



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en
Pacientes adultos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo
durante el periodo 2020 – 2022.**

AUTOR (ES):

**Junco Aguaiza, Angie Michelle;
Paladines Toala, Jair Josue**

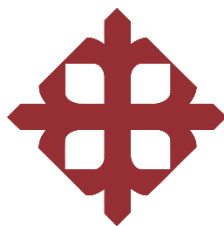
**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Ramos Cruz, Orlando Bolívar

Guayaquil, Ecuador

26 septiembre del 2023



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 **Paladines Toala Jair Josue** y **Junco Aguaiza Angie Michelle**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)

f. _____

Dr. Ramos Cruz, Orlando Bolívar

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

Guayaquil, a los 26 días del mes de septiembre del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Paladines Toala Jair Josue; Junco Aguaiza Angie Michelle**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Pacientes adultos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2020 – 2022**, 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 nuestra total autoría.

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

Guayaquil, a los 26 días del mes de septiembre del año 2023

EL AUTOR (A):

EL AUTOR (A):

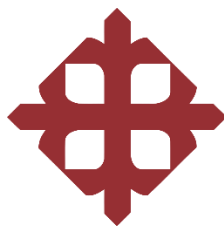
Angie Junco.

f. _____

f. _____

Paladines Toala Jair Josue

Junco Aguaiza Angie Michelle



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

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Paladines Toala Jair Josue; Junco Aguaiza Angie Michelle**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Pacientes adultos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2020 – 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 26 días del mes de septiembre del año 2023

EL AUTOR (A):

f. _____

Paladines Toala Jair Josue

EL AUTOR (A):

f. _____

Junco Aguaiza Angie Michelle

REPORTE DE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

Prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Pacientes adultos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2020 - 2022

< 1% Similitudes
< 1% Texto entre comillas
0% similitudes entre comillas
2% Idioma no reconocido

Nombre del documento: Trabajo de titulación EII Paladines - Junco .pdf
ID del documento: cb6b6e4123f167a8b55365d8c7ea9e4f56f21543
Tamaño del documento original: 679,78 kB
Autores: Jair Josue Paladines Toala, Angie Michelle Junco Aguaiza

Depositante: Jair Josue Paladines Toala
Fecha de depósito: 13/9/2023
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 13/9/2023

Número de palabras: 12.230
Número de caracteres: 83.613

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	smiba.org.ar https://smiba.org.ar/curso_medico_especialista/lecturas_2022/Enfermedad de Crohn 2.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (15 palabras)
2	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/16692/1/T-UCSG-PRE-MED-1090.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (12 palabras)
3	addi.ehu.eu https://addi.ehu.eu/bitstream/handle/10810/22539/Marquinez_Etxezarreta_Maialen_TFG_nutrición...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (12 palabras)
4	www.acad.es Adalimumab en el tratamiento de la colitis ulcerosa: una revisión c... https://www.acad.es/adalimumab-en-el-tratamiento-de-la-colitis-ulcerosa-una-revision-critica/	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (12 palabras)
5	www.janssencontigo.es Que es la enfermedad de Crohn Janssen Contigo https://www.janssencontigo.es/es-es/enfermedad-crohn/que-es#:~:text=Según la campaña de sensi...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)

TUTOR

f. _____

Dr. Orlando Ramos

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero expresar mi gratitud a Dios quien ha sido mi guía y fortaleza en aquellos momentos difíciles y mi inspiración en cada paso, a su vez me siento profundamente agradecido con mis familiares, especialmente con mis padres, mis abuelos y mis tíos quienes han sido una fuente inagotable de amor, apoyo, comprensión y paciencia y a través de sus consejos me han impulsado a dar lo mejor de mí, también quiero agradecer a mis amigos y compañeros quienes han hecho que estos últimos años en las aulas de clase, en las rotaciones del internado hayan sido más llevaderos siendo un refugio de risas y distracción en los momentos de estrés sin dejar a un lado las responsabilidades y obligaciones. También quiero agradecer a mi tutor, Dr. Orlando Ramos, por su dedicación y compromiso que con su sabiduría ha sido una guía a lo largo de este proyecto.

- **Paladines Toala Jair Josue**

Quiero iniciar mi agradecimiento hacia la persona que confió en mi incluso cuando yo no confiaba en mi potencial, mi mamá, quien no ha podido estar en los eventos escolares por trabajar duro y darme todo lo que actualmente tengo, estoy eternamente agradecida con ella. A toda mi familia porque de alguna u otra forma me han ayudado en este proceso, a mis mejores amigos que esta carrera me ha permitido conocer, incluso a los amigos que conocí fuera de esta universidad, quienes han sido un soporte emocional cuando más lo necesité y dejarme apoyarlos cuando ellos los necesitaban. Un agradecimiento a la vida por darme a mis padres y poner en mi destino las personas correctas para mi desarrollo personal y profesional, sobre todo gracias al ser supremo que permite mi existencia y me ha bendecido con todo y todas las personas que me rodean, El creador.

- **Junco Aguaiza Angie Michelle**

DEDICATORIA

A mis queridos padres, Jair y Gladys, a mis abuelos, Julio y Elizabeth, quienes siempre han creído en mí, han confiado en mis capacidades, me han acompañado en cada paso de mi formación profesional y me han brindado las herramientas necesarias con mucho sacrificio para que yo pueda tener la oportunidad de hacer realidad mis sueños. Este logro también es de ellos, ya que no podría haberlo logrado sin su aliento y apoyo constante.

- **Paladines Toala Jair Josue**

Dedicado a mi mamá por darme la oportunidad de hacer esto posible, a mi padre por ser un gran apoyo en mi etapa en el internado, a mis hermanos por apoyarme, a mis abuelos que sé que me sonríen desde el cielo, a la persona que he amado los últimos tres años de mi vida y definitivamente me ha apoyado en mi trayectoria universitaria y a mis mejores amigas por darme aliento y fuerzas cuando creía que no podía avanzar. Esto va por todos ellos.

- **Junco Aguaiza Angie Michelle**



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

CALIFICACIÓN

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

f. _____

Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	2
PROBLEMA PARA INVESTIGAR:	3
CAPÍTULO I	4
OBJETIVOS	4
1.1.1 Objetivo General:	4
1.1.2 Objetivos específicos	4
JUSTIFICACIÓN	4
CAPÍTULO 2	6
MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	6
2.1.1. Epidemiología	6
2.1.2. Patogenia.....	7
2.1.3. Clasificación.....	8
2.2. ENFERMEDAD DE CROHN.....	9
2.2.1. Definición	9
2.2.2. Factores de riesgo	9
2.2.3. Fenotipos	10
2.2.4. Manifestaciones Clínicas	10
2.2.5. Diagnóstico	11
2.2.6. Tratamiento.....	12
2.3. COLITIS ULCERATIVA.....	17
2.3.1. Definición	17
2.3.2. Fisiopatología.....	18
2.3.3. Manifestaciones Clínicas	19
2.3.4. Diagnóstico	21
2.3.5. Pronóstico	23
2.3.6. Tratamiento.....	23
CAPÍTULO 3	32
METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	32
3.1. Materiales y métodos	32
3.2. Población del estudio	32
3.3. Criterios de inclusión.....	32
3.4. Criterios de exclusión.....	32
3.5. Operacionalización de las variables de estudio:	33
3.6. Entrada y gestión informática de datos	35
3.7. Estrategia de análisis estadístico	35
3.8. Ética de la investigación.....	35
CAPÍTULO 4	36
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	36
4.1. RESULTADOS	36

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	41
CAPÍTULO 5.....	44
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	44
5.1. Conclusiones	44
5.2. Recomendaciones	44
BIBLIOGRAFÍA	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Flujograma de pacientes	36
Gráfico 2. Diagrama de cajas y bigotes acerca de distribución del tipo de enfermedad inflamatoria intestinal según edad.....	38
Gráfico 3. Cuadro clínico de pacientes con colitis ulcerativa	40
Gráfico 4 Cuadro clínico de pacientes con enfermedad de Crohn.....	41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variables.....	33
Tabla 2 Caracterización de pacientes.....	37
Tabla 3 Distribución del tipo de enfermedad inflamatoria intestinal según los síntomas presentados.....	39

RESUMEN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba dos trastornos intestinales principales: la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. La colitis ulcerosa se caracteriza por la inflamación crónica de la capa mucosa del colon, afectando partes continuas y proximales del mismo. La enfermedad de Crohn, por otro lado, provoca inflamación transmural que afecta partes aisladas de tejido, llevando a fibrosis y estenosis, así como microperforaciones y formación de fístulas.

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar la prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en pacientes adultos en el Hospital “Teodoro Maldonado Carbo” durante el periodo 2020 – 2022. Fue un estudio observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo.

Hubo mayor prevalencia de colitis ulcerosa (88.73%) en comparación con enfermedad de Crohn (11.26%). El género femenino predominó en ambos grupos. La edad media fue 48.60 años. La enfermedad inflamatoria fue más común en adultos de 36 a 64 años. Se encontró que la mayoría de los pacientes con colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn no consumían AINES ni tabaco. Sin embargo, no hubo asociación estadísticamente significativa entre género, edad, consumo de AINES o tabaquismo y el tipo de EII.

En cuanto al cuadro clínico, los síntomas predominantes fueron diarrea, dolor abdominal y sangrado digestivo. La prevalencia de EII en el “Hospital Teodoro Maldonado Carbo” fue del 3.31%.

Para futuras investigaciones, se sugiere considerar estudios longitudinales y evaluar otros factores de riesgo. Además, se recomienda evaluar la calidad de vida de los pacientes y aumentar la representatividad del estudio mediante la colaboración multicéntrica.

Palabras claves: enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, enfermedad inflamatoria intestinal, diarrea crónica, sangrado digestivo, epidemiología

ABSTRACT

"Inflammatory bowel disease (IBD) encompasses two main intestinal disorders: ulcerative colitis and Crohn's disease. Ulcerative colitis is characterized by chronic inflammation of the mucosal layer of the colon, affecting continuous and proximal parts of it. Crohn's disease, on the other hand, causes transmural inflammation that affects isolated patches of tissue, leading to fibrosis and stenosis, as well as microperforations and the formation of fistulas.

The main objective of this study was to determine the prevalence of Inflammatory Bowel Disease in adult patients at Teodoro Maldonado Carbo Hospital during the period 2020 – 2022. It was an observational, cross-sectional, retrospective, and descriptive study. There was a higher prevalence of ulcerative colitis (88.73%) compared to Crohn's disease (11.26%). The female gender predominated in both groups. The mean age was 48.60 years. Inflammatory bowel disease was more common in adults aged 36 to 64 years. It was found that the majority of patients with ulcerative colitis and Crohn's disease did not consume NSAIDs or tobacco. However, there was no statistically significant association between gender, age, NSAID or smoking consumption, and the type of IBD.

Regarding the clinical picture, the predominant symptoms were diarrhea, abdominal pain, and gastrointestinal bleeding. The prevalence of IBD at Teodoro Maldonado Carbo Hospital was 3.31%.

For future research, it is suggested to consider longitudinal studies and evaluate other risk factors. Additionally, evaluating the quality of life of patients and increasing the study's representativeness through multicenter collaboration is recommended.

Keywords: Crohn's disease, ulcerative colitis, inflammatory bowel disease, chronic diarrhea, gastrointestinal bleeding, epidemiology.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal está compuesta por dos trastornos intestinales que son: la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. La colitis ulcerosa es la inflamación crónica intestinal que está caracterizada por recurrencia de inflamación de la capa mucosa del colon. Su extensión involucra porciones continuas y proximales del colon y el recto. Se puede clasificar según su grado de afectación y ubicación (1).

- Proctitis ulcerosa, enfermedad inflamatoria caracterizada porque afecta únicamente al recto.
- Proctosigmoiditis ulcerosa, se trata de la inflamación que afecta al recto y al colon sigmoideo sin involucrar al colon descendente.
- Colitis del lado izquierdo es la inflamación que se extiende involucrando recto, el colon sigmoideo llegando hasta cercano al ángulo esplénico.
- Colitis extensa cuya enfermedad inflamatoria que se extiende proximal al ángulo esplénico (2).

La colitis ulcerosa se la clasifica como enfermedad leve, moderada o grave, también se los puede clasificar como riesgo bajo o alto, evaluando el estado de inflamación del tejido estimando las secuelas que puede tener el tejido a largo plazo.

La enfermedad de Crohn es la inflamación transmural que afecta partes aisladas de tejido una con otra, de forma saltatoria, provocando fibrosis del tejido de afecto y por consecuencia estenosis y cuadros clínicos obstructivos, también pueden provocar micro perforaciones y formación de fistulas debido a la presencia de trayectos sinusales, comúnmente afecta al íleon y colon proximal, pero también puede afectar cualquiera parte del tracto gastrointestinal (3), (4).

En los pacientes que han sido diagnosticados la enfermedad inflamatoria intestinal pueden llegar a tener síntomas persistentes pese al uso de tratamiento, cuyo tratamiento muchas veces ha resultado en la remisión de la

enfermedad y la cura de la inflamación del tejido. Es importante reconocer los síntomas funcionales de los pacientes para así evitar el riesgo de desarrollar efectos adversos por aumento de las terapias de dicha enfermedad. Estos síntomas funcionales gastrointestinales están asociados a ansiedad, depresión, mayor demanda de atención médica y menor calidad de vida por lo cual es importante identificar adecuadamente los síntomas para elegir un enfoque terapéutico efectivo (5).

Esta enfermedad puede presentarse desde los 15 y 30 años, aunque puede estar presente en cualquier edad. Sin embargo hay un pico entre los 50 y 80 años, no esta tan clara la relación entre la edad avanzada y la susceptibilidad de padecer esta enfermedad (6).

Problema para investigar:

¿Cuál es la prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes adultos en el Hospital “Teodoro Maldonado Carbo” en el periodo 2020 – 2022?

CAPÍTULO I

OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo General:

Determinar la prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en pacientes adultos en el Hospital “Teodoro Maldonado Carbo” durante el periodo 2020 – 2022.

1.1.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar los pacientes con diagnóstico de EII en el HTMC durante el periodo 2020 – 2022.
2. Identificar los factores de riesgo más frecuentes en pacientes adultos con EII en el HTMC durante el periodo 2020 – 2022.
3. Determinar qué subtipo de EII (Enfermedad de Crohn, Colitis Ulcerativa) es más prevalente en la población de estudio.
4. Indicar cuál es el síntoma que se presenta con mayor frecuencia en los pacientes con EII.

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, es un grupo de trastornos crónicos que afectan el tracto gastrointestinal. Aunque la EII es una enfermedad que se presenta en todo el mundo, es importante realizar investigaciones específicas en Ecuador debido a las siguientes razones:

Prevalencia de la enfermedad: Si bien la incidencia exacta de la EII en Ecuador aún no se ha establecido de manera definitiva, estudios preliminares sugieren que está aumentando en el país. La realización de una tesis que evalúe la prevalencia de la enfermedad en la población ecuatoriana ayudará a comprender mejor su impacto y a identificar posibles medidas de prevención y control.

Ambiente y estilos de vida: El entorno y los estilos de vida desempeñan un papel importante en el desarrollo y curso de la EII. Ecuador tiene una

diversidad geográfica y climática significativa, así como variaciones en la dieta y hábitos de vida en diferentes regiones. Estudiar cómo estos factores ambientales y estilos de vida pueden influir en la aparición y progresión de la enfermedad en Ecuador permitirá adaptar las estrategias de prevención y tratamiento a nivel local.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1. Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) son afecciones de origen multifactorial y carácter crónico que afectan al intestino, se clasifican usualmente en dos subtipos: la colitis ulcerativa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC) (7), (8).

La EC y la CU se caracterizan por tener periodos de remisión y recaídas como resultado de múltiples interacciones complejas en las que intervienen factores ambientales, respuesta inmune y genes.

La EC afecta principalmente al intestino delgado y grueso específicamente al íleon terminal y el ciego, sin embargo, puede afectar cualquier parte del tracto gastrointestinal. La afección de tipo inflamatoria que sufren las múltiples capas de los intestinos puede provocar fibrosis de tipo progresiva con estenosis o enfermedad perforante con formación de fistulas o abscesos (9).

La CU es una afección inflamatoria de origen desconocido del intestino grueso que se caracteriza por causar fragilidad difusa y erosiones a las capas superficiales del colon que por lo general se acompañan con sangrado.

2.1.1. Epidemiología

La frecuencia de EII en Norteamérica varía entre 2,2 y 19,2 casos por cada 100.000 personas al año para la CU, y entre 3,1 y 20,2 casos por cada 200.000 personas al año para la EC. Los datos de un extenso estudio basado en registros de seguros muestran que, en Estados Unidos, la prevalencia de la colitis ulcerosa en adultos es de 238 por cada 100.000 habitantes y 201 por cada 100.000 habitantes. Aunque la mayoría de los casos de EII ocurren en individuos de 15 a 30 años, hasta un 25% de los pacientes desarrollarán la enfermedad durante la adolescencia. Existe una distribución bimodal, con un segundo pico donde entre el 10% y el 15% de las personas desarrollarán EII después de los 60 años.

La EC es levemente más prevalente en el sexo femenino que en el masculino, a diferencia de la CU parece afectar por igual a ambos sexos. La EII tiende a ser más común en países desarrollados y en climas más fríos (10).

En un estudio de tipo descriptivo observacional realizado en tres centros de referencia para EII del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social estimó que la prevalencia de EII en el Ecuador es de 5,2 casos por cada 100.000 habitantes. De estos casos, 3,7 corresponden a CU y 1,5 a la EC, por lo cual, se concluyó que la incidencia de la EII en Ecuador ha aumentado de manera similar a lo que se ha informado en otros países catalogados como de bajo riesgo (11).

2.1.2. Patogenia

Se ha descrito que en la patogenia de la EII intervienen varios factores que interactúan entre sí, dentro de los cuales se incluye:

Epitelio intestinal

La intervención del sistema inmunológico a nivel intestinal cumple un rol fundamental en la patogenia de la EII. La función principal de la capa epitelial que se encuentra en la mucosa de los intestinos es servir como una barrera física protectora ante microorganismos para evitar que pasen al torrente sanguíneo mediante uniones intercelulares herméticas. Sin embargo, en la EII estas uniones se encuentran defectuosas como resultado de deficiencias en la función de barrera primaria o a procesos inflamatorios severos. También se han descrito mecanismos de protección adicionales, como la producción de moco por parte de las células caliciformes y la liberación de α -defensinas por parte de las células de Paneth, que cumplen una función antimicrobiana. En el contexto de las EII como la EC o la CU, se ha investigado la importancia de las células caliciformes y una proteína llamada WFDC2, concluyendo en que la reducción de las células caliciformes y la alteración de la WFDC2 pueden contribuir a problemas en la capa mucosa y daño a la barrera intestinal. Adicionalmente se ha descubierto que ciertas células estromales, como los fibroblastos, pueden desempeñar un papel en la exacerbación de la colitis

ulcerosa al atraer células del sistema inmunológico y promover la liberación de citocinas (7).

Genética

Los primeros estudios realizados sugirieron que la EC tiene mayor componente hereditario en comparación a la CU, y que los familiares de primer grado de pacientes con EII tienen un mayor riesgo de desarrollarla en comparación con la población general. En estudios de asociación del genoma se han identificado más de 240 variantes genéticas que influyen en vías intracelulares relacionadas con la detección de microorganismos, la autofagia, la función de la barrera epitelial y la regulación de la inmunidad.

Microbiota

Los seres humanos albergan una gran cantidad de microorganismos, como bacterias, virus, hongos y otros organismos unicelulares, en lo que se conoce como microbioma. Estos microorganismos están presentes en diversas partes del cuerpo, pero el tracto gastrointestinal, específicamente en el íleon distal y el colon, es donde se encuentra la mayor cantidad y diversidad. Estos microorganismos son los responsables de la producción de sustancias esenciales, como la vitamina K, que es fundamental para la coagulación sanguínea, y los ácidos grasos de cadena corta, que proporcionan energía a las células del revestimiento del colon. También desempeñan un papel fundamental en el desarrollo y funcionamiento normal del sistema inmunológico, ya que compiten con los patógenos por recursos y espacio en el intestino, lo que dificulta que estos últimos se establezcan y causen infecciones.

2.1.3. Clasificación

En la actualidad se ha clasificado a la EII en dos subtipos: colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn.

En la CU, la inflamación siempre afecta a la mucosa, lo que provoca edema, sangrado, úlceras y desbalance electrolítico. La lesión inflamatoria inicial se da generalmente en el recto y se extiende de manera continua hacia el colon proximal. Por el contrario, en la enfermedad de Crohn se pueden apreciar lesiones que aparecen de manera intermitente. Aproximadamente 1 de cada 5 casos de pacientes con CU se limitan al recto.

La EC tiene la capacidad de afectar cualquier parte del tracto gastrointestinal y puede causar estenosis, inflamación e incluso la formación de fistulas, el rasgo distintivo de la EC es que puede transgredir todas las capas del intestino, es decir, se caracteriza por ser de tipo transmural.

La CU aumenta la predisposición de los pacientes a presentar afecciones extraintestinales como la piel, los ojos y los huesos. Estos síntomas extraintestinales incluyen principalmente la artritis inflamatoria y colangitis esclerosante primaria. En la EC hay mayor riesgo de presentar enfermedad renal y cálculos biliares debido a la mala absorción de sales biliares y ácidos grasos (10).

2.2. Enfermedad de Crohn

2.2.1. Definición

La enfermedad de Crohn (EC) es un tipo de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de evolución crónica de origen idiopático asociado principalmente a alteraciones en la respuesta inmunológica, cursa con periodos de actividad y remisión. La EC puede afectar cualquier segmento del tracto gastrointestinal, ya sea desde la cavidad bucal hasta el ano, sin embargo, hay áreas que tienen mayor predisposición para ser afectadas, como es el caso del íleon distal, la afección inflamatoria en la EC se caracteriza por ser de tipo transmural (12).

2.2.2. Factores de riesgo

Los factores de riesgo que predisponen a los pacientes a desarrollar EC están asociados a los cambios en el microbioma intestinal, alteraciones en la mucosa intestinal, y la genética (13).

Factores de riesgo ambientales

Los pacientes con EII usualmente tienen disbiosis dando como resultado en una reducción en la diversidad del microbioma intestinal. Las infecciones gastrointestinales, los aines, los antibióticos están implicados en el desarrollo de EII. En las pacientes femeninas el uso de terapia de reemplazo hormonal o el uso de anticonceptivos orales puede incrementar el riesgo de padecer EII. El factor de riesgo ambiental mejor estudiado, fumar cigarrillos, ha demostrado duplicar el riesgo de desarrollar EC, y el riesgo es igual para fumadores actuales tanto como para exfumadores. Varios estudios han sugerido que aquellos pacientes que mantienen una dieta alta en azúcares, ácidos grasos polinsaturados, el aceite y carnes rojas tienen mayor probabilidad de padecer EC en comparación con pacientes que mantienen dietas basadas en fibra y frutas (12).

Factores genéticos

Los antecedentes familiares es uno de los factores de riesgo de mayor peso, sin embargo, alrededor del 10% y el 25% de los pacientes con EII tienen un familiar de primer grado con la enfermedad. Hay más de 200 genes que se han asociado con el desarrollo de EII, el primer gen descubierto fue el locus NOD2 en el cromosoma 16, el cual en estudios con gemelos homocigóticos representa un riesgo de 20 a 40 veces mayor de desarrollar EC (14), (15).

2.2.3. Fenotipos

Para propósitos de investigación y tratamiento se ha clasificado la EC en varios subtipos fenotípicos dentro de los cuales se incluye, inflamatorio, fistuloso y estenótico. La EC inflamatoria se caracteriza por la inflamación del tracto intestinal sin evidencia de estrechamiento o formación de fistulas, sin embargo, este fenotipo puede progresar a la formación de un tracto sinusal o fistuloso, típico de la EC fistulizante (16).

2.2.4. Manifestaciones Clínicas

La presentación clínica de los pacientes con EC es bastante variable, pero pueden correlacionarse con el fenotipo y la ubicación de la enfermedad.

Algunos pacientes con EC suelen tener síntomas durante muchos años antes del diagnóstico o pueden presentar síntomas agudos (17).

Los pacientes que tienen el fenotipo inflamatorio usualmente presentan dolor abdominal y episodios de diarrea, sin embargo, no limita la posibilidad de desarrollar síntomas sistémicos como pérdida de peso, febrícula y fatiga.

Los pacientes con EC estenótica usualmente presentan obstrucción intestinal en su mayoría localizadas en el intestino delgado, las obstrucciones intestinales se caracterizan por la falta de flatos y estreñimiento además de náuseas y vómitos.

Los pacientes con EC fistulizante pueden desarrollar fistulas o abscesos. Cuando hay un absceso, aparte del dolor abdominal, los pacientes pueden presentar síntomas sistémicos como fiebre y escalofríos. La EC fistulizante también puede provocar síntomas relacionados con la ubicación de la fistula, por ejemplo, diarrea en caso de fistula entero entérica, síntomas de infecciones de vías urinarias en caso de haber una fistula entero vesical o entero ureteral, o presencia de heces en la vagina en caso de fistula entero vaginal.

2.2.5. Diagnóstico

La EC es una patología de difícil diagnóstico y se basa principalmente en la realización de una buena anamnesis, ya que los síntomas iniciales suelen ser muy inespecíficos. Los principales síntomas de alarma que requieren una evaluación más especializada incluyen pérdida de peso, diarrea sanguinolenta, deficiencia de hierro y dificultad para conciliar el sueño por las noches.

Es de gran ayuda para el diagnóstico de EC conocer los antecedentes patológicos familiares especialmente si hay antecedentes familiares de EII, en cuanto a exámenes de laboratorio, pueden orientar al diagnóstico de EC la elevación de marcadores inflamatorios y reactantes de fase aguda como lo son niveles de proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular, ferritina o niveles de vitamina B12 bajos (18).

Para confirmar el diagnóstico de la EC debe respaldarse la sintomatología del paciente con los hallazgos endoscópicos y radiológicos, a su vez, el estudio anatomopatológico puede dar certeza del diagnóstico.

Los hallazgos endoscópicos clásicos en la EC se caracterizan por la presencia de lesiones saltatorias con diferentes grados de inflamación, las cuales pueden incluir áreas eritematosas, fragilidad, erosiones y úlceras, que coexisten con áreas de mucosa intestinal indemne. Durante la realización de la video endoscopia hay la posibilidad de identificar áreas de estenosis del lumen intestinal o con menor frecuencia, la presencia de fistulas.

El estudio anatomopatológico en la EC se define por la presencia de un granuloma no caseoso, sin embargo, estos granulomas son poco comunes y se encuentran en menos del 25% de los casos y carecen a su vez de especificidad y exclusividad de la EC, por el contrario, los hallazgos más comunes en los estudios de patología incluyen la presencia de infiltrados linfocitarios, células plasmáticas y granulocitos, distorsión de la estructura y acortamiento de las criptas. Además, componente crónico se evidencia por la presencia de la metaplasia de las células de Paneth.

Las imágenes también pueden desempeñar un rol importante en el diagnóstico de EC. La entereografía mediante tomografía computarizada (ETC) y la entereografía por resonancia magnética (ERM) permiten la visualización de la pared intestinal, la mucosa y las complicaciones que pueden ocurrir fuera de la luz intestinal. A pesar de que la ERM es más costosa en comparación con la ETC, su ventaja clave es que evita la exposición a la radiación y no requiere del uso de contraste yodado.

2.2.6. Tratamiento

El tratamiento de la EC debe ser individualizado para cada paciente ya que va a depender de varios factores, en los que se analiza la severidad de la enfermedad, la localización de la enfermedad y el fenotipo de EC que tiene el paciente. Adicionalmente es de suma importancia en el plan terapéutico identificar factores de riesgo de sufrir una EC agresiva y en qué casos los

pacientes van a requerir un tratamiento temprano y más agresivo. Dentro de los factores de riesgo de enfermedad agresiva se incluye:

- Enfermedad estenótica o fistulizante
- Edad < 30 años
- Afectación anatómica extensa
- Enfermedad perianal
- Ulceras profundas
- Cirugía previa

En el tratamiento de la EC se ha descrito fármacos de diferentes familias, dentro de los cuales se incluyen los siguientes:

5-Aminosalicilatos

El fármaco que se utiliza con mayor frecuencia en el tratamiento de los pacientes con EC es la mesalamina a pesar de que en varios estudios se ha sugerido que posee escasa o nula efectividad para mantener la remisión en la EC, sin embargo, algunos médicos la utilizan para tratar casos leves de EC debido a su perfil de seguridad.

En los casos en los que la mesalamina logra ser eficaz, la mejoría de los síntomas debe comenzar a evidenciarse a partir de la 2 a 4 semana, y se debe continuar con el fármaco para mantener la remisión, a pesar de que los efectos adversos de la mesalamina son muy infrecuentes, la nefritis intersticial se ha documentado en alrededor del 1% de pacientes tratados con mesalamina por lo cual se recomienda realizar un control eventual de la función renal.

Antibióticos

Al igual que los 5-aminosalicilatos, los antibióticos han demostrado carecer de efectividad en la inducción y el mantenimiento de la remisión en los pacientes con EC, sin embargo, hay varios casos en los que se puede requerir el uso de antimicrobianos, en los pacientes con enfermedad perianal y para tratar las complicaciones supurativas de la EC.

Los antimicrobianos más utilizados son la ciprofloxacina y el metronidazol, y en los pacientes con EC perianal se los debe prescribir asociados a un anti-TNF.

Corticoesteroides

Se puede emplear corticoides en la terapéutica de los pacientes con EC para inducir la remisión ya que como agente de mantenimiento escasea de efectividad. Los pacientes tratados con corticoides sistémicos deben alternar su tratamiento con un fármaco que haya demostrado tener eficacia en mantener la remisión de la EC. Se dispone de varias presentaciones de esteroides dentro de los cuales se incluyen aquellos de administración por vía endovenosa como por ejemplo la prednisona y los de absorción menos sistémica como es el caso de la budesónida.

Desgraciadamente, los corticoides tienen múltiples efectos secundarios por lo cual se debe evitar el uso prolongado, adicionalmente, en varios estudios se ha concluido que en pacientes con EC de moderada a grave el uso de corticoides sistémicos puede aumentar el riesgo de infecciones graves y mortalidad.

Inmunosupresores

Tiopurinas: Se puede incluir en el esquema terapéutico de la EC la azatioprina (AZA) y la mercaptopurina (MP) posterior a que se haya logrado inducir la remisión de la enfermedad como agentes de mantenimiento. Generalmente se usan corticoides para inducir la remisión de la enfermedad debido a que el efecto terapéutico de las tiopurinas tarda entre 6 a 12 semanas aproximadamente, y se deben continuar tomando para prevenir que el paciente experimente un brote durante el periodo de transición. La titulación de la dosis de la dosis de AZA o MP se debe de realizar de acuerdo con la capacidad del hígado para metabolizar el fármaco, motivo por el cual se sugiere medir la actividad enzimática de la tiopurinametiltransferasa (TPMT) ya que un nivel intermedio de actividad es indicativo para iniciar con una dosis inferior entre un 25% a un 50%. Lastimosamente las tiopurinas pueden causar múltiples efectos secundarios relacionados con el metabolismo y los

metabolitos del fármaco adicionalmente pueden presentar los pacientes alergias o pancreatitis aguda. También se ha descrito que las tiopurinas incrementan la predisposición para desarrollar cánceres de piel de tipo no melanocítico, displasia cervical, linfoma y linfoma hepatoesplénico de células T, motivo por el cual, alrededor del 15% al 20% de los pacientes abandonan el medicamento (19).

Metotrexate: Se ha comprobado la eficacia del Metotrexate (MTX) tanto para inducir la remisión de la enfermedad mediante inyecciones por vía subcutánea y a su vez como agente de mantenimiento. En comparación con las tiopurinas el MTX ha demostrado ser levemente más eficaz para mantener en remisión la enfermedad y su efecto terapéutico puede apreciarse a partir de la 8 a la 16 semana de tratamiento. Sin embargo, como ya es conocido el MTX se asocia a varios efectos secundarios, algunos muy inespecíficos como náuseas, vómitos, fatiga, dolores de cabeza motivo por el cual se ha suspendido su uso en varios pacientes (20).

Uno de los efectos secundarios del MTX es provocar anemia y estomatitis por su efecto anti-folato, por lo tanto, se recomienda la administración simultánea de ácido fólico diariamente.

Agentes anti-TNF

La terapia con agentes anti-TNF ha demostrado ser la mejor opción para el tratamiento de EC de moderada a grave y puede ser empleada tanto en monoterapia como en terapia combinada junto a un inmunomodulador para inducir y mantener en remisión la enfermedad. En la actualidad se ha aprobado el uso de 3 agentes anti-TNF para el tratamiento de la EC.

- Infliximab, anticuerpo anti-TNF administrado por vía IV
- Adalimumab, anticuerpo monoclonal autoadministrado por vía SC
- Certolizumab, fragmento de anticuerpo FaB de un anti-TNF autoadministrado por vía SC

Las últimas directrices de la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA) sugiere la terapia combinada en la cual se asocia un anti-TNF con MTX

o una tiopurina ya que ha demostrado aumentar las concentraciones de los medicamentos anti-TNF y minimizar el riesgo de producir anticuerpos antifármacos (ADA), sin embargo, varios estudios han concluido que su asociación puede incrementar la presencia de efectos secundarios, principalmente la vulnerabilidad a infecciones oportunistas.

Inhibidores selectivos de moléculas de adhesión

Vedolizumab: Es un anticuerpo IgG monoclonal humanizado cuyo mecanismo de acción está fundamentado en inhibir la migración de glóbulos blancos. Está indicado principalmente en la inducción en la remisión de la enfermedad, pero el inicio de su acción es muy lento, sin embargo, en aquellos casos en los que se haya una buena respuesta al inicio del tratamiento se podría mantener la remisión de la EC posterior a los 12 meses. Hasta el día de hoy, no se ha demostrado que el Vedolizumab incremente el riesgo de eventos adversos severos o infecciones.

Inhibidores de la interleucina

Ustekinumab: Es un anticuerpo monoclonal completamente humanizado en la subunidad p-40 de la IL-12 e IL-23 y ha sido el último fármaco aprobado en el tratamiento de la EC. La titulación del fármaco va a depender del peso del paciente y se va a administrar en forma de infusión y posterior se continúa el tratamiento aplicando inyecciones cada 8 semanas por vía SC. Se ha comparado su eficacia para la inducción y mantenimiento de la remisión de la EC con los anti-TNF y se ha concluido que no hay diferencias significativas al presentar niveles de eficacia similares.

Cirugía

Se ha descrito que un porcentaje significativo de pacientes con EC se van a someter a la intervención quirúrgica en algún momento de la evolución de la enfermedad. El procedimiento quirúrgico puntual está indicado en ciertos contextos en los que se encuentren los pacientes (21).

- EC estenosante con síntomas de obstrucción.
- EC perianal o fistulizante con complicaciones infecciosas

- Fracaso del tratamiento farmacológico
- Displasia o cáncer

EC estenosante: para aquellos pacientes en los que hay frecuentemente síntomas de obstrucción intestinal puede ser una muy buena opción llevar a cabo la resección quirúrgica debido a que ninguna terapia farmacológica ha demostrado revertir las alteraciones de tipo fibroestenósicas. Debido a que la intervención quirúrgica no es un tratamiento curativo el principal objetivo es realizar una anastomosis primaria y tratar de extirpar la menor área de intestino, por lo cual, se debe resecar el segmento estenótico más prominente mientras que las demás áreas se puede intentar dilatarlas en el acto intraoperatorio o realizar una estenoplastia (22).

EC fistulizante: las fistulas entero-cutáneas, entero-vaginales, entero-vesiculares son las que usualmente van a requerir resección intestinal y fistulotomía ya que en el caso de las fistulas entero-entéricas la intervención quirúrgica se reserva cuando exista alguna complicación (22).

EC perianal: se puede realizar una intervención quirúrgica con drenaje y colocación de implante en aquellos pacientes que presenten fistula perianal o abscesos peri rectales debido a que la otra variante de EC perianal que se presenta con fisuras anales suele ser tratadas farmacológicamente, aunque en ciertos casos se podría considerar una fisurotomía o administrar inyecciones de toxina botulínica (22).

2.3. Colitis Ulcerativa

2.3.1. Definición

Es una enfermedad crónica caracterizada por presentar cuadros con proceso inflamatorio a repetición que afecta la capa mucosa del colon, puede también extenderse hacia el recto ya sea de manera proximal o continúa, afectando otras partes del colon. Según la clasificación Montreal según la extensión de la enfermedad, agrupa fenotípicamente en proctitis cuando la afectación es únicamente en el recto, colitis izquierda compromete hasta el ángulo esplénico y colitis extensa compromiso más allá del ángulo esplénico. Cabe recalcar que

según la extensión del proceso inflamatorio de la mucosa colónica se determina el manejo y tratamiento del paciente (23).

2.3.2. Fisiopatología

Los mecanismos fisiopatológicos no son conocidos aun, se considera que es de carácter multifactorial entre ellos factores genéticos, inmunitarios, epiteliales y ambientales. El factor de riesgo más importante de desarrollar colitis ulcerosa es tener antecedentes familiares de primer grado con colitis ulcerosa. Un factor protector es que al paciente le hayan hecho una apendicetomía por apendicitis antes de los 20 años y al contrario un paciente que tuvo una gastroenteritis por salmonella shigella o campylobacter duplica el riesgo de presencia de colitis ulcerosa (23), (24).

En la colitis ulcerosa hay muchas anomalías tisulares y biológicas. El epitelio colónico no realiza su función de barrera, la permeabilidad se aumenta lo que da mayor exposición a los antígenos del colon, los colonocitos presentan un aumento en la producción de péptidos antimicrobianos y de moco, lo que produce una fragilidad de la barrera epitelial. También hay un desbalance en el equilibrio de la tolerancia del sistema inmunológico del intestino y la microbiota del intestino lo que produce una respuesta aberrante no controlada contra la flora bacteriana no patológica del intestino. Se presenta en dos fases inflamatorias, la fase aguda inflamatoria se presenta con inflamación de la mucosa colónica por los polimorfonucleares, neutrófilos activos que forman microabscesos en las criptas colónicas lo que forma úlceras. La fase crónica se caracteriza por la presencia de infiltración linfoplasmocítica del corion y el resto que conforma la estructura epitelial, posterior aparecen lesiones del epitelio precancerosas indicadas mediante la cicatrización epitelial secundarias a la inflamación crónica.

La excesiva activación del sistema inmunitario pasa por la vía NF-KB que es un factor de transcripción nuclear que se encarga de activar las funciones proinflamatorias de los linfocitos T (1).

Hay una desregulación de los linfocitos T colaboradores Th1, Th2 y Th17 con los de la hiperactivación Th2 y los natural killers. El desequilibrio que se da

entre las subpoblaciones de linfocitos que conduce un estado inflamatorio crónico se relaciona con una producción local de citocinas anormales.

La presencia de inflamación da lugar a la sobre expresión de MadCAM-1 que es una proteína de adherencia de las células endoteliales vasculares de los capilares digestivos que tienen interacción con la integrina alfa4-beta7 ubicada en la superficie de los linfocitos, esta integración permite que los linfocitos circundantes se localicen en la mucosa colónica manteniendo la inflamación.

2.3.3. Manifestaciones Clínicas

Inicialmente puede presentarse diarrea con o sin sangre, de pequeño volumen, pero de mayor frecuencia, puede presentarse con dolor abdominal de tipo cólico, tenesmo, incontinencia y urgencia. Los pacientes cuya afectación es distal pueden presentar estreñimiento, secreción de mucosidad y sangre. Los síntomas avanzan progresivamente durante semanas, su gravedad es variable puede presentarse de forma leve con número de tres a cuatro o menos deposiciones en un día, puede estar acompañada o no con sangre, o presentarse de forma grave con más de diez deposiciones diarias acompañada de calambres intensos y sangrado persistente.

También pueden presentarse síntomas sistémicos como fiebre, pérdida de peso y fatiga, incluso palpitaciones y disnea debido a la anemia secundaria por la deficiencia de hierro causada por la pérdida de sangre en las deposiciones.

Según la gravedad de la enfermedad por medio de la clasificación de Montreal se puede clasificar la enfermedad en leve moderada o severa, presencia de síntomas sistémicos, gravedad de la diarrea y alteración en exámenes de laboratorio, esta clasificación nos ayuda para guiarnos en el manejo adecuado según el cuadro clínico del paciente y predecir a largo plazo la eficacia del tratamiento (25), (26).

- **Enfermedad leve:** presencia de diarreas en número de cuatro o menos deposiciones al día con o sin sangre, sin presencia de toxicidad

sistémica con velocidad de sedimentación globular normal. Presencia de dolor tipo cólico de inicio leve, estreñimiento y tenesmo.

- **Enfermedad moderada:** presencia de diarrea sanguinolenta con numero de deposiciones más de cuatro al día, anemia leve sin requerimiento de transfusión sanguínea, dolor abdominal tipo cólico no intenso. Presencia de signos de toxicidad sistémica mínima y fiebre controlable, la pérdida de peso no forma parte de la enfermedad moderada.
- **Enfermedad grave:** se presenta con diarrea sanguinolenta con frecuencia de más de seis deposiciones al día acompañada de calambres intensos y toxicidad sistémica con fiebre mayor a 38, anemia con hemoglobina menos a 10.5g/dl, VSG elevada 30mm/H, taquicardia con frecuencia mayor a 90 latidos minuto.

Extensión de la enfermedad: Su extensión involucra porciones continuas y proximales del colon y el recto. Se puede clasificar según su grado de afectación y ubicación.

- **Proctitis ulcerosa:** enfermedad inflamatoria caracterizada porque afecta únicamente al recto.
- **Proctosigmoiditis ulcerosa:** se trata de la inflamación que afecta al recto y al colon sigmoideo sin involucrar al colon descendente.
- **Colitis del lado izquierdo:** es la inflamación que se extiende involucrando recto, el colon sigmoideo llegando hasta cercano al ángulo esplénico.
- **Colitis extensa:** cuya enfermedad inflamatoria que se extiende proximal al ángulo esplénico.

Complicaciones agudas

Entre las complicaciones agudas que pueden presentarse están:

- **Sangrado severo:** puede presentarse en un 10 por ciento de los casos y un 3 por ciento presencia de hemorragia masiva en algún momento de la enfermedad con requerimiento de colectomía urgente.

- **Perforación:** esta complicación se presenta con mucha frecuencia en los megacólones tóxicos y en menor frecuencia sin megacolon toxico en cuyos pacientes que presentan su primer cuadro de colitis ulcerosa causada por la falta de cicatrización de la mucosa afecta y en un cincuenta por ciento puede presentarse perforación con peritonitis.
- **Megacolon toxico y colitis fulminante:** la colitis ulcerosa puede causar colitis fulminante con número de deposiciones mayores a 10 al día, sangrado persistente, dolor abdominal intenso, distensión abdominal, anorexia y fiebre. Pacientes que la enfermedad avanza a colitis fulminante pueden desarrollar megacolon toxico debido a que el proceso de inflamación se extiende afectando no solo a la mucosa sino también a las capas musculares del colon. Las características del megacolon son mayores a 6 cm del diámetro del colon o mayor a 9 cm de diámetro cecal más toxicidad sistémica presente (27).

2.3.4. Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, pacientes con diarreas de cuatro semanas e inflamación comprobada en la endoscopia con biopsia que presenta cambios crónicos. Cabe recalcar que no son síntomas específicos de esta patología se debe hacer un correcto interrogatorio en busca de posibles factores de riesgo que orienten al diagnóstico, también es importante saber si el paciente en las últimas semanas visito áreas endémicas, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, enfermedad aterosclerótica, si ha sido sometido a radiación abdominal, uso de AINES.

Luego del interrogatorio se realizará el examen físico, los hallazgos en el paciente con enfermedad leve pueden presentarse normal. En pacientes con colitis ulcerosa moderada presentan dolor abdominal al momento de la palpación, fiebre, presentar taquicardia, hipotensión, mucosas y piel pálidas. Al tacto se evidencia sangre. En el caso de pacientes con síntomas ya prolongados de diarrea a repetición se puede observar atrofia muscular, edema periférico por pérdida de peso, perdida de grasa subcutánea y desnutrición (28).

Exámenes de laboratorio: los hallazgos relevantes son anemia, albumina baja, VSG elevada mayor a 30mm/h, alteración electrolítica por deshidratación, puede elevarse también pero no son específicas la calprotectina o lactoferrina fecal por inflamación intestinal. Se solicitará hemograma completo, albumina, electrolitos marcadores de inflamación, estudio de heces con reacción a la cadena de la polimerasa para *Clostridium difficile*, un cultivo de heces para salmonella, *Campylobacter*, *Shigella*, *Yersinia* y pruebas para *E. Coli*, antígeno en heces para *Giardia*, recoger muestras para microscopia para descartar presencia de parásitos y huevos.

Realizar pruebas para enfermedades de transmisión sexual, *N gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *C trachomatis*.

Imágenes: cabe recalcar que no son necesarias las imágenes para el diagnóstico de esta enfermedad. En la radiografía se observará normal con estreñimiento proximal, engrosamiento en la mucosa secundario al edema en la enfermedad leve o moderada. En pacientes con colitis grave presencia de dilatación del colon. Tomografía computarizada y resonancia magnética se observa engrosamiento de la pared del intestino siendo este un hallazgo inespecífico, estos dos métodos de estudio de imágenes son muy inespecíficos en enfermedad temprana, pero pueden llegar a ser significativos en la enfermedad grave.

Enema de bario con contraste doble en la enfermedad leve se observa normal. entre los hallazgos que se pueden encontrar es patrón difuso reticulado acompañado de colecciones superpuestas punteadas en micro ulceras. Puede presentarse ulceras en el botón de cuello espiculadas, acortamiento colónico, pérdida de las haustras, estenosis luminal, pseudopolipos o presencia de pólipos filiformes.

En la ecografía doppler se puede observar que la capa mucosa esta engrosada en los pacientes con colitis activa se la observa hipoecogénica y en los casos más graves se puede observar un engrosamiento transmural de la pared del intestino.

Endoscopia y biopsia: es importante saber que los hallazgos en las endoscopias no necesariamente son específicos, las biopsias tomadas en las endoscopias se las requieren para saber grado de inflamación crónica y realizar el diagnóstico correcto. Entre los hallazgos que se pueden encontrar: perdidas de las marcas vasculares por ingurgitación de la capa mucosa, exudados, petequias, edema, friabilidad al contacto, sangrado y erosiones. En las biopsias se pueden observar absesos en las criptas, anormalidad de las células epiteliales con evidente depresión de mucina, ramificación de criptas, acortadas o desordenadas y metaplasia de las células de Paneth, se observan características de inflamación aumento de la celularidad de la lámina propia.

Para evaluar la severidad de la enfermedad se puede usar la escala endoscópica de mayo que se clasifica de 0 - 3 dependiendo que se observa en la endoscopia del paciente.

2.3.5. Pronóstico

Entre los factores que influyen el pronóstico de la enfermedad son la edad en la cual se diagnostica la enfermedad, dejar el uso del tabaco, la evolución de la enfermedad dependiendo la respuesta del tratamiento.

El pronóstico de los pacientes con colitis ulcerosa de presentación leve a moderada se la consideran de bajo riesgo, no es agresiva, no presentan manifestaciones extraintestinales y aproximadamente su diagnóstico es por arriba de los 40 años. Los pacientes que presentan la enfermedad grave logran la remisión clínica y se mantienen con tratamiento a largo plazo (29).

2.3.6. Tratamiento

El tratamiento tiene como finalidad llegar a la remisión de la enfermedad en aquellos pacientes con la enfermedad activa cicatrizando completamente la mucosa afectada y la mejoría sintomática del paciente. Para el inicio del tratamiento es importante saber la extensión y gravedad de la enfermedad. En su mayoría los pacientes con colitis ulcerosa leve-moderada tienen una

buena respuesta al ácido 5aminosalicílico sin o con ciclos de inducción de glucocorticoides tópicos u orales (30).

Proctitis ulcerosa o Proctosigmoiditis

La terapia inicial es con mesalamina tópica es la primera línea en pacientes que tienen enfermedad de bajo riesgo con proctitis ulcerosa o con proctosigmoiditis leve-moderada.

Este fármaco se lo encuentra en dos presentaciones en supositorios o en enema, las presentaciones en espuma y gel se encuentran disponibles en otros países. La presentación en enema alcanza la porción proximal del colon sigmoide llegando hasta el ángulo esplénico. La presentación en espuma tiene un alcance hasta el colon sigmoideo medio y los supositorios solo son efectivos en la zona rectal.

Proctitis ulcerosa

En estos pacientes que presentan enfermedad leve-moderada que solo se limita al recto, su terapia comienza con un supositorio de mesalamina, 1gr una vez al día. Si no hay mejora sintomática tras transcurrido dos semanas se aumenta la dosis a 1gr 2 veces al día por un periodo de 2-4 semanas, transcurrido ese tiempo se ajusta la dosis otra vez a 1gr al día.

Proctosigmoiditis ulcerosa

Para los pacientes que presentan enfermedad leve-moderada cuya extensión es por arriba de 18 cm desde el borde del ano hasta el colon sigmoide. Se inicia el tratamiento con enemas de mesalamina aplicados por vía rectal una ocasión al día. Pacientes con sintomatología de urgencia fecal y tenesmo se usa supositorios de 1gr 1 vez al día. En aquellos pacientes que no toleren los enemas por irritabilidad rectal se aconseja utilizar como terapia de inducción las espumas de mesalamina o también hay espumas de glucocorticoides rectales para uso corto no más de 2-4 semanas. Para pacientes cuyos no presenten mejoría sintomática luego de las dos semanas de uso de enemas de mesalamina una vez al día se aconseja realizarse el enema dos veces al día o como otra opción realizarse el enema una vez al día más un supositorio de mesalamina 1gr al día, según prefiera el paciente.

TERAPIA ALTERNATIVA

Esta terapia alternativa se la usa como terapia inicial en pacientes con hipersensibilidad a la mesalamina tópica o en pacientes que no quieran la terapia tópica.

Glucocorticoides tópicos: alternativa para pacientes quienes presenten hipersensibilidad a la mesalamina, pero si aceptan la terapia tópica.

En la **proctitis ulcerosa** cuyos pacientes su enfermedad solo es limitada al recto se usa supositorios de glucocorticoides una vez al día por 2 semanas para la inducción de la remisión, en pacientes sin alivio de los síntomas luego de las 2 semanas se aumenta la dosis a dos veces al día por 4 semanas, luego transcurrida las 4 semanas se baja a la dosis inicial por 2 semanas y se suspende. Se limita este fármaco al uso hasta las 8 semanas debido a los efectos adversos sistémicos que provoca.

Proctosigmoiditis ulcerosa: en estos pacientes se usa el enema o espuma de glucocorticoides una aplicación diaria y cuyos pacientes quienes no muestran mejoría de síntomas luego de las 2 semanas de tratamiento se ajustará la dosis a dos veces la realización de enema de glucocorticoides al día por 4 semanas y luego se realiza una vez al día hasta dos semanas y se suspende.

En pacientes que no quieren o toleran el tratamiento tópico se los puede tratar por vía oral con los agentes de 5 ASA, como dosis inicial se empieza a dosis alta de mesalamina con más de 3 gr al día y la sulfasalazina 4 gr al día es otra alternativa especialmente en los pacientes que tienen enfermedad intestinal inflamatoria asociada a artritis.

Si se usa mesalamina en dosis estándar 2-3 gr diarios o dosis alta más de 3 gramos diarios es eficaz para llegar a la remisión de un paciente con enfermedad leve-moderada.

TERAPIA POSTERIOR: en pacientes que si toleran la mesalamina tópica pero no han tenido mejoría sintomática luego de 4 semanas de tratamiento, la terapia posterior incluye:

Adicionar un glucocorticoide tópico una vez al día más la mesalamina indicada inicialmente.

Añadir un agente oral de 5 ASA a la mesalamina tópica o agregar un glucocorticoide oral.

Un ejemplo de la terapia posterior: como se mencionó la terapia tópica se administra 2 veces al día o sea el glucocorticoide una vez y la mesalamina diaria, luego de transcurrir las 4 semanas sin la mejoría de los síntomas, se agrega un agente oral sin suspender la terapia tópica.

Colitis del lado izquierdo o extensa

Terapia inicial: se utiliza un agente oral más mesalamina rectal en enfermedad leve-moderada usualmente la mejoría de síntomas se las observa entre 2–4 semanas de tratamiento.

Se inicia con mesalamina en dosis altas como tratamiento vía oral o sulfasalazina 4 gr al día. En cuanto a la terapia tópica, se realizan enemas de mesalamina una al día por 2 meses. Se continua el tratamiento después de los 2 meses mencionados luego de lograr la remisión depende de la tolerancia y preferencia del paciente.

TERAPIA SUBSIGUIENTE: este método de terapia es para pacientes que no han mostrado mejoría clínica después de estas con terapia combinada por 2-4 semanas.

Agentes orales de 5 ASA con glucocorticoides tópicos: en pacientes que no responden a la terapia combinada con mesalamina tópica se la reemplaza con glucocorticoides tópicos sin suspender la terapia oral.

Budesónida multimatriz: en pacientes que no presentan mejoría a la terapia combinada se les puede agregar budesónida a una dosis de 9mg al día por 8 semanas y luego suspender. Si el paciente luego de las 8 semanas de

budesónida sufre una recaída se administra la segunda ronda de 9mg diarios por 8 semanas más, si la sintomatología mejora se suspende sin disminuir la dosis de este fármaco. en pacientes cuyos no se les puede suspender la budesónida por recurrencia de sintomatología en ellos se necesita una terapia con prednisona o un agente biológico.

Prednisona: se incluye en la terapia en pacientes que no presentan mejoría con la budesónida, se la descontinúa y se agrega terapia con glucocorticoides con prednisona. La dosis oral de la prednisona se inicia con 40mg día y generalmente la dosis de prednisona se la va disminuyendo gradualmente a partir de la primera semana cumplida de dosis alta. Se la va disminuyendo entre 5-10mg semanalmente durante las 4-8 semanas total del tratamiento. en pacientes que han sido tratados con glucocorticoides por más de tres meses es aconsejable realizar la disminución más lenta de prednisona para evitar insuficiencia suprarrenal (31).

MANTENIMIENTO DE LA REMISIÓN

Luego de llegar a la remisión de la enfermedad es importante prevenir la recaída clínica y endoscópica de la enfermedad.

Los pacientes que requieren generalmente terapia de mantenimiento son:

- Pacientes con proctitis ulcerosa que presentan más de 1 brote al año.
- Todo paciente con proctosigmoiditis ulcerosa.
- Todo paciente con colitis de lado izquierdo y colitis extensa.

Proctitis ulcerosa o proctosigmoiditis: el tratamiento de elección en estos pacientes va a depender del fármaco que se utilizara, costo del fármaco y de las preferencias del paciente y del médico.

- Para los pacientes con proctitis ulcerosa que presentan más de 1 brote al año se utiliza un supositorio de mesalamina todas las noches.
- Todo paciente con proctosigmoiditis ulcerosa: se prescribe un enema de mesalamina por la noche.
- En pacientes que no están dispuestos a usar la terapia tópica a largo plazo se reduce la frecuencia de la utilización del supositorio o enema a usarlo dos días por semana.

- En pacientes que requieren continuar con la terapia oral se utilizara la dosis de inducción es decir más de 3 gr diarios o se puede reducir a una dosis de 2-3 gr diarios, en pacientes con recaídas recurrentes se mantiene la dosis alta.

Colitis del lado izquierdo o extensa

El tratamiento de elección en estos pacientes va a depender del fármaco que se utilizara para mantener la remisión, distribución y extensión de la enfermedad, el costo del fármaco y de las preferencias del paciente y del médico.

Agentes orales: en los pacientes que se logró conseguir la remisión en dosis altas de mesalamina oral, se puede mantener la dosis alta o reducirla a 2-4gr diarios, depende del criterio médico. En pacientes que se han usado dosis de mesalamina normal y alcanzaron la remisión para el mantenimiento se aconseja la dosis alta por el riesgo de recaídas. En caso de que para el mantenimiento se use la dosis baja de mesalamina y el paciente tenga una recaída solo se le ajusta la dosis a una dosis alta para alcanzar la remisión nuevamente (32).

Mesalamina tópica: esta se usa en pacientes con colitis de lado izquierdo quienes han sido bien controlados con la terapia tópica, dosis de una vez al día en terapia a largo plazo. No se usa mesalamina tópica en colitis extensa.

Terapia sistémica: No se usa glucocorticoides sistémicos como terapia de mantenimiento debido a los efectos adversos que causa su uso a largo plazo.

Monitoreo en periodo de remisión

Se monitorea al paciente clínicamente y en colonoscopia a los 6-12 meses después de alcanzar la remisión de la enfermedad cumpliendo el objetivo terapéutico que es la cicatrización de la mucosa. Monitoreo de marcadores clínicos como PCR y biomarcadores fecales al momento que se realiza la colonoscopia correlacionándolas con el grado de cicatrización de la mucosa.

La colonoscopia y los biomarcadores fecales se evalúan en conjunto, no por separado. En pacientes con resultados anormales de calprotectina >150 mcg/g, PCR elevada o lactoferrina positiva se les realiza colonoscopia para ajuste de terapia.

Falta de respuesta

Usualmente es posible que pacientes no respondan de manera favorable a la terapia de inducción a estos pacientes se los vuelve a evaluar para determinar si hay un nuevo avance de la enfermedad, si está cumpliendo con la medicación o si hay alguna etiología alternativa causal (33).

Terapia inicial para pacientes con colitis ulcerosa de moderada a grave

Terapia con un agente anti-TNF: esta se las puede dar combinada con un inmunomodulador AZA, MP, el tiempo esperado de respuesta clínica es de hasta 8 semanas posterior al inicio del tratamiento.

Para pacientes que no toleren las tiopurinas se usa el MTX como inmunomodulador alternativo. Los pacientes que usan MTX deben de usar ácido fólico 1mg diario para reducir los síntomas gastrointestinales y la elevación de aminotransferasas que se asocian a la utilización del fármaco (34).

Vedolizumab: es un anticuerpo anti-integrina, se usa en pacientes con mayor riesgo de infecciones o de malignidad, se observará mejoría clínica posterior a 6 semanas de administrar la dosis inicial.

Ustekinumab: es un anticuerpo contra interleucina, se lo puede usar como monoterapia, se usa en pacientes que nunca han usado tratamiento biológico y en pacientes que no han tenido respuesta favorable a inmunosupresores. La dosis es vía intravenosa de acuerdo con el peso y la de mantenimiento es de 90mg por vía subcutánea cada 8 semanas, si no hay mejoría se puede administrar otra dosis antes de cumplir la 8 semana. Si no hay respuesta alguna se cambia de agente alternativo.

Glucocorticoides: la dosis es igual al de la leve moderada, evitando usarlo por periodos largo debido a sus factores de riesgo.

TERAPIA DE INICIO PARA PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA GRAVE

Está conformada por glucocorticoides sistémicos y tópicos, y alterativos para tratamiento inicial para pacientes que no toleran glucocorticoides el agente anti-factor de necrosis tumoral, Infliximab (35).

Glucocorticoides sistémicos: corticoides intravenosos como la metilprednisolona 16-20 mg vía intravenosa cada 8 horas o la hidrocortisona 100mg vía intravenosa cada 8 horas. Se prefiere usar más la metilprednisolona debido a que se asocia con menos retención de sodio y fuga de potasio en comparación con la hidrocortisona. En su mayoría los pacientes tratados con glucocorticoides obtienen una mejoría clínica entre los 3-5 días posteriores al inicio de la terapia, si no hay respuesta entre esos días es muy poco probable que presente mejoría en esos pacientes se inicia terapia anti-TNF.

Glucocorticoides tópicos: adicional al tratamiento de glucocorticoides sistémico se usa la terapia tópica ya sea mediante enema, espuma o supositorios mejora la sintomatología de la colitis aguda que afecta el colon distal.

Aumento de terapia por falta de respuesta: se aumenta la terapia con ciclosporina o infliximab para pacientes que no responden a la terapia con glucocorticoides después de 3-5 días de inicio del tratamiento.

Infliximab: su dosis de inducción 5m/Kg 0, 2 y 6 semanas. La mejoría con este tratamiento se observa en un plazo de 3-5 días. En pacientes que no responden a la primera dosis de infliximab reciben una segunda de 10mg/Kg, en caso de no obtener respuesta dentro de 5 días se evalúa para una colectomía. En el caso de los pacientes que si respondieron a la segunda dosis de infliximab a las 4 semanas después se administra la tercera dosis.

Es importante saber que incluso si los pacientes inicialmente tuvieron buena respuesta con el infliximab eventualmente requerirán a largo plazo una

colectomía por eso es importante discutir con el paciente y familiares de esa posibilidad quirúrgica.

Entre las contraindicaciones para el uso de anti-TNF son:

- Tuberculosis latente o una infección activa que no está controlada.
- Enfermedades desmielinizantes.
- Insuficiencia cardíaca.

Ciclosporina: se opción para pacientes que son refractarios al tratamiento con glucocorticoides intravenosos como puente de un corto plazo para una terapia con un medicamento de acción prolongada, pero con inicio lento como la 6-mercaptopurina o azatioprina (36).

No se puede usar ciclosporina en pacientes con:

- Hipertensos > 140/90 mmHg
- Enfermedad renal.
- Colesterol sérico bajo <120mg/dl.
- Antecedentes de convulsiones.
- Magnesio y albumina sérica baja.
- Fracaso de un agente biológico previo.

En pacientes sin contraindicaciones se inicia con dosis de 2mg/Kg vía intravenosa dos veces al día. Los pacientes con este tratamiento deben de ser monitoreados por alteraciones electrolíticas, hipertensión, nefrotoxicidad e infecciones. La dosis según requiera se puede aumentar 0.5mg/Kg según tolerancia hasta su dosis máxima 4mg/Kg día, en pacientes con mejoría clínica con < seis deposiciones sin sangre, sin dolor abdominal que van a iniciar la ingesta oral se cambia a ciclosporina oral. Para el cambio de ciclosporina vía intravenosa a oral se duplica la dosis intravenosa que dio mejorías al paciente en dos dosis al día (37).

ALTERNATIVA QUIRÚRGICA: para pacientes que no responden a los glucocorticoides intravenosos, anti-TNF, ni a la ciclosporina está indicada la cirugía y a los pacientes que desarrollan complicaciones como perforación de colon, megacolon toxico, presencia de hematoquecia grave que da inestabilidad hemodinámica (38).

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

3.1. Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo en el cual se analizó a los pacientes masculinos y femeninos mayores de 18 años que hayan sido diagnosticados con Enfermedad Inflamatoria intestinal: Enfermedad de Crohn (CIE 10 K509) o Colitis Ulcerativa (CIE 10 K510, K519) que fueron atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital “Teodoro Maldonado Carbo” durante el periodo 2020-2022.

3.2. Población del estudio

Se incluye dentro de la población de estudio a pacientes de sexo masculino y femenino mayores de 18 años que han sido atendidos en el área de gastroenterología del hospital “Teodoro Maldonado Carbo” que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

3.3. Criterios de inclusión

- Pacientes que hayan sido atendidos en la consulta externa de gastroenterología o en la emergencia del Hospital “Teodoro Maldonado Carbo” con la sospecha diagnóstica de enfermedad inflamatoria intestinal durante el periodo 2020 – 2022.
- Pacientes a quienes se les haya realizado video endoscopia digestiva alta y/o video endoscopia baja con diagnóstico de EII

3.4. Criterios de exclusión

- Pacientes con historial clínico incompleto.
- Pacientes que presenten EII que no hayan sido atendidos en el servicio de gastroenterología del HTMC.

3.5. Operacionalización de las variables de estudio:

Tabla 1. Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento evidenciado en documento de identidad.	Años cumplidos	Escala ordinal	Variable numérica discreta
Genero biológico	Características fenotípicas que corresponden al fenotipo.	Genero biológico	Masculino Femenino	Variable categórica nominal dicotómica
Factores genéticos	El factor genético de una enfermedad es la parte que regula dicha enfermedad	Antecedentes familiares de EII	Si No	Variable categórica nominal Dicotómica
Consumo de Aines	Los antiinflamatorios no esteroides (AINE) son probablemente el grupo de fármacos más frecuentemente prescritos en todo el mundo.	Aines	Si No	Variable categórica nominal dicotómica
Tabaquismo	El tabaquismo es una enfermedad	Tabaquismo	Si No	Variable categórica

	adictiva, crónica y recurrente			nominal dicotómica
Manifestaciones clínicas	Son la relación entre los signos y síntomas que se presentan en una determinada enfermedad	Signos y síntomas	Diarrea Dolor abdominal Sangrado digestivo Fatiga Pérdida de peso Distención abdominal Meteorismo Estreñimiento Acidez	Variable categórica nominal politómica
Enfermedad de Crohn	Es una enfermedad inflamatoria intestinal, que suele afectar el segmento distal del íleon y el colon	Biopsia	Si No	Variable categórica nominal dicotómica
Colitis ulcerativa	Es una enfermedad inflamatoria y ulcerosa crónica de la mucosa del colon, caracterizada la mayoría de las veces por diarrea sanguinolenta.	Biopsia	Sí No	Variable categórica nominal dicotómica

3.6. Entrada y gestión informática de datos

La base de datos de las historias clínicas de los pacientes fue proporcionada por parte del departamento de estadísticas del HTMC y posteriormente fue tabulada en una hoja de cálculo Microsoft Excel tomando en cuenta las variables de estudio mediante la revisión de la HC y exámenes complementarios de imagen plasmados en el Sistema Integrado de Información de Salud (AS-400) del Hospital “Teodoro Maldonado Carbo”.

3.7. Estrategia de análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó mediante el Software SPSS. El estudio de tipo descriptivo que tiene un nivel del 95% de confianza y un 5% de margen de error. Los datos se analizarán para determinar la prevalencia de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en nuestra población de estudio.

3.8. Ética de la investigación

El presente estudio fue realizado de manera voluntaria y sin fines de lucro motivo por el cual no recibió financiamiento por parte de ninguna entidad, adicionalmente cuenta con la aprobación del departamento de docencia e investigación del HTMC. No hubo la necesidad de consentimientos informados debido a que se utilizó las HC ya registradas en el sistema AS400. No se vulneró el derecho a la confidencialidad de los pacientes y se utilizó la información proporcionada bajo los principios de la ética.

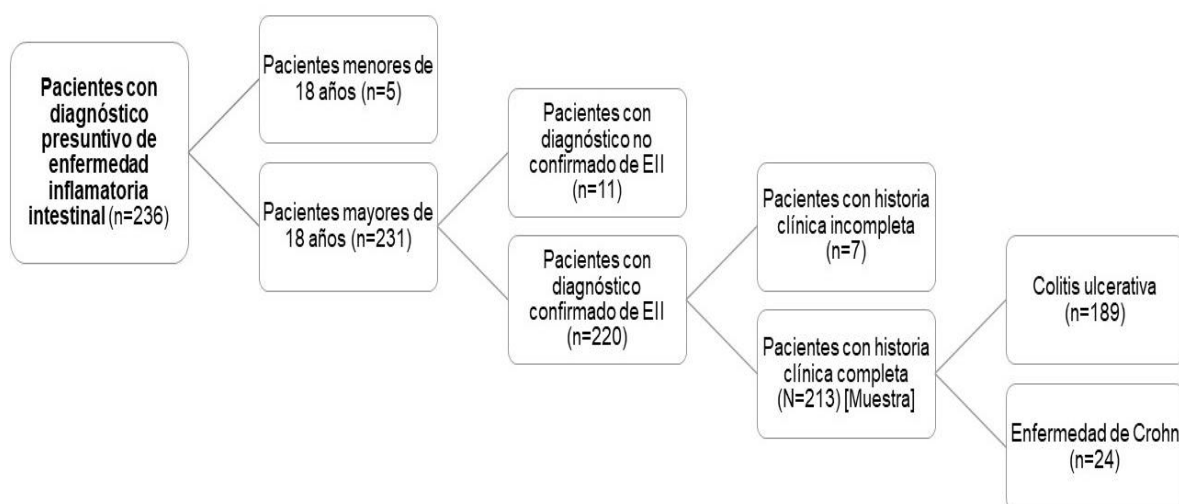
CAPÍTULO 4

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Representación estadística de resultados

Gráfico 1. Flujograma de pacientes



Durante el periodo de 2020 a 2022, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo hubo 236 pacientes con sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal. De los cuales 5 eran menores de 18 años por lo cual no ingresaron a nuestro estudio. Además, en 11 pacientes no se confirmó el diagnóstico presuntivo de EII. De esta manera, quedaron 220 pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad inflamatoria intestinal mayores de 18 años, pero 7 de estos pacientes no contaban con una historia clínica completa por lo cual tuvieron que ser excluidos de la investigación. En este sentido, la muestra que se analiza en este estudio es de 213 pacientes, de los cuales 189 resultaron padecer colitis ulcerativa y 24 pacientes presentaron enfermedad de Crohn (Véase Gráfico 1).

En el presente estudio predominaron los pacientes con colitis ulcerativa representando el 88.73% de la muestra. Por su lado, hubo 24 pacientes con enfermedad de Crohn lo que representa 11.26%. En relación con el género hubo predominio del género femenino tanto en el grupo de colitis ulcerativa como el de enfermedad de Crohn con 51.9% y 54.2%, respectivamente. Los

hombres representaron el 48.1% en el grupo de colitis ulcerativa y el 45.8% en el grupo de enfermedad de Crohn. La edad media de la muestra fue de 48.60 años con desviación típica de 15.76, lo que evidencia que no existió dispersión de los datos, esto también se puede evidenciar en el diagrama de cajas y bigotes del *Gráfico 2*, en donde además se observa mayor simetría de los datos en el grupo de enfermedad de Crohn. La moda de edad fue 43 años.

Tabla 2 Caracterización de pacientes

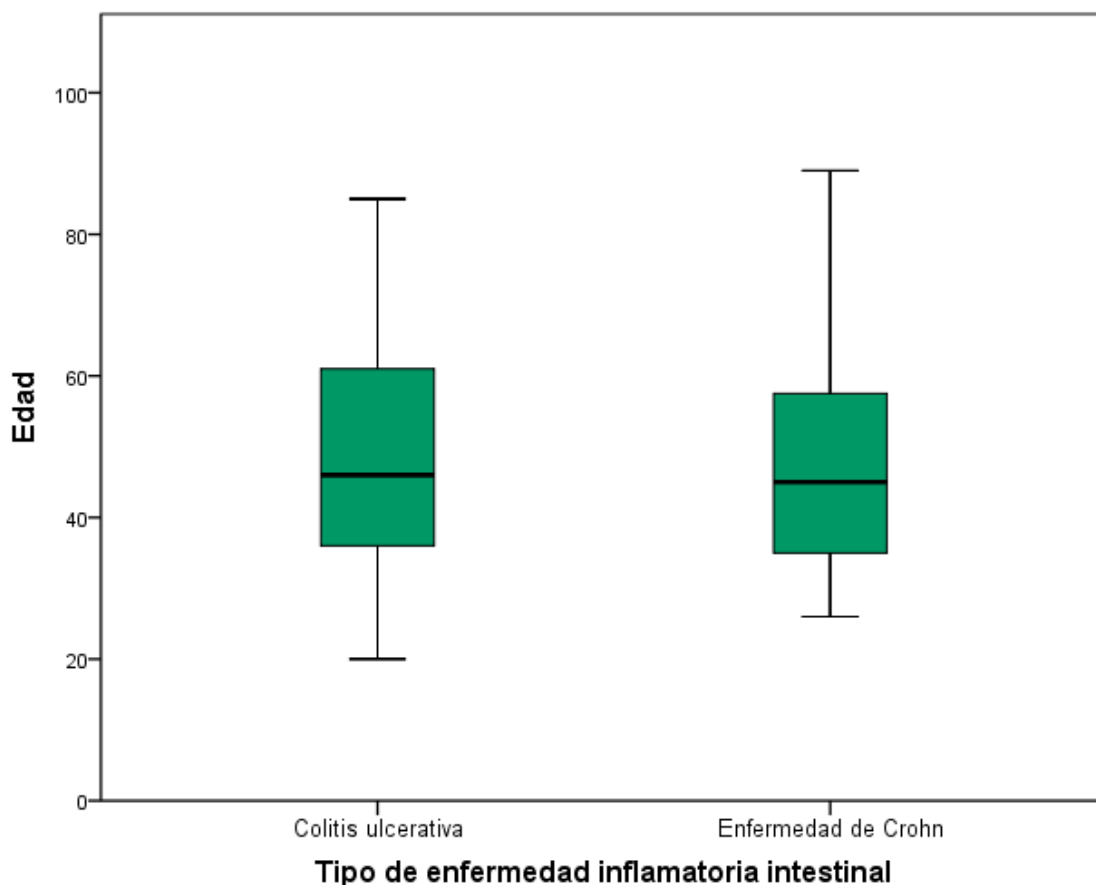
	Colitis ulcerativa (n=189)		Enfermedad de Crohn (n=24)		p-value
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	
Género					0.831
Masculino	91	48.1%	11	45.8%	
Femenino	98	51.9%	13	54.2%	
Grupo etario					0.983
Adultos jóvenes	45	23.85%	6	25.0%	
Adultos	110	58.2%	14	58.3%	
Adultos mayores	34	18.0%	4	16.7%	
Consumo de AINES					0.472
No	185	97.9%	24	100%	
Si	4	2.1%	0	0%	
Tabaquismo					0.532
No	185	97.9%	23	95.8%	
Si	4	2.1%	1	4.2%	

Al categorizar la edad en grupos etarios, se halló que la enfermedad inflamatoria es más frecuente en adultos entre 36 a 64 años, equivaliendo al 58.2% en el grupo de colitis ulcerativa y 58.3% en el de enfermedad de Crohn. A este grupo le siguieron los adultos jóvenes entre 18 y 35 años con 23.85% para colitis ulcerativa y 25% para enfermedad de Crohn. El grupo etario menos frecuente fue el de adultos mayores a 65 años con 18% para colitis ulcerativa y 16.7% para enfermedad de Crohn (Véase *Tabla 2*).

En cuanto al análisis de los factores de riesgo se encontró que el 97.9% de los pacientes con colitis ulcerativa no consumían AINES y que todos los pacientes con enfermedad de Crohn no consumían ese tipo de medicamentos. Además, con referencia al tabaquismo 2.1% de pacientes con

colitis ulcerativa consumían tabaco y el 4.2% de los pacientes con enfermedad de Crohn también consumían esta sustancia (Véase *Tabla 2*).

Gráfico 2. Diagrama de cajas y bigotes acerca de distribución del tipo de enfermedad inflamatoria intestinal según edad.



Por otro lado, se analizó la relación entre estas variables y el tipo de enfermedad inflamatoria intestinal. En la relación entre género y tipo de EII se halló un Chi cuadrado de Pearson de 0.046 con p-value de 0.831. En cuanto al grupo etario y el tipo de EII se encontró un Chi cuadrado de 0.034 y un p-value de 0.983. Entre el consumo de AINES y el tipo de EII se halló un Chi cuadrado de 0.518 con p-value de 0.472. Mientras en la relación entre tabaquismo y tipo de EII se halló un Chi cuadrado de 0.391 con un p-value de 0.532. En este sentido, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables (Véase *Tabla 2*).

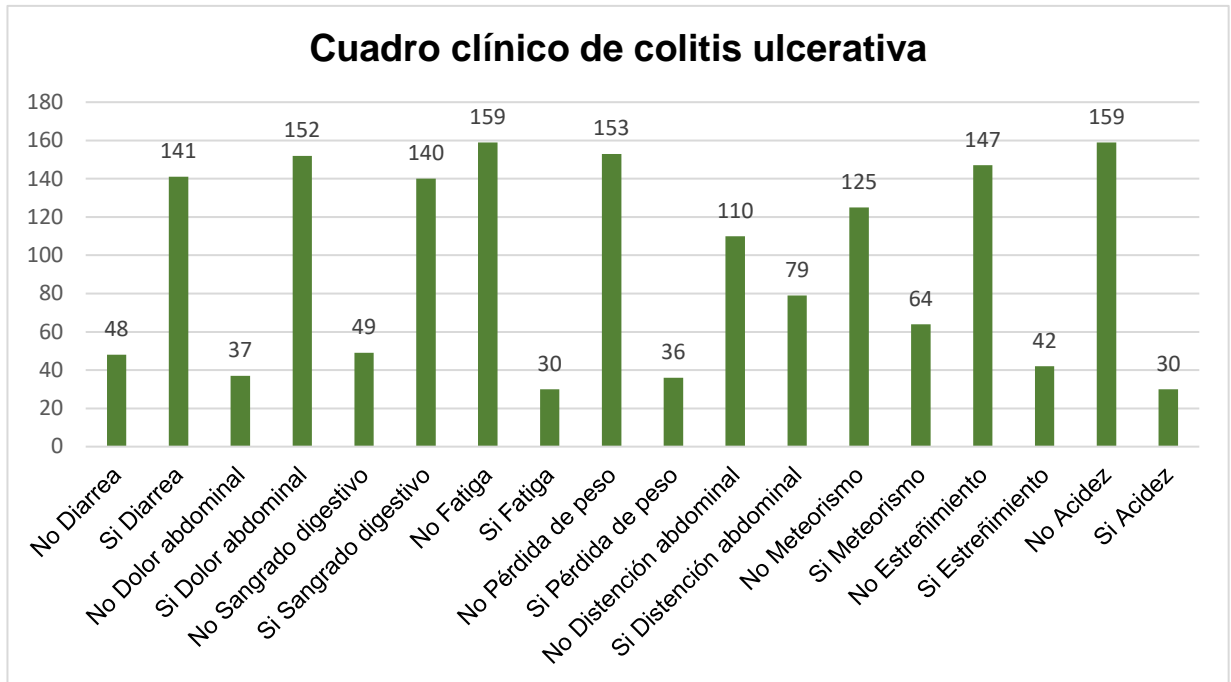
Tabla 3 Distribución del tipo de enfermedad inflamatoria intestinal según los síntomas presentados

	Colitis ulcerativa (n=189)		Enfermedad de Crohn (n=24)		p-value
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	
Diarrea					0.691
No	48	25.4%	7	29.2%	
Si	141	74.6%	17	70.8%	
Dolor abdominal					0.733
No	37	19.6%	4	16.7%	
Si	152	80.4%	20	83.3%	
Sangrado digestivo					
No	49	25.9%	9	37.5%	0.230
Si	140	74.1%	15	62.5%	
Fatiga					0.105
No	159	84.1%	17	70.8%	
Si	30	15.9%	7	29.2%	
Pérdida de peso					0.039
No	153	80.9%	14	58.3%	
Si	36	19.0%	10	41.7%	
Distensión abdominal					0.427
No	110	58.2%	16	66.7%	
Si	79	41.8%	8	33.3%	
Meteorismo					0.724
No	125	66.1%	15	62.5%	
Si	64	33.9%	9	37.5%	
Estreñimiento					0.446
No	147	77.8%	17	70.8%	
Si	42	22.2%	7	29.2%	
Acidez					0.105
No	159	84.1%	17	70.8%	
Si	30	16.9%	7	29.2%	

En relación con el cuadro clínico según el tipo de enfermedad inflamatoria intestinal, se halló que el 74.6% de los pacientes con colitis ulcerativa presentaron diarrea, lo que equivale a 141 pacientes. En el 80.4% de los casos hubo dolor abdominal, es decir 152 pacientes. En el 74.1% hubo sangrado digestivo, lo que representa a 140 pacientes. No obstante, el 84.1% de los

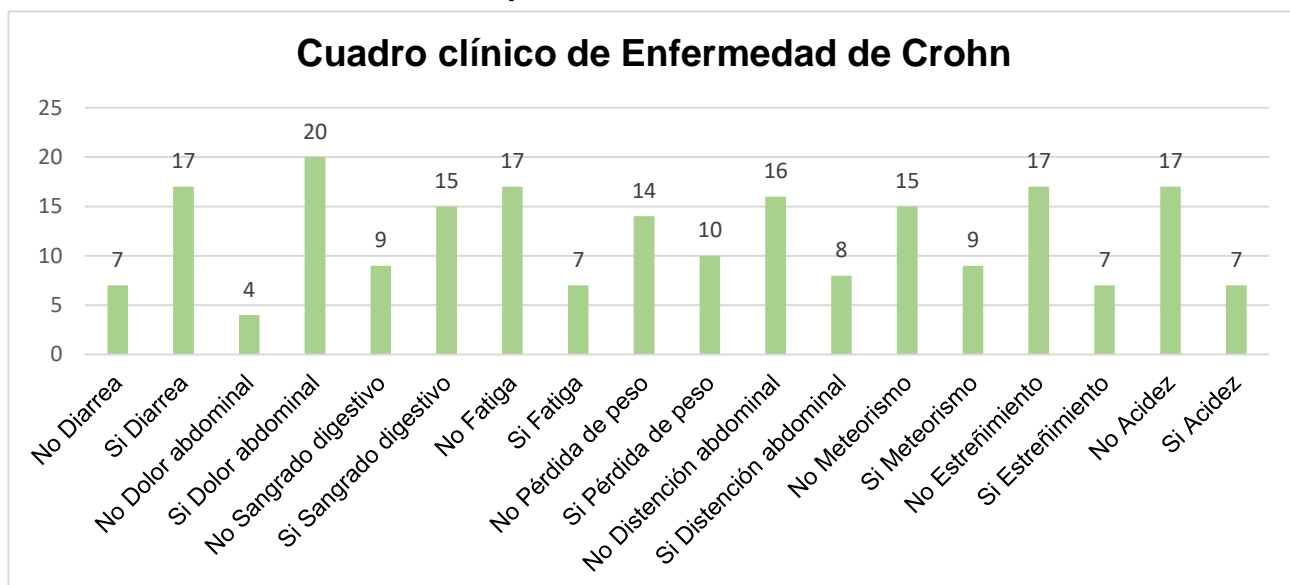
pacientes no refirieron fatiga, el 58.2% no presentó distensión abdominal, el 66.1% no manifestó meteorismo, el 77.8% no tuvo estreñimiento y el 84.1% no presentó acidez (Véase *Tabla 3* y *Gráfico 3*) (39).

Gráfico 3. Cuadro clínico de pacientes con colitis ulcerativa



En cuanto a los pacientes con enfermedad de Crohn, 70.8% presentaron diarrea, lo que equivale a 17 pacientes. El 83.3% de los pacientes tuvieron dolor abdominal, es decir 20 pacientes, y el 62.5% presentó sangrado digestivo (15 pacientes). Sin embargo, solo el 29.2% refirió fatiga, el 41.7% presentó pérdida de peso, el 33.3% tuvo distensión abdominal, el 62.5% no manifestó meteorismo, el 70.8% no refirió estreñimiento y este mismo porcentaje no refirió acidez (Véase *Tabla 3* y *Gráfico 4*).

Gráfico 4 Cuadro clínico de pacientes con enfermedad de Crohn



Prevalencia de enfermedad inflamatoria intetinal

$$= \frac{\text{Diagnóstico confirmado de EII}}{\text{Pacientes atendidos en la unidad de gastroenterología}} \times 100$$

$$\text{Prevalencia de enfermedad inflamatoria intetinal} = \frac{213}{6428} \times 100$$

$$\text{Prevalencia de enfermedad inflamatoria intetinal} = 3.31\%$$

La prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal en el servicio de gastroenterología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de 2020 a 2022 fue de 3.31%.

4.2. Discusión de resultados

En nuestro estudio los pacientes con colitis ulcerativa representaron el 88.73% de la muestra, y aquellos con enfermedad de Crohn representaron el 11.26%. Similar a lo encontrado por Mayorga et al. en su investigación acerca de la EII en varios hospitales del Ecuador, incluida nuestra entidad hospitalaria en estudio, en general la muestra estuvo compuesta por 72% de pacientes con colitis ulcerativa y 28% con enfermedad de Crohn; específicamente en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo 80% tenían colitis ulcerativa y 20% enfermedad de Crohn. Asimismo, en el estudio de Paredes et al. acerca de la enfermedad inflamatoria intestinal en el Hospital Nacional Guillermo Almenara de Lima-Perú, la EII que predominó fue la colitis ulcerativa con 77% y la

enfermedad de Crohn representó el 23%. Además, en el artículo de Saro et al. acerca de la EII en Asturias - España, el 55.5% de la muestra tenían colitis ulcerativa, 40.8% tuvo enfermedad de Crohn y 3.7% padecían colitis indeterminada. De manera similar, en el estudio de Yamamoto-Furusho et al. acerca de la EII en México, hubo 33 060 casos de colitis ulcerativa y 9 953 pacientes con enfermedad de Crohn (1), (11), (40), (41).

En nuestro estudio predominó el género femenino con 51.9% para colitis ulcerativa y 54.2% para enfermedad de Crohn, similar a lo encontrado en la investigación de Yamamoto-Furusho et al. en el que predominaron las mujeres en ambos tipos de EII. Sin embargo, en el artículo de Mayorga et al. predominó el género masculino con 53.4% en colitis ulcerativa y 52% en enfermedad de Crohn. Asimismo, en la investigación de Paredes et al. hubo una proporción hombres a mujeres de 1.3:1 para colitis ulcerativa y 2:1 para enfermedad de Crohn. En el artículo de Saro et al. el 52.8% de la muestra fueron hombres (1), (11), (40), (41).

La edad media en nuestro estudio fue 48.60 ± 15.76 años, similar a lo encontrado por Mayorga et al. en donde la edad media de colitis ulcerativa fue 42 ± 15 años y para enfermedad de Crohn fue 42 ± 16 años. En el artículo de Paredes et al. la edad media para colitis ulcerativa fue 53.02 años y para enfermedad de Crohn fue 57.7 años (11), (40).

En nuestra investigación, el grupo etario más frecuente fue el de 36 a 64 años para ambos tipos de EII. En el estudio de Mayorga et al. el grupo más frecuente fue de 30 a 39 años para colitis ulcerativa y de 50 a 59 años para enfermedad de Crohn. Sin embargo, en la investigación de Saro et al. el grupo de edad más frecuente para enfermedad de Crohn fue de 15 a 25 años y para colitis ulcerativa fue de 25 a 35 años. En el estudio de Yamamoto-Furusho et al. el grupo etario más frecuente fue el de 20 a 40 años (11), (41).

En cuanto a los factores de riesgo, en nuestro estudio 2.1% de los pacientes con colitis ulcerativa y 4.2% de aquellos con enfermedad de Crohn fumaban. En el artículo de Paredes et al. 9.9% de los pacientes con colitis ulcerativa y 8.3% con enfermedad de Crohn tenían el hábito de fumar. También en nuestro estudio se investigó el consumo de AINES como factor de riesgo, en donde

se halló que la mayoría de los pacientes no consumían este tipo de medicamento. Sin embargo, nuestro estudio no halló asociación estadísticamente significativa entre estos factores de riesgo y el tipo de enfermedad inflamatoria intestinal (1).

En nuestra investigación los síntomas más frecuentes (en orden de frecuencia) en los pacientes con colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn fueron dolor abdominal, diarrea y sangrado digestivo. Similar a lo hallado en el estudio de Mayorga et al. en el que los síntomas más frecuentes en los pacientes con colitis ulcerativa fueron sangrado digestivo, dolor abdominal y diarrea crónica, mientras que en los pacientes con enfermedad de Crohn fue más frecuente la diarrea crónica seguida del dolor abdominal y del sangrado digestivo. En el estudio de Paredes et al. los pacientes con colitis ulcerativa frecuentemente presentaron diarrea, seguida de sangrado digestivo, dolor abdominal y pérdida de peso, en cambio los pacientes con enfermedad de Crohn presentaron con más frecuencia sangrado y dolor abdominal, seguido de pérdida de peso y diarrea (11), (41).

La prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal en el servicio de gastroenterología del Hospital "Teodoro Maldonado Carbo" durante el periodo de 2020 a 2022 fue de 3.31%, esta tasa no se analiza en otros estudios por lo cual no es posible realizar comparación.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Mediante esta investigación se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- La prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal en el departamento de gastroenterología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo fue de 3.31%
- Hubo mayor prevalencia de colitis ulcerativa con 88.73%, en comparación con la enfermedad de Crohn que tuvo 11.26%.
- Para ambos tipos de enfermedad inflamatoria intestinal hubo mayor prevalencia en el género femenino con 51.9% para colitis ulcerativa y 54.2% para enfermedad de Crohn.
- La edad media de la muestra fue de 48.60 ± 15.76 años.
- El grupo etario más frecuente fue el de 36 a 64 años para ambos tipos de enfermedad inflamatoria intestinal.
- No se halló asociación estadísticamente significativa entre el género ni el grupo etario con el tipo de enfermedad inflamatoria intestinal.
- La mayoría de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal no consumían AINES ni fumaban.
- No se halló asociación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo y el tipo de enfermedad inflamatoria intestinal.
- Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal, diarrea y sangrado digestivo.

5.2. Recomendaciones

Se debe considerar la realización de estudios longitudinales para comprender mejor la evolución de la enfermedad inflamatoria intestinal a lo largo del tiempo y cómo los factores de riesgo pueden influir en el desarrollo y progresión de la enfermedad. Además, se debería analizar subtipos específicos de colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn para identificar diferencias en las

características clínicas y epidemiológicas, lo que podría llevar a una mejor comprensión de las variaciones en la presentación clínica.

A pesar de no encontrar asociaciones significativas con los factores de riesgo, se podría investigar otros posibles factores de riesgo, como la predisposición genética, la dieta y el entorno, que podrían contribuir a la aparición y gravedad de la enfermedad inflamatoria intestinal. Asimismo, se podría evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, considerando tanto los síntomas físicos como el impacto psicosocial de la enfermedad en la vida cotidiana de los pacientes. También, se podría extender el alcance del estudio a varios centros médicos para aumentar la muestra y mejorar la representatividad de los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silva F. ScienceDirect. [Online]; 2019. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300574>.
2. Carrasco-Avino G. ScienceDirect. [Online]; 2019. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300586>.
3. Sociedad Catalana de Gastroenterología. [Online]; 2019. Disponible en: https://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/anatomia_fisio_es.pdf.
4. Gompertz M. ScienceDirect. [Online]; 2019. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300550>.
5. Sambuelli AM. Acta Gastroenterol Latinoam. [Online]; 2019. Disponible en: <https://actagastro.org/manejo-de-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal-revision-y-algoritmos-de-tratamientos/>.
6. Figueroa C. ScienDirect. [Online]; 2019. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300562>.
7. Dan L. Longo MD. NEJM. [Online]; 2020. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra2002697>.
8. Juliao-Baños F. ScienceDirect. [Online]; 2021. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090620300598>.
9. Kassem AB. SpringerOpen. [Online]; 2023. Disponible en: <https://bjbas.springeropen.com/articles/10.1186/s43088-023-00361-0>.
10. McDowell C. National Library of Medicine. [Online]; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470312/>.
11. Garcés AM. ACTA Gastroenterol Latinoam. [Online]; 2018. Disponible en: <https://actagastro.org/epidemiologia-y-comportamiento-de-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal-en-la-poblacion-ecuatoriana/#:~:text=La%20prevalencia%20de%20EI%20en,países%20considerados%20de%20bajo%20riesgo>.
12. Ferré MPB. ScienceDirect. [Online]; 2018. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775317308448?via%3Dihub>.
13. González MS. Scielo. [Online]; 2020. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000100088.

14. Eltantawy N. SpringerOpen. [Online]; 20223. Disponible en: <https://bjbas.springeropen.com/articles/10.1186/s43088-023-00361-0>.
15. Feuerstein JD. Mayo Clinic. [Online]; 2019. Disponible en: <https://www.mayoclinicproceedings.org/action/showPdf?pii=S0025-6196%2817%2930313-0>.
16. Zholudev A. American Journal of Gastroenterology. [Online]; 2004. Disponible en: https://journals.lww.com/ajg/abstract/2004/11000/serologic_testing_with_a_nca,_asca,_and_anti_ompc.26.aspx.
17. Paredes-Méndez JE. Scielo. [Online]; 2023. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292023000100013&script=sci_arttext&tlng=pt.
18. Rieder F. NIH. [Online]; 2016. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26928961/>.
19. Cheifetz AS. PubMed. [Online]; 2013. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23695484/>.
20. Dassopoulos T. PubMed. [Online]; 2013. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24267475/>.
21. Cruz PD. PubMed. [Online]; 2014. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25542620/>.
22. Wasan SK. PubMed. [Online]; 2010. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20104218/>.
23. Mark A Peppercorn MSCM. UpToDate. [Online]; 2023. Disponible en: https://www21.ucsq.edu.ec:2065/contents/definitions-epidemiology-and-risk-factors-for-inflammatory-bowel-disease?search=enfermedad%20inflamatoria%20intestinal&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4.
24. Hijos-Mallada G. Elsevier. [Online]; 2022. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210570521002016>.
25. Gibson P. UpToDate. [Online]; 2022. Disponible en: https://www21.ucsq.edu.ec:2065/contents/approach-to-functional-gastrointestinal-symptoms-in-adults-with-inflammatory-bowel-disease?search=enfermedad%20inflamatoria%20intestinal&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3.

26. Gompertz M. ScienceDirect. [Online]; 2019. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300550>.
27. Peppercorn MA. UpToDate. [Online]; 2023. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-ulcerative-colitis-in-adults?search=colitis%20ulcerosa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1.
28. Mark A Peppercorn MVKMM. UpToDate. [Online]; 2022. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-ulcerative-colitis-in-adults?search=colitis%20ulcerosa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H22.
29. Figueroa C. Revista Médica Clínica Las Condes. [Online]; 2019. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300562>.
30. Sambuelli AM. ACTA Gastroenterol Latinoam. [Online]; 2019. Disponible en: <https://actagastro.org/manejo-de-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal-revision-y-algoritmos-de-tratamientos/>.
31. Cohen RD. UpToDate. [Online]; 2023. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/management-of-moderate-to-severe-ulcerative-colitis-in-adults?search=tratamiento%20colitis%20ulcerosa&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H805665023.
32. Jana AI Hashash MMFARMAFF. UpToDate. [Online]; 2022. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/medical-management-of-low-risk-adult-patients-with-mild-to-moderate-ulcerative-colitis?search=tratamiento%20colitis%20ulcerosa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H27.
33. Fuxman C. Elsevier. [Online]; 2023. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210570523000146?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=7f9475918dd58dea.
34. Parambir S. Dulai M. Gastroenterology Clinics. [Online]; 2014. Disponible en: [https://www.gastro.theclinics.com/article/S0889-8553\(14\)00066-1/fulltext](https://www.gastro.theclinics.com/article/S0889-8553(14)00066-1/fulltext).
35. Mark A Peppercorn MJFM. UpToDate. [Online]; 2022. Disponible en: <https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/management-of-the-hospitalized-adult-patient-with-severe-ulcerative->

[colitis?search=tratamiento%20colitis%20ulcerosa&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H2974546663.](#)

36. Jana Al Hashash MMFARMAFF. UpToDate. [Online]; 2022. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/medical-management-of-low-risk-adult-patients-with-mild-to-moderate-ulcerative-colitis?search=tratamiento%20colitis%20ulcerosa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H27.](https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/medical-management-of-low-risk-adult-patients-with-mild-to-moderate-ulcerative-colitis?search=tratamiento%20colitis%20ulcerosa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H27)
37. González-Lama Y. Elsevier. [Online]; 2020. Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210570520300728.](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210570520300728)
38. Phillip R. Fleshner MF. UpToDate. [Online]; 2023. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/surgical-management-of-ulcerative-colitis?search=tratamiento%20colitis%20ulcerosa&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H7411991.](https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/surgical-management-of-ulcerative-colitis?search=tratamiento%20colitis%20ulcerosa&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H7411991)
39. JK YF. Epidemiología, carga de la enfermedad y tendencias de tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en México. Rev Gastroenterol Mex. 2020.
40. Paredes-Méndez J O. Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia de Lima-Perú. Revista de Gastroenterología del Perú. 2016.
41. C SG. Incidencia y prevalencia en enfermedad inflamatoria intestinal crónica: Estudio asturiano en cinco áreas (EIICEA). España. Anales de Medicina Interna. 2003.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Paladines Toala Jair Josue** con C.C: # 1314622299 y **Junco Aguaiza Angie Michelle** con C.C: # 0958537979 autores del trabajo de titulación: **Prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Pacientes adultos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2020 – 2022**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos 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.- Autorizamos 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, 26 de septiembre del 2023

EL AUTOR (A):

f. _____

Paladines Toala Jair Josue

C.C: 1314622299

EL AUTOR (A):

f. _____

Junco Aguaiza Angie Michelle

C.C: 0958537979



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Pacientes adultos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2020 – 2022		
AUTOR(ES)	Paladines Toala Jair Josue, Junco Aguaiza Angie Michelle		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Ramos Cruz, Orlando Bolívar		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	26 de septiembre del 2023	No. DE PÁGINAS:	49
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gastroenterología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, enfermedad inflamatoria intestinal, diarrea crónica, sangrado digestivo, epidemiología		
<p>La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba dos trastornos intestinales principales: la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. La colitis ulcerosa se caracteriza por la inflamación crónica de la capa mucosa del colon, afectando partes continuas y proximales del mismo. La enfermedad de Crohn, por otro lado, provoca inflamación transmural que afecta partes aisladas de tejido, llevando a fibrosis y estenosis, así como microperforaciones y formación de fístulas. El presente estudio tuvo como objetivo general determinar la prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en pacientes adultos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2020 – 2022. Fue un estudio observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo. Hubo mayor prevalencia de colitis ulcerosa (88.73%) en comparación con enfermedad de Crohn (11.26%). El género femenino predominó en ambos grupos. La edad media fue 48.60 años. La enfermedad inflamatoria fue más común en adultos de 36 a 64 años. Se encontró que la mayoría de los pacientes con colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn no consumían AINES ni tabaco. Sin embargo, no hubo asociación estadísticamente significativa entre género, edad, consumo de AINES o tabaquismo y el tipo de EII. En cuanto al cuadro clínico, los síntomas predominantes fueron diarrea, dolor abdominal y sangrado digestivo. La prevalencia de EII en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo fue del 3.31%. Para futuras investigaciones, se sugiere considerar estudios longitudinales y evaluar otros factores de riesgo. Además, se recomienda evaluar la calidad de vida de los pacientes y aumentar la representatividad del estudio mediante la colaboración multicéntrica.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Telf: +593967431594 - +593968218705	E-mail: jair.paladines@cu.ucsg.edu.ec angie.junco@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño		
	Teléfono: +593-982742221		
	E-mail: diego.vazquez@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):			