



Caracterización de pacientes con colitis ulcerosa atendidos en el Hospital Universitario "General Calixto García"

Characterization of patients with ulcerative colitis treated in University Hospital "General Calixto García"

José Fernández Sotolongo^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-1587-5443>

Lisette Castro Álvarez¹ <https://orcid.org/0000-0002-8595-561X>

Marta Suárez Romero² <https://orcid.org/0000-0002-1715-4861>

Indira Preval Peña¹ <https://orcid.org/0000-0002-0971-8428>

Víctor Castellanos González¹ <https://orcid.org/0000-0002-6515-4858>

Yosvani Josué Ortiz Montero¹ <https://orcid.org/0000-0001-6049-2375>

¹Hospital Universitario "General Calixto García". Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad "General Calixto García", La Habana, Cuba.

²Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología Arroyo Naranjo. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: jose.fernandez@infomed.sld.cu

Cómo citar este artículo

Fernández Sotolongo J, Castro Álvarez L, Suárez Romero M, Preval Peña I, Castellanos González V, Ortiz Montero YJ. Caracterización de pacientes con colitis ulcerosa atendidos en el Hospital Universitario "General Calixto García". Arch Univ "Gen Calixto García". 2020;8(2):215-225. Acceso: 00/mes/2020. Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/512>

RESUMEN

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica, que afecta exclusivamente a la mucosa del colon, de etiología desconocida, presentación polimorfa, diagnóstico complejo en ocasiones. Sus complicaciones constituyen un problema frecuente al que se enfrentan especialistas en gastroenterología. Ha ido en aumento en los países desarrollados desde mediados del siglo XX.

Objetivo: Caracterizar a pacientes con colitis ulcerosa, atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Universitario "General Calixto García".

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal, en pacientes con diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Universitario "General Calixto García", durante el periodo de enero de 2019 hasta diciembre de 2019.

Resultados: Se estudiaron 32 pacientes, predominó el sexo femenino (56,25 %), los pacientes no fumadores (65,62 %) y la proctitis (53,13 %). Los síntomas más frecuentes fueron las diarreas crónicas (100 %), seguidos de la expulsión de flemas (90,62 %) y el sangrado rectal (81,25 %). Predominaron las alteraciones hepatobiliares como complicación extracolónicas (25,0 %) y el cáncer colorrectal a nivel del colon (9,37 %). El tratamiento medicamentoso más utilizado fue la azulfidina (50,0 %), mesalazina (40,62 %) y prednisona (12,5 %), por vía oral.

Conclusiones: La colitis ulcerosa es una enfermedad frecuente, que debe ser sospechada desde el punto de vista clínico para realizar un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno individualizado, que depende de la extensión de la enfermedad y la gravedad del paciente o intensidad de la inflamación, requiere seguimiento por un equipo multidisciplinario, con especial atención a la familia.

Palabras clave: Colitis ulcerosa; colon; complicaciones extracolónicas.

ABSTRACT

Introduction: The ulcerative colitis is an illness intestinal inflammatory chronicle that affects the mucous of the colon exclusively, of unknown etiology, polymorphic presentation, diagnosis not always easy and with complications that it constitutes a frequent problem to with they face the gastroenterology, and its frequency in developed countries has been growing since the middle of twenty century.

Objective: Characterize patients with ulcerative colitis who are treated at Calixto García University Hospital.

Methods: A transversal study was conducted in 32 patients with ulcerative colitis who are treated at Calixto García University Hospital from January 2019 to December 2019.

Results: Predominance of females was found, as well as higher number of nonsmoking subjects, the most frequent location of colitis was toward the distal colon area. The most common symptoms were diarrhea with mucus and rectal bleeding; but cancer al colon level, joint disorders and hepatobiliary at extracolonic level were the predominant complications. The most common widely used drug treatment was azulfidina, mesalazina and prednisone orally.

Conclusions: The ulcerative colitis is an illness common that should be suspected from the clinical point of view to carry out and early diagnosis and opportune individualized treatment that it depends on the



extension of the illness and the patient's graveness or intensity of the inflammation; it requires special care by a multidisciplinary team and family.

Keywords: Ulcerative colitis; colon; extracolonic complications.

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica, de causa desconocida, que afecta exclusivamente la mucosa del colon. La afectación se inicia en el recto y compromete el resto del órgano en forma ascendente, progresiva y simétrica, de forma continua. Esta puede alcanzar una extensión variable en sentido proximal hasta el ciego, y verse acompañada también de manifestaciones extraintestinales.

Un médico del *Guy's Hospital* llamado *Samuel Wilks*, identificó esta enfermedad por primera vez, como una entidad clínica independiente de la disentería bacilar. En 1859 disertó sobre la "colitis idiopática simple" y la diferenció de las ulceraciones asociadas a la congestión, envenenamiento con mercurio, inflamación diftérica o a la disentería bacilar.⁽¹⁾ Quizás la primera descripción completa de la colitis ulcerosa haya sido la de *Sir Arthur Hurst*, quién también descubrió las imágenes sigmoideoscópicas y estableció una diferenciación neta con la disentería bacilar.⁽²⁾

El curso de la enfermedad suele ser en forma de brotes de actividad inflamatoria, durante los cuales cada paciente presenta la sintomatología clásica -diarrea, rectorragia y dolor abdominal-, acompañada o no de síntomas sistémicos, en dependencia de la extensión de la CU y de la gravedad del brote, y/o de manifestaciones extraintestinales. Estos brotes de actividad continúan espontáneamente o pueden estar inducidos por el tratamiento en periodos de remisión de duración variable. Se caracteriza por la presencia de múltiples úlceras en la mucosa del colon.⁽³⁾

Junto a la enfermedad de Crohn y la colitis indeterminada, la colitis ulcerosa se engloba dentro de la denominada enfermedad inflamatoria intestinal, dada la similitud en ciertos aspectos patogénicos, clínicos evolutivos y de respuesta al tratamiento.⁽³⁾

La colitis ulcerosa es un trastorno universal, aunque su incidencia es variable, ha aumentado en áreas como Europa del Este, Asia y países en vías de desarrollo. Las áreas de incidencia elevada comprenden al Reino Unido, EE.UU., el Norte de Europa y Australia. Afecta sobre todo a adultos jóvenes (20 - 40 años), pero puede manifestarse a cualquier edad, es decir, con anterioridad al año de vida hasta más de 80 años. Las tasas de incidencia por colitis ulcerosa se mantienen estables entre la tercera y séptima década de la vida.⁽⁴⁾

La etiología de la colitis ulcerosa aún se desconoce. Las hipótesis principales comprenden infección, alergia alimentaria, respuestas inmunes a antígenos bacterianos o autoantígenos, y la teoría psicosomática. También es posible que el elemento subyacente a la susceptibilidad para la colitis ulcerosa sea una anomalía de las células epiteliales.



El mecanismo por el cual se produce el daño hístico parece ser sumamente complejo, en la actualidad existen evidencias para suponer que ocurre como resultado de una respuesta inmune exagerada contra las bacterias de la flora intestinal ante factores ambientales en una persona predispuesta genéticamente por lo que se consideran tres aspectos fundamentales en la patogenia: genéticos, ambientales e inmunológicos.^(5,6)

La modificación de las bacterias luminales y el aumento de la permeabilidad mucosal, desempeñan un importante papel en la mala regulación de la inmunidad intestinal, lo que lleva a lesión mucosal y a manifestaciones propias de la enfermedad. Si bien no ha sido identificado todavía un agente bacteriano patógeno, hay fuerte evidencia de que la flora intestinal parece tener un rol importante en la génesis o la perpetuación de la enfermedad.⁽⁷⁾

Solamente es el hábito de fumar el único factor ambiental de riesgo conocido con un efecto protector de la severidad de la CU, pues disminuye la hospitalización y la necesidad de esteroides orales.⁽⁷⁾ Entre las alteraciones en el sistema inmune se describen en la inmunidad celular y humoral y altos títulos de anticuerpos anticolonocitos, autoanticuerpos específicos como los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), que se encuentran en el 60 % de la colitis ulcerosa.⁽⁶⁾

Los objetivos de tratamiento en la colitis ulcerosa están encaminados a inducir una rápida respuesta, mantener la remisión libre de esteroides, alcanzar y mantener la curación de la mucosa, evitar complicaciones, hospitalización y cirugía, prevenir la mortalidad asociada a la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente.

En el servicio de gastroenterología de la institución estudiada, existe una consulta protocolizada en las enfermedades colónicas, en las cuales se atienden a pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales, dentro de ellas la CU. Las vivencias del autor del trabajo -responsable de esta consulta- le ha permitido identificar un número de pacientes con el diagnóstico de colitis ulcerosa.

Sin embargo, existe una brecha en en cuanto al conocimiento y la incidencia de esta enfermedad en los pacientes atendidos, lo que motivó la necesidad de fundamentar científicamente el desarrollo de la investigación, con el objetivo de caracterizar a pacientes con colitis ulcerosa, atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Universitario "General Calixto García".

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal en pacientes con diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa, en el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2019, atendidos en el Hospital Universitario "General Calixto García", de manera ambulatoria o en hospitalización en el servicio de Gastroenterología.

El universo alcanzable o población reclutable estuvo conformado por 39 pacientes, con diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa, en el periodo de estudio en el cual se atendieron en consulta especializada de colon o estuvieron ingresados en salas de hospitalización institucional.



Se incluyeron en la investigación a pacientes mayores de 18 años de edad, con diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa y que estuvieran dispuestos a formar parte del estudio, lo cual expresaron mediante consentimiento informado.

La muestra quedó conformada por 32 enfermos (82,06 %). Se excluyeron a siete pacientes (17,94 %) y el criterio de exclusión fue la negativa a participar en la investigación.

Las variables estudiadas fueron: edad de diagnóstico, sexo, hábito de fumar, localización de la enfermedad, manifestaciones clínicas, complicaciones colónicas y extracolónicas, así como medicamentos utilizados.

Toda la información se obtuvo de las historias clínicas de ingreso o ambulatorias y los datos fueron recogidos en una planilla recolectora. Para el procesamiento estadístico de los datos almacenados, se elaboró una base de datos en la aplicación Microsoft Excel. La información fue procesada mediante la utilización el paquete de programas estadísticos SPSS, versión 11,5.

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, se analizaron las variables descritas anteriormente, el cálculo de números absolutos y porcentajes como medida de resumen para variables cualitativas.

La investigación estuvo condicionada al principio de beneficencia y no maleficencia y de justicia. Los datos obtenidos de los pacientes solo fueron usados con el fin de la investigación y se mantiene la confidencialidad de estos.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa que en los 32 pacientes atendidos con colitis ulcerosa y estudiados en el periodo de la investigación, existió un predominio de mujeres con un 56,25 % (18), la edad media fue de 40,4 años, con un rango de edad de 18 y 87 años, al momento del diagnóstico.

Tabla 1. Distribución de los pacientes con colitis ulcerosa, según sexo

Variables	Número	Porcentaje
Sexo		
Femenino	18	56,25
Masculino	14	43,75
Edad		
Media de edad	40,4*	13,184†
Límites de edad	18 - 87	

n=32 *media †desviación estándar



En la distribución de pacientes de acuerdo al hábito de fumar, se observó un predominio de no fumadores (65,62 %) respecto a quienes fumaban (34,38 %).

Como se observa en la tabla 2, la localización de la colitis ulcerosa que predominó fue la proctitis, con 17 pacientes (53,13 %), seguida de la proctosigmoiditis, con siete pacientes (21,87 %).

Tabla 2. Distribución de los pacientes atendidos con colitis ulcerosa, según localización de la enfermedad

Localización de la enfermedad	Número	Porcentaje
Proctitis	17	53,13
Proctosigmoiditis	7	21,87
Colitis izquierda	5	15,62
Colitis extensa	3	9,38
Total	32	100

En relación a las manifestaciones clínicas, se observa en la tabla 3 a la diarrea crónica presentada en la totalidad de los casos estudiados, y le siguieron en orden de frecuencia, la expulsión de flemas y el sangrado rectal. Se presentó más de una manifestación clínica en los pacientes y la fiebre fue el síntoma de menor presencia, con 15,62 % respecto al total.

Tabla 3. Manifestaciones clínicas predominantes en pacientes estudiados

Manifestaciones clínicas	Número	Porcentaje
Diarreas crónicas	32	100
Expulsión de flemas	29	90,62
Sangrado rectal	26	81,25
Dolor abdominal	18	56,25
Pérdida de peso	13	40,62
Pujos, tenesmo y urgencia rectal	19	59,37
Fiebre	5	15,62

n=32



Las complicaciones colónicas fueron infrecuentes, se presentaron en 6 pacientes (18,75 %) y dentro de ellas predominó el cáncer colorrectal en tres pacientes (9,35 %), seguido de las estenosis en dos pacientes (6,25 %) y la hemorragia digestiva baja en un paciente (3,13 %).

En la tabla 4 se muestra las complicaciones extracolónicas, las más frecuentes fueron las hepatobiliares, seguidas de las articulares.

Tabla 4. Complicaciones extracolónicas en pacientes estudiados

Complicaciones extracolónicas	Número	Porcentaje
Hepatobiliares	8	25
Hematológicas	2	6,25
Dermatológicas	2	6,25
Articulares	5	15,62
Oculares	1	3,13

Nota: Hubo pacientes con más de una manifestación. n=32

En relación con el tratamiento medicamentoso recibido, la administración oral de azulfidina, mesalazina y prednisona fueron los más utilizados. Predominó el tratamiento por vía oral, seguido de la vía rectal y endovenosa. (Tabla 5)

Tabla 5. Medicamentos utilizados en pacientes estudiados

Medicamentos utilizados	Número	Porcentaje
Azulfidina oral	16	50
Azulfidina supositorio	3	9,37
Mesalazina oral	13	40,62
Mesalazina crema	3	9,37
Prednisona oral	4	12,5
Prednisona endovenosa	1	3,13
Hidrocortisona endovenosa	0	0
Azatioprina	2	6,25
Metotrexate	1	3,13
Ácido fólico	2	6,25
Próbioticos	2	6,25
Vitaminas	2	6,25

n=32



DISCUSIÓN

Al analizar la edad media de diagnóstico de la colitis ulcerosa, en los trabajos revisados se pudo identificar la ubicación de esta en un rango de edad, entre 30 y 40 años. La tasa disminuye con la edad y es bastante estable entre la tercera y séptima décadas de la vida. La edad media del diagnóstico en el presente estudio fue similar a lo encontrado en la literatura especializada.^(8,9)

En el actual estudio, hubo predominio del sexo femenino, lo cual se asemeja a lo comunicado por los resultados investigativos de: *Cosnes y otros*,⁽⁸⁾ *Thukkani y Sonnemberg*,⁽¹⁰⁾ además de *Hano y otros*.⁽¹¹⁾

De acuerdo a la extensión de la colitis ulcerosa, la proctitis fue predominante en este estudio, lo cual difiere de los hallazgos publicados por *Hano y otros*,⁽¹¹⁾ en estudio realizado durante el año 2016, en un centro de atención terciaria en Cuba, en el cual se reporta mayor predominio de la localización rectosigmoidea, que a su vez constituyó la segunda localización más frecuente en el presente estudio.

En relación a las manifestaciones clínicas comunicadas por pacientes en actual estudio, predominaron la diarrea crónica, la expulsión de flemas y la rectorragia. Estas fueron coincidentes con los síntomas clásicos descritos en la literatura y que han sido difundidos como resultados de otros estudios realizados sobre la enfermedad.^(3,11,12,13)

En relación a las complicaciones colónicas del presente estudio, predominó el cáncer colorrectal, lo cual es similar a los hallazgos de diversos investigadores -en la literatura internacional- porque coinciden al aseverar que el riesgo de cáncer colorrectal en la enfermedad inflamatoria intestinal es de 4 a 20 veces mayor que en la población general, principalmente en la colitis ulcerosa.^(4,11,13)

Las complicaciones extracolónicas en la colitis ulcerosa oscilan entre un 25 % y 36 %. Los órganos afectados con mayor frecuencia son articulaciones, piel, ojos y hepatobiliares. Los resultados de este trabajo guardan similitud a los hallazgos difundidos por *Cabré Gelada*,⁽¹⁴⁾ en estudio realizado durante el año 2007 en Barcelona, donde predominaron las alteraciones hepatobiliares y articulares, además de coincidir con lo comunicado por *Hano y otros*.⁽¹¹⁾

El tratamiento de la colitis ulcerosa hasta la actualidad no tiene fines curativos, sino inducir una rápida respuesta, mantener la remisión de la enfermedad libre de esteroides, alcanzar y mantener la curación de la mucosa, evitar complicaciones, hospitalización e intervenciones quirúrgicas, prevenir la mortalidad asociada a la enfermedad y mejorar la calidad de vida de cada paciente, pero para tal fin se debe tener en cuenta el grado de actividad y extensión de la enfermedad.

Los aminosalicilatos, ya sea de primera generación (azulfidina) o de segunda generación (mesalazina), sin gran diferencia de eficacia entre ambos, constituyen la primera línea de tratamiento en la CU. Otros medicamentos como esteroides, inmunomoduladores y la terapia biológica, se reservan para enfermedades severas y extensas, cuando fallan los de primera línea.^(11,15,16)

Los medicamentos tópicos rectales se utilizan en la proctitis, sin embargo, la terapia combinada oral y tópica parece ser más eficaz.^(17,18,19)



Los resultados obtenidos en cuanto al tratamiento utilizado en los pacientes estudiados, se asemeja a lo descrito en la mayoría de los informes investigativos consultados, donde los aminosalicilatos fueron los más utilizados -en orden de frecuencia- la azulfidina y mesalazina, seguida de los esteroides orales.^(11,20,21,22)

El tratamiento quirúrgico en la colitis ulcerosa se reserva para cuando existe fracaso del tratamiento médico, complicaciones específicas no resueltas con tratamiento médico y para tratar o prevenir el cáncer, o la displasia de alto grado.^(11,22,23)

En conclusión, la colitis ulcerosa es una enfermedad compleja, que debe ser sospechada desde el punto de vista clínico para realizar un diagnóstico temprano y así lograr establecer una estrategia de tratamiento con manejo multidisciplinario, individualizado. Esto último depende, en lo esencial, de la extensión de la enfermedad y de la gravedad del paciente, o de la intensidad de la inflamación.

REFERENCIAS

1. Wilks S. Lectures on Pathological Anatomy. London: Longmans, 1859.
2. Hurst AF. Ulcerative Colitis. Guy's Hosp Rep. 1909;71:26.
3. Panes J. Enfermedad inflamatoria intestinal. En: Farreras R. Medicina Interna.14a. ed. Vol. 1. Madrid: Harcourt Copyright; 2000.
4. Sicilia B, Vicente R, Gomollón F. Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. Discusión de la epidemiología clásica: Revisión. Acta Gastroenterol Latinoam. 2009;39:139-45.
5. Figueroa C, Quera PR. Papel del sistema inmune en el desarrollo de las EII. Gastroenterol Latinoam. 2005;16(3):229-42.
6. Abraham C, Cho JH. Mechanisms of Disease inflammatory bowel Disease. N Engl J Med. 2009;361:2066-78.
7. Fava F, Danese S. Intestinal microbiota in inflammatory bowel disease. Friend of Foe. World J Gastroenterol. 2011 Feb 7;17(5):557-66.
8. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel disease. Gastroenterol. 2011;140:1785-94.
9. Studd CR, Connell W, Desmond PV. Establishing a pilot population based inflammatory bowel disease registry in Australia. Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2011;26 (Suppl.4):11-36.
10. Thukkani N, Sonnemberg A. Epidemiologic characteristics of patients with inflammatory bowel disease undergoing colonoscopy. Inflamm Bowel Dis. 2011 Jun;17(6):1333-7.



11. Hano García OM, Andrade Gomes S, Villa Jiménez OM, González Fabián L, Wood Rodriguez L. Caracterización de pacientes con colitis ulcerosa en un centro de nivel terciario. Rev Cubana Med [Internet]. 2016;55(1):46-58. Acceso: 23/10/2019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232016000100005&script=sci_arttext&tlng=pt
12. Jaime F. Management of ulcerative colitis. Scandinavian Journal of Gastroenterology. 2017;52(6-7):730-7.
13. Consensus-guided algorithm for the management active CU. Gastroenterology. 2015;148:1035-58.
14. Cabré Gelada E. Manifestaciones extracolónicas en la enfermedad inflamatoria intestinal. En: Cabré Gelada E. Manifestaciones y complicaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal. Barcelona: Faes Farma Claversal; 2007. p. 5-51.
15. Chao González L. Colitis ulcerosa: Capítulo 125. En: Paniagua Esteves ME, Piñol Jiménez FN. Gastroenterología y Hepatología clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015. pp. 1364-408.
16. Shirazi KM, Somi MH, Bafandeh Y, Saremi F, Mylanchy N. Epidemiological and Clinical Characteristics of inflammatory Bowel Disease in Patients from Northwestern Iran: Middle East Journal of Digestive Diseases [Internet]. 2013 Apr;5(2):6-21. Access: 23/10/2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/PIV>
17. Bernstein C, Eliakim A, Fedail S, Fried M, Geary R, Lee Goh K, et al. Enfermedad intestinal inflamatoria. En: Guías mundiales de la WGO. World Gastroenterology Organization [Internet]. 2015. Acceso: 23/10/2018. Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFilebowel-disease-spanish-2015.pdf>
18. Morales Polanco S, Waller González LA. Validación del Índice de Severidad Endoscópico de Colitis Ulcerosa para la población mexicana. Endoscopia [Internet]. 2016;28(1):2-8. Acceso: 23/10/2017. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/>
19. Baños FJ, Grillo CF, Galiano de Sánchez MT, García Duperly R, Bonilla DA, Guerrero DM. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerativa en población adulta. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2015;30(1):75-88. Acceso: 23/10/2017. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php.script=sci_arttext PID= S0034-75232016000100005
20. Fernández Maqueira G, Crespo Ramírez E, González Pérez S, Jerez Marimón D, García Capote E. Colitis Ulcerosa una mirada por dentro. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018 Jun;22(3):63-72. Acceso: 23/10/2019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942018000300007&script=sci_arttext&tlng=pt
21. Rodríguez-Lago I, Ferreira-Iglesias R. Manejo de la colitis ulcerosa aguda grave en España: Resultados de una encuesta sobre práctica clínica. Gastroenterol Hepatol. 2019 feb;42(2):90-101. Acceso: 11/06/2020. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210570518302516>



22. Barreiro de Acosta M, Gutierrez A, Rodríguez-Lago I, Espín E. Ferrer Bradley I, Marín-Jimenez I, et al. Recommendations of the Spanish Working Group in Crohn Disease and Ulcerative colitis. *Gastroenterol Hepatol*. 2019 Nov;42(9):568-78. Access: 20/03/2020. Available from:

<https://doi.org/10.1016/j.gastre.2019.10.002>

23. Calvet X, Saldaña R, Carpio D. Recommendations of the Spanish Working Group in Crohn Disease and Ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis*. 2020 Aprn11;26(5):782-91. Access: 20/03/2020. Available from:

<http://www.elsevier.es/medicinadeurgenciasyemergencias>

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Contribuciones de los autores

José Fernández Sotolongo: Laboró en la concepción y el diseño de la investigación, redacción del informe final, revisión crítica y aprobación.

Lisette Castro Álvarez: Realizó el análisis e interpretación de los datos.

Marta Suárez Romero: Realizó el análisis e interpretación de los datos.

Indira Preval Peña: Laboró en la concepción y el diseño de la investigación, redacción del informe final, revisión crítica y aprobación.

Víctor Castellanos González: Trabajó en la redacción del trabajo y revisión del contenido.

Yosvani Josué Ortiz Montero: Trabajó en la redacción del trabajo y revisión del contenido.

Recibido: 01/07/2020.

Aprobado: 14/08/2020.

