



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**

**COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO**

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA**

**“PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL JOSÉ
CARRASCO ARTEAGA, PERIODO ENERO 2012 – ABRIL 2019”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de MÉDICO

AUTOR:

LUIS ENRIQUE PERALTA CASTRO

DIRECTOR:

DR. ÁLVARO GONZÁLEZ

ASESORA:

DRA. JEANNETH TAPIA CÁRDENAS

CUENCA - ECUADOR

2019

RESUMEN

Antecedentes: la enfermedad inflamatoria intestinal, incluye tres patologías de etiología desconocida: la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn y la no clasificada, las cuales se caracterizan por ser de curso crónico y recidivante que evidencian manifestaciones intestinales y extraintestinales.

Objetivo general: determinar el perfil clínico y epidemiológico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) del Hospital José Carrasco Arteaga, periodo enero 2012 – abril 2019.

Metodología: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron 60 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal que cumplieron los criterios de inclusión. El análisis de las variables se realizó mediante estadística descriptiva, para las cualitativas se aplicaron frecuencias y porcentajes y para las cuantitativas media y desviación estándar.

Resultados: la media de edad fue 44.9 años, el 45% con rangos de edad entre 40 a 64 años, un 53.3% fueron mujeres, residentes en áreas urbanas en un 90%. Respecto al tipo de Enfermedades Inflamatorias intestinales, el 53.3% de pacientes fueron diagnosticados de Colitis no clasificada, un 28.3% con Colitis Ulcerosa y el 18.3% Enfermedad de Crohn. En relación a la Enfermedad de Crohn en un 72.7% la localización fue en el íleon terminal y en un 54.5% inflamatoria. La Colitis Ulcerosa y la Colitis Indeterminada, se diagnosticó en un 88.2% y 78.1% por ecografía, siendo el síntoma más frecuente la distensión abdominal en un 70.6% y 75% respectivamente.

Palabras claves: COLITIS ULCEROSA, ENFERMEDAD DE CROHN.

ABSTRACT

Background: Inflammatory bowel disease includes three pathologies of unknown etiology: ulcerative colitis, Crohn's disease and non-classified. These are characterized by being chronically and relapsing that show intestinal and extra-intestinal manifestations

Objective: Determine the clinical and epidemiological profile in patients with inflammatory bowel disease (IBD) of Jose Carrasco Arteaga hospital, in the period January 2012 to April 2019.

Methodology: Observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out. Sixty clinical records of patients diagnosed with inflammatory bowel disease who met the inclusion criteria were reviewed. The analysis of the variables was performed using descriptive statistics. For qualitative variables frequencies and percentages were applied while for quantitative variables the average and standard deviation were applied.

Results: The average age was 44.9 years, 45% were typecast in age ranges between 40 and 64 years, 53.3% were women, residents in urban areas by 90%. Regarding the type of Inflammatory Intestinal Diseases, 53.3% of patients were diagnosed with unclassified colitis, 28.3% and 18.3% had ulcerative colitis and Crohn's disease respectively. In relation to Crohn's disease in 72.2% the location was in the terminal ileum and 54.5% inflammatory. Ulcerative colitis and indeterminate colitis were diagnosed at 88.2% and 78.1% by ultrasound, with abdominal distension being the most common at 70.6% and 75% respectively.

Keywords: ULCEROSA COLITIS, CROHN'S DISEASE.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
CAPÍTULO I	8
1.1. INTRODUCCIÓN	8
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.3. JUSTIFICACIÓN	12
CAPÍTULO II	13
2. MARCO TEORICO	13
2.1. ANTECEDENTES.....	13
2.2. BASES TEÓRICAS.....	15
2.2.1. Enfermedad Inflamatoria Intestinal	15
2.2.2. Etiología Enfermedad Inflamatoria Intestinal	16
2.2.3. Clasificación de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal	17
2.2.3.1. Colitis Ulcerosa (CU).....	17
2.2.3.2. Enfermedad de Crohn (EC).....	20
2.2.3.3. Colitis indeterminada.....	22
CAPÍTULO III	25
3. OBJETIVOS	25
3.1. OBJETIVO GENERAL	25
3.2. OBJETIVOS ESPECÌFICOS.....	25
CAPÍTULO IV	26
4. DISEÑO METODOLOGÌCO	26
4.1. Tipo de estudio.	26
4.2. Área de estudio.....	26
4.3. Universo de estudio y muestra.....	26
4.4. Criterios de inclusión y exclusión	26
4.5. Descripción de variables de estudio.....	26
4.6. Métodos e instrumentos para recolección de información	26
4.7. Aspectos éticos	27
CAPÍTULO V	28
5. RESULTADOS	28
5.1. Cumplimiento del estudio.....	28

5.2.	Análisis de resultados	28
5.2.1.	Características sociodemográficas de la población de estudio.....	28
5.2.2.	Frecuencia de enfermedad inflamatoria intestinal	29
5.2.3.	Clasificación la Enfermedad de Crohn según la clasificación de Montreal e Índice de Harvey-Bradshaw	29
5.2.4.	Características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de la enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa y colitis indeterminada	30
CAPÍTULO VI		41
6.	DISCUSIÓN.....	41
CAPÍTULO VII		44
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	44
7.1.	CONCLUSIONES	44
7.2.	RECOMENDACIONES	45
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	46
9.	ANEXOS.....	54
ANEXO 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS		54
ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES		57
ANEXO 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES		59
ANEXO 4: PRESUPUESTO.....		59
ANEXO 5: OFICIO DE BIOÉTICA.....		60
ANEXO 6: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN		61
ANEXO 7: OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA		62
ANEXO 8: ANTIPLAGIO		64
ANEXO 9: RÚBRICA DE PARES REVISORES 1.....		65
ANEXO 10: RÚBRICA DE PARES REVISORES 2.....		66
ANEXO 11: OFICIO DE CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES DE PARES REVISORES		67
ANEXO 12: INFORME FINAL DE TITULACIÓN.....		68
ANEXO 13: RÚBRICA DE REVISIÓN DE DIRECCIÓN DE CARRERA		69
ANEXO 14: PERMISO DEL AUTOR PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO UNIVERSITARIO		70

DEDICATORIA

Dedico mi tesis a Dios, por ser el dador de la vida y derramar bendiciones sobre mí.

A los forjadores de este camino, mis padres, por mostrarme día a día el sendero de la superación, por su arduo esfuerzo, sacrificio y entrega para que vaya cumpliendo mis sueños.

A mi hermana, por su apoyo infinito en cada paso que he dado.

A mi tía, por ser un pilar fundamental; a mis abuelitos, por su constante e interminable ayuda.

A mis demás familiares, que han estado ahí siempre conmigo alentándome.

A mi director y asesora, por acompañarme en este largo proceso; a mis amigos, que a su lado me han permitido aprender algo más de la vida; a mi enamorada, que ha llegado a mi vida y ha sabido aportar y llenarla de más felicidad.

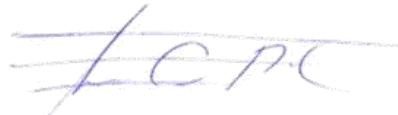
Esto es posible gracias a ustedes

Luis Enrique Peralta Castro

CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Luis Enrique Peralta, autor del trabajo de titulación, "PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, PERIODO ENERO 2012 – ABRIL 2019", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación, son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 26 de septiembre del 2019



Luis Enrique Peralta Castro

CI: 0106625403

CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Luis Enrique Peralta, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación: "PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, PERIODO ENERO 2012 – ABRIL 2019", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible, no exclusiva, para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 26 de septiembre del 2019



Luis Enrique Peralta Castro

CI: 0106625403

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), es una entidad que incluye la colitis ulcerosa (CU), la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis no clasificada, siendo considerados como trastornos con evolución crónica y periodos de remisión y recidivas, con lesiones a nivel intestinal de extensión y profundidad variable (1) (2).

Se desconoce la etiología de las patologías que comprenden la EII, pero se ha postulado como una enfermedad multifactorial debida a factores genéticos, inmunológicos y ambientales que resultan involucrados en su desarrollo (2).

Aunque la EII, es una patología que se atribuye de manera primordial al tubo digestivo, podría acarrear complicaciones extradigestivas, sobre todo articulares, cutáneas, oculares o a nivel de mucosas (3).

En nuestro país, aunque se han planteado esfuerzos para mejorar la calidad de atención en salud, se dispone de escasa epidemiológica de la EII, por ello hemos planteado esta investigación, ya que estas patologías ameritan un abordaje multidisciplinario sustentado en datos actualizados en nuestro medio.

El presente informe partirá de una exposición de la problemática planteada y luego argumentarán los fundamentos que justificaron la realización de la investigación, a continuación en el capítulo II, se mostrará el fundamento teórico, con antecedentes en torno al tema y las bases teóricas del mismo; posteriormente se visibilizará con detalle el diseño metodológico, para luego pasar al análisis de los resultados. Finalmente, se presentará la discusión, conclusiones y recomendaciones del estudio.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Décadas atrás las EII se consideraban entidades “raras” en muchos textos del campo biomédico, sin embargo, dichas patologías han ganado especial relevancia en los últimos años debido principalmente al incremento en el

número de casos sobre todo en la población de adultos jóvenes en países desarrollados (4).

La prevalencia en los diferentes países del mundo está distribuida de forma heterogénea, las mayores tasas de EII se han descrito en Europa Occidental y Norte-América, siendo los países asiáticos, los latinoamericanos y los de Europa Oriental los que presentan los niveles más bajos, no obstante, las investigaciones en el continente africano son aún muy limitados con datos disponible poco fiables (5).

La incidencia en Europa Occidental y Estados Unidos se encuentra entre los 150 y 550 casos por cada 100.000 habitantes y la incidencia se sitúa entre el 6 y 8 casos nuevos por cada 100.000 habitantes anualmente. Los países europeos donde se diagnostican con mayor frecuencia son: Alemana, Reino Unido, Italia y España. Por su parte en Estados Unidos y Canadá estas enfermedades se han incrementado en un 2.8% (4).

Respecto a la CU, anualmente se diagnostican 7 casos nuevos por cada 100.000 habitantes, siendo mayor la incidencia entre la segunda y cuarta décadas de la vida, con un segundo pico entre los 50 a 70 años (1).

Se estima además que el crecimiento proyectado a nivel mundial hasta el 2021 será de alrededor de 2.9% de casos, lo que equivale a casi 3 millones y medio de casos diagnosticados. Además en lo que respecta a la CU aumente su incidencia de manera paulatina en los próximos años (6).

En general la tasa de mortalidad de la EII es reducida comparada con otras patologías; expertos atribuyen que la tasa de mortalidad de la EC se encuentra entre 1 a 200 personas y los porcentajes son prácticamente nulos para la CU; no obstante, estas cifras son difíciles de cuantificar debido a que en mayor parte de los casos la muerte de los pacientes se asocian a complicaciones de la EII como: cáncer, patologías cardiovasculares, respiratorias, infecciones, entre otros (4).

Si bien es cierto, la mayor presencia de las EII se evidencian en países industrializados y zonas urbanas, no se puede dejar de lado factores importantes para su tendencia creciente a nivel mundial como son los ambientales y económicos (4).

Por otro lado, la gran gama de síntomas y signos de la EII, el diagnóstico, requiere de una combinación de criterios clínicos, endoscópicos, radiológicos e histológicos; esta necesidad de una gran batería de exámenes para llegar a un diagnóstico certero, podría provocar complicaciones con serias repercusiones en la morbilidad y mortalidad de los pacientes que padecen dichas patologías, ya que muchas veces no se disponen de recursos económicos para la realización de dichos procedimientos diagnósticos (1).

La EEI es una patología que cuenta con un alto grado de desconocimiento por la gran parte de la sociedad, la cual está poco familiarizada con las complicaciones físicas y emocionales de estas enfermedades, por lo que tienden a ignorar las necesidades de estos pacientes, lo cual como es evidente conduce a serias alteraciones en la calidad de vida de los mismos, estimándose que alrededor del 75% de ellos se han sentido deprimidos en algún momento durante el transcurso de la enfermedad (4).

El impacto económico que genera la EII, está directamente relacionada a la carga en los presupuestos sanitarios que amerita su diagnóstico y tratamiento, además los costos indirectos que son especialmente importantes debido a que hay pérdida de productividad laboral tanto temporal como permanente de las personas que la padecen (4).

Por lo expuesto, a pesar que en los últimos años se han incrementado los esfuerzos para difundir la relevancia de esta enfermedad, aún queda un largo y arduo camino por recorrer para aumentar el nivel de concientización en la sociedad. Asimismo es primordial estimular acciones que fomenten una mayor especialización en atención y cuidado del paciente, así como el incremento de recursos destinados a la investigación de estas patologías que tienen gran impacto no solamente en la calidad de vida de los pacientes sino también en las esferas económicas y sociales (7).

Ante esta situación problemática, surge la siguió la pregunta de investigación:
¿Cuál es el perfil epidemiológico y clínico de la enfermedad inflamatoria
intestinal en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del
2012 a abril del 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Tomando en consideración la avanzada evolución del patrón epidemiológico de la EII y las carencias estructurales y asistenciales de esta enfermedad crónica en el Sistema Nacional de Salud, este estudio pretende conocer la magnitud de la EII en un hospital de referencia a nivel nacional, como es el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, con el propósito de mejorar la detección de pacientes con peor pronóstico de control de su enfermedad, ya que de esta forma, se podría actuar de manera preventiva mediante una adecuada asignación de los recursos, mejorando el control de la enfermedad y, consecuentemente, recuperar y mantener la calidad de vida de los pacientes, en niveles óptimos cercanos a los de la población normal.

Por lo tanto, es de interés identificar las características socio-demográficas, clínicas e imagenológicas de pacientes con EII, así como la experiencia en su manejo en el Servicio de Gastroenterología del Hospital José Carrasco Arteaga, por lo que los principales beneficiarios de la presente investigación serán los usuarios de la institución participante.

Los resultados del presente estudio serán presentados a las autoridades pertinentes, además se plantea realizar una publicación en una revista indexada de carácter nacional y/o internacional. Finalmente, la difusión del presente trabajo se realizará mediante las plataformas virtuales de la Universidad Católica de Cuenca.

Finalmente, el estudio fue factible y viable, debido a que el diseño metodológico estuvo enfocado en los objetivos planteados, además de que se contó con los recursos económicos, humanos y técnicos para ponerla en práctica.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

Reyes et al, en Colombia 2018, realizaron un estudio descriptivo a pacientes con diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, demostrando que el 75,8% de los casos correspondió a Colitis Ulcerosa y el 24,2% a Enfermedad de Crohn, con un leve predominio del sexo femenino en ambas patologías con el 56% y 55%, respectivamente; la forma de presentación más frecuente de la Colitis Ulcerosa fue la pancolitis en el 46,4%. Los pacientes con Enfermedad de Crohn presentó comúnmente un compromiso ileocolónico en un 52,5%, inflamatorio, estenosante y fistulizante en el 60%; el 35% presentaron manifestaciones extraintestinales, de uso de medicamentos biológicos en un 35%, además el 27,5% de personas requirieron cirugías en comparación con aquellos pacientes con Colitis Ulcerosa. Finalmente en cuanto a la clasificación de la Colitis Ulcerosa se según la clasificación de Montreal, estos autores revelaron que el 20,8% presentaban E1 (proctitis), un 32,8% E2 (colitis izquierda) y un 46,4% E3 (pancolitis) (8).

Simian et al, en Chile en el año 2014, concluyeron en su estudio descriptivo de una cohorte histórica en base a un registro de pacientes con diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, que hubo un pico en el diagnóstico de Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn entre los 20 y los 39 años de edad, sin diferencias de género; además, se observó que 6 pacientes (2,6%) con diagnóstico inicial de Colitis Ulcerosa, desarrollaron fístulas perianales o compromiso ileal, evolucionando su diagnóstico a Enfermedad de Crohn, el cual fue confirmado por histología e imágenes; en cuanto al tratamiento el uso de inmunosupresores y terapia biológica fue significativamente mayor en pacientes con EC (9).

Vera et al., en Perú en el año 2004, realizaron un estudio prospectivo y descriptivo con 43 pacientes con diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, evidenciaron que la incidencia dicha patología fue de 2.1 casos por año, el promedio de edad al momento del diagnóstico de 45 años y el género

predominante femenino en un 62.8%. Respecto a la sintomatología referida por los pacientes, la diarrea se presentó en un 76,5%, rectorragia en un 76,5% y dolor abdominal en un 88,2%), sangrado en un 58,8%, fiebre con el 58,8% y dolor ano rectal en un 23,5% (10).

Bendaño y Frisanch, en Perú en el 2010, en su investigación con 17 pacientes que padecían diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, revelaron que el 58,8% de pacientes la edad de diagnóstico se presentó sobre los 40 años; respecto a la localización en un 47,0% se ubicó en la zona ileocolónica, el 29,4% colónica y el 23,5% la enfermedad alta aislada e ileal; en cuanto al patrón clínico un 53,0% fue categorizado perianal, un 35,3% B1 y B2 y el 29,4% en el B3. Respecto a los principales síntomas y signos, se describió que el dolor abdominal presentó una frecuencia del 88,2%, seguido por diarrea con un 76,5%, pérdida de peso en un 76,5%, sangrado en un 58,8% y fiebre en un 58,8%. Las manifestaciones extraintestinales más recurrentes fueron las dermatológicas con un 29,4%, las articulares en un 17,6% y las hepatobiliares con un 11,7% (11).

Hano et al., en Cuba en el año 2016, en su estudio en 176 pacientes que padecían Enfermedad Inflamatoria Intestinal, observaron que el 33% presentaron diarrea, el 25% sangrado rectal, el 21% cólicos, el 20,5% pujos, un 18,2% dolor abdominal, el 14,2% distensión abdominal, el 8% pérdida de peso y el 2,8% fiebre. En cuanto a las complicaciones extraintestinales, las más frecuentes fueron las auriculares en un 27,3%, las hepatobiliares en un 11,4%, hematológicas con el 10,2%, oculares con el 5,1%, dermatológicas en un 4% y las renales en un 2,3% (12).

Paredes et al., en Lima en el 2016, a través de un estudio descriptivo y retrospectivo a una población de 105 pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal, demostraron que el síntoma que predominó en la Enfermedad de Crohn fue el sangrado 66,7% y con el mismo porcentaje el dolor abdominal, seguido por la pérdida de peso 58,3%, y diarrea 45,8%. Mientras que en la Enfermedad de Crohn la sintomatología predominante fue la diarrea con un 76,5%, el sangrado rectal en un 60,5%, el dolor abdominal 56,8% y pérdida de

peso 48,1%. Por su parte, los pacientes con Colitis Ulcerosa presentaron proctitis 14 (17,2%), colitis izquierda en un 35,8% y colitis extensa en un 47%. La localización anatómica para los pacientes con Enfermedad de Crohn, fue ileal en un 20,8%, ileocolónica en un 54,2%, colónica 25% y compromiso perianal en un 16,6% (13).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Enfermedad Inflamatoria Intestinal

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un término que se ha empleado para representar un sin número de enfermedades crónicas idiopáticas (13–15) con curso recurrente y de causa desconocida (12), que atacan de manera directa el tubo digestivo y que se caracterizan por la aparición de inflamación (16–18) y en muchos de los casos, pueden comprometer otros órganos (8) manifestándose a través síntomas y signos gastrointestinales y extraintestinales (19,20).

La EII abarca afecciones son de tipo intestinal y digestivo como la Colitis Ulcerosa (CU), la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis indeterminada o inclasificable (CI) (2,17,19,21). La presentación clínica de dichas patologías engloba características similares en todo lo que se refiere a síntomas, manifestaciones de la enfermedad, resultados del tratamiento, trastornos, agravamiento de la enfermedad que puede causar severos cuadros de desnutrición a consecuencia de la dificultad que tiene para asimilar los alimentos o por repercusión del cambio de dieta (22).

En cuanto al diagnóstico de la EII, además de la colonoscopia, se utiliza también la calprotectina fecal, la cual es una proteína fijadora de zinc y calcio (23), que se encuentra de manera abundante por todo el organismo, en especial en los leucocitos (23,24), esta prueba que utilizada como un marcador de inflamación intestinal, lo cual permite diferenciar la Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Síndrome de Intestino Irritable, presentando un mejor grado de correlación con el grado de inflamación que los índices clínicos y marcadores serológicos, además de que podría ser útil para predecir la curación de la mucosa y riesgo de recidiva (25).

Otra de las técnicas para diagnóstico, es la ecografía abdominal que evalúa el tubo digestivo, ya que por medio de esta prueba de imagen se puede apreciar las paredes de los segmentos afectados, una de las ventajas de esta técnica es que los pacientes no se someten a radiaciones ionizantes, tal como sucede con las radiografías (26).

El manejo terapéutico de la EII implica el uso de medicamentos biológicos, que son producidos por organismos vivos, destinados exclusivamente para los pacientes que padecen de EII (27), estos sirven para controlar la sintomatología que ocasiona la enfermedad (inflamación del intestino), entre ellos encontramos: “infiximab (Remicade®), adalimumab (Humira®) y golimumab (Simponi®)” (28).

2.2.2. Etiología Enfermedad Inflamatoria Intestinal

De acuerdo a la composición del cuerpo humano éste reacciona de manera defensiva ante cualquier amenaza de algún virus o bacteria que predisponga el buen funcionamiento del mismo, pero se ha documentado que la EII ataca intempestivamente a todo el sistema inmune y afecta de manera importante el organismo representando una amenaza categorizada como: leve, moderada grave o en remisión clínica (4).

No obstante, etiológicamente se desconocen las causas exactas que provoquen la EII (17,21,22,29), aunque se presume que su origen y evolución involucra una desestabilización en la inmunología intestinal (18), que la originan ciertos factores ambientales, hereditarios e inmunes que ponen en riesgo la vida de personas especialmente las que se encuentran genéticamente vulnerables (6,7); entre los factores ambientales y de génesis hereditaria se presentan transformaciones en las bacterias importantes que habitan en la flora intestinal y se manifiesta una intensificación de la filtración de la mucosa, lo que conlleva a una lesión crónica gastrointestinal en donde el individuo comienza a demostrar síntomas mismos de la enfermedad por la invasión masiva de virus, bacterias y hongos que el organismo no se encuentra en condiciones de contrarrestar (12,30).

Desde tiempo atrás la EII era catalogada benigna que prevalecía en ciertos países europeos en mayor proporción (13), bajo la premisa que todas las personas podrían ser víctimas de esta enfermedad ya sean infantes o longevos, aunque el inicio de la misma se evidencia en individuos jóvenes, particularmente en edades entre 20 y 40 años (9,17,31), desarrollando sintomatologías críticas si no se dispone de tratamiento oportuno (32,33).

Por ello la literatura biomédica hasta la actualidad, no ha podido encontrar las causas exactas que aseveren el origen de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, ya que este conjunto de enfermedades tienen síntomas al comienzo no son específicos y en muchas ocasiones son confundidos con otros padecimientos (34).

2.2.3. Clasificación de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) está clasificada en: colitis ulcerosa (CU), la enfermedad de Crohn (EC) (18,21,31,34,35) y la colitis indeterminada o inclasificable (CI), dichas instancias patológicas manifiestan ciertas similitudes en condiciones de sintomatologías, sin embargo, como hemos expresado en párrafos anteriores, no se conocen con exactitud las causas que las provocan (14,17).

2.2.3.1. Colitis Ulcerosa (CU)

La CU fue descrita en 1875 por Wilks y Moxon, como una enfermedad distinta a la colitis infecciosa (36), caracterizada por inflamar la mucosa del tracto digestivo y de ocasionar daño en el recto (22), con afectación directa a las paredes internas del intestino grueso (18), además de ser considerada como un trastorno de origen confuso y con la posibilidad que sea provocado por una serie de factores (2), derivando primordialmente de tres aspectos: ambiental, hereditario e inmune (12).

Según Gassull et al., en el 2007 expresa que la CU es una infección confusa de lenta evolución que perjudica al intestino grueso hasta el recto (19), extendiéndose en muchas ocasiones hasta la base del ciego, y que afecta

esencialmente la mucosa del colon (16); además, se caracteriza por expedir una infiltración de linfocitos que van extendiéndose de forma duradera atravesando la mucosa del tracto digestivo y provocando una deformación del aspecto interno del colon por la formación de micro abscesos, así como de una infiltración inflamatoria en la lámina propia, ocasionado en el individuo eventos diarreicos con sangre y la expulsión de mucosidad (37).

En cuanto a los grupos etarios, la mayoría de los individuos que padecen de CU, corresponde a edades comprendidas entre 20 y 40 años, seguidos de aquellas personas que superan los 60 años (10,38), sin embargo, se ha constatado que la presencia de esta enfermedad puede invadir el organismo de personas de todas las edades, despertando mucho asombro sobre todo en la incidencia existente en infantes (14).

A la enfermedad se la puede clasificar en leve, moderada y severa (39); caracterizándose de la siguiente manera: la CU leve se determina por el enrojecimiento perianal y la presencia de un proceso de angiogenia; la CU moderada manifiesta llagas no tan grandes y fluido escaso por la alteración que refiere a la permeabilidad con posibles sangrados, y, la CU severa provoca grandes ulceraciones abiertas de líquido infiltrado de los vasos sanguíneos, además de mucosa que permiten la formación de lesiones elevadas (17).

La CU según su extensión, se clasifica en proctitis (afectación de recto), proctosigmoiditis (recto y sigma), colitis izquierda (hasta el primer ángulo del colon, llamado ángulo esplénico), colitis extensa (hasta el segundo ángulo, llamado hepático) o pancolitis (afectación de todo el colon) (40,41).

El tipo de clasificación más utilizado y aceptado en la actualidad para diagnosticar la colitis ulcerosa es la de Montreal la misma que agrupa a los pacientes por distensión y por su perfil clínico (tabla 1):

Tabla 1
Clasificación de Montreal del grado de colitis ulcerosa (CU)

Grado	Anatomía
E1	Proctitis ulcerosa: compromiso limitado al recto (distal a la unión recto-sigmoidea)
E2	Colitis izquierda: compromiso limitado al colon-recto distal al ángulo esplénico
E3	Colitis extensa: compromiso proximal al ángulo esplénico

Fuente: Factores pronósticos en colitis ulcerosa de reciente diagnóstico (42).

Para confirmar un diagnóstico de CU es preciso la realización de una historia clínica detallada, que incluya una serie de preguntas al paciente; además, de múltiples exámenes que comprenden la toma de muestras de heces, radiologías, endoscopías, también se examinan tejido mediante biopsias, con los resultados de estos estudios se puede corroborar su diagnóstico descartando alguna otra patología (12).

Las principales técnicas de detección de la CU son: la endoscopia y la radiología, puesto que por su cuadro clínico se asemeja con otras enfermedades parasitarias y bacterianas que pueden confundir su diagnóstico tales como: la colitis isquémica, colitis actínica y la enfermedad de Crohn (EC); además se debe tomar en consideración los síntomas causados por *Clostridium difficile* (35).

Por las lesiones que ocasiona una CU de tipo severo debe evitarse para su diagnóstico la realización de la colonoscopia porque existe el peligro de causar alguna perforación; para ello, es necesario recurrir a un examen menos invasivo como la sigmoidoscopia y proceder a la extracción una muestra de tejido para proceder con una biopsia y excluir una propagación de citomegalovirus (17).

Respecto al tratamiento de la CU, partir del año de 1950, el manejo terapéutico que comenzó a utilizarse para sosegar la CU y la EC fueron basados en concentrados de glucocorticoides, puesto que estos medicamentos tienen efectos antiinflamatorios, además ayudan a disminuir la actividad inmune que es receptada por las células para reducir la proliferación de la inflamación (32).

Así mismo, desde hace años atrás se han utilizado medicamentos como: los aminosalicilatos, los antibióticos y corticoides (2). En la actualidad, se ha dado paso a un grupo de fármacos que actúan como moduladores de la inflamación que provoca esta enfermedad, tales como: la mesalazina o ácido 5-aminosalicílico, esteroides e inmunosupresores (37).

2.2.3.2. Enfermedad de Crohn (EC)

La EC es una enfermedad inflamatoria intestinal que afecta todo el espesor o las capas de las paredes del intestino ya sea en uno o varios tramos extendiéndose desde la boca hasta el ano (43), en la trayectoria del tubo digestivo pueden encontrarse partes sanas y de estructura irregular (18,19); frecuentemente su afección suele ser en el intestino delgado en la parte inferior llamada íleon terminal y colon proximal (14,15).

La EC se caracteriza por presentar lesiones crónicas discontinuadas, de aspecto profundo y lineal que afecta el tracto digestivo por tramos especialmente la parte más baja del intestino como el íleon, esta inflamación puede prolongarse desde el esófago hasta el recto (22), presentando lesiones ulcerosas severas, fisuras con infiltrado inflamatorio inespecífico y protuberancias nodulillares no degenerativas en la mucosa y submucosa (37).

Dicho padecimiento es denota una evolución lenta y en algunos individuos se presentan largos lapsos de remisión en los que no refieren ningún síntoma, sin embargo, existen ciertos factores que hacen suponer la existencia de EC en un paciente en los cinco primeros años como son las lesiones en el área perianal, tiene menos de 40 años de edad y se hace necesario administrarle corticoides (11).

La localización anatómica de la EC está representada según la clasificación de Montreal (tabla 2):

Tabla 2
Clasificación de Montreal e Índice de Harvey-Bradshaw de la EC

Edad al diagnóstico	Localización	Patrón evolutivo
A1: 16 años	L1: ileal	B1: no obstructivo-no fistulizante (inflamatorio)
A2: 17.40 años	L2: cólico	B2: obstructivo (fibroestenósante)
A3: > 40 años	L3: ileocólica	B3: fistulizante
	L4: gastrointestinal alta (se añade a cualquiera de las anteriores si está presente)	Añadir "p" a cualquiera de las anteriores si existe participación perianal

Fuente: Report of a Working Party of the Montreal World Congress of Gastroenterology: Can J Gastroenterol (13).

La EC compromete una serie de signos o síntomas con episodios periódicos tales como: episodios diarreicos continuos y agudos, fuertes calambres abdominales, dificultad en el tránsito intestinal (35), pérdida de sangre por medio del ano ya sea sola o entre las heces, espasmos, distensión abdominal, eventos diarreicos periódicos, tenesmo rectal, lesiones o ulceraciones a nivel anogenital; además de otras complicaciones como pérdida de peso involuntario, desarrollo escaso en infantes, llagas en la boca, lesiones en la piel, problemas de vista, en articulaciones y a nivel hepático (44).

Así mismo, dependiendo del tramo del tubo digestivo donde se encuentre la afección serán las molestias; los síntomas que se presentan con mayor frecuencia son diarrea crónica y dolor abdominal; en caso de que el colon se encuentre afectado habrá manifestaciones de diarreas con sangre, en otras ocasiones se pueden presentar síntomas como dificultad para deglutir o fuerte dolor en el pecho remitido por el esófago, náuseas, dolor agudo en la boca del estómago que puede provocar vómito, este evento pone en sobre aviso sobre la presencia de obstrucción en el tránsito intestinal (17).

De presentarse estos síntomas, las recomendaciones rutinarias para el diagnóstico de la EC y conforme a la necesidad de cada paciente y condiciones clínicas que presente, es necesario que se realicen las siguientes pruebas como: examen físico, pruebas de laboratorio, colonoscopia, ecografía abdominal, radiografía, biopsia y/o cápsula endoscópica (2).

Debido a la gran similitud entre la Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn, el libro publicado por Gassull et al., en España en el año 2007 propone una tabla en el cual se encuentra una tabla de diferencias entre dichas patologías (19).

Tabla 3
Diferencias entre la Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn

Colitis Ulcerosa	Enfermedad de Crohn
Afección de recto	Afecta recto con menor frecuencia
Mayor o menor extensión colon	Cualquier segmento de boca a ano
Afectación en continuidad y simétrica	Afectación segmentaria y asimétrica
Afectación mucosa	Afectación transmural
Engrosamiento capa muscular	Envoltura grasa
No habitual estenosis, ni fístulas	Desarrollo de fístulas y estenosis
Rara enfermedad perianal	Enfermedad perianal
Raros abscesos	Abscesos intraabdominales
Pérdida patrón vascular, edema, úlceras	Úlceras serpinginosas, empedrado
Histología:	Histología:
– Abscesos en criptas	– Granulomas
– Lesiones continuas	– Lesiones discontinuas
– Distorsión arquitectura	– Fibrosis
– Depleción de mucina	– Agregados linfoides

Fuente: Enfermedad Inflamatoria Intestinal (19).

2.2.3.3. Colitis indeterminada

Dentro de las EII se encuentra otro grupo de patología como la colitis indeterminada (CI) considerada poco frecuente, con manifestaciones clínicas similares a la CU y a la EC (16).

Cuando no se puede establecer un diagnóstico decisivo del grupo de las EII surge la creación de la terminología colitis indeterminada (CI) que corresponde del 8 al 10% de casos, ésta afección se radica en el colon solamente y con una valoración clínica y otros análisis como endoscopías e histologías se puede establecer si su diagnóstico es referido como una CU o como la EC y al no corresponder a ninguna de ellas se tendrían que instaurar nuevos procesos de análisis para precisar sus causas (35).

Sin embargo, el término CI se emplea de manera general, aunque actualmente no se ha podido establecer un diagnóstico verdadero. Este término se utilizó para hacer referencia a las partes extirpadas del colon después de una intervención quirúrgica a los pacientes que referían colitis aguda; por otra parte, no se podía remitir un diagnóstico correcto porque al efectuar un análisis anatomopatológico se observaban similitudes patológicas propias de CU como de la EC; entre tanto, a este tipo de pacientes se le diagnosticaba CI temporal hasta llegar a un diagnóstico que determinara si correspondía a CU o a EC; considerando que, al no tratarse de ninguna de las dos enfermedades o a otras causas de colitis, luego de haber realizado los exámenes correspondientes, a esta afección se la puede reconocer como una enfermedad crónica que radica sólo en el colon (19).

De tal modo que atendiendo la definición anterior, a la CI se le puede establecer identidad propia ya que constituye una de las EII descartando un diagnóstico transitorio como antes se había establecido (20).

De cierta forma muchos especialistas prevén la imperiosa necesidad de referirle un diagnóstico propio a la CI, parte de esta propuesta es realizar una serie de pruebas minuciosas a los pacientes bajo toda posibilidad de diagnóstico que existe hasta la actualidad, la intención es determinar por medio de un análisis serológico ciertos valores de ANCA(anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos), ASCA(anticuerpo anti músculo liso), antiflagelina y anti-OmpC, además de practicar otro tipo de exámenes endoscópicos como la cápsula endoscópica, la enteroscopia de doble balón y realizar un muestreo por medio de biopsias en otras partes del colon (19).

En cuanto al tratamiento, existen contradicciones respecto al manejo médico de la CI, ya que algunos especialistas afirman que los medicamentos administrados a los pacientes de CU y EC son efectivos y propios para todas las EII, hay otros que consideran de acuerdo a los antecedentes patológicos el tratamiento quirúrgico es más complicado, ya que no se puede precisar con exactitud si es recomendable la pancolectomía total y un reservorio ileoanal, debido a que existe la posibilidad de que se produzca una inflamación severa

en la bolsa que se ha construido quirúrgicamente llamada reservoritis y fracasos de reservorios con ileostomía definitiva (19).

Finalmente, aunque la CI es poco común y existen casos con una incidencia mínima, pero tiene manifestaciones extraintestinales, donde las alteraciones articulares son más frecuentes, tales como como: la artritis colítica o espondilitis anquilosante, entre el 16 al 26 %; lesiones en las membranas epidérmicas como eritema nudoso y pioderma gangrenoso en el 5 %, oculares como la conjuntivitis, uveítis y epiescleritis, en el 4 %, hepatobiliares como la pericolangitis, colangitis esclerosante y afecciones pulmonares (36).

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el perfil clínico y epidemiológico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) del Hospital José Carrasco Arteaga, periodo enero 2012 – abril 2019.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio según: edad, sexo, etnia y residencia.
- Establecer la frecuencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en la población de estudio según: Enfermedad de Crohn, Colitis ulcerosa y Colitis indeterminada.
- Identificar las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de la Enfermedad de Crohn, Colitis ulcerosa y Colitis indeterminada.
- Clasificar la Enfermedad de Crohn según la clasificación de Montreal e Índice de Harvey-Bradshaw.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

- 4.1. **Tipo de estudio:** observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.
- 4.2. **Área de estudio:** el presente estudio se realizó en el Hospital José Carrasco Arteaga perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, localizado en el cantón Cuenca de la Provincia del Azuay, Ecuador, Zona de Salud 6.
- 4.3. **Universo de estudio y muestra:** se revisaron todos los expedientes clínicos de pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal durante el periodo de estudio.
- 4.4. **Criterios de inclusión y exclusión**
 - 4.4.1. Criterios de inclusión: historias clínicas de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el Área de Medicina Interna del Hospital José Carrasco durante el periodo enero del 2014 - abril del 2019.
 - 4.4.2. Criterios de exclusión: historias clínicas con datos incompletos.
- 4.5. **Descripción de variables de estudio**
 - 4.5.1. Operacionalización de variables (anexo 2)
- 4.6. **Métodos e instrumentos para recolección de información**
 - 4.6.1. Método: observacional
 - 4.6.2. Instrumento: el instrumento de recolección de datos fue elaborado por el autor en base a las variables de investigación propuestas (anexo 1), el mismo que constó de varias secciones: la primera corresponde a variables sociodemográficas, la segunda recogió información sobre enfermedad inflamatoria intestinal.
 - 4.6.3. Autorización: la ejecución de la investigación contó con la autorización del Director del Hospital José Carrasco Arteaga, así como del Comité de Bioética de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca.
 - 4.6.4. Supervisión: El presente estudio fue supervisado en calidad de director el Dr. Álvaro González y asesora la Dra. Jeanneth Tapia Cárdenas.
 - 4.6.5. Plan de tabulación y análisis de resultados: para el manejo, la presentación y el análisis de datos se utilizaron los programas: Excel y

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 15. Los resultados obtenidos fueron presentados por medio de tablas y en dependencia al tipo de variables sean cualitativas o cuantitativas, se aplicaron frecuencias, porcentajes y/o media con desviación estándar respectivamente.

4.7. **Aspectos éticos**

- El presente protocolo fue aprobado por la Comisión de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca.
- Los nombres de los participantes no fueron registrados en los formularios, por lo que para guardar la confidencialidad dichos cuestionarios por lo que fueron codificados con un número de 3 dígitos.
- Se solicitó autorización del Director del Hospital José Carrasco Arteaga.
- Los datos obtenidos en el presente estudio fueron custodiados y guardados por el investigador, estarán a disposición de las autoridades competentes si el caso lo amerita previa a la solicitud correspondiente.
- La autor de la presente investigación declara que no tiene conflictos de interés con las participantes del estudio.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. **Cumplimiento del estudio:** el estudio se cumplió de acuerdo al cronograma propuesto en el protocolo de investigación.

5.2. Análisis de resultados

5.2.1. Características sociodemográficas de la población de estudio

Tabla 4

Distribución según características sociodemográficas de 60 pacientes con diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Edad *		
<19 años	2	3.3
20 a 39 años	22	36.7
40 a 64 años	27	45
≥ 65	9	15
Total	60	100
Sexo		
Hombre	28	46.7
Mujer	32	53.3
Total	60	100
Residencia		
Urbana	54	90
Rural	6	10
Total	60	100
Etnia		
Mestizo	60	100
Total	60	100

*Media: 44.9 Desviación estándar ± 16.39

Fuente: base de datos

Elaborado por: Luis Peralta

Se revisaron 60 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) y en cuanto a características sociodemográficas encontramos que: el 45% de pacientes con EII tuvieron rangos de edad entre 40 a 64 años, seguidos de personas entre 20 a 39 años con el 36.7%, un 15% >65 años y un 3.3% < de 19 años. En cuanto al sexo el 53.3% fueron mujeres, respecto a la residencia el 90% correspondieron a áreas urbanas y el 100% fueron mestizos (tabla 4).

5.2.2. Frecuencia de enfermedad inflamatoria intestinal

Tabla 5

Distribución según tipo de Enfermedad Inflamatoria Intestinal de 60 pacientes atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Tipo Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
Enfermedad de Crohn	11	18.3
Colitis Ulcerosa	17	28.3
Colitis no clasificada	32	53.3
Total	60	100

Fuente: base de datos
Elaborado por: Luis Peralta

En lo que respecta al tipo de EII encontramos que el 53.3% de pacientes fueron encasillados bajo el diagnóstico de colitis no clasificada, seguida de colitis ulcerosa en un 28.3% de los casos y el 18.3% de personas tuvieron Enfermedad de Crohn (tabla 5).

5.2.3. Clasificación la Enfermedad de Crohn según la clasificación de Montreal e Índice de Harvey-Bradhsaw.

Tabla 6

Clasificación Montreal e Índice de Harvey-Bradhsaw en 11 pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Crohn, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Edad diagnóstico		
17 a 40 años	3	27.3
> 40 años	8	72.7
Total	11	100
Localización		
L1: íleon terminal	5	45.5
L2: Colon	2	18.2
L3: ileocólica	4	36.4
Total	11	100
Patrón clínico		
B1: Inflamatorio	6	54.5
B1p: inflamatorio con infección perianal asociada	5	45.5
Total	11	100

Índice Harvey Bradhsaw: media 3.73 DS \pm 0.78

Fuente: base de datos
Elaborado por: Luis Peralta

De acuerdo con la clasificación de Montreal en los 11 pacientes con Enfermedad de Crohn observamos que: en un 72.7% de personas la edad de diagnóstico se presentó sobre los 40 años; respecto a la localización en un 45.5% se ubicó en el íleon terminal en un 45.5%, el 36.4% ileocólica y el colon en un 18.2%; en cuanto al patrón clínico un 54.5% fue categorizado B1 o inflamatorio, así como un 45.5% B1p o inflamatorio con infección perianal asociada (tabla 6).

Según el Índice Harvey Bradshaw, los 11 pacientes presentaron un rango inferior a 5, lo que correspondió a un estado inactivo de la Enfermedad de Crohn, con una media de 3.73 y una desviación estándar de ± 0.78 (tabla 6).

5.2.4. Características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de la enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa y colitis indeterminada

Tabla 7

Estudios diagnósticos aplicados a 11 pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Crohn, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Radiografía baritada		
Sí	4	36.4
No	7	63.6
Total	11	100
Ecografía		
Sí	5	45.5
No	6	54.5
Total	11	100
Tomografía		
Sí	1	9.1
No	10	90.9
Total	11	100
Biopsia		
Sí	6	54.5
No	5	45.5
Total	11	100
Endoscopia		
Sí	5	45.5
No	6	54.5
Total	11	100

Fuente: base de datos
Elaborado por: Luis Peralta

En la tabla 7 se puede observar que para llegar al diagnóstico de Enfermedad de Crohn se utilizó la biopsia en un 54.5%, en un 45.5% la ecografía y la endoscopia, seguido de la radiografía en un 36.4% y la tomografía con una frecuencia del 9.1%.

Tabla 8
Manejo terapéutico de 11 pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Crohn, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Corticoides		
Sí	9	81.8
No	2	18.2
Total	11	100
Inmunomoduladores		
Sí	4	36.4
No	7	63.6
Total	11	100
Biológicos		
Sí	2	18.2
No	9	81.8
Total	11	100
Cirugía		
Sí	1	9.1
No	10	90.9
Total	11	100
Otros *		
Sí	2	18.2
No	9	81.8
Total	11	100

*Antibiótico-benzodiazepinas

Fuente: base de datos

Elaborado por: Luis Peralta

En la tabla 8 observamos que en un 81.8% de pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn fueron tratados en base a corticoides, el 36.4% con inmunomoduladores, el 18.2% por biológicos, un 9.1% por cirugía y el 18.2% otros medicamentos como: antibióticos y benzodiazepinas.

Tabla 9

Distribución según complicaciones extraintestinales de 11 pacientes con diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el enero del 2012 -abril 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Hepatobiliares		
Sí	1	9.1
No	10	90.9
Total	11	100
Enfermedad tromboembólica venosa		
Sí	2	18.2
No	9	81.8
Total	11	100
Articulares		
Sí	2	18.2
No	9	81.8
Total	11	100

Fuente: base de datos
Elaborado por: Luis Peralta

En referencia a las complicaciones extraintestinales de los 11 pacientes que fueron diagnosticados de Enfermedad de Crohn, el 18.2% de pacientes presentaron patologías articulares y enfermedad tromboembólica y un 9.1% enfermedades hepatobiliares concomitantes (tabla 9).

Tabla 10

Distribución según síntomas referidos por 17 pacientes con diagnóstico de Colitis Ulcerosa, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Diarrea		
Sí	7	41.2
No	10	58.8
Total	17	100
Rectorragia		
Sí	3	17.6
No	14	82.4
Total	17	100
Dolor abdominal		
Sí	12	70.6
No	5	29.4
Total	17	100
Distensión Abdominal		
Sí	7	41.2
No	10	58.8
Total	17	100
Pujo		
Sí	1	5.9
No	16	94.1
Total	17	100
Tenesmo		
Sí	1	5.9
No	16	94.1
Total	17	100
Estreñimiento		
Sí	2	11.8
No	15	88.2
Total	17	100

Fuente: base de datos
Elaborado por: Luis Peralta

Los síntomas que con mayor frecuencia refirieron presentar los pacientes que fueron diagnosticados de Colitis Ulcerosa fueron: dolor abdominal con el 70.6%, la distensión abdominal y la diarrea en un 41.2% para cada uno. No obstante, fueron menos comunes los síntomas como: la rectorragia en un 17.6%, el estreñimiento con el 11.8% y el pujo y el tenesmo en un 5.9% (tabla 10).

Tabla 11
Estudios diagnósticos aplicados a 17 pacientes con diagnóstico de Colitis Ulcerosa, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Radiografía baritada		
Sí	2	11.8
No	15	88.2
Total	17	100
Ecografía		
Sí	5	29.4
No	12	70.6
Total	17	100
Tomografía		
Sí	2	11.8
No	15	88.2
Total	17	100
Biopsia		
Sí	2	11.8
No	15	88.2
Total	17	100
Endoscopia		
Sí	15	88.2
No	2	11.8
Total	17	100
Biometría		
Sí	5	29.4
No	12	70.6
Total	17	100

Fuente: base de datos
Elaborado por: Luis Peralta

Para el diagnóstico Colitis Ulcerosa se utilizaron con mayor frecuencia exámenes complementarios como la endoscopia en un 88.2%, ecografía y biometría en el 29.4%, un 11.8% de pacientes se realizaron simultáneamente tomografía, biopsia y radiografía (tabla 11).

Tabla 12

Distribución según complicaciones extraintestinales de 17 pacientes con diagnóstico de Colitis Ulcerosa, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 - abril 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Hepatobiliares		
Sí	2	11.8
No	15	88.2
Total	17	100
Enfermedad tromboembólica		
Sí	3	17.6
No	14	82.4
Total	17	100
Articulares		
Sí	1	5.9
No	16	94.1
Total	17	100

Fuente: base de datos
Elaborado por: Luis Peralta

En la tabla 12 se pueden observar las complicaciones extraintestinales que presentaron los 17 pacientes que fueron diagnosticados con Colitis Ulcerosa, pudiendo evidenciar que el 17.6% tuvieron enfermedad tromboembólica, el 11.9% hepatobiliares y el 5.9% articulares.

Tabla 13
 Manejo terapéutico de 17 pacientes con diagnóstico de Colitis Ulcerosa, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía		
Sí	5	29.4
No	12	70.6
Total	17	100
Dilatación endoscópica anorectal		
Sí	3	17.6
No	14	82.4
Total	17	100
Otros *		
Sí	7	41.2
No	10	58.8
Total	17	100

*Corticoides-antiespasmódicos-protectores gástricos

Fuente: base de datos

Elaborado por: Luis Peralta

Respecto al tratamiento recibido por los pacientes con Colitis Ulcerosa pudimos observar que en el 41.2% de personas se prescribieron diversos tipos de medicamentos como: corticoides, antiespasmódicos y protectores gástricos; un 29.3% fueron sometidos a cirugía y al 17.6% le realizaron dilatación endoscópica anorectal (tabla 13).

Tabla 14
Distribución según síntomas referidos por 32 pacientes con diagnóstico de Colitis Indeterminada, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Diarrea		
Sí	9	28.1
No	23	71.9
Total	32	100
Rectorragia		
Sí	9	28.1
No	23	71.9
Total	32	100
Dolor abdominal		
Sí	1	3.1
No	31	96.9
Total	32	100
Distención abdominal		
Sí	24	75
No	8	25
Total	32	100
Pujo		
Sí	3	9.4
No	29	90.6
Total	32	100

Fuente: base de datos
Elaborado por: Luis Peralta

La mayoría de pacientes con Colitis Indeterminada presentaron distención abdominal en un 75% de los casos, un 28.1% presentaron diarrea y rectorragia. Sin embargo, en menor frecuencia refirieron pujo y tenesmo con el 9.4% y el 3.1% respectivamente (tabla 14).

Tabla 15

Estudios diagnósticos aplicados a 32 pacientes con diagnóstico de Colitis Indeterminada, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Radiografía baritada		
Sí	4	12.5
No	28	87.5
Total	32	100
Ecografía		
Sí	25	78.1
No	7	21.9
Total	32	100
Biopsia		
Sí	3	9.4
No	29	90.6
Total	32	100
Endoscopía alta		
Sí	16	50
No	16	50
Total	32	100
Otros *		
Sí	2	6.3
No	30	93.7
Total	32	100

*Tomografía y resonancia magnética

Fuente: base de datos

Elaborado por: Luis Peralta

En cuanto a los estudios diagnósticos aplicados a los pacientes con Colitis Indeterminada se pudo evidenciar que al 78.1% de ellos se les realizó ecografía, a un 50% endoscopía alta y a un 12.5% radiografía; sin embargo, en menor frecuencia se realizaron biopsia en el 9.4% y otros estudios como tomografía y resonancia magnética en el 6.3% de los casos (tabla 15).

Tabla 16
 Distribución según complicaciones extraintestinales de 32 pacientes con diagnóstico de Colitis Indeterminada, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Hepatobiliares		
Sí	1	3.1
No	31	96.9
Total	32	100
Enfermedad tromboembólica		
Sí	3	9.7
No	29	90.3
Total	32	100
Articulares		
Sí	1	3.1
No	31	96.9
Total	32	100

Fuente: base de datos
 Elaborado por: Luis Peralta

Según las complicaciones extraintestinales el 9.7% de pacientes fueron diagnosticados de enfermedad tromboembólica y un 3.1% de alteraciones hepatobiliares y articulares (tabla 16).

Tabla 17
 Manejo terapéutico de 32 pacientes con diagnóstico de Colitis Indeterminada, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía		
Sí	2	6.3
No	30	93.8
Total	32	100
Protectores gástricos		
Sí	20	62.5
No	12	37.5
Total	32	100
Analgésicos antiesteroideos		
Sí	4	12.5
No	29	87.5
Total	32	100
Otros *		
Sí	4	12.5
No	29	87.5
Total	32	100

*Laxantes-dilatación endoscópica-antiespasmódicos

Fuente: base de datos

Elaborado por: Luis Peralta

En la tabla 17 podemos visualizar que al 62.5% de los pacientes con Colitis Indeterminada se le prescribieron protectores gástricos y al 12.5% analgésicos antiesteroideos. Además un 12.5% de los participantes recibieron tratamiento en base a laxantes, antiespasmódicos y dilatación endoscópica anorectal y finalmente un 6.3% requirieron cirugía.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Este estudio representa una descripción de la situación epidemiológica actual de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), experiencia que es similar a otros centros hospitalarios a nivel mundial y regional. En nuestra investigación se revisaron 60 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de EII, la mayoría de los pacientes diagnosticados con dicha patología fueron mujeres con rangos de edad entre 40 a 64 años residentes en áreas urbanas.

Resultados que concuerdan con las conclusiones de Bendaño y Frisanch, en Perú en el 2010, quienes revelaron que el 58,8% de pacientes la edad de diagnóstico se presentó sobre los 40 años (11). En la misma línea Vera y colaboradores, en Perú, en su estudio que incluyó 43 pacientes con EII, evidenciaron que el promedio de edad al momento del diagnóstico fue 45 años, de sexo predominante femenino en un 62.8% (10). No obstante, Simian et al, en Chile en el 2014, difieren a lo expuesto en nuestra investigación, ya que ellos encontraron que pico en el diagnóstico de Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn entre los 20 y los 39 años de edad, sin diferencias en cuanto al sexo (9).

Respecto a las afecciones relacionadas con la EII, en nuestra serie encontramos que el 53.3% de pacientes fueron encasillados bajo el diagnóstico de colitis indeterminada, el 28.3% colitis ulcerosa y un 18.3% Enfermedad de Crohn. Frente a lo cual estudios como los realizados por Reyes et al, en Colombia 2018, reportaron que 75,8% de los casos correspondió a Colitis Ulcerosa y el 24,2% a Enfermedad de Crohn (8). Pérez et al., concluyeron que el 33% de los casos correspondieron a la enfermedad de Colitis Ulcerativa y un 17 % a Enfermedad de Crohn (44).

La localización anatómica de compromiso de la Enfermedad de Crohn más frecuente en nuestro estudio fue la íleon terminal en un 45.5% de los casos y la categorización según la escala de Montreal fue en estadio B1 o inflamatorio en un 54.5%. Mientras que Reyes et al, en Colombia 2018, concluyeron que

comúnmente el compromiso fue ileocolónico en un 52,5%, inflamatorio, estenosante y fistulizante en el 60%, además revelaron que el 20,8% presentaban un estadio E3 de pancolitis en un 46,4% E3 (8). A su vez, Bendaño y Frisanch, en Perú, identificaron que el 47 % se ubicaron en la zona ileocolónica y el patrón clínico un 53 % fue categorizado como perianal (11). Paredes et al., evidenciaron que la localización más común fue ileocolónica en un 54,2% (13).

En cuanto a la sintomatología, la mayoría de pacientes fueron diagnosticados por la ocurrencia de sus síntomas en la EC luego de los 40 años de edad, y en los que presentaron Colitis Ulcerosa, el dolor abdominal se presentó en el 70.6% de los casos y en la Colitis Indeterminada se repitió el mismo síntoma en un 75% de los pacientes.

Cifras que discrepan con investigaciones con Bendaño y Frisanch, quienes concluyeron que el dolor abdominal presentó una frecuencia del 88,2% seguido por diarrea con un 76,5% (11). Hano et al., en Cuba en el año 2016, mostraron que aquellos pacientes que padecían de CU presentaron un 33% diarrea y el 25% sangrado rectal (12).

Cabe mencionar que en cuanto al diagnóstico de las EII, en la Enfermedad de Crohn se utilizó la biopsia en un 54.5% y la ecografía en un 45.5%, en la Colitis Ulcerosa la endoscopía en un 88.2% y en la Colitis indeterminada la ecografía en el 78.1% de los casos. Al respecto de ello, Simian et al, en Chile en el año 2014 además, se observó que el diagnóstico de las EII fue confirmado por histología e imágenes (9).

Las manifestaciones extraintestinales de la EII en mayor frecuencia fueron la enfermedad tromboembólica con el 18.2% en la EC, un 17.6% para la Colitis Ulcerosa y el 9.7% para la Colitis indeterminada. Estas cifras disienten a las presentadas por autores como Bendaño y Frisanch, quienes concluyeron que las lesiones dermatológicas fueron las alteraciones más comunes en los pacientes con Enfermedad de Crohn en un 29.4% (11). A su vez, Hano et al., identificaron que los casos diagnosticados con Colitis Ulcerosa, las patologías auriculares se presentaron en un 27,3% de los pacientes (12).

En cuanto al manejo terapéutico, en 81.8% y el 41.2% de pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa fueron tratados en base a corticoides respectivamente; por su parte a los pacientes con Colitis indeterminada se les prescribieron protectores gástricos en un 62.5% de los casos. Similares resultados se aprecian en una investigación de Reyes et al., en Colombia 2018, donde el tratamiento de la EC a base de corticoides e Inmunomoduladores y biológicos se aplicó en el 35% de los casos para cada uno, respecto a la Colitis Ulcerosa en el 83.2% de pacientes recibieron amino salicilatos (8).

En conclusión, en este estudio hay un predominio de la Colitis Indeterminada, la cual tuvo un comportamiento relativamente benigno, sin embargo, consideramos que sin duda se seguirán diagnosticando casos de Enfermedad de Crohn y/o Colitis Ulcerosa, esto debido a que probablemente estos casos son referidos tardíamente o en su defecto porque resulta necesaria una gran batería de exámenes diagnósticos que logren identificar el comportamiento de la Enfermedades Inflammatorias Intestinales, esto en virtud a que su cuadro clínico suele ser confuso en la práctica médica diaria.

Finalmente, dentro de las limitaciones de nuestro estudio debemos exponer que la institución participante apenas empezó a llevar un registro y seguimiento detallado de pacientes con Enfermedades Inflammatorias Intestinales a partir de enero del 2012, razón por la cual no se pudo acceder a mayor información sobre otros casos de dichas patologías, por lo que resulta trascendental indagar más sobre la problemática en otras instituciones de salud a nivel local y/o nacional.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

- La mayoría de pacientes diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal fueron mujeres con rangos de edad entre 40 a 64 años, residentes en áreas urbanas.
- Más de la mitad de casos de Enfermedad Inflamatoria Intestinal fueron encasillados bajo el diagnóstico de colitis no clasificada, seguida de colitis ulcerosa y en menor frecuencia la Enfermedad de Crohn.
- A los pacientes con Enfermedad de Crohn, según la clasificación de Montreal, se encontró que: a la mayoría se les diagnosticó de la patología sobre los 40 años de edad, con una mayor localización anatómica en el íleon terminal y un patrón clínico inflamatorio e infección perianal asociada, además según la cuantificación del Índice Harvey Bradshaw, todos los pacientes presentaron al momento del diagnóstico un estado inactivo de EC; en más de la mitad de pacientes se calificó de EC por medio endoscopia más biopsia y en casi todos el tratamiento se basó en corticoides y aquellas personas que desarrollaron complicaciones extraintestinales, las articulares y enfermedad tromboembólica fueron las más comunes.
- Respecto a la Colitis Ulcerosa, los síntomas más frecuentes fueron el dolor, la distensión abdominal y la diarrea; además para el diagnóstico en la mayoría de los casos se aplicó la endoscopia y en casi la mitad de pacientes el tratamiento se basó en corticoides, antiespasmódicos y protectores gástricos y las complicaciones extraintestinales más habituales fueron las enfermedades tromboembólicas.
- En las personas con Colitis Indeterminada, en la mayoría de casos se presentaron con distensión abdominal y para llegar a su diagnóstico en más de la mitad de los casos se le realizó ecografía y endoscopia alta; además el manejo terapéutico de estos pacientes se lo realizó con protectores gástricos, siendo la enfermedad tromboembólica la complicación más frecuente en personas con CI.

7.2. RECOMENDACIONES

- El Hospital José Carrasco Arteaga, debería llegar a un consenso sobre cuestiones fundamentales de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales, tales como la gravedad y el seguimiento de la enfermedad, por lo que es necesario implementar programas institucionales que cubran estas necesidades en dichos pacientes.
- Es importante proveer información y preparación adecuada a las personas que padecen Enfermedades Inflamatorias Intestinales, de manera que puedan lograr un afrontamiento adecuado de la enfermedad en todos los aspectos, haciendo un especial hincapié en las fases activas de la enfermedad.
- Es necesario desarrollar futuras investigaciones centradas en la epidemiología de la EII en otras instituciones de salud tanto públicas como privadas, además de generar acciones mancomunadas entre las instituciones de educación superior y las de salud, para una aplicabilidad de campos de estudio respecto a programas de promoción, prevención y rehabilitación de la EII.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Redondo Sánchez J. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Los principales problemas de salud. AMF. 2016;12(8):436-44.
2. 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 de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation. Rev Gastroenterol México [Internet]. 1 de enero de 2017 [citado 13 de marzo de 2019];82(1):46-84. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org//es-diagnostico-tratamiento-enfermedad-inflamatoria-intestinal-articulo-S0375090616300829>
3. Hinojosa de Val J, Nos Mateu P. Manual práctico: conductas de actuación en la enfermedad inflamatoria crónica intestinal. Ergón. Madrid; 2014.
4. Odantegui S. Enfermedad Inflamatoria Intestinal: situación actual y retos asistenciales [Internet]. 2016. Disponible en: [https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-informe-enfermedad-inflamatoria-intestinal/\\$FILE/EY-enfermedad-inflamatoria-intestinal-situacion-actual-y-retos-asistenciales.pdf](https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-informe-enfermedad-inflamatoria-intestinal/$FILE/EY-enfermedad-inflamatoria-intestinal-situacion-actual-y-retos-asistenciales.pdf)
5. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. Gastroenterology. enero de 2012;142(1):46-54.e42; quiz e30.
6. Burisch J, Munkholm P. Inflammatory bowel disease epidemiology. Curr Opin Gastroenterol. julio de 2013;29(4):357-62.
7. Lopes AM, Bezerra de Moura LN, Machado RDS, Freitas da Silva GR. Qualidade de vida de pacientes com doença de Crohn. Enferm Glob [Internet]. 28 de junio de 2017 [citado 18 de marzo de 2019];16(3):321. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/266341>

8. Reyes M GA, Gil P FL, Carvajal P GD, Sánchez L CB, Aponte M DM, González S CA, et al. Enfermedad inflamatoria intestinal: características de fenotipo y tratamiento en un hospital universitario de Bogotá, Colombia. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. junio de 2018 [citado 18 de marzo de 2019];33(2):117-26. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-99572018000200117&lng=en&nrm=iso&tlng=es
9. Simian D, Estay C, Lubascher J, Acuña R, Kronberg U, Figueroa C, et al. Enfermedad inflamatoria intestinal a partir de una experiencia local. Rev Médica Chile [Internet]. agosto de 2014 [citado 18 de marzo de 2019];142(8):1006-13. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872014000800008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Vera Calderón A, Frisancho Velarde O, Yoza Yoshidaira M, Ruiz Barahona E. Perfil clínico y epidemiológico de la colitis ulcerativa en un Hospital de Lima. Rev Gastroenterol Perú [Internet]. abril de 2004 [citado 11 de marzo de 2019];24(2):135-42. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1022-51292004000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Bendaño T, Frisancho O. Perfil clínico y evolutivo de la enfermedad de Crohn en el Hospital Rebagliati (Lima-Perú). Rev Gastroenterol Perú [Internet]. enero de 2010 [citado 11 de marzo de 2019];30(1):17-24. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1022-51292010000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Hano García OM, Andrade Gomes S, Villa Jiménez OM, González Fabian L, Wood Rodríguez L. Caracterización de pacientes con colitis ulcerosa atendidos en centro de nivel terciario. Rev Cuba Med [Internet]. marzo de 2016 [citado 18 de marzo de 2019];55(1):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75232016000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

13. 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 Perú [Internet]. julio de 2016 [citado 18 de marzo de 2019];36(3):209-18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1022-51292016000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Ortiz Villalba J, Macchi Salim H, Di Martino Ortiz B. Enfermedad de Crohn ileal. Reporte de un caso. An Fac Cienc Médicas Asunción [Internet]. abril de 2017 [citado 18 de marzo de 2019];50(1):61-8. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1816-89492017000100061&lng=en&nrm=iso&tlng=es
15. Organización Mundial de la Salud. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Enfermedad intestinal inflamatoria [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/inflammatory-bowel-disease-spanish-2015.pdf>.
16. Jasinski C, Tanzi MN, Lagomarsino G, LÓPEZ C, Iglesias C. Enfermedad inflamatoria intestinal. Arch Pediatría Urug [Internet]. marzo de 2004 [citado 11 de septiembre de 2019];75(1):74-7. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-12492004000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=es
17. González Y. M. Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). Rev Chil Pediatría [Internet]. septiembre de 2002 [citado 11 de septiembre de 2019];73(5):508-10. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062002000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Martínez Gómez MJ, Melián Fernández C, Romeo Donlo M. Nutrición en enfermedad inflamatoria intestinal. Nutr Hosp [Internet]. 12 de julio de 2016

- [citado 18 de marzo de 2019]; Disponible en:
<http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/348>
19. Gassull M, Gomollón F, Obrador A, Hinojosa J. Enfermedad inflamatoria intestinal. 2007.
 20. Romeo Donlo M, Martínez Gómez MJ, Pizarro Pizarro I. Enfermedad inflamatoria intestinal: importancia del diagnóstico precoz. *Pediatría Aten Primaria* [Internet]. marzo de 2014 [citado 18 de marzo de 2019];16(61):49-53. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322014000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 21. Vicentín R, Wagener M, Pais AB, Contreras M, Orsi M. Registro prospectivo durante un año de enfermedad inflamatoria intestinal en población pediátrica argentina. *Arch Argent Pediatría* [Internet]. diciembre de 2017 [citado 18 de marzo de 2019];115(6):533-40. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0325-00752017000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 22. Marten Marén D, Ramírez Arias MC. Ecoimmunonutrición en el tratamiento de pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales. *MEDISAN* [Internet]. febrero de 2013 [citado 18 de marzo de 2019];17(2):384-97. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192013000200017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 23. Rocabado V, Mabel A. Calprotectina fecal para diagnóstico de patología orgánica de colon. *Gac Médica Boliv* [Internet]. diciembre de 2018 [citado 26 de septiembre de 2019];41(2):09-13. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1012-29662018000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 24. Rodríguez-Moranta F, Lobatón T, Rodríguez-Alonso L, Guardiola J. Calprotectina fecal en el diagnóstico de enfermedades inflamatorias.

Gastroenterol Hepatol [Internet]. 1 de junio de 2013 [citado 26 de septiembre de 2019];36(6):400-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-calprotectina-fecal-el-diagnostico-enfermedades-S0210570513000046>

25. Bonnín Tomàs A, Vila Vidal M, Rosell Camps A. Calprotectina fecal como marcador diferencial entre patología gastrointestinal orgánica y funcional. Rev Esp Enfermedades Dig [Internet]. diciembre de 2007 [citado 26 de septiembre de 2019];99(12):689-93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-01082007001200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Poza-Cordón J, Ripollés-González T. Utilidad de la ecografía abdominal en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Esp Enfermedades Dig [Internet]. junio de 2014 [citado 26 de septiembre de 2019];106(6):395-408. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-01082014000600005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Márquez J, Gomollón F. El papel de los biosimilares en la enfermedad inflamatoria intestinal: una realidad en nuestro país. 2017;34(2):311-25. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg>
28. Moreira VF, Garrido E. Fármacos biológicos en la enfermedad inflamatoria intestinal: indicación y cuidados. Revista Espanola de Enfermedades Digestivas [Internet]. 2015;(107):6. Disponible en: <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA420436154&sid=google Scholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=11300108&p=IFME&sw=w>
29. Souza MM de, Barbosa DA, Espinosa MM, Belasco AGS. Calidad de vida de pacientes portadores de enfermedad inflamatoria intestinal. Acta Paul Enferm [Internet]. 2011 [citado 11 de septiembre de 2019];24(4):479-84. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002011000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

30. Vargas RD. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal: ¿por qué las diferencias entre Norteamérica y Latinoamérica? *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2010;25(2):103-5. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572010000200001
31. Rodríguez-D'jesus A, Casellas F, Ramón Malagelada J. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal en el paciente de edad avanzada. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 1 de mayo de 2008 [citado 11 de septiembre de 2019];31(5):269-73. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-epidemiologia-enfermedad-inflamatoria-intestinal-el-S0210570508712998>
32. Otoy Moreno G, Borda L, Chiroque L, Venturelli MG. Enfermedad de Crohn: presentación de caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Gastroenterol Perú* [Internet]. octubre de 2014 [citado 18 de marzo de 2019];34(4):339-44. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1022-51292014000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. Yamamoto-Furusho JK, Bosques-Padilla F, Daffra P, De Paula JA, Etchevers J, Galiano MT, et al. Situaciones especiales en la enfermedad inflamatoria intestinal: primer consenso latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation (PANCCO) (Segunda parte). *Rev Gastroenterol México* [Internet]. 1 de abril de 2017 [citado 18 de marzo de 2019];82(2):134-55. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090617300125>
34. Pineda O, Fernando L. Inflammatory Bowel Disease (IBD) in Colombia: Is our epidemiological profile changing? *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. septiembre de 2010 [citado 11 de septiembre de 2019];25(3):235-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-99572010000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=es

35. Royero G, Alberto H. Enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. marzo de 2003 [citado 11 de septiembre de 2019];18(1):24-41. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-99572003000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
36. Fernández Maqueira G, Crespo Ramírez E, González Pérez S, Jerez Marimón D, García Capote E. Colitis ulcerosa, una mirada por dentro. Rev Cienc Médicas Pinar Río [Internet]. junio de 2018 [citado 18 de marzo de 2019];22(3):63-72. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942018000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
37. Sepúlveda SE, Beltrán CJ, Peralta A, Rivas P, Rojas N, Figueroa C, et al. Enfermedad inflamatoria intestinal: Una mirada inmunológica. Rev Médica Chile [Internet]. marzo de 2008 [citado 11 de septiembre de 2019];136(3):367-75. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872008000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
38. Guarnizo A, Rumie C, Abreu J, Vásquez A, Aguirre D. Modalidades de imagen en la evaluación de enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Argent Radiol [Internet]. 1 de julio de 2016 [citado 18 de marzo de 2019];80(3):183-91. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-argentina-radiologia-383-articulo-modalidades-imagen-evaluacion-enfermedad-inflamatoria-S0048761916300047>
39. Suárez L. Enfermedad inflamatoria intestinal: situación actual de las alternativas terapéuticas. Colomb Médica. 2007;38:8.
40. Moreira N, Hinojosa J. Colitis ulcerosa. Rev Esp Enfermedades Dig [Internet]. agosto de 2005 [citado 11 de septiembre de 2019];97(8):602-602. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-01082005000800009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

41. Gómez V VG, Silva IN de N, Brito BS, Silva J, Silva MCM da, Santana GO, et al. The onset of clinical manifestations in inflammatory bowel disease patients. *Arq Gastroenterol* [Internet]. septiembre de 2018 [citado 11 de septiembre de 2019];55(3):290-5. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0004-28032018002300290&lng=en&nrm=iso&tlng=en
42. Pizarro G, Quera R, Figueroa C. Factores pronósticos en Colitis Ulcerosa de reciente diagnóstico. *Rev Médica Chile* [Internet]. 2017 [citado 11 de septiembre de 2019];145(10):1319-29. Disponible en: <https://medes.com/publication/127287>
43. Bousoño G. Enfermedad inflamatoria intestinal. *Bol Pediatr* [Internet]. 2006;46(1):91-9. Disponible en: http://www.sccalp.org/boletin/46_supl1/BolPediatr2006_46_supl1_091-099.pdf
44. Pérez T CP, Maestu AP. Tratamiento nutricional en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Nutr Hosp* [Internet]. 2008;23(5):11. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000700003

9. ANEXOS

ANEXO 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, PERIODO
ENERO 2012 – DICIEMBRE 2019.

CÓDIGO DEL FORMULARIO: _____

HISTORIA CLÍNICA: _____

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
Edad: _____	Sexo: 1. Hombre 2. Mujer	
Residencia: 1. Urbana 2. Rural	Etnia 1. Mestizo 2. Blanco 3. Indígena 4. Otro	
SECCIÓN B: ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES		
Marque la EII que corresponda según el caso:		
9.1.1.1. Enfermedad de Crohn (continúe sección B1)		
9.1.1.2. Colitis ulcerosa (Continúe con sección B2)		
9.1.1.3. Colitis no clasificada Continúe con la sección B3)		
B1. ENFERMEDAD DE CROHN		
<i>B1.1. Clasificación Montreal de la Enfermedad de Crohn</i>		
Edad de diagnóstico (A): _____	Localización (L)	Patrón clínico (B)
A1: < 16 años	1. L1: íleon terminal	1. B1: inflamatorio
A2: 17 a 40 años	2. L2: colón	2. B2: estenosis
A3: > 40 años	3. L3: ileocólica	3. B3: fistulizante o penetrante
	4. L4: tracto digestivo alto	4. B1p: inflamatorio con afección perianal asociada
	5. L1+L4	5. B2p: estenosante con afección perianal asociada
	6. L2+L4	6. B3p: fistulizante con afección perianal asociada
<i>B1.2. Índice de Harvey-Bradshaw para la Enfermedad de Crohn</i>		
	Estado general	
	Muy bueno	0
	Regular	1
	Malo	2
	Muy malo	3
	Terrible	4
	Dolor abdominal	
	Ausente	0
	Leve	1
	Moderado	2
	Intenso	3
	Número de deposiciones al día	=
	Masa abdominal	
	No	0
	Dudosa	1
	Definida	2

	Dolorosa	3	
	Complicaciones		
	Artralgias	1	
	Uveitis	1	
	Eritema nodoso	1	
	Aftas	1	
	Pioderma	1	
	Fístula anal	1	
	Absceso	1	
	Otras fístulas	1	
	Total		
	Interpretación		
	< 5 puntos: inactivo 2. 6 a 10: activo > 10: grave		
B1.3. Diagnóstico imágenes			
			Observaciones
1.	Radiografía	1. Sí 2. No 3. No realizado	
2.	Ecografía	1. Sí 2. No 3. No realizado	
3.	TAC	1. Sí 2. No 3. No realizado	
4.	RM	1. Sí 2. No 3. No realizado	
5.	Biopsia	1. Sí 2. No 3. No realizado	
6.	Otros	1. Sí 2. No	
B1.4. Tratamiento (marcar los que esté recibiendo)		B.1.5. Complicaciones extaintestinales	
1.	Aminosalicilatos	1.	Hepatobiliares
2.	Corticoides	2.	Enfermedad tromboembólica venosa
3.	Inmunomoduladores	3.	Manifestaciones oculares
4.	Biológicos	4.	Manifestaciones articulares
5.	Cirugía	5.	Ninguna
6.	Otros	6.	Otras
	¿Cuáles? _____		¿Cuáles? _____
7.	Ninguno		_____
B2. COLITIS ULCEROSA			
B2.1. Clínica (marcar todo lo que esté registrado)		B.1.2. Complicaciones extaintestinales	
1.	Diarrea	1.	Hepatobiliares
2.	Rectorragia	2.	Enfermedad tromboembólica venosa
3.	Dolor abdominal	3.	Manifestaciones oculares
4.	Distensión abdominal	4.	Manifestaciones articulares
5.	Pujo y tenesmo	5.	Ninguna
6.	Estreñimiento	6.	Otras
			¿Cuáles? _____

B1.3. Diagnóstico imágenes			
			Observaciones
1.	Radiografía	1. Sí 2. No 3. No realizado	
2.	Ecografía	1. Sí 2. No 3. No realizado	
3.	TAC	1. Sí 2. No 3. No realizado	
4.	RM	1. Sí 2. No 3. No realizado	
5.	Biopsia	1. Sí 2. No 3. No realizado	
6.	Otros	1. Sí 2. No	
B1.4. Tratamiento (marcar los que esté recibiendo)			
1.	Cirugía		
2.	Drenaje percutáneo		
3.	Dilatación endoscópica anorrectal		

4. Otros ¿Cuáles? _____ _____	
5. Ninguno	
B3. COLITIS INDETERMINADA	
B2.1. Clínica (marcar todo lo que esté registrado)	B.1.2. Complicaciones extaintestinales
1. Diarrea 2. Rectorragia 3. Dolor abdominal 4. Distensión abdominal 5. Pujo y tenesmo 6. Estreñimiento	1. Hepatobiliares 2. Enfermedad tromboembólica venosa 3. Manifestaciones oculares 4. Manifestaciones articulares 5. Ninguna 6. Otras ¿Cuáles? _____ _____ 7.
B1.3. Diagnóstico imágenes	
	Observaciones
1. Radiografía 1. Sí 2. No 3. No realizado	
2. Ecografía 1. Sí 2. No 3. No realizado	
3. TAC 1. Sí 2. No 3. No realizado	
4. RM 1. Sí 2. No 3. No realizado	
5. Biopsia 1. Sí 2. No 3. No realizado	
6. Otros 1. Sí 2. No	
B1.4. Tratamiento (marcar los que esté recibiendo)	
1. Cirugía 2. Drenaje percutáneo 3. Dilatación endoscópica anorrectal 4. Otros ¿Cuáles? _____ _____ 5. Ninguno	

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable (s):	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento hasta el momento del llenado del formulario	Cronológica	Historia clínica	Numérica
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres	Fenotípica	Historia Clínica	1. Hombre 2. Mujer
Residencia	Lugar o domicilio donde reside la persona	Geográfica	Historia clínica	Nominal 1. Urbana 2. Rural
Etnia	Grupo social, comunidad de personas que comparten diversas características y rasgos.	Cultural Social	Historia clínica	1. Mestiza 2. Blanca 3. Indígena 4. Otra
Tipo de EII	Entidades cuyo origen es multifactorial, se caracterizan por un fenómeno inflamatorio, crónico y recurrente con diferentes grados de afectación sobre el tubo digestivo pero además con compromiso potencial de otros órganos	Clínica	Historia clínica	1. Enfermedad de Crohn 2. Colitis ulcerosa 3. EII no clasificada
Clasificación Montreal de la Enfermedad de Crohn	Sistema que agrupa a los pacientes con enfermedad de Crohn en distintas categorías que ayudan a seleccionar mejor el tratamiento, establecer un pronóstico.	Clínica	Historia clínica	5. Edad de diagnóstico 6. Localización 7. Patrón clínico
Índice de Harvey-Bradshaw para la Enfermedad de Crohn	Score basado en los síntomas subjetivos reportados por el paciente, evalúa los parámetros clínicos referidos por los pacientes a las 24 horas precedentes a la consulta.	Clínica	Historia Clínica	1. Inactivo 2. Activo 3. Grave

Clínica de EII	Síntomas referidos por el paciente con EII.	Clínica	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diarrea 2. Rectorragia 3. Dolor abdominal 4. Distensión abdominal 5. Pujo y tenesmo 6. Estreñimiento
Diagnóstico de EII	Métodos para el diagnóstico aplicados en el paciente para llegar al diagnóstico en los pacientes con EII	Diagnóstica	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Radiográfico 2. Ecográfico 3. Tomografía 4. Resonancia magnética 5. Biopsia 6. Otros
Tratamiento	Esquema terapéutico que se encuentra recibiendo el paciente luego del diagnóstico de EII	Terapéutico	Historia Clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aminosalicilatos 2. Corticoides 3. Inmunomoduladores 4. Biológicos 5. Cirugía 6. Otros 7. Ninguno
Manifestaciones extraintestinales de la EII	Manifestaciones extraintestinales y/o diagnósticos atribuidos a la EII	Clínica	Historia Clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hepatobiliares 2. Enfermedad tromboembólica venosa 3. Manifestaciones oculares 4. Manifestaciones articulares 5. Otras 6. Ninguna

ANEXO 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES								RESPONSABLES
	2019								
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Presentación y aprobación del protocolo									Investigador- Director
Elaboración del marco teórico									Investigador-Director
Revisión de los instrumentos de recolección de datos									Investigador
Recolección de los datos									Investigador
Análisis e interpretación de los datos									Investigador- Director
Elaboración y presentación de la información									Investigador- Director

ANEXO 4: PRESUPUESTO

Fuentes	Discriminación detallada de Recursos	Unidades que se Requieren	Valor de cada Unidad (USD)	Costo Total (USD)
Autora del estudio	Computadora	1	--	--
	Impresora	1	--	--
	Hoja A4	3000	0.01	30.00
	Impresiones	3000	0.02	60.00
	Fotocopias	1000	0.01	10.00
	Internet (horas)	400	0.1	40.00
	Lápiz	5	0.6	3.00
	Borrador	3	0.2	0.60
	Alimentación	80	1	80.00
	Transporte	60	1	60.00
	Varios	1	70	70.00
	Computadora	1	0	0.00
TOTAL		--	--	USD 353.60

ANEXO 5: OFICIO DE BIOÉTICA



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 14/6/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

Perfil clínico y epidemiológico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal del hospital José Carrasco Arteaga, periodo enero 2012- abril 2019

Trabajo de titulación realizado por Luis Enrique Peralta Castro

Código: Pe03PerME18



DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA

ANEXO 6: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



Cuenca, 17 de junio del 2019.

Señor Doctor.
Marco Rivera Ullauri
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que el estudiante de la Carrera de Medicina PERALTA CASTRO LUIS ENRIQUE con CI: 0106625403, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "PERFIL CLINICO Y EPIDEMIOLOGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, PERIODO ENERO 2012 - ABRIL 2019". La Investigación será dirigida por el DR. ALVARO FERNANDO GONZALEZ ORTEGA, especialista en Medicina Interna y docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:

The image shows a handwritten signature in blue ink over a blue official stamp. The stamp contains the text: 'UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA', 'UNIDAD DE BIENESTAR', 'CARRERA DE MEDICINA', and 'SERVICIO REGIONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CUENCA'. Below the stamp, the name 'LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.' is printed in bold black letters.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

ANEXO 7: OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA



Memorando Nro. IESS-HJCA-CGI-2019-0187-M

Cuenca, 26 de junio de 2019

PARA: Sr. Mgs. Luis Amable Carvajal Perez
Coordinador General de Tecnologías de Información y Comunicación

ASUNTO: Dar las facilidades a Luis Enrique Peralta Castro

De mi consideración:

La Coordinación General de Investigación, informa a usted, haber autorizado a Luis Enrique Peralta Castro con CI: 0106625403, estudiante de la Universidad Católica de Cuenca, con el fin de que pueda desarrollar su investigación, sobre el tema: "PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. PERIODO ENERO 2012 – ABRIL 2019." Sírvase en disponer a quién corresponda, dar las facilidades necesarias para la ejecución de dicha investigación, con el acceso al sistema AS-400, hasta el mes de octubre 2019.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,


Dr. Marco Vinicio Rivera Ullauri
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES - JOSÉ CARRASCO ARTEAGA

Anexos:
- img08955.pdf



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL "JOSÉ CARRASCO ARTEAGA"

Cuenca, 27 de junio de 2019.

Señor/a
PERALTA CASTRO LUIS ENRIQUE
Presente;

ASUNTO. Entrega de Usuario para el SISTEMA MULTIEMPRESA AS/400.

Mediante el presente, comunico a usted que la clave de usuario y la contraseña para el ingreso al Sistema AS/400 son las que constan en la parte inferior.

Acuerdo de Confidencialidad:

Según lo dispuesto en el Reglamento de Información Confidencial Del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se establece la obligatoriedad de contar con un sistema adecuado de custodia digital y física de los datos pertenecientes a la esfera de la intimidad de las personas, el usuario se obliga y compromete a:

Respetar los datos de carácter confidencial contenidos en el Sistema MIS o demás documentación clínica, en concordancia con el Art. 66, numeral 9, 10 y 19 de la Constitución de la República; Art. 6 de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Art. 4 de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente.

Por tanto, entiende que es de su exclusiva responsabilidad la utilización de la clave de acceso a dicho sistema; y, que se encuentra expresamente prohibido el uso, divulgación por cualquier medio, reproducción, o cualquier acto que infrinja el dispositivo legal vigente y que atente contra la intimidad de las personas; hecho susceptible de ser sancionado con la pena privativa de libertad de uno a tres años, según el Art. 178 del Código Orgánico Integral Penal vigente.

Particular que dejo constancia para los fines pertinentes.

USUARIO:	IF0103397
CONTRASEÑA:	IF0103397

Atentamente,

Ing. María Rosa Fárez S.
Analista Informático HJCA

RECIBE: _____

NRO. CEDULA:

ANEXO 8: ANTIPLAGIO

INFORME FINAL DE TITULACION LUIS ENRIQUE PERALTA

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	3%
2	www.ey.com Fuente de Internet	3%
3	gedii.dogmasis.pt Fuente de Internet	2%

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 2%

ANEXO 9: RÚBRICA DE PARES REVISORES 1



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
 COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Perfil clínico y epidemiológico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital José Comasaca Arteaga periodo Enero 2022 - Abril 2019

Nombre del estudiante: Luis Enrique Peralta Castro

Director: Dr. Álvaro González

Nombre de par revisor: Dr. Andrea Ochoa

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	✓			/1
Redacción Científica	✓			/1
Pensamiento crítico	✓			/1
Marco teórico	✓			/1
Anexos	✓			/1
Total				5 /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	
Tesis apta para sustentación con modificaciones	✓
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Agregar faltas de ortografía.

Completar el dato de los métodos diagnósticos.

Manuel Vega
 Firma y sello de responsable

 Firma de aceptación del estudiante

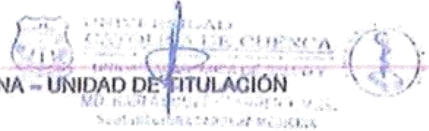
Manuel Vega y Pio Bravo
 Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec

UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
 CARRERA MEDICINA
 DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



ANEXO 10: RÚBRICA DE PARES REVISORES 2



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Perfil clínico y epidemiológico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital José Carrasco Arteaga periodo Enero 2012 - Abril 2019

Nombre del estudiante: Luis Enrique Peralt Castro

Director: Dr. Álvaro González

Nombre de par revisor:

PROCESO	EVALUACIÓN			Calificación
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	
Estructura de tesis				0.5 /1
Redacción Científica				0.5 /1
Pensamiento crítico				0.5 /1
Marco teórico				0.5 /1
Anexos				0 /1
Total				2.0 /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	
Tesis apta para sustentación con modificaciones	X
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:


Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec

06 | Luis Enrique Peralt

DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



ANEXO 11: OFICIO DE CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES DE



PARES REVISORES
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

Cuenca a 25 septiembre de 2019

Sra. Mgs
Carem Prieto
RESPONSABLE (S) DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UCACUE

Su despacho.

De mi consideración:

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el trabajo de grado, de título: "Perfil clínico y epidemiológico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal del hospital José Carrasco Arteaga periodo enero 2012- abril 2019". Realizado por el estudiante, Luis Enrique Peralta Castro, ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados motivo por el cual me permito sugerir se de paso a la sustentación del mismo.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Álvaro González
Médico Internista
Mgs. en Gerencia de la Salud

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

ANEXO 12: INFORME FINAL DE TITULACIÓN



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado septiembre 2018 – agosto 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: el alumno PERALTA CASTRO LUIS ENRIQUE ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación titulado: PERFIL CLINICO Y EPIDEMIOLOGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, PERIODO ENERO 2012 - ABRIL 2019, obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 7/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 47/100

Revisores: DR. ANDREA OCHOA/ DR. ARTURO CARPIO

Director: DR. ALVARO GONZALEZ/ **Asesor:** DRA. JEANETTE TAPIA

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. El alumno ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación de la alumna antes mencionada.

Atentamente,


Lcda. Carem Prieto M. Sc.

Responsable de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



26 SEP 2019

68 | Luis Enrique Peralta

RECIBIDO
HORA: 11h38 FIRMA: A

ANEXO 13: RÚBRICA DE REVISIÓN DE DIRECCIÓN DE CARRERA




UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Luis Enrique Peralta Castro portador de la cedula de ciudadanía No. 0106625403. En calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “Perfil clínico y epidemiológico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, periodo enero 2012-abril2019” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos, así mismo; autorizo a la universidad para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 26 de septiembre de 2019



0106625403

ANEXO 14: PERMISO DEL AUTOR PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO UNIVERSITARIO



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Luis Enrique Peralta Castro portador de la cedula de ciudadanía No. 0106625403. En calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "Perfil clínico y epidemiológico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, periodo enero 2012-abril 2019" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos, así mismo; autorizo a la universidad para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 26 de septiembre de 2019

0106625403