

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**INFLUENCIA DEL PERÍODO CRÍTICO DE LA
PANDEMIA POR COVID 19 EN EL
DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA COLITIS
ULCEROSA**



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2020-2021

Autor: Pablo Casas Machado

Tutor: Luis Ignacio Fernández Salazar

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV)

Profesor titular del departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS	6
MATERIALES Y MÉTODOS	6
RESULTADOS.....	8
a) Número absoluto y relativo de colonoscopias diagnósticas de CU frente a colonoscopias totales.....	9
b) Edad y sexo	10
c) Servicio de procedencia de la solicitud de colonoscopia.....	11
d) Diagnóstico en paciente ingresado o ambulatorio y tiempo de espera de la colonoscopia	12
e) Indicadores de extensión y actividad de la enfermedad	13
f) Tratamientos y tiempo de espera de los mismos	15
g) Ingresos y mortalidad. Infección por SARS-CoV-2.....	15
DISCUSIÓN.....	16
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	19
ANEXOS	23

1.-RESUMEN

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) es una entidad crónica para cuyo diagnóstico resulta esencial la realización de una colonoscopia con toma de biopsia para diferenciarla de la enfermedad de Crohn, la otra enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Para su tratamiento, se emplean fármacos como los salicilatos, los corticoides, inmunosupresores convencionales y fármacos biológicos. La pandemia por COVID-19 ha provocado la suspensión de actividades esenciales, incluyendo los servicios de endoscopia digestiva, dificultando el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas.

Objetivos: Analizar el impacto que ha tenido la pandemia por COVID-19 durante los meses de mayor impacto en el diagnóstico y tratamiento de la CU.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio observacional de cohortes en el que se ha determinado el número total de colonoscopias realizadas entre febrero y agosto de 2019 y de 2020 en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid y, posteriormente, se identificaron los 22 pacientes cuya colonoscopia supuso un primer diagnóstico de CU en esos períodos de tiempo. Se obtuvieron variables de los pacientes, de la procedencia y tiempos de espera hasta la colonoscopia, actividad clínica, tratamiento y evolución durante los primeros 6 meses tras la realización de la colonoscopia, para poder compararlas entre los dos grupos.

Resultados: El número de colonoscopias realizadas en el período de estudio de 2019 fue mayor que en 2020 (2614 frente a 1712). La frecuencia relativa de las colonoscopias diagnósticas de CU fue mayor en los meses de abril y mayo de 2020. En cuanto a los servicios solicitantes de la colonoscopia, la procedencia fue más heterogénea en el grupo del año ($p=0,048$). No hubo diferencias en cuanto al tiempo de espera a la colonoscopia, extensión y actividad de la CU, o tratamientos indicados. Hubo un fallecimiento en el grupo de 2020, así como un caso de infección por COVID-19 (9,1% del total de pacientes de 2020 estudiados). No obstante, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

Conclusiones: Durante el primer pico de la pandemia por COVID-19 se produjo una reducción importante en el número de endoscopias digestivas realizadas, aumentando el número relativo de colonoscopias diagnósticas de CU. El servicio de procedencia de la solicitud se modificó debido al colapso hospitalario, mientras que el grado de actividad y el manejo de la CU en estos pacientes no sufrió cambios.

Palabras clave: Colitis ulcerosa, COVID-19, colonoscopia, pandemia.

2.-INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerosa (CU) forma parte, junto con la enfermedad de Crohn (EC), de un espectro de entidades que se caracterizan por la afectación inmunitaria crónica del intestino y que reciben el nombre de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La frecuencia de la CU varía según el área geográfica, destacando especialmente en Europa, Reino Unido y América del Norte. La edad más frecuente para el comienzo de la enfermedad se sitúa entre los 15 y 30 años, apareciendo un segundo pico entre los 60 y 80 años. No se aprecian diferencias significativas en la proporción de mujeres y hombres que padecen CU.

Clínicamente, los pacientes afectados de CU se caracterizan por presentar diarrea, rectorragia, tenesmo, sensación de urgencia, secreción de moco, deposiciones nocturnas y disconfort abdominal. Cabe destacar que la intensidad de los síntomas va a depender de la extensión de la enfermedad. Los datos analíticos más destacables serían la elevación de reactantes de fase aguda (como la Proteína C reactiva [PCR], o la Velocidad de Sedimentación Globular [VSG]), así como aumento del recuento de plaquetas y de la concentración de la calprotectina fecal, que se correlaciona adecuadamente con la inflamación de la mucosa del colon [1,2].

Aunque la sospecha diagnóstica se establece con los datos clínicos y analíticos, resulta esencial la realización de una colonoscopia, no solo para la visualización directa de la mucosa del colon y el ileon terminal, sino para la obtención de biopsias que permitirán el diagnóstico de CU y diferenciarlo de otras entidades como el cáncer de colon y recto, otras colitis y la EC. Los hallazgos endoscópicos de la CU incluyen edema, pérdida de vascularización, eritema, mucosa granular y friable, úlceras y erosiones, y pseudopólipos. En la histología se observa afectación exclusiva de la mucosa y submucosa superficial, respetando las capas más profundas, y la afectación es continua, comenzando estos cambios en el recto y extendiéndose desde ahí por el resto del colon, apareciendo una gradual progresión a mucosa normal [3].

En el tratamiento de la CU, es posible distinguir dos objetivos principales: la inducción de la remisión y su mantenimiento. Se dispone de un gran arsenal de fármacos para el manejo de la CU, entre los que destacan los aminosalicilatos como tratamiento de primera línea en el manejo de las CU leves o moderadas, pudiéndose administrar en forma de supositorios, enemas o vía oral en función de la extensión de la inflamación y del grado de actividad de la enfermedad. Los corticoides (budesonida, beclometasona, prednisona, ...) se emplean en los brotes graves de CU y en aquellos casos que no hayan respondido a los aminosalicilatos, evitando su uso para el mantenimiento de la

remisión por la aparición de efectos adversos. Existen otros fármacos útiles en el tratamiento de esta enfermedad, como los inmunosupresores más convencionales (tiopurinas, metotrexato, calcineurínicos, ...) o los fármacos biológicos (anti-TNF α , Vedolizumab, Tofacitinib) que se usan en casos más graves o cuando los anteriores no han sido efectivos. La colectomía está indicada en situaciones graves de la enfermedad (hemorragia masiva, perforación, megacolon tóxico, ausencia de respuesta a tratamiento médico, hallazgos displásicos con riesgo de progresión a cáncer en la endoscopia).

El SARS-CoV-2 es el agente etiológico de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Desde la notificación de los primeros casos de infección en Wuhan (China) en diciembre de 2019, la infección se ha extendido rápidamente por todo el mundo, llegando a ser declarada por la OMS como pandemia el 11 de marzo del 2020. Esto ha provocado que los recursos sanitarios disponibles se redirigiesen a la contención del COVID-19, obligando a la suspensión de toda la actividad sanitaria no esencial, incluyendo los servicios de endoscopia digestiva, que se limitaron a atender patología urgente y, en muchos casos, el personal de estas unidades se redirigió hacia la atención de pacientes con coronavirus.

Esta situación provocó que la atención de muchos pacientes con enfermedades crónicas (incluyendo a pacientes con EII) pasase a un segundo plano, debido a la imposibilidad de ser vistos por los especialistas médicos, lo cual podría haber causado un incremento de las complicaciones derivadas de estos procesos. Varios estudios realizados en Italia destacan que la asistencia a los servicios de Urgencias se vio intensamente disminuida durante los meses más críticos de la primera ola en el país [4,5].

Cabe destacar que los procedimientos endoscópicos conllevan cierto riesgo de contagio por COVID-19, por lo que es importante tomar medidas de protección para evitar la transmisión del virus. En un estudio de Hong-Kong, casi la mitad de pacientes que habían sido infectados por el SARS-CoV-2 presentaban RNA viral en las heces tras haber negativizado las pruebas respiratorias [6]. Esta situación ha ocasionado que en la mayoría de las unidades de endoscopia hayan tenido que usar equipos de protección individual y realizar un cribado telefónico o con PCR a los pacientes para evitar la transmisión del virus y el empeoramiento de la situación epidemiológica durante la pandemia.

3.-OBJETIVOS

El principal objetivo de este estudio es analizar el impacto que ha tenido la pandemia por COVID-19 en el diagnóstico de la CU, comparando el número de pacientes diagnosticados de CU durante los meses de mayor impacto de la pandemia y los diagnosticados durante ese mismo periodo de tiempo un año antes. Además, también se pretende conocer si han existido diferencias en la evolución y manejo de los casos diagnosticados durante el periodo crítico de la pandemia.

4.-MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, analítico, de cohortes y unicéntrico; en el que se compara la frecuencia con la que se diagnostica la CU entre marzo y agosto de 2019 y el mismo período en 2020 y se comparan las características y evolución de los pacientes.

Para ello, en primer lugar, se ha determinado el número total de colonoscopias realizadas cada mes en los períodos comprendido entre febrero y agosto de 2019 y de 2020, en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV). En este primer paso se utilizó el sistema de documentación endoscópica ENDOBASE, una base de datos empleada en la Unidad de Endoscopia digestiva.

Posteriormente, se seleccionaron a aquellos pacientes cuya colonoscopia permitió establecer un primer diagnóstico de CU. Se excluyeron del estudio, por tanto, a aquellos pacientes previamente diagnosticados de CU a los que se les había realizado una colonoscopia de control dentro del período de estudio, así como a los pacientes cuya colonoscopia fue realizada por otro motivo o en los que la colonoscopia no aportaba ningún hallazgo de interés.

A continuación, se recogieron una serie de variables de los pacientes seleccionados. Para ello, se accedió a sus historias clínicas electrónicas, y se recogieron los datos pertinentes desde el momento de solicitud de la colonoscopia hasta seis meses posteriores a la realización de la misma.

Las variables incluidas en el estudio fueron:

1. Edad de los pacientes (años).
2. Sexo (Mujer/Hombre).
3. Tiempo de espera desde la solicitud de la colonoscopia hasta su realización (días).

4. Servicio de procedencia de la solicitud (Cirugía/ Digestivo/ Medicina de familia/ Medicina Interna/ Otros).
5. Colonoscopia realizada durante un ingreso.
6. Proteína C Reactiva (mg/dl).
7. Calprotectina fecal ($\mu\text{g/g}$).
8. Extensión de la CU (Clasificación de Montreal).
9. Grado de actividad endoscópica de la enfermedad (Índice Mayo).
10. Tratamiento con Mesalazina.
11. Tiempo transcurrido desde la colonoscopia hasta la administración de Mesalazina (días).
12. Tratamiento con budesonida rectal.
13. Tratamiento con beclometasona oral.
14. Tratamiento con corticoides sistémicos.
15. Tratamiento con inmunosupresores tiopurínicos.
16. Ingreso durante la enfermedad.
17. Mortalidad

Para evaluar la extensión de la CU, se ha empleado la clasificación de Montreal, que clasifica a los pacientes en tres grupos: E1, si la afectación se limita al recto; E2, si la afectación del colon se produce distal con respecto al ángulo esplénico; y E3, si la enfermedad se extiende menos del ángulo esplénico (incluyendo las formas de pancolitis, en las que se produce la afectación entera del colon). Por otra parte, para valorar la actividad de la CU, se ha utilizado la clasificación endoscópica de Mayo, que clasifica a los pacientes según la gravedad de las lesiones endoscópicas en tres grupos: M1 (eritema y granularidad leve, leve disminución del patrón vascular submucoso), M2 (eritema franco, friabilidad, sangrado al contacto, patrón vascular ausente) y M3 (presencia de úlceras y sangrado espontáneo).

Todos los datos se recogieron en una base de datos anonimizada con el programa Excel. Para llevar a cabo el análisis estadístico de los mismos, se ha empleado el paquete estadístico SPSS.

En cuanto al análisis estadístico, las variables cualitativas se han expresado en términos de frecuencias absolutas y relativas, mientras que las variables cuantitativas se expresaron en términos de mediana y rango intercuartílico. Para realizar comparaciones entre las variables a estudio, se ha empleado el test de chi cuadrado en el caso de variables cualitativas, y el test de U Mann-Whitney en el caso de

comparar variables cuantitativas. Se consideró que las diferencias obtenidas entre las variables fueron estadísticamente significativas en aquellos casos donde el p-valor fue menor a 0,05.

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del HCUV (Ver Anexo). No fue necesario ningún consentimiento informado, pues únicamente fue necesario la revisión de historias clínicas electrónicas.

5.-RESULTADOS

En el estudio se incluyeron un total de 22 pacientes, de los cuales 11 pertenecen al grupo diagnosticado en el año 2019 y otros 11 diagnosticados en el año 2020. Las principales características de estos pacientes se muestran en la Tabla 1.

Variables a estudio		2019	2020	p-valor	
Edad (años)		52 ± 27	63 ± 53	0,519	
Sexo	Mujer	4 (36,4 %)	7 (63,6 %)	0,394	
	Hombre	7 (63,3 %)	4 (36,4 %)		
Servicio de procedencia	Medicina de familia	0 (0,0 %)	4 (36,4 %)	0,048	
	Medicina Interna	1 (9,1 %)	2 (18,2 %)		
	Cirugía	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)		
	Digestivo	10 (90,9 %)	4 (36,4 %)		
	Otros	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)		
Tiempo de espera a la colonoscopia (días)		6 ± 6	5 ± 2	0,533	
Diagnóstico durante un ingreso	Sí	2 (18,2 %)	3 (27,3 %)	0,611	
	No	9 (81,8 %)	8 (72,7 %)		
PCR (mg/dl)		4,55 ± 32	3,90 ± 39	0,859	
Calprotectina fecal (µg/g)		1782 ± 2886	2442 ± 2836	0,88	
Extensión de la CU	E1	4 (36,4 %)	2 (18,2 %)	0,431	
	E2	4 (36,4 %)	7 (63,6 %)		
	E3	3 (27,3 %)	2 (18,2 %)		
Grado de actividad de la enfermedad	M1	1 (9,1 %)	1 (9,1 %)	0,202	
	M2	5 (45,5 %)	6 (54,5 %)		
	M3	5 (45,5 %)	4 (36,4 %)		
Pacientes tratados con mesalazina	Sí	10 (90,9 %)	11 (100 %)	0,306	
	No	1 (9,1 %)	0 (0,0 %)		
Tiempo transcurrido desde la colonoscopia hasta la administración de mesalazina (días)		0 (41)	0 (0)	0,179	
Pacientes tratados con budesonida rectal		Sí	2 (18,2 %)	1 (9,1 %)	0,534

	No	9 (81,8 %)	10 (90,9 %)	
Pacientes tratados con beclometasona oral	Sí	1 (9,1 %)	2 (18,2 %)	0,534
	No	10 (90,9 %)	9 (81,8 %)	
Pacientes tratados con corticoides sistémicos	Sí	3 (27,3 %)	3 (27,3 %)	1
	No	8 (72,7 %)	8 (72,7 %)	
Pacientes tratados con tiopurínicos	Sí	1 (9,1 %)	3 (27,3 %)	0,269
	No	10 (90,9 %)	8 (72,7 %)	
Ingreso durante la evolución	Sí	1 (9,1 %)	1 (9,1 %)	1
	No	10 (90,9 %)	10 (90,9 %)	
Mortalidad	Sí	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)	0,306
	No	11 (100 %)	10 (90,9 %)	

Tabla 1: Comparación de las características principales de los grupos de pacientes diagnosticados de CU en 2019 y 2020.

a) Número absoluto y relativo de colonoscopias diagnósticas de CU frente a colonoscopias totales.

Durante el periodo comprendido entre febrero y agosto del 2019, se realizaron un total de 2614 colonoscopias en el servicio de Digestivo del HCUV, de las cuales 15 fueron diagnósticas de CU. Por otra parte, durante el mismo periodo en el año 2020, fueron realizadas un total de 1712 colonoscopias, de las que 12 permitieron el diagnóstico de CU. La tabla 2 muestra el total de colonoscopias realizadas en cada mes, así como aquellas que fueron diagnósticas de CU durante los dos períodos de tiempo.

En cuanto a la frecuencia relativa de las colonoscopias diagnósticas de la CU, si se observa la Figura 1, se puede apreciar un pico durante el mes de abril en el año 2020, época que coincide con el período de máxima incidencia del COVID-19. En mayo del 2020 también se aprecia una proporción de colonoscopias diagnósticas de CU ligeramente superior al resto de los meses.

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Total
CU 2019	4	1	2	2	2	2	2	15
TOTAL 2019	424	426	330	451	345	375	263	2614
CU 2020	1	1	3	3	2	1	1	12
TOTAL 2020	406	278	44	145	323	313	203	1712

Tabla 2: Número de colonoscopias totales y diagnósticas de CU durante cada mes en los años 2019 y 2020.

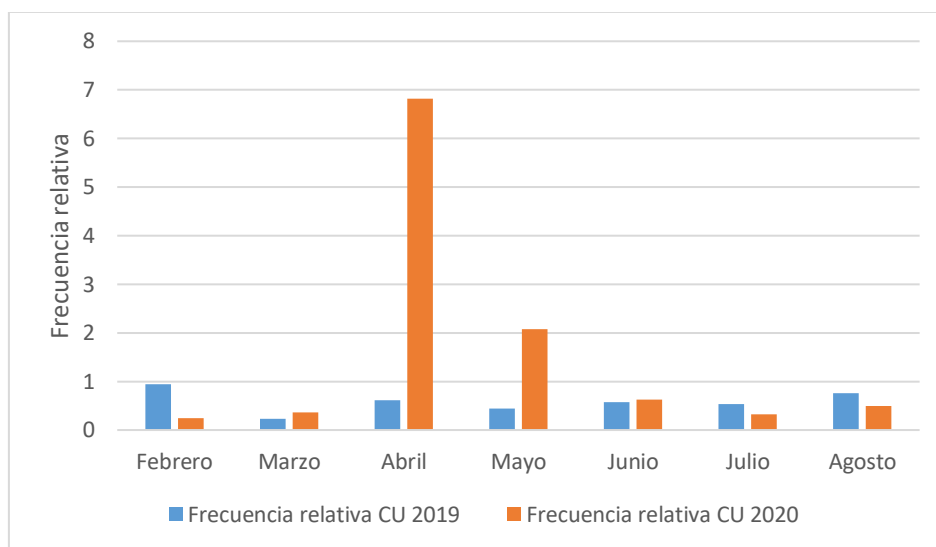


Figura 1: Representación gráfica del número de colonoscopias que fueron diagnósticas de CU frente al total de colonoscopias realizadas durante cada mes.

Mes	Frecuencia relativa CU 2019	Frecuencia relativa CU 2020
Febrero	0,94	0,25
Marzo	0,23	0,36
Abril	0,61	6,82
Mayo	0,44	2,07
Junio	0,58	0,62
Julio	0,53	0,32
Agosto	0,76	0,49
Total	0,57	0,7

Tabla 3: Frecuencia relativa de las colonoscopias diagnósticas de CU frente al total de colonoscopias realizadas durante cada mes.

b) Edad y sexo.

La mediana de edad de los pacientes diagnosticados de CU en 2019 fue de 53 años, mientras que en 2020 fue de 63 años. Además, en la Figura 2 se observa que los datos referentes a la edad están más dispersos en el grupo de 2020 que en el de 2019. En cuanto al sexo, 4 mujeres (36,4%) fueron diagnosticadas de CU por colonoscopia en el año 2019, mientras que en el año 2020 se diagnosticaron 7 mujeres y 4 hombres de CU. En ninguna de estas dos

variables las diferencias resultaron estadísticamente significativas ($p=0,519$ para la edad y $p=0,394$ para el sexo).

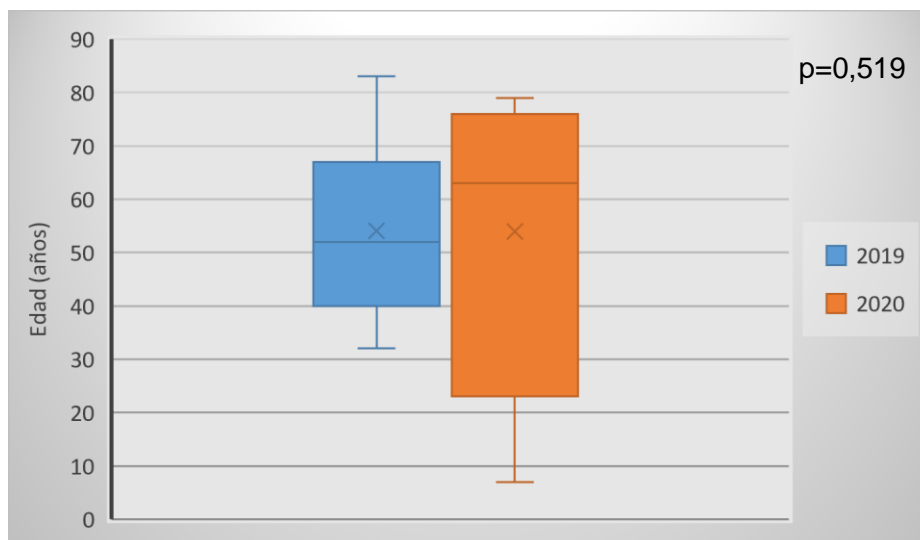


Figura 2: Distribución de la edad de los pacientes diagnosticados de CU por colonoscopia en 2019 y 2020.

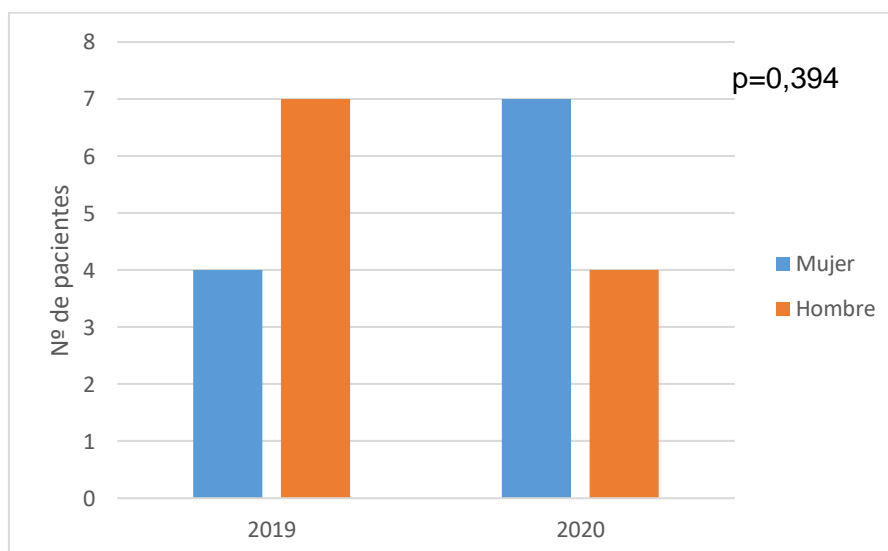
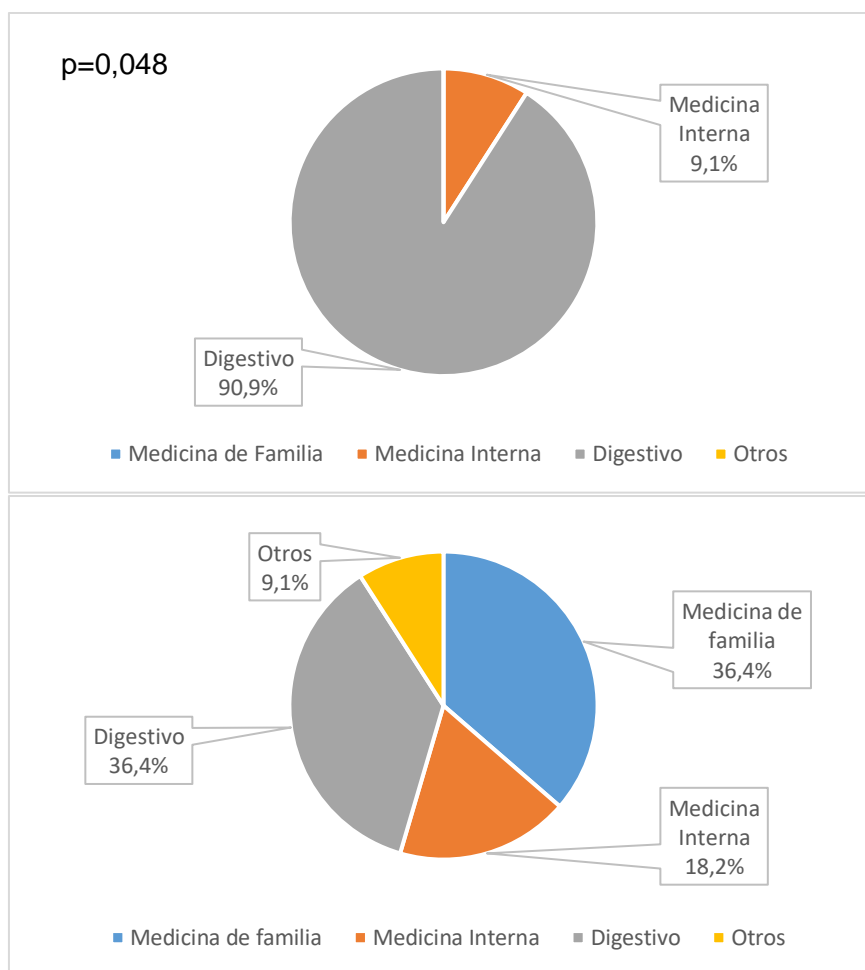


Figura 3: Número de pacientes divididos por sexo en los años 2019 y 2020.

c) Servicio de procedencia de la solicitud de la colonoscopia.

Las Figuras 4 y 5 muestran cómo, en el año 2019, la solicitud de colonoscopia de 10 de los 11 pacientes estudiados (90,9%) provenía del servicio de

Digestivo, mientras que 1 paciente (9,1%) provenía de su médico de familia. No obstante, en el año 2020 se aprecia una distribución más heterogénea en cuanto al servicio de procedencia, de tal forma que 4 pacientes (36,4%) provenían de Digestivo, otros 4 (36,4%) provenían de su médico de familia, 2 (18,2%) provenían de Medicina Interna y 1 (9,1%) de otro servicio. Las diferencias observadas entre ambos grupos de pacientes resultaron estadísticamente significativas ($p=0,048$).



Figuras 4 y 5: Servicios de procedencia de la solicitud de las colonoscopias diagnósticas de CU en 2019 y en 2020.

d) Diagnóstico en paciente ingresado o ambulatorio y tiempo de espera de la colonoscopia.

De los 22 pacientes estudiados, 5 (22,7%) fueron diagnosticados de CU mientras permanecían ingresados en el hospital, de los cuales 2 pertenecían al grupo de 2019 y 3 al de 2020. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0,611$). Por otra parte, en cuanto al tiempo

de espera de la colonoscopia, tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0,533$). Sin embargo, la Figura 6 muestra una mayor dispersión de los datos referidos a esta variable en el grupo del 2019 que en los del 2020.

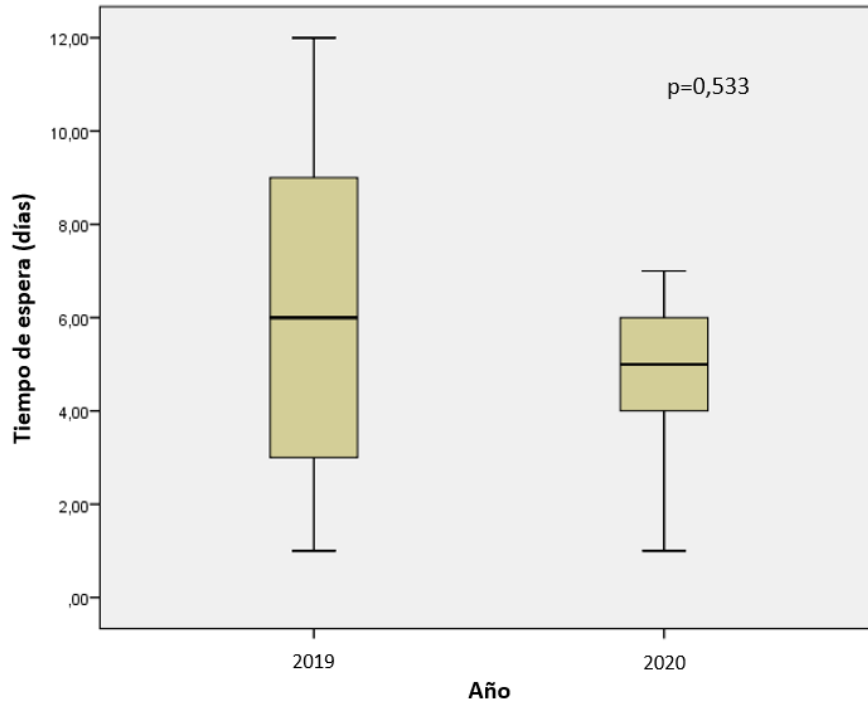


Figura 6: Representación gráfica del tiempo de espera a la colonoscopia desde su solicitud en el grupo de 2019 y de 2020.

e) Indicadores de extensión y actividad de la enfermedad.

En cuanto a los valores analíticos que indican la actividad de la CU (PCR y calprotectina fecal), sus niveles no difirieron significativamente entre los pacientes de 2019 y de 2020, tal y como se puede apreciar en la Figura 7 ($p=0,859$ para la PCR y $p=0,88$ para la calprotectinafecal).

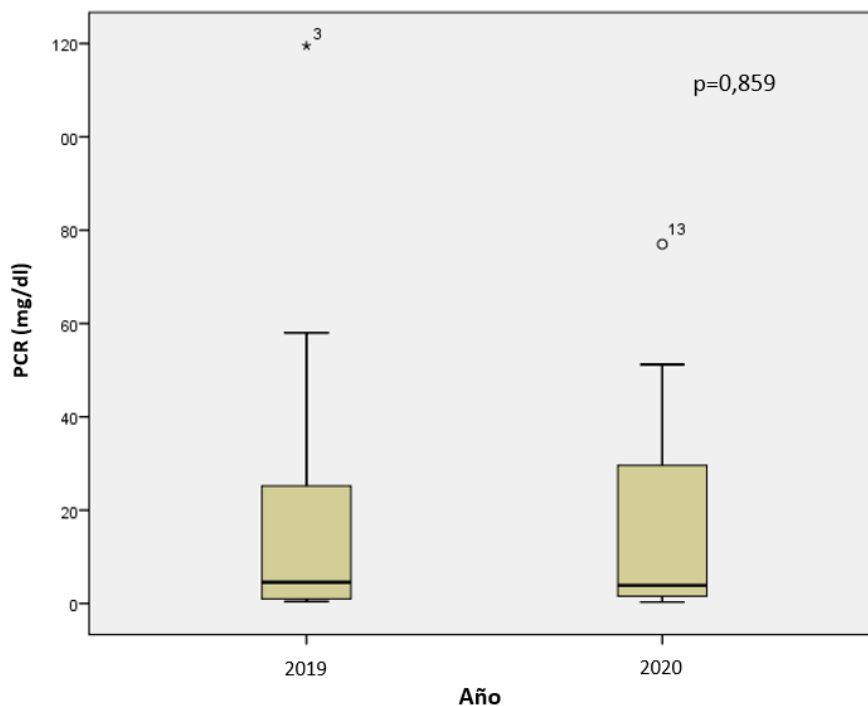


Figura 7: Distribución de los niveles de PCR previos a la realización de la colonoscopia en el grupo de 2019 y de 2020.

Por otro lado, en cuanto a la extensión de la enfermedad medida con la clasificación endoscópica de Montreal, aunque las diferencias tampoco fueron significativas estadísticamente ($p=0,431$), sí que se observó más colitis izquierdas en 2020 (7 pacientes, suponiendo un 63,6% del total de pacientes estudiados en 2020). Finalmente, en cuanto a la actividad endoscópica de la CU, medida por el índice Mayo, no se apreciaron grandes diferencias entre los dos grupos ($p=0,202$).

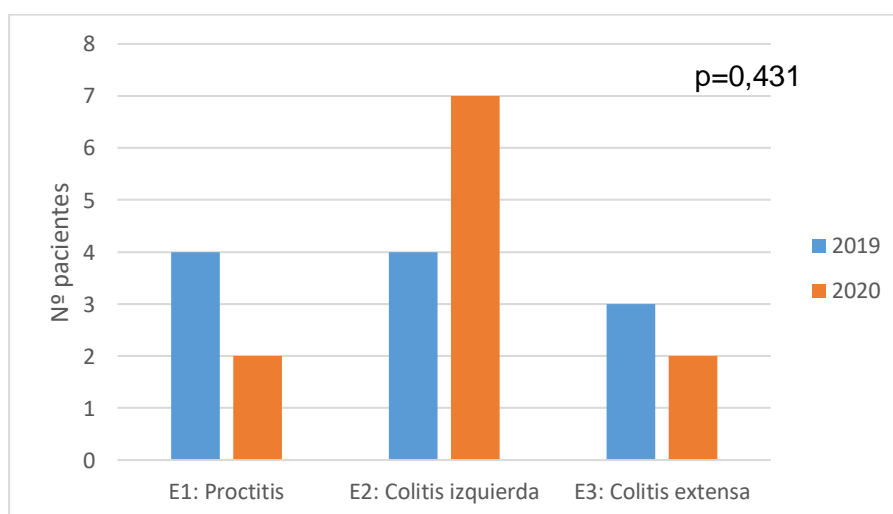


Figura 8: Clasificación de los pacientes según la extensión de su CU en la colonoscopia en 2019 y 2020.

f) Tratamientos y tiempo de espera de los mismos.

En cuanto a los distintos tratamientos empleados para el manejo de la CU, no hubo grandes diferencias entre los pacientes de los dos grupos. El tratamiento en el que más se diferencian los grupos estudiados es en la administración de tiopurínicos (Figura 9), pues solo 1 paciente del año 2019 recibió este tratamiento (9,1%), mientras que, en los pacientes estudiados en 2020, 3 recibieron dicho tratamiento (27,3%). A pesar de ello, la diferencia entre ambos grupos tampoco resultó estadísticamente significativa ($p=0,269$). Además, en el tiempo de espera de los pacientes para recibir los distintos tratamientos tampoco se hallaron diferencias significativas.

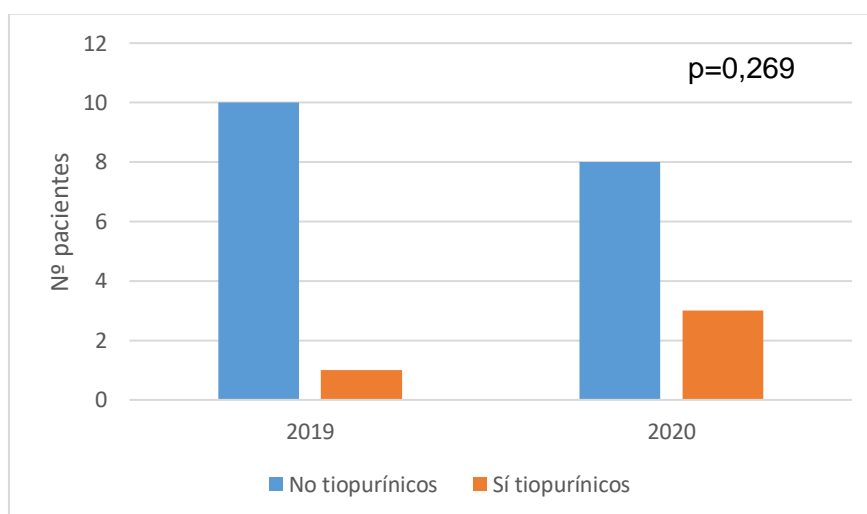


Figura 9: Comparación de tratamiento con tiopurínicos en pacientes diagnosticados de CU en 2019 y 2020.

g) Ingresos y mortalidad. Infección por SARS-CoV-2.

El número de pacientes que requirió ingreso durante los 6 meses posteriores al diagnóstico de la CU fue similar tanto en el grupo de 2019 como en el de 2020. De los 22 pacientes estudiados, sólo 2 (9,1%) requirieron ingresar en los

primeros 6 meses tras la realización de la colonoscopia, 1 en cada grupo estudiado.

Por otra parte, en cuanto a la mortalidad, ninguno de los pacientes del año 2019 falleció durante los 6 meses posteriores al diagnóstico, mientras que sólo 1 (9,1%) del grupo de pacientes del 2020 falleció. Sin embargo, esta diferencia entre ambos grupos no resultó significativa estadísticamente ($p=0,306$).

En el grupo de pacientes del 2020, sólo encontramos una persona infectada por COVID-19 durante el período de tiempo analizado. Este caso no requirió ingreso hospitalario ni modificación de su tratamiento habitual de la CU.

6.-DISCUSIÓN

La pandemia por COVID-19 ha influido de forma notable en la organización y priorización de todos los servicios hospitalarios. Durante los primeros meses de la pandemia se produjo una gran reducción de exploraciones e indicaciones de pruebas complementarias, limitándose la actividad clínica no relacionada con el COVID-19 a la esencial. En nuestro estudio, nos hemos centrado en la posible influencia que ha podido ejercer el primer pico de la pandemia en la realización de colonoscopias diagnósticas de CU, así como en la evolución de la CU en estos pacientes durante los 6 meses siguientes a la realización de la colonoscopia.

La restricción en la realización de colonoscopias durante los meses de mayor impacto de la pandemia (marzo-mayo de 2020), debido a una mayor priorización de los pacientes en los que se realizaba dicha exploración, ha provocado un aumento en la frecuencia relativa de los casos diagnosticados de CU sin que aumente el número total de casos. Esta observación está en consonancia con los resultados de otros estudios realizados en diferentes países, en los que también se observa una gran reducción del volumen de procedimientos endoscópicos [7–9]. La cancelación de los programas de screening de cáncer colorrectal, del seguimiento endoscópico de algunas patologías (incluyendo la EII) o de la realización de endoscopias en familiares de primer grado de pacientes con patologías digestivas hereditarias (como el Síndrome de Lynch, cánceres digestivos en personas jóvenes, ...), parece ser la principal razón de este aumento en la frecuencia relativa. Existen otras indicaciones de colonoscopia, entre las que se incluye la sospecha de un primer brote de EII, ante las cuales las principales sociedades científicas coinciden en que no se puede demorar la

exploración endoscópica, pues el manejo del paciente cambia radicalmente ante el diagnóstico de una EII [10,11].

Aunque no hemos observado grandes diferencias en el número total de pacientes diagnosticados de CU en los períodos de tiempo de marzo a mayo de 2019 y 2020, sería interesante plantearse si el estrés psicológico ocasionado por la situación de confinamiento domiciliario y los datos epidemiológicos durante los meses de mayor impacto de la primera ola de COVID-19 pudo influir en un mayor número de brotes de CU. Aunque no hemos encontrado estudios que avalen esta hipótesis, el hecho de que el estrés y la ansiedad se consideren relacionados con la posibilidad de sufrir un episodio de EII [12], junto al aumento de trastornos mentales en diferentes países como consecuencia del confinamiento domiciliario y de la situación pandémica [13], nos lleva a pensar que es posible que se haya producido un aumento en el número de brotes en pacientes con CU.

Nuestros resultados también muestran una diferencia significativa en cuanto a la procedencia de las solicitudes de las colonoscopias. La necesidad de médicos atendiendo pacientes que padecían infección por SARS-Cov2, y las limitaciones a la movilidad de pacientes supuso una reducción del número de consultas de digestivo disponibles para realizar interconsultas por otros especialistas, además de una modificación en el cauce habitual de solicitud de endoscopias.

En cuanto al tiempo de espera desde la solicitud de la colonoscopia hasta su realización, no hemos observado diferencias significativas entre ambos grupos. Tampoco hubo diferencias en la gravedad de estos pacientes, si bien es cierto que únicamente hemos analizado la evolución durante los seis primeros meses tras el diagnóstico. Sería interesante llevar a cabo otros estudios con seguimientos a largo plazo para ver si la gravedad se modifica.

Tampoco se observaron grandes diferencias en el manejo de estos pacientes. Estos datos coinciden con los resultados obtenidos por otros estudios, que apuntan a que los tratamientos inmunosupresores y biológicos empleados en el tratamiento de estos pacientes no incrementa el riesgo de infección por el SARS-CoV2 ni aumenta el riesgo de tener formas más graves de COVID-19 en caso de infectarse [14,15], a pesar de que la mayoría de los fármacos empleados para esta patología aumentan el riesgo de infecciones oportunistas. Esta postura también es compartida por las principales sociedades científicas, que no recomendaron modificar ni discontinuar el tratamiento en pacientes con EII sin síntomas ni infección por COVID-19. No obstante, la evidencia científica en este campo todavía es limitada, siendo necesarios más estudios a largo

plazo para comprobar esta teoría. Cabe destacar que algunos trabajos han comentado que el uso de corticoides sistémicos a dosis altas (≥ 20 mg/dl de prednisona al día) debería evitarse en pacientes con EII, debido a que podrían incrementar el riesgo de infección por COVID-19 [16,17].

La mayoría de la evidencia científica disponible también apunta a que el riesgo de contraer una infección por COVID-19 es similar en pacientes con EII que en la población general [18,19]. En cuanto a si los pacientes con EII presentan mayor riesgo de desarrollar formas graves de la infección por SARS-Cov2, la mayoría de los estudios analizados apuntan a que el riesgo es el mismo que el de la población general, presentando los mismos factores de riesgo (edad avanzada, presencia de comorbilidades y sexo masculino), y que la administración de medicamentos inmunosupresores o biológicos no influyen en el desarrollo de formas más graves [20]. No obstante, un pequeño estudio de cohortes italiano resaltó que pacientes con una EII activa tenían más riesgo de desarrollar una forma más severa de COVID-19 en caso de infectarse [16]. Entre los pacientes analizados en nuestro estudio, solo apareció un caso de infección por COVID-19 leve, el cual no pareció influir de forma negativa en la evolución de la enfermedad.

En nuestro estudio hemos encontrado un paciente fallecido en la muestra de 2020. Sería interesante investigar si, con la reducción de las consultas de seguimiento y la suspensión de algunos programas asistenciales durante la primera ola de la pandemia en nuestro país, se han producido modificaciones en el manejo de los pacientes con EII de mayor gravedad, y si ha incidido de alguna forma en la mortalidad en este grupo de pacientes. La potencia de nuestro estudio no nos permite encontrar diferencias significativas en este aspecto, pero estos datos podrían reproducirse en otras series. Un estudio de casos y controles multicéntrico británico que comparó a pacientes con brotes agudos severos de CU antes de la pandemia y durante la misma encontró un aumento en la proporción de pacientes en los que se introdujeron tratamientos de rescate durante la pandemia, así como un mejor uso de los mismos, aunque los resultados obtenidos con estos tratamientos fueron similares en ambos grupos [21].

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, tenemos que considerar que no hemos podido obtener datos relativos al tiempo que los pacientes tuvieron que esperar presentando síntomas hasta que se solicitó la colonoscopia por tener un acceso limitado a las consultas del médico de familia u otras. En segundo lugar, el tamaño muestral es pequeño, por lo que resulta difícil extraer resultados estadísticamente significativos y que sean extrapolables a la población. Por ello, sería

conveniente que estos resultados fuesen validados en una muestra de pacientes mayor. En tercer lugar, sólo tenemos en cuenta los pacientes diagnosticados por CU en colonoscopia durante el período de estudio, quedando excluidos del estudio los pacientes diagnosticados previamente de CU y los cambios acaecidos en la evolución de la enfermedad a partir de los 6 primeros meses. Hay que tener en cuenta que, para analizar la eficacia de los tiopurínicos, es necesario esperar entre 3-6 meses y, en caso de que no sean eficaces o si la actividad de la CU empeora, habría que añadir fármacos biológicos; en el caso de nuestro estudio, parece que no llegaron a indicarse fármacos biológicos en el tiempo analizado. Podría ser interesante realizar un seguimiento más a largo plazo para analizar si se producen modificaciones en la evolución y el tratamiento de estos pacientes. Finalmente, otro punto mejorable sería que, en la muestra de pacientes del 2020 apenas hay pacientes infectados por COVID-19. Podría ser interesante conocer si los pacientes con infección confirmada por SARS-CoV2 y diagnosticados de CU presentan formas más graves de COVID-19 que aquellas personas no diagnosticadas de CU.

7.-CONCLUSIONES

La pandemia por COVID-19 provocó una reducción del volumen del trabajo en las unidades de endoscopia digestiva, permitiendo un aumento en el número relativo de colonoscopias diagnósticas de CU durante el primer pico de la pandemia. También ha influido en la procedencia de las solicitudes de las colonoscopias, al haber menos posibilidades de remitir a los pacientes a los servicios de digestivo por el colapso hospitalario. El grado de actividad y el manejo de los nuevos casos diagnosticados de CU no se ha modificado significativamente durante el período crítico de la pandemia, aunque serían necesarios otros estudios con una muestra mayor y más representativa de la población para confirmar estos datos.

8.-BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison, Longo DL. Principios de medicina interna. México: McGraw-Hill; 2012.
2. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel J-F. Ulcerative colitis. The Lancet 2017;389:1756–70.

3. Spiceland CM, Lodhia N. Endoscopy in inflammatory bowel disease: Role in diagnosis, management, and treatment. *World J. Gastroenterol.* 2018;24:4014–20.
4. Ojetti V, Covino M, Brigida M, Petruzzello C, Saviano A, Migneco A, et al. Non-COVID Diseases during the Pandemic: Where Have All Other Emergencies Gone? *Medicina (Mex.)* [Internet] 2020;56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7599851/>
5. Mauro V, Lorenzo M, Paolo C, Sergio H. Treat all COVID 19-positive patients, but do not forget those negative with chronic diseases. *Intern. Emerg. Med.* 2020;1–4.
6. Cheung KS, Hung IFN, Chan PPY, Lung KC, Tso E, Liu R, et al. Gastrointestinal Manifestations of SARS-CoV-2 Infection and Virus Load in Fecal Samples From a Hong Kong Cohort: Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology* 2020;159:81–95.
7. Lantinga MA, Theunissen F, ter Borg PCJ, Bruno MJ, Ouwendijk RJT, Siersema PD. Impact of the COVID-19 pandemic on gastrointestinal endoscopy in the Netherlands: analysis of a prospective endoscopy database. *Endoscopy* 2021;53:166–70.
8. Forbes N, Smith ZL, Spitzer RL, Keswani RN, Wani SB, Elmunzer BJ. Changes in Gastroenterology and Endoscopy Practices in Response to the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Results From a North American Survey. *Gastroenterology* 2020;159:772-774.e13.
9. Garbe J, Eisenmann S, Walter S, Lammert F, Darwiche K, Rosendahl J. German Endoscopy Unit Preparations for the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Nationwide Survey. *Gastroenterology* 2020;159:778-780.e3.
10. Gralnek IM, Hassan C, Beilenhoff U, Antonelli G, Ebigbo A, Pellisè M, et al. ESGE and ESGENA Position Statement on gastrointestinal endoscopy and the COVID-19 pandemic. *Endoscopy* 2020;52:483–90.
11. Joint_GI_Society_Guidance_on_Endoscopic_Procedure_During_COVID19_FINAL_impending_3312020.pdf [Internet]. [cited 2021 May 13]; Available from: https://webfiles.gi.org/links/media/Joint_GI_Society_Guidance_on_Endoscopic_Procedure_During_COVID19_FINAL_impending_3312020.pdf

12. Sun Y, Li L, Xie R, Wang B, Jiang K, Cao H. Stress Triggers Flare of Inflammatory Bowel Disease in Children and Adults. *Front. Pediatr.* [Internet] 2019 [cited 2021 May 13];7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6821654/>
13. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020;7:813–24.
14. Kennedy NA, Jones G-R, Lamb CA, Appleby R, Arnott I, Beattie RM, et al. British Society of Gastroenterology guidance for management of inflammatory bowel disease during the COVID-19 pandemic. *Gut* 2020;69:984–90.
15. Rubin DT, Abreu MT, Rai V, Siegel CA. Management of Patients With Crohn's Disease and Ulcerative Colitis During the Coronavirus Disease-2019 Pandemic: Results of an International Meeting. *Gastroenterology* 2020;159:6-13.e6.
16. Bezzio C, Saibeni S, Variola A, Allocca M, Massari A, Gerardi V, et al. Outcomes of COVID-19 in 79 patients with IBD in Italy: an IG-IBD study. *Gut* [Internet] 2020 [cited 2021 May 14]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7242872/>
17. Lukin DJ, Kumar A, Hajifathalian K, Sharaiha RZ, Scherl EJ, Longman RS. Baseline Disease Activity and Steroid Therapy Stratify Risk of COVID-19 in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology* 2020;159:1541-1544.e2.
18. Maconi G, Bosetti C, De Monti A, Boyapati RK, Shelton E, Piazza N, et al. Risk of COVID 19 in patients with inflammatory bowel diseases compared to a control population. *Dig. Liver Dis.* 2021;53:263–70.
19. Al-Ani AH, Prentice RE, Rentsch CA, Johnson D, Ardalan Z, Heerasing N, et al. Review article: prevention, diagnosis and management of COVID-19 in the IBD patient. *Aliment. Pharmacol. Ther.* [Internet] 2020 [cited 2021 May 16]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7267115/>
20. Macaluso FS, Orlando A. COVID-19 in patients with inflammatory bowel disease: A systematic review of clinical data. *Dig. Liver Dis.* 2020;52:1222–7.

21. Sebastian S, Walker GJ, Kennedy NA, Conley TE, Patel KV, Subramanian S, et al. Assessment, endoscopy, and treatment in patients with acute severe ulcerative colitis during the COVID-19 pandemic (PROTECT-ASUC): a multicentre, observational, case-control study. *Lancet Gastroenterol. Hepatol.* 2021;6:271–81.

SCIENTIFIC LETTERS

Influence of the onset of the SARS-CoV-2 pandemic on the diagnosis and treatment of ulcerative colitis

Keywords: SARS-CoV-2. COVID-19. Ulcerative colitis. Pandemic.

Dear Editor,

We analyzed how the healthcare restrictions that took place in hospitals in Spain due to the COVID-19 pandemic, mainly in March, April and May 2020, influenced the diagnosis, management and treatment of ulcerative colitis (UC) in our center.

A retrospective cohort study was performed comparing the clinical data over 4 months, of patients with a new UC diagnosis from March 1st to August 31st in 2019 and 2020. Patient identification and data were obtained from the endoscopic database (Endobase, Olympus), medical records (Jimena IV) and the clinical reports system in our hospital.

The main results are shown in table 1. Although the total number of cases was the same in both time periods, April 2020 and May 2020 had the highest absolute and relative frequencies of UC (three new cases in both months and 6.8 and 2.0 cases per 100 colonoscopies, respectively), due to the selection of colonoscopy requests. The time from colonoscopy request until it was performed was no longer in 2020, but the time from the start of symptoms was not analyzed. In 2020, colonoscopy requests from Primary Care were more frequent, probably due to the recommendations to avoid "unnecessary" visits to the hospital. Medical visits were replaced with telephone consultations. UC cases were not more severe in 2020 and UC management was similar to the pre-pandemic setting (1). Although no patient required biologic therapy or colectomy, a 77-year-old male died due to *P. jirovecii* pneumonia. A 15-year-old female receiving 5-ASA suffered COVID-19 with no complications. As the suspicion of UC prioritized the request for colonoscopy (2), healthcare restrictions did not imply a lower number or delay in UC diagnosis. However, the consequences on UC management and the evolution of the patients will have to be thoroughly analyzed with better and longer studies.

Table 1. Differences between new UC patients from March to August in 2019 and 2020

	March-August 2019	March-August 2020	P
New UC cases	11	11	
Total colonoscopies	2,190	1,306	
UC cases/100 colonoscopies	0.50	0.84	
UC patients age	52 (27)	63 (53)	0.511
UC patients gender (female)	4/11 (36.4 %)	7/11 (63.6 %)	0.201
Colonoscopy request from Primary Care	0/11 (0 %)	4/11 (36.4 %)	
Colonoscopy request from Internal Medicine	1/11 (9.1 %)	2/11 (18.2 %)	0.048
Colonoscopy request from Gastroenterology	10/11 (90.9 %)	4/11 (36.4 %)	
Colonoscopy request from other units	0/11 (0 %)	1/11 (9.1 %)	
Inpatient new UC cases	2/11 (18.2 %)	3/11 (27.3 %)	0.611
Time from request to colonoscopy (days)	6.00 (6.00)	5.00 (2.00)	0.533
RCP (mg/dl)	4.55 (32)	3.90 (39)	0.859
Fecal calprotectin (ug/g)	1,782 (2,886)	2,442 (2,836)	0.880
Extension E1	4/11 (36.4 %)	2/11 (18.2 %)	
Extension E2	4/11 (36.4 %)	7/11 (63.6 %)	0.431
Extension E3	3/11 (27.3 %)	2/11 (18.2 %)	
Mayo Endoscopic Index 1	1,711 (9.1 %)	1/11 (9.1 %)	
Mayo Endoscopic Index 2	5/11 (45.5 %)	6/11 (54.5 %)	0.904
Mayo Endoscopic Index 3	5/11 (45.5 %)	4/11 (36.4 %)	
5-ASA treatment	10/11 (90.9 %)	11/11 (100 %)	0.306
Time from colonoscopy to 5-ASA (days)	0 (41)	0 (0)	0.179
Budesonida enemas treatment	2/11 (18.2 %)	1/11 (9.1 %)	0.534
Oral beclometasona treatment	1/11 (9.1 %)	2/11 (18.2 %)	0.534
Systemic steroids treatment	3/11 (27.3 %)	3/11 (27.3 %)	1.0
Thiopurines treatment	1/11 (9.1 %)	3/11 (27.3 %)	0.269
COVID-19 disease	0/11 (0 %)	1/11 (9.1 %)	0.500
Follow-up visits to the hospital	2 (2)	0 (6)	0.003
Telephone consultations	0	1(2)	0.002
Patients with UC follow-up admissions	1/11 (9.1 %)	1/11 (9.1 %)	1.0
Mortality rate	0/11 (0 %)	1/11 (9.1 %)	0.500

Continuous variables are expressed as the median and interquartile range and categorical and ordinal variables as absolute and relative frequencies. The Mann-Whitney U and Chi-squared tests were used.

Sandra Izquierdo Santervás¹, Pablo Casas Machado²
and Luis Fernández Salazar³

¹Digestive Diseases Service, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, Spain. ²Faculty of Medicine, Universidad de Valladolid, Valladolid, Spain. ³Digestive Diseases Service, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Gerencia Regional de Salud (SACYL), Department of Medicine, Dermatology and Toxicology, Faculty of Medicine, Universidad de Valladolid, Valladolid, Spain

DOI: 10.17235/reed.2021.7768/2020

References

1. Gajendran M, Perisetti A, Aziz M, et al. Inflammatory bowel disease amid the COVID-19 pandemic: impact, management strategies, and lessons learned. *Ann Gastroenterol* 2020;33(6):591-602. DOI: 10.20524/aog.2020.0547
2. Díez Pedondo P, Núñez Rodríguez M^ª H, Fuentes Valenzuela E, et al. Evaluation of endoscopy requests in the resumption of activity during the SARS-CoV-2 pandemic: denial of nonindicated requests and prioritization of accepted requests. *Rev Esp Enferm Dig* 2020;112(10):748-55. DOI: 10.17235/reed.2020.7375/2020

Anexo 3: Póster



INFLUENCIA DEL PERÍODO CRÍTICO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA COLITIS ULCEROSA

Autor: Pablo Casas Machado
Tutor: Dr Luis I. Fernández Salazar

Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología. Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid.
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.



INTRODUCCIÓN

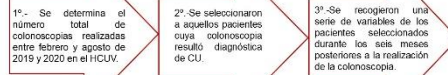
La colitis ulcerosa (CU) forma parte de un espectro de entidades clínicas que se caracterizan por la afectación inmunitaria crónica del intestino y que reciben el nombre de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Aunque la sospecha diagnóstica se establece con los datos clínicos y analíticos, resulta esencial la realización de una colonoscopia para la obtención de biopsias que permitan confirmar el diagnóstico de CU. El SARS-CoV-2 es el agente etiológico de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Esta infección se ha extendido rápidamente por todo el mundo, llegando a ser declarada por la OMS como pandemia el 11 de marzo del 2020. Esta situación provocó la suspensión de actividades sanitarias no esenciales y que la atención de muchos pacientes con enfermedades crónicas se descuidase, debido a la imposibilidad de ser vistos por los especialistas médicos.

OBJETIVOS

1. Analizar el impacto que ha tenido la pandemia por COVID-19 en el diagnóstico de la CU.
2. Conocer si se ha modificado la evolución de la enfermedad durante la pandemia.
3. Averiguar si se han producido diferencias en el manejo de los pacientes con esta enfermedad durante la pandemia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, observacional y de cohortes sobre pacientes a los que se les realizó una colonoscopia diagnóstica de CU en dos periodos de tiempo.



Se excluyeron del estudio a aquellos pacientes previamente diagnosticados de CU a los que se les había realizado una colonoscopia de control, así como a los pacientes cuya colonoscopia fue realizada por otro motivo o en los que la colonoscopia no aportaba ningún hallazgo de interés.

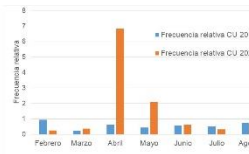
RESULTADOS

Número de pacientes incluidos en el estudio: 22 (11 en el grupo de 2019, 11 en el grupo de 2020).

Variables a estudio	2019	2020	p-value
Edad (años)	59 ± 27	63 ± 53	0.519
Sexo			0.394
Mujer	4 (36.4%)	7 (63.6%)	
Hombre	7 (63.6%)	4 (36.4%)	
Servicio de procedencia			0.048
Medicina de familia	0 (0.0%)	4 (36.4%)	
Medicina interna	1 (9.1%)	2 (18.2%)	
Cirugía	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Digestivo	10 (90.9%)	4 (36.4%)	
Otros	0 (0.0%)	1 (9.1%)	
Tiempo de espera a la colonoscopia (días)	6 ± 6	5 ± 2	0.533
Sí	2 (18.2%)	3 (27.3%)	
No	9 (81.8%)	8 (72.7%)	
Diagnóstico durante el ingreso	9 (81.8%)	8 (72.7%)	0.611
PCR (ng/dl)	4.55 ± 32	3.80 ± 39	0.659
Coproductina fecal (ppg)	1790 ± 2988	3440 ± 2938	0.68
Extensión de la CU			0.431
E1	4 (36.4%)	2 (18.2%)	
E2	4 (36.4%)	7 (63.6%)	
E3	3 (27.3%)	2 (18.2%)	
Grado de actividad de la enfermedad			0.202
M1	1 (9.1%)	1 (9.1%)	
M2	5 (45.5%)	6 (54.5%)	
M3	5 (45.5%)	4 (36.4%)	
Pacientes tratados con mesalazina	10 (90.9%)	11 (100.0%)	0.306
Sí	10 (90.9%)	11 (100.0%)	
No	1 (9.1%)	0 (0.0%)	
Tiempo transcurrido desde la colonoscopia hasta la administración de mesalazina (días)	0 (41)	0 (0)	0.179
Sí	2 (18.2%)	1 (9.1%)	
No	9 (81.8%)	10 (90.9%)	
Pacientes tratados con budesonida rectal	1 (9.1%)	2 (18.2%)	0.534
Sí	1 (9.1%)	2 (18.2%)	
No	10 (90.9%)	9 (81.8%)	
Pacientes tratados con corticoides sistémicos	3 (27.3%)	3 (27.3%)	1
Sí	3 (27.3%)	3 (27.3%)	
No	8 (72.7%)	8 (72.7%)	
Pacientes tratados con topiramato	1 (9.1%)	2 (18.2%)	0.269
Sí	1 (9.1%)	2 (18.2%)	
No	10 (90.9%)	9 (81.8%)	
Ingreso durante la evolución	10 (90.9%)	10 (90.9%)	1
Sí	0 (0.0%)	1 (9.1%)	
No	11 (100.0%)	10 (90.9%)	

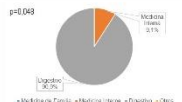
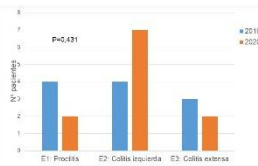
Comparación de las características principales de los grupos de pacientes diagnosticados de CU en 2019 y 2020.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables (tiempo de espera a la colonoscopia, indicadores de actividad de la enfermedad, manejo, ingresos y mortalidad).

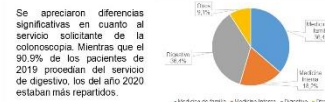


Se aprecia un pico durante los meses de abril y mayo del 2020 en la frecuencia relativa del número de colonoscopias diagnósticas de CU coincidiendo con el periodo de máxima incidencia del COVID-19.

No hubo diferencias significativas en cuanto a la extensión de la CU ($p=0.431$), aunque se encontraron un mayor número de colitis izquierdas en el año 2020.



GRUPO 2019



GRUPO 2020

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. La pandemia por COVID-19 ha provocado una reducción del volumen de trabajo en las unidades de endoscopia digestiva, provocando un aumento en la frecuencia relativa de pacientes diagnosticados de CU debido a una mayor priorización de los pacientes en los que se realizaba colonoscopia.
2. Sería interesante plantearse si el estrés psicológico ocasionado por la pandemia pudo influir en un mayor número de pacientes con brotes de CU, aunque en nuestro estudio no hemos observado grandes diferencias en el número total de pacientes diagnosticados de CU.
3. La procedencia de las solicitudes de colonoscopia se ha visto modificada, debido a la reducción en el número de consultas de digestivo por el colapso hospitalario.
4. El grado de actividad y el manejo de los nuevos casos diagnosticados de CU no se ha modificado significativamente durante el periodo crítico de la pandemia, aunque sería necesaria la realización de más estudios con un tamaño muestral mayor y un seguimiento de los pacientes a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

-Ungaro R, Mahandru S, Allen PB, Payne-Brunet L, Colombel J-F. Ulcerative colitis. The Lancet. 2017 Apr 29;389(10080):1756-70.
 -Forbes N, Smith ZL, Spitzer RL, Keswani RN, Wani SB, Elmunzer BJ. Changes in Gastroenterology and Endoscopy Practices in Response to the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Results From a North American Survey. Gastroenterology. 2020 Aug;159(2):772-774 e3.
 -Rubin DT, Abreu MT, Rai V, Siegel CA. Management of Patients With Crohn's Disease and Ulcerative Colitis During the Coronavirus Disease-2019 Pandemic: Results of an International Meeting. Gastroenterology. 2020 Jul;159(1):6-13 e6.
 -Macconi G, Bosetti C, De Monti A, Soyupatti RK, Smetton C, Piazza N, et al. Risk of COVID-19 in patients with inflammatory bowel diseases compared to a control population. Dig Liver Dis. 2021 Mar;53(3):263-70.