad**
- Sentimiento de **ser una carga** familiar y social
- **Limitaciones** en la vida real (objetivas y subjetivas)

Para mejorar los aspectos psicosociales en la CU es importante:

- Tener en cuenta **aspectos emocionales, psicológicos y sociales** del paciente ⁽¹⁾
- **Educación sanitaria al paciente** (mayor información – menor ansiedad) ⁽²⁾
- Facilitar la **actitud proactiva** del paciente en el **autocontrol** de su enfermedad ⁽³⁾
- Fomentar la **confianza en el equipo** asistencial ⁽³⁾
- Poner de relevancia la **importancia del cumplimiento** del tratamiento para el paciente ⁽³⁾
- **Implicar a los familiares** en el proceso de la enfermedad
- **Recomendar asistencia psicológica** si se cree necesaria ⁽²⁾
- **Informar** sobre la existencia de las **asociaciones de pacientes** ⁽²⁾

CALIDAD DE VIDA Y ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA COLITIS ULCEROSA

¿Qué es la calidad de vida?

- Es el **bienestar** subjetivo que está determinado e influido por las experiencias, creencias y expectativas de cada persona. La aparición de una **enfermedad crónica puede modificarla**
- La calidad de vida relacionada con la salud depende de **aspectos físicos, sociales y psicológicos** de la vida de los pacientes
- La calidad de vida **se mide a través de cuestionarios** específicos
- Las dimensiones de la calidad de vida en la CU son:
 - Síntomas **digestivos**
 - Síntomas **sistémicos** (generales)
 - Afectación **emocional**
 - Afectación **social**
 - Afectación **funcional**



La calidad de vida puede mejorar:⁽¹⁾

- **Aprendiendo a convivir** con la enfermedad
- **Valorando** la importancia de los **tratamientos**
- Teniendo **buena comunicación** con los profesionales sanitarios
- Contando con el **apoyo familiar**



La calidad de vida en los pacientes con CU está reducida por:⁽¹⁾

- Los **síntomas** de la enfermedad
- **Efectos secundarios** del tratamiento
- **Dependencia** de las consultas **médicas** y de las pruebas
- **Limitaciones** en el día a día (físicas, psicológicas y sociales)



ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

Tanto los **profesionales sanitarios** como las **asociaciones de pacientes te pueden ayudar** en los siguientes aspectos:

- **Apoyo emocional** de otros pacientes que han pasado por lo mismo
- **Información y consejos** de cómo cuidarse
- Información sobre **servicios asistenciales** disponibles
- Actividades sociales y de **ocio**
- **Apoyo legal**

Es importante pedir ayuda a un especialista si la enfermedad afecta al estado emocional o psicológico⁽²⁾

