

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela profesional de Medicina Humana



**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA
INTESTINAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL
NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA 2020**

Tesis presentada por la Bachiller:

Zea Zeballos, Nasheli Yomira

para optar el Título Profesional de:

Médico cirujana

Asesora:

Dr. Suarez Cueva, Yanyne

**Arequipa - Perú
2020**



Universidad Católica
de Santa María

140

AREQUIPA-PERÚ

(51 54) 382038 <http://www.ucsm.edu.pe> [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 010 - FMH-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGÚN ESCOBEDO, AREQUIPA 2020”

Presentado por el (la) Sr(ta):

ZEA ZEBALLOS, NASHELI YOMIRA

Nuestro dictamen es:

OBSERVACIONES:

APTO

Arequipa, 12-03-2020



.....
DRA. LILY MONTESINOS VALENCIA



.....
DR. MANUEL MEDINA VÁSQUEZ



.....
DR. WALKER JOVE OBLITAS

Un especial agradecimiento:

Antetodo a Dios por haberme dado la vida y permitirme llegar a este momento con salud y fortaleza.

A mi familia por brindarme su apoyo incondicional a lo largo de mi vida.

A mis maestros, por sus enseñanzas continuas y que con sabiduría me transmitieron sus conocimientos para lograr una a una las metas trazadas, en especial a mi asesora, Dra. Yanine Suarez Cueva, una persona comprometida con mi instrucción médica como futuro personal de salud y una excelente médico tratante

A mi Escuela Profesional por su constante apoyo a lo largo de mi vida universitaria y en la realización de mi tesis profesional.

A mi alma mater “Universidad Católica de Santa María”, que me abrió sus puertas para lograr mi formación profesional y por las oportunidades que me brinda constantemente.

Y a todas las personas que siempre estuvieron conmigo, en las buenas y en las malas brindándome soporte.

Gracias.

Dedico esta tesis:

A Dios, por darme la vida; la fortaleza y la perseverancia para nunca rendirme.

A mis padres, siempre involucrados en mi formación, tanto profesional como personal, a mi madre, con su inalcanzable aliento y apoyo constante en momentos en los que me sentía demasiado abatida tanto por la universidad como por mí misma enfermedad y a mi padre, con el espíritu protector que siempre lo caracterizo, que inculco en mí la disciplina y la responsabilidad en mi actuar

A mi mamá Marina, que más que una tía, fue una segunda mamá en mi vida, complaciente en cada cosa que se me ideara y un brazo fuerte donde sujetarme cuando las cosas iban mal.

A mi hermana Fabiola, siempre dispuesta a escuchar cada problema que me aquejaba y a brindarme su apoyo en cada decisión que tomara.

Gracias totales

“Obtendrás la gloria cuando aparte de mirar por ti mismo, seas capaz de ponerte en la piel de los demás.”



RESUMEN

Las enfermedades inflamatorias intestinales son patologías que causan efectos incapacitantes en las personas y condicionan su quehacer diario provocando un marcado deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud, todo ello determinado por el tratamiento y conductas diarias que tienen estos pacientes, punto donde radica la relevancia de los resultados de dicho abordaje a fin de lograr una vida plena e integral en los pacientes sujetos a estas. Determinar cuál es la calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal del servicio de Gastroenterología en el hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa 2020. Estudio Analítico Observacional de corte Transversal. Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo. Pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal. Toma de Encuesta de calidad de vida en Enfermedad Inflamatoria Intestinal IBDDI, para describir los hallazgos se utilizó mediana, frecuencias y porcentajes. Análisis bivariado X². Se incluyó 45 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, de las cuales 77,8% presentaban Colitis Ulcerativa y 22,2% con Enfermedad de Crohn, presentando una muestra de 33,3% de pacientes con inactividad de enfermedad que representa la proporción más frecuente, a su vez que no tienen Discapacidad en un 66,7 %, seguida de discapacidad moderada en un 17,8 % de pacientes , a continuación discapacidad severa 8,9 % y discapacidad media en un 6,7 %. En la población estudiada la frecuencia de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal sin discapacidad mediante el IBDDI es de 66,7%., encontrando asociación estadística con ciertas variables sociodemográficas, determinantes entonces del pronóstico del cuadro

Palabras clave: Enfermedad inflamatoria intestinal, calidad de vida, discapacidad

ABSTRACT

Inflammatory bowel diseases are pathologies that cause disabling effects on people and condition their daily work causing a marked deterioration in the quality of life related to health, all determined by the treatment and daily behaviors that these patients have, where The relevance of the results of this approach lies in order to achieve a full and integral life in patients subject to these To determine what is the quality of life in patients with inflammatory bowel disease of the Gastroenterology service at the Carlos Alberto Seguin Escobedo hospital, Arequipa 2020. Cross-sectional Observational Analytical Study. Gastroenterology Service of the Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital. Participants: Patients treated in the Gastroenterology Service with diagnosis of inflammatory bowel disease. Survey of quality of life in IBDDI Inflammatory Bowel Disease, to describe the findings, median, frequencies and percentages were used. Bivariate analysis X2. 45 patients with inflammatory bowel disease were included, of which 77.8% had Ulcerative Colitis and 22.2% with Crohn's Disease, presenting a sample of 33.3% of patients with disease inactivity that represents the highest proportion Frequent, in turn they do not have Disability in 66.7%, followed by moderate disability in 17.8% of patients, then severe disability 8.9% and medium disability in 6.7%. In the studied population, the frequency of patients with Inflammatory Bowel Disease without disability through IBDDI is 66.7%., Finding statistical association with certain sociodemographic variables, then determining the prognosis of the picture

Keywords: Inflammatory bowel disease, quality of life, disability

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal es un cuadro que agrupa un gran número de enfermedades, entre las que destacan prioritariamente, la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa, dos tipos de enfermedades poco conocidas al interés público anteriormente, puesto que no eran enfermedades muy denotadas a nivel de epidemiología, tanto nacional como internacional, con una proporción ínfima en comparación de otras patologías; pero que en la actualidad, cada vez cobra más relevancia ya que son más las personas afectas a esta condición, que recién empezó a ser descrita a partir del siglo XIX.

Debido a que sus primeras descripciones fueron hace menos de 100 años aproximadamente, no se contó en un inicio con el conocimiento adecuado del abordaje que se debería dar en estos pacientes, todo ello plasmado en la historia, en la incapacidad de cambiar la calidad de vida a partir del tratamiento implantado en ese momento a los mismos, con una consecuente deplorable evolución del estado de salud; con el pasar de los años a medida que se lograba una mejor recolección tanto de información como experiencia dada por la sintomatología y modo de vida de los pacientes afectos con las mismas, se permitía mejorar la capacidad diagnóstica oportuna y al mismo tiempo pudiendo agregar tratamientos con mejor respuesta y tipos de actividades que permitan un mejor desenvolvimiento de los pacientes en sus rutinas diarias.

Al día de hoy es de pleno conocimiento, que estas patologías causan efectos incapacitantes en las personas y condicionan su quehacer diario provocando un marcado deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud, todo ello determinado por el tratamiento y conductas diarias que tienen estos pacientes, punto donde radica la relevancia de los resultados de dicho abordaje a fin de lograr una vida plena e integral en los pacientes sujetos a estas, pues debemos de comprender desde el inicio del diagnóstico, que este tipo de patología es una enfermedad que tiende a la no curación, es decir la tendencia crónica que describen estos pacientes en el curso de la enfermedad, con presencia de periodos de remisión y exacerbación que se alternan con el pasar de los años, muchas veces con predominio de uno de estos, remarcando la necesidad de un manejo multidisciplinario.

De modo que ante este abordaje multidisciplinario que se brinda a los pacientes afectados con esta enfermedad, es relevante considerar a que punto sigue la enfermedad como un limitante de la calidad de vida en los pacientes que las padecen pese a los avances que existen en la actualidad, surgiendo la interrogante acerca de qué nivel de calidad de vida y el impacto real de estas enfermedades sobre la misma, que viene aun siendo un aspecto poco conocido. La cuestión radica en cómo medir de forma concreta dicha discapacidad. Con esta finalidad se elaboró un índice específico, el Inflammatory Bowel Disease Disability Index, que se diseñó sobre la base de la International Classification of Functioning Disability and Health, utilizando nos permite determinar la calidad de vida en pacientes diagnosticados con dichas patologías, y a partir de este punto optimizar el manejo de tratamiento de estos pacientes.

El presente estudio refleja mi interés en el conocimiento de estos principales subtipos de la enfermedad inflamatoria intestinal, cuales son los factores determinantes en la presencia o no de actividad de la misma y como esta demarca la calidad en estos pacientes, de modo que pueda marcar un mejor abordaje a futuro en pacientes con dichas patologías, todo ello corroborado en la presencia de mayor parte de pacientes atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo con ausencia de discapacidad gracias al manejo integral con el que son tratados dichos pacientes, marcando un hito del modo de tratamiento y abordaje múltiple que deben hacer dichos pacientes.

INDICE GENERAL

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCION	viii
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II: RESULTADOS	7
CAPITULO III: DISCUSION Y COMENTARIOS.....	18
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	24
CONCLUSIONES:.....	25
RECOMENDACIONES:	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXO.....	35
ANEXO 1: Ficha de recolección de datos	36
ANEXO 2: Clasificación de actividad de enfermedad inflamatoria intestinal	37
ANEXO 3: Encuesta de calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal	38
ANEXO 4: Consentimiento informado para pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal	40
ANEXO 5: Autorización del protocolo de investigación	42
ANEXO 6: Proyecto de investigación	43
ANEXO 7: MATRIZ DE DATOS	106
ANEXO 8: CARTA DE APROBACION DE COMITÉ ÉTICA.....	108

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 01: CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO.....	9
CUADRO 02: DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDAD PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	11
CUADRO 03: CONDICIONES SOCIOECONOMICOS EN PACIENTES CON PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	12
CUADRO 04: CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL TIPO DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO.	14
CUADRO 05: CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO.	15
CUADRO 06: CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA CONDICIÓN DE FUMADOR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO.	16
CUADRO 07: TIPO DE ENFERMEDAD SEGÚN LA CONDICIÓN DE FUMADOR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO.....	17

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Distribucion De Pacientes Por Tiempo De Enfermedad Según El Tipo De Enfermedad.	8
Gráfico 02: Distribucion De Pacientes Por Edad Y Sexo.....	10
Gráfico 03: Calidad De Vida En Pacientes Con Enfermedad Inflamatoria Intestinal Del Servicio De Gastroenterologia En El Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo.	13





**CAPÍTULO I:
MATERIAL Y MÉTODOS**

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas e Instrumentos

1.1.1. Llenado de la ficha de recolección de datos y clasificación de actividad de enfermedad inflamatoria intestinal

Se le pidió a cada paciente con enfermedad inflamatoria intestinal que acepte participar del estudio, responda las preguntas de Ficha de recolección de datos (Ver Anexo 01) y clasificación de actividad de enfermedad inflamatoria intestinal (Ver Anexo 02), en la cual están las preguntas acerca de los factores sociodemográficos.

1.1.2. Llenado de Encuesta de calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal IBDDI

Se le pidió a cada paciente participante del estudio responda a las preguntas de la Encuesta de calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal IBDDI (Ver Anexo 03), considerando como se ha sentido en los últimos 7 días. Son 19 preguntas, que incluyen: 7 sobre funciones del cuerpo y sus componentes, 2 sobre Estructuras del cuerpo; 5 sobre Actividades y categorías de participación y 5 sobre factores ambientales; la respuesta de cada ítem en el cuestionario es dicotómica en “sí” versus “no” y ordinal en la escala de Likert de 1 a 5 (1 es sin dificultad y 5 es extrema, 1 es sin efecto positivo / negativo y 5 siendo efecto positivo / negativo extremo y no aplicable), a las cuales se les asignó valores de 0, -1, -2 y -3 según la presencia de sintomatología y sus correspondientes valores positivos a los factores protectores. Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de >-10 o más muestra la probabilidad de presencia de discapacidad, determinándose la severidad de la misma por el valor final obtenido (63).

1.1.3. Consideraciones éticas y consentimiento informado

El presente estudio no incurrió en contra de ninguno de los principios de Bioética, tales como de Autonomía, Justicia, Beneficencia y No maleficencia.

Se procedió a pedir la autorización al comité de ética y al Jefe de Servicio de Gastroenterología del hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo (Ver Anexo 05) y el consentimiento informado de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal antes de responder las preguntas de la fichas. El consentimiento informado (Ver Anexo 04).

La información recogida se utilizó solo con los fines de investigación, respetándose la confidencialidad y autenticidad de los datos.

1.1.4. Plan de recolección y análisis estadístico de los datos

El orden en el cual se ejecutó las acciones de la investigación fueron las siguientes:

- a. Presentación del protocolo al Jefe del Servicio de Gastroenterología para el permiso respectivo de toma de datos de las pacientes (Anexo 05)
- b. Obtención de los materiales necesarios para la recolección de la información:
 - i. Impresión de fichas de recolección de datos (Ver Anexo 01).
 - ii. Impresión de la ficha de clasificación de actividad de enfermedad inflamatoria intestinal (Ver Anexo 02)
 - iii. Impresión de Encuesta de calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal IBDDI (Ver Anexo 03)
 - iv. Impresión del consentimiento informado para pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- c. Recojo de la información.
- d. Análisis de información.
- e. Elaboración de la base de datos.
- f. Análisis en programas estadísticos, mediante una base de datos en SPSS y las pruebas estadísticas de Chi cuadrado y T de student,

g. Presentación de informe final

1.2. Materiales de Verificación

- Material de escritorio
- Fichas de investigación
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico (SPSS 25).
- Impresora

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación especial:

Instalaciones del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo

2.2. Ubicación temporal:

Agosto de 2019 a Febrero 2020

3. Unidades de Estudio

3.1. Universo:

Según datos de estadística del Servicio de Gastroenterología en el año 2020 se atendieron 53 pacientes.

3.1.1. Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 18 años.

Pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal.

Pacientes con tratamiento para enfermedad inflamatoria intestinal.

Pacientes que accedan a realizar el llenado de la ficha de recolección de datos y la encuesta

3.1.2. Criterios de exclusión:

Pacientes con alguna discapacidad mental o alteración de conciencia que le imposibilite el llenado de la encuesta.

Negativa del paciente de realizar el llenado de la ficha de recolección de datos y la encuesta.

3.2. Tamaño de la Muestra:

Según tablas de estadística para una muestra representativa con un intervalo de confianza del 95% se obtiene una muestra representativa de 45 pacientes diagnosticados con enfermedad inflamatoria intestinal

3.3. Procedimiento de Muestreo:

Aleatorio simple con criterios de inclusión.

4. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1. Modo

Se hizo de modo individual, aplicando como técnica la encuesta y recolección de datos para su posterior registro y manejo.

4.2. Recursos

Se necesitó:

i. Humanos:

- Investigadora : Zea Zeballos, Nasheli Yomira
- Asesor : Yanyne Suarez Cueva

ii. Materiales:

- Ficha de recolección de datos.
- Índice de actividad para Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.
- Encuesta de calidad de vida IBDDI
- Computadora con software para recolección de datos y elaboración de matriz de datos (SPSS 25 para Windows)

iii. Financieros:

- Autofinanciado

4.3. Necesidades de Información

Se requirió de una buena comprensión y manejo del tema para poder dirigir el significado de los resultados obtenidos. Se contó con asesoría de un entendido de la especialidad de Gastroenterología que pueda enrumbar mejor la dirección del estudio y la verdadera significancia que este tiene.

Se necesitó además de organización y adecuación de la información para poder explicar al paciente en qué consiste el estudio, de modo que

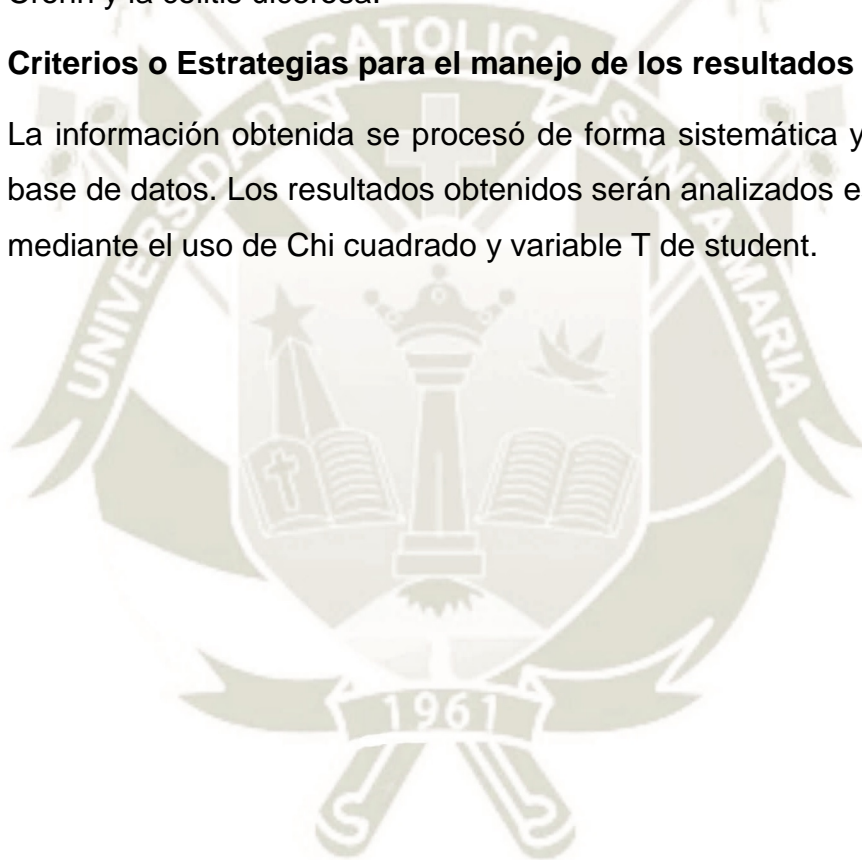
comprendan adecuadamente los indicadores a evaluar y brinden datos suficientes.

4.4. Validación de los instrumentos

Encuesta de Inflammatory Bowel Disease Disability Index fue validada internacionalmente en un artículo publicado en Octubre del 2014, en la “Journal of Crohn's and Colitis, Volume 8, Issue 10, paginas 1237–1245” titulado: Estudio prospectivo de validación de la clasificación internacional de puntuación de funcionamiento, discapacidad y salud en la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.

4.5. Criterios o Estrategias para el manejo de los resultados

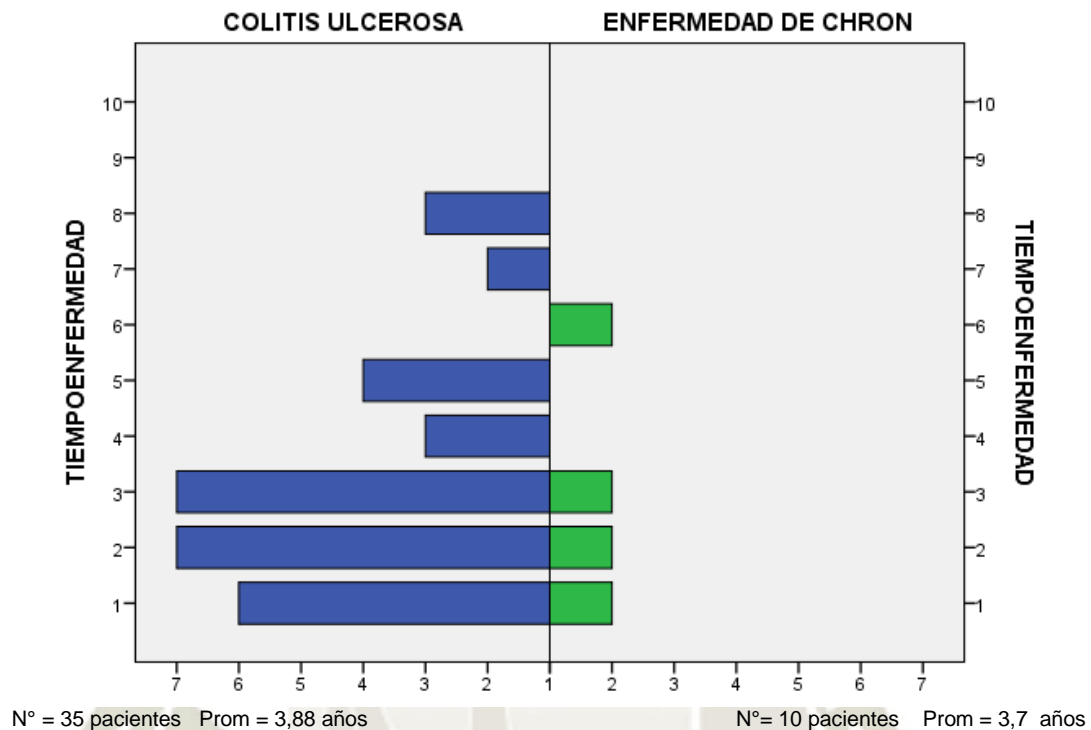
La información obtenida se procesó de forma sistemática y se obtuvo una base de datos. Los resultados obtenidos serán analizados estadísticamente mediante el uso de Chi cuadrado y variable T de student.





CAPÍTULO II: RESULTADOS

**GRAFICO 01:
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR TIEMPO DE ENFERMEDAD SEGÚN EL
TIPO DE ENFERMEDAD.**



Fuente: Elaboración propia

Se incluyeron en el estudio 45 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, a los que se realizó las encuestas ya mencionadas, en los cuales se encontró:

Se muestran los resultados de la siguiente manera presentados en el Grafico 01: 35 pacientes tienen un diagnóstico de Colitis ulcerosa que presenta un promedio de tiempo de enfermedad de 3,88 años, mientras que 10 tienen Enfermedad de Crohn, siendo un 22.2% del total, a su vez con un promedio de tiempo de enfermedad de 3,7 años.

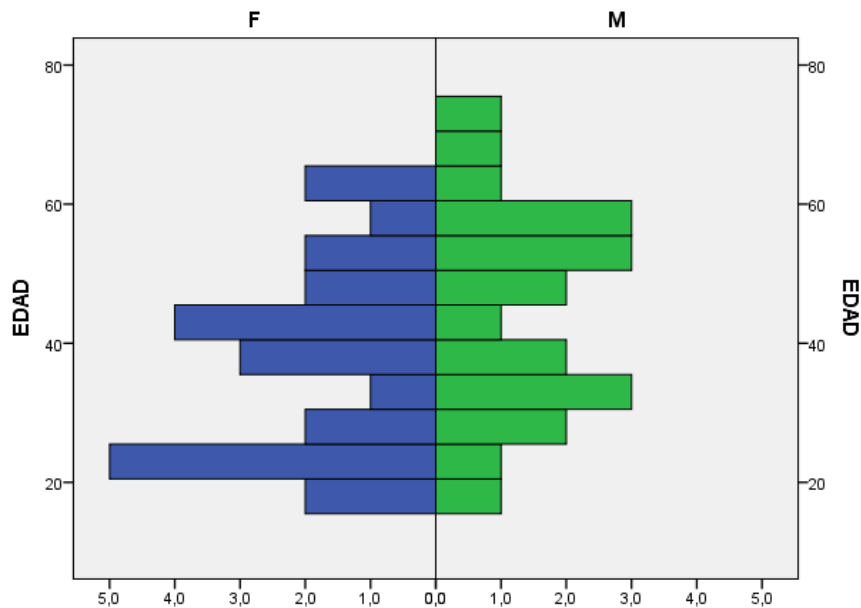
**CUADRO 01:
CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN
PACIENTES DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL
NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO.**

		N°	%
TIPO DE ENFERMEDAD	COLITIS ULCEROSA	35	77,8 %
	ENFERMEDAD DE CHRON	10	22,2 %
	TOTAL	45	100 %
INDICE DE ACTIVIDAD USADO	HARVEY- BRADSHAW	10	22,2 %
	TRUELOVE-WITTS	35	77,8 %
	TOTAL	45	100 %
ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD	ENFERMEDAD ACTIVA BROTE LEVE	13	28,9 %
	ENFERMEDAD ACTIVA BROTE MODERADO	8	17,8 %
	ENFERMEDAD ACTIVA LEVE	3	6,7 %
	ENFERMEDAD ACTIVA LEVE	6	13,3 %
	INACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD	15	33,3 %
	TOTAL	45	100 %

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a lo descrito con la distribución de las Características de la Enfermedad Inflamatoria de los pacientes (Cuadro 01), reportando que el Tipo de Enfermedad más frecuente fue Colitis Ulcerosa en un porcentaje de 77,8 %, con el uso del índice de actividad de True Love Witts, finalmente denotando que la Actividad de Enfermedad más frecuente fue Enfermedad Inactiva en un 33,3 %.

**GRAFICO 02:
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDAD Y SEXO**



Nº = 24 Prom = 37,95 años Nº= 21 Prom = 44,95 años

Fuente: Elaboración propia

Dentro de las características epidemiológicas se muestran las variables edad y sexo, denotadas en el siguiente gráfico (Gráfico 02), donde se evidencia que la distribución de paciente por edad y sexo son un total de 24 de sexo femenino con un promedio de edad de 37,95 años, en tanto que 21 son de sexo masculino y tienen un promedio de edad de 44,95 años.

CUADRO 02:
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDAD PACIENTES CON ENFERMEDAD
INFLAMATORIA INTESTINAL

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 años	2	8,3 %	1	4,8 %	3	6,7 %
21 – 40 años	11	45,8 %	8	38,1 %	19	42,2 %
41 – 60 años	9	37,5 %	9	42,9 %	18	40,0 %
Mas de 61 años	2	8,3 %	3	14,3 %	5	11,1 %
TOTAL	24	100 %	21	100 %	45	100 %

Fuente: Elaboración propia

Del mismo modo al agrupar la variable de edad en determinados rangos (Cuadro 02), se muestran la distribución de paciente por rango de edad y sexo, obteniendo que hay un total de 24 pacientes de sexo femenino en donde el rango de edad más frecuente es el de 21 – 40 años con un porcentaje de 45,8%, en tanto los 21 pertenecientes de sexo masculino muestran un rango de edad más frecuente es el de 21 – 40 años con un porcentaje de 42,2 %.

**CUADRO 03:
CONDICIONES SOCIOECONOMICOS EN PACIENTES CON PACIENTES
CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

		N°	%
ESTADO CIVIL	SOLTERO	14	31,1 %
	CONVIVIENTE	15	33,3 %
	CASADO	15	33,3 %
	VIUDO	1	2,2 %
	TOTAL	45	100 %
GRADO DE ESTUDIOS	PRIMARIO COMPLETA	2	4,4 %
	SECUNDARIA COMPLETA	16	35,6 %
	SUPERIOR TECNICO COMPLETO	15	33,3 %
	SUPERIOR UNIVERSITARIO COMPLETO	12	26,7 %
	TOTAL	45	100 %
FUMADOR	SI	17	37,8 %
	NO	28	62,2 %
	TOTAL	45	100 %
NUMERO DE HIJOS	0 HIJOS	14	31,1 %
	1 HIJOS	10	22,2 %
	2 HIJOS	11	24,4 %
	3 HIJOS	5	11,1 %
	4 HIJOS	3	6,7 %
	5 HIJOS	1	2,2 %
	6 HIJOS	1	2,2 %
	TOTAL	45	100 %
	LUGAR DE RESIDENCIA	ALTO SELVA ALEGRE	4
CAYMA		3	6,7 %
CERCADO		1	2,2 %
CERRO COLORADO		6	13,3 %
HUNTER		4	8,9 %
J. L. B. Y R.		4	8,9 %
MARIANO MELGAR		3	6,7 %
MIRAFLORES		2	4,4 %
PAUCARPATA		3	6,7 %
SABANDIA		1	2,2 %
SOCABAYA		6	13,3 %
TIABAYA		3	6,7 %
YANAHUARA		5	11,1 %
TOTAL		45	100 %

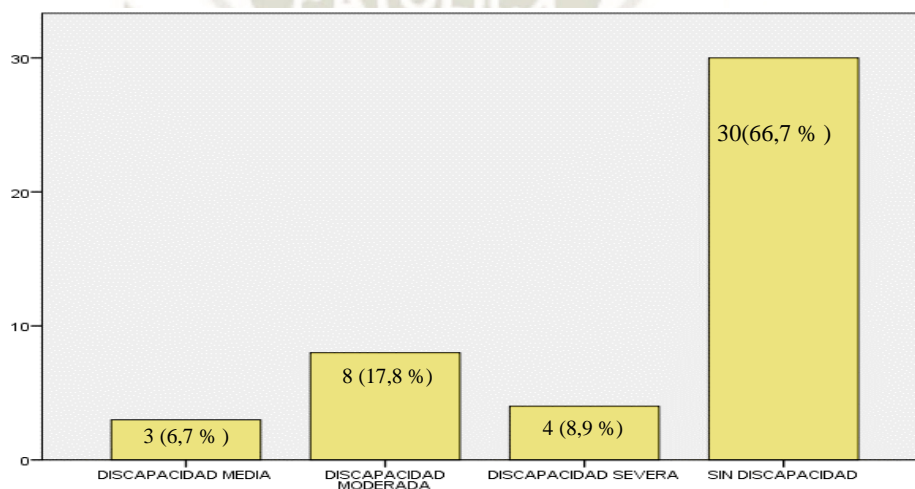
Fuente: Elaboración propia

Hablando específicamente de la distribución de las Condiciones Socioeconomicas de los pacientes (Cuadro 03), se muestra que el Estado Civil más frecuente fue ser casado y conviviente en un porcentaje de 33,3%, el Grado de Estudios más

frecuente fue Secundaria Completa en un porcentaje de 35,6 %, el Lugar de Residencia más frecuente fue Cerro Colorado y Socabaya en un porcentaje de 13,3%, la condición de no fumador es la más frecuente en un porcentaje de 62,2% y los pacientes que no tienen hijos fueron los más frecuentes en un 31,1%.

GRAFICO 03:

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA
INTESTINAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL
NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO.**



Fuente: Elaboración propia

Al considerar la calidad de vida de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Servicio de Gastroenterología se muestra que la mayor parte de pacientes no tienen Discapacidad en un 66,7%, seguida de discapacidad moderada en un 17,8 % de pacientes , a continuación discapacidad severa 8,9 % y discapacidad media en un 6,7 %

**CUADRO 04:
CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL TIPO DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO
SEGUIN ESCOBEDO.**

	TIPO DE ENFERMEDAD		Total
	COLITIS ULCEROSA	ENFERMEDAD DE CHRON	
DISCAPACIDAD MEDIA	2	1	3
	66,7%	33,3%	100,0%
DISCAPACIDAD MODERADA	5	3	8
	62,5%	37,5%	100,0%
DISCAPACIDAD SEVERA	3	1	4
	75,0%	25,0%	100,0%
SIN DISCAPACIDAD	25	5	30
	83,3%	16,7%	100,0%
Total	35	10	45
	77,8%	22,2%	100,0%

Chi² = 23,1 sig = 0,001

Fuente: Elaboración propia

Mientras que al evaluar calidad de vida pero diferenciando entre las dos enfermedades consideradas en el estudio, se reporta que pacientes con discapacidad severa son pacientes con Colitis ulcerosa en un porcentaje de 75 % , que pacientes con discapacidad media son pacientes con Colitis ulcerosa en un porcentaje de 66,7 %, que pacientes sin discapacidad son pacientes con Colitis ulcerosa en un porcentaje de 83,3 % .

Existiendo una relación entre ambas variables con un valor Chi² = 23,1 sig = 0,001.

**CUADRO 05:
CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO
SEGUIN ESCOBEDO.**

CALIDAD VIDA	GRADO DE INSTRUCCION				Total
	PRIMARIA COMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	SUPERIOR TECNICO COMPLETO	SUPERIOR UNIVERSITARIO COMPLETO	
DISCAPACIDAD MEDIA	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 100,0%	3 100,0%
DISCAPACIDAD MODERADA	0 0,0%	3 37,5%	3 37,5%	2 25,0%	8 100,0%
DISCAPACIDAD SEVERA	0 0,0%	1 25,0%	2 50,0%	1 25,0%	4 100,0%
SIN DISCAPACIDAD	2 6,7%	12 40,0%	10 33,3%	6 20,0%	30 100,0%
Total	2 4,4%	16 35,6%	15 33,3%	12 26,7%	45 100,0%

Chi² = 10,35 sig = 0,0045

Fuente: Elaboración propia

Al observar la calidad de vida relacionada a determinadas variables epidemiológicas, se encontraron relaciones resaltantes, como la existente entre la calidad de vida con el grado de instrucción (Cuadro 05), donde se muestra que pacientes con discapacidad severa son pacientes con un grado e instrucción Superior Técnico Completo en un porcentaje de 50 %, que pacientes con discapacidad media son pacientes con grado de instrucción Superior Universitario Completo en un porcentaje de 100 %, que pacientes sin discapacidad son pacientes con un grado de instrucción Secundaria Completa en un porcentaje de 63,3 % .

Existiendo una relación estadísticamente significativa entre ambas variables con un valor Chi² = 10,35 sig = 0,0045.

**CUADRO 06:
CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA CONDICION DE FUMADOR EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO
SEGUIN ESCOBEDO.**

	FUMADOR		Total
	NO	SI	
DISCAPACIDAD MEDIA	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
DISCAPACIDAD MODERADA	5 62,5%	3 37,5%	8 100,0%
DISCAPACIDAD SEVERA	1 25,0%	3 75,0%	4 100,0%
SIN DISCAPACIDAD	19 63,3%	11 36,7%	30 100,0%
Total	28 62,2%	17 37,8%	45 100,0%

Chi² = 11,2 sig = 0,0003.

Fuente: Elaboración propia

En tanto que al relacionar la variable de fumador con la calidad de vida (Cuadro 06), se observa que pacientes con discapacidad severa son pacientes FUMADORES en un porcentaje de 75 %, que pacientes con discapacidad media son pacientes NO FUMADORES en un porcentaje de 100 %, en tanto que pacientes sin discapacidad son pacientes NO FUMADORES en un porcentaje de 63,3 %.

Existiendo una relación entre ambas variables con un valor Chi² = 11,1

sig = 0,0003.

**CUADRO 07:
TIPO DE ENFERMEDAD SEGÚN LA CONDICION DE FUMADOR EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL NACIONAL
CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO.**

CONDICION DE FUMADOR	TIPO DE ENFERMEDAD		Total
	COLITIS ULCEROSA	ENFERMEDAD DE CHRON	
NO	20 57,1%	8 80,0%	28 62,2%
SI	15 42,9%	2 20,0%	17 37,8%
Total	35 100,0%	10 100,0%	45 100,0%

Chi² = 1,78 sig = 0,189.

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado al relacionar la enfermedad específica con la variable de hábito de fumador (Cuadro 07), se muestra que pacientes con Colitis Ulcerosa son pacientes NO FUMADORES en un porcentaje de 57,1 % y que pacientes con **ENFERMEDAD DE CHRON** son pacientes NO FUMADORES en un porcentaje de 80 %

No Existiendo una relación estadísticamente significativa entre ambas variables con un valor Chi² = 1,78 sig = 0,189.



**CAPITULO III:
DISCUSION Y COMENTARIOS**

La enfermedad inflamatoria intestinal es el proceso inflamatorio crónico e idiopático del tracto gastrointestinal sin causa aún definida, que incluye principalmente la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa. En las últimas dos décadas, sin embargo, el patrón de incidencia ha cambiado. La incidencia en Europa se ha mantenido relativamente estable, mientras que en Asia y Latinoamérica se ha ido incrementando. Estos recientes cambios en la incidencia y la prevalencia se podrían atribuir a cambios ambientales (1,2).

En el Perú, como en Latinoamérica, la EII es una enfermedad relativamente poco frecuente, aunque todo indica que su realidad es creciente; son escasas las publicaciones sobre EII en este continente. En Colombia, Juliao et al., evaluaron ampliamente las características fenotípicas y clínicas de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en un centro de alta complejidad en un lapso de 8 años (2001-2009). Se documentaron 202 pacientes con diagnóstico de EII (80,7% de Colitis Ulcerativa y 15,8% de Enfermedad de Crohn) con una relación de 4,9:1 (3), en el presente estudio se reportó 45 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, con un mayor proporción de colitis ulcerativa (77.8%) frente a la enfermedad de Crohn (22.2%) mostrando similitud a los hallazgos encontrados en el estudio ya mencionado, del mismo modo existen también en Perú otros, Illescas et al. reportaron 74 casos de colitis ulcerativa en el Hospital Guillermo Almenara, en 52 años (4); mientras que Vera et al. publicaron un estudio retrospectivo de 43 casos de colitis ulcerativa en el Hospital Edgardo Rebagliati, en 2 años (5); en tanto Cedrón et al. reportaron 27 casos de colitis ulcerativa en 7 años en el Hospital Cayetano Heredia (6). Finalmente, Bendaño et al. reportaron 17 casos de enfermedad de Crohn en 20 años en el Hospital Edgardo Rebagliati (7); estos últimos pese a que son estudios que abarcan por separado determinado subtipo de la enfermedad inflamatoria intestinal, evidencian la baja frecuencia de esta enfermedad a nivel de Perú, corroborándose los resultados obtenidos por este estudio; por otro lado según los resultados de Juan Paredes Mendez, donde consideraron una población total de 105 pacientes, se reporta que el tiempo de enfermedad al diagnóstico 12,4 meses para Colitis Ulcerativa y 16,8 meses para Enfermedad de Crohn (8), valores que contrastarían con los descritos en este estudios que van en valores de 3,88 años para Colitis Ulcerosa y 3,7 años para Enfermedad de Crohn, probablemente a que el estudio en comparación busca

calcular valores de incidencia mientras que este estudio se centra en pacientes con un diagnóstico ya establecido con los años que sigue un tratamiento en su mayoría regular, que se corrobora con el hecho que en relación a la actividad de enfermedad, se presenta en un mayor porcentaje (33,3%) casos de Enfermedad Inactiva

Dentro de las variables de edad y sexo en enfermedad inflamatoria intestinal, indistintamente de Colitis Ulcerativa y Enfermedad de Crohn, se observa primariamente que la edad promedio en el sexo femenino era de 37.95 años, en tanto en el sexo masculino era de 44.95, valores que se contrastan a lo reportado por Stewenius y cols. Donde se encuentra un pico de máxima incidencia en las mujeres entre 20 y 29 años, mientras que en los varones este pico se encuentra entre los 10 y 19 años (9); esto probablemente puede estar determinado a que en nuestro medio la etiología de la colitis es predominantemente infecciosa, es probable que en nuestro medio la edad tardía de diagnóstico esté determinada por un retraso en el diagnóstico y no solo a un retraso en la aparición de síntomas, por otra parte vemos que hay un total de 24 pacientes de sexo femenino y 21 de sexo masculino; con una relación de 1,2:1 mostrando similitud a lo previamente descrito por Juan Paredes Mendez, donde se trabajó con una población de 105 pacientes distribuidos entre Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Chron, el número de varones fue 63 y de mujeres 42, con una relación de 1,5:1. La proporción de hombres a mujeres en Colitis Ulcerativa fue de 1,3:1, mientras que en Enfermedad de Crohn fue de 2:1 (8).

Al establecer la distribución de pacientes por edad con enfermedad inflamatoria intestinal, mostrando que la mayor proporción de pacientes se encuentra en el rango de 21 – 40 años, que en el sexo femenino evidencia un porcentaje de 45,8% y de sexo masculino con un porcentaje de 42,2 %; datos parecidos a los resultados obtenidos en el estudio realizado por C. Saro Gismera, estudio que evaluó incidencia a nivel de España, donde se usó una población una población adulta de 461.965 habitantes, censada en entre 1985 y 1997, estableciendo la distribución de frecuencias por grupos de edad al diagnóstico, destacando mayor frecuencia en la Enfermedad de Crohn entre los 15 y 25 años, sin observar un claro segundo pico, mientras que en la Colitis Ulcerativa el pico máximo se sitúa entre los 25 y 35 años, aplanándose luego la curva; los resultados que exponemos en

éste trabajo, no difieren de los presentados por éstos investigadores y se aproximan a los publicados en otros países (10).

Al entrar a tallar en variables como son las Condiciones Socioeconómicas, debe abordarse cada ítem de manera particular, debido a que podría suponer también un factor de mera aleatoriedad aunque al comparar con un estudio elaborado por Antonia Mauryane Lopes, fueron evaluados 52 pacientes de ambos sexos, siendo 55,8% del sexo femenino, con edad comprendida entre 26-36 años, alcanzando una media de edad de 37,04 años; 48,1% auto-declarados pardos y 34,6% están casados/unión estable. En relación al tipo familiar 77,0 % son nucleares con media de 1 a 5 personas conviviendo en el mismo domicilio, o sea, viven acompañados, 25,0% revelaron vivir mensualmente con dos salarios mínimos y 17,3% con más de cinco salarios, considerando el valor actual en € 191. En cuanto a la escolaridad 44,2% de la muestra poseían Enseñanza Secundaria completa, 26,9% se encontraban desempleados, 26,9% pensionistas, mientras que en a los hábitos 96,2% de los participantes de la investigación declararon no ser fumadores (11); valores con tendencia simil a los hallados durante la realización de nuestro estudio que agrupan: Estado Civil más frecuente fue casado y conviviente en un porcentaje de 33,3%, el Grado de Estudios más frecuente fue secundaria completa en un porcentaje de 35,6 %, la condición de no fumador es la más frecuente en un porcentaje de 62,2 % y los pacientes que no tienen hijos fueron los más frecuentes en un 31,1 %; en este estudio muestran también un porcentaje razonable de pacientes con remisión de enfermedad (50%) lo que permite entrever si estas características socioeconómicos favorecen o entorpecen el curso natural de actividad de la enfermedad

Otro hallazgo de interés es que la mayoría de sujetos estudiados no tienen ninguna incapacidad reconocida oficialmente; en este estudio se reporta pacientes no tienen Discapacidad en un 66,7%, seguida de discapacidad moderada en un 17,8 % de pacientes , a continuación discapacidad severa 8,9 % y discapacidad media en un 6,7 %, evidenciando que sólo un porcentaje mínimo declaran una discapacidad permanente parcial, total o absoluta, por lo que hay que considerar por un lado que las Enfermedades inflamatorias intestinales no son consideradas enfermedades incapacitantes, en comparación con otros enfermedades inflamatorias crónicas tales como la esclerosis múltiple; a su vez que todos los pacientes incluidos en el

estudio cuentan con un seguro que brinda una atención integral, ya que según Ryan et al, el presentar calidad de vida baja se asocia con un aumento de las consultas médicas y utilización de recursos en salud, por lo que la identificación temprana y la intervención de los pacientes focalizada en aquellos con algún tipo de discapacidad constituye un enfrentamiento eficaz para mejorar resultados clínicos y mejorar el uso de recursos en salud (12).

Al centrarnos en calidad de vida pero relacionado a un tipo específico de enfermedad inflamatoria intestinal, ya sea Colitis Ulcerativa como Enfermedad de Crohn, se observa que la mayor proporción de pacientes con discapacidad severa son pacientes con Colitis ulcerosa en un porcentaje de 75 %, que pacientes con discapacidad media son pacientes con Colitis ulcerosa en un porcentaje de 66,7 %, que pacientes sin discapacidad son pacientes con Colitis ulcerosa en un porcentaje de 83,3 %, valores que muestran similitud con la muestra del estudio elaborado por Casellas et al., donde se toma una población de 1156 pacientes, denotando que los pacientes con Colitis Ulcerativa tienen una menor calidad de vida (13); sin embargo al ser nuestra muestra un 77.8% de pacientes con Colitis Ulcerosa entra en duda si en verdad denota que son estos los pacientes que presentan menor calidad de vida en comparación con el otro subgrupo

Al relacionar la calidad de vida con determinadas variables de las características Epidemiológicas, resulta resaltante la relación entre la calidad de vida y el grado de instrucción, donde reportan que pacientes con discapacidad severa son pacientes con un grado e instrucción Superior Técnico Completo en un porcentaje de 50 %, que pacientes con discapacidad media son pacientes con grado de instrucción Superior Universitario Completo en un porcentaje de 100 %, que pacientes sin discapacidad son pacientes con un grado de instrucción Secundaria Completa en un porcentaje de 63,3 %, valores contrastados con el estudio ya mencionado de Antonia Mauryane Lopes, donde el nivel educativo más alto tiene significativa relación con la mejor calidad de vida (11), ésto puede ser explicado en el mencionado estudio por la capacidad mayor para la obtención de las informaciones respecto al cuadro, lo que les garantiza conocimiento mayor de las posibles complicaciones de la enfermedad pero que a su vez podría resultar la explicación de la discapacidad presente en nuestra muestra, debido a que como la población sabe la historia natural de la enfermedad, al tratar de ahondar más en el cuadro,

terminan inmersos en información muchas veces de dudosa procedencia, que resulta ser fatalista con su pronóstico, aumentando el índice de ansiedad y provocando una deplorable calidad de vida

En el caso de la relación existente entre la calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y el hábito de fumar, se vio que pacientes con discapacidad severa son pacientes fumadores en un porcentaje de 75 %, que pacientes con discapacidad media son pacientes no fumadores en un porcentaje de 100 %, en tanto que pacientes sin discapacidad son pacientes no fumadores en un porcentaje de 63,3 % y al intentar estipular proporción de pacientes fumadores en relación con un tipo específico de enfermedad se obtuvo que del total de pacientes con Colitis Ulcerosa son pacientes no fumadores en un porcentaje de 57,1 % y que pacientes con Enfermedad de Crohn son pacientes no fumadores en un porcentaje de 80 %, todo lo reportado, guarda relación con el artículo revisión de Henry Royero en donde el tabaco se ha mostrado como un factor protector para la Colitis Ulcerativa y un factor de riesgo para la Enfermedad de Crohn, siendo la asociación entre tabaco y Enfermedad de Crohn más frecuente entre las mujeres. Los mecanismos por los cuales el fumar afecta la frecuencia y la evolución de la Colitis Ulcerativa y la Enfermedad de Crohn son desconocidos. Sea cuales fueren los mecanismos de acción, los efectos adversos del tabaquismo sobre la función pulmonar y cardiovascular son considerablemente deletéreos; por ello se recomienda a los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal inclusive a los que padecen Colitis Ulcerativa que dejen de fumar (14), lo que hace pensar que nuestras muestras mantienen una buena calidad de vida en su mayoría por carecer de dicho hábito



**CAPITULO IV:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

CONCLUSIONES:

PRIMERA Se expuso que dentro de las características socioeconómicas se encontraron 24 (45,8 %) pacientes de sexo femenino años , mientras que 21(42,2 %) pacientes de sexo masculino ambos con un rango de edad más frecuente contenido en el rango de 21 – 40 años . El Estado Civil más frecuente fue casado y conviviente en un porcentaje de 33,3%, el Grado de Estudios más frecuente fue secundaria completa en un porcentaje de 35,6 %, el Lugar de Residencia más frecuente fue Cerro Colorado y Socabaya en un porcentaje de 13,3 %, la condición de no fumador es la mas frecuente en un porcentaje de 62,2 % y los pacientes que no tienen hijos fueron los mas frecuentes en un 31,1 %.

SEGUNDA: Se preciso que la Calidad de vida de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del servicio de Gastroenterología en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo se distribuyo de la siguiente modalidad: No tienen Discapacidad en un 66,7 %, seguida de discapacidad moderada en un 17,8 % de pacientes , a continuación discapacidad severa 8,9 % y discapacidad media en un 6,7 %. Adicionalmente pacientes con discapacidad severa son pacientes con Colitis ulcerosa en un porcentaje de 75 % , que pacientes con discapacidad media son pacientes con Colitis ulcerosa en un porcentaje de 66,7 % , que pacientes sin discapacidad son pacientes con Colitis ulcerosa en un porcentaje de 83,3 % .Existiendo una relación entre ambas variables con un valor $\text{Chi}^2 = 23,1$ sig 0,001.

Se determinó que relación entre la calidad de vida y el grado de instrucción, reporto valores de pacientes con discapacidad severa son pacientes con un grado e instrucción Superior Técnico Completo corresponde a un 50 % de porcentaje mostrando una relacion estadisticamente significativa.

TERCERA: Se describió dentro de las características clínicas de la Enfermedad Inflamatoria de los pacientes , se muestra que el Tipo de Enfermedad más frecuente fue Colitis ulcerosa en un

porcentaje de 77,8 %, en quienes se usó el Índice de Actividad de la Enfermedad de Truelove-Witts, determinando con esta la Actividad de Enfermedad más frecuente sea la enfermedad Inactiva en un 33,3 %.



RECOMENDACIONES:

- 1) Al Director y Personal de Salud que labora en el Servicio de Gastroenterología en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, plantear estrategias de seguimiento de la calidad de vida de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y actividades de promoción como charlas que permitan al paciente mejorar su nivel de aprendizaje y autocuidado de esta patología.
- 2) Al Jefe del Departamento de Gastroenterología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, incluir el uso de la Encuesta de calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal IBDDI en el servicio de Gastroenterología a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en el área de Hospitalización como en Consultorio Externo como método de cribado para la posibilidad de un mejor abordaje de la patología.
- 3) A las Autoridades encargadas de las Facultades de Medicina Humana, Enfermería y Psicología de las universidades de Arequipa, buscando dar más realce a temas referentes a enfermedad inflamatoria intestinal desde el punto de vista integral y no solo considerando el marco orgánico con el que suele observarse
- 4) A los Médicos Especialistas, Médicos Residentes, Médicos Generales e Internos de Medicina que solemos avocarnos a solo brindar tratamiento farmacológico y dietético destinado a la resolución de la causa orgánica de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, buscando que se dé un manejo integral y completo que abarque al paciente en su estructura física, mental y social

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thia KT L. An update on the epidemiology of inflammatory bowel disease in Asia. *Am J Gastroenterol.* 2008;; p. 3167-3182.
2. Button LA R. Hospitalized prevalence and 5-year mortality for IBD: record linkage study.. *World J Gastroenterol.* 2010;; p. 431-438.
3. Juliao Baños FCea. Fenotipo e historia natural de la enfermedad inflamatoria intestinal en un centro de referencia de Medellín-Colombia.. *Rev Col Gastroenterol.* 2010;; p. 240-251.
4. Illescas L G. Colitis ulcerosa: estudio retrospectivo en 52 años.. *Rev Gastroenterol Peru.* 1999;; p. 19(2):116-123.
5. Vera Calderón A F. Perfil clínico y epidemiológico de la colitis ulcerativa en un hospital de Lima.. *Rev Gastroenterol Peru.* 2004;; p. 24(2):135-142.
6. Cedrón H P. Colitis ulcerativa en el Perú. *Rev Gastroenterol Peru.* 2006;; p. 26.
7. Bendaño T F. Perfil clínico y evolutivo de la enfermedad de Crohn en el hospital Rebagliati (Lima-Perú). *Rev Gastroenterol Peru..* 2010;; p. 30(1):17-24.
8. Méndez JP, Moreno GO, Plata A, Molina LL, Ordoñez KA, Gamio JLA, et al. Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia de Lima-Perú. *Rev Gastroenterol Peru.* 2016;; p. 209-218.
9. Stewenius J Lea. Ulcerative Colitis and Indeterminate Colitis in the City of Malmö, Sweden: A 25-Year incidence study.. *Scand J Gastroenterol.* 1995;; p. 30: 38-43.
10. C. Saro Gismera. Incidencia y prevalencia en enfermedad inflamatoria intestinal crónica. Estudio asturiano en cinco áreas (EIICEA). España. *Anales de Medicina Interna.* 2003; p. 9-17.
11. Antonia Mauryane Lopes L. Calidad de vida de pacientes con enfermedad de Crohn. *Revista Electronica Trimestral de Enfermeria.* 2017;; p. 321-336.

12. Ryan J MMJKea. The Clinical Utility of Health Related Quality of Life Screening in a Pediatric Inflammatory Bowel Disease Clinic.. *Inflamm Bowel Dis.* 2013;; p. 19(12):10.
13. F Casellas JIAJSBSFNGJGCMiomplr. Impairment of Health-Related Quality of Life in Patients With Inflammatory Bowel Disease: a Spanish Multicenter Study. *Inflammatory Bowel Diseases.* 2005, ;; p. 488–496.
14. Gútiérrez HAR. Enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Col Gastroenterol.* 2003;; p. 24-41.
15. Daniel Burger ST. Conventional medical management of inflammatory bowel disease. *American Gastroenterological Association.* 2011;(1827-1837).
16. Laura Eguirauna L. Tema 5. Enfermedad inflamatoria intestinal. Curso básico sobre Patologías digestivas. 2016 Septiembre;(22-27).
17. J.K. Yamamoto-Furushoa F. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: Primer Consenso Latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation. *Revista de Gastroenterología de México.* 2017;(46-84).
18. Castillo-Martínez Diana R. Enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas.* 2005; 10(10-20).
19. Casellas F,yLVJ. Evaluación de la calidad de vida en las enfermedades digestivas. *Gastroenterología y Hepatología.* 2004; 27(58-68).
20. Kirsner JB. Historical origins of current IBD concepts. *World Journal of Gastroenterology.* 2001; 7(175-184).
21. Ricart E. Colitis ulcerosa. In Montoro MA, García Pagán JC, editors. *Libro de Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica.* 2ª Edición; 2012. p. 459-471.
22. Crohn B. Regional ileitis. A pathological and clinical entity. *Journal of the American Medical Association.* 1984; 251(73-79).
23. García de Tena MEJCLBMÁMS. Etiopatogenia de la enfermedad inflamatoria del tubo digestivo. 2004; 9(331-340).
24. *Am J Gastroenterol.* ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. 2018;(113:481-517).

25. Fernando Gomollón MS. Enfermedad inflamatoria intestinal: Enfermedad de Chron. In Montoro MA, García Pagán JC, editors. Libro de Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2ª Edición.; 2012.
26. Franco Scaldaferri CF. Inflammatory bowel disease: Progress and current concepts of etiopathogenesis. Journal of Digestive Disease. 2007;(171-178).
27. Paloma Sánchez-Fayos Calabuig M. Multifactorial etiology and pathogenic factors in inflammatory bowel disease. Progresos en Gastroenterología. 2009;(633-652).
28. Mark A Peppercorn ASC. Uptodate: Definitions, epidemiology, and risk factors for inflammatory bowel disease in adults. [Online]; 2019.
29. Burisch J. The burden of inflammatory bowel disease in Europe.. Journal of Crohn's & Colitis. 2013; 7(322- 337).
30. Sicilia B,VR,yGF. Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa: discusión de la epidemiología clásica.. Acta Gastroenterológica Latinoamericana. 2009;; p. 135-145.
31. Talley N. An evidence-based systematic review on medical therapies for inflammatory bowel disease. The American Journal of Gastroenterology. 2011;(106).
32. Burisch J. East-west gradient in the incidence of inflammatory bowel disease in Europe: the ECCO-EpiCom inception cohort.. BMJ Journals. 2014; 63(588-597).
33. Vernier G C. Epidemiology and risk factors of inflammatory bowel diseases. Open Journal of Gastroenterology. 2005;(949-961).
34. Enrique Medina Benítez D. Enfermedad inflamatoria intestinal. In Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP.; 2010. p. 151-160.
35. Dignass A. The second european evidence-based consensus on the diagnosis and management of crohn's disease: Current management.. Journal of Crohn's and Colitis. 2010; 4(28-62).
36. Lennard-Jones JE. Classification of inflammatory bowel disease. Scandinavian Journal of Gastroenterology. 1989;(170).

37. Van Assche G. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2010;(7-27).
38. Quera R. Enfermedad inflamatoria intestinal: tratamiento. Acta de reuniones clínicas. 2005;: p. 25-28.
39. Yamamoto-Furushoa JK. Inflammatory bowel disease. *COS Internacionales*. 2011 Agosto;(75-79).
40. Gómez-González del Tánago P. Enfermedad inflamatoria intestinal. *Panorama Actual del Medicamento*. 2012; 36(809-820).
41. Baños FJ. Tratamiento médico para enfermedad inflamatoria intestinal. *Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología*. 2007;(313-330).
42. Buchman A. Efectos secundarios de los corticosteroides. In M. Gassull FGJHyAO. *Enfermedad inflamatoria intestinal: 2ª edición*. Madrid: Ergon; 2002. p. 393-401.
43. Casellas F. Impairment of health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a spanish multicenter study. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2005; 11(488-496).
44. Harvey R. A simple index of crohn's-disease activity. *The Lancet*. 1980;(514).
45. Truelove S. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial.. *British Medical Journal*. 1955; 2(1041-1048).
46. Best B. Development of a Crohn´s disease activity index. In *Endoscopy in Inflammatory Bowel Disease*.; 2002. p. 439-444.
47. Nos P. Enfermedad de Crohn. In Ponce J, editor. *Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas 3ª edición*.: Madrid: Asociación Española de Gastroenterología.; 2011. p. 261-271.
48. Vermeire S. Correlation between the Crohn`s disease activity and harvey-bradshaw indice in aasessing Crohn`s disease severity. *Clinical Gastroenterology and Hepatology: The Official Clinical Practice Journal of the American Gasyroenterological Association*. 2010;: p. 357-363.

49. Rachmilewitz D. Coated mesalazine (5-aminosalicylic acid) versus sulphasalazine in the treatment of active ulcerative colitis: a randomised trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*. 1989;; p. 82-86.
50. Powell-Tuck J. Correlations between defined sigmoidoscopic appearances and other measures of disease activity in ulcerative colitis.. In *Digestive Diseases and Sciences.*; 1982. p. 533-537.
51. Seo M. Evaluation of disease activity in patients with moderately active ulcerative colitis: comparisons between a new activity index and Truelove and Witts' classification.. *The American Journal of Gastroenterology*. 1995;; p. 1759-1763.
52. D'Haens G. A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis coliti. *Gastroenterology*. 2007;; p. 763-786.
53. Gomollón F. Guía clínica GETECCU del tratamiento de la colitis ulcerosa elaborada con la metodología GRADE.. *Gastroenterología y Hepatología*. 2013;; p. 47.
54. Ibargoyen-Roteta N. G. Establecimiento de estándares, registro y análisis de casos de tratamiento de la colitis ulcerosa mediante sistemas de aféresis. 2006.
55. Cabré E. Colitis Ulcerosa. Diagnóstico y diagnóstico diferencial. *Gastroenterología y Hepatología Continuada*. 2003;; p. 241-245.
56. M. AU. Quality of life: A theoretical review. *Terapia Psicológica*. 2012;; p. 61-71.
57. Arostegui I. Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. 1998.
58. Bognar G. The concept of quality of life. *Social and Practice*. 2005;; p. 561-580.
59. Campbell A. CP,RW. *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage. 1976.
60. Haas B. Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of nursing Scholarships*. 1999;; p. 215 – 220.

61. Meeberg GA. Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1993;; p. 32 – 38.
62. María Gomez Vela ENS. Calidad de vida: Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Escuela de Psicología*. 2000.
63. Daniela Simian RQ. Manejo integral de la enfermedad inflamatoria intestinal: más allá de una terapia farmacológica adecuada. *Rev Med Chile*. 2016; 144(488-495).
64. Gary R. Lichtenstein E Clinical Guideline: Management of Crohn's. *American Journal of Gastroenterology*. 2018 Marzo;(481-515).
65. Beatriz Sicilia RVFG. Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa: discusión de la epidemiología clásica. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*. 2009;(135-145).
66. Burisch J,yMP. The epidemiology of inflammatory bowel disease.. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2015; 50(942-951).
67. Mendoza Hernández J. Definiciones y manifestaciones clínicas generales. In M. Gassull FGJHyO, editor. *Enfermedad inflamatoria intestinal: 3ª edición.*; 2007. p. 21-28.
68. C. Jasinski MNTGLCLI. Enfermedad inflamatoria intestinal. 2004;(74-77).
69. Avila KC. Relato anual: Enfermedades Inflamatorias Intestinales: Indicaciones técnicas y quirúrgicas. *Rev Argent Coloproct*. 2017;(75-83).
70. Peyrin-Biroulet L CTea. Development of the first disability index for inflammatory bowel disease based on the international classification of functioning, disability and health. 2012;; p. 241-247.
71. Gower-Rousseau C. Validation of the inflammatory bowel disease disability index in a population-based cohort.. 2015;; p. 1-9.
72. Leong RWL. Prospective validation study of the international classification of functioning, disability and health score in Crohn`s disease and Ulcerative Colitis. *Journal of Crohn`s & Colitis*. 2014;; p. 1237-1245.
- 73 Simrén, Magnus, et al. Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: the impact of IBS-like symptoms and associated psychological

factors. *The American journal of gastroenterology*, 2002, vol. 97, no 2, p. 389-396.

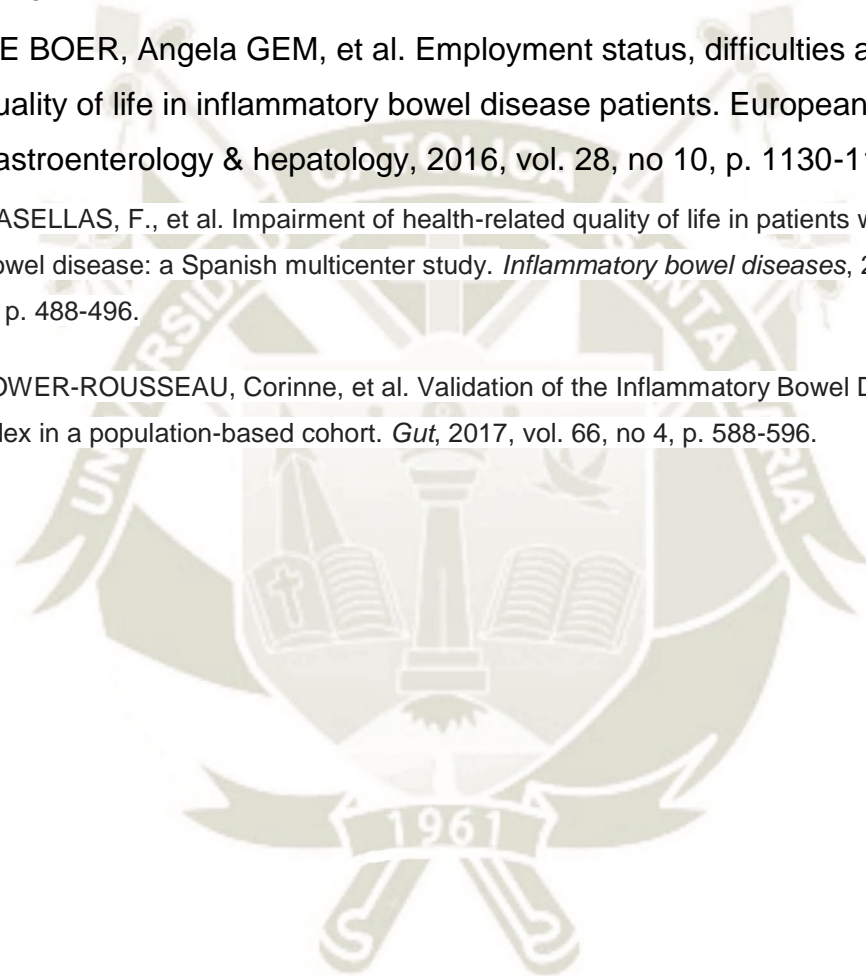
74 OTLEY, Anthony, et al. The IMPACT questionnaire: a valid measure of health-related quality of life in pediatric inflammatory bowel disease. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 2002, vol. 35, no 4, p. 557-563.

75 CASELLAS, Francesc, et al. Influence of inflammatory bowel disease on different dimensions of quality of life. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 2001, vol. 13, no 5, p. 567-572.

76 DE BOER, Angela GEM, et al. Employment status, difficulties at work and quality of life in inflammatory bowel disease patients. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 2016, vol. 28, no 10, p. 1130-1136.

77 CASELLAS, F., et al. Impairment of health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a Spanish multicenter study. *Inflammatory bowel diseases*, 2005, vol. 11, no 5, p. 488-496.

78 GOWER-ROUSSEAU, Corinne, et al. Validation of the Inflammatory Bowel Disease Disability Index in a population-based cohort. *Gut*, 2017, vol. 66, no 4, p. 588-596.





ANEXO

ANEXO 1:**Ficha de recolección de datos****CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA
INTESTINAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL
NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA 2020**

Buenas tardes, ante todo agradecerle tu disponibilidad para la resolución de la siguiente encuesta. Como fue comentada verbalmente dicha encuesta va a ser la herramienta utilizada para la elaboración de una investigación cualitativa de carácter descriptivo. Los datos son para una investigación y los estudios que se deriven de la misma cuyo objetivo general es analizar cuál es la calidad de vida en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal tanto en Enfermedad de Crohn como en Colitis Ulcerosa. Por este motivo es necesario la honestidad en la resolución de preguntas.

Los datos de la entrevista serán tratados de forma anónima en todo momento

Questionario Socio demográfico.

- Sexo: () F () M
- Edad: _____
- Ocupación: _____
- Grado de estudios: _____
- Estado civil: _____
- N° de hijos: _____
- Residencia: _____
- Fecha del Diagnóstico: _____
- Años de evolución desde el diagnóstico: _____
- Tipo de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII):
() COLITIS ULCEROSA () ENFERMEDAD DE CRHON
- Fumador: () SI () NO

ANEXO 2:

Clasificación de actividad de enfermedad inflamatoria intestinal

**ÍNDICE PARA VALORAR ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD
INFLAMATORIA INTESTINAL**

Estimado paciente, para valorar la actividad de su enfermedad inflamatoria intestinal, se usaran dos tipos de índice, dependiendo el tipo de enfermedad con la que fue diagnosticado, señalar con un círculo cada pregunta

Índice de Harvey- Bradshaw para evaluar la actividad en la Enfermedad de Crohn.

	0	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos
Bienestar general	Muy bien	Ligero decaimiento	Malo	Muy Malo	Terrible
Dolor abdominal	No	Leve	Moderado	Grave	
Masa Abdominal	No	Dudosa	Definitiva	Definitiva dolorosa y	
Nº de deposiciones líquidas/día	Sumar las deposiciones del día previo.				
Complicaciones: 1 punto por cada complicación	- Artralgia.				()
	- Uveítis.				()
	- Eritema nudoso.				()
	- Úlceras aftosas.				()
	- Fisura anal.				()
	- Nueva Fístula.				()
	- Absceso.				()
- Pioderma gangrenoso.				()	

Fuente: Harvey, R. F., y Bradshaw, J. M. (1980).

Índice Truelove-Witts Adaptado para evaluar la actividad en la Colitis Ulcerosa.

Variable	1 punto	2 puntos	3 puntos
Nº de deposiciones	<4	4-5	>5
Sangre en heces	+/-	++	+++
Temperatura axilar (°C)	<37	37-37,5	>37,5
Frecuencia Cardíaca	<80	80-90	>90
Hemoglobina (g/l)			
Hombres	>14	10-14	<10
Mujeres	>12	9-12	<9
VES (mm/h)	<15	15-30	>30

Fuente: Adaptado de Truelove y Witts 1955 Cabré, E. (2003). Diagnóstico y diagnóstico diferencial. Gastroenterología y Hepatología Continuada, 2(6), 241-245.

ANEXO 3:

Encuesta de calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE DISABILITY INDEX (VERSIÓN TRADUCIDA, ADAPTADA Y VALIDADA AL ESPAÑOL).

POR FAVOR LEA EN VOZ ALTA ESTAS INSTRUCCIONES AL PACIENTE. La primera pregunta es sobre el estado de salud del paciente, incluyendo tanto la salud física como la salud mental.

RESPUESTAS: 1= Muy buena; 2= Buena; 3= Regular; 4=Mala; 5= Muy mala

Estado de salud

1. ¿En general, cómo calificaría su estado de salud hoy?

POR FAVOR LEA EN VOZ ALTA ESTAS INSTRUCCIONES AL PACIENTE

Ahora me gustaría examinar las diferentes funciones de su cuerpo y actividades de su vida diaria. Al responder a estas preguntas, piense en la última semana, teniendo en cuenta tanto los días buenos como los malos. Cuando le pregunte sobre una dificultad o un problema, me gustaría que valorase el grado de dificultad o problema que ha tenido mientras realizaba esa actividad de la forma en que normalmente usted la realiza. Por dificultad, me refiero a que usted necesite un mayor esfuerzo, que tenga malestar o dolor, que el desarrollo de la actividad sea más lento o haya otros cambios. Por favor, conteste a esta pregunta teniendo en cuenta cualquier ayuda de la que disponga.

(Lea y muestre la escala al encuestado)

RESPUESTAS: 1= Ninguna; 2= Leve; 3= Moderada; 4= Intensa; 5= Extrema

Sueño y energía

2. En general, durante la última semana ¿cuál ha sido la intensidad de los problemas que ha tenido para dormir, como conciliar el sueño, despertarse frecuentemente durante la noche o despertarse muy temprano por la mañana?

3. En la última semana ¿con qué intensidad no se ha sentido descansado y despejado durante el día? (p. ej. sentirse fatigado, sin energía...)

Sentimientos

4. En la última semana ¿con qué intensidad se ha sentido triste, bajo de ánimo o deprimido?

5. En general durante la última semana ¿con qué intensidad ha sentido preocupación o ansiedad?

Imagen corporal

6. En general durante la última semana ¿cuál ha sido la intensidad de los problemas que ha tenido con respecto al aspecto de su cuerpo o partes de él?

Dolor

7. En general durante la última semana ¿cuál ha sido la intensidad de las molestias o dolores de estómago o abdomen que ha tenido?

RESPUESTAS: 1= Ninguna; 2= Leve; 3= Moderado; 4= Intensa; 5= Extremo o imposible de hacer

Control de la defecación

8. En general durante la última semana ¿qué grado de dificultad ha tenido para regular y controlar la defecación incluyendo la elección, acceso a un lugar apropiado y llegar hasta él, así como la acción de limpiarse?

Cuidado de la propia salud

9. En general durante la última semana ¿qué grado de dificultad ha tenido para cuidar de su salud, incluyendo el mantenimiento de una dieta equilibrada?

Actividades de relación interpersonal

10. En general durante la última semana ¿qué grado de dificultad ha tenido con las relaciones personales?

11. En general durante la última semana ¿qué grado de dificultad ha tenido para participar en la comunidad o su entorno? Trabajo y estudios	
12. En general durante la última semana ¿qué grado de dificultad ha tenido con su trabajo o las tareas del hogar?	
13. En general durante la última semana ¿qué grado de dificultad ha tenido con el colegio o sus actividades de estudio?	
<p>Número de heces líquidas o muy blandas en la última semana = Índice de masa corporal = ¿Considera que ha perdido peso en la última semana? SI/NO Sangre en heces (media semanal) NADA/POCO/MUCHO ¿Presenta artritis o artralgia? SI/NO</p> <p>Por favor, puntúe el grado en que los siguientes aspectos del entorno del paciente influyeron de forma positiva o negativa en la actividad de la enfermedad, en las funciones corporales y en las actividades de la vida diaria</p> <p>RESPUESTAS: NA= No aplicable; 1= Sin efecto positivo; 2= Efecto positivo leve; 3= Efecto positivo moderado; 4= Efecto positivo intenso; 5= Efecto positivo extremo</p>	
14. En general durante la última semana ¿la medicación que tomó el paciente contribuyó a aliviar sus problemas y dificultades?	
15. En general durante la última semana ¿los alimentos que tomó el paciente contribuyeron a aliviar sus problemas y dificultades?	
16. En general durante la última semana ¿la familia del paciente contribuyó a aliviar sus problemas y dificultades?	
17. En general durante la última semana ¿los profesionales de la salud contribuyeron a aliviar sus problemas y dificultades?	
<p>RESPUESTAS: NA= No aplicable; 1= Sin efecto negativo; 2= Efecto negativo leve; 3= Efecto negativo moderado; 4= Efecto negativo intenso; 5= Efecto negativo extremo</p>	
14. En general durante la última semana ¿la medicación que tomó el paciente contribuyó a empeorar sus problemas y dificultades?	
15. En general durante la última semana ¿los alimentos que tomó el paciente contribuyeron a empeorar sus problemas y dificultades?	
16. En general durante la última semana ¿la familia del paciente contribuyó a empeorar sus problemas y dificultades?	
17. En general durante la última semana ¿los profesionales de la salud contribuyeron a empeorar sus problemas y dificultades?	
<p>RESPUESTAS: 1= No; 2= Sí</p> <p>Seguridad Social y servicios, sistemas y políticas de salud</p>	
18. ¿La Seguridad Social brinda al/ a la paciente el apoyo que necesita?	
19. ¿El paciente recibe la atención sanitaria que necesita?	

Fuente. Leong, R. W. L., Huang, T., Ko, Y., Jeon, A., Chang, J., Kohler, F., y Kariyawasam, V. (2014).

ANEXO 4:**Consentimiento informado para pacientes con enfermedad inflamatoria
intestinal****CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL PACIENTE (ANVERSO)
Estudio acerca de la calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria
intestinal del servicio de Gastroenterología en el hospital Carlos Alberto Seguin
Escobedo, Arequipa 2020**

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

OBJETIVO: Describir la experiencia de vida de sujetos diagnosticados con este tipo de patologías y explorar si se observan diferencias en este colectivo en función del sexo, tipo de EII, tiempo de evolución desde el diagnóstico y estado de actividad de la enfermedad, edad y nivel educativo.

IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA: Como beneficios de esta investigación se espera que este conocimiento redunde y sea beneficioso en el desarrollo de intervenciones para el tratamiento de la discapacidad y el fomento de la autonomía personal en la EII, aportando además de conocimiento; evidencia científica que pueda incorporarse en la atención sanitaria que se les presta, y que en definitiva, consiga una mejora tanto en su salud como en su calidad de vida.

TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Los datos personales que se le requieren (por ejemplo: edad, sexo, datos de salud...) son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre, y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad. El acceso a dicha información quedará restringido al personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

Los datos serán utilizados para los fines específicos de este estudio y en todo caso, si fuese necesario, podrán ser también utilizados con otros fines de tipo docente o carácter científico. De acuerdo con la ley vigente, tiene usted derecho al acceso de sus datos personales. Asimismo, y si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación. Si así lo desea, deberá solicitarlo al investigador que le atiende en este estudio.

IMPLICACIONES PARA EL PACIENTE:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El paciente puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

**RIESGOS DE LA INVESTIGACIÓN PARA EL DONANTE/PACIENTE: NINGUNO
CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL
PACIENTE (REVERSO)**

**Estudio acerca de la calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria
intestinal del servicio de Gastroenterología en el hospital Carlos Alberto Seguin
Escobedo, Arequipa 2020**

Yo (Nombre y Apellidos)
Nº

identificado con DNI

, paciente del Servicio de Gastroenterología con atención en el hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo, acepto participar del Proyecto de Investigación: "Calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal del servicio de Gastroenterología en el hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa 2020"

He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente), he podido hacer preguntas sobre el estudio acerca de la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del servicio de Gastroenterología en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa 2020

He hablado con el investigador informador Nasheli Yomira Zea Zeballos (955154423) Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio. Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con nuestro personal investigador en el teléfono 955154423 o en el correo electrónico: nash0309.nz@gmail.com

Firma:

Nombre y apellidos del paciente:

Fecha:

Firma:

Nombre y apellidos del investigador:

Fecha:

ANEXO 5:

Autorización del protocolo de investigación


CARTA DE ACEPTACION DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

Arequipa, 18 de febrero del 2020

Yo, Dr Juan Manuel Carpio Patra, jefe del Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo, de la Red Asistencial Arequipa – EsSalud

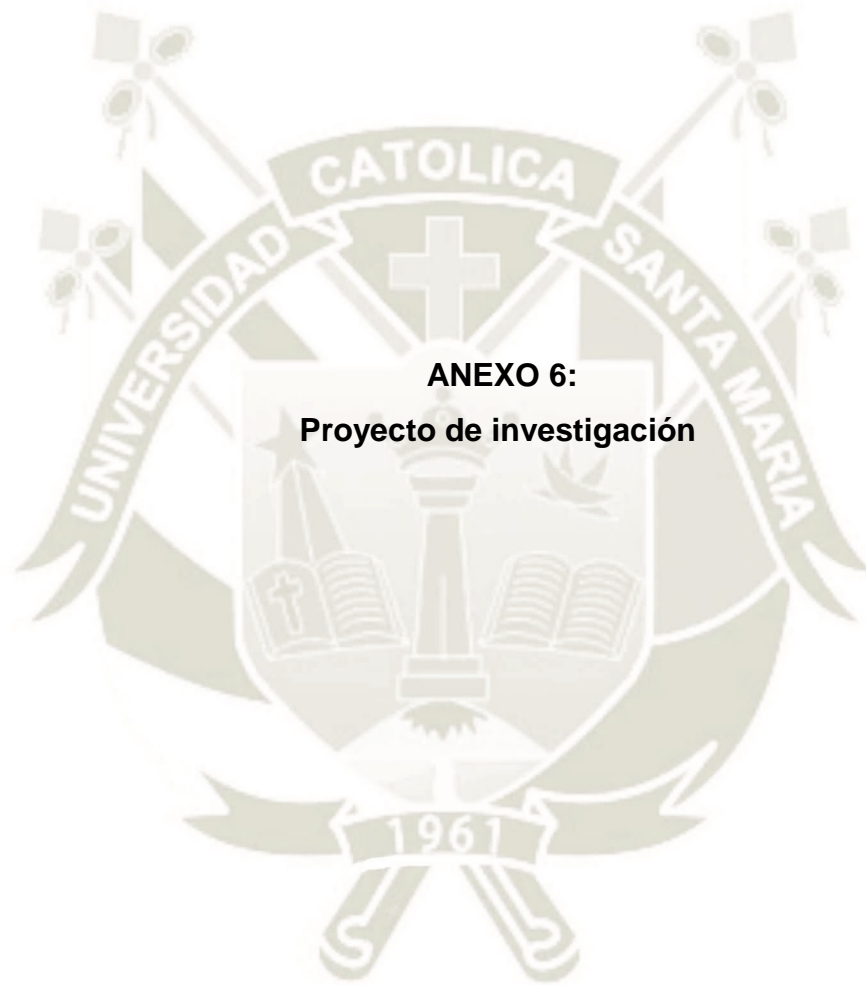
Autorizo la ejecución del protocolo de investigación: “Calidad de vida en pacientes con Enfermedad Inflamatoria del Servicio de Gastroenterología en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo, Arequipa 2020”, realizada por la Egresada de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, Nasheli Yomira Zea Zeballos

Para lo cual firmo al pie.



Dr Juan Manuel Carpio Patra
Jefe Servicio de Gastroenterología
Hospital Nac Carlos A. Seguin Escobedo

(Firma y sello del Jefe Dpto./Servicio/Área)



ANEXO 6:
Proyecto de investigación

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela profesional de Medicina Humana



**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA
INTESTINAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL
NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA 2020**

Proyecto de tesis presentada por la Bachiller:

Zea Zeballos, Nasheli Yomira

para optar el Título Profesional de:

Médico cirujana

Asesora:

Dr. Suarez Cueva, Yanyne

**Arequipa - Perú
2020**

1. PREÁMBULO

La enfermedad inflamatoria intestinal es un cuadro que agrupa un gran número de enfermedades, entre las que destacan prioritariamente, la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa, dos tipos de enfermedades poco conocidas al interés público anteriormente, puesto que no eran enfermedades muy denotadas a nivel de epidemiología, tanto nacional como internacional, con una proporción ínfima en comparación de otras patologías; pero que en la actualidad, cada vez cobra más relevancia ya que son más las personas afectas a esta condición, que recién empezó a ser descrita a partir del siglo XIX.

Debido a que sus primeras descripciones fueron hace menos de 100 años aproximadamente, no se contó en un inicio con el conocimiento adecuado del abordaje que se debería dar en estos pacientes, todo ello plasmado en la historia en la incapacidad de cambiar la calidad de vida a partir del tratamiento implantado en ese momento a los mismos, con una consecuente deplorable evolución del estado de salud; con el pasar de los años a medida que se lograba una mejor recolección tanto de información como experiencia dada por la sintomatología y modo de vida de los pacientes afectos con las mismas, se permitía mejorar la capacidad diagnóstica oportuna y al mismo tiempo pudiendo agregar tratamientos con mejor respuesta y tipos de actividades que permitan un mejor desenvolvimiento de los pacientes en sus rutinas diarias.

Al día de hoy es de pleno conocimiento, que estas patologías causan efectos incapacitantes en las personas y condicionan su quehacer diario provocando un marcado deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud, todo ello determinado por el tratamiento y conductas diarias que tienen estos pacientes, punto donde radica la relevancia de los resultados de dicho abordaje a fin de lograr una vida plena e integral en los pacientes sujetos a estas, pues debemos de comprender desde el inicio del diagnóstico, que este tipo de patología es una enfermedad que tiende a la no curación, es decir la tendencia crónica que describen estos pacientes en el curso de la enfermedad, con presencia de periodos de remisión y exacerbación que se alternan con el pasar de los años, muchas veces con predominio de uno de estos, remarcando la necesidad de un manejo multidisciplinario.

De modo que ante este abordaje multidisciplinario que se brinda a los pacientes afectados con esta enfermedad, es relevante considerar a que punto sigue la enfermedad como un limitante de la calidad de vida en los pacientes que las padecen pese a los avances que existen en la actualidad, surgiendo la interrogante acerca de qué nivel de calidad de vida y el impacto real de estas enfermedades sobre la misma, que viene aun siendo un aspecto poco conocido. La cuestión radica en cómo medir de forma concreta dicha discapacidad. Con esta finalidad se elaboró un índice específico, el Inflammatory Bowel Disease Disability Index, que se diseñó sobre la base de la International Classification of Functioning Disability and Health, utilizando nos permite determinar la calidad de vida en pacientes diagnosticados con dichas patologías, y a partir de este punto optimizar el manejo de tratamiento de estos pacientes.



I. PLANT!EAMIENTO TEÓRICO

1.1. Problema de Investigación

1.1.1. Enunciado del problema

Determinar cuál es calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal del servicio de Gastroenterología en el hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa 2020

1.1.2. Descripción del problema

1.1.2.1. Área del conocimiento

Área general: Ciencias de la Salud

Área Específica: Medicina Humana

Especialidad: Gastroenterología

Línea: calidad de vida, enfermedad inflamatoria intestinal

1.1.3. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

	VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	ESCALA
Características clínicas y anatómicas en la enfermedad inflamatoria intestinal	Tiempo de Enfermedad	Años con el diagnóstico	<2 años	Ordinal
			2 – 5 años	
			5 años	
	Diagnóstico	Biopsia	Enfermedad de Crohn	Nominal
			Colitis ulcerosa	
	Estadío de la enfermedad	Índice de Harvey-Bradshaw (EC)	Remisión	Nominal
Recaída				
Índice Truelove-Witts (CU)		Remisión		
		Recaída		
Calidad de Vida	Calidad de Vida en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal	Inflammatory bowel disease disability index (IBDDI)	Síntomas digestivos	Ordinal
			Síntomas sistémicos	
			Afectación emocional	
			Afectación social	
			Afectación funcional	
Características	Edad	Años cronológicos	18 - 30 años	Ordinal
			31 - 45 años	

epidemiológicas			46 - 60 años	
			>60 años	
	Sexo	Caracteres sexuales	Hombre	Nominal
			Mujer	
	Grado de estudios	Grado de estudios declarado por paciente	Analfabeto	Ordinal
			Primaria completa	
			Secundaria completa	
			Superior técnico completo	
			Superior universitario completo	
	Estado civil	Estado civil registrado en la ONPE	Soltero(a)	Nominal
			Casado(a)	
			Viudo(a)	
			Divorciado(a)	
	Fumador	Hábito declarado por paciente	Fuma	Nominal
			No fuma	
Ocupación	Ocupación declarada	Trabajador	Nominal	
		Jubilado		

1.1.3.1. Interrogantes básicas

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal del servicio de Gastroenterología en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa 2020?

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del servicio de Gastroenterología en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa 2020?

1.1.3.2. Tipo de investigación

De campo, realización de encuestas

1.1.3.3. Nivel de investigación

Descriptivo – analítico transversal

2. Justificación del problema

2.1. RELEVANCIA SOCIAL:

Es importante conocer acerca de la calidad de vida en este tipo de pacientes que cada día va aumentando más en número, conociendo prioritariamente el estado de la enfermedad y los tipos de abordaje terapéutico, para poder identificar las posibles condiciones que traen a menos la ya mencionada calidad de vida, aportando de este modo, soluciones y estrategias con el fin de asegurar el mejoramiento de la patología y centrarnos en sobrellevar los aspectos negativos que pudieran dificultar su integración con la sociedad

2.2. RELEVANCIA CONTEMPORANEA:

Ya que como futuros médicos, tendremos que enfrentarnos en algún momento de nuestra práctica médica, con un paciente con esta patología, es nuestro deber saber explicar al paciente todo lo que abarca, desde su evolución clínica, comorbilidades y cronicidad, identificando factores nocivos para la misma, a fin de un tratamiento oportuno con el propósito de mantener a los pacientes en un estado de bienestar, de equilibrio con el control de su enfermedad

2.3. FACTIBILIDAD:

La metodología de este estudio a través de la realización de una encuesta validada lo hace muy factible, ya que es un instrumento conciso, de fácil entendimiento para los pacientes que recoge información completa para la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal, el análisis de otras variables del estudio como el subtipo de la enfermedad misma, y si esta se encuentra en exacerbación o en remisión, junto a variables sociodemográficas, se completan a través de preguntas sencillas que permitirán el posterior análisis y asociación de las variables

2.4. ORIGINALIDAD:

La evaluación de la calidad de vida en pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales es un tema poco desarrollado en la actividad científica de nuestra región, razón por la cual identificar a la población de pacientes con este tipo de diagnóstico representa una oportunidad para investigar sobre el tema, con el fin de comparar nuestra realidad con las estudiadas en otros países, que ya vienen trabajando en este tema de relevancia actual.

3. Marco conceptual

3.1. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

3.1.1. Definición.

Se debe ver primero que el término de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) engloba y comprende una serie de enfermedades inflamatorias que afectan distintos de los tramos del intestino tanto delgado. El concepto de Enfermedad Inflamatoria Intestinal se emplea desde el año 1940, incluye a un grupo de entidades clínicas que se caracterizan por ser procesos inflamatorios crónicos de etiología desconocida, y afectar primordialmente, aunque no de forma exclusiva, al intestino. En estos momentos se reconocen varias entidades que se engloban en este concepto: colitis ulcerosa (CU), enfermedad de Crohn (EC) colitis inclasificada (CI), colitis microscópica (CM), y reservoritis (Fernando Gomollón, Miquel Sans, 2012), entre las que destacan por ser más comunes por su gravedad y revalencia son la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU). Estas patologías se caracterizan porque cursan de manera crónica y producen una inflamación en parte del sistema digestivo de las personas que la presentan generalmente recidivante donde se alternan períodos de actividad y quiescencia (15).

La presentación clínica de ambas entidades es polimorfa y crónica. La Enfermedad de Crohn es un proceso que puede afectar a todo el tracto digestivo, de forma segmentaria o intermitente y asimétrica. La inflamación se extiende a todas las capas, con ulceraciones profundas y fisuras de la mucosa, así como presencia de granulomas. Se localiza

preferentemente en el íleon terminal. Los síntomas dependen de la localización de la enfermedad, mientras que la Colitis Ulcerativa es un proceso superficial que se limita al colon y al recto. Es continua y simétrica. En la forma leve puede estar afectado solamente el recto (proctitis); en la grave, la ulceración es extensa y se pierde gran parte de la mucosa (16).

Ambas son enfermedades de base inmuno inflamatoria que, por sus especiales características de cronicidad, afectación frecuente de personas jóvenes, complicaciones, necesidad de tratamiento continuado y de intervenciones quirúrgicas, etc., causan un profundo impacto sobre la salud de las personas que las padecen; debido a lo ya mencionado suele ser una patología de evolución incierta

La característica fundamental de este tipo de enfermedades consiste en que los síntomas suelen tener tendencia recidivante. Es decir, en su evolución clínica se alternan periodos de actividad de la enfermedad denominados brotes o recidivas con otros en los que la enfermedad está inactiva denominados fases de remisión. Por tanto, la enfermedad puede cursar con brotes únicos de diferente gravedad, seguir un curso prolongado con recidivas y remisiones o bien presentar sintomatología persistente, de modo que de manera concreta ambas fases descritas en estas enfermedades son definidas de la siguiente manera:

- **Remisión:** La remisión se describe como la completa resolución de síntomas y/o cicatrización endoscópica de la mucosa (17).
- **Respuesta:** La respuesta se define como la mejoría clínica y endoscópica, es decir, una disminución >30% en el índice de actividad, además de una disminución en el sangrado rectal y los sub puntajes endoscópicos (17).
- **Recaída:** La recaída es la exacerbación de síntomas en un paciente con enfermedad inflamatoria establecida que había estado en remisión clínica, ya sea espontáneamente o después de tratamiento médico (17).
- **Recaída temprana:** Esto consiste en síntomas de actividad de la enfermedad en un periodo <3 meses después de lograr la remisión

clínica (17).

- **Patrón de recaída:** La recaída puede ser rara (\leq una recaída/año), común (≥ 2 recaídas/año) o continua (síntomas persistentes de la CUCI activa sin un periodo de remisión) (17).

La incidencia y prevalencia de la EII varía ampliamente dependiendo del área geográfica y el sustrato étnico (Ej. Judíos Ashkenazi). Ambos géneros son afectados por igual en CU, mientras que en EC predomina el masculino con una relación de 1.8:1. El inicio de la enfermedad varía con la edad y se presenta en patrón bimodal con un pico de incidencia entre los 15 y 25 años y otro entre los 55 y los 65 años de edad, predomina en países industrializados, latitudes nórdicas y áreas urbanas. Es más frecuente en la raza caucásica y especialmente entre los judíos. La mayoría de los casos en la segunda y tercera década de la vida. Un tercio de los casos aproximadamente lo hacen antes de los 20 años, la mayoría en los años de la adolescencia, sólo un 4% antes de los 5 años. En este grupo de edad predomina la colitis ulcerosa o colitis indeterminada, aumentando con la edad la EC. En los niños, la EC es más frecuente en los varones y no hay diferencias de sexo en la CU (18).

Hasta hace poco, el control de los síntomas era considerado el objetivo final en el tratamiento de la EII, sin embargo, en los últimos años el concepto de curación de la mucosa ha emergido como un importante objetivo terapéutico. Estudios han señalado que la curación de la mucosa con terapia convencional (mesalazina, azatioprina/6-mercaptopurina y metotrexato) y con agentes biológicos tiene el potencial de cambiar la historia natural de la enfermedad, sugiriendo que aquellos que logran esta condición presentan una disminución en la probabilidad de requerir hospitalizaciones y cirugías o desarrollar neoplasia colorrectal

A modo de sintetizar, vemos que las Enfermedades Inflamatorias Intestinales, son enfermedades crónicas, éstas “tienen un carácter permanente, que causa alguna incapacidad residual, que requiere un largo período de tratamiento o cuidado y un enfoque multidisciplinario”. (19), a la vez que en este tipos de personas afectadas por dicha

enfermedad, a su vez se observa que dicha afectación de la salud, no solo presenta efectos objetivamente visible a nivel físico, sino también en forma de cambios en las actitudes y conductas a nivel físico, emocional y social, ello implica que hoy en día se puede considerar a la EI como un proceso disc por su repercusión física, laboral, económica y psicológica.

3.2. Tipos.

En base a criterios clínicos, de morfología y anatomopatológicos se distinguen básicamente dentro del término Enfermedad Inflamatoria Intestinal: la Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn:

- **COLITIS ULCEROSA**

Como se puede analizar con el pasar del tiempo, la primera referencia que existe data de 1793 en el texto Anatomía patológica de algunas de las partes más importantes del cuerpo humano de Matthew Baillie donde señala la muerte de pacientes durante la última parte del siglo XVIII por Colitis Ulcerosa (20).

Posteriormente, en Londres en el año 1859, la enfermedad fue por primera vez denominada como Colitis Ulcerosa por el Dr. Samuel Wilks en una carta a The Times y Gaceta Médica incluía la descripción de una autopsia correspondiente a un caso de una paciente con Colitis Ulcerosa. Se trataba de una mujer de 42 años que murió después de varios meses de diarrea y fiebre. La autopsia mostró una inflamación transmural ulcerativa del colon y del íleon terminal, designado originalmente como "simple colitis ulcerosa" (20).

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica que afecta a la mucosa del colon. La afectación se inicia en el recto y, de forma continua, puede alcanzar una extensión variable en sentido proximal hasta el ciego. Típicamente, cursa en forma de brotes de actividad inflamatoria durante los cuales el paciente presenta la sintomatología clásica de la enfermedad (diarrea, rectorragia y dolor abdominal) acompañada o no de síntomas sistémicos (dependiendo de la extensión de la CU y de la gravedad del brote) y/o de manifestaciones

extraintestinales. Estos periodos se siguen de períodos de inactividad (remisión) en los que los pacientes se hallan asintomáticos.

No existe ningún síntoma ni ningún hallazgo en las exploraciones complementarias que sea patognomónico o exclusivo de la CU, por lo que para llegar a un diagnóstico definitivo suele ser necesaria la combinación de hallazgos clínicos, biológicos, endoscópicos, radiológicos e histológicos sugestivos de la entidad. Los criterios más comúnmente utilizados son los de Lennard-Jones, que incluyen criterios clínicos, endoscópicos, radiológicos y anatomopatológicos. El cuadro clínico depende de la extensión de la enfermedad y del grado de actividad. El síntoma más característico es la diarrea con sangre. Por lo general, el paciente consulta cuando ya han pasado varias semanas desde el comienzo de los síntomas.

Aunque la instauración lenta e insidiosa es característica de la CU, también puede presentarse como un cuadro de instauración aguda simulando una colitis infecciosa. El número de deposiciones se incrementa y su volumen disminuye en la mayoría de los pacientes debido a la inflamación del recto. Cuando la afectación rectal es intensa se produce la emisión frecuente de pequeñas cantidades de sangre y moco, aisladas o junto a pequeña cantidad de heces líquidas. Asimismo, estos pacientes pueden presentar el denominado “síndrome rectal”, término que incluye urgencia, incontinencia y tenesmo rectal. Algunos pacientes con colitis izquierda presentan estreñimiento en lugar de diarrea durante los brotes. Se aduce, en estos casos, que la actividad inflamatoria provoca un estado de espasticidad que enlentece el tránsito (21).

- **ENFERMEDAD DE CROHN**

La historia de la Enfermedad de Crohn comienza con una primera descripción a cargo de Giovanni Battista Morgagni en el año 1769 en la autopsia de un paciente joven con diarrea y debilidad. Si bien no es hasta 1932, cuando empezó a difundirse y conocerse esta patología como Enfermedad de Crohn. Concretamente, con la publicación del artículo Regional ileitis; a pathologic and clinical entity por parte del Dr.

Crohn al cual debe su nombre esta patología (22). En este texto se describían 14 casos de personas con ileitis regional o terminal que padecían un proceso inflamatorio hipertrófico que afectaba entre 20 y 30 cm de íleon terminal. Además, lo clasificaban en 4 tipos: inflamación aguda, enteritis ulcerosa, estenosis y fase con fístulas, siendo visionario y anticipándose a los distintos patrones generales en los que hoy día se continúa clasificando la Enfermedad de Crohn.

Actualmente, la Enfermedad de Crohn, se sabe que en la mayoría de los casos, es crónica, progresiva y destructiva. Enfermedad, se define como una inflamación crónica que puede afectar a cualquier tramo del tracto gastrointestinal, de la boca hasta el ano, pero que fundamentalmente afecta a íleon terminal y colon. Otra característica es que a nivel histológico se produce una afección inflamatoria que puede aparecer en cualquier tramo del tubo digestivo y presenta extensión transmural asimétrica y discontinua (23). Es decir, la inflamación intestinal crónica que ocurre en la enfermedad de Crohn puede conducir al desarrollo con el tiempo de complicaciones intestinales como estenosis, fístulas y abscesos. Estas complicaciones pueden conducir a la inhibición de la función intestinal o a una cirugía que, en sí misma, puede provocar cierta morbilidad y pérdida de la función intestinal (24).

La mayoría, pero no todos, los pacientes con enfermedad de Crohn presentarán comportamiento de la enfermedad no penetrante, no estenosis, pero hasta la mitad de los pacientes habrían desarrollado una complicación intestinal (es decir, estenosis, absceso, fístula o flemón) dentro de los 20 años posteriores al diagnóstico. Pacientes con ileal, ileocolónico o proximal gastrointestinal (GI) la participación es significativamente más probable que aquellos con aislamiento enfermedad colónica para progresar a una complicación intestinal. La afectación anatómica y las ulceraciones profundas son otros factores de riesgo para progresión a complicaciones intestinales (24).

No obstante, hay otras enfermedades que cursan con inflamación intestinal y pueden tener manifestaciones clínicas similares, como:

- **COLITIS INCLASIFICADA**

La colitis inclasificada es una entidad inflamatoria del colon que no puede llegar a clasificarse claramente como CU o EC. Representa alrededor del 10% de los casos de afección inflamatoria crónica idiopática. El concepto colitis indeterminada (utilizado más a menudo en la literatura) debe reservarse para aquellas colitis intervenidas quirúrgicamente en las que sea imposible establecer definitivamente si se trata de EC o CU (25).

- **COLITIS MICROSCOPICA**

La colitis microscópica engloba un grupo de trastornos histopatológicamente diferentes, y probablemente muy comunes (colitis linfocítica, colitis colágena), pero que afectan a la mucosa, causando diarrea crónica. Este tipo de enfermedades a menudo sólo son evidentes tras un estudio cuidadoso de la biopsia (25).

- **RESERVORITIS**

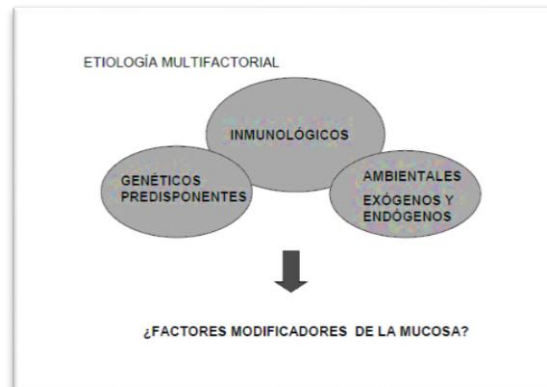
La reservoritis (pouchitis) es una entidad mucosa, inflamatoria, que afecta aproximadamente al 30-50% de los reservorios ileales que se crean artificialmente para mantener la función esfinteriana después de una colectomía total con anastomosis ileonanal para el tratamiento de la EII, especialmente de la CU y con menor frecuencia de la EC y la CI (25).

3.3. Etiología.

La etiología de la EII es desconocida. La patogénesis se puede resumir en una hipótesis unificadora, donde se postula que la EII se desarrolla cuando algún microbio entérico desencadena una respuesta inmune en la mucosa intestinal con permeabilidad incrementada y función de barrera alterada de un paciente con predisposición genética (18).

A día de hoy, esta teoría originaria se ha desarrollado ampliamente. La evidencia disponible actualmente sugiere que los dos tipos de enfermedad inflamatoria intestinal, tanto la Enfermedad de Crohn como la Colitis Ulcerosa, implican un conflicto entre el sistema inmune con los antígenos de la mucosa e intraluminales intestinales, principalmente con la microflora intestinal. Hay que recordar que la microflora intestinal es en su mayoría de origen bacteriano, aunque también la componen virus, hongos y archeas, aparte de cumplir una función esencial en el metabolismo y absorción de los

nutrientes estando normalmente tolerada por el sistema inmunológico sin desencadenar respuesta inmune alguna.



Fuente: Franco Scaldaferri, C, 2007

No hay duda de que los últimos años se ha producido un progreso sin precedentes en nuestra comprensión de la patogénesis de la enfermedad inflamatoria intestinal. Los principales factores responsables están bastante bien definidos: el medio ambiente, la composición genética, la flora bacteriana intestinal y la respuesta inmune (26).

❖ **Susceptibilidad genética:** La evidencia de una susceptibilidad determinada genéticamente se sustenta en la diferente prevalencia de EII según el sustrato étnico, en que el riesgo está incrementado en familiares de primer grado, una mucho mayor concordancia entre gemelos homocigotos que entre dicigotos y que las EII se cosegregan en familias con enfermedades genéticas raras (síndromes de Wiskott-Aldrich y de Hermansky-Pudlak); adicionalmente, numerosos genes candidatos han sido identificados en asociación con EII.

Los gemelos monocigotos que son concordantes para EII usualmente también son concordantes en el tipo y localización de la EII, sugiriendo que algunos factores genéticos son específicos para EC y otros lo son para CU. El riesgo en gemelos monocigotos de pacientes con EII es del 20-50% para EC y del 6-16% para CU; en dicigotos es del 7% y 5%, respectivamente. Los hermanos no gemelos tienen un riesgo incrementado en 30-40 veces para EC y 10-20 para CU, mientras que

la historia familiar es positiva en el 5 a 20% de pacientes, especialmente para EC (18).

Los genes candidatos a ser responsables de la EII han sido estudiados; los mejor tipificados son los polimorfismos del Complejo Principal de Histocompatibilidad, específicamente de clase II; otros asociados han sido algunos haplotipos del Factor de Necrosis Tumoral (OR 4.4, 1.3-16.6), polimorfismos de la secuencia promotora del Factor de Necrosis Tumoral (OR 1.68, 1.18-2.39) y del gen codificador del antagonista del receptor de interleucina-1 (OR 1.2, 1.04-1.45) (18).

Los mapeos genéticos han identificado un locus en la región pericentromérica del cromosoma 16 (locus IBD1) estrechamente asociado con EC, pero no con CU; este locus codifica a un gen único denominado CARD15/NOD2 (dominio de activación y reclutamiento de caspasas), la proteína resultante (NOD2) es expresada en monocitos y juega un importante papel en la apoptosis y en la activación del factor nuclear. Tres polimorfismos del gen CARD15/NOD2 han sido asociados a EC con un efecto de dosis, dando un RR de 3 en heterocigotos simples (portadores de un solo gen de riesgo en un solo cromosoma 16), de 38 en homocigotos (el mismo gen de riesgo en ambos cromosomas) y de 44 en heterocigotos compuestos (un gen de riesgo diferente en cada cromosoma) (18).

Las variantes CARD15/NOD2 asociados a EC pueden alterar la inmunidad innata contra las bacterias, resultando en una respuesta exagerada por la inmunidad adaptativa que causa daño tisular; alternativamente, los polimorfismos CARD15/NOD2 pueden impedir la activación de la apoptosis de macrófagos en respuesta a lipopolisacáridos bacterianos intracelulares. Hasta un 50% de los pacientes con EC son portadores de al menos una mutación del gen CARD15/NOD2 (18).

La combinación final que resulta de la convergencia de todos ellos induce una reacción inmunológica energética y persistente, cuya consecuencia final es la inflamación crónica de algún segmento del tubo digestivo. Asimismo, este proceso inflamatorio lleva al daño de la mucosa intestinal alterando la función

de la barrera epitelial. El resultado es que se produce un aumento de la afluencia de las bacterias en la pared intestinal, lo que a su vez genera y acelera un aumento de la respuesta inmune exacerbada y con ello aumenta aún más el proceso inflamatorio convirtiéndose el proceso en un círculo vicioso (27).

- ❖ **Regulación inmune alterada:** Aun no está esclarecido si el sistema inmune está activado como resultado de un defecto intrínseco o a causa de una estimulación continuada resultado de cambios en la barrera mucosa. Está bien establecido que la respuesta inmune de la mucosa intestinal en pacientes con EC está guiada por linfocitos T CD4+ con fenotipo Th1 y producción de interleucina-2, factor de necrosis tumoral e interferón; en contraste, en CU la respuesta está dominada por linfocitos T CD4+ con fenotipo Th2 atípico y producción de interleucina-5 y factor de crecimiento transformante; aparentemente en ambas enfermedades la respuesta de los linfocitos supresores Th3 está deprimida. Eventualmente, la activación del sistema inmune conduce a la producción de mediadores inflamatorios como citocinas, quimiocinas, moléculas de adhesión, metabolitos del ácido araquidónico y especies reactivas de oxígeno, que llevan a la destrucción tisular y a las manifestaciones clínicas de la enfermedad (28).
- ❖ **Factores ambientales:** Con respecto a los factores ambientales y su papel e influencia en el desarrollo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, reseñar que existe un amplio y diverso número de factores ambientales de riesgo que en mayor o menor medida modulan aumentando o disminuyendo la respuesta inflamatoria en estas patologías. Algunos factores ambientales han sido identificados clara y consistentemente como factores de riesgo de dicha enfermedad, entre los que se incluye (28).
- **Fumar:** El acto de fumar es un factor de riesgo para la enfermedad de Crohn, pero no para la colitis ulcerosa. Si bien la base de esta dicotomía aún no se ha resuelto, la nicotina y/o los subproductos para fumar pueden afectar directamente las respuestas inmunitarias mucosas, el tono muscular suave, la permeabilidad intestinal y la microvasculatura.

Enfermedad de Crohn: El tabaquismo se asocia con un mayor riesgo de enfermedad de Crohn. En un estudio de cohorte que incluyó a más de 200.000 mujeres, tanto los fumadores actuales como los antiguos eran más propensos a desarrollar la enfermedad de Crohn en comparación con aquellos que nunca habían fumado.

Colitis ulcerosa: Los datos sugieren que el tabaquismo actual no es un factor de riesgo para y puede disminuir el riesgo de desarrollar colitis ulcerosa. En un estudio de cohorte que incluyó a más de 200.000 mujeres, el riesgo de colitis ulcerosa no fue significativamente diferente para los fumadores actuales en comparación con aquellos que nunca habían fumado, mientras que los ex fumadores tenían un mayor riesgo de colitis ulcerosa en comparación con los no fumadores de por vida. El aumento del riesgo asociado con el abandono del tabaquismo puede explicarse por la pérdida del efecto protector del tabaquismo, que luego precipita la aparición o desenmascara los síntomas de la colitis ulcerosa.

Otros muchos factores ambientales han sido investigados para analizar su posible influencia en las EII obteniéndose resultados diversos sobre su causalidad relacionada con estas patologías. Se describen: agentes infecciosos, la dieta, los medicamentos, el estrés y la condición social, la lactancia materna, la toma persistente de anticonceptivos orales, algunos componentes de la dieta (azúcar refinado, dietas pobres en verduras, etc.) (28).

- **Actividad física:** La actividad física se ha asociado con una disminución del riesgo de enfermedad de Crohn, pero no colitis ulcerosa. En dos grandes estudios prospectivos, entre ellos 194.711 mujeres que proporcionaron datos sobre la actividad física, el riesgo de colitis por enfermedad de Crohn pero no ulcerosa se asoció inversamente con la actividad física (28).
- **Factores dietéticos:** Los datos de los estudios epidemiológicos sugieren que los factores dietéticos pueden desempeñar un papel en el riesgo de desarrollar Enfermedad Inflamatoria Intestinal (28).
 - **Fibra:** La alta ingesta de fibra dietética, particularmente de frutas y verduras crucíferas, se ha asociado con una disminución en el riesgo

de enfermedad de Crohn, pero no de colitis ulcerosa

- **Grasas:** El aumento de la ingesta dietética de grasa total, grasa animal y ácidos grasos poliinsaturados se ha correlacionado con una mayor incidencia de colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn y recaída en pacientes con colitis ulcerosa. Además, una mayor ingesta de ácidos grasos omega-3 y una menor ingesta de ácidos grasos omega-6 se ha asociado con un menor riesgo de desarrollar la enfermedad de Crohn.
- **Vitamina D:** Los datos sugieren que la ingesta de vitamina D se asocia inversamente con el riesgo de enfermedad de Crohn y que la deficiencia de vitamina D es común entre los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (28).
- **Factores psicológicos:** Los estudios que examinan la asociación entre los factores psicológicos y el riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria intestinal han dado resultados inconsistentes. Sin embargo, el estrés puede tener un papel en la exacerbación de los síntomas en pacientes con la enfermedad ya establecida, posiblemente a través de la activación del sistema nervioso entérico y la producción de citoquinas proinflamatorias (28).
- **Obesidad:** No está claro si la obesidad está asociada con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Sin embargo, la acumulación de grasa intraabdominal puede contribuir a la inflamación de la mucosa, afectando así al curso clínico en pacientes con Enfermedad inflamatoria intestinal establecida. En un estudio de pacientes con enfermedad de Crohn, las complicaciones anoperineales ocurrieron antes en pacientes obesos en comparación con pacientes no obesos, a su vez que eran más propensos a desarrollar enfermedad activa (28).
- De hecho, algunos factores como la nutrición pueden ser importantes y tener efecto terapéutico. No obstante, no se ha podido demostrar ninguna relación directa con alimentos, infecciones ni aportar ningún estudio concluyente de que la dieta juegue un papel importante en la etiología de estas enfermedades (28).

3.4. Relevancia Epidemiológica.

La realización de estudios epidemiológicos sobre las enfermedades inflamatorias intestinales presenta serias dificultades debido, entre otros factores, a un comienzo insidioso que puede retrasar su diagnóstico durante periodos de tiempo prolongados e indeterminados; una revisión exhaustiva de la incidencia mundial y la prevalencia de esta enfermedad ayudaría a los investigadores en la estimación de la carga mundial de salud pública que suponen este tipo de enfermedades, permitiendo a través de éstas, planificar la asignación adecuada de recursos para la asistencia sanitaria a estas personas del mismo modo que lograr determinar la carga económica y en términos de discapacidad que suponen estas patologías (29). Este tipo de enfermedades pueden debutar a cualquier edad sin predominio claro de sexo y con porcentajes similares a los de la población general en términos de mortalidad en su evolución natural. Por lo general, afectan a personas jóvenes, incluso niños, y es típico diagnosticarlas entre los 20 y los 40 años. También se observa que este tipo de pacientes presentan una mayor incidencia de cáncer colorrectal comparado con la incidencia de la población general (30). La incidencia, tanto en la Enfermedad de Crohn como en la Colitis Ulcerosa, está sujeta a una variación considerable en todo el mundo. De hecho, oscila notablemente dependiendo de la localización geográfica debida probablemente a la acción de factores ambientales y genéticos en su etiología.

Los datos disponibles en Europa indican que su incidencia y prevalencia ha aumentado en las últimas décadas (31), observando la existencia de un gradiente este-oeste en la incidencia de EII en Europa. En América del Norte, las tasas de incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal oscilan entre 2,2 y 19,2 casos por cada 100.000 años de persona para colitis ulcerosa y de 3,1 a 20,2 casos por cada 100.000 años-persona para la enfermedad de Crohn (32).

La incidencia y prevalencia de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa parecen ser menores en Asia y Oriente Medio; sin embargo, en algunos países recientemente industrializados de África, Asia y América del Sur, la incidencia de la patología ha aumentado. En una gran revisión sistemática

de estudios basados en la población sobre la incidencia de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, se observaron las siguientes tendencias temporales: en Brasil, el cambio porcentual anual (APC) aumentó para la enfermedad de Crohn en un 11,1 por ciento (95% IC 4.8-17.8) y para la colitis ulcerosa en un 14,9 por ciento (IC del 95 por ciento 10,4-19,6) y en Taiwán, el APC aumentó para la enfermedad de Crohn en 4 por ciento (95% IC 1.0-7.1) y para la colitis ulcerosa en 4.8 por ciento.

Los factores demográficos, como la edad, el sexo y la raza/etnicidad, se han descrito en estudios basados en la población:

- **Edad:** La edad de inicio de muchos pacientes con colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn es entre 15 y 30 años, aunque la enfermedad inflamatoria intestinal puede presentarse a cualquier edad. Algunos estudios sugieren una distribución de la edad bimodal para ambos trastornos con un posible segundo pico entre 50 y 80 años de edad. No está claro si este segundo pico se relaciona con una mayor susceptibilidad a enfermedades de edad avanzada, la expresión tardía de una exposición ambiental anterior o mayores tasas de utilización de la atención de salud en personas mayores. También parece haber diferencias en la incidencia de la enfermedad de Crohn por edad.
- **Sexo:** se han notificado pequeñas diferencias en la incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal por sexo. Hay un ligero predominio femenino en la enfermedad de Crohn de inicio adulto, lo que sugiere que los factores hormonales pueden desempeñar un papel en la expresión de la enfermedad. Por el contrario, puede haber un ligero predominio masculino en la colitis ulcerosa.
- **Raza y etnia:** tanto la colitis ulcerosa como la enfermedad de Crohn son más comunes en los judíos en comparación con las poblaciones no judías. La incidencia de EII es menor en las poblaciones negras e hispanas en comparación con los blancos. Sin embargo, las diferencias étnicas y raciales pueden estar relacionadas con factores ambientales y de estilo de vida, así como debido a diferencias genéticas subyacentes. Por ejemplo, las tasas de esta enfermedad en Israel son más altas en los judíos nacidos en Europa y América que en los judíos de Asia y África.

Además, la tasa aumenta en los no blancos con urbanización y en algunos casos puede ser igual o superior a la de los blancos.

Asimismo, las observaciones epidemiológicas pueden ser útiles en la identificación de los verdaderos factores causantes de esta enfermedad ya que las diferencias en las tasas de incidencia a través de la edad, el tiempo y áreas geográficas sugieren que los factores ambientales están involucrados (33).

3.5. Características clínicas y diagnóstico

En relación a la sintomatología y a las manifestaciones clínicas que se presentan en la CU y la EC dependen en gran parte de su localización anatómica, actividad inflamatoria y del curso evolutivo de las mismas (23), siendo las más destacadas (34).

- **Diarrea:** es la manifestación clínica más frecuente. Es importante valorar la duración, volumen, existencia o no de tenesmo rectal y presencia de productos patológicos con las heces, especialmente sangre. Siendo este un dato valioso para diferenciar la CU de la EC ya que la rectorragia aboga a favor de la CU.
- **Dolor abdominal:** es un síntoma frecuente y relativamente inespecífico; suele localizarse en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda siendo más frecuente en los pacientes con EC que en los de CU.
- **Urgencia defecatoria y tenesmo rectal:** el tenesmo lo describen los pacientes como una sensación de que el recto está ocupado y sienten presión que les produce un deseo de defecar pero que no se alivia tras el intento de defecar. La urgencia defecatoria es el síntoma que más problemas suele producir, puesto que en muchas ocasiones la necesidad de defecar les lleva a presentar incontinencia rectal. Estos dos síntomas se presentan sobre todo en la CU.
- **Fiebre:** generalmente es una manifestación secundaria al proceso inflamatorio y no suele ser muy alta.
- **Pérdida de peso:** más frecuente en la EC.
- **Enfermedad Perianal:** incluye las anomalías, las fisuras, fístulas o abscesos, los repliegues cutáneos y la maceración perianal; presentes con mayor frecuencia en los pacientes con EC.

- **Fístulas:** la aparición de fístulas externas en un paciente en el que se sospecha una EII es un dato casi patognomónico de EC (34).

Los síntomas más frecuentes de la colitis ulcerosa son: diarrea líquida y frecuentemente sanguinolenta o con moco asociada a urgencia, tenesmo, dolor abdominal cólico, fiebre y pérdida de peso. Se consideran signos graves: fiebre elevada, afectación del estado general, retraso del crecimiento, distensión abdominal, timpanismo y dolor a la palpación abdominal.

Puede manifestarse como una colitis fulminante con más de 6 deposiciones al día, con sangre abundante, anemia, hipoalbuminemia, alteraciones hidroelectrolíticas, fiebre y taquicardia. El abdomen puede estar distendido y doloroso a la palpación. Estas formas pueden evolucionar a megacolon tóxico con dilatación colónica superior a 6 cm asociada a cuadro séptico, gran distensión y dolor abdominal. Puede producirse como complicación una colitis fulminante, tras una colonoscopia o enema de bario, o por uso de anticolinérgicos o por retirada rápida de corticoides. Tanto la colitis grave como el megacolon tóxico presentan un alto riesgo de perforación, sepsis y hemorragia (34).

Los síntomas más frecuentes en la EC son: abdominalgia (a menudo postprandial de tipo cólico, periumbilical o en cuadrante inferior derecho), diarrea y retraso del crecimiento y desarrollo. La palpación de efecto de masa abdominal inflamatoria en fosa iliaca derecha es característica. El comienzo es con frecuencia insidioso en forma de anorexia, astenia, fiebre intermitente, estacionamiento ponderoestatural y manifestaciones articulares, orales o cutáneas. Esto condiciona en ocasiones un mayor retraso en el diagnóstico que en la CU. En ocasiones se manifiesta como un cuadro agudo pseudoapendicular (34).

La rectorragia es menos frecuente que en la CU excepto en las formas de afectación cólica. Existe lesión perianal en forma de fisura, fístula o absceso en un 25-50% de los pacientes. La pérdida de peso es más frecuente e intensa que en la CU. Las complicaciones intestinales más frecuentes son: estenosis, fístulas y abscesos. El megacolon tóxico y el cáncer son menos frecuentes que en la CU.

Se debe entender que la Enfermedad Inflamatoria Intestinal se considera multisistémica. En ocasiones las manifestaciones extradiigestivas preceden a los síntomas intestinales. Se estima que alrededor de un 25- 30% de los pacientes con EII presentarán alguna a lo largo de su evolución.

Las más frecuentes se asocian a la actividad inflamatoria en intestino, otras siguen un curso independiente como la colangitis esclerosante. La artralgia y, en menor grado, la artritis son las manifestaciones extraintestinales más frecuentes en la EII del niño. La artritis tiende a ser mono o pauciarticular, asimétrica y migratoria, puede afectar las sacroilíacas y la columna, en especial en varones HLA-B27 con afectación cólica. El pioderma gangrenoso se asocia con más frecuencia a la CU (34).

Las manifestaciones oculares más habituales son: conjuntivitis, epiescleritis y uveítis anterior (EC). Conviene realizar vigilancia oftalmológica periódica, especialmente si se han empleado corticoides (cataratas). Dentro de las manifestaciones hepáticas se incluyen la esteatosis, hepatitis crónica autoinmune, pericolangitis y colangitis esclerosante (más frecuentemente asociada a la CU (34).

Manifestaciones extra intestinales	
CUC	Crohn
<ul style="list-style-type: none"> • Artritis (7-25%) • Falla de crecimiento, retraso puberal (10 %) • Afectación hepática: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Hepatitis autoinmune (1%) ◦ Colangitis esclerosante (3,5%) • Manifestaciones oculares: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ulceración conjuntival, uveítis • Manifestaciones mucocutáneas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Eritema nodoso ◦ Estomatitis aftosa (3%) ◦ Pioderma gangrenoso (1%) • Manifestaciones Urológicas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Nefrolitiasis, hidronefrosis • Enfermedad tromboembólica, vasculitis • Otras menos frecuentes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Pancreatitis, alveolitis fibrosante, neumonitis intersticial, pericarditis 	<ul style="list-style-type: none"> • Artritis (7-25%), espondilitis anquilosante (2-6%) • Falla de crecimiento, retraso puberal (30-35%) • Afectación hepática: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Colangitis esclerosante (1%) • Manifestaciones oculares: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ulceraciones, uveítis • Manifestaciones mucocutáneas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Eritema nodoso (3%) ◦ Estomatitis aftosa (10-15%) ◦ Hipoderma gangrenoso (<1%) • Manifestaciones urológicas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Nefrolitiasis (5%) • Enfermedad tromboembólica, vasculitis

Fuente: DRES. C. JASINSKI, M.N. TANZI, G.LAGOMARSINO, C. LÓPEZ, C. IGLESIAS, 2004

	Enfermedad de Crohn	Colitis Ulcerosa
Diferencias clínicas	Predominan los síntomas sistémicos: malestar, adelgazamiento, fiebre Diarrea de mayor volumen, dependiendo de la localización Dolor abdominal con o sin masa palpable Enfermedad perianal frecuente	Predomina la proctorragia Deposiciones pequeñas y numerosas. Pseudodiarrea frecuente Tenesmo Síntomas generales solo en casos graves Dolor cólico
Diferencias endoscópicas	Recto a veces afectado Mucosa sana entre las lesiones (mucosa en empedrado) Aftas Úlceras (aftoides, lineales, serpinginosas) Fisuras transversales Estenosis (frecuente) Frecuente afectación ileal Pseudopólipos poco frecuentes	Recto afectado en forma constante Afectación continua Superficie mucosa granular Úlceras solo en casos graves Rara afectación del íleon terminal (back wash ileitis) Pseudopólipos frecuentes
Diferencias histológicas	Afectación en parches y salteada Transmural Presencia de agregados linfoides Granulomas (40%) Fibrosis Neutrofilia en la lámina propia Hipertrofia de plexos nerviosos	Afectación difusa y simétrica Limitada a la mucosa Abscesos cripticos Depleción de mucina y de células caliciformes Distorsión de la arquitectura.

Fuente: Karina Collia Avila (2017)

En el último consenso de la ECCO, se destaca que el diagnóstico de enfermedad se establece con una combinación no estrictamente definida de datos clínicos, endoscópicos, radiológicos, histológicos y de hallazgos en pieza quirúrgica (35). Para el diagnóstico de estas patologías se utilizan los criterios internacionalmente aceptados de Lennard-Jones (36), y que se incluyen en la tabla 1. Estos criterios se aceptan también por la Organización Mundial de Gastroenterología (OMGE) y por la ECCO.

Los criterios de Lennard-Jones, incluye cuatro grupos de criterios diagnósticos: clínicos, radiológicos, endoscópicos y anatomopatológicos. Se requiere al menos la presencia de dos de dichos criterios para el diagnóstico, siendo el anatomopatológico el definitivo (36), asimismo, actualmente no se recomiendan las pruebas genéticas para el diagnóstico rutinario de estas patologías (37).

Tabla Nº1. Criterios diagnósticos de Lennard-Jones.

Criterios clínicos	Rectorragia. Diarrea crónica (aunque en un 10% de los casos puede haber estreñimiento). Dolor abdominal. Manifestaciones extraintestinales.
Criterios radiológicos	Cambios mucosos: mucosa granular, úlceras espiculares o en botón de camisa, pseudopólipos. Cambios del calibre: estrechamiento de la luz (aumento del espacio recto-sacro), acortamiento del colon.
Criterios endoscópicos	Mucosa eritematosa, granular, edematosa y/o friable. Exudado o ulceraciones. Hemorragia al roce o espontánea. Pseudopólipos y pólipos. Lesiones característicamente continuas y con afectación prácticamente constante de recto.
Criterios anatomopatológicos	Mayores: inflamación exclusiva de la mucosa, úlceras superficiales, distorsión de la criptas, microabscesos, depleción de células caliciformes. Menores: infiltrado inflamatorio crónico difuso, aumento de la vascularización mucosa, metaplasia de las células de Paneth, atrofia mucosa, hiperplasia linfoide.

Fuente: Lennard-Jones, J. E. (1989).

En las EII se utilizan distintas técnicas diagnósticas, siendo las más comunes:

- **Radiología:** con enema baritado de doble contraste, se puede apreciar la pérdida de las haustras, ulceraciones extensas en la pared del colon, y la presencia de pólipos, estos últimos corresponden a los pseudopólipos presentes en pacientes con EII de larga evolución y que están en relación a procesos regenerativos de la mucosa colónica (38). Esta técnica también se utiliza para el diagnóstico del megacolon tóxico, principal complicación en este tipo de patología
- **Ecografía:** Puede utilizarse en la valoración de las lesiones transmurales de la EC, cuando exista sospecha de absceso y en el diagnóstico de las complicaciones hepatobiliares y nefrourológicas. Con sondas de alta resolución y las técnicas de doppler pueden detectar actividad inflamatoria en pared intestinal (34).
- **Tomografía axial computarizada y resonancia magnética:** Son útiles para la valoración del engrosamiento de la pared intestinal, las alteraciones de la densidad de la grasa mesentérica, la presencia y tamaño de nódulos linfáticos. La existencia de fístulas y abscesos y las

manifestaciones hepáticas y renales. La resonancia magnética puede utilizarse en lugar del tránsito intestinal empleando un contraste que cause una adecuada distensión intestinal como el polietilenglicol, combinado con glucagón. Requiere disponibilidad y colaboración del paciente (escolar o adolescente). La RM pélvica es un estudio imprescindible en la evaluación de la enfermedad perianal compleja (34).

- **Gammagrafía con leucocitos marcados:** Se utilizan leucocitos marcados con tecnecio99 HMPAO. El depósito del isótopo permite poner de manifiesto las zonas con inflamación activa. Es útil para precisar la extensión y gravedad de la inflamación, sobre todo cuando está contraindicada la exploración endoscópica o ésta ha sido incompleta. Tiene falsos negativos (enfermedad reciente, tratamientos con esteroides) y positivos (34).
- **Endoscopia:** se trata de un método diagnóstico de una alta sensibilidad, por lo que es de gran utilidad en los pacientes con EII. En concreto, la colonoscopia es la exploración más utilizada, permite la visualización del íleon y las biopsias son herramientas fundamentales en el diagnóstico de esta patología. Esta técnica no sólo permite visualizar directamente las lesiones sino que ofrece la posibilidad de realizar biopsias que permiten obtener muestras de tejido para su posterior estudio histopatológico. Desde hace un par de años se encuentra al alcance la posibilidad de estudiar en forma más fina lo que ocurre a este nivel, especialmente en úlceras de pacientes con EC, mediante la cápsula endoscópica que por el momento no permite tomar biopsias, pero sí visualizar y evaluar el compromiso de la mucosa. El estudio con cápsula endoscópica está contraindicado en pacientes que presenten algún grado de obstrucción o estenosis (38).
- **Marcadores serológicos.** Los anticuerpos anti-Sacharomyces cerevisiae (ASCAs) y los dirigidos contra la porina tipo C de la membrana externa de E. coli (anti-OmpC) fueron marcadores vinculados con un comportamiento más agresivo de la EC, como el patrón fistulizante, localización ileocolónica y falta de respuesta al tratamiento convencional. En otro estudio realizado en una población afro-americana

con EII se evaluó la utilidad de los anticuerpos ASCAs, carbohidrato quitobiósido (ACCA), carbohidrato laminaribiósido (ALCA) y el carbohidrato manobiósido (AMCA). Los resultados mostraron que los pacientes que tenían al menos dos o más de estos anticuerpos presentaron con mayor frecuencia y de manera significativa la presencia de localización ileal, enfermedad perianal, patrón fistulizante sin estenosis y la necesidad de cirugía. Se evaluó un nuevo subtipo de los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) que es el dirigido contra la proteinasa 3 y denominado Pr3-ANCA; dicho anticuerpo se evaluó en pacientes con EC y CUCI, el cual sólo se encontró en pacientes con CUCI y puede ayudar a diferenciar a pacientes con EC y CUCI. En otro estudio se evaluó la utilidad del anticuerpo dirigido contra la flagelina expresada por Clostridial phylum (anti-CBirl), el cual es un marcador serológico que parece predecir el desarrollo de enfermedad de Crohn en el reservorio ileal posterior a una proctocolectomía en pacientes con diagnóstico de CUCI en el día de la proctocolectomía (39).

- **Marcadores fecales.** Son marcadores de inflamación a nivel fecal como la calprotectina, la cual es una proteína fijadora de calcio y cinc, secretada por granulocitos, monocitos y células epiteliales. La calprotectina permite identificar a pacientes con EII y síndrome de intestino irritable con concentraciones mayores a 150 µg/g. En un estudio presentado se demostró que la calprotectina tiene sensibilidad y especificidad del 92% y 94%, respectivamente, cualquiera que sea la localización de la EC, ya sea aislada en el intestino delgado, ileocolónica o colónica (39).
- **Marcadores a nivel molecular.** El auge de la biología molecular ha permitido identificar la expresión de diversos genes en la mucosa intestinal. En un estudio se encontró la expresión diferencial de dos genes que participan con la permeabilidad intestinal en pacientes con EII. La expresión del gen disc large homologue5 (DLG5) estuvo aumentada de manera significativa en pacientes con CUCI en comparación con el grupo control sano, mientras que la expresión del gen carnitine organic cation transporter (OCTN) estuvo disminuida de manera significativa en los sujetos con CUCI respecto del grupo control

sano. En otro estudio encontraron que existe un perfil genético de expresión en sangre específico, el cual incluyó a los genes ABR, ACTB, ACTR1A, GATA3, HRAS, KRAS y LLGLG2 para pacientes con EII y que es diferente para personas con síndrome de intestino irritable y diarrea crónica (39).

3.6. Aspectos Terapéuticos.

Desde hace muchos años, las diversas opciones terapéuticas de que se dispone para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal tienen como objetivos fundamentales disminuir la actividad inflamatoria de la enfermedad, modular o inhibir la respuesta inmune. En definitiva, su finalidad es prevenir el rebrote de la enfermedad mejorando su calidad de vida, y todo ello, con el menor riesgo posible para la persona.

Los enfoques terapéuticos actuales deben considerarse un continuo secuencial para tratar la "enfermedad aguda" o "inducir la remisión clínica", y luego para "mantener la respuesta / remisión". En cuanto al tratamiento para la enfermedad activa debe continuarse hasta el punto de remisión sintomática o fracaso para continuar mejorando. Se debe realizar una evaluación objetiva por imagen endoscópica o transversal para corroborar la mejoría subjetiva de los síntomas, mientras que los pacientes con respuesta a la terapia inicial debe evaluarse dentro de varias semanas, mientras que los eventos adversos deben ser monitoreados de cerca durante todo el período de terapia. En general, evidencia clínica de mejoría debe ser evidente dentro de 2 a 4 semanas y la mejoría máxima debe ocurrir con 12-16 semanas, en estos últimos que se logra la remisión debe considerarse para la terapia de mantenimiento. Aquellos con síntomas continuos deben tratarse con un terapia alternativa para la enfermedad leve a moderada, se debe ajustar las dosis de la medicación para intentar optimizar la terapia, o avanzar al tratamiento de la enfermedad moderada a grave de acuerdo con su estado clínico (24).

En pacientes con síntomas activos, a pesar del tratamiento con un biológico (como un anti-TNF) es apropiado evaluar si sus síntomas son el resultado de la presencia de enfermedad inflamatoria activa con la evaluación de la

mucosa con imágenes transversales (CTE o MRE) o endoscopia (por ejemplo, colonoscopia).

Se puede evaluar la presencia de biomarcadores de actividad de la enfermedad (como PCR, calprotectina fecal) pero no debe servir exclusivamente como fin punto para el tratamiento ya que puede ocurrir la normalización del biomarcador a pesar de tener una inflamación / ulceración activa de la mucosa. La presencia de imitadores de EII activa, como infecciones por *C. difficile*, infección por citomegalovirus y patógenos entéricos debe ser verificado.

El tratamiento de dichos cuadros presenta su complejidad, ya que la dualidad de estas patologías entre estados de brote y de remisión hace que los tratamientos puedan variar ostensiblemente. No obstante, el tratamiento farmacológico actual comprende la utilización de: Antiinflamatorios (Aminosalicilatos y Corticoides), Inmunomoduladores (convencionales y Agentes biológicos), aféresis y si es necesario la cirugía (40).

El monitoreo farmacológico terapéutico se ha vuelto muy común en el manejo de la EC, especialmente entre pacientes que inicialmente respondió a la terapia biológica pero luego desarrolló pérdida de clínica respuesta, y este enfoque ha sido respaldado por varios y grupos internacionales. Un examen crítico detallado del papel de la monitorización terapéutica de drogas estaba más allá del alcance de esta directriz.

Puede haber tres escenarios diferentes que expliquen la falla biológica: falla mecanicista, fracaso de la droga mediada por el sistema inmunitario y finalmente no mediada por el sistema inmunitario fracaso de drogas (24).

- **Aminosalicilatos:** son fármacos con efecto antiinflamatorio (5-ASA o Mesalazina). Entre ellos se encuentran los siguientes:
 - o **Sulfasalazina:** La sulfasalazina contiene 5-ASA unido por anillo azo con sulfapiridina, que le sirve de transporte, este último es liberado en el colon por bacterias, y luego se absorbe y es el responsable de la mayoría de efectos colaterales como epigastralgia, cefalea, hepatitis, anemia, leucopenia, rash cutáneo, entre otras, razón por la que no es muy utilizada (41).

- **Mesalazina o 5-ASA:** se libera por un mecanismo pH dependiente al íleon distal y colon. La administración simultánea de antiácidos o antisecretores puede alterar su liberación y acción. Existen presentaciones para aplicación intrarrectal en enemas y supositorios (41).
- **Corticoides:** tienen un efecto antiinflamatorio y se utilizan para el tratamiento de brotes leves o moderados, si bien al ejercer su efecto en todo el organismo ocasionan la aparición de numerosos efectos secundarios. Algunos pacientes pueden ser refractarios al tratamiento con corticoides o generar corticodependencia (42).
- **Inmunomoduladores:** Actualmente los fármacos más utilizados son:
 - **La Azatioprina (AZA), la 6- Mercaptopurina:** La azatioprina y su metabolito, la 6-mercaptopurina son análogos de tiopurina. Las dosis que han demostrado ser efectivas en sujetos con Crohn son 2-3 mg/kg/día y 1,5 mg/kg/día, respectivamente. Estos medicamentos son efectivos en inducir y mantener remisión en pacientes con enfermedad de Crohn, como también en facilitar la suspensión de esteroides, por lo cual son considerados “ahorradores” de esteroides. Una vez los pacientes inician manejo con estos medicamentos debe continuarse en forma indefinida a no ser que se presenten efectos colaterales serios; el beneficio clínico se hace evidente después de 2 a 3 meses de tratamiento (41).

La azatioprina es metabolizada a 6-mercaptopurina que es el metabolito activo, la cual a su vez es metabolizada a 6-tioinosina 5'-monofosfato (TIMP) por la enzima hipoxantina fosforibosil transferasa (HPRT), posteriormente la 6-TIMP es metabolizada al nucleótido 6-tioguanina (6-TGN), el cual se intercambia por guanina en el DNA, lo cual conduce a apoptosis de linfocitos T, tanto citotóxicos como los “asesinos” naturales (natural killer). Otros dos metabolitos de la 6-mercaptopurina son la 6-metilmercaptopurina por la enzima tiopurina-metiltransferasa

- (TPMT) y el ácido 6-tiourico por la enzima xantina oxidasa (XO) (41).
- **Metotrexato:** El metotrexate es un antagonista de ácido fólico que conduce a la inhibición de la síntesis de purina, con inhibición de la formación de ácidos nucleicos y de la fase S del ciclo celular. Dentro de la célula es convertido al metabolito activo metotrexate poliglutamato por la enzima folato poliglutamasa sintetasa. Se utiliza por vía oral a dosis de 12,5-22,5 mg semanales, y por vía subcutánea o intramuscular en dosis de 15-25 mg semanales. Tiene como efectos secundarios hepatotoxicidad y mielosupresión, por lo cual requiere vigilancia con cuadro hemático y perfil hepático cada 1-3 meses, con biopsia hepática después de una dosis acumulada de 1 g (41).
 - **Ciclosporina:** La ciclosporina es un inhibidor de calcineurina, lo que conduce a inhibición selectiva de la interleuquina (IL)-2. Varios estudios utilizando ciclosporina a dosis de 5 mg/kg/día, no han demostrado efectividad en inducción de remisión, ni en mantenimiento de la misma en pacientes con enfermedad de Crohn (41).
 - **Agentes biológicos:** inicialmente utilizados para el tratamiento de diferentes afecciones reumatológicas como la artritis reumatoide, la psoriasis y artritis psoriásica. Los eficaces en la EII son el Infliximab y el Adalimumab que se utilizan como escalón terapéutico ante fracaso o contraindicación de tratamiento inmunosupresor. También son eficaces en el mantenimiento de la remisión a largo plazo en los pacientes y en CU favorece la curación de la mucosa.
 - **Infliximab:** El infliximab es un anticuerpo monoclonal quimérico (75% humano y 25% murino) tipo IgG1, contra el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-1). La justificación para el uso de infliximab por más de 10 años en el manejo de enfermedad de Crohn, está basado en la hipótesis que la respuesta celular en esta enfermedad es del tipo Th 1, e incluye mediadores inflamatorios entre los que se encuentra el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-1), el interferón y la interleuquina 12 (IL12) entre otros,

bloqueando la formación de granulomas y disminuyendo las concentraciones séricas del TNF-1 , lo cual se ha correlacionado con reducción en la actividad de la enfermedad. Estudios clínicos han demostrado que este medicamento es efectivo, tanto para inducción como en mantenimiento de remisión, en pacientes que no responden a terapia convencional. El esquema de tratamiento y dosis sugerida es infusión de 5 mg/kg en 0, 2 y 6 semanas, para luego continuar con 5 mg/ kg cada 8 semanas, en forma indefinida (41).

- **Adalimumab:** El adalimumab es un anticuerpo monoclonal humanizado tipo IgG1, que contiene sólo secuencias de péptidos humanos, lo cual lo diferencia del infliximab, y se une con alta afinidad al factor de necrosis tumoral alfa TNF- , neutralizando su actividad tanto en la forma soluble, como el que se encuentra acoplado al receptor celular. A pesar de ser el infliximab un excelente medicamento para el manejo de pacientes con enfermedad de Crohn, algunos pacientes presentan una disminución en la respuesta con el tiempo, o no toleran la infusión, lo cual se ha asociado a la formación de anticuerpos (17-21%). Por lo anterior, se ha propuesto la utilización de adalimumab en estos pacientes, debido a que se elimina el riesgo de desarrollar anticuerpos (41).

3.7. Índices de Actividad.

Para el seguimiento, control y clasificación de estos pacientes se ha establecido el uso de los denominados índices de actividad, la utilización de los mismos obedece a su papel como instrumentos fiables para determinar la gravedad de la enfermedad, evaluar el pronóstico de los pacientes, analizar la respuesta terapéutica al tratamiento que se efectúa y unificar criterios de gravedad en los pacientes.

Poder clasificar mediante la utilización de un índice de actividad a estos pacientes resulta básico en estudios como el que nos ocupa, ya que está demostrado que la actividad de la enfermedad es uno de los principales

determinantes clínicos de la disminución de la Calidad de Vida Relacionados a Salud (43).

Los más frecuentemente utilizados tanto en la colitis ulcerosa como en la enfermedad de Crohn son los índices de actividad clínica basados en la valoración de los síntomas, exploración física y datos analíticos sencillos. Existen dos tipos de índices. Pueden ser índices cualitativos que resultan sencillos y fáciles de calcular pero con menor utilidad en la investigación clínica por su grado de subjetividad y la dificultad en su tratamiento estadístico. Por otra parte están los índices cuantitativos que otorgan un valor numérico a cada ítem que lo compone. Por tanto, son más precisos y tiene mayor utilidad clínica, terapéutica e investigadora si bien resultan mucho más complejos de determinar.

Para la evaluación de la actividad clínica de la Enfermedad de Crohn y en la Colitis Ulcerosa se utilizó el Índice de Harvey-Bradshaw (44), y el Índice Truelove- Witts adaptado (45), respectivamente.

- **Índice de actividad en la Enfermedad de Crohn. Índice de Harvey-Bradshaw.**

En primer lugar, hay que indicar que el índice específico más comúnmente utilizado (patrón oro) para determinar la actividad clínica de la Enfermedad de Crohn es el Crohn's Disease Activity Index (CDAI) (46). Sin embargo, resulta difícil y compleja su aplicación en práctica clínica pues requiere de un registro de los 7 días previos. Para calcular el CDAI cada variable de la escala es multiplicada por su factor de corrección, tal y como se muestra en la tabla 4, y posteriormente las ocho variables son sumadas. El score tiene un rango aproximado entre 0 y 600. Los pacientes se consideran en remisión cuando la puntuación del índice de actividad de la Enfermedad de Crohn CDAI < 150. Existiendo tres categorías para el caso de la Enfermedad Activa: Brote Leve equivalente a CDAI entre 150-250, Brote Moderado equivalente a CDAI entre 250-350, Brote Grave equivalente a CDAI > 350 (47).

Tabla Nº 2. Crohn's Disease Activity Index (CDAI).

Días 1 2 3 4 5 6 7	Suma factor ×	Subtotal
1. Número de heces líquidas o muy blandas*	× 2 =	
2. Dolor abdominal (no = 0, leve = 1, moderado = 2, grave = 3)*	× 5 =	
3. Estado general (bueno = 0, regular = 1, malo = 2, muy malo = 3, terrible = 4)*	× 7 =	
4. Número de las siguientes 6 manifestaciones clínicas	× 20 =	
Artritis/artralgia		
Iritis/uveítis		
Eritema nudoso/pioderma/aftas		
Fisura anal/fístula/absceso		
Otras fístulas		
Fiebre > 38,5 °C en la última semana		
5. Toma de antidiarreicos (no = 0, si = 1)	× 30 =	
6. Masa abdominal (no = 0, dudosa = 2, si = 5)	× 10 =	
7. Hematocrito (47%: hematocrito actual en varones) (43%: hematocrito actual en mujeres)	× 6 =	
8. Peso corporal =? Peso estándar =? Porcentaje por debajo del peso estándar	× 1 =	

Nota. * Los apartados 1, 2 y 3 hacen referencia a lo ocurrido al paciente durante los 7 días previos a la consulta.

Fuente: Nos, P., y Clofent, J. (2011). Enfermedad de crohn. En J. Ponce (Ed.), Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas (3ª ed., pp. 261-271). Madrid: Asociación Española de Gastroenterología.

Por su parte, el índice de Harvey-Bradshaw es un derivado simplificado del CDAI que ha demostrado tener una buena correlación con el CDAI (44). Es el más utilizado en la evaluación clínica de los pacientes con Enfermedad de Crohn pues requiere una anamnesis y el examen físico desarrollándose ambos en una única visita. Además, evalúa los parámetros en las 24 horas precedentes. Por tanto, es fácil, rápido y de sencillo manejo en la práctica clínica diaria permitiendo el control ambulatorio.

Asimismo, existe correlación entre Índice Harvey-Bradshaw y la actividad de la enfermedad en la Enfermedad de Crohn, lo que podría permitir la evaluación de la actividad de esta patología en los ensayos clínicos a largo plazo y de forma estandarizada. Todo esto facilita las comparaciones entre distintos centros y poblaciones. Por este motivo, es uno de los índices más utilizados para evaluar la actividad de la enfermedad de los pacientes con Enfermedad de Crohn. Se trata de un índice específico para la Enfermedad de Crohn que es capaz de valorar con 5 preguntas sencillas la actividad clínica de cada paciente tal y como aparece en la tabla 5. En base a este

índice se obtiene una clasificación de pacientes con Enfermedad de Crohn según grado de actividad: Remisión, Leve, Moderado y Grave, tal y como se expone en la tabla 6. Este índice está aceptado internacionalmente por la ECCO (48).

Tabla Nº 3: Índice de Harvey- Bradshaw para evaluar la actividad en la Enfermedad de Crohn.

	0	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos
Bienestar general	Muy bien	Ligero decaimiento	Malo	Muy Malo	Terrible
Dolor abdominal	No	Leve	Moderado	Grave	
Masa Abdominal	No	Dudosa	Definitiva	Definitiva dolorosa y	
Nº de deposiciones líquidas/día	Sumar las deposiciones del día previo.				
Complicaciones: 1 punto por cada complicación	- Artralgia.				
	- Uveítis.				
	- Eritema nudoso.				
	- Úlceras aftosas.				
	- Fisura anal.				
	- Nueva Fístula.				
	- Absceso.				
- Pioderma gangrenoso.					

Harvey, R. F., y Bradshaw, J. M. (1980). A simple index of crohn's-disease activity. The Lancet, 315(8167), 514. doi:10.1016/S0140-6736(80)92767-1

Tabla Nº 4. Clasificación de pacientes con Enfermedad de Crohn según Índice de Harvey- Bradshaw.

Fase de Remisión de la Enfermedad: <5 puntos.
Enfermedad Activa Leve: 5-7 puntos.
Enfermedad Activa Moderada: 8-16 puntos.
Enfermedad Marcadamente Activa Severa: >16 puntos.

Fuente: Harvey, R. F., y Bradshaw, J. M. (1980). A simple index of crohn's-disease activity. The Lancet, 315(8167), 514. doi:10.1016/S0140-6736(80)92767-1

▪ **Índice de actividad en la Colitis Ulcerosa. Índice Truelove-Witts.**

En la práctica diaria la actividad del brote en la Colitis Ulcerosa se determina fundamentalmente de acuerdo a aspectos clínicos y analíticos que son los que más fácil y rápidamente reflejan los cambios en la situación del paciente y en su evolución.

Para determinar la actividad de la Colitis Ulcerosa se han diseñado una gran variabilidad de índices cuya finalidad es hacer una valoración

cuantitativa de la severidad y actividad de esta enfermedad mediante la determinación de una puntuación escalable. Entre ellos estarían el Índice de Rachmilewitz (49) y otros índices publicados como el de Lennard-Jones (36), el de Powel-Tuck (50), o el de Seo (51).

No obstante, en 1955, Truelove y Witts presentaron los resultados de una investigación sobre la cortisona oral para el tratamiento de la CU activa (45). En este trabajo, los autores describen un instrumento para medir la actividad de la enfermedad creando el Índice Truelove y Witts. Este Índice continúa siendo el más utilizado en la práctica clínica (52).

Hay que reseñar que ninguno de estos índices está universalmente aceptado como estándar. Este aspecto otorga una gran variabilidad y heterogeneidad a la hora de la determinación de la actividad de los sujetos con Colitis Ulcerosa en las investigaciones y estudios científicos. Aunque, el Índice Truelove y Witts constituye una clasificación fiable y ha sido ampliamente utilizada en la investigación y en la práctica clínica investigadora porque es fácil de usar (51). En este sentido, el índice y sus posteriores modificaciones a pesar de ser ampliamente utilizados en la práctica médica presentan algunas limitaciones. Por ejemplo, no tiene en cuenta la extensión de la enfermedad; por otra parte, muchos enfermos presentan características intermedias entre brote leve y grave, únicas categorías en el índice original, por lo que varios autores han añadido el término “moderado” (53).

Por tanto, la mayor ventaja de este índice es su simplicidad, de hecho es el más conocido y utilizado a pesar de no haber sido nunca validado; y la mayor desventaja es su escasa utilidad en las formas distales por su tendencia a sobrevalorar la actividad en estos casos (54).

Por todo ello, el Índice de Truelove y Witts categoriza a los pacientes con colitis ulcerosa clasificando la enfermedad como leve, moderada o grave en base a unos parámetros clínicos, físicos y de laboratorio. En su versión original, tiene en cuenta seis variables que son: número de deposiciones, presencia de sangre en las heces, temperatura, frecuencia cardíaca, anemia y velocidad de sedimentación

Una variante de este índice es el denominado Índice de Truelove Witts Modificado que incorpora tres variables más, como son la albúmina, el potasio y los leucocitos (54).

También existe para su utilización el Truelove y Witts original adaptado (55), incluido en la siguiente tabla.

Tabla Nº 5. Índice Truelove-Witts Adaptado para evaluar la actividad en la Colitis Ulcerosa.

Variable	1 punto	2 puntos	3 puntos
Nº de deposiciones	<4	4-5	>5
Sangre en heces	+/-	++	+++
Temperatura axilar (°C)	<37	37-37,5	>37,5
Frecuencia Cardiaca	<80	80-90	>90
Hemoglobina (g/l)			
Hombres	>14	10-14	<10
Mujeres	>12	9-12	<9
VES (mm/h)	<15	15-30	>30

Fuente: Adaptado de Truelove y Witts 1955 Cabré, E. (2003). Diagnóstico y diagnóstico diferencial. Gastroenterología y Hepatología Continuada, 2(6), 241-245.

En cuanto a la gravedad los pacientes de CU se clasifican según el índice Truelove y Witts adaptado en silente (en remisión), leve, moderado y grave

Tabla Nº 6. Clasificación de pacientes con CU según Índice Truelove-Witts Adaptado.

Fase de Remisión o Inactividad de la enfermedad: ≤6 puntos.
Enfermedad Activa. Brote Leve: 7 - 10 puntos.
Enfermedad Activa. Brote Moderado: 11-14 puntos.
Enfermedad Activa. Brote Grave: 15-18 puntos.

Fuente: Adaptado de Truelove y Witts 1955 por Cabré, E. (2003). Diagnóstico y diagnóstico diferencial. Gastroenterología Y Hepatología Continuada, 2(6), 241-247.

4. CALIDAD DE VIDA

4.1. Definición y concepto operativo.

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente.

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (56).

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (57).

Su uso extendido es a partir de los sesentas, cuando los científicos sociales inician investigaciones en CV recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes (58), dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la CV individual (59).

Frente a esto, algunos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la CV de las personas, toda vez que indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50% de la varianza (60). Para algunos autores, el concepto de calidad de vida se origina a fin de distinguir

resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida.

El hecho que desde sus inicios haya estado vinculado a otras variables psicológicas que involucran en sí mismas el concepto de bienestar, ha posibilitado que, a la fecha, aún muchos investigadores no diferencien claramente en sus estudios cada concepto o lo utilicen de manera indistinta. Tal como lo comenta Meeberg muchos otros términos como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, auto reporte en salud, estado de salud, salud mental, felicidad, ajuste, estado funcional y valores vitales son usados para designar calidad de vida, agregando además que muchos autores no definen lo que para ellos significa calidad de vida, introduciendo confusión acerca de lo que intentan referir (61).

Al día de hoy se conoce que la calidad de vida comprende factores tanto subjetivos como objetivos. Entre los factores subjetivos se encuentra la percepción de cada individuo de su bienestar a nivel físico, psicológico y social. En los factores objetivos, por su parte, estarían el bienestar material, la salud y una relación armoniosa con el ambiente físico y la comunidad.

Como tal, muchos aspectos afectan la calidad de vida de una persona, desde las condiciones económicas, sociales, políticas y ambientales, hasta la salud física, el estado psicológico y la armonía de sus relaciones personales y con la comunidad.

Entre sentido, podríamos analizar la calidad de vida considerando cinco grandes áreas:

- **Bienestar físico**, asociado a la salud y la seguridad física de las personas;
- **Bienestar material**, que incluiría nivel de ingresos, poder adquisitivo, acceso a vivienda y transporte, entre otras cosas;
- **Bienestar social**, vinculado a la armonía en las relaciones personales como las amistades, la familia y la comunidad;
- **Bienestar emocional**, que comprende desde la autoestima de la persona, hasta su mentalidad, sus creencias y su inteligencia emocional;

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de vida implicaría la percepción que una persona tiene de su situación de vida en relación con su contexto (cultura, sistema de valores), sus objetivos, aspiraciones y preocupaciones.

El concepto de la calidad de vida ha sido asumido por distintas disciplinas de estudio, como la economía, la medicina o las ciencias sociales. Para su análisis y medición se han elaborado distintos instrumentos, como índices, encuestas, cuestionarios o escalas para determinar la calidad de vida de una comunidad, ciudad, país o región.

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente. Actualmente hay importantes trabajos realizados sobre intervenciones en personas con cáncer, sida, asma y esclerosis múltiple, entre otras (62).

La calidad de vida relacionada con salud ha sido definida como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud, teniendo por lo tanto un valor subjetivo.

En el caso de la EII, la calidad de vida se ve afectada significativamente, en especial durante los períodos de crisis, aumentando su compromiso de acuerdo a la severidad de la enfermedad. El deterioro de la calidad de vida de los pacientes con EII es consecuencia de la cronicidad de la enfermedad,

la imposibilidad de predecir su evolución, la severidad de sus crisis, la necesidad de hospitalizaciones y cirugía y la posibilidad de eventos adversos a los fármacos utilizados para su tratamiento (63).

El hecho que la enfermedad tenga períodos de remisión y actividad genera estrés en el paciente, lo que compromete la adherencia al tratamiento y a las recomendaciones dadas por el equipo de salud, aumentando en consecuencia el riesgo de recaída y empeorando la calidad de vida. Pacientes con EII presentan un mayor grado de preocupación por las complicaciones de la enfermedad y riesgo de depresión, en comparación con otras enfermedades crónicas como artritis reumatoidea, asma o migraña. Diversos estudios han descrito factores que estarían asociados a un deterioro en la calidad de vida de los pacientes con EII. Dentro de ellos destacan pacientes mujeres, que presenten un mayor grado de estrés, menor apoyo social, un mayor número de recaídas de su enfermedad, síntomas persistentes después de 10 años de seguimiento y una pensión de invalidez por EII

La medición de la calidad de vida no sólo es importante en la evaluación clínica, sino también en el manejo terapéutico del paciente. El equipo médico tratante debe ser capaz de identificar las necesidades del paciente, tratar de encontrar las mejores opciones para ellos y planificar un cuidado de su estado de salud, de tal manera que la calidad de vida de ellos sea mejor. Los instrumentos para medir calidad de vida relacionada a la salud, entregan una importante información acerca de la percepción de los pacientes sobre su enfermedad y cómo las estrategias terapéuticas utilizadas la afectan. Para medir la calidad de vida en la práctica clínica es importante que estos instrumentos sean breves, efectivos, validados, confiables y aplicables a todos los pacientes con EII. Sin embargo, la mayoría de las herramientas utilizadas en la actualidad son largas y consumen tiempo, lo que explica su bajo uso en la práctica clínica (63).

Bajo esta premisa se elaboró el Inflammatory Bowel Disease Disability Index (IBDDI), índice específico de discapacidad en la EII Peyrin-Biroulet et al.. Para su creación se realizó un macro estudio cuyo procedimiento se inició con una primera fase preparatoria compuesta por cuatro estudios

preliminares: Revisión Sistemática de la literatura, estudio cualitativo basado en grupos focales, encuesta de expertos y estudio de corte transversal. A continuación, realizaron una conferencia internacional de consenso donde en base a la ICF que es el estándar internacional para la descripción del funcionamiento y discapacidad, se seleccionaron 19 categorías del ICF que afectan a la EII: 7 sobre funciones del cuerpo y sus componentes, 2 sobre Estructuras del cuerpo; 5 sobre Actividades y categorías de participación y 5 sobre factores ambientales. Finalmente, se elaboró el IBDDI que se compone de 28 preguntas que incluyen el código de la categoría ICF en el que se encuadran. Es decir, se compone de 19 artículos divididos en 28 partes cubriendo los 5 dominios de la Salud en General, la Función del Cuerpo, Estructuras Corporales, Participación Actividad y Factores Ambientales. El IBDDI fue diseñado para explorar la gravedad de la discapacidad y limitaciones en las áreas de dormir, estado de ánimo, dolor abdominal, frecuencia intestinal, defecación regular, la participación en eventos sociales y el trabajo o la escuela y los efectos agravantes de medicamentos, alimentos, familiares y de los profesionales de la salud (63). Explora la severidad de la discapacidad y las limitaciones en los dominios de sueño, estado de ánimo, dolor abdominal y en el trabajo o la escuela, y exacerbando los efectos de los medicamentos, los alimentos, la familia y los profesionales de salud. La respuesta de cada ítem en el cuestionario es dicotómica en “sí” versus “no” y ordinal en la escala de Likert de 1 a 5 (1 es sin dificultad y 5 es extrema, 1 es sin efecto positivo / negativo y 5 siendo efecto positivo / negativo extremo y no aplicable). El puntaje general de la discapacidad varía de -80 (discapacidad máxima) a +22 (sin discapacidad), con “0” como punto de neutralidad anticipado (63).

Conversión a puntos de las respuestas del IBDDI.

Ítems	Respuesta y conversión a puntos
Pregunta 1.	Muy buena = 0 puntos Buena = -1 Moderada = -2 Mal = -3 Muy mal = -4
Preguntas 2-13.	Ninguno = 0 Leve = -1 Moderada = -2 Grave = -3 Extrema = -4
B525: número de deposiciones líquidas/muy suaves con en la semana pasada.	0 = 1 1-4 = -1 5-8 = -2 9-12 = -3 >12 = -4
Índice de Masa Corporal.	<15 = -2 15,1-19,9 = -1 20-24.9 = 0 25-29.9 = -1 >30 = -2
B515: sientes que has perdido peso en la última semana.	Si = -1 No = 1
S540: sangre en heces.	Ninguna = 1 Poca = -1 Mucha = -2
S770: artritis o artralgia presente.	Si = -1 No = 1
Preguntas 14-18: Efectos positivos / aliviando.	NA (No Aplicable) = 0 Sin efecto positivo = 0 Efecto positivo leve = 1 Efecto positivo moderado = 2 Efecto positivo severa = 3 Efecto positivo Extremo = 4
Preguntas 14-18: Efectos negativos / empeoramiento.	NA (No Aplicable) = 0 Ningún efecto negativo = 0 Efecto negativo leve = -1 Efecto negativo Moderado = -2 Efecto negativo grave = -3 Efecto negativo Extremo = -4
Preguntas 18-19.	No = -1 Sí = 1

Leong, R. W. L., Huang, T., Ko, Y., Jeon, A., Chang, J., Kohler, F., y Kariyawasam, V. (2014). Prospective validation study of the international classification of functioning, disability and health score in crohn's disease and ulcerative colitis. *Journal of Crohn's & Colitis*, 8(10), 1237-1245. doi:10.1016/j.crohns.2014.02.028

Gravedad de Discapacidad IBDDI	
Mínima:	> -10
Media:	-10 a -19
Moderada:	-20 a -35
Severa	≤ -35

Fuente. Leong, R. W. L., Huang, T., Ko, Y., Jeon, A., Chang, J., Kohler, F., y Kariyawasam, V. (2014). Prospective validation study of the international classification of functioning, disability and health score in crohn's disease and ulcerative colitis. *Journal of Crohn's & Colitis*, 8(10), 1237-1245. doi:10.1016/j.crohns.2014.02.028

En línea con otros índices elaborados a partir del ICF se utiliza en la práctica clínica e investigadora como criterio de evaluación y seguimiento de este tipo de pacientes. De hecho, en la actualidad ya comienzan a proporcionarse los primeros resultados que avalan este índice como una herramienta válida para medir la discapacidad tanto en la EC. También resulta útil como herramienta en la evaluación de la restricción de la participación y la limitación de actividad laboral en los pacientes con EII (63).

5. Análisis de antecedentes investigativos

5.1. A NIVEL INTERNACIONAL

TITULO: Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease in Remission: The Impact of IBS-Like Symptoms and Associated Psychological Factors

AUTOR: Magnus Simre'n, Jenny Axelsson, Rolf Gillberg, Hasse Abrahamsson, Jan Svedlund, and Einar S. Bjo"rnsson

RESUMEN:

OBJECTIVES: Quality of life is reduced in inflammatory bowel disease (IBD). Whether or not this is true in IBD patients in long-standing remission is unclear. Symptoms compatible with irritable bowel syndrome (IBS) are common in IBD patients in remission. The importance of psychological factors in this process is a matter of controversy.

RESULTS: The psychological well-being in IBD patients in long-standing remission was similar to that of the general population, despite the presence of more severe GI symptoms. CD patients reported more psychosocial dysfunction, reduced well-being, and GI symptoms than UC patients.

Thirty-three percent of UC patients and 57% of CD patients had IBS-like symptoms. The group with IBS-like symptoms (both UC and CD) had higher levels of anxiety and depression and more reduced well-being than those without. Anxiety and reduced vitality were found to be independent predictors for IBS-like symptoms in these patients.

CONCLUSION: The prevalence of IBS-like symptoms in IBD patients in long-standing remission is two to three times higher than that in the normal population. Psychological factors seem to be of importance in this process. However, as a group IBD patients in remission demonstrate psychological well-being comparable to that of the general population. (Am J Gastroenterol 2002;97:389–396. © 2002 by Am. Coll. of Gastroenterology) (73).

TITULO: The IMPACT Questionnaire: A Valid Measure of Health-Related Quality of Life in Pediatric Inflammatory Bowel Disease

AUTOR: Anthony Otley, Claire Smith, David Nicholas, Marla Munk, Julie Avolio, Philip M. Sherman, and Anne M. Griffiths

RESUMEN:

BACKGROUND AND AIMS: IMPACT is a disease-specific health-related quality-of-life questionnaire developed for use in pediatric inflammatory bowel disease through a process of patient interviews and analysis of patient responses to an item-reduction questionnaire. This study sought to assess the feasibility, reliability, and validity of the instrument.

RESULTS: The readability statistic showed a Flesch-Kincaid Grade level of 4.5. Only 0.68% of questions were left blank. Reliability was excellent with Cronbach's α 0.96, and an ICC of 0.90 in patients with stable disease over a two-week period ($n = 32$). The mean total IMPACT score for patients with quiescent disease (180 ± 32) was significantly higher (better QOL) than for

those with active disease (146 ± 31 for mild, 133 ± 34 for moderate/severe) ($P < 0.005$).

CONCLUSIONS: The IMPACT questionnaire is a valid and reliable reflection of health-related quality of life of older children and adolescents with both ulcerative colitis and Crohn's disease. JPGN 35:557–563, 2002. Key Words: Crohn's disease—Ulcerative colitis—Quality of life—Pediatric. © 2002 Lippincott Williams & Wilkins, Inc (74).

TITULO: Influence of inflammatory bowel disease on different dimensions of quality of life

AUTOR: Francesc Casellas, Josefa Lopez-Vivancos, Xavier Badia, Jaime Vilaseca and Juan-Ramon Malagelada

RESUMEN:

OBJECTIVE: To establish the impairment of different dimensions of quality of life in inflammatory bowel disease (IBD).

RESULTS: In active IBD, all dimensions of the quality of life scored significantly lower than in inactive IBD, indicating a poor quality of life. Social impairment was the least impaired dimension of the IBDQ in active UC and CD, compared with digestive and systemic symptoms. In inactive IBD, the systemic symptoms domain received the lowest score ($P < 0.01$). In a subgroup of 22 patients studied before and after remission, emotional function was the most impaired dimension after achieving remission.

The Psychological General Well Being Index was significantly impaired in active UC [78.5 (range 64 ± 89)] and CD [76.5 (range 69 ± 97)] relative inactive IBD [104 (range 93 ± 111)] vs 106 (95 ± 113), respectively; $P < 0.05$].

CONCLUSIONS: Quality of life is impaired in IBD. During relapse, clinicians should pay attention to digestive symptoms and psychological distress. In remission, they should be sensitive to systemic symptoms (75).

TITULO: Employment status, difficulties at work and quality of life in inflammatory bowel disease patients

AUTOR: Angela G.E.M. De Boer, Floor Bennebroek Evertsz, Pieter C. Stokkers, Claudia L. Bockting, Robert Sandermanf, Daniel W. Hommesg, Mirjam A.G. Sprangers and Monique H.W. Frings-Dresen

RESUMEN:

OBJECTIVES: To assess employment status, difficulties at work and sick leave in inflammatory bowel disease (IBD) patients and their relation with sociodemographic and clinical factors, quality of life (QoL), and anxiety and depression.

RESULTS: In total, 202 IBD patients of working age, with a mean age of 41 years, participated; 63% had Crohn's disease and 37% had ulcerative colitis, and 57% were women and 19% had active disease. In all, 123 (61%) patients were in paid employment, of whom 31 (25%) were on sick leave, whereas 46 (23%) received a disability pension. Concentration problems (72%), low working pace (78%) and delayed work production (50%) were the most prevalent IBD-related work difficulties. IBD patients without paid employment were older and more often women, with active disease, lower QoL and higher anxiety and depression rates. Sick leave was associated with lower QoL and higher anxiety and depression rates.

CONCLUSION: More than half of IBD patients were in paid employment, whereas almost a quarter was receiving a disability pension. A large majority experienced work difficulties. Having no paid employment was associated with poorer QoL and more anxiety and depression symptomatology (76).

TITULO: Impairment of Health-related Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease: A Spanish Multicenter Study

AUTOR: F. Casellas, PhD, J. I. Arenas, PhD, J. S. Baudet, PhD, S. Fa'breagas, MD, N. Garcia, MD, J. Gelabert, MD, C. Medina, PhD, I. Ochotorena, MD, M. Papo, PhD, L. Rodrigo, PhD, and J.-R. Malagelada, PhD

RESUMEN:

BACKGROUND: Inflammatory bowel disease impairs patients' perception of health and has a negative impact on health-related quality of life (HRQOL). Most studies include patients from a single hospital.

This may bias limit results through the use of small patient samples and/or samples within a restricted disease spectrum.

RESULTS: The study included 1156 patients (528 patients with UC and 628 with CD; median age, 35 yr; slight predominance of women, 617 versus 539). HRQOL worsened in parallel with disease severity to a similar extent in both UC (IBDQ scores of 6.1, 4.7, and 4.0 for the 3 disease severity groups, respectively) and CD (IBDQ scores of 6.1, 5.0, and 4.1, respectively). A similar inverse relation between clinical activity and quality of life was observed when EuroQol preference values were used. All 5 dimensions of the IBDQ showed significantly lower scores in patients with active UC and CD than in patients in remission. The pattern of scores by IBDQ dimensions differed between patients in relapse (who scored worse on the digestive symptoms dimension) and patients in remission. Variables related with disease activity, time of evolution since diagnosis and female sex, were significantly associated with having a worse perception of HRQOL. The type of disease or geographical area of residence did not influence results on the IBDQ.

CONCLUSIONS: UC and CD impair patients' HRQOL, and the degree of impairment depends on disease activity but is independent of the type of disease and place of residence (77).

TITULO: Validation of the Inflammatory Bowel Disease Disability Index in a population-based cohort

AUTOR: Corinne Gower-Rousseau, Hélène Sarter, Guillaume Savoye, Noémie Tavernier, Mathurin Fumery, William J Sandborn

RESUMEN:

BACKGROUND: IBDs are chronic destructive disorders that negatively affect the functional status of patients. Recently, the Inflammatory Bowel

Disease Disability Index (IBD-DI) was developed according to standard WHO processes. The aims of the current study were to validate the IBD-DI in an independent patient cohort, to develop an index-specific scoring system and to describe the disability status of a well-defined population-based cohort of French patients with IBD.

RESULTS: 150 patients with Crohn's disease (CD) and 50 patients with UC completed the IBD-DI validation phase. The intraclass correlation coefficient for interobserver reliability was 0.91 and 0.54 for intraobserver reliability. Cronbach's α of internal consistency was 0.86. IBD-DI scores varied from 0 to 100 with a mean of 35.3 (Q1=19.6; Q3=51.8). IBD-DI scores were highly correlated with Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (-0.82 ; $p<0.001$) and SF-36 (-0.61 ; $p<0.05$) scores. Female gender ($p<0.001$), clinical disease activity ($p<0.0001$) and disease duration ($p=0.02$) were associated with higher IBD-DI scores.

CONCLUSIONS: The IBD-DI has been validated for use in clinical trials and epidemiological studies. The IBD-DI showed high internal consistency, interobserver reliability and construct validity, and a moderate intraobserver reliability. It comprises 14 questions and ranges from 0 to 100. The mean IBD-DI score was 35.3 and was associated with gender, clinical disease activity and disease duration. Further research is needed to confirm the structural validity and to assess the responsiveness of IBD-DI (78).

5.2. A NIVEL NACIONAL Y LOCAL

No se encontraron investigaciones que exploren la relación estudiada en este proyecto ni a nivel local, ni a nivel nacional.

6. Objetivos

6.1. Objetivo general

Determinar cuál es calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal del servicio de Gastroenterología en el hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa 2020

6.2. Objetivos específicos

Determinar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con diagnósticos de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Servicio de Gastroenterología en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa 2020

Identificar la relación existente entre la calidad de vida de los pacientes con enfermedad inflamatoria y su desarrollo en sociedad y actividades diarias

Comparar la calidad de vida entre pacientes con Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn

7. HIPOTESIS

H0: No existe relación entre la actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal y la calidad de vida de pacientes del servicio de Gastroenterología en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo

H1: Existe relación entre la actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal y la calidad de vida de pacientes del servicio de Gastroenterología en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo

8. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

8.1. Técnicas e Instrumentos

8.1.1. Llenado de la ficha de recolección de datos y clasificación de actividad de enfermedad inflamatoria intestinal

Se le pidió a cada paciente con enfermedad inflamatoria intestinal que acepte participar del estudio, responda las preguntas de Ficha de recolección de datos (Ver Anexo 01) y clasificación de actividad de enfermedad inflamatoria intestinal (Ver Anexo 02), en la cual están las preguntas acerca de los factores sociodemográficos.

8.1.2. Llenado de Encuesta de calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal IBDDI

Se le pidió a cada paciente participante del estudio responder a las preguntas de la Encuesta de calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal IBDDI (Ver Anexo 03), considerando como se ha sentido en los últimos 7 días. Son 19 preguntas, que incluyen: 7 sobre funciones del cuerpo y sus componentes, 2 sobre Estructuras del cuerpo; 5 sobre Actividades y categorías de participación y 5 sobre factores ambientales; la respuesta de cada ítem en el cuestionario es dicotómica en “sí” versus “no” y ordinal en la escala de Likert de 1 a 5 (1 es sin dificultad y 5 es extrema, 1 es sin efecto positivo / negativo y 5 siendo efecto positivo / negativo extremo y no aplicable), a las cuales se les asignó valores de 0, -1, -2 y -3 según la presencia de sintomatología y sus correspondientes valores positivos a los factores protectores. Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de >-10 o más muestra la probabilidad de presencia de discapacidad, determinándose la severidad de la misma por el valor final obtenido (63).

8.1.3. Consideraciones éticas y consentimiento informado

El presente estudio no incurrió en contra de ninguno de los principios de Bioética, tales como de Autonomía, Justicia, Beneficencia y No maleficencia.

Se procedió a pedir la autorización al comité de ética y al Jefe de Servicio de Gastroenterología del hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo (Ver Anexo 05) y el consentimiento informado de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal antes de responder las preguntas de la fichas. El consentimiento informado (Ver Anexo 04).

La información recogida se utilizó solo con los fines de investigación, respetándose la confidencialidad y autenticidad de los datos.

8.1.4. Plan de recolección y análisis estadístico de los datos

El orden en el cual se ejecutó las acciones de la investigación fueron las siguientes:

- a. Presentación del protocolo al Jefe del Servicio de Gastroenterología para el permiso respectivo de toma de datos de las pacientes (Anexo 05)
- b. Obtención de los materiales necesarios para la recolección de la información:
 - i. Impresión de fichas de recolección de datos (Ver Anexo 01).
 - ii. Impresión de la ficha de clasificación de actividad de enfermedad inflamatoria intestinal (Ver Anexo 02)
 - iii. Impresión de Encuesta de calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal IBDDI (Ver Anexo 03)
 - iv. Impresión del consentimiento informado para pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- c. Recojo de la información.
- d. Análisis de información.
- e. Elaboración de la base de datos.
- f. Análisis en programas estadísticos, mediante una base de datos en SPSS y las pruebas estadísticas de Chi cuadrado y T de student,
- g. Presentación de informe final

8.2. Materiales de Verificación

- Material de escritorio
- Fichas de investigación
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico (SPSS 25).
- Impresora

9. CAMPO DE VERIFICACIÓN

9.1. Ubicación especial:

Instalaciones del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo

9.2. Ubicación temporal :

Agosto de 2019 a Febrero 2020

UNIDADES DE ESTUDIO

9.3. Universo:

Según datos de estadística del Servicio de Gastroenterología en el año 2020 se atendieron 53 pacientes.

9.3.1. Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 18 años.

Pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal.

Pacientes con tratamiento para enfermedad inflamatoria intestinal.

Pacientes que accedan a realizar el llenado de la ficha de recolección de datos y la encuesta

9.3.2. Criterios de exclusión:

Pacientes con alguna discapacidad mental o alteración de conciencia que le imposibilite el llenado de la encuesta.

Negativa del paciente de realizar el llenado de la ficha de recolección de datos y la encuesta.

9.4. Tamaño de la Muestra:

Según tablas de estadística para una muestra representativa con un intervalo de confianza del 95% se obtiene una muestra representativa de 45 pacientes diagnosticados con enfermedad inflamatoria intestinal

9.5. Procedimiento de Muestreo:

Aleatorio simple con criterios de inclusión.

10. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

10.1. Modo

Se hizo de modo individual, aplicando como técnica la encuesta y recolección de datos para su posterior registro y manejo.

10.2. Recursos

Se necesitó:

i. Humanos:

- Investigadora : Zea Zeballos, Nasheli Yomira
- Asesor : Yanyne Suarez Cueva

ii. Materiales:

- Ficha de recolección de datos.
- Índice de actividad para Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.
- Encuesta de calidad de vida IBDDI
- Computadora con software para recolección de datos y elaboración de matriz de datos (SPSS 22 para Windows)

iii. Financieros:

- Autofinanciado

10.3. Necesidades de Información

Se requirió de una buena comprensión y manejo del tema para poder dirigir el significado de los resultados obtenidos. Se contó con asesoría de un entendido de la especialidad de Gastroenterología que pueda enrumbar mejor la dirección del estudio y la verdadera significancia que este tiene.

Se necesitó además de organización y adecuación de la información para poder explicar al paciente en qué consiste el estudio, de modo que comprendan adecuadamente los indicadores a evaluar y brinden datos suficientes.

10.4. Validación de los instrumentos

Encuesta de Inflammatory Bowel Disease Disability Index fue validada internacionalmente en un artículo publicado en Octubre del 2014, en la “Journal of Crohn's and Colitis, Volume 8, Issue 10, paginas 1237–1245” titulado: Estudio prospectivo de validación de la clasificación internacional de puntuación de funcionamiento, discapacidad y salud en la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa .

10.5. Criterios o Estrategias para el manejo de los resultados

La información obtenida se procesó de forma sistemática y se obtuvo una base de datos. Los resultados obtenidos serán analizados estadísticamente mediante el uso de Chi cuadrado y variable T de student.

11. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Jun-2019				Jul a Set 2019				Dic-19				Dic 19 - Ene 20				Feb - 20		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
1. Elección del tema	■	■	■																
2. Revisión bibliográfica				■	■	■	■	■											
3. Aprobación del proyecto									■	■	■	■							
4. Ejecución: Llenado de ficha y de la encuesta IBDDI													■	■	■				
5. Análisis e interpretación															■				
6. Informe final																	■	■	■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thia KT L. An update on the epidemiology of inflammatory bowel disease in Asia. *Am J Gastroenterol.* 2008;; p. 3167-3182.
2. Button LA R. Hospitalized prevalence and 5-year mortality for IBD: record linkage study.. *World J Gastroenterol.* 2010;; p. 431-438.
3. Juliao Baños FCea. Fenotipo e historia natural de la enfermedad inflamatoria intestinal en un centro de referencia de Medellín-Colombia.. *Rev Col Gastroenterol.* 2010;; p. 240-251.
4. Illescas L G. Colitis ulcerosa: estudio retrospectivo en 52 años.. *Rev Gastroenterol Peru.* 1999;; p. 19(2):116-123.
5. Vera Calderón A F. Perfil clínico y epidemiológico de la colitis ulcerativa en un hospital de Lima.. *Rev Gastroenterol Peru.* 2004;; p. 24(2):135-142.
6. Cedrón H P. Colitis ulcerativa en el Perú. *Rev Gastroenterol Peru.* 2006;; p. 26.
7. Bendaño T F. Perfil clínico y evolutivo de la enfermedad de Crohn en el hospital Rebagliati (Lima-Perú). *Rev Gastroenterol Peru..* 2010;; p. 30(1):17-24.
8. Méndez JP, Moreno GO, Plata A, Molina LL, Ordoñez KA, Gamio JLA, et al. Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia de Lima-Perú. *Rev Gastroenterol Peru.* 2016;; p. 209-218.
9. Stewenius J Lea. Ulcerative Colitis and Indeterminate Colitis in the City of Malmö, Sweden: A 25-Year incidence study.. *Scand J Gastroenterol.* 1995;; p. 30: 38-43.
10. C. Saro Gismera. Incidencia y prevalencia en enfermedad inflamatoria intestinal crónica. Estudio asturiano en cinco áreas (EIICEA). España. *Anales de Medicina Interna.* 2003; p. 9-17.
11. Antonia Mauryane Lopes L. Calidad de vida de pacientes con enfermedad de Crohn. *Revista Electronica Trimestral de Enfermeria.* 2017;; p. 321-336.

12. Ryan J MMJKea. The Clinical Utility of Health Related Quality of Life Screening in a Pediatric Inflammatory Bowel Disease Clinic.. *Inflamm Bowel Dis.* 2013;; p. 19(12):10.
13. F Casellas JIAJSBSFNGJGCMiomplr. Impairment of Health-Related Quality of Life in Patients With Inflammatory Bowel Disease: a Spanish Multicenter Study. *Inflammatory Bowel Diseases.* 2005, ;; p. 488–496.
14. Gútiérrez HAR. Enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Col Gastroenterol.* 2003;; p. 24-41.
15. Daniel Burger ST. Conventional medical management of inflammatory bowel disease. *American Gastroenterological Association.* 2011;(1827-1837).
16. Laura Eguirauna L. Tema 5. Enfermedad inflamatoria intestinal. Curso básico sobre Patologías digestivas. 2016 Septiembre;(22-27).
17. J.K. Yamamoto-Furushoa F. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: Primer Consenso Latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation. *Revista de Gastroenterología de México.* 2017;(46-84).
18. Castillo-Martínez Diana R. Enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas.* 2005; 10(10-20).
19. Casellas F,yLVJ. Evaluación de la calidad de vida en las enfermedades digestivas. *Gastroenterología y Hepatología.* 2004; 27(58-68).
20. Kirsner JB. Historical origins of current IBD concepts. *World Journal of Gastroenterology.* 2001; 7(175-184).
21. Ricart E. Colitis ulcerosa. In Montoro MA, García Pagán JC, editors. *Libro de Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica.* 2ª Edición; 2012. p. 459-471.
22. Crohn B. Regional ileitis. A pathological and clinical entity. *Journal of the American Medical Association.* 1984; 251(73-79).
23. García de Tena MEJCLBMÁMS. Etiopatogenia de la enfermedad inflamatoria del tubo digestivo. 2004; 9(331-340).
24. *Am J Gastroenterol.* ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. 2018;(113:481-517).

25. Fernando Gomollón MS. Enfermedad inflamatoria intestinal: Enfermedad de Chron. In Montoro MA, García Pagán JC, editors. Libro de Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2ª Edición.; 2012.
26. Franco Scaldaferri CF. Inflammatory bowel disease: Progress and current concepts of etiopathogenesis. *Journal of Digestive Disease*. 2007;(171-178).
27. Paloma Sánchez-Fayos Calabuig M. Multifactorial etiology and pathogenic factors in inflammatory bowel disease. *Progresos en Gastroenterología*. 2009;(633-652).
28. Mark A Peppercorn ASC. Uptodate: Definitions, epidemiology, and risk factors for inflammatory bowel disease in adults. [Online]; 2019.
29. Burisch J. The burden of inflammatory bowel disease in Europe.. *Journal of Crohn's & Colitis*. 2013; 7(322- 337).
30. Sicilia B, VR, yGF. Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa: discusión de la epidemiología clásica.. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*. 2009;: p. 135-145.
31. Talley N. An evidence-based systematic review on medical therapies for inflammatory bowel disease. *The American Journal of Gastroenterology*. 2011;(106).
32. Burisch J. East-west gradient in the incidence of inflammatory bowel disease in Europe: the ECCO-EpiCom inception cohort.. *BMJ Journals*. 2014; 63(588-597).
33. Vernier G C. Epidemiology and risk factors of inflammatory bowel diseases. *Open Journal of Gastroenterology*. 2005;(949-961).
34. Enrique Medina Benítez D. Enfermedad inflamatoria intestinal. In *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP.*; 2010. p. 151-160.
35. Dignass A. The second european evidence-based consensus on the diagnosis and management of crohn's disease: Current management.. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2010; 4(28-62).
36. Lennard-Jones JE. Classification of inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 1989;(170).

37. Van Assche G. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2010;(7-27).
38. Quera R. Enfermedad inflamatoria intestinal: tratamiento. *Acta de reuniones clínicas*. 2005;; p. 25-28.
39. Yamamoto-Furushoa JK. Inflammatory bowel disease. *COS Internacionales*. 2011 Agosto;(75-79).
40. Gómez-González del Tánago P. Enfermedad inflamatoria intestinal. *Panorama Actual del Medicamento*. 2012; 36(809-820).
41. Baños FJ. Tratamiento médico para enfermedad inflamatoria intestinal. *Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología*. 2007;(313-330).
42. Buchman A. Efectos secundarios de los corticosteroides. In M. Gassull FGJHyAO. *Enfermedad inflamatoria intestinal: 2ª edición*. Madrid: Ergon; 2002. p. 393-401.
43. Casellas F. Impairment of health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a spanish multicenter study. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2005; 11(488-496).
44. Harvey R. A simple index of crohn's-disease activity. *The Lancet*. 1980;(514).
45. Truelove S. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial.. *British Medical Journal*. 1955; 2(1041-1048).
46. Best B. Development of a Crohn´s disease activity index. In *Endoscopy in Inflammatory Bowel Disease*.; 2002. p. 439-444.
47. Nos P. Enfermedad de Crohn. In Ponce J, editor. *Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas 3ª edición.*: Madrid: Asociación Española de Gastroenterología.; 2011. p. 261-271.
48. Vermeire S. Correlation between the Crohn`s disease activity and harvey-bradshaw indice in aasessing Crohn`s disease severity. *Clinical Gastroenterology and Hepatology: The Official Clinical Practice Journal of the American Gasyroenterological Association*. 2010;; p. 357-363.

49. Rachmilewitz D. Coated mesalazine (5-aminosalicylic acid) versus sulphasalazine in the treatment of active ulcerative colitis: a randomised trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*. 1989;; p. 82-86.
50. Powell-Tuck J. Correlations between defined sigmoidoscopic appearances and other measures of disease activity in ulcerative colitis.. In *Digestive Diseases and Sciences.*; 1982. p. 533-537.
51. Seo M. Evaluation of disease activity in patients with moderately active ulcerative colitis: comparisons between a new activity index and Truelove and Witts' classification.. *The American Journal of Gastroenterology*. 1995;; p. 1759-1763.
52. D'Haens G. A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis coliti. *Gastroenterology*. 2007;; p. 763-786.
53. Gomollón F. Guía clínica GETECCU del tratamiento de la colitis ulcerosa elaborada con la metodología GRADE.. *Gastroenterología y Hepatología*. 2013;; p. 47.
54. Ibargoyen-Roteta N. G. Establecimiento de estándares, registro y análisis de casos de tratamiento de la colitis ulcerosa mediante sistemas de aféresis. 2006.
55. Cabré E. Colitis Ulcerosa. Diagnóstico y diagnóstico diferencial. *Gastroenterología y Hepatología Continuada*. 2003;; p. 241-245.
56. M. AU. Quality of life: A theoretical review. *Terapia Psicológica*. 2012;; p. 61-71.
57. Arostegui I. Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. 1998.
58. Bognar G. The concept of quality of life. *Social and Practice*. 2005;; p. 561-580.
59. Campbell A. CP,RW. *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage. 1976.
60. Haas B. Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of nursing Scholarships*. 1999;; p. 215 – 220.

61. Meeberg GA. Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1993;; p. 32 – 38.
62. María Gomez Vela ENS. Calidad de vida: Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Escuela de Psicología*. 2000.
63. Daniela Simian RQ. Manejo integral de la enfermedad inflamatoria intestinal: más allá de una terapia farmacológica adecuada. *Rev Med Chile*. 2016; 144(488-495).
64. Gary R. Lichtenstein E Clinical Guideline: Management of Crohn's. *American Journal of Gastroenterology*. 2018 Marzo;(481-515).
65. Beatriz Sicilia RVFG. Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa: discusión de la epidemiología clásica. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*. 2009;(135-145).
66. Burisch J,yMP. The epidemiology of inflammatory bowel disease.. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2015; 50(942-951).
67. Mendoza Hernández J. Definiciones y manifestaciones clínicas generales. In M. Gassull FGJHyO, editor. *Enfermedad inflamatoria intestinal: 3ª edición.*; 2007. p. 21-28.
68. C. Jasinski MNTGLCLI. Enfermedad inflamatoria intestinal. 2004;(74-77).
69. Avila KC. Relato anual: Enfermedades Inflamatorias Intestinales: Indicaciones técnicas y quirúrgicas. *Rev Argent Coloproct*. 2017;(75-83).
70. Peyrin-Biroulet L CTea. Development of the first disability index for inflammatory bowel disease based on the international classification of functioning, disability and health. 2012;; p. 241-247.
71. Gower-Rousseau C. Validation of the inflammatory bowel disease disability index in a population-based cohort.. 2015;; p. 1-9.
72. Leong RWL. Prospective validation study of the international classification of functioning, disability and health score in Crohn`s disease and Ulcerative Colitis. *Journal of Crohn`s & Colitis*. 2014;; p. 1237-1245.
- 73 Simrén, Magnus, et al. Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: the impact of IBS-like symptoms and associated psychological

factors. *The American journal of gastroenterology*, 2002, vol. 97, no 2, p. 389-396.

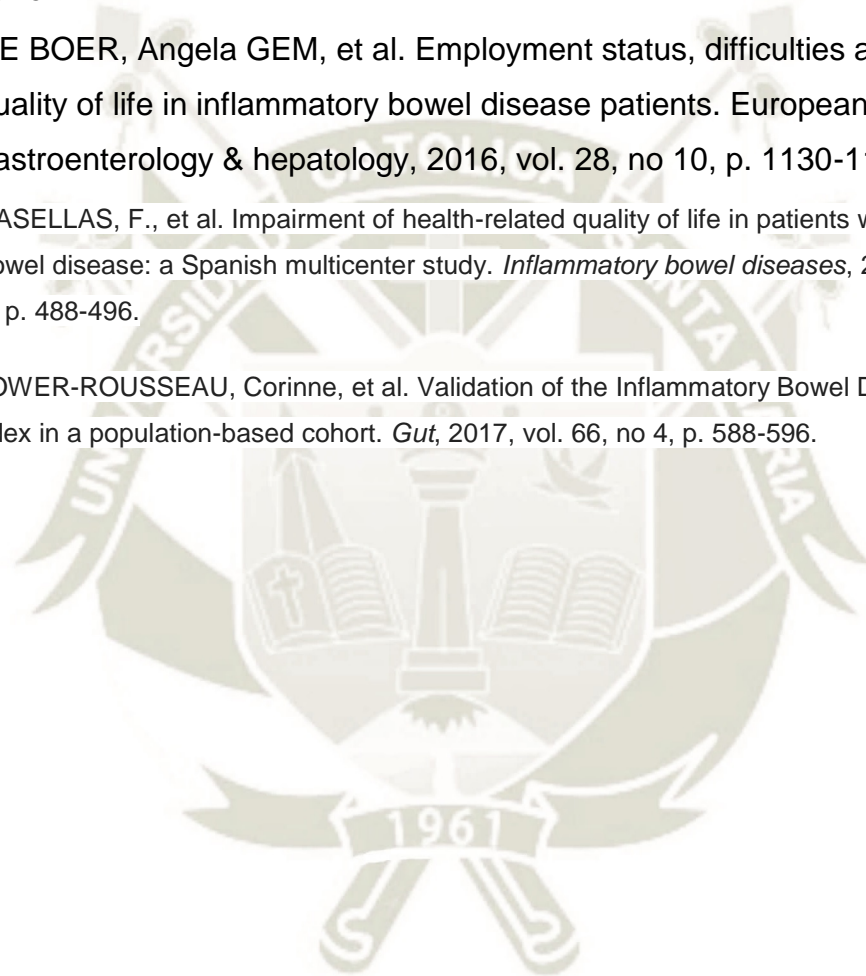
74 OTLEY, Anthony, et al. The IMPACT questionnaire: a valid measure of health-related quality of life in pediatric inflammatory bowel disease. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 2002, vol. 35, no 4, p. 557-563.

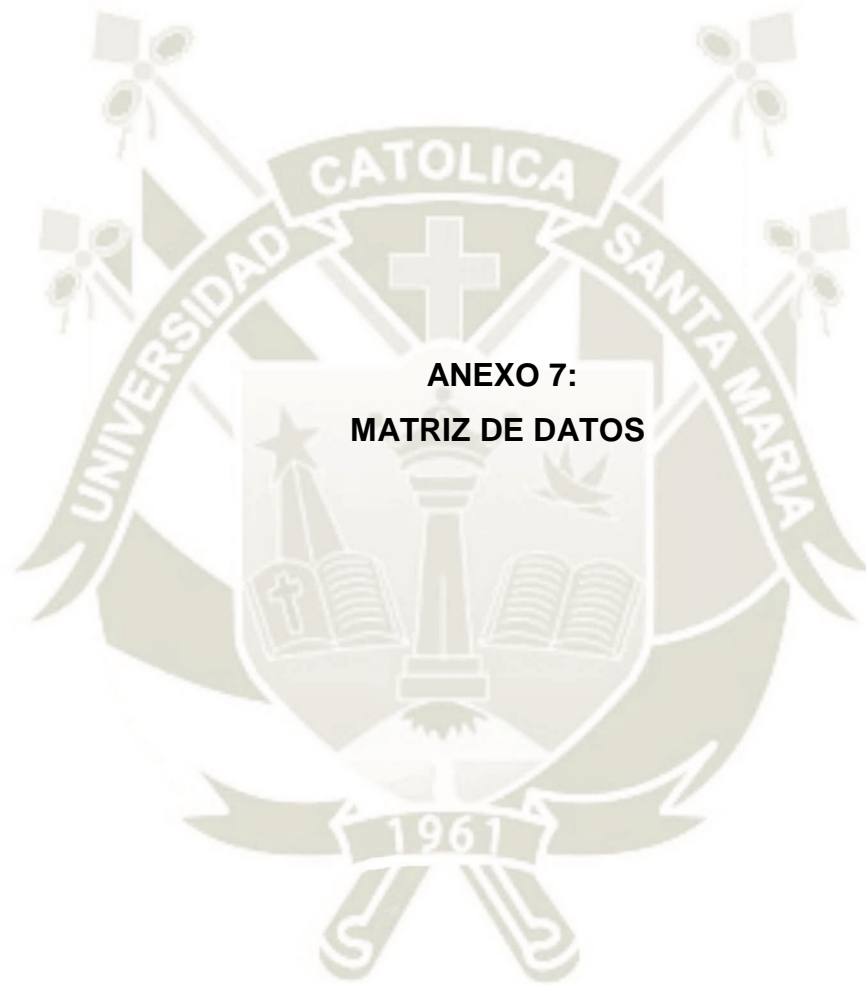
75 CASELLAS, Francesc, et al. Influence of inflammatory bowel disease on different dimensions of quality of life. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 2001, vol. 13, no 5, p. 567-572.

76 DE BOER, Angela GEM, et al. Employment status, difficulties at work and quality of life in inflammatory bowel disease patients. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 2016, vol. 28, no 10, p. 1130-1136.

77 CASELLAS, F., et al. Impairment of health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a Spanish multicenter study. *Inflammatory bowel diseases*, 2005, vol. 11, no 5, p. 488-496.

78 GOWER-ROUSSEAU, Corinne, et al. Validation of the Inflammatory Bowel Disease Disability Index in a population-based cohort. *Gut*, 2017, vol. 66, no 4, p. 588-596.







**ANEXO 8:
CARTA DE APROBACION DE COMITÉ ÉTICA**



"Año de la Universalización de la Salud"

NOTA N° 032 - CIEI-UCID-GRAAR-ESSALUD-2020

NIT: 1313-2020-2919

Arequipa, 11 marzo 2020.

DR.
CLAUDIO COAYLA CANO
Jefe Oficina de Capacitación Investigación y Docencia
Red Asistencial Arequipa - EsSalud
Presente.-

ASUNTO: APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Es grato dirigirme a usted, con un saludo cordial y en atención al asunto comunicarle que el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Red Asistencial Arequipa, ha evaluado el siguiente Proyecto de Investigación:

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO, AREQUIPA 2019.

Presentado por **Nasheli Yomira Zea Zeballos**, estudiante de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María. Cualquier cambio en el proyecto, debe ser comunicado al CIEI antes de ser aplicado. El proyecto mencionado, califica para evaluación expedita, por cumplir los requisitos según el Manual de Procedimientos del CIEI.

Por lo expuesto, se decide la aprobación, teniendo una validez de un año a partir de la fecha.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



Dr. N. Ramiro Rosado Santander
Presidente del Comité Institucional
de Ética en Investigación
Red Asistencial Arequipa
EsSalud

RRS/mvm
C.C. Archivo

www.essalud.gob.pe

Esq. Peral y Ayacucho s/n
Arequipa, Perú
T. (054) 380350 / 380370



"Año de la Universalización de la Salud"

CARTA N°37 - UCID-GRAAR-ESSALUD-2020

NIT: 1313-2020-2919

Arequipa, 11 marzo 2020

Señorita
NASHELI YOMIRA ZEA ZEBALLOS
Facultad de Medicina Humana
Universidad Católica de Santa María
Investigador principal
Presente.-

ASUNTO: APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Reciba mi saludo cordial y en atención al asunto, comunicarle que de acuerdo a la Directiva N° 03- IETSI-ESSALUD-2019, Directiva que Regula el Desarrollo de la Investigación en Salud – EsSalud, el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Arequipa - EsSalud, ha evaluado y aprobado el Proyecto de Investigación:


CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO, AREQUIPA 2019.


Por lo expuesto, se autoriza el inicio del estudio, teniendo una vigencia de 12 meses a partir de la fecha.

El autor se compromete a respetar la confidencialidad de la información, a presentar un informe final de su trabajo a la Oficina de Capacitación Investigación y Docencia; asimismo, deberá dejar una copia de la tesis aprobada, para la biblioteca del HNCASE.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



Dr. Claudio Héctor Coayla Cano
Jefe Unidad de Capacitación, Investigación y Docencia
GERENCIA RED ASISTENCIAL AREQUIPA


CCC/mvm
c.c. Archivo

www.essalud.gob.pe

Esq. Peral y Ayacucho s/n
Arequipa, Perú
T. (054) 380350 / 380370