



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA

HOSPITAL GENERAL DEL ESTE "DR. DOMINGO LUCIANI"

**ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y
EPIDEMIOLÓGICAS**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al Título de Especialista en
Gastroenterología

Laura Valentina Peña Rojas

Tutor: Antonio José Vidal

Caracas, noviembre de 2019

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA (SICHT)

FECHA: 28/11/2019

AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRÓNICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

Yo, (Nosotros) *LAURA VALENTINA PEÑA ROJAS*, autor(es) del trabajo o tesis, *ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS*. Presentado para optar: *TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA* Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

Si autorizo

☒	Si autorizo
☐	Autorizo después de 1 año
☐	No autorizo
☐	Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo
Indique:	

Firma(s) autor (es)

C.I. ° _____

e-mail: _____

C.I. ° 17733.315

e-mail: LAURAPRBS@gmail.com

En Caracas, a los 28 días del mes de noviembre de 2019

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo. La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Antonio Vidal', written over a horizontal line.

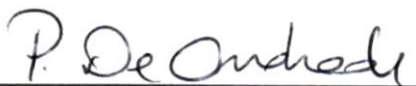
Antonio Vidal

Tutor

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Antonio Vidal', written over a horizontal line.

Antonio Vidal

Director del postgrado de Gastroenterología

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. De Andrade', written over a horizontal line.

Yuraima de Andrade

Coordinador Académico

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	6
Métodos	18
Resultados	21
Discusión	30
Conclusiones	36
Limitaciones	39
Referencias	40
Anexos	43

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS

Laura Valentina Peña Rojas, C.I: 17.733.315. Sexo: Femenino. E-mail: laurapr85@gmail.com Tlf: 0414-829.5146. Dirección: Hospital General del Este. “Dr. Domingo Luciani”. Especialización en Gastroenterología.

Antonio José Vidal, C.I: 10.332.248. Sexo: Masculino. E-mail: drantoniovidal@gmail.com Tlf: 0416-6132280. Dirección: Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani”. Especialista en Gastroenterología.

RESUMEN

La Enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa son dos expresiones clínicas de las enfermedades inflamatorias intestinales, caracterizadas por períodos de remisión y exacerbación, ambas con fenotipo heterogéneo y algunas manifestaciones clínicas que se sobreponen, las cuales contribuyen a la patología colorrectal dado por su cronicidad, severidad, evolución y afectación de la calidad de vida de los pacientes que las padecen. Se procedió a estudiar una parte de la población de la consulta externa de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani” por medio de una encuesta donde se investigaron las características epidemiológicas y clínicas. Se analizaron los datos a partir de técnicas estadísticas descriptivas en distribuciones de frecuencias y tablas de asociación discriminados a partir de los objetivos específicos. Los resultados avalan estudios publicados realizados a nivel mundial y, a los pocos estudios reportados en América Latina, en los cuales el sexo femenino fue predominante en ambas EII, de igual forma se observó un comportamiento bimodal, las manifestaciones extraintestinales más frecuentes encontradas fueron osteoarticulares para ambas patologías, mayor número de complicaciones en la enfermedad de Crohn y tratamiento médico adecuado con Mesalazina para CU e Infliximab para EC. Sería interesante realizar trabajos a futuro donde se expongan las características con respecto a la calidad de vida de los pacientes que padecen estas enfermedades, y considerar la capacidad o impedimento de la adherencia al tratamiento médico, para de esta forma establecer puntos clave para el manejo de la patología.

Palabras Clave: Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Colitis Ulcerosa Idiopática Crónica, Rectocolitis ulcerosa, Enfermedad de Crohn.

INFLAMMATORY INTESTINAL DISEASE: CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS

Laura Valentina Peña Rojas, C.I: 17.733.315. Sex: Female E-mail: laurapr85@gmail.com. Phone: 0414-829.5146. Address: General Hospital of the East "Dr. Domingo Luciani. " Specialization in Gastroenterology.

Antonio José Vidal, C.I: 10.332.248. Sex: Male. E-mail: drantoniovidal@gmail.com Phone: 0416-6132280. Address: General Hospital of the East "Dr. Domingo Luciani" Specialist in Gastroenterology.

SUMMARY

Crohn's disease and ulcerative colitis are two clinical expressions of intestinal inflammatory diseases, characterized by periods of remission and exacerbation, both with a heterogeneous phenotype and some overlapping clinical manifestations, which contribute to chronic colorectal disease due to chronicity. severity, evolution and affectation of the quality of life of the patients who suffer them. We proceeded to study a part of the population of the outpatient clinic of inflammatory bowel disease of the Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani" through a survey where the epidemiological and clinical characteristics were investigated. The data were analyzed from descriptive statistical techniques in frequency distributions and association tables discriminated from the specific objectives. The results support published studies conducted worldwide and, to the few studies reported in Latin America, in which the female sex was predominant in both IBD, in the same way a bimodal behavior was observed, the most frequent extraintestinal manifestations found were osteoarticular to both pathologies, greater number of complications in Crohn's disease and adequate medical treatment with Mesalazine for UC and Infliximab for CD. It would be interesting to carry out future works where the characteristics with respect to the quality of life of the patients of these disease are exposed, and to consider the capacity or impediment of the adherence to the medical treatment, in this way to establish key points for the management of this pathology.

Palabras Clave: Intestinal Inflammatory Disease, Chronic Idiopathic Ulcerative Colitis, Ulcerative Rectocolitis, Crohn's Disease.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) son dos expresiones clínicas de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), caracterizadas por períodos de remisión y exacerbación, ambas con fenotipo heterogéneo y algunas manifestaciones clínicas que se superponen, las cuales contribuyen a la patología colorrectal dado por su cronicidad, severidad, evolución y afectación de la calidad de vida de los pacientes que las padecen. ^(1,2)

Se ha observado un aumento de la prevalencia e incidencia de las EII, reportando una prevalencia de CU y EC de 505/100.000 y 322/100.000 habitantes en Europa, y 249/100.000 y 319/100.00 habitantes para CU y EC en América del Norte respectivamente. ⁽²⁾

Son escasos los datos epidemiológicos disponibles en centro y sur América, a pesar de haber trabajos publicados en Colombia y Brasil; sin embargo el desconocimiento de la enfermedad y la precariedad con respecto a los servicios de salud así como la alta incidencia de infecciones gastrointestinales y falta de medios diagnósticos conllevan a un subregistro de las EII en países en vías de desarrollo. ⁽³⁾

Mientras que la CU no tiene predilección por sexo, la EC predomina en el género masculino con una relación de 1,8:1. Con respecto a la edad, tiene una presentación bimodal, con el pico más importante entre los 15 y 30 años, y un segundo pico entre los 55 y 80 años. ^(4,5)

Su etiología se mantiene desconocida pero es indudable que se trata de un complejo multifactorial, ya que posee un importante componente genético junto con una respuesta inmune innata. La evidencia de una susceptibilidad determinada genéticamente se sustenta en la diferente prevalencia de las EII según el sustrato étnico, y en el alto riesgo de desarrollo en familiares de primer grado. Algunas

investigaciones sugieren que esta patología consiste en una respuesta inmune local alterada frente a antígenos bacterianos de la flora intestinal comensal. ⁽⁵⁾

Entre otros factores de riesgo para el desarrollo de EII se encuentra el uso de anti-inflamatorios no esteroideos (incluyendo inhibidores selectivos de COX-2), los cuales pueden desencadenar brotes de la enfermedad posiblemente mediante la alteración de la permeabilidad de la barrera intestinal. De igual forma el tabaquismo incrementa el riesgo de EC, aunque disminuye el de CU. Se ha relacionado también su etiología con agentes infecciosos ya que, al cruzar la barrera intestinal se inicia la cascada inflamatoria a nivel de la mucosa intestinal, y dentro de los patógenos más frecuentes se encuentran paramixovirus, *Mycobacterium paratuberculosis* y *Listeria monocytogenes* por solo mencionar algunos. ⁽⁵⁾

El cuadro clínico de las EII es diferente, aunque en un 10% de los pacientes es difícil distinguir el tipo específico de padecimiento. ⁽⁵⁾

Mientras que la enfermedad de Crohn puede afectar a cualquier segmento del intestino, se localiza más frecuentemente en íleon terminal. Con respecto a los síntomas principalmente se presenta como diarrea y/o dolor abdominal. Su clasificación debe realizarse en orden a: 1) localización (ilecólica, ileal, cólica, perianal, o de otras localizaciones); 2) patrón clínico (inflamatorio, estenosante o fistulizante); y 3) gravedad (leve, moderada, grave). Por otro lado la colitis ulcerosa afecta sólo colon, y es una enfermedad propiamente de la mucosa a diferencia de la EC que es transmural. El síntoma fundamental de la CU es la diarrea y rectorragia, y puede clasificarse según 1) extensión (proctitis, colitis izquierda, y colitis extensa) y 2) gravedad: asintomática, leve, moderada, o grave. ⁽⁶⁾

Aproximadamente el 5-10% de los pacientes con EII presentan manifestaciones extra-intestinales, dentro de las cuales la enfermedad articular (espondilitis anquilosante y sacroileitis) está asociada con mayor frecuencia. Algunos estudios demuestran la asociación entre el compromiso articular y ocular con algunos

antígenos HLA, apoyando la importancia del componente genético en las EII. Dentro de las demás manifestaciones extra-intestinales, en menor orden de frecuencia, se encuentran: a nivel de piel, eritema nodoso y pioderma gangrenoso; ocular: uveítis, iritis, epiescleritis; biliar: colelitiasis, colangitis esclerosante primaria (CEP) y colangiocarcinoma; renal, litiasis y amiloidosis; vasculares, trombosis arterial y venosa. ⁽⁶⁾

En vista de no existir datos epidemiológicos suficientes sobre EII en el país, da pista a abrir la interrogante sobre la determinación de dichos registros lo que contribuirá tanto a un mejor seguimiento de la enfermedad como al registro objetivo, asegurando de esta forma el manejo adecuado de la patología.

No existiendo investigaciones similares en Venezuela este estudio observacional servirá de referencia para próximos análisis, mejorando de esta forma la calidad y el desarrollo del conocimiento sobre la enfermedad inflamatoria intestinal como un todo, previniendo o tratando adecuadamente cada una de sus complicaciones.

Planteamiento del Problema

Las enfermedades inflamatorias intestinales son consideradas patologías crónicas del tracto digestivo, caracterizadas por la aparición y mantenimiento de la cascada inflamatoria cuya etiología no ha sido aclarada. Las dos entidades más comunes en este grupo son la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC). Con respecto a la CU se caracteriza por la inflamación difusa crónica que afecta preferentemente colon y recto aunque puede extenderse hacia, y hasta, íleon terminal. Dicha inflamación se encuentra restringida a la mucosa y submucosa; por otro lado, la EC viene dada por la inflamación transmural del intestino que afecta uno o varios segmentos del mismo desde la boca hasta el ano, alternada con áreas de mucosa sana. Las áreas más frecuentemente afectadas son íleon terminal y colon proximal.⁽⁷⁾

La incidencia de EC en Sur América alcanzó un promedio de 3 por 100.000 habitantes, elevándose a 3–4/100.000 en áreas urbanas más desarrolladas en Brasil.⁽⁸⁾

En un estudio publicado en 2009 por Yamamoto-Furusho, en el que se analizó la epidemiología de la CU en México de 1987 a 2006, se encontró que la media de casos nuevos se incrementó de 28.8 en el período de 1987 a 1996, a 76.1 en el segundo período de 1997 a 2006. La incidencia se incrementó 2.6 veces comparando ambos lapsos. Si bien existen pocos datos epidemiológicos de los países en vías de desarrollo, la incidencia y la prevalencia de EII están aumentando con el tiempo y en las diferentes regiones, indicando su surgimiento como enfermedad a nivel mundial.^(8,9)

Las EII son entidades crónicas que afectan la calidad de vida del paciente, ya que incapacitan y limitan francamente sus actividades cotidianas, teniendo así un gran impacto social. Actualmente en Venezuela existe un incremento en la prevalencia e incidencia de esta enfermedad, de igual forma existe un subregistro de la misma debido a la falta de correlación de los síntomas al momento de realizar el diagnóstico dado frecuentemente por desconocimiento de las manifestaciones tanto de la CU como de la EC.

Por las razones explicadas anteriormente se plantea la interrogante sobre cuáles serían las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal que acuden a la consulta de dicha patología del servicio de Gastroenterología del Hospital “Dr. Domingo Luciani” durante el período entre enero y septiembre de 2018, se aplicará un instrumento de recolección de datos basado en la encuesta de caracterización epidemiológica de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en México (EPIMEX-IBD), aplicada a nivel internacional y modificada de acuerdo a las necesidades del presente estudio.

Justificación e importancia

Las EII ocasionan 25000 visitas anuales al médico, 20000 hospitalizaciones y pérdida de más de un millón de días laborables por año; el costo financiero anual es de más de medio billón de dólares que incluyen hospitalización y medicamentos, según la OMS y estudios realizados en norte América.

Una de las necesidades más apremiantes en las instituciones hospitalarias es el rápido diagnóstico y manejo de pacientes con enfermedades crónicas. El interés científico de la presente investigación, se basa en la importancia diagnóstica y manejo terapéutico de los pacientes con EII, estableciendo de esta forma las diferentes medidas para manejo a mediano y largo plazo. La encuesta de caracterización epidemiológica de la enfermedad inflamatoria intestinal es un instrumento que otorgará la simplicidad necesaria para implementarla de manera rutinaria, su utilidad en el seguimiento del paciente permitirá además cambios en la conducta terapéutica y su objetividad concederá que sea una herramienta que daría paso a la realización de estudios multicéntricos reproducibles para la determinación de eficacia terapéutica, pronóstico y mortalidad en los pacientes con EII.

Antecedentes

Resulta necesario comentar que esta patología mantiene estable su incidencia a nivel mundial siendo mayor en el continente occidental, sobre todo en Gran Bretaña, Austria, Francia, Escandinavia y EE.UU., siendo a la vez consideradas las áreas de menor incidencia Asia y América del Sur. En Francia, la incidencia de RCU fue establecida en 3,2 por cada 100.000 habitantes. En Oriente y en el hemisferio sur, la incidencia es indudablemente menor, aunque sus cifras reales son desconocidas. La mayor incidencia y prevalencia de las EII se ha señalado en el norte de Europa, Reino Unido y Estados Unidos de América, que son las regiones geográficas a las cuales se ha ligado históricamente. Sin embargo, en los últimos años se ha

informado sobre un aumento de las EII en otras áreas del mundo como Europa central, Europa del Sur, Asia, África y Latinoamérica.⁽¹⁰⁻¹¹⁾

En estudios de Brasil, Puerto Rico y Uruguay la CU es más común que la EC, el modelo de presentación de la enfermedad en estos países es comparable con la epidemiología de la enfermedad en EE.UU. y Europa durante los años 70 y 80, y en la actualidad con el este de Europa y China. Tales variaciones entre países adyacentes darían valor para un estudio continental de las EII.⁽⁸⁾

Una hipótesis que explica la diferencia en incidencia entre naciones desarrolladas y en desarrollo es la “hipótesis de la higiene”, que sugiere que las personas menos expuestas a infecciones en la infancia o a condiciones sanitarias muy estrictas, pierden microorganismos u organismos que promueven el desarrollo de las células T regulatorias, o no desarrollan un repertorio suficiente, ya que no se enfrentaron con organismos agresivos. Tales individuos presentan una mayor incidencia de enfermedades inmunitarias crónicas, incluyendo las EII. Por otro lado, otra hipótesis para el surgimiento de las EII en naciones en desarrollo incluye la dieta y el estilo de vida occidental, lo cual incluye el uso de enfoques occidentales con respecto a la medicación y vacunación.^(12,13)

En Perú durante el año 2001, Vera *et al.*, realizaron un estudio descriptivo y prospectivo sobre el perfil clínico y epidemiológico de la RCU, el cual tuvo como objetivo describir 43 pacientes con diagnóstico de RCU desde junio 2001 a mayo 2003; se obtuvieron los siguientes resultados: 27 pacientes fueron mujeres (62,8 %) y 16 varones (37,2 %); el grupo etario más comprometido fue el de los 30-39 años (23,3 %). Los principales síntomas fueron diarrea (86 %), rectorragia (58,1 %) y dolor abdominal (37,2 %). Mientras otro estudio de tipo retrospectivo realizado en Perú en 1999, señaló cifras superiores para cada uno de estos síntomas: diarrea (95 %), rectorragia (87,8 %) y dolor abdominal (79,7 %).^(14,15)

En un estudio retrospectivo realizado en Uruguay, Montevideo, en el cual se evaluaron las características sociodemográficas de 48 pacientes con EC, se determinó que 24 fueron mujeres y 24 hombres. La edad mínima de inicio fue de 4 años y la máxima de 89, con una mediana de 25 años. De esta cohorte, 83% debutó antes de los 45 años, siendo el grupo etario más afectado el de 15 a 29 años. Se registraron antecedentes familiares de EII en cinco (10,4%) pacientes. Con relación a la topografía, 21 pacientes (43,7%) tuvieron compromiso de colon, 11 (23%) exclusivamente de íleon, ocho (16,7%) de íleon-colon y ocho (16,7%) proximal al íleon, de forma tal que 56,3% presentó compromiso de algún sector de intestino delgado. Presentaron manifestaciones extraintestinales siete pacientes (14,6%), de las cuales cinco (71,4%) fueron articulares. El tiempo medio de seguimiento fue de 12,3 años. En este lapso requirieron resección intestinal un total de 15 pacientes (31,2%), 5/8 de los de delgado, 4/11 de los de íleon, 3/8 de los de íleon-colon y 3/21 de los de colon. ⁽¹⁷⁾

Un aspecto interesante y no claramente explicado es que en la medida que los países han mejorado sus condiciones socioeconómicas los casos de CU también han aumentado, razón que justifica el aumento en la incidencia de CU en todo el mundo y sobre todo en los países en vías de desarrollo; situación de la cual probablemente no escapa Venezuela. ⁽¹⁸⁾

Con respecto a esto, un estudio publicado en el 2005 por la Universidad Central de Venezuela, realizado en un período de seis años, señaló que fueron diecisiete los pacientes (53,1 %) hombres diagnosticados con CU y quince (46 %) las mujeres. La edad osciló entre 23 y 80 años con un promedio de $40,5 \pm 13,2$ años. El motivo de consulta más frecuente fue la diarrea con moco y sangre en 22 pacientes (91,7%). ⁽¹⁸⁾

En un estudio realizado en dos consultas privadas de Gastroenterología en Puerto Cabello, Venezuela durante 2003 hasta 2007, en el cual se evaluaron 596 pacientes,

se detectaron 34 con CU, con una edad promedio de 42,4 años, con prevalencia para el sexo masculino, siendo las manifestaciones clínicas más resaltantes la rectorragia, pérdida de peso, diarrea y tenesmo, así como presencia de hemorroides externas.⁽¹⁹⁾

Marco teórico

Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) engloban una serie enfermedades crónicas del tracto gastrointestinal caracterizadas por episodios de recidivas (brotes) que se alteran con períodos de remisión de la enfermedad. Las más comunes son la enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis ulcerosa (CU). La CU es una inflamación difusa crónica que afecta preferentemente colon y recto aunque puede extenderse hasta íleon terminal. Dicha inflamación se encuentra restringida a la mucosa y submucosa. Por otro lado, la EC se caracteriza por la inflamación transmural del intestino que afecta uno o varios segmentos del mismo desde la boca al ano, con áreas adyacentes normales; de esta última entidad, las áreas más frecuentemente afectadas son íleon terminal y colon proximal.⁽²⁰⁻²¹⁾

A pesar de que la etiología de la enfermedad permanece desconocida, una serie de factores ambientales pueden tener un rol en el inicio de la enfermedad en pacientes con una predisposición genética. Otros factores que también pueden afectar la evolución de los pacientes con EII son: dieta, cirugías (apendicetomía), uso de anticonceptivos, situaciones de estrés, alteraciones de la microflora intestinal; mientras que desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo: infecciones (durante muchos años la enfermedad de Crohn fue asociada con la presencia de tuberculosis en los granulomas), toma de AINES, siendo un factor de riesgo independiente para el inicio de las crisis.⁽²²⁾

Estudios genéticos durante el año 2000, demostraron la presencia de polimorfismos en distintos genes relacionados con el desarrollo y evolución de las EII. El más

estudiado es el NOD2/CARD15, ubicado en el cromosoma 16q12, que se encuentra relacionado con enfermedad ileal, estenosis y edad precoz en pacientes con EC. Además, se relaciona con la actividad del factor NF-kappa beta, el que presenta una actividad reducida en respuesta a los lipopolisacáridos de la pared de las bacterias Gram negativas. Todos estos factores y su relación originan la puesta en marcha de mediadores pro-inflamatorios específicos (Il-2, Il-6, IFN- γ , TNF- α) e inespecíficos (prostaglandinas pro-inflamatorias, radicales superóxidos, etc.) y respuesta linfocitaria CD4 (Th1), que se perpetúa en el tiempo, condicionando el carácter crónico y recurrente de estos procesos.⁽²³⁾

La epidemiología de las EII es diferente alrededor del mundo, en tanto que los países que reportan la más alta incidencia de CU son Estados Unidos, Reino Unido y Suiza. En Estados Unidos la prevalencia de CU es de 37 a 246 casos por 100.000 personas (238 por cada 100.000 adultos) y la incidencia es 2,2 a 14,3 casos por cada 100.000 persona-año. Para la enfermedad de Crohn, la prevalencia es de 26 a 199 casos por 100.000 personas (201 por cada 100.000 adultos) y la incidencia es de 3,1 a 14,6 casos por cada 100.000 personas-año.⁽²⁵⁻²⁶⁾

En estudios recientes sobre la historia natural de la EII se ha notado que así como los países se han occidentalizado durante la última mitad del siglo pasado, la incidencia de CU se incrementó de manera importante desde entonces hasta nuestros días. En Latinoamérica, es una enfermedad relativamente poco frecuente, aunque todo indica que su realidad es creciente; son escasas las publicaciones sobre EII en este continente.⁽²⁷⁾

Las manifestaciones clínicas de las EII vienen de distintas maneras, pero, en general, debe sospecharse ante la presencia crónica o recurrente de rectorragia, dolor y distensión abdominal, episodios de diarrea, tenesmo o urgencia defecatoria, lesiones perianales y aparición de determinadas manifestaciones extraintestinales o

sistémicas, en este caso se presenta como afecciones articulares, dermatológicas, oculares y hepáticas entre otras.⁽³⁰⁾

Para conocer sobre evolución y determinar pronóstico en EC, se utiliza la clasificación de Montreal, la cual toma como criterios: localización (ileocólica, ileal, cólica, perianal, o de otras localizaciones), patrón clínico (inflamatorio, estenosante o fistulizante), y gravedad (leve, moderada, grave).⁽²⁹⁾

- Edad al diagnóstico (A)
 - A1. 16 años o menos
 - A2. 17-40 años
 - A3. más de 41 años
- Localización (L)
 - L1. íleon terminal
 - L2. colon
 - L3. íleo cólica
 - L4. tracto digestivo alto
 - L1+L4. íleon terminal + tracto digestivo alto
 - L2+L4. colon + tracto digestivo alto
 - L3+L4. íleo cólica + tracto digestivo alto
- Patrón clínico (B)
 - B1. Inflamatorio, no estenosante, no fistulizante
 - B1p. inflamatorio con afección perianal asociada
 - B2. estenosante
 - B2p. estenosante con afección perianal asociada
 - B3. fistulizante
 - B3p. fistulizante con afección perianal asociada.

Por otro lado, la gran dificultad para evaluar la gravedad y la actividad de la CU es debido principalmente al hecho de cursar con períodos de actividad y de remisión.

Por lo que esto ha llevado al desarrollo de diferentes índices de actividad que permiten establecer la gravedad del brote y evaluar la eficacia de los tratamientos.

Los más utilizados, tanto en la práctica clínica, y en estudios controlados, incluyen el índice de Truelove-Witts y el índice de actividad de la Clínica Mayo, sin embargo, también aportan una serie de problemas; en primer lugar, no son capaces de reflejar con exactitud la gravedad y en pacientes con mucha repercusión clínica son clasificados como moderados.

Otro de las escalas utilizadas para valorar extensión y gravedad de la CU es la clasificación de Montreal, en la cual se toma en cuenta la extensión y gravedad de la enfermedad:

- Extensión (E).
 - E-1 Proctitis ulcerosa: afección limitada al recto (el límite superior de la inflamación no supera la unión rectosigmoidea).
 - E-2 Colitis izquierda (o colitis distal): afección limitada al colon izquierdo (el límite superior de la inflamación no supera el ángulo esplénico).
 - E-3 Colitis extensa (pancolitis): afección que se extiende más allá del ángulo esplénico.
- Gravedad (S)
 - S-0 Colitis en remisión (colitis silente): no hay síntomas de la enfermedad.
 - S-1 Colitis leve: presencia de cuatro o menos deposiciones al día con sangre, sin fiebre, leucocitosis, taquicardia, anemia ni aumento de la VSG.
 - S-2 Colitis moderada: criterios intermedios entre leve y grave, siempre con signos de afección sistémica leves.

- S-3 Colitis grave: presencia de seis o más deposiciones diarias con sangre, fiebre, leucocitosis, taquicardia, anemia y aumento de la VSG, a menudo con signos de afección (“toxicidad”) sistémica grave.⁽³⁰⁾

Es extensa la bibliografía que vincula la epidemiología y las manifestaciones clínicas de las EII, sin embargo en lo que respecta a América Latina y específicamente a Venezuela no se encuentran datos suficientes que respalden estos datos, por lo que se plantea realizar un estudio que ayude a establecer y esclarecer dudas que se tengan en base a este tema.

Objetivo general

Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a la muestra de pacientes con EII en términos sociodemográficos y antecedentes patológicos.
2. Describir las características clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal presentada y su clasificación a partir de la escala Montreal para enfermedad de Crohn y la clasificación de Montreal para colitis ulcerosa.
3. Especificar las complicaciones y manifestaciones extra-intestinales de los pacientes con EII.
4. Caracterizar la evolución de la enfermedad con respecto al tratamiento recibido.

Aspectos éticos

El proyecto se regirá bajo los principios éticos de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía. Además, será sometido a la revisión del Comité Académico del Postgrado de Gastroenterología y Comisión de Bioética del Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani” para su consideración. Se ha diseñado un formato de consentimiento informado, que cumple con las normas inherentes para este tipo de investigaciones. A aquellos pacientes que no acepten ingresar en el presente proyecto les será respetada su decisión.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizará un estudio, descriptivo, unicéntrico, transversal, con un grupo de pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal de la consulta de gastroenterología del Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani” en el período de enero a septiembre de 2018.

Población y muestra

La población estará comprendida por todos los pacientes que acudan a la consulta de EII del Servicio de Gastroenterología, del Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani”, entre los que se obtendrá una muestra intencional no probabilística de 50 pacientes con diagnóstico clínico e histológico y en tratamiento para colitis ulcerosa, o enfermedad de Crohn.

Criterios de inclusión

1. Diagnóstico de colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn o colitis indeterminada.
2. Mayores de 15 años.
3. Que sepan leer y escribir el castellano y posean un nivel de instrucción mínimo.

Criterios de exclusión

1. Pacientes que no acepten participar en el estudio.
2. Pacientes que no aporten datos fidedignos por algún tipo de discapacidad.
3. Pacientes sin diagnóstico definitivo.

Procedimiento

1. Se seleccionarán pacientes previa autorización a través del consentimiento informado (ANEXO A) de la Consulta de EII del servicio de Gastroenterología del Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani”.

2. Posteriormente se procederá a la recolección de datos de historia clínica y datos que permitan hacer su seguimiento telefónico previa autorización del paciente a suministrar dicha información a la cual solo tendrá acceso el personal del grupo de investigación
3. Luego se procederá a realizar cuestionario (ANEXO B) donde se interroga datos personales, antecedentes patológicos, familiares, hábitos psicobiológicos, tratamiento, posteriormente se realizara evaluación clínica de cada paciente donde se interrogarán aspectos relacionados con la EII de la cual padezca y luego constancia del tratamiento para la misma.
4. Se procesarán y analizarán los resultados.
5. Se realizarán conclusiones de la investigación.

Tratamiento estadístico

Una vez obtenidos los datos fueron sistematizados en una tabla maestra diseñada en Microsoft®Excel para luego presentarlos y analizarlos a partir de las técnicas estadísticas descriptivas en distribuciones de frecuencias y tablas de asociación discriminados según el sexo, a partir de los objetivos específicos inicialmente planteados. A la variable cuantitativa edad, una vez comprobada su tendencia a la normalidad se le calculó media aritmética $\pm$ error típico, mediana, valor mínimo, valor máximo y coeficiente de variación comparándose según el tipo de EII a partir de la prueba de hipótesis para diferencia entre medias (t student). Para todo se utilizó el procesador estadístico SPSS en su versión 18 (software libre).

RESULTADOS

TABLA N° 1
ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS
PACIENTES CON EII. CONSULTA DE GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL
GENERAL DEL ESTE “DR. DOMINGO LUCIANI”.
ENERO – SEPTIEMBRE DE 2018

Características sociodemográficas		
Edad	f	%
15– 30	5	11,63
31 – 45	11	25,58
46 – 60	18	41,86
>60	9	20,93
$\bar{X} \pm Es$	49,10 años $\pm$ 2,08	
Sexo	f	%
Femenino	24	55,81
Masculino	19	44,19
Procedencia	f	%
Miranda	18	41,86
Dtto Capital	16	27,21
Anzoátegui	4	9,30
Barinas	1	2,33
Carabobo	1	2,33
Colombia	3	6,98
Nivel de Instrucción	f	%
Primaria	11	25,58
Secundaria	20	46,51
Técnico	12	27,91
Ocupación	f	%
Ama de casa	16	37,21
Desempleado	12	27,91
Mecánico	5	11,63
Secretaria	4	9,30
Comerciante	3	6,98
Corredor de seguros	1	2,33
Estudiante	1	2,33
Motorizado	1	2,33
Total	43	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Peña; 2018)

De todos los 43 pacientes con EII incluidos en la muestra se registró una edad promedio de 49,21 años $\pm$ 2,24, una mediana de 51 años, con una edad mínima de

15 años, una edad máxima de 73 años y un coeficiente de variación de 30% (serie homogénea entre sus datos).

La procedencia más frecuente fue el estado Miranda con un 41,86% (18 casos); seguidos de los pacientes del Distrito Capital (27,21%= 16 casos); siendo los municipios de mayor referencia el Sucre (11 casos) y Libertador (10 casos), seguido del municipio Baruta (6 casos)

El nivel de instrucción más frecuente fue la secundaria con un 46,51% (20 casos), seguido de los técnicos (27,91%= 12 casos) y en cuanto a la ocupación predominaron las amas de casa con un 37,21% (16 casos), seguidas de los desempleados (12 casos) y en tercer lugar los mecánicos (5 casos).

TABLA N° 2
ANÁLISIS DE LOS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE LOS PACIENTES CON
EII. CONSULTA DE GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL GENERAL DEL ESTE
“DR. DOMINGO LUCIANI”. ENERO – SEPTIEMBRE DE 2018

Antecedentes patológicos						
EII	CU		EC		Total	
Comorbilidades	F	%	f	%	f	%
Presente	11	25,58	4	9,30	15	34,88
Ausente	17	39,53	11	25,58	28	65,12
Total	28	65,12	15	34,88	43	100
Tipo de comorbilidad	F	%	f	%	f	%
Hipertensión Arterial	9	70	4	26,67	13	86,67
Diabetes Mellitus tipo 2	1	16,67	0	0	1	16,67
Asma bronquial	1	16,67	0	-	-	-
Antecedente patológico familiar	F	%	f	%	f	%
Presente	9	20,93	8	18,60	17	39,53
Ausente	19	44,19	7	16,28	26	60,47
Total	28	65,12	15	34,88	43	100
Tipo de AF	F	%	f	%	f	%
Hipertensión Arterial	3	17,65	5	29,41	8	47,06
Artritis reumatoide	4	23,53	1	5,88	5	29,41
Diabetes Mellitus tipo 2	1	5,88	2	11,76	3	17,65
Tuberculosis	2	11,76	1	5,88	3	17,65

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Peña; 2018)

Sólo un 34,88% de los pacientes con EII (15 casos) presentaba algún tipo de comorbilidad. La patología más referida fue la hipertensión arterial con 13 casos, siendo la más frecuente en ambos tipos de EII: CU (9 casos) y EC (4 casos).

Un 39,53% de los pacientes con EII refirió tener antecedente patológico familiar (17 casos), proporcionalmente se presentó con más frecuencia entre los pacientes con Enfermedad de Crohn (8/15); el antecedente familiar más frecuente fue la hipertensión arterial (8 casos), seguido de la artritis reumatoide (5 casos).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de comorbilidades y el tipo de EII ($X^2=0,68$; 1gl; $P=0,5118 > 0,05$), tampoco se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente patológico familiar y el tipo de EII ($X^2=1,06$; 1gl; $P=0,2060 > 0,05$)

TABLA N° 3
ANÁLISIS DEL TIPO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA SEGÚN LAS
CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES. CONSULTA DE
GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL GENERAL DEL ESTE “DR. DOMINGO
LUCIANI”. ENERO – SEPTIEMBRE DE 2018

EII	Colitis ulcerosa		Enfermedad de Crohn		Total	
Edad (años)	f	%	f	%	f	%
15 – 30	2	4,65	3	6,98	5	11,63
31 – 45	7	16,28	4	9,30	11	25,58
46 – 60	11	25,58	7	16,28	18	41,86
>60	8	18,60	1	2,33	9	20,93
$\bar{X} \pm Es$	52,79 +/- 5,4		42,53 +/- 7,9		t = -2,29; P= 0,0275	
Sexo	f	%	f	%	f	%
Femenino	16	37,21	8	18,60	24	55,81
Masculino	12	27,91	7	15,28	19	44,19
Total	28	65,12	15	34,88	43	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Peña; 2018)

El tipo de EII más frecuente fue la colitis ulcerosa con un 65,12% (28 casos), mientras que la enfermedad de Crohn se presentó en un 34,88% de los pacientes (15 casos).

La colitis ulcerosa fue más frecuente en el grupo etario de pacientes entre 46 y 60 años (11 casos) seguidos por los mayores de 60 años (8 casos), levemente del sexo femenino (16 casos). Por su parte, la Enfermedad de Crohn fue más frecuente en aquellos pacientes en el grupo entre 46 y 60 años (7 casos) y levemente del sexo femenino (8 casos).

El promedio de edad de los pacientes con colitis ulcerosa fue significativamente mayor que aquellos que presentaron Enfermedad de Crohn, siendo tal diferencia estadísticamente significativa ($t = -2,29$; $P = 0,0275 < 0,05$). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de EII y los grupos de edad.

TABLA N° 4
DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES
CON ENFERMEDAD DE CROHN INCLUIDOS EN LA MUESTRA. CONSULTA DE
GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL GENERAL DEL ESTE
“DR. DOMINGO LUCIANI”. ENERO – SEPTIEMBRE DE 2018

Enfermedad de Crohn (n=15)		
Edad dx	f	%
A1 (16a o menos)	2	13,33
A2 (17 a 40a)	10	66,67
A3 (>41a)	3	20
Localización	f	%
L1 íleon terminal	4	26,67
L2 colon	5	33,33
L3 íleo cólica	6	40
Patrón clínico	f	%
B1 no estenosante, no fistulizante o inflamatorio	2	13,33
B2 estenosante	9	60
B3 fistulizante	2	13,33
B3p fistulizante con afección perianal asociada	2	13,33
Severidad	f	%
Leve	2	13,33
Moderada	10	66,67
Grave	3	20
Total	15	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Peña; 2018)

Entre los pacientes con enfermedad de Crohn (n=15) predominaron aquellos con una edad de diagnóstico de 17 a 40 años (A2) con un 66,67% (10 casos). En cuanto a la localización, la más frecuente fue la íleo-cólica (L3) con un 40% (6 casos), seguido del colon (L2) (33,33%= 5 casos) y en lo que respecta al patrón clínico, predominaron aquellos con patrón estenosante (B2) con un 60% (9 casos).

Entre estos pacientes, fueron más frecuentes aquellos con severidad de nivel moderado con un 66,67% (10 casos), seguidos de aquellos clasificados con una severidad de nivel grave (20%= 3 casos).

TABLA N° 5
DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES
CON COLITIS ULCEROSA INCLUIDOS EN LA MUESTRA. CONSULTA DE
GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL GENERAL DEL ESTE “DR. DOMINGO
LUCIANI”. ENERO – SEPTIEMBRE DE 2018

Colitis ulcerosa (n=28)		
Extensión	f	%
E1 Proctitis ulcerosa	3	10,71
E2 Colitis izquierda	18	64,29
E3 Colitis extensa	6	21,43
Desconocida	1	3,57
Gravedad	f	%
S0 Colitis en remisión	2	7,14
S1 Colitis Leve	17	60,71
S2 Colitis moderada	8	28,57
Desconocida	1	3,57
Total	28	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Peña; 2018)

Entre los pacientes con Colitis Ulcerosa, en lo que respecta a la extensión, predominaron aquellos con Colitis izquierda (E2) (64,29%=18 casos) y en cuanto a la gravedad, predominaron aquellos con Colitis Leve (S1) (60,71%=17 casos).

TABLA N° 6
ANÁLISIS DE LAS MANIFESTACIONES EXTRA-INTESTINALES Y PRESENCIA
DE COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES CON EII. CONSULTA DE
GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL GENERAL DEL ESTE “DR. DOMINGO
LUCIANI”. ENERO – SEPTIEMBRE DE 2018

EII	Colitis ulcerosa		Enfermedad de Crohn	
Manifestación extra intestinal	F	%	f	%
Presente	12	42,86	2	13,33
Ausente	16	57,14	12	86,67
Total	28	100	15	100
Tipo de manifestación EI	F	%	f	%
Artritis	5	17,86	0	0
Espondiloartrosis	2	7,14	1	6,67
Pioderma Gangrenoso	2	7,14	1	6,67
Colangitis Esclerosante Primaria	2	10,71	0	0
Trombosis Venosa Profunda MI	1	3,57	0	0
Complicaciones	F	%	f	%
Presente	2	7,14	4	26,67
Ausente	26	92,86	11	73,33
Total	28	100	15	100

Tipo de Complicaciones	CU	EC	%
Megacolon Tóxico.	2	0	7,14
Obstrucción intestinal	0	4	26,67
TOTAL.	28	15	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Peña; 2018)

En lo que respecta a las manifestaciones extraintestinales, se presentaron con mayor frecuencia entre los pacientes con colitis ulcerosa (13/28), siendo la manifestación más frecuente la artritis (5 casos), seguidos de aquellos con colangitis esclerosante primaria, espondiloartrosis y pioderma gangrenoso (2 casos cada patología). Entre los pacientes con enfermedad de Crohn que presentaron manifestaciones extraintestinales (n=2) uno presentó pioderma gangrenoso, y otro presentó espondiloartrosis.

En cuanto a la presencia de complicaciones, se presentaron en distinta proporción en ambos grupos: colitis ulcerosa (2/28 casos) y Enfermedad de Crohn (4/15 casos). Entre los pacientes con Colitis Ulcerosa la complicación más frecuente fue el megacolon tóxico (2 casos) mientras que entre los pacientes con EC fue más frecuente la obstrucción intestinal (4 casos).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de manifestaciones extraintestinales y el tipo de EII ($X^2=1,35$; 1 gl; $P=0,1864 > 0,05$); sin embargo, si se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de complicaciones y el tipo de EII ($P=< 0,05$)

TABLA N° 7
DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO RECIBIDO POR LOS PACIENTES CON EII
ESTUDIADOS. CONSULTA DE GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL GENERAL
DEL ESTE “DR. DOMINGO LUCIANI”. ENERO – SEPTIEMBRE DE 2018

EII	Colitis ulcerosa		Enfermedad de Crohn	
Tratamiento Médico	f	%	f	%
Azatioprina	6	21,43	4	26,67
Mesalazina	10	35,71	----	----
Infliximab	----	----	8	53,33
Adalimumab	3	10,71	----	----
Azatioprina/ Adalimumab	1	3,57	2	13,33
Azatioprina/Mesalazina	3	10,71	----	----
Sulfazalasina	3	10,71	----	----
Mesalazina/ Adalimumab	1	3,57	----	----
Azatioprina//Infliximab	1	3,57	----	----
Infliximab/ Azatioprina	----	----	1	6,67
Tratamiento quirúrgico	f	%	f	%
Si	2	7.14	4	26,67
No	26	92.85	11	73,33
Total	28	100	15	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Peña; 2018)

En lo que respecta al tratamiento recibido, entre los pacientes con colitis ulcerosa se tiene que el medicamento mayormente utilizado fue la mesalazina (35,71%= 10 casos), seguido de la azatioprina (21,43%= 6 casos). Por su parte, entre los pacientes con Enfermedad de Crohn predominó el Infliximab con un 53,33% (8 casos); en segundo lugar, se presentó la Azatioprina (26,67%= 4 casos).

Los pacientes que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico se presentaron 2 para colitis ulcerosa, siendo uno con hemicolectomía y uno con ileostomía, en Enfermedad de Crohn se encontraron 4 pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico, de un total 15.

Discusión

En contraste con los estudios realizados en Brasil, Puerto Rico y Paraguay, así como también países europeos y norteamericanos, el tipo de EII más frecuente fue la colitis ulcerosa con un 65,12%, mientras que la enfermedad de Crohn se presentó en un 34,88% de los pacientes en estudio.

El promedio de edad de los pacientes con colitis ulcerosa fue significativamente mayor que aquellos que presentaron Enfermedad de Crohn, siendo tal diferencia estadísticamente significativa.

De igual forma con los resultados obtenidos por Bosques-Padilla *et al.*, durante 2011, en donde reportaron una incidencia de la enfermedad en la tercera y cuarta década de vida; así como en el estudio realizado en Puerto Cabello, Venezuela durante 2003 y 2007, años en los cuales se evaluaron un total de 596 obteniendo una edad promedio de 42 años, sin embargo no es claro cuántos pacientes del universo total tenían alguna EII.

Aunque el promedio de edad de los pacientes con colitis ulcerosa fue mayor que aquellos que presentaron enfermedad de Crohn, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de EII y los grupos de edad.

La colitis ulcerosa fue más frecuente en el grupo etario de pacientes entre 46 y 60 años, seguidos por los mayores de 60 años, muestra en la fue predominante el sexo femenino (16 casos). Por otro lado, la Enfermedad de Crohn fue más frecuente en aquellos pacientes en el grupo entre 46 y 60 años y de sexo femenino.

Esto asemeja a los resultados obtenidos por Vera *et al.* en Perú durante el 2001, sin embargo en un estudio realizado en la Universidad Central de Venezuela durante 2005, los resultados fueron contradictorios, ya se encontró mayor prevalencia en el sexo masculino.

De forma semejante a estudios realizados en México, donde se reporta que el inicio de la enfermedad varía con la edad y se presenta en patrón bimodal con un pico de incidencia entre los 15 y 25 años y otro entre los 55 y los 65 años de edad.

La procedencia más frecuente fue el estado Miranda; seguidos de los pacientes del Distrito Capital. El nivel de instrucción más frecuente fue la secundaria con un, seguido de los técnicos y en cuanto a la ocupación predominaron las amas de casa, seguidas de los desempleados y en tercer lugar los mecánicos. La relevancia de estos datos se encuentra en la relación que existe con respecto a las características socioeconómicas de los pacientes afectados con EII, dado que durante la historia de esta enfermedad encontramos que en estos pacientes se retrasa el diagnóstico debido a condiciones precarias de salud en sus sitios de procedencia, de igual forma pudiera asociarse a que los pacientes que sufren de alguna EII debido al ausentismo laboral terminan siendo desempleados a la larga o dedicándose a labores del hogar.

Sólo un 34,88% de los pacientes con EII presentaba algún tipo de comorbilidad. La patología más referida fue la hipertensión arterial, siendo la más frecuente en ambos tipos de EII: CU (9 casos) y EC (4 casos).

Un 39,53% de los pacientes con EII refirió tener antecedente patológico familiar, proporcionalmente se presentó con más frecuencia entre los pacientes con Enfermedad de Crohn; el antecedente familiar más frecuente fue la hipertensión arterial, seguido de la artritis reumatoide.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de comorbilidades y el tipo de EII, tampoco se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente patológico familiar y el tipo de EII. Siendo un importante dato a seguir en estudios posteriores.

Entre los pacientes con enfermedad de Crohn predominaron aquellos con una edad de diagnóstico de 17 a 40 años (A2) con un 66,67%. En cuanto a la localización, la

más frecuente fue la íleo-cólica (L3) con un 40%, seguido del colon (L2) (33,33%) y en lo que respecta al patrón clínico, predominaron aquellos con patrón estenosante (B2) con un 60%.

También se observó una asociación fuerte entre el comportamiento de la enfermedad y su localización, específicamente entre L3 - B2 y L2 - B2.

Entre estos pacientes con EC, fueron más frecuentes aquellos con severidad moderada con un 66,67%, seguidos de aquellos clasificados con una severidad grave (20%).

Entre los pacientes con CU, en lo que respecta a la extensión, predominaron aquellos con colitis izquierda (E2) y en cuanto a la gravedad, predominaron aquellos con Colitis Leve (S1).

Estos resultados son comparables con el estudio realizado en Uruguay por Iade *et al.*, en el cual se describieron las características clínicas y evolutivas de pacientes con CU, de los 121 pacientes respecto a la topografía 21 pacientes (17,9%) tuvieron afectado sólo el recto, 26 (22,2%) el rectosigmoide, 24 (20,5%) el colon izquierdo y 46 (39,3%) todo el colon. 57 (47,1%) pacientes debutaron en forma leve, 38 (31,4%) en forma moderada y 22 (18,2%) en forma severa, lo que fue estadísticamente significativo ($p=0,0001$). Presentaron manifestaciones extraintestinales nueve (7,4%) pacientes. Requirieron cirugía un total de diez (8,3%) pacientes, con una mediana entre el inicio de la enfermedad y ésta de 5,5 años. De estos, 6/10 fueron pancolitis, 3/10 colitis izquierdas y una rectosigmoiditis, no habiendo diferencia significativa respecto a la topografía.⁽³³⁾

Según la literatura reportada, la clasificación de Montreal incorpora la evaluación de la extensión y la severidad de la CU. Los diversos subtipos o fenotipos varían con el tiempo, y esta variabilidad es importante, pero la clasificación en subtipos es muy relevante por su valor pronóstico, ya que determina líneas de tratamiento, riesgos de

hospitalización y cirugía, riesgo de CA Colorectal (y su vigilancia), riesgo de colectomía e incluso implicaciones de morbi-mortalidad.

En lo que respecta a las manifestaciones extraintestinales, se presentaron con mayor frecuencia entre los pacientes con colitis ulcerosa, siendo la manifestación más frecuente la artritis, seguidos de aquellos con espondiloartrosis y pioderma gangrenoso. De igual forma, entre los pacientes con enfermedad de Crohn que presentaron manifestaciones extraintestinales uno presentó pioderma gangrenoso, y otro presentó espondiloartrosis. En semejanza al estudio realizado por Vera *et al.* en un hospital de Lima-Perú⁽³¹⁾ y en Uruguay por lane *et al.*, en donde la mayor tasa de MEI fueron las osteoarticulares.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de manifestaciones extraintestinales y el tipo de EII.

Con respecto al tratamiento recibido, entre los pacientes con Colitis Ulcerosa se obtuvo que el medicamento mayormente utilizado fue la Mesalazina, seguido de la Azatioprina. En comparación con un estudio italiano prospectivo reciente, en 72 pacientes con colitis ulcerativa activa dependiente de esteroides, los cuales fueron aleatorizados a recibir Azatioprina 2 mg/kg/día o Mesalazina 3.2 g/día por 6 meses, demostró que 58% de los pacientes con Azatioprina lograron remisión clínica y endoscópica, y suspendieron esteroides, comparados con sólo 21% de los que recibieron Mesalazina.⁽³²⁾

Por otra parte, entre los pacientes con Enfermedad de Crohn de este estudio predominó el uso de Infliximab con un 53,33%; en segundo lugar, se presentó la Azatioprina. En semejanza con lo reportado en la literatura, el Infliximab en EC moderada a grave logra tasas de respuesta del 81% con remisión en el 48% de los pacientes en solo 4 semanas.

Es importante destacar que la mejoría clínica guarda paralelismo con los parámetros endoscópicos e histológicos, los cuales deben considerarse durante el curso del tratamiento. De igual forma, se debe aclarar que la muestra de pacientes estudiados ya poseían el diagnóstico de alguna EII desde hace más de 5 años, por lo que se tomó en cuenta el tratamiento que estaban utilizando al momento de evaluar la encuesta, observando entonces que a pesar de haber sido el adecuado, no se pudo llevar un seguimiento estricto con respecto a los años anteriores, en relación al tratamiento o a la mejoría endoscópica.

En cuanto a la presencia de complicaciones, se presentaron en distinta proporción en ambos grupos. Entre los pacientes con Colitis Ulcerosa la complicación más frecuente fue el megacolon tóxico mientras que entre los pacientes con EC fue más frecuente la obstrucción intestinal.

Los pacientes que fueron sometidos a algún tipo de tratamiento quirúrgico se totalizaron 2 pacientes para CU, uno con hemicolectomía y uno con ileostomía. Las tasas de cirugía en la CU son similares a las publicadas por Cella y cols., destacando que se ha observado una disminución de necesidad quirúrgica probablemente por un mejor manejo terapéutico de éstos pacientes.

En el mismo orden de ideas, según lo reportado en la literatura, el manejo quirúrgico se requiere hasta en un 25% de los pacientes. Las indicaciones son hemorragia grave perforación, carcinoma, megacolon tóxico que no mejora en 48-72 horas de manejo médico, displasia intestinal en colonoscopia de vigilancia y en aquellos pacientes con tratamiento refractario que requieren esteroides crónicos en dosis altas para controlar los síntomas. Con las técnicas quirúrgicas actuales, el desenlace y calidad de vida de los pacientes ha mejorado sustancialmente.

Aproximadamente el 50% de los pacientes con EC requerirán al menos un procedimiento quirúrgico en el curso de su evolución. Las indicaciones son abscesos intra-abdominales, sangrado masivo, obstrucción, estenosis y enfermedad

refractaria a manejo médico.⁽³¹⁾ Sin embargo este trabajo reporta que en Enfermedad de Crohn se encontraron 4 pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico, de un total 15, por obstrucciones intestinales.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de complicaciones y el tipo de EII.

CONCLUSIONES

La enfermedad inflamatoria intestinal es considerada una patología crónica del tracto digestivo, afecta mayormente a población joven, siendo causas de ausentismo laboral, y su tasa de morbilidad ha venido en aumento en los últimos años, bien por la mala adherencia de los pacientes al tratamiento o por la falta de los mismos.

En América Latina, se ha visto un repunte en las tasas de incidencia y prevalencia de la misma, ya que se creía que era una enfermedad del continente europeo anteriormente, yendo de la mano con las complicaciones de la propia enfermedad, debido entre otras cosas a los precarios sistemas de salud, ausencia de medicamentos adecuados y necesarios, desconocimiento de la enfermedad, y por ende de las complicaciones que conlleva.

Es una patología vista en población con características específicas con respecto a la raza, siendo frecuente encontrar pacientes con enfermedades inflamatorias no diagnosticadas al momento correcto, por el hecho de no pensar en dicha enfermedad estando en presencia de síntomas sugestivos, esto también debido a la poca especificidad de estos últimos, lo que acompaña al retraso en el diagnóstico.

Como estudios anteriores descritos a nivel mundial, el promedio de edad de los pacientes con EII establece un comportamiento bimodal. La tasa de complicaciones observadas en la población estudiada, asemeja a lo esperado para trabajos similares, donde la enfermedad de Crohn evoluciona de forma más tórpida.

Los resultados de extensión que publican distintos autores, son muy variables, probablemente debido a los diferentes criterios empleados a la hora de tipificar a los pacientes. Igualmente la extensión para la CU, se expresa con gran variabilidad en la literatura, los datos reflejados son diversos.

La limitación de una clasificación basada en la extensión y conociendo la variabilidad de ésta en el tiempo, resalta la naturaleza dinámica de la colitis ulcerativa y de su enfoque de manejo.

En el mismo orden de ideas, la severidad de la enfermedad en el tiempo tiene implicaciones importantes en las estrategias de tratamiento. La clasificación de Montreal de severidad es basada en los criterios de Truelove-Witts, los cuales son fáciles de medir y de gran uso en la práctica clínica.

La clasificación de severidad no tiene en cuenta el comportamiento evolutivo de la enfermedad. Remisiones prolongadas, curso crónico con remisiones intermitentes y otros con actividad continúa. La validez de lo anterior o la importancia de la edad de inicio de la colitis han sido probadas o validadas en la modificación del parámetro severidad y esto podría ser motivo de estudios posteriores.

Una de las necesidades más apremiantes en las instituciones hospitalarias es el rápido diagnóstico y manejo de pacientes con enfermedades crónicas. Es importante reflejar que muchos de los pacientes evaluados carecen de un seguimiento adecuado debido a la precariedad de los servicios de transporte, medicinas, etc. Y dado que los medicamentos que se indican para esta patología deben llevarse bajo un seguimiento estricto, se nota que al cumplir el tratamiento de forma inadecuada, existe mayor posibilidad de recaídas y complicaciones.

Sería interesante realizar trabajos a futuro donde se expongan las características con respecto a la calidad de vida de los pacientes con enfermedades inflamatorias, y considerar la capacidad o impedimento de la adherencia al tratamiento médico para su patología, y comparar los grupos, para de esta forma establecer puntos clave para el manejo de la enfermedad.

Es importante destacar que pocos son los trabajos en Venezuela que toman en cuenta las características de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, por lo que se debería continuar con la línea de investigación.

LIMITACIONES

Es importante mencionar que no se pudo avalar la mejoría endoscópica en todos los pacientes dado que no se tuvieron los recursos necesarios para realizar dicho seguimiento durante el periodo estudiado; por lo que sería interesante plantear estudios posteriores en donde se tome en cuenta un mayor periodo y de esta forma realizar u objetivar mejor los hallazgos endoscópicos de los pacientes con diagnostico y en tratamiento para alguna EII.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quera, R. Palma, R. Enfermedades inflamatorias intestinales: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. Parte 1: Epidemiología, cuadro clínico y diagnóstico. [Internet]. Rev Med Clin Condes [2008] Consultada en 2018. 19(4) 331-341. Disponible en línea: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032012000300013
2. Simian, D. Quera, R. Manejo integral de la enfermedad inflamatoria intestinal: más allá de una terapia farmacológica adecuada. [Internet]. RevMed Chile. [2016] Consultada en 2018. 144: 488-495. Disponible en línea: https://www.researchgate.net/publication/304811428_Manejo_integral_de_la_enfermedad_inflamatoria_intestinal_mas_alla_de_una_terapia_farmacologica_adecuada
3. Veitía, G. Pernalet, B. Salazar, S. Machado, I. Soto, J. Añez, M. *et al.* Guía Práctica Clínica Venezolana sobre Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Sociedad Venezolana de Gastroenterología. [Internet]. [2013] Consultada en 2018. Disponible en línea: [http://www.sovegastro.org/pdf/libros/guia_practica/guia_practica_\(version_12\).pdf](http://www.sovegastro.org/pdf/libros/guia_practica/guia_practica_(version_12).pdf)
4. Vergara, O. Takahashi, T. González, G. Conceptos actuales en colitis ulcerativa crónica inespecífica. [Internet]. Cir Gen. [2008] Consultada en 2018. (28) 1: 41-49. Disponible en línea: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2006/cg061i.pdf>
5. Castillo-Martínez, D. Rosas-Barrientos, J. Serrano-López, A. Amezcua-Guerra, L. Enfermedad inflamatoria intestinal. [Internet]. Revista de Especialidades

Médico-Quirúrgicas. [2005] Consultada en 2018. (10) 2: 10-20. Disponible en línea: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47310203.pdf>

6. Gomollon, F. Sanz, M. Enfermedad inflamatoria intestinal: enfermedad de Crohn en: Montoro, M, García Pagan, JM, editores. Gastroenterología y Hepatología, problemas comunes en la práctica clínica. Barcelona-España: Santos Santolaria Ediciones. [2012] Consultada en 2018. p443-458.
7. Guías mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Enfermedad inflamatoria intestinal. 2015.
8. Farruk, A. Mayberry, J. Enfermedad inflamatoria intestinal en Centro y Suramérica: una oportunidad para identificar la etiología de estas condiciones. Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología. 2014.
9. Yamamoto-Furusho JK. Clinical Epidemiology of Ulcerative Colitis in Mexico. A single hospital-based study in a 20-year period (1987-2006). [Internet]. J Clin Gastroenterol. [2009]. Consultada en 2018. 43:221-4. Disponible en línea: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19057395>
10. Anatole B. Colitis Ulcerosa Idiopática. Resúmenes de Temas de Cirugía.
11. Bosques-Padilla, F. Sandoval-García, E. Martínez-Vázquez, M. Garza-González, E. Maldonado-Garza, H. Epidemiología y características clínicas de la colitis ulcerosa crónica idiopática en el noreste de México. [Internet]. Rev Gastroenterol Mex. [2011]. Consultada en 2018. 76(1):34-38. Disponible en línea: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-epidemiologia-caracteristicas-clinicas-colitis-ulcerosa-articulo-X0375090611023563>

12. Sood A, Amre D, Midha V, Sharma S, Sood N, Thara A, et al. Low hygiene and exposure to infections may be associated with increased risk for ulcerative colitis in a North Indian population. *Ann Gastroenterol*. [Internet]. [2014]. Consultada en 2018. 27:219–23. Disponible en línea: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/inflammatory-bowel-disease-english-2015-update.pdf>
13. Pugazhendhi S, Sahu MK, Subramanian V, Pulimood A, Ramakrishna BS. Environmental factors associated with Crohn's disease in India. [Internet]. *Indian J Gastroenterol*. [2011]. Consultada en 2018. 30:264–9. Disponible en línea: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22161539>
14. Vera A, Frisancho O, Yoza M, Ruíz E. Perfil Clínico Epidemiológico de Colitis Ulcerosa en un Hospital de Lima. [Internet]. *Rev Gastroenterol Perú*. [2004]. Consultada en 2018. 24(2): 135-42. Disponible en línea: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v24n2/a05v24n2.pdf>
15. Illescas L, García L, Faggioni F, Velasco L. Colitis ulcerosa: Estudio retrospectivo en 52 años. [Internet]. *Rev Gastroenterol Perú*. [1999]. Consultada en 2018. 19(2):116-23. Disponible en línea: <http://www.produccioncientifica.luz.edu.ve/index.php/redieluz/article/view/2393>
1
16. Saro G, Riestra S, Milla A, Sánchez R, Lacort M, Argüelles G y col. Incidencia y prevalencia en enfermedad inflamatoria intestinal crónica: Estudio asturiano en cinco áreas (EIICEA). [Internet]. *An. Med. Interna*. [2003]. Consultada en 2018. 20(1): 3-9. Disponible en línea: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003000500003

17. Iade, B. Bianchi, C. Características clínicas de presentación y evolutivas de una cohorte de 48 pacientes con enfermedad de Crohn en Uruguay. [Internet]. Rev. Méd. Urug. [2005]. Consultada en 2018. 21:4. Disponible en línea: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902005000400007&script=sci_arttext
18. Maté J, Pajares J, Pérez M. Epidemiología de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal: distribución geográfica y factores ambientales. [Internet]. Rev Esp Enf Ap Dig [1994]. Consultada en 2018. 86:533-9. Disponible en línea: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol14n2/art4.pdf>
19. Milano M, Ruiz M. Rectocolitis ulcerosa idiopática: estudio clínico morfológico. [Internet]. Rev GEN. [2005]. Consultada en 2018. 59 (2):99-102. Disponible en línea: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol14n2/art4.pdf>
20. Flores, J. Rada, L. Scheurmann, G. Socorro, V. Ortunio, M. Esaa, R. Rectocolitis ulcerosa en dos consultas privadas de gastroenterología. Puerto Cabello-Venezuela 2003-2007. [Internet]. Salus Online. [2010]. Consultada en 2018. 14(2): 14-18. Disponible en línea: http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/rcu_gastro_ptocabello.pdf
21. López, R. Marín, B. Hueso, C. Escalada, P. Sanz, A. Rodríguez, C. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. [Internet]. Anales Sis San Navarra. [2016]. Consultada en 2018. 39(1). Disponible en línea: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000100014
22. Jasinski, C. Tanzi, M. Lagomarsino, G. Lopez, C. Iglesias, C. Enfermedad inflamatoria intestinal. [Internet]. Arch Pediatr Urug. [2004]. Consultada en 2018. 75(1): 74-77. Disponible en línea:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492004000100011

23. Quera, R. Enfermedad inflamatoria intestinal: epidemiología, fisiopatología y diagnóstico. [Internet]. Actas de reuniones clínicas. *Medwave*. [2005]. Consultada en 2018. 5(9):e2527. Disponible en línea: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/medicina/2005/7/2527>
24. Bousuño, C. Ramos, E. Enfermedad inflamatoria intestinal. [Internet]. *Bol Pediatr*. [2006]. Consultada en 2018. 46(1): 91-99. Disponible en línea: http://www.sccalp.org/boletin/46_supl1/BolPediatr2006_46_supl1_091-099.pdf
25. Ehlin AG, Montgomery SM, Ekbom A, Pounder RE, Wakefield AJ. Prevalence of gastrointestinal diseases in two British national birth cohorts. [Internet]. *Gut*. [2003]. Consultada en 2018. 52(8):1117-2111. Disponible en línea: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28509/>
26. Logan RF. Inflammatory bowel disease incidence: up, down or unchanged? [Internet]. *Gut*. [1998]. Consultada en 2018. 42(3):309-1112. Disponible en línea: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1727040/pdf/v042p00309.pdf>
27. Trallori G, Palli D, Saieva C, Bardazzi G, Bonanomi AG, d' Albasio G, et al. A population-based study of inflammatory bowel disease in Florence over 15 years (1978-92). [Internet]. *Scand J Gastroenterol*. [2006]. Consultada en 2018. 31(9):892-9. Disponible en línea: <https://eurekamaq.com/pdf/008/008064853.pdf>
28. Paredes J. Otoyá, G. Mestanza, A. Lazo, L. Acuña, K. Arenas, J. Huamán, E. Juliao, F. Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia de Lima-Perú. [Internet].

Rev. gastroenterol. [2016]. Consultada en 2018. 36(3). Disponible en línea: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292016000300004

29. Información farmacoterapéutica INFAC. Enfermedad inflamatoria intestinal. OsasunSaina. [Internet]. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. [2018]. Consultada en 2018. 26(2): 10-17. Disponible en línea: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2018/es_def/adjuntos/INFAC-Vol-26-2_Enfermedad-inflamatoria-intestinal.pdf
30. Ortiz, J. Macchi, H. Di Martino, B. Enfermedad de Crohn ileal. Reporte de un caso. [Internet]. An. Fac. Cienc. Méd. [2017]. Consultada en 2018. 50(1): 61-68. Disponible en línea: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1816-89492017000100061&script=sci_abstract&tlng=es
31. Ricart, E. Colitis ulcerosa. Departamento de Gastroenterología. Hospital Clínic. Barcelona. [1994]. Consultada en 2018. 32:459-471. Disponible en línea: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/32_Colitis_ulcerosa.pdf
32. Vera, A. Frisancho, O. Yoza, M. Ruiz, E. Perfil clínico y epidemiológico de la colitis ulcerativa en un hospital de Lima. Rev Gastroenterol Perú. [2004]. Consultada en 2019. 24: 135-142. Disponible en línea: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rqp/v24n2/a05v24n2.pdf>
33. Iade, B. Bianchi, C. Características clínicas de presentación y seguimiento de una cohorte de 121 pacientes con colitis ulcerosa crónica en Uruguay. [Internet]. Rev. Méd. Urug. [2005]. Consultada en 2018. 21:4. Disponible en línea: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902005000400006&script=sci_arttext&tlng=en

34. Baños, F. Tratamiento médico para enfermedad inflamatoria intestinal. Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología. [2007]. Consultada en 2019. 22(4): 313-331. Disponible en línea: <https://gastrocol.com/file/Revista/v22n4a10.pdf>
35. Cella, J. López, J. Gomollón, F. Sáinz, R. Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Aragón: un diagnóstico cada vez más frecuente. Rev Esp Enf Ap Dig [1995]. Consultada en 2019. 87: 363-7. Disponible en línea: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003000100002

ANEXOS

ANEXO A

Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani”

Universidad Central de Venezuela.

Gastroenterología

Consentimiento informado

Título del Protocolo: Características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal

Autor: Laura Peña

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación que está estudiando a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, para conocer en qué medida la evolución de la enfermedad afecta mi calidad de vida. A través de este estudio, se aportarán datos científicos de interés para el estudio de esta enfermedad.

Entiendo que me realizarán una entrevista de 45 minutos aproximadamente, en donde se me practicará un cuestionario, el cual leeré y responderé cuidadosamente.

Mi participación es voluntaria y tengo la posibilidad de retirarme de este estudio en cualquier momento sin dar razones, ni tampoco sin que esto me perjudique. Autorizo a los autores a manejar los resultados de este estudio con fines de investigación, pudiendo ser publicados, pero mi nombre o identidad no será revelado y mis datos clínicos y experimentales permanecerán en forma confidencial, a menos que mi identidad sea solicitada por ley.

Declaro que se me ha explicado la naturaleza y fines del estudio; y de ser solicitada información adicional, la misma será suministrada por los autores en un tiempo prudencial.

Yo, _____, CI _____ habiendo previamente comprendido la naturaleza del estudio, así como sus riesgos y beneficios declaro estar de acuerdo en participar en este estudio de forma libre y voluntaria.

Firma del paciente: _____

Declaro que expliqué el estudio (procedimientos, riesgos, y beneficios) al paciente, y aclaré las dudas que surgieron. Así mismo, declaro que otorgué al paciente el tiempo suficiente para que leyese la información y se decidiese en cuanto a su participación en el estudio.

La responsable del estudio es: Laura Peña, CI: 17.733.315 y puede ubicarlas en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani”.

Firma de los investigadores: Laura Peña _____

Firma de Testigo _____ CI: _____

ANEXO B



HOSPITAL GENERAL DEL ESTE DR DOMINGO LUCIANI SERVICIO DE GASTROENTEROROLOGIA

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES CON EII EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL PERIODO

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:

MÉDICO RESPONSABLE:

NOMBRE Y APELLIDOS:

EDAD:

SEXO:

LUGAR DE NACIMIENTO:
OCUPACION:

LUGAR DE RESIDENCIA:

PROFESIÓN U

PROCEDENCIA:

HOSPITAL:

CONSULTA:

¿HA ABANDONADO O PERDIDO SU ACTIVIDAD LABORAL A CAUSA DE LA ENFERMEDAD? SI: NO:

PAREJA ESTABLE $\geq$ 1 AÑO:

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

ENFERMEDADES AUTOINMUNES:

LES:

AR:

SX DE SJOGREN:

ESCLERODERMIA:

OTROS:

ENFERMEDADES INFLAMATORIA INTESTINAL:

RECTOCOLITIS ULCERATIVA:

ENFERMEDAD DE CROHN:

COLITIS INDETERMINADA:

PERSONALES PATOLOGICOS:

☐

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

☐

DIABETES MELLITUS

☐

VALVULOPATIAS

☐

INFARTOS

☐

HIPOTIROIDISMO

☐

ENFERMEDAD RENAL

☐

HIPERTIROIDISMO

☐

ASMA

☐

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

☐

OTROS

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CRONICO:

AÑO DE INICIO:	ESPECIFICAR FARMACO:
-----------------------	-----------------------------

ANTECEDENTES PSICOBIOLOGICOS:

TABAQUISMO:	IPA:
ILICITAS:	
CHIMO:	
OH:	GR DE OH:
OTROS:	CUAL:

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL:

DIAGNOSTICO:	RCU	EDAD AL DX HISTOPATOLOGICO:	AÑO DE DX:	AÑOS DE INICIO DESINTOMAS:
	EC			
	CI			
CUCI:	E1	LOCALIZACION EC:	SEGMENTO:	CAVIDAD ORAL
	E2			ESOFAGO
	E3			ESTOMAGO
				DUODENO
				YEYUNO O ILEON PROXIMAL
EXTENSION DE EC:	LOCALIZADA ≤ 30 CM	N° DE HOSPITALIZACIONES POR ACTIVIDAD:		
	EXTENDIDA > 100 CM			
N° DE RECAIDAS EN TOTAL:		N° DE RECAIDAS EN TEL ULTIMO AÑO:		
PATRON DE EC:	INFLAMATORIO	ACTIVIDAD:	ESCALA UTILIZADA:	MAYO
	ESTENOZANTE			TRUELOVE
	FISTULIZANTE			CDAI
	PERIANAL			

PATRON DE RECAIDAS: INICIALMENTE ACTIVO (REMISION > 5 AÑOS) < 2 RECAIDAS AL AÑO (INTERMITENTE) > 2 RECAIDAS AL AÑO (CONTINUA)		RECURRENCIA POST QX: I0 NO LESIONES I1 < DE 5 ULCERAS I2 > DE 5 ULCERAS I3 ILEITIS DIFUSA I4 NODULOS																																					
MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES: <table style="width: 100%;"> <tr> <td>ARTRALGIAS: SI _ NO _</td> <td>EN: SI _ NO _</td> <td>FATIGA: SI _ NO _</td> <td>ULCERAS ORALES: SI _ NO _</td> </tr> <tr> <td>ARTRITIS: SI _ NO _</td> <td>UVEITIS: SI _ NO _</td> <td>EA: SI _ NO _</td> <td>SACROILEITIS: SI _ NO _</td> </tr> <tr> <td>CEP: SI _ NO _</td> <td>OSTEOPENIA: SI _ NO _</td> <td>PG: SI _ NO _</td> <td>OSTEOPOROSIS: SI _ NO _</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> ANEMIA: SI _ NO _ GRADO DE ANEMIA: LEVE MODERADA SEVERA </td> </tr> </table>				ARTRALGIAS: SI _ NO _	EN: SI _ NO _	FATIGA: SI _ NO _	ULCERAS ORALES: SI _ NO _	ARTRITIS: SI _ NO _	UVEITIS: SI _ NO _	EA: SI _ NO _	SACROILEITIS: SI _ NO _	CEP: SI _ NO _	OSTEOPENIA: SI _ NO _	PG: SI _ NO _	OSTEOPOROSIS: SI _ NO _	ANEMIA: SI _ NO _ GRADO DE ANEMIA: LEVE MODERADA SEVERA																							
ARTRALGIAS: SI _ NO _	EN: SI _ NO _	FATIGA: SI _ NO _	ULCERAS ORALES: SI _ NO _																																				
ARTRITIS: SI _ NO _	UVEITIS: SI _ NO _	EA: SI _ NO _	SACROILEITIS: SI _ NO _																																				
CEP: SI _ NO _	OSTEOPENIA: SI _ NO _	PG: SI _ NO _	OSTEOPOROSIS: SI _ NO _																																				
ANEMIA: SI _ NO _ GRADO DE ANEMIA: LEVE MODERADA SEVERA																																							
<table style="width: 100%;"> <tr> <th>COMPLICACIONES DE EII:</th> <th>AÑO DE DX</th> <th>TTO</th> <th>AÑO DE RESOLUCION</th> </tr> <tr><td>MEGACOLON TOXICO</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PERFORACION</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CA COLORECTAL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DISPLASIA DE COLON</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HEMORRAGIA MASIVA</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OBSTRUCCION</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SEPSIS</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POUCHITIS</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				COMPLICACIONES DE EII:	AÑO DE DX	TTO	AÑO DE RESOLUCION	MEGACOLON TOXICO				PERFORACION				CA COLORECTAL				DISPLASIA DE COLON				HEMORRAGIA MASIVA				OBSTRUCCION				SEPSIS				POUCHITIS			
COMPLICACIONES DE EII:	AÑO DE DX	TTO	AÑO DE RESOLUCION																																				
MEGACOLON TOXICO																																							
PERFORACION																																							
CA COLORECTAL																																							
DISPLASIA DE COLON																																							
HEMORRAGIA MASIVA																																							
OBSTRUCCION																																							
SEPSIS																																							
POUCHITIS																																							

TTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL:

TRATAMIENTO MÉDICO PARA EII:		
FARMACO	DOSIS	AÑO DE TTO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:				
<table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 70%;">PROCEDIMIENTO QX:</th> <th style="width: 30%;">AÑO</th> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 150px;"></td> </tr> </table>	PROCEDIMIENTO QX:	AÑO		
PROCEDIMIENTO QX:	AÑO			

Abreviaciones: CUCI: Colitis Ulcerosa Crónica Idiopática, EC: Enfermedad de Crohn, MEI: Manifestaciones extra-intestinales, CEP: Colangitis Esclerosante Primaria, PG: Pioderma Gangrenoso, EN: Eritema Nodoso, EA: Espondilitis Anquilosante.