

# ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN EL BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA

## **Lorena Oltra Camps**

Diplomada Universitaria en Enfermería.

Servicio de Digestivo. Hospital de L´Horta Sud. Manises, Valencia

## **Joaquin Hinojosa Del Val**

Médico Especialista Aparato Digestivo.

Servicio de Digestivo. Hospital de L´Horta Sud. Manises, Valencia

## **1.- Conceptos generales de la colitis ulcerosa**

El término “Enfermedad Inflamatoria Intestinal crónica” engloba a tres entidades: la enfermedad de Crohn (EC), la colitis ulcerosa (CU) y la colitis pendiente de clasificación o Indeterminada. La etiología es desconocida, pero se asocia a una respuesta inmune desmesurada. El curso es crónico.

La clínica típica de la colitis ulcerosa es diarrea o aumento del número de deposiciones, rectorragia, tenesmo (sensación de defecación incompleta), urgencia deposicional sin rectorragia, y pérdida de peso. En la EC la clínica típica es fiebre, dolor abdominal, diarrea y manifestaciones anales-perianales (abscesos-fistulas).

## **2. Criterios de gravedad**

En la CU, las manifestaciones clínicas tienen, en general, una buena correlación con la intensidad de la inflamación; es decir, existe un paralelismo entre la gravedad clínica y la actividad inflamatoria. Ello es especialmente destacable en las formas extensas de la enfermedad. En la colitis distal y especialmente en la proctitis, puede existir afectación clínica importante en ausencia de expresión analítica. La monitorización adecuada de la colitis ulcerosa incluye la evaluación clínica, endoscópica e histológica y el conocimiento de la historia evolutiva y terapéutica previa de la enfermedad y de su extensión; de todo ello dependerán las decisiones terapéuticas. Existen parámetros clínicos (síntomas), analíticos, endoscópicos e histológicos que nos ayudan a determinar la gravedad de la enfermedad y su pronóstico.

**TABLA 1.** Índices clínicos de actividad utilizados en la colitis ulcerosa

I. Truelove	3	2	1
Deposiciones	>6	4-6	<4
Sangre heces	+++	+ / ++	-
Hb g/dl	<10	10-14	>14
VSG	>30	15-30	<15
Temperatura	>38	37-38	<37
F. cardiaca	>100	80-100	<80

6 puntos: Inactivo; 7-10 puntos: Leve; 11-14 puntos Moderado; 15-18 puntos Grave

### Clasificación de Montreal

S0= CU inactiva

S1 < 4 dep/día, sin sangre. No afectación

S2= brote moderado,

S3 >6 dep/día, con sangre y con algún signo de afectación sistémica (Hb <10,5 g/dl, VSG >30 mm/h, FC >90 x minuto, T<sup>a</sup>axilar >37,5°C).

### I de Mayo

Deposiciones 0= Normal para el paciente

Subscore 0-3 1= 1 o 2 > de lo normal

2= 3 o 4 > de lo normal

3= 5 o > de lo normal

Sangre heces 0= No

Subscore 0-3 1= Trazas de sangre

2= Sangrado evidente

3= Solo sangre

Endoscopia 0= Normal

Subscore 0-3 1= Leve (Eritema, patrón vascular disminuido, friabilidad leve)

2= Moderado (Eritema marcado, pérdida del patrón vascular, erosiones, friabilidad)

3= Grave (Sangrado espontaneo, Ulceración)

Impresión clínica 0=Inactivo

Subscore 0-3 1=Leve

2= Moderado

3= Grave

Hay diferentes **índices clínicos** para poder evaluar la gravedad del brote en los pacientes con CU. De ellos el más utilizado es el Índice de Truelove-Witts, clásico y modificado, así como más recientemente la clasificación de la gravedad del brote de CU de Montreal (Tabla 1).

Existen otros índices endoscópicos e histológicos que ayudan al médico a precisar el grado y extensión de la actividad inflamatoria.

Las determinaciones analíticas ayudan también a precisar la actividad inflamatoria, su gravedad y su pronóstico. Entre ellas están la VSG, la proteína C reactiva, el orosomucoide, y los niveles de albúmina.

### **3. Complicaciones durante el ingreso hospitalario**

*Megacolon tóxico.* Esta entidad es una complicación grave que se caracteriza por la aparición de un cuadro tóxico sistémico asociado a una dilatación aguda del colon, total o segmentaria (> 6 cm de diámetro) no obstructiva, debida a la inflamación aguda de todas las capas del colon con necrosis.

Se observa en pacientes con brote grave que evolucionan a un estado tóxico con fiebre alta y distensión abdominal. La mortalidad en estos pacientes depende de la existencia de perforación, de la edad, y de la precocidad o no en la intervención quirúrgica. Aunque el tratamiento inicial de estos pacientes es médico, un porcentaje significativo precisarán cirugía.

**Otras complicaciones como la hemorragia masiva, la perforación y la estenosis son poco frecuentes.**

#### **Manifestaciones extraintestinales**

En pacientes con CU se observan con frecuencia alteraciones de otros sistemas distintos del tracto digestivo debido a que la respuesta inflamatoria alcanza el resto del organismo. Las más frecuentes son las mucocutáneas (eritema nodoso, pioderma gangrenoso), las articulares (sacroileitis, espondilitis, artritis) y las oculares (uveítis).

*¿Qué es enfermedad refractaria?:* Se entiende como enfermedad refractaria aquella que se mantiene en actividad pese al tratamiento con dosis plenas de corticoides. Esta situación puede llegar a acontecer en la cuarta parte de los casos tratados. En el brote grave de colitis ulcerosa supone la no remisión tras 3-5 días de tratamiento con 1 mg/kg/día de prednisona i.v. y es indicación de tratamiento de rescate con ciclosporina, infliximab o cirugía.

*¿Qué es enfermedad corticodependiente?:* Se entiende como tal la imposibilidad de reducir los corticoides, una vez han sido efectivos, por debajo de 10mg/día de prednisona, dentro de los 3 meses siguientes a su inicio, o bien la recidiva precoz (<3 meses) una vez suspendido el tratamiento con corticoides. Al año de tratamiento esteroideo el 22% de los pacientes se habrán comportado como corticodependientes.

## 4. Tratamiento

El tratamiento médico del brote de CU incluye dos grupos de actividades:

a) medidas generales y b) tratamiento farmacológico específico.

### 4.1. Medidas generales

#### a. Aporte nutricional y suplementación con minerales y oligoelementos.

Durante los periodos de exacerbación de la enfermedad, existe un aumento del catabolismo y de los requerimientos energéticos del paciente, por lo que es imperativo valorar adecuadamente la instauración de un soporte nutricional. Según la situación clínica, y de forma individualizada, podemos optar por dieta oral convencional, nutricional enteral o nutrición parenteral. La decisión del tipo de nutrición estará en relación con la gravedad del brote, la tolerancia digestiva y las características del paciente. La necesidad de suplementos con minerales u oligoelementos depende de la situación concreta del paciente: así, es frecuente la hipopotasemia en los brotes graves.

El paciente puede levantarse en función de su estado general. En los pacientes con brote grave que precisen la administración de hierro este siempre debe darse por vía intravenosa (los criterios de administración de Fe son pacientes con Hb  $\leq$  10 g/dl o pacientes con Hb 10 g/dl y niveles de ferritina  $<$  30 mcg ).

Actuación enfermera: Monitorización diaria de constantes (T.A. y T<sup>a</sup>), diuresis,. Debe de realizarse hemograma, iones, albúmina, magnesio, función renal y proteína C reactiva; en pacientes con problemas cardiacos: valorar medición invasiva de PVC o PCAP.

En el caso de que el paciente tenga nutrición enteral deberá de considerarse:

- Control de la velocidad, T<sup>a</sup>, aspecto y caducidad de la fórmula administrar.
- No mezclar con medicación.
- No intentar desobstruir las sondas con fiador, realizar lavados gástricos frecuentes.

Cualquier situación que determine una alteración de las constantes (variación en TA, temperatura), rectorragia con repercusión hemodinámica, dolor abdominal intenso de aparición brusca o persistencia del mismo a pesar de la analgesia pautada, alteraciones analíticas (especialmente descenso en valores de la hemoglobina o potasio), vómitos incoercibles, etc., y en general en todas aquellas situaciones clínicas que se salgan de la norma habitual relacionada con una situación de brote grave de CU deben de ser consultadas.

En general ante una deposición única con sangre roja y constantes mantenidas, cautela y vigilancia, no siendo preciso avisar al facultativo, anotando la cuantía de la misma para compararla en las siguientes deposiciones y saber si ha habido aumento ó no.

Para el manejo de las náuseas y vómitos en la mayoría de los casos el facultativo deja prescrito tratamiento para su control (metoclopramida) y sólo si persisten debe de consultarse.

El dolor abdominal en los pacientes con CU suele ser moderado y generalmente se prescribe analgesia suave con paracetamol; la aparición de dolor intenso en estas situaciones obliga a consultar siempre al facultativo.

Es excepcional el requerimiento transfusional en pacientes con brote grave de CU; en los pacientes con anemia (Hb < 10g/dl) con o sin ferropenia y en el contexto del brote grave debe administrarse hierro que siempre debe hacerse por vía endovenosa; la disponibilidad de nuevas preparaciones de Fe intravenoso facilitan el control de la anemia y ferropenia con excelente perfil de seguridad. Se deben seguir los protocolos de cada centro para la administración del hierro IV ó la realización de una transfusión.

En general siempre que la situación basal lo permita el paciente puede sentarse o ir al baño, siendo importante en estos casos el indicarle que ponga sobre éste el plato para poder objetivar, el aspecto de las deposiciones, presencia siempre o no de heces, presencia de sangre, moco, pus..., etc, y por si hay que recoger muestras de la misma para estudios bacteriológicos.

#### b. Anticoagulación profiláctica:

Está indicada en los brotes graves y en los brotes leves moderados asociados a otros factores de riesgo tales como inmovilización, patología venosa profunda, obesidad, etc. Se utilizan las nuevas heparinas de bajo peso molecular (bemiparina, dalterapina, enoxaparina, nadroparina) puesto que ejercen menor efecto sobre las plaquetas y tienen una semivida biológica mayor, por lo que pueden administrarse una vez al día.

Actuación enfermera:

- Vigilar si existe algún punto de sangrado que pueda indicar que hay una hemorragia, en este caso un sangrado abundante de encías ó nasal sin causa aparente, se debe de vigilar por si preceda a una hemorragia
- Conocer fármacos que no interfieren con la anticoagulación.

## 4.2. Tratamiento farmacológico

Los fármacos que con más frecuencia se utilizan en el tratamiento de la enfermedad son:

Los **salicilatos** contienen en su estructura la molécula del 5-aminosalicílico (5-ASA, mesalazina, mesalamina en EE.UU). La sulfasalazina o salazopirina fue el primer compuesto de este grupo utilizado. El tratamiento con sulfasalazina es eficaz para inducir la remisión en los brotes leves o moderados de CU. Sus efectos secundarios (náuseas, vómitos, cefaleas, oligospermia...) aunque no suelen ser graves, sí limitan el tratamiento en muchos pacientes. Los nuevos salicilatos son mejor tolerados y con similar eficacia. Existen varias formulaciones según su preparación galénica, incluyendo formas de liberación pH-dependientes, sostenida tiempo-dependiente, y el empleo de nuevos transportadores de 5-ASA (formulaciones MMX). La dosis utilizada parece ser el factor más determinante de su eficacia, independientemente del preparado utilizado.

Los **corticoides** se han utilizado desde los años cincuenta en los brotes graves de actividad y siguen siendo imprescindibles en este contexto. Pueden utilizarse por vía oral, intravenosa o tópica. Los corticoides no son útiles como tratamiento de mantenimiento. La dosis de inicio de referencia en brotes moderados o graves es de 1 mg/kg de peso/día de prednisona y 0,8 mg/Kg de metilprednisolona , generalmente repartidas en tres dosis.

Los **inmunomoduladores** son agentes utilizados desde hace años en la CU y su efectividad esta plenamente probada en situaciones clínicas concretas, frecuentes en la práctica clínica. Los inmunosupresores tiopurínicos, la azatioprina y la mercaptopurina, son útiles en las situaciones de corticodependencia y presentan un nivel de evidencia 1c en el mantenimiento de la remisión de la enfermedad, la ciclosporina es útil en el tratamiento de la corticorrefractariedad. Otros inmunomoduladores ensayados han sido el tacrólimus, posiblemente útil en la CU refractaria, y el metotrexato con el que no hay resultados concluyentes.

Los **antibióticos** no han demostrado tener eficacia en la enfermedad excepto en situaciones especiales, como en la reservoritis aguda (inflamación aguda del reservorio anal). Su uso en los brotes de actividad se limita, ante la sospecha de cuadro infeccioso sobreañadido, a los brotes graves o fulminantes en los que puede haber bacteriemia asociada. En esta situación, deben añadirse al tratamiento específico y la cobertura antibiótica debe abarcar gérmenes gram positivos y anaerobios; las opciones más recomendables, según los patrones de resistencia locales, son cefotaxima o ciprofloxacina más metronidazol.

Recientemente se ha aprobado el uso del **infliximab**, fármaco que bloquea selectivamente la citocina inflamatoria TNF (factor de necrosis tumoral), para el tratamiento de los brotes moderados y graves en los que ha fracasado otra opción terapéutica, esteroides y/o inmunomoduladores. Es eficaz en la inducción de la remisión y en el mantenimiento de la misma. Dos son las indicaciones fundamentales del fármaco: el brote moderado o grave corticorrefractario y la corticodependencia. En esta última situación puede usarse como terapia puente a la espera del beneficio de los inmunosupresores tiopurínicos. Los resultados de los estudios pivotaes recientemente publicados sugieren que adalimumab (Humira®) puede ser eficaz en el tratamiento de los brotes moderados de colitis ulcerosa, estando pendientes de su aprobación para esta indicación.

Actuación enfermera:

- En toda la administración de fármacos hay que vigilar las posibles reacciones adversas a los mismos.
- Se debe de hacer un checklist completo previo a la administración del tratamiento que incluya: Rx de tórax, prueba de Mantoux (con Booster si se precisa), serología virus B,C,HIV, CMV y Epstein-Barr. Con ello elaborar pauta de vacunación adecuada si no es completa.

El Mantoux consiste en la inyección intradérmica 0,1 ml de tuberculina, que en caso de ser positivo causará una discreta elevación de la piel con un habón de 6 a 10 mm de diámetro (debe medirse el habón no el eritema). Instruir al paciente para que no se frote, rasque o coloque tiritas o esparadrapo y se realiza una lectura del punto de inyección a las 48 y 72 horas.

Si la induración que se produce es mayor a 5 mm se considera positiva y el paciente debe de recibir tratamiento quimioprolifáctico con isoniazida al considerarse como tuberculosis latente. En los pacientes que estén recibiendo previamente inmunosupresores o corticoides y que tienen un Mantoux negativo debe de realizarse el "Booster" que consiste en un refuerzo de la respuesta inmune debilitada a la tuberculina (no ausente) por la primera prueba empleada. El resultado de la segunda prueba es el que se considera el válido.

La enfermera en todo este proceso se encarga de administrar el fármaco y realizar las lecturas correspondientes e interpretarlas.

- En los biológicos:
  - Infliximab, vigilar la hipotensión, producida por el fármaco
  - Adalimumab, vigilar punto de punción de administración fármaco, reacciones locales, eritema, endurecimiento, calor local...

Diferentes estudios han mostrado que diversos tipos de aféresis, particularmente la granulocitoaféresis, pueden ser útiles en algunas situaciones concretas como el brote leve moderado refractario o como terapia puente hacia inmunosupresores en la corticodependencia.

### **Tratamiento según gravedad-extensión**

Aunque existen varios índices de actividad para cuantificar el grado de intensidad de la inflamación intestinal y de su repercusión en el paciente se puede realizar esta clasificación clínica más práctica. Tanto el tratamiento específico de los brotes de actividad de la CU como el tratamiento de mantenimiento para prevenir la recidiva, debe tener en cuenta la extensión de las lesiones en el colon y la gravedad del brote. La extensión de la enfermedad es importante porque influye en la decisión de la vía de administración de los fármacos.

Como norma general, los brotes leves se tratan con aminosalicilatos, los brotes moderados con corticoides orales y los brotes graves con corticoides administrados por vía parenteral.

### **Tratamiento del brote grave**

Los brotes de actividad grave requieren ingreso hospitalario y tratamiento con corticoides sistémicos por vía endovenosa, a dosis de 1 mg/Kg/día de prednisona o su equivalentes (0,8 mg/Kg de metilprednisolona).

Si la respuesta clínica es adecuada, se puede iniciar el descenso de corticoides tras alcanzar la remisión del orden de 5-10 mg cada semana pasando a la vía de administración oral. En los pacientes que respondan más lentamente o que tengan antecedentes de recidiva precoz en la retirada puede pautarse una pauta de descenso más lenta.

Actuaciones enfermeras:

- Administrar tratamiento médico
- Educación sanitaria (medición índices de actividad)
- Vigilar parámetros clínicos: número de deposiciones, cantidad de sangre en las heces (evaluación semicuantitativa), dolor abdominal, fiebre, taquicardia, deshidratación, dieta, controles analíticos.
- Monitorización de constantes vitales
- Pruebas diagnósticas
- Vigilar el punto de punción y cambiarlo si hay signos de flebitis, infección u obstrucción.
- Mantener el apósito limpio.
- Vigilar posible reacciones adversas relacionadas con la medicación administrada.

*Tratamiento de la enfermedad refractaria:* Es indicación de tratamiento de rescate con ciclosporina, infliximab, adalimumab o cirugía (Figura 1). Es obligado antes de iniciar el tratamiento repasar si al paciente se le han realizado las siguientes pruebas:

- Biopsias rectales para citomegalovirus
- Toxina para clostridium difficile.
- Rx tórax, Mantoux con booster (si es necesario) , serologías de los virus de hepatitis B y C, HIV, Epstein –Barr
- Niveles de albúmina, colesterol y magnesio

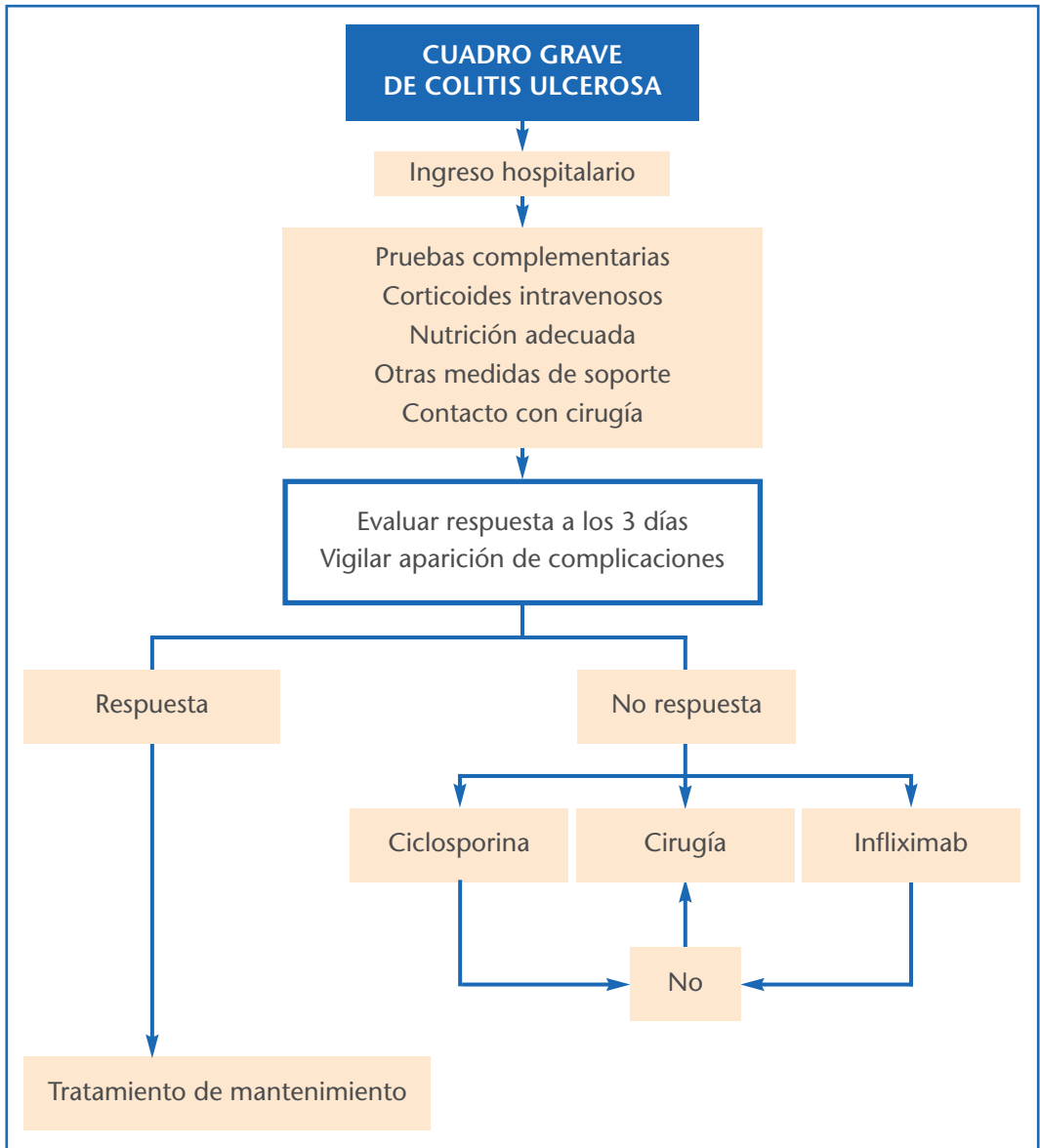
En el caso de administrar ciclosporina iv debe controlarse estrictamente las cifras de tensión arterial y la función renal y deben determinarse los niveles plasmáticos del fármaco cada 2-3 días.

El infliximab (anti-TNF) también ha mostrado su eficacia en la situación de corticorefractariedad en brote grave. La dosis a administrar es la de 5 mg/kg peso/día en perfusión iv, en pauta de inducción (0,2 y 6 semanas). Acaba de aprobarse la indicación de Adalimumab (160 mg y 80 mg a las dos semanas) para el tratamiento del brote de colitis ulcerosa que no responde a corticoides y/o inmunomoduladores.

*Corticoddependencia:* La alternativa terapéutica más eficaz en esta situación es la administración de azatioprina oral o de mercaptopurina, aunque puede hacerse también rescate con el uso de biológicos. Sin embargo, esta situación no se produce en el caso del brote grave.



**FIGURA 1.** Cuándo considerar al paciente corticorefractario: evaluación de la respuesta al tercer día



### Tratamiento de mantenimiento

En el brote grave de CU una vez inducida la remisión clínica mediante esteroides, es aconsejable seguir con tratamiento para mantener la remisión, de primera instancia con 5-ASA o sulfasalazina oral. En pacientes con CU distal puede optarse por el tratamiento oral mencionado o por tratamiento tópico en forma de supositorios, enemas o espuma de mesalazina.

## D. Indicaciones quirúrgicas

Se estima que la cuarta parte o más de los pacientes afectos de CU requerirán cirugía durante su evolución. La indicación es indudable y además urgente, en el caso de complicaciones que ponen en peligro la vida del paciente como la hemorragia masiva o la perforación. En las situaciones electivas es cuando mas se requiere el consenso con el paciente.

La técnica de elección es la proctocolectomía restauradora mediante reservorio ileo-anal, recientemente se han reportado buenos resultados utilizando la vía laparoscópica, que debe siempre ser realizada por equipos quirúrgicos experimentados.

## Bibliografía

1. E.F. Stange, S.P.L. Travis, S. Vermeire, W. Reinisch, K. Geboes, A. Barakauskiene, et al. European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: Definitions and diagnosis. *J Crohn´s Colitis* 2008; 2: 24-62.
2. Satsangi J, Siverberg MS, Vermeire S, Colombel JF. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, Consensus, and implications. *Gut* 2006; 55:1-15
3. Ricart E. Colitis ulcerosa. En: Montoro MA, García Pagán JC, Castells A, Gomollón F, Mearín F, Panés J, Perez Gisbert J, Santolaria S editores. Problemas comunes en la práctica clínica. Gastroenterología y Hepatología. Madrid: Jarpyo Editores; 2012: p. 459-473.
4. F.Gomollón, S.García. Tratamiento general del brote de colitis ulcerosa. En: MA Gasull, F. Gomollón, A. Obrador, J. Hinojosa editores. Enfermedad Inflamatoria intestinal. Tercera edición. Madrid: Aran; 2007 p. 265-281.
5. Clark M, Colombel JF, Feagan BC, Fedorak RN, Hanauer SB, Kamm MA et al. American gastroenterological association consensus development conference on the use of biologics in the treatment of inflammatory bowel disease, June 21-23, 2006. *Gastroenterology* 2007; 133: 312-339.