

***EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO DE
REFERENCIA DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ , SU COMPORTAMIENTO EN LA MUJER Y
EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA***

RESUMEN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología crónica que cada vez más está aumentando su incidencia en nuestra población, dentro de su etiopatogenia están involucrados factores medioambientales y genéticos, lo cual hace muy relevante el estudio de esta enfermedad en Colombia, dado nuestras diferencias sociodemográficas, permitiendo así determinar cuál es nuestro patrón de presentación y los factores predisponentes para generar severidad y enfermedad no controlada. Se realiza un estudio observacional descriptivo de corte transversal, documentándose las variables socioeconómicas, clínicas, paraclínicas, histológicas, endoscópicas y realizándose un subanálisis de una población femenina con las complicaciones ginecobstétricas asociadas durante la historia natural de la EII, finalmente se realiza una evaluación de calidad de vida en el 40% de los pacientes. Esta es la primera gran cohorte de EII estudiada en la ciudad de Bogotá y la segunda a nivel nacional, evidenciándose un predominio de Colitis ulcerativa (CU), sin embargo, se debe resaltar que hay una tendencia a mayor detección de Enfermedad de Crohn (EC). La CU presentó un comportamiento relativamente benigno con severidades en su mayoría de leve a moderada. En cuanto a la EC, nuestros pacientes al momento del ingreso presentaban comportamiento más severo sobre todo de tipo fistulizante, con un mayor uso de terapia biológica tipo AntiTNF. Se documentó una baja tasa de vacunación contra VPH y realización de citología vaginal, por lo que sugiere adicionalmente profundizar aún más en la salud reproductiva de las mujeres con EII dado las repercusiones que pueden tener las hormonas en la enfermedad y el impacto de esta en la fertilidad, en el embarazo y en el desenlace de este. Así mismo, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la evaluación de calidad de vida, sí hay una tendencia a que los pacientes con EC tienen un mayor puntaje de severidad en la calidad de vida, por lo cual se debe generalizar la evaluación de la

calidad de vida en los pacientes con EII objetivando no solo metas clínicas, paraclínicas y endoscópicas, impactando de esta manera en la parte psicosocial.

KEYWORDS:

- *inflammatory bowel disease, crohn disease, ulcerative colitis, disease epidemiology*

PALABRAS CLAVE

- *Enfermedad inflamatoria intestinal, Enfermedad de Crohn, Colitis ulcerativa, Epidemiología de la enfermedad*

PSEUDONIMO : EIIBOGOTA

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología crónica que cada vez más está aumentando su incidencia en nuestra población, dentro de su etiopatogenia están involucrados factores medioambientales y genéticos, lo cual hace muy relevante el estudio de esta enfermedad en Colombia, dado nuestras diferencias sociodemográficas, permitiendo así determinar cuál es nuestro patrón de presentación y los factores predisponentes para generar severidad y enfermedad no controlada. Actualmente hay muy pocas descripciones de cohortes Colombianas con EII y consideramos que al ser el HUSI (Hospital Universitario San Ignacio) un hospital de referencia con una clínica de EII establecida, es un deber describir las características clínicas y demográficas de nuestros pacientes con EII y de esta manera poder realizar estrategias de manejo e intervención disminuyendo la morbilidad de esta enfermedad en nuestro medio.

2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno crónico que afecta principalmente el intestino, ocasionando dolor abdominal recurrente, diarrea crónica y múltiples manifestaciones sistémicas involucrando incluso órganos extra intestinales(1). Esta enfermedad aparece principalmente entre los 15 y 35 años, afectando tanto a hombres como mujeres(2). La enfermedad de Crohn (EC), la colitis ulcerativa (CU) y la colitis indeterminada (CI) son las tres enfermedades incluidas en este término de EII. Su etiología sigue siendo desconocida, sin embargo, las más recientes investigaciones permiten sugerir su origen inmunogenético(3). Este hecho, hace que aun sean de interés los estudios epidemiológicos de este grupo de enfermedades a fin de clarificar los orígenes de esta entidad. Por otra parte, cada país y a su vez cada hospital debe conocer los datos de incidencia y prevalencia de estas entidades para realizar estrategias de prevención y manejo de complicaciones dado el alto grado de morbilidad que tiene esta patología.

La incidencia de la EII, tanto en la CU como en la EC, ha sufrido un notable incremento durante los últimos 30 años en todos los países desarrollados, estableciéndose una meseta desde los años

setenta generándose entre 10 y 15 casos/100.000/año(2). Antes se describía una distribución geográfica clásica desde el norte al sur de los continentes, sin embargo, en estudios más recientes, se empieza a hablar de un gradiente oeste-este. Dicho en otras palabras, la EII se distribuye en forma paralela al nivel socio económico de los distintos países. La incidencia de este grupo de enfermedades, en las series publicadas en España es baja en relación a la presentada en estudios europeos, sobre todo aquellos que corresponden al norte de Europa. Sin embargo, en trabajos más recientes estas tasas han aumentado, asemejándose a las publicadas en los países nórdicos. En Colombia hay estudios descriptivos de población con EII en hospitales de las ciudades de Medellín y Cartagena(4, 5), a nivel de Bogotá no hay descripciones de cohortes grandes de pacientes con esta patología. Nuestro objetivo fue poder describir la población de pacientes con EII en nuestro hospital considerando que al investigar las diferencias demográficas, clínicas e imagenológicas entre los pacientes con EII y determinando cuales son los factores que están repercutiendo en los desenlaces de estos pacientes podríamos compararnos con otras cohortes de nuestro país y del mundo, y a futuro implantar medidas de control de estas entidades y disminuir la morbimortalidad. Es importante fomentar que la epidemiología de las enfermedades del aparato digestivo en nuestro país debe ser objeto de continua investigación ya que el conocimiento real de estas patologías, aun cuando sean infrecuentes o a veces subdiagnosticadas como en este caso, nos ayudará en la planificación de estrategias en salud eficaces, además de mantenernos alertas para realizar un diagnóstico oportuno.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO PRINCIPAL

- Determinar las características demográficas, clínicas e imagenológicas de los pacientes con EII del HUSI que asistieron a la consulta externa y/o hospitalización durante los años 2014-2016

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los hallazgos paraclínicos e imagenológicos de los pacientes con EII del HUSI
- Describir los hallazgos histológicos en los pacientes con EII del HUSI
- Describir las estrategias de tratamiento en los pacientes con EII del HUSI
- Describir las complicaciones en los pacientes con EII del HUSI
- Describir los hallazgos relevantes en la salud reproductiva de mujeres con EII
- Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con EII

4. IMPACTO, POSBLE APLICACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS Y ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

La EII es una enfermedad crónica, caracterizada por la inflamación recurrente de diferentes segmentos del tracto gastrointestinal, con diversas manifestaciones clínicas tanto digestivas como extraintestinales. Se ha descrito una predisposición genética y factores ambientales asociados a su etiología y patogenia. En nuestro país hay pocos estudios descriptivos de las diferentes cohortes de EII y la incidencia mundial muestra que cada vez aumentan el número de casos de pacientes con esta enfermedad y consigo un aumento de su mortalidad y morbilidad. Consideramos que la descripción de nuestra población con EII permitiría optimizar y proponer estrategias de manejo y control de la enfermedad y sus complicaciones, así como la instauración de planes educativos a los pacientes sobre el manejo de su enfermedad y sus signos de alarma, todo lo cual permitiría un adecuado control de esta entidad y a su vez una disminución a largo plazo de costos en salud.

5. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

El término EII incluye dos trastornos de etiología aun totalmente no conocida, la CU y la EC, que se definen según criterios clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos. Ambas cursan de forma crónica con brotes de actividad inflamatoria(3). En cuanto a la EC el dato característico es la inflamación crónica del tracto gastrointestinal sin indicios de infección. En general, es un proceso

crónico de naturaleza recurrente, muchas veces existen períodos de remisión, pero el proceso también puede manifestarse con síntomas continuos crónicos. A diferencia de la CU, la EC puede aparecer en cualquier punto a lo largo del tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el ano, sin embargo, existen tres zonas principales de afectación: el intestino delgado solo, el colon solo o una combinación del intestino delgado y el grueso. El íleon terminal es el área afectada con mayor frecuencia, y participa en las dos terceras partes de los pacientes. Se han realizado numerosos estudios sobre los patrones clínicos, en conjunto, el patrón combinado de intestino delgado e intestino grueso se observa en el 26 al 48% de casos. El patrón de intestino delgado solo se observa en el 11 al 48%, mientras que la afectación del colon solo se encuentra en el 19 al 51% de los pacientes. Al subclasificar los patrones, un estudio encontró que la afectación del íleon terminal y el colon juntos constituía el patrón más habitual, y se hallaba en el 55% de los pacientes. Las demás áreas del intestino delgado, excluyendo el íleon terminal, sólo estaban afectadas en el 3% de casos estudiados. También se pueden afectar el duodeno, el esófago, el estómago y la boca. Sin embargo, esas localizaciones son infrecuentes y rara vez se observan sin enfermedad activa simultánea en el intestino delgado y/o el colon. Los diferentes patrones de enfermedad pueden conducir a distintos patrones de manifestaciones clínicas(6). En cuanto a la CU se caracteriza como inflamación no infecciosa del tracto gastrointestinal, limitada al recto y al colon. Es un trastorno recidivante y remitente, con intervalos de remisión que alternan con períodos de inflamación sintomática, existen muchas diferencias entre esta y la EC como por ejemplo en la CU la inflamación se limita a la submucosa y la mucosa, en lugar de la inflamación transmural que se observa en la EC. A diferencia de la EC, la CU es una enfermedad continua, sin lesiones a saltos entre las áreas de enfermedad, casi siempre se afecta el recto, y las lesiones pueden progresar en sentido proximal desde allí. Aunque es posible la afectación del intestino delgado en los casos de «ileítis retrógrada», la CU se limita al colon. Se han descrito cuatro categorías principales de afectación del colon. En la proctitis sólo está afectado el recto. La proctosigmoiditis incluye afectación rectal con extensión al sigmoide. El término colitis del lado izquierdo se refiere a la enfermedad que se extiende continuamente desde el recto hasta el ángulo esplénico. La pancolitis

es la inflamación más allá del ángulo esplénico, que se puede extender hasta el ciego. Entre los pacientes adultos, el 55% se presentan con proctitis, el 30% con colitis del lado izquierdo y el 15% con pancolitis(7).

Dentro de la etiología de esta entidad se han estudiado numerosos factores medioambientales que influyen en la EII, entre ellos la exposición al humo del tabaco, la dieta, los anticonceptivos orales y los fármacos antiinflamatorios no esteroideos(8). También pueden existir influencias microbianas junto con alteraciones inmunológicas, adicionalmente hay pruebas de que los factores genéticos también tienen un papel importante(9).

En cuanto a los hallazgos epidemiológicos, la incidencia de EII varía de acuerdo con la localización geográfica. Las tasas más altas se encuentran en los países más desarrollados de Escandinavia, norte de Europa y Norteamérica, mientras que las tasas son inferiores en Asia, África y Sudamérica. Sin embargo, la incidencia está subiendo en los países menos desarrollados conforme aumenta su industrialización, lo que implica al medio ambiente, la dieta y las prácticas culturales como posibles factores de riesgo. Otros estudios epidemiológicos han demostrado que la EII afecta clásicamente a las personas jóvenes; sin embargo, existe una incidencia bimodal, con un pico grande en la segunda o la tercera décadas de la vida, y un pico más pequeño en una época posterior. La distribución bimodal se observa de forma más consistente en la CU que en la EC. En Estados Unidos se ha calculado una incidencia CU de 7-12/100.000 habitantes/año(2). En el Reino Unido la incidencia es de 10-20/100.000 habitantes/año, con una prevalencia de 100-200/100.000 habitantes(10). En Asia y Suramérica se ha publicado una incidencia de 0,08/100.000 habitantes/año(2). En EC En Estados Unidos se ha calculado una incidencia de 5-11/100.000 habitantes/año, contabilizándose 480.000 casos con una prevalencia de 50/100.000. En el Reino Unido la incidencia es 5-10/100.000 con una prevalencia de 50-100/100.000 habitantes. En Asia y Suramérica se ha publicado una incidencia de 0,5/100.000 habitantes/año(2).

Los datos epidemiológicos de la EII en poblaciones hispánicas son escasos, nos encontramos todavía lejos de conocer la prevalencia real de esta enfermedad en Centro y Suramérica. La precariedad de los sistemas de información de los servicios nacionales de salud, la alta prevalencia

de enfermedades infecciosas intestinales, el carácter insidioso de los síntomas de la EII, la carencia de medios diagnósticos en algunas áreas geográficas, así como la poca familiaridad de los médicos con esta enfermedad, hacen del estudio epidemiológico de la EII en países en vías de desarrollo un verdadero reto. En Latinoamérica se cuenta con un estudio en Puerto Rico que reporta un incremento significativo en la incidencia total de EII entre 1996 y 2000. El estudio se diseñó reclutando pacientes de diferentes gastroenterólogos de practica privada del sur del país y se tomaron los datos demográficos y clínicos de las historias clínicas de 202 casos nuevos de EII (EC 48, CU 102 y CI 52), se observó un incremento significativo de la incidencia durante el periodo de observación de 3,07 a 7,74/100.000 personas-año, siendo substancialmente mayor para EC, el estudio concluye que la incidencia de EII en Puerto Rico está aumentando y que puede ser más alta que la reportada previamente en la población latinoamericana(11). En cuanto a los datos encontrados en Argentina y Panamá la incidencia fue de 1,2 y 2,2/100.000 personas/año respectivamente, según un estudio realizado entre 1987 y 1993, basado en registros hospitalarios, no se reportaron casos de EC en Panamá y solo un caso en Argentina(12). En Colombia contamos con pocos estudios, una serie de casos publicada en 1991 presentó 108 casos de EII recolectados durante 22 años, de los cuales 98 correspondían a CU y 10 a EC. En una serie sobre colitis en adultos mayores de una institución de Bogotá la CU fue reportada como la tercera más frecuente (18%) después de la colitis isquémica (30%) y la infecciosa (20%), en último lugar, la EC (2%). Los últimos dos estudios (5, 6) realizados fueron en población de la ciudad de Medellín(4) y Cartagena(5) los cuales nos muestran series de 202 y 29 casos respectivamente, estableciendo que la CU es más frecuente que la EC en dichas poblaciones. Por todo lo anterior creemos en la imperativa necesidad de describir nuestra población con EII especialmente aquella no controlada atendidos en el HUSI, dado que nuestra institución funciona como una unidad especializada en la atención de pacientes con EII que ha logrado convertirse en un centro de referencia regional, al cual son remitidos la mayoría de los casos de la ciudad de Bogotá y de los diferentes municipios del departamento de Cundinamarca. Es importante que tengamos el conocimiento de la carga de esta enfermedad ya que esta información es imprescindible para el desarrollo integral de un país y

los esfuerzos que realicen las instituciones y los gobiernos en este sentido nunca serán suficientes. En nuestro medio estamos en mora de realizar un gran trabajo cooperativo nacional que nos permita determinar el comportamiento epidemiológico de la EII y el trabajo del HUSI en conjunto con los otros hospitales de referencia del país será un ejemplo de que eso es posible, además de que nuestro estudio hará un valioso aporte a los muy escasos estudios que existen en América Latina.

6. METODOLOGIA

6.1. TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo de corte transversal

6.2. UNIVERSO POBLACION: Pacientes del HUSI

6.3. POBLACION BLANCO

La población objeto de estudio se configura con los pacientes mayores de 18 años atendidos en la consulta de Clínica de EII del HUSI hasta la fecha de Abril del 2017 que tengan la enfermedad

6.4. SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

No se realiza cálculo de muestra, dado la baja prevalencia de la enfermedad y una población reducida, por lo que se considera realizar un análisis del subgrupo de pacientes con EII siendo este un muestreo por conveniencia.

6.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Todos los pacientes deben tener EII confirmada por gastroenterólogo de la clínica de EII en el HUSI

- Edad mayor de 18 años

Criterios de exclusión

- Edad menor de 18 años
- Paciente con diagnóstico de colitis inespecífica o con dudas diagnósticas de que tenga EII por el grupo de gastroenterología de la clínica de EII
- Paciente que durante el tiempo de duración del estudio no tenga registro en la historia clínica de la colonoscopia ni la histología

6.6. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

En la consulta externa de Gastroenterología específicamente en la Clínica de EII y en los archivos de historias clínicas del HUSI se realizó la extracción de la información clínica, paraclínica, anatomopatológica e imagenológica de estos pacientes. Todos estos datos fueron incluidos en una base de datos. También se recolectaron pacientes producto de la búsqueda en la base de datos del hospital con los códigos CIE 10 K500 y K523. Esta información, se archiva a manera de folios por carpetas en físico, separadas en el servicio de Gastroenterología del HUSI bajo llave y su información sólo fue permitida para los investigadores principales.

La recolección de la información estuvo a cargo de la Residente de Gastroenterología bajo la supervisión de los tutores temáticos, los días Martes (días de consulta de la Clínica de EII) se realizó la recolección de los datos demográficos en la oficina de Gastroenterología en el 6 piso del HUSI.

En algunos casos cuando algún dato faltara se realizó llamada telefónica al paciente para obtener la información requerida

6.7. PLAN DE ANALISIS

6.8. METODOS Y MODELOS DE ANALISIS DE LOS DATOS SEGÚN TIPO DE VARIABLES Y PROGRAMAS A UTILIZAR PARA ANALISIS DE DATOS

Se realizó inicialmente una descripción de los datos obtenidos con medidas de resumen en frecuencias y porcentaje para variables cualitativas y medidas de tendencia central con promedios y dispersión para variables cuantitativas, informándose el porcentaje de pérdida por variable y su tipo de distribución.

De acuerdo a la distribución de las variables se realizó un análisis con estadísticas paramétrica o no paramétrica.

Los datos de la categorización de las variables y resultados obtenidos fueron ingresados a una base de datos en el programa Epi info 7 que posteriormente se exportaron a una hoja de cálculo Excel y después fueron analizados a través del programa estadístico SPSS 20. Durante el proceso de recolección de información se realizaron tres copias de la base de datos con su clave de seguridad respectiva. Los datos una vez transcritos a la base de datos de Excel fueron revisados en 2 ocasiones por los investigadores en búsqueda de errores de transcripción.

7. RESULTADOS

Se incluyeron 100 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. En la Tabla número 1 se describen las variables demográficas. La edad promedio fue 45,94 con un rango de 19 a los 82 años. En cuanto a la distribución de sexo el 55% fueron mujeres. Con respecto a la distribución de los tipos de EII, el 78% correspondió a CU y 22% a EC (Grafica 1). Las zonas principales de origen de los pacientes fueron 81% Bogotá, 8% Boyacá, Atlántico 3%, Extranjero

3,8%, Eje cafetero 2% y Antioquia 1% (Grafica 2). Estado civil soltero en 43%. Dentro de la ocupación de los pacientes se resalta que el 31% realiza alguna actividad de tipo manual o tecnológico y 32% es de tipo intelectual, con un 16% de amas de casa.

Al evaluar el nivel educativo se determinó que los pacientes que habían realizado nivel primaria sin completar bachillerato fueron 30%, con un promedio total de años estudiados 13,8 años con una DE 2,3 años.

Dentro de los antecedentes personales que se resaltan esta a nivel infeccioso, infección por tuberculosis en el 4%, realización de apendicetomía en el 14%, hipotiroidismo 9%, diabetes en el 9%, dislipidemia 10%, enfermedad renal crónica en el 6%, llamó la atención la baja prevalencia de enfermedad cardiovascular en solo el 5,7%, teniendo en cuenta que esta entidad se asocia a mayor riesgo cardiovascular sobre todo en el primer año de enfermedad activa. Osteoporosis se documentó en el 8%. El porcentaje de uso de AINES durante la enfermedad fue del 4,8%, se resalta el porcentaje elevado de uso de antibiótico durante las exacerbaciones de la enfermedad el cual fue de 25,7%.

En cuanto al requerimiento de medicamentos modificadores de la enfermedad hubo uso de esteroides en algún momento de la enfermedad en el 55,9%, Inmunomoduladores en el 61,% con el mayor porcentaje dado por uso de azatioprina seguido por metotrexate. Uso de biológicos en el 39%, siendo el infliximab (en 28 pacientes), adalimumab (21 pacientes) y golimumab (1 paciente) los mas usados (Grafica 3).

Al interrogar presencia de otras enfermedades autoinmunes asociadas a la EII se evidenció Artritis reumatoide en el 1%, Lupus eritematoso sistémico en el 4%, Esclerodermia en el 1%, Psoriasis 4%. La presencia de EII en familiares de primer grado fue de 5%. El uso de tabaquismo en algún momento del transcurso de la enfermedad llamó la atención al tener un porcentaje del 50%. Dentro de los datos en la realización del perfil de bioseguridad antes de iniciar una terapia inmunomoduladora se resalta que solo el 9% tenían vacunación dentro de las que están la vacuna

contra la influenza, neumococo y VPH. Se documentaron hospitalizaciones secundario a actividad de la EII en el 61% de los casos.

Al evaluar la presencia de manifestaciones extraintestinales, estas se presentaron en un 24%, siendo las articulares el 14%, con un 11% de tipo articular periférico y axiales en el 3%, dermatológicas 4% en las cuales se documentaron pioderma gangrenoso y eritema nodoso, a nivel oftálmico se presentaron 6% manifestaciones tipo uveítis y escleritis nodular (Grafica 4).

En cuanto a las características endoscópicas en la colonoscopia se evidenció pancolitis en el 37% de los casos, seguido por colitis izquierda en el 45% y 31% de proctitis, con evidencia de pseudopólipos en el 20% , estenosis en el 19% y evidencia de fistulas endoscópicamente en el 10%.

Al analizar las biopsias de estas colonoscopias los hallazgos histológicos fueron: criptitis en el 55%, abscesos 33%, compromiso transmural 9%, granulomas 6%, alteración de la arquitectura criptica 53%, metaplasia de paneth 8%, alteración del patrón de moco 32%, infiltrado linfoplasmocitario 60% y presencia de microorganismos en el 5% (Grafica 5)

Dentro de las complicaciones reportadas en CU se presentó 1 caso de megacolon toxico, 3 casos de obstrucción intestinal, 2 casos de perforación intestinal, 4 casos de hemorragia masiva y 3 casos de enfermedad fistulizante. En el caso de la EC se presentaron 2 casos de megacolon toxico, 7 casos de obstrucción intestinal, perforación en 4 casos y hemorragia masiva en 2 casos, con enfermedad fistulizante en 11 pacientes (Grafica 6 y 7)

Se realizó un subanálisis de las características de la población femenina con EII, obteniéndose información completa de 55 mujeres de las cuales 19% presentaron EC, 81% CU. El promedio de edad fue 45 años. El consumo de alcohol fue de 18,7 % y tabaquismo en algún momento de la enfermedad en el 60,4 %. El porcentaje de abortos fue de 27 %, presentándose 6,1% de complicaciones durante el embarazo incluyendo un embarazo con corioamnionitis severa, 1 recién nacido pretérmino y un óbito fetal. 16,6 % de las mujeres tenían planificación familiar y solo un

22,9% de las pacientes se habían realizado la citología vaginal en los últimos 3 años. Todas las citologías vaginales que se realizaron no presentaron alteraciones. (Tabla 2, 3)

La calidad de vida con el estado de salud fue valorada con la escala abreviada de salud (SHS) en el 40% de los pacientes. Se describe un total de 40 pacientes, 62% con EC y con CU 38% fueron encuestados. La media de edad fue de 48 años. No se apreciaron diferencias significativas en la calidad de vida en función de la enfermedad, sin embargo, tras el análisis bivariado se sugiere una tendencia, con mayor número de pacientes en el grupo de CU. Los datos describen mayor número de hombres en el grupo de EC de menor edad, con mayor nivel educativo y mayor incidencia de manifestaciones extraintestinales. En cuanto a la clasificación de Montreal, la mayoría de CU son leves a moderadas, con colitis extensa o de extensión izquierda, a diferencia de la EC con una presentación tardía y severa, con compromiso ileocolónico y presencia de fistulas y estenosis. Se reporta además 2 casos con compromiso perianal. No se observan diferencias en las medidas antropométricas, pero, en cuanto a funcionalidad de los pacientes, se reportan menores puntajes en cuanto a síntomas, pero mayor porcentaje en preocupación sobre su enfermedad. (Tabla 4 y 5)

8. DISCUSIÓN

En este estudio se describe por primera vez una cohorte de pacientes con EII en Bogotá, siendo la segunda cohorte mas grande descrita en Colombia después de la descrita por Juliao y Cols (13) de la ciudad de Medellín. Esta población estudiada es de un solo centro de referencia en Bogotá de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del HUSI, evaluándose los hallazgos demográficos mas relevantes, el uso de medicamentos, sus hallazgos endoscópicos e histológicos mas frecuentes y todas sus comorbilidades asociadas, llamando la atención en un subgrupo de mujeres con EII y su características ginecobstétricas dado la relevancia que tiene esta enfermedad en la salud reproductiva de las mujeres. Adicionalmente se implementó en un tercio de los pacientes un cuestionario de calidad de vida teniendo en cuenta el impacto que tiene esta entidad en la parte psicosocial de estos pacientes.

La proporción de pacientes con CU 78% y EC 22 % fue diferente con respecto al estudio descrito por Juliao y cols en Medellín (13) demostrando que nuestra población tiene mayor proporción de pacientes con EC, lo cual puede sugerir que cada vez se esta sospechando y por tanto se esta realizando un mayor diagnóstico de la EC al implementarsen clínicas de enfermedad inflamatoria intestinal guiadas por expertos en esta entidad, a su vez también se evidencia mayor proporción de EC con respecto a un estudio latinoamericano chileno (76% y 24%, respectivamente) (14), y al compararnos con una serie de casos de un centro en Bogotá hace 18 años que reporto (90,7% CU y 9,3% EC (15). Otros estudios con mayor prevalencia de EII como el grupo IBSEN noruego (16,17), reportan 61,5% de paciente con CU, 28,1% con EC. El estudio multicéntrico europeo (EC-IBD), encontró una proporción de 62,6% con CU, 32,0% con EC y 7,4% con colitis no clasificable (18,19). Un estudio holandés (20), encontró una proporción menor de CU (53,0%), comparado con EC (40,1%) y colitis indeterminada (6,8%), lo que confirma la tendencia mundial a diagnosticar más casos de EC.

La edad promedio de diagnóstico en nuestra serie fue 45,9 un poco mayor a la reportada por el estudio de Medellín (13) que fue de 37,3 años la cual fue similar a la reportada en Holanda (34,0 años), Chile (39 años) y Olmsted Minnesota (29,5 años). (21, 22, 14).

La localización anatómica mas frecuente de la EC de los pacientes a los que se evaluó calidad de vida fue la ileocolonica en un 69,8% un poco mas alta a la del estudio de Medellín que fue 50% (13), siendo muy similar a lo encontrado en otros países. El estudio multicéntrico europeo (EC-IBD) encontró 14,8% localizado en íleon terminal, 42,1% en colon, 37,4% con compromiso ileocolónico y 5,5% con compromiso digestivo superior (13). Otro estudio holandés encontró compromiso de íleon terminal 31%, colónica 27%, ileocolónica 31% y tracto digestivo superior en 5% de los casos. El grupo IBSEN de Noruega reportó 27,0% de localización en íleon terminal, 48,5% solo en colon, 22,7% ileocolónico y 1,6% digestivo superior (16). En Chile se encontró 37% de localización ileal, 47% de localización colónica, 19% ileocolónica y 4% con compromiso digestivo superior (esófago) (14).

En cuanto a la distribución de la extensión de la CU, los hallazgos encontrados fueron pancolitis en el 37% seguida de colitis izquierda en el 45% y 31% de proctitis comparado con el estudio de Medellín (13) que evidenció similitudes en 45% colitis izquierda y 35,5% colitis extensa al momento del diagnóstico. El estudio noruego del grupo IBSEN encontró proctitis en 32,9%, colitis izquierda en 35% y colitis extensa en 32,1%. El grupo de Hong Kong encontró proctitis en 38,4%, 26% colitis izquierda y 35,6% colitis extensa (22). El estudio multicéntrico europeo (EC-IBD) encontró proctitis en 30,1%, colitis izquierda en 44,8% y colitis extensa en 25,0%, y el estudio holandés reseñado anteriormente (20) encontró 38% de proctitis, 43% de colitis izquierda y solo 13% de colitis extensa. En Chile, la distribución encontrada fue proctitis 21%, proctosigmoiditis 30%, colitis izquierda 21% y pancolitis 28% (14). El porcentaje relativamente bajo de pacientes con proctitis en nuestro estudio puede estar asociado a la aplicación estricta de la clasificación de Montreal, donde no existe el grupo de proctosigmoiditis y solo se incluye como proctitis a pacientes con compromiso de recto y con una extensión máxima de 15 centímetros, si el compromiso era mayor, los pacientes se clasificaban como colitis izquierda.

El comportamiento de la EC al momento del ingreso a nuestro estudio fue de predominio fistulizante en un 46% comparado con el estudio de Medellín quienes presentaron predominio de compromiso inflamatorio en el 34,4%. En el estudio multicéntrico europeo (EC-IBD), el comportamiento de la EC al momento del diagnóstico fue inflamatorio en 73,7%, estenosante 15,9%, penetrante 8,3%, y la combinación estenosante y penetrante 8,3% (18). En el estudio holandés, 76% de los pacientes presentaba comportamiento inflamatorio, 14% estenosante, 7% penetrante, y 3% estenosante y penetrante, al diagnóstico (20). El grupo IBSEN de Noruega determinó que el 62,0% de sus pacientes presentaba comportamiento inflamatorio, 27,0% estenosante y 11% penetrante, al momento del diagnóstico (16). Lo anterior puede explicarse en que en nuestro país cada vez estamos logrando un mayor conocimiento en la detección de pacientes con EC más severa tipo estenosante ya sea con estudios endoscópicos o complementando ante la sospecha con estudios imagenológicos.

En cuanto a los hallazgos histológicos la biopsia es fundamental junto con el estudio endoscópico para el diagnóstico de la EII. La presencia de un infiltrado linfoplasmocitario en la base de la lamina propia, junto con la distorsión arquitectural, se consideran diagnósticos de la EII y permiten diferenciar de otros cuadros inflamatorios intestinales. Aunque no existe una lesión patognomónica de la CU y tampoco en EC, si se han documentado en la literatura como hallazgo más característico de la misma los abscesos de las criptas con acumulación de neutrófilos en la lámina propia, en nuestra cohorte se evidenciaron estos hallazgos con criptitis en el 55%, abscesos 33%, compromiso transmural 9%, granulomas 6%, alteración de la arquitectura criptica 53%, metaplasia de paneth 8%, alteración del patrón de moco 32%, infiltrado linfoplasmocitario 60% haciendo que el estudio histológico en conjunto con el endoscópico ayudaran a determinar el tipo de EII y de esta manera realizar un tratamiento temprano.

En cuanto a las manifestaciones extraintestinales, nuestro estudio encontró que estaban presentes en el 24% muy similar a lo reportado en el estudio de Medellín que reportó 27,7% de los pacientes con estas manifestaciones, con predominio también de manifestaciones articulares, similar a lo reportado en el estudio chileno donde estaban presentes en 20% de los pacientes, siendo más frecuentes también las manifestaciones articulares (14). En Hong Kong, 13,7% de los pacientes con CU presentaron manifestaciones extraintestinales (22). En Holanda, 15% de los pacientes con EC presentaban manifestaciones extraintestinales y 7% de los pacientes con CU (20).

En nuestra cohorte, el porcentaje de pacientes que requirió hospitalización fue de un 61% comparado con 42,9% del estudio de Medellín (13). Un estudio reciente encontró que los pacientes con CU en hospitalización tienen mayor riesgo de colectomía comparados con aquellos que no requieren hospitalización (20,4% vs. 4,2%, OR: 5,37), lo mismo que pacientes expuestos a terapia biológica con infliximab (51,8% vs. 22,4%, OR: 3,1) (23).

En cuanto al manejo médico en la literatura se estima que más del 90% de los pacientes con EII

requieren de tratamiento farmacológico. Estos tratamientos pueden conseguir una gran mejora y la desaparición de lesiones del intestino u otras partes del tubo digestivo. En cuanto a los esteroides estos se prescriben aproximadamente en el 32% de los pacientes, y existen diferentes vías de administración, como la oral, intravenosa o rectal, en nuestra cohorte llama la atención que el 52% de los pacientes ha recibido en algún momento de la evolución de su enfermedad algún tipo de esteroide. En cuanto al uso de inmunomoduladores, estos se utilizan en los casos de actividad moderada y grave, requiriendo un elevado grado de control por parte del especialista, ya que reducen la actividad del sistema inmunitario. Aproximadamente el 44,7% de los pacientes son tratados con este tipo de fármacos, en nuestra cohorte se determinó el uso de estos inmunosupresores en el 61% de los casos. En cuanto a la terapia biológica, esta reporta en promedio de uso en el 30% de los pacientes con EII, la mayor parte de los cuales corresponden a pacientes con EC. En nuestra cohorte hubo un 39% de uso de terapia biológica, en su totalidad con antiTNF.

En cuanto a las complicaciones de la EII, en la CU se han reportado megacolon tóxico entre 1-5%, esta entidad ha disminuido su incidencia con el uso de manejo médico agresivo de manera temprana con esteroides, ciclosporina y terapia antiTNF, en nuestra serie se documentó esta complicación en CU en 1,5%, en cuanto a la hemorragia masiva se reportan en series una proporción de alrededor del 3%, en nuestra cohorte hubo una proporción en CU de 5%, mayor a la reportada en la literatura.

En cuanto al análisis del subgrupo de mujeres y EII es importante resaltar este grupo de pacientes dado que la EII tiene un pico de presentación en la edad fértil de la mujer, la enfermedad por sí misma se asocia con aumento de la incidencia de complicaciones gestacionales y mayor riesgo de displasia cervical por lo cual todas estas variables son determinantes en la toma de decisiones con respecto a cambios en el tratamiento. En nuestra cohorte llama la atención el alto porcentaje de consumo de alcohol y tabaquismo, este último descrito en la literatura como un factor que puede desencadenar y perpetuar la actividad de la EII. Dentro de las características ginecobstétricas en

nuestra cohorte se documentó un 6,1% de complicaciones de los embarazos incluyendo una muerte fetal y un porcentaje de 27% de abortos, con un bajo nivel de planificación familiar, lo cual debe ser intervenido por parte de un grupo multidisciplinario para disminuir la morbimortalidad fetal y materna en esta entidad, adicionalmente se resalta que dado el aumento de displasia cervical que presentan estas pacientes en nuestra cohorte solo el 22% tenían citología vaginal y ninguna paciente tenía antecedente de vacunación para VPH siendo el cáncer de cérvix una entidad que debe vigilarse y realizar tamización de manera mas activa por parte de los especialistas que tratamos esta enfermedad. En cuanto a lo descrito en otras cohortes se ha descrito que el 75% de las pacientes con enfermedad latente en el momento de la gestación tienen mas probabilidades de empeorar durante el embarazo y aproximadamente el 33% de las mujeres sufrirán una exacerbación durante el embarazo, sobre todo en el primer trimestre, lo que significa una tasa similar a la observada en mujeres no embarazadas durante el mismo periodo y en cuanto al efecto de la EII en el embarazo hay datos discordantes, algunos estudios documentan una tasa de recién nacidos prematuros semejantes a la población general y en otros estudios se ha objetivado una mayor frecuencia de partos pre término o con bajo peso al nacer, pero no mayor incidencia de anomalías congénitas o nacidos muertos. Se estima que las pacientes con enfermedad activa presentan mayor riesgo de aborto y complicaciones durante el embarazo (24) .

Finalmente en el manejo integral del paciente con EII, está la evaluación de la calidad de vida con diferentes tipos de instrumentos, dado que como consecuencia de la cronicidad de la EII, sus manifestaciones extraintestinales, el requerimiento de controles médicos periódicos, los efectos adversos del tratamiento y de la posibilidad de intervención quirúrgica, la EII repercute en la vida familiar, social, laboral, etc, lo que afecta la percepción de la salud de los pacientes y limita su calidad de vida. En nuestra población de estudio, no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, pero se identifican ciertas tendencias ya que los pacientes con EC tienen un mayor puntaje de severidad en la calidad de vida, asociado a la poca correlación entre la percepción de la severidad de los síntomas y el deterioro de su funcionalidad con la preocupación

referida por los pacientes. Se debe recalcar la importancia de la valoración de la calidad de vida en estos pacientes y su impacto en los desenlaces clínicos y en la adherencia al tratamiento

9. CONCLUSIONES

En conclusión, con el estudio de esta cohorte, podemos decir que es la primera gran cohorte de EII estudiada en la ciudad de Bogotá y la segunda a nivel nacional en la cual evidenciamos que tenemos un predominio de CU en nuestra población, sin embargo, se debe resaltar que hay una tendencia a mayor detección de EC en nuestros países latinoamericanos con respecto a estudios previos. En nuestro medio, la CU tiene un comportamiento relativamente benigno con severidades en su mayoría de leve a moderada, sin embargo, hay que resaltar que tenemos un porcentaje considerable de colitis extensas las cuales pueden llegar a asociarse como un factor de riesgo para colectomía. En cuanto a la EC, nuestros pacientes al momento del ingreso presentaban comportamiento más severo sobre todo de tipo fistulizante, probablemente porque consultan tarde a nuestro centro, con mayor tiempo de evolución y también porque cada vez por medio de las estrategias diagnósticas endoscópicas e imagenológicas estamos encontrando más componente fistulizante y secundario a esto también puede verse porque nuestra población tiene un mayor uso de terapia biológica tipo antiTNF, los cuales tiene clara indicación en este tipo de condiciones así como en el manejo de las manifestaciones extraintestinales. Sin embargo, los resultados de nuestro estudio nos debe hacer reflexionar sobre el uso tan amplio y extenso de los corticoides, dado que de manera muy significativa nuestros pacientes han sido expuestos a esta terapia y se debe tener un mayor control y criterio para evitar los efectos adversos que estos medicamentos producen implementando mayores estrategias terapéuticas ahorradoras de esteroides. Se sugiere adicionalmente profundizar aún más en la salud reproductiva de las mujeres con EII dado las repercusiones que pueden tener las hormonas en la enfermedad y el impacto de esta en la fertilidad, en el embarazo y en el desenlace de este. Así mismo, se debe generalizar la evaluación de la calidad de vida en los pacientes con EII objetivizando no solo metas clínicas, paraclínicas y endoscópicas, impactando de esta manera en la parte psicosocial.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Baumgart DC, Sandborn WJ. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies. *Lancet*. 2007;369(9573):1641-57.
2. Loftus EV, Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*. 2004;126(6):1504-17.
3. Abraham C, Cho JH. Inflammatory bowel disease. *N Engl J Med*. 2009;361(21):2066-78.
4. Juliao Baños F, Hospital Pablo Tobón Uribe M, Colombia, Ruiz Vélez MH, Hospital Pablo Tobón Uribe M, Colombia, Flórez Arango JF, Hospital Pablo Tobón Uribe M, Colombia, et al. Phenotypes and natural history of Inflammatory Bowel Disease (IBD) in a referral population in Medellín, Colombia. *Rev Col Gastroenterol*. 2010;25(3):240-51.
5. Yepes Barreto IdJ, Carmona R, Díaz F, Marín-Jiménez I. Prevalencia y características demográficas de la enfermedad inflamatoria intestinal en Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2010;25:107-11.
6. Mekhjian HS, Switz DM, Melnyk CS, Rankin GB, Brooks RK. Clinical features and natural history of Crohn's disease. *Gastroenterology*. 1979;77(4 Pt 2):898-906.
7. Collins P, Rhodes J. Ulcerative colitis: diagnosis and management. *Bmj*. 2006;333(7563):340-3.
8. Basu D, Lopez I, Kulkarni A, Sellin JH. Impact of race and ethnicity on inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 2005;100(10):2254-61.
9. McGovern DP, Kugathasan S, Cho JH. Genetics of Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*. 2015;149(5):1163-76.e2.
10. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SP. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*. 2004;53 Suppl 5:V1-16.

11. Torres EA, De Jesus R, Perez CM, Inesta M, Torres D, Morell C, et al. Prevalence of inflammatory bowel disease in an insured population in Puerto Rico during 1996. *P R Health Sci J*. 2003;22(3):253-8.
12. Linares de la Cal JA, Canton C, Hermida C, Perez-Miranda M, Mate-Jimenez J. Estimated incidence of inflammatory bowel disease in Argentina and Panama (1987-1993). *Rev Esp Enferm Dig*. 1999;91(4):277-86.
13. Julio Baños, F., Ruiz Vélez, M. H., Flórez Arango, J. F., Gómez, D., Hernando, J., Marín Zuluaga, J. I., ... & Velayos, F. S. (2010). Phenotypes and natural history of Inflammatory Bowel Disease (IBD) in a referral population in Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 25(3), 240-251.
14. Bi on A, Peppercon MA, Antonioli DA, et al. Clinical, Biological and Histologic parameters as predictors of relapse in ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2001; 120: 13-20.
15. ArgüelloM, ArchilaPE, SierraF, OteroW. Enfermedad in a- matoria intestinal. *Rev Col Gastroent* 1991;6(4): 237-272.
16. Solberg IC, Vatn MH, Moum B, et al, and the IBSEN Study Group. Clinical Course in Crohn's disease: Results of a Norwegian population-based ten-year follow-up study. *Clin Gastroenterol Hep* 2007; 5: 1430-1438.
17. Solberg IC, Lygren I, Jahnsen J, et al, and the IBSEN Study Group. Clinical course during the first 10 years of ulcerative colitis: results from a population-based
18. Wolters FL, Russel MG, Langholz E, Vermeire S, Moun B, et al, on behalf of the European Collaborative study Group on In ammatory Bowel Disease (EC-IBD). Phenotype at diagnosis predicts recurrence rates in Crohn's disease. *Gut* 2006; 55: 1124-1130.
19. Höie O, Wolters F, Riis L, Langholz E, et al, on behalf of the European Collaborative Study Group of In ammatory Bowel Disease (EC-IBD). Ulcerative colitis: Patient Characteristics may

predict 10-Yr Disease recurrence in a European-Wide population-based cohort. Am J Gastroenterol 2007; 102: 1692-1701.

20. Romberg- Camps MJL, Dagnelie PC, Kester ADM, Wolters FL, et al. Influence of Phenotype at diagnosis and of other potential prognostic factors on the course of inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol 2009; 104: 371-383.*

21. Langholz E, Munkholm P, Davidsen M, Binder V. Course of ulcerative colitis: analysis of changes in disease activity over year. *Gastroenterology 1994; 107: 3-11.*

22. LokKa-Ho, HungHiu-Gong, NgChi-Ho, et al. Epidemiology and clinical characteristics of ulcerative colitis in Chinese population: Experience from a single center in Hong Kong. *J Gastroenterol and Hepatol 2008; 23: 406-410.*

23. Ananthakrishnan AN, Issa M, Binion DG, et al. History of medical hospitalization predicts future need for colectomy in patients with ulcerative colitis. *In amm Bowel Dis 2009; 15: 176-181.*

24. Van der Woude, C. J., Ardizzone, S., Bengtson, M. B., Fiorino, G., Fraser, G., Katsanos, K., ... & Selinger, C. (2015). The second European evidenced-based consensus on reproduction and pregnancy in inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis, jju006.*

11. ANEXO : TABLAS Y GRAFICAS

Grafica 1: Proporción de colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn

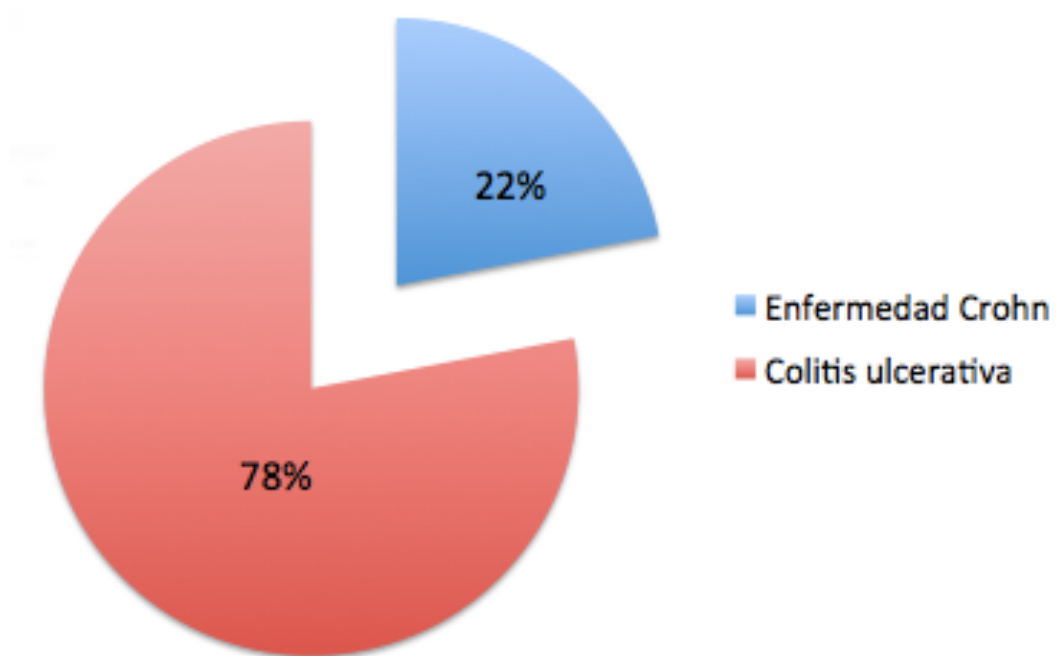
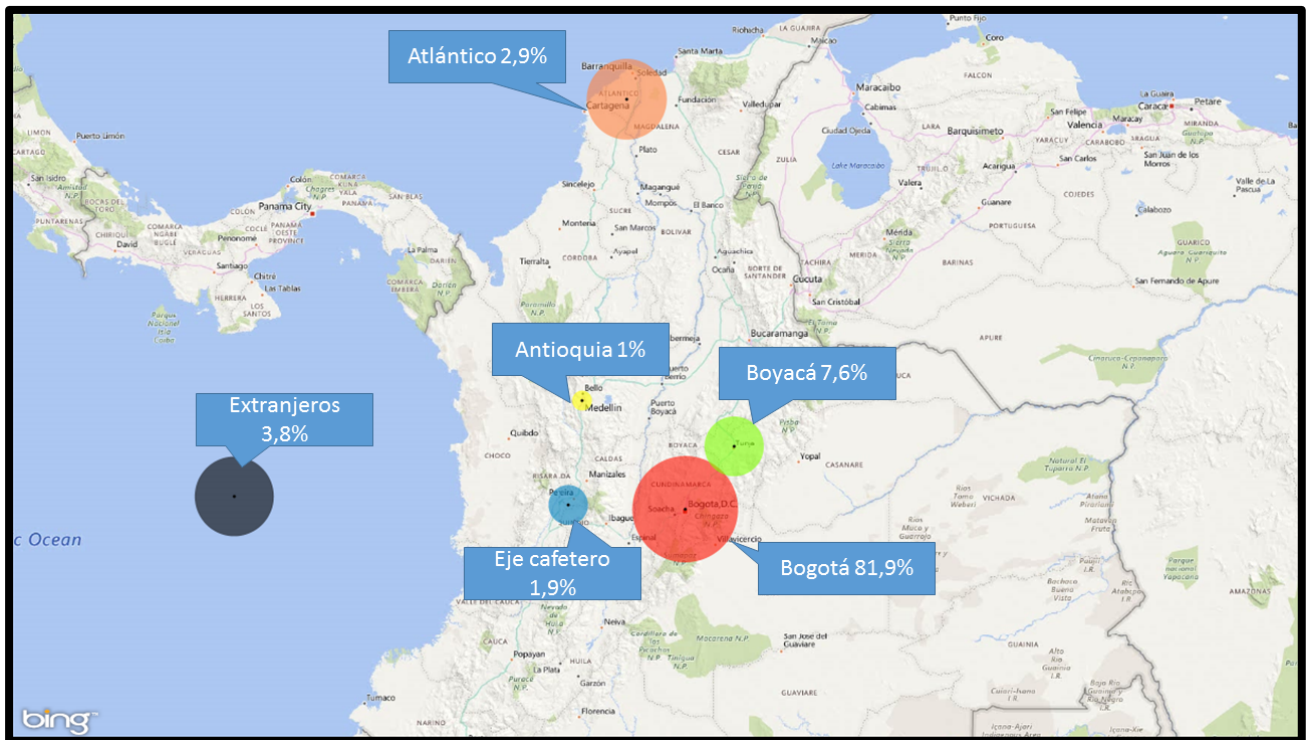


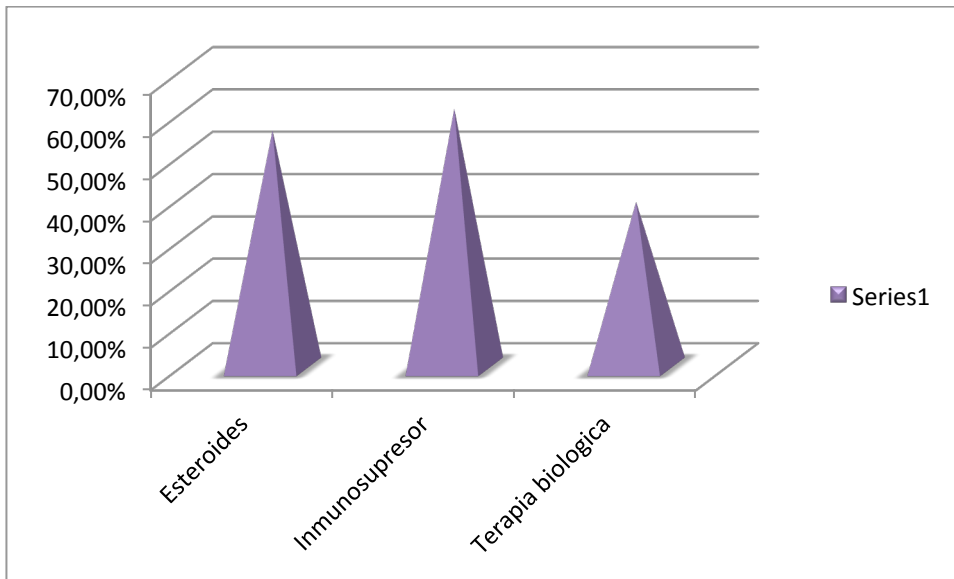
Tabla 1: Características demográficas de los pacientes con EI

	Total	Colitis ulcerativa	Enfermedad Crohn	p	OR (95% IC)
	n=100	n=78	n=22		
Edad (años)	45,94 ± 16,05	46,33 ± 15,78	44,55 ± 17,29	NS	
Mujeres (%)	55	47 (60,3)	8 (36,4)	0,055	2,65 (0,99 - 7,069)
Procedencia					
Bogotá (%)	81	65 (83,3)	16 (72,7)	0,355	1,88 (0,62 - 1,62)
Antioquia (%)	1	-	1 (4,5)	NS	
Boyacá (%)	8	5 (6,4)	3 (13,6)	NS	
Costa Atlántica (%)	3	3 (3,8)	-		
Triangulo del café (%)	2	2 (2,6)	-		
Otros (%)	4	2 (2,6)	2 (9,1)	NS	
Estado Civil					
Soltero (%)	43	36 (46,8)	7 (36,8)	NS	
Casado (%)	38	27 (35,1)	11 (57,9)	NS	
Viudo (%)	3	3 (3,9)	-		
Divorciado (%)	4	4 (5,2)	-		
Unión libre (%)	8	7 (9,1)	1 (5,3)	NS	
Trabajo					
Manual (%)	31	24 (31,2)	7 (35)	NS	
Intelectual (%)	32	25 (32,5)	7 (35)	NS	
Mixto (%)	7	6 (7,8)	1 (5)	NS	
Ama de casa (%)	16	15 (19,5)	1 (5)	NS	
Desempleado (%)	1	1 (1,3)	-		
Pensionado (%)	4	4 (5,2)	-		
Estudiante (%)	3	-	3 (15)		
Incapacitado (%)	3	2 (2,6)	1 (5)	NS	
Escolaridad					
Escolaridad menos 10 años (%)	30	28 (35,9)	2 (9,1)	0,009	6,16 (1,35 - 28,16)
>10 años escolaridad (años)	13,84 ± 2,33	13,86 ± 2,19	13,8 ± 2,71	NS	

Grafica 2: Zonas de origen de los pacientes con EII

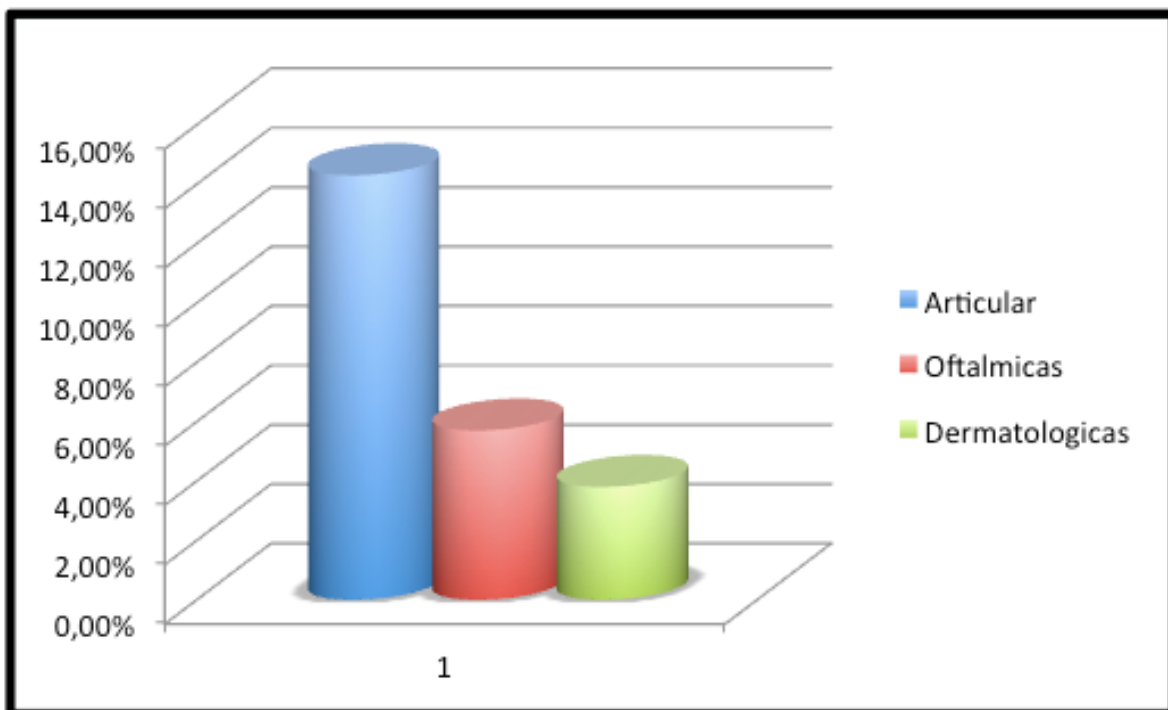


Grafica 3: Uso de terapias modificadoras de la enfermedad

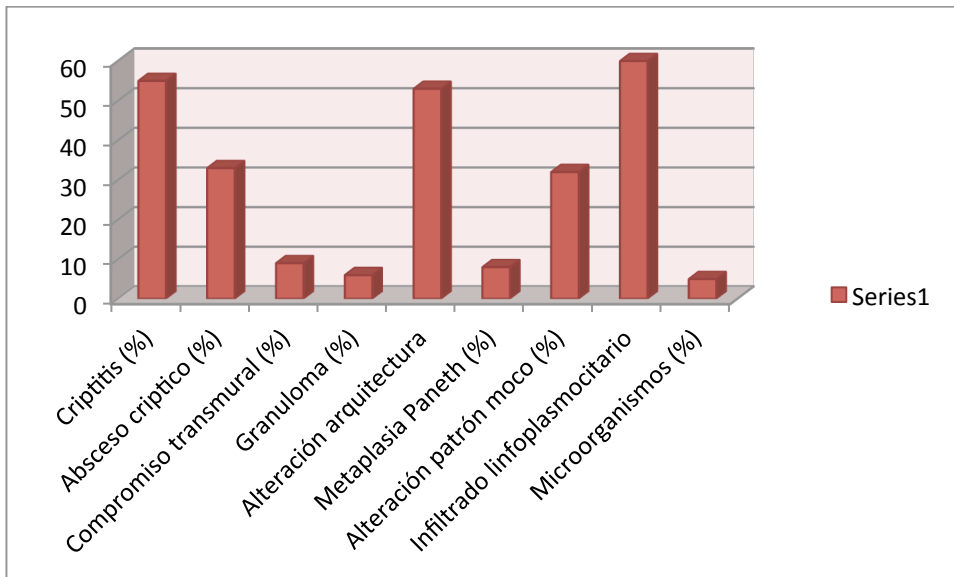


Grafica 4: Manifestaciones extraintestinales

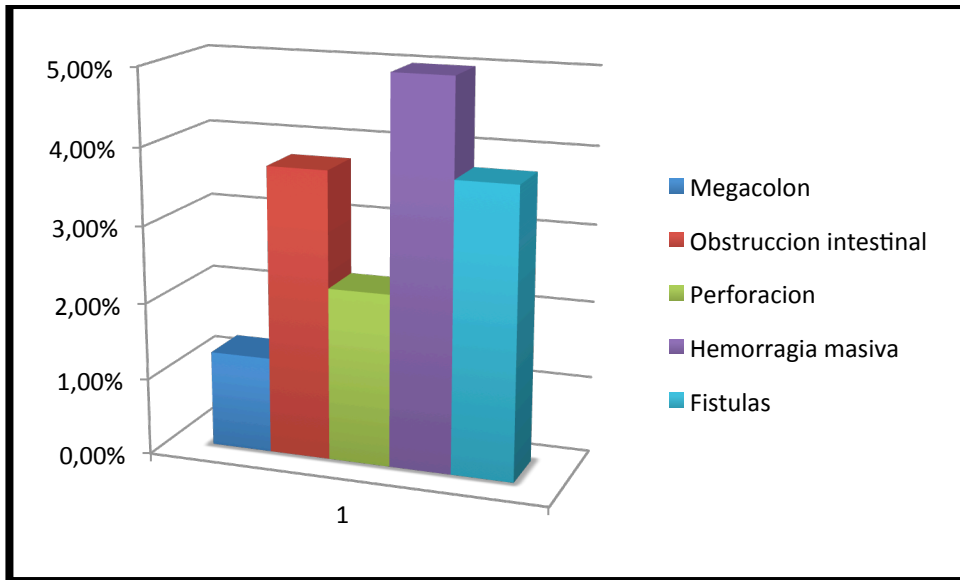
	Total n=100	Colitis ulcerativa n=78	Enfermedad Crohn n=22	p	OR (95% IC)
Extraintestinal EII (%)	24	15 (19,2)	9 (40,9)	0,391	1,44 (0,77 - 2,72)
Articular (%)	14	8 (10,3)	6 (27,3)	0,042	2,3 (1,09 - 4,87)
Articular periférico (%)	11	7 (9)	4 (18,2)	NS	
Articular axial (%)	3	1 (1,3)	2 (9,1)	NS	
Dermatológico (%)	4	3 (3,8)	1 (4,5)	NS	
Oftálmico (%)	6	2 (2,6)	4 (18,2)	0,02	3,48 (1,72 - 7,02)



Grafica 5: Hallazgos histológicos en las biopsias de colon



Grafica 6: Complicaciones serias en CU



Grafica 7: Complicaciones serias en EC

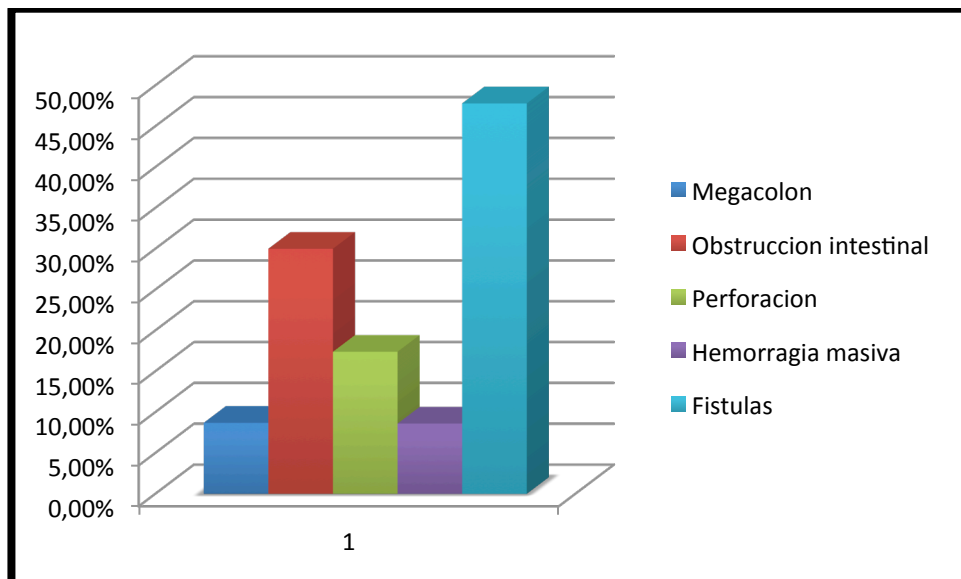


Tabla 2: Características de las mujeres con EII

Características n: 55	Promedio % /rango
Edad (años)	45,1 (19-80)
ESCOLARIDAD	
Bachiller	47,9
Técnico	18,7
Universitaria	33,34
Estado Civil (Soltero)	44,68
Tabaquismo	60,42
No Vacuna VPH	100
Consumo de alcohol	18,75
Uso de Corticoide	43,7
Uso de terapia biológica	31,2

Tabla 3: Características ginecobstétricas

Características	Promedio %
Abortos	27
Mortinato	2
Amenaza de parto pre término	2
Pre eclampsia	2
Planificación	16,6
Citología vaginal	22,9

Tabla 4: Características demográficas de la población con EII y evaluación de calidad de vida

Características		n =40 (%)	
	Edad (media) (DS)	48,58	(16,48)
	Femenino	21	(52,5)
	Colitis Ulcerativa	28	(70)
	Enfermedad Crohn	12	(30)
	Tiempo de evolución (media) (DS)	8,68	(8,46)
Escolaridad			
	Menos de 10 años	11	(27,5)
	Más de 10 años (media) (DS)	14,21	(2,48)
Estado civil			
	Soltero	14	(35)
	Casado	18	(45)
	Divorciado	2	(5)
	Unión libre	3	(7,5)
Ocupación			
	Manual	9	(22,5)
	Intelectual	13	32,5)
	Mixto	4	(10)
	Ama de casa	7	(17,5)

	Desempleado	1	(2,5)
	Pensionado	1	(2,5)
	Estudiante	1	(2,5)
	Incapacitado	2	(5)
Tabaquismo		19	(47,5)
Terapia biológica		20	(50)
Extraintestinal		12	(30)
	Articular	8	(20)
Short Health Scale			
	Síntomas (media) (DS)	3,83	(2,84)
	Funcionalidad (media) (DS)	4,48	(2,96)
	Preocupación (media) (DS)	5,85	(2,97)
	Bienestar (media) (DS)	4,38	(3,02)

Tabla 5: Características de severidad y extensión de EII

Montreal		Colitis Ulcerativa		Enfermedad Crohn		P*
		n=28 (%)		n=12 (%)		
Extensión	E1	3	(10,7)	-	-	-
	E2	12	(42,9)	-	-	-
	E3	13	(46,4)	-	-	-
Severidad	S0	2	(7,1)	-	-	-
	S1	8	(28,6)	-	-	-
	S2	14	(50)	-	-	-
	S3	4	(14,3)	-	-	-
Edad inicio	A1	-	-	1	(8,3)	-
	A2	-	-	5	(41,7)	-
	A3	-	-	6	(50)	-
Localización	L1	-	-	6	(50)	-
	L2	-	-	1	(8,3)	-
	L3	-	-	5	(41,7)	-
Evolución	B1	-	-	3	(25)	-
	B2	-	-	4	(33,3)	-
	B3	-	-	5	(41,7)	-
Short Health Scale						
Síntomas (DS)		3,54	(2,987)	4,50	(2,431)	0,299
Funcionalidad (DS)		4,25	(3,002)	5,00	(2,923)	0,570
Preocupación (DS)		5,46	(3,168)	6,75	(2,301)	0,313
Bienestar (DS)		3,86	(3,147)	5,58	(2,392)	0,096

* U Mann-Whitney					
------------------	--	--	--	--	--