

# LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN URGENCIAS

**APG**

ASOCIACIÓN PALENTINA  
DE GASTROENTEROLOGÍA

**DR. SERGIO MAESTRO ANTOLIN**  
**SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO**  
**CAUPA**  
**2026**

# ÍNDICE





**PROTOCOLO ATENCION DEL PACIENTE CON  
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

**SERVICIO URGENCIAS HOSPITALARIAS**

Código: PT01-URG

Edición: 01

Fecha: 16/03/2026

Pág.: 1 de 11



**ATENCIÓN EN URGENCIAS DEL PACIENTE  
CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA  
INTESTINAL**

# 1. LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Trastornos de causa desconocida, asociados a una respuesta inmune desmesurada que produce lesiones de profundidad y extensión variable en el tubo digestivo.

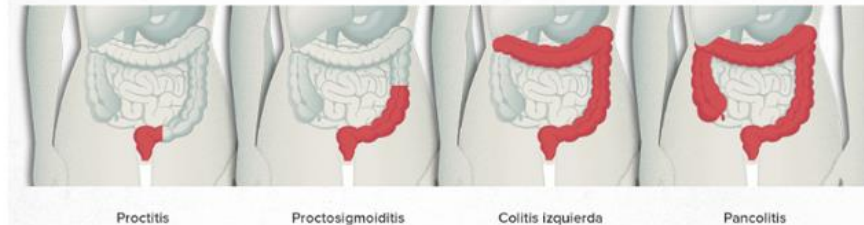
Un 10% se consideran colitis no clasificada por no ser posible diagnóstico diferencial entre CU y EC.

## COLITIS ULCEROSA

Debut: 20-30 años (2º pico en edad más avanzada)



Afectación **limitada al intestino grueso** de manera **continua** desde el recto.



Proctitis

Proctosigmoiditis

Colitis izquierda

Pancolitis

## ENFERMEDAD DE CROHN

Debut: 15-30 años (↑ diagnósticos en edad pediátrica)

Ligera superioridad ♀

Afectación **parcheada** de **todo el tubo digestivo**



Ileal

Ileocolónica

Colónica

Gastrointestinal alta

# MANIFESTACIONES EXTRADIGESTIVAS

## CIFRAS Y DATOS CLAVE

**20-40%** pacientes con EII sufren al menos una MEI



**5%** MEI aparecen antes del diagnóstico de EII



La probabilidad de presentar una MEI aumenta con la duración de la EII y la presencia de otra MEI



Mayor frecuencia en E.Crohn de colon



No siempre están asociadas con actividad de la enfermedad. Algunas pueden aparecer en EII en remisión.



Abordaje multidisciplinar



## LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES

### ARTICULACIONES 30-35%

#### **Artropatía periférica (20-25%)**

**Localización:** Articulaciones: Rodillas, tobillos, codos, muñecas, dedos

**Sintomas:** Dolor (artralgias) e inflamación (artritis)

#### **Espondilitis anquilosante (2-7%)**

**Localización:** Columna vertebral

**Sintomas:** Dolor lumbar y rigidez matutina

Mayor frecuencia en hombres

#### **Sacroileitis (14%)**

**Localización:** articulación sacroiliaca (pelvis)

**Sintomas:** dolor en parte baja espalda que irradia a muslo.

Mayor frecuencia en hombres

#### **Osteoporosis (30-50%)**

Disminución masa ósea

**Factores de riesgo:** edad, tabaco, alcohol, corticoides, antecedentes familiares



### PIEL: 13-14%

#### **Pioderma gangrenoso (1%):**

Lesión dolorosa en piel con punto central de pus, de crecimiento y ulceración rápida.

**Localización:** Extremidades, abdomen, pecho, periestomía. Mayor incidencia en Colitis ulcerosa

**Eritema nodoso (4%):** Nódulos inflamatorios rojo-violáceos.

**Localización:** Piernas, tobillos y muslos

Mayor incidencia en mujeres jóvenes

#### **Aftas bucales (10%)**

**Psoriasis.** Mayor incidencia en EII especialmente E.Crohn (7-11%)



### OJOS <5%

#### **Uveítis, episcleritis**

Inflamación de capas del ojo: Uveítis, episcleritis

**Sintomas:** dolor, enrojecimiento,



### HIGADO <5%

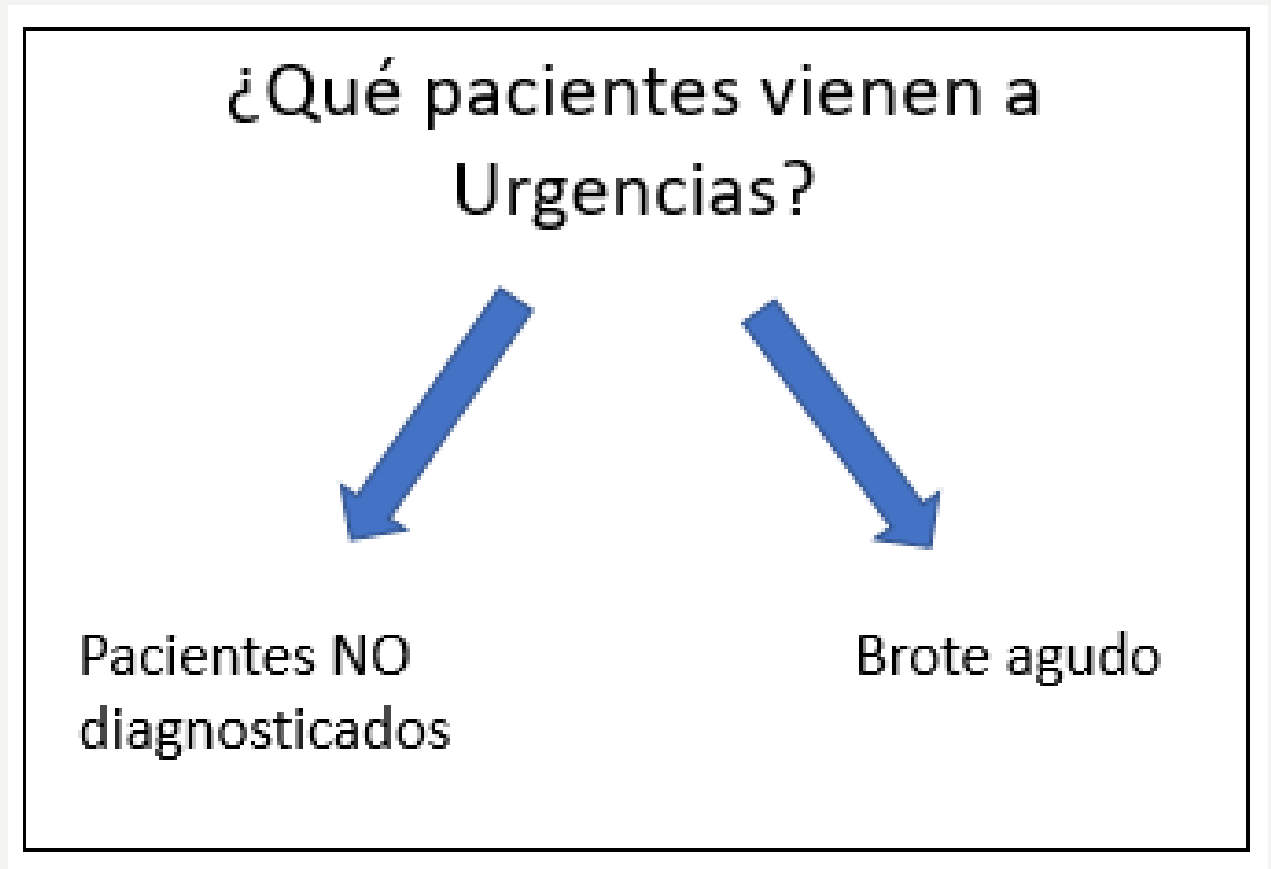
#### **Colangitis esclerosante primaria CEP (<2%)**

Inflamación conductos hepáticos

**Síntomas:** Picor, fatiga, alteración pruebas hepáticas



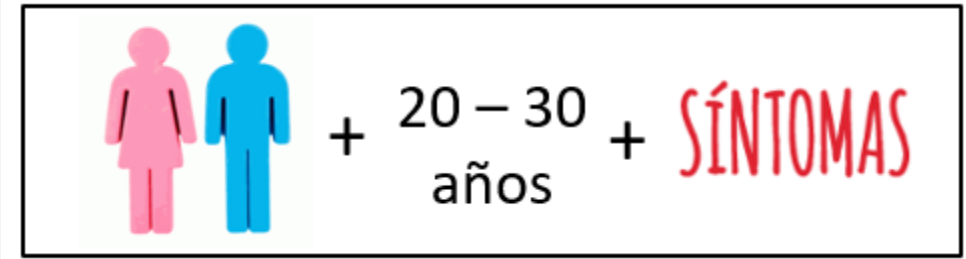
## 2. PAPEL DEL SERVICIO DE URGENCIAS



### La importancia del SERVICIO DE URGENCIAS:

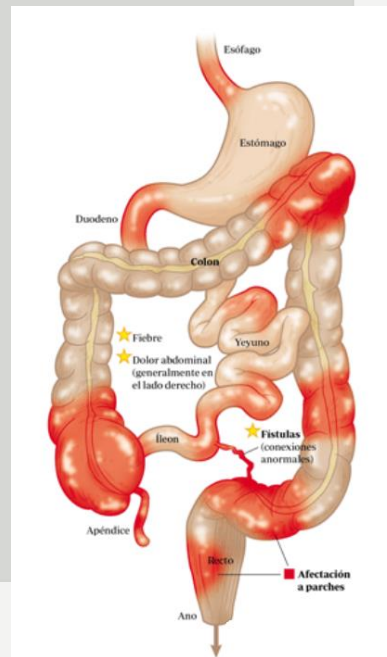
1. La enfermedad inflamatoria presenta una **incidencia creciente**.
2. Enfermedad crónica con **síntomas digestivos y extraintestinales recurrentes** y de gravedad variable.

# 3. NUEVOS CASOS



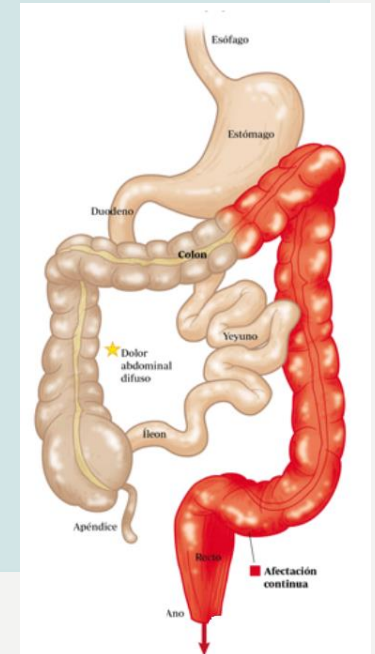
## ENFERMEDAD DE CROHN

- SÍNTOMAS DIGESTIVOS:
  - Dolor abdominal
  - Diarrea
- AFECTACIÓN SISTÉMICA:
  - Pérdida de peso
  - Fiebre
  - Malestar general
  - Retraso de crecimiento (niños)



## COLITIS ULCEROSA

- SÍNTOMAS DIGESTIVOS:
  - Sangrado rectal
  - Tenesmo, urgencia
  - Diarrea sanguinolienta
  - Dolor abdominal
- AFECTACIÓN SISTÉMICA:
  - Pérdida de peso
  - Febrícula
  - Hiporexia
  - Malestar general



# ¿QUÉ HACER?

## ANAMNESIS:

- Antecedentes personales / Enfermedades asociadas
- Tratamiento habitual: AINES, antibióticos...
- ¿Hábitos tóxicos?
- **Antecedentes familiares** en Enfermedad Inflamatoria Intestinal
- Enfermedad actual... Buscar datos de cronicidad!
  - Dolor abdominal: localización, tiempo de evolución, alivio con defecación? tenesmo? Urgencia defecatoria?
  - Deposiciones: número, consistencia, productos patológicos. ¿Nocturnas?
  - Otros síntomas (sintomatología general): astenia, fiebre...

## EXPLORACIÓN FÍSICA (COMPLETA):

- No olvidar... Tacto rectal, exploración perianal y descartar masa abdominal.

## LABORATORIO:

- Reactantes de fase aguda
- Coprocultivo

## PRUEBAS DE IMAGEN:

- Rx de abdomen
- Reservamos TAC Abdominal en caso de sospecha de obstrucción, perforación, megacolon.

## SI ALTA SOSPECHA...

- Paciente muy afectado: ingreso
- Paciente poco afectado: derivar a consulta

# 4. ¿POR QUÉ CONSULTAN LOS PACIENTES YA DIAGNOSTICADOS?



## BROTE DE SU ENFERMEDAD

- Aumento de deposiciones
- Dolor abdominal intenso
- Manifestaciones sistémicas
- ...



## COMPLICACIONES

- Clínica oclusiva/suboclusiva
- Perforación intestinal
- Hemorragia grave
- Manifestaciones extraintestinales
- ...



## EFFECTOS SECUNDARIOS DE TRATAMIENTO MÉDICO

- Hepatotoxicidad
- Mielotoxicidad
- Pancreatitis aguda
- Infecciones oportunistas

# VALORAR OTROS POSIBLES DIAGNÓSTICOS

Síndrome de intestino irritable

Gastroenteritis aguda  
→ *Yersinia*,  
*Campylobacter*, *Shigella*,  
*C. Difficile*.

Apendicitis?

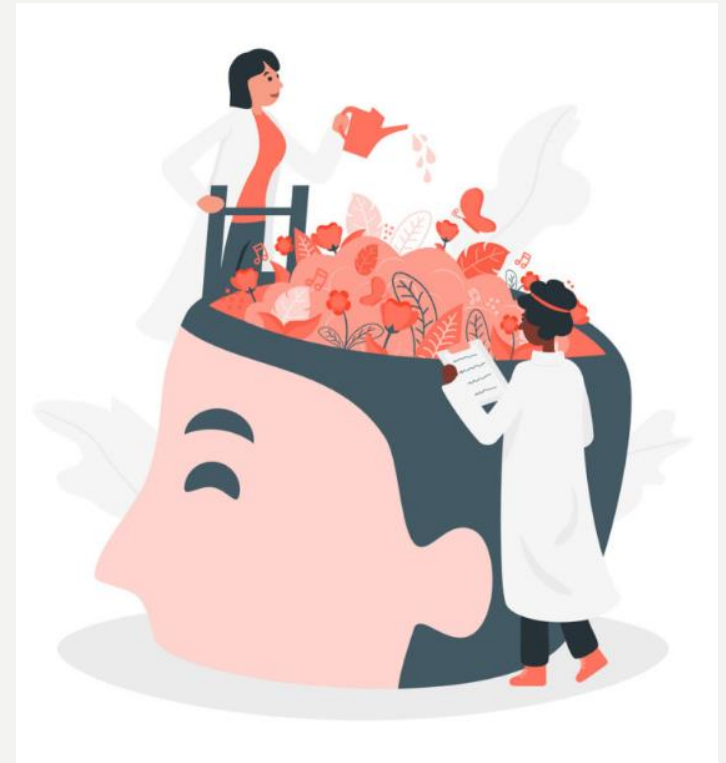
Patología ginecológica:  
Enfermedad inflamatoria pélvica,  
embarazo ectópico,  
abscesos...

Pacientes inmunodeprimidos →  
Infecciones por  
gérmenes oportunistas

ETS

Neoplasias de origen  
digestivo (ADC colon,  
linfoma intestinal...)


Otros: Enfermedad  
celiaca, colitis  
isquémica, hemorragia  
diverticular,  
hipertiroidismo...



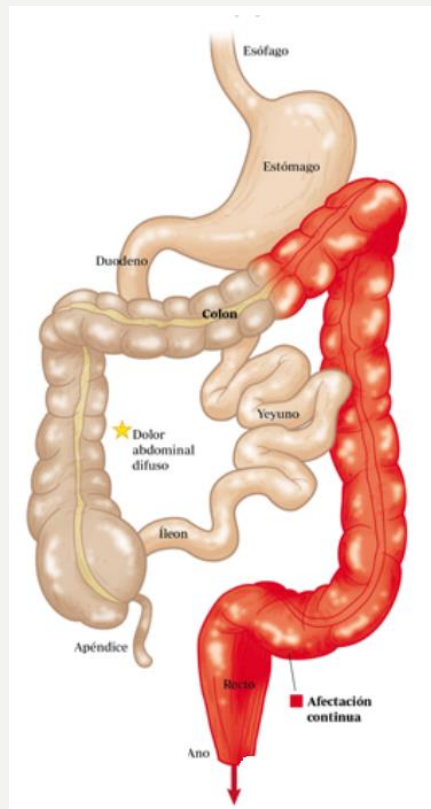
## ¡NO TODO ES BROTE!

# 5. ¿INGRESAR O NO?

## INDICACIONES GENERALES DE INGRESO:

1. Pacientes con actividad **GRAVE** o **MODERADA** sin respuesta a tratamiento.
  2. Sospecha de **COMPLICACIONES**: Abdomen agudo (Cirugía??), hemorragia digestiva con repercusión analítica/hemodinámica, fiebre sin foco...
- 

# ÍNDICES CLÍNICOS:



## COLITIS ULCEROSA

### Índice de TRUELOVE-WITTS MODIFICADO

	1 punto	2 puntos	3 puntos
n deposiciones/día	< 4	4 a 6	> 6
Sangre en deposiciones	-	+	++/+++
Temperatura axilar (°C)	< 37	37-38	> 38
Frecuencia cardíaca	< 80	80 a 100	> 100
Hemoglobina (g/dl)			
- Hombres	> 14	14 a 10	< 10
- Mujeres	> 12	12 a 10	< 10
Leucocitos/ul	< 10.000	10.000 a 13.000	> 13.000
VHS (mm/h)	< 15	15 a 30	> 30
Albuminemia (g/dl)	> 3,2	3,2 a 3,0	< 3,0
Potasio (meq/l)	> 3,8	3,8 a 3	< 3

Inactivo: Menos de 11 puntos; Leve: 11 a 15 puntos; Moderado: 16 a 21 puntos; Grave: 22 a 27 puntos. VHS: velocidad de eritrosedimentación.

**Brote de CU grave: diarrea sanguinolenta  $\geq 6$ /día + un signo de toxicidad sistémica (taquicardia  $> 90$ lpm)**

Fiebre  $> 37,8^{\circ}\text{C}$ , Hb  $< 10,5$  g/dl o VSG  $> 30$ mm/h

Megacolon Tóxico

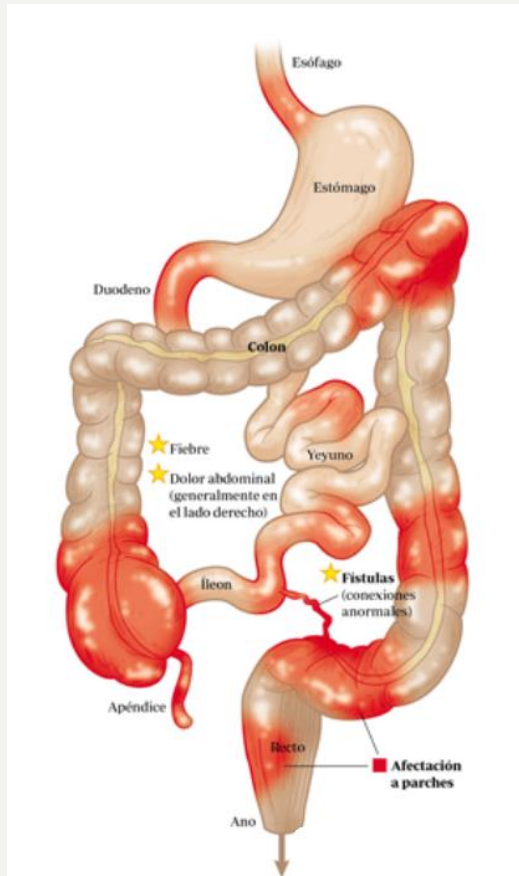
Brote moderado refractario a corticoides orales

Fiebre sin foco aparente

Hipopotasemia ( $\text{K} < 3$  mEq/l) en paciente en brote

Signos de desnutrición

# ÍNDICES CLÍNICOS:



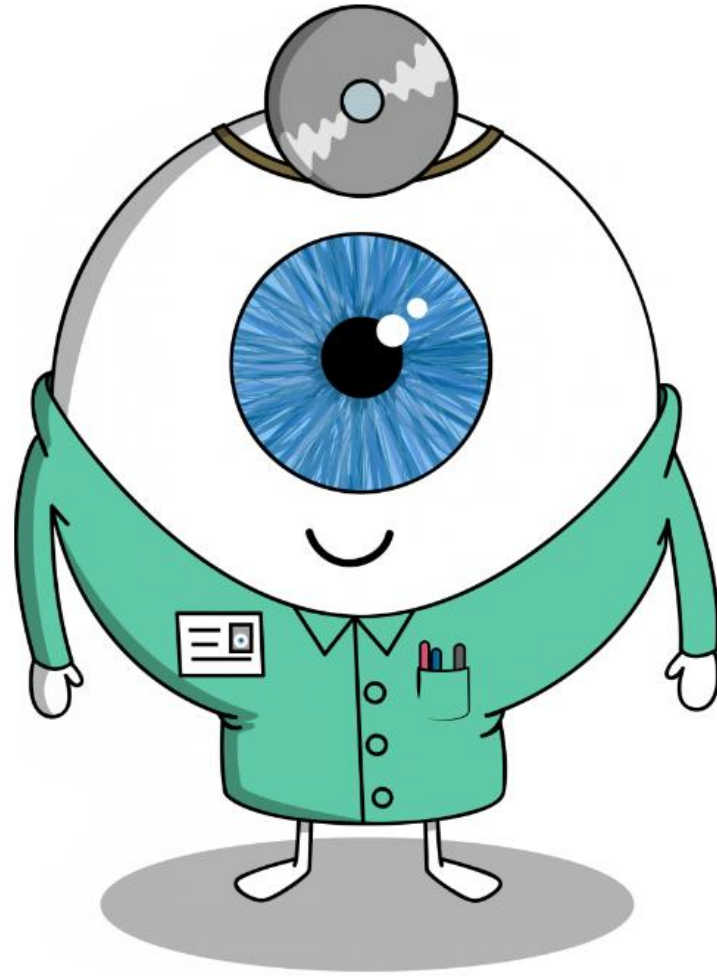
**ENF. DE CROHN**

## CDAI (Crohn disease activity index)

VARIABLE	PARÁMETRO	FACTOR
1	Nº de deposiciones blandas/día	X 2
2	Dolor abdominal 0= Ausente, 1= Leve, 2= moderado, 3= severo	X 5
3	Bienestar general 0= Bien, 1= Regular, 2= Mal, 3= Muy mal, 4= Terrible	X 7
4	- Artritis - <u>Uveítis</u> - Eritema nodoso, <u>pioderma</u> gangrenoso	- Fístula, fisura o absceso anal - Fiebre >37.8°C en semana previa X 20
5	Loperamida: 0= No, 1= Si	X 30
6	Masa abdominal: 0= no, 2= Cuestionable, 5= Definitivo	X 10
7	Hematocrito: Hombres= 47-Hto, Mujeres= 42- Hto	X 6
8	Peso corporal (1-peso/peso ideal)x100	X 1
<b>&lt; 150: En remisión 150-219: Actividad Leve 220-450: Actividad moderada &gt;450: Actividad severa</b>		

## ÍNDICE DE HARVEY – BRADSHAW

ESTADO GENERAL	Bien = 0 Por debajo de lo normal = 1 Mal = 2	Muy mal = 3 Fatal = 4
DOLOR ABDOMINAL	Ausente = 0 Ligero = 1	Moderado = 2 Intenso = 3
Nº DE DEPOSICIONES	Nº de heces blandas/líquidas en 24h	
MASA ABDOMINAL	Ninguna = 0 Dudosa = 1	Definida = 2 Definida y blanda = 3
Nº DE COMPLICACIONES	Artralgia, <u>Uveítis</u> , Eritema nodoso, Úlceras aftosas, <u>Pioderma</u> gangrenoso, Estomatitis, Fisura anal, Abscesos, Nuevas fístulas...	
<b>&lt; 5 = Inactivo                      ≥ 5 = Activo                      &gt; 10 = Grave</b>		



# 6. EL PACIENTE QUE NO INGRESA

Sospecha  
diagnóstica

Colitis  
ulcerosa  
leve/moderada

Enfermedad  
de Crohn

# SOSPECHA DIAGNÓSTICA



Remitir a C.E de Digestivo:  
**PREFERENTE**



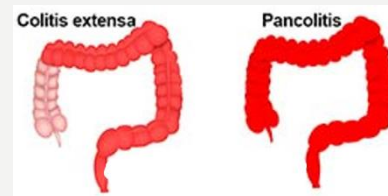
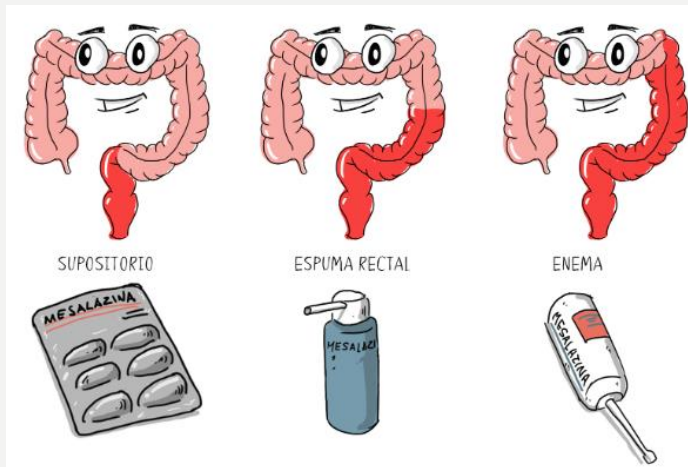
## ESCALA ANALGÉSICA DE LA OMS



# PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

## ACTIVIDAD LEVE

- **AMINOSALICILATOS (Mesalazina)**
  - Recomendación: Tratamiento MIXTO
    - Tópico: 1-4g/día
    - Vía oral: 3-4 g/día



## ACTIVIDAD MODERADA

- **AMINOSALICILATOS (Mesalazina)**
- **CORTICOIDE ORAL**
  - 1 mg/kg prednisona diaria
  - Nunca <40 mg/día
  - Calcio- VitD
  - Ponerse en contacto con Consulta Digestivo



# PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

## AFECTACIÓN ILEAL

BUDESONIDA de liberación ileal: 9mg / día



## AFECTACIÓN ILEOCOLÓNICA / COLÓNICA

PREDNISONA mg/kg/día





¿CUÁNDO TIENE  
REVISIÓN?



¿ADELANTAR  
CONSULTA?

**52812 (Enfermería)**

# 7. PACIENTE QUE INGRESA POR BROTE



## LOS “BÁSICOS”

1. Constantes por turno
2. Control de deposición (nº y aspecto)
3. Movilidad según basal
4. Dieta según comorbilidades
5. Sueroterapia sólo si precisa
6. Profilaxis
  - Antitrombótica (Enoxaparina 40mg/24h sc)
  - IBP (Pantoprazol 40mg/24h vo)

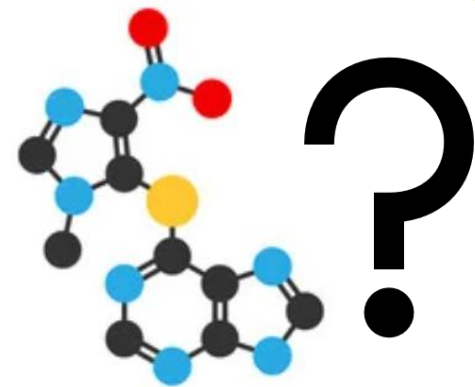
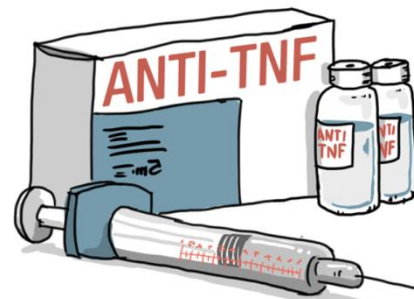


## TRATAMIENTO ESPECÍFICO

1. Corticoterapia a 1mg/kg/día (en 1 dosis) + Calcio-Vit D
2. Analgesia pautada + rescates
3. Antieméticos SI precisa
4. Antipirético SI fiebre
5. Antibiótico sólo si sospecha de infección



**TRATAMIENTOS CRÓNICOS DEL PACIENTE**



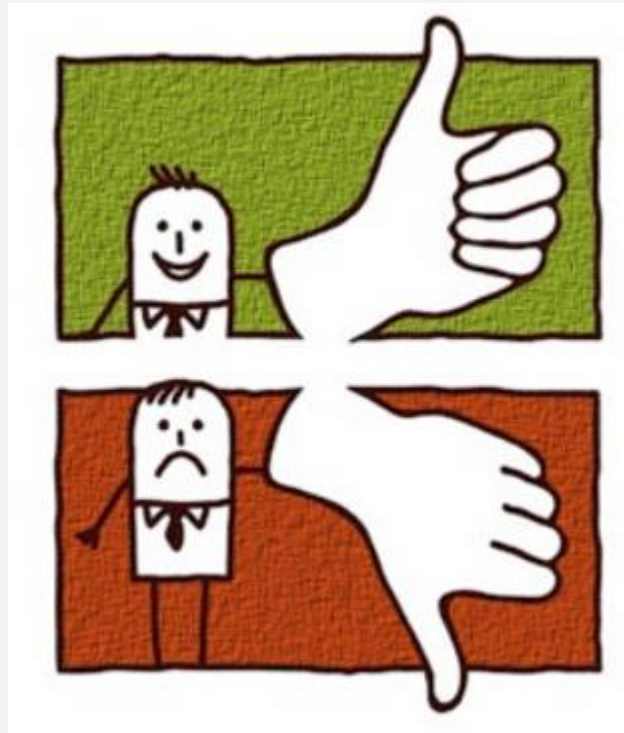
AZATHIOPRINA

**¿ QUÉ HACER CON EL TRATAMIENTO  
INMUNOSUPRESOR?**

# ¿CÓMO ACTUAMOS ANTE UNA INFECCIÓN?

INFECCIÓN ACTIVA	RETIRAR INMUNOSUPRESIÓN	CUÁNDO REINICIAR
<i>Herpes simple</i>	No (salvo en casos sistémicos graves)	-
<i>Varicela Zóster</i>	Si	Cuando las vesículas hayan cicatrizado y desaparezca la fiebre
Infecciones fúngicas	Si, salvo aislados casos de candidiasis oral o vaginal	Resolución del cuadro
<i>Salmonella</i>	Si	Resolución del cuadro
<i>Clostridium Difficile</i>	No (individualizar)	-
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Si	Resolución del cuadro

# 8. QUÉ NO HACER




NO	Generalizar la dieta absoluta si se decide ingreso. Sólo en casos de obstrucción intestinal, hemorragia masiva, megacolon tóxica , sospecha de perforación u otra posibilidad de precisar tratamiento quirúrgico, se debe plantear la nutrición parenteral total y el ayuno.
NO	Utilizar dosis intermedias de corticoterapia oral, se hace difícil definir al refractariedad al fármaco y la dosis total acumulada del mismo puede ser mayor . Tampoco dosis muy elevadas, más propias de otras patologías.
NO	Necesario solicitar endoscopia digestiva en la mayoría de los casos de brote de actividad de EII. No es preciso gestionar desde urgencias esta petición salvo casos de hemorragia digestiva aguada que lo requiera.
SI	Pautar tratamiento de profilaxis tromboembólica en casi todo paciente con que ingresa.
NO	Iniciar terapia antibiótica en un brote de actividad inflamatoria como norma general
NO	Considerar que “todo es un brote”. Siempre recoger coprocultivos, aunque el resultado no se obtenga para esa valoración en urgencias, nos ayudará mucho a la hora de valorar al paciente en nuestra consulta.
NO	Emplear antidiarreicos.

# 9. CONCLUSIONES

1. Tener presente el aumento en la **INCIDENCIA** de la enfermedad, el **PERFIL** del paciente típico pero la posibilidad de otros picos de edad.
2. Hacer una correcta **HISTORIA CLÍNICA**.
3. **NO TODO ES BROTE** ... Diagnóstico diferencial
4. Optimizar el tratamiento del paciente en **URGENCIAS**, no todos necesitan ingreso.
5. Ingreso del paciente con brote **MODERADO – GRAVE**.
6. **QUÉ NO HACER.**



# 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Curso de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología. Huesca 16-18 de mayo de 2019.
  2. Guía clínica GETECCU del tratamiento de la colitis ulcerosa. AEEH y AEG 2012.
  3. Enfermedades digestivas y hepáticas. Sleisenger y Fordtran. 2017, 10ª Edición.
  4. Manual GETECCU de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.  
[www.manual.geteccu.org](http://www.manual.geteccu.org)
  5. Práctica clínica en Gastroenterología y Hepatología. AEG y CTO. Edición 2016.
- 

**MUCHAS  
GRACIAS POR  
SU ATENCIÓN**