

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Prevalencia de Colitis indeterminada en pacientes mayores de 18 años del Hospital IESS Ceibos en el periodo 2019-2020.

AUTORES:

Alcívar García Jorge Daniel

Cadena Vargas Manuel Andrés

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

MÉDICO

TUTOR:

Dr. Briones Jiménez Roberto Leonardo

Guayaquil, Ecuador

2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente **Trabajo de Titulación**, fue realizado en su totalidad por **Alcívar García Jorge Daniel** y **Cadena Vargas Manuel Andrés**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR

f. _____

Dr. Briones Jiménez Roberto Leonardo

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, al 1 del mes de septiembre del año 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Alcívar García Jorge Daniel y Cadena Vargas Manuel
Andrés**

DECLARAMOS QUE:

El **Trabajo de Titulación:** Prevalencia de Colitis indeterminada en pacientes mayores de 18 años del Hospital IESS Ceibos en el periodo 2019-2020”, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al 1 del mes de septiembre del año 2022

EL AUTOR

EL AUTOR

f. _____

Alcívar García Jorge Daniel

f. _____

Cadena Vargas Manuel Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Alcívar García Jorge Daniel y Cadena Vargas Manuel
Andrés**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: Prevalencia de Colitis indeterminada en pacientes mayores de 18 años del Hospital IESS Ceibos en el periodo 2019-2020, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 1 del mes de septiembre del año 2022

EL AUTOR

f. _____

Alcívar García Jorge Daniel

EL AUTOR

f. _____

Cadena Vargas Manuel Andrés

REPORTE DE URKUND



Document Information

Analyzed document	TESIS P69 ALCÍVAR CADENA.docx (D143111545)
Submitted	8/21/2022 3:09:00 AM
Submitted by	
Submitter email	jorge.alcivar03@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	robertobriones.ucsg@analysis.orkund.com

Sources included in the report

REVISOR (A)

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Roberto Jiménez Briones", written over a horizontal line.

f. _____

Dr. Briones Jiménez Roberto Leonardo

AGRADECIMIENTO

Yo Jorge Daniel Alcívar García, primero que todo, agradezco a Jehová Dios por haberme permitido llegar hasta aquí. A mi madre, por ser mi pilar, por aconsejarme, por su gran amor, por preocuparse de que nunca me faltara nada, y por haber estado ahí cuando más lo necesitaba. A mi padre por su gran cariño, por haber creído en mí y por ser mi apoyo incondicional. A mi hermana por alegrar mis días, tenerme paciencia, enseñarme tantas cosas, y por haberme acompañado durante todos estos años. Agradezco a mi abuelita, tías y primos por sus sabios consejos y gran amor.

A mis profesores por dejarme tantas enseñanzas y haberme guiado a largo de esta carrera. A mis compañeros y futuros colegas por acompañarme en este recorrido y haber hecho de este camino algo inolvidable.

Agradezco también a mi tutor, el Dr. Briones Jiménez Roberto Leonardo, por habernos brindado su apoyo. Y a la Dra. Bella Morales, porque gracias a ella, el desarrollo de este trabajo fue posible.

Jorge

AGRADECIMIENTO

Me gustaría agradecer en estas líneas la ayuda que muchas personas me han prestado durante el proceso de investigación y redacción de este trabajo, las cuales además me acompañaron durante toda mi carrera, aportando a mi formación tanto profesional como ser humano. En primer lugar, quisiera extender todo mi agradecimiento a Dios, ya que sin Él nada de esto sería posible, estando siempre presente en el caminar de mi vida, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer. Expresar en palabras no alcanzaría a demostrar la gratitud hacia mis padres, el pilar fundamental de mi vida. Para con mi madre por su invaluable paciencia, su sacrificio en el trabajo, sus frecuentes consejos, muestras de amor y su devoción a la familia. Para con mi padre por su generoso apoyo y su imparable dedicación al trabajo que me ha inspirado desde el primer día. Ha sido un privilegio y orgullo ser su hijo, gracias por ser los promotores de mi sueño de ser médico, por confiar, creer en mí y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron. Para con mis hermanos Sebastián, David y Emiliano, por darme amor incondicional, por llenarme de alegría día tras día, por compartir horas y horas de películas, series, deportes, llenar mis días de puro amor y brindarme estabilidad emocional. Para con mi tío Artemio, por su amor, generoso apoyo y por su pureza del alma. Para con mi papito Felipe por sus abrazos, deliciosa comida y constante atención por mi bienestar. Para con mis queridos amigos y colegas de la Universidad y de los hospitales, por sus comentarios, su aliento, sus sugerencias, y las inolvidables anécdotas vividas en nuestra etapa universitaria. Para con Ma. José Farfán por su cariño, inspiración y dedicación a enseñarme y mejorar cada día. Agradezco a todos mis docentes, quienes me brindaron sus conocimientos y experiencias. Mi profundo agradecimiento para con la Dra Bella Morales, por ser una mano amiga, compartir sus valiosos conocimientos, experiencias y ser un apoyo durante el internado. Me gustaría agradecer a mi gran amigo Emilio Olaya por todo el entretenimiento, los viajes y el apoyo emocional que han mantenido mi ánimo y motivación altos cuando más lo he necesitado. Gracias infinitas.

DEDICATORIA

Yo Jorge Daniel Alcívar García, le dedico este logro a mi familia, especialmente a mis padres, por apoyarme y creer en mí, y por hacer posible que este aquí ahora. A mi madre por haberme acompañado esas largas noches de estudio y por enseñarme a no rendirme jamás, y a superarme cada día, siempre dando lo mejor de mí y por demostrarme que con esfuerzo y disciplina, todo es posible.

A mi padre por haber estado todos estos años y haberme brindado tantas bellas palabras de ánimo cuando más lo necesitaba y por nunca haber dudado de mi capacidad.

A mi abuelita por sus sabios consejos como el de no desistir si algo no salía como lo esperaba, y por el gran amor que siempre me da.

A mis primos por confiar en que podría lograrlo, y sobre todo a mi hermana, que me enseñó tantas cosas a lo largo de la carrera, explicándome todo lo que no entendía, con mucha paciencia, por darme ánimos en mis momentos más difíciles, y por siempre haber sido mi apoyo incondicional.

Jorge

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a:

A Dios quien ha sido mi guía, fortaleza y su mano de fidelidad y amor han estado conmigo hasta el día de hoy.

A mis padres quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

A mis hermanos por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias. A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

Manuel



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. BRIONES JIMÉNEZ ROBERTO LEONARDO

f. _____

DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ, MGS.

DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. ANDRÉS MAURICIO AYÓN GENKUONG

COORDINADOR DEL ÁREA

ÍNDICE

RESUMEN.....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	2
1.1 EL PROBLEMA	4
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.4 JUSTIFICACIÓN	5
1.5 DETERMINACION DEL PROBLEMA	5
FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	6
1.6 Objetivos Generales y Específicos	6
1.7 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	7
CAPÍTULO DOS.....	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1.1 COLITIS INDETERMINADA: TERMINOLOGÍA Y DEFINICIÓN	8
2.1.2 PATOLOGÍA DE LA COLITIS INDETERMINADA	10
2.1.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA COLITIS INDETERMINADA	12
2.1.4 MARCADORES DE DIAGNÓSTICO	13
CAPÍTULO TRES	16
MARCO METODOLÓGICO.....	16
3.2 METODOLOGÍA.....	16
3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN	16
3.4 POBLACIÓN	16
3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	16
3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	16
3.5 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	17
3.6 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	17
3.7 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.....	17
CAPÍTULO CUATRO.....	18
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	18
4.2 RESULTADOS	18
4.3 DISCUSIÓN	19
CAPÍTULO CINCO	22
RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES	22
5.2 RECOMENDACIONES	22
5.3 CONCLUSIONES	22
REFERENCIAS	23
ANEXOS	25

ÍNDICE DE TABLAS

TABLAS.....	25
TABLA 1 (ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS (EDAD)).....	25
TABLA 2 (SEXO).....	25
TABLA 3 (NACIONALIDAD).....	26
TABLA 4 (PROVINCIA).....	27
TABLA 5 (ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES).....	28
TABLA 6 (MANIFESTACIONES CLÍNICAS).....	29
TABLA 7 (COMPLICACIONES).....	29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICOS.....	30
GRÁFICO 1 (EDAD).....	30
GRÁFICO 2 (SEXO).....	31
GRÁFICO 3 (NACIONALIDAD)	31
GRÁFICO 4 (PROVINCIA)	33
GRÁFICO 5 (ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES)	34

RESUMEN

Introducción: Las colitis varían mucho en cada paciente y no ofrecen muchas pistas diagnósticas, estos suelen presentar diarrea, sangrado, diarrea con sangrado, diarrea con dolor abdominal y pérdida de peso, con o sin fiebre y con o sin síntomas extraintestinales. Como no existe un solo estándar de oro, la discriminación entre CU y EC sigue basándose en una combinación de observaciones clínicas, de laboratorio, endoscópicas, histopatológicas y radiográficas. En aproximadamente 5 al 10% de enfermedades de colon, no se logra llegar a un diagnóstico definitivo de CU y EC. En esos casos, se utiliza el término colitis indeterminada [CI]. **Metodología:** Este es un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal. Se recogió información de las historias clínicas de pacientes mayores de 18 años que tuviesen de diagnóstico colitis indeterminada en el Hospital Iess Ceibos en el periodo 2019-2020. A los datos recogidos se les realizó un análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** De los 234 pacientes con diagnóstico de CI mayores de 18 años que se estudiaron, la distribución entre el sexo masculino y femenino fue equitativa, con una edad en promedio de 50 años de edad, predominando la nacionalidad ecuatoriana y la provincia de guayas. Los antecedentes patológicos personales más frecuentemente que se encontraron fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, gastritis Crónica, colitis ulcerativa y colitis inespecificada. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron dolor abdominal, diarrea y constipación. Las complicaciones más habituales fueron hemorragia, fístulas perianales y neoplasia de colon. **Conclusión:** Hubo una prevalencia de 234 casos de CI en la población estudiada, una edad promedio de 50, una distribución amplia de 35 a 65 años, una distribución de género equitativo, APP de HTA y DM tipo 2, manifestaciones clínicas de dolor abdominal, diarrea y constipación y complicaciones como hemorragia, fístulas perianales y neoplasia de colon.

Palabras Claves: Colitis indeterminada, Colitis ulcerativa, Enfermedad de Crohn, Enfermedad Inflamatoria Intestinal

ABSTRACT

Introduction: Colitis varies greatly in each patient and does not offer many diagnostic clues, these usually present with diarrhea, bleeding, diarrhea with bleeding, diarrhea with abdominal pain and weight loss, with or without fever and with or without extraintestinal symptoms. As there is no single gold standard, discrimination between UC and CD continues to be based on a combination of clinical, laboratory, endoscopic, histopathologic, and radiographic observations. In approximately 5% to 10% of colon diseases, a definitive diagnosis of UC and CD cannot be made. In those cases, the term indeterminate colitis [IC] is used. **Methodology:** This is a descriptive, observational, retrospective, cross-sectional study. Information was collected from the medical records of patients over 18 years of age who had an indeterminate colitis diagnosis at the less Ceibos Hospital in the 2019-2020 period. A descriptive statistical analysis was performed on the collected data. **Results:** Of the 234 patients diagnosed with IC over 18 years of age who were studied, the distribution between male and female sex was equal, with an average age of 50 years of age, predominantly Ecuadorian nationality and the province of Guayas. The personal pathological antecedents most frequently found were arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus, chronic gastritis, ulcerative colitis and unspecified colitis. The most frequent clinical manifestations were abdominal pain, diarrhea and constipation. The most common complications were hemorrhage, perianal fistulae, and colon neoplasia. **Conclusion:** There was a prevalence of 234 cases of IC in the population studied, an average age of 50, a wide distribution from 35 to 65 years, an equitable gender distribution, PPA of hypertension and type 2 DM, clinical manifestations of abdominal pain, diarrhea and constipation and complications such as hemorrhage, perianal fistulas and colon neoplasia.

Keywords: Indeterminate colitis, Ulcerative colitis, Crohn's disease, Inflammatory bowel disease

INTRODUCCIÓN

Cuando un paciente presenta síntomas de colitis, es importante realizar un diagnóstico preciso lo antes posible, para brindarle el tratamiento adecuado. En la mayoría de los casos, la etiología precisa se puede establecer con exámenes clínicos, microbiológicos y endoscópicos clásicos, pero en el 20% al 30% de los casos, no se llega a un diagnóstico correcto de inmediato debido a las limitaciones de los procedimientos de diagnóstico (1).

La presentación clínica de la colitis es muy variable y ofrece pocas pistas diagnósticas. El inicio de los síntomas puede ser insidioso o no insidioso y agudo. Los pacientes pueden presentar diarrea sola, sangrado solo, diarrea con sangrado, diarrea con dolor abdominal y pérdida de peso, con o sin fiebre y con o sin síntomas extraintestinales (2).

Las características clínicas, como un inicio insidioso de los síntomas y una edad más temprana al inicio apuntan hacia un diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal [EII] idiopática crónica, pero en general, el valor diagnóstico de los síntomas clínicos es limitado. Los cultivos de heces a menudo son negativos. Los resultados positivos obtenidos con las investigaciones microbiológicas indican preferentemente colitis infecciosa no recidivante, pero también se detectan en aproximadamente el 20% de los pacientes con EII (3).

Una clasificación precisa de la EII crónica es importante debido a las graves consecuencias para el tratamiento y el seguimiento de los pacientes. Muchos factores pueden oscurecer el diagnóstico correcto, incluido el tratamiento farmacológico, la gravedad de la enfermedad, la experiencia de los médicos y patólogos y las limitaciones de los procedimientos de diagnóstico. Esta dificultad surge porque no existe un único estándar de oro diferenciador, y la discriminación entre CU y EC sigue basándose en una combinación de observaciones clínicas, de laboratorio, endoscópicas, histopatológicas y radiográficas (1).

Se requiere un diagnóstico preciso porque la CU y la EC difieren en su curso natural y complicaciones, el efecto opuesto del tabaquismo sobre la gravedad de la enfermedad y la respuesta a la terapia. Sin embargo, incluso en centros experimentados, no se puede establecer un diagnóstico definitivo de CU y EC en aproximadamente el 5% al 10% de los casos con una enfermedad restringida al colon. Bajo estas circunstancias, se utiliza el término colitis indeterminada [CI] (4).

CAPÍTULO 1

1.1 EL PROBLEMA

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La distinción entre la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC) se basa normalmente en la evaluación de una variedad de hallazgos clínicos, radiológicos, endoscópicos y patológicos en muestras de biopsia y / o resección (1,2).

En ciertas circunstancias, particularmente cuando hay características clínicas que se superponen, corresponde al patólogo ayudar a establecer un diagnóstico definitivo de CU o EC (u otros tipos de EII) en las muestras de resección. En la mayoría de los casos, estos dos trastornos se pueden distinguir fácilmente entre sí, en particular cuando cada uno presenta características macroscópicas y microscópicas clásicas (3,4).

Desafortunadamente, algunos pacientes con IBD muestran características patológicas superpuestas de CU y CD, lo que hace que la distinción definitiva entre estos dos trastornos sea difícil, o incluso imposible. Cuando un patólogo no puede hacer un diagnóstico definitivo de CU o EC (o de cualquier otro tipo de EII que imita la CU o la EC), a menudo se realiza un diagnóstico de "colitis indeterminada" (CI) (5,6).

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Existen muchas razones por las que es importante establecer un diagnóstico correcto de CU o EC en pacientes con EII. Estas dos enfermedades tienen (presumiblemente) una etiología, una historia natural, una necesidad potencial de procedimientos quirúrgicos adicionales, formas de tratamiento médico y tasas de respuesta a los medicamentos individuales (presumiblemente) diferentes, el riesgo de otros trastornos (como la CEP) y la incidencia de afectación de otras partes del tubo digestivo. Además, existen diferencias en las tasas de participación familiar (7,8).

Finalmente, y quizás lo más importante, los pacientes con CU generalmente se consideran buenos candidatos para un procedimiento de colectomía total y anastomosis anal del reservorio ileal (IPAA), mientras que la EC generalmente se considera una contraindicación para este procedimiento debido al alto riesgo de complicaciones graves del reservorio (9,10).

Al ser la población ecuatoriana incluida entre las poblaciones hispánicas puede que sea susceptible al reciente aumento de EII en las mismas.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La epidemiología de la colitis indeterminada en nuestra población es desconocida, y en nuestra revisión de literatura no existen estudios comprensivos de la misma y sus características clínico-epidemiológicas, por lo que es de imperativa importancia su estudio.

1.5 DETERMINACION DEL PROBLEMA

El conocer la prevalencia y características clínico-epidemiológicas de una enfermedad como la colitis indeterminada podría cambiar la percepción que el personal de salud tiene de la misma en relación a su frecuencia, y puede producir que se diagnostique de forma más rápida y a su vez que se realice tratamiento oportuno de futuros pacientes.

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.6 Objetivos Generales y Específicos

1.6.1 Objetivo General:

Establecer la prevalencia de colitis intermedia en pacientes mayores de 18 años atendidos en el Hospital General IESS Ceibos entre los años 2019 a 2020.

1.6.2 Objetivos específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de los pacientes estudiados.
2. Enumerar los antecedentes patológicos personales encontrados en la historia clínica
3. Establecer las manifestaciones clínicas de la enfermedad durante su periodo de hospitalización
4. Identificar las pruebas complementarias usadas para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad durante la hospitalización del paciente

1.7 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	Definición de la Variable	Tipo	RESULTADO
Edad	Edad del paciente en años	Cuantitativa Continua	Años
Sexo	Sexo biológico del paciente al nacer	Categórica Nominal Dicotómica	Femenino; Masculino
Procedencia	Área de procedencia, domicilio actual	Categórica Nominal Dicotómica	Urbano; Rural
Antecedentes patológicos personales	Antecedentes personales que presenta el paciente para coledocolitiasis	Categórica Nominal Politómica	Antecedentes
Manifestaciones clínicas	Signos y síntomas presentes en el cuadro clínico del paciente	Categórica Nominal Politómica	Síntomas y signos
Pruebas complementarias	Tipo de pruebas usadas para el diagnóstico y seguimiento de la patología	Categórica Nominal Politómica	Laboratorio; Imágenes; Anatomía Patológica

CAPÍTULO DOS

MARCO TEÓRICO

2.1.1 COLITIS INDETERMINADA: TERMINOLOGÍA Y DEFINICIÓN

Los patólogos reconocieron hace muchos años las dificultades del diagnóstico diferencial entre CU y EC cuando la enfermedad se limita al colon. Esto ha llevado a la introducción del término colitis indeterminada. Originalmente, la CI era un diagnóstico “histopatológico” puro. Algunos autores, principalmente patólogos, aún utilizan el término en su definición original. Otros han cambiado el concepto e incluido otros hallazgos. Esto ha llevado a cierta confusión. Por lo tanto, es útil revisar los conceptos principales (4).

Para algunos autores, la CI es un diagnóstico histopatológico que se basa en el examen de muestras quirúrgicas. Este es también el concepto original. Morson propuso el término colitis no clasificada para la descripción de muestras quirúrgicas de pacientes que presentaban colitis fulminante de inicio agudo y operados con sospecha de CU o EC, pero patología equívoca. Forman del 5% al 15% de los casos en muchas series más antiguas. La colitis indeterminada fue introducida por Kent et al. a casos en los que hubo datos clínicos inadecuados o en los que el examen histológico mostró algunas características de la EC y otros cambios indistinguibles de la CU. Price usó el mismo término, colitis indeterminada, en lugar de colitis no clasificada para muestras quirúrgicas operadas con sospecha de CU o EC, pero patología equívoca y características superpuestas en el examen macroscópico y microscópico. En otros estudios de muestras de colectomía, el diagnóstico de CI se asignó a aquellos pacientes en los que era imposible una clara distinción patológica entre CU y EC. Muchos pacientes con CI en los estudios basados en muestras quirúrgicas presentan colitis clínica e histológicamente fulminante (5).

Es un ejercicio “clinicopatológico” más que estrictamente histológico y requiere el uso de todos los recursos clínicos y patológicos para llegar al diagnóstico más apropiado. El diagnóstico de CI se basa en la endoscopia y la histología de múltiples biopsias colorrectales, ambas muestran características de EII, pero no es posible un diagnóstico firme. Esta definición de CI es cercana a la definición original, donde el diagnóstico de CI se basa en macroscopía y microscopía de muestras de colectomía. La principal diferencia es que el examen histológico se limita a la mucosa porque solo se dispone de muestras de biopsia endoscópica. Estamos a favor del uso del término colitis indeterminada de acuerdo con esta definición porque permite incluir a todos los pacientes, no solo a los que se han sometido a cirugía (6).

La colitis indeterminada generalmente se considera un diagnóstico “temporal”, y durante el seguimiento se debe hacer todo lo posible para clasificar al paciente correctamente. Los estudios de seguimiento han demostrado que muchos pacientes permanecen “indeterminados” durante un período prolongado. En un estudio de 639 pacientes pediátricos, 171 fueron clasificados originalmente como IC. En el estudio de seguimiento, solo 29 de estos fueron reclasificados y 142 permanecieron como CI. En el estudio publicado por Wells et al., 16 de 46 pacientes permanecieron como CI. La EC no se desarrolló durante una mediana de 10 años de seguimiento en esos pacientes, a pesar de la extensa investigación. Por lo tanto, algunos autores afirman que la IC podría ser una categoría distinta de EII en lugar de una “colitis en evolución” hacia CU o EC. Esta opinión está respaldada por algunas características clínicas. La enfermedad fulminante es más frecuente en pacientes con CI. Estos pacientes requieren más cirugía y se ha informado una mayor incidencia de complicaciones y un mayor riesgo de falla de la bolsa en estos pacientes. Otra posibilidad que se ha planteado es que algunos pacientes puedan tener tanto CU como EC (4).

Se han informado varios casos con UC y CD coexistentes. Debe recordarse que la colitis de Crohn no se reconoció como una entidad clínica hasta principios de la década de 1960 y que la variabilidad del fenotipo de la EC solo se reconoció más tarde. La EC es una afección heterogénea, y algunos pacientes con EC y CU presuntamente coexistentes pueden ser, de hecho,

EC con un fenotipo similar a la CU. Sin embargo, parece haber casos genuinos raros con características de CD y CU en el mismo paciente. La rareza de tales casos apoya el concepto de que CD y UC son entidades separadas. Los pacientes con CU y EC coexistentes presentan retos terapéuticos al igual que los pacientes con CI (3).

En resumen, la CI debe ser un diagnóstico "clinicopatológico". En cuanto a la EC y la CU, el diagnóstico debe basarse en una combinación de datos clínicos, investigaciones de laboratorio, endoscopia, histología y radiología. Actualmente se desconoce si se trata de una entidad separada (7).

2.1.2 PATOLOGIA DE LA COLITIS INDETERMINADA

Originalmente, el diagnóstico de CI era el resultado de una cuidadosa investigación macroscópica y microscópica de muestras quirúrgicas. Para un estudio microscópico adecuado de los especímenes quirúrgicos, se deben obtener de 9 a 12 biopsias por espécimen de colectomía con cortes de los márgenes proximal y distal, así como dos cortes por cada 10 cm de sección de colon para mejorar la precisión diagnóstica. Se han distinguido tres patrones macroscópicos principales de CI: colitis severa total, enfermedad segmentaria con preservación rectal y variación en la intensidad de la enfermedad en diferentes partes del colon. Este último patrón también se informó como caracterizado por áreas extensas de ulceraciones irregulares, separadas por una mucosa de apariencia normal. No se observa un aspecto de adoquín. Las características microscópicas en estos casos incluyeron ulceración fisurada, islas mucosas con un epitelio regular, una población de células caliciformes bien mantenida e inflamación leve e inflamación transmural asociada con la ulceración severa. Las fisuras eran hendiduras o grietas achaparradas, en forma de V, escasamente revestidas por células inflamatorias, a menudo múltiples, y por lo general en áreas de ulceración extensa. Además, generalmente se observaba una vascularización extensa en la base de estas ulceraciones. Esto se asocia con la pérdida de células musculares lisas y la congestión vascular en el tejido circundante (8).

Granulomas, agregados linfoides transmurales están ausentes. Incluso en estas descripciones originales, se observó que la macroscopía podría estar influenciada por un tratamiento vigoroso con enemas de esteroides preoperatorios, dando una falsa impresión de preservación rectal y enfermedad segmentaria. Además, la mayoría de los casos provinieron de colitis fulminante, y muchas características presentes en estas circunstancias son, en el intestino grueso no fulminante, muy sugestivas de EC. Las características macroscópicas, incluidas la colitis segmentaria y las úlceras longitudinales, todavía se consideran muy importantes. Mientras que en algunos casos se utilizan especímenes quirúrgicos para la evaluación de lesiones macroscópicas, actualmente, la evaluación macroscópica del colon la realiza con frecuencia el endoscopista (6).

La tarea principal del patólogo para el diagnóstico de CI es el análisis de las características microscópicas en las muestras endoscópicas. Una evaluación adecuada requiere el estudio de múltiples biopsias obtenidas en diferentes segmentos, incluido el íleon; colon ascendente, transverso, descendente y sigmoide; y el recto. El diagnóstico de CI implica por tanto una estrecha colaboración entre al menos el endoscopista y el patólogo. No existen criterios microscópicos generalmente aceptados para el diagnóstico de CI (9).

Algunos autores proponen hacer el diagnóstico de CI en ausencia de criterios diagnósticos de CU y EC. Otros consideraron un diagnóstico de CI si la histología mostraba una ulceración profunda que oscurecía, cambios de la EII sin información de distribución regional o muestras que mostraban cambios colónicos similares a los de la CU con un íleon terminal inflamado. La última condición es más probable que sea una variante inusual de la colitis de Crohn. Algunos autores proponen el diagnóstico de CI cuando encuentran características de EII pero no pueden hacer una distinción clara por la presencia simultánea de características de CU y EC.

Otros proponen identificar como CI casos que a veces parecen UC y otras veces CD (10).

Esta última puede ser una definición confusa porque se ha demostrado que las características microscópicas de diagnóstico pueden cambiar durante el curso natural y bajo tratamiento activo (11).

Por lo tanto, los patólogos deben saber si el paciente ha sido tratado cuando está analizando muestras de biopsias endoscópicas. Además, para que se aplique tal definición, se requieren al menos dos procedimientos endoscópicos con biopsias de íleon y colon realizadas en diferentes momentos. No obstante, esta definición ofrece la posibilidad de mostrar la posible superposición entre UC y CD (12).

2.1.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA COLITIS INDETERMINADA

Las características clínicas de la CI se han examinado habitualmente en comparación con las de los pacientes con CU. Los pacientes con CI tienen una edad de inicio más joven, una enfermedad más extensa y un curso clínico más severo (11).

El curso clínico incluye características como la gravedad del primer ataque, la frecuencia de las remisiones clínicas y la cirugía. Los pacientes con CI muestran una ingesta pronunciada de inmunosupresores, un mayor riesgo de colectomía y falla de la bolsa, y un mayor riesgo de cáncer de colon en comparación con la CU definitiva. Además, hay un predominio de pacientes varones con CU, lo que no ocurre con la CI. En la CI, la proporción de pacientes masculinos y femeninos suele ser cercana a 1. Los antecedentes familiares de EII son tan comunes en la CI o incluso más comunes en comparación con la CU y la EC. El consumo de tabaco es similar entre CI y CU, mientras que el porcentaje de pacientes con EC que fuman es mayor. Una historia familiar de cáncer colorrectal es tan común en IC como en UC y CD. Las manifestaciones extraintestinales son igualmente frecuentes en la CI como en la CU y la EC (13).

Debido a que los pacientes con CI no han sido seleccionados para aleatorización en ensayos clínicos, hay poca información sobre el tratamiento

médico. Debido a que existe cierta evidencia de que muchos casos a largo plazo se comportan como CU, el enfoque médico suele ser el mismo que para los casos de CU de gravedad similar. Estos incluyen preparaciones de ácido 5-aminosalicílico para enfermedades leves y corticosteroides para enfermedades moderadas y graves. Sin embargo, los agentes inmunomoduladores como la azatioprina y la 6-mercaptopurina se usan con más frecuencia debido a la dependencia, resistencia o toxicidad de los esteroides (14).

2.1.4 MARCADORES DE DIAGNÓSTICO

Debido a las dificultades diagnósticas y la falta de un estándar de oro que permita diferenciar entre CU y EC, varios estudios han abordado el tema de encontrar un único marcador discriminativo. El sello histológico de la EC es el granuloma no caseificante. Sin embargo, los granulomas también se pueden encontrar en enfermedades infecciosas como la tuberculosis y la colitis por *Yersinia* e incluso ocasionalmente en la colitis inducida por fármacos. Además, la frecuencia de encontrar granulomas varía entre el 15% y el 85% y rara vez supera el 50%-60% (12).

Por lo tanto, la sensibilidad de este marcador es limitada. En la mayoría de los estudios que utilizan biopsias mucosas endoscópicas, los criterios que discriminan entre CU y EC tienen una sensibilidad y especificidad que supera solo el 75%. La evidencia histológica sugiere diferencias inmunológicas en CD versus UC. El número absoluto de células plasmáticas está elevado, con un marcado aumento de las células G de inmunoglobulina [Ig]. Se ha demostrado que existe una diferencia significativa entre CU y EC en cuanto a la producción de subclases de IgG en la lesión mucosa: la proporción de inmunocitos IgG1 es mayor en CU que en EC, mientras que en la fracción celular IgG2 ocurre lo contrario. Además, el número de células plasmáticas que contienen IgA e IgM o IgA e IgE aumenta en la colitis infecciosa, mientras que, en la EII, la mayoría de los autores encuentran un aumento de las tres clases principales de células que contienen IgG o de células que contienen IgG en la CU., de IgG e IgM en la EC activa y un aumento relativo de células que contienen IgM

en la EC quiescente. Sin embargo, el valor diagnóstico de las diferencias es nuevamente limitado. Otros estudios que utilizaron inmunohistoquímica analizaron la expresión de las isoformas V3 y V6 de CD44. Inicialmente, se propuso una diferencia entre UC y CD, pero los hallazgos no se confirmaron (11).

Más recientemente, se ha encontrado una expresión alterada del receptor activado por el proliferador de peroxisomas en la CU, mientras que los niveles eran normales en pacientes con EC y controles. Queda por confirmar si este marcador tiene un valor diagnóstico genuino. El uso de espectroscopía de resonancia magnética 1H podría mejorar la precisión de clasificación entre UC y CD. Solo un caso de EC se clasificó erróneamente en una serie de 76 biopsias de la mucosa del colon. La espectroscopia de resonancia magnética también tiene un gran potencial para el diagnóstico de CI. Sin embargo, es necesaria la confirmación de estos datos (13).

A este respecto, también se ha investigado una variedad de marcadores serológicos, incluidos los autoanticuerpos y otros marcadores de anticuerpos diferencialmente asociados con la EC y la CU. Incluyen anticuerpo perinuclear anticitoplasma de neutrófilo, anti-Saccharomyces cerevisiae, anticuerpo pancreático, anticuerpo antieritrocítico, anticuerpo anti-células endoteliales, anti-p40 y un anticuerpo antiepitelial descrito por Das. La prevalencia de pANCA varía del 26% al 84% en CU y del 4% al 25% en CD. Existen menos datos para ASCA, pero la prevalencia parece oscilar entre el 39 % y el 61 % en EC y entre el 6 % y el 15 % en CU. La sensibilidad diagnóstica de ANCA en CU varía entre el 57 y el 65% tanto en series de adultos como pediátricas, con un valor predictivo positivo entre 54 y 74. Para ASCA y EC se han obtenido resultados similares. Las pruebas combinadas de pANCA y ASCA mejoran considerablemente la precisión en el diagnóstico diferencial, con un aumento de la especificidad y el valor predictivo positivo a más del 95 %. Desafortunadamente, en pacientes con EC colónica pura, la prevalencia de positividad de ASCA es relativamente baja (14).

Actualmente, la serología parece prometedora y útil para el diagnóstico diferencial entre CU y EC, pero las pruebas aún no se recomiendan ampliamente debido a cierta variabilidad en los resultados entre laboratorios y la ausencia de estándares internacionales. Se realizaron pruebas combinadas de pANCA y ASCA en un estudio prospectivo de 97 pacientes con CI. En este estudio, se encontró que 47 pacientes eran negativos tanto para ASCA como para pANCA. Cuarenta y dos de estos 47 pacientes siguieron siendo pacientes con CI después de un seguimiento medio de 8,8 años. Solo 5 de los pacientes seronegativos podrían eventualmente clasificarse como CD o CU en comparación con el 40% que tenía serología positiva. En resumen, parece que todavía no existe un único marcador inmunohistoquímico o serológico que permita distinguir de forma sencilla entre CU y EC. Sin embargo, el uso combinado de marcadores serológicos como pANCA y ASCA puede ser útil para clasificar la EII. Además, los pacientes con CI y serología negativa pueden representar un subgrupo no definido de EII (15).

CAPÍTULO TRES

MARCO METODOLÓGICO

3.2 METODOLOGÍA

Cuantitativa

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Descriptiva
- Observacional
- Retrospectivo
- Transversal

3.4 POBLACIÓN

Pacientes con diagnóstico de colitis indeterminada atendidos en el Hospital

General IESS Ceibos

3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Diagnóstico de colitis intermedia previo a la hospitalización
- b) Diagnóstico hospitalario de colitis intermedia
- c) Edad mayor de 18 años

3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Diagnóstico presuntivo sin prueba confirmatoria
- b) Datos incompletos en la historia clínica

3.5 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Los datos extraídos se almacenarán en una hoja de datos realizada en el programa computacional Microsoft Excel 2016

3.6 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Se realizará un análisis descriptivo de las variables estudiadas en el programa estadístico SPSS versión 26.

3.7 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Se mantuvo la confidencialidad de la información personal de los pacientes estudiados, procediendo a recolectarse los datos de forma anónima.

CAPÍTULO CUATRO

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.2 RESULTADOS

La población del estudio consistió de 234 pacientes con diagnóstico de colitis indeterminada mayores de 18 años de edad.

La edad promedio de los pacientes fue de 49.58 años con una desviación estándar de 15.821 años (Ver tabla 1 y figura 1).

La distribución de género consistió de una frecuencia de sexo masculino de 99 pacientes (42.3%) con una frecuencia de sexo femenino en 135 pacientes (57.7%) (Ver tabla 2 y figura 2).

La nacionalidad más frecuentemente encontrada fue ecuatoriana con una frecuencia de 222 pacientes (98.2%) teniendo 4 pacientes nacionalidad afgana, burkina, estadounidense y guyanesa respectivamente, y no presentando datos de nacionalidad 8 de los pacientes encontrados (Ver tabla 3 figura 3).

La provincia de origen más frecuentemente encontrada fue guayas en 187 de los pacientes estudiados (83.1%), seguida de 10 pacientes de Manabí, 7 de Azuay, 5 de Pichincha, y las otras provincias presentando una frecuencia de menos de 5 pacientes cada uno (Ver tabla 4 y figura 4).

Los antecedentes patológicos personales más frecuentemente encontrados fueron hipertensión arterial en 56 de los pacientes (28%), diabetes mellitus tipo 2 en 27 pacientes (13.5%), seguidas de gastritis Crónica, colitis ulcerativa y colitis inespecificada en 20, 15 y 11 pacientes respectivamente (Ver tabla 5 y figura 5).

Las manifestaciones clínicas más frecuentemente encontradas como presentación de la patología fueron al dolor abdominal en 224 pacientes con diarrea en 156 y constipación en 64 (Ver tabla 6).

Las complicaciones más frecuentemente encontradas fueron hemorragia en 34 pacientes (14.5%), fístulas perianales en 13 pacientes (5.6%) y neoplasia de colon en 3 pacientes (1.3%) (Ver tabla 7).

4.3 DISCUSIÓN

"Colitis indeterminada" es un término de uso común, pero que significa diferentes cosas para diferentes personas. El término se utiliza para la clasificación de la colitis cuando la evidencia no apunta claramente en la dirección de una de las categorías específicas de enfermedad inflamatoria intestinal idiopática (es decir, colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn) (1).

"Colitis indeterminada" debe considerarse solo como una etiqueta temporal, para usar hasta que el cuadro clínico o patológico se vuelva más específico. El término se aplicó por primera vez a muestras de colon extirpadas quirúrgicamente, pero desde entonces se ha utilizado como diagnóstico clínico, teniendo en cuenta todas las características clínicas, endoscópicas, radiológicas y morfológicas, independientemente de que se haya realizado o no cirugía (2).

Hay que recalcar que se trata sólo de un diagnóstico parcial. La colitis indeterminada debe distinguirse de la colitis en la que las apariencias de la biopsia son equívocas entre la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn; tales casos deben etiquetarse como "colitis no clasificada" o "enfermedad inflamatoria intestinal, tipo equívoco" (3,4).

En un estudio epidemiológico realizado en Inglaterra, se demostró que la incidencia anual de colitis indeterminada oscilaba entre 1,6 y 2,4 por 100.000 habitantes, aproximadamente el 20% de la incidencia de colitis ulcerosa (7,3-13,6 por 100.000) (5).

Estas son cifras bastante altas, posiblemente debido a la calidad variable de la precisión diagnóstica inherente a los datos tomados de las estadísticas de salud comunitaria. De hecho, la incidencia de la colitis indeterminada depende de la base sobre la que se mide (6-8).

Una serie de casos incluía solo pacientes en los que se había realizado una colectomía por colitis y el diagnóstico dependía únicamente de las características patológicas de la pieza resecada. Los casos se etiquetaron como "colitis indeterminada" cuando no se pudo hacer un diagnóstico firme de colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn. Estos comprendían el 10% de las colectomías por enfermedad inflamatoria intestinal. Sin embargo, cuando se tienen en cuenta todas las características clínicas y de laboratorio a lo largo del tiempo, es probable que la incidencia sea la mitad o menos (9,10).

En el hospital de St. Mark se demostró que en la revisión de las características clínicas, endoscópicas y radiológicas de los 46 pacientes originales en quienes el colon resecado no mostró apariencias específicas (es decir, los 46 pacientes en quienes la colitis era 'indeterminada' de acuerdo con los criterios originales), las características de la enfermedad de Crohn surgieron en 19 y la colitis ulcerosa en 11. Por lo tanto, menos de la mitad de los casos de colitis originalmente clasificados como "indeterminados" permanecieron indeterminados después de un escrutinio cuidadoso de todos los factores clínicos y de investigación (11,12).

Cuando se tienen en cuenta todos los factores, el curso clínico de los pacientes con colitis indeterminada se parece al de la colitis ulcerosa. De los 16 pacientes considerados por tener colitis indeterminada según los nuevos criterios clinicopatológicos, tres desarrollaron colitis ulcerosa después de un período de seguimiento medio de 10 años, mientras que solo uno finalmente desarrolló la enfermedad de Crohn (13-15).

Nuestro estudio se diferencia de los previamente mencionados al tener una mayor población de pacientes con colitis indeterminada, y centrar el estudio en sus características clínicas particulares y no dentro del contexto de la enfermedad inflamatoria intestinal solamente.

La población presentó una distribución particularmente amplia para el número de pacientes recogidos, conteniendo una desviación estándar pacientes de 35 a 65 años de edad.

Entre las limitantes del estudio se encuentran la falta de seguimiento de los pacientes por su naturaleza transversal, el hecho que la colitis indeterminada es un diagnóstico más prevalente en pacientes pediátricos de acuerdo a la literatura, además de ser un estudio sobre un diagnóstico cuyo uso es todavía controvertido. Los autores esperamos que la información brindada por el mismo ayude a determinar si realmente es correcto el continuado uso de este término diagnóstico en el 2022 en adelante.

CAPÍTULO CINCO

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

5.2 RECOMENDACIONES

Realizar un consenso hospitalario basado en una revisión de literatura exhaustiva para determinar si el uso del término colitis indeterminada sigue siendo válido y útil en el 2022.

Seguir a los pacientes a lo largo de unos años para evaluar si su diagnóstico de colitis indeterminada se ha cambiado por colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn.

5.3 CONCLUSIONES

* Hubo una prevalencia de 234 casos de colitis indeterminada en la población estudiada, con una edad promedio de 50, y una distribución amplia de 35 a 65 años. La distribución de género fue equitativa.

* Los antecedentes patológicos personales más frecuentemente encontrados fueron hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Las manifestaciones clínicas más frecuentemente encontradas como presentación de la patología fueron al dolor abdominal en 224 pacientes con diarrea en 156 y constipación en 64.

* Las complicaciones más frecuentemente encontradas fueron hemorragia en 34 pacientes (14.5%), fístulas perianales en 13 pacientes (5.6%) y neoplasia de colon en 3 pacientes (1.3%).

REFERENCIAS

1. Geboes K. Crohn's disease, ulcerative colitis or indeterminate colitis-- how important is it to differentiate? *Acta Gastroenterol Belg.* junio de 2001;64(2):197- 200.
2. Geboes K, Colombel J-F, Greenstein A, Jewell DP, Sandborn WJ, Vatn MH, et al. Indeterminate colitis: a review of the concept--what's in a name? *Inflamm Bowel Dis.* junio de 2008;14(6):850-7.
3. Geboes K, De Hertogh G. Indeterminate colitis. *Inflamm Bowel Dis.* septiembre de 2003;9(5):324-31.
4. Guindi M, Riddell RH. Indeterminate colitis. *J Clin Pathol.* diciembre de 2004;57(12):1233-44.
5. Kim SC. RNase-L Deficiency-Associated Intractable Indeterminate Colitis in Children. *Inflamm Bowel Dis.* 20 de agosto de 2019;25(9):e106-7.
6. Mitchell PJ, Rabau MY, Haboubi NY. Indeterminate colitis. *Tech Coloproctol.* junio de 2007;11(2):91-6.
7. Netz U, Galbraith NJ, O'Brien S, Carter J, Manek S, Petras RE, et al. Long- term outcomes following ileal pouch-anal anastomosis in patients with indeterminate colitis. *Surgery.* marzo de 2018;163(3):535-41.
8. Odze RD. A contemporary and critical appraisal of «indeterminate colitis». *Mod Pathol.* enero de 2015;28 Suppl 1:S30-46.
9. Romano C, Famiani A, Gallizzi R, Comito D, Ferrau' V, Rossi P. Indeterminate colitis: a distinctive clinical pattern of inflammatory bowel disease in children. *Pediatrics.* diciembre de 2008;122(6):e1278-1281.
10. Talbot IC. Indeterminate colitis: a pathologist's view. *Dig Liver Dis.* septiembre de 2005;37(9):713-5.
11. Tremaine WJ. Is indeterminate colitis determinable? *Curr Gastroenterol Rep.* abril de 2012;14(2):162-5.
12. Choi E-YK, Appelman HD. Chronic Colitis in Biopsy Samples: Is It Inflammatory Bowel Disease or Something Else? *Surg Pathol Clin.* diciembre de 2017;10(4):841-61.

13. Quinn KP, Lightner AL, Faubion WA, Raffals LE. A Comprehensive Approach to Pouch Disorders. *Inflamm Bowel Dis.* 21 de febrero de 2019;25(3):460- 71.
14. Tomasello G, Mazzola M, Leone A, Sinagra E, Zummo G, Farina F, et al. Nutrition, oxidative stress and intestinal dysbiosis: Influence of diet on gut microbiota in inflammatory bowel diseases. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* diciembre de 2016;160(4):461-6.
15. Yu YR, Rodriguez JR. Clinical presentation of Crohn's, ulcerative colitis, and indeterminate colitis: Symptoms, extraintestinal manifestations, and disease phenotypes. *Semin Pediatr Surg.* diciembre de 2017;26(6):349-55.

ANEXOS

TABLAS

TABLA 1 (ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS (EDAD))

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
EDAD	234	21	93	49.58	15.821
N valido (por lista)	234				

Fuente: Elaborado desde base de datos de autores

TABLA 2 (SEXO)

SEXO

	Frecuencia	Porcentaje
Válido MASCULINO	99	42.3
FEMENINO	135	57.7
Total	234	100.0

Fuente: Elaborado desde base de datos de autores

TABLA 3 (NACIONALIDAD)

NACIONALIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	ECUATORIANA	222	94.9	98.2
	AFGANA	1	.4	.4
	BURKINA/VOLTENSA	1	.4	.4
	ESTADOUNIDENSE	1	.4	.4
	GUYANESA	1	.4	.4
	Total	226	96.6	100.0
Perdidos	0	8	3.4	
Total		234	100.0	

Fuente: Elaborado desde base de datos de autores

TABLA 4 (PROVINCIA)

		PROVINCIA		Porcentaje válido
		Frecuencia	Porcentaje	
Válido	GUAYAS	187	79.9	83.1
	MANABI	10	4.3	4.4
	AZUAY	7	3.0	3.1
	PICHINCHA	5	2.1	2.2
	LOS RIOS	4	1.7	1.8
	ESMERALDAS	3	1.3	1.3
	SANTA ELENA	2	.9	.9
	TUNGURAHUA	2	.9	.9
	BOLIVAR	1	.4	.4
	CHIMBORAZO	1	.4	.4
	EL ORO	1	.4	.4
	LOJA	1	.4	.4
	PASTAZA	1	.4	.4
	Total	225	96.2	100.0
Perdidos	0	9	3.8	
Total		234	100.0	

Fuente: Elaborado desde base de datos de autores

TABLA 5 (ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES)

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	HIPERTENSION ARTERIAL	56	23.9	28.0
	DIABETES MELLITUS TIPO 2	27	11.5	13.5
	GASTRITIS CRONICA	20	8.5	10.0
	COLITIS ULCERATIVA	15	6.4	7.5
	COLITIS INESPECIFICADA	11	4.7	5.5
	HIPOTIROIDISMO	8	3.4	4.0
	LITIASIS RENAL	6	2.6	3.0
	ASMA BRONQUIAL	5	2.1	2.5
	ENFERMEDAD DE CROHN	5	2.1	2.5
	HIPERTENSION ARTERIAL	5	2.1	2.5
	ARTRITIS REUMATOIDE	4	1.7	2.0
	ARTROSIS	4	1.7	2.0
	COLELITIASIS	3	1.3	1.5
	COLITIS CRONICA	3	1.3	1.5
	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	3	1.3	1.5
	ESCOLIOSIS	3	1.3	1.5
	RINITIS ALERGICA	3	1.3	1.5
	Total	200	85.5	100.0
Perdidos 0		34	14.5	
Total		234	100.0	

Fuente: Elaborado desde base de datos de autores

TABLA 6 (MANIFESTACIONES CLÍNICAS)

MANIFESTACIONES CLINICAS	Recuento
DOLOR ABDOMINAL	224
DIARREA	156
CONSTIPACION	64
FIEBRE	51
DIARREA SANGUINOLENTA	36
TENESMO	21
OBSTRUCCION POR ESTENOSIS	18
ABSCESOS ABDOMINALES	5
MASA PALPABLE	4

Fuente: Elaborado desde base de datos de autores

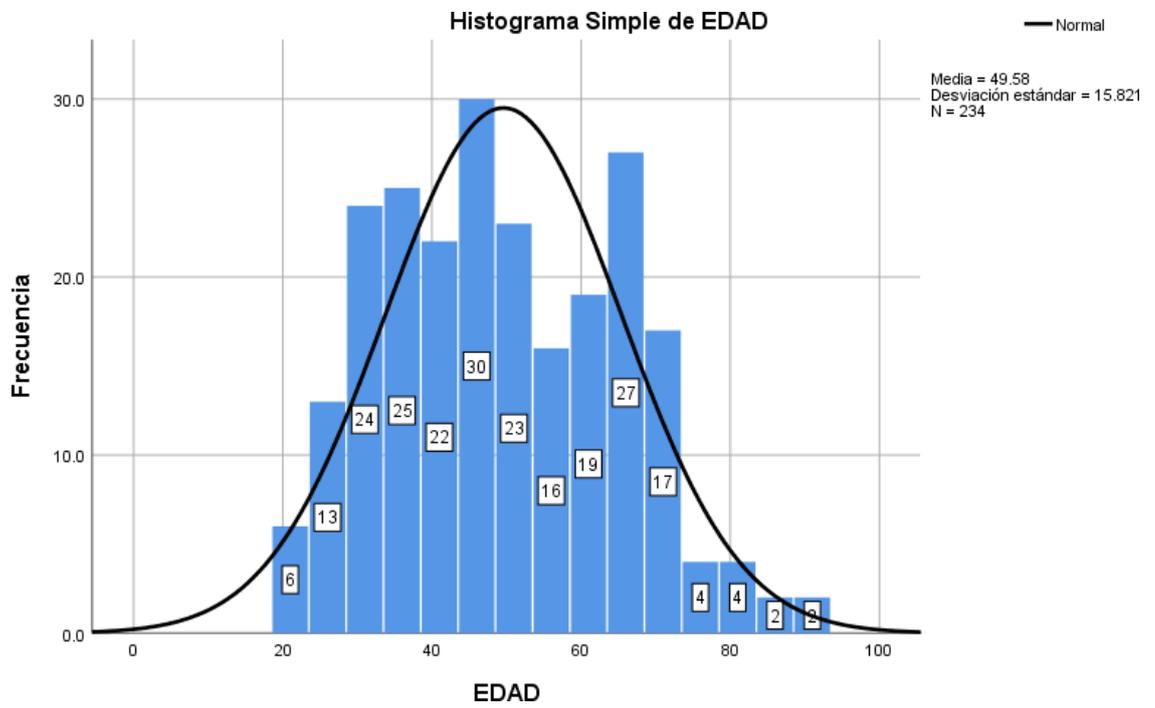
TABLA 7 (COMPLICACIONES)

COMPLICACIONES	Recuento	Porcentaje
HEMORRAGIA	34	14.5%
FISTULAS PERIANALES	13	5.6%
NEOPLASIA DE COLON	3	1.3%
MEGACOLON TOXICO	0	0.0%

Fuente: Elaborado desde base de datos de autores

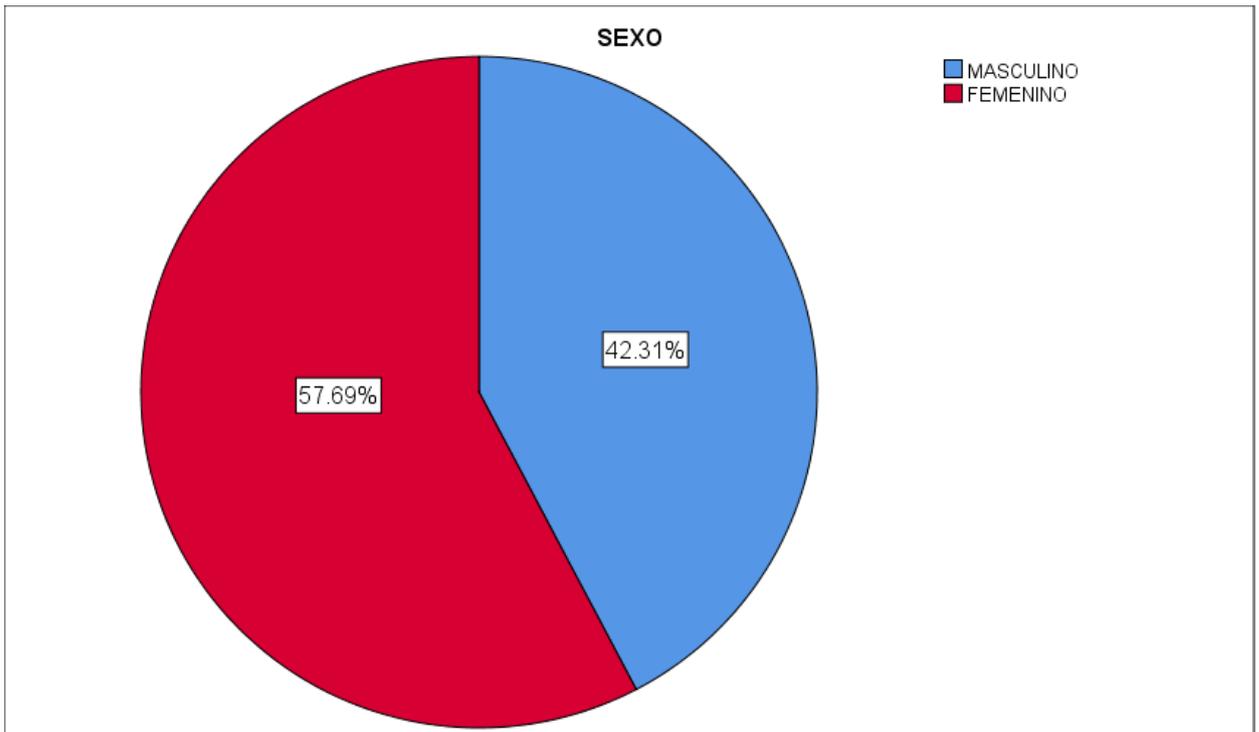
GRÁFICOS

GRÁFICO 1 (EDAD)



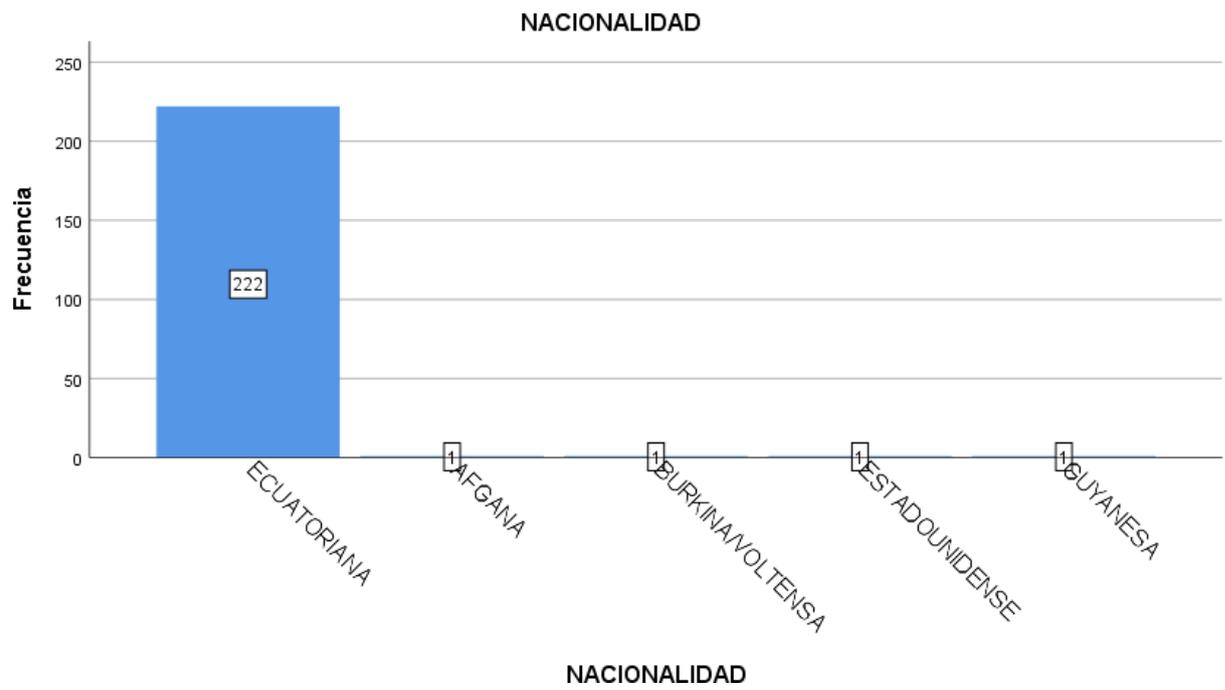
Fuente: Elaborado desde base de datos de autores

GRÁFICO 2 (SEXO)



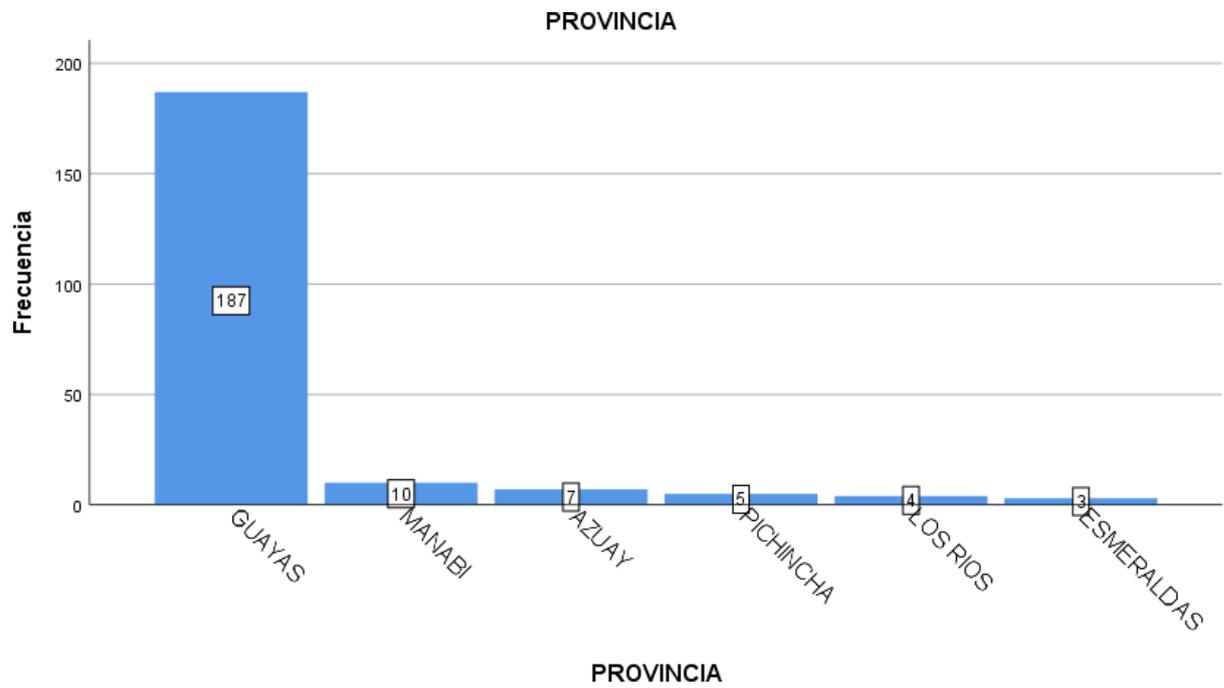
Fuente: Elaborado desde base de datos de autores

GRÁFICO 3 (NACIONALIDAD)



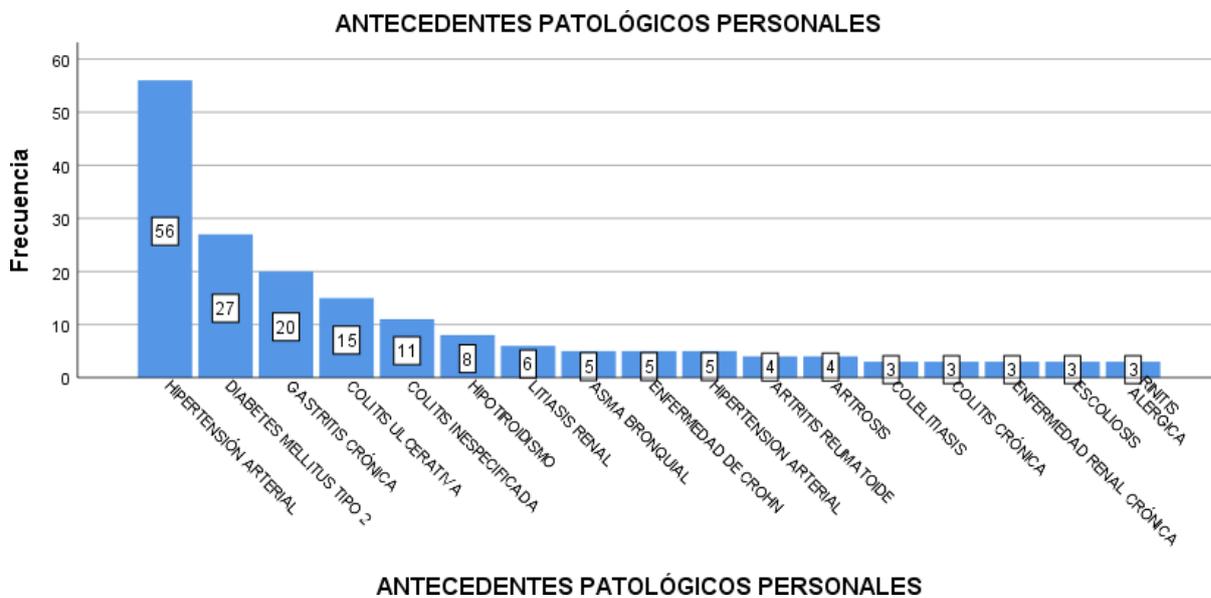
Fuente: Elaborado desde base de datos de autores

GRÁFICO 4 (PROVINCIA)



Fuente: Elaborado desde base de datos de autores

GRÁFICO 5 (ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES)



Fuente: Elaborado desde base de datos de autores



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



CARRERAS:

Medicina
Enfermería
Odontología
Nutrición y
Dietética
Fisioterapia



Certificado No EC
SG2018002043

PBX: 3804600

Ext. 1801-1802

www.ucsg.edu.ec

Apartado 09-01-

4671

Guayaquil-
Ecuador

Guayaquil, 16 de Noviembre de 2021

Dr. Gabriel Paez
Maldonado Subdirector
de docencia

Hospital General del Norte de
Guayaquil IESS los Ceibos
En su despacho

De mis consideraciones:

Es un gusto saludarlo y a la vez aprovecho la oportunidad en informarle que el tema del trabajo de titulación "Prevalencia de Colitis indeterminada en pacientes mayores de 18 años del Hospital IESS los Ceibos en el periodo 2019-2020", de los estudiantes JORGE DANIEL ALCÍVAR GARCÍA, MANUEL ANDRÉS CADENA VARGAS se encuentra aprobado.

Las estudiantes antes mencionadas, pertenecen al Internado Rotativo de la Carrera de Medicina de la promoción 69 (período septiembre 2021 – agosto 2022).

Particular que informo para los fines
pertinentes. Atentamente,

Dr. Andrés Ayón GenKuong

**Coordinador de Titulación
Carrera de Medicina
Facultad de Ciencias
Médicas**

AUTORIZACIÓN POR TARDE DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL GENERAL IESS LOS CEIBOS

H Hospital IESS Los Ceibos <docencialosceibos@gmail.com> 🔒 ↶ ↷ ⋮
Para: bella.moralesc@iess.gob.ec Jue 18/11/2021 12:06
CC: JORGE DANIEL ALCIVAR GARCIA

 CARTAS DOCENCIA (PREVAL... 1 MB ▼  PROYECTO TITULACION ALCI... 1 MB ▼

2 archivos adjuntos (3 MB) 📁 Guardar todo en OneDrive - Universidad Católica Santiago de Guayaquil 📄 Descargar todo

Estimada Dra. **Bella Morales** / Responsable del Servicio de Gastroenterología HGNCC: Reciba un cordial saludo, por medio del presente solicitamos a Ud. autorizar la realización del Proyecto de titulación adjunto; presentado por los Srs. Jorge Daniel Alcívar García y Manuel Andrés Cadena Vargas; Internos Rotativos de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
Agradeciendo su colaboración, atentamente,

Dra. Priscilla Alócer Cordero, FACS
Coordinadora Técnica
Subdirección de Docencia e Investigación
Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos

----- Forwarded message -----

De: **JORGE DANIEL ALCIVAR GARCIA** <jorge.alcivar03@cu.ucsp.edu.ec>

Date: mié, 17 de nov. de 2021 a la(s) 06:06

Subject: ENVIO DE DOCUMENTOS PARA LA ELABORACIÓN DEL PERFIL DE PROYECTO, ESTUDIANTES JORGE DANIEL ALCÍVAR GARCÍA Y MANUEL ANDRÉS CADENA VARGAS (APROBADO POR EL DR AYON) TEMA: PREVALENCIA DE COLITIS INDETERMINADA

To: docencialosceibos@gmail.com <docencialosceibos@gmail.com>

Cc: docencialosceibos@gmail.com <docencialosceibos@gmail.com>

B **BELLA MARGARITA MORALES CABEZAS** <bella.moralesc@iess.gob.ec> 🔒 ↶ ↷ ⋮
Para: Hospital IESS Los Ceibos <docencialosceibos@gmail.com> Vie 19/11/2021 7:22
CC: JORGE DANIEL ALCIVAR GARCIA

No suele recibir correo electrónico de bella.moralesc@iess.gob.ec. [Por qué esto es importante](#)

Lindo tema.
Felicitaciones.
Aceptado.

Saludos cordiales,



Dra. Bella Morales
RESPONSABLE DE GASTROENTEROLOGIA
HOSPITAL GENERAL NORTE DE GUAYAQUIL
LOS CEIBOS
IESS - Guayaquil

✉ bella.moralesc@iess.gob.ec

☎ 04 380 5130 ext 437586

Tenemos para actuar,
actuar para servir

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Alcívar García Jorge Daniel** con C.C: # **0922532122** autor del **Trabajo de Titulación**: Prevalencia de Colitis indeterminada en pacientes mayores de 18 años del Hospital less Ceibos en el periodo 2019-2020, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **01 de septiembre del 2022**



f. _____
Nombre: **Jorge Daniel Alcívar García**
C.C: **0922532122**

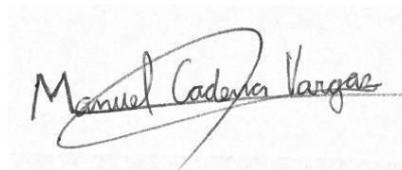
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cadena Vargas Manuel Andrés**, con C.C: # **0931847156** autor del **Trabajo de titulación**: Prevalencia de Colitis indeterminada en pacientes mayores de 18 años del Hospital Iess Ceibos en el periodo 2019-2020, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **01 de septiembre del 2022**



f. _____

Nombre: **Cadena Vargas Manuel Andrés**

C.C: **0931847156**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de Colitis indeterminada en pacientes mayores de 18 años del Hospital less Ceibos en el periodo 2019-2020.		
AUTOR(ES)	Alcívar García Jorge Daniel Cadena Vargas Manuel Andrés		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Briones Jiménez Roberto Leonardo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre del 2022	No. DE PÁGINAS:	36
ÁREAS TEMÁTICAS:	Enfermedades de Colon, Enfermedad inflamatoria intestinal, Gastroenterología.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Palabras clave: Colitis indeterminada, Colitis ulcerativa, Enfermedad de Crohn, Enfermedad Inflamatoria Intestinal Keywords: Indeterminate colitis, Ulcerative colitis, Crohn's disease, Inflammatory bowel disease		

RESUMEN:

Introducción: Las colitis varían mucho en cada paciente y no ofrecen muchas pistas diagnósticas, estos suelen presentar diarrea, sangrado, diarrea con sangrado, diarrea con dolor abdominal y pérdida de peso, con o sin fiebre y con o sin síntomas extraintestinales. Como no existe un solo estándar de oro, la discriminación entre CU y EC sigue basándose en una combinación de observaciones clínicas, de laboratorio, endoscópicas, histopatológicas y radiográficas. En aproximadamente 5 al 10% de enfermedades de colon, no se logra llegar a un diagnóstico definitivo de CU y EC. En esos casos, se utiliza el término colitis indeterminada [CI]. **Metodología:** Este es un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal. Se recogió información de las historias clínicas de pacientes mayores de 18 años que tuviesen de diagnóstico colitis indeterminada en el Hospital less Ceibos en el periodo 2019-2020. A los datos recogidos se les realizó un análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** De los 234 pacientes con diagnóstico de CI mayores de 18 años que se estudiaron, la distribución entre el sexo masculino y femenino fue equitativa, con una edad en promedio de 50 años de edad, predominando la nacionalidad ecuatoriana y la provincia de guayas. Los antecedentes patológicos personales más frecuentemente que se encontraron fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, gastritis Crónica, colitis ulcerativa y colitis inespecificada. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron dolor abdominal, diarrea y constipación. Las complicaciones más habituales fueron hemorragia, fístulas perianales y neoplasia de colon. **Conclusión:** Hubo una prevalencia de 234 casos de CI en la población estudiada, una edad promedio de 50, una distribución amplia de 35 a 65 años, una distribución de género equitativo, APP de HTA y DM tipo 2, manifestaciones clínicas de dolor abdominal, diarrea y constipación y complicaciones como hemorragia, fístulas perianales y neoplasia de colon.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593996748261 +593968634704	E-mail: danielalcivarg@gmail.com manuel_cadena_108@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Ayon Genkuong, Andrés Mauricio	
	Teléfono: +593997572784	
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		