
 <p>Complejo Asistencial Universitario de Palencia</p>	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 1 de 26	
---	---	--	---

ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA.

SERVICIOS/UNIDADES: APARATO DIGESTIVO.



UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

CONTROL DE MODIFICACIONES		
EDICIÓN	FECHA	MODIFICACIONES RESPECTO A LA REVISIÓN ANTERIOR
1	11/11/2025	Elaboración del documento.

<u>ELABORADO:</u>	<u>REVISADO Y APROBADO:</u>
Dr Sergio Maestro Antolín (LEA Digestivo) Dr Javier Santos Fernández (LEA Digestivo) Fecha: 11/11/2025	Dr. Antonio Pérez Millán (Jefe Servicio Aparato Digestivo) Fecha: 11/11/2025



Este documento es propiedad exclusiva de CAUPA



 <p>Complejo Asistencial Universitario de Palencia</p>	<p>ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA</p>	<p>Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 2 de 26</p>	 <p>Sacyl SANIDAD DE CASTILLA Y LEÓN</p>
---	--	--	---

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN.....	3
2. ALCANCE Y OBJETIVOS.....	3-4
3. METODOLOGIA DE LA ACTUACIÓN	5
4. BIBLIOGRAFIA.....	26

	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 3 de 26	
---	---	--	---

DEFINICIÓN

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria crónica intestinal, de etiología multifactorial, que afecta principalmente al colon. Su diagnóstico se basa en una serie de criterios clínicos, hallazgos de laboratorio, técnicas de imagen, hallazgos endoscópicos e histológicos con exclusión de enfermedades infecciosas con manifestaciones similares. La extensión y la gravedad de la enfermedad varían a lo largo del tiempo y es necesario definir el escenario clínico concreto en el que nos encontramos para determinar el tratamiento más adecuado. La CU asocia un riesgo de colectomía de un 30–40% tras uno o más brotes graves, y un 10–20% de los pacientes con brote grave requiere cirugía en el primer ingreso. El presente documento se elabora para establecer una guía y normalizar el tratamiento de estos pacientes, en el mismo revisaremos aspectos prácticos del manejo y monitorización, pruebas complementarias a realizar, modo de empleo de medicación específica, vigilancia de efectos adversos (EA) de medicación y manejo de los mismos en caso de aparición e indicaciones de cirugía.

ALCANCE Y OBJETIVOS



2.1. POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO:

Pacientes adultos >18 años que cumplan criterios diagnósticos de brote grave de Colitis Ulcerosa.

2.2. ÁMBITO ASISTENCIAL:

Profesionales del Área Asistencial de Palencia a los que va dirigido:

- Licenciado especialista de área (LEA) de Aparato Digestivo, Cirugía General y Medicina Interna que asisten al paciente con brote grave de colitis ulcerosa que acude al Complejo Asistencial de Palencia (CAUPA).
- Diplomados universitarios en enfermería (DUE) que asistan al paciente durante el ingreso y enfermera de la Unidad de EII.

	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 4 de 26	
---	---	--	---



2.3. OBJETIVO GENERAL DEL PROTOCOLO

1. Optimización en el manejo de los pacientes con brote grave de CU.
2. Normalizar la asistencia que reciben estos pacientes.
3. Prevención de complicaciones.
4. Disminuir la variabilidad en la atención y los cuidados.
5. Mejorar la calidad de los servicios prestados.
6. Constituir una poderosa fuente de información.
7. Facilitar la atención a personal de nueva incorporación.

2.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROTOCOLO

1. Establecer cronograma de seguimiento de los pacientes ingresados con brote grave de CU.
2. Coordinar la actuación de los médicos implicados en la atención del brote grave de CU.
3. Determinar las exploraciones complementarias necesarias y el momento de su realización.
4. Aportar una guía para el manejo de la medicación específica en el brote grave de colitis ulcerosa
5. Establecer tiempo e indicación de cirugía.
6. Establecer pautas de tratamiento y seguimiento para el mantenimiento de la remisión una vez se ha conseguido la misma.

2.5. RESPONSABILIDADES: El responsable de su aprobación, difusión, ejecución y evaluación será el Servicio de Digestivo del Complejo Asistencial de Palencia

	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 5 de 26	
---	---	--	---

METODOLOGÍA DE LA ELABORACIÓN

3.1 METODOLOGÍA DE LA BÚSQUEDA Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos de artículos publicados hasta la fecha, así como la consulta de distintas Guías sobre Enfermedad Inflamatoria Intestinal publicadas por las principales Sociedades españolas, europeas, americanas y británicas dedicadas al manejo de pacientes con EII (GETECCU, ECCO, AGA y Brithis Society)

3.2 SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN: Clasificación de la calidad de la evidencia con la metodología GRADE.

3.3 DEFINICIONES:

- **Colitis Ulcerosa:** Enfermedad inflamatoria crónica intestinal caracterizada por la inflamación con afectación continua del colon, con una extensión variable desde el recto. Usualmente sin granulomas en la biopsia. Cursa con períodos de actividad y remisión.
- **Criterios diagnósticos:** no existe “Gold Standard”, se establece en función de clínica, hallazgos de laboratorio, técnicas de imagen, hallazgos endoscópicos e histológicos. Una causa infecciosa debe ser excluida.
- **Clasificación de acuerdo a la extensión de la colitis ulcerosa:** se establece en función de la máxima extensión macroscópica en la colonoscopia. Influye en la modalidad de tratamiento a realizar oral y/o tópica. Se clasifica en:
 - E1 Proctitis: afectación limitada al recto.
 - E2 Colitis izquierda: afectación hasta ángulo esplénico, análogo a colitis distal.
 - E3 Colitis extensa: proximal a ángulo esplénico, incluye pancolitis (afectación de todo el colon).
- **Clasificación en función de la gravedad de la CU:** la gravedad del brote influye en la modalidad del tratamiento y la ruta de administración. Existen varios índices de actividad los cuales no han sido adecuadamente validados. Se tienen en cuenta la clínica, hallazgos de laboratorio, técnicas de imagen, hallazgos endoscópicos e histológicos.

La clasificación de Montreal tiene en cuenta la extensión y la gravedad de la enfermedad (tabla1)

<p>EXTENSIÓN (E)</p> <p>E1) Proctitis ulcerosa: afección limitada al recto (el límite superior de la inflamación no supera la unión recto-sigmoidea).</p> <p>E2) Colitis izquierda: afección limitada al colon izquierdo (el límite superior de la inflamación no supera el ángulo esplénico).</p> <p>E3) Colitis extensa (pancolitis): afección que se extiende más allá del ángulo esplénico.</p> <p>GRAVEDAD (S)</p> <p>S0) Colitis en remisión (colitis silente): no hay síntomas de la enfermedad.</p> <p>S1) Colitis leve: cuatro o menos deposiciones al día con sangre, sin fiebre, leucocitosis, taquicardia, anemia ni aumento de la VSG.</p> <p>S2) Colitis moderada: criterios intermedios entre leve y grave, siempre con signos de afección sistémica leves (ver Índice de Truelove-Witts, Tablas 3, 4).</p> <p>S3) Colitis grave: seis o más deposiciones diarias con sangre, fiebre (> 37,5) o taquicardia (> 90 l.p.m.) o anemia (Hb < 10,5 g/dl) o aumento de la VSG (> 30 mm/h), a menudo con signos de afección (=toxicidad-) sistémica grave.</p> <p>Abreviaturas: Hb: hemoglobina; l.p.m. latidos por minuto. Referencia: Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, et al. Towards an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: Report of a working party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. Can J Gastroenterol. 2005;19 (Suppl A): 5-36.</p>
--



Ejemplos de índices de gravedad de la colitis ulcerosa:

Variable	3 puntos	2 puntos	1 punto
Número de deposiciones	> 6	4-6	< 4
Sangre en las deposiciones	++/+++	+	-
Hemoglobina (g/l)			
Hombre	< 10	10-14	> 14
Mujer	< 10	10-12	> 12
Albúmina (g/l)	< 30	30-32	> 32
Fiebre (°C)	> 38	37-38	< 37
Taquicardia (l.p.m.)	> 100	80-100	< 80
VSG	> 30	15-30	< 15
Leucocitos (x 1000)	> 13	10-13	< 10
Potasio (mEq/L)	< 3	3-3,8	> 3,8



Valoración del índice:
Inactivo: < 11
Brote leve: 11-15
Brote moderado: 16-21
Brote grave: 22-27
Abreviatura: l.p.m. latidos por minuto
Referencia: Fernández-Blanco Hernaiz JI, Gomolón F. Índices de Actividad de la Colitis Ulcerosa. En: Gassull MA, Gomollón F, Hinojosa J, Obrador A. Enfermedad Inflamatoria intestinal, 2ª Edición. Madrid. Ergon. 2002; pp. 111-124.

Tabla 2: Índice de Truelowe-Witts modificado.

Tabla 3: índice de Mayo,

Parámetro	Puntos	Subtotal		
1. FRECUENCIA DE DEPOSICIONES		=.....		
normal para el paciente	0			
1-2 más que lo habitual	1			
3-4 más que lo habitual	2			
> 5 más de lo habitual	3			
2. HEMORRAGIA RECTAL		=.....		
Ninguna	0			
Algunas trazas de sangre	1			
Sangre evidente en la mayoría de las deposiciones	2			
Sólo sangre	3			
3. HALLAZGOS SIGMOIDOSCÓPICOS		=.....		
Normal o enfermedad inactiva	0			
Eritema, leve friabilidad	1			
Eritema marcado, friabilidad evidente	2			
Hemorragia espontánea	3			
4. EVALUACIÓN GLOBAL DEL MÉDICO		=.....		
Normal	0			
Enfermedad leve	1			
Enfermedad moderada	2			
Enfermedad grave	3			
Valoración Global Índice De Mayo	Síntomas	Endoscopia		
		Médico		
		Suma total		
Leve	1-3	1	1	3 a 5
Moderado	3-6	1-2	2	6 a 10
Grave	> 6	> 2	3	> 10



Referencias:
Schroeder KW, Tremaine WJ, Ilstrup DM. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis, a randomized study. N Engl J Med. 1987;317:1625-9.
D'Haens G, Sandborn WJ, Feagan BG et al. A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis. Gastroenterology. 2007;132:763-86.

	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 7 de 26	
---	---	--	---

- **Características clínicas de la colitis ulcerosa:** Los síntomas dependen de la extensión y gravedad de la enfermedad y suelen incluir diarrea con sangre, sangrado rectal, tenesmos, urgencia defecatoria e incontinencia fecal. La defecación nocturna y la fatiga son referidas con frecuencia. El dolor abdominal, incremento del número de deposiciones, fiebre y anorexia sugieren brote grave de colitis ulcerosa.
- **Remisión:** < 3 deposiciones al día sin sangre y sin lesiones mucosas en la endoscopia (Consenso ECCO). Resolución completa de los síntomas acompañada de cicatrización mucosa (Guía GETECCU).
- **Respuesta:** mejoría significativa de la situación clínica y/o endoscópica, grave a moderada, moderada a leve o grave a leve sin alcanzar remisión.
- **Recidiva:** nuevo brote tras haber alcanzado remisión.
- **Corticodependencia:**
 - Imposibilidad de disminuir la dosis de corticoides por debajo de 10 mg/día de prednisona (o equivalente) tras tres meses de inicio del tratamiento.
 - Recidiva dentro de los primeros tres meses de haber suspendido los corticoides.
- **Corticorresistencia:**
 - En brotes leves o moderados: situación de actividad clínica a pesar de tratamiento durante cuatro semanas con dosis plenas (0,75 mg/kg/día de prednisolona o 1 mg/kg/día de prednisona, o equivalente).
 - En brotes graves: falta de respuesta clínica tras la administración de corticoides a dosis plena por vía intravenosa durante siete días. Es más, hay una tendencia creciente a situar la definición en cinco o incluso tres días.

3.4 GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS:

- ***AZA:** AZATIOPRINA
- ***BGCU:** BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA
- ***CAUPA:** COMPLEJO ASISTENCIAL DE PALENCIA
- ***CMV:** CITOMEGALOVIRUS
- ***CU:** COLITIS ULCEROSA
- ***ECA:** ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO
- ***ECCO:** EUROPEAN CROHN'S AND COLITIS ORGANISATION
- ***EII:** ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 8 de 26	
---	---	--	---

- ***GETECCU**: GRUPO ESPAÑOL DE TRABAJO EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA
- ***HBPM**: HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR
- ***ITL**: INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE
- ***IFX**: INFLIXIMAB
- ***NE**: NIVEL DE EVIDENCIA
- ***RX**: RADIOGRAFÍA
- ***TB**: TUBERCULOSIS
- ***TPMT**: TIOPURINA METIL TRANSFERASA
- ***TVP**: TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA
- ***T-W**: TRUELOWE-WITTS
- ***UCEIS**: ULCERATIVE COLITIS ENDOSCOPIC INDEX OF SEVERITY

4. ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS:



ACTIVIDAD 1- INDUCCIÓN A LA REMISIÓN EN EL BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA

1.1 ESTABLECER LA GRAVEDAD DEL BROTE DE COLITIS ULCEROSA:

- Índices de actividad: T-W modificado o Mayo (tablas 2 y 3). Realizar al ingreso y en controles de evolutivos.

NE/Recomendación:

- Existen varios índices de actividad los cuales no han sido adecuadamente validados. Se tienen en cuenta la clínica, hallazgos de laboratorio, técnicas de imagen, hallazgos endoscópicos.
- No se puede hacer recomendación en base a la evidencia pero el uso de los índices permite la adecuada clasificación del brote y la valoración objetiva de la respuesta a los tratamientos.
- Responsable: LEA Digestivo.
- Actividad: Uso de índices (T-W modificado) en el evolutivo.

	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 9 de 26	
---	---	--	---

1.2: MEDIDAS GENERALES:



- Reposición hidro-electrolítica, investigar y reponer déficits nutricionales.
- Nutrición adecuada:
 - Dieta oral (no debe suspenderse la dieta oral), en caso de no poder asegurar el aporte calórico o nutricional completo añadir suplementos de nutrición enteral.
 - Si es necesario nutrición enteral.
 - Solo en caso de intolerancia absoluta o incapacidad para la nutrición enteral, se hará nutrición parenteral.
- Indicar actividad física que tolere el paciente.

NE: calidad de la evidencia baja. La malnutrición se asocia a complicaciones postoperatorias. No hay datos que apoyen el uso rutinario de nutrición enteral o parenteral pre-operatoria.

- Recomendación: fuerte a favor.
- Actividad: Nutrición adecuada, dieta oral salvo contraindicación.
- Responsable: LEA que ingresa y asiste al paciente durante el ingreso.

1.3: EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS E INTERCONSULTAS:

- Analítica de debut EII, si no está hecha previamente:
 - ANALITICA PROTOCOLO INGRESO (EII)
 - Incluye cribado de infecciones (serologías y Quantiferon-TB) y calprotectina fecal.
- Cultivos de heces, parásitos y toxina de Clostridium difficile.
- Rx tórax al ingreso.
- Rx abdomen al ingreso, si hay dilatación de colon hacerlas diariamente.
- Analíticas para seguimiento durante el ingreso “perfil revisiones”, cada 48 horas o según evolución clínica:
 - PERFIL ANALITICA REVISIÓN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)
- Rectosigmoidoscopia, al ingreso (se puede repetir en seguimiento si se considera adecuado).
 - Usar índices en el informe de la endoscopia: índice de actividad Mayo y/o UCEIS
 - Herramienta útil recomendada: App medical scores for inflammatory bowel diseases.
 - Toma de biopsias para descartar CMV, al ingreso y si corticorrefractoriedad: inmunohistoquímica (enviar en formol a anatomía patológica) +/- PCR (en suero a microbiología).
- TAC, en caso de duda de complicación, sobre todo si sospecha de perforación (fiebre, dolor).
- Al alta dejar solicitada analítica: PERFIL REVISIÓN EII”

	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 10 de 26	
---	---	---	---

NE: moderado. En revisiones sistemáticas incremento de riesgo (4,7 veces más) de TBC con Anti-TNF y (13 veces mas) si se combina con AZA. Con Vedolizumab se han comunicado algunos casos, los datos de Ustekinumab son indirectos pero el riesgo es menor que con Anti-TNF. En un estudio multicéntrico con pacientes expuestos a inhibidores de la JAK la tuberculosis fue la infección oportunista más frecuente. Por otra parte la vacunación iniciada antes de la inmunosupresión se ha asociado a mejor respuesta inmune a las vacunas.



- Recomendación: fuerte a favor. Las guías recomiendan cribado de TBC y serologías al diagnóstico de la enfermedad y/o previa a inmunosupresión (ECCO, GETECCU).
- Actividad: analítica de debut al ingreso.
- Responsable: médico que realiza el ingreso del paciente

1.4 INTERCONSULTAS:

- Interconsulta a Medicina Preventiva para revisión de calendario vacunal y realización de triple cribado de ITL (QuantiFERON-TB, Mantoux y Booster) si no han sido realizados previamente o no los tiene recientes.
- Interconsulta a Cirugía colorrectal para seguimiento conjunto.
- Comentar con Unidad de enfermedad inflamatoria intestinal.

NE: moderada, para el cribado de TBC y serologías.

- Recomendación: fuerte a favor.
- Actividad: IC Medicina Preventiva y Unidad de EII..
- Responsable: médico responsable del paciente durante el ingreso y médicos de la unidad EII. LEA y DUE de Medicina Preventiva.

	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 11 de 26	
---	---	---	---

1.5 MEDICACIÓN NO ESPECÍFICA:

- Profilaxis anti-trombótica, heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis profilácticas, mantener al alta 15 días.
- Considerar antibióticos en los casos graves con alto riesgo de perforación y especialmente en los casos de megacolon, dirigido a gérmenes gramnegativos y anaerobios. Cefotaxima + Metronidazol, Ciprofloxacino + Metronidazol, Imipenem, Meropenem o Piperacilina/tazobactam.
- Analgesia, paracetamol, metamizol (evitar opioides).
- Tratamiento tópico con 5ASA, si hay clínica rectal y lo tolera.
- Valorar mantener o no durante ingreso medicación previa: 5-ASA y Azatioprina según tolerancia y situación individual.



NE: bajo. Se ha observado que los pacientes con EII tienen 2-3 veces más riesgo de TVP, y aunque no hay estudios randomizados y controlados, la profilaxis anti-trombótica con HBPM se recomienda desde el primer día del ingreso y al alta en los pacientes con brote de EII (guías GETECCU y ECCO).

- Recomendación: fuerte a favor.
- Responsable: LEA digestivo de planta, DUE de planta.
- Actividad: HBPM desde primer día del ingreso.

1.6 MEDICACIÓN ESPECÍFICA PARA LA INDUCCIÓN A LA REMISIÓN EN BROTE GRAVE DE CU:

CORTICOIDES INTRAVENOSOS:

- Dosis de 1 mg/kg/día de prednisona (máximo 60 mg/día), en dosis única por la mañana (aunque ninguna pauta de administración se ha mostrado más eficaz).
- El corticoide más utilizado por vía intravenosa es la metilprednisolona, que es más potente que la prednisona (4 mg de metilprednisolona equivalen a 5 mg de prednisona).
- La dosis inicial se mantiene 1 semana, si buena respuesta se puede pasar a vía oral e iniciar pauta descendente junto con el tratamiento de mantenimiento que se indique. Si no respuesta en una semana, plantear otros tratamientos.

	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 12 de 26	
---	---	---	---

- Cuando se reduce la dosis, quitar 10 mg de la dosis diaria de prednisona cada semana hasta llegar a 20 mg/día y, a partir de ahí, reducir 5 mg de la dosis diaria hasta suspenderla, la última semana se puede pasar a 2,5 mg y luego retirar.
- No está justificado, habitualmente, mantener el tratamiento más de 3 meses sin haber iniciado un tratamiento alternativo.
- Asociar al tratamiento con corticoides: calcio+vit D 600mg/1000UI comprimido, uno cada 24 horas.

VALORACIÓN DE LA RESPUESTA A CORTICOIDES A LOS 3-5 DÍAS DE INICIO:

- Se deben usar los índices de actividad como Mayo y Truelove-Witts modificado (tablas 2 y 3) para tener datos objetivos.
- Fijar desde el primer día de tratamiento el momento para evaluar la respuesta, que debe ser entre el 3 y 5 día, siendo recomendable las primeras 72 horas. Disponemos de diversos índices que permiten predecir la probabilidad de respuesta. Ver tablas 5 y 6.

NE: calidad de la evidencia moderada. Revisión sistemática de 1991 que incluye 5 ECA. Los corticoides intravenosos a dosis media equivalente a 1 mg/kg/día de prednisona son eficaces en el tratamiento del brote grave de CU disminuyendo la mortalidad y la morbilidad.

- Recomendación: fuerte a favor.
- Responsable: LEA aparato digestivo.
- Actividad: Inicio de tratamiento con corticoides una vez establecido el diagnóstico de brote grave dosis de 1mg/Kg/día y valorar respuesta a los 3-5 días

Tabla 12 Probabilidad de respuesta a corticoides (índice de Ho)

Variable (día 3)	Puntuación
Frecuencia media deposiciones	
< 4	0
4 = < 6	1
6 = < 9	2
> 9	4
Dilatación del colon	4
Hipoalbuminemia (albúmina < 30 g/L)	1

Valoración del índice (probabilidad estimada de fallo con el tratamiento médico):

Puntuación índice: Probabilidad de no respuesta al tratamiento médico

0-1 = 11%.

2-3 = 43%.

≥ 4 = 85%.

Referencia: Ho GT, Mowat C, Goddard CJ, Fennell JM, Shah NB, Prescott RJ, Satsangi J. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004;19: 1079-87.



Tabla 5: Índice de Ho.

Tabla 6: Índices predictores de fallo a corticoides en brote grave

Assessment at day 3 of corticosteroids	Chance of treatment failure*	Reference
BO >8/day or BO 3–8/day and CRP >45 mg/L	85%	Travis <i>et al</i> ¹²⁸¹
Mean stool frequency day 1–3	Total:	Ho <i>et al</i> ¹²⁸²
<4	0	
4–6	1 0–1 11%	
7–9	2 2–3 45%	
>9	4 ≥4 85%	
Transverse colonic dilatation on abdominal X-ray ≥5.5 cm	4	
Albumin on admission <30 g/L	1	
Number of stools in 24 hours + (0.14×CRP (mg/L)) >8	72%	Lindgren <i>et al</i> ¹²⁸³
CRP/albumin ratio >0.85 combined plus stool frequency >3	74%	Gibson <i>et al</i> ²²³

*Variably defined as failure of steroid therapy or risk of inpatient colectomy.

Lamb CA, *et al.* *Gut* 2019;68:s1–s106. doi:10.1136/gutjnl-2019-318484

	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 14 de 26	
---	---	---	---

ACTIVIDAD 2 BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA REFRACTARIO A CORTICOIDES.

2.1. MEDIDAS GENERALES:

- Si al tercer día de tratamiento con corticoides se sospecha corticorrefractariedad:
 - Informar a paciente y familiares de forma clara, de la situación clínica, pronóstico y opciones terapéuticas.
 - Volver a contactar con Cirugía para decisiones conjuntas.
 - Descartar infecciones: como posible causa de corticorresistencia, especialmente una infección cólica por CMV (rectoscopia con biopsias) y por C.difficile (determinación en muestra de heces), repetirlas si es preciso.

- Tratamiento de colitis por CMV: Ganciclovir iv 5mg/Kg cada 12 horas 3-5 días y luego Valganciclovir oral 900mg cada 12 horas 2-3 semanas. Consensuar con Infectología (Medicina Interna) en relación con terapia inmunosupresora.

- Tratamiento de colitis con Cl. Difficile: Vancomicina oral 125mg cada 6 horas 10 días o Fidaxomicina 200 mg c/12 horas 10 días.

NE: moderada. Prevalencia de CMV en 10-30% de colitis refractarias. Su presencia se ha asociado a mayor riesgo de uso de terapia de rescate, megacolon tóxico y colectomía. En un meta-análisis se observó que el riesgo de colitis refractaria a esteroides aumenta 2,4 veces en pacientes con colitis por CMV.

- Recomendación: fuerte a favor.
- Responsable: LEA digestivo, LEA cirugía.
- Actividad: Valoración a los 3-5 días de posible corticorrefractariedad (ver índices en material anexo) para probabilidad de respuesta a corticoides. Tomar biopsias para CMV de los bordes o en centro de la úlcera (IHQ y PCR), tratar si se detecta infección. Contactar con cirugía.

2.2. TRATAMIENTO ESPECÍFICO:

Cuando fracasan los corticoides disponemos de tres opciones:

2.2.1 Medicación: Ciclosporina o Infiximab.

2.2.2 Cirugía.

2.2.1 MEDICACIÓN:

El infliximab y la ciclosporina en la inducción a la remisión del paciente con brote grave de colitis ulcerosa refractaria a corticoides tienen eficacia equivalente y serán particularidades de cada caso las que nos hagan optar por una u otra alternativa, ver figura 1.

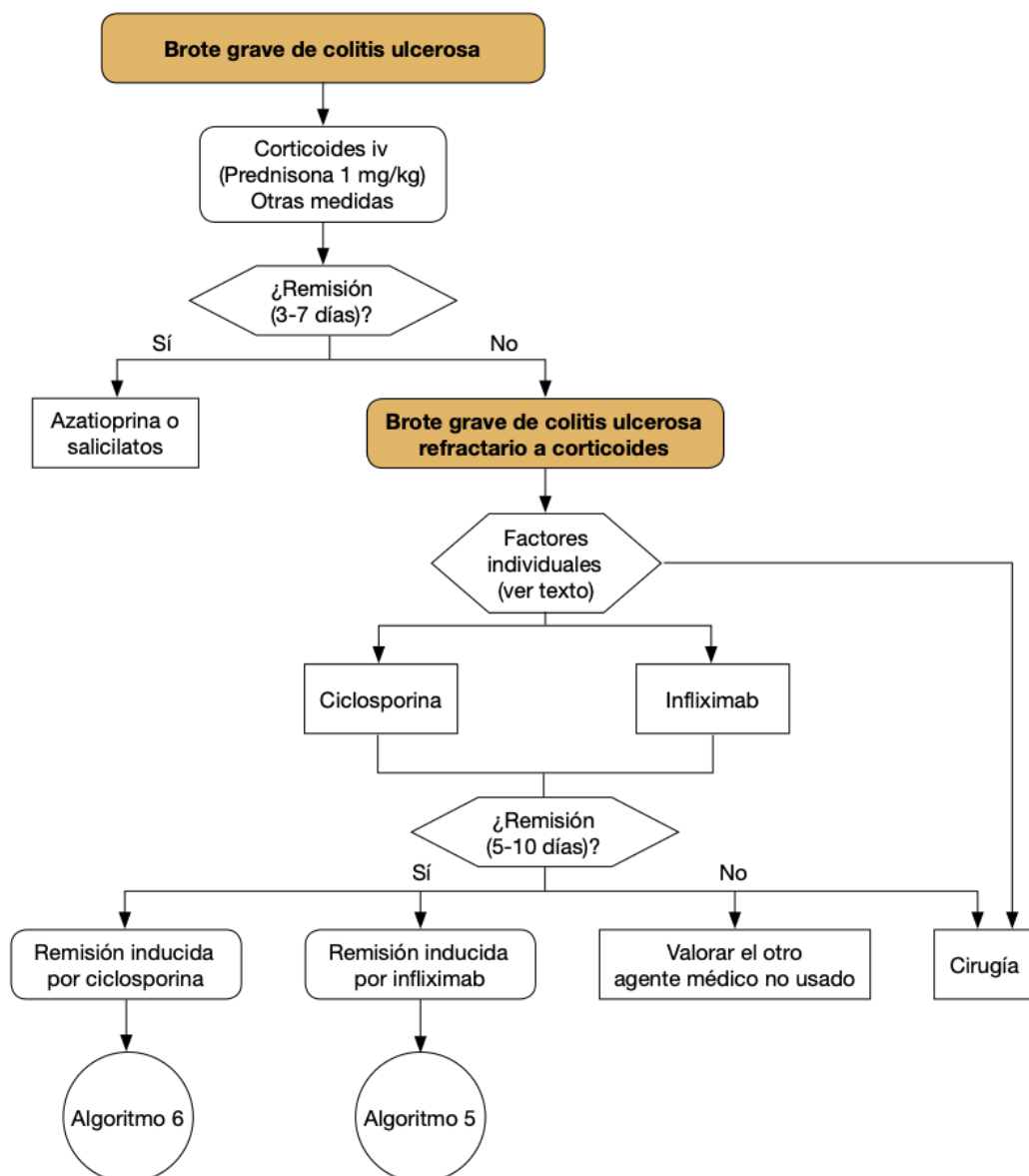


Figura 1: Inducción de la remisión del paciente con brote grave de colitis ulcerosa.

CICLOSPORINA:

Indicada para la inducción a la remisión del paciente con brote grave de CU resistente a corticoides, a dosis inicial de 2 mg/kg/día IV, dosis que puede adaptarse hasta un máximo de 4 mg/kg/día IV, en función de la respuesta del paciente, los efectos adversos y los niveles de fármaco obtenidos ajustando entre 150 y 350 ng/mL.

Medidas preventivas antes de iniciar tratamiento con ciclosporina, solicitar en analítica colesterol, magnesio y función renal, revisar antecedentes de convulsiones o HTA, descartar infecciones activas. Ver tabla 7.



Medida	Observaciones
Revisión de la indicación: historia clínica	Esencial
Información detallada al paciente	Esencial
Anamnesis y exploración física	Esencial
Descartar contraindicaciones uso de ciclosporina:	
Tumores (relativa)	
Infecciones activas (incluido coprocultivos, toxina de <i>Clostridium</i>)	Función renal; especialmente en personas > 50 años: creatinina y calcular el aclaramiento si es límite su cifra
Convulsiones	
HTA	
Insuficiencia renal	
Hipocolesterolemia o hipomagnesemia importantes (ambas relativas)	Si colesterol < 120 considerar NPT Si Magnesio < 1,5 mg/dl reposición iv

Tabla 7. Medidas preventivas antes de tratamiento con ciclosporina.

Protocolo de seguridad de seguimiento para la ciclosporina, niveles sanguíneos cada 48 horas (150-350ng/mL), control de tensión arterial (TA), niveles de magnesio, función renal y AST/ALT), tabla 8.

Variable a controlar ingreso	Valores	Actitud
Niveles sanguíneos/48h (150-350 ng/ml)	> 500	↓ dosis ciclosporina 25%
Control TA diaria	> 140/90 > 150/100	Tratamiento con antihipertensivos ↓ dosis ciclosporina 25%
Niveles de Magnesio diario	< 1,5 mg/dL	Administrar Mg i.v.
Función renal: Urea/creatinina	Cr ↑ >30%	↓ dosis ciclosporina 25%
GOT o GPT	x 2 valor normal	↓ dosis ciclosporina 25%
Variables a controlar ambulatoriamente		Actitud
Triple inmunosupresión		
Analítica sanguínea completa, semanal primer mes		Asociar trimetropim-sulfametoxazol
Analítica sanguínea completa, cada 15 días 2º mes		↓ dosis corticoide progresivo e iniciar azatioprina/mercaptopurina
Analítica sanguínea completa, posteriormente mensual		

Tabla 8: Medidas de seguimiento del tratamiento con ciclosporina

	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 17 de 26	
---	---	---	---

NE: calidad de la evidencia moderada. La ciclosporina es eficaz en la inducción a la remisión de la CU grave corticorresistente. Los datos controlados con placebo son escasos, pero están apoyados por datos suficientemente numerosos obtenidos de estudios observacionales controlados (comparado con infliximab y corticoides).

- Recomendación: fuerte a favor.
- Responsable: LEA digestivo.
- Actividad: Iniciar ciclosporina a los 5-7 días del inicio del tratamiento con corticoides si corticorrefractariedad.

INFLIXIMAB:



Dosis de 5 mg/kg IV en semana 0, 2 y 6 en la inducción de la remisión del paciente con brote grave de CU, resistente a corticoides.

Si no respuesta adecuada a los 3-5 días se puede plantear pauta acelerada: En el brote grave de CU resulta más difícil alcanzar niveles terapéuticos sostenidos porque la hipoalbuminemia, la alta carga inflamatoria y la pérdida proteica por las heces afectan a los niveles terapéuticos. Se pueden hacer pautas aceleradas (por ejemplo, 10 mg/kg de peso las semanas 0, 1 y 3), con determinación de niveles a la semana 1 de tratamiento (especificar en la petición que son urgentes para tenerlos en 24 horas).

Medidas previas a inicio de tratamiento. Descartar contraindicaciones: tumores, infecciones activas (incluidos coprocultivo y toxina de *C. difficile*), infección tuberculosa latente, infección por VHB, insuficiencia cardíaca, enfermedad desmielinizante, Lupus eritematoso sistémico (ver protocolo de biológicos del CAUPA).

NUEVA EVALUACIÓN DE RESPUESTA A LOS 7 DÍAS:

Sea cual sea la elección debe establecerse un nuevo día de valoración, que debe ser a los 7 días de tratamiento con ciclosporina o infliximab (ver figura 1).

	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 18 de 26	
---	---	---	---

NE: Calidad de la evidencia: moderada. Se dispone de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados. La eficacia del infliximab en el brote grave de CU resistente a corticoides está demostrada, obtiene remisión clínica y evita colectomía y su efecto podría persistir a medio plazo. Tasas de respuesta del 70%.

- Recomendación: fuerte a favor.
- Responsable: LEA aparato digestivo.
- Actividad: Iniciar infliximab a los 5-7 días del inicio del tratamiento con corticoides si corticorrefractoriedad

2.2.2 CIRUGÍA

INDICACIONES:



- Perforación, hemorragia, megacolon tóxico que no responde a las 72 horas de tratamiento médico.
- Puede ser preferible en colitis grave con historia prolongada y antecedente de displasia.
- No respuesta a los 5-10 días de tratamiento médico de rescate.

TIPO DE CIRUGÍA:

Colectomía subtotal con ileostomía con preservación del recto.

NE: bajo. El retraso de la cirugía aumenta la morbilidad.

- Recomendación: fuerte a favor.
- Responsable: LEA aparato digestivo. LEA cirugía. DUE Unidad EII.
- Actividad: optimizar condiciones clínicas del paciente previo a cirugía, indicarla/realizarla tras fracaso de tratamiento médico de rescate a los 5-10 días, complicaciones o deseo del paciente, asegurar información adecuada en todo momento a paciente y familiares.

	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 19 de 26	
---	---	---	---

ACTIVIDAD 3. MANTENIMIENTO DE LA REMISIÓN TRAS BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA.

3.1 MANTENIMIENTO DE LA REMISIÓN TRAS BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA INDUCIDA CON CICLOSPORINA (Figura 2):

SIN USO PREVIO AZATIOPRINA (AZA).

- AZATIOPRINA (AZA): Dos posibles estrategias:
 - Paso de ciclosporina intravenosa a oral (de 4 semanas a tres meses) e inicio simultáneo de azatioprina.
 - Al finalizar la ciclosporina intravenosa iniciar solo azatioprina.
- En ambos casos se desciende progresivamente la dosis de corticoides.
- Resultados equivalentes de ambas estrategias. Mayor riesgo en triple inmunosupresión, en la que está indicada profilaxis con trimetropim-sulfametoxazol 800/160mg 3 veces a la semana.
 - Si no se mantiene la remisión, según factores individuales: Infliximab, Ustekinumab, Tofacitinib o Vedolizumab.

CON USO PREVIO DE AZA.

- Retirada de ciclosporina, con descenso progresivo de corticoides e iniciar:
- VEDOLIZUMAB como “alternativa mas razonable”, retirar Azatioprina.
- o INFLIXIMAB, manteniendo Azatioprina 6-12 meses.
 - Si no se mantiene la remisión: cambio a medicamento con otro mecanismo de acción.

3.2 MANTENIMIENTO DE REMISIÓN TRAS BROTE GRAVE DE CU INDUCIDA POR INFLIXIMAB (Figura 3):

- INFLIXIMAB 5mg/Kg día cada 8 semanas y/o terapia guiada por niveles. Si se ha iniciado tratamiento combinado con azatioprina 2,5 mg/kg día, mantenerlo al menos 6-12 meses.
- Profilaxis de Pneumocystis jiroveci con trimetropim-sulfametoxazol, si triple inmunosupresión (corticoides+infliximab+azatioprina).
- Si no mantiene remisión, según factores individuales: Vedolizumab, Tofacitinib o Ustekinumab

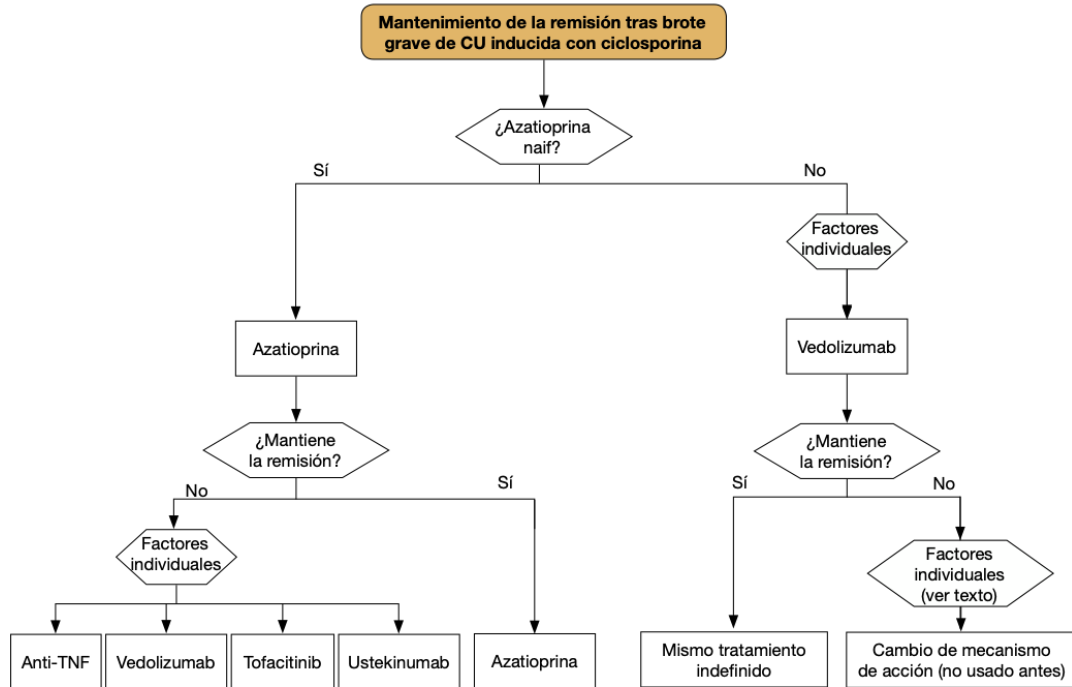


Figura 2

Mantenimiento de la remisión del paciente tras brote grave de colitis ulcerosa inducida con ciclosporina.

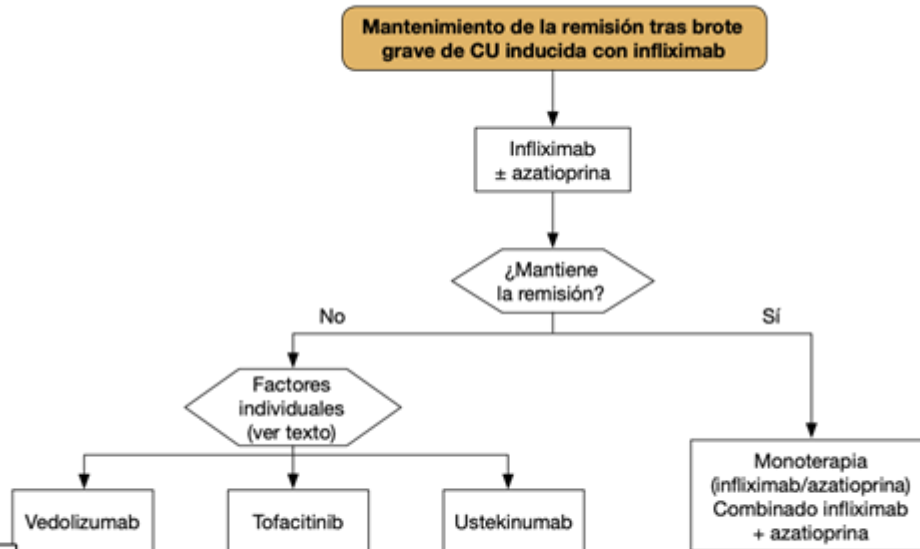




Figura 3

Mantenimiento de la remisión del paciente tras brote grave de colitis ulcerosa inducida con infliximab.



	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 21 de 26	
---	---	---	---

DOSIS DE MEDICACIÓN PARA MANTENIMIENTO DE REMISIÓN TRAS BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA INDUCIDA CON CICLOSPORINA:



- Azatioprina • 2,5mg/Kg día.
- Ciclosporina oral: doble de dosis iv, dividida en dos dosis al día, mantener niveles entre 100-200 ng/mL.
- Vedolizumab • 300mg iv en semanas 0-2-6 y luego cada 8 semanas (ajuste según niveles post-inducción semana 6 y/o respuesta)
- Infliximab
 - 5mg/kg/día iv en semanas 0-2 y 6 y mantenimiento cada 8 semanas, terapia guiada por niveles post-inducción en semana 6.
 - Si se ha utilizado pauta acelerada: 5mg o 10mg/Kg/día en semana 0; segunda dosis en semana 1-2 (niveles de IFX)
- Tofacitinib • 10mg cada 12 horas 8 semanas. Posteriormente 5mg cada 12 horas.
- Ustekinumab • 6 mg/kg IV en primera dosis, seguido de dos dosis subcutánea de 90 mg cada ocho semanas (ajuste según niveles post-inducción en semana 4 y/o respuesta).

(NE) Nivel de evidencia y recomendación (R) para actividad 3: MANTENIMIENTO DE LA REMISIÓN TRAS BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA

Adaptado de: Sicilia B, García-López S, González-Lama Y, Zabana Y, Hinojosa J, Gomollón F. Guía GETECCU 2020 para el tratamiento de la colitis ulcerosa. Elaborada con metodología GRADE. Gastroenterología y Hepatología. 2020 Aug;43:1–57

	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 22 de 26	
---	---	---	---

Medicamento:	Mantenimiento de la remisión en <u>brote grave</u> de colitis ulcerosa	Evidencia en otros escenarios: Mantenimiento de remisión en CU moderada.
Infliximab	<p><u>NE:</u> <i>bajo</i>. En este escenario clínico los datos son limitados. De los ensayos clínicos se deduce que la tasa de colectomía se reduce si se mantiene tratamiento tras inducción de remisión con IFX.</p> <p><u>Recomendación:</u> <i>debil a favor</i>.</p> <p><i>Sugerimos</i> el uso de infliximab para el mantenimiento de la remisión en el paciente con CU grave que ha obtenido la remisión con infliximab.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se ha iniciado tratamiento combinado, mantenerlo al menos 6 meses. 	<p>NE: alto.</p> <p>R: Mantenimiento de la remisión del paciente tras brote leve-moderado de CU corticodependiente/resistente.</p>
Vedolizumab	<p><u>NE:</u> <i>bajo</i></p> <p><u>Recomendación:</u> en pacientes con uso previo de azatioprina y remisión del BGCU inducido por ciclosporina, se recomienda "como alternativa más razonable" iniciar vedolizumab en combinación con ciclosporina y retirar azatioprina.</p>	<p>NE: moderado.</p> <p>R: mantenimiento de la remisión del paciente con brote moderado-grave de CU tras la inducción con vedolizumab.</p> <p>NOTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es importante recalcar que el tratamiento concomitante con corticoides o inmunomoduladores no se relacionó con un mejor o peor porcentaje de eficacia en mantenimiento en la semana 52. • Aquellos pacientes que han recibido anti-TNF anteriormente podrían tener un riesgo mayor de perder la respuesta durante el mantenimiento.
Azatioprina	<p><u>NE:</u> <i>bajo</i>, series observacionales.</p> <p><u>Recomendación:</u> <i>débil a favor</i>. <i>Sugerimos</i> el mantenimiento con azatioprina/mercaptopurina asociada o no a ciclosporina oral los primeros 3 meses tras la inducción de la remisión con ciclosporina.</p>	<p>NE: moderado</p> <p>R: mantenimiento de la remisión en CU moderada corticodependiente.</p>
Tofacitinib	<p><u>NE:</u> bajo en este escenario.</p> <p><u>R:</u> <i>débil a favor</i>, si no mantiene remisión con vedolizumab, infliximab, AZA o infliximab+AZA.</p>	<p>NE: alto.</p> <p>R: Mantenimiento de la remisión inducida por tofacitinib del paciente tras brote moderado-grave de CU.</p> <p>NOTA: no usar combinado con otros inmunomoduladores, vacunar Herpes Zoster, evitar en pacientes con alto riesgo tromboembólico.</p>
Ustekinumab	<p><u>NE:</u> bajo en este escenario.</p> <p><u>R:</u> <i>débil a favor</i>, si no mantiene remisión con vedolizumab, infliximab, AZA o infliximab+AZA.</p>	<p>NE: moderado</p> <p>R: mantenimiento de la remisión del paciente tras brote moderado de colitis ulcerosa obtenida con ustekinumab.</p>

	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 23 de 26	
---	---	---	---

Responsable: LEA aparato digestivo en planta y LEA de unidad EII que hará seguimiento en consulta. DUE Unidad EII.

- Actividad mantenimiento de la remisión tras brote grave de CU: Indicar medicación según características individuales del paciente, solicitar niveles según pauta que corresponda por protocolo y hacer terapia guiada por niveles (ver resultados antes de siguiente dosis y cita programada, por si precisa modificaciones).

TERAPIA SECUENCIAL (TERCERA LÍNEA)



La terapia secuencial con infliximab y ciclosporina supone un profunda inmunosupresión con potenciales efectos adversos, riesgo de infecciones y posible retraso de cirugía con deterioro de las condiciones del paciente, por lo que no se recomienda habitualmente. No obstante se ha realizado con éxito en algunos casos. La recomendaciones de la Guía GETECCU 2020 para el tratamiento de la colitis ulcerosa para la inducción a la remisión en un brote moderado-grave, se resumen en la siguiente tabla, pero no contempla su uso de forma rutinaria en un brote grave corticorrefractario

Medicamento:	Inducción a la remisión en BROTE MODERADO
	Síntesis de la evidencia CALIDAD ALTA
Tofacitinib	Tofacitinib es más eficaz que el placebo en el brote moderado-grave de CU; induce respuesta y remisión clínica y endoscópica, en pacientes con fallo a tratamiento convencional o anti-TNF.
Vedolizumab	Eficacia en inducción a remisión en pacientes con o sin uso previo de Anti-TNF.
Ustekinumab	Ustekinumab es más eficaz que el placebo en el brote moderado-grave de colitis ulcerosa; induce respuesta y remisión clínica y endoscópica, en pacientes con fallo a tratamiento convencional o biológico.

NE: bajo. Un reciente meta-análisis basado en terapia de tercera línea en el brote grave mostró que a pesar de la mejoría a corto plazo las terapias de tercera línea retrasan la colectomía aumentando las complicaciones.

Recomendación: no se puede hacer con la evidencia disponible



	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 24 de 26	
---	---	---	---

5- SISTEMAS DE IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN:

5.1 Sistemas de difusión y estrategias de implementación:



- Sesiones clínicas para la difusión del protocolo.
- Creación de acceso directo al protocolo en la carpeta compartida del servicio de aparato digestivo del CAUPA.
- Copia escrita en la planta de digestivo para los pacientes que realizan asistencia al paciente durante las guardias, y en urgencias.

5.2 Métodos de evaluación de su aplicación: plazos y responsables:



- Revisión de historia clínica de pacientes ingresados con brote de grave de colitis ulcerosa.
- Plazo: anual.
- Responsables: LEA de aparato digestivo.

5.3 Indicadores de evaluación:

CRITERIO 1: INDUCCIÓN A LA REMISIÓN EN EL BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA.	Indicadores: Análítica de debut al ingreso y HBPM. <u>Fórmula :</u> Número de pacientes con analítica de debut al ingreso/número total de pacientes ingresados con brote grave de CU x 100. Número de pacientes con HBPM durante el ingreso/número total de pacientes ingresados con brote grave de CU x 100. <u>Fuente de información:</u> Historia clínica <u>Estándar de calidad de referencia:</u> 90 % <u>Periodicidad:</u> anual <u>Responsable:</u> LEA aparato digestivo
---	---

	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 25 de 26	
---	---	---	---

CRITERIO 2: BROTE GRAVE DE CU REFRACTARIO A CORTICOIDES	<p>Indicadores: número de pacientes con brote grave de CU corticorrefractario que inicia tratamiento con infliximab o ciclosporina a los 7 días de inicio de corticoides:</p> <p>Fórmula :</p> <p>Número de pacientes con brote grave de CU corticorrefractario que inicia tratamiento con infliximab o ciclosporina a los 7 días de inicio de corticoides/ número de pacientes con brote grave de CU corticorrefractario x 100</p> <p>Fuente de información: Historia clínica</p> <p>Estándar de calidad de referencia: 90 %</p> <p>Periodicidad: anual</p> <p>Responsable: LEA aparato digestivo</p>
CRITERIO 3: MANTENIMIENTO DE LA REMISIÓN DEL BROTE GRAVE DE CU	<p>Indicadores (número de pacientes que mantiene infliximab en rango terapéutico, realiza controles de azatioprina o vedolizumab para mantenimiento de remisión tras brote grave de CU):</p> <p>Fórmula :</p> <p>Número de pacientes que mantiene infliximab en rango terapéutico, realiza controles de azatioprina o vedolizumab para mantenimiento de remisión tras brote grave de CU/Número de pacientes con brote grave de CU con remisión inducida por medicación de rescate X 100</p> <p>Fuente de información: Historia clínica</p> <p>Estándar de calidad de referencia: 90 %</p> <p>Periodicidad: anual</p> <p>Responsable: LEA aparato digestivo</p>

	ACTUACIÓN EN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA	Código: P01-DIG Edición: 01 Fecha: 11/11/2025 Pág.: 26 de 26	
---	---	---	---

6. BIBLIOGRAFÍA:

Sicilia B, García-López S, González-Lama Y, Zabana Y, Hinojosa J, Gomollón F. Guía GETECCU 2020 para el tratamiento de la colitis ulcerosa. Elaborada con metodología GRADE. Gastroenterología y Hepatología. 2020 Aug;43:1–57.

Turner D, Walsh CM, Steinhart AH, et al. Response to corticosteroids in severe ulcerative colitis: a systematic review of the literature and a meta-regression. Clin Gastroenterol Hepatol 2007;5:103–110.

Kucharzik T, Ellul P, Greuter T et al. ECCO Guidelines on the Prevention, Diagnosis, and Management of Infections in Inflammatory Bowel Disease. Journal of Crohn's and Colitis, 2021, 879–913

Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, Hendy PA, Smith PJ, Limdi JK, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. Gut. 2019

Dec;68(Suppl 3):s1–106. Feuerstein JD, Isaacs KL, Schneider Y, Siddique SM, Falck-Ytter Y, Singh S, et al. AGA Clinical Practice Guidelines on the Management of Moderate to Severe Ulcerative Colitis. Gastroenterology. 2020 Apr;158(5):1450–61.

R. Ferreiro-Iglesias, M. Piqueras, E. Ricart et al. Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa sobre la importancia, el cribado y la vacunación en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Gastroenterol Hepatol 2022 Dec;45(10):805-818.

Spinelli A, Bonovas S, Burisch J et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Surgical Treatment. Journal of Crohn's and Colitis, 2022, 179–