


**HOSPITAL DEL NIÑO DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA
PROTOCOLO: MANEJO DE LA COLITIS ULCERATIVA**

CONTENIDO:

1. Autores
2. Revisores
3. Declaración de conflicto de intereses de los Autores / Revisores
4. Justificación
5. Alcance y Propósito
6. Objetivos
7. Antecedentes locales del comportamiento de la enfermedad
8. Nombre de la enfermedad
9. Definición
10. Criterios diagnósticos
11. Tratamiento
12. Criterios de referencia
13. Evolución y pronóstico
14. Recomendaciones para el paciente y/o familiar
15. Medidas preventivas y de control
16. Seguimiento y controles
17. Referencias bibliográficas

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 2 de 16
	Título: Protocolo de manejo de Colitis Ulcerativa	Edición: Septiembre 2022	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

1. AUTORES:

Dra. Jenla Serrano, Dra. Ana Karina Coronado, Dr. Ricardo Chanis.

2. REVISORES:

Dr. Ricardo Chanis, Dr. Ricardo McCalla, Dra. Analissa Sánchez, Dra. Ecaterina Julio, Servicio de Gastroenterología, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES / REVISORES:

Los autores y revisores participantes en la elaboración de este protocolo de atención declaran que no existen conflictos de intereses que afecten el contenido.

4. JUSTIFICACIÓN:

Tratándose de una enfermedad crónica frecuente que afecta mayoritariamente a población joven y con prevalencia creciente, las repercusiones sanitarias, económicas y sociales justifican perfectamente la necesidad de herramientas para sistematizar el tratamiento de la colitis ulcerativa (CU). Los profesionales implicados en esta entidad incluyen al gastroenterólogo, cirujano, médico de atención primaria, nutricionista, psicólogo, enfermero, reumatólogo, oftalmólogo y dermatólogo. La necesidad de coordinación entre estos profesionales y el paciente también justifica la necesidad de una guía de práctica clínica.

5. ALCANCE Y PROPÓSITO:

Protocolo destinado a la población pediátrica admitida al Hospital del Niño “Dr. José Renán Esquivel” con el diagnóstico de Colitis Ulcerativa (CU).

El propósito es fundamentalmente implementar y elaborar un protocolo que nos permita atender a los pacientes que consulten con sospecha diagnóstica o seguimiento de CU.

6. OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer el manejo de la Colitis ulcerativa en población pediátrica.


Objetivo Específicos:

-Definir los criterios diagnósticos de la colitis ulcerosa, así como su clasificación y gravedad con el objetivo de establecer la estrategia terapéutica adecuada para cada situación clínica.

- Proporcionar información acerca de medicamentos disponibles para el tratamiento de la colitis ulcerosa.

7. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

La incidencia de la CU está aumentando considerablemente en las últimas décadas. Alrededor del 20% de los pacientes con CU se diagnostica en la infancia (≤ 18 años). La incidencia es de entre 1 y 4 casos por 100.000/año en la mayoría de las regiones de Europa y Norteamérica.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 3 de 16
	Título: Protocolo de manejo de Colitis Ulcerativa	Edición: Septiembre 2022	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

En pediatría la CU es a menudo más grave y extensa al momento del diagnóstico. La colitis extensa representa del 60% a 80% de todos los casos, el doble que en los adultos (20- 30%).

8. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD

- K51 Colitis Ulcerosa

9. DEFINICIÓN:


Colitis ulcerosa: es una enfermedad inflamatoria intestinal con afectación exclusiva de la mucosa colónica de forma continua y difusa, de inicio casi siempre rectal y con extensión variable hasta el ciego, su evolución es crónica, pudiendo alternar periodos de actividad con otros de remisión.

Clasificación de París: según extensión y gravedad de la enfermedad

- Proctitis **(E1)**
- Colitis izquierda **(E2)**
- Colitis extensa **(E3)**
- Pancolitis **(E4)**
- Presencia de brote grave (PUCAI \geq 65) **(S1)**
- Ausencia de brote **(S0)**

Además de las definiciones fundamentales es preciso conocer otros términos de uso habitual en la literatura médica sobre CU.

- **Remisión:** resolución completa de los síntomas, acompañada de cicatrización mucosa (PUCAI <10).
- **Respuesta:** mejoría significativa de la situación clínica y/o endoscópica. (PUCAI desciende \geq 20 puntos con respecto al basal).
- **Recaída:** reinicio de síntomas de CU junto con hallazgos endoscópicos compatibles en un paciente que había alcanzado la remisión clínica.
- **Corticodependencia:** en dos situaciones diferentes:
 - 1) Imposibilidad para retirar los corticoides en un plazo de tres meses sin recaída
 - 2) Recaída que requiera tratamiento con corticoides dentro de los tres meses posteriores a la interrupción de los esteroides.
- **Corticorrefractoriedad:** falta de respuesta (PUCAI > 65) al quinto día de tratamiento con metilprednisolona a 1-1.5 mg/kg/día (dosis máxima 60 mg/día).
- **Reservoritis (pouchitis):** inflamación del reservorio ileal creado para mantener la continuidad intestino-ano tras una colectomía total (proctocolectomía total).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 4 de 16
	Título: Protocolo de manejo de Colitis Ulcerativa	Edición: Septiembre 2022	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

10. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Historia clínica, exploración física y las pruebas complementarias.

La sintomatología depende de la extensión y la gravedad del brote, siendo los síntomas cardinales las deposiciones diarreicas y la rectorragia.

Forma habitual de presentación:

- Diarrea mucosanguinolenta
- Dolor abdominal
- Urgencia defecatoria
- Sintomatología general como: astenia, anorexia, fiebre o pérdida de peso.


Manifestaciones extra digestivas:

- **Articulares:**
 - Artritis, espondilitis, sacroileítis
 - Artritis periféricas o poliarticulares
 - Osteopatías hipertróficas: periostosis
- **Oculares:**
 - Uveítis
 - Epiescleritis y escleritis
- **Cutáneas:**
 - Eritema nodoso
 - Pioderma gangrenoso
- **Hepatobiliares:**
 - Pericolangitis y colangitis esclerosante
 - Esteatosis
 - Cirrosis biliar primaria

Estudios Complementarios

Ante la sospecha de un debut o un brote de EII y, en particular, de CU:


- Se debe descartar una infección gastrointestinal antes de realizar pruebas más invasivas (se debe realizar coprocultivo, determinación de parásitos y toxina de Clostridium difficile en todos los casos).
- El examen sanguíneo, al diagnóstico y en el seguimiento, debería incluir un hemograma completo, electrolitos, albúmina, función hepática, función renal, metabolismo del hierro y, al menos, dos marcadores biológicos de inflamación.
- Los biomarcadores fecales (calprotectina y lactoferrina) son más sensibles que los serológicos (PCR y VSG). Otros marcadores serológicos, como los anticuerpos pANCA, tienen una sensibilidad muy baja, aunque pueden tener su utilidad en el diagnóstico diferencial con otros tipos de EII.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 5 de 16
	Título: Protocolo de manejo de Colitis Ulcerativa	Edición: Septiembre 2022	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Endoscopia con toma de biopsias

TABLA I. Formas de presentación clínica de la CU.		
Forma de presentación	Características endoscópicas	Características histológicas
Típica		
	Afectación continua desde recto hasta una extensión variable de colon	Distorsión arquitectural, infiltrado linfoplasmocitario basal, metaplasia de células de Paneth, abscesos crípticos, afectación distal más grave, ausencia de granulomas
Atípica		
Preservación rectal	No afectación macroscópica (o afectación leve en comparación con otros fragmentos del colon proximal) de recto ni rectosigma	Similar a la forma típica
Enfermedad de corta evolución	Afectación continua desde el recto, puede tener preservación del recto	Inflamación focal, ausencia de cronicidad y de distorsión de la arquitectura
Parche en el ciego	Afectación del lado izquierdo que se inicia en el recto con área de afectación del ciego, apariencia normal entre las dos zonas	Similar a la forma típica
Afectación de tracto digestivo superior	Erosiones o pequeñas úlceras en el estómago (ni serpiginosas ni lineales)	Gastritis focal o difusa, no granulomas (excepto granulomas pericriptal)
CU grave aguda	Afectación continua de inicio en el recto	Pueden encontrarse úlceras profundas o inflamación transmural. Úlceras en V. Ausencia de agregados linfoides
Ileítis por reflujo	Afectación continua de la inflamación macroscópica desde el ciego hasta el íleon más distal. Con frecuencia, pancolitis	Infiltrado inflamatorio inespecífico en íleon, en ausencia de granulomas, úlceras, estenosis y empedrado

Levine A, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014; 58: 795-806

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 6 de 16
	Título: Protocolo de manejo de Colitis Ulcerativa	Edición: Septiembre 2022	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Índice de Actividad de la Colitis Ulcerosa en Pediatría (PUCAI): Permite realizar una valoración objetiva de la actividad de la enfermedad en cada momento, es una herramienta útil para la toma de decisiones terapéuticas y valorar la respuesta al tratamiento instaurado.

TABLA II. Índice de actividad de la CU pediátrica (PUCAI).		
Variables		Puntos
Dolor abdominal	Sin dolor	0
	Dolor que puede ser ignorado	5
	Dolor que no puede ser ignorado	10
Sangrado rectal	Ausente	0
	Pequeño sangrado en < 50% de deposiciones	10
	Pequeño sangrado en la mayoría de las deposiciones	20
	Sangrado abundante (> 50% de las deposiciones)	30
Consistencia de la mayor parte de las deposiciones	Formadas	0
	Parcialmente formadas	5
	Líquidas	10
Número de deposiciones en 24 horas	0-2	0
	3-5	5
	6-8	10
	> 8	15
Deposiciones nocturnas (cualquier episodio que despierte)	Ausentes	0
	Presentes	10
Grado de actividad	Sin limitación de actividad	0
	Limitación ocasional de la actividad	5
	Restricción importante de la actividad	10
Suma total PUCAI (0-85) < 10 remisión; 10-34 actividad leve; 35-64 actividad moderada; ≥ 65 brote grave		

Turner D, et al. Gastroenterology. 2007; 133: 423-32


11. TRATAMIENTO

El objetivo principal del tratamiento es inducir y mantener un estado de remisión libre de esteroides y prevenir las recaídas con tratamiento de mantenimiento adecuado.

TRATAMIENTO DEL BROTE

El tratamiento **de inducción a la remisión** debe individualizarse teniendo en cuenta el grado de actividad (leve, moderada o severa) determinada por el PUCAI, y la extensión de la enfermedad valorada por endoscopía (Índice de actividad de la Colitis Ulcerativa–UCEIS) y basándose en la clasificación de París. El grado de actividad suele condicionar más la pauta de tratamiento, ya que la mayoría de los casos de CU pediátrica se presentan en forma de pancolitis (E4), y cuando se presenta inicialmente como una forma distal, progresa a forma extensa con más frecuencia que en adultos.

Otros factores a tener en cuenta en el manejo del brote son las preferencias del paciente y su familia, la respuesta en brotes previos, los efectos adversos de los diferentes tratamientos y la adherencia a los mismos. En función de estas consideraciones se elige el fármaco más adecuado, normalmente siguiendo una escalada ascendente mediante el modo step-up acelerado. (Ver anexo figura 1)

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 7 de 16
	Título: Protocolo de manejo de Colitis Ulcerativa	Edición: Septiembre 2022	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

5-ASA Y ENEMAS

- Los compuestos orales de 5-ASA se recomiendan como terapia de inducción y mantenimiento de primera línea para CU leve-moderada.
- La terapia combinada con 5-ASA oral y rectal es más eficaz que la monoterapia oral con 5-ASA.
- La monoterapia rectal debe reservarse para la proctitis ulcerosa de leve a moderada, un fenotipo pediátrico poco frecuente.
- Cuando se usa terapia rectal, se prefiere 5-ASA a esteroides.

Dosis

Mesalazina oral: 60 - 80 mg/kg (máx. 4.8 g/día) en una o dos dosis.

Sulfasalazina oral: 40 -70 mg/kg (máx. 4 g/día) en dos dosis.

Mesalazina rectal (enemas, supositorios o espuma): 25 mg/kg hasta 1 g/día.

CORTICOIDES


- Los esteroides deben usarse como tratamiento de segunda línea para la CU leve a moderada que no responde a 5-ASA (oral/rectal) y pueden considerarse como primera línea en el extremo superior del rango de enfermedad moderada.
- La evidencia para la budesonida-MMX (liberación prolongada) solo respalda la colitis del lado izquierdo, puede considerarse en pacientes con enfermedad leve refractaria a 5-ASA antes de prednisolona oral.
- * En pacientes >30 kg el esquema de dosificación budesonida MMX 9 mg durante 8 semanas.
- La CU grave normalmente debe tratarse con esteroides intravenosos.
- No se recomiendan esteroides para mantener remisión; las estrategias de disminución de consumo de esteroides deben ser aplicado.

Dosis: Prednisona oral 1 mg/kg/día (Máx 40 mg) / Metilprednisolona i.v. 1-1.5 mg/kg/día, en 1 o 2 dosis (máx. 60 mg/día)

INMUNOMODULADORES

Las tiopurinas se recomiendan para mantener la remisión en niños dependientes de corticoides o con recaídas frecuentes (2 recaídas por año) a pesar del tratamiento óptimo con 5-ASA y en pacientes intolerantes a 5-ASA.

- Las tiopurinas no deben utilizarse para la inducción de remisión en pacientes pediátricos con CU.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 8 de 16
	Título: Protocolo de manejo de Colitis Ulcerativa	Edición: Septiembre 2022	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- Se recomienda medir los metabolitos de tiopurina–actividad de la tiopurina metil-transferasa (TPMT) en pacientes con respuesta incompleta en régimen estable de dosis de tiopurina, leucopenia o transaminasas elevadas, o si se sospecha un mal cumplimiento. Los resultados no son válidos si se ha recibido una transfusión de hematíes en los 3 meses previos. Si la actividad TPMT normal: dosis completa de SAZA a 2-2.5 mg/kg/día (máximo 200mg) y 6-MP a 1-1.5 mg/kg (máximo 150 mg) una vez al día con alimento para evitar molestias digestivas. Si la actividad es baja comenzar 0.5mg/kg/día. Si la actividad mínima: no administrar.

BIOLÓGICOS

- **Infliximab (IFX)** se debe considerar en pacientes con CU crónicamente activa o dependiente de esteroides, no controlada por 5-ASA y tiopurinas, tanto para la inducción como para el mantenimiento de la remisión.
- **Adalimumab o Golimumab** podría considerarse en aquellos que inicialmente responden, pero luego pierden la respuesta o son intolerantes a IFX, según los niveles séricos y los anticuerpos.

Tratamiento de mantenimiento

Tratamiento de mantenimiento es aquel que se pauta, una vez alcanzada la remisión, para intentar mantener al paciente asintomático. Existen distintos fármacos potencialmente útiles en el tratamiento de mantenimiento. La elección de uno u otro va a depender, igual que sucedía en el brote, de una serie de factores:

- El grado de actividad de la enfermedad, determinado por el PUCAI, la extensión de la misma, valorada por la clasificación de París.
- La frecuencia de recaídas.
- El fracaso de otros tratamientos de mantenimiento previamente utilizados.
- El grado de adherencia a los mismos, la gravedad del último brote.
- El tratamiento utilizado para inducir la remisión.
- Los efectos secundarios, corticodependencia.

Dosis Infliximab


Terapia de inducción: 5 mg/kg en las semanas 0, 2 y 6.
 Terapia de mantenimiento: 5 mg/kg cada 8 semanas.

Dosis Adalimumab

La pauta de administración en edad pediátrica es de acuerdo al peso corporal:
 > 40 kg: Inducción: 160-80-40 mg (0,2 y 4 semanas). Mantenimiento: 40 mg/2 semanas
 ≤ 40 kg: Inducción: 80-40-40 mg (0, 2 y 4 semanas) Mantenimiento: 40 mg/2 semanas

Tercera línea de tratamiento y terapia secuencial

Se define como tercera línea de tratamiento en la colitis ulcerosa grave el empleo de un tratamiento secuencial en un brote grave cortico resistente. En estos casos, infliximab se emplea antes o después de los anticalcineurínicos (tacrolimus o ciclosporina A). Este escenario es diferente a la terapia secuencial que se emplea en las formas crónicamente

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 9 de 16
	Título: Protocolo de manejo de Colitis Ulcerativa	Edición: Septiembre 2022	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

activas cortico dependientes o cortico resistentes. Las guías indican la colectomía urgente tras el fallo a uno de los tratamientos de segunda línea (infiximab o anticalcineurínicos). (Ver anexo Figura 2)

Otros

Los antibióticos no se recomiendan de forma rutinaria en niños con colitis aguda severa (CAS) al ingreso. El tratamiento antibiótico empírico puede ser considerado cuando se sospecha de infección por *C. difficile* u otra infección bacteriana hasta que se realiza un análisis de heces.

La vancomicina oral debe considerarse como primera línea de tratamiento para la infección por *C. difficile* en la CU grave

*La presentación IV de vancomicina puede administrarse por vía oral. La dosis total diaria en niños es de 40 mg/kg en 3 o 4 dosis fraccionada, durante 7 a 10 días (Máximo 2 gramos diarios). La dosis apropiada puede ser diluida en 30 ml de agua y dar a beber al paciente o pasar por SNG.

La curcumina (ingrediente activo de la cúrcuma) se puede considerar como una terapia complementaria para inducir y mantener la remisión clínica de la CU leve a moderada.

*Dosis: 4 g/día para la inducción y hasta 2 g/día durante el mantenimiento. La dosificación de inducción de un ensayo pediátrico en curso es: (dosis son diarias, prescritas divididas en 2 dosis): 4 g para niños de más de 30 kg, 3 g para niños de 20 a 30 kg y 2 g para los de menos de 20 kg no se ha establecido en lactantes). Las dosis pueden reducirse a la mitad para el tratamiento de mantenimiento.

Los agentes probióticos (p. ej., VSL#3, *Escherichia coli* Nissle 1917) se pueden considerar en la CU leve como terapia adyuvante o en aquellos que no toleran el 5-ASA.

La dieta regular debe continuarse en la mayoría de los casos de CAS. Nutrición enteral puede usarse si no se tolera la alimentación oral o en desnutrición. (NPT en aquellos que no toleran la enteral).

12. CRITERIOS DE REFERENCIA


Crisis grave de CU - Requerimiento de soporte nutricional

13. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO:

En la CU, la cirugía (colectomía total con descenso ileoanal) es curativa y se debe recurrir a ella de forma electiva en casos de brotes graves refractarios al tratamiento médico o cuando no sea posible lograr una adecuada calidad de vida con el tratamiento médico.

Entre las causas de cirugía encontramos:

- Enfermedad crónica intratable.
- Falta de respuesta con altas dosis de corticoides
- Recurrencia de los síntomas luego de la suspensión de los corticoides.
- Progresión de la enfermedad a pesar de las dosis máximas del tratamiento médico.
- Complicaciones severas relacionadas con los efectos adversos del tratamiento médico.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 10 de 16
	Título: Protocolo de manejo de Colitis Ulcerativa	Edición: Septiembre 2022	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Estenosis colónicas.

- Exacerbaciones agudas de la enfermedad que no responden al tratamiento médico.
- Complicaciones agudas: hemorragia, megacolon tóxico, colitis fulminante, perforación. • Manifestaciones extracolónicas.
- Retardo del crecimiento en niños.

14. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE Y/O FAMILIA

- Control de deficiencias nutricionales.
- Asegurar un correcto estado nutricional.
- Introducir alimentos progresivamente para ver tolerancia.
- Eliminar alimentos y bebidas que agraven signos y síntomas según cada paciente (por ejemplo: fibra, lácteos).

15. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL:


El diagnóstico de EII conllevará a una serie de cambios en el paciente que afectará su vida diaria a su familia y a sus relaciones sociales. Se debe investigar de forma rutinaria la presencia de sintomatología digestiva en los familiares, ya que es una entidad con factor genético involucrado. Enviar al genetista para estudios si hay más de dos familiares con la enfermedad.

16. SEGUIMIENTO Y CONTROLES

Debe ser mediante técnicas objetivas y activo.


Endoscopia, técnicas de imagen (preferible sin radiación) y marcadores fecales son útiles y hay que definir en qué escenarios se debe emplear cada una, probablemente con una tendencia general a técnicas no invasivas, pero no olvidando la endoscopia.

Se recomienda la vigilancia del cáncer colorrectal después de 8 a 10 años de duración de la enfermedad, dictada por factores de riesgo tales como la extensión de la enfermedad, gravedad en el curso de la enfermedad y la historia familiar. Se deben realizar biopsias aleatorias (biopsias por cuadrantes cada 10 cm) y biopsias dirigidas (cromoendoscopia) de cualquier lesión visible debe realizarse con endoscopios de alta definición.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 11 de 16
	Título: Protocolo de manejo de Colitis Ulcerativa	Edición: Septiembre 2022	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Fernández Maqueira G, Crespo Ramírez E, González Pérez S, Jerez Marimón D, García Capote E. Colitis ulcerosa, una mirada por dentro. Rev Ciencias Médicas. 2018; 22(3). Disponible en: www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3391
2. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, Arnott ID, Bernstein CN, Brant SR, 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.
3. Gomollón F. Guía clínica GETECCU del tratamiento de la colitis ulcerosa elaborada con la metodología GRADE. Gastroenterol Hepatol. 2013;36(8):e1---e47.
4. Sánchez Sánchez C, Alvares G. Tolin Ma. Manual práctico Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica. ERGON 2015.
5. Rodríguez A et al. Enfermedad inflamatoria Intestinal: Colitis Ulcerosa. Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 5ta Ed. 2021.
6. Turner et al. Management of Paediatric Ulcerative Colitis, Part 1: Ambulatory Care—An Evidence-based Guideline From European Crohn’s and Colitis Organization and European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. JPGN 2018;67: 257–291.
7. Turner et al. Management of Paediatric Ulcerative Colitis, Part 2: Acute Severe Colitis—An Evidence-based Consensus Guideline From the European Crohn’s and Colitis Organization and the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. JPGN 2018;67: 292–310.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 12 de 16
	Título: Protocolo de manejo de Colitis Ulcerativa	Edición: Septiembre 2022	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

18. Anexos

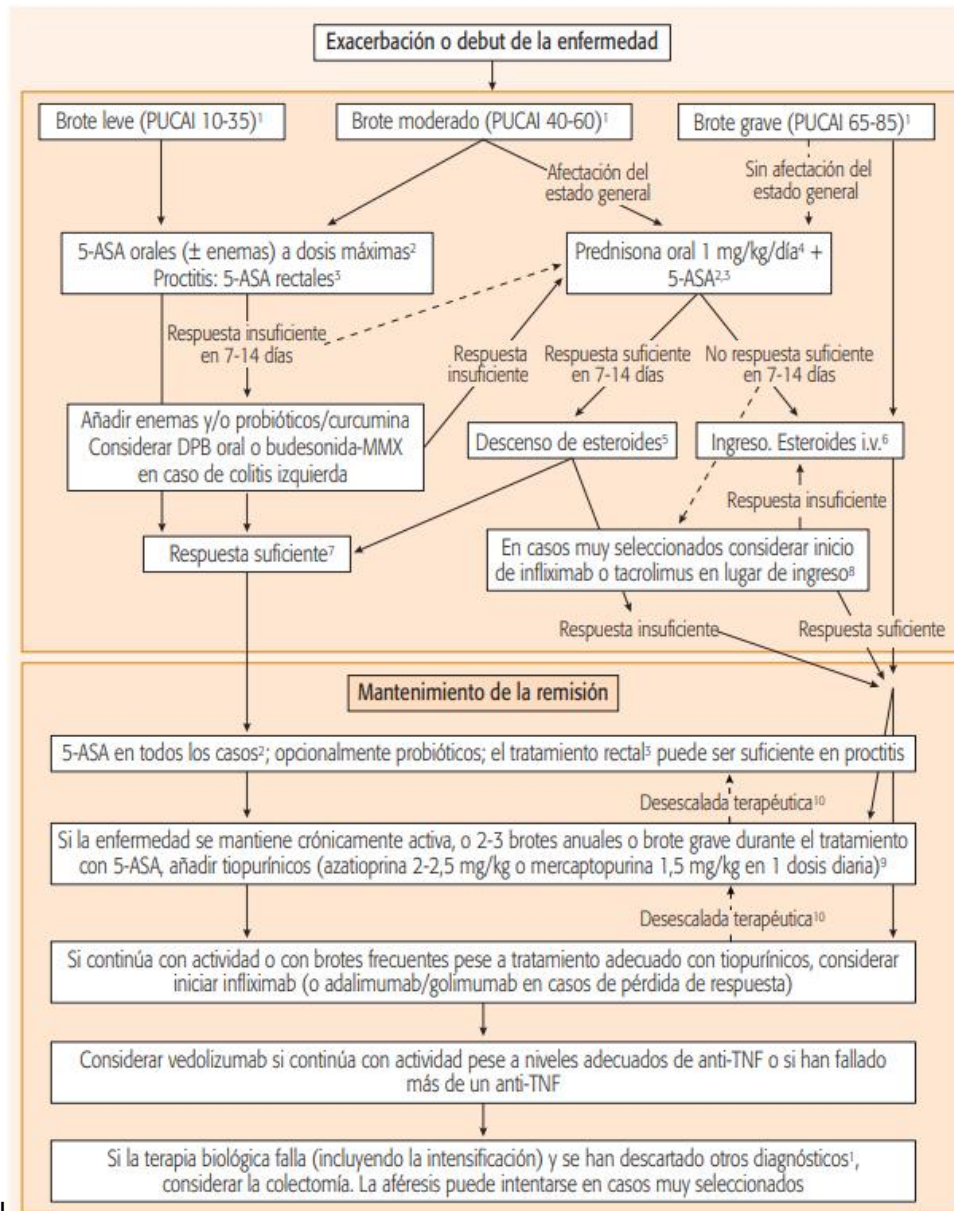



Figura 1. Algoritmo para el tratamiento del brote de CU. [Traducido y modificado de: Turner D, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018; 67(2): 257-91].

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 13 de 16
	Título: Protocolo de manejo de Colitis Ulcerativa	Edición: Septiembre 2022	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

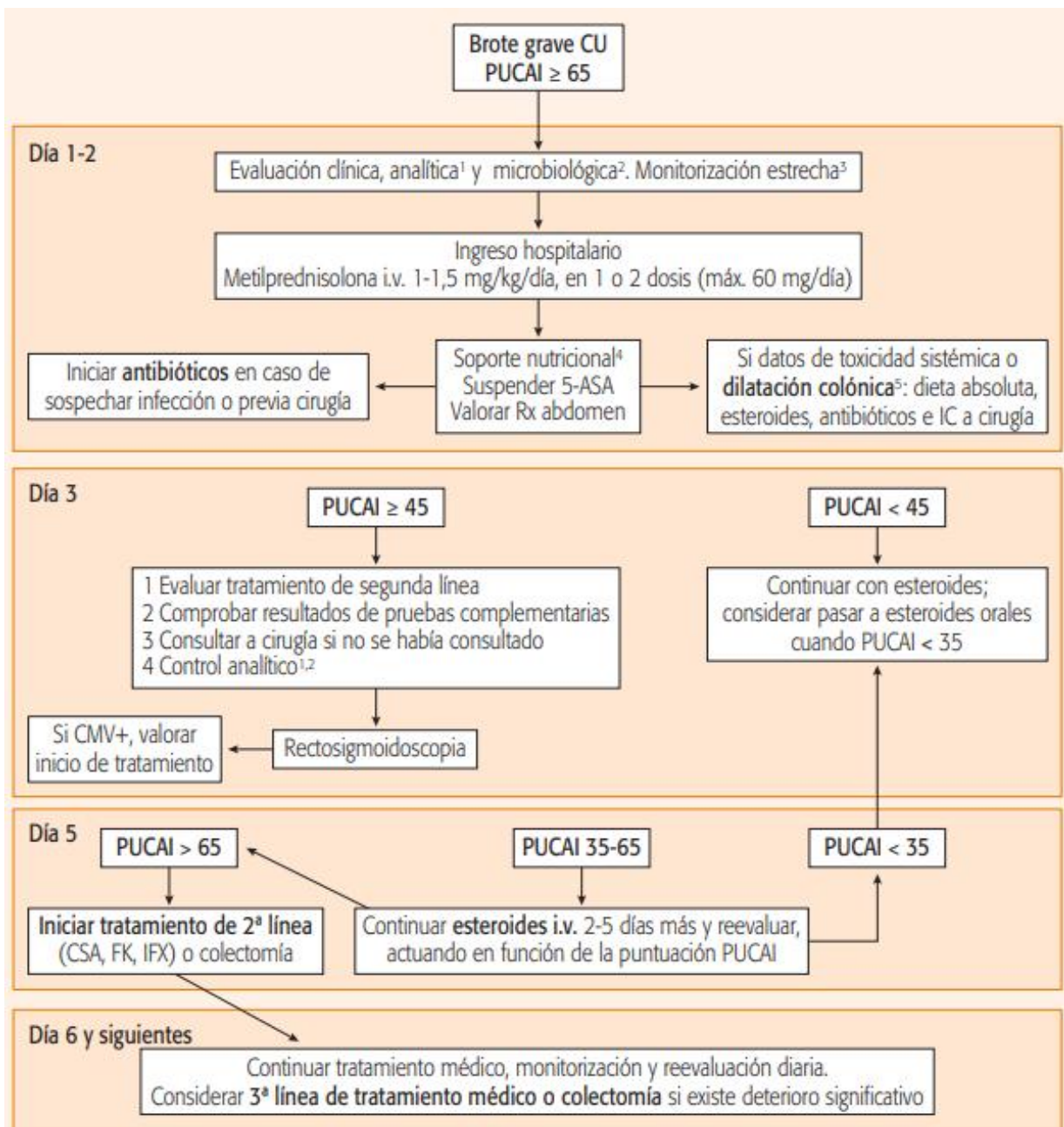



Figura 2. Algoritmo para el tratamiento del brote grave. [Traducido y modificado de: Turner D, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018; 67(2): 292-310].

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 14 de 16
	Título: Protocolo de manejo de Colitis Ulcerativa	Edición: Septiembre 2022	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

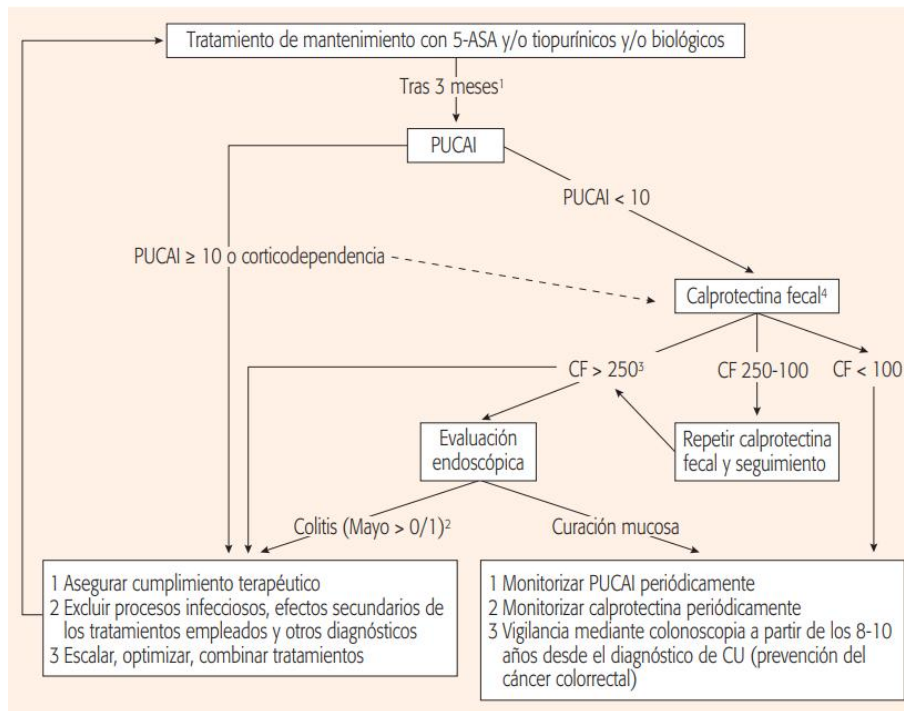


Figura 3. Algoritmo para monitorizar al paciente con CU durante el tratamiento de mantenimiento. [Traducido y modificado de: Turner D, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018; 67(2): 257-91].

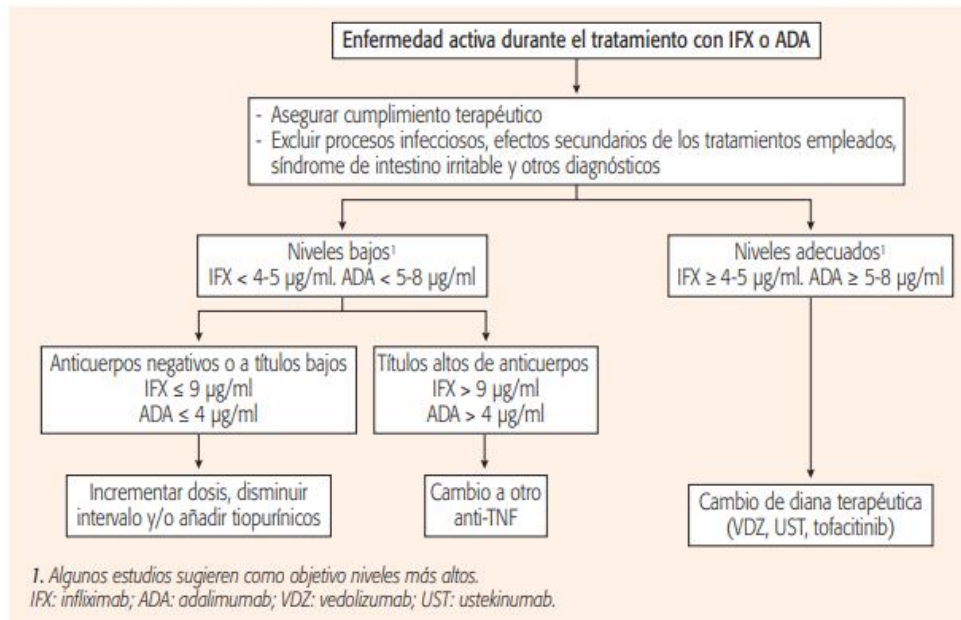



Figura 4. Interpretación práctica de los niveles de fármaco (infliximab y adalimumab) y de anticuerpos anti-TNF. [Traducido y modificado de: Turner D, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018; 67(2): 257-91].

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 15 de 16
	Título: Protocolo de manejo de Colitis Ulcerativa	Edición: Septiembre 2022	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Criterios diagnósticos de megacolon tóxico en niños

- Evidencia radiológica de dilatación de colon transverso ≥ 56 mm (> 40 mm en menores de 10 años)
- Evidencia de toxicidad sistémica, como:
 - Fiebre > 38°C
 - Taquicardia (frecuencia cardiaca superior a dos desviaciones estándar por edad)
 - Deshidratación
 - Alteraciones hidroelectrolíticas (sodio, potasio o cloro)
 - Alteración del nivel de conciencia o coma
 - Hipotensión arterial o *shock*

Tabla 1. Turner D et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018; 67(2): 292-310.