

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		GUÍA DE MANEJO: COLITIS ULCERATIVA	CÓDIGO: CI-COLO-GM-01
 	UNIDAD: CLÍNICO QUIRÚRGICA		FECHA DE EMISIÓN: 02-05-2017
	PROCESO: CIRUGÍA		VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		Página 1 de 14

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Establecer los parámetros e indicaciones correctas para el manejo y tratamiento de la COLITIS ULCEROSA de los pacientes.

2. METODOLOGIA

La presente guía se basó en el consenso médico del Hospital Militar Central, consultas bibliográficas con otras Instituciones, guía de manejo de colitis ulcerativa de la asociación colombiana de gastroenterología 2015. Guías internacionales ECCO, metanálisis, así como con la Secretaría de Salud para la actualización de las guías de manejo para pacientes con esta patología.

El propósito de esta guía es brindar al área de la salud la evidencia más reciente en cuanto a la efectividad y seguridad de las diferentes estrategias para el manejo de colitis ulcerativa en cualquier servicio de atención del país. Las recomendaciones fueron realizadas para los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria que atienden pacientes mayores de 16 años con diagnóstico confirmado de colitis ulcerativa en los diferentes niveles de atención en salud. La guía no incluye pacientes con enfermedad de Crohn, enfermedad inflamatoria intestinal no clasificable, colitis infecciosa, pacientes con CU con complicaciones extraintestinales o eventos adversos y gestantes. Con el objetivo de brindar recomendaciones para la mejor estrategia de manejo diagnóstico y tratamiento de colitis ulcerativa en Colombia, esta guía está dirigida a todo el personal en salud asistencial y administrativo así como para tomadores de decisiones en salud, aseguradoras, pagadores del gasto en salud y a quienes generan políticas en salud.

3. ALCANCE

Definición, epidemiología y patogenia, diagnóstico, tratamiento dependiendo de la severidad de la enfermedad, indicación y seguridad del tratamiento quirúrgico.

4. POBLACION OBJETO

Usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares con sus beneficiarios y/o público en general que presenten esta patología, y consultan al servicio de coloproctología del Hospital Militar Central.

GUIA DE MANEJO	COLITIS ULCERATIVA	CODIGO	CI-COLO-GM-01	VERSION	01
		Página:	2 de 14		

5. RECOMENDACIONES

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerativa (CU) es una enfermedad crónica multifactorial de etiología desconocida (1) caracterizada por la presencia de inflamación difusa en la mucosa colónica en ausencia de granulomas (1). Su curso clínico es intermitente y se caracteriza por la presencia de periodos de remisión y su síntoma cardinal es la presencia de diarrea sanguinolenta asociada a urgencia y tenesmo rectal (1). En el ámbito mundial, la CU es la forma más común de enfermedad inflamatoria intestinal con una incidencia entre 1.2 a 20.3 casos por cada 100.000 personas/año (2) con evidencia de factores de riesgo tales como el antecedente familiar (3), y factores protectores tales como el tabaquismo (4).

El diagnóstico de esta patología cuenta con criterios clínicos y paraclínicos con validez variable y esquemas terapéuticos farmacológicos y quirúrgicos cuya administración está sujeta a su extensión y actividad (5). Sin embargo, pese a que existe evidencia que soporta el uso o no de tecnologías sanitarias en esta condición, las conductas terapéuticas cotidianas no se basan en estas, generando controversias respecto al manejo de estos pacientes (6-9). Debido a lo anterior, se adoptó la guía de la asociación Colombiana de gastroenterología y las guías de manejo de la ECCO, para basar el estudio y manejo de los pacientes con esta patología.

Calidad Global de la evidencia GRADE		
Calificación	Juicio	Características
A	Alta ⊕⊕⊕⊕	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado.
B	Moderada ⊕⊕⊕●	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
C	Baja ⊕⊕●●	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
D	Muy Baja ⊕●●●	Cualquier resultado estimado es muy incierto.

GUIA DE MANEJO	COLITIS ULCERATIVA	CODIGO	CI-COLO-GM-01	VERSION	01
		Página:	3 de 14		

5. RECOMENDACIONES

DIAGNOSTICO

UTILIDAD DIAGNOSTICA DE LA COLONOSCOPIA

Un estudio evaluó la utilidad diagnóstica de la colonoscopia (15) para confirmar la presencia de CU en adultos con signos y síntomas sugestivos de enfermedad inflamatoria usando como patrón de oro la combinación de datos radiológicos e histológicos y el seguimiento clínico. El estudio encontró un aceptable desempeño de la visualización de un "compromiso continuo de mucosa" (Sensibilidad 99%, Especificidad 55%) o de una mucosa de aspecto "Granular", (Sensibilidad 88%, Especificidad 72%] con un discreto desempeño de los signos "Patrón vascular no visible" (Sensibilidad 91%, Especificidad 51%), "Úlceras: erosiones o micro úlceras" (Sensibilidad 67%, Especificidad 87% y "Compromiso rectal" (Sensibilidad 92%, Especificidad 43%;) (15). (Calidad de la evidencia: B).

No se encontraron revisiones sistemáticas o estudios primarios que evaluaran la exactitud diagnóstica de los hallazgos histológicos para hacer el diagnóstico de colitis ulcerativa. EL GDG decidió desarrollar un consenso de expertos, el cual estableció la utilidad del estudio histológico en pacientes con sospecha de la enfermedad inflamatoria intestinal es una herramienta útil a la hora de diferenciar entre colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn u otras formas de colitis (16).

UTILIDAD DE LOS INDICES CLINICOS.

Una revisión sistemática de la Literatura (RSL) evaluó la concordancia y la correlación diagnóstica de índices clínicos endoscópicos e histológicos para establecer la actividad o severidad de los pacientes mayores de 16 años con CU). El índice de Truelove y Witts presentó un moderado acuerdo con el puntaje endoscópico de Barón (κ : 0.58 histología y endoscopia, κ : 0.47 histología y clínica). Del mismo modo, se obtuvo una buena correlación entre el índice de Saverymuttu y la presencia de granulocitos marcados con Indium 111, para la evaluación histológica (r : 0.90) y para los hallazgos endoscópicos sugestivos de inflamación (r : 0.90). En cuanto a la concordancia entre el índice de Geboes y los hallazgos histológicos, se encontró un moderado acuerdo (Kendall: 0.482, p 0.0001 para la concordancia histológica y endoscópica) (17). (Calidad de la evidencia: muy baja).

PRUEBAS DE LABORATORIO

PCR. Un estudio de cohorte evaluó el desempeño de la proteína C reactiva (PCR) para diagnóstico y reactivación de colitis ulcerativa en población adulta usando como patrón de oro la combinación de criterios clínicos, endoscópicos y radiológicos. La PCR tuvo un discreto desempeño con un punto de corte de 5mg/l en el diagnóstico de CU severa (Curva ROC 69%, Sensibilidad 100%, Especificidad 39%, VPP 64%, VPN 100%), con mejor capacidad discriminatoria en la detección de CU activa (Curva ROC 87%, Sensibilidad 96%, Especificidad 80%, VPP 96% y VPN 80%). (Calidad de la evidencia: muy baja). (18)

VSG. Una revisión sistemática de la literatura evaluó el rendimiento operativo de la VSG para diferenciar los diagnósticos de enfermedad inflamatoria intestinal y síndrome de intestino irritable encontró que ésta tiene un pobre desempeño para realizar el diagnóstico diferencial entre las dos entidades, independientemente del punto de corte de los valores de la prueba. (Calidad de la evidencia: muy baja). (19)

GUÍA DE MANEJO	COLITIS ULCERATIVA	CODIGO	CI-COLO-GM-01	VERSION	01
		Página:	4 de 14		

5. RECOMENDACIONES

Procalcitonina. Un estudio de cohorte(18) evaluó el desempeño de la procalcitonina sola o en combinación con PCR para establecer el diagnóstico y la reactivación de colitis ulcerativa en adultos. La procalcitonina con punto de corte de 0.05µg/l presentó un pobre desempeño en el diagnóstico de colitis ulcerativa severa (Curva ROC 50%, Sensibilidad 93%, Especificidad 8%, VPP 52% VPN 50%) que no mejoró con el uso combinado con la PCR (Curva ROC 65%, Sensibilidad 93%, Especificidad 39%, VPP 62% VPN 83%). Del mismo modo, la procalcitonina mostró un inadecuado rendimiento para evaluar la reactivación, bien fuera sola (curva ROC 54%, Sensibilidad 9%, Especificidad 100%, VPP 100% y VPN 20%) o con PCR (Curva ROC 85%, sensibilidad 91%, especificidad 80%, VPP 95% y VPN 67%). (Calidad de la evidencia: muy baja)(18).

Calprotectina fecal y Lactoferrina fecal. La evidencia encontrada muestra un desempeño aceptable de la calprotectina en el diagnóstico diferencial entre enfermedad inflamatoria intestinal y Síndrome de Intestino Irritable (Curva ROC 97% Sensibilidad 93% Especificidad 94%) (20) con resultados similares para la lactoferrina en el diagnóstico diferencial de estas condiciones (curva ROC 94%, Sensibilidad 78%, Especificidad 94%)(21).

Anticuerpos ANCA y ASCA. Una RSL evaluó la exactitud diagnóstica de los diferentes anticuerpos ANCA (CatG+, LT+, MPO+, pANCA +) para el diagnóstico de CU en adultos con signos y síntomas sugestivos de la enfermedad usando como patrón de oro la combinación de criterios clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos. La positividad de los ANCAsmostró un moderado desempeño (Curva ROC 81%, rango Sensibilidad 9% a 82% rango Especificidad 28% al 96%). Para el diagnóstico diferencial de enfermedad inflamatoria intestinal vs no inflamatoria, los ANCA tuvieron un desempeño moderado (Curva ROC 87%, Sensibilidad 32% IC95% 31% a 34%, Especificidad IC95% 96% a 97%) que empeoró con el uso de los anticuerpos ASCA (ASCAIgA+, ASCAIgG+) (Curva ROC 78%, Sensibilidad 39% IC95% 37% a 41%, Especificidad IC95% 91 a 93). (Calidad de la evidencia: muy baja). (22)

TRATAMIENTO

COLITIS ULCERATIVA LEVE A MODERADA

Aminosalicilatos. La guía encontró múltiple información de tipo RSL que evaluó la efectividad y seguridad de los aminosalicilatos en la inducción de la remisión en los pacientes con proctitis y CU leve a moderada.

En lo referente a los aminosalicilatos tópicos, éstos demostraron ser superiores a placebo en desenlaces de efectividad (remisión clínica y endoscópica 4 a 6 semanas RR 10.21 IC95% 1.52 a 68.49) sin diferencias en frecuencia de eventos adversos(23, 24); cuando se compararon aminosalicilatos en supositorio versus enemas, no se encontraron diferencias significativas en desenlaces de seguridad y efectividad (23, 24); adicionalmente, la evidencia no encontró diferencias en efectividad y seguridad entre administrar aminosalicilatos tópicos una vez al día versus dos veces al día (23, 24). (Calidad de la evidencia: baja).

En cuanto a la evidencia que evaluó los efectos de los aminosalicilatos orales en CU, se encontró que comparado contra placebo, los aminosalicilatos orales presentan una mejor remisión clínica y endoscópica (RR 1.83 IC95% 1.38 a 2.43) sin diferencias en las frecuencias de eventos adversos (24, 25). En la forma de administrar los aminosalicilatos orales, no se encontraron diferencias en efectividad y seguridad entre administración de una o dos veces al día o en la presentación granulada versus tabletas (24, 25). (Calidad de la evidencia: baja).

GUIA DE MANEJO	COLITIS ULCERATIVA	CODIGO	CI-COLO-GM-01	VERSION	01
		Página:	5 de 14		

5. RECOMENDACIONES

Adicionalmente, la evidencia que comparó aminosalicilatos tópicos versus orales, documentó que los aminosalicilatos tópicos tienen una previenen las recaídas (RR 0.64 IC95% 0.43 a 0.95), sin encontrar diferencias en las frecuencias de remisión o de eventos adversos. (26) (Calidad de la evidencia: muy baja).

Corticoides orales. Se encontró evidencia de tipo RSL(23, 24, 27) que evaluaron la efectividad y seguridad de los glucocorticoides en pacientes con CU, demostrando su efectividad al ser comparados frente a placebo(27) y en dosis de 40mg en comparación de 20mg(24). (Calidad de la evidencia: muy baja).

Corticoides tópicos. Se encontró evidencia de tipo RSL(23,24, 28) que comparó el uso de glucocorticoides tópicos frente a Aminosalicilatos tópicos(23, 24), encontrando diferencias en contra de los aminosalicilatos en la remisión clínica y endoscópica sin encontrar diferencias en desenlaces de seguridad, calidad de vida o remisión a largo plazo. No obstante, la revisión que evaluó la efectividad del Dipropionato de beclometasona frente al 5-Aminosalicilato no encontró diferencias significativas en la mejoría de los síntomas en la misma presentación(28). (Calidad de la evidencia: muy baja).

Inmunomoduladores. La guía encontró evidencia de tipo RSL desarrollada por el grupo NICE(23, 24). Esta revisión reportó la ausencia de diferencias significativas en la remisión clínica a corto, mediano y largo plazo en la comparación de Metotrexate versus placebo(24). Del mismo modo, la revisión no encontró diferencias significativas en remisión clínica y endoscópica a corto plazo en la comparación de Azatioprina versus placebo(23). (Calidad de la evidencia: muy baja).

Probióticos. Una RSL evaluó la efectividad y seguridad de los probióticos con o sin tratamiento estándar en pacientes con CU. La revisión reportó que el uso de probióticos se asoció con una mejor probabilidad de remisión y respuesta clínica, histológica y endoscópica al ser comparado frente al tratamiento tradicional sin probióticos (RR 1.51 IC95% 1.10 a 2.06) y frente a placebo (RR 1.80 IC95% 1.36 a 2.39), sin reportar diferencias en la frecuencia de eventos adversos (RR 0.99 IC95% 0.67 a 1.44)(29). (Calidad de la evidencia: baja).

Nicotina transdémica. Una RSL evaluó la efectividad y seguridad del uso de la nicotina transdémica en pacientes con CU leve a moderada. La revisión reportó información inconsistente sobre la efectividad de la nicotina transdémica, la cual presentó una mayor mejoría/remisión clínica al compararla contra placebo (OR 2.72 IC95% 1.28 a 5.81) sin encontrar las mismas diferencias al compararla contra el tratamiento convencional. En lo referente a la seguridad, el uso de la nicotina transdémica mostró una mayor cantidad de eventos adversos cuando fue comparada frente al tratamiento convencional (OR 3.54 IC95% 2.07 a 6.08)(30). (Calidad de la evidencia: baja).

COLITIS ULCERATIVA SEVERA

Ciclosporina con Corticoides. El grupo desarrollador de guías NICE realizó una RSL evaluando la efectividad y seguridad de la terapia de ciclosporina más corticoides en pacientes con CU aguda severa. Las comparaciones incluidas en la revisión reportaron mejoría clínica cuando los corticoides fueron administrados concomitantemente con ciclosporina en comparación con la administración de corticoides solos (OR 23.12 IC95% 4.11 a 129.85). En lo referente a la administración de los corticoides, la revisión no encontró diferencias significativas en los desenlaces de efectividad y seguridad al administrar los corticoides mediante infusión versus bolos y en lo referente a la administración de ciclosporina, la revisión no reportó diferencias significativas entre la administración de 4mg/k versus 2mg/k de peso.(24) (Calidad de la evidencia: muy baja).

GUIA DE MANEJO	COLITIS ULCERATIVA	CODIGO	CI-COLO-GM-01	VERSION	01
		Página:	6 de 14		

5. RECOMENDACIONES

Aféresis por absorción de granulocitos y monocitos (GMAA). Una RSL comparó la seguridad y la eficacia del tratamiento del GMAA versus corticoesteroides en pacientes con colitis ulcerativa. La revisión encontró que la terapia GMAA mejoró la remisión clínica (OR 2.23 IC95% 1.38 a 3.6), incluso en pacientes con CU moderada a severa (OR 2.82 IC95% 1.39 a 5.73), con una menor frecuencia de eventos adversos (OR 0.21 IC95% 0.13 a 0.35) (31). (Calidad de la evidencia: muy baja).

PACIENTES EN REMISION

Aminosalicilatos. La RSL desarrollada por el grupo NICE evaluó la efectividad y seguridad de los aminosalicilatos para mantener la remisión en los pacientes con CU. La revisión encontró que tanto el uso de aminosalicilatos tópicos (HR 0.18 IC95% 0.05 a 0.63) como orales (HR 0.53 IC95% 0.41 a 0.7) disminuyeron el riesgo de recaída sin presentar diferencias en la frecuencia de eventos adversos cuando fueron comparadas contra placebo. Al comparar la frecuencia de administración, la revisión encontró que administrar los aminosalicilatos una vez al día se asoció con un mayor riesgo de recaída a los 12 meses (RR 1.45 IC95% 1.04 a 2.03), sin encontrar diferencias en la frecuencia de eventos adversos (24). (Calidad de la evidencia: muy baja).

Azatioprina. La RSL elaborada por el grupo NICE incluyó la evaluación la efectividad y seguridad del uso de la Azatioprina comparada con placebo en pacientes con CU en remisión. Al año de seguimiento no se encontraron diferencias en la tasa de recaída y en la frecuencia de eventos adversos, aunque se documentó una menor recaída asociada a su uso durante el seguimiento (HR 0.42 IC95% 0.23 a 0.77) y la remisión (HR 0.31 IC95% 0.1 a 1.0) (24). (Calidad de la evidencia: muy baja).

Mercaptopurina. Una RSL evaluó la seguridad de la mercaptopurina en pacientes con CU intolerantes a la Azatioprina, encontrando una tolerabilidad a la medicación del 67% (IC95% 85% a 76%)(32). (Calidad de la evidencia: muy baja).

Metrotexate. La RSL desarrollada por NICE evaluó el uso del Metotrexate para mantener la remisión en los pacientes con CU, sin encontrar diferencias significativas en la frecuencia de recaídas a corto y largo plazo cuando fue comparado contra placebo y contra sulfazalazina (24). (Calidad de la evidencia: muy baja).

Mesalazina. La RSL desarrollada por NICE evaluó el uso la Mesalazina para mantener la remisión en los pacientes con CU. La revisión no documento diferencias en la frecuencia de recaídas cuando se comparó la Mesalazina con Sulfazalazina(23, 24).En cuanto a la dosis de administración, la revisión reportó una mayor tasa de recaída cuando la mesalazina se administra en dosis bajas (500 vs 1000 mg RR 4.0 IC95% 1.12 a 14.33, 1500 mg vs 3000 mg RR 2.65 IC95% 1.56 a 4.49), sin reportar diferencias en la frecuencia de eventos adversos serios(24). (Calidad de la evidencia: moderada).

Probióticos. Una RSL evaluó la efectividad y seguridad de los probióticos con o sin tratamiento estándar en pacientes con CU en remisión, sin encontrar diferencias en las tasas de remisión ni en eventos adversos cuando se compararon contra placebo o contra tratamiento habitual (29). (Calidad de la evidencia: muy baja).

GUIA DE MANEJO	COLITIS ULCERATIVA	CODIGO	CI-COLO-GM-01	VERSION	01
		Página:	7 de 14		

5. RECOMENDACIONES

TERAPIA BIOLÓGICA

Anti-TNFα (Infliximab, Adalimumab, Golimumab). Una RSL evaluó la efectividad de los anti-TNFα en pacientes con CU moderada – severa. La revisión encontró que el uso de anti-TNFα se asoció con una mayor probabilidad de remisión RR 2.45 (IC95% 1.72 a 3.47) y de permanencia de la remisión (RR 2.0 IC95% 1.52 a 2.62) (Calidad de la evidencia: moderada). Al evaluar la efectividad entre cada medicamento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (33). (Calidad de la evidencia: muy baja).

En lo concerniente a la seguridad del uso de los anti- TNFα, las RSL no encontraron diferencias significativas en el riesgo de infección por oportunistas en el subgrupo de pacientes con CU (RR 1.77 IC95% 0.69 a 4.57)(34), ni en el riesgo de patología tumoral (RR 0.77 IC95% 0.37 a 1.59) (35). (Calidad de la evidencia: baja).

Infliximab. Varias RSL evaluaron el uso de Infliximab en pacientes con CU moderada a severa. Los resultados no mostraron diferencias entre su uso prequirúrgico y el riesgo de complicaciones(36). Del mismo modo, no se encontraron diferencias a largo plazo entre el uso de Infliximab y el uso de Adalimumab en pacientes con CU que no hubieran recibido terapia anti-TNFα previa(37), ni entre el uso de Infliximab versus Ciclosporina en pacientes con CU refractaria al tratamiento con esteroides que requieren terapia de rescate(38), ni en la remisión clínica a largo plazo secundaria al uso combinado de Infliximab con inmunosupresores versus monoterapia en pacientes con CU moderada a severa(39). (Calidad de la evidencia: muy baja).

CIRUGÍA

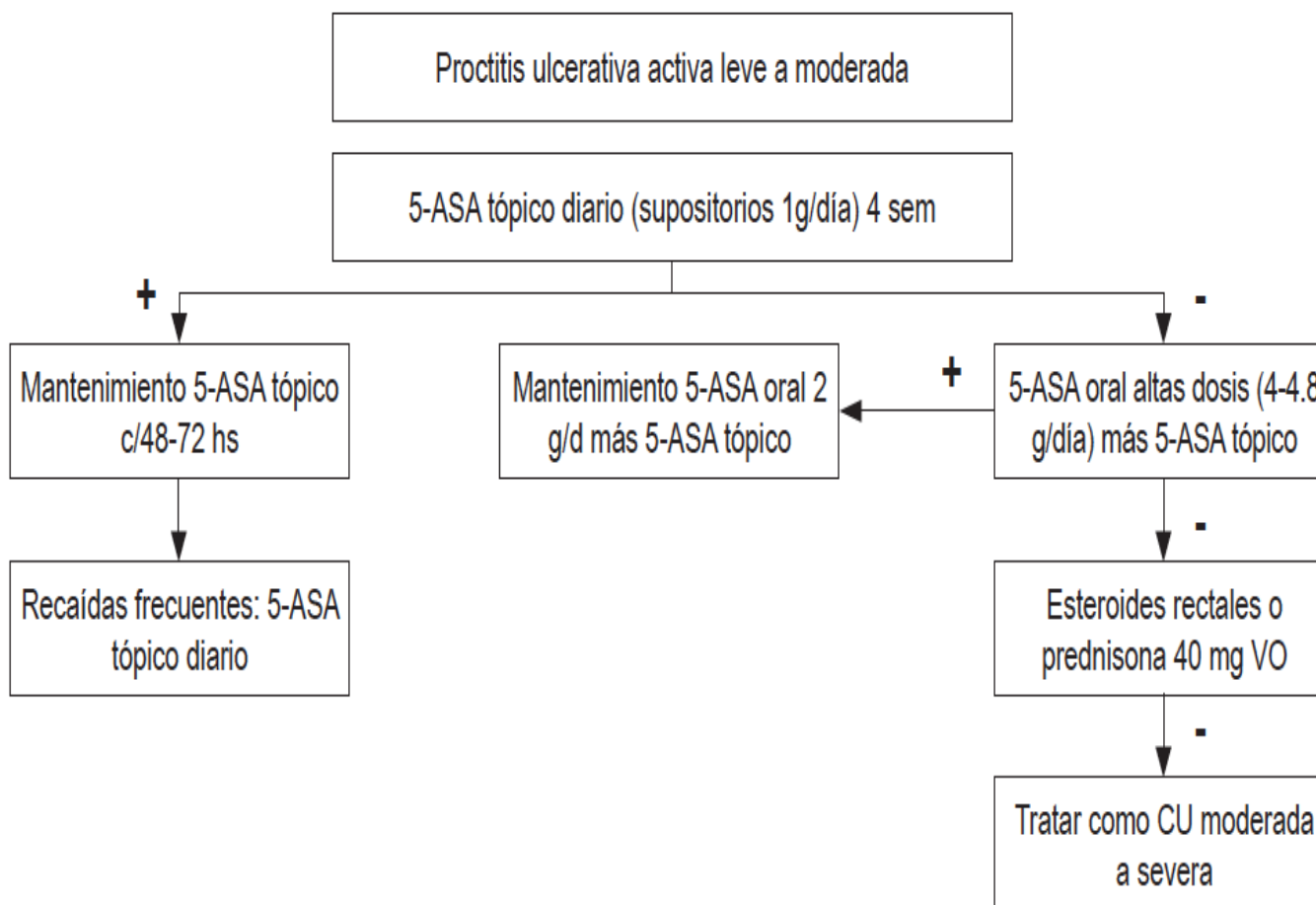
Procolectomía con anastomosis ileoanal. Una RSL al evaluar la calidad de vida asociada a la proctocolectomía reconstructiva en pacientes con CU encontró que en el análisis de subgrupos por calidad que esta intervención mejora los puntajes de calidad de vida relacionadas con la salud y el estado de salud reportado por los pacientes (40). Al evaluar el abordaje de laparoscopia versus técnica abierta, se encontró una RSL (41) la cual evidenció una recuperación más pronta asociada a la técnica de laparoscopia en términos de primera defecación, consumo de dieta sólida, menor uso de pañales y de defecaciones nocturnas (41). En lo referente al tipo de sutura de la anastomosis ileoanal, la RSL que evaluó este aspecto no encontró diferencias significativas entre el uso de doble grapa versus mucossectomía con sutura manual en los niveles de continencia manual, la discriminación de flatos y heces, las deposiciones nocturnas y la incontinencia (42). (Calidad de la evidencia: muy baja).

Inflamacion de la bolsa ileal. Una RSL evaluó la efectividad y seguridad de las intervenciones usadas en la prevención y tratamiento de la inflamación de la bolsa ileoanal. La revisión encontró que el uso de enemas de ciprofloxacina fue superior al metronidazol en la mejoría sintomática de pacientes con episodio agudo de inflamación del reservorio ileoanal. En las comparaciones contra placebo, la revisión documento mejoría sintomática asociada al uso de probióticos profilácticos o en inflamación de la bolsa ileoanal, sin encontrar diferencias significativas en las otras intervenciones y comparaciones incluidas (43). (Calidad de la evidencia: muy baja).

Vigilancia Endoscópica. Una RSL evaluó la efectividad de la vigilancia endoscópica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal para la detección temprana de lesiones malignas y premalignas, sin encontrar diferencias en la mortalidad por lesiones malignas o premalignas entre la realización de la vigilancia versus la no vigilancia (44). (Calidad de la evidencia: muy baja).

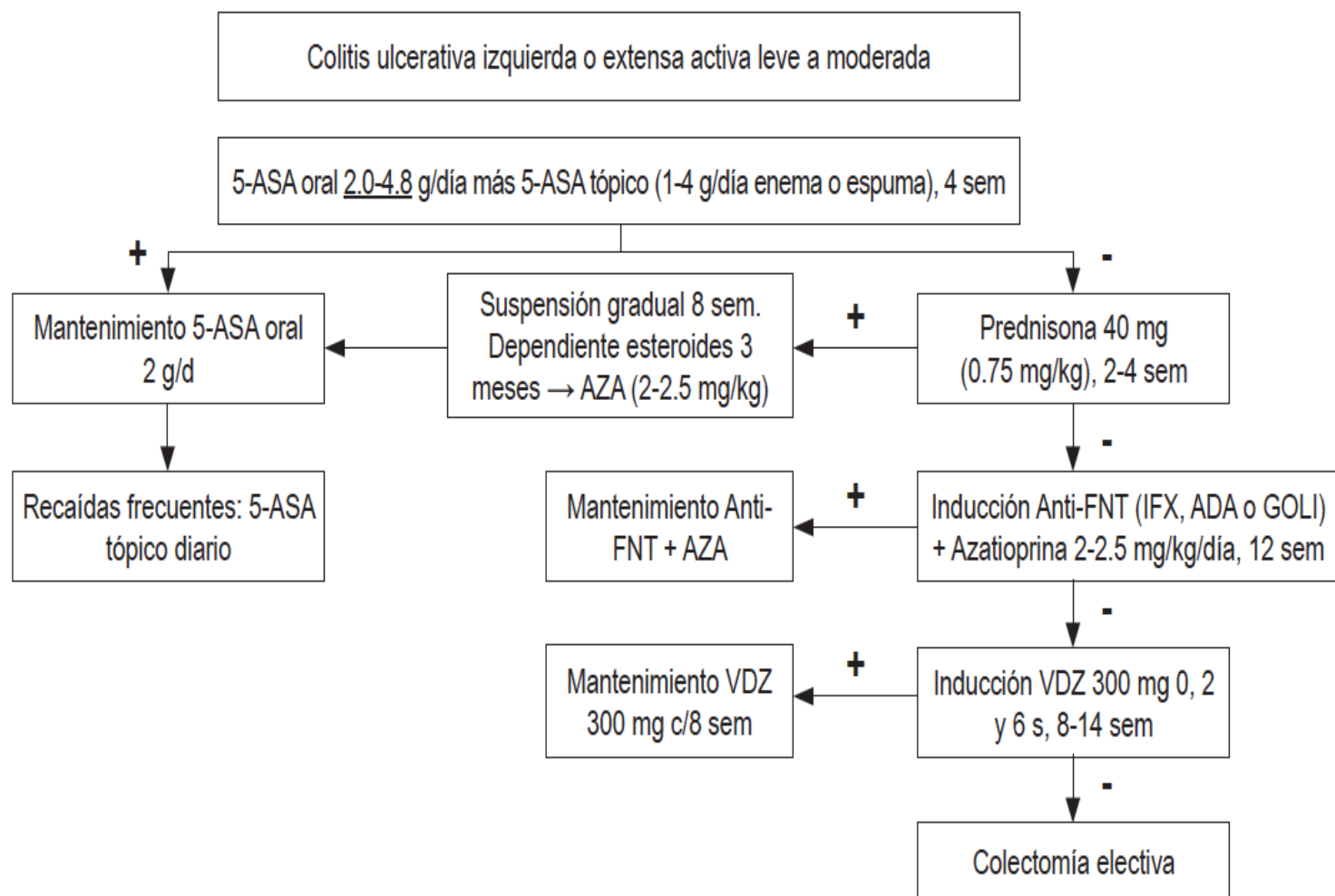
GUIA DE MANEJO	COLITIS ULCERATIVA	CODIGO	CI-COLO-GM-01	VERSION	01
		Página:	8 de 14		

6. ALGORITMO



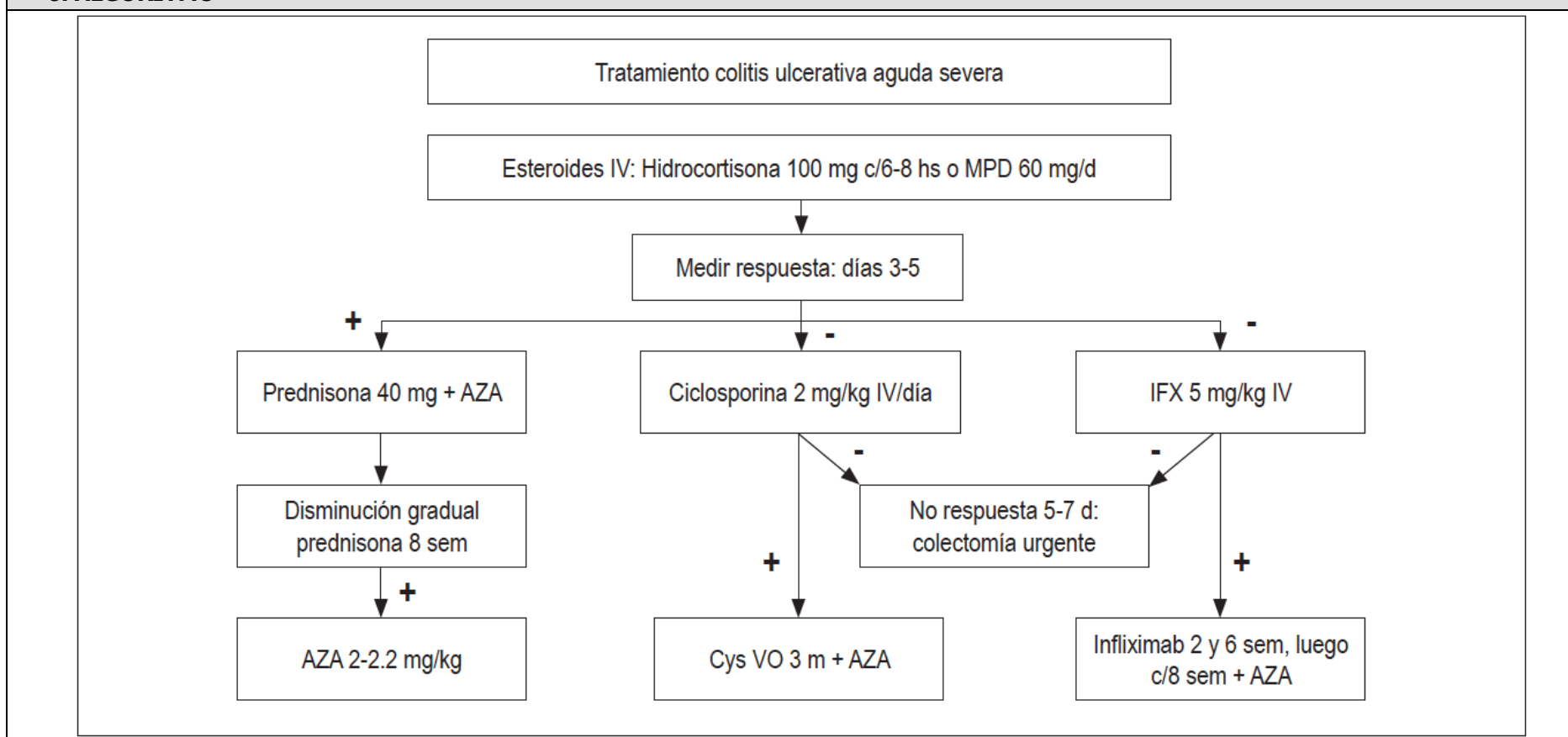
GUIA DE MANEJO	COLITIS ULCERATIVA	CODIGO	CI-COLO-GM-01	VERSION	01
		Página:	9 de 14		

6. ALGORITMO



GUIA DE MANEJO	COLITIS ULCERATIVA	CODIGO	CI-COLO-GM-01	VERSION	01
		Página:	10 de 14		

6. ALGORITMO



7. CONTROL DE CAMBIOS

ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
-	No Aplica			

GUIA DE MANEJO	COLITIS ULCERATIVA	CODIGO	CI-COLO-GM-01	VERSION	01
		Página:	11 de 14		

8. ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

1. Dignass A, Eliakim R, Magro F, Maaser C, Chowers Y, Geboes K, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 1: definitions and diagnosis. J Crohns Colitis. 2012 Dec;6(10):965-90.
2. Loftus EV, Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. Gastroenterology. 2004 May;126(6):1504-17.
3. Ordas I, Eckmann L, Talamini M, Baumgart DC, Sandborn WJ. Ulcerative colitis. Lancet. 2012 Nov 3;380(9853):1606-19.
4. Beaugerie L, Massot N, Carbonnel F, Cattan S, Gendre JP, Cosnes J. Impact of cessation of smoking on the course of ulcerative colitis. Am J Gastroenterol. 2001 Jul;96(7):2113-6.
5. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, Arnott ID, Bernstein CN, Brant SR, et al. Toward 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 Sep;19 Suppl A:5A-36A.
6. Ooi CJ, Fock KM, Makharia GK, Goh KL, Ling KL, Hilmi I, et al. The Asia-Pacific consensus on ulcerative colitis. J Gastroenterol Hepatol. 2010 Mar;25(3):453-68.
7. Gomollon F, Garcia-Lopez S, Sicilia B, Gisbert JP, Hinojosa J. [Therapeutic guidelines on ulcerative colitis: a GRADE methodology based effort of GETECCU]. Gastroenterol Hepatol. 2013 Oct;36(8):e1-47.
8. Kornbluth A, Sachar DB. Ulcerative colitis practice guidelines in adults: American College Of Gastroenterology Practice Parameters Committee. Am J Gastroenterol. 2010 Mar;105(3):501-23; quiz 24.
9. Bernstein CN, Fried M, Krabshuis JH, Cohen H, Eliakim R, Fedail S, et al. World Gastroenterology Organization Practice Guidelines for the diagnosis and management of IBD in 2010. Inflamm Bowel Dis. 2010 Jan;16(1):112-24.
10. AGREE C. Instrumento AGREE II Instrumento para la evaluación de Guías de Práctica Clínica. Guíasalud; 2009 [updated 2009; cited 2015]; Available from: http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf.
11. Social MdIP, Colciencias, Bogotá CdEeIeSdlFSFd, Harvard EdSPdlUd. Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. 2010 [cited 2015. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents>
12. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol. 2007;7:10.
13. Brozek JL, Akl EA, Alonso-Coello P, Lang D, Jaeschke R, Williams JW, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines. Part 1 of 3. An overview of the GRADE approach and grading quality of evidence about interventions. Allergy. 2009 May;64(5):669-77.
14. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2008 Apr 26;336(7650):924-6.
15. Pera A, Bellando P, Caldera D, Ponti V, Astegiano M, Barletti C, et al. Colonoscopy in inflammatory bowel disease. Diagnostic accuracy and proposal of an endoscopic score. Gastroenterology. 1987 Jan;92(1):181-5.

GUIA DE MANEJO	COLITIS ULCERATIVA	CODIGO	CI-COLO-GM-01	VERSION	01
		Página:	12 de 14		

8. ANEXOS

16. Magro F, Langner C, Driessen A, Ensari A, Geboes K, Mantzaris GJ, et al. European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2013;7(10):827-51.
17. Mosli MH, Feagan BG, Sandborn WJ, D'Haens G, Behling C, Kaplan K, et al. Histologic evaluation of ulcerative colitis: a systematic review of disease activity indices. *Inflamm Bowel Dis*. 2014 Mar;20(3):564-75.
18. Oussalah A, Laurent V Fau - Bruot O, Bruot O Fau - Gueant JL, Gueant JL Fau - Regent D, Regent D Fau - Bigard MA, Bigard Ma Fau - Peyrin-Biroulet L, et al. Additional benefit of procalcitonin to C-reactive protein to assess disease activity and severity in Crohn's disease. 2010(1365-2036 (Electronic)).
19. Menees SB, Powell C, Kurlander J, Goel A, Chey WD. A meta-analysis of the utility of C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, fecal calprotectin, and fecal lactoferrin to exclude inflammatory bowel disease in adults with IBS. *Am J Gastroenterol*. 2015 Mar;110(3):444-54.
20. Waugh N, Cummins E, Royle P, Kandala NB, Shyangdan D, Arasaradnam R, et al. Faecal calprotectin testing for differentiating amongst inflammatory and non-inflammatory bowel diseases: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2013 Nov;17(55):xv-xix, 1-211.
21. Zhou XL, Xu W, Tang XX, Luo LS, Tu JF, Zhang CJ, et al. Fecal lactoferrin in discriminating inflammatory bowel disease from irritable bowel syndrome: a diagnostic meta-analysis. *BMC Gastroenterol*. 2014;14:121.
22. Reese GE, Constantinides VA, Simillis C, Darzi AW, Orchard TR, Fazio VW, et al. Diagnostic precision of anti- *Saccharomyces cerevisiae* antibodies and perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibodies in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 2006 Oct;101(10):2410-22.
23. Marshall JK, Thabane M, Steinhart AH, Newman JR, Anand A, Irvine EJ. Rectal 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(1):CD004115.
24. (NICE) NCGC. *Ulcerative Colitis: Management in Adults, Children and Young People*. London; 2013 [cited 2015].
25. Feagan BG, Macdonald JK. Oral 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD000543.
26. Ford AC, Khan KJ, Achkar JP, Moayyedi P. Efficacy of oral vs. topical, or combined oral and topical 5-aminosalicylates, in Ulcerative Colitis: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2012 Feb;107(2):167-76; author reply 77.
27. Ford AC, Bernstein CN, Khan KJ, Abreu MT, Marshall JK, Talley NJ, et al. Glucocorticosteroid therapy in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2011 Apr;106(4):590-9; quiz 600.
28. Manguso F, Balzano A. Meta-analysis: the efficacy of rectal beclomethasone dipropionate vs. 5-aminosalicylic acid in mild to moderate distal ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007 Jul 1;26(1):21-9.
29. Shen J, Zuo ZX, Mao AP. Effect of probiotics on inducing remission and maintaining therapy in ulcerative colitis, Crohn's disease, and pouchitis: meta-analysis of randomized controlled trials. *Inflamm Bowel Dis*. 2014 Jan;20(1):21-35.
30. McGrath J, McDonald JW, Macdonald JK. Transdermal nicotine for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004(4):CD004722.
31. Yoshino T, Nakase H, Minami N, Yamada S, Matsuura M, Yazumi S, et al. Efficacy and safety of granulocyte and monocyte adsorption apheresis for ulcerative colitis: a meta-analysis. *Dig Liver Dis*. 2014 Mar;46(3):219-26.
32. Kennedy NA, Rhatigan E, Arnott ID, Noble CL, Shand AG, Satsangi J, et al. A trial of mercaptopurine is a safe strategy in patients with inflammatory bowel disease intolerant to azathioprine: an observational study, systematic review and meta-analysis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013 Nov;38(10):1255-66.
33. Stidham RW, Lee TC, Higgins PD, Deshpande AR, Sussman DA, Singal AG, et al. Systematic review with network meta-analysis: the efficacy of anti-tumour necrosis factor-alpha agents for the treatment of ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2014 Apr;39(7):660-71.

GUIA DE MANEJO	COLITIS ULCERATIVA	CODIGO	CI-COLO-GM-01	VERSION	01
		Página:	13 de 14		

8. ANEXOS

34. Ford AC, Peyrin-Biroulet L. Opportunistic infections with anti-tumor necrosis factor-alpha therapy in inflammatory bowel disease: meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Gastroenterol. 2013 Aug;108(8):1268-76.
35. Williams CJ, Peyrin-Biroulet L, Ford AC. Systematic review with meta-analysis: malignancies with anti-tumour necrosis factor-alpha therapy in inflammatory bowel disease. Aliment Pharmacol Ther. 2014 Mar;39(5):447-58.
36. Yang Z, Wu Q, Wang F, Wu K, Fan D. Meta-analysis: effect of preoperative infliximab use on early postoperative complications in patients with ulcerative colitis undergoing abdominal surgery. Aliment Pharmacol Ther. 2012 Nov;36(10):922-8.
37. Thorlund K, Druyts E, Mills EJ, Fedorak RN, Marshall JK. Adalimumab versus infliximab for the treatment of moderate to severe ulcerative colitis in adult patients naive to anti-TNF therapy: an indirect treatment comparison meta-analysis. J Crohns Colitis. 2014 Jul;8(7):571-81.
38. Chang KH, Burke JP, Coffey JC. Infliximab versus cyclosporine as rescue therapy in acute severe steroid-refractory ulcerative colitis: a systematic review and meta-analysis. Int J Colorectal Dis. 2013 Mar;28(3):287-93.
39. Christophorou D, Funakoshi N, Duny Y, Valats JC, Bismuth M, Pineton De Chambrun G, et al. Systematic review with meta-analysis: infliximab and immunosuppressant therapy vs. infliximab alone for active ulcerative colitis. Aliment Pharmacol Ther. 2015 Apr;41(7):603-12.
40. Heikens JT, de Vries J, van Laarhoven CJ. Quality of life, health-related quality of life and health status in patients having restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis: a systematic review. Colorectal Dis. 2012 May;14(5):536-44.
41. Singh P, Bhangu A, Nicholls RJ, Tekkis P. A systematic review and meta-analysis of laparoscopic vs open restorative proctocolectomy. Colorectal Dis. 2013 Jul;15(7):e340-51.
42. Schluender SJ, Mei L, Yang H, Fleshner PR. Can a meta-analysis answer the question: is mucosectomy and handsewn or double-stapled anastomosis better in ileal pouch-anal anastomosis? Am Surg. 2006 Oct;72(10):912-6.
43. Holubar SD, Cima RR, Sandborn WJ, Pardi DS. Treatment and prevention of pouchitis after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. Cochrane Database Syst Rev. 2010(6):CD001176.
44. Collins PD, Mpofu C, Watson AJ, Rhodes JM. Strategies for detecting colon cancer and/or dysplasia in patients with inflammatory bowel disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006(2):CD000279.

GUIA DE MANEJO	COLITIS ULCERATIVA	CODIGO	CI-COLO-GM-01	VERSION	01
		Página:	14 de 14		

APROBACIÓN				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Dr. Carlos Martinez	Coloproctologo	Mayo de 2017	Carlos E. Martinez J. Colo-Proctologia Especialista R.M. 79153352
	Dr. Heinz Ibañez	Coloproctologo	Mayo de 2017	HEINZ O. IBAÑEZ ESPECIALISTA COLOPROCTOLO R.M. 79153352
	Dr. Nairo Senejoa	Coloproctologo	Mayo de 2017	Dr. Nairo Senejoa Coloproctologia R.M. 79153352
	CR.MD. Lina Maria Mateus Barbosa	Coloproctologa	Mayo de 2017	Lina Maria Mateus B. Especialista Coloproctologia R.M. 51918732
REVISÓ	Dr. Juan Fernando Maldonado	Jefe de Unidad del Sector Defensa-Unidad Clínico Quirúrgica	Mayo de 2017	Dr. Juan F. Maldonado G. C.C. 79.396.695 ANESTESIA - U.C.I. HOSPITAL MILITAR CENTRAL
APROBÓ	CR.MD. Lina Maria Mateus Barbosa	Subdirector del Sector Defensa – Subdirección Medica (E)	Mayo de 2017	
PLANEACIÓN –CALIDAD Revisión Metodológica	SMSM. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad	Mayo de 2017	