



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Factores de riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal en mujeres de 18 a 41 años, del año 2019 al 2022, en el Hospital General del Norte IESS Los Ceibos.

AUTORES:

Milazzo Vera Isabella

Ordoñez Criollo Ricardo Ignacio

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

Médico

TUTOR:

Dr. Molina Saltos Luis Fernando

Guayaquil, Ecuador

10 de mayo del 2024




UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Milazzo Vera Isabella y Ordoñez Criollo Ricardo Ignacio, como requerimiento para la obtención del título de médico

TUTOR
f. 
Dr. Molina Saltos Luis Fernando

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, a los 10 del mes de mayo del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Milazzo Vera Isabella**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Factores de riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal en mujeres de 18 a 41 años, del año 2019 al 2022, en el Hospital General del Norte IESS Los Ceibos** previo a la obtención del título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 10 del mes de mayo del año 2024

EL AUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
**ISABELLA MILAZZO
VERA**

f. _____

Milazzo Vera Isabella



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Ordoñez Criollo Ricardo Ignacio

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Factores de riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal en mujeres de 18 a 41 años, del año 2019 al 2022, en el Hospital General del Norte IESS Los Ceibos** previo a la obtención del título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 10 del mes de mayo del año 2024

EL AUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
**RICARDO IGNACIO
ORDONEZ CRIOLLO**

f. _____

Ordoñez Criollo Ricardo Ignacio



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Milazzo Vera Isabella

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Factores de riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal en mujeres de 18 a 41 años, del año 2019 al 2022, en el Hospital General del Norte IESS Los Ceibos**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 10 del mes de mayo del año 2024

EL (LA) AUTOR(A):



Firmado electrónicamente por:
**ISABELLA MILAZZO
VERA**

f. _____

Milazzo Vera Isabella



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Ordoñez Criollo Ricardo Ignacio

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Factores de riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal en mujeres de 18 a 41 años, del año 2019 al 2022, en el Hospital General del Norte IESS Los Ceibos**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 10 del mes de mayo del año 2024

EL (LA) AUTOR(A):



Firmado electrónicamente por:
**RICARDO IGNACIO
ORDONEZ CRIOLLO**

f. _____

Ordoñez Criollo Ricardo Ignacio



Trabajo titulación Ordoñez y Milazzo

1%
Textos sospechosos



- < 1% Similitudes
 - entre similitudes entre coesillas
 - entre las fuentes mencionadas
- < 1% Idiomas no reconocidos
- 0% Textos potencialmente generados por la IA

Nombre del documento: Trabajo titulación Ordoñez y Milazzo.docx
ID del documento: db3359c0ca88dbb7ac5a82917b11ecb1aa6c53b
Tamaño del documento original: 1,28 MB

Depositante: Luis Fernando Molina Saltos
Fecha de depósito: 26/6/2024
Tipo de carga: interface
Fecha de fin de análisis: 27/6/2024

Número de palabras: 8560
Número de caracteres: 57.891

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes de similitudes

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Trabajo de titulación Doménica Orquera versión final p72.docx Trabajo... % El documento pertenece de otro grupo	< 1%		1) Palabras idénticas: < 1% (13 palabras)
2	Documento de otro usuario Trabajo... % El documento pertenece de otro grupo	< 1%		1) Palabras idénticas: < 1% (11 palabras)
3	Documento de otro usuario Trabajo... % El documento pertenece de otro grupo	< 1%		1) Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)
4	pdf.usam.anticochlear.org https://pdf.usam.anticochlear.org/11/14/102/10273864/964829667103101104.pdf	< 1%		1) Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)
5	farmacastalut.com Dolor 1 vez semana, nuevo criterio síndrome del intestino irri... https://farmacastalut.com/tema/1-dolor-1-vez-semana-nuevo-criterio-sindrome-del-intestino-irri...	< 1%		1) Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)

Fuentes ignoradas Estas fuentes han sido retiradas del cálculo del porcentaje de similitud por el propietario del documento.

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.ulllenier.es Manifestaciones clínicas y endoscópicas en enfermedad inflam... https://www.ulllenier.es/revista-uvla2-revista-clinica-de-cuidado-ccu-articulo-manifestaciones-cl...	3%		1) Palabras idénticas: 3% (28 palabras)
2	www.ulllenier.es Manifestaciones clínicas y endoscópicas en enfermedad inflam... https://www.ulllenier.es/revista-uvla2-revista-clinica-de-cuidado-ccu-articulo-manifestaciones-cl...	3%		1) Palabras idénticas: 3% (28 palabras)
3	www.ulllenier.es Manifestaciones clínicas y endoscópicas en enfermedad inflam... https://www.ulllenier.es/revista-uvla2-revista-clinica-de-cuidado-ccu-articulo-manifestaciones-cl...	3%		1) Palabras idénticas: 3% (28 palabras)
4	www.scielo.cl https://www.scribd.com/document/174163494/174163494-174163494-174163494-174163494-174163494.pdf	2%		1) Palabras idénticas: 2% (20 palabras)
5	www.scielo.cl Factores ambientales en el desarrollo y evolución de la enfermeda... https://www.scribd.com/document/174163494/174163494-174163494-174163494-174163494-174163494.pdf	2%		1) Palabras idénticas: 2% (17 palabras)
6	www.doLarg https://www.doLarg/1/0/20/192000-8817/201900000012	2%		1) Palabras idénticas: 2% (16 palabras)
7	ec.verdamed.com Situación de la enfermedad inflamatoria intestinal en la región... https://www.verdamed.com/tema/situacion-de-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal-en-la-region...	2%		1) Palabras idénticas: 2% (17 palabras)
8	actagastron.org Epidemiología y comportamiento de la enfermedad inflamatoria i... https://actagastron.org/publicaciones-y-comportamiento-de-la-enfermedad-inflamatoria-intestina...	1%		1) Palabras idénticas: 1% (10 palabras)
9	mggLang https://mggLang/guest-cv68649464/00174163494-174163494-174163494-174163494-174163494.pdf	1%		1) Palabras idénticas: 1% (10 palabras)
10	www.doLarg https://www.doLarg/1/0/19/192000-8817/201900000012	1%		1) Palabras idénticas: 1% (10 palabras)
11	www.ncbi.nlm.nih.gov Guía de práctica clínica: síndrome del intestino irritable c... https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4367195/	1%		1) Palabras idénticas: 1% (10 palabras)
12	www.redayc.org Epidemiología y comportamiento de la enfermedad inflamatoria... https://www.redayc.org/guest-cv68649464/00174163494-174163494-174163494-174163494-174163494.pdf	1%		1) Palabras idénticas: 1% (10 palabras)
13	repositorio.ucsp.edu.ec https://repositorio.ucsp.edu.ec/handle/document/131757/174163494-174163494-174163494-174163494-174163494.pdf	1%		1) Palabras idénticas: 1% (9 palabras)

TUTOR

f.

Dr. Molina Saltos Luis Fernando

Agradecimiento

Quiero agradecer en primer lugar a mi padre, Errol Milazzo, quien fue la primera persona en confiar en mí, demostrarme cada día el orgullo que siente hacia mí, por su inmenso cariño y sobre todo darme fuerzas en las adversidades. Gracias mi papo.

Gracias infinitas a mi padres, por su amor incondicional, a mis hermanos Lia, Eli y Fili, quienes supieron brindarme tiempo para escucharme y apoyarme. Gracias por estar hoy, mañana y siempre.

Le agradezco a mi compañero de vida y tesis, Ricardo Ordoñez, quien ha sido un pilar en este camino, el primero de muchos logros más juntos. A nuestras mascotas Dolce y Gabbana quienes fueron de gran apoyo. Gracias por ser mi guía y alegría memuco.

Un sincero agradecimiento a mis amigos y compañeros de viaje, quienes estuvieron conmigo en los momentos de estrés y alegría, durante este largo camino. Su apoyo y cariño han sido invaluable. Gracias por ser mi equipo y, lo más importante, la familia que elegí.

Agradecimiento

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres Ricardo Ordoñez y Mónica Criollo, quienes han sido pilar fundamental para cumplir mis objetivos e impulsarme a crecer personal y académicamente. No hay palabras suficientes para plasmar mis agradecimientos totales hacia mis padres. Quiero agradecerle también a mi hermana y a mis abuelos por haberme guiado y acompañado también durante este trayecto. Quiero agradecer a Dolce y a Gabbana, mis mascotas, quienes también me han acompañado durante todo este camino y han sido mi motivación para seguir adelante. Mención especial para mi grupo de universidad "quicki". Definitivamente, ellos me han impulsado a mi crecimiento personal y es algo que siempre lo tendré presente.

Por último, pero no menos importante quiero agradecerle a Isabella Milazzo, mi confidente y mi compañera de vida. Pudiera explayarme describiéndola y expresando mis más sinceros sentimientos hacia ella. Quiero agradecerte a ti por cumplir uno de muchos metas juntos y espero poder lograr y cumplir muchas metas a tu lado.

Dedicatoria

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad.

A mis padres y hermanos, por su apoyo y motivación constante que me han permitido salir adelante , pero mas que nada, por su amor.

- Isabella Milazzo Vera.

A Dios por darme lo necesario para lograr cumplir un objetivo más.

A mi padres y hermana por impulsar a conseguir mis objetivos y por el sacrificio que hacen día a día para poder crecer y superarme.

- Ricardo Ignacio Ordóñez Criollo.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Iván Elías Altamirano Barcia

f. _____

Dr. Diego Vásquez Cedeño

f. _____

OPONENTE

Índice General

Resumen	XV
Abstract	XV
1 Introducción	2
1.1 Identificación del problema	2
1.2 Justificación	3
1.3 Hipótesis	3
1.4 Objetivos	3
1.5 Metodología	3
1.6 Limitaciones	4
2 Marco teórico	5
2.1 Generalidades	5
2.2 Enfermedad de Crohn.....	5
2.3 Colitis ulcerativa	5
2.4 Epidemiología	6
2.5 Fisiopatología	7
2.6 Microbiota	7
2.7 Factores inmunológicos.....	8
2.8 Factores genéticos	10
2.9 Factores relacionados a la enfermedad intestinal inflamatoria	11
2.10 Manifestaciones clínicas.....	12
2.11 Diagnóstico.....	15
2.12 Exámenes endoscópicos	17
2.13 Exámenes histológicos	18
2.14 Tratamiento.....	18
3 Materiales y métodos	21
4 Resultados	22
5 Tablas y figuras	23
6 Conclusión	27

7 *Bibliografia* 29

Índice de tablas

Tabla 1.....	23
Histograma de edad.	23
Tabla 2.....	23
Frecuencia de los factores de riesgo de la enfermedad inflamatoria intestinal.	23
Tabla 3.....	24
Frecuencia de diagnóstico definitivo a las pacientes.	24
Tabla 4.....	24
Frecuencia motivo de ingreso al Hospital General del Norte Iess los Ceibos.	24
Tabla 5.....	25
Tabla cruzada entre factores de riesgo y provincias.	25
Tabla 6.....	25
Tabla de chi cuadrado comparando la significancia entre factores de riesgo y provincias del Ecuador.	25
Tabla 7.....	26
Tabla cruzada entre motivo de ingreso y diagnósticos.	26
Tabla 8.....	26
Comparativa del motivo de ingreso con los diagnósticos utilizando chi-cuadrado.....	26
Tabla 9.....	26
Tabla de rango de edades de las pacientes del Hospital General Iess los Ceibos.	26

Resumen

Se realizó un estudio con la finalidad de lograr identificar cuáles son los factores de riesgo más susceptibles a presentarse en la enfermedad inflamatoria intestinal. Para este estudio se aplicó un diseño analítico, transversal y retrospectivo en el cual participaron 145 pacientes. Se utilizó la aplicación de SPSS versión 29 para realizar la tabulación de los datos proporcionados por el Hospital General del Norte Iess los Ceibos y el análisis estadístico en el cual realizamos tablas de histograma, frecuencia y chi cuadrado. Dentro de los resultados pudimos observar la frecuencia en la que se presentan las distintas variables del estudio como son motivo de ingreso, factores de riesgo, escalas aplicadas, días de ingreso y diagnóstico en las pacientes que participaron de dicho estudio. Finalmente, luego de realizar el análisis del estudio se pudo determinar que el factor de riesgo más frecuente en el síndrome inflamatorio intestinal fue el uso de pastillas anticonceptivas.

Palabras claves: Enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, escala de Bristol, meteorismo, dispepsia funcional.

Abstract

A study was conducted with the aim of identifying which risk factors are most likely to occur in inflammatory bowel disease. For this study, an analytical, cross-sectional and retrospective design was applied in which 145 patients participated. The application of SPSS version 29 was used to tabulate the data provided by the Hospital General del Norte Iess los Ceibos and the statistical analysis in which we made histogram, frequency and chi square tables. Within the results we were able to observe the frequency in which the different variables of the study are presented, such as reason for admission, risk factors, scales applied, days of admission and diagnosis in the patients who participated in said study. Finally, after analyzing the study, it was determined that the most frequent risk factor for inflammatory bowel syndrome was the use of birth control pills.

Keywords: Inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn's disease, Bristol scale, meteorism, functional dyspepsia.

1 Introducción

1.1 Identificación del problema

1.1.1 Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal es un proceso inflamatorio crónico del tracto gastrointestinal (1), siendo la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa las dos principales entidades reconocidas (9). Si bien tanto la enfermedad de Crohn como la colitis ulcerosa han sido consideradas idiopáticas, se han identificado factores genéticos y ambientales que predisponen a estas enfermedades (6).

En una revisión sistemática de estudios poblacionales (en 1990 hasta el 2016) se encontró que en América del sur, Asia y África la incidencia fue aumentando progresivamente (5). En Ecuador no existían datos epidemiológicos hasta el año 2020. Gracias al Dr. Mayorga en un estudio descriptivo que realizó, se pudieron evaluar a 206 paciente, de los cuales 148 padecían de colitis ulcerativa y 58 pacientes padecían de enfermedad de Crohn (3). Y además se estableció que la provincia con más casos de colitis ulcerativa fue Guayas, mientras que la provincia con más casos de enfermedad de Crohn fue Pichincha (3).

Generalmente, afecta a jóvenes, aumentando su morbilidad y alterando su estilo de vida (1). Su patogénesis se basa en una desregulación inmunológica, en pacientes genéticamente susceptible, consecuente a factores ambientales (1).

No hay prueba que permita realizar el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal o descartar totalmente su existencia de modo confiable (5). Sin embargo, la colonoscopia, los estudios de imagen de corte transversal del colon tracto GI superior, junto con pruebas de sangre, junto con el historial del paciente y un examen físico, son de utilidad para poder llegar a un diagnóstico de dicha enfermedad (5). Los objetivos de tratamiento son la remisión clínica y endoscopia (9). Para la colitis ulcerativa, la remisión clínica se definió como la resolución del sangrado rectal y diarrea, con remisión endoscópica (9). En cuanto a enfermedad de Crohn, la remisión clínica se identificó por la resolución del dolor abdominal y diarrea, con endoscopia en remisión (resolución de las ulceraciones o resolución en hallazgos de inflamación en estudios por imágenes) (9).

1.2 Justificación

La enfermedad inflamatoria intestinal, junto con la Colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn, son enfermedades crónicas de causa desconocida (16). La enfermedad inflamatoria intestinal afecta al tubo digestivo, comprometiendo la mucosa del colon en el caso de la Colitis ulcerativa y pudiendo comprometer cualquier otro segmento entre la boca hasta el ano, como en el caso de la enfermedad de Crohn (16).

No existe un tratamiento definitivo para esta condición y las terapias disponibles son de alto costo (18). Es por eso por lo que mediante este trabajo se busca determinar los factores de riesgos de la enfermedad inflamatoria intestinal para poder saber cuáles son aquellos factores que aumentan la probabilidad de desarrollar esta enfermedad y así poder prevenir que, en este caso, los pacientes jóvenes, se vuelvan más susceptibles a desarrollar una enfermedad crónica (18).

1.3 Hipótesis

Los factores de riesgo que más se relacionan con los pacientes con síndrome inflamatorio intestinal son la obesidad y el consumo de café.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Identificar los factores de riesgo de la enfermedad inflamatoria intestinal en mujeres de 18 a 41 años de edad del Hospital General del Nortel Iess los Ceibos.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar los factores de riesgo más susceptibles a presentarse en la enfermedad inflamatoria intestinal.
- Determinar si existe relación entre los factores de riesgo de la enfermedad inflamatoria intestinal con la provincia del paciente.

1.5 Metodología

El estudio es analítico, transversal y retrospectivo, en donde se usaron las historias clínicas de las pacientes del Hospital Iess los Ceibos, del año 2019 al 2022. Dentro de las variables proporcionadas en la base de datos, encontramos año, edad, provincia, nacionalidad, historia

clínica, factores de riesgo, diagnóstico, motivo de ingreso, escala aplicada y estancia hospitalaria.

Para la tabulación y estadística de los datos se utilizó el programa SPSS versión 29. En el programa se pudieron hacer tablas de histograma, frecuencia de las variables, tablas cruzadas comparando 2 variables y chi cuadrado en donde se relacionaba la significancia o no de dichas variables comparadas.

1.6 Limitaciones

Dentro de las limitaciones del estudio pudimos identificar que al realizar nuestra investigación en el Hospital General del Norte Iess los Ceibos, un gran porcentaje de las pacientes son pertenecientes a la provincia del Guayas, lo cual no nos permitió establecer una relación entre los factores de riesgo o el diagnóstico y las regiones de las cuales previenen las pacientes. Otra limitación que encontramos al momento de realizar nuestro estudio fueron las escalas aplicadas. Al momento de nosotros realizar la investigación acerca del síndrome inflamatorio intestinal, pudimos identificar varias escalas que se pueden aplicar para esta patología como lo son escala de Bristol, criterios de Roma IV y la escala de true love witts. En dónde dentro de la base de datos que se nos proporcionó solo se utilizó la escala de Bristol para el diagnóstico de la enfermedad.

2 Marco teórico

2.1 Generalidades

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal es una enfermedad crónica intestinal de etiología no determinada, con influencia inmunológica, genética y ambiental (8). En la actualidad, gracias a una mejor interpretación de la etiología, se llegó a la conclusión que es un proceso inflamatorio, en donde se produce inflamación del colon y/o intestino delgado (se presenta como brotes) (8). Se presenta con periodos de exacerbación y remisión, se engloban variedades, la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. (8)

Su afectación se basa en afectación del tracto digestivo, adicionalmente tiene la capacidad de generar una gran variedad de manifestaciones extradigestivas (8).

2.2 Enfermedad de Crohn

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio crónico es caracterizada por la inflamación transmural, pudiendo comprometer cualquier parte del tubo digestivo (6). La enfermedad de Crohn puede afectar a cualquier segmento del tubo digestivo, siendo las localizaciones más frecuentes la afectación ileal aislada, la cual se presenta hasta en un tercio de los pacientes y la afectación ileocecal (11).

2.3 Colitis ulcerativa

La colitis ulcerativa es una afección inflamatoria crónica de la mucosa del colon caracterizada por episodios de inflamación recurrentes y remitentes limitados a la capa de la mucosa del colon (13). Esta enfermedad afecta a porciones proximales del colon de forma continua. Dependiendo del grado de afectación se emplea una distinta terminología (11):

- Proctitis ulcerosa

Hace referencia a una enfermedad limitada al recto. Dentro de los 18 cm del borde anal, distal a la unión rectosigmoidea) (11).

- Proctosigmoiditis ulcerosa

Hace referencia a una enfermedad limitada al recto y al colon sigmoide y que no afecta al colon descendente (11).

- Colitis izquierda

Se define como una enfermedad que se extiende más allá del recto, desde el colon sigmoide y hasta proximal (hasta el ángulo esplénico) (11).

- Colitis extensa

Se define como una enfermedad que se extiende proximal al ángulo esplénico (11).

2.4 Epidemiología

La enfermedad inflamatoria intestinal afecta a individuos de todas las edades, pero generalmente comienza antes de los 30 años (con incidencia entre los 14 y 24 años) (10). Esta enfermedad intestinal es más frecuente en individuos originarios del norte de Europa (10). La incidencia es más baja en las regiones centrales y meridionales de Europa, y más baja aun en Sudamérica, Asia y África (10). Sin embargo, la incidencia está aumentando entre individuos de raza negra y latinoamericanos que residen en Norteamérica (10). En Ecuador no existían datos epidemiológicos en revistas sobre la enfermedad inflamatoria intestinal hasta el año 2020, en donde el grupo del Dr. Mayorga reportaron resultados de un estudio descriptivo observacional, en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, utilizando historias clínicas de pacientes del IESS, de tres distintos hospitales: Hospital Carlos Andrade Marín, Hospital José Carrasco Arteaga y Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo 1990 a 2018 (2). En este estudio se evaluaron un total de 206 pacientes. Dentro de los cuales 148 pacientes presentaban colitis ulcerativa y 58 pacientes presentaban enfermedad de Crohn (3). Los resultados se clasificaron de acuerdo al hospital de procedencia, en el año 2019 en los meses de enero a junio (3):

1. Hospital Carlos Andrade Marín (Quito): 67 pacientes con EII, de estos 42 con CU y 25 con EC (3).
2. Hospital José Carrasco Arteaga (Cuenca): 40 pacientes con EII, de estos 27 con CU y 13 con EC (3).
3. Hospital Teodoro Maldonado Carbo (Guayaquil): 99 pacientes con EII, de estos 79 con CU y 20 con EC (3).

En este estudio se estimó que la provincia con más casos de colitis ulcerativo fue de Guayas y la provincia con menos casos fue Pichincha (3). Por otra parte, los investigadores concluyeron que los factores influyen de manera negativa sobre la calidad de vida en

pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal son: pertenecer al sexo femenino y padecer enfermedad de Crohn (3).

2.5 Fisiopatología

Aún se desconoce la etiología de la enfermedad inflamatoria intestinal (11). Dentro de la enfermedad inflamatoria intestinal se considera que varios factores desempeñan un papel en el desarrollo de la enfermedad inflamatoria intestinal, entre estas la susceptibilidad genética, susceptibilidad inmunitaria y micobacteriana (11). Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal pueden alojar bacterias sobre y dentro de su epitelio mucoso (3). La mucosa está conformada por la capa epitelial y la capa de moco antibacteriano por encima de ella, que a su vez está formada por mucinas de células caliciformes y antibióticos péptidos intrínsecos secretados epitelialmente (3).

En la colitis ulcerativa se observará una capa mucosa defectuosa y adelgazada mientras que, en la enfermedad de Crohn, se observará una contaminación bacteriana en la capa mucosa externa, interna y a nivel de la cripta colónica, sin presentar adelgazamiento (3).

Las modificaciones de la dieta, el uso de antibióticos, la colonización intestinal, el estilo de vida y la industrialización, son factores que contribuyen al aumento de la prevalencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en el último siglo (11).

2.6 Microbiota

El microbioma intestinal está compuesto por: Bacteroidetes, Firmicutes, en menor proporción Proteobacteria y Actinobacteria. La manifestación de microbios incrementa del estómago al colon, en donde se encuentra una gran cantidad de densidad bacteriana, 10¹² células/gramo de contenido luminal (6). Las bacterias anteriormente mencionadas tienen diversas funciones las cuales incluyen el sistema inmune de las mucosas, resistencia a la colonización (*Clostridium difficile*) (6). Este conjunto es necesario para mantener el sistema inmune de las mucosas (6).

En la enfermedad inflamatoria intestinal se han observado cambios drásticos en la microbiota, los más relevantes son la disminución de Bacteroidetes y Firmicutes, un incremento de gamma proteobacteria (6). El número total de especies se encuentra disminuida en la Enfermedad inflamatoria intestinal activa (6).

2.7 Factores inmunológicos

El sistema inmune de mucosas es el elemento central en la patogenia, se han determinado defectos en el sistema inmune adquirido y adaptativo (6).

- Sistema inmune adquirido: está constituido por las células epiteliales de la barrera, neutrófilos macrófagos y fagocíticos, células NK y mediadores que conjuntamente dan una respuesta a antígenos tóxicos (6).

La función de la barrera intestinal es sellar la membrana, regular el paso de iones y proteínas del lumen (6). En diversos estudios se ha evidenciado una alteración de la expresión de las claudinas y ocludinas en Enfermedad inflamatoria intestinal, por lo que, su función se observa regularizada por la expresión de las citoquinas inflamatorias y alteración en la microbiota (6)

- Sistema inmune adaptativo: está compuesto por linfocitos B y T, células dendríticas otorgan las respuestas inmunes específicas guiadas por las señales derivadas de los complejos mayores de histocompatibilidad y células presentadoras de antígeno (6). El sistema inmune de mucosas se conforma por células CD4 + T helper, T CD 8 + citotóxicos, las cuales se dividen en TH 1 , TH 2, TH 17 y las células T reguladoras (6). Se produce una activación ineficiente de células T, las cuales responden a los antígenos lumbinales (6).

- Homing leucocitario: es un proceso en el que los leucocitos son captados por el endotelio vascular en el lugar inflamatorio, por lo que diversas terapias específicas han sido el objetivo en enfermedad inflamatoria intestinal (6).

En el proceso inflamatorio, los leucocitos pasan a la vénula post capilar, por consiguiente, se remiten en un proceso denominado rolling, en donde se vuelven lentos y se fijan a la pared endotelial (6). Si se produce una señal quimiotáctica y comienza el proceso de migración trans endotelial (6)

- Citoquinas: cumplen un papel importante, ya que, dan inicio a la terapia biológica de la enfermedad inflamatoria intestinal, el TNF – α , es una citoquina inflamatoria generada por macrófagos activos, linfocitos T y monocitos (6). En un estudio se observó que el intestino de los pacientes con Enfermedad de Crohn, se presenta un

- aumento de mRNA de TNF α un aumento significativo de su proteína (6). Al limitar el TNF se observó una inversión del modelo de colitis murino (6).
- Vía JAK STAT: Las citoquinas activan las vías JAK STAT, las cuales son centrales a diversos procesos adquiridos, adaptativos e inflamatorios (6). Al inhibirse esta vía, se apagan varias citoquinas proinflamatorias (6).
 - Receptor de citoquina: Los receptores de citoquinas IL - 12, IL - 3, estas citoquinas hete dímeros, las cuales comparten la subunidad p40, es una terapia biológica con anti interleuquina (6). Estas citoquinas anteriormente mencionadas actúan de la siguiente manera, IL - 12 activa la inflación sistémica al incitar a las células T a diferenciarse en las células Th 1, las cuales producen IFN - γ , en cambio IL - 23 incrementa la supervivencia y diferenciación de las células Th 17 (6).
 - Autofagia: Un estudio publicado en el año 2006, mencionando GWAS, demostró el polimorfismo de ATG16L1, el cual atribuye al avance de enfermedad de Crohn (6). El gen programa para una proteína, que se encuentra en la vía auto fagosoma, en la cual se procesan las bacterias intracelulares (6). En sí, la autofagia se la define como un proceso de defensa conservador, se basa en la degradación de los organelos y microorganismos, dada por los lisosomas y como resultado obtener protección de microbios y conservar energía (6). Si se produce disminución en el auto fagosoma, el cual da como resultado dificultad para la autofagia, basado en estudios, afecta las defensas en contra de los patógenos que invaden como Salmonella tiphimurium (6).
 - Inflamasoma: regula la homeostasis entre la microbiota comensal y la barrera epitelial, constituye una red de proteínas las cuales se juntan con las células mieloides, creando una respuesta a las señales de advertencia, para así crear patrones para reconocer el daño (6). Este se activa cuando recibe una gran número de estímulos, en los que se incluyen, enfermedades inflamatorias, desordenes autoinmunes y metabólicos, neoplasia, patógenos microbianos (6).

2.8 Factores genéticos

La enfermedad inflamatoria intestinal resulta de múltiples factores los cuales influyen genéticamente en un huésped susceptible (6). Se observa concordancia de 40 – 50 % de Enfermedad de Crohn en gemelos, debido a esto se dan las siguientes connotaciones: los factores genéticos tienen un rol sobresaliente en la primera aparición de la enfermedad y los factores ambientales son los que determinan la patogenia de Enfermedad inflamatoria intestinal. Se dio a conocer que es un desorden genético complejo poligénico, mientras que antes se pensaba que el patrón de herencia era mendeliana simple (6).

- Nucleotide oligomerization domain (NOD)

En el 2001 se dio a conocer la primera asociación genética de Enfermedad inflamatoria intestinal, la cual se localiza en el cromosoma 16, el gen NOD2 se localiza en este cromosoma, con la presencia 3 posibles polimorfismos (6). Se confiere un riesgo moderado de Enfermedad de Crohn al ser heterocigoto, por lo que se confiere en 2 o más alelos un riesgo de 20-40 veces (6).

NOD2 está expresado inicialmente en las células del sistema inmune adquirido y en las células epiteliales intestinales, por ende, es un receptor de reconocimiento de patrones (6). Se vincula a los dipéptidos muramil, los cuales constituyen la pared celular bacteriana. Las variaciones de NOD2 se vinculan a una susceptibilidad aumentada al desarrollo de Enfermedad de Crohn y se evidencia una función de reconocimiento insuficiente de los productos bacterianos, dando relevancia en la patogenia de enfermedad inflamatoria intestinal a la microbiota (6).

- Genome-wide association, study (GWAS)

Los GWAS, identifican los diversos genes que tienen menor peso a los NOD2 (6). Los 15 estudios realizados de GWAS en Enfermedad inflamatoria intestinal evidenciaron más de 250 locus de enfermedad (6). La gran mayoría de los genes ligados con Enfermedad de Crohn y Colitis ulcerativa, se observa la misma dirección de efecto: las variaciones de expresión génica acentúan o protegen de igual manera, lo que denota una función análoga en las dos enfermedades (6). Se comparten una gran cantidad de locus con otras enfermedades inflamatorias como espondilitis anquilosante y psoriasis. Aunque a los GWAS se les han reconocido una gran cantidad de locus asociados a Enfermedad inflamatoria intestinal, estas variaciones genéticas sólo colaboran con una heredabilidad del 26% en la Enfermedad de

Crohn y un 19% en Colitis ulcerativa (6). En el año 2017, un estudio de un grupo multicéntrico logró estructurar los genes en redes de regulación inflamatoria, determinando grupos de genes claves que actúan como iniciadores en la patogenia de la enfermedad (6).

2.9 Factores relacionados a la enfermedad intestinal inflamatoria

Si bien la enfermedad inflamatoria intestinal ha sido considerada idiopática, se han identificado factores genéticos y ambientales que predisponen a estas enfermedades (6).

2.9.1 Tabaco

El tabaquismo se considera uno de los factores más significativos que altera el curso de la enfermedad inflamatoria intestinal (6). El humo inhalado altera el microbioma intestinal, se ha reportado un incremento de los phylum protobacteria, bacteroides y fimicutes (6).

Dentro de los componentes del cigarrillo, el monóxido de carbono inhibe la maduración de las células dendríticas y disminuye la presentación de antígeno, como también la producción de citoquinas proinflamatorias y proliferación de linfocitos T efectores y estimula la producción de citoquinas antiinflamatorias (14). La nicotina, tiene un efecto inmunomodulador mediado por la activación de receptores nicotínicos $\alpha 7$ en macrófagos y células dendríticas, disminuyendo la producción de citoquinas proinflamatorias (14).

El tabaquismo constituye un factor de riesgo doble, ya que aumenta la incidencia y empeora las manifestaciones clínicas (asociado a la enfermedad de Crohn) (15). Sin embargo, disminuye la incidencia y mejora la evolución en pacientes con colitis ulcerativa (15).

2.9.2 Antiinflamatorios no esteroideos

Los AINES alteran la composición del moco al inhibir la secreción del bicarbonato y prostaglandinas e inhiben la secreción de fosfolípidos, alterando de esta manera la permeabilidad intestinal (14). Estudios han demostrado una relación entre AINE y el riesgo de recaída de enfermedad inflamatoria intestinal (14). Pacientes con enfermedad de Crohn con uso de AINE por más de 5 veces al mes presentaron un mayor riesgo de mantener una enfermedad activa en el seguimiento de los 6 meses, no obstante, no se evidencio ningún efecto en pacientes con colitis ulcerativa (14).

En un ensayo clínico se aleatorizaron pacientes con EII en remisión, un grupo recibió paracetamol y otro AINE convencionales durante 4 semanas (14). El grupo AINE tuvo una tasa de recaída de 17-28% dentro de 9 días y ninguno en el grupo con paracetamol (14).

2.9.3 Antibióticos

El uso de antibióticos disminuye la diversidad de la microbiota aumentando el riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal (14). Los antibióticos pueden alterar la microbiota intestinal y reducir la resistencia del tubo digestivo ante la colonización de microorganismos patógenos (15).

2.9.4 Anticonceptivos

Los anticonceptivos orales se han asociado con un mayor riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal (16). Los estrógenos usados como terapia de reemplazo hormonal parecen aumentar el riesgo de colitis ulcerativa pero no de enfermedad de Crohn (14).

2.10 Manifestaciones clínicas

2.10.1 Manifestación clínicas en enfermedad de Crohn

La enfermedad de Crohn puede comprometer cualquier tramo del tubo digestivo, siendo su localización más frecuente el íleon (16). Las manifestaciones clínicas dependerán de la localización de la enfermedad (cólica, íleo cólica o de tracto digestivo alto), el comportamiento y la severidad del cuadro (16).

El inicio de la enfermedad en edades más tempranas se consideran un factor de riesgo dado que se asocia a fenotipos más agresivos (16). La clasificación de Montreal de enfermedad de Crohn nos permite determinar (16) :

La edad del diagnóstico

- A1 <16 años
- A2 17-40 años
- A3 >40 años

La localización

- L1 íleon terminal
- L2 colon
- L3 íleo cólica
- L4 tracto digestivo alto

El patrón clínico

- B1 inflamatorio (no obstructivo – no fistulizante)
- B2 estenosante (fibrostenosante)
- B3 fistulizante

Los síntomas que presentan los pacientes con enfermedad de Crohn son dolor abdominal, pérdida de peso y/o diarrea crónica (16).

2.10.2 Manifestaciones clínicas en colitis ulcerativa

Dentro de las manifestaciones clínicas podemos encontrar deposiciones líquidas con sangre o con mucosidad, dolor abdominal, tenesmo, fatiga, incontinencia fecal y urgencia defecadora, la presentación clínica estará determinada por la extensión del compromiso en el colon (16).

Para determinar el compromiso del colon se utiliza la clasificación de Montreal de colitis ulcerativa (16). Esta clasificación es uno de los índices que estratifica la gravedad y extensión de la colitis ulcerosa (16). Dentro de la gravedad se las puede clasificar en leve, moderada y grave, de acuerdo con la frecuencia, gravedad de la diarrea, la presencia de síntomas sistémicos y alteración en los exámenes de laboratorio (16).

Dentro de la clasificación leve, los pacientes tienen de 4 o menos deposiciones por día con o sin sangre, sin signos de toxicidad sistémica (16). El dolor tipo cólico leve, el tenesmo y los periodos de estreñimiento son síntomas frecuentes dentro de esta clasificación (16).

En la clasificación moderada, los pacientes, tiene frecuentes deposiciones blandas y con sangres (más de 4 por día) (16). Los signos que el paciente presenta en esta clasificación son toxicidad sistémica y fiebre leve (16).

En la clasificación grave los pacientes suelen tener frecuentes deposiciones blandas y con sangres (más de 6 veces por día) acompañado de calambres intensos y evidencia de toxicidad sistémica acompañada con fiebre y taquicardia (16).

Otra herramienta que permite evaluar la severidad de la crisis es el índice de Truelove Witts (18).

El índice de Truelove Witts es una herramienta útil para evaluar la severidad de la crisis (18). El índice de Truelove Witts mide 6 variables (16):

Número de deposiciones

- <4 deposiciones al día equivalen a un punto.
- 4-5 deposiciones al día equivalen a dos puntos.
- >6 deposiciones al día equivalen a tres puntos.

Sangre en las deposiciones

- Ocasional equivale a un punto
- Frecuente equivale a dos puntos
- Continua equivale a tres puntos

Temperatura

- <37°C equivale a un punto
- 37-37.8°C equivale a dos puntos
- 37.8°C equivale a tres puntos

Frecuencia cardiaca

- <80 lpm equivale a un punto
- 80-90 lpm equivale a dos puntos
- >90 lpm equivale a tres puntos

Hemoglobina

Hombres

- >14 equivale a un punto
- 10-14 equivale a dos puntos
- <10 equivale a tres puntos

Mujeres

- >12 equivale a un punto
- 9-12 equivale a dos puntos
- <9 equivale a tres puntos

Velocidad de sedimentación

- <15 equivale a un punto
- 15-30 equivale a dos puntos
- >30 equivale a tres puntos

Una puntuación menor a 6 nos indica una enfermedad inactiva. Una puntuación entre 7-10 nos indica una crisis leve (16). Una puntuación entre 11-14 nos indica una crisis moderada. Una puntuación entre 15-18 nos indica una crisis grave (16).

Los signos de alarma que podemos encontrar son hematoquecia, pérdida de peso, anemia, exploración física con datos patológicos (masas palpables, tacto rectal patológico) inicio de los síntomas a partir de los 50 años y antecedentes familiares de cáncer de colon o enfermedad inflamatoria (17).

2.11 Diagnóstico

El diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal debe basarse en la correlación de aspectos clínicos, de laboratorio, endoscópicos e histológicos (13). El diagnóstico puede realizarse tomando una historia clínica detallada que deberá incluir presencia de sintomatología (sangrado rectal, diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso y lesiones perianales) (13). Inicio y duración de la sintomatología, antecedentes personales y familiares, uso de AINE (13).

Los criterios de Roma ayudan a diagnosticar los trastornos funcionales intestinales (17). De acuerdo con los criterios de Roma IV el síndrome de intestino irritable se diagnostica por la presencia de dolor abdominal recurrente que debe estar presente al menos un día a la semana con dos o más de las siguientes características (17):

- Se asocia a la defecación
- Está relacionado con un cambio en la frecuencia de las deposiciones
- Está relacionado con un cambio en la consistencia de las deposiciones

Además de presentar dos o más de los siguientes criterios (17):

- Esfuerzo excesivo al menos en el 25% de las deposiciones
- Heces duras al menos en el 25% de las deposiciones
- Sensación de obstrucción anal al menos en el 25% de las deposiciones

- Maniobras manuales para facilitar la defecación al menos en el 25% de las deposiciones
- Menos de 3 deposiciones espontaneas completas a la semana

Para evaluar la forma y consistencia de las deposiciones se utiliza la escala de Bristol. Esta escala se clasifica en (17):

1. Estreñimiento importante
 - Trozos duros separado, como nueces
2. Estreñimiento ligero
 - Como una salchicha compuesta de fragmentos
3. Estado normal
 - Con forma de morcilla con grietas en la superficie
4. Estado normal
 - Como una salchicha, o serpiente lisa y blanda
5. Falta de fibra
 - Trozos de masa pastosa con borde definidos
6. Ligera diarrea
 - Fragmentos blandos y esponjosos con bordes irregulares y consistencia pastosa
7. Diarrea importante
 - Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente liquida

Esta clasificación nos permite determinar si el síndrome inflamatorio intestinal es un síndrome inflamatorio intestinal con estreñimiento, síndrome inflamatorio intestinal con diarrea, un síndrome inflamatorio intestinal mixto o un síndrome inflamatorio intestinal indeterminado (17).

Para complementar el diagnostico debemos basarnos además en datos clínicos, endoscópicos, de laboratorio e imagenologías (13). Actualmente la endoscopia es la prueba de valor basal para la enfermedad inflamatoria intestinal para detectar la enfermedad, pero es costosa, invasiva y molesta para el paciente (13).

El diagnóstico temprano de la enfermedad inflamatoria intestinal tiene un gran impacto en el desarrollo de la enfermedad (13). Es la única manera donde se pueden prevenir daños y secuelas en los pacientes (13).

2.11.1 Exámenes de laboratorio

En cuanto a los exámenes de laboratorios, las alteraciones que se observan con mayor frecuencia son anemia, trombocitosis y elevación de la proteína C reactiva y la velocidad de eritrosedimentación (parámetros inflamatorios) (16).

La calprotectina fecal es una proteína que se encuentra en los leucocitos polimorfonucleares, encontrándose niveles elevados de calprotectina en las heces de pacientes con diversos procesos inflamatorios intestinales, constituyendo así una herramienta para determinar que pacientes deben someterse a un estudio endoscópico (16). La calprotectina es muy resistente a la degradación bacteriana, por lo que su estabilidad en las heces, la convierte en un marcador para la determinación de una enfermedad inflamatoria intestinal (11).

2.12 Exámenes endoscópicos

Si se sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, la íleo colonoscopia se podría usar como procedimiento de elección para establecer el diagnóstico y determinar la expansión de la enfermedad (13). En la colitis ulcerativa, los cambios endoscópicos comienzan en los bordes proximales anales y se extienden en sentido proximal (de manera continua y confluyente) (13). La demarcación entre esas áreas normales e inflamadas es clara y puede ocurrir de manera abrupta (13). Un valor de calprotectina fecal por encima de 250 ug/g orienta a persistencia de inflamación o mayor probabilidad de brote en pacientes asintomáticos, justificando la realización de un examen endoscópico (13). Aquellos pacientes con un valor de calprotectina fecal entre 100 y 250 ug/g se les recomienda realizar una segunda medición a los 3 meses para definir la conducta a seguir (13).

Frente a la sospecha de una enfermedad inflamatoria intestinal la íleo colonoscopia con biopsia es el procedimiento de elección para establecer un diagnóstico y poder determinar y evaluar la extensión de la enfermedad (13).

En pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal se pueden observar pólipos inflamatorios que corresponden a lesiones polipoides, aisladas o múltiples a lo largo del colon, dichas lesiones son el resultado de la regeneración e inflamación de la mucosa

intestinal, que suelen mantenerse a pesar del tratamiento (por lo que pueden observarse en un estudio endoscópico de pacientes con enfermedad inactiva) (13).

En la colitis ulcerativa el compromiso de la mucosa comienza desde el recto y se extiende proximalmente de forma continua (con un claro límite entre zonas con inflamación activa y zonas sanas) (13).

La característica endoscopia de la enfermedad de Crohn es la distribución de inflamación en parches desiguales, con áreas de inflamación intercaladas con mucosa de aspecto normal (13). En la enfermedad de Crohn el compromiso de la mucosa puede ser parcheado, con áreas de inflamación interpuesta entre mucosa de aspecto normal (13). Las úlceras tienden a ser más profundas y longitudinales y se pueden llegar a observar áreas de estenosis y orificios fistulosos (13).

El diagnóstico diferencial de enfermedad inflamatoria intestinal puede llegar ser complejo debido a una presentación clínica y endoscópica similar con otras patologías como colitis infecciosa, colitis isquémica, colitis por AINES, tuberculosis intestinal, tumores metastásicos entre otros (11) (13). Para el diagnóstico se recomienda la toma de múltiples biopsias obtenidas del área con inflamación activa y de los segmentos macroscópicamente normales (13). De acuerdo con las guías de la European Crohn's and colitis organization, se recomienda al menos obtener dos muestras de seis segmentos que incluyan íleon terminal, colon ascendente, colon transverso, colon descendente, colon sigmoides y recto (13).

2.13 Exámenes histológicos

El análisis histológico puede ser útil para complementar el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal, pero no debe ser usado como método diagnóstico de primera elección, ya que, por si solo es de poco valor (15). No hay lesiones específicas en la colitis ulcerativa, pero algunas alteraciones microscópicas pueden ser de utilidad en la confirmación del diagnóstico (13).

2.14 Tratamiento

Para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal es clave la correcta categorización de la actividad, y los patrones de la enfermedad (11).

En los últimos años se ha logrado un avance terapéutico significativo, ya que, se debe establecer un plan terapéutico personalizado, porque, en algunos pacientes es indolora,

remisión por tiempo indeterminado, en cambio en el otro grupo de pacientes se presenta de manera agresiva, con sintomatología presente (6). Se debe determinar y establecer las características clínicas, ya que, son un indicativo de cómo va a evolucionar la enfermedad (6).

La severidad se asocia al fenotipo, el curso de la enfermedad y la carga inflamatoria puede establecerse como leve, moderada y grave (9).

Hay diversos factores que indican la conducta expectante de la enfermedad, el cual puede ser complicado y renuente, encontramos: tabaco, diagnóstico en una edad temprana, compromiso anatómico, enfermedad perianal, compromiso íleo-colónico, comportamiento estenosante, ulceraciones en la endoscopia, citomegalovirus, clostridium difíciles, pancolitis, albumina baja, hemoglobina baja, calprotectina fecal alta y niveles altos de PCR (9).

Un dato importante y decisivo es que la Enfermedad de Crohn se asocia a la acumulación del daño intestinal, mientras que la Colitis ulcerativa se asocia a la sintomatología y la vida diaria del paciente (9).

- Manejo terapéutico de Colitis ulcerativa

Se basa en los criterios de Truelove y Witts, se utilizan los siguientes fármacos: corticoesteroides, 5-aminosalicilatos, fármacos biológicos, inmunosupresores y pequeñas moléculas (9).

- Enfermedad leve – moderada

En los brotes leves se utilizan corticoides de acción sistémica y tópica, y salicilatos, el pilar terapéutico son los 5-amino salicilatos (sulfasalazina y mesalazina) (9).

El primero en ser desarrollado fue la sulfasalazina ligada con sulfapiridina, debido a sus efectos secundarios se indica con menor frecuencia, mientras que la mesalazina oral, tiene mayor eficacia, se administra una única dosis vía oral, actúa entre 2 a 4 semanas (9). Si la sintomatología rectal se vuelve intensa se da una terapia combinada, la mesalazina tiene más presentaciones como: tópico, enema, espuma o supositorios, se determinará que presentación es la más idónea de acuerdo con la extensión de la enfermedad (9).

1. Supositorios: Afectación rectal, se puede indicar en proctitis
2. Espuma: Afectación recto sigmoidea

3. Enema: Afectación hasta el ángulo esplénico
4. Tópico: Proctosigmoiditis
5. Oral: Colitis extensa

Si la sintomatología no mejora, se inicia una terapia con corticoesteroides orales, su beneficio es a corto plazo, su uso no debe extenderse más de 12 semanas, una vez iniciados, se deben de retirar progresivamente hasta la suspensión, existen formulación tópica, pero no son tan efectivos como la mesalazina tópica, los corticoides no son aptos para pacientes cortico-dependientes (9).

Por lo que las tiopurinas se utilizan para conservar la remisión inducida por los esteroides, su acción es lenta, por lo que, limita su uso en el brote de la enfermedad, sus efectos secundarios limitan su uso, 30 a 40% de pacientes no responde a la terapia y un 10 a 20% no lo tolera, 30 a 50% de pacientes alcanzan la remisión clínica y un tercio la curación de mucosa (9).

Las guías europeas y americanas recomiendan como primera línea de terapia todas las terapias biológicas y pequeñas moléculas, también se sugiere IFX o VDZ, antes que los ADA (9).

En una falla terapéutica, la cirugía electiva sería el tratamiento adecuado (9).

- Enfermedad grave

El brote grave se trata con corticoides endovenosos, es la primera opción terapéutica, a menos que tenga una contraindicación por toxicidad o emergencia quirúrgica (9). Un fallo terapéutico se ve de 3 a 5 días después. Se dispone de 3 opciones terapéuticas luego de fallo, que son: ciclosporina, infliximab o la cirugía (9).

- Manejo terapéutico de enfermedad de Crohn
- Bajo riesgo

La terapia se basa en los amino salicilatos y budesónida (9). La mesalazina, no es efectiva en la remisión ni en el mantenimiento en Enfermedad de Crohn leve a moderada, hay estudios que indican que la sulfasalazina induce la remisión sintomática de manera eficaz en

enfermedad de Crohn de colon, su eficacia es debatible para inducir una respuesta endoscópica (9).

Las guías clínicas de European Crohn's and colitis organization y American College of Gastroenterology no sugieren el uso de la mesalazina en enfermedad de Crohn activa, sugiere el uso de sulfasalazina para el tratamiento de enfermedad de Crohn leve a moderada, que se entra activa y presenta compromiso en el colon (9). Compromiso de íleon y colon ascendente, se sugiere budesónida como terapia para inducir la remisión clínica en enfermedad de Crohn leve a moderada (9).

Diversos estudios indican que la dieta ayuda con la inflamación de la mucosa. el único factor de riesgo modificable es el tabaco, está altamente relacionado con una peor evolución (9).

- Alto riesgo

La terapia se basa en conseguir la remisión y reducir el riesgo de las complicaciones asociadas a la enfermedad, se utiliza la inmunosupresión de corto (biológicos y corticoides) a largo plazo (metotrexato, tiopurinas y biológicos) (9).

3 Materiales y métodos

Fuente de datos

La información se recolectó de la base de datos, historias clínicas y pruebas complementarias del Hospital General del Norte Iess Los Ceibos, ubicado en la ciudad de Guayaquil.

Diseño de estudio: Estudio analítico, transversal y retrospectivo, en el que se incluyen los registros de los con pacientes con Enfermedad inflamatoria intestinal del año 2019 al 2022.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes con síndrome inflamatorio intestinal atendidos en el área de gastroenterología en el Hospital Iess los Ceibos.
2. Pacientes de sexo femenino entre 18 a 41 años de edad con síndrome inflamatorio intestinal.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes de sexo masculino.

2. Pacientes de más de 42 años.
3. Pacientes que no pertenezcan al Hospital General del Norte Iess los Ceibos.
4. Pacientes con diagnóstico de colitis inespecífica o colitis isquémica, infecciosa.

Análisis estadístico

Para la tabulación de datos y tablas que se realizó utilizamos SPSS.VERSION 29 PARA PC. Para la realización de la estadística optamos por chi cuadrado el cual se realizó por el programa anteriormente mencionado.

4 Resultados

Se obtuvo un total de 145 pacientes del Hospital General del Norte Iess los Ceibos que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio, con una media de 34.32 años, siendo 18 años la edad mínima y 41 la edad máxima dentro de los pacientes seleccionados para el estudio. La población correspondiente a los 145 pacientes tomados para el estudio son de nacionalidad ecuatoriana. Dentro del estudio se halló que 134 pacientes pertenecen a la provincia del Guayas, 5 pacientes a la provincia de Manabí, 2 pacientes a la provincia de Azuay, 1 paciente a la provincia de Carchi, 2 pacientes a la provincia de Santa Elena y 1 paciente a la provincia de El Oro.

Dentro de los factores de riesgos más relevantes, se halló que el 20% de las pacientes que tuvieron SII tomaban pastillas anticonceptivas, el 11,7% tenían APF de cáncer de colon, 11% tomaban café y otro 11% cursan con obesidad.

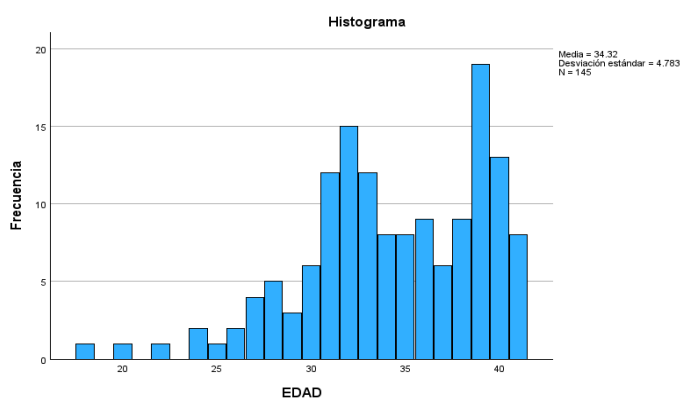
De las 145 pacientes, 137 fueron diagnosticadas con síndrome de colon irritable con diarrea, 1 paciente fue diagnosticada con gastroenteritis y colitis de tipo no especificada, 5 pacientes fueron diagnosticadas con enfermedad de Crohn de tipo no especificado, 1 paciente fue diagnosticado con dispepsia funcional y 1 paciente fue diagnosticado con megacolon. El motivo de ingreso más significativo para las 145 pacientes fue dolor abdominal con un 41,4%, seguido de diarrea con un 28,3%. Dentro de las escalas aplicadas para el diagnóstico de las enfermedades se obtuvo un 61,4 para el uso de la escala de Bristol y un 38,6% no se evidencia uso de escala alguna. En cuanto a la estancia hospitalaria, no fue necesario la hospitalización de ni una paciente.

Se realizaron pruebas cruzadas en donde se relaciones 2 variables para asociar una variable con otra. Como es el caso del motivo de ingreso y aquellas pacientes a las que les diagnóstico con síndrome de colon irritable con diarrea. En donde se encontró que 35 pacientes que fueron diagnosticadas con síndrome de colon irritable presentaron dispepsia como síntoma principal.

5 Tablas y figuras

Tabla 1.

Histograma de edad.



En la primera tabla podemos observar la frecuencia de edades dentro de nuestro estudio, en donde encontramos una mayor frecuencia de aproximadamente 19 pacientes con 39 años de edad. Demostrando a su vez que la población seleccionada más frecuente oscila entre los 30 a 40 años de edad.

Tabla 2.

Frecuencia de los factores de riesgo de la enfermedad inflamatoria intestinal.

FACTORES DE RIESGO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REFIERE	9	6,2	6,2	6,2
HIPOTIROIDISMO AUTOINMUNE	12	8,3	8,3	14,5
ALCOHOL	4	2,8	2,8	17,2
CAFÉ	16	11,0	11,0	28,3
ANTICONCEPTIVOS	29	20,0	20,0	48,3
APF CANCER DE COLON	17	11,7	11,7	60,0
ESTREÑIMIENTO	13	9,0	9,0	69,0
DROGAS	2	1,4	1,4	70,3
TABACO	14	9,7	9,7	80,0
HIPERTENSION ARTERIAL	10	6,9	6,9	86,9
OBESIDAD	16	11,0	11,0	97,9
11	1	0,7	0,7	98,6
12	2	1,4	1,4	100,0
Total	145	100,0	100,0	

En la segunda tabla encontramos los factores de riesgo mencionados en las historias clínicas de los pacientes. En dónde se detalla que 9 pacientes no refieren ningún factor de riesgo, 12 pacientes refieren hipertiroidismo, 4 pacientes refieren consumo de alcohol, 16 pacientes refieren consumo de café, 29 pacientes refieren el uso de pastillas anticonceptivas, 17 pacientes refieren antecedente patológico familiar de cáncer de colon, 13 pacientes refieren estreñimientos, 2 pacientes refieren consumo de drogas, 14 pacientes refieren consumo de tabaco, 10 pacientes refieren hipertensión arterial, 16 pacientes obesidad, 1 paciente refiere tener 2 factores de riesgo (hipertiroidismo autoinmune y consumo de café), y finalmente 2 pacientes refieren tener 3 factores de riesgo (consumo de alcohol, consumo de drogas y consumo de café).

Tabla 3.

Frecuencia de diagnóstico definitivo a las pacientes.

DIAGNOSTICO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SINDROME DEL COLON IRRITABLE CON DIARREA	137	94,5	94,5	94,5
GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO	1	0,7	0,7	95,2
DISPEPSIA FUNCIONAL	1	0,7	0,7	95,9
ENFERMEDAD DE CROHN DEL INTESTINO DELGADO	5	3,4	3,4	99,3
MEGACOLON, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	1	0,7	0,7	100,0
Total	145	100,0	100,0	

En la tercera tabla podemos observar los diagnósticos. Encontrando un mayor número de pacientes diagnosticados con síndrome de colon irritable en un 94,5%, seguido de enfermedad de Crohn del intestino delgado en un 5%, seguido de gastroenteritis y colitis de origen no especificado en un 1%, seguido de dispepsia funcional en un 1% y finalmente megacolon no clasificado en otra parte en un 1%.

Tabla 4.

Frecuencia motivo de ingreso al Hospital General del Norte Iess los Ceibos.

MOTIVO DE INGRESO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DISPEPSIA	37	25,5	25,9	25,9
DIARREA	41	28,3	28,7	54,5
DOLOR ABDOMINAL	60	41,4	40,6	95,1
METEORISMO	1	0,7	0,7	95,8
REFLUJO GASTROESOFAGICO	4	2,8	2,8	98,6
NAUSEAS Y VOMITOS	2	1,4	1,4	100,0
Total	145	100,0	100,0	
	Sistema	2	1,4	
Total	145	100,0		

En la cuarta tabla se observan los motivos de ingreso, en donde dolor abdominal fue el motivo de ingreso más frecuente dentro de las pacientes de nuestro estudio en un 41,4%, seguido de diarrea en un 28,7%, seguido de dispepsia en un 25,9%, seguido de reflujo

esofágico con un 2,8%, seguido de náuseas y vómitos en un 1,4% y finalmente meteorismo en un 0,7%.

Tabla 5.

Tabla cruzada entre factores de riesgo y provincias.

		Tabla cruzada PROVINCIA *FACTORES DE RIESGO													
		FACTORES DE RIESGO													
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
PROVINCIA	GUAYAS	9	12	4	13	26	15	13	2	14	10	13	1	2	134
A	MANABI	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	2	0	0	5
	AZUAY	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2
	CARCHI	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	SANTA ELENA	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
	EL ORO	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total		9	12	4	16	29	17	13	2	14	10	16	1	2	145

En la quinta tabla observamos una tabla cruzada comparando dos variables, las cuales corresponde a factores de riesgo y a las provincias. Dentro de los factores de riesgo 0=No refiere, 1= Hipertiroidismo autoinmune, 2= Alcohol, 3= Café, 4= Anticonceptivos, 5= Antecedente patológico familia de cáncer de colon, 6= Estreñimiento, 7= Drogas, 8= Tabaco, 9= Hipertensión arterial 10= Obesidad, 11= Hipertiroidismo y alcohol, 12= Alcohol y café. Indicándonos que 26 pacientes correspondiente a la provincia del Guayas presentan uso de anticonceptivo como factor de riesgo.

Tabla 6

Tabla de chi cuadrado comparando la significancia entre factores de riesgo y provincias del Ecuador.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,557 ^a	60	0,946
Razón de verosimilitud	32,272	60	0,999
Asociación lineal por lineal	0,019	1	0,880
N de casos válidos	145		

En la sexta tabla observamos la estadística de chi cuadrada aplicada a las variables anteriormente mencionadas (factores de riesgo junto con provincia), en donde no nos indica una significancia al comparar las variables.

Tabla 7.

Tabla cruzada entre motivo de ingreso y diagnósticos.

Tabla cruzada MOTIVO DE INGRESO *DIAGNÓSTICO 1						
Recuento	DIAGNÓSTICO 1					Total
	0	1	3	4	5	
DISPEPSIA	35	0	1	1	0	37
DIARREA	38	1	0	2	0	41
DOLOR ABDOMINAL	55	0	0	2	1	58
METEORISMO	1	0	0	0	0	1
REFLUJO GASTRO ESFAGICO	4	0	0	0	0	4
NAUSEAS Y VOMITOS	2	0	0	0	0	2
Total	135	1	1	5	1	143

En la séptima tabla observamos una tabla cruzada la cual compara la variable de motivo de ingreso con diagnóstico. En donde 0= Síndrome de colon irritable con diarrea, 1= Gastroenteritis y colitis de origen no especificado, 2= Gastritis no especificada, 3= Dispepsia funcional, 4= Enfermedad de Crohn del intestino delgado, 5= Megacolon y 6= Diarrea funcional. Siendo dolor abdominal el motivo de ingreso más frecuente que se relacionó con el diagnóstico de síndrome de colon irritable con diarrea.

Tabla 8.

Comparativa del motivo de ingreso con los diagnósticos utilizando chi-cuadrado.

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	7.391a	20	0,995	
Razón de verosimilitud	7.806	20	0,993	
Asociación lineal por lineal	0,063	1	0,803	
N de casos válidos	143			

En la octava tabla observamos la estadística de chi cuadrado comparando las variables de motivo de ingreso y diagnóstico, en donde no nos indica significancia de la relación entre las variables anteriormente mencionadas.

Tabla 9.

Tabla de rango de edades de las pacientes del Hospital General Iess los Ceibos.

Rangos			
edadmod		N	Rango promedio
factores	18 a 24 años	5	63,60
	25 a 30 años	21	69,21
	>30 años	119	74,06
	Total	145	

En este cuadro seccionamos por grupos de edades a las pacientes del Hospital General Iess los Ceibos en donde observamos 3 grupos de edades, el primer grupo de 18 a 24 años, el segundo grupo de 24 a 30 años y el último grupo que sobrepasan los 30 años. Podemos concluir que en nuestro estudio las pacientes con síndrome inflamatorio intestinal se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de edad superior a los 31 años.

6 Conclusión

Dentro de nuestra población de 145 pacientes, su totalidad fueron mujeres de 18 a 41 años de edad, con una mayor frecuencia para las pacientes pertenecientes a la región de la Costa en un 97,5%, y a su vez a la provincia a la que pertenecen la mayoría de los pacientes corresponden a la provincia del Guayas que corresponde a un 92,4% de pacientes de nuestro estudio. Los factores de riesgo más frecuentes que se encontraron son anticonceptivos en un 20%, antecedente patológico familiar de cáncer de colon en un 11,7%, consumo de café en un 11% y obesidad en un 11%. El diagnóstico más predominante fue síndrome de colon irritable con diarrea en un 94,5%. El motivo de ingreso más frecuente dentro del estudio fue de dolor abdominal en un 41,4%. El 100% de los pacientes cumplieron con un día de estancia hospitalaria. Finalmente se revisaron las escalas aplicadas para el diagnóstico del síndrome inflamatorio intestinal, y se pudo observar que la única escala usada fue la escala de Bristol, la cual se la aplico a 89 pacientes de los 145 del estudio.

Para el estudio se realizaron tablas cruzadas. En la primera tabla se compararon los factores de riesgo con las provincias de las pacientes que participaron en el estudio. En la segunda tabla cruzada se comparó el motivo de ingreso y el diagnóstico. En la tercera tabla cruzada se comparó la escala aplicada y el motivo de ingreso. En donde en las 3 tablas no se encontró significancia dentro de las variables comparadas, no obstante, pudimos lograr identificar la frecuencia en las que los pacientes presentan ambas variables. Como lo es el caso de la comparación que se realizó entre factores de riesgo y provincia, en donde 26 pacientes pertenecientes a la provincia del Guayas toman pastillas anticonceptivas. En otra tabla cruzada se logró identificar que 35 pacientes que ingresaron por el motivo de consulta de dolor abdominal fueron diagnosticadas con síndrome del colon irritable con diarrea.

Dentro de las limitaciones del estudio pudimos identificar que al realizar nuestra investigación en el Hospital General del Norte Iess los Ceibos, un gran porcentaje de las pacientes son pertenecientes a la provincia del Guayas (92,4%). Otra limitación que

encontramos al momento de realizar nuestro estudio fueron las escalas aplicadas. Al momento de nosotros realizar la investigación acerca del síndrome inflamatorio intestinal, pudimos identificar varias escalas que se pueden aplicar para esta patología como lo son escala de Bristol, criterios de Roma IV y la escala de Truelove Witts. En donde dentro de la base de datos que se nos proporcionó solo se utilizó la escala de Bristol para el diagnóstico de la enfermedad.

Como recomendación para una futura investigación podemos acotar el uso de base de datos de distintos hospitales de distintas regiones, para así poder obtener una mayor amplitud de información y poder identificar de mejor manera si existe alguna relación entre la provincia de la paciente con el diagnóstico de la enfermedad, el motivo de consulta con los factores de riesgo que se puedan presentar, entre otros. Así como lo fue en la investigación del Dr. Mayorga, en donde los 209 pacientes dentro su estudio 99 pacientes pertenecieron a la provincia del Guayas y fueron diagnosticadas con enfermedad de intestino irritable, de estos 79 con Colitis ulcerativa y 20 con enfermedad de Crohn.

En nuestra investigación se puede concluir que, el café y la obesidad si son 2 de los 4 principales factores de riesgo asociados a la enfermedad inflamatoria intestinal. No obstante, el uso de pastillas anticonceptivas es el factor de riesgo más frecuente en la población estudiada, seguida de los antecedentes patológicos familiares. Concluyendo así, que el uso de pastillas anticonceptivas se relaciona más con la enfermedad inflamatoria intestinal que el consumo de café o la obesidad.

7 Bibliografía

1. Paredes-Méndez J, Otoya-Moreno G, Mestanza-Rivas-Plata AL, Lazo-Molina L, Acuña-Ordoñez K, Arenas-Gamio JL, et al. Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia de Lima-Perú. *Rev Gastroenterol Peru* [Internet]. 2016 [citado el 23 de noviembre de 2022];36(3):209–18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102251292016000300004
2. Enfermedad inflamatoria intestinal [Internet]. Kidshealth.org. [citado el 23 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/teens/ibd.html>
3. adminecuador. Situación de la enfermedad inflamatoria intestinal en la región y en Ecuador - Vertismed Ecuador [Internet]. Vertismed Ecuador - Plataforma Médica Científica. 2021 [citado el 23 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://ec.vertismed.com/terapia-especialidad/situacion-de-la-enfermedad-inflamatoriahttps://ec.vertismed.com/terapia-especialidad/situacion-de-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal-en-la-region-y-en-ecuador/intestinal-en-la-region-y-en-ecuador/>
4. Linares, M. E., Fuxman, C., & Bellicoso, M. (2022). Tratamiento actual de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Acta Gastroenterologica Latinoamericana*, 52(3), 322–333. <https://doi.org/10.52787/agl.v52i3.244>
5. Enfermedad inflamatoria del intestino. (2018, May 31). American College of Gastroenterology. <https://gi.org/patients/recursos-en-espanol/enfermedad-inflamatoriadel-intestino/>
6. Silva, F., Gatica, T., & Pavez, C. (2019). ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. *Revista médica Clínica Las Condes*, 30(4), 262–272. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.06.004>
7. Iborra, M., Fernández-de la Varga, M., & Beltrán, B. (2020). Protocolo diagnóstico y terapéutico de las formas agudas graves de colitis ulcerosa. *Medicine*, 13(11), 635–641. <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.06.015>
8. Epidemiología y comportamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en la Población Ecuatoriana [Internet]. [cited 2023 Dec 7]. Available from: <https://actagastro.org/epidemiologia-y-comportamiento-de-la-enfermedad-inflamatoriahttps://actagastro.org/epidemiologia-y-comportamiento-de-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal-en-la-poblacion-ecuatoriana/intestinal-en-lapoblación-ecuatoriana/>

9. Vista de tratamiento actual de la enfermedad inflamatoria intestinal: Acta Gastroenterológica Latinoamericana [Internet]. [cited 2023 Dec 7]. Available from: <https://actaojs.org.ar/ojs/index.php/acta/article/view/244/522>
10. Walfish AE, Companioni RAC. Generalidades sobre la enfermedad inflamatoria intestinal - trastornos gastrointestinales [Internet]. Manuales MSD; 2023 [cited 2023 Dec 7]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornoshttps://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-gastrointestinales/enfermedad-inflamatoria-intestinal-ibd/generalidades-sobre-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal/gastrointestinales/enfermedad-inflamatoria-intestinal-ibd/generalidades-sobre-lahttps://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-gastrointestinales/enfermedad-inflamatoria-intestinal-ibd/generalidades-sobre-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal/enfermedad-inflamatoria-intestinal/>
11. Manejo de la Enfermedad inflamatoria intestinal. Revisión y Algoritmos de tratamiento. [Internet]. [cited 2023 Dec 7]. Available from: <https://actagastro.org/manejo-de-lahttps://actagastro.org/manejo-de-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal-revision-y-algoritmos-de-tratamientos/enfermedad-inflamatoria-intestinal-revision-y-algoritmos-de-tratamientos/>
12. [Internet]. [cited 2023 Dec 8]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ueg2.12317>
13. Yamamoto-Furusho JK, Bosques-Padilla F, de-Paula J, Galiano MT, Ibañez P, Juliao F, et al. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: Primer Consenso Latinoamericano del pan american crohn's and colitis organisation [Internet]. Elsevier; 2017 [cited 2023 Dec 7]. Available from: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-diagnostico-tratamiento-enfermedad-inflamatoria-intestinal-articulo-S0375090616300829#:~:text=El%20diagn%C3%B3stico%20de%20la%20EII,y%20molesta%20para%20el%20paciente.>
14. Meligrana NE, Quera R, Figueroa C, Ibañez P, Lubascher J, Kronberg U, et al. Factores Ambientales en el desarrollo y evolución de la enfermedad inflamatoria intestinal [Internet]. Sociedad Médica de Santiago; [cited 2023 Dec 7]. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000200212
15. [Internet]. [cited 2023 Dec 8]. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/3684/368462717009/368462717009.pdf>

16. Gompertz M, Sedano R. Manifestaciones Clínicas y endoscópicas en enfermedad inflamatoria intestinal [Internet]. Elsevier; 2019 [cited 2023 Dec 7]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulohttps://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manifestaciones-clinicas-endoscopicas-enfermedad-inflamatoria-S0716864019300550manifestaciones-clinicas-endoscopicas-enfermedad-inflamatoria-S0716864019300550>
17. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, et al. Clinical practice guidelines: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in adults: Concept, diagnosis, and healthcare continuity. (part 1 of 2) [Internet]. U.S. National Library of Medicine; 2017 [cited 2023 Dec 7]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6875955/>
18. Carolina Figueroa (2019, December 8). Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal. Revista Medica Clinica las Condes. Retrieved December 1, 2023, from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300562>

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Milazzo Vera Isabella**, con C.C: # 1313210997 autor/a del trabajo de titulación: **Factores de riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal en mujeres de 18 a 41 años, del año 2019 al 2022, en el Hospital General del Norte Iess los Ceibos** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 10 de mayo del 2024

f.  Firmado electrónicamente por:
**ISABELLA MILAZZO
VERA**

Nombre: Milazzo Vera Isabella

C.C: 1313210997

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Ordoñez Criollo Ricardo Ignacio**, con C.C: # 0923722573 autor/a del trabajo de titulación: **Factores de riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal en mujeres de 18 a 41 años, del año 2019 al 2022, en el Hospital General del Norte IESS Los Ceibos** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 10 de mayo del 2024

f.  Firmado electrónicamente por:
**RICARDO IGNACIO
ORDONEZ CRIOLLO**

Nombre: Ordoñez Criollo Ricardo Ignacio

C.C: 0923722573



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores de riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal en mujeres de 18 a 41 años, del año 2019 al 2022, en el Hospital General del Norte IESS Los Ceibos		
AUTOR(ES)	Milazzo Vera Isabella Ordoñez Criollo Ricardo Ignacio		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Molina Saltos Luis Fernando		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	10 de mayo del 2024	No. DE PÁGINAS:	30
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gastroenterología, inmunología y genética		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, escala de Bristol, meteorismo, dispepsia funcional		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>Se realizó un estudio con la finalidad de lograr identificar cuáles son los factores de riesgo más susceptibles a presentarse en la enfermedad inflamatoria intestinal. Para este estudio se aplicó un diseño analítico, transversal y retrospectivo en el cual participaron 145 pacientes. Se utilizó la aplicación de SPSS versión 29 para realizar la tabulación de los datos proporcionados por el Hospital General del Norte IESS los Ceibos y el análisis estadístico en el cual realizamos tablas de histograma, frecuencia y chi cuadrado. Dentro de los resultados pudimos observar la frecuencia en la que se presentan las distintas variables del estudio como son motivo de ingreso, factores de riesgo, escalas aplicadas, días de ingreso y diagnóstico en las pacientes que participaron de dicho estudio. Finalmente, luego de realizar el análisis del estudio se pudo determinar que el factor de riesgo más frecuente en el síndrome inflamatorio intestinal fue el uso de pastillas anticonceptivas.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0958981914 - 0979900512	E-mail: isabella.milazzo@cu.ucsg.edu.ec ordoñez.ricardo01@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Vásquez Cedeño, Diego Antonio Teléfono: +593-982742221 E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			