



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS
DE HIDALGO DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80**

**MIGUEL ANGEL ROMERO GALINDO
MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO
CEDULA PROFESIONAL 6841027**

**PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

TESIS

**“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS PORTADORES DE COLITIS ULCERATIVA
CRÓNICA INESPECÍFICA USUARIOS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA”**

**TUTOR:
DR. ARMANDO CÁRDENAS LARA
ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA**

**CO- TUTOR
DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES
MAESTRIA EN PSICOTERAPIA FAMILIAR**

**CO-TUTOR
DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ
MAESTRA EN CIENCIAS EN FARMACOLOGÍA CLÍNICA**

**PRESIDENTE DE TESIS
DR. RAFAEL VILLA BARAJAS
MAESTRO EN EDUCACION MÉDICA**

MORELIA MICHOACÁN, MÉXICO, FEBRERO 2015

Dirección de Prestaciones Médicas
 Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
 Coordinación de Investigación en Salud



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1602
 H. GRAL REGIONAL NUM 1, MICHOACÁN

FECHA **28/11/2013**

DR. ARMANDO CARDENAS LARA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

caracterizacion clinica de los portadores de colitis ulcerativa cronica inespecifica en usuarios del servicio de gastroenterologia.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-1602-32

ATENTAMENTE

DR.(A). JORGE RICARDO PRAGA CORTÉS
 Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1602

IMSS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80**

DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICA DE INVESTIGACION EN SALUD
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. WENDY LEA CHACÓN PINZANO
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. RUBEN RICARDO GARCÍA JIMÉNEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No.80

DRA. MAYRA EDITH VIEYRA LÓPEZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No.80

DR. ANA ITANDEHUI MARTINEZ PIÑON
PROFESORA TITULAR EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 80



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DR. DANIEL ZALAPA MARTINEZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

DR. ALAÍN RAIMUNDO RODRÍGUEZ OROZCO
COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

Este trabajo se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional No.1 en la Ciudad de Morelia Michoacán, México.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

DR. MIGUEL ANGEL ROMERO GALINDO

Médico Residente de la Especialidad en Medicina Familiar
Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 80

TUTOR:

DR. ARMANDO CÁRDENAS LARA

ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA

CO- TUTOR

DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

CO-TUTOR

DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS EN FARMACOLOGÍA CLÍNICA

ASESOR ESTADÍSTICO

MATEMATICO CARLOS GÓMEZ ALONSO

COORDINADOR ANALISTA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA H.G.R. No.1

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco principalmente a Dios por darme salud antes que nada, para poder caminar esta largo trayecto de mi vida y hasta donde he llegado pudiendo alcanzar algunas de mis metas propuestas en mi vida.

A mis padres, Sergio Romero Loaiza y Leticia Galindo Pedraza, por ser los mejores padres del mundo, por su cariño incondicional y atenciones brindadas hacia mí. Por apoyarme en cada paso que doy, por estar en todo momento difícil y bueno de mi vida. Por todo lo que me brindaron y apoyaron durante toda mi carrera desde su inicio hasta el final, ya que nunca me dejaron solo, les agradeceré infinitamente que siempre caminaron junto a mí, por su paciencia y aguantarme mis malos momentos durante todo este camino importante de mi vida. Gracias por enseñarme a levantarme en cada tropiezo de mi vida, hacer de mí una buena persona en todo lo amplio de la palabra tanto profesionalmente como personalmente, escucharme y ser duros conmigo cuando lo ocupe que en su momento no lo veía bien hacia mí pero ahora les agradezco porque eso me enseñó a salir adelante y ser mejor persona cada día. Simplemente Gracias padres por estar aquí y ser mis padres, por estar en todo momento que los he ocupado y sus grandes consejos. Los quiero mucho.

A mis queridos hermanos Sergio Romero Galindo y Leticia Romero Galindo, por su apoyo incondicional y cariño que siempre me han demostrado. Por ayudarme y escucharme cuando los he ocupado. Decirles que son los mejores hermanos y darles gracias por todo lo que me apoyaron durante mi carrera y especialidad. Los quiero hermanos.

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo por darme la oportunidad de formarme profesionalmente y a sus profesores que me instruyeron durante todo ese tiempo para mi formación como médico. También al Instituto Mexicano del Seguro Social por haberme brindándome la oportunidad de continuar con esta carrera humanista, crecer profesionalmente con un posgrado en el área de Medicina Familiar, a los profesores adscritos por su tiempo que me brindaron, su enseñanza, consejos, y paciencia en cada momento de mi rotación con ellos.

A mis compañeros y amigos de la residencia por su apoyo durante estos tres años que estuvimos juntos, por estar ahí en el momento que los ocupe, sus consejos que en algún momento me sirvieron para poder seguir adelante.

DEDICATORIA

Quiero dedicar mi trabajo a Dios, que es parte de mí y que me ha dejado llegar hasta este momento tan importante de mi vida. Y a todas personas que han tenido relación en mi enseñanza y educación principalmente mis padres que me han apoyado incondicionalmente, por su amor y por todo lo que han hecho por mi desde mi nacimiento hasta ahorita como profesionista y que gran parte de lo que soy es por ustedes. Gracias.

Dedicada a toda a esa gente que me apoyo en cada momento de mi carrera y especialidad para poder llegar hacer lo que ahora soy.

Gracias a mi familia por todo su apoyo y que esto que ahora termino es también parte de ustedes... Los quiero mucho.

ÍNDICE

No.	CONTENIDO	Página
I.	Resumen.....	1
II.	Abstract.....	3
III.	Abreviaturas.....	5
IV.	Glosario.....	6
V.	Índice de cuadros y figuras.....	7
VI.	Introducción.....	8
VII.	Antecedentes.....	10
VIII.	Planteamiento del problema.....	20
IX.	Justificación.....	22
X.	Hipótesis y objetivos.....	23
XI.	Material y métodos.....	24
XII.	Resultados.....	32
XIII.	Discusión.....	43
XIV.	Conclusiones.....	45
XV.	Recomendaciones.....	46
XVI.	Referencias.....	47
XVII.	Anexos.....	51

I. RESUMEN

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS PORTADORES DE COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA INESPECÍFICA USUARIOS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

Antecedentes: La colitis ulcerosa crónica inespecífica es una enfermedad inflamatoria crónica intestinal, de etiología multifactorial, que afecta al colon en su distribución topografía de forma parcial o total limitado a la mucosa, con periodos de remisión y exacerbación. Su diagnóstico se basa en los datos clínicos que aporta el paciente durante la consulta, hallazgos radiológicos, colonoscópicos, histopatológicos, excluyendo enfermedades infecciosas que se pueden llegar a presentar en forma similar a esta patología, de tal manera que con los datos obtenidos de los estudios de gabinete podemos valorar el grado de extensión y gravedad en que se encuentra cursando el paciente, siendo su manejo inicial con aminosalicilatos.

Objetivo: Caracterizar la clínica de los pacientes portadores con colitis ulcerativa crónica inespecífica.

Material y métodos: Se fundamentó en un análisis, observacional, transversal descriptivo, retrospectivo, donde se incluyeron pacientes de ambos sexos con edad de diagnóstico de la enfermedad de los 14 a 72 años de edad, referidos de un primer nivel a la consulta externa del servicio de Gastroenterología de ambos turnos en el Hospital General Regional No. 1, Morelia Michoacán, México, donde se diagnosticó Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica, se revisaron los expedientes clínicos de cada paciente para adquisición de los datos clínicos, colonoscópicos, terapéuticos, y sus manifestaciones extraintestinales que presenta esta patología, para valorar su historia natural de la enfermedad y su estado actual de la población.

Resultados: Los 72 pacientes de ambos sexos usuarios del servicio de Gastroenterología con diagnóstico de colitis ulcerativa crónica inespecífica, presentaron un cuadro clásico a la patología, caracterizado principalmente por rectorragia, dolor abdominal, pujo y tenesmo rectal, con grado de extensión de la enfermedad en cuanto su topografía colónica limitado a proctitis, y que durante su revisión de expedientes clínicos y hasta su última valoración se encuentra en un periodo de brote leve a inactivo, con estabilidad adecuada a base de la monoterapia con aminosalicilato, y que hasta el momento no se ha reportado un caso de mortalidad por esta patología, entre las manifestaciones extraintestinales

principales se encontró las osteomusculares, seguida de las hepatobiliares, solo refirió pocos casos de recaídas manejadas con esteroide e intervenciones quirúrgicas por falta de respuesta a tratamiento farmacológico y complicación intestinal principalmente megacolon tóxico.

Conclusiones: El grado de la enfermedad encontrado de acuerdo al índice de Truelove- Witts modificado fue de brote leve. La extensión de la enfermedad de acuerdo a la Clasificación de Montreal fue predominante en Proctitis (E1) y Colitis izquierda (E2), de acuerdo a su gravedad cursan con colitis leve (S1) a remisión/silente (S0). La sintomatología extra- intestinal que predominó fue la osteomuscular. Los pacientes que ameritaron manejo quirúrgico fueron los portadores de pancolitis (E3) y tratados con mesalazina + anticuerpos monoclonales, presentando megacolon tóxico como complicación intestinal más frecuente.

Palabras Clave: Enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerativa crónica inespecífica, intestino grueso, datos clínicos, hallazgos colonoscópicos, manifestaciones extra intestinales, terapéutica.

II. ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERISTICS OF CARRIERS ULKERATIVE COLITIS NONSPECIFIC CHRONIC USERS OF GASTROENTEROLOGY

Background. Chronic nonspecific ulcerative colitis is a chronic inflammatory bowel disease, of multifactorial etiology, that affects the colon in its topography distribution of part or all limited to the mucosa, with periods of remission and exacerbation. Diagnosis is based on clinical data provided by the patient during the consultation, radiological findings, colonoscopy, histopathologic, excluding infectious diseases that could contain similarly to this disease, so that data obtained from studies cabinet we can assess the degree of extent and severity that is attending the patient, with their initial treatment with aminosalicylates.

Objective. To characterize the clinic patients with chronic nonspecific ulcerative colitis.

Methods. It was based on an analysis, observational, cross-sectional descriptive, retrospective, where patients of both sexes were included with age at diagnosis of the disease 14-72 years of age, referred from one level to the outpatient service of Gastroenterology both shifts in the Regional General Hospital No. 1, Morelia Michoacan, Mexico, with the diagnosis of Chronic Nonspecific Ulcerative Colitis, the medical records of each patient to acquire clinical, colonoscopic, therapeutic reviewed, and intestinal manifestations presenting this pathology, to assess the natural history of the disease and its current population status.

Results. The 72 patients of both sexes Gastroenterology service users with diagnostic chronic nonspecific ulcerative colitis, presented a classical picture of the disease, mainly characterized by rectal bleeding, abdominal pain, pushing and we rectal, with degree of extent of disease as your colonica topography limited to proctitis, and that during his review of clinical Information files and even their last valuation is in a period of mild outbreak inactive, with adequate stability based monotherapy aminosalicylate, and so far has not reported a case mortality from this disease, the major intestinal manifestations found musculoskeletal, followed by hepatobiliary, referred only few cases of relapse managed with steroids and surgery for lack of response to drug treatment and intestinal complications mainly toxic megacolon.

Conclusions. The extent of disease found according to Truelove- modified Witts index was mild outbreak. The extent of the disease according to the Montreal

classification was predominant in proctitis (E1) and Colitis left (E2) according to their severity present with mild colitis (S1) remission / silent (S0). The extra-intestinal symptoms that dominance was the musculoskeletal. Patients were required surgical handling carriers pancolitis (E3) and treated with monoclonal antibodies mesalazine +, introducing more frequent toxic megacolon as intestinal complications.

Keywords. Inflammatory bowel disease, ulcerative colitis nonespecific chronic, large intestine, clinical, colonoscopic findings, extraintestinal manifestations, therapeutic.

III. ABREVIATURAS

EII: Enfermedad inflamatoria intestinal

CUCI: Colitis ulcerativa crónica inespecífica

Hb: Hemoglobina

VSG: Velocidad de sedimentación globular

Alb: Albúmina

K: Potasio

E1: Proctitis ulcerosa: afección limitada al recto (el límite superior de la inflamación no supera la unión rectosigmoides).

E2: Colitis izquierda: afección limitada al colon izquierdo (el límite superior de la inflamación no supera el ángulo esplénico).

E3: Colitis extensa o pancolitis: afección que se extiende más allá del ángulo esplénico.

S0: Colitis en remisión o silente, no hay síntomas de la enfermedad.

S1: Colitis leve, 4 o menos deposiciones al día con sangre, sin fiebre, leucocitosis, taquicardia, anemia ni aumento de la velocidad de sedimentación globular.

S2: Colitis moderada, criterios intermedios entre leve y grave, siempre con signos de afección sistémica leves

S3: Colitis grave, 6 o más deposiciones diarias con sangre, fiebre, taquicardia, o anemia, aumento de la velocidad de sedimentación globular, a menudo con signos de afección sistémica grave.

IV. GLOSARIO

Colitis Ulcerativa: afección en la cual el revestimiento del intestino grueso (colon) y el recto resultan inflamados, por alguna causa fisiopatológica desconocida.

Enfermedad Crónica: Es aquel padecimiento que dura por un tiempo en forma prolongada.

Hallazgos colonoscópicos: Es una exploración que nos permite la visualización directa a través del intestino grueso, y nos puede arrojar datos diagnósticos y a su vez realizar biopsias o manejos terapéuticos.

Terapéutica: Parte de la medicina que tiene por objeto el tratamiento de las enfermedades en cualquiera que sea su forma.

Datos clínicos: Es la forma de presentación de cualquier patología en forma de signos y síntomas referidos por el paciente.

V. ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

Cuadro I	Índice de Truelove-Witts modificado.....	Página 15
Cuadro II	Clasificación de Montreal.....	Página 16
Tabla I	Distribución de los paciente por su grado de extensión de la enfermedad (Montreal).....	Página 37
Tabla II	Distribución de los pacientes por su grado de gravedad (Montreal).....	Página 38
Tabla III	Distribución de los pacientes de acuerdo a la actividad de la enfermedad de acuerdo al índice de Truelove Witts y sexo..	Página 39
Tabla IV	Esquemas de tratamientos administrados a los pacientes...	Página 41
Tabla V	Caracterización de la evolución de los pacientes portadores de CUCI.....	Página 44
Figura 1	Género de portadores.....	Página 34
Figura 2	Edad de diagnóstico.....	Página 35
Figura 3	Manifestaciones clínicas.....	Página 36
Figura 4	Manifestaciones extra-intestinales.....	Página 40
Figura 5	Pacientes con recaída durante el transcurso de la enfermedad.....	Página 42
Figura 6	Intervención quirúrgica.....	Página 43

VII. INTRODUCCION

Entre las múltiples enfermedades que presenta nuestra sociedad en forma crónico degenerativas, en la actualidad y desde hace varios años el problema de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) la cual se caracteriza por daño del tracto digestivo en sus diferente partes topográficas cursando con periodos de remisión y exacerbación durante su evolución clínica, se ha presentado con mayor incidencia y prevalencia en el norte de Europa, Reino Unido y Estado Unidos de América, estando principalmente entre esta enfermedad, la Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica esta última con una incidencia de 6-12 casos/10000 habitantes y una prevalencia de 100-200/100000 habitantes, sin especificidad de género, de acuerdo a la edad del paciente se presenta en 2 etapas importantes la primera de la segunda a la tercera década de la vida y el segundo pico se encuentra entre la sexta y la octava década de la vida, con más incidencia en el primer pico. En México la principal enfermedad inflamatoria es la Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica, con mayor porcentaje a diferencia de la Enfermedad de Crohn, ya que se ha reportado en estudios recientes una mayor frecuencia de casos de pacientes con Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica a nivel Nacional que pudiera estar relacionado tanto a factores genéticos, ambientales, inmunológicos, demográficos y epidemiológicos.

La Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica, considerada una patología de tubo digestivo que se presenta en forma inflamatoria crónica con afección limitada a la mucosa de colón y rectosigmoides en forma total o parcial, cursando con periodos de remisión y exacerbación, de etiología multifactorial, con cuadro clínico característico de dolor abdominal, rectorragia, pujo y tenesmo rectal, alteración en la característica de las evacuaciones, fiebre e hiporexia, haciendo exclusión a otros cuadro clínicos parecidos a este.

Es importante considerar este padecimiento de acuerdo a su extensión y gravedad ya que es un problema de salud pública significativo, con afección a personas jóvenes principalmente, de tendencia a un curso clínico prolongado crónico, de manera que puede tener repercusión en el aspecto educativo del paciente, actividades laborales, vida social y calidad de vida dependiendo de su estado de evolución en curso, tomando como punto importante que puede ser

factor predisponente para la población para el desarrollo de carcinoma colorrectal, u otras complicaciones agregadas presentadas de forma extraintestinal.

Su diagnóstico se considera principalmente por la información de datos clínicos referidos por el paciente, exploración física, datos colonoscópicos, radiológicos, histopatológicos, valorando el grado de afección y extensión de la misma, y así iniciar de forma oportuna e inmediata medidas terapéuticas e higiénico dietéticas adecuadas, utilizando manejo farmacológico o quirúrgico dependiendo de su grado de evolución clínica para control de la morbimortalidad, manteniendo al paciente en un grado de estabilización e inactivo para mejor calidad de vida.

VIII. ANTECEDENTES

La colitis ulcerativa crónica inespecífica es una enfermedad de etiología aun desconocida, relacionada con factores genéticos y ambientales. La enfermedad está caracterizada por una inflamación de mucosa difusa del colon y el recto, comenzando a nivel del recto y progresa proximalmente de forma variable. La extensión de la enfermedad se puede dividir en distal o extensa. La forma distal se refiere a la colitis confinada al recto (proctitis) o al recto y sigmoides (proctosigmoides). Las formas extensas incluyen la colitis izquierda (hasta el ángulo esplénico), la extendida (hasta el ángulo hepático) y la pancolitis (todo el colon). El 95% de los pacientes tienen afección del recto, el 50% del recto y sigmoides, 30% colitis izquierda, y 20% pancolitis, cerca del 5% no se pueden clasificar ^{1,2}

En el paciente, se debe determinar si es agudo (< 4 semanas) o crónico (> 4 semanas). En adultos con diarrea sanguinolenta < 4 semanas, la etiología más frecuente es infecciosa y en adultos mayores (>65 años), infecciones, colitis isquémica, y rara vez enfermedad inflamatoria intestinal. ³

La CUCI se considera una de las enfermedades inflamatorias intestinales que cursan con síndrome de mala absorción, que producen manifestaciones en la piel por un déficit vitamínico, sin embargo las manifestaciones dermatológicas más frecuentes son las de tipo inespecífico o reactivo pudiendo ser en algunos de los casos el primer síntoma de la enfermedad.

Se estima que hasta el 20% de los pacientes con CUCI presentan reacciones dermatológicas, estas manifestaciones pueden clasificarse en específicas (fisuras y fistulas), en las cuales se compromete directamente a la piel o mucosas por la enfermedad; las manifestaciones inespecíficas o reactivas (aftas orales, eritema nodoso, pioderma gangrenoso, síndrome de Sweet, erupción vesiculo-pustulosa, pioestomatitis, piodermatitis vegetante, vasculitis necrotizante, poliarteritis nodosa), que no son provocadas por la enfermedad intestinal pero se asocian a esta; afecciones diversas que se clasifican como misceláneas (epidermólisis bulosa

adquirida, vitíligo, psoriasis, amiloidosis secundaria, síndrome de Bypass intestinal. ⁴

La CUCI sigue siendo una de las enfermedades que se asocia a una pérdida mayor de proteínas a través del tubo digestivo, no solo por su naturaleza inflamatoria-ulcerativa, sino por la presencia de complicaciones y la coexistencia de alteraciones nutricias. ⁵

Cooke y Prior confirmaron el valor de albumina sérica en la predicción de gravedad y la proponen como factor objetivo en la evaluación de enfermos con CUCI. ⁶

GENÉTICA

Genéticamente el DNA fue extraído acorde a los estándares mostrando la elevación de ciertos genes como , exón 2 (E148q), exon3 (P369S), exón 5 (F479L) y exón 10 (M694B,M694I692DELK695R, M680IB726A, A744S, R761H) fueron determinados en todos los pacientes, estas mutaciones fueron detectadas usando Nanoship molecular biology work station.

Hay estudio que demuestra significativamente una alta frecuencia de la mutación en el gen MEFV se han identificado en el mas del 50% en algunos pacientes. ⁷

Se ha incrementado la evidencia acerca de la asociación de marcadores serológicos para la enfermedad inflamatoria como anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA), anticitoplasma del neutrofilo de patrón perinuclear (pANCA), son marcadores serológicos asociados a la enfermedad de Crohn y CUCI respectivamente, el anticuerpo antinuclear (ANCA) también se ve presente en esta enfermedad. Algunos estudio tienen demostrado que el ASCA está presente en el 20 o 25% en pacientes con enfermedad de Crohn, puede estar influenciado genéticamente así como también los factores ambientales pueden jugar un cierto rol, como también ocurre en el pANCA se ha visto una variación en ciertos grupos étnicos. Los marcadores serológicos tienen cierta limitación por la variabilidad de sus resultados debido a que no se dispone de una prueba perfecta. ⁸

Entre los genes que se presentan para el desarrollo de la enfermedad inflamatoria intestinal, como NOD2, CARD 15, ATG16L1 y el IRGM en Crohn e IL23, IL12B y

STAT3 en colitis ulcerosa crónica inespecífica y en la enfermedad de Crohn, las diferencias que pueden existir entre distintos grupos étnicos en cuanto a variabilidad del fenotipo, dada por estas modificaciones genéticas, no están bien determinadas.⁹

El patrón de la herencia sugiere una forma de adherencia poligenica con influencia ambiental, la función de los genes clase II, del HLA participa en la patogénesis de la CUCI debido a que sus productos están involucrados en la respuesta inmune, los estudios de asociación han demostrado que existen diversos alelos del HLA-R que participan en la susceptibilidad genética a la CUCI, por otro lado el gen FNT alfa dentro de la clase III del MHC codifica para una citocina proinflamatoria cuyas concentraciones incrementadas a nivel de la mucosa colónica en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal.¹⁰

EPIDEMIOLOGÍA

Se ha observado en las poblaciones del norte de Europa y en Norteamérica, en el continente Asiático que es una de las patologías más comunes de tipo inflamatoria en el intestino. Se sugiere que la mayor incidencia observada en el Norte es debido a las mejores condiciones socioeconómicas que en los residentes del Sur, ha sido difícil de comprobar por la falta de datos y problemas que existen en los países del sur. En Rumania la incidencia de colitis ulcerativa fue el doble que la enfermedad de Crohn, y significativamente menor que en las poblaciones occidentales.^{11,12}

La incidencia de la enfermedad varía desde 0.5 a 24.5% por cada 100,000 habitantes.¹³

En Latinoamérica pacientes con enfermedad de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica tiene una alta prevalencia de pANCA alrededor del 50% y los ANCA están presentes entre 59 y 84% de los pacientes con dicha patología.¹⁴

Los estudios en la comunidad internacional reportan que la colitis infecciosa y la colitis isquémica son las principales causas.

No obstante, a la fecha no se conocen estudios poblacionales sobre la prevalencia de la colitis en nuestra población de adultos mayores y mucho menos

cuáles son los factores de riesgos reconocidos como precipitantes o agravantes. Teniendo en cuenta que en nuestro medio no existe suficiente información sobre las causas de colitis en adultos mayores. ¹⁵

CUADRO CLÍNICO

En un estudio realizado en pacientes mexicanos, se presentaron las siguientes manifestaciones clínicas que refieren como síntomas habituales de esta enfermedad, rectorragia (100%); diarrea con moco (84%); dolor abdominal (84%); pujo o tenesmo rectal (73.5%); pérdida de peso (56.6%); hiporexia (45%) y fiebre (28.3%). ¹⁶

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES

En un estudio realizado en la población mexicana se encontraron las siguientes manifestaciones extraintestinales, alteraciones osteomusculares en 10%, vasculares en 5.8%, oculares en 5.8%, hepatobiliares en 4.4%, y alteraciones en la piel y los tejidos blandos en 4.4%. ¹⁶

Las manifestaciones extraintestinales aparecen en el 25% de los pacientes con EII, se pueden dividir en tres grupos: 1) Aquellas relacionadas con la enfermedad y que por lo tanto responden al tratamiento con CUCI (Artritis, eritema nodoso, pioderma gangrenoso, estomatitis aftosa, uveítis-iritis), 2) Enfermedades autoinmunes que se asocian a la EII y que son independientes de la evolución de la CUCI y por lo tanto requieren un tratamiento específico (Espondilitis anquilosante, colestasis intrahepática, colangitis esclerosante primaria, cirrosis biliar primaria, tiroiditis autoinmune) 3) Aquellas complicaciones extraintestinales que están en relación con el curso de la enfermedad o son secundarias al tratamiento de la misma (Anemia, eventos tromboticos, colelitiasis, osteopenia, amiloidosis o hígado graso). ^{17,18}

DIAGNÓSTICO.

En la población mexicana valorada mediante la colonoscopia se reporta que el grado de afección se presenta en los siguientes porcentajes, 44.1% proctitis, 30.8% colitis izquierda y 22.05% pancolitis. ¹⁹

La evaluación de la enfermedad debe hacerse de manera objetiva y aunque no existe un criterio estandarizado pudiéndose evaluar mediante algunos índices de actividad de los cuales los más usados y preferentemente recomendable son el índice de Truelove y Witts modificado, que toma en cuenta síntomas, signos y estudios de laboratorio (Número de deposiciones, sangre en las deposiciones, hemoglobina, albúmina, fiebre, taquicardia, velocidad de sedimentación globular, leucocitos, potasio) aunque este índice es una valoración cualitativa, también se ha utilizado el índice de actividad clínica de la clínica de Mayo, o calificación sintomática de colitis ulcerativa, calcula la gravedad de una manera sencilla y toma en cuenta la frecuencia de evacuaciones la hemorragia rectal, los hallazgos de la endoscopia y la valoración global médica y por último el índice de actividad de colitis ulcerativa descrito por Sutherland y Cols, es un índice elaborado específicamente para valoraciones clínicas incluye tres parámetros clínicos y un endoscópico.^{20,21}

El colon por enema con doble contraste puede ser útil para el diagnóstico pero está contraindicado en la enfermedad activa o grave.

La Colonoscopia con Biopsia es el mejor procedimiento para el diagnóstico porque permite ver los cambios de la mucosa, valorar la actividad, medir la extensión, la respuesta al tratamiento, detección de displasia y cáncer, hacer dilatación de estenosis y también el diagnóstico diferencial, está contraindicada cuando hay actividad grave, megacolon tóxico o perforación.^{22, 23}

Hay estudios que demuestran que la proteína C reactiva (PCR) ultrasensible y la beta 2 Microglobulina sérica correlacionan de manera positiva con el grado de actividad histológica en pacientes con Colitis Ulcerosa Crónica Idiopática. La PCR ultrasensible tiene un kappa de 0.65, se sugiere de gran utilidad este marcador simple, eficaz y sin efectos adversos, solo para predecir actividad moderada a grave a nivel histológico debido a que nos ayuda a optimizar el tratamiento médico.²⁴

ÍNDICE DE TRUELOVE – WITTS MODIFICADO:

VARIABLE	3 PUNTOS	2 PUNTOS	1 PUNTO
Número de deposiciones	>6	4 – 6	< 4
Sangre en las deposiciones	++/+++	+	-
Hemoglobina (g/l)			
Hombre	<10	10-14	>14
Mujer	<10	10-12	>12
Albúmina	<30	30-32	>32
Fiebre (°c)	>38	37-38	<37
Taquicardia (lat./min)	>100	80-100	<80
VSG	>30	15-30	<15
Leucocitos (x1.000)	>13	10-13	<10
Potasio (mEq/l)	<3	3-3.8	>3.8

Valoración del índice:

- Inactivo: <11
- Brote leve: 11-15
- Brote moderado: 16-21
- Brote severo: 22-27

CLASIFICACIÓN DE MONTREAL

Extensión (E)	
E1	Proctitis ulcerosa: Afección limitada al recto (el límite superior de la inflamación no supera la unión rectosigmoidea).
E2	Proctitis izquierda: Afección limitada al colon izquierdo (el límite superior de la inflamación no supera el ángulo esplénico).
E3	Colitis extensa (pancolitis): Afección que se extienden más allá del ángulo esplénico.

Gravedad (S)	
S0	Colitis en remisión (colitis silente): no hay síntomas de la enfermedad.
S1	Colitis leve: 4 o menos deposiciones al día con sangre, sin fiebre, leucocitosis, taquicardia, anemia ni aumento de la VSG.
S2	Colitis moderada: Criterios intermedios entre leve y grave, siempre con signos de afección sistémica leves (Véase la tabla de Truelove-Witts modificado).
S3	Colitis grave: 6 o más deposiciones diarias con sangre, fiebre (>37.5) o taquicardia (>90 lat./min) o anemia (Hb <10,5 g/dl) o aumento de la VSG (>30 mm/h), a menudo con signos de afección (toxicidad) sistémica grave.

FACTORES DE RIESGO

La Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica se ha asociado al alto riesgo de presentar perforación intestinal y cáncer por lo que es importante identificar factores de riesgo de la patología aun que se ha dicho que no hay una causa aparentes, pero los malos hábitos dietéticos (incremento en carbohidratos, cereales, azúcares, grasas altas en colesterol, proteínas monosaturadas y polisaturadas) entre los alimentos con mayor riesgo se encuentran las comidas rápidas, los refrescos de cola, chocolates y dulces. También se ha visto un decremento de la patología con el consumo de vegetales, fibra, vitamina C,

vitamina E, el café presenta un alto riesgo así como también el habito del tabaquismo tiene una fuerte asociación con el incremento con la enfermedad inflamatoria, con una frecuencia reportada del 7 al 50% ²⁵⁻²⁶

Se observo el uso de antiinflamatorios no esteroides, pero no con el uso de la aspirina, la incidencia de CUCI y enfermedad de Crohn en mujeres de edad media. El riesgo aumenta con el aumento de las dosis y la duración del uso de los mismos. ²⁷

Los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer colorrectal incluyen extensión y duración de la CUCI, colangitis esclerosante primaria, historia familiar de cáncer, severidad de la inflamación presente de manera histológica, y la presencia de la enfermedad en edades cortas.

Se sugiere que por los datos anteriores de antecedentes, la International Guidelines of the Crohn's and Colitis Foundation of América (CCFA), y recientemente la European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) sugieren una vigilancia estricta a través de la colonoscopia. ²⁸

TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento en la Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica están dirigidos a inducir y mantener la remisión de los síntomas y la inflamación de la mucosa, con la intención de mejorar la calidad de vida, reducir la frecuencia de complicaciones, las visitas al hospital y el riesgo de desarrollar carcinoma colorrectal. Su tratamiento es a base de colestiramina, acido ursodesoxicólico (13-15mg/kg) y antihistamínicos. ²⁹

Paciente con colitis ulcerosa con actividad leve a moderada, los aminosalicilatos (5-asa) siguen siendo la primera línea de elección, cuando no responden al tratamiento con derivados de aminosalicilatos (5-asa) en dos semanas deberán recibir manejo con esteroides orales a base de prednisona 40mg oral con disminución gradual iniciando una vez logrando remisión clínica, de 5-10mg semananales hasta 20mg día y luego 2.5mg semananales hasta suspenderla, no se recomienda utilizar esteroides de 12-16 semanas.

En cuanto a la dosis de azatioprina es bien establecido que la mejor respuesta para la remisión de la enfermedad se obtiene con una dosis 2.5mg/kg/día, el uso de terapia anti TNF permanece en controversia.^{30,31}

Se ha encontrado que estos medicamentos están indicados en la patología tanto moderada como grave que no respondieron al tratamiento convencional. El infliximab es el único indicado; siendo uno de los fármacos de segunda línea en los brotes graves o refractarios a esteroides intravenosos; permitiendo la reducción y/o suspensión de esteroides así como también han demostrado ser útiles en las manifestaciones extra-intestinales. Pero están contraindicados en las siguientes condiciones: infecciones activas, tuberculosis latente no tratada, enfermedad desmielinizante, insuficiencia cardiaca avanzada, historia o diagnóstico de cáncer. Pudiendo presentar reacciones a estas patologías.³²

La no adherencia al tratamiento médico es una alta prevalencia y en particular un reto en el tratamiento a largo plazo. Reportes recientes del World Health Organization (WHO) and National Institute For Health and Clinical Excellence (NICE) han informado que pacientes con enfermedad crónica ulcerativa tienen entre el 30 y 50% de no adherencia al tratamiento médico.

Los objetivos de la intervención en la apropiada adherencia y efectividad siempre han sido importantes debido que debemos identificar oportunamente a los pacientes con no adherencia médica. En cierta forma es difícil en la práctica médica ya que no hay métodos para la adherencia a los manejos terapéuticos, aunque se han identificado factores pero no han sido de buena utilidad.^{33, 34}

El Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) recomienda tratamiento quirúrgico en los casos de hemorragia incontrolable, perforación intestinal o ante la sospecha o presencia de carcinoma. La mayoría de los enfermos son operados por síntomas refractarios al tratamiento farmacológico, es más difícil identificar y definir.³⁵

Es importante por lo tanto disponer del conocimiento apropiado y ajustado a recomendaciones médicas establecidas, para brindarles a nuestros pacientes el mejor cuidado y mantenimiento de la enfermedad.³⁶

La indicación absoluta para cirugía es la hemorragia, perforación y la documentación o la alta sospecha de carcinoma, otras indicaciones para cirugía

son colitis severa con o sin megacolon tóxico, pobre respuesta al tratamiento médico y los pacientes con menor severidad, pero con síntomas intratables o intolerancia a los efectos adversos de la medicación.

Sin embargo la indicación de la cirugía los paciente deberían ser informados de las diferentes operaciones disponibles, como proctocolectomía total con ileostomía permanente vs anastomosis íleo anal y deberán ser advertidos de sus riesgo y beneficios de estas operaciones.³⁷

IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal se ha presentado en mayor frecuencia en los últimos años en la población Michoacana, acudiendo los pacientes desde un primer nivel atención referidos al servicio de Gastroenterología del turno matutino y vespertino, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Regional No. 1 Morelia Michoacán, actualmente se desconoce la incidencia y prevalencia en nuestro estado de pacientes con el diagnóstico Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica a través del servicio de Gastroenterología.

En estudios realizados anteriormente se reporta que su incidencia y prevalencia es mayor en países industrializados, tales como Norte América (Canadá, Estados Unidos de América), Europa, actualmente en México se ha presentado un incremento importante de portadores de esta patología, siendo la Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica la principal, se desconoce actualmente su prevalencia. Se tiene conocimiento que la presencia de esta enfermedad es igual tanto en mujeres como en hombres, presentándose en dos grupos picos de edades más frecuentes, de 15 - 30 años y el segundo de 55 – 80años de edad, con mayor presentación en la primera etapa.

La extensión de la enfermedad y su evolución clínica valorados por primera vez suele ser un factor primordial para el inicio de su manejo, dependiendo de su grado de afección y extensión, por lo tanto la evaluación inicial en un primer nivel de atención es importante ya que al recibir un paciente con cuadro característico de esta enfermedad se deberá realizar oportunamente acciones terapéuticas para descartar otro tipo de patología relacionada al tubo digestivo, y de ser así canalizar inmediatamente a un segundo nivel de atención para un manejo especializado y control de la patología colónica, manteniéndola en un periodo de remisión y estabilización, ya que puede ser factor predisponente para el desarrollo de cáncer colorrectal y más en aquellos pacientes que cuentan con carga genética neoplásica de tubo digestivo.

La vigilancia y control por parte del primer nivel es incondicional en estos pacientes para brindarles una buena evolución clínica, evitando así periodos de agudización y exacerbaciones de la misma, llevándolo a una mejor calidad de

vida dentro de la sociedad, refiriendo en forma adecuada y oportuna en caso de ameritar el paciente por descompensación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la caracterización clínica de los pacientes portadores de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica controlados por el servicio de gastroenterología?

X. JUSTIFICACIÓN

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal en nuestra sociedad ha incrementado en forma trascendental, presentándose principalmente con un porcentaje significativo la Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica, enfermedad limitada a la topografía colónica y al recto sigmoides, con afección a la mucosa a diferencia de la Enfermedad de Crohn, actualmente en Michoacán se desconoce la incidencia y prevalencia de esta enfermedad siendo un factor importante predisponente para el desarrollo de cáncer colorrectal y de calidad de vida del portador, por tal motivo se iniciara una investigación basada en datos clínicos y sociodemográficos.

Es importante la valoración de nuevos hallazgos de la evolución clínica, comparación de diferentes manejos terapéuticos y su respuesta hacia ellos valorando sus periodos de exacerbación y remisión con cada uno de estos, evolución de su extensión, y sus posibles complicaciones extra intestinales a está, por lo tanto es importante la detección de este tipo de pacientes desde un primer nivel de atención realizando las medidas correctas al diferenciar esta patología de otras posibles que cursen con un cuadro clínico similar a esta, para iniciar en forma inmediata y oportuna el manejo terapéutico del alcance del médico, solicitando estudios para clínicos adecuados y referirlo a un segundo nivel para su seguimiento adecuado y evitar la morbimortalidad junto con sus posibles complicaciones, brindando mejor calidad de vida.

La colitis ulcerativa crónica inespecífica puede relacionarse con varios aspectos tanto sociales, económicos, psicológicos y físicos dependiendo del grado de evolución y afección de la enfermedad por tal motivo debe mantenerse en un periodo de estabilidad y remisión evitando una mala calidad de vida, hospitalizaciones en forma continua, e intervenciones quirúrgicas, con esto evitaremos complicaciones secundarias a esta y gastos mayores de manera Institucional.

XI. HIPOTESIS

Los portadores de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica en su evolución clínica, más del 50% tiene una enfermedad leve.

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la clínica de los portadores de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Evaluar el grado de brote de la enfermedad a través del método del índice de Truelove- Witts modificado
- 2.- Identificar la extensión y gravedad de la enfermedad por medio de la Colonoscopia de acuerdo a la Clasificación de Montreal
- 3.- Identificar la frecuencia de la sintomatología de origen extra- intestinal y las más constantes de ellas.
- 4.-Identificar las características clínicas de los pacientes que ameritaron tratamiento quirúrgico.

XI. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Características del lugar:

- Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional No. 1 Morelia Michoacán, México.

2. Diseño del estudio:

- Es un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

3. Población de estudio:

- Fueron seleccionados todos los pacientes derivados de un primer nivel de atención del estado de Michoacán en el periodo comprendido de Enero del 2002 a Diciembre del 2013, de ambos sexos, diagnosticados con Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica, en la consulta externa de Gastroenterología del turno matutino y vespertino derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Hospital General Regional No.1 Morelia Michoacán, México.

Tamaño de la muestra.

Se realizó un estudio descriptivo por conveniencia en el que se incluyó a todos los pacientes con el diagnóstico de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica, de la consulta externa de Gastroenterología de ambos turnos en el Hospital General Regional No.1 Morelia Michoacán, del periodo de enero del 2002 a diciembre del 2013.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social con el diagnóstico de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica diagnosticados en la consulta externa de gastroenterología en ambos turnos.

Pacientes de ambos sexos

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- Paciente no derecho habientes al Instituto Mexicano del Seguro Social
- Pacientes con otras enfermedades inflamatorias intestinales y/o del tracto digestivo (enfermedad de Crohn, colitis pseudomembranosa y colitis amebiana).
- Pacientes que no cuenten con los estudios complementarios.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con información clínica insuficiente
- Extravío de expediente clínico

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Descripción de variables:

Variable independiente

Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica

Variables dependientes

Variables clínicas. Género, edad actual, edad de diagnóstico, dolor abdominal, pujo, tenesmo, fiebre, hiporexia, pérdida de peso, rectorragia, diarrea con moco, manifestaciones extra intestinales, tratamiento farmacológico utilizado (aminosalicilatos, esteroide, inmunomoduladores, anticuerpos monoclonales), tratamiento quirúrgico.

Variables para clínicas

Biometría hemática completa (hemoglobina, leucocitos), velocidad de sedimentación globular, potasio, albumina, hallazgo colonoscópico.

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	MEDIDA
Genero	Autoconcepción de un individuo como masculino o femenino.	Cualitativa	1. Masculino 2. Femenino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, años de vida.	Cuantitativa	Años
Rectorragia	Deposición intestinal sanguinolenta.	Cualitativa	1. Si 2. No
Dolor Abdominal	Es una manifestación de daño y, como tal, cuando ocurre en la región anatómica denominada abdomen refleja patologías que pueden estar relacionadas con el aparato digestivo, aunque existen otros cuya procedencia excede los límites de esta cavidad.	Cualitativo	1. Leve 2. Moderado 3. Severo.

Pujo rectal	Deseo continuo de defecar con dificultad para conseguirlo y acompañado con dolor.	Cualitativo	1. Si 2. No
Tenesmo rectal	Deseo continuo, doloroso e ineficaz de evacuar.	Cualitativo	1. Si 2. No
Pérdida de peso	Es una reducción de la masa corporal de un individuo, por razón de una pérdida promedio de líquidos.	Cuantitativo	Kg Kilogramos
Hiporexia	Pérdida parcial del apetito.	Cualitativo	1. Si 2. No
Diarrea con moco	Alteración de las heces en cuanto a volumen, fluidez, o frecuencia, lo cual con lleva una baja absorción de líquidos y nutrientes. Se considera diarrea cuando existen más de 5 evacuaciones en 24 horas.	Dicotómica	1. Si 2. No
Fiebre	Es el aumento de la temperatura corporal mayor o igual a los 38°C y que es causado por un evento fisiopatológico.	Cuantitativo	Grados centígrados

Manifestaciones extra-intestinales	Aquellas alteraciones que se presentan fuera del área del tracto de tubo digestivo.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Osteomusculares 2. Vasculares 3. Oculares 4. Hepatobiliares 5. Piel y tegumentos
Hallazgos colonoscópicos	Reporte escrito o visualizado después de un procedimiento colonoscópico.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proctitis 2. Colitis Izquierda 3. Pancolitis
Tratamiento	Es el conjunto de medios de cualquier clase higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aminosalicilatos 2. Esteroide 3. Inmunomodulador 4. Anticuerpos monoclonales
Taquicardia	Es el incremento de la frecuencia cardiaca por arriba de los 100 latidos por minuto.	Cuantitativa	Latidos por minuto
Leucocitos	También llamados glóbulos blancos, son un conjunto heterogéneo de células sanguíneas que son los efectores celulares de la respuesta inmunitaria, interviniendo así en la defensa del organismo contra sustancias extrañas o agentes infecciosos.	Cuantitativa	Unidades

<p>Hemoglobina (Hb)</p>	<p>Heteroproteína de la sangre, de masa molecular 64.000 g/mol (64 kDa), de color rojo característico, que transporta el oxígeno desde los órganos respiratorios hasta los tejidos, el dióxido de carbono desde los tejidos hasta los pulmones que lo eliminan y también participa en la regulación de pH de la sangre.</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>g/dl (gramos/decilitro)</p>
<p>Albúmina (Alb)</p>	<p>Proteína sintetizada en el hígado, que se encuentra en gran proporción en el plasma sanguíneo, principal proteína de la sangre.</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>g/l (gramos/litro)</p>
<p>Velocidad de sedimentación globular (VSG)</p>	<p>Velocidad a la que los eritrocitos se depositan en la sangre no coagulada en el término de una o dos horas.</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>mm/hr (milímetros/hora)</p>
<p>Potasio (K)</p>	<p>Metal alcalino de peso atómico 39, valencia 1 y símbolo K. En el organismo humano el 98% se encuentra en el líquido intracelular. Se elimina el 95% por el riñón y el resto por el sudor, saliva y las heces.</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>m/Eq (mili/equivalentes)</p>

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO

Previa autorización del comité de SIRELCIS. El investigador principal acudió al Hospital General Regional No.1 de la ciudad Morelia Michoacán al área de SIMO en donde se requirió los registros de los pacientes que se les diagnosticó con Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica en el tiempo comprendido de enero 2002 a diciembre del 2013, posteriormente se investigó con el nombre y número de seguridad social en el expediente electrónico personal para detección de las consultas otorgadas que se le hayan brindado hasta su última cita, para la obtención de los datos clínicos y sociodemográficos, se anexo el formato de pacientes con diagnóstico de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica registrados. Se recabó los siguientes datos, sociodemográficos, clínicos, terapéutica administrada, estudios de gabinete, (colonoscopia), laboratorio, manifestaciones extraintestinales.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva para los datos sociodemográficos (edad actual, edad de diagnóstico de la enfermedad, género), datos clínicos, gabinete (reporte colonoscopia), manifestaciones extraintestinales, terapéutica utilizada.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los procedimientos que se realizaron en este estudio estuvieron acorde con las Normas Éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación clínica para la salud como también de la Declaración de Helsinki así como códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica.

Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que se tuvo con la seguridad y bienestar de los pacientes se respetó cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont.

Se consideró como principio básico el respeto, dignidad y protección al individuo, así como su derecho de autonomía al tomar decisiones informadas, buscando siempre el beneficio del paciente respetando sus derechos de continuar en el estudio realizado o retirarse del mismo, conforme sea su bienestar.

XII. RESULTADOS

En el presente estudio se incluyeron 72 pacientes, población total con diagnóstico de colitis ulcerativa crónica inespecífica, usuarios del servicio de Gastroenterología de ambos turnos del Hospital General Regional No. 1 Morelia Michoacán, en control de enero del 2002 hasta diciembre 2013, el 55.6% (40) fueron del sexo masculino y 44.4% (32) del sexo femenino. Figura 1

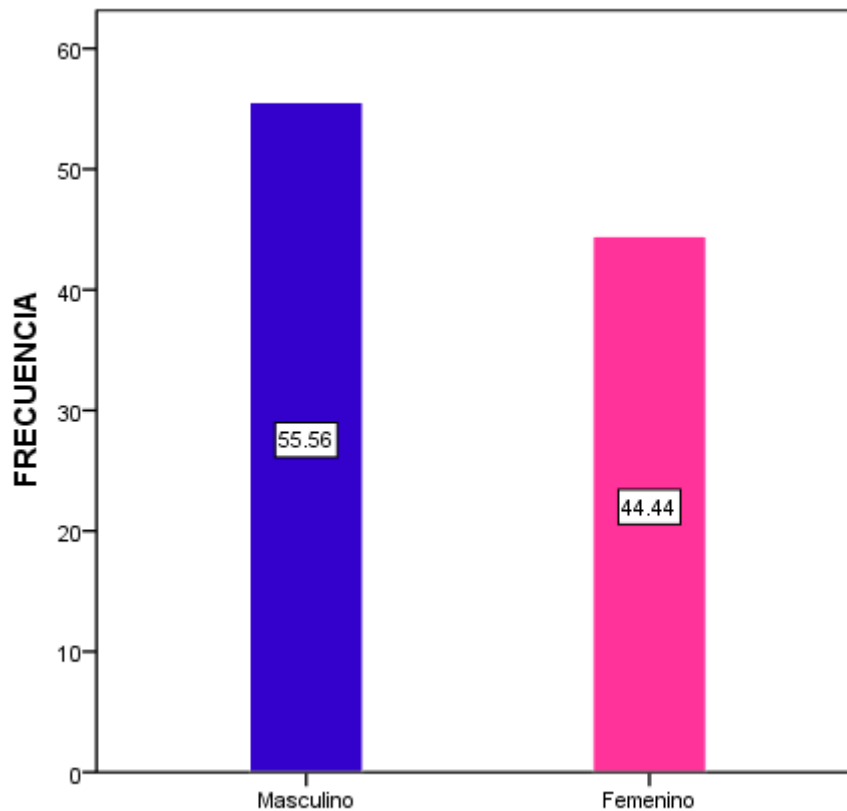


Figura 1. GENERO

De acuerdo a la edad se encontró una predominancia en el rango de edad de 20 - 39 años con el 55.6%, en segundo lugar de frecuencia fue el rango de 40-59 años de edad con el 33.3% y el porcentaje más bajo fue en menores de 20 años con el 4.2%. Figura 2.

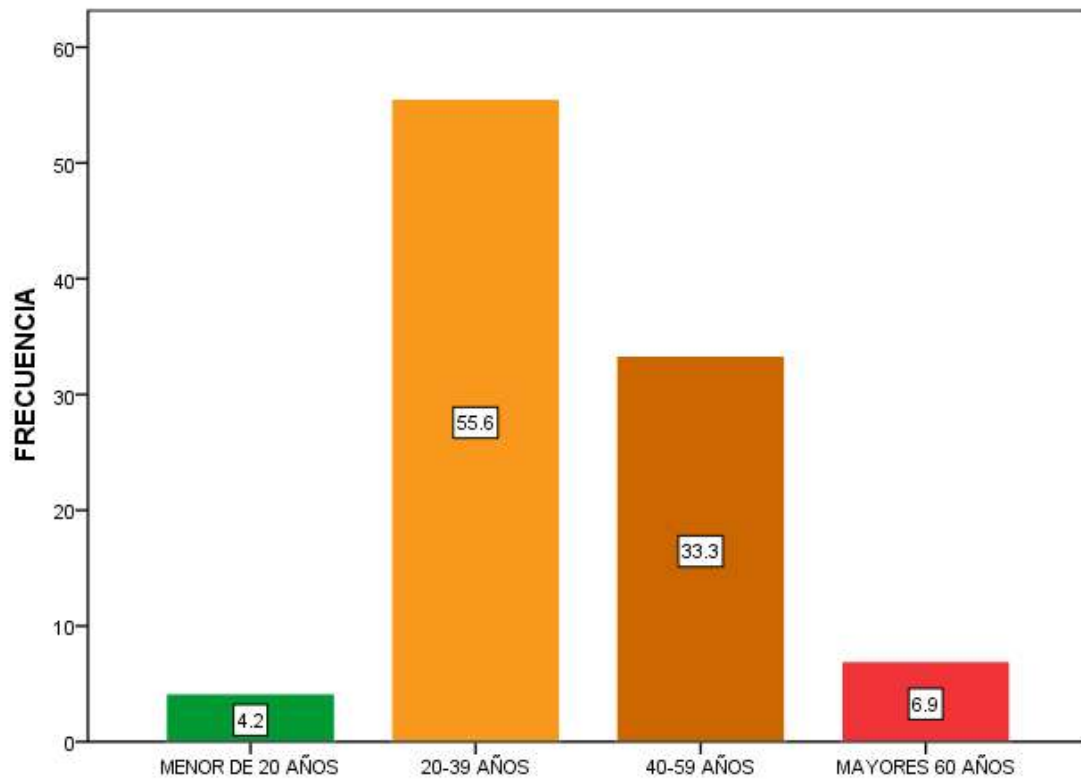


Figura 2. EDAD DE DIAGNOSTICO

Las manifestaciones clínicas registradas en el expediente clínico de cada paciente fueron las siguientes: Rectorragia 24 (33.3%) pacientes, de los cuales 16 (22.2%) fueron del sexo masculino, 8 (11.1%) femeninos, dolor abdominal 42 (58.3%) de estos 23 (31.9%) masculinos, 19 (26.4%) femeninos, pujo y tenesmo rectal en 35 (48.6%) , de estos 21 (29.2%) masculinos, 14 (19.4%) femeninos, pérdida de peso en 21 (29.2%), 14 (19.4%) masculinos, 7 (9.7%) femeninos, hiporexia en 26 (36.1%), con este síntoma 15 (20.8%) masculinos, 11 (15.3%) femeninos, diarrea con moco en 23 (31.9%), en 14 (19.4%) masculinos, 9 (12.5%) femeninos, fiebre 1 (1.4%), del sexo femenino. Figura 3.

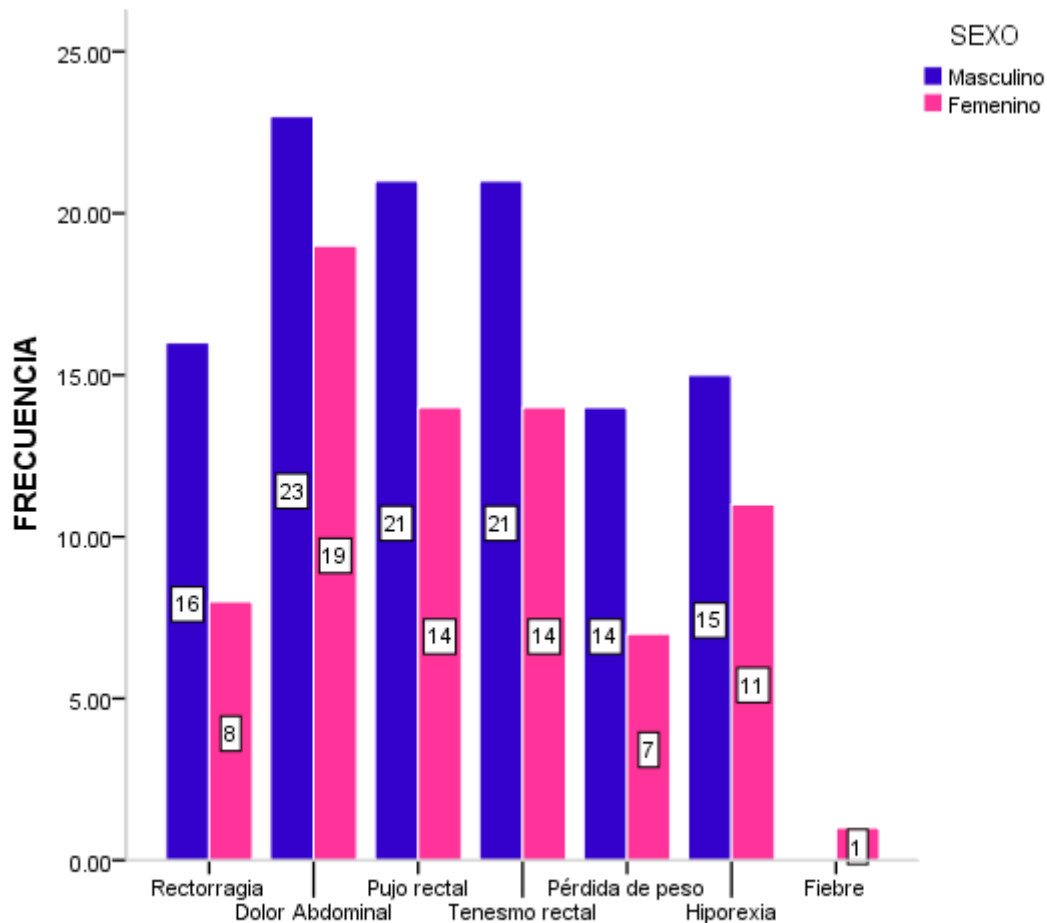


Figura 3. MANIFESTACIONES CLINICAS

El nivel de extensión y actividad propia de la enfermedad del paciente fue de acuerdo a la clasificación de Montreal e Índice de Truelove-Witts modificado.

El grado de afección o extensión que se encontró en los pacientes fue: Proctitis (E1) en el 47.2%, de estos 16 (22.2%) fueron del sexo masculino y 18 (25.0%) femeninos, seguido de colitis izquierda (E2) con 31.9%, de los cuales en 12 (16.7%) fueron masculinos, y 11 (15.2%) femeninos, por último la pancolitis (E3) con 20.9%, de ellos 12 (16.7%) fueron masculinos y 3 (4.2%) femeninos. Tabla I.

Tabla No. I, Distribución de los pacientes por su grado de extensión de la enfermedad (Montreal) y sexo.

Extensión	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
E1 – Proctitis	16	22.2	18	25.0
E2 – Colitis Izquierda	12	16.7	11	15.2
E3 – Pancolitis	12	16.7	3	4.2
Total	40	55.6	32	44.4

La gravedad de la enfermedad que se encontró en estos pacientes fue: S0 (colitis en remisión) en el 22.2% (16) de los cuales, 9 (12.6%) fueron del sexo masculino, y 7 (9.6%) femenino, para S1 (colitis leve) en el 68.2% (49) de los cuales 27 (37.6%) masculinos y 22 (30.6%) femeninos, S2 (colitis moderada) con el 9.6% (7) correspondiéndole, 4 (5.4%) a masculinos y 3 (4.2%) femeninos, S3 (colitis grave) sin presencia en la población. Tabla II.

Tabla No. II. Distribución de los pacientes por su grado de gravedad (Montreal) y sexo

Gravedad (S)	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
S0 – Colitis en remisión (silente)	9	12.6	7	9.6
S1 – Colitis leve	27	37.6	22	30.6
S2 – Colitis moderada	4	5.4	3	4.2
S3 – Colitis grave	0	0	0	0
Total	40	55.6	32	44.4

La actividad de acuerdo a la escala de Truelove Witts modificado encontramos un predominio en el brote leve con el 75.0%, del cual 40.2% (29) fueron del sexo masculino y el 34.8% (25) del femenino, en segundo lugar en frecuencia fue el brote inactivo con el 15.2%, de los pacientes inactivos el 9.8% (7) fueron del sexo masculino y el 5.4%(4) sexo femenino, en tercer lugar con actividad moderada con el 8.4% de este porcentaje el 5.6% masculinos y el 4.2% femeninos, sin presencia de actividad grave. Tabla III.

Tabla No. III. Distribución de los pacientes de acuerdo a la actividad de la enfermedad de acuerdo al índice de Truelove Witts y sexo.

Actividad	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
Inactivo	7	9.8	4	5.4
Brote leve	29	40.2	25	34.8
Brote moderado	4	5.6	3	4.2
Brote grave	0	0	0	0
Total	40	55.6	32	44.4

De la población de estudio el 40.3% fue portador de manifestaciones extraintestinales, predominando las manifestaciones osteomusculares con el 20.8%, 8 pacientes (11.1%) fueron del sexo masculinos y 7 (9.7%) femeninos, en frecuencia siguieron los síntomas hepátobiliares con el 9.7%, de ellos 4 (5.6%) fueron del sexo femenino y 3 (4.1%) del sexo masculino, el 4.2% (3) presentaron síntomas oculares y fueron del sexo masculino, los síntomas vasculares se encontró con el 2.8% (2) y fueron el sexo femenino y las manifestaciones de piel y tegumentos fue de 2.8% (2), uno de cada sexo. Figura 4.

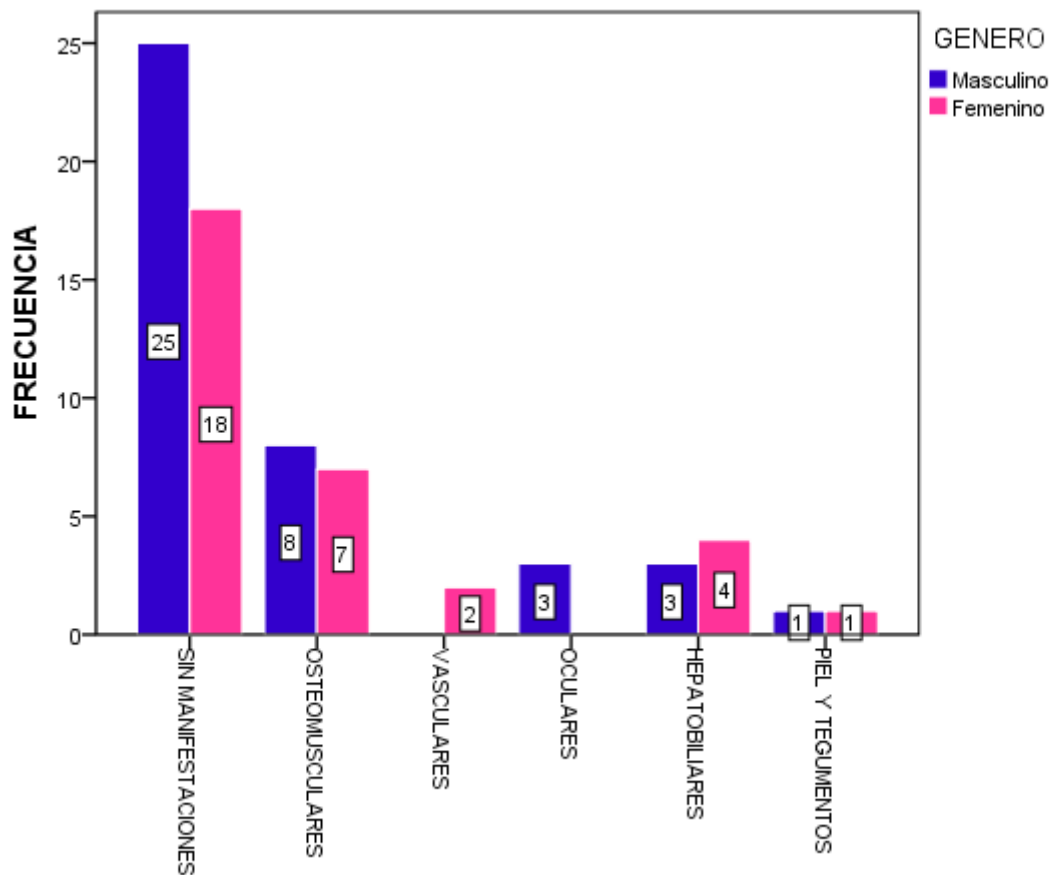


Figura 4. MANIFESTACIONES EXTRA-INTESTINALES

Tratamiento farmacológico y quirúrgico.

El manejo farmacológico, otorgado a estos pacientes predominó la monoterapia con Acido 5 Aminosalicílico (mesalazina) en el 70.9% (51), el segundo esquema utilizado fue la combinación de mesalazina + anticuerpo monoclonal con el 16.6%, el tercer esquema utilizado fue la combinación de mesalazina con inmunomodulador con el 8.3% y con el 4.2% la combinación de mesalazina, inmunomodulador y anticuerpo monoclonal, en relación a la frecuencia de utilización de los diferentes esquemas terapéuticos fue similar tanto en el sexo masculino como femenino a excepción del esquema mesalazina, inmunomodulador, el cual predominó en los hombres.

Tabla No. IV. Esquemas de tratamientos administrados a los pacientes

Tratamiento Farmacológico	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
Mesalazina	27	37.6	24	33.3
Mesalazina + Anticuerpo Monoclonal (adalimumab, infliximab)	7	9.7	5	6.9
Mesalazina + Inmunomodulador	5	6.9	1	1.4
Mesalazina + Inmunomodulador + Anticuerpo Monoclonal (adalimumab, infliximab)	1	1.4	2	2.8
Total	40	55.6	32	44.4

Se encontró que el 9.7% de los pacientes sufrieron recaídas, predominando el sexo masculino con el 6.9% y el 2.8% en paciente femeninos, en ambos se adicionó tratamiento con prednisona para remisión. Figura 5.

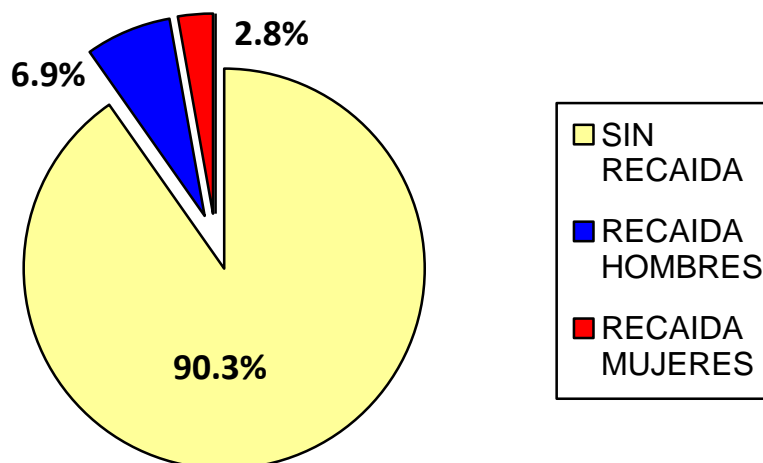


Figura 5. Pacientes con recaída durante el transcurso de la enfermedad

Del total de pacientes investigados el 6.9% (5) ameritó tratamiento quirúrgico, la cirugía predominante fue la colectomía con anastomosis ilio-rectal en 4 de los 5 pacientes, de estos cuatro pacientes 3 correspondieron al sexo masculino y uno al femenino, 1 paciente ameritó proctocolectomía y fue del sexo femenino. Figura 6.

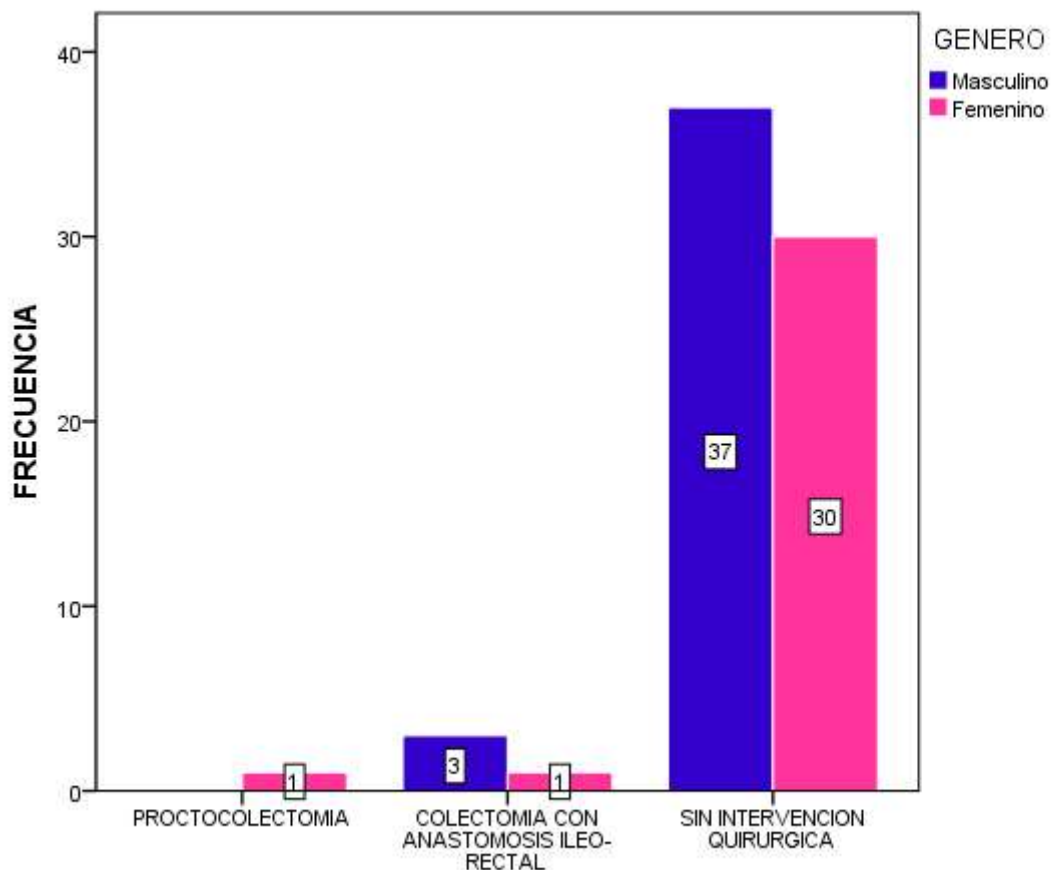


Figura 6. INTERVENCION QUIRURGICA

Se continuo su manejo posquirúrgico de estos pacientes a base de anticuerpo monoclonal (infliximab, adalimumab) y 5-ASA (mesalazina), y vigilancia mensual. De la población total estudiada desde enero del 2002 hasta diciembre 2013 no se ha presentado ningún caso de mortalidad de los pacientes diagnosticados con colitis ulcerativa crónica inespecífica.

Tabla V. Caracterización de la evolución de los pacientes portadores de CUCI

VARIABLE	TRATAMIENTO				
	Farmacológico		Quirúrgico		
Sexo	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Edad (media)	38	40.8	30.6	30	
Manifestaciones clínicas	Rectorragia	16	8	2	1
	Dolor abdominal	23	19	2	2
	Pujo	21	14	1	2
	Tenesmo rectal	21	14	1	2
	Pérdida de peso	14	7	2	1
	Fiebre	0	1	0	1
Extensión	E1	16	18	0	0
	E2	12	11	1	1
	E3	12	3	2	1
Gravedad	S0	9	7	0	0
	S1	27	22	2	1
	S2	4	3	1	1
	S3	0	0	0	0
Índice Truelove Witts/Brote	Inactivo	7	4	0	0
	Leve	29	25	2	1
	Moderado	4	3	1	1
	Grave	0	0	0	0
Complicaciones Intestinales					
Perforación intestinal	0	0	0	1	
Megacolon toxico	0	0	3	1	
Manifestaciones extra-intestinales	Osteomusculares	8	7	1	0
	Vasculares	0	2	0	0
	Oculares	3	0	1	0
	Hepatobiliares	3	4	0	0
	Piel y tegumentos	1	1	0	1
Tratamiento farmacológico	Mesalazina	27	24	0	0
	Mesalazina + Anticuerpo monoclonal	7	5	3	2
	Mesalazina Inmunomodulador	5	1	0	0
	Mesalazina Inmunomodulador Anticuerpo monoclonal	1	2	0	0

La caracterización de la evolución de los pacientes de la tabla No. V, mostro, que durante la revisión de los expedientes de cada paciente controlado por el servicio de Gastroenterología y la revisión de la última nota médica, que los pacientes con diagnóstico de CUCI actualmente se encuentran bajo tratamiento farmacológico bajo diferentes esquemas terapéuticos, pero solo un grupo de 6.9% (5) pacientes amerito intervención quirúrgica por complicación intestinal, de los cuales actualmente se encuentran bajo tratamiento a base de mesalazina y anticuerpo

monoclonal. La sintomatología más frecuente de los pacientes hasta su última valoración se presentó que tanto en el sexo femenino como en el masculino el dolor abdominal seguido por pujo y tenesmo, siguiéndole la rectorragia, en las mujeres mostro el mismo comportamiento, en cuanto a la extensión de la enfermedad, los hombres presentan predominio la proctitis (E1), mismo porcentaje para colitis y pancolitis (E2,3), en las mujeres también predominio, la proctitis y la frecuencia de pancolitis fue inferior, en la gravedad en ambos predominio la colitis leve, de acuerdo al Índice Truelove Witts modificado, en ambos sexos predominio el brote leve, las manifestaciones extra-intestinales predominaron en ambos los síntomas osteomusculares y hepatobiliares, el tratamiento predominante fue la mesalazina y en segundo lugar la asociación con anticuerpos monoclonales.

Los pacientes que ameritaron tratamiento quirúrgico les caracterizó el predominio de pancolitis (E3), los síntomas extra-intestinales fueron osteomusculares y uveítis. Controlados con mesalazina en combinación con anticuerpo monoclonal, sus complicaciones extraintestinales por la cual ameritaron intervención quirúrgica las más relevante fue megacolon tóxico.

XIII. DISCUSIÓN

Se reconoce tradicionalmente que la colitis ulcerativa crónica inespecífica presenta una menor incidencia en México en relación al resto de los países del mundo, aunque no existen estudios epidemiológicos que lo comprueben.

Nuestro estudio evaluó el comportamiento clínico de la colitis ulcerativa crónica inespecífica en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social atendida en el servicio de Gastroenterología del Hospital General Regional No. 1, con la intención de demostrar y valorar su evolución clínica, extensión y gravedad de la enfermedad, ya que en su momento no se cuenta con ningún tipo de información en nuestro Estado en relación a esta enfermedad, siendo una patología de importancia en los tiempos actuales, por la magnitud de sus complicaciones que puede llegar a presentar el paciente si no es detectado y manejado a tiempo y trascender llevando al paciente a una mala calidad de vida, por lo cual se debe de diagnosticar en forma temprana desde un primer nivel de atención.

La frecuencia en relación al sexo, el Dr. Omar Vergara Fernández ², refiere que esta enfermedad no tiene predilección por algún sexo, Loftus EV ³⁹ encontró que predomina en el sexo masculino lo que coincide con esta investigación, estos dos autores coinciden que la presentación en relación con la edad, la cual tiene una presentación bimodal, con el pico más importante entre los 15 y 30 años, y un segundo pico entre los 55 y 80 años, en esta investigación, los pacientes con tratamiento farmacológico se encontró entre 38 y 40 años, pero los que ameritaron tratamiento quirúrgico fue a edad más temprana (30 años).

Durante la revisión de expedientes clínicos, se encontró en forma repetitiva que los pacientes cursaban con un cuadro característico disentérico, como síntoma cardinal la diarrea sanguinolenta, iniciándose manejo para posible patología, cursando así por varios meses, siendo diagnosticados en un lapso de 6 a 12 meses aproximadamente.

Esta investigación demostró que la sintomatología más importante fue la diarrea sanguinolenta, asociados con dolor cólico abdominal, pujo y tenesmo similar a la reportada por de la Cruz Guillen, Cortés Espinoza y Cols¹⁶.

La extensión y gravedad de la enfermedad mostro comportamiento diferente relacionada a la literatura, Bosques Padilla¹⁹ en el noroeste de México, reportó con más frecuencia en su estudio, la pancolitis (E3), seguida de proctitis ulcerosa (E1), con un curso de la enfermedad leve (S1), en cuanto a la gravedad nuestros pacientes presentaron un enfermedad leve (S1) a remisión (S0) con extensión de proctitis, y en segundo lugar la colitis izquierda (E2), tal como lo reporta Cruz Guillen¹⁶ en su estudio.

La presencia de manifestaciones extraintestinales presentes en el estudio de las más frecuentes fueron osteomusculares y hepatobiliares en ambos sexos, como lo refiere Mery CM⁴⁰ en su publicación, siendo en su estudio los osteomusculares como más frecuentes y seguida las manifestaciones oculares a diferencia de nuestro estudio, siendo similar en su presentación con Cruz Guillen¹⁶.

Nuestro estudio se caracterizó porque los pacientes que ameritaron intervención quirúrgica, presentaron una complicación intestinal entre ella la más frecuente fue megacolon tóxico, cursando su mayoría con una extensión de pancolitis (E3), encontrándose en su manejo con mesalazina y anticuerpo monoclonal, las manifestaciones extraintestinales principales fueron las osteomusculares y oculares. De acuerdo a Takahashi⁴⁰, Cima RR⁴¹y Arch Ferrer⁴², en sus publicaciones refieren que la indicación quirúrgica es por el fracaso al tratamiento farmacológico, y las complicaciones asociadas a esté, tal es el caso de megacolon tóxico, perforación intestinal, o como prevención de carcinoma.

Arsenio Choquet,³⁵ encontró en estudio de seguimiento a 10 años que el porcentaje que amerito cirugía fue por fracaso al tratamiento o complicaciones y fue del 28%, en esta investigación en dos años el porcentaje fue del 6.9% si se le diera seguimiento en un mismo periodo, el porcentaje sería mayor que al reportado por Arsenio.

Por lo tanto es un padecimiento que ha incrementado su frecuencia en las últimas décadas por lo que se debe poner mayor interés y brindar una atención oportuna a este tipo de pacientes para otorgar una atención medica de mayor calidad con la finalidad de mejorar la calidad de vida, disminuyendo los periodos de exacerbación y agudización de la enfermedad, manteniéndolos hasta donde sea posible en un periodo de remisión lo más prolongado posible.

XIV. CONCLUSIONES

- 1.-El grado de la enfermedad encontrado de acuerdo al índice de Truelove- Witts modificado fue de un brote leve a inactivo.
- 2.- La extensión y gravedad de la enfermedad de acuerdo a la Clasificación de Montreal fue predominante la Proctitis (E1) seguida de la Colitis izquierda (E2), y de acuerdo a su gravedad cursan con colitis leve (S1) a remisión/silente (S0).
- 3.- La sintomatología extra- intestinal que predominó fue la osteomuscular
- 4.- Los pacientes que ameritaron tratamiento quirúrgico fueron los portadores de pancolitis (E3) y tratados con mesalazina + anticuerpos monoclonales, presentando megacolon tóxico como complicación intestinal más frecuente.

XV. RECOMENDACIONES

Al personal médico de primer nivel de atención, ya que es el primer contacto al paciente, valorar en forma adecuada e integra, al tener un paciente que cursa con un cuadro característico o similar a esta patología, en el tiempo más breve para evitar así las posibles complicaciones de la enfermedad, y realizar el envío oportuno al segundo nivel para su manejo y control, recordando que este padecimiento se presenta en forma más frecuente entre la tercera y quinta década de la vida.

Realizar una correcta y adecuada vigilancia del paciente en forma continua para tener un buen control de la enfermedad, evitando periodos de recaída y exacerbación, brindándole una buena calidad de vida, teniendo en cuenta el índice de truelove witts modificado y Montreal para valorar su gravedad y extensión.

XVI. BIBLIOGRAFÍAS

1. Charúa Guindic Luis. Colitis Ulcerativa Crónica Idiopática: Rev Gastroenterol Mex, Vol. 73, Supl. 1, 2008.
2. Vergara Fernandez O, Takahashi Monroy Takeshi, González Contreras Quintín H. Conceptos actuales en colitis ulcerativa crónica inespecífica. Cirujano General Vol. 28 Núm. 1-2006.
3. Otero Regino William, González Angélica, Gómez Zuleta Martín. Prevalencia de diferentes tipos de colitis en personas adultos mayores. Rev. Col Gastroenterol/24(3)2009.
4. Hanuer SB. Update on the etiology, pathogenesis and diagnosis of ulcerative colitis. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol 2004;1:26-31.
5. Marnier JL, Friberg S, Simonse E. Disease activity and serum proteins in ulcerative colitis. Immunochemical quantitation. Scand J Gastroenterol 1975; 10: 537-44.
6. Cooke WT- Prior P. Determining disease activity in inflammatory bowel disease. J Clin Gastroenterol 1984; 6,71-25.
7. Byetullah Yildirim, Candan Tuncer, Derya Kan, et al. MEFV gene mutations and its impact in the Clinical in ulcerative colitis patients. Rheumatol Int (2011) 31:859-864.
8. Barahona Garrido J. Sarti H. M, Barahona Garrido M. K, Hernández Calleros J, et al. Serological markers in inflammatory bowel disease: a review of their Clinical utility. Rev Gastroenterol Mex, Vol.74 Núm. 3,2009.
9. Cho JH. The genetics and immunopathogenesis of inflammatory bowel disease. Nat Rev Immunol 2008;8:458-466
10. Sanjurjo García José Luis, Aranda Jiménez Gabriel, Garduño Delgado Roberto, Treviño García Manzo Norberto. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) Mesa 1. Diagnóstico. Utilidad de los datos clínicos y análisis del laboratorio Rev. Gastroenterol Mex, Vol. 72, Núm. 3, 2007.
11. Danese Silvio, M.D, Fiocchi Claudio. Ulcerative Colitis. The New England Journal of Medicine: 365; 18. Nov 3, 2011.

12. Sandoval René, Bosques Padilla Francisco. Enfermedad inflamatoria intestinal: realidad en México. Rev Gastroenterol Mex, Vol. 73, Supl. 2,2008.
13. Loftus EV. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence and environmental influences. Gastroenterology 2004;126:1504-1517.
14. Thompson AI, Lees CW. Genetics of ulcerative colitis. Inflamm Bowel Dis 2011;17:831-48.
15. Loftus EV, Sandborn WJ. Epidemiology of inflammatory bowel disease. Gastroenterol Clin North Am 2002;448:427-434.
16. De la Cruz-Guillen A, Cortés-Espinosa T, Sánchez Chávez X, López-Gómez JG, Quintero-Aguilar G, Reyes-Zermeño MG, Ramos-Gómez MV. Comportamiento Clínico de la colitis ulcerosa crónica inespecífica en pacientes del CMN 20 de Noviembre ISSSTE y comparación con la bibliografía americana. Med Int Mex 2011,27(3):224-230.
17. Danese S, Semeraro S, Papa A, Roberto I, Scaldeferri F, Fedeli G, et al. Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel diseases. World J Gastroenterol 2005; 11: 7227-36.
18. Pérez Manauta Jorge, Bernal Reyes Raúl, Navarrete Cruces Teresita, Sobrino Cossio Sergio, et al. Guía clínicas de diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) Mesa 4. Tratamiento de la CUCI leve a moderada. Indicación de remisión y su mantenimiento. Rev Gastroenterol Mex, Vol. 72, Núm. 3, 2007.
19. Bosques Padilla FJ, Sandoval García ER, Martínez Vázquez MA, et al. Epidemiología y características clínicas de la colitis ulcerosa crónica idiopática en el noreste de México. Rev Gastroenterol Mex, Vol. 76, Núm. 1,2011.
20. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis; preliminary report on a therapeutic trial. BR Med J 1954; 2(4884): 375-8.
21. Naber AHJ, de Jong DJ. Assessment of disease activity in inflammatory bowel disease; relevance for Clinical trials. Neth J Med 2003; 61: 105-10.
22. Hurtado Andrade Humberto, Hernández Guerrero Angélica, Nava Muciño Catarino, et al. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI). Mesa 3. Tratamiento médico. Rev. Gastroenterol Mex, Vol. 72, Núm. 3, 2007.

23. Sáenz Félix Victoriano, Bernal Sahagún Fernando, de la Torre Bravo Antonio. Guías Clínicas de diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) Mesa2. Diagnóstico. Imagen. Rev. Gastroenterol Mex, Vol. 72, Núm. 3, 2007.
24. Yamamoto Furusho Jesús K, Camacho Escobedo Jesús, Téllez Ávila Félix, Barreto Rafael. Niveles de Beta2 Microglobulina y proteína C Reactiva ultrasensible como marcadores de actividad histológica en pacientes con colitis ulcerativa crónica idiopática; Gac Méd Méx Vol. 146 No. 1,2010.
25. Joelsson Magnus, Benoni Cecilia, Ôresland Tom. Does smoking influence the risk of pouchitis following ileal pouch anal anastomosis for ulcerative colitis? Scandinavian Journal of Gastroenterology, 2006; 41: 929-93.
26. Hart Andrew R, Luben Robert, Olsen Anja, Tjonneland Anne, Lainseisen Jakob, Nagel Gabriele, et al. Diet in the Aetiology of ulcerative Colitis: A European Prospective Cohort Study. Digestion 2008; 77:57-64.
27. Ashwin N. Ananthakrishnan, MD, MPH; Leslie M. Higuchi, MD, MPH; Edward S. Huang, MD, MPH; Hamed Khalili, et al. Aspirin, Nonsteroidal Anti-inflammatory Drug Use, and Risk for Crohn Disease and Ulcerative Colitis. Annals of Internal Medicine Vol. 156, Núm 5; March 2012.
28. Laszlo Lakatos Peter, Laszlo Lakatos. Risk for colorectal cancer in ulcerative colitis: Changes, causes and management strategies. World J Gastroenterol 2008 July 7;14 (25):3937-3947.
29. Bosques Padilla Francisco, Bernal Sánchez Gilberto, Durán-Ramos Oscar et al. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) Mesa. 5 Tratamiento de CUCI grave y conducta de seguimiento para evaluar el riesgo de cáncer. Rev. Gastroenterol Mex, Vol. 72, Núm. 3,2007.
30. Baños Fabian Juliao, MD. Calidad en el manejo de enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Col Gastroenterol: 26(3)2011.
31. S. V. Kane & A. Robinson. Understanding adherence to medication in the ulcerative colitis – innovative thinking and evolving concepts. Aliment Pharmacol Ther 2010;32: 1051-1058.
32. Yamamoto Furusho JK, Bosques Padilla F. Consenso mexicano sobre el uso de agentes anti-TNF-a en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Gastroenterol Mex, Vol. 74, Núm. 3, 2009.

33. Fabian Juliao Baños, MD. Calidad en el manejo de enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Col Gastroenterol*: 26(3)2011.
34. D'Inca R, Bertomoro P, Mazzocco K, Vettorato MG, Rumiati R, Sturniolo GC. Risk factors for non-adherence to medication in inflammatory bowel disease patients. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;27: 166-72.
35. Choquet Arsenio, Yamamoto Furusho Jesus K, Reyes Edgar, et al. Predictores de colectomía en enfermos con colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI). Analisis de una cohorte de 184 casos. *Revista de Investigación Clínica* Vol. 56 Núm. 1. Enero-Febrero,2004, 11-15.
36. D'Haens G, Sandborn WJ, Feagan B, et al. A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2007;132:763-86.
37. Asher Kornbluth, Sachar David B. Ulcerative Colitis Practice Guidelines in Adults (Update) *American Journal of Gastroenterology*; 2004
38. Yamamoto-Furusho JK. Clinical epidemiology of ulcerative colitis in Mexico. A single hospital-based study in 20 year period. *J Clin Gastroenterol* 2009;43:221-4.
39. Loftus EV, Sandborn WJ. Epidemiology of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin Norh Am* 2002;31:1-20.
40. Mery CM, Robles Díaz G. Colitis ulcerativa crónica inespecífica I: Generalidades y diagnóstico. En: Takahashi T. *Enfermedades médico-quirúrgicas del colon , recto y ano*. México D.F. ETM Editores, 2002: 408-418.
41. Cima RR, Pemberton JH, Medical and surgical managment of chronic ulcerative colitis. *Arc Surg* 2005; 140: 300-310.
42. Arch Ferrer, Takahashi T, Mass W, et al. Alternativas quirúrgicas para el tratamiento de la colitis ulcerative crónica inespecífica. *Rev Gastroenterol Mex* 1996; 61: 134-8.

XVII. ÍNDICE DE ANEXOS

1. Carta de consentimiento informado



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Morelia, Michoacán a ____ de _____ del 2013

“CARACTERIZACION CLINICA DE LOS PORTADORES DE COLITIS ULCERATIVA CRONICA INESPECIFICA USUARIOS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA”

Número de registro del Comité de Ética de Investigación _____

El objetivo de este estudio es Caracterizar la clínica de los pacientes portadores de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica. La enfermedad inflamatoria Intestinal en la actualidad ha presentado un incremento en la población michoacana con un porcentaje más significativo para Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica.

Se me ha informado la naturaleza y el objetivo del estudio de determinar la caracterización clínica de los portadores de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica usuarios del servicio de Gastroenterología de ambos turnos. Se me ha explicado de manera clara y concisa que se revisara mi expediente electrónico personal para la obtención de mis datos clínicos y para clínicos en relación a mi patología diagnosticada en la consulta de Gastroenterología. Los posibles beneficios con lo que aporte mis datos clínicos obtenidos de mi expediente serán para valorar la caracterización clínica de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica en el estado de Michoacán.

El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planteé acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

El Investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo. El beneficio del estudio será conocer las características clínicas de los pacientes con colitis ulcerativa crónica inespecífica en el estado de Michoacán.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Dr. Armando Cárdenas Lara Cel. 443 238 05 38
Dr. Miguel Angel Romero Galindo Cel. 443 378 85 33

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participantes podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330, 4º piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

TESTIGO 1

Nombre y firma del investigador

TESTIGO 2

Caracterización clínica de los portadores de colitis ulcerativa crónica inespecífica usuarios del servicio de gastroenterología

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma