



**PERFIL CLÍNICO, PATRONES HISTOENDOSCÓPICOS Y ABORDAJE
TERAPÉUTICO DE LA COLITIS ULCERATIVA: UN ANÁLISIS
RETROSPECTIVO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE BARRANQUILLA,
COLOMBIA**

**Presentado por:
Blanca Paola Meza Santiago**

**UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
AÑO 2025**

**PERFIL CLÍNICO, PATRONES HISTOENDOSCÓPICOS Y ABORDAJE
TERAPÉUTICO DE LA COLITIS ULCERATIVA: UN ANÁLISIS
RETROSPECTIVO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE BARRANQUILLA,
COLOMBIA**

Blanca Paola Meza Santiago
Especialidad en Medicina Interna

Trabajo de Investigación para optar el título de
Médico Internista

ASESOR METODOLOGICO:

Dra. Mileidys Correa, Bióloga. Especialista en estadística aplicada. Maestría en
Epidemiología.

ASESOR DISCIPLINAR:

Dra. Janne Fábregas, ESP en gastroenterología clínica. Médico Internista.
Dr. Mario Montoya. Médico Internista.

UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
AÑO 2025

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Cartagena, D. T y C, Abril de 2025



UNIVERSIDAD DEL SINU

ELÍAS BECHARA ZAINÚM

Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

Cartagena de Indias D. T. y C. 30 de Abril de 2025

Doctor

OSCAR JAVIER TORRES YARZAGARAY

Director de Investigaciones

UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELIAS BECHARA ZAINUM

SECCIONAL CARTAGENA

Ciudad

Respetado Doctor:

Por medio de la presente hago la entrega, a la Dirección de Investigaciones de la Universidad del Sinú, Seccional Cartagena, los documentos y discos compactos (CD) correspondientes al proyecto de investigación titulado **“PERFIL CLÍNICO, PATRONES HISTOENDOSCÓPICOS Y ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA COLITIS ULCERATIVA: UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA”**, realizado por el estudiante **BLANCA PAOLA MEZA SANTIAGO**, para optar el título de **Especialista en MEDICINA INTERNA**. A continuación se relaciona la documentación entregada:

- Dos (2) trabajos impresos empastados con pasta azul oscuro y letras Doradas del formato de informe final tipo manuscrito articulo original (Una copia para la universidad y la otra para el escenario de práctica donde se realizó el estudio).
- Dos (2) CD en el que se encuentran la versión digital del documento empastado.
- Dos (2) Cartas de Cesión de Derechos de Propiedad Intelectual firmadas por el estudiante autor del proyecto.

Atentamente,

BLANCA PAOLA MEZA SANTIAGO

1047442960 de Cartagena

Programa de Medicina Interna

SECCIONAL CARTAGENA

Avenida El Bosque, Transversal 54 No. 30-729 Teléfono: 6810802; E-mail:
unisinu@unisinucartagena.edu.co





UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

Cartagena de Indias D. T. y C. 30 de Abril de 2025

Doctor

OSCAR JAVIER TORRES YARZAGARAY

Director de Investigaciones

UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELIAS BECHARA ZAINUM

SECCIONAL CARTAGENA

Ciudad

Respetado Doctor:

A través de la presente cedemos los derechos de propiedad intelectual de la versión empastada del informe final artículo del proyecto de investigación titulado “**PERFIL CLÍNICO, PATRONES HISTOENDOSCÓPICOS Y ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA COLITIS ULCERATIVA: UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA**”, realizado por el estudiante **BLANCA PAOLA MEZA SANTIAGO**, para optar el título de **Especialista en MEDICINA INTERNA**, bajo la asesoría de la **Dra. JANNE FABREGAS**, y asesoría metodológica de la **Dra. MILEYDIS CORREA** a la Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm, Seccional Cartagena, para su consulta y préstamo a la biblioteca con fines únicamente académicos o investigativos, descartando cualquier fin comercial y permitiendo de esta manera su acceso al público. Esto exonera a la Universidad del Sinú por cualquier reclamo de terceros que invoque autoría de la obra.

Hago énfasis en que conservamos el derecho como autores de registrar nuestra investigación como obra inédita y la facultad de poder publicarlo en cualquier otro medio.

Atentamente,

BLANCA PAOLA MEZA SANTIAGO

1047442960 de Cartagena

Programa de Medicina Interna

SECCIONAL CARTAGENA

Avenida El Bosque, Transversal 54 No. 30-729 Teléfono: 6810802; E-mail:
unisinu@unisinucartagena.edu.co



DEDICATORIA

A mi padre, **Gerald Antonio Meza**, cuya pasión por la ciencia y la búsqueda del conocimiento me inspiraron a convertirme en la internista que soy hoy. Su ejemplo de disciplina, entrega y amor por la verdad han sido mi mayor guía en este camino. Gracias por enseñarme que la medicina no es solo el arte de curar, sino también el compromiso de comprender, acompañar y aliviar con compasión.

A mis pacientes, verdadera razón de esta vocación, porque en cada historia he encontrado una lección de resiliencia y humanidad. Su confianza ha sido el mayor motor de mi formación y el recordatorio constante de que la medicina no solo trata enfermedades, sino personas. Y no menos importante, a mi tutora disciplinar, Dra. Janne Fábregas, por su fe inquebrantable en mis ideas, por alentarme a cuestionar, investigar y crecer. Su guía ha sido un faro en este camino, inspirándome a ver más allá de lo evidente y a buscar siempre la excelencia con empatía y compromiso.

AGRADECIMIENTOS

A mi amado **Dios**, fuente de fortaleza y guía en cada paso de este camino. Su luz ha iluminado mis días de esfuerzo y ha sido el refugio en los momentos de incertidumbre. Sin su gracia, este logro no habría sido posible.

A mis Hijos, Isaac y Sarita, mi mayor inspiración y motivo de lucha. Ustedes han sido mi luz en los días más difíciles, mi motor en las noches de desvelo y la razón por la que jamás pensé en rendirme. Cada página de este trabajo lleva impreso el amor infinito que me impulsa a ser mejor, no solo como médico, sino como madre. Gracias por su paciencia, por su amor inmenso y por recordarme cada día que, la verdadera grandeza está en el corazón.

A mis Padres y hermanos, por ser el pilar sobre el que construí mis sueños, por su amor incondicional, sus sacrificios silenciosos y su fe en mí, incluso cuando yo misma dudé. Gracias por enseñarme con el ejemplo que la perseverancia y la integridad son las verdaderas llaves del éxito.

Y no menos importante, A mis Pacientes, porque cada uno, con su historia, su fortaleza y su confianza, me ha enseñado lecciones que van más allá de los libros. Gracias por permitirme ser parte de su cuidado y aprendizaje.

PERFIL CLÍNICO, PATRONES HISTOENDOSCÓPICOS Y ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA COLITIS ULCERATIVA: UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA

Clinical profile, histoendoscopic patterns and therapeutic approach to ulcerative colitis: A retrospective analysis in a reference center in Barranquilla, Colombia.

Meza Santiago Blanca Paola (1)
Montoya Jaramillo Mario Enrique (2)
Correa Monterrosa Myleidys (3)
Fábricas Ramirez Janne Jorgeth (4)

- (1) Médico. Especialista en gerente de la calidad y auditoria en salud. Residente III año especialidad Medicina Interna. Escuela de Medicina. Universidad del Sinú EBZ, Seccional Cartagena.
- (2) Médico. Especialista en Medicina Interna. Coordinador programa medicina interna universidad el sinu EBZ, seccional Cartagena.
- (3) Bióloga. Especialista en estadística aplicada. Maestría en Epidemiología. Posgrado médico quirúrgico. Universidad del sinu EBZ, seccional Cartagena.
- (4) Médico. Especialista en medicina interna. Especialista gastroenterología.

RESUMEN

Introducción: La colitis ulcerativa, muestra un aumento global en países en desarrollo, a diferencia de la estabilización occidental. En Colombia, la prevalencia de colitis ulcerativa supera ampliamente a la de Crohn. A pesar de las guías clínicas nacionales e internacionales, la adherencia local es incierta. Este estudio retrospectivo en un centro de referencia de Barranquilla es vital para caracterizar el perfil clínico, los patrones histoendoscópicos y el abordaje terapéutico de la colitis ulcerativa en esta población específica, permitiendo identificar oportunidades de mejora en la implementación de las recomendaciones basadas en evidencia y optimizar el manejo de esta condición prevalente en el contexto colombiano.

Objetivo: Identificar los principales patrones clínicos, hallazgos histoendoscópicos y abordaje terapéutico en pacientes diagnosticados con colitis ulcerativa en un centro de referencia de Barranquilla, Colombia durante el año 2024.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional de corte transversal, con 49 pacientes mayores de 18 años diagnosticados con colitis ulcerativa. La recolección de datos, con aval ético, incluyó variables sociodemográficas, clínicas, endoscópicas, histológicas y terapéuticas, analizadas con Jamovi versión 2.4.5 utilizando pruebas estadísticas no paramétricas.

Resultados: 49 pacientes con Colitis ulcerativa (edad media 53.9 años) fueron estudiados. Predominaron mujeres (57.1%) y residentes urbanos (95.9%, $p < .001$). El bajo consumo de alcohol (22.4%, $p < .001$), AINEs (30.6%, $p < 0.05$) y anticonceptivos orales (32.2%, $p < .001$) fue significativo. La ausencia de apendicectomía (87.8%, $p < .001$), la presencia de ansiedad (12.2%, $p < .001$) y depresión (4.1%, $p < .001$) fueron relevantes. La actividad inflamatoria medida por reactantes de fase aguda (67.3%, $p < 0.05$) y la rectorragia (71.4%, $p < 0.05$) fueron frecuentes. Predominó la colitis izquierda/pancolitis ($p < .001$) y el score de Mayo 2 ($p < 0.05$). La monoterapia con 5-ASA fue común (69.4%, $p < 0.05$), con diferencias en politerapia según severidad endoscópica ($p = 0.007$) y regímenes específicos ($p = 0.003$).

Conclusiones: Los hallazgos destacan heterogeneidad en el manejo de la CU y discordancia en clasificaciones de severidad. Se enfatiza la importancia de integrar datos demográficos, clínicos, endoscópicos e histopatológicos, además de desarrollar biomarcadores para optimizar tratamiento y desenlaces clínicos.

Palabras clave: (Colitis Ulcerosa, Enfermedad inflamatoria intestinal, colitis grave)

SUMMARY

Introduction: Ulcerative colitis shows a global increase in developing countries, in contrast to the stabilization observed in the West. In Colombia, the prevalence of ulcerative colitis significantly exceeds that of Crohn's disease. Despite national and international clinical guidelines, local adherence is uncertain. This retrospective study in a reference center in Barranquilla is vital to characterize the clinical profile, histoendoscopic patterns, and therapeutic approach to ulcerative colitis in this specific population, allowing for the identification of opportunities to improve the implementation of evidence-based recommendations and optimize the management of this prevalent condition in the Colombian context.

Objective: To identify the main clinical patterns, histoendoscopic findings, and therapeutic approach in patients diagnosed with ulcerative colitis at a reference center in Barranquilla, Colombia during the year 2024.

Methods: A retrospective observational cross-sectional study was conducted with 49 patients older than 18 years diagnosed with ulcerative colitis. Data collection, with ethical approval, included sociodemographic, clinical, endoscopic, histological, and therapeutic variables, analyzed with Jamovi version 2.4.5 using non-parametric statistical tests.

Results: 49 patients with Ulcerative Colitis (mean age 53.9 years) were studied. Women predominated (57.1%) as well as urban residents (95.9%, $p < .001$). Low alcohol consumption (22.4%, $p < .001$), NSAID use (30.6%, $p < 0.05$), and oral contraceptive use (32.2%, $p < .001$) were significant. The absence of prior

appendectomy (87.8%, $p<.001$), and the presence of anxiety (12.2%, $p<.001$) and depression (4.1%, $p<.001$) were relevant. Inflammatory activity measured by acute phase reactants (67.3%, $p<0.05$) and rectal bleeding (71.4%, $p<0.05$) were frequent. Left-sided colitis/pancolitis predominated ($p<.001$) as well as Mayo score 2 ($p<0.05$). Monotherapy with 5-ASA was common (69.4%, $p<0.05$), with differences in polytherapy according to endoscopic severity ($p=0.007$) and specific regimens ($p=0.003$).

Conclusions: The findings highlight heterogeneity in the management of UC and discordance in severity classifications. The importance of integrating demographic, clinical, endoscopic, and histopathological data is emphasized, in addition to developing biomarkers to optimize treatment and clinical outcomes.

Key Words: (Colitis Ulcerative, Inflammatory Bowel Disease, Colitis Gravis)

INTRODUCCION

La colitis ulcerativa (CU) es una de las dos principales formas en que puede manifestarse la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se trata de una afección crónica, de origen inmunológico, que provoca una inflamación persistente en la mucosa del colon. Esta inflamación suele ser superficial y continua, comenzando generalmente en el recto y extendiéndose progresivamente (1).

Si bien la EII fue inicialmente considerada una afección predominante en las poblaciones occidentales, estudios recientes muestran que durante las últimas dos décadas ha habido un incremento notable en la incidencia en países recientemente industrializados, como en regiones del Medio Oriente, Asia y América del Sur. En contraste, las tasas de incidencia de la EII en el mundo occidental parecen haber alcanzado una fase de estabilización en el siglo XXI, lo que podría reflejar una saturación de los factores de riesgo previamente prevalentes o el impacto de estrategias preventivas tempranas (2). En el panorama global, se estima que aproximadamente 4.9 millones de personas vivían con EII en 2019. Aunque la prevalencia ajustada por edad experimentó una ligera disminución entre 1990 y 2019, el número absoluto de individuos afectados ha aumentado. La colitis ulcerativa, específicamente, impacta a entre 156 y 291 personas por cada 100,000 habitantes anualmente, siendo más común en adultos de países occidentales, mientras que la enfermedad de Crohn (EC) se estima en una prevalencia de 320 por 100,000 en estas mismas regiones, siendo menos frecuente en otras partes del mundo (3). En el contexto colombiano, la EII presenta un perfil epidemiológico distintivo, donde la CU se manifiesta con una mayor prevalencia en comparación con la EC. Datos correspondientes al periodo 2012-2017 indican una prevalencia anual de CU de 58.14 por 100,000 habitantes, en contraste con la EC, que se situó en 8.9 por 100,000 habitantes anualmente, evidenciando una razón CU/EC de aproximadamente 4:1 (4).

La comprensión de los factores que contribuyen al origen y desarrollo de la EII es un área activa de investigación, ya que sigue siendo desconocida. Si bien, se han

descrito diversos factores exposicionales que sugieren participar en la etiopatogenia de la enfermedad (tabaquismo, alcoholismo, uso de AINEs y Anticonceptivos orales, intervenciones quirúrgicas previas, trastornos psiquiátricos), la hipótesis más aceptada es la respuesta inmune exagerada de la mucosa y persistente hacia componentes de la microbiota intestinal en individuos genéticamente susceptibles; esta respuesta inflamatoria crónica conduce a la destrucción del epitelio colónico, la formación de úlceras y la aparición de los síntomas característicos de la enfermedad (5,6).

En el complejo escenario del diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerativa (CU), la labor del clínico sigue representando un desafío significativo. Si bien existen diversas guías de práctica clínica y consensos basados en la mejor evidencia disponible, implementados por sociedades científicas tanto a nivel internacional como en Colombia (7-10), la traducción de estas recomendaciones a la práctica clínica diaria no siempre se implementa de manera uniforme. Esta brecha entre la evidencia y la práctica clínica subraya la necesidad imperante de realizar estudios en nuestro contexto colombiano para validar dicha adherencia. La realización de estos estudios facilitaría una valoración objetiva del empleo clínico de las directrices nacionales e internacionales para el abordaje integral de la CU, señalando posibles áreas de optimización en la atención. La validación de la aplicabilidad de estas guías en nuestra población es crucial, ya que factores propios del sistema de salud local, la disponibilidad de recursos y las características específicas de los pacientes podrían influir en la implementación y efectividad.

MATERIALES Y METODOS

Se llevo a cabo un estudio observacional descriptivo de tipo corte transversal, aplicando las pautas recomendadas en la herramienta de lectura critica STROBE y siguiendo los principios de declaración de Helsinki. La población sujeta de estudio, representa a los pacientes que recibieron atención en el servicio de gastroenterología ambulatorio para adultos, debido a un diagnóstico o sospecha

de colitis ulcerativa en una institución de referencia en la ciudad de Barranquilla, Colombia; en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024. Para la prevención de sesgos de selección, se definieron que serían parte del estudio, aquellos pacientes mayores de 18 años, colombianos, con diagnóstico confirmado por biopsia tomada por estudio endoscópico de colitis ulcerativa, además de síntomas gastrointestinales activos (diarrea crónica, tenesmo rectal, intolerancia alimentaria) y reporte de calprotectina fecal al momento de su evaluación. No se incluyeron en el estudio pacientes con cáncer gastrointestinal, EII no clasificable, lleitis inespecífica, Colitis infecciosa o pacientes con CU y alguna otra EII coexistente. Tampoco se incluyeron mujeres en estado de gestación o lactancia.

Se uso muestreo no probabilístico, de tipo por conveniencia. Metodológicamente se definio un listado de 49 pacientes, con tipo y numero de documento de identidad, atendidos en consulta ambulatoria por 3 gastroenterólogos diferentes en un único centro hospitalario. Adicionalmente se conformó un equipo de recolección de información integrado por una médico residente de tercer año de medicina interna y una medico especialista en gastroenterología. Se realizó búsqueda de datos en fuente primaria de información (historia clínica), previo aviso y aval por parte del comité de ética en investigación institucional, por medio del sistema de codificación diagnostica CIE 10, para los códigos: *k519 colitis ulcerativa, sin otra especificación*, *k528 otras colitis y gastroenteritis no infecciosas especificadas*. Utilizando un formato propio de recolección de información sistemática creado en Excel® (Anexo 1), fue permitida la digitación y tabulación de los datos. En aras de prevenir sesgos de información, se desarrolló un protocolo del proceso de recolección de datos, se definió de manera precisa y detallada cada variable que se recolecto, se realizaron capacitaciones frecuentes al equipo de recolección sobre el protocolo de recolección de datos, la definición operacional de las variables y el uso del formato de Excel®. Adicionalmente se realizaron ejercicios de calibración donde ambos recolectores extraían datos de las mismas historias clínicas de forma independiente y luego comparaban sus resultados para identificar y resolver discrepancias.

Las variables incluidas fueron: variables *Sociodemográficos (SD)*: Edad, Edad al diagnóstico, Sexo; variables *Exposicionales (EX)*: Procedencia, Alcohol, Anticonceptivos, Tabaquismo, Cese de tabaco, Apendicetomía, Ansiedad, Depresión; variables *Clínicas (C)*: Dolor abdominal, Proctalgia, Temperatura > 38 grados centígrados, Frecuencia cardiaca > 80 lpm, Sangre en evacuaciones, Incontinencia fecal, Numero de evacuaciones en el día, Hemoglobina, Leucocitos, Nivel de PCR, Nivel de VSG, Índice de gravedad Truelove y Witts, Índice de severidad ACG, Calprotectina fecal; variables *Endoscópicas (EN)*: Localización anatómica, Score endoscópico de Mayo; variable *Histológica (H)*: Patología; variables *Terapéuticas (T)*: Esquema terapéutico inicial, Tipo de tratamiento.

La información de las variables recolectadas se procesó utilizando *Jamovi* Versión 2.4.5 (Sydney, Australia), para la obtención del análisis estadístico, evaluando para variables cualitativas frecuencias y porcentajes y para variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión. En aras de prevenir sesgos de medición, se probó la normalidad de los datos continuos utilizando *gráficos Q-Q* y el test estadístico *Shapiro-Wilk*, teniendo una distribución no normal por encontrarse valores de $p < 0,05$, por lo que se emplearon pruebas estadísticas no paramétricas. Las comparaciones de las variables cualitativas fueron realizadas utilizando el *test exacto de Fisher* y *análisis Fleiss- Kappa*. Todas las comparaciones fueron medidas asumiendo un error α de 0.5. Un *valor de p* < 0,05 fue considerado estadísticamente significativo.

El presente trabajo de investigación fue sometido al comité de ética médica en investigación de la Universidad del Sinú y de la Clínica de la Costa, de acuerdo a los criterios consignados en el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio Nacional de Salud de Colombia, que clasifica este trabajo de investigación con riesgo menor, ya que se procedió a la recolección de datos consignados en historias clínicas (11).

RESULTADOS

En el periodo de estudio, desde enero de 2024 hasta diciembre de 2024, se identificaron 49 pacientes con diagnóstico histológico de CU, en donde se observó que la edad media de la población fue de 53.9 ± 16.6 años, con una edad media al diagnóstico de 48.3 ± 16.3 años. En cuanto a la distribución de sexo en ambos grupos, el 57.1% fueron mujeres y el 42.9% fueron hombres. Una mayoría significativa, el 95.9%, residía en áreas urbanas, en comparación con el 4.1% en regiones rurales ($p < .001$) (Tabla1).

Por otro lado, se observó que el consumo de alcohol estuvo ausente en la mayoría de la población, representando un 77.6% de los pacientes, mientras que un 22.4% manifestó su uso ($p < .001$); el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) fue reportado por un 30.6%, mientras que el 69.4% no presentó este hábito ($p < 0.05$), en cuanto a los anticonceptivos orales en la población femenina, se reportó que el 67.8% no hizo uso de estos, mientras que el 32.2% refirieron ingesta de estos ($p < .001$). Es interesante anotar que un 37.5% de los pacientes refirió ser fumador, mientras que un 62.5% eran no fumadores; Además, el cese del tabaquismo se logró en un 34% de los individuos, en contraste con el 66% que continuaron fumando ($p < 0.05$). Respecto a procedimientos quirúrgicos y análisis de la salud mental de los pacientes, se constató la ausencia de antecedentes de apendicectomía en el 87.8% de los participantes, mientras que un 12.2% reportó haber sido sometido previamente a esta cirugía ($p < 0.001$). En cuanto al análisis de la salud mental reveló que tanto la presencia de ansiedad como de depresión eran estadísticamente significativa ($p < 0.001$), encontrándose presente en los pacientes en el caso de la ansiedad en el 12.2% y la depresión en el 4.1% (Tabla1).

En cuanto al perfil clínico, se observó que la química y biometría hemática reportó que la velocidad de sedimentación globular (VSG) mostró una media de 22.8 ± 11.0 mm/h y los niveles de proteína C reactiva (PCR) reflejaron una mediana de 0.360 mg/L, parámetros relevantes en el contexto de inflamación sistémica. La hemoglobina presentó una mediana de 13.0 g/dL, mientras que los recuentos de

leucocitos evidenciaron una mediana de $11.7 \times 10^3/\mu\text{L}$. Por otro lado, los niveles de calprotectina fecal, indicativos de actividad intestinal inflamatoria, alcanzaron una mediana de 589 $\mu\text{g/g}$ (RIC: 88.4–1736), con una evaluación de la misma, que indicó que el 67.3% de los pacientes se encontraban en actividad de la enfermedad, un 4.1% en estado indeterminado y un 28.6% en remisión en el total de la población ($p < 0.05$) (Tabla 2).

En el ámbito sintomatológico, el dolor abdominal se reportó como el síntoma más frecuente en el 59.2% de los pacientes; ninguno de los participantes presentó temperatura corporal $>38^\circ\text{C}$ ni frecuencia cardíaca >80 lpm ($p < .001$); más, sin embargo, La presencia de sangre en las heces afectó al 71.4%, en contraste con su ausencia en el 28.6%, diferencia estadísticamente significativa en la población total ($p < 0.05$). Asimismo, la incontinencia fecal fue reportada en el 20.4% del total poblacional, mientras que La frecuencia de evacuaciones diarias se distribuyó en tres grupos: 1–4 evacuaciones en el 59.2% de la población, de 5–10 en el 30.6% de la población ($p < 0.05$) y mayor que 10 evacuaciones en el 10.2% de la población total ($p < .001$), lo que sugiere una diferencia clínica significativa en términos de presentación clínica para la enfermedad (Tabla 2).

En cuanto a la evaluación endoscópica e histopatológica, se observó una notable heterogeneidad en los patrones inflamatorios observados en la población estudiada. Los resultados observados, mostraron una variabilidad en la extensión anatómica de la enfermedad, la cual, se distribuyó de la siguiente manera: la proctitis se identificó en el 16.3 % de los pacientes, la colitis izquierda en el 42.9%, y la pancolitis afectó al 40.8% de la población total. En contraste, la colitis derecha presentó una baja frecuencia, documentada en solo el 8.2% de los casos ($p < .001$). En cuanto a la puntuación endoscópica de Mayo, reflejó una distribución con predominancia de la categoría Mayo 2, encontrada en el 46.9% de los pacientes, seguida por Mayo 1 en el 26.5% y Mayo 3 en el 26.5%, con una significancia estadística relevante ($p < 0.05$). Desde la perspectiva histopatológica, el análisis de biopsias reveló que la colitis crónica representó el hallazgo predominante,

documentado en el 59.2% de los individuos. A este patrón le siguió la colitis aguda, presente en el 28.6% ($p < 0.05$), y finalmente, la colitis crónica agudizada, identificada en el 12.2% ($p < .001$). (Tabla 3).

En el grupo de pacientes con severidad leve según el índice ACG, un 18.2% fueron clasificados como severos por el índice de Truelove y Witts, un 27.6% como moderados, y un 44.4% como leves. Este grupo predominó entre la población total (69.4%), destacando la disparidad en la clasificación clínica previa a la endoscopia.

Para el grupo moderado según el ACG, solo se evidenció un caso clasificado como leve (2%) según Truelove y Witts, sin concordancia significativa para otras categorías. El análisis Kappa general mostró un coeficiente negativo (-0.291), con un intervalo de confianza del 95% entre -0.327 y -0.212, y una significancia estadística notable ($p < .001$), lo que indica una concordancia pobre entre los índices de severidad clínica y los hallazgos endoscópicos (Tabla 4).

Finalmente, lo que respecta al régimen terapéutico inicial, la monoterapia con 5-aminosalicilato (5-ASA) emergió como el esquema predominante, aplicado en el 69.4% de los casos ($p < 0.05$). Los enfoques terapéuticos alternativos incluyeron combinaciones farmacológicas de 2 o 3 principios activos diferentes, en los que podemos destacar combinaciones como: 5-ASA + corticoesteroide en un 6.1% , 5-ASA + inmunomodulador en un 2%, 5-ASA + corticoesteroide + inmunomodulador en un 6.1%; Anti-TNF en un 4.1% , Anti-TNF + 5-ASA + corticoesteroide en un 4.1%, Anti-TNF + 5-ASA en un 6.1%, Anti-TNF + 5-ASA + inmunomodulador en un 2%, siendo cada una de estas intervenciones estadísticamente significativa ($p < .001$) (Tabla 5).

En relación con la severidad endoscópica, clasificada mediante el score de Mayo, se observó una notable heterogeneidad en las estrategias farmacológicas iniciales. La monoterapia con 5-ASA se consolidó como el régimen predominante, empleándose en el 73.5% de la población estudiada. Su prevalencia fue más marcada en Mayo 1, con una representación del 84.6% de los casos, seguida por

Mayo 2, donde alcanzó el 87.0%, y finalmente, aunque en proporción similar, en Mayo 3, también con el 87.0%, siendo también dichas intervenciones estadísticamente significativas ($p < 0.05$) (Tabla 5). En contraste, la politerapia, caracterizada por el uso de combinaciones de dos o tres fármacos, tuvo una implementación limitada, documentándose en el 26.5% de los casos totales. Su frecuencia fue menor en Mayo 1, abarcando el 15.4% de los pacientes, mientras que en Mayo 2 se redujo al 13.0%. Por otro lado, mostró un incremento notable en Mayo 3, donde alcanzó el 61.5% de los casos, reflejando una tendencia diferencial en las estrategias terapéuticas (Tabla 5).

Las diferencias observadas en la proporción de politerapia frente a monoterapia entre los grupos de mayo presentaron significancia estadística ($p = 0.007$), lo que podría reflejar heterogeneidad en los protocolos de manejo clínico. Asimismo, la selección de regímenes específicos de tratamiento mostró una variación relevante conforme a la severidad endoscópica ($p = 0.003$), consolidando la heterogeneidad en las estrategias terapéuticas empleadas en esta población clínica (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Los hallazgos obtenidos en esta investigación aportan datos relevantes sobre las características clínicas, demográficas y terapéuticas de pacientes con colitis ulcerativa, aportando datos que desafían paradigmas establecidos y resaltan la heterogeneidad de esta enfermedad inflamatoria intestinal. La predominancia femenina, con un 57.1% de la población estudiada, y una edad media al diagnóstico de 48.3 años, coinciden con lo reportado en el *Registro Nacional de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Colombia* (12), donde se describen proporciones similares en cohortes locales, más sin embargo la edad media de presentación mostro ser de 53.9 ± 16.6 años, superior al rango típico de 20-40 años descrito en la literatura internacional, sugiriendo un retraso diagnóstico o influencias poblacionales específicas que merecen mayor exploración. La marcada frecuencia de pacientes urbanos (95.9%) frente a rurales (4.1%) ($p < 0.001$) subraya el impacto de factores ambientales ligados a la urbanización, como dieta y

estrés, consistentes con investigaciones que vinculan estos elementos a un mayor riesgo de EII, una tendencia también documentada en estudios internacionales (13).

En lo referente a factores exposicionales, el consumo reducido de alcohol (22.4%) y la limitada utilización de antiinflamatorios no esteroideos (30.6%) contrastan con investigaciones internacionales que evidencian mayor impacto de estas variables en poblaciones diferentes (14). Por su parte, la prevalencia de tabaquismo alcanzó un 37.5%, y un 66% de los pacientes continuaron fumando a pesar de intentos de cese. Estos datos refuerzan el impacto proinflamatorio del hábito tabáquico, ampliamente documentado como un factor agravante de la colitis ulcerativa (15), para lo cual sería interesante documentar en otras investigaciones futuras dado a que en nuestra investigación plantea interrogantes sobre los mecanismos subyacentes en esta población. Asimismo, la presencia de ansiedad (12.2%) y depresión (4.1%) ($p < 0.001$) coincide con reportes que resaltan la carga psicosocial en EII, afectando la calidad de vida y el manejo terapéutico, por lo que podríamos considerarlo como aspecto a evaluar en el contexto clínico de colitis ulcerativa (16).

El perfil clínico destacó elevaciones significativas de marcadores inflamatorios, incluyendo niveles elevados de calprotectina fecal, con una mediana de 589 $\mu\text{g/g}$, así como parámetros sistémicos como la velocidad de sedimentación globular y la proteína C reactiva, confirmando su papel central en la monitorización de la actividad de la enfermedad. Estos resultados son consistentes con los estándares clínicos internacionales que posicionan dichos marcadores como predictores fiables de actividad inflamatoria (17). La heterogeneidad en los patrones inflamatorios endoscópicos y la extensión anatómica de la enfermedad revelaron una distribución relevante, donde la pancolitis predominó en el 40.8% de los casos. Además, las puntuaciones de Mayo subrayaron una severidad significativa, siendo la categoría Mayo 2 la más frecuente (46.9%), lo que refuerza la necesidad de un manejo clínico diferenciado según la extensión y actividad de la inflamación (18). Histopatológicamente, la colitis crónica (59.2%, $p = 0.004$) reflejó la naturaleza persistente de la CU, con colitis aguda (28.6%) y crónica agudizada (12.2%) como

variantes. La discordancia entre los índices ACG y Truelove-Witts ($p=0.328$; Kappa -0.291 , $p<0.001$) enfatiza la necesidad de evaluación endoscópica, en línea con recomendaciones actuales.

Desde el punto de vista terapéutico, se observó que la monoterapia con 5-ASA predominó en todos los niveles de severidad y fue considerado como régimen inicial en el 69.4% de los pacientes, consolidándose como el tratamiento estándar en las estrategias iniciales (19). Sin embargo, en casos de mayor severidad endoscópica, como la categoría Mayo 3, se evidenció un aumento en la implementación de politerapia, con una frecuencia del 61.5%. Estas diferencias en los enfoques terapéuticos reflejan la necesidad de adaptar los protocolos clínicos a las características específicas de los pacientes, en línea con las guías de manejo de colitis ulcerativa (20) y resaltan la tendencia de escalada terapéutica según la actividad de la enfermedad. La discrepancia observada entre los índices de severidad clínica y los hallazgos endoscópicos, evidenciada por un coeficiente Kappa negativo y una significancia estadística notable, resalta la necesidad de desarrollar herramientas más robustas para la estratificación de los pacientes y una clasificación más precisa, lo cual podría optimizar el manejo clínico y mejorar los resultados terapéuticos.

A pesar que el presente estudio resulta valioso para caracterizar la CU localmente, presenta limitaciones inherentes a su diseño. El tamaño muestral de 49 pacientes restringe la generalización de los hallazgos a la heterogeneidad poblacional colombiana. La naturaleza transversal del estudio impide evaluar la evolución temporal de la enfermedad y la respuesta terapéutica a largo plazo. Además, el enfoque unicéntrico limita la representatividad en comparación con la variabilidad observada en diferentes contextos clínicos del país. Por lo anterior, se sugieren realizar futuros estudios multicéntricos y longitudinales con mayor tamaño muestral, explorando la dinámica temporal de la enfermedad y la respuesta terapéutica diversificará la comprensión de la CU en Colombia.

Estos aspectos metodológicos generan vacíos de conocimiento significativos. La discordancia entre la evaluación clínica inicial y los hallazgos endoscópicos subraya la necesidad de herramientas de estratificación de severidad pre-endoscópica más precisas. La heterogeneidad en los esquemas terapéuticos iniciales, incluso ante similar severidad endoscópica, plantea interrogantes sobre la adherencia a guías y la potencial necesidad de individualización del tratamiento. Finalmente, las asociaciones encontradas con factores como el origen urbano y comorbilidades psiquiátricas demandan investigaciones futuras que exploren los mecanismos subyacentes y la influencia de factores genéticos y ambientales específicos en la población colombiana con CU.

CONCLUSIONES

Este estudio inicial en Barranquilla revela patrones clínicos y terapéuticos de la colitis ulcerativa (CU) en nuestra comunidad, destacando la necesidad de optimizar la adherencia en el manejo integral de esta condición. La discordancia entre la evaluación clínica y endoscópica subraya la importancia de refinar el abordaje diagnóstico. Apesar de las limitaciones metodológicas expuestas, este trabajo sienta las bases para una comprensión más profunda y una atención más efectiva. Para futuras investigaciones, se recomiendan estudios multicéntricos y longitudinales con muestras ampliadas para validar estos hallazgos a nivel nacional. Es crucial explorar factores genéticos, ambientales y la respuesta terapéutica a largo plazo en nuestra población. Investigar biomarcadores y las causas subyacentes de las asociaciones encontradas permitirá personalizar el tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes con CU en Colombia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gros B, Kaplan GG. Ulcerative colitis in adults: a review. *JAMA*. 2023;330(10):951–65. doi:10.1001/jama.2023.15389.
2. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies [published correction appears in *Lancet*. 2020;396(10256):e56]. *Lancet*. 2017;390(10114):2769–78. doi:10.1016/S0140-6736(17)32448-0.
3. Wang R, Li Z, Liu S, Zhang D. Global, regional and national burden of inflammatory bowel disease in 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis based on the Global Burden of Disease Study 2019. *BMJ Open*. 2023;13(3):e065186. doi:10.1136/bmjopen-2022-065186.
4. Juliao-Baños F, Kock J, Arrubla M, et al. Tendencias en la epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal en Colombia por demografía y región utilizando una base de datos de reclamaciones representativa a nivel nacional y caracterización del fenotipo de la enfermedad inflamatoria intestinal en una serie de casos de pacientes colombianos. *Medicina (Baltimore)*. 2021;100(7):e24729. doi:10.1097/MD.00000000000024729.
5. Singh N, Bernstein CN. Environmental risk factors for inflammatory bowel disease. *United European Gastroenterol J*. 2022;10(10):1047–53. doi:10.1002/ueg2.12319.
6. Narula N, Wong ECL, Pray C, et al. Associations of antibiotics, hormonal therapies, oral contraceptives, and long-term NSAIDs with inflammatory bowel disease: results from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2023;21(10):2649–59.e16. doi:10.1016/j.cgh.2022.11.037.
7. D'Amico F, Magro F, Dignass A, et al. Practical management of mild-to-moderate ulcerative colitis: an international expert consensus. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2024;18(8):421–30. doi:10.1080/17474124.2024.2397650.
8. Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults [published correction appears in *Gut*. 2021;70(4):1]. *Gut*. 2019;68(Suppl 3):s1–s106. doi:10.1136/gutjnl-2019-318484.

9. Juliao-Baños F, Grillo-Ardila CF, Alfaro I, et al. Update of the PANCCO clinical practice guidelines for the treatment of ulcerative colitis in the adult population. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)*. 2022;87(3):342–61. doi:10.1016/j.rgmxen.2022.04.006.
10. Juliao-Baños F, Torres-Amaya M, Otero-Regino W, Vallejo MT, Galiano MT, Feliciano J, et al. Guía para el manejo de colitis ulcerativa en población adulta (actualización). *Rev Colomb Gastroenterol*. 2020;35(Supl 2):2–62. doi:10.22516/25007440.636.
11. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. *Diario Oficial*. 1993;(40.885). Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>. Acceso: 14 de agosto de 2023.
12. Juliao-Baños F, Puentes F, López R, et al. Characterization of inflammatory bowel disease in Colombia: results of a national register. Caracterización de la enfermedad inflamatoria intestinal en Colombia: resultados de un registro nacional. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)*. 2021;86(2):153–62. doi:10.1016/j.rgmx.2020.05.005.
13. Abegunde AT, Muhammad BH, Bhatti O, Ali T. Environmental risk factors for inflammatory bowel diseases: Evidence based literature review. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2016 Jul 14 [citado 2025 Abr 30];22(27):6296-317. doi: 10.3748/wjg.v22.i27.6296
14. Casey K, Lopes EW, Niccum B, et al. Alcohol consumption and risk of inflammatory bowel disease among three prospective US cohorts. *Aliment Pharmacol Ther*. 2022 Jan;55(2):225-33. doi: 10.1111/apt.16731
15. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF, Sands BE. Ulcerative colitis. *Lancet* [Internet]. 2017 Oct 28-Nov 3 [citado 2025 Abr 30];389(10080):1756-70.
16. Graff LA, Geist R, Kuenzig ME, et al. The 2023 Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada: Mental Health and Inflammatory Bowel Disease. *J Can Assoc Gastroenterol* [Internet]. 2023 Sep 5 [citado 2025 Abr 30];6(Suppl 2):S64-S75. doi: 10.1093/jcag/gwad012
17. Singh S, Ananthkrishnan AN, Nguyen NH, et al. AGA clinical practice guideline on the role of biomarkers for the management of ulcerative

colitis. *Gastroenterology*.2023;164(3):344–72.
doi:10.1053/j.gastro.2022.12.007.

18. Gompertz M, Sedano R. Manifestaciones clínicas y endoscópicas en enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Med Clin Condes*. 2019;30(4):273-282. doi:10.1016/j.rmclc.2019.06.002.
19. Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults [published correction appears in *Gut*. 2021;70(4):1. doi:10.1136/gutjnl-2019-318484corr1]. *Gut*. 2019;68(Suppl 3):s1–s106. doi:10.1136/gutjnl-2019-318484.
20. Singh S, Loftus EV Jr, Limketkai BN, et al. Guía de práctica clínica de AGA Living sobre el manejo farmacológico de la colitis ulcerosa de moderada a grave. *Gastroenterología*.2024;167(7):1307-1343. doi:10.1053/j.gastro.2024.10.001.

TABLAS

TABLA 1. Características demográficas y exposicionales

	n= 49	P
Variables Sociodemográficas		
Edad (años), mediana (RIC)	53.9 ± 16.6	
Edad del diagnóstico (años), mediana (RIC)	48.3 ± 16.3	
Genero, n (%)		
Masculino	21 (42.9)	0.392
Femenino	28 (57.1)	0.392
Variables Exposicionales		
Alcohol, n (%)		
No	38 (77.6)	<.001
Si	11 (22.4)	<.001
AINES, n (%)		
No	34 (69.4)	0.009
Anticonceptivos orales, n (%)		
Si	9 (32.2)	<.001
Tabaquismo, n (%)		
No	30 (62.5)	0.111
Si	18 (37.5)	0.111
Cese de tabaco, n (%)		
No	31 (66)	0.040
Si	16 (34)	0.040
Apendicectomía, n (%)		
No	43(87.8)	<.001
Si	6 (12.2)	<.001
Ansiedad, n (%)		
No	43 (87.8)	<.001
Si	6 (12.2)	<.001
Depresión, n (%)		
No	47 (95.9)	<.001
Si	2 (4.1)	<.001

AINES (Antiinflamatorios no esteroideos)

TABLA 2. Características Clínicas

	n= 49	P
Variables clínicas		
<i>Biometria Hematica</i>		
VSG (mm/h),mediana (RIC)	22.8 ± 11.0	
Hemoglobina (g/dl),mediana (RIC)	13 (11.5- 14.1)	
Leucocitos(10 ⁹ xL), mediana (RIC)	11.7 (7.23 - 16.05)	
PCR (mg/L), mediana (RIC)	0.360 (0.140- 1.15)	
<i>Muestra en Heces fecales</i>		
Calprotectina Fecal (µg/g), mediana (RIC)	589 (88.4 - 1736)	
<i>Interpretacion de calprotectina fecal, segun ACG, n(%)</i>		
Actividad (> 200 µg/g)	33 (67.3)	0.021
Indeterminado (110 - 200 µg/g)	2 (4.1)	<.001
Remision (< o iguala100 µg/g)	14 (28.6)	0.004
<i>Sintomatologia</i>		
Dolor abdominal, n (%)		
No	20 (40.8)	0.253
Si	29 (59.2)	0.253
Proctalgia, n (%)		
No	38 (77.6)	<.001
Si	11 (22.4)	<.001
Temperatura corporal >38° celsius, n (%)		
No	49 (100)	<.001
Frecuencia cardiaca > 80 LPM, n (%)		
No	49 (100)	<.001
Sangre en evacuaciones, n (%)		
No	14 (28.6)	0.004
Si	35 (71.4)	0.004
Incontinencia fecal, n (%)		
No presente	39 (79.6)	<.001
Presente	10 (20.4)	<.001
Numero de evacuaciones en el dia, n (%)		
1 a 4 evacuaciones en el dia	29 (59.2)	0.253
5 a 10 evacuaciones en el dia	15 (30.6)	0.009
> de 10 evacuaciones en el dia	5 (10.2)	<.001

*Algunos pacientes presentaban mas de un sintoma.

VSG(velocidad de eritrosedimentacion globular), PCR (proteina C reactiva), ACG (American College of Gastroenterology), LPM (latidos por minuto).

TABLA 3. Características Endoscópicas e Histológicas		
	n= 49	P
Variables Endoscópicas Anatómicas		
<i>Localización endoscópica anatómica</i>		
Proctitis, n (%)		
No	30 (61.2)	0.152
Si	19 (38.8)	0.152
Colitis Izquierda n (%)		
No	26 (53.1)	0.775
Si	23 (46.9)	0.775
Pancolitis n (%)		
No	31 (63.3)	0.085
Si	18 (36.7)	0.085
Colitis Derecha n (%)		
No	45 (91.8)	<.001
Si	4 (8.2)	<.001
<i>Score Endoscópico de Mayo, n (%)</i>		
Mayo 1 (eritema en mucosa, pérdida de patrón vascular)	13 (26.5)	0.001
Mayo 2 (marcado eritema, ausencia de patrón vascular, erosiones)	23 (46.9)	0.775
Mayo 3 (sangrado espontáneo, ulceraciones en mucosa, exudado)	13 (26.5)	0.001
Variables Histopatológicas		
<i>Reporte de patología, n (%)</i>		
Colitis Aguda	14 (28.6)	0.004
Colitis Crónica	29 (59.2)	0.253
Colitis Crónica Agudizada	6 (12.2)	<.001
*Ningún paciente fue reportado con resultado endoscópico de Mayo 0 (enfermedad inactiva), por lo que no se integra en los resultados.		

TABLA 4. Características de Severidad Clínica					
	n= 49				P
VARIABLES CLÍNICAS	Índice de severidad Truelove Witts, n				
	Severo	Moderado	Leve	Total	
Índice de severidad ACG, n(%)					
Fulminante	9 (81.8)	16 (55.2)	5 (55.6)	3 (6,1)	0.328
Moderado	0 (0)	5 (17.2)	0 (0)	1 (2)	
Leve	2 (18.2)	8 (27.6%)	4 (44.4)	34 (69.4)	
ANÁLISIS FLEISS KAPPA					
Categorías		95% CI			
	Kappa	Lower	Upper		
	-0.291	-0.327	-0.212		<.001
Fulminante ACG	-0.4410				0.002
Moderado ACG	-0.0540				0.707
Leve ACG	-0.1670				0.243
Severo TLW	-0.1260				0.376
Leve TLW	-0.1010				0.479
Moderado TLW	-0.4200				0.003
ACG (American College of Gastroenterology), TLW (índice de severidad truelove witts)					

TABLA 5. Características del regimen Terapeutico					
	n= 49				P
Variables terapeuticas					
Tipo de tratamiento , n(%)					
5- ASA	34 (69.4)				0.009
5- ASA + Corticoesteroide oral	3 (6.1)				<.001
5- ASA + Inmunosupresor	1 (2)				<.001
5- ASA + Corticoesteroide oral +Inmunosupresor	3 (6.1)				<.001
Anti TNF	2 (4.1)				<.001
Anti TNF+ 5- ASA	3 (6.1)				<.001
Anti TNF+ 5- ASA +Corticoesteroide oral	2 (4.1)				<.001
Anti TNF+ 5- ASA + Inmunosupresor	1 (2)				<.001
	Score endoscopico de Mayo				
*Esquema terapeutico inicial , n(%)	Mayo 1	Mayo 2	Mayo 3	Total	
<i>Monoterapia</i>	11 (84.6)	20 (87)	20 (87)	36 (73.5)	0.007
5- ASA	10 (76.9)	20 (87)	20 (87)		0.003
Anti TNF	1 (7.7)	0 (0)	0 (0)		
<i>Politerapia</i>	2 (15,4)	3 (13)	3 (13)	13 (26.5)	0.007
5- ASA + Corticoesteroide oral	0 (0)	1 (4.3)	1 (4.3)		0.003
5- ASA + Inmunosupresor	1 (7.7)	0 (0)	0 (0)		
5- ASA + Corticoesteroide oral +Inmunosupresor	0 (0)	2 (8.7)	2 (8.7)		
Anti TNF+ 5- ASA	1 (7.7)	0 (0)	0 (0)		
Anti TNF+ 5- ASA +Corticoesteroide oral	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
Anti TNF+ 5- ASA + Inmunosupresor	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
*Monoterapia definida como terapia con un solo medicamento y Politerapia definida como terapia con uso					
5- ASA (aminosalicilatos), Anti TNF (Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa).					