

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Polipos colonicos por endoscopia digestiva, en pacientes con comorbilidades en el servicio de gastroenterología del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Ceibos durante el periodo 2019 a 2020.

AUTOR:

Pierina Renata Bastidas Macias

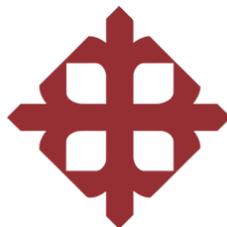
**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO**

TUTOR:

Dra. Benites Estupiñan Elizabeth María

Guayaquil, Ecuador

1 de mayo del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Bastidas Macias Pierina Renata** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)

ELIZABETH
MARIA BENITES
ESTUPINAN

Firmado digitalmente
por ELIZABETH MARIA
BENITES ESTUPINAN
Fecha: 2023.04.24
18:13:00 -05'00'

f. _____

Dra. Benites Estupiñan Elizabeth Maria

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs

Guayaquil, a los 01 días del mes de mayo del año 2023



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Pierina Renata Bastidas Macias

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Polipos colonicos por endoscopia digestiva, en pacientes con comorbilidades en el servicio de gastroenterología del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Ceibos durante el periodo 2019 a 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 auditoria.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 días del mes de mayo del año 2023

AUTOR

f. _____



Firmado electrónicamente por:
**PIERINA RENATA
BASTIDAS
MACIAS**

Pierina Renata Bastidas Macias



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Pierina Renata Bastidas Macias

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Polipos colonicos por endoscopia digestiva, en pacientes con comorbilidades en el servicio de gastroenterología del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Ceibos durante el periodo 2019 a 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total auditoria

Guayaquil, a los 01 días del mes de mayo del año 2023

AUTOR



Firmado electrónicamente por:
**PIERINA RENATA
BASTIDAS
MACIAS**

f. _____

Pierina Renata Bastidas Macias

REPORTE DE URKUND

BASTIDAS MACIAS PIERINA RENATA

Original
by Turnitin

ELIZABET
H MARIA
BENITES
ESTUPINA
N

Firmado digitalmente por
ELIZABETH
MARIA BENITES
ESTUPINAN
Fecha:
2023.04.18
11:17:55 -05'00'

Document Information

Analyzed document	Tesis P70 Bastidas Pierina.docx (D164143771)
Submitted	4/16/2023 11:12:00 PM
Submitted by	
Submitter email	pierina7@hotmail.es
Similarity	3%
Analysis address	elizabeth.benites.ucsg@analysis.arkund.com

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud a las autoridades y docentes de la facultad de ciencias médicas de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, por ser parte de mi formación académica, incentivando, motivando y cultivando un espíritu investigativo hacia esta noble carrera de medicina.

Agradezco a mi tutora de tesis la Doctora Elizabeth Benites Estupiñan por guiarme paso a paso en este gran proyecto de titulación, impulsando en todo momento mis capacidades con paciencia, dedicación y comprensión.

Quedo plenamente agradecida con el Hospital Iess Ceibos que me dio la oportunidad de realizar profesionalmente mi internado hospitalario, y a todos los médicos que fueron parte de la capacitación diaria que recibí al involucrarme medicamente con los pacientes de la mano de un adecuado asesoramiento.

Agradezco a mi familia que me dieron su apoyo incondicional, me inculcaron que tenga sueños con metas ya que las metas son el camino para lograr los sueños, pero estos deben lograrse con disciplina y constancia. Me enseñaron a nunca rendirme ante las adversidades.

Pierina Renata Bastidas Macias

DEDICATORIA

Al culminar este proyecto tengo tantos sentimientos encontrados y solo me queda por decir “Gracias”.

Nada de esto hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de mis padres (Yezenia Macias y Esteban Bastidas) que siempre estuvieron a mi lado en los buenos y difíciles momentos que se presentaron a lo largo de la carrera, fueron muy pacientes, comprensivos y exactos con los consejos cuando más los necesitaba, gracias por todo lo que me dieron y no solo hablo de lo académico, sino más bien, del amor que me impartieron.

Le agradezco a mi hermano (Marcos Bastidas) por sus consejos y guía, me diste las palabras exactas para avanzar y nunca bajar los brazos, gracias por creer en mí y alentarme a perseguir mis sueños.

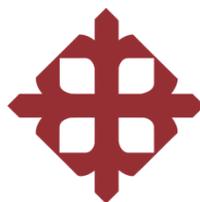
A mi hermano (Leonardo Bastidas) por ser mi motor de vida y darme una gran lección de vida, ser fuertes y nunca dejar de ser bondadosos con nuestro prójimo, me enseñaste que es posible amar eternamente y que podemos revivir los buenos recuerdos constantemente.

Por ustedes esta la promesa que siempre daré lo mejor de mi persona para ser una excelente profesional y hacer que valga la pena todo el esfuerzo, dedicación y confianza que me otorgaron con mucho amor.

A mi familia y amigos, que me acompañaron con risas y largas noches de estudios se volvieron muy significativos, gracias por ser parte de mi vida.

Le agradezco a Dios por haberme dado el regalo de una maravillosa familia y por darme la capacidad de estudiar medicina que es una carrera muy noble el cual tanto amo.

Pierina Renata Bastidas Macias



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

OPONENTE

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs

DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio

COORDINADOR DEL ÁREA

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I.....	2
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO II.....	5
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
CAPÍTULO III.....	6
MARCO TEÓRICO.....	6
PÓLIPOS COLÓNICOS.....	6
EPIDEMIOLOGÍA.....	6
ETIOLOGÍA	7
FACTORES DE RIESGO.....	7
CLASIFICACIÓN	8
NO CANCEROSOS.....	8
PÓLIPOS HIPERPLÁSICOS	8
PÓLIPOS INFLAMATORIOS	9
PÓLIPOS HAMARTOMATOSOS.....	10
CANCEROSOS.....	10
ADENOMA	11
CLÍNICA	11
DIAGNÓSTICO.....	12
TÉCNICA DE DETECCIÓN	12
Clasificación de kudo	13
Clasificación NICE - Narrow Band Imaging International Colorectal Endoscopic	14
Clasificación NBI de Japón	15
COMORBILIDADES.....	16
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	16
CÁNCER DE COLON	17
COLITIS ULCEROSA.....	18
ENFERMEDAD DE CROHN	18
TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN	18

CAPÍTULO IV	20
DISEÑO METODOLÓGICO	20
MÉTODOS	20
TIPO DE INVESTIGACIÓN	20
UNIVERSO Y MUESTRA.....	20
Universo	20
Muestra	20
MÉTODO DE SELECCIÓN DE DATOS	21
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	21
CAPITULO V	24
RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	24
4.1 Objetivo General.....	24
4.2 Objetivos Específicos	24
4.2.1 Determinar la distribución de los pacientes con pólipos colónicos según género y grupo etario.....	24
4.2.2 Detallar los antecedentes patológicos personales y familiares de importancia en los pacientes con pólipos colónicos.	27
4.2.3 Identificar si el IMC, Glicemia, Colesterol, Hipertensión Arterial son un factor de riesgo en los pólipos colónicos.....	28
4.2.4 Los pólipos colónicos están relacionados a la Hipertensión Arterial	31
CAPITULO V	34
CONCLUSIONES.....	34
CAPITULO VI.....	35
DISCUSIÓN	35
CAPITULO VII	36
RECOMENDACIONES.....	36
CAPITULO VIII.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	37

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1: Tipos de pólipos postinflamatorios (11).....	10
Tabla 2: Tipos de pólipos según Kudo (7).....	13
Tabla 3: Clasificación de NICE (18).....	14
Tabla 4: Clasificación Endoscópica de París (19).....	15
Tabla 5 diferencias:.....	16
Tabla 6. Características de los participantes	24
Tabla 7. Comorbilidades de los pacientes	27
Tabla 8. Características metabólicas de los pacientes	28
Tabla 9. Relación entre los factores y la clasificación de los pólipos	29
Tabla 10: Relación de las variables metabólicas y la clasificación de los pólipos	30
Tabla 11. Relación de las variables metabólicas y la clasificación de los pólipos	32
Gráfico 1. Distribución de los pacientes de acuerdo al sexo.....	25
Gráfico 2. Distribución de los pacientes de acuerdo al grupo etario	26
Gráfico 3. Distribución de los pacientes en los distintos grupos etarios de acuerdo al sexo	26
Gráfico 4. Media y desviación estándar de los niveles de triglicéridos de acuerdo a la clasificación de los pólipos.....	31
Gráfico 5. Relación entre la presencia de hipertensión arterial y el tipo de pólipo colónico observado en los pacientes	31

RESUMEN

Introducción: Los pólipos de colon son prominencias de la mucosa intestinal que protruyen hacia la luz del colon. **Objetivo:** Identificar los pólipos colónicos en pacientes con comorbilidades que fueron atendidos en el servicio en el servicio de Gastroenterología del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Ceibos durante el periodo 2019 a 2020. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio Observacional, Retrospectivo y Transversal. Para este estudio no se realizó muestreo. Se trabajó con una población total de 246 pacientes. **Resultados:** De los 246 pacientes, 113 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio. **Conclusiones:** Se determinó que de 113 historias de pacientes de los cuales el 70% eran de sexo femenino. El grupo de edad más frecuente es de 60 – 74 años de edad, el 50%. El menos frecuente 18 – 44 años de edad, el 6.19%. Alcohol y el tabaco 10%. Con respecto a las comorbilidades se observó prevalencia de obesidad (44.24%) y sobrepeso (30.97%). 50% de los pacientes hipertensión, al igual que gastritis crónica, el 26.55% presentaban diabetes. El 76% de los pacientes presentaban pólipos de tipo sésil, por otro lado 13.27% no fueron especificados en la historia clínica de los pacientes. Se observa que la media de la glicemia fue de 115.19 mg/dL con una desviación estándar de 43.74 mg/dL con un rango entre 63 mg/dL a 337 mg/dL. La media de los triglicéridos fue de 159.27 mg/dL con una desviación estándar 92.43 mg/dL, con un mínimo de 51 mg/dL y un máximo de 636 mg/dL. El colesterol total medio fue de 193.96 mg/dL con 47.52 mg/dL de desviación estándar, con un rango entre 87 mg/dL y 305 mg/dL. Se asociaron factores predisponentes como los hábitos, el IMC y comorbilidades con la clasificación de los pólipos.

Palabras claves: Pólipos colónicos, comorbilidades, Hábitos

ABSTRACT

Introduction: Colon polyps are prominences of the intestinal mucosa that protrude into the lumen of the colon. **Objective:** To identify colonic polyps in patients with comorbidities who were treated in the Gastroenterology service of the Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Ceibos during the period 2019 to 2020. **Materials and methods:** an Observational, Retrospective and Cross-sectional study was carried out. . No sampling was performed for this study. We worked with a total population of 246 patients. **Results:** Of the 246 patients, 113 patients met the inclusion criteria for the study. **Conclusions:** It was determined that from 113 patient histories, 70% were female. The most frequent age group is 60 – 74 years old, 50%. The least frequent 18 – 44 years of age, 6.19%. Alcohol and tobacco 10%. Regarding comorbidities, the prevalence of obesity (44.24%) and overweight (30.97%) was observed. 50% of the patients had hypertension, as well as chronic gastritis, 26.55% had diabetes. 76% of the patients presented sessile polyps, on the other hand 13.27% were not specified in the patients' clinical history. It is observed that the mean glycemia was 115.19 mg/dL with a standard deviation of 43.74 mg/dL with a range between 63 mg/dL to 337 mg/dL. The mean of triglycerides was 159.27 mg/dL with a standard deviation of 92.43 mg/dL, with a minimum of 51 mg/dL and a maximum of 636 mg/dL. Mean total cholesterol was 193.96 mg/dL with a standard deviation of 47.52 mg/dL, with a range between 87 mg/dL and 305 mg/dL. Predisposing factors such as habits, BMI, and comorbidities were associated with the classification of polyps.

Keywords: Colonic polyps, comorbidities, Hab

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Los pólipos de colon son prominencias de la mucosa intestinal que protruyen hacia la luz del colon. Según las características macroscópicas, los pólipos pueden ser pediculados, es decir que tienen tallo, o sésiles, con ausencia de tallo. Además, es importante el número y tamaño de los pólipos, es así como si el paciente presenta más de 100 pólipos se denomina poliposis. En cuanto a las características microscópicas, los pólipos se pueden clasificar en neoplásicos o no neoplásicos; los neoplásicos abarcan los adenomas que pueden ser tubulares, vellosos o mixtos, mientras los no neoplásicos son los inflamatorios, hiperplásicos, hamartomatosos, entre otros(1,2).

Entre los factores de riesgo asociados a la incidencia de pólipos colónicos se encuentra el sexo masculino, edad mayor a 50 años, afroamericanos, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, sedentarismo, antecedentes familiares de pólipos o cáncer de colon y síndrome metabólico(3,4).

El cuadro clínico de los pólipos colónicos es oligosintomático; en ocasiones pueden ulcerarse y generar un cuadro de hemorragia digestiva baja. Es frecuentemente que la pérdida hemática sea pequeña pero crónica lo que resulta en anemia ferropénica (anemia microcítica hipocrómica) y el sangrado se evidencia únicamente en la prueba de sangre oculta en heces. Rara vez, el pólipo es tan grande que obstruye la luz del colon generando síntomas de abdomen agudo obstructivo. La herramienta gold estándar en diagnóstico de pólipos colónicos es la colonoscopia total porque permite la visualización directa de los mismos y la toma de biopsia para conocer el tipo histológico(1,3).

La principal complicación de los pólipos es su transformación maligna. Se conoce que la mayoría de los cánceres de colon se originan de pólipos colónicos, sin embargo, solo el 5% de

los pólipos neoplásicos se degeneran a cáncer; estos pólipos tardan de 7 a 10 años en transformarse en cáncer invasivo. Los adenomas están considerados avanzados cuando estos miden más de 10 mm además muestran componente vellosos o displasia de alto grado(1–3).

Actualmente, se considera que todos los pólipos deben ser resecaos y analizados histopatológicamente, a pesar de que existe controversia en si los pólipos <5 mm deben ser resecaos debido a que tienen bajo potencial maligno(2).

PROBLEMA A INVESTIGAR

Prevalencia de pólipos colónicos por endoscopia digestiva en pacientes con comorbilidades en el servicio de Gastroenterología del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Ceibos durante enero de 2019 a junio de 2020

JUSTIFICACIÓN

En los países desarrollados la incidencia de pólipos colónicos es de aproximadamente 30%. La prevalencia de pólipos adenomatosos en la población occidental es de 40% mediante endoscopia y 25% en autopsias. Alrededor del 87% de los pólipos tipo adenomas son tubulares. Por su lado, el cáncer de colon y recto representa el tercer cáncer más frecuente y la cuarta causa de muerte por cáncer a nivel mundial, habiendo mayor incidencia en los países occidentales (2,3,5–8).

En Ecuador, en 2012 murieron 603 personas por cáncer colorrectal, habiendo mayor prevalencia en hombres en comparación a mujeres, de manera que es el cuarto cáncer más frecuente en hombres y el sexto en mujeres. Además, las ciudades con mayor prevalencia son Quito y Loja. Sin embargo, no se conoce la prevalencia de pólipos colónicos en la población ecuatoriana, razón por la cual este estudio pretende determinar la prevalencia de pólipos

colónicos en paciente atendidos en el servicio de endoscopía digestiva en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Ceibos durante enero de 2019 a junio de 2022(8).

En la sociedad contemporánea cada año se escucha hablar de más casos de cáncer entre conocidos, entre familiares y amigos; en los hospitales semanalmente se reciben más pacientes para manejo distintos de cáncer. Miles de dólares en manejo de los efectos secundarios de los tratamientos antes mencionados. Tanto en hombres como en mujeres el cáncer colorrectal es el cuarto tipo de cáncer más común en el mundo, en el 2007 se registraron 677000 defunciones a nivel mundial. Según la OMS (organización mundial de la salud) alrededor de un 30% de las muertes por cáncer son prevenibles.

El cáncer es una enfermedad invasiva, progresiva, que mientras más tarde es detectada presenta un peor pronóstico. Mientras se instaure un tratamiento precoz, la carga de morbi-mortalidad disminuye significativamente. Por tal la detección temprana de la patología es de suma importancia. Lo ideal es determinar el riesgo de cáncer o la presencia del mismo temprano, usando campañas de educación para las personas de reconocer signos tempranos o programas para el cáncer de seno o Papanicolaou para cáncer cervico-uterino.

CAPITULO II

OBJETIVO GENERAL

Identificar los pólipos colónicos por endoscopia digestiva en pacientes con comorbilidades en el servicio de Gastroenterología del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Ceibos durante enero de 2019 a junio de 2020

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la distribución de los pacientes con pólipos colónicos según género y grupo etario.
- Detallar los antecedentes patológicos personales y familiares de importancia en los pacientes con pólipos colónicos.
- Determinar si los hábitos conductuales que inciden en la aparición de los pólipos colónicos son un factor de riesgo para su aparición
- Identificar si el IMC, Glicemia, Colesterol, Hipertensión Arterial son un factor de riesgo en los pólipos colónicos.
- Los pólipos colónicos están relacionados a la Hipertensión Arterial

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

PÓLIPOS COLÓNICOS

Según la American College of Gastroenterology (1) se denomina pólipo a cualquier tipo de prominencia o crecimiento en el revestimiento interno del tejido del intestino grueso, que protruye hacia la luz de este. Es un pequeño bulto que puede variar en tamaño, forma y aspecto, ya sean planos o elevados e incluso tener un tallo corto o pedunculado, semejándose a una coliflor. En muchas ocasiones la mayoría de los pólipos no son cancerosos, pero tienen un gran potencial para convertirse en cáncer colorrectal si existiera un hallazgo de una actividad anómala o un comportamiento negativo del mismo (2).

EPIDEMIOLOGÍA

En cuanto a la epidemiología de los cólicos colónicos no existen estadísticas específicas para Latinoamérica o para Ecuador, ya que su incidencia se la calcula en base a los pacientes que padecen cáncer colorrectal, de la cual los pólipos colónicos son un antecedente de importancia. Son uno de los problemas más comunes y se halla en un 15 al 20% de la población adulta (3); otro estudio menciona que se presenta en aproximadamente el 30% y 50% de la población mayor a 50 años (2).

A nivel mundial el cáncer colorrectal representa el tercer tipo de cáncer más frecuente y el que provoca mayores muertes en ambos sexos, se ubica en esta categoría después del cáncer de próstata y de pulmón y en el caso de las mujeres después del cáncer de mama, su prevalencia es más alta en países con índice alto de desarrollo humano, es decir en países europeos y Norteamérica es mayor mientras que en África y Asia es menor, todo depende del ambiente en que se desarrolla el individuo y de su susceptibilidad genética (4). Cabe recalcar que la mortalidad no está íntimamente relacionada con la prevalencia de incidencia de pólipos colónicos ya que para la evolución de un pólipo no

canceroso a un pólipo canceroso deben existir otros factores primordiales como la edad, ambiente y localización.

ETIOLOGÍA

La etiología de los pólipos es incierta, aunque varias teorías ofrecen que tiene relación con alteraciones inmunológicas e infecciones, con procesos inflamatorios agudos y crónicos del intestino, y son una proliferación exagerada con maduración y muerte celular que provoca alteraciones en la arquitectura y estructura de la mucosa. En primer lugar, se da una sola cripta colónica en donde la proliferación se extralimita y se extiende a toda la cripta, tiene una predisposición genética dominante o recesivo. Las lesiones pueden ser de origen neoplásico y no neoplásicas y los adenomas pueden presentar transformación maligna siguiendo la secuencia histopatológica adenoma-carcinoma (5).

Debido a que existe un riesgo potencial de malignidad, se debe educar a todos los pacientes acerca de los pólipos y hacer un seguimiento. Los pacientes con antecedentes familiares de pólipos pueden beneficiarse de una colonoscopia de detección. Las personas con cáncer de colon hereditario sin poliposis deben someterse a una colonoscopia de detección cada 1 o 2 años. Además, estas pacientes también corren el riesgo de padecer cáncer de ovario y útero (2).

FACTORES DE RIESGO

Existen diversos factores de riesgo para el desarrollo de pólipos colónicos y entre ellos se hallan: edad igual o superior a los 50 años, sobrepeso, obesidad, consumo de sustancias como el alcohol o el tabaquismo, diabetes mellitus, el sedentarismo, enfermedad inflamatoria intestinal, alimentación inadecuada, consumo excesivo de carnes rojas y disminución de ingesta de verduras y calcio (2). En un estudio realizado por Días Solleiro (6) se destaca la relación entre obesidad y pólipos colorrectales, se determinó que los pacientes obesos tienen 2.8 veces más riesgo de presentar pólipos adenomatosos colorrectales que los pacientes no obesos.

La asociación de la diabetes mellitus con la evolución de pólipos adenomatosos se ha demostrado como un riesgo significativamente mayor entre las edades de 40 y 49 años,

es uno de los factores de mayor riesgo para cáncer colorrectal incluso después de controlar otros factores de riesgo como el tabaquismo o la obesidad (7).

Es de suma importancia identificar adecuadamente los factores de riesgo para el desarrollo de estos pólipos ya que se pueden convertir en una neoplasia en pacientes vulnerables, solo de esta manera se puede elaborar un protocolo de acción si se llega a manifestar un diagnóstico de cáncer colorrectal. Los antecedentes personales, familiares y patológicos de pólipos adenomatosos son extremadamente importantes para categorizar los factores de riesgo. En un estudio realizado por Utrera Díaz et al. (8) se describe la prevalencia de cáncer colorrectal en un grupo de edad de 50 a 60 años, sexo masculino, el 55.2% con factores de riesgo y el 24.1% con algún síntoma. Los cambios en la deposición de las heces, tenesmo, dolor abdominal, dieta inadecuada, y el tabaquismo fueron los que predominaron como factores de riesgo.

CLASIFICACIÓN

Los pólipos colónicos pueden ser clasificados en cancerosos y no cancerosos, a continuación, sus definiciones:

NO CANCEROSOS

Se dividen en pólipos hiperplásicos, pólipos inflamatorios, postinflamatorios y pólipos hamartomatosos, se define cada una a continuación:

PÓLIPOS HIPERPLÁSICOS

Un pólipo hiperplásico es que el crecimiento que sobresale de la superficie del tejido, el cual es no canceroso, histopatológicamente se compone de glándulas de mayor tamaño y células epiteliales en mayor número que las glándulas normales del colon, bajo el microscopio parecen expresar en forma de estrella, además se observan criptas tapizadas por epitelio hiperplásico, de aspecto aserrado y micropapilar (9) (10). Durante

la colonoscopia se realiza la extirpación del pólipo y generalmente no vuelven a crecer después de que se extirpan por completo (9).

PÓLIPOS INFLAMATORIOS

Los pólipos inflamatorios son lesiones sobrelevadas que tienen una naturaleza no neoplásica y también son conocidos como pseudopólipos inflamatorios o post inflamatorios cuando se los definen en el contexto de colitis ulcerativa o enfermedad inflamatoria intestinal. Histopatológicamente tiene características específicas ya que está compuesto por criptas deformadas tapizadas por epitelios que tienen cambios regenerativos sin displasia y en su estroma predominan células inflamatorias y células de tejido de granulación (10).

PÓLIPOS POSTINFLAMATORIOS

En individuos que presentan enfermedad inflamatoria intestinal de duración prolongada en ocasiones aparecen pólipos inflamatorios que se encuentran en los lugares donde previamente existió una inflamación grave, generalmente se da en la colitis ulcerativa que es más común y representa a la mayoría de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, según su localización y disposición pueden ser pólipos inflamatorios o pólipos filiformes que generalmente no producen síntomas y son hallazgos incidentales en estudios radiológicos rutinarios, pueden producir sangrado de obstrucción intestinal cuando son de gran tamaño e incluso pueden simular morfológicamente una neoplasia, histopatológicamente son neoformaciones de aspecto polipoide con cicatrices en la mucosa y proliferación celular focalizada contracción mecánica (11). A continuación, se muestra la Tabla 1 en donde se expresan los tipos de pólipos postinflamatorios según su diámetro:

Tabla 1: Tipos de pólipos postinflamatorios (11).

Poliposis generalizada	Pólipos menores de 5 mm generalizados
Poliposis múltiple localizada	Pólipos menores de 5 mm focales
Poliposis filiforme	Pólipos delgados no lobulados de distribución variable
Poliposis gigante	Pólipos de más de 15 mm de distribución focal o difusa

PÓLIPOS HAMARTOMATOSOS

Son lesiones protruidas hamartomatosos de 5 a 40 mm y pueden ser pediculadas o sésiles, generalmente se encuentran en la tercera década de la vida e histológicamente están constituidos por glándulas alteradas que se asientan sobre un eje arborescente de músculo liso, sin mostrar atipias, pueden observarse una evolución hacia un adenoma o un carcinoma en un 6% al 12% de los individuos (12).

CANCEROSOS

Actualmente se proponen varias teorías sobre cuántos años tardará un adenoma pequeño en convertirse en un cáncer propiamente establecido, los autores están de acuerdo en que alrededor de 10 años es el intervalo correcto y por ello es por lo que las colonoscopías de cribado se proyectan cada 10 años como prevención (1).

Aunque si se tienen antecedentes familiares de pólipos colónicos o de cáncer es importante que se realice el cribado a temprana edad y en periodos más cortos de tiempo. Un factor de riesgo a considerar es el marcador de lesión precancerosa del colon en donde se establece que la isoforma CD44v8-10 está sobre expresada en el 92% de los pacientes con pólipos colónicos (2).

ADENOMA

Los pólipos adenomatosos son nódulos similares a glándulas que se extienden en la membrana que recubre el intestino grueso, son de origen canceroso y los que más preocupan por sus aspectos clínicos (13), se pueden observar esto lógicamente como vellosos como tubulares o mixtos y si son más grandes y vellosos está relacionados directamente con la mayor posibilidad de que se malignicen (2). También se describe un tipo de adenoma serrado que es más agresivo y puede evolucionar a partir de un pólipo hiperplásico.

Se ha establecido una secuencia adenoma-carcinoma que determina que un pólipo adenomatoso presentará un curso maligno como una evolución natural limitada a nivel submucoso con invaginación de adenocarcinoma, ya que, existe ausencia de vasos linfáticos en este nivel y las lesiones neoplásicas tienen bajo riesgo de metástasis, por otro lado, existen pólipos malignos que cuentan con células neoplásicas que invaden la musculatura de la submucosa adyacente (7).

CLÍNICA

Generalmente este tipo de afección no produce ningún síntoma o produce sintomatología escasa, el hallazgo se da de manera ocasional por la realización de endoscopias rutinarias o por diagnóstico radiológico. No obstante, existen casos aislados en donde pueden causar grandes hemorragias, secreciones y alteraciones en las actividades intestinales, el dolor es uno de los síntomas menos frecuentes (2).

Si un pólipo colónico es de mayor tamaño puede ulcerarse y llegar a sangrar, sí el flujo de sangre es intenso puede originarse la presencia de hemorragias por el recto y en ocasiones en donde son pequeñas salidas de sangre solo se lo puede determinar mediante la sangre oculta en heces (2). En varias ocasiones el paciente con comida con anemia debido a la pérdida de sangre que sufre y en casos extremadamente raros el pólipo puede ser tan grande que puede obstruir el colon y causar estreñimiento.

Otras presentaciones incluyen diarrea, dolor abdominal, mucosidad con las heces o con síntomas y signos de anemia ferropénica secundaria a sangrado crónico. Un examen

físico suele ser normal, aunque los pólipos rectales pueden palparse en el examen rectal digital o si están prolapsados (2).

DIAGNÓSTICO

La prueba de mayor eficacia y la más utilizada en el mundo para el diagnóstico de los pólipos es la endoscopia en donde se realiza una polipectomía y la terapéutica se basa en los hallazgos anatomopatológicos. Sin embargo, esta no es una prueba de detección impecable, ya que ha aumentado la tasa de fallas con una preparación de colon de baja calidad, pólipos más pequeños, pólipos de colon del lado derecho y menos experiencia del endoscopista. Los pacientes que tengan más de diez adenomas colorrectales deben someterse a pruebas de MUTYH (poliposis asociada a MUTYH) y del gen APC (14) (15).

Una forma más nueva de detección es la colonografía por tomografía computarizada (CTC), que requiere una excelente preparación intestinal y es menos sensible con pólipos planos. Otras formas de diagnosticar son con enemas de bario de doble contraste y endoscopias con cápsula de colon. Todavía se necesita más investigación para tecnologías ópticas mejoradas que puedan usarse para diferenciar entre pólipos colónicos neoplásicos y no neoplásicos (14) (16).

La valoración detallada del individuo y de las lesiones que presenta es el primer paso para la evaluación y tratamiento de los pólipos colónicos, debe valorarse cada pólipo de acuerdo con su tamaño, localización e histología. De esta manera se tomarán mejores decisiones en cuanto al tratamiento y manejo posterior del pólipo.

TÉCNICA DE DETECCIÓN

Existen varias recomendaciones al momento de la realización de la técnica para mejorar y dirigir el avance de la detección. El entrenamiento del equipo médico es primordial para poder diferenciar las lesiones ya que algunas pueden ser muy leves o sutiles para poder ser detectadas. La limpieza colonica adecuada es imprescindible para la preparación del colon y que su observación sea adecuada, generalmente se usa la Escala de Boston para evaluar al colon y si la preparación no ha sido adecuada se debe repetir la

endoscopia al año. Se debe preparar al colon en dos partes, la primera se realiza un día antes del examen y la segunda 5 horas antes de la endoscopia. Se determina que dos horas de ayuno luego de ingerir líquidos es necesario ya que mejora la limpieza del colon y es más seguro para el paciente cuando se encuentra hidratado (17).

En cuanto a la técnica el equipo se debe retirar minuciosamente en 6 minutos, si este tiempo se extiende puede existir lesiones en el tracto, se debe tener una visualización exacta de los pliegues, lavado e insuflación correctos. Frecuentemente en el colon derecho es donde se hallan las lesiones más difíciles de observar, por su localización y por su forma ya que algunas son serratas o planas, es por ello por lo que se recomienda realizar una doble inspección en el colon derecho. Cuando se va a retirar el endoscopio el cambio de posición en el paciente genera una mayor distensión (17).

Clasificación de kudo

En 1994 Kudo describe por medio del colonoscopio de aumento que los pólipos pueden ser descritos de acuerdo con su estructura, estética, localización y patrones de tinción. Continuación se presenta la Tabla 2 en donde se observan los cinco tipos de pólipos según Kudo (7).

Tabla 1: Tipos de pólipos según Kudo (7).

Kudo I	Patrón redondeado normal
Kudo II	Patrón estrellado o aspecto papilar
Kudo IIIS	Patrón redondeado y/o tubular pequeño
Kudo IIIL	Patrón tubular o elongado largo
Kudo IV	Patrón en forma de giro y/o saculaciones
Kudo V	Patrón sin criptas estructurados

La clasificación de criptas de Kudo es extremadamente importante para el diagnóstico de un pólipo y del cáncer colorrectal, ya que puede diferenciar entre lesiones neoplásicas y neoplásicas a partir del análisis de las fosas mucosas superficiales de las lesiones empleándola endoscopia. Las lesiones I y II de Kudo son no neoplásicas, las lesiones IV están relacionadas con neoplasia, solo si no se presenta con una capa de fibrina

no removible en su superficie las IIS y V se relacionan estrechamente con lesiones avanzadas como el cáncer invasivo (7).

Clasificación NICE - Narrow Band Imaging International Colorectal Endoscopic

En el año 2009 se propuso la clasificación NICE que describe los pólipos en tipo 1,2 y 3 y se relaciona con los hallazgos histopatológicos. Esta clasificación ha sido comprobada en varias publicaciones del continente europeo, se basa en las características de los pólipos como color, vascularización y patrón (18). A continuación, se describe la Tabla 3 de la Clasificación NICE:

Tabla 2: Clasificación de NICE (18).

	NICE 1	NICE 2	NICE 3
Color	Igual o más claro que el fondo	Más oscuro que el fondo	Marrón o marrón oscuro, a veces con áreas parcheadas blancas
Vasos	Ninguno o vasos aislados atravesando la lesión	Vasos marrones rodeando estructuras blancas	Áreas de vasos interrumpidos o ausentes
Patrón de superficie	Puntos oscuros o blancos de tamaño uniforme o ausencia homogénea de patrón	Estructuras ovaladas, tubulares o ramificadas blancas rodeadas de vasos marrones	Patrón de superficie amorfa o ausente
Patología Probable	Hiperplásico o Adenoma serrado	Adenoma	Tumor invasivo submucoso

Existe una Clasificación Endoscópica de París sobre los pólipos colónicos, la cual describe cómo debe ser la morfología macroscópica del pólipo y sirve como una

nomenclatura conceptualizada que ayuda a categorizar a los mismos (19). Se describe esta clasificación en la Tabla 4:

Tabla 3: Clasificación Endoscópica de París (19).

Características Endoscópicas	Tipo	Descripción
Lesiones polipoideas	0-lp	Pólipos pedunculados
Lesiones polipoideas	0-ls	Pólipos sésiles
Lesiones no polipoideas	0-lla	Superficial elevada
Lesiones no polipoideas	0-llb	Completamente plana
Lesiones no polipoideas	0-llc	Superficial, deprimida sin ulceración
Lesiones no polipoideas excavadas	0-3	Excavadas y ulceradas

También se pueden observar tumores de extensión lateral que miden más de 10 mm y se extienden lateralmente en lugar de verticalmente, la incidencia de estos tumores en la colonoscopia es del 9%. Existen diferentes tipos como los tumores de extensión lateral G con un patrón nodular homogéneo pide bajo riesgo de invasión, los tumores de extensión lateral G con nódulos mixtos en los que puede haber mayor riesgo de extensión y llegan a medir 30 mm, los tumores de extensión lateral NG qué son capaces de tener el mayor riesgo de invasión (19) (20).

Clasificación NBI de Japón

El equipo de expertos NBI de Japón introdujo un sistema de clasificación endoscópica de aumento NBI para pólipos colorrectales en 2014. Al centrarse en el patrón de vasos y superficies, el sistema JNET clasifica los pólipos colorrectales en cuatro tipos, cada tipo que representa la característica histológica de los pólipos. Al igual que NICE, los patrones irregulares/amorfos de vasos y superficies en el sistema de clasificación JNET son indicativos de una mayor probabilidad de cáncer invasivo de la submucosa (16).

Tabla 5 diferencias:

	Tipo 1	Tipo 2A	Tipo 2B	Tipo 3
Patrón de Buque	Invisible	Calibre regular y distribución, mallada/espiral	Calibre variable, distribución irregular	Áreas de vasos sueltos, interrupción de vasos gruesos
Patrón de Superficie	Manchas uniformes oscuras o blancas similares a la mucosa circundante	Regular, tubular/ramificada/papilar	Irregular u oscuro	Áreas amorfas
Muy probablemente histología	Pólipos aserrados hiperplásicos o sésiles	Displasia de bajo grado	Displasia de alto grado/cáncer invasivo de la submucosa superficial	Cáncer invasivo de la submucosa profunda

COMORBILIDADES

El término comorbilidad es definido por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas como la morbilidad asociada de dos o más trastornos o enfermedades relacionadas a una patología en común que ocurre en el mismo individuo al mismo tiempo o una tras otra, hay interacción entre las enfermedades que pueden alterar o empeorar la evolución una de la otra (21). Las enfermedades asociadas más comúnmente a los pólipos colónicos son:

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

La enfermedad inflamatoria intestinal es una condición patológica de causa multifactorial con factores asociados del sistema inmune y del ambiente además de su

influencia genética, muchos de estos factores predisponen al inicio de esta enfermedad que causa una inflamación a nivel de la mucosa del colon y compromete cualquier parte del tubo digestivo e incluso puede afectar a otros órganos fuera del tracto digestivo como el hígado, articulaciones, piel y ojos. Debe existir un equilibrio entre la actividad del sistema inmunológico y las respuestas que este otorga, pero en la enfermedad inflamatoria intestinal este equilibrio no existe y conduce a una inflamación intestinal exacerbada (22).

Uno de los factores asociados a la enfermedad que más ha sido estudiado son los defectos inmunes que se presentan en la enfermedad inflamatoria intestinal ya que existe una función aberrante del sistema inmunitario en las mucosas, en esta enfermedad se han documentado en el sistema inmune innato la alteración de la expresión de claudinas y ocludinas y en cuanto al sistema inmune adaptativo se conoce que p-ANCA está relacionada con la colitis ulcerativa y anti-Saccharomyces con la Enfermedad de Crohn (22).

CÁNCER DE COLON

El cáncer de colon es una de las problemáticas de salud pública que causa una de las principales muertes a nivel mundial, cada año se realizan brigadas médicas con el fin de reducir la tasa de mortalidad y la incidencia de los pacientes con este trastorno en donde la microbiota, epigenética y farmacología están íntimamente relacionados, el precursor de un cáncer colorrectal es el adenoma, el cual sirve muchas veces como predictor del cáncer, afecta frecuentemente a las personas mayores de 60 años pero en la actualidad se está dando también en personas más jóvenes, tiene varios factores de riesgo como el desarrollo del cáncer asociado con mutaciones de los genes BRCA1 y BRCA2, también el sedentarismo, adicciones, tabaquismo, alcohol y la enfermedad inflamatoria intestinal (23).

El desarrollo del tumor maligno se da por una excesiva proliferación de las células del colon o del pólipo, por lo que el manejo y tratamiento temprano son primordiales para la supervivencia y pronóstico del individuo (23).

COLITIS ULCEROSA

Se conoce como colitis ulcerosa a un tipo de enfermedad inflamatoria intestinal crónica que se caracteriza por tener una etiología idiopática que afecta a la mucosa del colon y tiene periodos de actividad y otros periodos de remisión, como las anteriores enfermedades ya descritas tiene una patogenia multifactorial en donde la predisposición genética, de efectos del sistema inmunitario, trastornos de regulación y factores ambientales forman parte de la enfermedad. Se necesita reducir la inflamación para controlar la enfermedad y los síntomas y signos asociados, una vez logrado este objetivo se necesita prevenir nuevos brotes de la enfermedad y se debe dar un tratamiento de mantenimiento (24).

ENFERMEDAD DE CROHN

La enfermedad de Crohn es una patología multifactorial inflamatoria del tracto digestivo, esta enfermedad es impredecible, tiene brotes y se alterna con periodos de actividad y periodos de remisión, se presenta generalmente en pacientes jóvenes y causa una gran morbilidad (25). Mientras la enfermedad progresa pueden requerirse tratamientos inmunosupresores o tratamientos quirúrgicos cuando aparecen las complicaciones más graves. Generalmente la parte más afectada del tracto digestivo es el íleon distal, el diagnóstico se lo realiza mediante el uso de técnicas de imagen y hallazgos anatómicos y clínicos. En cuanto su tratamiento se necesitan fármacos de elección como los corticoides tópicos que son muy útiles para liberarse en el lirio y los corticoides sistémicos cuando hay brotes más graves (26).

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Los pólipos pueden tratarse mediante las técnicas de endoscopia, cuando son de gran tamaño o se hallan en mayor cantidad puede ser necesaria la intervención de más de una endoscopia o cirugía. El tratamiento más eficaz para los pólipos es la extracción y recesión completa por medio de la polipectomía endoscópica, de esta manera el paciente no tiene ningún indicio de dolor mediante la extirpación y así se impide el crecimiento y

posible de generación anómala del pólipo. Se debe inspeccionar totalmente el colon en todos los pacientes a los que se les ha detectado un pólipo puesto que el riesgo de que desarrollen pólipos nuevamente se halla en un 40%, por este riesgo de recurrencia se recomienda al paciente una evaluación periódica mediante colonoscopias de vigilancia (2) (27).

Por otro lado, se halla también la disección submucosa endoscópica la cual se puede realizar de manera segura permitiendo la recesión por sectores de bloques de las sesiones superficiales neoplásicas colónicas, esto logra que la recurrencia sea menor. También se tiene a la cirugía endoscópica laparoscópica combinada que se usa cuando los pólipos son irreseccables endoscópicamente, de esta manera se evita la colectomía segmentaria reduciendo la morbilidad y mortalidad (2) (20).

Es necesario que cada 10 años se realice una colonoscopia de rutina a las personas con edades iguales o superiores a los 50 años ya que se ha encontrado en estudios que se disminuye hasta en un 90% la incidencia del cáncer colorrectal, se necesita también que los ministerios de salud pública de los diferentes países realicen un cribado del grupo poblacional más vulnerable ya que también se puede diagnosticar el antecedente del cáncer de colon que es el pólipo adenomatoso y así se puede brindar tratamiento de manera conveniente (2) (27).

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

MÉTODOS

La presente investigación sobre la “Pólipos colónicos por endoscopia digestiva, en pacientes con comorbilidades en el servicio de Gastroenterología del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Ceibos durante el periodo 2019 a 2020” se centra en una metodología de tipo retrospectiva, analítica, transversal, cuantitativa y no experimental.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional

Retrospectivo

Transversal

Analítica

Cuantitativa

No experimental

UNIVERSO Y MUESTRA

Universo

Pacientes con pólipos colónicos atendidos en el servicio de endoscopia digestiva en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Ceibos durante el periodo 2019 a 2020

Muestra

No se realizó muestreo

Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes en los que se haya realizado una colonoscopia total

- Pacientes atendidos en el servicio de endoscopia digestiva en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS ceibos
- Pacientes atendidos durante el periodo 2019 a 2020
- Pacientes con datos suficientes en la Historia Clínica

Criterios de Exclusión

- Antecedente patológico personal de cáncer colorrectal
- Pacientes intervenidos fuera del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS ceibos
- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes con historias clínicas incompletas
- Pacientes embarazadas

MÉTODO DE SELECCIÓN DE DATOS

Revisión de las historias clínicas entre los años 2019 a 2020 en la base de datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS CEIBOS

Para el estudio se utilizó el programa computacional Microsoft Excel 2016 para la recolección de datos que se evidencio en las historias clínicas. Se usó el programa spss para la tabulación de la base de datos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Nombre Variable	Definición de la variable	Tipo	RESULTADO
Género	Género	Catagórica dicotómica	- Masculino - Femenino
Grupo etario	Grupo etario	Catagórica ordinal politómica	- adulto joven: 18 – 44 - adulto medio: 45 – 59 - adulto mayor: 60 – 74 - anciano: 75 – 90

			- anciano longevo: >90
Antecedentes patológicos personales	Antecedentes patológicos personales	Categoría nominal politómica	- Hipertrigliceridemia - Hipercolesterolemia - Diabetes - Hipertensión arterial - IMC
Antecedentes patológicos familiares	Antecedentes patológicos familiares	Categoría nominal politómica	- Pólipos colónicos - Cáncer de colon - Sin APF de relevancia
Hábitos tóxicos	Hábitos tóxicos	Categoría nominal politómica	- Consumo de alcohol - Hábito tabáquico - Consumo de café - Consumo de sustancias sujetas a fiscalización - No tiene hábitos tóxicos
Índice de masa corporal	Índice de masa corporal	Categoría ordinal politómica	- Bajo peso: <18,5 - Peso normal: 18,5 - 24,9 - Sobrepeso: 25,0 - 29,9 - Obesidad I: 30,0 - 34,9 - Obesidad II: 35,0 - 39,9 - Obesidad III: >40
Pólipos colónicos	Observación de pólipos colónicos mediante colonoscopia total	Categoría nominal dicotómica	- Presencia de pólipos en colonoscopia - Ausencia de pólipos en colonoscopia
Aspecto del pólipo colónico	Aspecto de los pólipos colónicos	Categoría nominal dicotómica	- Pediculado - Sésil
Número de pólipos colónicos	Número de pólipos colónicos	Categoría nominal dicotómica	- Únicos - Múltiples
Tamaño del pólipo colónico	Tamaño del pólipo colónico	Categoría ordinal politómica	- < 5 mm - 5 – 10 mm - 11 – 20 mm

			- >20 mm
Localización	Localización	Catórica nominal política	<ul style="list-style-type: none"> - Recto - Colon descendente - Sigmoides - Colon ascendente - Recto-sigmoides - Ciego - Transverso - Descendente-sigmoides

CAPITULO V

RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

4.1 Objetivo General

Identificar los pólipos colónicos por endoscopia digestiva en pacientes con comorbilidades en el servicio de Gastroenterología del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Ceibos durante el periodo 2019 a 2020

Para la realización de este trabajo de investigación se tomó una muestra de 113 pacientes con diagnóstico de pólipos colónicos que fueron atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital General Guayaquil Iess Los Ceibos.

4.2 Objetivos Específicos

4.2.1 Determinar la distribución de los pacientes con pólipos colónicos según género y grupo etario.

Tabla 6. Características de los participantes

Tabla 6: Características de los participantes

		N=113	Porcentaje
Sexo	Masculino	35	30,97%
	Femenino	78	69,03%
Grupo de Edad	18 - 44	7	6,19%
	45 - 59	30	26,55%
	60 - 74	56	49,56%
	75 - 90	20	17,70%
Hábitos	No Hábitos	84	74,34%
	Alcohol	6	5,31%
	Tabaco	5	4,43%
	Café	18	15,93%

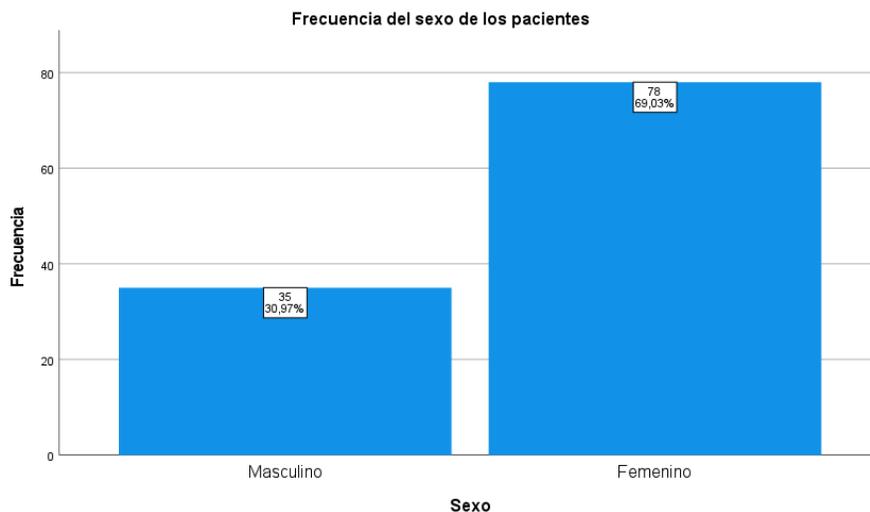
Elaborado por: Pierina Bastidas

Fuente de datos: Hospital General Norte Iess Ceibos

Se recolectaron 113 historias de pacientes de los cuales casi el 70% eran de sexo femenino. El grupo de edad más frecuente es de 60 – 74 años de edad, representando aproximadamente el 50%. El grupo de edad menos frecuente es de 18 – 44 años de edad, representando el 6.19% de la muestra. Con respecto a los hábitos tóxicos, el alcohol y el tabaco representaron aproximadamente el 10%. Esto se muestra en la tabla 6.

Gráfico 1. Distribución de los pacientes de acuerdo al sexo

Gráfico 1: Distribución de los pacientes de acuerdo al sexo

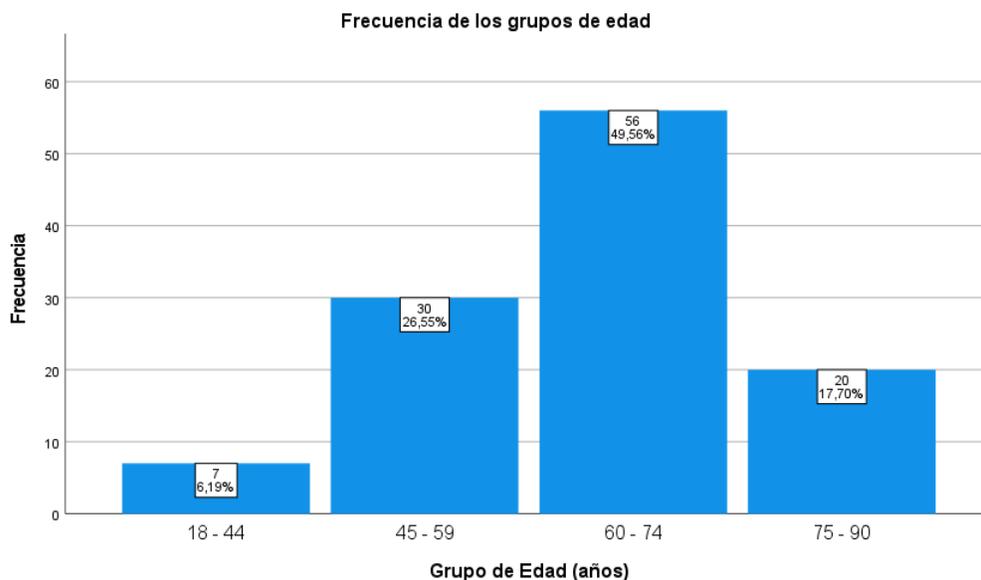


Elaborado por: Pierina Bastidas

Fuente de datos: Hospital General Norte Iess Ceibos

Tal como lo muestra el gráfico 1, la mayor parte de los pacientes (69.03%) fueron de sexo femenino. Por otro lado, los pacientes de sexo masculino representaban el 30.97% de la muestra estudiada.

Gráfico 2. Distribución de los pacientes de acuerdo al grupo etario

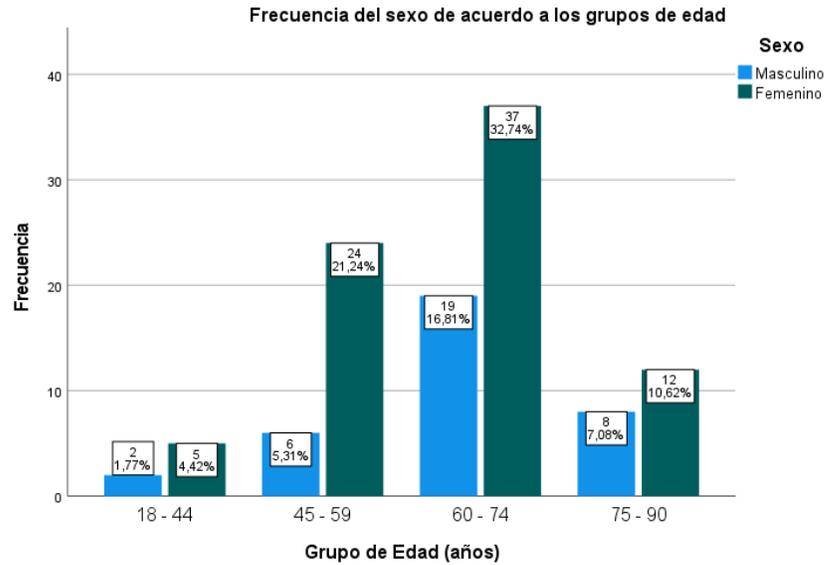


Elaborado por: Pierina Bastidas

Fuente de datos: Hospital General Norte Iess Ceibos

El gráfico 2 muestra la frecuencia de los grupos de edad. En este se observa que aproximadamente la mitad de la muestra (49.56%) están en el grupo de edad entre 60 y 74 años de edad. El segundo grupo más frecuente fue de aquellos con edad entre 45 y 59 años, representando el 26.55%. El 17.70% de la muestra se conformaban por pacientes entre 75 y 90 años de edad. Finalmente, el grupo menos frecuente fue de 18 a 44 años de edad. Representando el 6.19% de la muestra.

Gráfico 3. Distribución de los pacientes en los distintos grupos etarios de acuerdo al sexo



Elaborado por: Pierina Bastidas

Fuente de datos: Hospital General Norte Iess Ceibos

El gráfico 3 muestra la distribución del grupo de edad de acuerdo al sexo del paciente. Podemos observar que en el grupo de 60 a 74 años, las pacientes de sexo femenino son más prevalentes (66% vs. 33%). Esta relación se observa de manera similar en el resto de grupos de edad.

4.2.2 Detallar los antecedentes patológicos personales y familiares de importancia en los pacientes con pólipos colónicos.

Tabla 7. Comorbilidades de los pacientes

		N=113	Porcentaje
Categoría del IMC	Peso Normal	28	24,78%
	Sobrepeso	35	30,97%

	Obesidad tipo I	38	33,63%
	Obesidad tipo II	5	4,42%
	Obesidad tipo III	7	6,19%
HTA	No	50	44,25%
	Si	63	55,75%
DM	No	83	73,45%
	Si	30	26,55%
Gastritis Crónica	No	64	56,64%
	Si	49	43,36%
Clasificación	Sésiles	86	76,11%
	Pediculados	12	10,62%
	No especificado	15	13,27%

Elaborado por: Pierina Bastidas

Fuente de datos: Hospital General Norte Iess Ceibos

Con respecto a las comorbilidades de los pacientes, se observó una alta prevalencia de obesidad (44.24%) y sobrepeso (30.97%). Así mismo, aproximadamente el 50% de los pacientes presentaban hipertensión, al igual que gastritis crónica. Mientras que el 26.55% presentaban diabetes. Finalmente, se observó que el 76% de los pacientes presentaban pólipos de tipo sésil, por otro lado 13.27% no fueron especificados en la historia clínica de los pacientes. Estas características se observan en la tabla 7.

4.2.3 Identificar si el IMC, Glicemia, Colesterol, Hipertensión Arterial son un factor de riesgo en los pólipos colónicos.

Tabla 8. Características metabólicas de los pacientes

Tabla 8: Características metabólicas de los pacientes

	Mínimo	Máximo	Media	DE
Glicemia	63	337	115,19	43,74
Triglicéridos	51	636	159,27	92,43
Colesterol Total	87	305	193,96	47,52

Elaborado por: Pierina Bastidas

Fuente de datos: Hospital General Norte Iess Ceibos

El perfil metabólico de los pacientes se determinó con los niveles de glicemia, triglicéridos y colesterol total. Se observa que la media de la glicemia fue de 115.19 mg/dL con una desviación estándar de 43.74 mg/dL con un rango entre 63 mg/dL a 337 mg/dL. La media de los triglicéridos fue de 159.27 mg/dL con una desviación estándar 92.43 mg/dL, con un mínimo de 51 mg/dL y un máximo de 636 mg/dL. Finalmente, el colesterol total medio fue de 193.96 mg/dL con 47.52 mg/dL de desviación estándar, con un rango entre 87 mg/dL y 305 mg/dL. Estos resultados se observan en la tabla 8.

Tabla 9. Relación entre los factores y la clasificación de los pólipos

		Clasificación				P valor
		Sésiles		Pediculados		
		N=86	Porcentaje	N=12	Porcentaje	
Hábitos	No Hábitos	68	79,07%	9	75,00%	0.731
	Alcohol	4	4,65%	1	8,33%	
	Tabaco	4	4,65%	0	0,00%	
	Café	10	11,63%	2	16,67%	
Categoría del IMC	Peso Normal	19	22,09%	4	33,33%	0.292
	Sobrepeso	28	32,56%	3	25,00%	
	Obesidad tipo I	31	36,05%	3	25,00%	
	Obesidad tipo II	3	3,49%	2	16,67%	
Hipertensión Arterial	No	43	50,00%	2	16,67%	0.030*
	Si	43	50,00%	10	83,33%	
Diabetes Mellitus	No	62	72,09%	8	66,67%	0.738
	Si	24	27,91%	4	33,33%	
Gastritis Crónica	No	44	51,16%	9	75,00%	0.121
	Si	42	48,84%	3	25,00%	

*p valor < 0.05

Elaborado por: Pierina Bastidas

Fuente de datos: Hospital General Norte Iess Ceibos

Se asociaron factores predisponentes como los hábitos, el IMC y comorbilidades con la clasificación de los pólipos. La distribución de los distintos hábitos fue similar entre los pacientes con pólipos sésiles y pediculados ($p = 0.731$). Así mismo, la frecuencia de sobrepeso y obesidad no fue estadísticamente significativa ($p = 0.292$) entre los pacientes con pólipos sésiles y pediculados (77.91% vs. 66.67%, respectivamente). Igualmente, la proporción de pacientes con diabetes y gastritis crónica fue similar en ambos grupos ($p = 0.738$ y $p = 0.121$, respectivamente). Por otro lado, se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.030$) en la presencia de hipertensión arterial entre ambos grupos. Se observa mayor prevalencia de hipertensión arterial en pacientes con pólipos de tipo pediculados (83.33% vs. 50%). Estas relaciones pueden observarse en la tabla 9.

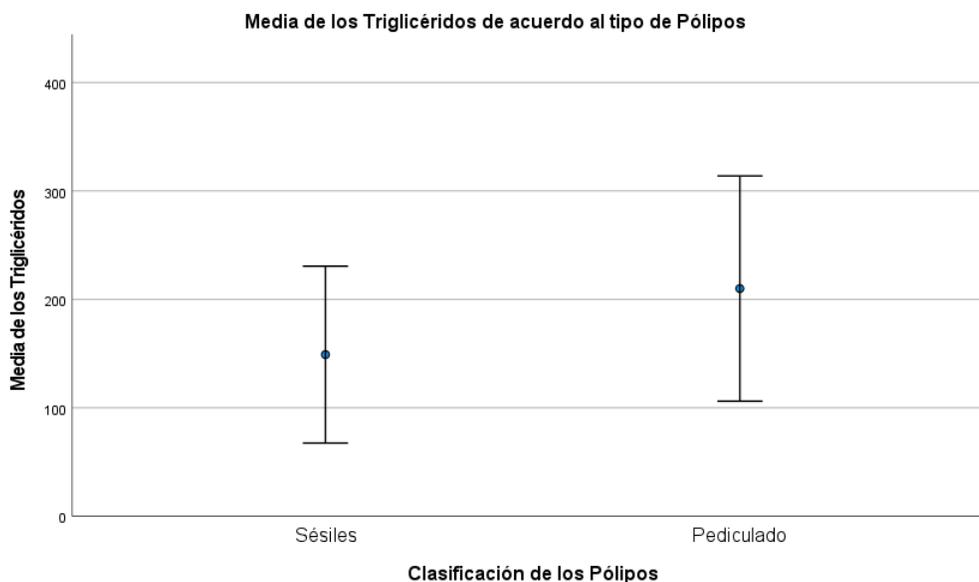
Tabla 10: Relación de las variables metabólicas y la clasificación de los pólipos

	Clasificación				P valor
	Sésiles		Pediculados		
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Glicemia	115,24	49,05	116,25	34,53	0.909
Triglicéridos	149,09	81,60	210,00	103,88	0.046*
Colesterol Total	194,66	48,72	183,83	37,99	0.398

*p valor <0.05

La relación entre las variables metabólicas y la clasificación de los pólipos se muestra en la tabla 10. Podemos observar que no existen diferencias estadísticamente significativas en las relaciones entre la glicemia, el colesterol total y la clasificación de los pólipos ($p = 0.909$ y $p = 0.398$, respectivamente). Por otro lado, la media de los niveles de triglicéridos fue mayor en los pacientes con pólipos pediculados (210 DE: 103.88 vs. 149.09 DE: 81.6). Esta relación fue estadísticamente significativa ($p = 0.046$).

Gráfico 4. Media y desviación estándar de los niveles de triglicéridos de acuerdo a la clasificación de los pólipos



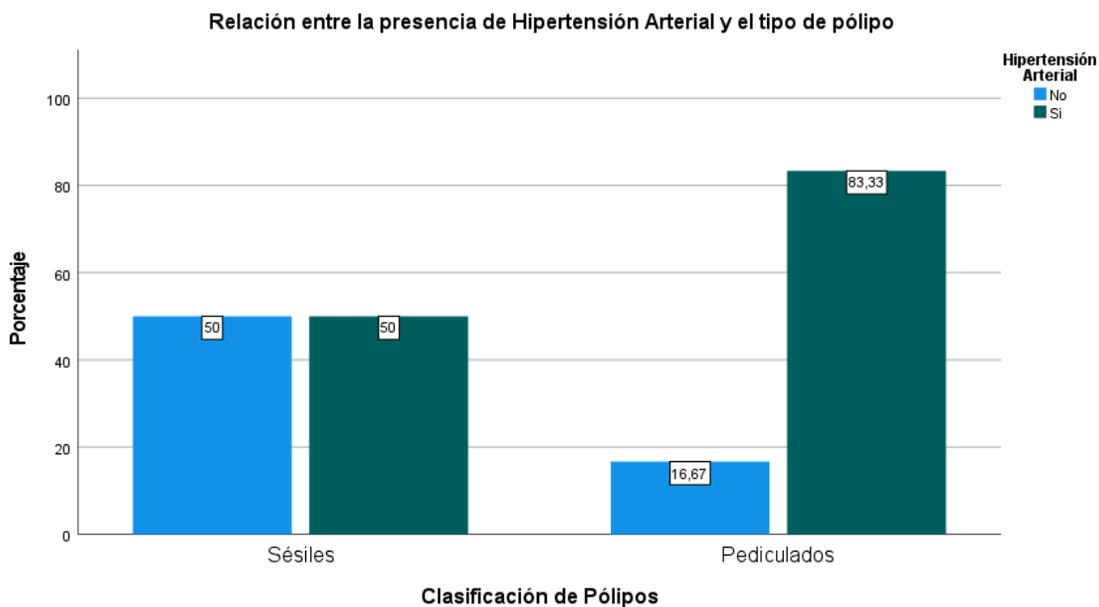
Elaborado por: Pierina Bastidas

Fuente de datos: Hospital General Norte less Ceibos

El gráfico 4 muestra la media del nivel de triglicéridos de acuerdo a la clasificación de los pólipos. Se puede observar que la media de los triglicéridos es mayor en los pacientes con pólipos pediculados en relación a aquellos con pólipos sésiles.

4.2.4 Los pólipos colónicos están relacionados a la Hipertensión Arterial

Gráfico 5. Relación entre la presencia de hipertensión arterial y el tipo de pólipo colónico observado en los pacientes



El gráfico 5 muestra la relación entre la clasificación de los pólipos y la presencia de hipertensión arterial. Esta gráfica presenta que existe mayor prevalencia de hipertensión arterial en los pacientes con pólipos pediculados en relación a los pacientes con pólipos sésiles (83.33% vs. 50%). Como se mencionó previamente, esta relación es estadísticamente significativa.

Tabla 11. Relación de las variables metabólicas y la clasificación de los pólipos

Tabla 11: Factores de riesgo para el tipo de pólipo (Pediculado)			
	B	Sig.	Riesgo
Categoría del IMC	-0.123	0.681	0.83
Hipertensión*	1.609	0.045*	5.00
Diabetes	0.256	0.697	1.292
Gastritis crónica	-1.052	0.133	0.439
Glicemia	0.000	0.945	1.000
Triglicéridos*	0.006	0.045*	1.006
Colesterol total	-0.005	0.349	0.995
Hábitos	0.084	0.766	1.088
Grupo de Edad	0.282	0.469	1.326

*P valor <0.05

Elaborado por: Pierina Bastidas

Fuente de datos: Hospital General Norte Iess Ceibos

Finalmente, se realizó una razón de probabilidades para determinar el efecto de las variables sobre la presencia de pólipos sésiles o pediculados, esto se observa en la tabla 11.

Los factores se analizaron individualmente, evidenciando que tan solo la hipertensión arterial y los niveles elevados de triglicéridos son factores de riesgo para desarrollar pólipos pediculados. La presencia de hipertensión arterial aumenta en 5 veces el riesgo de desarrollar pólipos pediculados. Así mismo, por cada aumento del nivel de triglicéridos, el riesgo de desarrollar pólipos pediculados aumenta en 1 vez. Ambos datos fueron estadísticamente significativos ($p = 0.045$).

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Los pólipos colónicos incrementan su frecuencia con relación a la edad del paciente, principalmente por encima de 60 años.

Los antecedentes personales como colesterol, triglicéridos y glicemia elevados obtuvieron una relación significativa en el desarrollo de pólipos colónicos en los pacientes estudiados.

Se ha encontrado asociación entre la obesidad y cáncer colorrectales. El 81% de la población estudiada cumplieron con criterios de obesidad y presencia de pólipos colónicos, el cual aumenta el riesgo según la severidad de la obesidad.

El cáncer colorrectal tiene como supervivencia de 5 años, por lo cual se determina la importancia del screening a temprana edad.

La aparición de CCR esta ligada tanto a factores genéticos, así como ambientales, se destaca el consumo de alcohol y tabaco, actividad física escasa y patrones dietéticos de bajo consumo de verduras y frutas sumado al gran consumo de grasas que conllevan a la obesidad. La prevención necesita de apoyo medico multidisciplinario de las distintas ramas médicas, destacando nutrición, psicología, endocrinología, cardiología, gastroenterología para el desarrollo del plan adecuado para el paciente con múltiples comorbilidades.

La presencia de comorbilidades no solo influye en la incidencia de cáncer, también afecta su pronostico y la supervivencia libre de enfermedad.

La relación entre los antecedentes familiares de cáncer de colon en la primera línea de consanguinidad que fue el 9% tuvo una asociación positiva para la presencia de pólipos.

La población estudiada a pesar de presentar comorbilidades de importancia predisponentes a alto riesgo de progresión para cáncer colorrectal tiene baja prevalencia de este al encontrar solo 2 casos.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

En el presente estudio se obtuvieron diferentes resultados que respondieron a los objetivos que fueron planteados; cabe recalcar, que es importante destacar los datos estadísticos con otros estudios elaborados que están relacionados con el tema de investigación que contribuyan con más información para dar importancia a la recaudación de datos que se realizó en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

El estudio realizado en Madrid y publicada en la revista española de enfermedades digestiva nos indica; que los pólipos son una especie de envolturas que salen en la mucosa que recubre interiormente el intestino grueso. Se dividen según su aspecto en pediculados y sésiles. Si los pólipos colónicos son grandes se pueden ulcerar y sangrar. En España, el cáncer colorrectal representa la primera causa de cáncer. La población en general en España tiene un 3,5% de posibilidad media de padecer un CCR a lo largo de su vida (un 6% en EE.UU.), y la supervivencia a los 5 años es inferior al 50% (28).

El estudio que se realizó en Lima y se publicó en la revista de gastroenterología del Perú se evaluó 1162 pólipos resecados. No se incluyeron 156 pacientes por diagnóstico relacionado con cáncer y poliposis adenomatosa familiar. La muestra final fue de 684 pacientes, en los que se encontraron 1057 pólipos. Otros hallazgos endoscópicos fueron: hemorroides internas, diverticulosis colónica, fisura anal, y colitis ulcerativa no específica. El pólipo maligno está presente en el 2 a 9% de los pólipos colorrectales resecados por colonoscopia y en el 9 a 11% si las series quirúrgicas son incluidas (29).

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

El servicio de endoscopia del Hospital IESS los Ceibos realiza sus importantes aportaciones en prevención en el diagnóstico de la patología de pólipos clónicos en la ciudad de Guayaquil.

Los pacientes acuden al servicio por referencia de los diversos profesionales de la salud y no necesariamente por presentar su sintomatología. El servicio realizara la inspección endoscópica vía colonoscopia, además de obtener muestras para el debido estudio histopatológico. Posterior reporta los hallazgos los cuales son de gran ayuda diagnostica para el profesional de la salud.

Según la literatura recomienda realizar a los pacientes colonoscopia a partir de los 50 años, sin embargo, al observar los resultados del trabajo que se realizó es conveniente recomendar las colonoscopias de manera temprana a los 40 años.

De tal manera será posible identificar los grupos etarios con mayor riesgo de presentar lesiones malignas y así poder realizar educación preventiva, hay que fomentar la realización de screenings a temprana edad. Para que un pólipo adenomatoso sufra displasia y se convierta en cáncer toma aproximadamente 10 años.

CAPITULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. American College of Gastroenterology. Pólipos del Colon. [Online].; 2023 [cited 2023 04 04]. Available from: <https://gi.org/patients/recursos-en-espanol/polipos-del-colon/>.
2. Maldonado Gómez M, Domínguez Hermenejildo M, Rodríguez Jaramillo C, Pinchevsky Girón C, Solano Salazar A, Naranjo Del Toro M. Manejo diagnóstico y terapéutico del pólipo de colon. Revista Multidisciplinar Ciencia Latina. 2023 Enero; 7(1).
3. García B, Martín C, Gustems E, Ráez R, Vilar M, Ceballos C. El aumento de la Tasa de detección de pólipos junto a Enfermería, mejora la Calidad de las Colonoscopias. Enferm Endosc Dig. 2017 Abril; 4(1): p. 24-28.
4. Bayas Huilcapi V, Bayas Huilcapi MB, Jimbo Córdova GA, García Silvera FA. Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con cáncer de colon. Revista Médico Científica Cambios del HECAM. 2022 Diciembre.
5. Caballero Boza , Avalos Garcia R, Vázquez Caballero AY. Caracterización clínica, endoscópica e histológica de los pólipos colorrectales en pacientes de edades pediátricas. Revista Médica Electrónica. 2020 Agosto; 42(4): p. 1-12.
6. Díaz Sollerio C. La obesidad incrementa la probabilidad de presentar pólipos adenomatosos colorrectales. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. 2022 Febrero; 31(2): p. 197-202.
7. Velecela Abambari PE. Universidad Católica de Cuenca. [Online].; 2022 [cited 2023 04 04]. Available from: <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/12971/2/9BT2022-MTI079-Velecela%20Abambari%2c%20Pablo%20Esteban.pdf>.
8. Utrera Díaz G, Pérez Rodríguez L, Toledo Yanes P. Cáncer colorrectal: factores de riesgo en pacientes mayores de 50 años en Cienfuegos. Revista Finlay. 2021 Julio-Septiembre; 11(3): p. 272-278.
9. Wasserman J. Pólipo Hiperplásico del Colon. My Pathology Report. 2022 Abril.
10. Arévalo F, Aguilar R, Ramos C, Arias J, Monge E. Pólipos inflamatorios de colon: reporte de casos y revisión de literatura. Revista de Gastroenterología del Perú. 2019 Enero-Marzo; 29(1).
11. Marulanda H, Otero W, Gómez M. Revista colombiana de Gastroenterología. Pólipos postinflamatorios y enfermedad inflamatoria intestinal. Reporte de caso y revisión de la literatura. 2017 Enero-Marzo; 32(1): p. 55-59.
12. Payá A, Niveiro M. Pólipos y poliposis colónica. GH CONTINUADA. 2018 Octubre; 1(1).
13. Wood Rodríguez L, González Fabián L, Leiva Socarras M, Hierro González A. Pólipos adenomatosos en familiares de primer grado de pacientes con cáncer del colon. Archivo Médico Camaguey. 2023; 27.

14. Tanaka S, Saitoh Y, Matsuda T, Igarashi M. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el manejo de los pólipos colorrectales. *Diario de Gastroenterología*. 2021 Abril; 56: p. 323-335.
15. Nielsen M, Infante E, Brand R. MUTYH Poliposis. *Gene Reviews*. 2021 Mayo.
16. Sánchez Montes C, García Rodríguez A, Córdova H, Pellise , Fernández Esparrach G. Tecnologías de endoscopia avanzada para mejorar la detección y caracterización de pólipos colorrectales. *Gastroenterología-Hepatología*. 2020 Enero; 43(1): p. 46-56.
17. Laudanno O, Pucci B, Brayer S. Detección y vigilancia pospolipectomía depólipos colónicos. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2022 Marzo; 52(1): p. 21-35.
18. Buitrago Tamayo AC. Universidad Javeriana. [Online].; 2022 [cited 2023 04 04. Available from: https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/61298/attachment_attachment_0_Trabajo-de-grado-para-Repositorio.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
19. A. Mathews A, V. Draganov P, Yang D. Manejo endoscópico de los pólipos colorrectales: De los pólipos benignos a los malignos. *Revista Mundial de Endoscopia Gastrointestinal*. 2021 Septiembre; 13(9).
20. Mann R, Gajendran M, Umapatía C, Perisetti A, Goyal H, Saligrama S, et al. Manejo endoscópico de pólipos colorrectales complejos: conocimientos actuales y tendencias futuras. *Sec. Gastroenterología*. 2022 Enero; 8.
21. National Institute on Drug Abuse. National Institute on Drug Abuse. [Online].; 2023 [cited 2023 04 05. Available from: <https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/la-comorbilidad#:~:text=La%20%22comorbilidad%22%2C%20tambi%C3%A9n%20conocida,o%20uno%20despu%C3%A9s%20del%20otro.>
22. Silva , Gatica T, Pavez C. Etiología y Fisiopatología de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *Revista Clínica Las Condes*. 2019 Julio-Agosto; 30(4).
23. Cordero García E, Serrano Arias B. Microbiota, Epigenética y Respuesta a medicamentos en el cáncer de colon. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*. 2021 Abril; 14(2): p. 81-92.
24. Panés J, Gisbert J. Eficacia de tofacitinib treatment in ulcerative colitis. *Gastroenterología y Hepatología*. 2019 Junio-Julio; 42(6): p. 403-412.
25. Ripoll Fuster E, Rodríguez Gómez S, Soler Perromat A, Moreno MJ, Rimola Gibert J. El informe radiológico en la enfermedad de Crohn. *Radiología-SERAM*. 2022 Mayo; 64(2).
26. Bastida G, Garrido A, Valero E, del Pozo P. Enfermedad de Crohn. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2020 Mayo; 13(11): p. 603-612.
27. Sánchez Peralta F. Mejoras en la detección, localización y segmentación automática de pólipos colorrectales basadas en técnicas de aprendizaje profundo. Universidad de Extremadura-España. 2021 Febrero.
28. V.F Moreira y A. López San Román, Pólipos de colon, *Rev. esp. enferm. dig.* vol.99 no.1 Madrid ene. 2007, pólipos colónicos y prevención del cáncer colorectal (ccr).

29. Fernando Barreda B; Juan Combe G; Luis A. Valdez P; Juvenal Sánchez L. Aspectos Clínicos de los Polipos Colónicos, Rev. gastroenterol. Perú v.27 n.2 Lima abr.-jun. 2007



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Pierina Renata Bastidas Macias**, con C.C: # **0954279725** y yo, autor del trabajo de titulación: **Polipos colonicos por endoscopia digestiva, en pacientes con comorbilidades en el servicio de gastroenterología del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Ceibos durante el periodo 2019 a 2020**, previo a la obtención del título de **MEDICO** 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, 1 de mayo de 2023

f.  Firmado electrónicamente por:
**PIERINA RENATA
BASTIDAS
MACIAS**

PIERINA RENATA BASTIDAS MACIAS

C.C: **0954279725**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Polipos colonicos por endoscopia digestiva, en pacientes con comorbilidades en el servicio de gastroenterología del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Ceibos durante el periodo 2019 a 2020.		
AUTOR(ES)	Pierina Renata Bastidas Macias		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Elizabeth Maria Benites Estupiñan		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de mayo del 2023	No. DE PÁGINAS:	40
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gastroenterología, Medicina interna		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Pólipos colónicos, comorbilidades, Hábitos		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Los pólipos de colon son prominencias de la mucosa intestinal que protruyen hacia la luz del colon. Se determinó que de 113 historias de pacientes de los cuales el 70% eran de sexo femenino. El grupo de edad más frecuente es de 60 – 74 años de edad, el 50%. El menos frecuente 18 – 44 años de edad, el 6.19%. Alcohol y el tabaco 10%. Con respecto a las comorbilidades se observó prevalencia de obesidad (44.24%) y sobrepeso (30.97%). 50% de los pacientes hipertensión, al igual que gastritis crónica, el 26.55% presentaban diabetes. El 76% de los pacientes presentaban pólipos de tipo sésil, por otro lado 13.27% no fueron especificados en la historia clínica de los pacientes. Se observa que la media de la glicemia fue de 115.19 mg/dL con una desviación estándar de 43.74 mg/dL con un rango entre 63 mg/dL a 337 mg/dL. La media de los triglicéridos fue de 159.27 mg/dL con una desviación estándar 92.43 mg/dL, con un mínimo de 51 mg/dL y un máximo de 636 mg/dL. El colesterol total medio fue de 193.96 mg/dL con 47.52 mg/dL de desviación estándar, con un rango entre 87 mg/dL y 305 mg/dL. Se asociaron factores predisponentes como los hábitos, el IMC y comorbilidades con la clasificación de los pólipos.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593- 959449912	E-mail: pierina7@hotmail.es	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vásquez Cedeño Diego Antonio		
	Teléfono: +593-982742221		
	E-mail: diego.vasquez@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):			