

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

"Prevalencia de perforación intestinal por enfermedad de Crohn en pacientes adultos en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo 2017 al 2020"

AUTOR (ES):

Bermúdez Maldonado Kathy Fernanda
Castro Hidalgo Madelaine Lisbeth

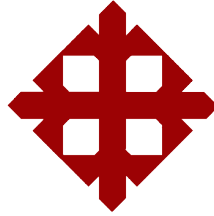
**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Salazar Pousada Danny Gabriel

Guayaquil, Ecuador

31 de agosto del 2022




**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Bermúdez Maldonado Kathy Fernanda** y **Castro Hidalgo Madelaine Lisbeth**, como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**.

TUTOR



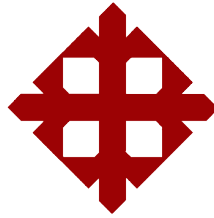
Dr. Danny Salazar Pousada
MEDICO GINECOLOGO - OBSTETRA
Reg. Libro 1 "A" Folio 21 No. 61

f. _____
Dr. Salazar Pousada Danny Gabriel

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil 31 de agosto, 2022



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Bermúdez Maldonado Kathy Fernanda**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de perforación intestinal por enfermedad de Crohn en pacientes adultos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo 2017 al 2020**, previo a la obtención del Título de médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

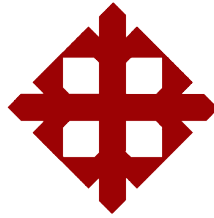
Guayaquil, a los 31 días del mes de agosto del año 2022

LA AUTORA:

KBermúdez M

f. _____

Bermúdez Maldonado Kathy Fernanda



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Castro Hidalgo Madelaine Lisbeth**

DECLARO QUE:

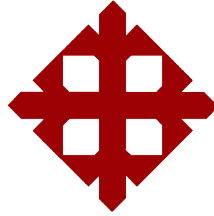
El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de perforación intestinal por enfermedad de Crohn en pacientes adultos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo 2017 al 2020**, previo a la obtención del Título de médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 31 días del mes de agosto del año 2022

LA AUTORA:

f. _____
Castro Hidalgo Madelaine Lisbeth



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Bermúdez Maldonado Kathy Fernanda**

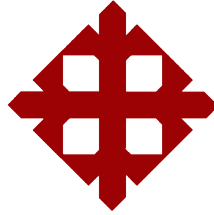
Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de perforación intestinal por enfermedad de Crohn en pacientes adultos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo 2017 al 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 31 días del mes de agosto del año 2022

LA AUTORA:

KBermúdez M

f. _____
Bermúdez Maldonado Kathy Fernanda



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Castro Hidalgo Madelaine Lisbeth**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de perforación intestinal por enfermedad de Crohn en pacientes adultos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo 2017 al 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 31 días del mes de agosto del año 2022

LA AUTORA:

f. _____
Castro Hidalgo Madelaine Lisbeth

REPORTE URKUND



Document Information

Analyzed document	Urkund Tesis Bermúdez y Castro promoción 69.docx (D142540553)
Submitted	7/30/2022 9:52:00 PM
Submitted by	
Submitter email	kaferbermudez@gmail.com
Similarity	0%
Analysis address	danny.salazar.ucsq@analysis.arkund.com

Sources included in the report

Entire Document



AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia y amigos por ser mi soporte durante estos años y no dejar que me rinda cuando se han presentado obstáculos. A Dios por siempre darme la fortaleza para seguir adelante, a todos los buenos docentes que tuvieron paciencia y amor a su cátedra para enseñarme todo lo que se necesita para ser una gran profesional.

Bermúdez Maldonado Kathy Fernanda

A Dios y mis padres, Bethsaida y Jimmy por ser mi soporte y mi aliento en las situaciones más difíciles, por acompañarme con paciencia y amor en este largo camino, por ser motivación para dar lo mejor de mí. Gracias por creer en lo que soy, y por los sacrificios que han hecho por mis hermanas y por mí.

A mi abuelita, Clara, por darme siempre razones para creer y confiar en lo que hago y en lo que se, por cuidar de mí y de querer educar una mujer de bien. Pido a Dios que te dé más años de vida para que sigas acompañándome y dedicándote mis logros mamita Clara.

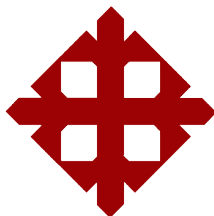
A mis hermanas, Nohely y Milena, por estar en las noches de desvelo y despertarme para estudiar, por los momentos de alegría que me han dado.

A mi compañera de tesis, Kathy, que más que mi compañera es mi amiga. Gracias por estar conmigo todos estos años, por los abrazos y consejos y sobre todo por la paciencia en este proyecto.

A mi enamorado, Carlos, por este año ser mi apoyo y por todo el cariño que me has dado en este año de internado, que ha significado mucho para mí.

Gracias infinitamente a todos los que han sido parte de mi aprendizaje tanto profesional como personal, espero poder contar con su apoyo siempre.

Castro Hidalgo Madelaine Lisbeth



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
Dr.
OPONENTE

f. _____
Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.
DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Ayón Genkuong Andrés Mauricio
COORDINADOR DEL ÁREA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
CAPÍTULO I	2
INTRODUCCIÓN	2
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
JUSTIFICACIÓN.....	3
APLICABILIDAD	3
OBJETIVOS.....	4
Objetivo General	4
Objetivos específicos	4
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	4
CAPÍTULO II	5
MARCO TEÓRICO	5
ENFERMEDAD DE CROHN	5
DEFINICIÓN Y DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	5
CLASIFICACIÓN	5
FACTORES DE RIESGO	7
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	8
DIAGNÓSTICO.....	8
TRATAMIENTO	12
PERFORACIÓN INTESTINAL	13
DEFINICIÓN.....	13
EPIDEMIOLOGÍA	13
FACTORES DE RIESGO	14
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	14
DIAGNÓSTICO.....	14
TRATAMIENTO	15
CAPÍTULO III	16
METODOLOGÍA	16
Tipo de estudio	16
Población de estudio.....	16
Criterios de inclusión y exclusión	16

Criterios de inclusión:	16
Criterios de exclusión:	16
Cálculo del tamaño de la muestra:	16
Método de muestreo:	17
Método de recolección de datos	17
Variables.....	17
CAPÍTULO IV	19
Análisis y resultados	19
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIÓN.....	29
RECOMENDACIONES.....	30
BIBLIOGRAFÍA	31

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Criterios clínicos de Lennard-Jones	10
Gráfico 2. Criterios radiológicos de Lennard-Jones	11
Gráfico 3. Criterios endoscópicos de Lennard-Jones.....	11
Gráfico 4. Criterios anatomopatológicos de Lennard-Jones.....	12
Gráfico 5. Porcentaje según procedencia de pacientes	20
Gráfico 6. Porcentaje según el género.....	21
Gráfico 7. Antecedentes patológicos personales de gastropatía.....	23
Gráfico 8. Porcentaje de localización de enfermedad de Crohn según Montreal ..	24

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variables.....	18
Tabla 2. Edad de pacientes	19
Tabla 3. Procedencia de paciente.....	20
Tabla 4. Género de pacientes.....	21
Tabla 5. Antecedentes patológicos familiares de gastropatía	22
Tabla 6. Antecedentes patológicos personales de gastropatía	22
Tabla 7. Localización de enfermedad de Crohn según clasificación de Montreal .	23
Tabla 8. Comportamiento de enfermedad de Crohn según clasificación de Montreal.....	24
Tabla 9. Hemoglobina rango normal 12-16 g/dl.....	25

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Crohn es considerada como una enfermedad inflamatoria intestinal crónica con patogenia y factores etiológicos desconocidos, entre sus principales complicaciones se encuentra el daño irreversible a nivel tisular que se manifiesta como fístulas, perforaciones en intestino y abscesos intraabdominales. Metodología: se realizó un estudio descriptivo, observacional de tipo retrospectivo y transversal a partir de la recolección de datos de historias clínicas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil. Resultados: La afectación ileocólica fue la localización predominante de esta patología, seguido de región cólica y posteriormente en menor frecuencia la localización ileal. Así mismo, según el comportamiento de la enfermedad los más frecuentes fueron de tipo obstructivo con la mayor cantidad de casos seguidos del tipo fistulizante. Hubo una mayor frecuencia de casos en el género masculino, en población urbana, con un promedio de edad predominante entre adultos jóvenes. No encontramos relevancia en ningún tipo de antecedente de los pacientes estudiados que predispongan directamente al desarrollo de la enfermedad. Esta enfermedad presentó una tasa de mortalidad de 29,32%. Conclusión: La enfermedad de Crohn es una patología no tan común en nuestro medio pero con una tasa alta de mortalidad. La población más afectada fue la urbana, los antecedentes familiares y antecedentes personales de gastropatía no tienen relación con la aparición de la enfermedad; sin embargo, se recomienda prestar mayor atención a los síntomas gastrointestinales principalmente en hombres jóvenes de mediana edad, ya que podría presentar enfermedad de Crohn que requiere un tratamiento más especializado.

Palabras claves: Enfermedad de Crohn, Perforación intestinal, prevalencia, mortalidad, gastropatía, ileocólica

ABSTRACT

Introduction: Crohn's disease is considered a chronic inflammatory bowel disease with unknown pathogenesis and etiological factors, among its main complications is irreversible tissue damage that manifests as fistulas, bowel perforations and intra-abdominal abscesses. Methodology: a descriptive, observational, retrospective and cross-sectional study was carried out based on the collection of data from clinical records of the Teodoro Maldonado Carbo Hospital, Guayaquil. Results: The ileocolic affectation was the predominant location of this pathology, followed by the colic region and later, in less frequency, the ileal location. Likewise, according to the behavior of the disease, the most frequent were of the obstructive type with the largest number of cases followed by the fistulizing type. There was a higher frequency of cases in the male gender, in the urban population, with an average age predominant among young adults. We found no relevance in any type of history of the patients studied that directly predispose to the development of the disease. This disease presented a mortality rate of 29.32%. Conclusion: Crohn's disease is a pathology not so common in our environment but with a high mortality rate. The most affected population was urban, family history and personal history of gastropathy are not related to the appearance of the disease; however, it is recommended to pay more attention to gastrointestinal symptoms, especially in young middle-aged men, since they could have Crohn's disease that requires more specialized treatment.

Keywords: Crohn's disease, bowel perforation, prevalence, mortality, gastropathy, ileocolic

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn es considerada como una enfermedad inflamatoria intestinal crónica con patogenia y factores etiológicos desconocidos, relacionada con alteración inmunológica. Posee una afectación en la misma proporción tanto en pacientes de sexo masculino como femenino (1). Dentro de los factores de riesgo se encuentra la inmunidad de la mucosa a nivel intestinal, en cuanto a la genética, los gemelos monocigotos tienen mayor prevalencia de enfermedad de Crohn, el tabaco aumenta el riesgo en dos veces en comparación con los individuos no fumadores (2). Ciertos fármacos como anticonceptivos orales, aspirina, antiinflamatorios no esteroideos pueden aumentar el riesgo de padecer enfermedad de Crohn, mientras el consumo de estatinas puede disminuirlo (3).

Dentro de las principales complicaciones de la enfermedad de Crohn se encuentra el daño irreversible a nivel tisular que se manifiesta como fístulas o perforaciones intestinales y abscesos intraabdominales; manifestándose hasta el 40% en pacientes de reciente diagnóstico y aproximadamente en un 55% en el caso de una evolución alrededor de 5 años (4). Algunas de las complicaciones son manejadas con tratamiento farmacológico y otras requieren de resección intestinal dependiendo del segmento o tramo afectado. Así mismo, una gran parte de los pacientes no desarrollan complicaciones pero para controlar la sintomatología se procede al tratamiento quirúrgico (5).

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Será frecuente la perforación intestinal por enfermedad de Crohn en pacientes adultos que acudieron al Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el año 2017 al 2020?

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad de Crohn presenta diferentes manifestaciones como dolor abdominal, diarrea, malnutrición e incluso manifestaciones extraintestinales. En el transcurso del tiempo en Ecuador ha tenido un incremento notable (6). La relación hombre/mujer es de 1.08:1 y el tiempo promedio de diagnóstico se da a los 11.6 meses (7). De acuerdo a los datos recolectados en Quito en el Hospital Carlos Andrade Marín se evidenciaron 25 casos de enfermedad de Crohn, en el Hospital José Carrasco Arteaga en Cuenca 13 pacientes y en la provincia del Guayas, 18 pacientes fueron detectados con la enfermedad (8).

El presente proyecto de investigación beneficiará a la población adulta, debido a que brindará información actualizada sobre la prevalencia de perforación intestinal por enfermedad de Crohn. Los resultados obtenidos van a permitir en un futuro próximo aportar con nuevos datos estadísticos sobre la prevalencia actual de la enfermedad en Guayaquil, Ecuador.

APLICABILIDAD

En la actualidad existen pocos datos estadísticos que nos indican la prevalencia de la enfermedad de Crohn. Pero se conoce que puede desarrollar múltiples complicaciones en los pacientes. Por esta razón, el presente estudio dará a conocer la frecuencia de presentación de una de las complicaciones que es la perforación intestinal en pacientes adultos dentro del periodo de tiempo determinado entre el año 2017 al 2020. Con el principal objetivo de implementar medidas preventivas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la prevalencia de la perforación intestinal por enfermedad de Crohn en pacientes adultos atendidos en Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el año 2017 al 2020.

Objetivos específicos

1. Describir las variables sociodemográficas de los pacientes con perforación intestinal por enfermedad de Crohn.
2. Identificar si existen antecedentes patológicos personales y familiares en pacientes que presentan perforación intestinal por enfermedad de Crohn.
3. Indicar la frecuencia de mortalidad en pacientes con enfermedad de Crohn que presentaron perforación intestinal.
4. Describir los parámetros de la clasificación de Montreal

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- A. ¿Cuál es la prevalencia de la perforación intestinal por enfermedad de Crohn en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo?
- B. ¿Cuál es el sexo predominante que presenta enfermedad de Crohn?
- C. ¿Cuál es el promedio de edad en que se presenta perforación intestinal por enfermedad de Crohn?
- D. ¿Tiene relación los antecedentes patológicos personales en la enfermedad de Crohn?
- E. ¿Está relacionado la perforación intestinal en la enfermedad de Crohn con un índice elevado de mortalidad?

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

ENFERMEDAD DE CROHN

DEFINICIÓN Y DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Enfermedad caracterizada por una cronicidad inflamatoria transmural del tracto gastrointestinal que abarca desde la boca hasta la región anal; es decir, ubicación variable, progresiva, destructiva y distinguida por la presencia de lesiones intestinales interpuestas entre mucosa de apariencia normal (9).

La enfermedad de Crohn se manifiesta entre el rango etario de veinte y cincuenta años. Su frecuencia es mucho más evidente en el género masculino. Desde el punto de vista étnico, ésta característica puede variar y ser predominante en hombres asiáticos, mujeres afroamericanas o tener equidad entre latinos y europeos (10).

A nivel global, en Europa y Estados Unidos se halla un incremento de la incidencia específicamente en el norte y en sectores industriales como Washington y Wisconsin en comparación con Latinoamérica y Asia que es reducida (11). En Estados Unidos, la prevalencia de ésta enfermedad es de 201 casos y la incidencia es de 3,1 a 14,6 casos por cada 100.000 adultos (12). En nuestro país, en un estudio que involucra 206 pacientes de tres entidades públicas del Instituto ecuatoriano de seguridad social (IESS) se determinó que la prevalencia es de 1,5 por cada 100.000 habitantes y que en Pichincha existen más casos de enfermedad de Crohn (13).

CLASIFICACIÓN

Debido a su favorable pronóstico, la clasificación más empleada a nivel clínico en la enfermedad de Crohn es la de Montreal. Engloba a los pacientes según tres parámetros: la edad de su diagnóstico, de acuerdo a la ubicación de la lesión y según la conducta de la enfermedad. Cada uno se desglosarán a continuación (14):

A. (Age) Edad al diagnóstico

- A1.** Menores de dieciséis años
- A2.** Entre diecisiete a cuarenta años
- A3.** Mayores de cuarenta años

L. (Location) Localización

- L1.** Íleon: solo se encuentra afectado el intestino delgado en un rango de 10 al 30%. Dentro de la sintomatología abarca dolor abdominal a nivel de la fosa ilíaca derecha, diarrea, formación de estenosis y fístulas.
- L2.** Colon: se ve alterada una o varias zonas del intestino grueso con un porcentaje de 20 a 30%. Puede presentarse con rectorragias, alza térmica, anorexia y enfermedad perianal.
- L3.** Ileocolónica: se considera la más frecuente hasta en un 65% generando alteración a nivel de la zona distal del íleon, zona cecal, intestino grueso específicamente el primer tramo y la porción ascendente del colon. Sus manifestaciones incluyen dolor abdominal, diarrea, fiebre, obstrucción intestinal, abscesos y fístulas.
- L4.** Tracto gastrointestinal superior: Localización infrecuente en un 0.5 al 10% de los pacientes con enfermedad de Crohn. Las zonas que afecta son: estómago, duodeno y porción proximal del intestino delgado. A nivel clínico, se acompaña con dispepsia y si hay presencia de estenosis intestinal se va a manifestar con vómitos.

B. (Behaviour) Comportamiento

- B1.** No estenosis ni fístula
- B2.** Estenosante
- B3.** Fistulizante

P. Se agrega solo si se presenta enfermedad perianal

Además, existen índices de actividad de la enfermedad en base a la clínica, endoscopía o clínico-endoscópicos. Los mismos que posibilitan la cuantificación del grado de inflamación a nivel del tracto intestinal. Los índices clínicos empleados en el patrón inflamatorio se mencionan a continuación, siendo los dos últimos exclusivos para enfermedad perianal (Índice de actividad de la enfermedad de Crohn (CDAI), Índice de Harvey Bradshaw (sencillo y más utilizado), de Van Hees, de la enfermedad perianal (PDAI) e Índice de Present). Los índices endoscópicos

como el de severidad (CDEIS) o escala endoscópica simple (SES-CD) útiles para la valoración de las lesiones (14).

FACTORES DE RIESGO

Actualmente, la etiología exacta de la enfermedad de Crohn sigue sin ser conocida porque existe una gran variabilidad de factores que predisponen su aparición, entre éstos se incluye al ambiente, predisposición genética, composición bacteriana y sistema inmunitario intestinal alterados (15).

El tabaquismo forma parte de los factores ambientales siendo uno de los más influyentes para la enfermedad de Crohn teniendo una probabilidad de duplicar el riesgo en aquellos pacientes que poseen este hábito. Existen estudios que han determinado que el riesgo puede aumentar si el individuo tiene antecedentes quirúrgicos de apendicetomía, ingesta de anticoncepción oral, ácido acetil salicílico y AINES o puede disminuir ante la toma de estatinas (16).

La enfermedad de Crohn posee una sobrerrepresentación de enterobacterias y en mínima cantidad bacteroides y firmicutes en la microbiota de los pacientes. Así mismo, hay una asociación en la predisposición de la enfermedad ante la presencia de *E. coli* adherente e invasivo y *Faecalibacterium prausnitzii* por sobre colonización de células epiteliales. Los anticuerpos anti-Saccharomyces cerevisiae, anticuerpos contra la porina C de la membrana externa de la *Escherichia coli*, anticuerpos antiflagelina o antiglucanos se encuentran frente a componentes microbianos. En caso de presentar enfermedad activa, la microbiota se ve alterada en comparación con los pacientes sanos o con enfermedad inactiva donde conserva su estado normal. Es necesario conocer que la disbiosis microbiana promueve el proceso inflamatorio intestinal (16).

El defecto de la barrera epitelial y de la apoptosis de linfocitos T se asocia a la homeostasis alterada del sistema inmune de la mucosa intestinal. Las células epiteliales son de utilidad en la autofagia con el principal objetivo de evitar que el contenido bacteriano se disemine pero si hay una afectación en ATG16L1 e IRGM el riesgo de enfermedad de Crohn es incrementado (16).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Generalmente, los síntomas suelen ser insidiosos, inespecíficos y dependientes de la localización y gravedad de la enfermedad e incluso algunos pacientes pueden preceder de síntomas antes del diagnóstico de enfermedad de Crohn. Pueden ser intestinales o extraintestinales (17). Entre los más frecuentes se encuentran la diarrea de carácter crónico que es el más frecuente de los síntomas intestinales en un 80% la misma que puede darse por afectación de la motilidad, incremento del crecimiento de bacterias, mucosa intestinal defectuosa que genera fenómenos exudativos o malabsorción ileal (17). El segundo síntoma más frecuente es el dolor abdominal cuya localización puede generar un diagnóstico errado por presentarse en la fosa ilíaca derecha (asociado a enfermedad inflamatoria pélvica o apendicitis aguda) si es de tipo cólico, el dolor migrará a nivel de la mitad inferior del abdomen pudiendo confundirse con estreñimiento (17). En menor proporción puede cursar con fatiga, fiebre, anorexia, anemia, úlceras, fisuras y recurrencia de fístulas enteroentéricas, enterovesicular, enteroureterales, enterovaginales o enterocutáneas (17).

Las manifestaciones extraintestinales engloban (18):

- ✚ Manifestaciones dermatológicas: psoriasis, pioderma gangrenoso, estomatitis aftosa y eritema nodoso
- ✚ Manifestaciones oculares: uveítis, escleritis y epiescleritis
- ✚ Manifestaciones respiratorias: apnea obstructiva del sueño, asma, bronquitis
- ✚ Manifestaciones vasculares: hipertensión portal, tromboembolismo, trombosis, embolismo pulmonar
- ✚ Manifestaciones reumáticas: artritis, espondilitis anquilosante, sacroilitis

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico depende de la clínica junto con las pruebas complementarias. Inicialmente, el paciente debe ser sometido a una historia clínica completa junto con exámenes de laboratorio, indagar acerca de hábitos, antecedentes patológicos personales y familiares acerca de enfermedades gastrointestinales e incluso antecedentes inmunológicos (19). Se recomienda el uso de exámenes de

laboratorio incluyendo: hemograma y perfil bioquímico completos, PCR, vitaminas: B12, B9, perfil hormonal tiroideo, calprotectina fecal si la diarrea es el síntoma principal, ferrocínica y para establecer el diagnóstico de celiaquía se solicitan anticuerpos antitransglutaminasa (19). La colonoscopia con ileoscopia y biopsia es el método diagnóstico de elección. En caso de no tener manifestaciones obstructivas se usa la ileocolonoscopia, si existe una sospecha elevada está indicada la cápsula de intestino delgado (19).

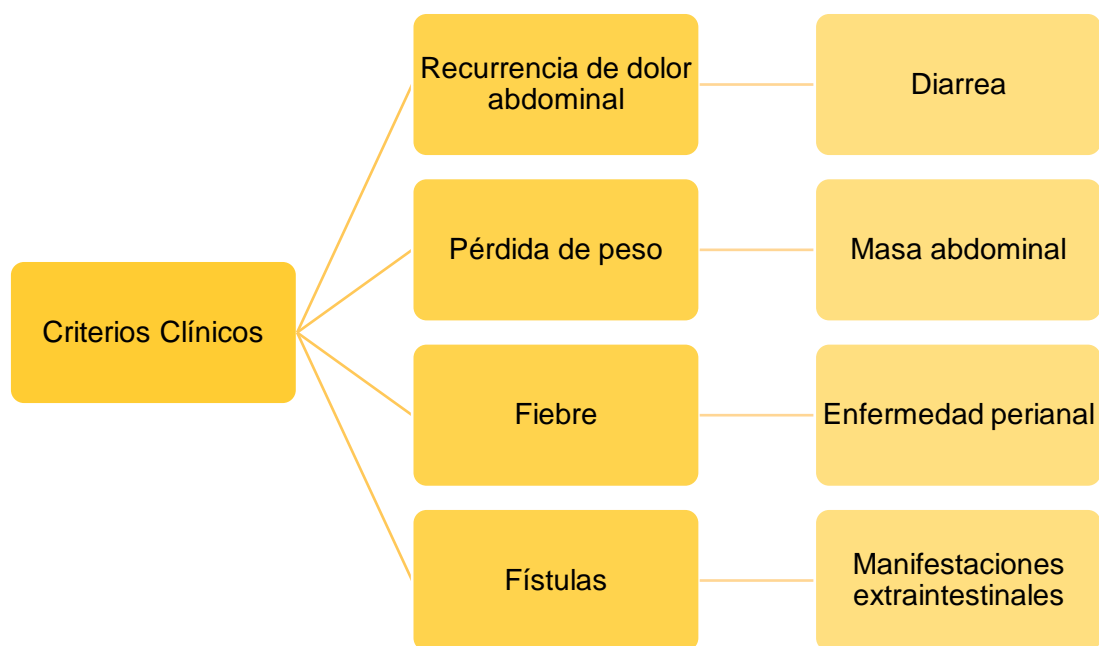
Para diagnosticar enfermedad de Crohn, es fundamental tener en cuenta los factores de susceptibilidad, sintomatología como diarrea y dolor abdominal (20). Asimismo, considerar la presencia de manifestaciones extraintestinales previas como lesiones perianales o manifestaciones articulares (20). En la exploración física del paciente se puede encontrar a nivel abdominal, empastamiento doloroso en la fosa ilíaca derecha (20). En cuanto a la inspección se debe realizar la evaluación de orificios fistulosos, abombamientos que se consideran como lesiones externas o fisuras, úlceras, estenosis o secreciones en el canal anal (20).

En las pruebas de laboratorio es muy frecuente la presencia de anemia y ferropenia e infrecuente déficit de vitamina B12 e hipoalbuminemia si se trata de pacientes con afectación ileal. Por lo general se encuentra un incremento de la PCR, VSG o trombocitosis. Los marcadores que más son utilizados en la práctica clínica son la lactoferrina y la calprotectina fecal que es útil para el cribado, monitorización de la actividad y respuesta del tratamiento. Si se encuentra elevada, se debe sospechar de una infección entérica por lo tanto, se envían cultivos de heces, incluyendo el *Clostridium difficile* (20).

A nivel endoscópico, la ileocolonoscopia con toma de 2 biopsias de 5 segmentos donde el íleon y recto estén incluidos. La inflamación tiene una distribución parcheada que afecta al íleon terminal y a distintos segmentos del colon (20). Se pueden presentar múltiples lesiones que pueden ser aftas milimétricas, úlceras lineales y serpiginosas junto con mucosa en aspecto de empedrado, también estenosis, fístulas o pseudopólipos inflamatorios. La colonoscopia sirve para monitorizar la actividad inflamatoria y evaluar la curación de la mucosa para el manejo de complicaciones como estenosis o cribado de cáncer colorrectal (20). Para que el estudio tenga un mayor alcance, se recomienda implementar la ecografía, resonancia magnética y tomografía axial computarizada ya que sirven

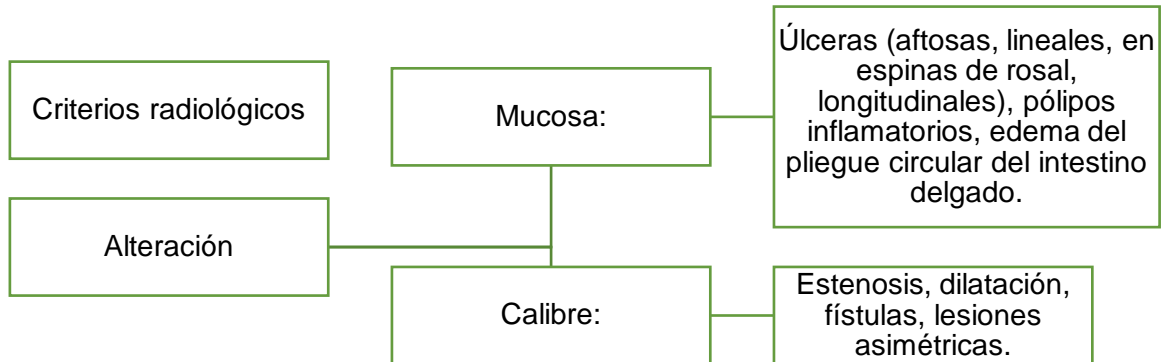
para determinar localización, extensión y grado de inflamatorio, estenosis y fístulas. La ecografía, es útil para explorar el íleon terminal, colon ascendente y sigma pero el recto, colon descendente, yeyuno y el íleon proximal son difíciles de valorar (20). Los criterios diagnósticos de Lennard-Jones, son de utilidad para la enfermedad de Crohn en el momento que haya una sospecha clínica. Lennard-Jones es una mezcla de criterios clínicos, endoscópicos, histológicos, radiológicos y bioquímicos. Es una enfermedad definida cuando hay granulomas presentes y otros criterios o con la ausencia de granulomas y tres criterios. En cambio, es se considera como enfermedad probable con la ausencia de granulomas y la presencia de dos criterios (20).

Gráfico 1. Criterios clínicos de Lennard-Jones



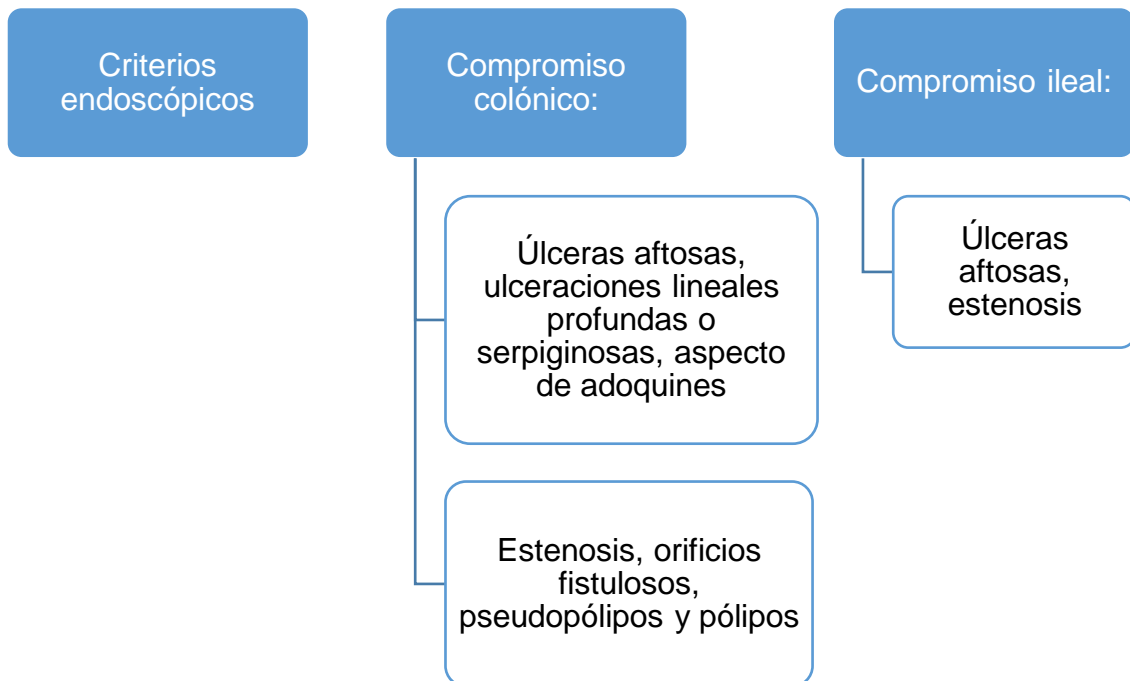
Autoras: Bermúdez Kathy y Castro Madelaine

Gráfico 2. Criterios radiológicos de Lennard-Jones



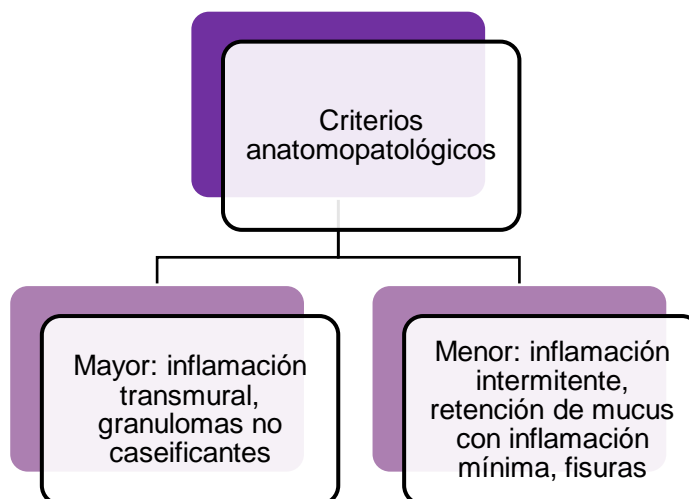
Autoras: Bermúdez Kathy y Castro Madelaine

Gráfico 3. Criterios endoscópicos de Lennard-Jones



Autoras: Bermúdez Kathy y Castro Madelaine

Gráfico 4. Criterios anatomopatológicos de Lennard-Jones



Autoras: Bermúdez Kathy y Castro Madelaine

TRATAMIENTO

Para un tratamiento óptimo, es necesario, considerar la extensión, localización, gravedad y fenotipo (inflamatorio, estenosante o fistulizante) de la enfermedad de Crohn. Para disminuir la remisión, la terapéutica está basada según el tipo de brote que puede ser leve, moderado o grave (21).

- Brote leve

Si está a nivel ileocecal, la budesonida está recomendada de 9 mg al día con una duración de 8 semanas. A nivel cólica, aunque no existe evidencia de efectividad de mesalazina, se da una dosis de 4 g al día.

Si se presenta una falta de respuesta al tratamiento, se administran corticoides sistémicos como la prednisona oral en 1 mg/Kg al día. Si no consigue la remisión clínica se administrarán biológicos para poder inducir la remisión. En el caso que el paciente lleve un tratamiento inmunosupresor de mantenimiento y presente un brote se le dará biológicos (21).

- Brote moderado

Si la enfermedad de Crohn es de localización ileocólica, el tratamiento de elección en este tipo de brote son los corticoides orales de acción tópica. Si no hay respuesta con ésta terapéutica o tiene otra localización se cambiará a corticoides sistémicos con descenso progresivo de la dosificación entre la octava y doceava semana. Así

mismo, si tiene un brote llevando una terapia inmunosupresora está indicado el tratamiento biológico para inducir la remisión y como terapia de mantenimiento (21).

- **Brote grave**

Es fundamental la hospitalización del paciente junto con la administración de corticoides por vía venosa como la metilprednisolona a una dosis de 1 mg/Kg al día. Si hay falta de respuesta, se administran biológicos: infliximab, adalimumab, ustekinumab y vedolizumab que tienen una alta eficacia clínica. Si no han recibido tratamiento inmunosupresor, se puede empezar con el biológico y el inmunosupresor ya que tiene un efecto retardado entre tres a cuatro meses. Si se encuentra en remisión se mantiene con los inmunosupresores. Si ha tenido un brote con inmunosupresores, el tratamiento de elección serán los biológicos. En aquellos pacientes con enfermedad extensa o patrón fistulizante se considera el uso precoz de fármacos biológicos (21).

PERFORACIÓN INTESTINAL

DEFINICIÓN

Se denomina perforación al orificio que se origina en la pared de un órgano del cuerpo. Pudiéndose presentar en estructuras como esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso, recto o vesícula biliar. Este orificio va a producir filtración de aire y material del intestino a la cavidad abdominal (22).

EPIDEMIOLOGÍA

En el 2020 se publicó un estudio realizado por la revista Acta Gastroenterológica Latinoamericana, en el que se menciona el aumento de casos de enfermedad inflamatoria intestinal, siendo cada vez más frecuente en la población y presentándose a edades más tempranas. Se escogieron pacientes con Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) desde el año 1990 hasta 2018, la información se centra en historias clínicas y base de datos de pacientes pertenecientes al seguro social ecuatoriano, en las principales tres ciudades del

país: Quito, Guayaquil y Cuenca. El 7% de los pacientes con colitis ulcerativa requirió cirugía por su patología, de los cuales solo 1 presentó perforación. El 38% de los pacientes con Enfermedad de Crohn necesitó intervención quirúrgica, siendo la perforación la causa principal en 12 pacientes (23).

FACTORES DE RIESGO

La perforación intestinal puede aparecer en pacientes con ciertas patológicas preexistentes que podrían producir una perforación, como apendicitis, diverticulitis, enfermedad de úlcera péptica, colitis ulcerativa, ingesta de sustancias cáusticas, y manifestarse como complicación de la evolución de la enfermedad de Crohn. Además de eso, aquellos procedimientos quirúrgicos del colon también aumentan el riesgo de la perforación (24).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas pueden incluir (22):

- Dolor abdominal intenso.
- Escalofríos.
- Fiebre.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Asfixia
- Deposiciones con sangre

DIAGNÓSTICO

Para la correcta evaluación diagnóstica por imágenes en pacientes con signos clínicos que sugieran perforación intestinal se utiliza la radiografía simple de abdomen en decúbito supino y en bipedestación.

Además, pruebas complementarias como el hemograma completo nos ofrece parámetros como los leucocitos para indicarnos una probable infección, a pesar de que este parámetro puede también aparecer en ancianos o embarazadas. El cultivo de sangre nos permite identificar a que organismo nos enfrentamos en una infección, ya sea aerobios o anaerobios y proceder al tratamiento adecuado. En el caso de que haya un desplazamiento del líquido intravascular habrá un volumen elevado de glóbulos concentrados (25).

TRATAMIENTO

Terapia médica

La terapia médica se basa en una serie de pasos que inicia instaurando vía endovenosa y establecer terapia con soluciones cristaloides en aquellos pacientes con clínica de deshidratación o septicemia. Es importante que el paciente se mantenga en NPO. Luego de esto podemos dar paso a la antibioticoterapia en pacientes con signos de sepsis, esto es con el objetivo de aminorar las complicaciones relacionadas y eliminar la infección (26).

El metronidazol junto a un aminoglucósido nos ofrece una amplia cobertura contra organismos anaerobios y gramnegativos. Esto debido a que produce una pérdida de la estructura helicoidal de ácido desoxirribonucleico y la consiguiente rotura de la cadena, provocando la inhibición de la síntesis de proteínas y dando con resultado la muerte celular de los organismos. La dosificación prequirúrgica para adultos es de 7,5 mg/kg IV (26).

Por otro lado la terapia quirúrgica se basa en: corregir el problema anatómico subyacente, eliminar la causa de la peritonitis y también remover cualquier material de la cavidad peritoneal que pueda generar reacción inflamatoria y promover el crecimiento de bacterias (26).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo, observacional de tipo retrospectivo y transversal.

Población de estudio

Pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad de Crohn con perforación intestinal atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo 2017 al 2020.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- ❖ Pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad de Crohn atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre el año 2017 al 2020.
- ❖ Pacientes con diagnóstico de enfermedad de Crohn que presentan perforación intestinal.

Criterios de exclusión:

- ❖ Pacientes con historias clínicas incompletas.
- ❖ Pacientes pediátricos.
- ❖ Pacientes con patologías diferentes a enfermedad de Crohn (Ejemplo: colitis ulcerativa, diverticulitis, enfermedad de úlcera péptica).
- ❖ Pacientes ingresados fuera del periodo de tiempo del estudio.

Cálculo del tamaño de la muestra:

Debido a que es una patología poco común, se estima recolectar información de 100 pacientes.

Método de muestreo:

No aleatorio

Método de recolección de datos

Revisión de historias clínicas y exámenes complementarios en el sistema AS400 del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Los datos recolectados del sistema AS400 serán ingresados y tabulados en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel para luego ser valorados por el programa informático Jamovi.

Se procederá a realizar un análisis de las variables cualitativas y cuantitativas con estadística descriptiva (promedio, mediana, frecuencia) y para hacer un análisis inferencial de variables se utilizará la media desviación estándar junto con las frecuencias absoluta y relativa.

Variables

Nombre Variables	Definición de la variable	Tipo	RESULTADO
Edad	Tiempo expresado en números en que ha vivido el individuo	Numérica discreta	Años
Procedencia	Lugar donde procede el individuo	Nominal dicotómica	Rural Urbana
Sexo	Cualidad biológica de los individuos	Numérica nominal	Masculino Femenino
Historia familiar	Antecedentes familiares con enfermedad de Crohn	Cualitativa dicotómica	Presente Ausente
Antecedentes patológicos	Enfermedad que presenta o presentó el individuo	Cualitativa dicotómica	Si No

personales de gastropatías			
Localización de la enfermedad de Crohn según la clasificación de Montreal	Segmento o tramo digestivo afectado	Cualitativa categorías	Ileal Cólica Ileocólica Tracto intestinal superior
Comportamiento de la enfermedad de Crohn según la clasificación de Montreal	Comportamiento de la enfermedad de Crohn por su afectación transmural	Cualitativa categorías	Obstrutivo No obstrutivo Fistulizante Enfermedad perianal
Hemoglobina	Proteína presente en los glóbulos rojos que transporta oxígeno.	Numérica discreta	Números
Vivo/Fallecido	Individuo con vida o sin vida	Cualitativas dicotómicas	Vivo Fallecido

Tabla 1. Operacionalización de las variables. Elaborado por: Bermúdez Maldonado y Castro Hidalgo. 2022.

CAPÍTULO IV

Análisis y resultados

Fórmulas

Prevalencia: Casos nuevos/total de casos x 100

$$\text{PREVALENCIA} = 65/682 \times 100$$

$$\text{PREVALENCIA} = 9.53$$

TASA DE MORTALIDAD GENERAL

$$20/682 \times 1000 = 29,32\%$$

Tasa de mortalidad = # de fallecidos x 1000 / Población total (682) = %

$$\text{TASA DE MORTALIDAD} = 20 \times 1000 / 682$$

$$\text{TASA DE MORTALIDAD} = 29,32\%$$

Después de un análisis de los pacientes involucrados en este estudio, la edad predominante en el que se presenta el riesgo de perforación intestinal en enfermedad de Crohn, es entre los 18 a 65 años, afectando a la población categorizada como joven, seguida de la edad media (66 a 79 años) (Tabla #2).

Tabla 2. Edad de pacientes

Rangos		
	18 a 65	
Jóvenes	años	46
	66 a 79	
Edad media	años	14
	80 a 99	
Anciano	años	5
Total		65

Fuente: OMS. Elaborado por: Bermúdez Maldonado y Castro Hidalgo. 2022.

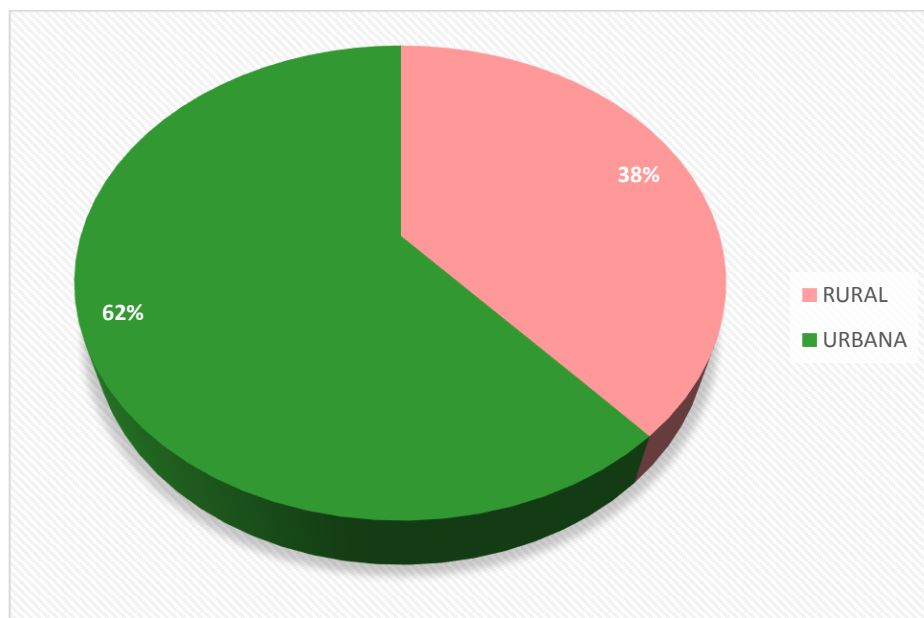
En esta tabla se evidencia que la población mayormente afectada es la urbana, con una totalidad de 40 pacientes (Tabla #3 y gráfico #5).

Tabla 3. Procedencia de paciente

RURAL	25
URBANA	40
Total general	65

Fuente: Hoja de recolección de datos. Elaborado por: Bermúdez Maldonado y Castro Hidalgo. 2022.

Gráfico 5. Porcentaje según procedencia de pacientes



Fuente: Hoja de recolección de datos. Elaborado por: Bermúdez Maldonado y Castro Hidalgo. 2022.

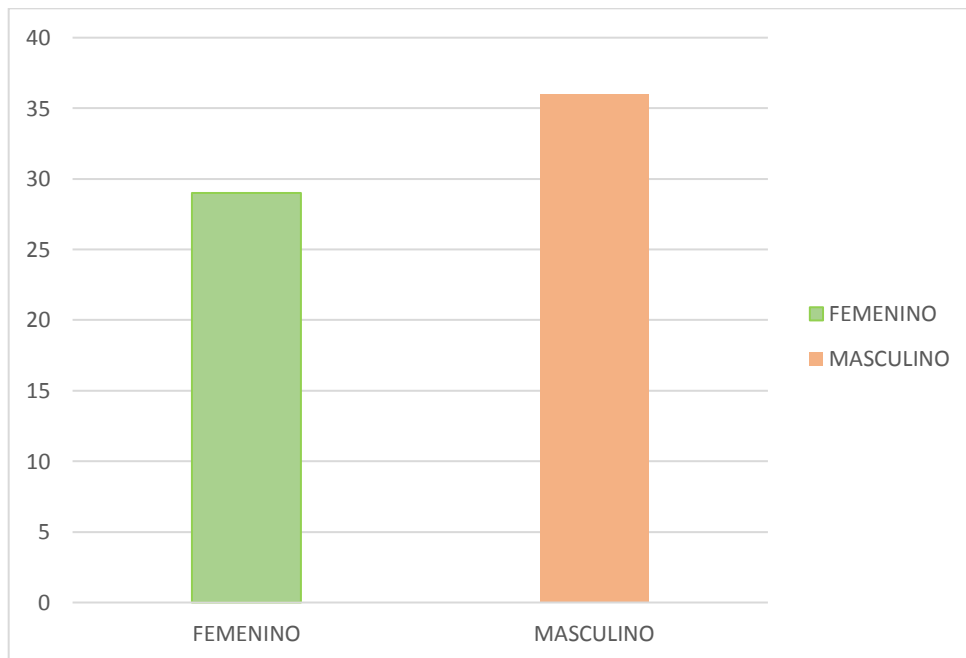
Esta tabla y gráfico nos expone que la perforación intestinal en enfermedad de Crohn afecta en su mayoría al género masculino, al arrojar 36 pacientes masculinos que presentan la enfermedad de una totalidad de 65 (Tabla #4 y gráfico #6).

Tabla 4. Género de pacientes

FEMENINO	29
MASCULINO	36
Total general	65

Fuente: Hoja de recolección de datos. Elaborado por: Bermúdez Maldonado y Castro Hidalgo. 2022.

Gráfico 6. Porcentaje según el género



Fuente: Hoja de recolección de datos. Elaborado por: Bermúdez Maldonado y Castro Hidalgo. 2022.

Según el análisis realizado, no se considera relevante los antecedentes de los pacientes estudiados, que predispongan a la perforación intestinal en la

enfermedad de Crohn, con un resultado de 60 pacientes en los que existe ausencia de relación de la enfermedad en estudio con los antecedentes (Tabla #5).

Tabla 5. Antecedentes patológicos familiares de gastropatía

AUSENTE	60
PRESENTE	5
Total general	65

Fuente: Hoja de recolección de datos. Elaborado por: Bermúdez Maldonado y Castro Hidalgo. 2022.

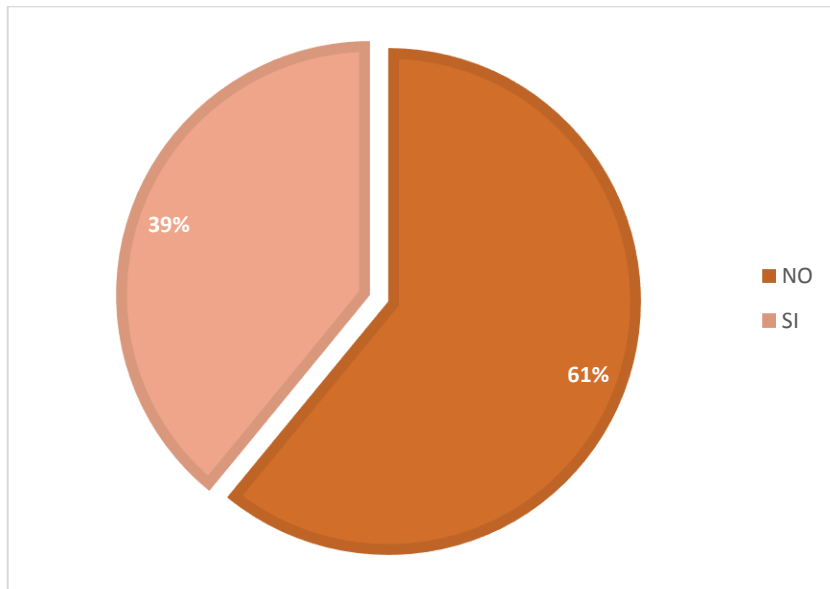
Nuestro estudio expone que 39 pacientes es decir 60% de una población de 65 (100%) no presentaron antecedentes de gastropatía que esté relacionada o sea un riesgo para la perforación intestinal en la enfermedad de Crohn (Tabla #6 y gráfico #7).

Tabla 6. Antecedentes patológicos personales de gastropatía

NO	39
SI	26
Total general	65

Fuente: Hoja de recolección de datos. Elaborado por: Bermúdez Maldonado y Castro Hidalgo. 2022.

Gráfico 7. Antecedentes patológicos personales de gastropatía



Fuente: Hoja de recolección de datos. Elaborado por: Bermúdez Maldonado y Castro Hidalgo. 2022.

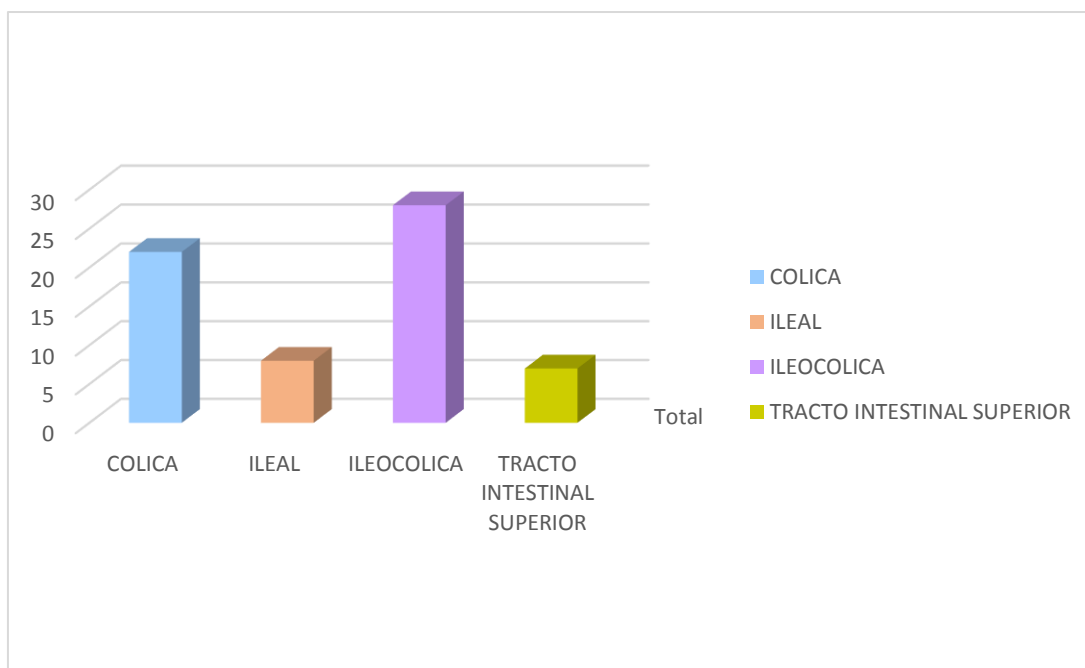
Se procedió a realizar el análisis de la localización de enfermedad de Crohn según la clasificación de Montreal y se encontró que dentro de los 65 pacientes con diagnóstico de perforación intestinal por enfermedad de Chron predomina la afectación ileocólica con 28 pacientes, seguido de la región cólica con 22 y la de menor frecuencia es la localización ileal con 8 casos (Tabla #7 y gráfico #8).

Tabla 7. Localización de enfermedad de Crohn según clasificación de Montreal

CÓLICA	22
ILEAL	8
ILEOCÓLICA	28
TRACTO INTESTINAL SUPERIOR	7
Total general	65

Fuente: Hoja de recolección de datos. Elaborado por: Bermúdez Maldonado y Castro Hidalgo. 2022.

Gráfico 8. Porcentaje de localización de enfermedad de Crohn según Montreal



Fuente: Hoja de recolección de datos. Elaborado por: Bermúdez Maldonado y Castro Hidalgo. 2022.

Así mismo, se analizó el comportamiento de la enfermedad donde se pudo comprobar que el de mayor predominio es de tipo obstructivo con la presencia de 23 casos, se presentaron 18 pacientes con un comportamiento de tipo fistulizante, seguido del tipo no obstructivo con 15 y con presencia de enfermedad perianal 9 pacientes (Tabla #8).

Tabla 8. Comportamiento de enfermedad de Crohn según clasificación de Montreal

ENFERMEDAD PERIANAL	9
FISTULIZANTE	18
NO OBSTRUCTIVO	15
OBSTRUCTIVO	23
Total general	65

Fuente: Hoja de recolección de datos. Elaborado por: Bermúdez Maldonado y Castro Hidalgo. 2022.

Analizando el valor de la hemoglobina en los pacientes con diagnóstico de perforación intestinal por enfermedad de Crohn, se determinó que 38 pacientes tuvieron hemoglobina por debajo de los valores normales de acuerdo al laboratorio del Hospital Teodoro Maldonado Carbo y 27 pacientes tuvieron hemoglobina dentro de los parámetros normales. (Tabla #9).

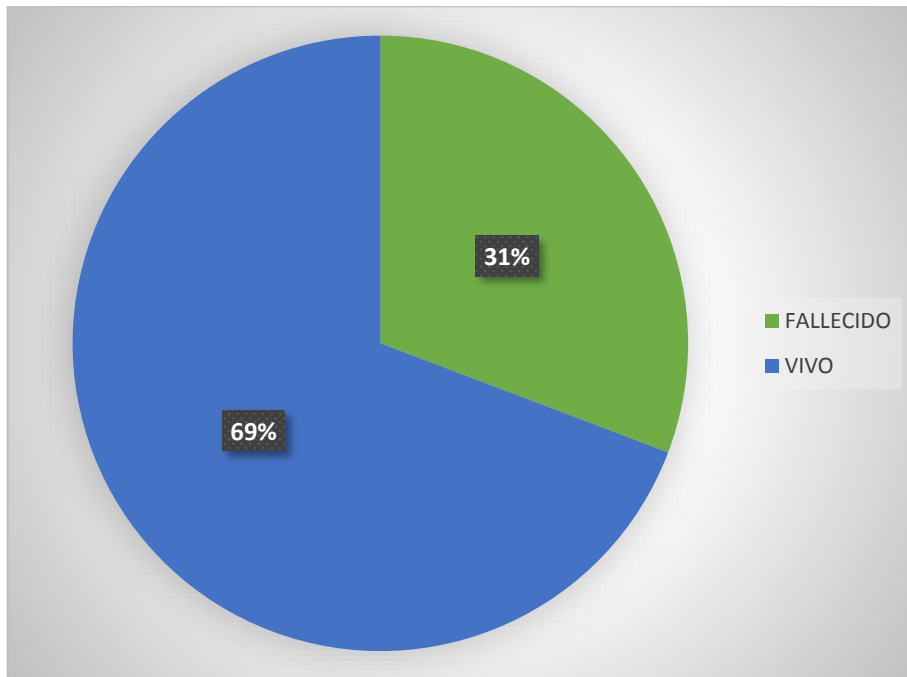
Tabla 9. Hemoglobina rango normal 12-16 g/dl

Rangos		
Normal	>13 mg/dl	27
<i>Grado I</i>	10-13 mg/dl	21
<i>Grado II</i>	8-9.9 mg/dl	11
<i>Grado III</i>	6- 7.9 mg/dl	6
<i>Grado IV</i>	<6 mg/dl	0
<i>Total</i>		65

Fuente: Hoja de recolección de datos. Elaborado por: Bermúdez Maldonado y Castro Hidalgo. 2022.

También se analizó la cantidad de pacientes vivos y fallecidos y se logró determinar que de los 65 pacientes con diagnóstico de perforación intestinal por enfermedad de Crohn, 45 de ellos se encuentran vivos y 20 han fallecido (Gráfico #9).

Gráfico 9. Condición clínica a la alta médica



Fuente: Hoja de recolección de datos. Elaborado por: Bermúdez Maldonado y Castro Hidalgo. 2022.

DISCUSIÓN

Este estudio se realizó con la finalidad de conocer la prevalencia de perforación intestinal por enfermedad de Crohn en pacientes adultos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo 2017 al 2020.

Para realizar este estudio se obtuvo una población de 65 personas adultas, de las cuales, el promedio de edad fue de 53.1 años en comparación con el estudio realizado en España por Gulías Piñeiro et al que fue de 31.3 años, nuestra población tuvo una aparición de la enfermedad a una edad más tardía, aunque si tomamos en cuenta la clasificación de edad de la OMS ambas poblaciones de estudio están categorizadas como jóvenes (27).

Por otro lado, se determinó en nuestro estudio que la perforación intestinal en pacientes con enfermedad de Crohn afecta mayormente al género masculino comparando este resultado con un estudio hecho en Colombia por Royero Gútierrez apunta lo contrario, señalando que la enfermedad de Crohn tiene una mayor incidencia en mujeres (28).

En nuestros pacientes denotaba ausencia de antecedentes patológicos familiares, con un estimado de 60 pacientes, que predisponga a un cuadro de perforación intestinal, así mismo el estudio realizado en China y Estados Unidos por Pei-Qi Wang, Jun Hu, y colaboradores indica que los antecedentes familiares de enfermedad de Crohn en la primera línea de herencia también fueron menos frecuentes en población China y de Estados Unidos, por lo tanto ambos estudios mencionan la poca o nula relación de antecedentes que desarrollen la enfermedad (29).

En nuestro estudio, la localización predominante de enfermedad de Crohn según clasificación de Montreal es ileocólica, siendo esta la localización más grave de esta patología. Este hallazgo concuerda con el estudio realizado en Perú por Paredes-Méndez Juan y colaboradores donde incluyeron 55 pacientes mayormente de localización ileocólica con un 54,2% (30). Así mismo, en otro estudio realizado en Asia por Siew C Ng y colaboradores con 166 pacientes, la localización más

frecuente fue a nivel ileocolónica en un 45% de los casos (31). Sin embargo, según el comportamiento, en nuestro estudio es más frecuente de tipo obstructivo con 23 casos presentes, por el contrario, en Perú el estudio determinó que predominaba el de tipo no obstructivo con 54,2% (32).

En un estudio realizado en Sao Paulo por Sobrado y colaboradores que determinó que la prevalencia de anemia (hemoglobina por debajo de 10 g/dl), en los pacientes con enfermedad de Crohn, es del 6% (33); en nuestro estudio, la mayoría de los pacientes estuvieron dentro del rango normal de hemoglobina.

Gracias al diagnóstico y tratamiento adecuado de la enfermedad de Crohn, el riesgo de mortalidad es menor del 3% , es decir que no pone en riesgo la vida del paciente (34). Según el estudio realizado por Jiménez Andrea y colaboradores se determinó que la mortalidad disminuyó del 11,7% en los 5 primeros años tras el diagnóstico al 8,3% luego de 20 años de enfermedad (35). La tasa de mortalidad de nuestro estudio fue del 29.32%, valora elevado en comparación a los otros estudios mencionados y en comparación al estudio realizado en Perú donde de los 55 pacientes solo 3 fallecieron (5,4%).

CONCLUSIÓN

Con el presente estudio se concluyó que la enfermedad de Crohn es una patología no tan común en nuestro medio pero que presenta una tasa alta de mortalidad. La población urbana es la más afectada, pero no se sabe con exactitud si los resultados se ven afectados dependiendo del lugar donde se realiza el estudio, puesto que los resultados dependerán de diversos factores como la accesibilidad a la institución de salud, pacientes sub diagnosticados, entre otros.

Mediante nuestro estudio y la revisión de otras bibliografías se pudo determinar que no hay relación de la enfermedad con los antecedentes familiares ni antecedentes personales de gastropatía por lo cual se recomienda prestar mayor atención a los síntomas gastrointestinales principalmente en hombres jóvenes de mediana edad, ya que podría presentar enfermedad de Crohn que requiere un tratamiento más especializado.

RECOMENDACIONES

Recomendamos que los pacientes entre la edad de 18 a 68 años, que presenten síntomas asociados a enfermedad de Crohn tales como dolor abdominal recurrente, pérdida de peso, fiebre, sintomatología gastrointestinal como vómitos, diarrea, presencia de fístulas, entre otras, mantengan un control de las manifestaciones mediante exámenes rutinarios para descartar esta patología.

Los pacientes con enfermedad de Crohn tienden a desarrollar anemia, en este caso se recomienda llevar un control del nivel de hemoglobina y si presenta anemia se debe iniciar el tratamiento respectivo oportuno ya sea con hierro por vía oral o intravenoso acompañado de una dieta equilibrada.

Realizar otros estudios con mayor población para determinar correctamente la conducta de los pacientes con enfermedad de Crohn para la elaboración de protocolos de atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dávila DS. DISERTACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA. :102.
2. rmc162zn.pdf [Internet]. [Citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162zn.pdf>
3. Ballester Ferré MP, Boscá-Watts MM, Mínguez Pérez M. Enfermedad de Crohn. Med Clínica. 13 de julio de 2018;151(1):26-33.
4. Domènech E, López-Sanromán A, Nos P, Vera M, Chaparro M, Esteve M, et al. Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) sobre la monitorización, prevención y tratamiento de la recurrencia posquirúrgica en la enfermedad de Crohn. Gastroenterol Hepatol. Agosto de 2017;40(7):472-83.
5. Feuerstein JD, Cheifetz AS. Ulcerative Colitis: Epidemiology, Diagnosis, and Management. Mayo Clin Proc. 1 de noviembre de 2014;89(11):1553-63.
6. Rodríguez-D'jesus A, Casellas F, Ramón Malagelada J. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal en el paciente de edad avanzada. Gastroenterol Hepatol. 1 de mayo de 2008;31(5):269-73.
7. Fraile MEV, Visedo MPR. TÍTULO: ENFERMEDAD DE CROHN, PERSPECTIVA GLOBAL DE LA PATOLOGÍA. :20.
8. Garcés AM, Vélez VR, Bedoya SD. Epidemiología y comportamiento de la enfermedad in amatoria intestinal en la población ecuatoriana. :15.
9. Roda G, Chien Ng S, Kotze PG, Argollo M, Panaccione R, Spinelli A, et al. Crohn's disease. Nat Rev Dis Primer. 2 de abril de 2020;6(1):22.
10. Paredes Méndez JE, Alosilla Sandoval PA, Vargas Marcacuzco HT, Junes Pérez SI, Fernández Luque JL, Mestanza Rivas Plata AL, et al. Epidemiología y fenotipo de la enfermedad de Crohn en un hospital de referencia en Lima Perú. Rev Gastroenterol Perú. Julio de 2020;40(3):230-7.

11. rmc162zn.pdf [Internet]. [Citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162zn.pdf>
12. Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia de Lima-Perú [Internet]. [Citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292016000300004
13. Epidemiología y comportamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en la población ecuatoriana [Internet]. [Citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://actagastro.org/epidemiologia-y-comportamiento-de-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal-en-la-poblacion-ecuatoriana/>
14. Morales SSF, Orrego AMG. Guía diagnóstica y terapéutica de la enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Medica Sinerg. 1 de septiembre de 2021;6(9):e713-e713.
15. Álvarez-Lombana A, Moreno F. Relación entre la presencia de Escherichia coli en la mucosa intestinal y la enfermedad de Crohn. Revisión de la literatura. 29 de septiembre de 2021;7:37-47.
16. Morales SSF, Orrego AMG. Guía diagnóstica y terapéutica de la enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Medica Sinerg. 1 de septiembre de 2021;6(9):e713-e713.
17. Enfermedad de Crohn | Medicine [Internet]. [Citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-enfermedad-crohn-articulo-S0304541220301438>
18. Darias ML. Hábitos y estilos de vida saludables en la Enfermedad de Crohn. :47.
19. Duran DEJV, Schulke DCM, Mahecha DNFA, Ollero DJM, Orué DAF, Abadía DLG. LA UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA CON CONTRASTE INTRAVENOSO EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE ENFERMEDAD DE CROHN.

- Seram [Internet]. 18 de mayo de 2021 [citado 30 de julio de 2022];1(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4706>
20. Clinical manifestations, diagnosis, and prognosis of ulcerative colitis in adults - UpToDate [Internet]. [Citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-ulcerative-colitis-in-adults?search=Clinical%20manifestations,%20diagnosis,%20and%20prognosis%20of%20ulcerative%20colitis%20in%20adults&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 21. Overview of the medical management of mild (low risk) Crohn disease in adults - UpToDate [Internet]. [Citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/overview-of-the-medical-management-of-mild-low-risk-crohn-disease-in-adults?search=Overview%20of%20the%20medical%20management%20of%20mild%20\(low%20risk\)%20Crohn%20disease%20in%20adults&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/overview-of-the-medical-management-of-mild-low-risk-crohn-disease-in-adults?search=Overview%20of%20the%20medical%20management%20of%20mild%20(low%20risk)%20Crohn%20disease%20in%20adults&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
 22. Perforación gastrointestinal: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [Citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000235.htm>
 23. MO-18-115-IMG06 | Revista ACTA [Internet]. 2021 [citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://actagastro.org/epidemiologia-y-comportamiento-de-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal-en-la-poblacion-ecuatoriana/mo-18-115-img06/>
 24. Perforación del colon - Western New York Urology Associates, LLC [Internet]. [Citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkid=912034>

25. Intestinal Perforation Workup: Laboratory Studies, Imaging Studies, Procedures [Internet]. [Citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/195537-workup>
26. Intestinal Perforation Treatment & Management: Approach Considerations, Medical Therapy, Surgical Therapy [Internet]. [Citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/195537-treatment#d9>
27. Gulías Piñeiro A, Madriñán González M, Prego Mateo E. Peritonitis aguda por enfermedad de Crohn perforada. *Gastroenterol Hepatol*. 1 de enero de 2001;24(7):346-8.
28. Royero H. Enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Colomb Gastroenterol*. 1 de marzo de 2003;18:24-41.
29. Wang PQ, Hu J, Kazzi ESA, Akhuemonkhan E, Zhi M, Gao X, et al. Family history and disease outcomes in patients with Crohn's disease: A comparison between China and the United States. *World J Gastrointest Pharmacol Ther*. 6 de noviembre de 2016;7(4):556-63.
30. Paredes Méndez JE, Alosilla Sandoval PA, Vargas Marcacuzco HT, Junes Pérez SI, Fernández Luque JL, Mestanza Rivas Plata AL, et al. Epidemiología y fenotipo de la enfermedad de Crohn en un hospital de referencia en Lima - Perú. *Rev Gastroenterol Perú*. 21 de noviembre de 2020;40(3):230.
31. Ng SC, Tang W, Ching JY, Wong M, Chow CM, Hui AJ, et al. Incidence and phenotype of inflammatory bowel disease based on results from the Asia-pacific Crohn's and colitis epidemiology study. *Gastroenterology*. julio de 2013;145(1):158-165.e2.
32. (PDF) Epidemiología y fenotipo de la enfermedad de Crohn en un hospital de referencia en Lima Perú [Internet]. [Citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/348406226_Epidemiologia_y_fenotipo_de_la_enfermedad_de_Crohn_en_un_hospital_de_referencia_en_Lima_Peru

33. Científica (SIIC) SI de I. ANEMIA Y CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN [Internet]. [Citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/resiiccompleto.php/151228>
34. ¿La enfermedad de Crohn es mortal? Riesgos y complicaciones [Internet]. [Citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/puedes-morir-de-la-enfermedad-de-crohn>
35. gastrolat2017n4000.03.pdf [Internet]. [Citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2017n4000.03.pdf>



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Bermúdez Maldonado Kathy Fernanda**, con C.C: # **0920531985** y **Castro Hidalgo Madelaine Lisbeth**, con C.C: #**0925682916** autoras del trabajo de titulación: **Prevalencia de perforación intestinal por enfermedad de Crohn en pacientes adultos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo 2017 Al 2020** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 31 de agosto de 2022.

LA AUTORA:

f. _____

Bermúdez Maldonado Kathy Fernanda

C.C: # 0920531985

LA AUTORA:

f. _____

Castro Hidalgo Madelaine Lisbeth,

C.C: #0925682916



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de perforación intestinal por enfermedad de Crohn en pacientes adultos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo 2017 Al 2020		
AUTOR(ES)	Bermúdez Maldonado Kathy Fernanda Castro Hidalgo Madelaine Lisbeth		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Salazar Pousada Danny Gabriel		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	31 de agosto de 2022	No. DE PÁGINAS:	35
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gastroenterología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Enfermedad de Crohn, Perforación intestinal, prevalencia, mortalidad, gastropatía, ileocólica		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Introducción: La enfermedad de Crohn es considerada como una enfermedad inflamatoria intestinal crónica con patogenia y factores etiológicos desconocidos, entre sus principales complicaciones se encuentra el daño irreversible a nivel tisular que se manifiesta como fístulas, perforaciones en intestino y abscesos intraabdominales. Metodología: se realizó un estudio descriptivo, observacional de tipo retrospectivo y transversal a partir de la recolección de datos de historias clínicas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil. Resultados: La afectación ileocólica fue la localización predominante de esta patología, seguido de región cólica y posteriormente en menor frecuencia la localización ileal. Así mismo, según el comportamiento de la enfermedad los más frecuentes fueron de tipo obstructivo con la mayor cantidad de casos seguidos del tipo fistulizante. Hubo una mayor frecuencia de casos en el género masculino, en población urbana, con un promedio de edad predominante entre adultos jóvenes. No encontramos relevancia en ningún tipo de antecedente de los pacientes estudiados que predispongan directamente al desarrollo de la enfermedad. Esta enfermedad presentó una tasa de mortalidad de 29,32%. Conclusión: La enfermedad de Crohn es una patología no tan común en nuestro medio pero con una tasa alta de mortalidad. La población más afectada fue la urbana, los antecedentes familiares y antecedentes personales de gastropatía no tienen relación con la aparición de la enfermedad; sin embargo, se recomienda prestar mayor atención a los síntomas gastrointestinales principalmente en hombres jóvenes de mediana edad, ya que podría presentar enfermedad de Crohn que requiere un tratamiento más especializado.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-99-140-0900 +593-98-657-0074	E-mail: kaferbermudez@gmail.com maddy_c11@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayón Genkuong, Andrés Mauricio		
	Teléfono: +593-99-757-2784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			