



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSGRADO DE GASTROENTEROLOGIA Y ENDOSCOPIA

EVOLUCIÓN DE LA SEVERIDAD CLÍNICA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON  
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
JOSÉ CARRASCO ARTEAGA IESS, MEDIANTE EL SEGUIMIENTO CLÍNICO CON  
TELEMEDICINA EN UN PERIODO DE 3 MESES.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
GASTROENTEROLOGIA Y ENDOSCOPIA

AUTOR:

Juan David Espinoza Cárdenas

DIRECTOR:

Dr David Andrade Zamora.

DIRECTOR METODOLÓGICO:

Carlos Carrera Reyes.M. Sc.

Cuenca,2022.

## **DEDICATORIA**

Dedicado a mis padres, Ivan y Diana que han estado en todo el camino, dando lo que tienen y lo que no para verme cumplir mis sueños, gracias por apoyarme en las buenas y en las malas, por ayudarme a mantenerme en pie y no desistir, gracias por enseñarme el camino correcto; será mi labor ahora volar.

A mi familia y hermanos por siempre apoyarme en todo sentido darme fuerzas en los momentos más duros y apoyarme para poder soportarlos.

A mi novia Doménica por estar en el transcurso de mi carrera al pie del cañón apoyandome siempre, escuchandome y dándome el impulso de levantarme ante las caídas y adversidades, le doy gracias por no decaer a pesar de la distancia y empujarme a ser mejor cada día.

A mis abuelos por permitirme seguir su ejemplo de vida,

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han formado parte de este logro:

Al Dr Galo Pazmiño por dirigir a nuestro grupo de forma correcta a pesar de las adversidades y malos tiempos.

Al Dr. David Andrade por enseñarme ante todo la vocación con nuestra profesión y ética, también un agradecimiento especial por ser director de tesis.

Al Dr Carlos Carrera por el tiempo invertido en la asesoría de esta investigación y enseñanzas brindadas.

A la Dra Marjorie Ordoñez por los aportes y sugerencias como tercera lectora de este trabajo de titulación.

A todos lo tutores de la carrera de gastroenterología y endoscopia tanto en los hospitales y en las aulas de clase, muchas gracias por su paciencia y enseñanzas.

A mis compañeros y personal de salud que han sido fundamentales en mi formación.

A mis padres y familia por apoyarme en cada momento de mi carrera contando desde el día uno de la carrera de medicina, muchas gracias.

A mi novia doménica le doy las gracias por siempre estar en la buenas y en las malas al pie del cañón, por permitirme llevar un sueño de la mano y poderlo concluirlo exitosamente.

## TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE GRAFICOS .....	iv
LISTA DE TABLAS .....	vi
RESUMEN .....	ix
ABSTRACT .....	xi
CAPITULO 1- INTRODUCCIÓN .....	1
Introducción: .....	1
CAPITULO 2 -REVISION BIBLIOGRAFICA.....	3
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL -EPIDEMIOLOGIA .....	3
Etiología .....	4
Características clínicas .....	5
Diagnóstico .....	7
Clasificación y actividad de la enfermedad.....	10
Calidad de vida .....	18
Tratamiento.....	19
Manejo Colitis ulcerosa.....	20
Manejo inicial de enfermedad activa leve a moderada, con ácido 5 aminosalicílico (5 ASA) .....	20
Tiopurinas como mantenimiento: .....	21
Tratamiento biológico .....	21
Corticoides en actividad leve a moderada .....	24
Manejo específico: .....	24
Manejo enfermedad de Crohn.....	27
CAPITULO 3- METODOLOGIA.....	32
Tipo de estudio:.....	32
Población y Muestra:.....	32
Población: .....	32

Muestra .....	32
Criterios de inclusión .....	33
Criterios de exclusión.....	33
Objetivo general:.....	34
Objetivos Específicos:.....	35
Recolección de datos: .....	35
Plan de análisis de datos:.....	36
CAPITULO 4- RESULTADOS. ....	37
CAPITULO 5-DISCUSIÓN.....	93
CAPITULO 6-CONCLUSIONES. ....	100
BIBLIOGRAFIA .....	104
ANEXOS:.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## LISTA DE G RAFICOS

Figura 1 Distribución de pacientes .....	34
Figura 2Distribucion de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.....	37
Figura 3Distribución de pacientes por sexo .....	37
Figura 4Distribución de sexo en pacientes con enfermedad de Crohn.....	38
Figura 5Distribución de sexo en pacientes con colitis ulcerosa .....	39
Figura 6Nivel de instrucción en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal .....	40
Figura 7Distribución de pacientes por provincias .....	41
Figura 8Hábito tabáquico en enfermedad de Crohn .....	42
Figura 9 Hábito tabáquico en colitis ulcerosa .....	42
Figura 10 Severidad clínica al diagnóstico de enfermedad de Crohn.....	43
Figura 11 Severidad clínica al momento del diagnóstico de pacientes con colitis ulcerosa.	44

Figura 12 Actividad endoscópica al momento del diagnóstico en pacientes con enfermedad de Crohn.....	45
Figura 13 Actividad endoscópica al momento del diagnóstico en pacientes con colitis ulcerosa .....	45
Figura 14 Compromiso anatómico en pacientes con enfermedad de Crohn.....	46
Figura 15 Comportamiento de la enfermedad en pacientes con enfermedad de Crohn .....	47
Figura 16 Compromiso anatómico en colitis ulcerosa.....	47
Figura 17 Cirugías en pacientes con enfermedad de Crohn.....	50
Figura 18 Cirugías en pacientes con colitis ulcerosa .....	51
Figura 19 Terapia farmacológica al inicio del seguimiento en pacientes con enfermedad de Crohn .....	52
Figura 20 Terapia farmacológica al inicio del seguimiento en pacientes con colitis ulcerosa.....	53
Figura 21 Actividad clínica primera medición EC .....	54
Figura 22 Calidad de vida primera medición EC .....	54
Figura 23 Falta de medicación primera medición enfermedad de Crohn.....	57
Figura 24 Severidad clínica segunda medición enfermedad de Crohn.....	59
Figura 25 Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Crohn segunda medición.....	59
Figura 26 Severidad clínica tercera evaluación en pacientes con enfermedad de Crohn .....	64
Figura 27 Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Crohn tercera evaluación.....	65
Figura 28 Severidad clínica en 3 meses de seguimiento en pacientes con enfermedad de Crohn .....	69
Figura 29 Calidad de vida en 3 meses de seguimiento en pacientes con enfermedad de Crohn .....	70

Figura 30 Falta de medicación en el transcurso del seguimiento en pacientes con enfermedad de Crohn.....	71
Figura 31 Alteración psicológica en pacientes con enfermedad de Crohn .....	73
Figura 32 Resumen de las encuestas virtuales analizadas por pacientes con enfermedad de Crohn .....	74
Figura 33 Severidad clínica en la primera medición en pacientes con colitis ulcerosa .....	75
Figura 34 Calidad de vida primera medición en pacientes con colitis ulcerosa.....	76
Figura 35 Falta de medicación en el primer mes de seguimiento en pacientes con colitis ulcerosa .....	78
Figura 36 Severidad clínica segunda medición colitis ulcerosa .....	79
Figura 37 Calidad de vida en pacientes con colitis ulcerosa segunda medición .....	81
Figura 38 Severidad clínica en pacientes con colitis ulcerosa tercer control.....	84
Figura 39 Calidad de vida en pacientes con colitis ulcerosa tercer control .....	84
Figura 40 Severidad clínica en un periodo de 3 meses en pacientes con colitis ulcerosa.....	87
Figura 41 Calidad de vida en pacientes con colitis ulcerosa en un periodo de 3 meses .....	88
Figura 42 Falta de medicación en pacientes con colitis ulcerosa en un periodo de 3 meses	89
Figura 43 Alteraciones psicológicas en pacientes con colitis ulcerosa.....	91
Figura 44 Resumen de la contestación de encuestas.....	92

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación de Montreal Enfermedad de Crohn.....	11
Tabla 2 .Clasificación de Montreal, extensión Colitis Ulcerosa. ....	12
Tabla 3 Índice de Harvey Bradshaw para la valoración clínica de la enfermedad de Crohn.	14

Tabla 4 Escala True Love Witts para la valoración de la severidad clínica en Colitis Ulcerosa. .....	16
Tabla 5 Simple Clinical Colitis Index para la valoración de pacientes con Colitis Ulcerosa	17
Tabla 6.....	39
Tabla 7.....	40
Tabla 8 Tiempo transcurrido desde el diagnóstico en pacientes con enfermedad de Crohn	48
Tabla 9 Tiempo transcurrido desde el diagnóstico en pacientes con colitis ulcerosa.....	49
Tabla 10 Recaídas en el tiempo transcurrido desde el diagnóstico en pacientes con Enfermedad de Crohn.....	49
Tabla 11 Recaidas en el tiempo transcurrido desde el diagnóstico en pacientes con enfermeda de Crohn.....	49
Tabla 12 Relación Severidad clínica y calidad de vida primera medición. ....	55
Tabla 13Relaciòn sexo y calidad de vida primera medición.....	55
Tabla 14Relaciòn falta de medicación severidad clínica en pacientes con EC.....	57
Tabla 15 Manejo planteado en pacientes con EC tras la valoración de la primera evaluación. .....	58
Tabla 16Asociación entre severidad clínica y calidad de vida segunda medición EC. ....	60
Tabla 17 Relación sexo calidad de vida segunda medición EC .....	61
Tabla 18 Relación falta de medicación y severidad clínica .....	62
Tabla 19 Manejo planteado tras la segunda medición en pacientes con EC.....	63
Tabla 20 Relación severidad y calidad de vida tercera evaluación en pacientes con enfermedad de Crohn.....	65
Tabla 21relación sexo calidad de vida tercera evaluación pacientes con enfermedad de Crohn .....	66

Tabla 22 falta de medicación tercera evaluación en pacientes con enfermedad de Crohn..	67
Tabla 23 Manejo planteado tercera evaluación pacientes con enfermedad de Crohn .....	68
Tabla 24 Resumen de asociación entre variables grupo con enfermedad de Crohn.....	72
Tabla 25 Relación severidad clínica y calidad de vida primera medición colitis ulcerosa...	77
Tabla 26 Relación sexo y calidad de vida primera medición Colitis ulcerosa.....	77
Tabla 27 Relación falta de medicación y severidad clínica primer seguimiento .....	78
Tabla 28 Manejos planteados según resultados de a primera evaluación en pacientes con colitis ulcerosa.....	79
Tabla 29 Relación severidad clínica y calidad de vida en pacientes con colitis ulcerosa segunda medición .....	81
Tabla 30 Relación sexo y calidad de vida en pacientes con colitis ulcerosa segunda medición .....	82
Tabla 31 Manejo posterior a la segunda evaluación en pacientes con colitis ulcerosa .....	83
Tabla 32 Relación entre severidad clínica y calidad de vida .....	85
Tabla 33 Relación entre sexo y calidad de vida tercera evaluación. ....	86
Tabla 34 Manejo de pacientes en el último control de evaluación en pacientes con colitis ulcerosa .....	86
Tabla 35 Resumen entre asociación entre variables, en pacientes con colitis ulcerosa.....	90

## RESUMEN

### Introducción:

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha aumentado en Sudamérica y Ecuador. La característica de la misma es la presencia de episodios de activación y remisión de enfermedad, lo cual trae consigo la alteración en la calidad de vida tanto emocional y social, y por lo mismo requiriendo de un control y seguimiento estricto, en consecuencia se planteen métodos alternativos como la telemedicina, los cuales deben ser validados.

### Objetivo General:

Describir la evolución de la severidad clínica y calidad de vida por medio de escalas virtuales en un periodo de 3 meses.

### Metodología:

Se realizó un estudio analítico prospectivo, de seguimiento por tres meses en pacientes con Enfermedad inflamatoria intestinal por medio de un seguimiento virtual con escalas de severidad clínica (Harvey Bradshaw Index en EC y Simple Clinical Colitis Activity Index en CU) y calidad de vida *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* de 32 ítems (IBDQ-32) adaptado al español, en una muestra no probabilística por conveniencia, con estadística descriptiva y de asociación por medio de la prueba Test de Fisher, con el uso de Excel y el programa estadístico Epi Info.

## Resultados:

Se realizó un seguimiento virtual a 27 pacientes que cumplieron criterios de inclusión y exclusión, con una distribución de 29,6% de pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y 70,3% con colitis ulcerosa (CU), observándose un promedio de edad de 36 años en EC y 38 años en CU y predominio de sexo masculino en CU 3:1.

Durante el seguimiento se pudo observar una actividad clínica y calidad de vida fluctuante con mayor repercusión a inicios del seguimiento, con relación significativa entre estas variables con  $p < 0,05$  en todas las evaluaciones en el grupo de CU y en una medición en EC.

Se identificó falta de medicación hasta en un 31,58% de pacientes con Cu y hasta un 37,5% en EC, con una relación significativa con la severidad clínica ( $p < 0,05$ ) en el segundo seguimiento de pacientes con CU.

Un 50 % de pacientes con EC y un 15 % en CU presentaron algún trastorno psicológico.

Se logró determinar por medio del seguimiento virtual recaídas y trastornos psicológicos, pudiendo intervenir en los mismos.

El porcentaje de respuesta a las encuestas virtuales fue de un 87% en EC y 79% en CU.

## Conclusiones

La enfermedad inflamatoria presenta fluctuación en la actividad clínica y calidad de vida en el transcurso del tiempo, relacionándose éstas significativamente, probablemente influidas por la falta de medicación que trae alta severidad, baja calidad de vida, trastornos psicológicos y sociales, que fueron observados en este estudio por métodos alternativos y adecuados de seguimiento como es la telemedicina.

## Recomendaciones

Se deberá considerar el uso de la telemedicina como método alternativo de seguimiento. Se debe plantear estrategias que aseguren la disponibilidad del medicamento en pacientes con EII, teniendo en cuenta la repercusión en la severidad de la enfermedad y calidad de vida.

Siempre valorar el ámbito anímico y social de estos pacientes.

Palabras clave: enfermedad inflamatoria intestinal, Severidad clínica, calidad de vida, telemedicina.

## **ABSTRACT**

### Introduction:

Inflammatory bowel disease has been increasing in South America and Ecuador, the characteristic of this disease is the presence of episodes of activation and remission, that brings to the patients a changes in both emotional and social quality of life, requiring strict control and monitoring, with alternative methods such as telemedicine have been proposed.

### Objectives

Describe the evolution of clinical severity and quality of life through virtual scales in a period of 3 months.

#### Methodology:

A prospective, analytical, 3-month study was conducted in patients with inflammatory bowel disease through virtual follow-up with clinical severity scales (Harvey Bradshaw Index in CD and Simple Clinical Colitis Index in UC) and quality of life scales ( Inflammatory Bowel Disease Questionnaire of 32 items (IBDQ-32) adapted to Spanish), in a non-probabilistic sample for convenience, with descriptive and association statistics with the Fisher Test and the use of Excel and statistical program Epi Info.

#### Results:

A virtual follow-up was carried out on 27 patients who met the inclusion and exclusion criteria, distributed in 29.6% CD and 70.3% in UC, with a mean age of 36 years in CD and 38 years in UC, with a predominance of males in CU 3:1.

During follow-up, fluctuating clinical activity and quality of life were observed with greater severity and impact on quality of life at the beginning of follow-up, with a significant relationship between these variables with  $p < 0.05$  in all evaluations in the UC group and in a one measurement in EC.

Lack of medication was observed in up to 31.58% of patients with UC and up to 37.5% with CD, with a significant relationship with clinical severity ( $p < 0.05$ ) in the second follow-up of patients with UC.

50% of patients with CD and 15% with UC presented some psychological disorder.

It was possible to determine relapses and psychological disorders through virtual monitoring, being able to intervene in them.

The percentage of response to the virtual surveys was 87% patients in CD and 79% in UC.

### Conclusions

Inflammatory bowel disease presents fluctuation in clinical activity and quality of life, it is significantly related, but probably is influenced by the lack of medication that brings high severity and low quality of life, psychological and social disorders, which was determined in this study by alternative methods and adequate follow-up such as telemedicine

## **CAPITULO 1- INTRODUCCIÓN**

### **Introducción:**

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología que afecta al tracto gastrointestinal conformada generalmente por dos grupos, la enfermedad de Crohn (EC) que afecta a cualquier segmento del tracto gastrointestinal de la boca al ano y la colitis ulcerosa (CU) usualmente localizada en el colon, ciertas bibliografías incluyen a la colitis indeterminada siendo el 10% de ellas. La EII se caracterizan por presentar episodios de activación y remisión que trae una alta morbilidad y compromiso de calidad de vida, siendo un problema de salud global(Sriharan et al.,2019). Se ha considerado específica de países caucásico industrializados, sin embargo, ha ido en aumento progresivamente en todo el mundo, con incremento de su incidencia en países en desarrollo, incluido regiones de Sudamérica(Ng et al., 2017).

El pico de ocurrencia de enfermedad inflamatoria intestinal usualmente se encuentra entre la segunda y 4 década de la vida, en la edad más productiva es así que afecta a varios aspectos sociales y psicológicos (Mikocka-Walus et al., 2016).

Su etiología se basa en la interacción entre el sistema inmune, la microbiota intestinal y el ambiente, que al encontrarse en un individuo susceptible genéticamente desencadena la enfermedad, afectando la funcionalidad normal del intestino, con manifestaciones tales como diarrea crónica, con sangre, pérdida de peso, que predispone a un gran impacto negativo en la calidad de vida y al uso de servicios de salud, necesitando inmunosupresores, terapia biológica para su control. Su característica es la presencia de periodos de reactivación de la enfermedad y periodos asintomáticos(Lamb et al., 2019), así como alteración psicológicas incluida la depresión, que

provocan alteración en la calidad de vida pudiendo relacionarse al desencadenamiento de complicaciones ( Fu H et al 2020), para lo cual necesitan un adecuado control farmacológico y un seguimiento médico estricto.

El manejo integral del paciente es de suma importancia con apoyo familiar, social y médico, es por eso que han surgido nuevas formas de control mediante el uso de plataformas digitales de seguimiento, en el que se han observado mayor apego al tratamiento, disminución de recaídas, mayor entendimiento de la enfermedad y adecuada aceptabilidad (Krier et al., 2011; Aguas et al., 2018)

De esta manera se planteó Describir la evolución de la severidad clínica y calidad de vida de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal por medio del uso de escalas virtuales con una medición mensual en un periodo de 3 meses.

## **CAPITULO 2 -REVISION BIBLIOGRAFICA**

### **ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL -EPIDEMIOLOGIA**

En 2017 se estimó que 6,8 millones de personas tienen enfermedad inflamatoria intestinal(EII) (Bill & Foundation, 2020),Se ha identificado según una revisión sistemática que la mayor incidencia y prevalencia se encuentra en Europa con 505 personas por cada 100 000 habitantes para colitis ulcerosa y 322 por cada 100 000 habitantes para EC(Ng et al., 2017).

En Estados Unidos en 1999 el censo de salud determinaba 1,8 millones de personas con la enfermedad, en 2015 aumentó a 3,1 millones ( Dahlhamer et al ., 2015).

Se ha identificado que desde 1990 ha aumentado la incidencia de casos en países que se han industrializado últimamente como es el caso de países de África, Asia y Sudamérica(Ng et al., 2017).

En Sudamérica la incidencia de colitis ulcerosa (CU) es del 4,3 al 5,3/100 000 personas año, mientras que en enfermedad de Crohn es de 0,7 a 5,3/100 000 personas año, con una prevalencias 14,1/100 000 en CU y de 2,3 -14,1/1000 000 en EC(Sriharan et al.,2019).

En un estudio multicéntrico retrospectivo en Ecuador se observó que existe un prevalencia de 5,2/100 000 habitantes para CU y 1,5/100 000 habitantes para EC, con una edad promedio de diagnóstico de  $42 \pm 15$  años(Garcés et al., 2020;Mayorga et al 2018)

## **Etiología**

La enfermedad inflamatoria es una patología que no está completamente entendida, por lo que se plantea que factores genéticos, ambientales y factores del portador contribuyen al desarrollo de inflamación en el tracto gastrointestinal (Flynn, 2019). En estudios se ha observado que más del 58% de pacientes gemelos monocigotos con enfermedad de Crohn poseen concordancia genética (Yepiskoposyan et al., 2022).

Más de 201 mutaciones genéticas han sido implicadas en la enfermedad inflamatoria intestinal de los que 41 son específicos para EC y 30 para CU (Yepiskoposyan et al., 2022).

La respuesta del huésped provoca alteración de la inmunidad adaptativa, en la EC la inflamación es desencadenada por TH1 helper y TH17 que induce la liberación de interleucinas IL-17, interferón gama, factor de necrosis tumoral alfa, que forma un ciclo que perpetúa la inflamación intestinal. En la CU existe una respuesta TH2 que activa linfocitos T Killer, mediados por IL5 e ILC-13 (Ramos & Papadakis, 2019)

La barrea intestinal juega un rol importante, presenta déficit de MUC-2 que provoca incapacidad de producir mucina por las células de goblet y desarrollo de inflamación. Las células de paneth presenta hipofuncionalidad desencadenada por alteración en el gen NOD 2 que provoca compromiso de la barrera mucosa y disminución del clearance de patógenos por falta de funcionalidad de macrófagos y células presentadoras de antígenos, permitiendo mayor translocación bacteriana (Flynn, 2019).

Factores ambientales se han presentado como desencadenantes de la EII, entre ellos el uso de fármacos, higiene, alimentación (alimentos procesados incluso, carne, azúcares, consumo de ácidos grasos poli insaturados), infecciones como salmonella y campilobacter, que tienen relación con la disbiosis de la microbiota con disminución de la población de firmicutes, aumento de proteobacterias y bacteroides, lo que disminuye la producción de ácidos grasos de cadena corta lesionando la barrera intestinal y la cascada inflamatoria (Flynn, 2019; Ramos & Papadakis, 2019). El tabaco se considera un desencadenante de la enfermedad inflamatoria tipo Crohn y como un factor protector en la CU con OR 0,58, IC 95%(Frolkis et al., 2013)

### **Características clínicas**

La presunción diagnóstica se basa en la información obtenida de la historia clínica y del examen físico, se debe pensar en un probable paciente con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) cuando presente síntomas compatibles como diarrea crónica, dolor abdominal, pérdida de peso, fiebre, lesiones anales(Nakase et al., 2021), los cuales también pueden verse asociados con colitis infecciosas por lo que es mandatorio descartarlas.

La característica de la enfermedad inflamatoria intestinal, son síntomas que pueden ir de leve a severo durante los episodios y desaparecer cuando la enfermedad está en remisión(Bernstein et al., 2015).

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria del colon que se caracteriza por el compromiso mucoso generalmente distal desde el recto, con extensión proximal continua, presentando una

demarcación bien circunscrita en el límite con la zona normal. Se puede comportar con diarrea crónica y sangrado con mayor frecuencia que la enfermedad de Crohn, al comprometer de forma distal a proximal, teniendo en cuenta mayor compromiso rectal.

Más del 90% poseen recaídas posterior al diagnóstico(Ole et al., 2007),la severidad de la enfermedad puede ser tan alta que puede debutar con megacolon tóxico y perforación intestinal, con similar frecuencia en la EC(Maaser et al., 2019).

Las manifestaciones clínicas pueden ir en relación al grado de gravedad y sitio de compromiso, proctitis cuando se localiza en recto, procto-sigmoiditis al comprometer el recto y sigma, colitis izquierda cuando incluye de distal a proximal hasta la flexura esplénica y extensa cuando es proximal a flexura esplénica y compromete el ciego (Garcés et al., 2020).

EL Sangrado es menos común en EC que la CU pero puede observarse cuando presenta ulceración ileal, el dolor abdominal es característico de la EC debido a que compromete de forma transmural y aumenta el riesgo de estenosis, se puede acompañar de dolor abdominal y visceral al afectar la serosa así como formación de abscesos (Lamb et al., 2019).

La perforación intestinal y la presencia de fistulas son más frecuentes en la enfermedad de Crohn por grado de compromiso de la pared intestinal (Bernstein et al., 2015).

Al ser la EII una enfermedad de carácter sistémico puede asociarse a la presencia de manifestaciones extra intestinales, entre ellas artralgias/artritis seronegativas 5 a 10% en CU y 10 al 20% en EC, el Tipo I se caracteriza por afectar menos de 5 articulaciones grandes de predominio rodilla, tipo II más de 5 articulaciones de característica simétricas de predominio metacarpofalángicas, de la misma manera se puede observar alteración en piel como eritema

nodoso en el 15% de pacientes con EC y 10 % CU, otras manifestaciones son, epiescleritis, uveitis, aftas y pioderma gangrenoso (Vavricka et al., 2015).

## **Diagnóstico**

No existe una referencia estándar para el diagnóstico de EC o CU se basa en la combinación de hallazgos clínicos, bioquímicos, de heces, endoscópicos, imágenes e histológicos(Maaser et al., 2019).No se recomiendan estudios genéticos de forma general.

Se deben realizar estudios bioquímicos, entre ellos, Biometría (a valorar anemia, trombocitosis), reactantes inflamatorios ( PCR, VSG) que se correlaciona con severidad principalmente en EC, sin embargo, la alteración de estos marcadores no son específicos de EII, porque podrían encontrarse en infecciones e inflamación sistémica (Maaser et al., 2019).

Electrolitos calcio, potasio, magnesio, albumina, ferritina, vitamina B12 podrán indicar actividad de la enfermedad y signos de mal absorción (Nakase et al., 2021).

Hepatograma de control, considerar en pacientes con indicios sugestivos de trastornos hepáticos como lo es la colangitis esclerosante, teniendo en cuenta su probable asociación (Lamb et al., 2019).

La calprotectina fecal es una proteína derivada de los neutrófilos, sirve como marcador de inflamación intestinal, por lo que se considera el marcador más sensible y puede correlacionarse con actividad endoscópica, con valor de corte de 150 µg/g (Langhorst et al., 2005), la guía británica indica que un valor < 100 µg/g se puede considerar como una enfermedad no orgánica posiblemente

síndrome de intestino irritable, un valor entre 100 y 250 se deberá repetir el estudio y  $> 250$  se debe considerar una enfermedad intestinal a investigar con profundidad (Lamb et al., 2019).

Se deberá descartar infecciones, incluido *Clostridium difficile* (Maaser et al., 2019), VIH, VHC, VHB, Virus de la varicela zoster, IgG, test de piel (PPD  $> 5$ mm positivo), IGM CMV, y se prepara para manejo sistémico en caso de necesitar (Bernstein et al., 2015).

Otros marcadores para el soporte diagnóstico son el uso de pANCA específico de CU y ASCA específico de EC (diagnóstico, cx) el rango de positividad va de 15 al 40 % pANCA en CU y 0-10% en EC (Chen et al., 2020).

Se debe realizar ileocolonoscopia en todo paciente con diagnóstico presuntivo de EII, en caso de presentar enfermedad clínica severa se podría realizar rectosigmoidoscopia y no colonoscopia por riesgo de perforación. En la imagen endoscópica de la colitis ulcerosa se puede encontrar una inflamación continua que generalmente va desde el recto a proximal, podemos identificar en etapas tempranas pérdida del patrón vascular, así también mucosa edematosa, eritema, friabilidad, en episodios severos se evidencian erosiones, úlceras y sangrado espontáneo. Un 75% de pacientes con enfermedad distal, pueden presentar inflamación alrededor del apéndice cecal ( Lee & Lee, 2016). En la enfermedad de Crohn se observa alteración discontinua con úlceras de distribución longitudinal, con mucosa de apariencia adoquinada y pequeñas lesiones aftosas ( Lee & Lee, 2014).

El diagnóstico histológico se basa en la toma de mínimo 2 muestras de cada segmento con indicios de inflamación y mucosa normal, lo que permite observar las características de la arquitectura mucosa, celularidad de lámina propia, infiltración de neutrófilos y anormalidad epitelial. En la CU existe aumento de la celularidad en la lámina propia, se identifican células plasmáticas entre las

criptas y la muscular de la mucosa, los neutrófilos invaden la superficie de la cripta y producen criptitis o abscesos, en el 41% de pacientes con CU (Langner et al., n.d.).

La CU presenta distorsión de la cripta que significa que no son paralelas y disminuyen el tamaño de la misma evidenciando también atrofia, en el 50 al 100% de los pacientes, se observa depleción de mucina que significa la reducción de células de goblet (Langner et al., n.d.).

Como hallazgos tempranos a las 2 semanas en CU existe plasmocitosis basal en el 38% de pacientes, sin embargo, en casos con inflamación crónica se observa distorsión de la cripta y aumento de la celularidad de la lámina propia e irregularidad vellosa (Lamb et al., 2019).

En la enfermedad de Crohn como en la colitis ulcerosa existe infiltración de neutrófilos en la lámina propia o en el epitelio, con criptitis o abscesos que indican actividad de la enfermedad (Feuerstein & Cheifetz, 2017), hay que tener en cuenta que los granulomas no son específicos de la EC con una prevalencia de 15% en tomas de muestra con endoscopia vs 70% en cirugías, el granuloma de la EC es de tipo sarcoide con histiocitos epiteloideos, linfocitos y eosinófilos, a la vez células gigantes, que poseen poca necrosis central a diferencia de los de tuberculosis (Langner et al., n.d.).

Los métodos de imagen diagnósticos pueden necesitarse en caso de no concluir el estudio endoscópico o en caso de necesitar una valoración intestinal como seguimiento de la enfermedad, la ecografía intestinal, la Tomografía axial computarizada (TAC) o la resonancia magnética son métodos usados para la valoración intestinal con alta sensibilidad y especificidad con 94 y 97% respectivamente, que puede presentarse con engrosamiento mural > 3mm, estenosis y proliferación de grasa mesentérica (Maaser et al., 2019).

### **Clasificación y actividad de la enfermedad**

La enfermedad inflamatoria intestinal se puede clasificar según su fenotipo, en el caso de la enfermedad Crohn se utiliza la clasificación de Montreal (Tabla 1) que valorara la edad del diagnóstico, el comportamiento de la enfermedad ya sea inflamatorio, estenosante, penetrante y compromiso perineal, así también su localización ileal, colónica, ileocolónica, tracto digestivo superior, lo que va a permitir una adecuada caracterización y establecer un manejo adecuado (Colombel et al., 2006).

En la colitis ulcerosa la clasificación de Montreal (Tabla 2) valora la extensión de la colitis, pudiendo localizarse en el recto, colon izquierdo y pancolitis, que asegura una correcta caracterización y manejo, así como establecer un pronóstico, con un riesgo de extensión proximal en una proctitis en 10 años entre el 41 y el 54% (Colombel et al ., 2006; Silverberg et al., 2005).

*Tabla 1 Clasificación de Montreal Enfermedad de Crohn.*

---

EDAD	
A1	16
A2	17 a 40
A3	40 y más
Localidad	
L1	Ileal
L2	Colónica
L3	Ileocolónica
L4	Enfermedad superior
Comportamiento	
B1	No estenosante
B2	Estenosante
B3	Penetrante
p	Enfermedad perianal

---

Fuente: Colombel et al.,2006).

*Tabla 2 .Clasificación de Montreal, extensión Colitis Ulcerosa.*

Extensión		Anatomía
E1	Proctitis	Recto-compromiso proximal hasta unión recto sigma.
E2	Colon izquierdo	Colo-recto distal y flexura esplénica
E3	Extensa o pancolitis	Extensión proximal a la flexura esplénica

Fuente: Colombel et al., 2006).

Existen 3 dominios en la enfermedad inflamatoria intestinal a considerar, siendo el impacto de la enfermedad en los pacientes( síntomas, calidad de vida, fatiga y discapacidad) la carga inflamatoria (pcr, lesiones mucosas, compromiso superior, extensión de la enfermedad) y el curso de la enfermedad (daño estructural, historia de resección intestinal, enfermedad perianal, número de recaída y manifestaciones extra intestinales), que permiten una valoración integral(Mikocka et al., 2016).

El método estándar de valoración para la enfermedad de Crohn es el índice "Crohns Disease Activity Index "(CDAI), así también el índice "Harvey Bradashaw Index (HBI).

El más utilizado en los ensayos clínicos es el CDAI y maneja varios parámetros 7 variables clínicas y una analítica, según lo indicado por "European Crohns and Colitis Organization"(ECCO) el

paciente está en remisión con un valor de <150, brote leve 150 a 220, moderado 220 a 450 y grave > 450 (Monrroy & Patricio, 2013;Maaser et al., 2019).

El índice de Harvey Bradshaw es un derivado con una buena correlación con CDAI(Echarri et al., 2019) basado en la valoración clínica es el más utilizado después de CDAI, de la misma manera es mucho más fácil de utilizar e interpretar, es así que se ha implementado el uso de este método de forma virtual, mediante telemedicina que permite al paciente realizarse una auto evaluación de su enfermedad con una buena correlación entre la valoración tradicional con el médico y el paciente, con VPP para remisión 98,2% (Echarri et al., 2019), un valor <5 se considera remisión, 5 a 7 leve, 8-16 moderada, >16 severa (Tabla 3 ).

La severidad endoscópica de la enfermedad de Crohn es valorada mediante el índice Simplified Endoscopic Activity Score for Crohn's Disease ( SES-CD), recomendado actualmente por su simplicidad y adecuada correlación clínica (Monrroy & Patric, 2013).

*Tabla 3 Índice de Harvey Bradshaw para la valoración clínica de la enfermedad de Crohn.*

	0	1	2	3	4
Bienestar general	Muy bien	Ligero decaimiento	Mal	Muy malo	Terrible
Dolor abdominal	No	Leve	Moderado	Grave	
Masa abdominal	No	Dudosa	Definitiva	Definitivo doloroso	
Número de diarreas al día.	Colocar el número total de diarreas en el día				
Manifestaciones extraintestinales (colocar 1 punto por cada una).	Artralgia, Uveitis, Eritema nodoso, Úlceras aftosas, Fisura anal, Nueva fístula, Absceso, Pioderma gangrenoso.				

Fuente: (Vermeire et al., 2010).

Elaborado por: Juan David Espinoza.

La colitis ulcerosa, posee de la misma manera periodos de actividad y remisión es así que se debe mantener en control continuo mediante diferentes scores, entre los más utilizados se encuentran el índice True Love witts y el índice de la clínica Mayo, el índice de true love witts valora parámetro

clínicos y bioquímicos, siendo adecuada y muy recomendada para el seguimiento y valoración de recaídas (Tabla 4) (Jain et al., 2018).

Se han planteado métodos de seguimiento por telemedicina mediante la escala "Simple Clinical Colitis Activity Index" (SCCAI) (Tabla 5) que se basa en la valoración clínica de la enfermedad, con una adecuada correlación entre los resultados obtenidos por medio de la valoración virtual y la atención tradicional (Marín-jiménez et al., 2016). La valoración de la severidad endoscópica en la CU es ampliamente valorada mediante la escala de mayo o el índice endoscópico de la Colitis Ulcerosa (UCEIS) siendo estos muy factibles y útiles para la valoración de la mucosa y severidad (Pagnini et al., 2021).

*Tabla 4 Escala True Love Witts para la valoración de la severidad clínica en Colitis Ulcerosa.*

	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Severa</b>
Deposiciones con sangre al día	<4	4 o más	>6
Frecuencia cardiaca	<90	< 90	>90
Temperatura	<37,5	>37,8	>37,8
Hemoglobina	>11,5	> 10,5	< 10,5
VSG	<20	< 30	>30
PCR	NORMAL	<30	>30

Fuente: Jain et al., 2018).

Elaborado por: Juan David Espinoza.

*Tabla 5 Simple Clinical ColitisActivity Index para la valoración de pacientes con Colitis Ulcerosa*

PUNTAJE	0	1	2	3	4
Deposiciones al día	1-3	4-6	7-9	>9	
Deposiciones en la noche	0	1-3	4-6		
Urgencias para defecar	No	Rápida	Inmediata	No me aguanto, me ensucie	
Sangre en las heces	No	rastros	Ocasionalmente restos evidentes	Usualmente restos evidentes	
Bienestar general	Muy bien	Un poco mal	Mal	Muy mal	terrible

**Manifestaciones extracolónicas colocar un punto por cada una:**

- Dolor en una o más articulaciones
- Dolor en ojos y enrojecimiento, visión borrosa
- Enrojecimiento de piel la cual es dolorosa que no se puede tocar, presente en brazos o piernas
- Presenta lesiones ulcerosas en la boca con rodeados por borde rojizo

- Lesión ulcerada que ha aparecido de forma repentina en las piernas, mal definida y muy dolorosa
- 

Fuente: Marín-jiménez et al., 2016).

Elaborado por: Juan David Espinoza.

### **Calidad de vida**

La enfermedad inflamatoria intestinal, se asocia a una gran carga psicológica, debido a que la enfermedad posee un curso impredecible con episodios de recaídas y remisión, con síntomas dolorosos que afectan su bienestar integral. El paciente se preocupa de varios aspectos de su vida, como ausentismo laboral, al desapego social, debido a alteraciones en el control intestinal, miedo al desarrollo de cáncer, cirugías y nuevas recaídas(Sajadinejad et al., 2012). La depresión y ansiedad son mayores en pacientes con EII que en pacientes sin la enfermedad, con un porcentaje de ansiedad **19,1 %** vs 9,6% y depresión **21,2 %** vs 13,4 %(Mikocka-walus et al., 2016).Se ha observado que las experiencias estresantes podrian contribuir al desencadenamiento de exacerbaciones en el curso y síntomas de la enfermedad(Sajadinejad et al., 2012).

Existe el eje intestino cerebro, el cual puede verse afectado por el estrés psicológico, alterando la percepción sensorial y secretora, con aumento en la permeabilidad intestinal y el sistema inmune, efectos mediados por la sustancia p, la proteína intestinal vasoactiva, varios neuropeptidos, neurotransmisores y hormonas, es así que en caso de no existir datos de actividad pero si dolor

abdominal y cambios en la función intestinal puede verse en relación al estrés psicológico(Sajadinejad et al., 2012).Es de esta manera de suma importancia el control integral, incluido la calidad de vida que engloban 4 dimensiones : síntomas intestinales y sistémicos, función emocional y social.

Se han creado escalas de valoración entre las más utilizadas se encuentra la escala IBDQ-32 que valora la cuatro dimensiones mediante 32 preguntas, catalogandose como baja calidad un valor entre 32 a 95, moderada calidad 96 a 159 y alta calidad de vida 160 a 224, lo que ayuda a dirigir de mejor manera el manejo terapéutico(Montoro & Aznarez, 2016).

## **Tratamiento**

Después de realizar el diagnóstico y establecer el compromiso de la enfermedad y la severidad, se debe realizar una intervención temprana dirigida a las características de la misma, con el objetivo de plantearse metas, entre ellas disminución de la severidad clínica, remisión endoscópica y mejoría de la calidad de vida.

Se ha planteado el concepto "Treat to target", el cual se basa en la discusión de los objetivos y tratamientos para obtener una remisión clínica y endoscópica mantenida ,disminución de la actividad de la enfermedad y prevención de recaídas (Nakase et al., 2021).

## **Manejo Colitis Ulcerosa**

En primera instancia se debe valorar el fenotipo de la enfermedad, es decir, localización de lesión. Para CU la escala de Montreal, el grado de severidad de la enfermedad con la escala Truelove Witts y valoración de severidad endoscópica.

El objetivo en el manejo de la colitis ulcerosa es llegar a una remisión profunda, clínica y endoscópica, sin embargo, en un estudio de Austria de 246 pacientes se determinó 61 % llega a una remisión clínica y solo 35 % llega a una remisión endoscópica (R Bryant et al., 2017).

### **Manejo inicial de enfermedad activa leve a moderada, con ácido 5 aminosalicílico (5 ASA):**

Es la terapia estandar para el manejo de la enfermedad leve a moderada como inductor y terapia de mantenimiento de la enfermedad, que ha sido avalada por meta analisis,

La dosis diaria dividida, con administración de  $> 2\text{gr}/\text{día}$  son más efectivos que dosis  $< 2\text{ gr}$ . En pacientes con enfermedad leve a moderada responden con dosis de 2 a 3 gr y en caso de tener enfermedad más severa se podría plantear el aumento de la dosis (Charrier et al., 2016).

El ASCEND trial, investigó la dosis respuesta de 5 ASA en 301 pacientes con enfermedad leve a moderada en los que se aplicó 2,4 a 4,8 gr de mesalacina, identificando que la mejor respuesta en pacientes con actividad moderada es con dosis de 4,8 gr día (Hanauer et al., 2007).

Se ha observado que paciente con colitis extensa, la terapia oral 4,8 gr día aumenta la remisión clínica(Paoluzi, 2015).

Las diferentes guías, recomiendan el uso de 5-ASA para el manejo de la proctitis leve a moderada (Nakase et al., 2021).

En pacientes con respuesta incompleta al manejo con 5 ASA oral, se recomienda la combinación de 5-ASA tópico y sistémico(Ford et al., 2011).

### **Tiopurinas como mantenimiento:**

Se ha observado que el uso de inmunomoduladores mantiene la remisión de la enfermedad. Un estudio en cochrane demuestra un beneficio de azatioprina sobre placebo, disminuyendo las tasas de colectomía. La dosis recomendada es de 2 a 2,5 mg/kg con un tiempo medio de repuesta clínica de 3 meses (Timmer et al., 2016), no se utiliza como fármaco para inducción.

Hay que tener en cuenta que se deben realizar controles por efectos adversos como leucopenia.

### **Tratamiento biológico**

#### **Anti TNF**

Son utilizados para el manejo de inducción y mantenimiento de pacientes con resistencia o dependencia esteroidea, así como actividad de la enfermedad a pesar del manejo con corticoides y tiopurinas.

El infliximab es un anticuerpo monoclonal quimérico, con 75% de componentes humanos y el 25 % de componentes murinos a comparación con el adalimumab que es completamente humano (Torres et al., 2020).

El infliximab se administra a una dosis de 5 a 10 mg/kg, con una respuesta similar a las 8 semanas, se ha observado que el uso de biológicos en pacientes con corticodependencia mejora la remisión, disminuye tiempo libre de recaídas y colectomías.

En el estudio ``SUCCESS`` se ha observado que la terapia combinada con inmunomoduladores, posee un mayor porcentaje de remisión de la enfermedad 40% vs 22 %, **hay que tener en cuenta que en el caso de discontinuar el manejo incrementa >80% el riesgo de una nueva recaída ( J Colombel et al., 2010).**

La terapia con adalimumab, en el estudio ``ULTRA 1`` en 390 pacientes sin tratamiento previo, se estudiaron dos grupos, el primer grupo se maneja con adalimumab 160 mg en la semana 0, 80 mg en la semana 2, el segundo grupo con 80 mg en la semana 0, 40 mg en la semana 2, los dos grupos a 40 mg en la semana 4 y 6 , un tercer grupo placebo semana 0,2,4 y 6, obteniéndose una tasa de remisión de 18,5 %, 10% y 9,2% respectivamente (Jean-frederic Colombel et al., 2014).

En el estudio ``ULTRA 2`` se analizaron pacientes que han recibido tratamiento previamente, evidenciándose una tasa de remisión a las 52 semanas 16,5% vs placebo de 9,3% (J Colombel et al., 2014).

## **Vedolizumab**

Es un anticuerpo monoclonal humanizado que actúa bloqueando la integrina  $\alpha 4\beta 7$  e interviene en los linfocitos T colaboradores los cuales se encuentran en el intestino, ha sido recomendado en un régimen de 300 mg IV a las semanas 0, 2 y 6, en posterior cada 8 semanas. En el estudio GEMINI I que manejó pacientes con CU activa 255 pacientes recibieron vedolizumab 300 mg al día 1 y 15, 149 pacientes recibieron placebo y 521 fueron randomizados para un estudio "Open Label", la remisión a las 6 semanas se observó en un 25,5% en el grupo placebo y 47,1 % en el grupo con vedolizumab (J Colombel et al., 2013).

## **Ustekinumab**

Es un biológico humano monoclonal dirigido a la interleucina 12/23 la cual media las vías de inflamación actuando en la fisiopatología de la enfermedad inflamatoria intestinal, se utiliza en colitis ulcerosa cuando presenta actividad moderada a severa en pacientes naive a biológicos o que ha perdido respuesta o son intolerantes a corticoides, inmunomoduladores, anti TNF o vedolizumab.

En el estudio UNIFI se aplicó placebo IV, en un grupo 130 mg ustekinumab y en otro aproximadamente 6mg/kg de ustekinumab con el objetivo de llegar a remisión Mayo  $< 2$ , evidenciándose que el grupo placebo la remisión se observó en el 5,3%, 15,6 % en el grupo de 130 mg y 15,5% en el grupo 6 mg/kg con una p significativa ( $<0,001$ ), con un significativo aumento en la calidad de vida (Lamb et al., 2019)

## **Corticoides en actividad leve a moderada**

Los corticoides orales son utilizados para la inducción a la remisión en pacientes con colitis moderada a severa refractarias al manejo con sulfazalacina o 5 ASA y en pacientes con actividad severa que se han hospitalizado después del manejo con corticoide intravenoso(Bernstein et al., 2015).

El corticoide oral es útil para inducción de la remisión con una dosis de 1 mg/kg día de prednisona oral, con posterior descenso progresivo en 6 a 8 semanas y con una respuesta clínica de mantenimiento de un 60,7% (Lamb et al., 2019;Nakase et al., 2021).

### **Manejo específico:**

#### **Proctitis:**

Se debe valorar severidad :

Leve a moderada: Se maneja con 5-ASA topicos, en supositorio una vez al día en la noche, en caso de no existir respuesta se adiciona vía oral 2 a 3 gr día, si no responde a esta terapia se añade corticoide oral 5 mg de prednisona con 5-ASA 4 a 4,8 gr(Lamb et al., 2019).

Si existe respuesta se reduce dosis de supositorio cada 2 a 3 días y se puede añadir 5 -ASA oral de mantenimiento (Lamb et al., 2019)

**Proctitis Severa:**

Se añade corticoide oral 40 mg vía oral al día con disminución paulatina de 6 a 8 semanas, si no existe respuesta considerar el uso de biológicos(Lamb et al., 2019).

**Manejo de colitis ulcerosa severa :**

Aproximadamente entre el 20 y el 25 % de pacientes con CU requieren hospitalización por episodios de colitis ulcerosa severa, con una morbilidad del 30 al 40% después de una o dos recaídas(Dinesen et al., 2010).

Se determina que un paciente tiene colitis ulcerosa severa, según criterios clínicos y de laboratorio según la escala Truelove Witts, con > de 6 deposiciones con sangre al día y signos de SIRS, temperatura > 37,8 grados, fc > 90 y hb < 105 con PCR > 30 y se inicia valoración para llegar a una remisión clínica disminuyendo 3 diarreas por día sin sangrado rectal(Jain et al., 2018).

En la admisión se recomienda realizar estudios de laboratorio calprotectina fecal, PCR, albumina, cultivos de heces, incluido clostridium difficile porque hay que descartar procesos infecciosos que pueden desencadenar una recaída, también es mandatorio realizar estudios de imagen ecografía, RX de abdomen, TAC abdominal para valorar indicios de megacolon tóxico (dilatación del transversal o ciego >6 cm, fiebre, taquicardia, leucocitosis, anemia) el nivel de extensión y posible perforación con RMN o tomografía(Maaser et al., 2019).

Es mandatorio realizar recto-sigmoidoscopia diagnóstica para determinar severidad y toma de biopsias al menos 11 biopsias de zonas inflamadas para confirmar recaída y descartar causas infecciosas entre ellas Citomegalovirus (CMV) (Jain et al., 2019)(Lamb et al., 2019).

El manejo se basa en la aplicación de corticoide sistémico con hidrocortisona 100 mg cada 6 horas o metilprednisolona 60 mg cada 24 horas como terapia estandar(Conley et al., 2022),en asociación a un manejo profiláctico anti trombótico con heparina de bajo peso molecular debido al alto riesgo de tromboembolismo con más de 8 veces en relación a un paciente normal(Lamb et al., 2019;Conley et al., 2022).

Se debe realizar la valoración de respuesta a los 3 días con criterios de oxford en caso de presentar > 8 diarreas o 3 a 8 diarreas con PCR > 45 posee 85% de probabilidad de colectomía, la valoración PCR/albúmina 0,85 en el día 3 presenta una predicción de colectomía del 70 al 76%, necesitan terapia de rescate IV de infliximab o ciclosporina, es por esto, que se debe descartar tuberculosis, virus de hepatitis B, VHC, VHZ, difteria, tétanos, sífilis, neumococo, rotavirus (Lamb et al., 2019).

La colectomía se plantea en caso de no tener respuesta a la terapia farmacológica, en hemorragias, indicios de megacolon tóxico o perforación,

## **Manejo enfermedad de Crohn**

### **Inducción pacientes con enfermedad leve a moderada**

El uso de la budesonida oral 9 mg al día ya sea dosis diaria o dosis dividida en pacientes con enfermedad ileocecal presenta eficacia en la remisión clínica, ya demostrado por varios meta analisis y respaldado por guías internacionales con menos efectos adversos que la prednisona oral con misma eficacia debido a un primer paso amplio que disminuye su biodisponibilidad (Lamb et al., 2019) (Coward et al., 2017) (Torres et al., 2020).

La prednisona oral 40 mg al día con descenso semanal de 5 mg, también ha mostrado beneficio en la remisión clínica de enfermedad leve a moderada durante 8 semanas((Lamb et al., 2019).

Antibióticos orales solamente deberán ser usados cuando se ve asociado a infecciones como abscesos, sobre crecimiento bacteriano, clostridium difficile o fistulas ya que su uso no se ha provado como inductor (Lamb et al., 2019).

No se recomienda el uso de 5 ASA como inductor de la enfermedad, no presenta significancia en la remisión(Ford et al., 2011).

### **Inducción en pacientes con enfermedad moderada a severa ileocolónica**

En paciente con enfermedad activa moderada a severa se sugiere corticoides sistémicos para la inducción a la remisión, se puede utilizar budesonida en pacientes con enfermedad localizada ileocolónica o prednisona, si es inefectivo, la guía europea recomienda metilprednisolona oral 48 mg /día con reducción paulatina semanal 32mg, 24mg, 20 mg, 16 mg y 12 mg(Torres et al., 2020).

Manejo temprano con biológicos se debe considerar en pacientes con alto riesgo que corresponden a: Estenosis o fistulas, menor de 40 años y con previa necesidad de corticoides en recaídas(Loly et al., 2008) ,la elección del biológico depende de la preferencia del paciente, disponibilidad, costo y accesibilidad, los biológicos de primera línea son los anti TNF, el vedolizumab y ustekinumab .(Lamb et al., 2019).

Los anti TNF son más rápidos en actuar y son potentes anti inflamatorios, entre ellos están el infliximab y el adalimumab(Torres et al., 2020).

El infliximab posee una dosis de 5mg/kg intravenoso (IV) a las semanas 0, 2 y 6 durante la inducción y cada 8 semanas en posterior. El Adalimumab es de administración subcutánea (SC) a una dosis de 160 mg y luego a 80mg 2 semanas posterior a la inducción, seguido de 40 mg cada 2 semanas.

Se recomienda la asociación de tiopurinas + infliximab para inducción de remisión en pacientes con actividad moderada a severa que posee inadecuada respuesta a terapia convencional( Frédéric et al., 2010)

En caso de no responder a anti TNF se deberá considerar el uso de ustekinumab o vedolizumab para inducción (Torres et al., 2020)(Lichtenstein et al., 2018).

En caso de enfermedad severa o fulminante, generalmente son pacientes que no responden a corticoterapia oral o agentes anti TNF, o pacientes que presentan fiebre, vómito, obstrucción intestinal, peritonismo, caquexia o evidencia de abscesos, que deben ser hospitalizados, en el caso de actividad severa se iniciaran corticoides sistémicos, soporte hidroelectrolítico, según la necesidad transfusiones de hemoderivados, en abscesos se planteará manejo clínico, drenaje percutaneo o cirugía.

El manejo con tiopurinas no se utilizan para inducir remisión, sin embargo, se recomienda que pacientes con actividad moderada a severa que respondieron adecuadamente a corticoterapia o metotrexate deberán mantenerse con el uso de tiopurinas (Lamb et al., 2019)(Torres et al., 2020)(Gajendran et al., 2018).

### **Mantenimiento de remisión**

El mantenimiento de la remisión disminuye el riesgo de hospitalización y necesidad de cirugía durante 1 año, no se recomienda el uso de corticosteroides por su relación con efectos adversos, sin embargo, el uso de azatioprina a una dosis de 2,0 a 2,5 mg/kg se ha visto adecuada, el mantenimiento con infliximab cada 8 semanas también se considera adecuada(Gajendran et al., 2018).

### **Manejo de patologías especiales:**

#### Fístulas:

Se manejan mediante terapia biológica previo descarte de abscesos, en caso de tenerlos se debe drenar y manejar con antibióticoterapia, si es < 5cm no requiere drenaje quirúrgico, fistulas perianales asintomáticas simples no requieren cirugía, fístulas sintomáticas requieren cirugía, fistulas internas como la recto vaginal, enterovesical, deben manejarse con biológicos o combinado con azatioprina previo a la cirugía (Lichtenstein et al., 2018).

#### Estenosis:

En caso de tratarse de una estenosis fibrótica, en primera instancia se deba valorar la característica de la estenosis, en caso de ser <4 cm se puede manejar con dilatación endoscópica, si no responde se debe optar por esfinteroplastia si es < 10 cm, o por resección quirúrgica(Lichtenstein et al., 2018).

#### Manejo post resección

Después de una resección en EC la recurrencia es del 50%, a la vez se ve asociado con síndromes de mal absorción. Se debe realizar un seguimiento endoscópico a los 6 meses, con la escala de Rutggerts o seguimiento imagenológico, que son predictores de recidiva. Se indica anti TNF como droga más efectiva para la prevención recurrencia así como metronidazol y azatioprina por 3 meses, lo que mantiene remisión por almenos 3 meses(Cruz et al., 2014)(Lamb et al., 2019).

### Manejos complementarios:

En pacientes con resección ileal, necesitan suplementos parenterales de vitamina b12 con una dosis de 1 a 4 g/día, Calcio elemental oral 1 gr al día, considerar bifosfonatos cuando se maneje terapia corticoidea, vitamina D 400 a 800 UI al día teniendo en cuenta su efecto inmunomodulador(Transl et al., 2019).

### **Calidad de vida**

Los trastornos psicológicos, ansiedad y depresión son documentados en la bibliografía, en 2016 se observo que el 21 % de pacientes poseen desordenes de ansiedad, 15% con depresión, lo cual esta de la misma manera en relación con trastornos del sueño, fatiga, desordenes alimenticios, trastornos postraumáticos, disfunción sexual(Mikocka-walus et al., 2016), por lo que se plantea terapia cognitiva conductual, lo que permite al paciente entender el comportamiento de la enfermedad y el afrontamiento a la misma.

Existen terapias cognitivas conductuales y también terapias de desestres, tanto ejercicio físico, yoga ,hipnoterapia enfocado en desordenes gastrointestinales, que apoya al manejo del síndrome de intestino irritable y un mejoramiento entre el eje intestino-cerebro( Bedell et al., 2017).

## **CAPITULO 3- METODOLOGIA**

### **Tipo de estudio:**

Se realizó un estudio prospectivo, analítico, de tres meses en pacientes con Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) atendidos en el área de gastroenterología del Hospital José Carrasco Arteaga (HJCA) IESS Cuenca, con uso de estadística descriptiva y de asociación.

### **Población y Muestra:**

#### **Población:**

La totalidad de Pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga IESS.

#### **Muestra:**

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de 35 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que se encuentran en atención continua por el área de gastroenterología del hospital HJCA IESS Cuenca en un periodo de 3 meses (Figura 1).

**Criterios de inclusión**

Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal tratados en el HJCA IESS Cuenca.

Pacientes que cuenten con dispositivo tecnológico para el llenado de encuestas.

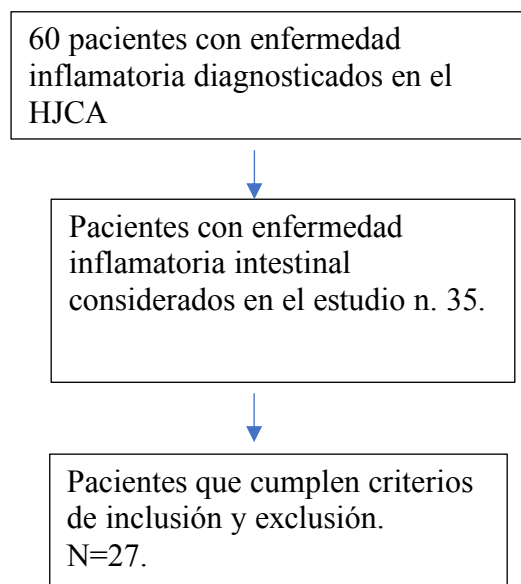
Pacientes que cuenten con internet al inicio del estudio.

**Criterios de exclusión**

Pacientes que no deseen ser parte del estudio antes del inicio del mismo.

Personas analfabetas

*Figura 1 Distribución de pacientes*



**Nota: Se observa que 27 pacientes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.**

**Objetivo general:**

Describir la evolución de la severidad clínica y calidad de vida de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal por medio del uso de escalas virtuales con una medición mensual en un periodo de 3 meses.

**Objetivos Específicos:**

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con EII.
- Identificar la evolución de la severidad clínica de la enfermedad de forma mensual en un periodo de 3 meses, mediante el llenado de encuestas virtuales validadas.
- Identificar la evolución de la calidad de vida de pacientes con EII de forma mensual en un periodo de 3 meses mediante el llenado de escalas virtuales validadas.
- Asociar la calidad de vida y su evolución con variables sociodemográficas en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

**Recolección de datos:**

Los datos obtenidos se recolectaron mediante el llenado de las siguientes encuestas dependiendo del tipo de enfermedad, interpretándose como alta, moderada y leve severidad:

Para pacientes con enfermedad de Crohn se utilizará la escala clínica:

Harvey Bradshaw index (HBI) (Anexo 1)

Para pacientes con colitis ulcerosa se utilizará la escala clínica:

Simple Clinical Colitis Activity Index (SCCAI) (Anexo 2)

La calidad de vida se midió mediante el llenado del cuestionario *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* de 32 ítems (IBDQ-32) adaptado al español, pudiendo determinar según la medición como alta, moderada y baja calidad de vida (Anexo 3).

**Plan de análisis de datos:**

Se realizó estadística descriptiva y de asociación, con el uso de programas como EXCEL, EPI INFO.

Los datos cuantitativos fueron medidos con estadística descriptiva con medidas de tendencia central, medidas de dispersión.

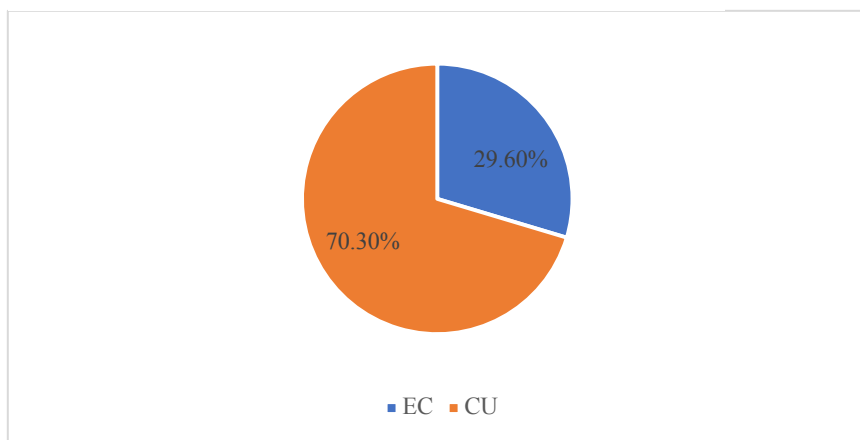
Los datos cualitativos fueron medidos por medio de escala cualitativas ordinales para determinar la severidad y calidad de vida. Así también se midió mediante escalas nominales los datos sociodemográficos.

La asociación de variables fueron medidas por medio de la prueba Test de Fisher.

## CAPITULO 4- RESULTADOS.

Se incluyeron 27 pacientes que cumplieron criterios de inclusión y exclusión, el 70,3% fueron pacientes con enfermedad de Crohn y un 29,6% con colitis ulcerosa (Figura 2).

*Figura 2 Distribución de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal*

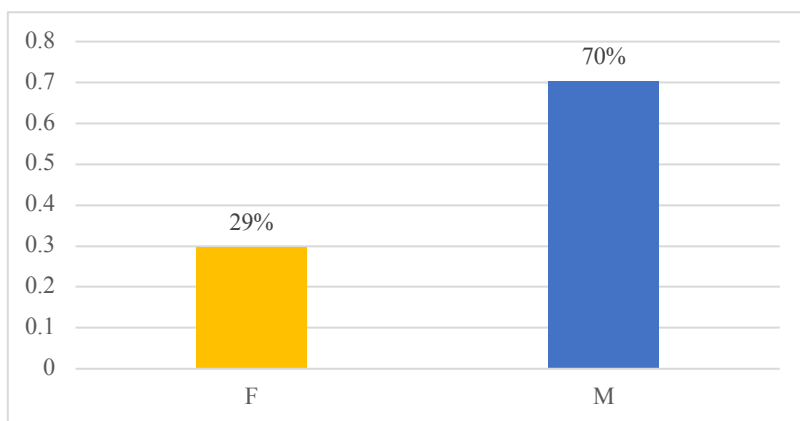


Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza.

Se incluyeron en el estudio, ocho ( 29,63%) pacientes de sexo femenino y 19 (70,3%)pacientes de sexo masculino.

*Figura 3 Distribución de pacientes por sexo*

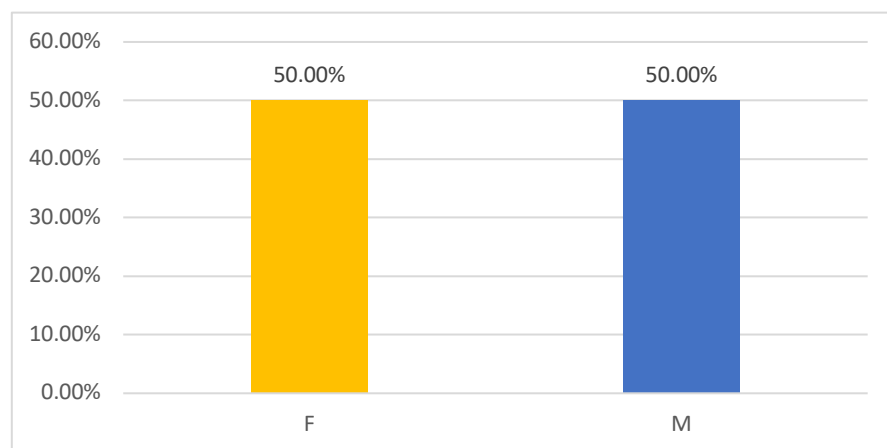


Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaboración: Juan David Espinoza.

En pacientes con enfermedad de Crohn se evidencia que existe un 50% de hombres y 50 % de mujeres, con una relación 1:1.

*Figura 4 Distribución de sexo en pacientes con enfermedad de Crohn*

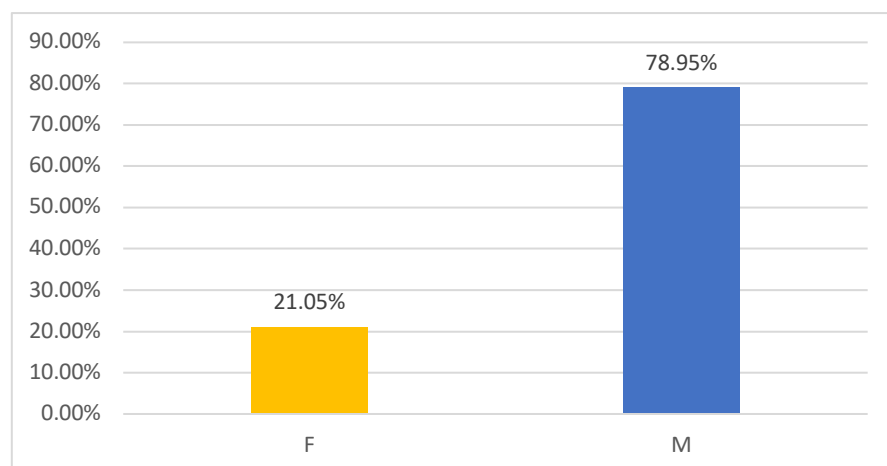


Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaboración: Juan David Espinoza.

En pacientes con colitis ulcerosa se identificó que un 78,9% es de sexo masculino y un 21.05% de sexo femenino, con una relación hombre – mujer 3:1.

*Figura 5 Distribución de sexo en pacientes con colitis ulcerosa*



Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza.

Se analizó la edad de pacientes con enfermedad de Crohn, evidenciando mediante medidas de dispersión y tendencia central que el promedio de edad es de 36 años, con una desviación estandar de 16,08 que se ve representada en la edad máxima de 59 años, edad mínima de 18 años (Tabla 6).

*Tabla 6*

*Medidas de dispersión en enfermedad de Crohn*

<b>Promedio de edad</b>	<b>Máximo de edad</b>	<b>Mínimo de edad</b>	<b>Desvest Edad</b>
36	59	18	16,08

Elaborado: Juan David Espinoza

Se analizó la edad de pacientes con colitis ulcerosa, evidenciando mediante medidas de dispersión y tendencia central que el promedio de edad es 38 años a diferencia de la CU 36 años, con una desviación estandar de 14,83 que se ve representada en la edad máxima de 69 años, edad mínima de 18 (tabla 7).

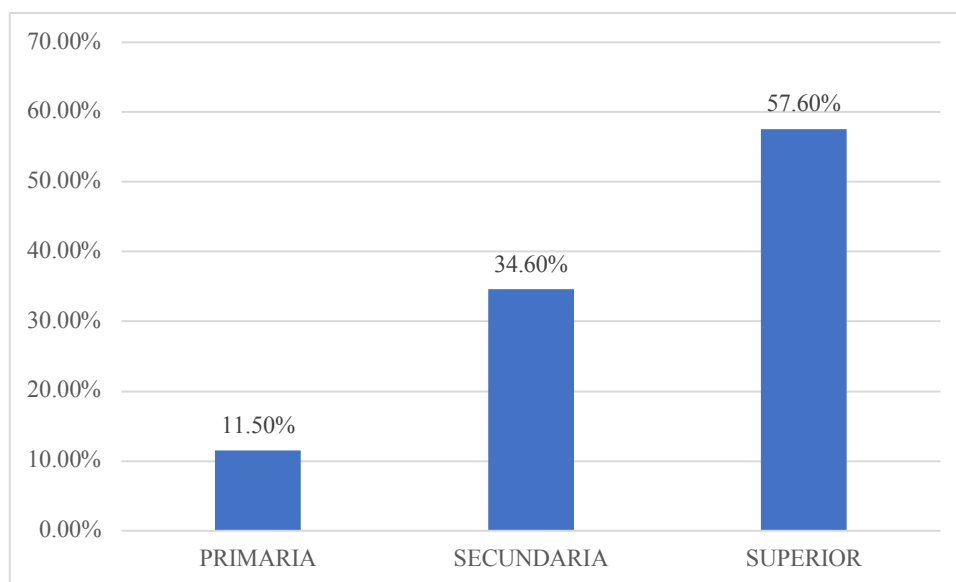
*Tabla 7 Medidas de dispersión colitis ulcerosa*

<b>Promedio de edad</b>	<b>Máximo de edad</b>	<b>Mínimo de edad</b>	<b>Desvest edad.</b>
38.73	69	18	14.83

Elaborado: Juan David Espinoza

En el estudio se evidencia que el nivel de instrucción en el grupo analizado un 11% tiene una instrucción primaria, el 33 % una instrucción secundaria y un 55,6% una instrucción superior (Figura 6).

*Figura 6 Nivel de instrucción en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal*

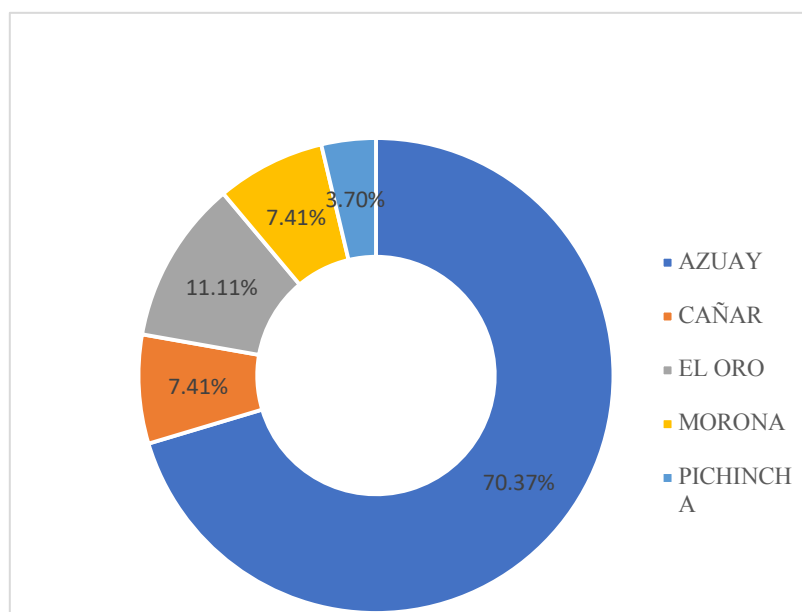


Fuente: Base de datos del Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza.

Se identificó que un 70% de pacientes son de la provincia del Azuay ,sin embargo, un 29,63% se distribuyeron en cuatro provincias, entre ellas Cañar, El Oro, Morona Santiago y Pichincha ( Figura 7).

*Figura 7 Distribución de pacientes por provincias*

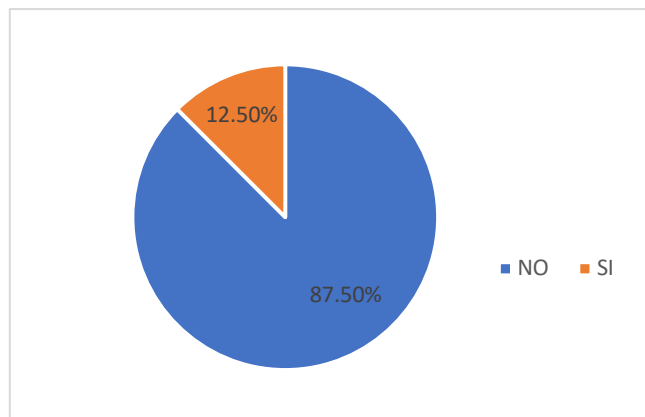


Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza.

Se observa que en pacientes con enfermedad de Crohn solo un paciente (12,5%) ha tenido hábito tabáquico (Figura 8), y en la colitis ulcerosa de igual manera (Figura9).

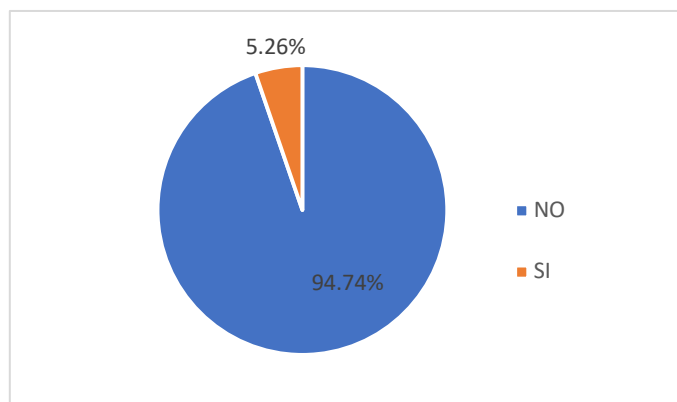
*Figura 8. Hábito tabáquico en enfermedad de Crohn*



Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza.

*Figura 9 Hábito tabáquico en colitis ulcerosa*



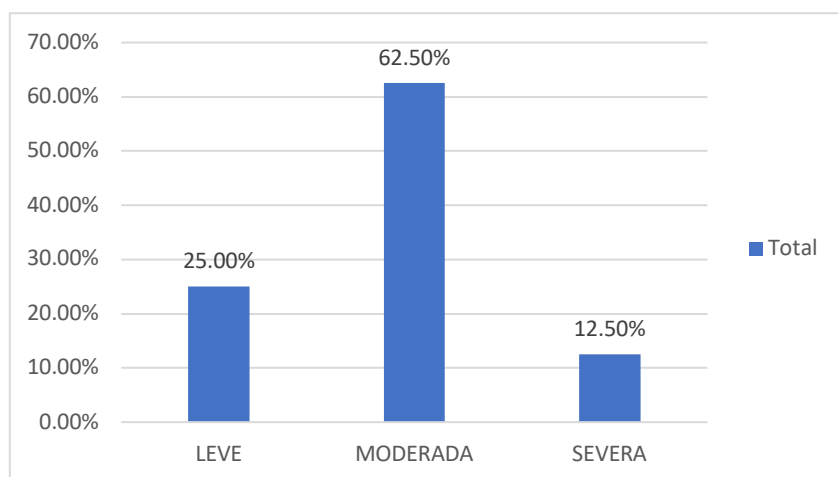
Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza.

## Análisis retrospectivo

Se identificó retrospectivamente, que al momento del diagnóstico ambos grupos presentaban una actividad considerablemente alta, en el grupo de pacientes con enfermedad de Crohn debutó un 62,5% con actividad clínica moderada y un 12,5% con actividad severa (Figura 10) a diferencia del grupo de pacientes con colitis ulcerosa en el que se identificó que un 42,1 % debutó con actividad moderada y un 38,84% con actividad severa (Figura 11).

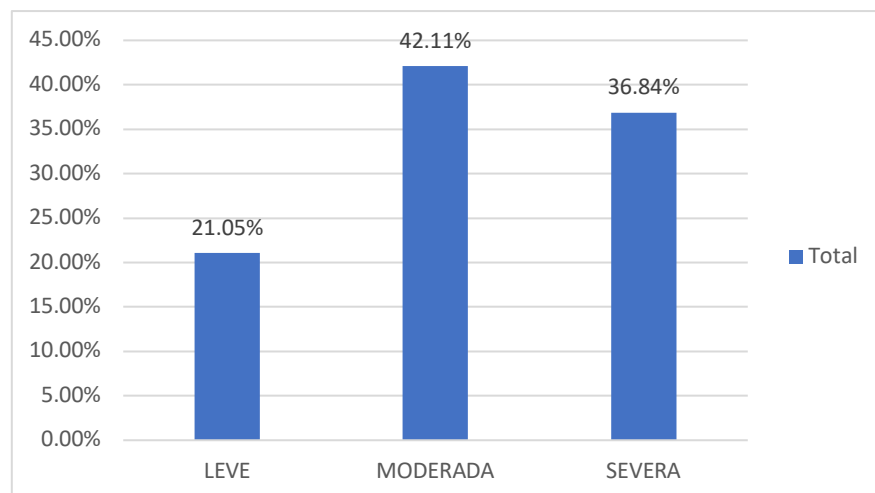
*Figura 10 Severidad clínica al diagnóstico de enfermedad de Crohn*



Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza.

Figura 11 Severidad clínica al momento del diagnóstico de pacientes con colitis ulcerosa.

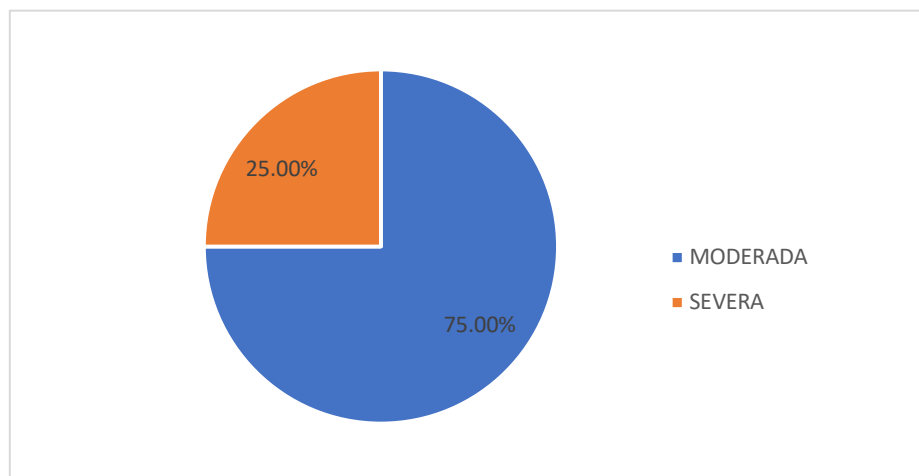


Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza.

Se observó que la actividad endoscópica a diferencia de la actividad clínica tanto en EC como CU se distribuía con mayor severidad, distribuidos en actividad moderada y severa, en la EC seis pacientes (75%) debutaron con actividad moderada y dos (25 %) con actividad severa (figura 11), en la CU se evidenció que 12 pacientes (63%) debutó con actividad endoscópica severa y siete (36%) con actividad moderada (figura 12) (Figura 13).

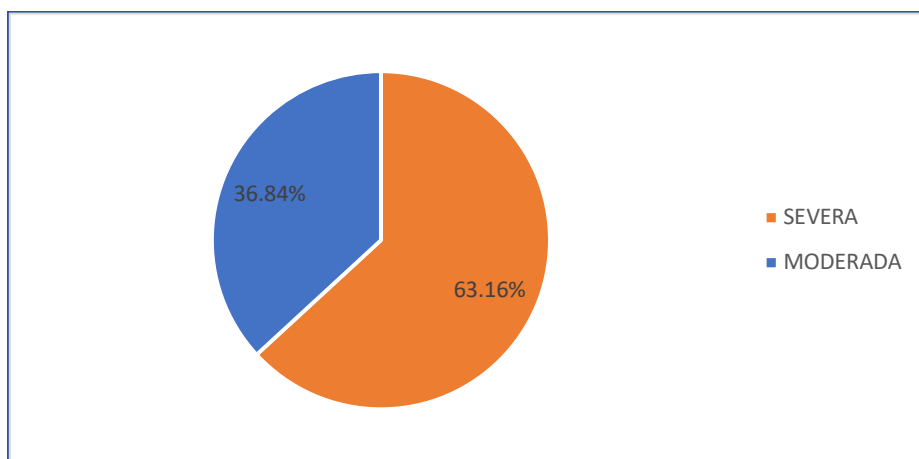
*Figura 12 Actividad endoscópica al momento del diagnóstico en pacientes con enfermedad de Crohn*



Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza

*Figura 13 Actividad endoscópica al momento del diagnóstico en pacientes con colitis ulcerosa*

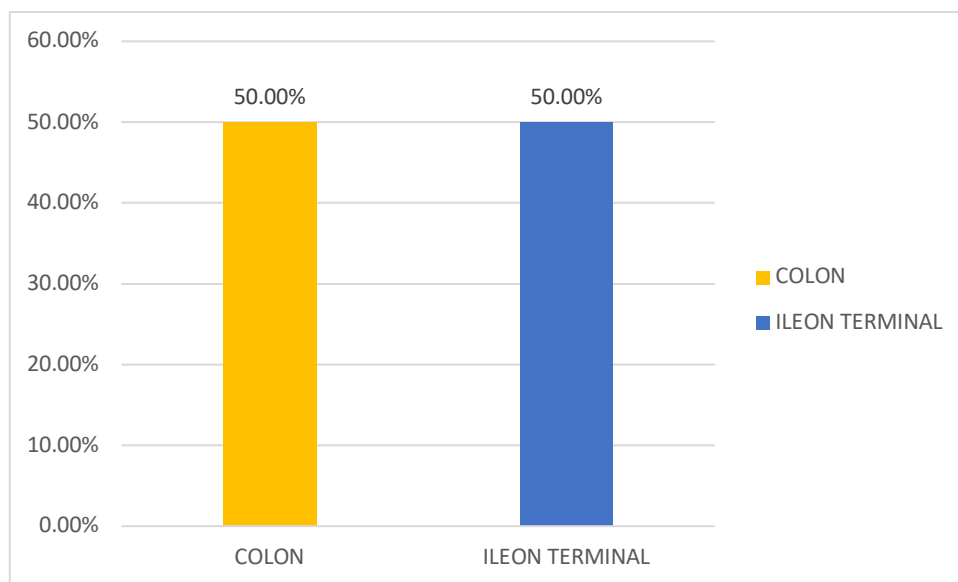


Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza.

El compromiso anatómico en pacientes con enfermedad de Crohn fue 50% ileal y 50% colónico (figura 14), se evidenció que la mayor cantidad de pacientes presentó un patrón inflamatorio entre ellos un paciente compartió con patrón perianal, sin embargo, un 15% presentó patrón estenosante en este grupo de igual manera un paciente compartió compromiso perianal (Figura 15).

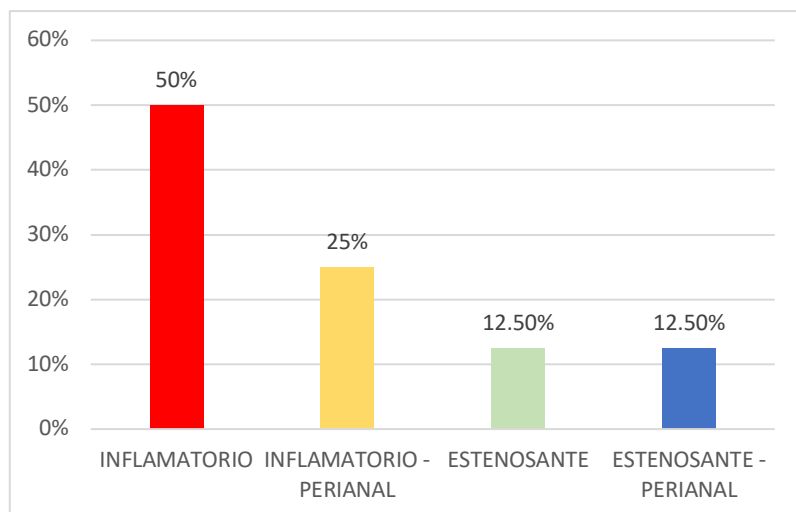
*Figura 14 Compromiso anatómico en pacientes con enfermedad de Crohn*



Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza

*Figura 15 Comportamiento de la enfermedad en pacientes con enfermedad de Crohn*

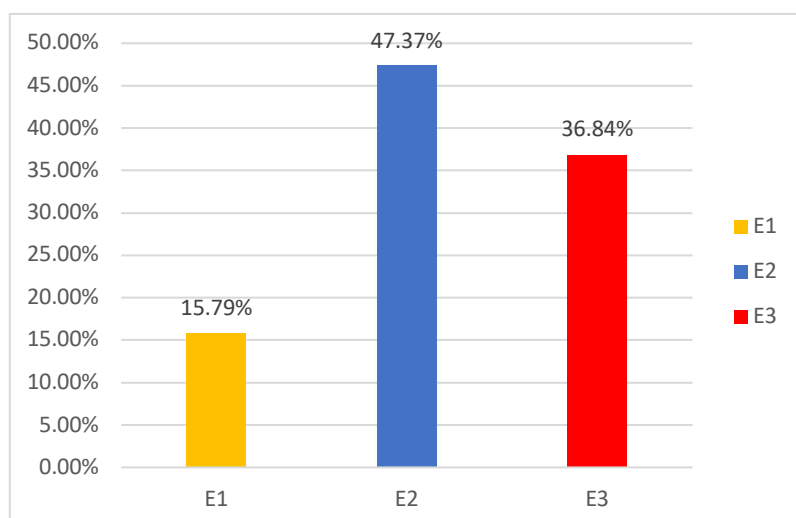


Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza

En pacientes con colitis ulcerosa llama la atención que la mayoría de pacientes presentó al momento del diagnóstico compromiso de colon izquierdo (E2) con 47,37% (Figura 16).

*Figura 16 Compromiso anatómico en colitis ulcerosa*



Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza

Se verificó el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, observando que el tiempo promedio desde éste en enfermedad de Crohn es de 5,3 años (Tabla 8) en relación al de Colitis ulcerosa que es de 6,63 años (Tabla 9), sin embargo, con un máximo de tiempo desde el diagnóstico en EC de 10 años a diferencia de la CU que es de 20 años.

Se observó que en el transcurso de estos años de diagnóstico todos han presentando como mínimo una recaída, pudiendo determinar que en EC presentan un promedio de dos recaídas (Tabla 10) y en CU 1,7 recaídas (Tabla 11).

*Tabla 8 Tiempo transcurrido en años desde el diagnóstico en pacientes con enfermedad de Crohn*

<b>Promedio de tiempo</b>	<b>Máx. de tiempo</b>	<b>Mín. de tiempo</b>	<b>Desvest de tiempo</b>
5.3	10	1	3.85

Elaborado: Juan David Espinoza

*Tabla 9*

*Tiempo transcurrido en años desde el diagnóstico en pacientes con colitis ulcerosa*

<b>Promedio de tiempo</b>	<b>Máx. de tiempo</b>	<b>Mín. de tiempo</b>	<b>Desvest de tiempo</b>
6.63	20	1	4.9

Elaborado: Juan David Espinoza

*Tabla 10*

*Recaídas en el tiempo transcurrido desde el diagnóstico en pacientes con Enfermedad de Crohn*

<b>Promedio de recaída</b>	<b>Máx. de recaída</b>	<b>Mín. de recaída</b>	<b>Desvest de recaída</b>
2.125	4	1	0.99

Elaborado: Por autor.

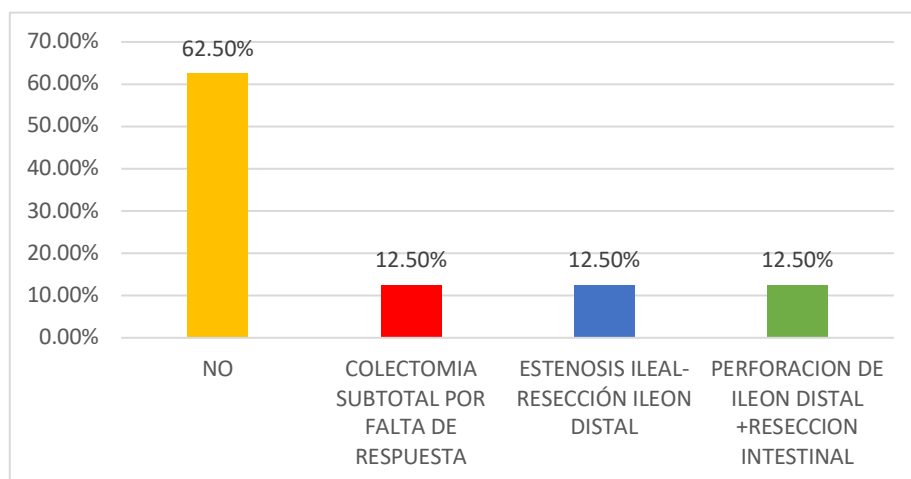
*Tabla 11 Recaídas en el tiempo transcurrido desde el diagnóstico en pacientes con colitis ulcerosa*

<b>Promedio recaída</b>	<b>Máx. de recaída</b>	<b>Mín. de recaída</b>	<b>Desvest de recaída</b>
1.77	3	1	0.73

Elaborado: Juan David Espinoza

En el transcurso del tiempo desde el diagnóstico se observó que en pacientes con EC tres pacientes (37,5%) tuvieron que ser intervenidos por complicaciones de la enfermedad de Crohn, un paciente tuvo que ser intervenido con colectomía subtotal por falta de respuesta, otro paciente se sometió a resección ileal por estenosis y un paciente fue intervenido por perforación intestinal con resección intestinal (figura 17)

*Figura 17 Cirugías en pacientes con enfermedad de Crohn*

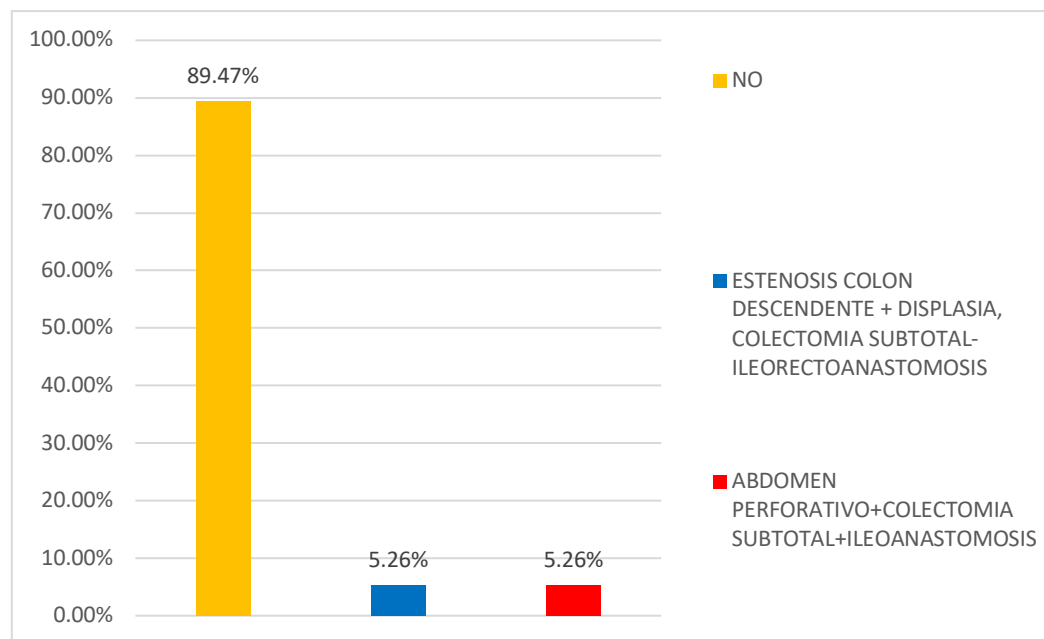


Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza

En el transcurso de tiempo desde el diagnóstico, en comparación con la enfermedad de Crohn dos pacientes con colitis ulcerosa tuvieron que ser sometidos a cirugía, uno (5,26%) por estenosis del colon descendente + displasia de alto grado sometido a a colectomía subtotal + ileorecteanastomosis y otro paciente 5,26% presentó un abdomen perforativo por lo que fue intervenido con colectomía subtotal + ileorecto anastomosis (Figura 18).

*Figura 18 Cirugías en pacientes con colitis ulcerosa*

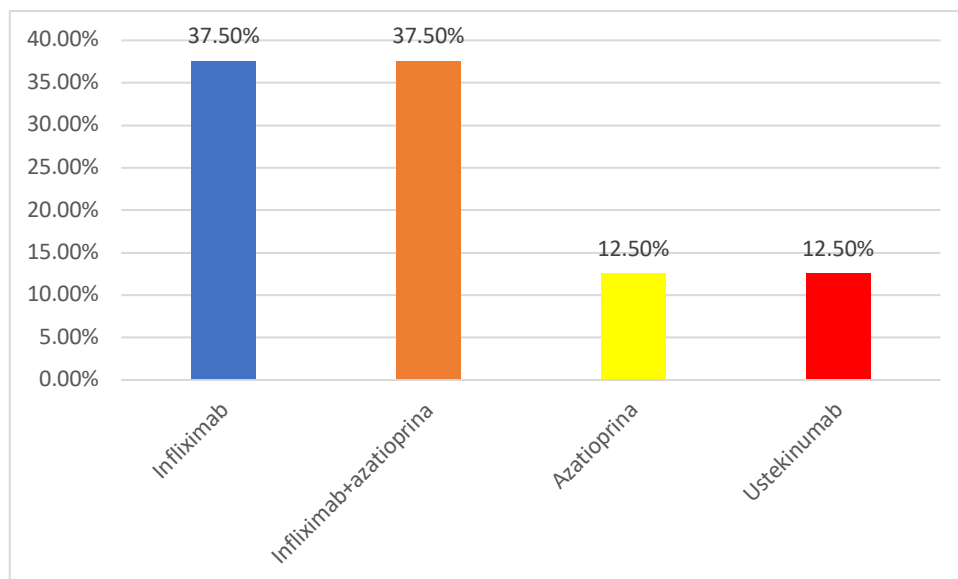


Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza

Al inicio del seguimiento en pacientes con EC se pudo observar que un 75% de pacientes recibió terapia biológica con anti TNF tipo infliximab de ellos el 37,5% fue con terapia combinada con azatioprina, el resto recibió ustekinumab y azatioprina como monoterapia (Figura 19).

Figura 19 Terapia farmacológica al inicio del seguimiento en pacientes con enfermedad de Crohn

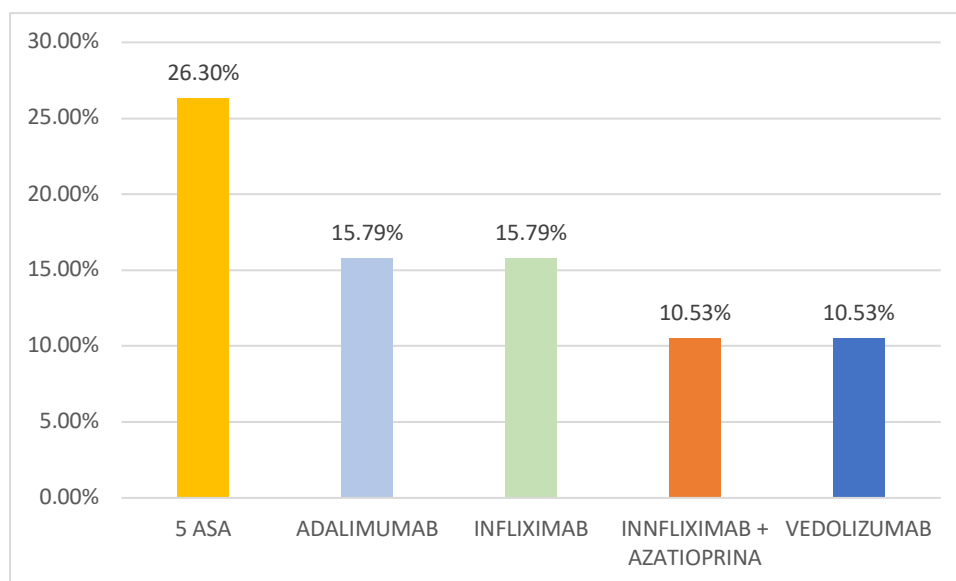


Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza

A diferencia de la EC, se observó que pacientes con CU poseen mayor variedad de manejos, 5asa, inmunomoduladores y 3 variedades de biológicos, teniendo en cuenta que el 100% de pacientes mantuvo una secuencia step up. La mayoría de pacientes recibe 5 ASA, seguido de inmunomoduladores con 21% y los demás distribuidos en manejo con biológico tanto combinados como monoterapia. (figura 20).

*Figura 20* Terapia farmacológica al inicio del seguimiento en pacientes con colitis ulcerosa



Fuente: Base de datos Hospital José Carrasco Arteaga.

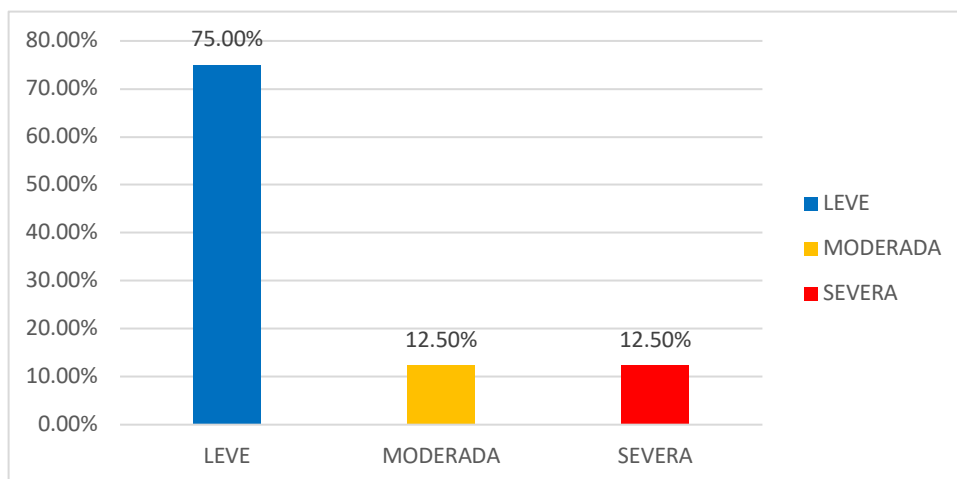
Elaborado: Juan David Espinoza.

### **Primer seguimiento enfermedad de Crohn**

En la primera evaluación en pacientes con Enfermedad de Crohn, se identificó que la mayoría de pacientes presentó leve severidad (75%), sin embargo, un paciente (12,5%) presentó actividad clínica moderada y otro paciente (12,5%) presentó actividad clínica severa (Figura 21).

En la calidad de vida analizada en la primera evaluación se evidenció que dos de ellos (25%) presentaron calidad de vida baja y un paciente (12,5%) calidad de vida moderada de predominio emocional (figura 22).

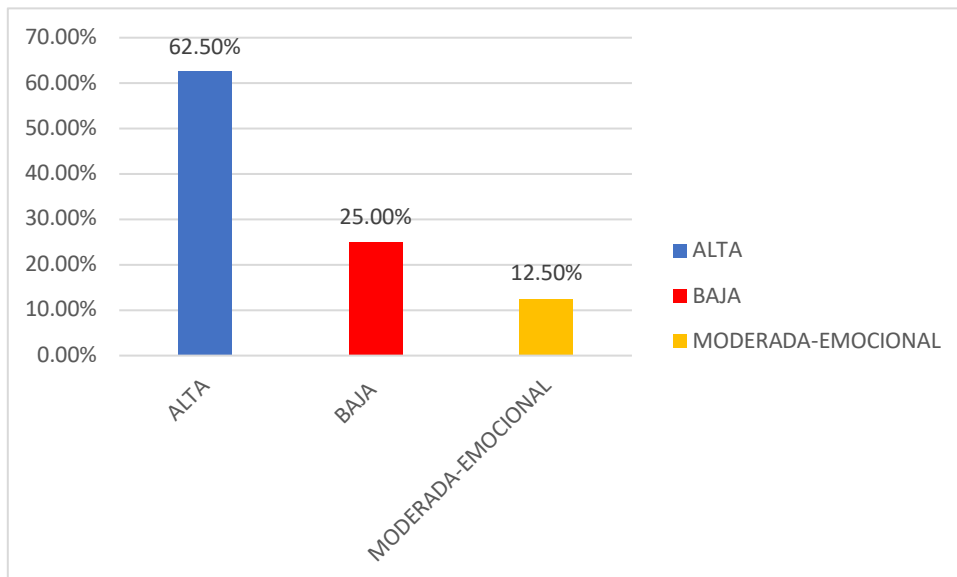
Figura 21 Actividad clínica primera medición EC



Fuente: Encuestas virtual de severidad HBI primera medición.

Elaborado: Juan David Espinoza.

Figura 22 Calidad de vida primera medición EC



Fuente: Encuesta virtual IBDQ32 primera medición EC.

Elaborado: Juan David Espinoza.

Dentro del grupo con actividad clínica leve llama la atención que un paciente (12,5%) presenta calidad de vida moderada de predominio emocional. En el grupo de pacientes con actividad clínica severa y moderada respectivamente presentaron calidad de vida baja, sin embargo, se realizó el test exácto de fisher que determinó no tener significancia estadística (tabla 12), así mismo se realizó una relación entre sexo y calidad de vida sin evidenciar relación estadísticamente significativa (Tabla 13).

*Tabla 12 Relación Severidad clínica y calidad de vida primera medición.*

<b>CALIDAD DE VIDA</b>				
<b>Severidad clínica</b>				<b>Total</b>
	<b>Alta</b>	<b>Baja</b>	<b>Moderada-emocional</b>	<b>general</b>
LEVE	5		1	6
MODERADA		1		1
SEVERA		1		1
<b>Total general</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

Elaborado: Juan David Espinoza

*Tabla 13 Relación sexo y calidad de vida primera medición*

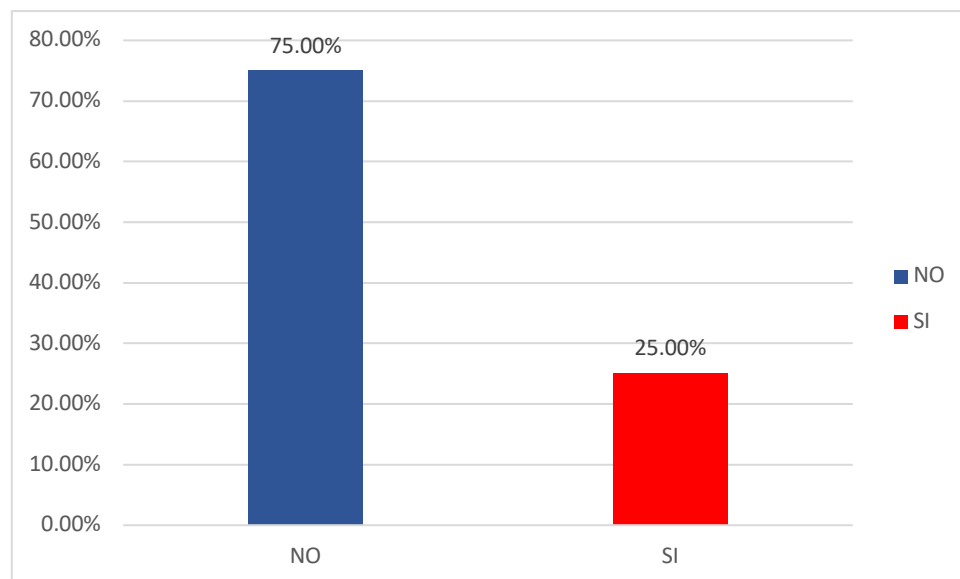
<b>Sexo</b>	<b>CALIDAD DE VIDA</b>
-------------	------------------------

	<b>Alta</b>	<b>Baja</b>	<b>Moderada emocional</b>	<b>Total general</b>
F	2	1	1	4
M	3	1		4
<b>Total general</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

Elaborado: Juan David Espinoza.

En el estudio se pudo analizar la falta de de medicación en los diferentes meses de seguimiento, en el primer mes se observó que un 25 % de pacientes tuvo falta de medicación( Figura 23), por lo que se realizó la relación entre falta de medicación y severidad clínica, sin evidenciar significancia estadística entre variables con test de fisher que determina una p 0,169 (Tabla 14).

*Figura 23 Falta de medicación primera medición enfermedad de Crohn*



Fuente: Datos obtenidos del sistema AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza.

*Tabla 14 Relación falta de medicación severidad clínica en pacientes con EC primera medición*

FALTA DE MEDICACIÓN	SEVERIDAD CLÍNICA			Total general
	Leve	Moderada	Severa	
NO	5		1	6
SI	1	1		2
<b>Total general</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

Elaborado: Juan David Espinoza

Al término del primer seguimiento de pacientes con EC se analizó las encuestas virtuales y se valoró a los pacientes que requerían atención, se planteó proctectomía en un paciente (12,5%), se indicó colocar el biológico faltante y manejo psicológico a un 25% respectivamente (Tabla 15).

*Tabla 15*

*Manejo planteado en pacientes con EC tras la valoración de la primera evaluación.*

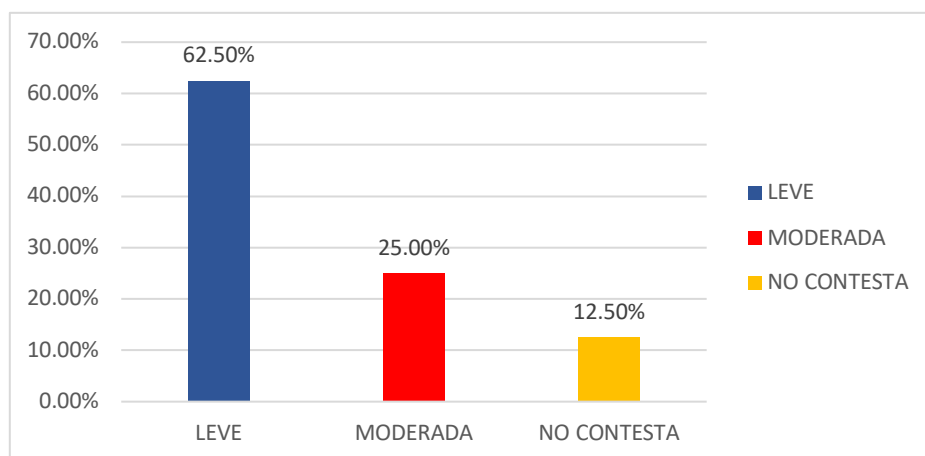
MANEJO	Número de intervenciones	%
COLOCAR BIOLOGICO	2	25%
PROCTECTOMIA	1	12,5%
TERAPIA PSICOLOGICA	2	25%

Elaborado: Juan David Espinoza.

### **Segunda evaluación**

En la segunda evaluación a diferencia de la primera, se observó que dos pacientes (25%) presentaron actividad clínica moderada, sin recaídas severas, sin embargo, un 12,5% no contestó la encuesta (Figura 24).

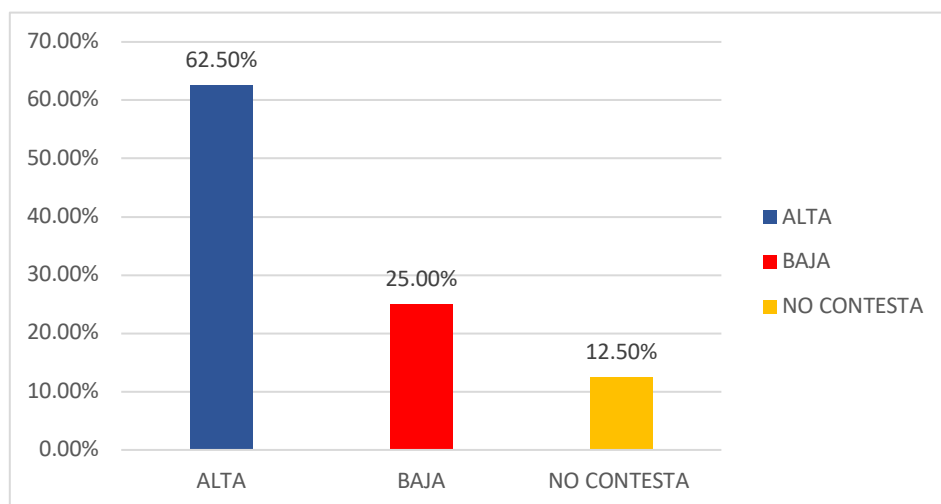
*Figura 24 Severidad clínica segunda medición enfermedad de Crohn*



Fuente: Ecuaciones virtuales de severidad HBI segunda evaluación.

A pesar de no existir actividad clínica severa como en el primer seguimiento, dos pacientes mantuvieron calidad de vida baja (25%) y un paciente no contestó la encuesta (figura 25).

*Figura 25 Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Crohn segunda medición*



Fuente: Encuesta virtual calidad de vida IBDQ32 segunda medición.

Elaborado: Juan David Espinoza.

Se realizó un asociación entre severidad y calidad de vida observando que dos pacientes (25%) presentaron actividad clínica moderada con baja calidad de vida, el resto con actividad clínica leve presentaron buena calidad de vida, con la medición de test de Fisher se obtuvo una p.0,04 que nos indica significancia estadística en la relación entre estas variables (tabla16). Se analizó la relación sexo y calidad de vida sin evidenciar significancia estadística (tabla 17).

*Tabla 16 Asociación entre severidad clínica y calidad de vida segunda medición EC.*

SEVERIDAD CLÍNICA	CALIDAD DE VIDA			Total general
	Alta	Baja	No contesta	
LEVE	5			5
MODERADA		2		2
NO CONTESTA			1	1
<b>Total general</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

Elaborado: Juan David Espinoza.

*Tabla 17 Relación sexo calidad de vida segunda medición EC*

SEXO	CALIDAD DE VIDA			Total general
	Alta	Baja	No contesta	
F	3	1		4
M	2	1	1	4
<b>Total general</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

Elaborado: Juan David Espinoza.

En la segunda medición se identificó que a tres pacientes (37,5%) les faltó medicación, estos a la vez presentaron actividad clínica moderada, pero, al asociar estas variables se observó que no presentaba significancia estadística, sin embargo, hay que tener en cuenta que en esta valoración un paciente no contestó la encuesta (Tabla 18).

*Tabla 18 Relación falta de medicación y severidad clínica*

<b>FALTA DE MEDICACIÓN</b>	<b>SEVERIDAD CLÍNICA.</b>			<b>Total general</b>
	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>No contesta</b>	
<b>Falta de medicación</b>				
NO	4			4
NO CONTESTA			1	1
SI	1	2		3
<b>Total general</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

Elaborado: Por autor.

Tras la valoración de resultados de severidad y calidad de vida en pacientes con EC en la segunda medición, en un 37% se indicó colocar el biológico faltante (1 paciente más que el primer seguimiento), en un 12,5% se colocó corticoide de rescate y en un 25% se planteó terapia psicológica (Tabla 19).

Tabla 19

*Manejo planteado tras la segunda medición en pacientes con EC*

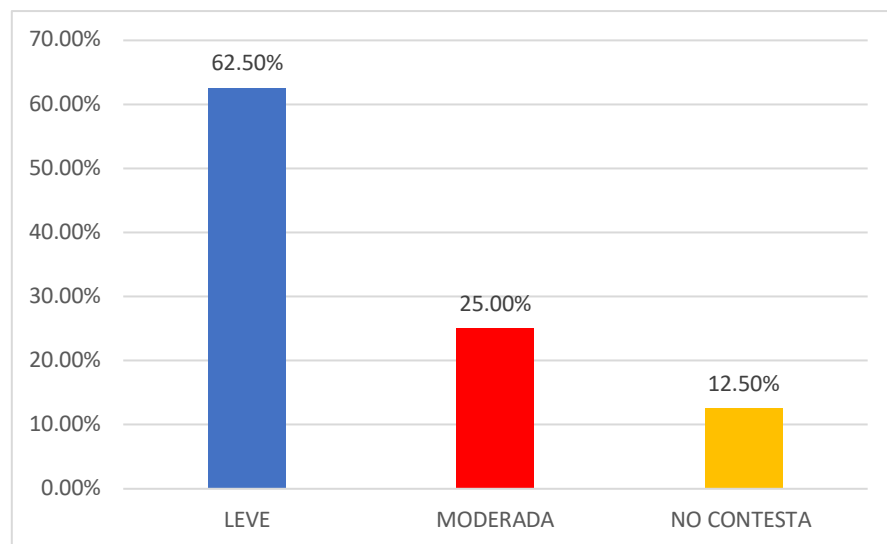
MANEJO	Número de intervenciones	%
COLOCAR BIOLÓGICO	3	37%
CORTICOIDE ORAL	1	12,5%
TERAPIA PSICOLÓGICA	2	25%

Elaborado : Juan David Espinoza.

### **Tercera evaluación**

Al analizar la severidad clínica de pacientes con EC, se evidencia que no se modifica la severidad en relación al segundo seguimiento observando que un paciente no contestó la encuesta (Figura 26).

Figura 26 Severidad clínica tercera evaluación en pacientes con enfermedad de Crohn



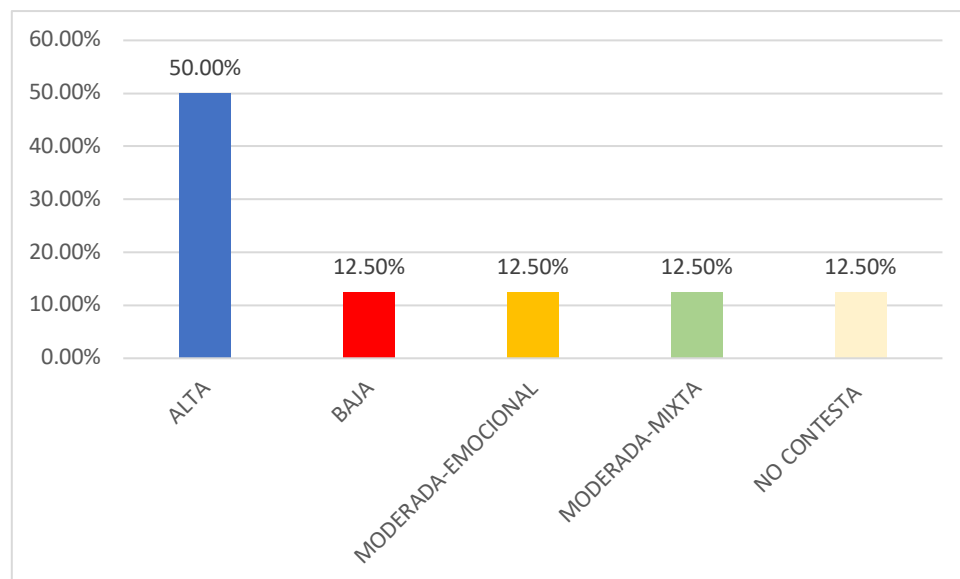
Fuente: Encuestas virtuales de severidad HBI tercera evaluación EC.

Elaborado: Juan David Espinoza.

En la valoración de calidad de vida se observa que disminuye los pacientes con calidad de vida baja en un 12,5% que corresponde a un paciente, pero aumentan con actividad moderada siendo un 25 %, estos se dividen en calidad de vida moderada mixta y moderada emocional respectivamente (Figura 27).

Durante el seguimiento se determinó que un paciente con severidad moderada presentaba calidad de vida baja pero con indicios de depresión severa.

Figura 27 Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Crohn tercera evaluación



Fuente: Encuestas virtuales de calidad de vida IBDQ32 tercera evaluación.

Elaborado: Juan David Espinoza.

Se relacionó la severidad y calidad de vida (Tabla 20), así como sexo y calidad de vida (Tabla 21) con test de Fisher, sin lograr una significancia estadística, pero hay que tener en cuenta que un paciente no contestó la encuesta requerida.

Tabla 20 Relación severidad y calidad de vida tercera evaluación en pacientes con enfermedad de Crohn

**SEVERIDAD**

**CALIDAD DE VIDA**

**CLÍNICA**

**Alta**

**Baja**

**Moderada-emocional**

**Moderada-  
mixta**

**No contesta**

**Total  
general**

LEVE	4		1			5
MODERADA		1		1		2
NO CONTESTA					1	1
<b>Total general</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

Elaborado: Juan David Espinoza.

*Tabla 21 relación sexo calidad de vida tercera evaluación pacientes con enfermedad de Crohn*

SEXO	CALIDAD DE VIDA			
	Leve	Moderada	No contesta	Total general
F	4			4
M	1	2	1	4
<b>Total general</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

Elaborado: Juan David Espinoza.

Se constató en el tercer seguimiento que a dos pacientes (25%) les faltó medicación es así que al realizar la relación entre la variable falta de medicación y severidad, se logra identificar que los dos pacientes que no reciben medicación poseen una actividad clínica moderada, al realizar el test

de Fisher no se logra determinar significancia estadística con  $p < 0.1$ , pero hay que tener en cuenta que un paciente no contestó la encuesta (Tabla 22).

*Tabla 22 Relación entre falta de medicación y severidad clínica en la tercera evaluación en pacientes con enfermedad de Crohn*

<b>SEVERIDAD CLÍNICA</b>					
		<b>NO</b>			
<b>FALTA DE MEDICACIÓN</b>	<b>LEVE</b>	<b>MODERADA</b>	<b>CONTESTA</b>	<b>Total general</b>	
NO	5				5
NO CONTESTA			1		1
SI		2			2
<b>Total general</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		<b>8</b>

Elaborado: Juan David Espinoza.

Al analizar los resultados del tercer seguimiento, se indica colocación del medicamento faltante a dos pacientes uno de ellos asociado a terapia de rescate con corticoide oral y terapia psicológica y psiquiátrica por severidad clínica moderada con depresión severa e intento auto lítico, a otro

paciente se planteó terapia psicológica por presentar calidad de moderada de predominio emocional (Tabla 23).

*Tabla 23*

*Manejo planteado tercera evaluación pacientes con enfermedad de Crohn*

MANEJO 3	Número de intervención	%
CORTICOIDE ORAL	1	12,5%
COLOCAR BIOLOGICO	2	25%
TERAPIA PSICOLOGICA	2	25%
TERAPIA PSIQUIATRICA	1	12,5%

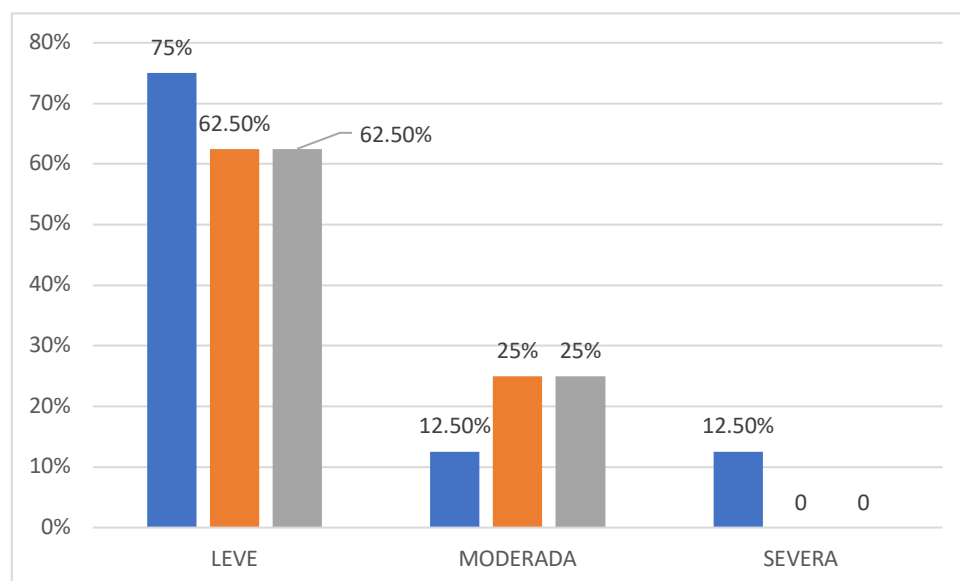
Elaborado: Juan David Espinoza.

### **Resumen del seguimiento por 3 meses en pacientes con enfermedad de Crohn.**

La severidad clínica y calidad de vida fueron fluctuantes durante el seguimiento, posiblemente por falta de respuesta o por falta de medicación, es así que se identificó con el seguimiento recaídas de enfermedad, en pacientes con actividad clínica severa y moderada que requirieron manejo quirúrgico, optimización de dosis, cambio de biológicos y soporte psicológico, que pudo modificar el curso de la enfermedad.

En el transcurso de los tres meses de seguimiento se pudo evidenciar la fluctuación de la severidad clínica, sin embargo, hay que tener en cuenta la falta de contestación de encuestas en los dos últimos seguimientos (Figura 28).

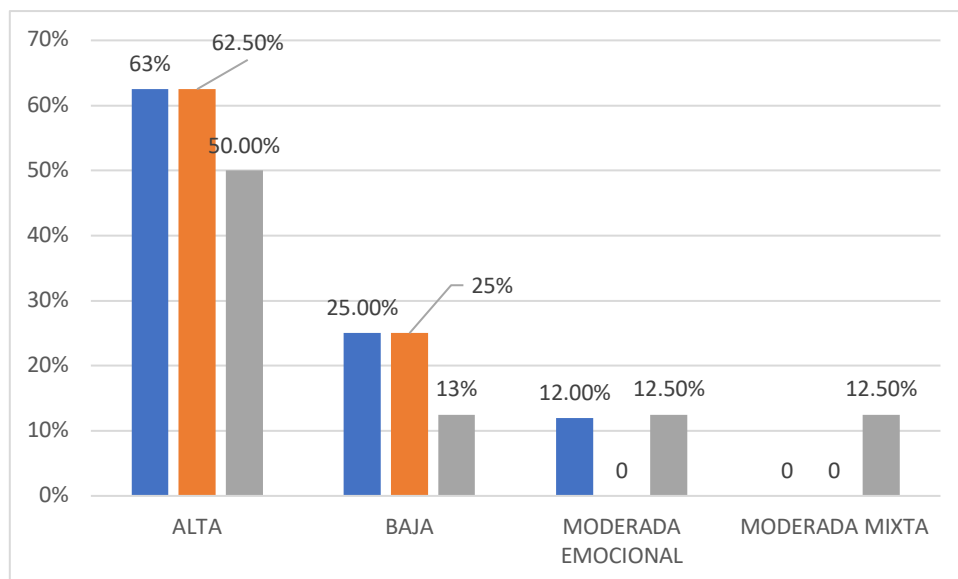
*Figura 28 Severidad clínica en 3 meses de seguimiento en pacientes con enfermedad de Crohn*



Fuente: Encuestas virtuales de severidad clínica HBI.

Elaborado: Juan David Espinoza.

Figura 29 Calidad de vida en 3 meses de seguimiento en pacientes con enfermedad de Crohn

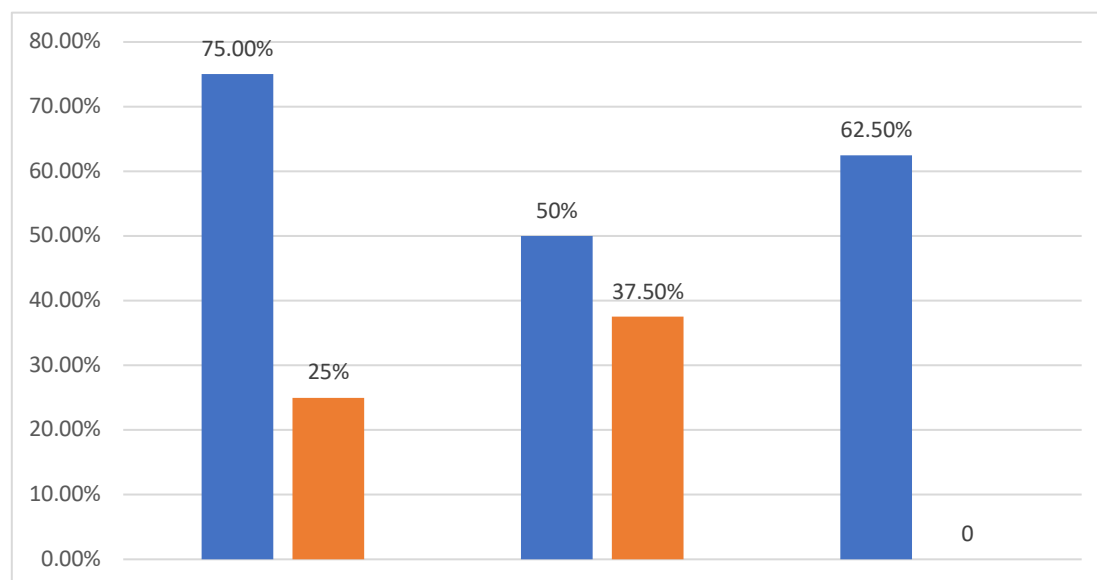


Fuente: Encuestas virtuales de calidad de vida IBDQ32.

Elaborado: Juan David Espinoza.

La falta de medicación en el transcurso del seguimiento, se lo debe tener en cuenta llegando hasta un 37,5% en la segunda evaluación (Figura 29).

*Figura 30 Falta de medicación en el transcurso del seguimiento en pacientes con enfermedad de Crohn*



Fuente: Datos obtenidos del sistema AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza.

Se realizaron varias cruces entre variables para determinar la asociación entre las mismas, identificando asociación entre severidad clínica y calidad de vida en la segunda evaluación, en el siguiente gráfico colocamos el resumen de asociación entre variables (Tabla 24).

*Tabla 24 Resumen de asociación entre variables grupo con enfermedad de Crohn*

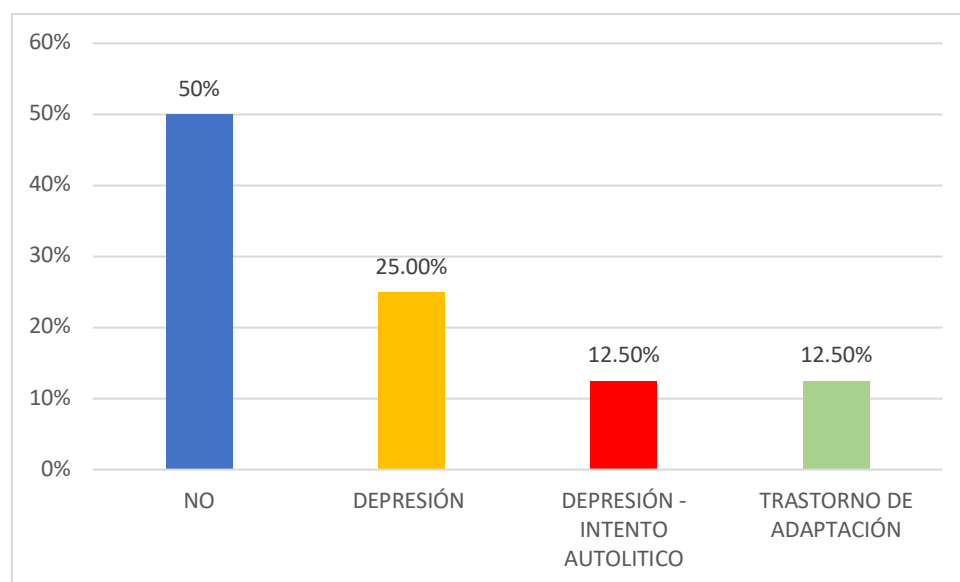
Asociación entre variables primera evaluación	Significancia estadística (<0,05)
Falta de medicación y severidad clínica	p.1
Severidad y calidad de vida	p.0.1
Sexo y calidad de vida	p.1
Asociación entre variables segundo seguimiento	Significancia estadística (<0,05)
Falta de medicación y severidad clínica	p.0.1
Severidad y calidad de vida	<b>p.0.04</b>
Sexo y calidad de vida	p.1
Asociación entre variables tercer seguimiento	Significancia estadística (<0,05)
Falta de medicación y severidad clínica	p.0.1
Severidad y calidad de vida	p.0.1
Sexo y calidad de vida	p.0.4

Elaborado: Juan David Espinoza.

### **Trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedad de Crohn**

Se constató pacientes con indicios de depresión identificándose que de 8 pacientes con EC, 4 de ellos ( 50%) presentaba algún trastorno psicológico, incluso un paciente durante el seguimiento sufrió un intento auto lítico (Figura 31).

*Figura 31 Alteración psicológica en pacientes con enfermedad de Crohn*

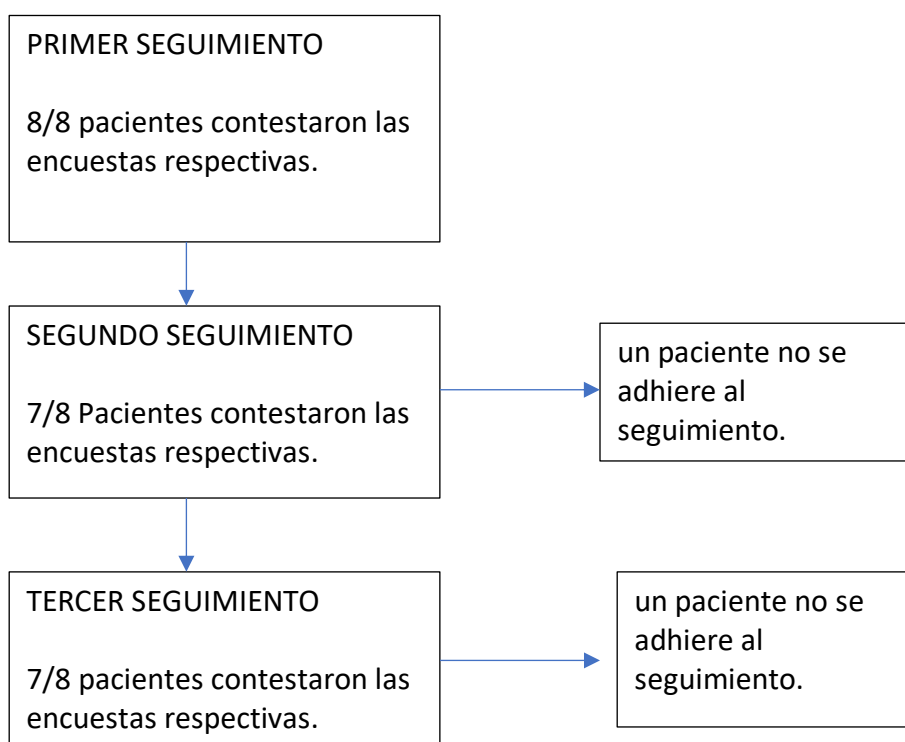


Fuente: Datos obtenidos del sistema AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga.

## Resumen de la contestación de encuestas virtuales en pacientes con enfermedad de Crohn.

Podemos observar el un resumen de contestación de encuestas virtuales, en un transcurso de 3 meses, con un porcentaje adecuado de respuesta (Figura 32).

*Figura 32 Resumen de las encuestas virtuales analizadas por pacientes con enfermedad de Crohn*



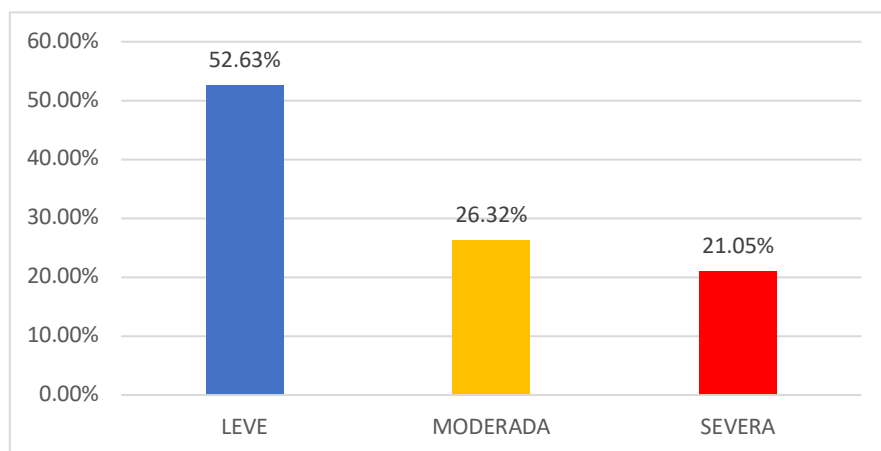
Elaborado: Juan David Espinoza.

## Colitis ulcerosa seguimiento:

### Primera evaluación

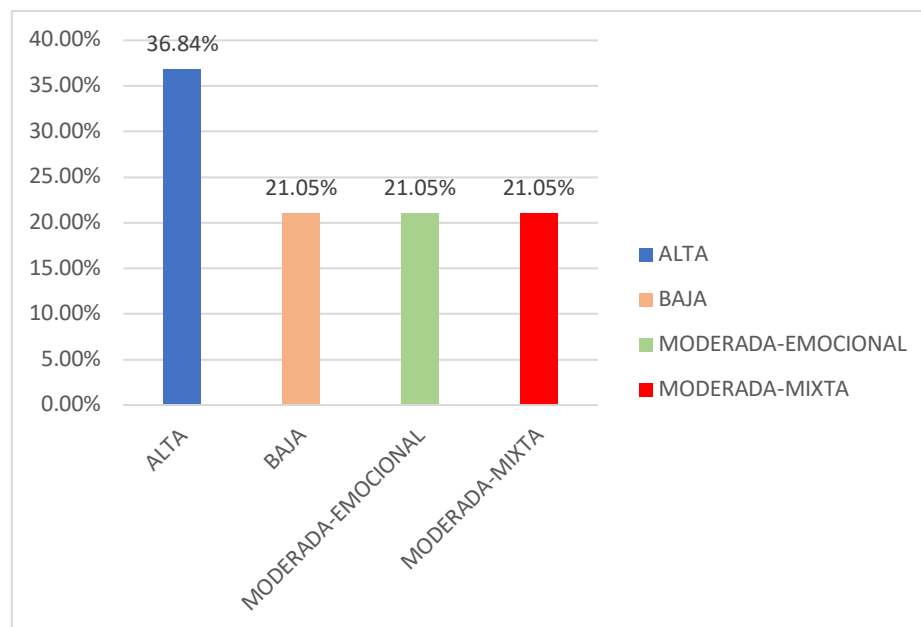
En pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa se identificó en la primera evaluación que cinco pacientes (26,3%) presentaron actividad clínica moderada y cuatro pacientes (21,05%) actividad severa (figura 33), además, presentaron calidad de vida baja cuatro pacientes (21,05%) y actividad moderada un 42% que se dividió en predominio emocional y mixta (Figura 34).

*Figura 33 Severidad clínica en la primera medición en pacientes con colitis ulcerosa.*



Fuente: Escala de severidad SCCAI primera evaluación.

Figura 34 Calidad de vida primera medición en pacientes con colitis ulcerosa



Fuente: Escalas virtual calidad de vida IBDQ32 primera medición.

Se realizó una relación entre variables de severidad y calidad de vida, evidenciando que de los pacientes con actividad severa todos presentaron baja calidad de vida, llama la atención que en pacientes con actividad leve cuatro pacientes (21,05 %) presentaron calidad de vida moderada emocional y se observó que entre los pacientes con actividad clínica moderada cuatro pacientes (21,05%) presentaron calidad de vida moderada-mixta, se utilizó test de fisher que resultó en una  $p < 0,05$  que nos indica que existe una relación estadísticamente significativa entre variables (Tabla 25), se analizó la relación sexo y calidad de vida encontrando asociación entre variables con una  $p.0,04$  (Tabla 26).

*Tabla 25 Relación severidad clínica y calidad de vida primera medición colitis ulcerosa*

<b>SEVERIDAD CLÍNICA</b>	<b>CALIDAD DE VIDA</b>			
	<b>Alta</b>	<b>Baja</b>	<b>Moderada emocional</b>	<b>Moderada mixta</b>
LEVE	6		4	
MODERADA	1			4
SEVERA		4		
<b>Total general</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

Elaborado: Juan David Espinoza.

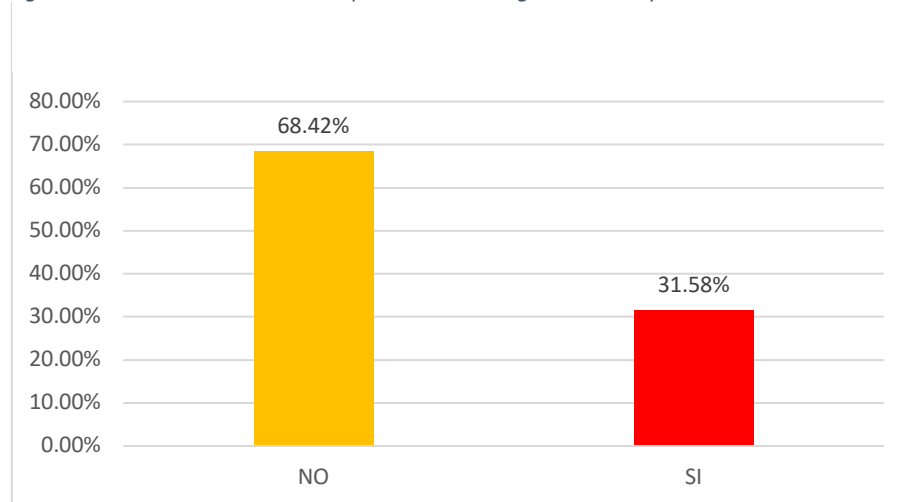
*Tabla 26 Relación sexo y calidad de vida primera medición Colitis ulcerosa*

<b>SEXO</b>	<b>CALIDAD DE VIDA</b>			
	<b>Alta</b>	<b>Baja</b>	<b>Moderada emocional</b>	<b>Moderada mixta</b>
F	1	3		
M	6	1	4	4
<b>Total general</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

Elaborado: Juan David Espinoza.

En este grupo se identificó que seis pacientes (31,58%) tuvieron falta de medicación en el transcurso del primer mes de control (Figura 35), se realizó una relación entre falta de medicación y severidad clínica, evidenciándose la prueba test de fisher una  $p < 0,08$  sin significancia estadística (Tabla 27).

Figura 35 Falta de medicación en el primer mes de seguimiento en pacientes con colitis ulcerosa



Fuente: Sistema AS400 Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza.

Tabla 27 Falta de medicación severidad clínica en el primer seguimiento en pacientes con colitis ulcerosa

<b>FALTA DE MEDICACIÓN</b>	<b>LEVE</b>	<b>MODERADA</b>	<b>SEVERA</b>
NO	9	2	2
SI	1	3	2
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>4</b>

Elaborado: Juan David Espinoza

Al término del seguimiento se analizaron los datos obtenidos de las encuestas y junto a la valoración con gastroenterología se planteó la hospitalización de dos pacientes (10,5%) y diferentes manejos (Tabla 28).

*Tabla 28 Manejos planteados según resultados de la primera evaluación en pacientes con colitis ulcerosa.*

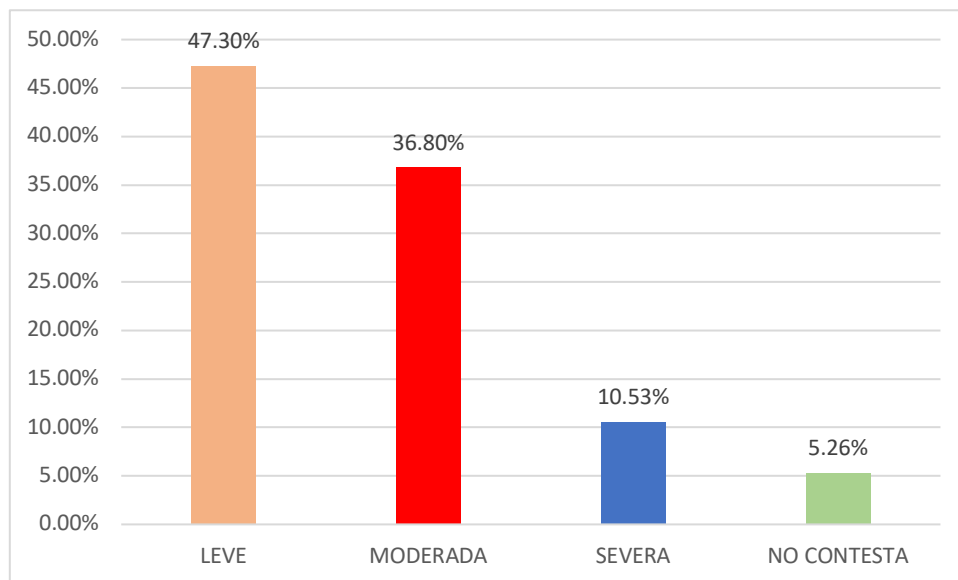
MANEJO	Número de intervención	%
OPTIMIZACION DE DOSIS	2	10,5%
COLOCAR BIOLOGICO FALTANTE	5	26,3
HOSPITALIZACION	2	10,5%
CORTICOIDE ORAL RESCATE	2	10,5%
TERAPIA PSICOLOGICA	5	10,5%

Elaborado: Juan David Espinoza.

### **Segunda evaluación**

En pacientes con colitis ulcerosa tras la segunda evaluación se identificó que un paciente (5,26%) no contestó la encuesta correspondiente, se observó que aumentó el porcentaje de pacientes con actividad clínica moderada de 26,32% en el primer seguimiento a 36,84% pero disminuyó la cantidad de pacientes con actividad severa a dos (10,53%) pacientes (Figura 36).

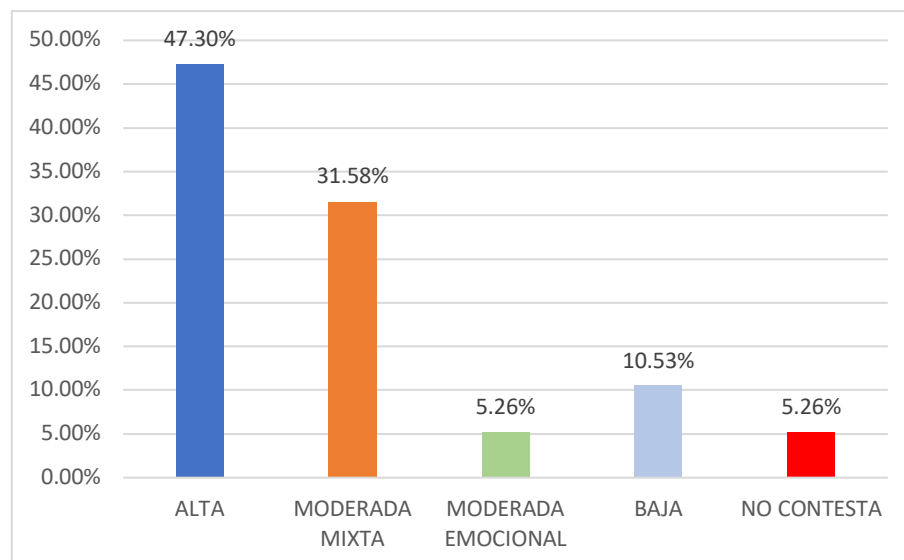
Figura 36 Severidad clínica segunda medición colitis ulcerosa



Fuente: Escalas virtuales de severidad SCCAI.

Dos pacientes presentaron severidad clínica alta que se acompañó con calidad de vida baja, existieron siete pacientes con severidad moderada, seis de ellos presentaron calidad de vida moderada mixta, así también llama la atención que a pesar de tener severidad leve un paciente presentó calidad de vida moderada de predominio emocional, con un test de Fisher con  $p < 0,05$  que nos indica significancia estadística entre variables (Figura 37) (tabla 29)

Figura 36 Calidad de vida en pacientes con colitis ulcerosa segunda medición



Fuente: Escala virtual calidad de vida IBDQ32 segunda medición.

Tabla 29 Relación severidad clínica y calidad de vida en pacientes con colitis ulcerosa segunda medición

SEVERIDAD CLÍNICA	CALIDAD DE VIDA				
	ALTA	BAJA	MODERADA- EMOCIONAL	MODERADA- MIXTA	NO CONTESTA
LEVE	8		1		
MODERADA	1			6	
NO CONTESTA					1
SEVERA		2			
<b>Total general</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

Elaborado: Juan David Espinoza.

Se ejecutó una asociación entre sexo y calidad de vida con test de fisher que determinó p.0359 sin evidenciar significancia estadística (Tabla30 ).

*Tabla 30 Relación sexo y calidad de vida en pacientes con colitis ulcerosa segunda medición*

<b>SEXO</b>	<b>CALIDAD DE VIDA</b>				
	<b>ALTA</b>	<b>BAJA</b>	<b>MODERADA- EMOCIONAL</b>	<b>MODERADA- MIXTA</b>	<b>NO CONTESTA</b>
F	1			3	
M	8	2	1	3	1
<b>Total general</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

Elaborado: Juan David Espinoza.

Al término de la segunda medición en pacientes con colitis ulcerosa, se analizó los resultados y se planteó, que dos pacientes (10,5%) necesitaban cambio de molécula de biológico por falta de respuesta, uno de ellos necesitó rescate con corticoide oral, otros por falta de medicación se indicó colocación de la misma, también se intervino psicológicamente (tabla 31).

*Tabla 31 Manejo posterior a la segunda evaluación en pacientes con colitis ulcerosa*

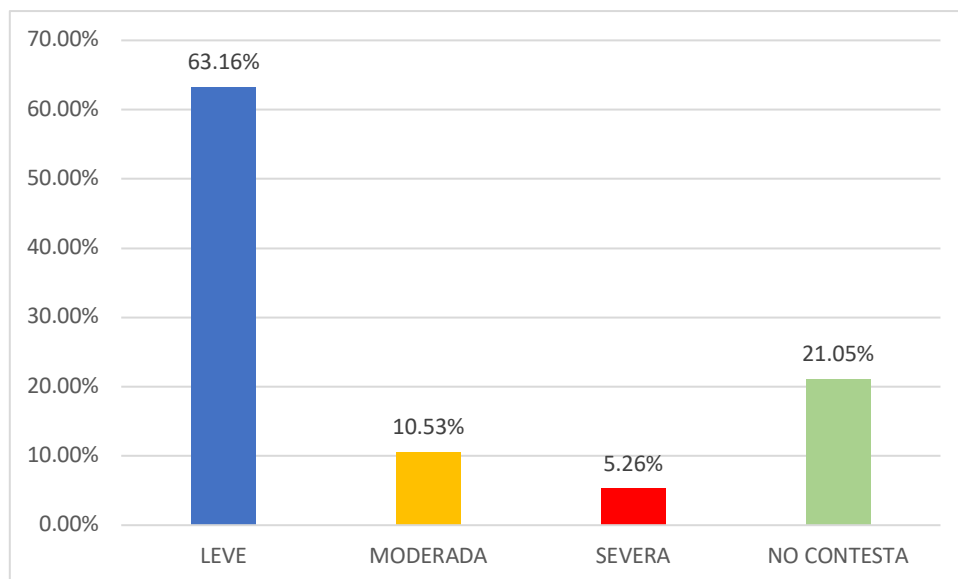
MANEJO	Número de intervención	%
		10,5
COLOCAR BIOLOGICO	2	%
		10,5
CORTICOIDE ORAL	2	%
DESTETE DE CORTICOIDE	1	5,2%
CAMBIO DE MOLECULA	2	10,5%
TERAPIA PSICOLOGICA	3	10,5%

Elaborado: Juan David Espinoza.

### **Tercera evaluación**

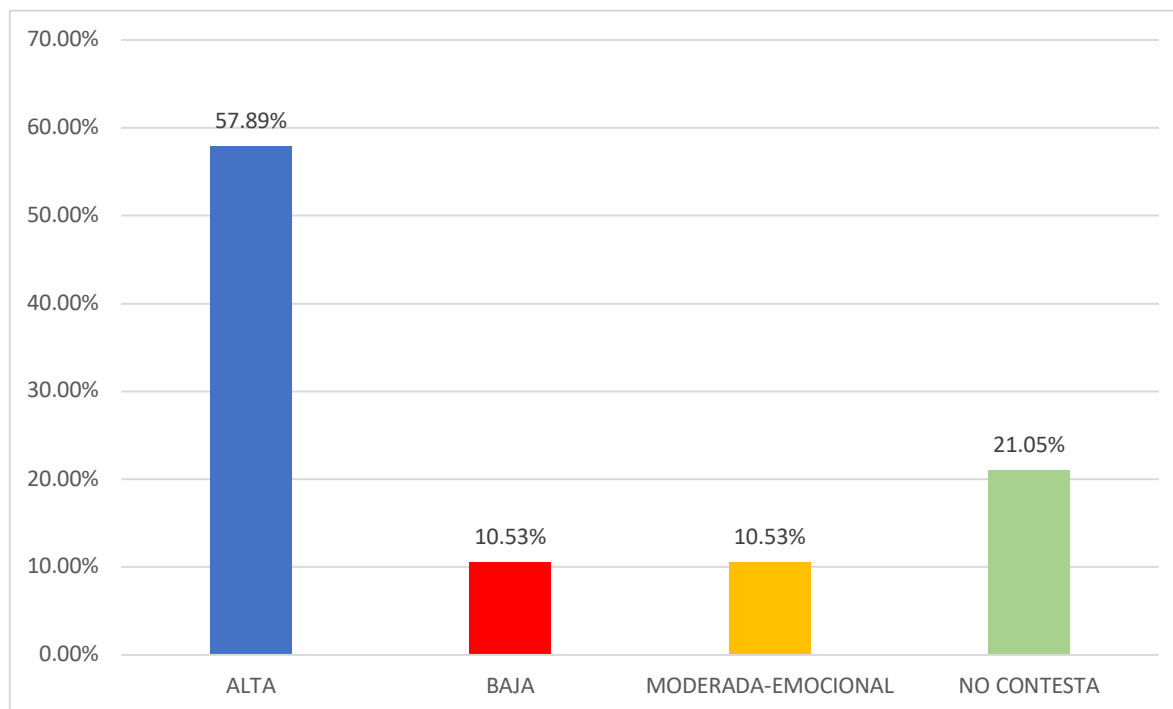
En la tercera evaluación podemos evidenciar que la severidad de la enfermedad ha disminuido en relación a los controles previos posiblemente por la terapia planteada, pero aún observamos 2 casos con actividad clínica moderada (10,53%) y uno con actividad clínica severa por falta de respuesta (5,2%)(Figura 38). La calidad de vida parece ir acorde al grado de severidad, evidenciando que un paciente con actividad clínica severa y uno con actividad clínica moderada presentan calidad de vida baja (10,53%) (Figura 39), según el test de fisher la relación entre variables presenta  $p < 0,05$ (Tabla 32). sin embargo, hay que tener en cuenta el incremento de la falta de respuesta en las encuestas virtuales por parte de los pacientes.

Figura 37 Severidad clínica en pacientes con colitis ulcerosa tercer control



Fuente: Escala virtual de severidad SCCAI tercera medición.

Figura 38 Calidad de vida en pacientes con colitis ulcerosa tercer control



Fuente: Escala virtual IBDQ32 tercera medición.

*Tabla 32 Relación entre severidad clínica y calidad de vida*

<b>SEVERIDAD CLÍNICA</b>	<b>CALIDAD DE VIDA</b>			
	<b>Alta</b>	<b>Baja</b>	<b>Moderada emocional</b>	<b>No contesta</b>
LEVE	10		2	
MODERADA	1	1		
NO CONTESTA				4
SEVERA		1		
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

Elaborado: Juan David Espinoza

Se analizó la relación entre sexo y calidad de vida, observándose una predominancia de alta calidad de vida en el grupo de sexo masculino con 66%, sin embargo, se identificó un paciente con baja calidad de vida y dos pacientes con calidad moderada emocional, no así en el grupo de sexo femenino que comparten un mismo valor entre calidad de vida alta y baja, sin encontrarse asociación entre estas variables con un valor de p no significativo (Tabla 33).

*Tabla 33 Relación entre sexo y calidad de vida tercera evaluación.*

SEXO	CALIDAD DE VIDA			
	Alta	Baja	Moderada emocional	No contesta
F	1	1		2
M	10	1	2	2
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

Elaborado: Juan David Espinoza.

En la tercera evaluación no se observó falta de mediación en pacientes con CU.

Al término del seguimiento se pudo evaluar las respectivas encuestas respondidas y se analizó de forma conjunta con gastroenterología, se planteó los siguientes manejos, entre ellos un cambio de molécula biológica por falta de respuesta a quien se le colocó corticoide oral de rescate (Tabla 34).

*Tabla 34*

*Manejo de pacientes en el último control de evaluación en pacientes con colitis ulcerosa*

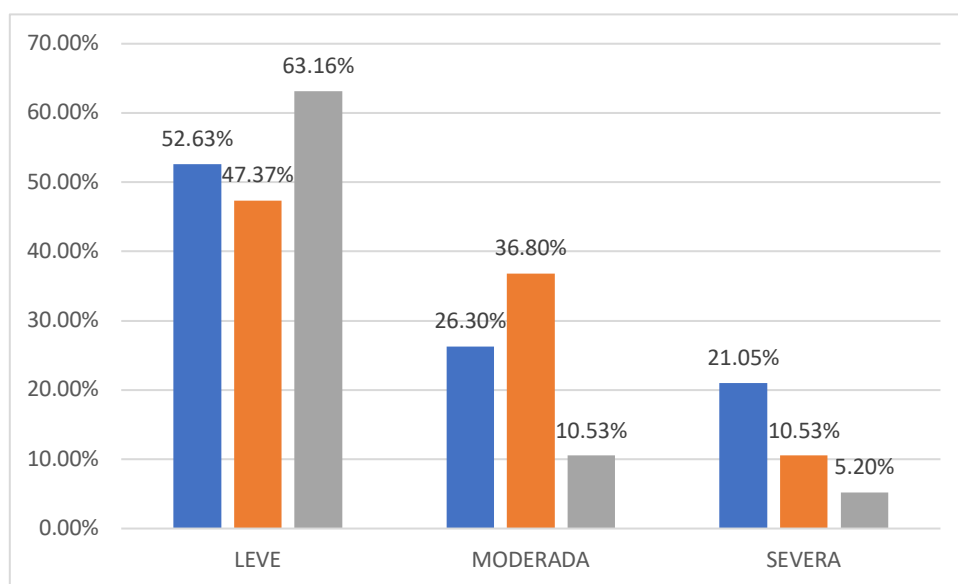
MANEJO 3	Número de intervención	%
DESTETE DE CORTICOIDE	1	5,2%
CORTICOIDE ORAL	1	5,2%
CAMBIO DE MOLECULA	1	5,2%
TERAPIA PSICOLÓGICA	3	15,5%

Elaborado: Juan David Espinoza

### Resumen del seguimiento de pacientes con colitis ulcerosa en el transcurso de 3 meses.

Se observó que, en el transcurso del seguimiento, cada mes fluctúa la severidad clínica y la calidad de vida, pudiendo observarse recaídas por falta de respuesta y posiblemente por falta de medicación. Se identificó mejoría clínica en el transcurso del tiempo, posiblemente tras el manejo planteado, lo que se ve reflejado de igual manera en la calidad de vida (Figura 40) (Figura 38).

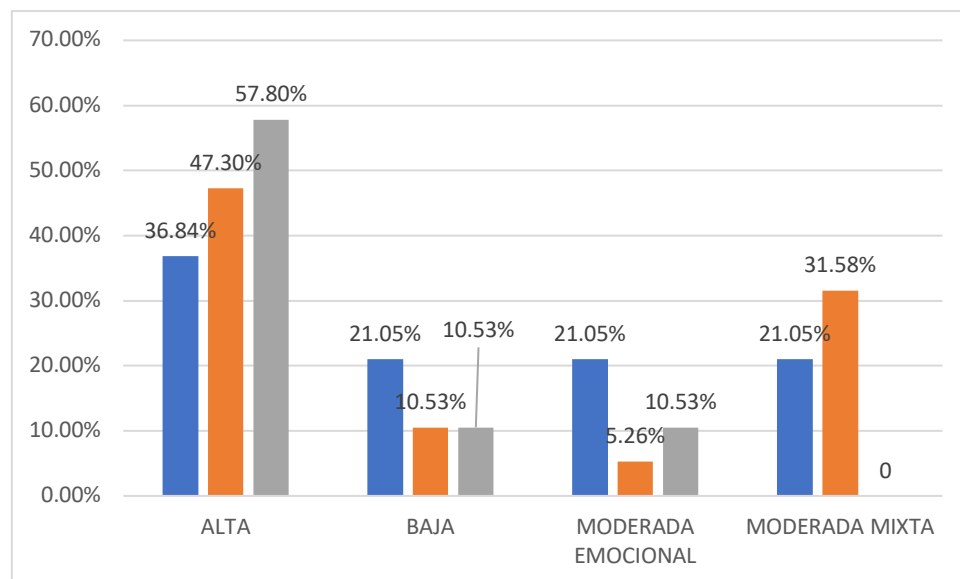
*Figura 39 Severidad clínica en un periodo de 3 meses en pacientes con colitis ulcerosa*



Fuente: Escalas virtuales de severidad SCCAI.

Elaborado: Juan David Espinoza.

Figura 40 Calidad de vida en pacientes con colitis ulcerosa en un periodo de 3 meses

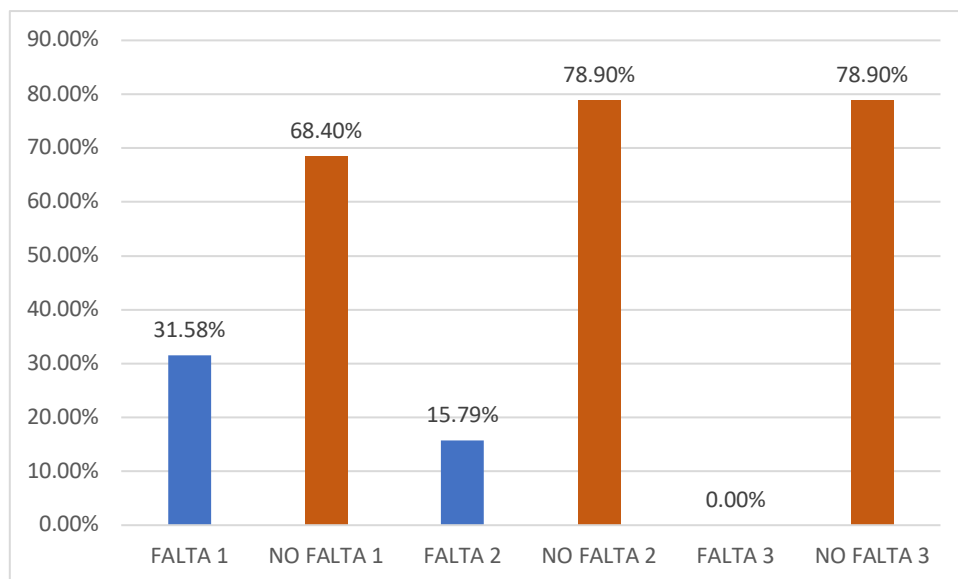


Fuente: Escalas virtuales calidad de vida IBDQ32

Elaborado: Juan David Espinoza.

La falta de medicación, así como en la enfermedad de Crohn, se observa también en el manejo de la colitis ulcerosa llegando hasta en un 31,5% en la primera evaluación (Figura 42).

*Figura 41 Falta de medicación en pacientes con colitis ulcerosa en un periodo de 3 meses*



Fuente: Sistema AS400 Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza.

Se realizaron algunos cruces de variables, llamando la atención algunas relaciones entre las mismas con significancia estadística, la que se repite en todas las evaluaciones es la relación entre severidad clínica y calidad de vida (Tabla 35).

Tabla 35

*Resumen entre asociación entre variables, en pacientes con colitis ulcerosa.*

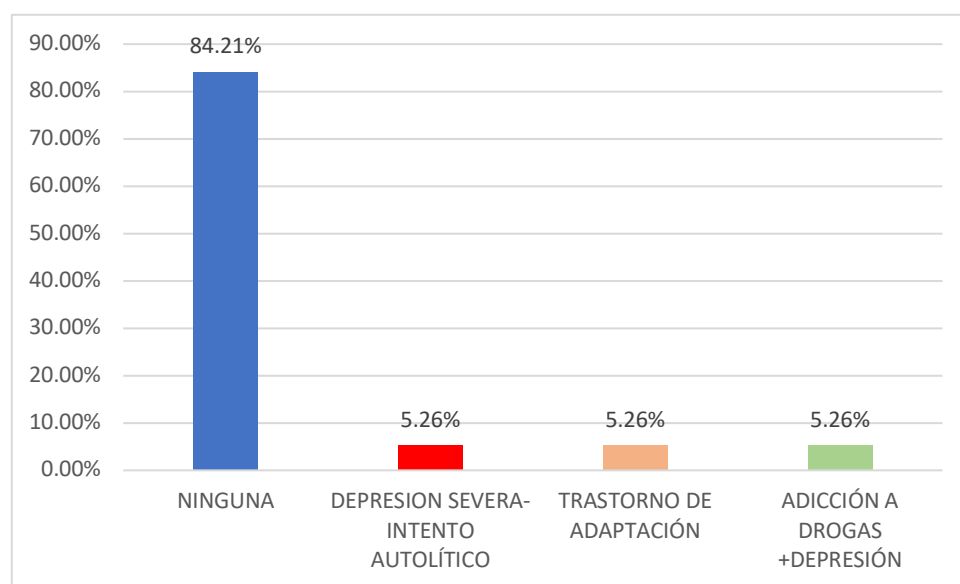
Asociación entre variables primera evaluación	Significancia estadística (<0,05)
Falta de medicación y severidad clínica	p.0.08
Severidad y calidad de vida	<b>p.&lt;0.05</b>
Sexo y calidad de vida	<b>p.0.04</b>
Asociación entre variables segundo seguimiento	Significancia estadística (<0,05)
Falta de medicación y severidad clínica	p.0.1
Severidad y calidad de vida	<b>p.&lt;0.05</b>
Sexo y calidad de vida	p.0.3
Asociación entre variables tercer seguimiento	Significancia estadística (<0,05)
Falta de medicación y severidad clínica	<b>p.&lt;0.05</b>
Severidad y calidad de vida	<b>p.0.05</b>
Sexo y calidad de vida	p.0.4

Elaborado: Juan David Espinoza

### Trastornos psiquiátricos en pacientes con colitis ulcerosa

Previamente y durante el seguimiento se observó que aproximadamente el 15 % de pacientes del grupo de CU presentaba algún trastorno psiquiátrico, incluido una paciente con depresión severa detectada durante el tiempo de seguimiento la cual presentó un intento auto lítico (Figura 43).

*Figura 42 Alteraciones psicológicas en pacientes con colitis ulcerosa*



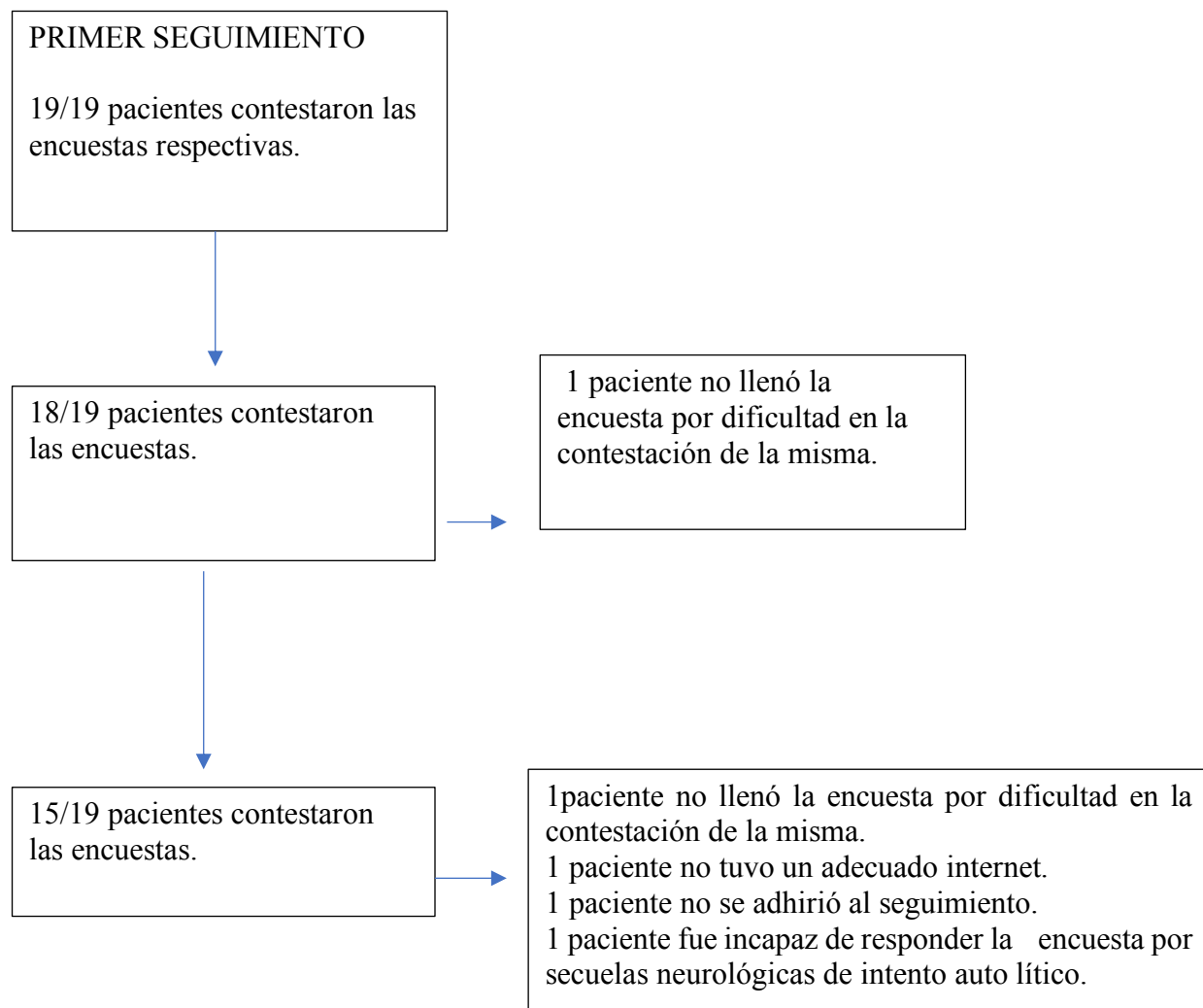
Fuente: Sistema AS400 Hospital José Carrasco Arteaga.

Elaborado: Juan David Espinoza.

## Resumen contestación de encuestas

Podemos observar un resumen de la contestación de las encuestas virtuales, durante un periodo de 3 meses con 3 evaluaciones respectivamente, con un 79% de respuesta (Figura 44).

*Figura 43 Resumen de la contestación de encuestas*



Elaborado: Juan David Espinoza.

## **CAPITULO 5-DISCUSIÓN.**

Mediante un análisis retrospectivo en este estudio se identificó que el ratio entre colitis ulcerosa y enfermedad Crohn es de 2,3:1, que se ve relacionado con un estudio chileno donde el ratio entre CU y EC fue de 2,6 :1 en 716 pacientes analizados (Simian et al., 2016) , así como un estudio multicéntrico en Ecuador que determinó una relación Cu -EC de 2,5:1, lo que corroborará con hallazgos descritos en la epidemiología de sudamérica y el mundo en el que indica una mayor prevalencia de pacientes con colitis ulcerosa (Selvaratnam et al., 2019).

Se ha observado claramente que patologías inmunomediadas presentan predominancia en el sexo femenino, sin embargo, en enfermedades como la diabetes mellitus tipo 1 y la enfermedad inflamatoria intestinal no existe una diferencia específica. En Europa existe una mayor prevalencia en el sexo femenino (Wagtman et al., 2001), no así en Asia en el que se comporta de forma opuesta con predominancia del sexo masculino (Prideaux et al., 2012) y en Sudamérica en el que no existe una diferencia estadísticamente significativa ( Selvaratnam et al., 2019), En un estudio realizado en Ecuador se identificó predominio masculino en los dos grupos ( Mayorga & Rodriguez, 2018), en nuestro estudio se observó una relación hombre mujer 1-1 en EC y 3-1 , lo que hace pensar que en sudamérica el comportamiento puede ser variable, incluso la predisposición genética puede ser menor y verse en asociación con el desarrollo de Novo que es predominante en el sexo masculino (Wagtman et al., 2001).

Según la Organización Mundial de Gastroenterología ( WGO ,2020) , el pico de incidencia en enfermedad de Crohn es a los treinta años y la colitis ulcerosa el promedio se establece entre los treinta y sexta década, en nuestro estudio la edad promedio fue de 36 años en EC y 38 años en CU, que se corrobora en el estudio realizado por Garcés et al., (2020) en el que se indica una edad promedio de diagnóstico de  $42 \pm 15$  años, por lo que se consideraría que el promedio de edad al diagnóstico en este estudio está acorde a la epidemiología global, sin embargo, como dice Garces et al., (2020) en su estudio se debe poner énfasis en un diagnóstico temprano.

En ésta investigación llama la atención que tanto los pacientes con EC como de CU debutaron con severidad clínica alta y moderada, con actividad endoscópica severa predominante en EC y moderada en CU, que puede verse relacionada probablemente a un diagnóstico tardío que corrobora con estudios realizados en Ecuador (Garces et al 2020; Mayorga et al 2018), a más de eso el grupo analizado tuvo un promedio  $< 40$  años , con distribución anatómica con mayor compromiso colónico y de íleon en enfermedad de Crohn y de colon izquierdo y pancolónico en CU, lo cual predispone a recaídas y cirugías ( Liverani et al., 2016), reflejado en el estudio de Sriharan et al., ( 2019) que indica que por polimorfismo genéticos la población sudamericana en especial Chile, Brasil, presenta alta prevalencia de compromiso colónico en EC y pancolónico CU. Es posible que por esta razón el promedio de recaídas analizado de forma retrospectiva en este grupo fue en pacientes con EC de 2,1 y en CU de 1,7, con un 37,5% de pacientes operados en el grupo de EC y 10,52% en CU, en un tiempo promedio desde el diagnóstico de 5 años en EC y 6 años en CU, probablemente por mayor compromiso transmural en EC como indica Niewiadomski et al (2015) en su estudio.

Según Simian et al., (2016) el uso de inmunosupresores y biológicos se utiliza en predominancia en la enfermedad de Crohn, con un abordaje step up en mayor cantidad, que concuerda con el presente estudio en donde se identificó que el 87% de pacientes con EC usaban biológicos al principio del mismo, no así en el grupo de CU en el que usan predominantemente 5 ASA.

Al analizar prospectivamente con métodos de medición virtual en un transcurso de 3 meses se pudo identificar una severidad y calidad de vida fluctuante, con un porcentaje considerable de actividad severa y moderada tanto en el grupo de colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn ( en EC un 25 % actividad moderada y hasta 12,5% actividad severa, en CU 36% de pacientes con actividad moderada en el segundo seguimiento y hasta un 21 % con severidad alta en el primer seguimiento). Sin embargo, con descenso de la severidad en el transcurso del estudio probablemente por las terapias instauradas previamente, que va en relación a lo indicado en un estudio europeo de seguimiento durante un año en el que se observó en el segundo trimestre que un 70 % tenía remisión clínica, un 15% actividad moderada y un 15% severa con respuesta a la terapia instaurada (Burisch & This, 2013).

Según un meta analisis que valoró la calidad de vida en pacientes con EII, identificó que una baja calidad de vida fue significativamente mayor en pacientes con severidad clínica alta, con una mejoría a lo largo del tiempo, pero con un promedio de calidad de vida baja a moderada en el transcurso del estudio (Knowles et al., 2018), así como indica Habbi et al., (2017) que demuestra una relación estadísticamente significativa entre severidad clínica y calidad de vida, que va acorde con nuestra investigación en donde se determinó mediante el cruce de variables que la severidad clínica y calidad de vida poseen una relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) en las tres

mediciones en el grupo de CU y en la segunda medición en EC, siendo importante un control estricto del estado clínico para mantener una calidad de vida adecuada.

Los trastornos psicológicos, ansiedad y depresión son documentados en la bibliografía, en Mikocka-Walus (2016) se observó que el 21 % de pacientes con EII poseen desordenes de ansiedad, 15% depresión, que se acompaña con trastornos del sueño, fatiga, desordenes alimenticios, trastornos postraumáticos, disfunción sexual (Mikocka-Walus et al., 2016), en el presente estudio se determinó que hasta un 50% de pacientes con EC presentan algún trastorno psicológico y hasta un 15 % en pacientes con CU, observandose que un paciente de cada grupo presentó depresión severa en el transcurso del seguimiento, lo que nos indica una concordancia entre los hallazgos y estudios a nivel mundial, por lo que se debe tomar muy en cuenta el estado emocional del paciente con EII, pudiendose valorar con métodos de seguimiento como se lo hizo en nuestro estudio con la escala IBDQ32, que nos ayudó a dilucidar si el paciente presentaba algún trastorno que afecte su calidad de vida de forma emocional.

La no adherencia al tratamiento o la falta de administración del mismo se ve asociado a un aumento en la actividad de la enfermedad con mayores índices de recaídas y pérdida de respuesta, indicando un aumento de 5 veces en el desarrollo de las mismas (Kane et al., 2003). En pacientes con terapia anti TNF la falta de adherencia produce inmunogenicidad y pérdida de respuesta al tratamiento (Chan et al., 2017), Kane et al., (2003) ha demostrado que la adherencia al tratamiento disminuye el costo de admisiones hospitalarias en un 62% e incluso visitas a la emergencia, lo que contrasta con el nuestra investigación en el que la adherencia al tratamiento se ve comprometida por la falta de medicación, que se reflejó en los resultados con una asociación significativa entre la falta de medicación y severidad clínica en el primer y tercer seguimiento con  $p < 0.05$ , siendo importante

generar planes de gestión para evitar la falta de medicación y las consecuencias que su ausencia implica en la salud de los pacientes.

La característica de la EII es la presencia de periodos de reactivación de la enfermedad y periodos asintomáticos (Lamb et al., 2019), teniendo en cuenta que mas del 90% de pacientes presentan recaídas posterior al diagnóstico(Ole et al., 2007). Aproximadamente entre el 20 y el 25 % de pacientes con CU requieren hospitalización por episodios de colitis ulcerosa severa, con una morbilidad del 30 al 40% después de una o dos recaídas(Dinesen et al., 2010), es por eso se han planteado métodos de seguimiento por telemedicina con una adecuada correlación entre los resultados obtenidos por medio de la valoración virtual y la atención tradicional (Marín-Jiménez et al., 2016).

Debido a la pandemia por Covid 19 en Italia se realizó un estudio de monitoreo mediante el uso de telemedicina, en el cual se pudo detectar recaídas de la enfermedad en nueve pacientes (Sinagra et al., 2022), en nuestro estudio se pudo detectar algunas recaídas de la enfermedad analizando los datos antes citados, pudiendo optimizar la dosis, cambio de moléculas en algunos e incluso hospitalizar a otros, con resultados satisfactorios, de la misma manera, un 30% de los pacientes pertenecientes al estudio fueron evaluados sin necesidad de una visita presencial, acorde a lo que nos indica la bibliografía a nivel mundial en el que la telemedicina acorta brechas de distancia y de evaluación clínica, siendo un método alterativo de seguimiento (Chu et al., n.d.; Wong & Cross, 2020).

Pedersen ( 2015) indica en su estudio acerca del uso de telemedicina para el seguimiento de pacientes con EII que todos presentaron una adecuada adherencia al seguimiento con buena satisfacción, que concuerda con el estudio de Elkjaer et al., (2010) y Aguas et al., (2017), correlacionandose con nuestro estudio en el que el porcentaje de respuesta en pacientes con EC fue del 87% y en CU un 79%, sin embargo, hay que tener en cuenta que dentro del grupo de CU un

paciente no contestó debido a incapacidad por secuelas neurológicas y otro por daño en su internet, los otros por dificultad en el llenado y falta de adherencia al seguimiento, que es algo esperable en nuestro medio al no tener un método similar de seguimiento clínico virtual.

Esta investigación es pionera en el seguimiento de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, sirviendo como un estudio base para nuevas investigaciones, hay que tener en cuenta que presentó limitantes como es la falta de cumplimiento en los criterios de inclusión y exclusión disminuyendo la muestra, es por eso se necesitan nuevos estudios acerca del tema para extrapolar los resultados a toda la población.

## **CAPITULO 6-CONCLUSIONES.**

1. La predominancia de sexo masculino y edad promedio van acorde a los datos observados en Sudamérica por estudios en Chile, Brasil y Ecuador.
2. La actividad clínica y endoscópica tanto el grupo de Enfermedad de Crohn como en el grupo de Colitis ulcerosa fueron considerablemente altas al momento del diagnóstico, por lo que puede verse en relación a un diagnóstico tardío ya evidenciado en estudios previos en Ecuador.
3. El compromiso anatómico observado tanto en enfermedad de Crohn como en colitis ulcerosa, tiene relación a los hallazgos descritos en estudios de Sudamérica y Ecuador.
4. Los pacientes analizados entran en una categoría de alto riesgo al tener un promedio de 40 años, con actividad endoscópica alta al momento del diagnóstico, con compromiso ileal, colónico en EC y pancolónico y de colon izquierdo en CU, lo que predispone a recaídas y cirugías.

5. La evolución de la severidad clínica y calidad de vida son fluctuantes en el tiempo, acorde a lo que indica la bibliografía entre episodios de remisión y exacerbación.
6. La severidad y calidad de vida en el principio del estudio fue considerablemente alta, con baja y moderada calidad de vida, asociándose significativamente, con predominancia en el grupo de CU.
7. Existe un alto porcentaje de falta de mediación que se relaciona con la severidad clínica, con significancia estadística en dos de los tres seguimientos en el grupo de CU.
8. Se detectaron un número considerable de pacientes con alta severidad clínica y baja calidad de vida, que fueron manejados de forma oportuna tanto clínico como psicológicamente.
9. La calidad de vida moderada de predominio emocional y alteraciones psicológicas como depresión se presentaron en un alto porcentaje, es por esto se debe dar mucha importancia a su diagnóstico y manejo.
10. Se determinó que la telemedicina como método de seguimiento y determinación de severidad y calidad de vida fue adecuado, con un porcentaje de respuesta por parte de los pacientes acorde a la bibliografía.
11. Se logró evaluar a un 30% de pacientes fuera de la provincia del Azuay por medio de telemedicina sin tener que ser valorados de forma presencial.
12. Se debe considerar el uso de la telemedicina en épocas de emergencia como la pandemia por Covid 19.

13. Es un estudio pionero en el uso de la telemedicina en Enfermedad inflamatoria intestinal en Ecuador que sirve como base para nuevas investigaciones acerca del tema planteado.
  
14. El estudio tuvo una muestra pequeña, por lo que se necesita de más estudios para lograr extrapolar los resultados a la población general.

**Recomendaciones:**

1. Se deberá plantear planes de diagnóstico oportunos comenzando por áreas rurales.
2. Se deberá mantener estricto seguimiento a este grupo de pacientes por ser un grupo con alto riesgo de recaídas y cirugías, por medio de un equipo multidisciplinario.
3. Una calidad de vida baja y los trastornos psicológicos deben ser evaluados con terapia psicológica y psiquiátrica en caso de ser necesario.
4. Se deber formar grupos de pacientes para fomentar el apoyo en grupo y mejorar el conocimiento y afrontamiento de la enfermedad.
5. Debe ser una política de estado y de salud disponer el 100% de la medicación, teniendo en cuenta las consecuencias que su falta puede producir en severidad y calidad de vida.
6. Se deberá considerar la telemedicina como método alternativo de seguimiento, teniendo en cuenta el porcentaje de pacientes de áreas rurales y la pandemia por Covid 19
7. Se sugiere realizar más estudios acerca del uso de la telemedicina en enfermedad inflamatoria intestinal acorde al tema investigado en este estudio, para extrapolar los datos obtenidos a la población general.
8. Plantear estudios acerca del uso de la telemedicina en enfermedad inflamatoria intestinal con la implementación de métodos informativos y de adherencia al tratamiento.

## BIBLIOGRAFIA

- Aguas, M., Hoyo, J. Del, Faubel, R., Valdivieso, B., & Nos, P. (2017). *Telemedicine in the treatment of patients with inflammatory bowel disease*. 40(9).
- Aguas, M., Hoyo, J., Faubel, R., Mu, D., Dom, D., Hoyo, J., Fernando, A., & Martorell, A. (2018). A Web-Based Telemanagement System for Patients With Complex Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Medical Internet Research* 7, 1–15.  
<https://doi.org/10.2196/resprot.9639>
- Ames M. Dahlhamer, P. Zammitti, Brian W. Ward, Anne G, Janet B. (2016). *Prevalence of Inflammatory Bowel Disease Among Adults Aged  $\geq 18$  Years — United States, 2015*, 65(42)
- Bernstein, C., Fried, M., Hamid, S., Ng, S. C., & Rey, J. (2015). *Inflammatory Bowel Disease*. August.
- Bill, F., & Foundation, M. G. (2020). *Articles The global , regional , and national burden of inflammatory bowel disease in 195 countries and territories , 1990 – 2017 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study*. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30333-4](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30333-4)
- Burisch, J. (2013). Crohn's disease and ulcerative colitis, course and prognosis during the first year of disease in a European population- based inception cohort. *Danish Medical Journal Occurrence*. 61(1):B4778.
- Chan, W., Chen, A., Tiao, D., Selinger, C., & Leong, R. (2017). *Medication adherence in inflammatory bowel disease*. 15(4), 434–445.
- Charrier, N., Zarca, K., Durand-Zaleski, I., & Calinaud, C. (2016). Efficacy and cost effectiveness of telemedicine for improving access to care in the Paris region: study

- protocols for eight trials. *BMC Health Services Research*, 16(1), 45.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1281-1>
- Chen, P., Zhou, G., Lin, J., Li, L., Zeng, Z., & Chen, M. (2020). *Serum Biomarkers for Inflammatory Bowel Disease*. 7(April), 1–17. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00123>
- Chu, C., Cram, P., Pang, A., Stamenova, V., Tadrous, M., & Bhatia, R. S. (n.d.). *Rural Telemedicine Use Before and During the COVID-19 Pandemic : Repeated Cross-sectional Study Corresponding Author* : 23(4), 1–10. <https://doi.org/10.2196/26960>
- Colombel J. Silverg ,M., Vermeire,J., Satsangi J(2006). *The Montreal classification of inflammatory bowel disease : controversies , consensus , and implications*. 749–753.  
<https://doi.org/10.1136/gut.2005.082909>
- Colombel, J., Sandborn, W., Assche, G., Van, D., Axler, J., Kim, H., Danese, S., Milch, C., Sankoh, S., Wyant, T., Xu, J., Parikh, A., & Study, G. (2013). Vedolizumab as Induction and Maintenance Therapy for. *The New England Journal of Medicine*, 699–710.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1215734>
- Colombel, J., Sandborn, W., Ghosh, S., Wolf, D. ., Panaccione, R., Feagan, B., Reinisch, W., Robinson, A. M., Pharm, D., Lazar, A., & Kron, M. (2014). Four-Year Maintenance Treatment With Adalimumab in Patients with Moderately to Severely Active Ulcerative Colitis : Data from ULTRA 1 , 2 , and 3. *The American Journal of Gastroenterology*, 109(11), 1771–1780. <https://doi.org/10.1038/ajg.2014.242>
- Conley, T. E., Fiske, J., & Subramanian, S. (2022). *How to manage : acute severe colitis*. 64–72.  
<https://doi.org/10.1136/flgastro-2020-101710>
- Coward, S., Kuenzig, M. E., Hazlewood, G., Clement, F., Mcbrien, K., Holmes, R., Panaccione, R., Ghosh, S., Seow, C. H., Hons, M., Rezaie, A., & Kaplan, G. G. (2017). *Comparative Effectiveness of Mesalamine , Sulfasalazine , Corticosteroids , and Budesonide for the*

- Induction of Remission in Crohn ' s Disease : A Bayesian Network Meta-analysis*. 23(3), 461–472. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000001023>
- Cruz, P. De, Kamm, M. A., Hamilton, A. L., Ritchie, K. J., Krejany, E. O., Gorelik, A., Liew, D., Prideaux, L., Lawrance, I. C., Andrews, J. M., Bampton, P. A., Gibson, P. R., Sparrow, M., Leong, R. W., Florin, T. H., Geary, R. B., Radford-smith, G., Macrae, F. A., Debinski, H., ... Adelaide, R. (2014). Crohn ' s disease management after intestinal resection : a randomised trial. *The Lancet*, 6736(14), 1–11. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61908-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61908-5)
- Dinesen, L. C., Walsh, A. J., Nedeljkovic, M., Heap, G., Cummings, F., Warren, B. F., George, B., Mortensen, N. J. M., & Travis, S. P. L. (2010). The pattern and outcome of acute severe colitis. *Journal of Crohn ' s and Colitis*, 4(4), 431–437. <https://doi.org/10.1016/j.Crohns.2010.02.001>
- Echarri, A., Vera, I., Ollero, V., Arajol, C., Riestra, S., Gallego, F., & Ceballos, D. (2019). *The Harvey–Bradshaw Index Adapted to a Mobile Application Compared with In-Clinic Assessment: The MediCrohn Study*. 80–88. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0264>
- Edward, V., Loftus, J., (2004). Clinical Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease : Incidence , Prevalence , and Environmental Influences. *Gastroenterology*, 1504–1517. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2004.01.063>
- Liverani, E., Scaioli, E., Digby, R., Bellanova, M., Belluzzi, A., (2016). *How to predict clinical relapse in inflammatory bowel disease patients . World Journal of Gastroenterology*, 21;22(3).
- Elkjaer, M., Shuhaibar, M., Burisch, J., Bailey, Y., Scherfig, H., Laugesen, B., Avnstrøm, S., Langholz, E., Morain, C. O., Lynge, E., & Munkholm, P. (2010). *E-health empowers patients with ulcerative colitis : a randomised controlled trial of the web-guided ' Constant-*

*care ' approach.* <https://doi.org/10.1136/gut.2010.220160>

Feuerstein, J. D., & Cheifetz, A. S. (2017). Crohn Disease: Epidemiology, Diagnosis, and Management. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(7), 1088–1103.

<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.04.010>

Flynn, S., Eiseinstein, S., (2019). *Inflammatory Bowel Disease Presentation and Diagnosis*. *Surgery the clinics*, 99, 1051–1062. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2019.08.001>

Ford, A. C., Kane, S. V, Khan, K. J., Achkar, J., Talley, N. J., Marshall, J. K., & Moayyedi, P. (2011). *Effi cacy of 5-Aminosalicylates in Crohn ' s Disease : Systematic Review and Meta-Analysis.* *February*, 617–629. <https://doi.org/10.1038/ajg.2011.71>

Frcpc, M. S. S., Satsangi, J., Frcp, D., & Mrcp, T. A. (2005). *Toward an integrated clinical , molecular and serological classification of inflammatory bowel disease : Report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology.* 19(September).

Frolkis, A., Dieleman, L. A., Dvm, H. W. B., Panaccione, R., Ghosh, S., Fedorak, R. N., Madsen, K., Kaplan, G. G., & Frcpc, M. P. H. (2013). *Environment and the inflammatory bowel diseases.* 27(3), 18–24.

Gajendran, M., Loganathan, P., Catinella, A. P., & Hashash, J. G. (2018). Disease-a-Month A comprehensive review and update on Crohn ' s disease. *Disease-a-Month*, 64(2), 20–57.

<https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2017.07.001>

Garcés, A. M., Vélez, V. R., Bedoya, S. D., Andrade, D., Ubidia, J. C., & Arce, M. O. (2020). Epidemiología y comportamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en la población ecuatoriana. *Acta Gastroenterología Latinoamericana*, 50(1), 20–27.

Hanauer, S. B., Sandborn, W. J., Dallaire, C., Archambault, A., Yacyshyn, B., Yeh, C., & Pharmd, N. S. (2007). *the treatment of mildly to moderately active ulcerative colitis : The ASCEND I trial.* 21(12), 827–834.

- Jain, S., Ahuja, V., & Limdi, J. K. (2019). *Optimal management of acute severe ulcerative colitis*. 32–40. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-136072>
- Jain, S., Kedia, S., Bopanna, S., Yadav, D. P., Goyal, S., & Sahni, P. (2018). *Are Truelove and Witts criteria for diagnosing acute severe colitis relevant for the Indian population ? A prospective study*. *16*(1), 69–74.
- Colombel, J., Sandborn, W., Reinisch, W., Gerassimos, J., Kornbluth, A., & Rachmilewitz, D., Lichtiger, S., Diamond, R., Broussard, D., Kezhen, L., Tang, C., Woude, J., and Rutgeerts, P., (2010). *infliximab, azathioprine, or combination therapy for Crohns Disease*. *The New England Journal of Medicine*.
- Kane, S., Huo, D., Aikens, J., & Hanauer, S. (2003). *Medication Nonadherence and the Outcomes of Patients with Quiescent Ulcerative Colitis*. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(02\)01383-9](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(02)01383-9)
- Katie, L., Stephan, R., and Elson, C., (2015). *Microbiota activation and regulation of innate and adaptive immunity*. *NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH*, *260*(1), 206–220. <https://doi.org/10.1111/imr.12180>.Microbiota
- Knowles, S. R., Keefer, L., Wilding, H., & Hewitt, C. (2018). *Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease : A Systematic Review and Meta-analyses — Part II*. *24*(5), 966–976. <https://doi.org/10.1093/ibd/izy015>
- Krier, M., Kaltenbach, T., McQuaid, K., & Soetikno, R. (2011). *Potential use of telemedicine to provide outpatient care for inflammatory bowel disease*. *American Journal of Gastroenterology*, *106*(12), 2063–2067. <https://doi.org/10.1038/ajg.2011.329>
- Lamb, C. A., Kennedy, N. A., Raine, T., Hendy, P. A., Smith, P. J., Limdi, J. K., Bennett, C., Gittens, S., Dunlop, M. G., Faiz, O., Fraser, A., Garrick, V., Johnston, P. D., Parkes, M., Sanderson, J., Terry, H., Smith, M., Brookes, M., & Hansen, R. (2019). *British Society of*

*Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults.* <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-318484>

Langhorst, J., Elsenbruch, S., Mueller, T., Rueffer, A., Spahn, G., Michalsen, A., & Dobos, G. J. (2005). *Comparison of 4 Neutrophil-derived Proteins in Feces as Indicators of Disease Activity in Ulcerative Colitis.* *11*(12), 1085–1091.

Langner, C., Magro, F., Driessen, A., Ensari, A., & Mantzaris, G. J. (n.d.). “ *The histopathological approach to inflammatory bowel disease : a practice guide .*” *Référence bibliographique The histopathological approach to inflammatory bowel disease : a practice guide.* *464*(5). <https://doi.org/10.1007/s00428-014-1543-4>

Lee, J. M., & Lee, K. (2016). *Endoscopic Diagnosis and Differentiation of Inflammatory Bowel Disease.* 370–375.

Lee, K., & Lee, J. M. (2014). *Crohn ’ s disease in Korea : past , present , and future.* 558–570.

Lichtenstein, G. R., Loft, E. V, Isaacs, K. L., Regueiro, M. D., Gerson, L. B., Methodologist, M. G., & Sands, B. E. (2018). *ACG Clinical Guideline : Management of Crohn ’ s Disease in Adults.* *June 2017*, 481–517. <https://doi.org/10.1038/ajg.2018.27>

Loly, C., Belaiche, J., & Louis, E. (2008). *Predictors of severe Crohn ’ s disease.* *November 2007*, 948–954. <https://doi.org/10.1080/00365520801957149>

Maaser, C., Sturm, A., Vavricka, S. R., Kucharzik, T., Fiorino, G., Annese, V., Calabrese, E., Baumgart, D. C., Bettenworth, D., Nunes, B., Burisch, J., Castiglione, F., Eliakim, R., Ellul, P., González-lama, Y., Gordon, H., Halligan, S., Katsanos, K., Kopylov, U., ... Tolan, D. (2019). *ECCO Guideline / Consensus Paper ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 1 : Initial diagnosis , monitoring of known IBD , detection of complications.* 144–164. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjy113>

Jiménez, M., Domènech, E., Riestra, S., & Gisbert, J., (2016). *Diagnostic Performance of the*

*Simple Clinical Colitis Activity Index Self-Administered Online at Home by Patients With Ulcerative Colitis : CRONICA-UC Study.* 1–8. <https://doi.org/10.1038/ajg.2015.403>

Mikocka, W., A., Knowles, S. R., Keefer, L., & Graff, L. (2016). *Controversies Revisited : A Systematic Review of the Comorbidity of Depression and Anxiety with Inflammatory Bowel Diseases.* 22(3), 752–762. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000620>

Monrroy, H., & Patricio, B. (2013). *Clasificación de la gravedad de la enfermedad inflamatoria intestinal.* 24(Tabla 1), 85–90.

Montoro, C. H., & Aznarez, A. C. S. (2016). *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal Quality of life in patients with inflammatory bowel diseases.* 123–131.

Nakase, H., Uchino, M., Shinzaki, S., & Matsuura, M. (2021). Evidence-based clinical practice guidelines for inflammatory bowel disease 2020. *Journal of Gastroenterology*, 56(6), 489–526. <https://doi.org/10.1007/s00535-021-01784-1>

Ng, S. C., Shi, H. Y., Hamidi, N., Underwood, F. E., Tang, W., Benchimol, E. I., Panaccione, R., Ghosh, S., Wu, J. C. Y., Chan, F. K. L., Sung, J. J. Y., & Kaplan, G. G. (2017). Articles Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century : a systematic review of population-based studies. *The Lancet*, 390(10114), 2769–2778. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32448-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32448-0)

Niewiadomski, O., Studd, C., Hair, C., Wilson, J., Ding, N. S., Heerasing, N., Ting, A., McNeill, J., Knight, R., Santamaria, J., Prewett, E., Dabkowski, P., Dowling, D., Alexander, S., Allen, B., Popp, B., Connell, W., Desmond, P., & Bell, S. (2015). *Prospective population-based cohort of inflammatory bowel disease in the biologics era : Disease course and predictors of severity.* 30, 1346–1353. <https://doi.org/10.1111/jgh.12967>

Ole, H., Wolters, F., Riis, L., Aamodt, G., Solberg, C., Bernklev, T., Odes, S., Mouzas, I. A.,

- Beltrami, M., Langholz, E., Stockbr, R., Vatn, M., & Moum, B. (2007). *Ulcerative Colitis : Patient Characteristics May Predict 10-Yr Disease Recurrence in a European-Wide Population-Based Cohort*. 1692–1701. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2007.01265.x>
- Pagnini, C., Carla, M., Paolo, D., Mariani, B. M., Urgesi, R., Pallotta, L., Vitale, M. A., Villotti, G., Alba, L., Cesare, M. A. De, Giulio, E. Di, & Graziani, M. G. (2021). *Mayo Endoscopic Score and Ulcerative Colitis Endoscopic Index Are Equally Effective for Endoscopic Activity Evaluation in Ulcerative Colitis Patients in a Real Life Setting*. 217–224.
- Paoluzi, O. P. (2015). A randomised trial comparing 4.8 vs 2.4 g/day of oral mesalazine for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Digestive and Liver Disease*. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2015.07.011>
- Pedersen, N. (2015). *EHealth: Self-management in Inflammatory Bowel Disease and in Irritable Bowel Syndrome using novel Constant-Care Web Applications*.
- Prideaux, L., Kamm, M. A., Cruz, P. P. De, Chan, F. K. L., & Ng, S. C. (2012). *Inflammatory bowel disease in Asia : A systematic review*. 27, 1266–1280. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1746.2012.07150.x>
- Ramos, G. P., & Papadakis, K. A. (2019). Mechanisms of Disease: Inflammatory Bowel Diseases. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(1), 155–165. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.09.013>
- Bryant, E., Costello, S., Schoeman, S., Sathananthan, D., Knight, E., Mark, N., (2017). Limited uptake of ulcerative colitis' treat to target' recommendations real-world practice. *Gastroenterology and Hepatology*. <https://doi.org/10.1111/jgh.13923>
- Sajadinejad, M. S., Asgari, K., Molavi, H., Kalantari, M., & Adibi, P. (2012). *Psychological Issues in Inflammatory Bowel Disease : An Overview*. 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/106502>

- Simian, D., Fluxá, D., Flores, L., Lubascher, J., Ibáñez, P., Figueroa, C., Kronberg, U., Acuña, R., Moreno, M., Quera, R., Flores, L., Lubascher, J., & Ibáñez, P. (2016). *Inflammatory bowel disease : A descriptive study of 716 local Chilean patients*. 22(22), 5267–5275.  
<https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i22.5267>
- Sinagra, E., Busacca, A., Guida, L., Carrozza, L., Brinch, D., Crispino, F., Maida, M., Battaglia, S., Celsa, C., Camm, C., & Cappello, M. (2022). *Telemedicine Is an Effective Tool to Monitor Disease Activity in IBD Patients in the COVID-19 Era : A Single Centre Experience Based on Objective Data*. *Cd*, 117–126.
- Sriharan Selvaratnam, Santiago Gullino, Lisa Shim, Eric Lee, Alice Lee, Sudarshan Paramsothy, R. W. L. (2019). Epidemiology of inflammatory bowel disease in South America: A systematic review. *World Journal of Gastroenterology*, 6.  
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.3748/wjg.v25.i47.6866>
- Tiffany H. Taft, Sarah Ballou, Alyse Bedell, and D. L. (2017). Psychological Considerations and Interventions in Inflammatory Bowel Disease Patient Care. *Gastroenterol Clin North Am*.
- Timmer, A., Ph, P., Chande, N., Jwd, M., Jk, M., Timmer, A., Ph, P., Chande, N., Jwd, M., & Jk, M. (2016). *Azathioprine and 6-mercaptopurine for maintenance of remission in ulcerative colitis (Review)*.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000478.pub4.www.cochranlibrary.com>
- Torres, J., Bonovas, S., Doherty, G., Kucharzik, T., Raine, T., Adamina, M., Armuzzi, A., Bachmann, O., Bager, P., Biancone, L., Bokemeyer, B., Bossuyt, P., Burisch, J., Collins, P., El-hussuna, A., Ellul, P., Freilanter, C., Furfaro, F., Gingert, C., Zmora, O., (2020). *ECCO Guideline / Consensus Paper ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn ' s Disease : Medical Treatment*. 4–22. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjz180>
- Transl, J., Li, X., Liu, Y., Luo, J., Huang, Z. D., Zhang, C., & Fu, Y. (2019). *Vitamin D*

- deficiency associated with Crohn ' s disease and ulcerative colitis : a meta - analysis of 55 observational studies.* 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12967-019-2070-5>
- Vavricka, S. R., Schoepfer, A., Scharl, M., Lakatos, P. L., Navarini, A., & Rogler, G. (2015). *Extraintestinal Manifestations of In fl ammatory Bowel Disease.* 21(8), 1982–1992. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000392>
- Mayorga ,A., & Rodriguez, V, (2018). *Respuesta al tratamiento en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y su calidad de vida en la ciudad de Quito Cuenca y Guayaquil en el periodo enero – abril 2018*[ Tesis especialidad Pontificia Universidad Católica del Ecuador] repositorio Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15389>
- Wagtmans, M. J., Verspaget, H. W., Lamers, C., & Hogezaand, R. A. Van. (2001). Gender-Related Differences in the Clinical Course of Crohn ' s Disease. *The american journal of gastroenterology*, 96(5).
- Wong, U., & Cross, R. K. (2020). Telemedicine in the Management of In fl ammatory Bowel Disease : An Update. *Smarth Homecare Technology and Telehealth.*
- Yepiskoposyan, H., Peitsch, M. C., & Talikka, M. (2022). *Causal Biological Network Model for Inflammasome Signaling Applied for Interpreting Transcriptomic Changes in Various Inflammatory States.* 2022.

**ANEXOS:**

**Métodos de medición:**

**Anexo 1.**

Escala (Harvey Bradshaw index )

	0	1	2	3	4
Bienestar general	Muy bien	Ligeramente decaído	Malo	Muy malo	Terrible
Dolor abdominal	No	Leve	Moderado	Grave	
Bulto en el abdomen	No	No lo se	Si tengo	Si tengo y dolorosa	
Numero de deposiciones al día					

Uno por deposición.

Siendo:

0 = NO

1 = NO LO SE

2 = SI TENGO

3 = SI TENGO Y DOLOROSO

4 = Terrible

Síntomas extra intestinales se suma un punto por cada uno.

- Dolor en una o más articulaciones
- Dolor en ojos y enrojecimiento, visión borrosa
- Enrojecimiento de piel la cual es dolorosa que no se puede tocar, presente en brazos o piernas
- Presenta lesiones ulcerosas en la boca con rodeados por borde rojizo
- Lesión ulcerada que ha aparecido de forma repentina en las piernas, mal definida y muy dolorosa

<https://www.mdcalc.com/harvey-bradshaw-index-hbi-Crohns-disease#evidence>

## Anexo 2.

Escala SCCAI pacientes con CU

Frecuencia de deposiciones al día

PUNTAJE	0	1	2	3	4
Deposiciones al día	1-3	4-6	7-9	>9	

Deposiciones en la noche	0	1-3	4-6		
Urgencias para defecar	No	Rápida	Inmediata	No me aguanto, me ensucie	
Sangre en las heces	No	rastros	Ocasionalmente restos evidentes	Usualmente restos evidentes	
Bienestar general	Muy bien	Un poco mal	Mal	Muy mal	terrible

Manifestaciones extracolónicas colocar un punto

- Dolor en una o más articulaciones
- Dolor en ojos y enrojecimiento, visión borrosa
- Enrojecimiento de piel la cual es dolorosa que no se puede tocar, presente en brazos o piernas
- Presenta lesiones ulcerosas en la boca con rodeados por borde rojizo
- Lesión ulcerada que ha aparecido de forma repentina en las piernas, mal definida y muy dolorosa



### **Anexo 3**

Se utilizará el cuestionario *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* de 32 ítems (IBDQ-32) adaptado al español.

Escala Likert de 7 puntos rango de puntuación entre 32 y 224 puntos, puntuaciones más altas mayor calidad de vida,

4 dimensiones:

Síntomas Intestinales y sistémicos

Función emocional y social

Autores de IBDQ 32

Baja calidad de vida : 32 a 95
Moderada calidad de vida: 96 a 159
Alta calidad de vida 160 a 224

[http://scielo.isciii.es/img/revistas/diges/v99n9/original5\\_anexo.htm](http://scielo.isciii.es/img/revistas/diges/v99n9/original5_anexo.htm)

Encuesta

MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA QUE CORRESPONDE MÁS EXACTAMENTE  
CON SU SITUACIÓN DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

1. ¿Con qué frecuencia ha ido al baño durante las últimas dos semanas?

- 1. Más frecuentemente que nunca
- 2. Extremada frecuencia
- 3. Con mucha frecuencia
- 4. Moderado aumento de la frecuencia de defecación
- 5. Ligero aumento de la frecuencia de defecación
- 6. Aumento mínimo de la frecuencia de defecación

\_ 7. Normal, sin ningún aumento de la frecuencia de defecaci

ón

2. ¿Con qué frecuencia le ha causado problemas la sensación de fatiga o de cansancio y agotamiento durante las últimas dos semanas?

\_ 1. Siempre

\_ 2. Casi siempre

\_ 3. Bastantes veces

\_ 4. A veces

\_ 5. Pocas veces

\_ 6. Casi nunca

\_ 7. Nunca

3. ¿Con qué

frecuencia se ha sentido frustrado, impaciente o inquieto a causa de su

problema intestinal durante las últimas dos semanas?

\_ 1. Siempre

\_ 2. Casi siempre

\_ 3. Bastantes veces

\_ 4. A veces

\_ 5. Pocas veces

\_ 6. Casi nunca

\_ 7. Nunca

4. ¿Con qué frecuencia se ha visto incapacitado para ir a estudiar o al trabajo a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

\_ 1. Siempre

\_ 2. Casi siempre

\_ 3. Bastantes veces

\_ 4. A veces

\_ 5. Pocas veces

\_ 6. Casi nunca

\_ 7. Nunca

5. ¿Durante cuánto tiempo en las últimas dos semanas ha tenido diarrea?

\_ 1. Siempre

\_ 2. Casi siempre

\_ 3. Bastantes veces

\_ 4. A veces

\_ 5. Pocas veces

\_ 6. Casi nunca

\_ 7. Nunca

6. ¿Cuánta energía ha tenido durante las últimas dos semanas?

1. Ninguna energía

2. Muy poca

energía

3. Poca energía

4. Cierta energía

5. Bastante energía

6. Mucha energía

7. Rebosante de energía

7. ¿Con qué frecuencia ha estado preocupado ante la posibilidad de tener que operarse por su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

1. Siempre

2. Casi siempre

3. Bastantes veces

4. A veces

5. Pocas veces

6. Casi nunca

7. Nunca

8. ¿Con qué frecuencia ha tenido que aplazar o anular una cita o compromiso social a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

- \_ 1. Siempre
- \_ 2. Casi siempre
- \_ 3. Bastantes veces
- \_ 4. A veces
- \_ 5. Pocas veces
- \_ 6. Casi nunca
- \_ 7. Nunca

9. ¿Con qué frecuencia ha tenido retortijones durante las últimas dos semanas?

- \_ 1. Siempre
- \_ 2. Casi siempre
- \_ 3. Bastantes veces
- \_ 4. A veces
- \_ 5. Pocas veces
- \_ 6. Casi nunca
- \_ 7. Nunca

10. ¿Con qué frecuencia ha tenido malestar general durante las últimas dos semanas?

- \_ 1. Siempre
- \_ 2. Casi siempre
- \_ 3. Bastantes veces
- \_ 4. A veces

\_ 5. Pocas veces

\_ 6. Casi nunca

\_ 7. Nunca

11. ¿Con que frecuencia ha estado preocupado por temor a no encontrar un lavabo cerca durante las últimas dos semanas?

\_ 1. Siempre

\_ 2. Casi siempre

\_ 3. Bastantes veces

4. A veces

\_ 5. Pocas veces

\_ 6. Casi nunca

\_ 7. Nunca

12. ¿Qué dificultad ha tenido, a causa de su problema intestinal, en las actividades de ocio o deportes que le hubiera gustado hacer durante las últimas dos semanas?

\_ 1. Muchísima dificultad; imposible hacer actividades

\_ 2. Mucha dificultad

\_ 3. Bastante dificultad

\_ 4. Algo de dificultad

\_ 5. Un

poco de dificultad

\_ 6. Apenas ninguna dificultad

\_ 7. Ninguna dificultad; mi problema intestinal no ha limitado mis actividades de ocio ni deportivas

13. ¿Con qué frecuencia ha tenido dolor abdominal durante las últimas dos semanas?

\_ 1. Siempre

\_ 2. Cas

i siempre

\_ 3. Bastantes veces

\_ 4. A veces

\_ 5. Pocas veces

\_ 6. Casi nunca

\_ 7. Nunca

14. ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas porque se ha despertado por la noche durante las últimas dos semanas?

\_ 1. Siempre

\_ 2. Casi siempre

\_ 3. Bastantes veces

—

4. A veces

\_ 5. Pocas veces

\_ 6. Casi nunca

\_ 7. Nunca

15. ¿Con qué frecuencia se ha sentido deprimido o desanimado a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

\_ 1. Siempre

\_ 2. Casi siempre

\_ 3. Bastantes veces

\_ 4. A veces

\_ 5. P

ocas veces

\_ 6. Casi nunca

\_ 7. Nunca

16. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido que dejar de asistir a actos sociales porque no había un lavabo cerca?

\_ 1. Siempre

\_ 2. Casi siempre

\_ 3. Bastantes veces

\_ 4. A veces

\_ 5. Pocas veces

6. Casi nunca

7. Nunca

17. En general, ¿hasta qué punto ha sido un problema tener gases durante las últimas dos semanas?

1. Un gran problema

2. Un problema importante

3. Bastante problemático

4. Algo problemático

5. Muy poco problemático

6

. Casi ningún problema

7. Ningún problema

18. En general, ¿hasta qué punto ha sido un problema durante las últimas dos semanas el mantener o llegar al peso que le gustaría?

1. Un gran problema

2. Un problema importante

3. Bastante problemático

4. Algo problemático

5. Muy poco problemático

6. Casi ningún problema

\_ 7. Ningún problema

19. Muchos pacientes con un problema intestinal tienen frecuentes preocupaciones y angustias a causa de su enfermedad. En general, ¿con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido preocupado o angustiado por llegar a tener cáncer, o por pensar que nunca más volvería a encontrarse bien, o por tener una recaída?

\_ 1. Siempre

\_ 2. Casi siempre

\_ 3. Bastantes veces

\_ 4. A veces

\_ 5. Pocas veces

\_

6. Casi nunca

\_ 7. Nunca

20. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido una sensación de hinchazón abdominal?

\_ 1. Siempre

\_ 2. Casi siempre

\_ 3. Bastantes veces

\_ 4. A veces

\_ 5. Pocas veces

6. Casi nunca

7. Nunca

21. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido relajado y libre de tensión?

1. Nunca

2. Casi nunca

3. Pocas veces

4. A veces

5. Bastantes veces

6. Casi siempre

7. Siempre

22. ¿Cuántas veces durante las últimas dos semanas ha tenido problemas de sangrar al ir al baño?

1. Siempre

2. Casi siempre

3. Bastantes veces

4. A veces

5. Pocas veces

6. Casi nunca

7. Nunca

23. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido avergonzado en público por olores desagradables o ruidos causados por su problema intestinal?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

24. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido ganas de ir al baño sin realmente hacer la deposición?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

25. ¿Con qué frecuencia se ha sentido deprimido, lloroso o desanimado a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

26. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha manchado accidentalmente su ropa interior?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- re
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

27. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido enfadado a causa de su problema intestinal?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces

\_ 4. A ve

ces

\_ 5. Pocas veces

\_ 6. Casi nunca

\_ 7. Nunca

28. En general, durante las últimas dos semanas, ¿hasta qué punto su problema intestinal ha sido un problema para sus relaciones sexuales?

\_ 1. Un gran problema

\_ 2. Un problema importante

\_ 3. Bastante problemático

\_ 4. Algo problemático

\_ 5. Muy poco problemático

\_ 6. Casi ningún problema

\_ 7. Ningún problema

29. ¿Con qué frecuencia ha tenido náuseas o ganas de vomitar durante las últimas dos semanas?

\_ 1. Siempre

\_ 2. Casi siempre

\_ 3. Bastantes veces

\_ 4. A veces

\_ 5. Pocas veces

\_ 6. Casi nunca

\_ 7. Nunca

30. ¿Con qué frecuencia se ha sentido de mal humor durante las últimas dos semanas?

\_ 1. Siempre

\_ 2. Casi siempre

\_ 3. Bastantes veces

\_ 4. A veces

\_ 5. Pocas veces

\_ 6. Casi nunca

\_ 7. Nunca

31. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido incomprendido por los demás?

\_ 1. Siempre

\_ 2. Casi siempre

\_ 3. Bastantes veces

\_ 4. A veces

\_ 5. Pocas veces

\_ 6. Casi nunca

\_ 7. Nunca

32. ¿Hasta qué punto ha estado satisfecho, contento o feliz con su vida personal durante las últimas dos semanas?

- \_ 1. Muy insatisfecho, infeliz
- \_ 2. Bastante insatisfecho, infeliz
- \_ 3. Algo insatisfecho, descontento
- \_ 4. Algo satisfecho, contento
- \_ 5. Bastante satisfecho, contento
- \_ 6. Muy satisfecho, feliz
- \_ 7. Extremadamente satisfecho, no podría ser más feliz

PUNTAJE:

BAJA CALIDAD DE VIDA ( 32 a puntos )

MODERADA CALIDAD DE VIDA (96 a 159 puntos)

ALTA CALIDAD DE VIDA (160 a 224puntos)

