

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

Estudio descriptivo de exámenes colonoscópicos del 2000 al 2003 en el Hospital Alcántara Butterfield. Essalud – la Molina

TESIS para optar el Grado de especialista en: GASTROENTEROLOGÍA

Miguel Ángel Durán Vizarraga

ASESOR: Dr. Carlos Contardo Zambrano

LIMA – PERÚ 2004

Agradecimientos

Debo agradecer el logro de esta tesis al Servicio de Gastroenterología del Hospital Carlos Alcántara Butterfield y a mi asesor Dr. Carlos Contardo Zambrano, por su apoyo desinteresado en el logro de esta investigación.

Dedicatoria

Este trabajo de investigación está dedicado a mis padres por su constante apoyo y por ser como son.

A mi hermano Lucho y mi hermana Rosa por su cariño y emoción.

A Jorge y a Betty siempre con nosotros-siempre.

A mi esposa Edith y a mi hijita Fiorellita por su motivación y constante presencia.

RESUMEN

Objetivo: Describir los hallazgos colonoscópicos durante los años 2000-2003 en el servicio de gastroenterología del hospital Carlos Alcántara Butterfield de EsSALUD-La Molina, determinando sus características clínico epidemiológicas de la población sometido a dicho examen.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Se estudiaron 392 exámenes colonoscópicos, los cuales fueron procesadas mediante el programa Excel 2000.

Resultados: De los 392 exámenes, el 69.39% de la población correspondió a mujeres y el 30.61% a varones. La mayor cantidad de pacientes, tanto de sexo masculino como femenino se encuentran entre los 60 y 69 años, siendo la edad promedio de 59 años. Las indicaciones más frecuentes fueron: Trastorno funcional digestivo (26.3%), dolor abdominal 18.9%, despistaje de nm colorectal (14%), nm colon (9.2%), estreñimiento crónico (7.7%), control/seguimiento (6.9%). Los diagnósticos colonoscópicos patológicos más frecuentes fueron: Enfermedad diverticular del colon (32.3%), dolico colon(25.4%), polipo colorectal (20.3%), nm colorectal (6%).

Conclusión: El examen colonoscópico nos ha permitido la identificación de diversas patologías ubicadas en esta región del organismo, existiendo una fuerte correlación entre el diagnóstico colonoscópico y los estudios anatomopatológicos, siendo muy importantes los aspectos como la preparación intestinal previa y la técnica del operador entre otros.

- Nombre del Autor: Dr. Miguel Angel Durán Vizarraga
- Nombre del Asesor: Dr. Carlos Contardo Zambrano.
- Clave del proyecto: Colonoscopia - Enfermedades del Colon –
Diagnóstico Colonoscópico

INTRODUCCION

El presente trabajo, titulado "ESTUDIO DESCRIPTIVO DE EXÁMENES COLONOSCÓPICOS DEL 2000 AL 2003 EN EL HOSPITAL EsSALUD LA MOLINA", es un estudio descriptivo y retrospectivo, que incluyó el 100% de pacientes atendidos en el periodo de referencia, en el servicio de Gastroenterología del Hospital de EsSalud Carlos Alcántara Butterfield en la Molina; los pacientes del estudio fueron sometidos a colonoscopia durante el periodo comprendido entre los años 2000 a 2003, por la presencia de signos o síntomas de sospecha de patología de colón.

El objetivo del presente estudio fue describir las características epidemiológicas y clínicas de la población estudiada, justificado por la inexistencia de estudios previos sobre la patología de colon en el Hospital referido.

El estudio es un aporte, para mejorar el conocimiento de la patología de colon, en la población atendida; así mismo permitirá mejorar los procesos de diagnóstico en la población asegurada, describiendo algunos factores de riesgo asociados a dicha patología, que podrían ser estudiados posteriormente. También constituye una herramienta de análisis de los procesos diagnósticos de la patología de colon en el servicio, con la finalidad de mejorarlos, para beneficio del paciente asegurado.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Planteamiento del Problema

1.1.1 Descripción del Problema

El Hospital Carlos Alcántara Butterfield (HCAB) se encuentra ubicado en el Distrito de la Molina, en la Provincia de Lima-Perú, bajo la jurisdicción del Seguro Social de Salud (EsSALUD) creada sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social (exIPSS), es un organismo público descentralizado, que tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes.

El HCAB es un Hospital de Nivel I, fundado el año 2000, y pertenece a la Red Hospitalaria del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins. Tiene como ámbito de jurisdicción los Distritos de La Molina, Surco y Cieneguilla, el cual cubre una población asignada de asegurados. (Tabla 1 y 2 del Anexo 2).

El servicio de Gastroenterología inicia sus funciones paralelamente al funcionamiento del HCAB realizándose las Consultas Clínicas y los procedimientos endoscópicos correspondientes.

En el Servicio de Gastroenterología del Hospital Carlos Alcántara Butterfield de EsSalud-La Molina, no existe sistematización de ningún tipo acerca de las colonoscopias realizadas desde la fecha de su creación a la actualidad, motivo por el cual es importante este trabajo, porque establecerá una primera descripción y análisis de los procedimientos colonoscópicos realizados.

1.1.2. Fundamentos

1.1.2.1. Marco Teórico: La Colonoscopia

A) Reseña histórica

La colonoscopia ha mejorado significativamente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del intestino grueso desde su introducción hace más de 30 años, llegando a ser uno de los más importantes procedimientos en la detección temprana y prevención del cáncer de colon (1).

La tecnología de la fibra óptica flexible comenzó a ser usada para la visualización del colon varios años después que fue introducido la fibra óptica para el gastroscopio, el cual se introdujo en 1957. El primer fibrocolonoscopio disponible comercialmente, el Overholt Coloscope, hecho por American

Cystoscope Markers Incorporated, o ACMI, apareció en los inicios de la década del 60.

El éxito de la introducción de la endoscopia fibrooptica a través de la boca permitió su adaptación para la inserción al final del tracto digestivo. El examen por especulo del ano y el recto ha sido de amplio uso desde fines de 1800. Para propósitos prácticos el largo máximo de un proctosigmoidoscopio recto, hueco y rígido fue encontrado en 25 cms. Un instrumento similar al gastroscopio semiflexible debió haber sido útil pero la tortuosidad del colon sigmoides fue mas allá de la capacidad de doblar el lente y el prisma del endoscopio.

Aún el fibroscopio no tenía la capacidad de avanzar en forma retrógrada dentro del colon, aunque unos pocos examinadores arriesgados trataron de usar el esofagoscopio fibrooptico de tiempo en tiempo de esta manera..

De acuerdo a Bergein F. Overholt quien fue el pionero del desarrollo de la colonoscopia fibrooptica, el trabajo fue estimulado debido a una inusual experiencia desagradable sufrida por el Dr. J. Howard Gowan, a quien se le realizó una proctosigmoidoscopia. En 1961 Overholt era un interno del Hospital Universitario de Ann Arbor. Como parte de su solicitud

de becario para un servicio público de salud, Overholt fue entrevistado por Gowan, quien precisamente se sometía a un molesto chequeo en el Hospital.

Overholt, estando bien informado con los principios y expectativas de la fibra óptica comentó sobre la posibilidad de un procedimiento sigmoidoscópico más confortable.

Overholt, con el apoyo de su mentor, Dr. H. Marvin Pollard, se esforzó para superar estas dificultades, sobre todo el de un colon serpentiforme. Desde un molde de silicona, él creó un modelo parecido a un colon distal humano, luego esto posibilitó las adaptaciones necesarias del control y torque de un endoscopio fibroóptico que resultó en un prototipo del primer instrumento empleado clínicamente en 1963. Además se requirió un refinamiento, y no fue hasta 1967 en la reunión de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) que Overholt describió, a una audiencia escéptica, su experiencia en examinar los primeros 40 pacientes. Por coincidencia este evento tuvo lugar en el mismo local donde Hirshowitz, también representando a la Universidad de Michigan, describió 10 años antes el primer gastroscopio fibroóptico.

Al inicio su uso fue dificultoso debido a la limitada deflexión de la punta y a la estrecha angulación de la visión, además de la dependencia de la fluoroscopia y cierto rechazo inicial de los endoscopistas para el uso de sedación en los pacientes. A los finales de los 60, se mejoro la manufactura de la instrumentación, y se desarrollo una técnica para la colonoscopia total. A partir de entonces el uso del colonoscopio se amplio en todo el mundo, evolucionando posteriormente en la década del 80 al videocolonoscopio con mejoría de la imagen y un adelanto importante en la enseñanza de este procedimiento (2, 3).

B) Definición

La palabra endoscopia proviene de dos palabras griegas: El prefijo *endo*, que significa dentro de; y el verbo *spokein* que significa ver o observar. El término se emplea para el procedimiento que observa dentro de las cavidades del cuerpo vivo.

La colonoscopia es un procedimiento endoscópico que nos permite observar el interior del colon, teniendo la posibilidad de evaluar en su totalidad sus diferentes segmentos, incluyendo en su evaluación al ileon terminal.

C) Técnica

El examen practicado a los pacientes es la colonoscopia. La realización de la colonoscopia se inicia cuando el paciente adopta la posición decúbito lateral izquierdo con las rodillas flexionadas, comprobando previamente con minuciosidad si las funciones del colonoscopio y todos sus accesorios se encuentran adecuadamente operativos, continuando con un tacto rectal, luego se introduce el instrumento a través del ano, todo ello con la lubricación respectiva. Posteriormente el operador debe realizar una serie de maniobras que logren el avance del instrumento, aplicando algunas normas fundamentales como las siguientes: (9)

-Insuflar tan poco como sea posible sin que se dificulte la visión y aspirar el aire siempre que se pueda.

-Actuar con delicadeza y evitar la formación de asas innecesarios para lo cual hay que empujar lo menos posible.

-Hacer retroceder el colonoscopio, y por consiguiente acortar el colon a la menor oportunidad.

Observar la longitud insertada del colonoscoio y procurar que sea adecuada la localización anatómica

-Prestar atención a las molestias del paciente que indiquen un exceso de aspas o de insuflación.

Los detalles de las técnicas pueden variar, pero todos los métodos de introducción del instrumento hasta el ciego giran alrededor de pocas maniobras básicas. Estas incluyen el avance del instrumento o su extracción; la deflexión del extremo hacia arriba, abajo, derecha o izquierda; torsión hacia la derecha o izquierda; insuflación o aspiración de aire. También puede necesitarse cambios de posiciones que debe adoptar el paciente o aplicar una compresión a la superficie abdominal para la facilitación del avance instrumental. Además debemos ayudarnos con diferentes referencias anatómicas endoscópicas, sobre todo con los diferentes ángulos que adopta el trayecto del colon y externamente observando la posición de la luz que por transiluminación se refleja en la pared abdominal, todo ello con el fin de determinar con exactitud el lugar donde se encuentra el instrumento durante el procedimiento.

A pesar de realizar las diferentes maniobras adecuadamente, en muchas ocasiones existen dificultades para lograr el éxito de la intubación de los diferentes segmentos que debemos observar. El colon redundante y la presencia de ángulos

colónicos marcados usualmente dificulta el examen, y en un 5% de casos de esta combinación hace imposible la inserción completa del colonoscopio. Las estenosis de diversas causas, la enfermedad diverticular son otras causas que pueden ser un impedimento para poder pasar el instrumento.

Durante el examen podemos evaluar el Recto, Colon Sigmoides, Colon Descendente, Colon Transverso y Colon Ascendente hasta la región Cecal, siendo el ciego la región que con mayor exactitud podemos definir, y con ello determinar que el examen se ha completado exitosamente. Es posible también al identificar la válvula ileocecal introducir el instrumento a través de ella y observar un trayecto de la mucosa del ileon distal.

Debemos de recordar que debido a la ausencia de puntos de referencia absolutos a lo largo del colon, aún si el endoscopista ha realizado exitosamente la colonoscopia total con identificación de la válvula y polo cecal, existe la posibilidad de cometer errores acerca de la localización de la punta del instrumento y la localización de los hallazgos patológicos. Aún un endoscopista experimentado puede equivocarse en señalar el ángulo esplénico por ángulo hepático o el ángulo hepático por el ciego.

D) Indicaciones

Con el aumento de la disponibilidad y mejoría técnica del instrumento, frecuentemente es utilizado como procedimiento de primera línea sin estar precedido por un examen radiológico baritado, el cual para muchos pacientes causa mayores molestias que la colonoscopia debido a que en ella se requiere insuflación con enema de bario.

Actualmente las indicaciones para la realización del examen colonoscópico, incluyen un variado numero de enfermedades. Estas se basan actualmente en publicaciones que estandarizan la buena práctica endoscópica, y sus recomendaciones parecen ser la mejor forma de ejercer una optima practica médica.

Según las guías de la Sociedad Endoscópica Digestiva Francesa (SFED) (4) y de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) (5), las indicaciones para una colonoscopia total son resumidas a continuación:

- a) Síntomas que indiquen alteración de los hábitos evacuatorios en pacientes mayores de 50 años.
- b) Signos clínicos que sugieran patología intestinal
- c) Presencia de sangre oculta en heces

d) Pacientes con alto riesgo de cáncer colorectal, por ej. Parientes de primer grado (padre, madre, hermano, hermana) quienes tuvieron cáncer colorectal antes de los 60 años.

e) Pacientes con presencia de un muy alto riesgo genético colorectal, por ej. pacientes con familiares con poliposis adenomatosa múltiple o con cáncer colorectal no polipósico hereditario.

f) Historia de una resección de emergencia, por ej. un tumor sin exploración previa. La colonoscopia total debiera realizarse 3 - 6 meses luego de la cirugía.

g) Hallazgos en las radiografías de contraste de imágenes sugestivas de pólipos o de lesión tumoral, a fin de confirmar las lesiones.

h) El hallazgo, durante una proctosigmoidoscopia, de un adenoma, cuando se va a investigar otras lesiones de colon.

i) Cuando hay un cambio de sintomatología clínica y/o aparición de signos clínicos sugestivos de patología intestinal.

j) Cuando hay una historia de adenomas, excluyendo los pólipos hiperplásicos

k) En casos de cáncer de colon o pólipo degenerativo invasivo tratado por resección quirúrgica con un objetivo curativo.

l) En casos de alto riesgo genético de cáncer colorectal. En pacientes con una historia familiar de cáncer colorectal de primer grado, se debe hacer una colonoscopia total cada 5 años después de un examen negativo.

A las indicaciones anteriores es además necesario remarcar que aún es controversial el estudio de despistaje en personas asintomáticas para detectar cáncer o pólipos colorectales sin enfermedades premalignas o de base (8).

También podemos realizar colonoscopias terapéuticas en situaciones especiales como:

- Tratamiento de sangrado en casos como la malformación vascular, úlceras, neoplasias, lugar de la polipectomía y telangiectasia por radioterapia.

- Descompresión de megacolon agudo no tóxico o del vólvulo sigmoides.

- Remoción de cuerpos extraños.

- Dilatación de lesiones estenóticas (por ej. lesiones anastomóticas).

- Marcar la localización de una neoplasia para su tratamiento quirúrgico (3, 6, 7, 9).

E) Contraindicaciones:

El examen colonoscópico esta contraindicado en pocos casos, los cuales en términos generales incluyen pacientes con dolor abdominal y enfermedades sistémicas o agudas severas.

La distensión del colon producida por el aumento de la presión del aire, y el pasaje del instrumento, sobre todo a través de segmentos con asas, aumentan el riesgo existente de producir complicaciones, como la perforación. Por ello es necesario recordar las principales causas para la contraindicación de este examen (3, 7, 9).

a) Procesos inflamatorios agudos y severos del colon, donde podemos incluir la colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, colitis isquémica, diverticulitis aguda, colitis infecciosa colitis por radiación y el megacolon tóxico.

En todos estos casos la presencia de dolor a la palpación abdominal indica un mayor riesgo de perforación intestinal, la colonoscopia sólo debe practicarse justificadamente y con mucho cuidado. Si se observan úlceras grandes y profundas, la

debilidad de la pared debe hacer aconsejable limitar la extensión explorada o suspender la técnica.

b) Sospecha clínica de peritonitis.

No debe realizarse en ningún caso en pacientes que presenten dolor a la palpación abdominal, peritonismo o peritonitis, sea cual sea la causa, debido al mayor riesgo de perforación.

c) Infarto reciente del miocardio.

d) Shock.

e) Embarazo (segundo y tercer trimestre).

f) Cirugía reciente abdominal o pélvica.

g) Aneurisma grande de la arteria aorta o iliaca.

h) Mala preparación del colon.

Dependiendo de la experiencia del endoscopista y de la cantidad de residuos fecales, se puede intentar la introducción del instrumento instilando suero fisiológico a través del canal de instrumentación.

i) Paciente que no colabora con el examen.

F) Riesgos y complicaciones

El examen colonoscópico es relativamente una experiencia estresante que puede producir un fuerte estímulo vagal, disritmias, alteraciones electrocardiográficas menores y un grado de hipotensión; por lo que esta contraindicado poco después de un infarto al miocardio.

La colonoscopia es significativamente más peligrosa que los estudios radiológicos baritados, lo que debe tenerse presente antes de recomendarlo entusiastamente como procedimiento diagnóstico habitual (9). La colonoscopia la cual usa sedación y requiere soporte capacitado, es más costosa y tiene un mayor riesgo que otros exámenes de despistaje, particularmente cuando se realiza la polipectomía. Es relativamente segura, con una baja incidencia de complicaciones, tales como la perforación colónica, hemorragia, paro cardiopulmonar o sepsis (10). Además es posible la presentación de complicaciones desde el momento de la preparación intestinal, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, otras complicaciones menores incluyen tromboflebitis, distensión abdominal, episodio vasovagal, vólvulo y otras. Es importante seleccionar a los pacientes que requieren dosis de antibióticos con fines profilácticos

(portadores de válvulas cardíacas, pacientes inmunosuprimidos y otros) por la posibilidad de desarrollar una septicemia ocasionada por microorganismos gram negativos después de la instrumentación (11 - 14).

La perforación del colon es una de las complicaciones más frecuentes y serias de la colonoscopia. Cuando se interviene quirúrgicamente al paciente poco después haber practicado la colonoscopia, es posible ver pequeños desgarros en la superficie serosa antimesenterica del colon y hematomas en el mesenterio. También se ha observado neumoperitoneo o perforación ileocecal sin causa explicable, después de una colonoscopia limitada al colon sigmoides.

La perforación del colon puede ocurrir como resultado de:

- Una fuerza mecánica contra la pared del intestino
- Distensión neumática del intestino, o
- Como resultado directo de un procedimiento.

Los síntomas iniciales de la perforación incluyen dolor abdominal y distensión. En forma más tardía se presenta fiebre, leucocitosis y un cuadro de peritonitis. Cuando existen signos francos de perforación, lo mas aconsejable en forma

inmediata es la cirugía. Si existe una pequeña cantidad de aire libre en la cavidad peritoneal pero sin síntomas, el paciente puede ser tratado en forma conservadora, con antibióticos pero sin cirugía. En algunos casos el cirujano debe estar siempre en observación cercana del paciente y decidir si la cirugía esta o no indicada (3). La Tomografía puede ser usada en pacientes con sospecha de perforación.

Las tasas de perforación pueden o no diferir de las colonoscopias diagnosticas vs. las terapéuticas. Se presenta una perforación por cada 1,700 exploraciones, significativamente más peligrosa que los estudios radiológicos baritados que es de una perforación por cada 25,000 exploraciones (9). En un estudio de 5000 colonoscopias, incluyendo 1795 polipectomias con asa, hubieron 4 perforaciones durante la colonoscopia diagnóstica (0.12%) y 2 perforaciones después de intentar la polipectomía (0.11%) (12).

En revisiones de fines de la década de 1980 y 1990 señalan que mortalidad debido a la perforación es de 1 en 15,000 colonoscopias, muchas de las muertes ocurren después de un manejo conservador inapropiado de la sospecha de la perforación (3). En una revisión de colonoscopia y

sigmoidoscopia se reportaron 5 muertes en 83,725 procedimientos (14).

El porcentaje de sangrado después de una polipectomía esta alrededor de 1.5%, pero puede disminuir con una mejor atención de las técnicas de hemostasia (3). Una hemorragia clínicamente importante definida como una hemorragia digestiva baja requiere transfusión sanguínea y en ocasiones una nueva colonoscopia, estudios de gammagrafía, arteriografía o cirugía.

Como señalamos anteriormente las complicaciones pueden también presentarse con la preparación previa de la limpieza intestinal que es de suma importancia para la observación de la mucosa intestinal. Estas se relacionan sobre todo con disturbios hidroelectrolíticos en pacientes ancianos con trastornos cardiovasculares o renales. Además otras complicaciones pueden incluir las náuseas y vómitos que pueden conducir a un síndrome de Malory Weiss, pudiéndose producir una perforación esofágica o una aspiración pulmonar.

Existen diversas formas de preparación de limpieza intestinal por vía oral que incluye la solución salina al 0.9%, la solución electrolítica equilibrada, la solución electrolítica equilibrada con

polietilenglicol, el manitol, y el fosfato sódico. El manitol puede causar una explosión debido a la formación de gases potencialmente explosivos en el colon, sobre todo en procedimientos electro-quirúrgicos; y las preparaciones con fosfato sódico pueden causar cambios endoscópicos y hallazgos histológicos que pueden confundir con una enfermedad inflamatoria intestinal.

1.1.2.2. Estudios Anteriores

Trabajos anteriores demuestran que la patología más frecuentemente encontrada en los estudios colonoscópicos a nivel local, y mundial incluyen patologías como: enfermedad diverticular (33, 34, 38, 49, 50), los pólipos colorectales (23, 96), el dolico colon (17, 52, 53 y 54), la angiodisplasia (7,17), la colitis ulcerativa (16, 23, 76, 77) y el cáncer colorectal (7, 17, 56, 59, 65, 66).

Entre las indicaciones más frecuentes en diferentes trabajos se mencionan: El sangrado intestinal, la diarrea crónica, el estreñimiento crónico, anemia crónica y estudios de despistaje de cáncer colorectal (7, 18, 21, 23 - 26).

En cuanto a los riesgos y complicaciones del examen colonoscópico se mencionan entre los estudios desde la ausencia total de complicaciones, hasta complicaciones mínimas o severas como: El

dolor abdominal, la hemorragia, la perforación intestinal y en algunos casos la muerte (6, 12, 21, 23).

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivo general

Describir los hallazgos colonoscópicos durante los años 2000 – 2003 en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Carlos Alcántara de EsSALUD-La Molina.

1.2.2. Objetivos Específicos

- a) Determinar las características epidemiológicas de la población sometida al examen colonoscópico durante el período 2000 – 2003 en el Servicio de Gastroenterología del Hospital. (Edad, sexo, procedencia).
- b) Determinar las características clínicas de la población sometida al examen colonoscópico durante el período 2000 – 2003 en el Servicio de Gastroenterología del Hospital. (diagnóstico, riesgos y complicaciones más frecuentes).

CAPITULO II

METODOLOGÍA

2.1 Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo y retrospectivo.

2.2 Población del estudio

Estuvo constituida por los pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital La Molina que se realizaron un procedimiento colonoscópico durante el período Setiembre 2000 – Setiembre 2003.

2.3 Muestra de Estudio

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes durante el período mencionado.

2.4 Criterios de Inclusión

- Presencia de sangre oculta en heces
- Historia familiar de cáncer colorectal
- Hallazgos en las radiografías de contraste con imágenes sugestivas de pólipos o lesión tumoral.
- Alteraciones del ritmo evacuatorio.

- Dolor abdominal crónico.
- Estudio de diarrea crónica.
- Signos clínicos que sugieran patología intestinal.

2.5 Criterios de Exclusión

- Inflamación aguda del colon (fulminante).
- Peritonitis.
- Embarazo (segundo y tercer trimestre).
- Shock.
- Cirugía reciente abdominal o Pélvica.
- Aneurisma grande de la arteria aorta o iliaca.

2.6 Metodología para la Recolección de Datos

La información se recolectó de forma directa con una ficha de recolección de datos (Anexo 5). A los pacientes en consultorio externo, previamente a la realización del examen, se les informó en que consistió el examen y se les indicó una preparación de limpieza intestinal de acuerdo a sus características individuales (Anexo 4).

2.7 Técnica y Método de trabajo

Los pasos del estudio fueron los siguientes:

- a. De los archivos del servicio de Gastroenterología del HCAB, se seleccionaron a los pacientes a los cuales se les practico el estudio Colonoscópico entre Septiembre 2000-Septiembre 2003, y con el fin de evaluar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes se revisaron las Historias Clínicas respectivas del archivo del Hospital.
- b. Para consignar las características de los pacientes, se confeccionó una ficha de recolección de datos (Anexo 5).
- c. Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes intervinientes en el estudio anexo 3).
- d. El paciente fue sometido al examen colonoscópico. Para la realización de dicho examen, se utilizó un Colonoscopio de fibra óptica flexible marca Olympus CF. Además de ello se contó con los aditamentos necesarios para ello.
- e. Se elaboró la hoja de recojo de información (Anexo 5).

2.8 Tareas Para el Logro de Resultados y Recolección de Datos

El método de recolección de los datos fue mediante ficha de recolección de datos diseñada para el estudio.

Los pasos para la recolección de los datos fueron de la siguiente manera:

- Autorización o permiso del comité de ética e investigación del Hospital, a quienes se remitió una copia del proyecto con su respectiva ficha de recolección de datos. En esta ficha se explicó la intención del estudio y de los efectos colaterales que pueden presentarse.
- Capacitación de personal profesional que participó en la investigación y llenado de la información en la ficha de datos.
- Recolección de datos según cronograma de actividades previsto.
- Supervisión del personal para asegurar que el plan de recolección garantice la validez y confiabilidad de los datos y los resultados obtenidos en el estudio.

2.9 Procesamiento y análisis de datos

Los datos se procesaron y analizaron de la siguiente manera:

- Revisión de datos, examinando de forma crítica cada una de las fichas utilizadas (control de la calidad), a fin de hacer las correcciones pertinentes.
- Codificación de los datos, transformando los datos en códigos numéricos de acuerdo a la respuesta esperada.

- Clasificación de los datos: según codificación, escala y nivel de medición e indicadores de las variables identificadas en el estudio.
- Recuento de los datos: se consideraron los medios electrónicos de bases de datos como es el programa Excel 2000. Además se obtuvo las matrices de tabulación o tablas en blanco requeridas.
- Se presentó los datos, mediante la confección de las tablas definitivas para la presentación de los resultados del estudio.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. RESULTADOS

3.1.1.Procedencia por distrito de los pacientes

Del total de 370 pacientes examinados el 96.7% provienen de los distritos de La Molina (54.1%) y de Surco (41.6%). El resto de pacientes que incluyen solo un pequeño porcentaje del estudio(4.3%), provienen de distintos distritos como: Cieneguilla, Ate-Vitarte, Callao, Chorrillos, El Agustino y otros (Tabla N° 1 y Gráfico 1).

3.1.2. Distribución según edad y sexo

El estudio comprende un total de 392 exámenes colonoscópicos, practicados en 370 pacientes.

La mayor parte de los pacientes del estudio se encuentra a partir de los 50 años, teniendo como pico máximo la década entre 60-69 años con el 30.61%. El 77.55% de los pacientes se encuentra entre los 50 y 89 años. La atención del servicio es primordialmente de adultos siendo la persona mas joven en este estudio de 18 años y el de mayor edad de 89 años.(Tabla N°2 y Gráfico 2).

En cuanto al sexo de los pacientes, se encuentra un mayor porcentaje de mujeres el 69.39%, en relación con el 30.61% de varones. Una relación aproximada de 2.3/1. (Tabla N° 3 y Gráfico 3)

La mayor cantidad de pacientes, tanto de sexo masculino como femenino se encuentran entre los 60 y 69 años., con un porcentaje de 8.7% y 21.9% respectivamente. La edad promedio es de 59 años. (Tabla N° 4 y Gráfico 4)

3.1.3. Numero de colonoscopias realizadas por año

Desde el funcionamiento del Hospital se inician las evaluaciones por el servicio de gastroenterología, iniciándose los exámenes colonoscópicos en el mes de Setiembre del 2000, en dicho año se realizaron 22 exámenes que representan el 5.6% de los exámenes totales realizados, en los años posteriores se han realizado 123 (31.4%) el 2001, 119 (30.4%) el 2002 y 128 (32.7%) hasta Setiembre del 2003. (Tabla N° 5 y Gráfico 5)

3.1.4. Síntomas

Los síntomas más frecuentes encontrados fueron: el dolor abdominal 47.9% ya sea localizado (flanco izquierdo 19.9%, flanco derecho 15.8%, epigastrio 0.8% abdomen inferior 1.8% y mesogastrio 0.3%) o difuso (9.8%). Los trastornos evacuatorios 20.6%, tanto diarrea crónica 5.7% y el estreñimiento crónico 14.9%. La alternancia evacuatoria corresponde al 12.6% cuadros alternados entre diarrea-normalidad 5.1%, estreñimiento-normalidad 2.4%

y diarrea-estreñimiento 5.1%. Los cuadros de hemorragia digestiva baja corresponden al 6.9%, tanto rectorragia 5.1% y enterorragia 1.8%. Otros síntomas con menos porcentaje incluyen: Heces con o sin sangre-moco-pujo 4.8% , Escíbaros 1.8%, heces delgadas y otros. (Tabla N° 6 y Gráfico 6)

3.1.5. Signos

Los principales signos encontrados en el estudio son: Velocidad de sedimentación globular (VSG) elevado 24%, thevenon trazas/positivo 22%, disminución de peso 21.3% y anemia crónica 20.7%. Otros signos menos frecuentes incluyeron: radiografía de colon D-C con sospecha de lesión, tumoración perianal, masa palpable abdominal y otros.(Tabla y Gráfico 7)

3.1.6. Indicaciones para colonoscopia

Las indicaciones mas frecuentes para la realización del estudio fueron: Trastorno funcional digestivo en 103 pacientes (26.3%), dolor abdominal en 74 pacientes (18.9%), despistaje en 55 (14%), neoplasia maligna (nm) de colon en 36 (9.2%), estreñimiento crónico en 30 (7.7%), control/seguimiento en 27 (6.9%). Otras indicaciones menos frecuentes incluyen: Síndrome anémico, colitis ulcerativa, síndrome consuntivo/nm oculto, enfermedad diverticular del colon, nm rectal, hemorragia digestiva baja, anemia megaloblastica, proctitis actínica y otros. (Tabla y Gráfico 8)

3.1.7. Alcance del examen colonoscópico

De acuerdo a las indicaciones respectivas de cada paciente se estableció la realización de un examen de colonoscopia izquierda o derecha. La colonoscopia total hasta ciego y/o ileon fue realizada en 225 casos (57.4%), se alcanzó el ciego en el 49.5% y al ileon en 7.9%. El colon ascendente y el ángulo hepático se examinó en 55 (14%).

Se realizaron 112 colonoscopias izquierdas (28.6%): 45 sigmoidoscopias (11.5 %) y 67 exámenes hasta el colon descendente (17.1 %) , 64 al ángulo esplénico (6.3 %) y 1 al colon transversal (0.25 %). (Tabla y Gráfico 9)

3.1.8. Causas del examen colonoscópico incompleto

Las causas por las cuales no se pudo completar el examen planificado previamente incluyeron un total de 73 exámenes, estas se debieron en su gran mayoría por mala preparación 51 (69.9 %) , múltiples angulaciones con o sin EDC 15 (20.5%), estenosis 4 (5.5 %), dolor durante el procedimiento 2 (2.7%) y resto de melena en región cecal 1 (1.4 %). (Tabla y Gráfico 10)

3.1.9. Diagnósticos colonoscópicos

Se encontraron 230 exámenes normales (58.7%), estos incluyeron 67 colonoscopias izquierdas normales (29.1%), 141 colonoscopias derechas normales (61.3%) y 22 ileoscopias normales (9.6%). (Tabla y Gráficos 11 y 12).

Los diagnósticos colonoscópicos patológicos incluyen un total de 232 resultados, realizados sobre 162 exámenes anormales. Los diagnósticos endoscópicos más frecuentes fueron: Enfermedad diverticular del colon 75 (32.3%), dolico colon 59 (25.4%), pólipo colorectal 47 (20.3%), neoplasia maligna colorectal 14 (6.0%), colitis ulcerativa 9 (3.9%), angiodisplasia 4 (1.7%) y otras patologías menos frecuentes 31 (10.2%). (Tabla y Gráfico 13)

La enfermedad diverticular del colon ocupó el primer lugar de todos los diagnósticos patológicos. El dolico colon ocupó el segundo lugar en frecuencia. Los pólipos colorectales ocuparon el tercer lugar (Tablas y Gráficos 13).

En los grupos etáreos de 60 a 69 y 70 a 79 años se observa la mayor frecuencia de enfermedad diverticular, con un predominio para el sexo masculino en el grupo etáreo de 70 a 79 años y para el sexo femenino entre los 60 a 69 años; Además la mayor frecuencia de esta patología se presentó en simoides con el 60% (Tablas y Gráficos 14 y 15).

Las Lesiones elevadas se presentaron con mayor frecuencia en el sexo femenino en el grupo etáreo de 50 a 59 años. (Tabla y Grafico 16)

La Mayor frecuencia de pólipos se presentó en el sexo femenino (58%) a predominio del grupo etáreo de 50 a 59 años(35.5%). Solo tuvieron diagnóstico de pólipo por estudio anatomopatológico 34 casos de 27 pacientes. Se encontraron 13 lesiones elevadas diagnosticadas con la visión endoscópica, pero que en la lectura anatomopatológica no resultaron ser

pólipos, sino colitis inespecíficas. Hubo un caso de los 39 pacientes con diagnóstico de poliposis múltiple de colon. Los pólipos fueron encontrados a partir de los 40 años. La edad de mayor frecuencia para la presentación de los pólipos fue entre los 50-59 años tanto para el sexo masculino como para el femenino con un total del 52.9%, encontrándose el 17.6% y 35.3% respectivamente. Luego en la edad entre 60-69 años se encontraron el 32.4% de los casos siempre con un predominio de las mujeres. (Tabla y Gráfico 17).

En relación a la localización de las lesiones elevadas con diagnóstico de pólipo, el mayor porcentaje de ellos se ubicó en el Rectosigmoides 19 casos (55.9%), en el Recto 8 casos (23.5%) y en el C. Sigmoides 11 casos (32.3%). Luego a nivel del Colon Descendente 6 casos (17.7%) y C. Transverso 3 casos (8.8%). Los demás segmentos también tuvieron representación con menos casos cada uno de ellos. (Tabla y Gráfico 18)

Se encontraron los 4 tipos de lesión elevada clasificados por Yamada. El tipo de Lesión elevada Yamada I fue la más frecuente con 18 casos (53%), 9 de los cuales estuvieron localizados en el rectosigmoides. Los tipos de lesión elevada Yamada II y III tuvieron 6 casos (17.7%) cada uno de ellos. (Tabla y Gráfico 19)

Con relación al tamaño de los pólipos, las más frecuentes estuvieron entre los 1-5 mm con 20 casos (58.8%) 15 de los cuales correspondió al tipo Yamada

I. Luego entre 6-10mm 9 casos (26.5%), entre 11-15mm 3 casos (8.8%) y entre 16-20mm 2 casos (5.9%). (Tabla y Gráfico 20)

Los diagnósticos por biopsia incluyeron 2 tipos de pólipos: Los pólipos hiperplásicos y adenomatosos tubulares. Los pólipos adenomatosos tubulares colorectales fueron los mas frecuentes 18 casos. Los pólipos hiperplásicos colorectales casos 14 casos. (Tabla y Gráfico 21)

Existieron 10 casos de pólipos adenomatosos tubulares de colon y 4 casos de pólipos adenomatosos tubulares de recto ambos con displasia leve o moderada. Ningún caso con displasia severa. En cuanto a las lesiones elevadas diagnosticadas por biopsia y anatomía patológica predominó el pólipo adenomatoso tubular de colon con 31.1%. (Tabla y Gráfico 21). Además el mismo presentó un predominio en la forma de displasia moderada (42.9%). (Tabla 22)

La neoplasia maligna colorectal ocupó el cuarto lugar de frecuencia con 14 diagnósticos establecidos endoscópicamente, aunque solo 12 se confirmaron anatomopatológicamente. La incidencia de cáncer colorectal en nuestro estudio fue de 3.06%, de los cuales 8 (66.7%) pertenecieron al sexo femenino y 4 (33.3%) al sexo masculino, siendo la década mas frecuentemente afectada entre los 70-79 años. (Tablas 23 a 25 y Gráfico 22)

3.1.10. Diagnósticos anatomopatológicos

Se tomaron 85 biopsias cuyos informes revelan los siguientes diagnósticos : Colitis crónica (29.4%), pólipo adenomatoso tubular de colon (16.5%), pólipo hiperplásico de colon (12.9 %), adenocarcinoma de colon (8.2%), adenocarcinoma de recto (5.9%), pólipo adenomatoso tubular de recto (4.7%), pólipo hiperplásico de recto (4.7%), proctitis crónica (4.7%), colitis ulcerativa crónica (4.7%), y otras patologías de menor frecuencia que hacen un total de (8.4%). (Tabla 26 y Gráfico 23).

3.2. DISCUSIÓN

3.2.1. Procedencia por Distrito de los pacientes

Casi la totalidad de los 370 pacientes examinados, el 95.7% corresponden al área de jurisdicción del Hospital y corresponden a los distritos de La Molina y Surco.

Aunque el distrito de Cieneguilla pertenece al área de influencia hospitalaria existe una mínima presencia de ellos en el estudio debido probablemente a la baja población adscrita de dicho distrito y a su relativa lejanía.

También podemos observar que un porcentaje pequeño de pacientes acuden a nuestro servicio de otros distritos de la ciudad como: Ate-Vitarte, Callao, Chorrillos y otros, debido principalmente a referencias hechas por

carencia o deterioro transitorio de los instrumentos endoscópicos de otros Policlínicos o Hospitales.

3.2.2. Distribución según edad y sexo

La atención ofrecida en el servicio de gastroenterología corresponde básicamente a adultos, por lo que todos los pacientes a los cuales se les practicó el examen colonoscópico son mayores de 18 años. Existe una predominancia de exámenes realizadas en mujeres sobre los hombres, la cual prácticamente es el doble de ellos: 69.4% vs. 30.6%.

Esto se hace mas evidente entre los 50 – 69 años donde las mujeres presentan el 40% y los varones el 17.1%, además ésta es la edad en la que se han realizado el mayor número de exámenes para ambos sexos. Existen diversos estudios donde las diferencias por sexo son mínimas(15,18) o existen predominancia hacia cualquier género (7, 16, 17, 19, 20).

SANTOS y col (18) de 667 pacientes señalan que el grupo etáreo predominante fue el de 61-70 años (21.6%).

CELESTINO y col (16) encuentran que el grupo etáreo más frecuente estuvo entre los 50-69 años (47.94%), al igual que el estudio de GALVEZ(15) que representó el 36.6% .

PIERZCHAJLO y col (19) señalan que de los 555 pacientes de su estudio el 62.5% correspondió al sexo femenino y 37.5% al sexo masculino, con un promedio de edad de 53.8 años.

El estudio de RAYMOND y col (20) sobre 686 pacientes presenta 43.5% de varones y 56.5% de mujeres, con un promedio de edad de 59.9 años.

NAHAS y col (31) en 1715 exámenes, más del 50% de los pacientes se encontraron entre los 50-70 años.

3.2.3. Numero de colonoscopias realizadas por año

Aproximadamente en el último trimestre del 2000 se inician los estudios colonoscópicos en el Hospital, por ello se realiza un porcentaje escaso de dichos exámenes en dicho año, para luego observarse un promedio estable de 123 exámenes anuales que representan aproximadamente el 31.5% del total en cada año: El 2001, 2002, hasta Setiembre del 2003 respectivamente. El número de exámenes realizados tiene relación directa con la demanda hospitalaria que se ha ido incrementando paulatinamente.

Los pacientes a los cuales se les indicó el examen colonoscópico provienen básicamente de la consulta externa o de interconsultas realizadas en los Servicios de Hospitalización de Medicina y/o Cirugía, realizándoseles los exámenes en forma ambulatoria a la casi totalidad de ellos. La indicación

para el examen es hecha por el servicio de gastroenterología necesariamente. Los casos de Emergencia generalmente por hemorragia digestiva baja severa son derivados a un Hospital de mayor nivel resolutivo.

3.2.4. Síntomas, Signos e Indicaciones

Debemos señalar que pueden existir más de un síntoma o signo por cada paciente pero sólo hemos catalogado la principal indicación diagnóstica por paciente.

Los primeros 4 síntomas más frecuentes incluyen el dolor abdominal en sus diferentes regiones topográficas, los trastornos evacuatorios los cuales los hemos catalogado como diarrea crónica o estreñimiento crónico, la alternancia evacuatoria (episodios de diarrea- normalidad, estreñimiento- normalidad y diarrea-estreñimiento) y la hemorragia digestiva baja.

Con respecto a los signos tanto en lo que respecta al examen físico y a los diferentes exámenes auxiliares realizados los primeros 4 más frecuentes fueron: VSG elevado, thevenon en heces: trazas/positivo, disminución de peso y anemia crónica.

En cuanto a las indicaciones más frecuentes mencionaremos al trastorno funcional digestivo, dolor abdominal, despistaje de nm colon, nm colon, estreñimiento crónico, control/seguimiento y síndrome anémico.

En el Perú, en el trabajo de CELESTINO y col (16) sobre 2270 pacientes a los cuales se les realizó 3054 exámenes, las indicaciones en el 90% de ellos fueron por síntomas digestivos bajos-diarreas y/o estreñimiento, con o sin dolor abdominal o meteorismo, hemorragia digestiva baja- rectorragia esporádica o masiva- anemia crónica y obstrucción baja, siendo las indicaciones más bajas para seguimiento y como método de detección.

El estudio de GALVEZ(15) en 803 procedimientos colonoscópicos realizados (no se registro indicación en 266 casos) sobre 775 pacientes las 5 indicaciones más frecuentes que representaron el 54.6% de los casos fueron: diarrea crónica, hemorragia digestiva baja, dolor abdominal rectorragia, despistaje nm colon y anemia.

JIMÉNEZ y col (21) en Brasil, sobre 8000 colonoscopias realizadas presenta como indicaciones mas frecuentes: sangramiento rectal, dolor abdominal, diarreas, dudas en el diagnostico radiológico y pesquisaje de pólipos y cáncer.

Estudios en Brasil de DUARTE(22) sobre 1000 colonoscopias realizadas la indicación más frecuente fue la alteración del hábito intestinal, SANTOS (18) sobre 737 exámenes colonoscópicos también señala que el sangrado intestinal fue la principal indicación para la realización del examen y SILVA(7) menciona como principales causas el sangrado rectal, diarrea crónica, estreñimiento crónico, dolor abdominal crónico y anemia crónica.

UNZUETA y col en México (23), sobre un análisis de 2000 colonoscopias encontró como indicaciones más frecuentes: hemorragia del tubo digestivo bajo (26.2%), sospecha de cáncer (20.1%), enfermedad inflamatoria intestinal (14.6%) y de pólipos rectocolónicos en 10%.

El estudio de LEE y col (24) en 409 colonoscopias efectuadas en Jamaica las 3 principales indicaciones fueron: sospecha de Pólipos (34%), hemorragia rectal (22%) y sospecha de carcinoma (11%).

BERKOWITZ y KAPLAN (25) en Sudáfrica, de 448 procedimientos las 7 principales indicaciones fueron: sangrado rectal, anemia por deficiencia de hierro, seguimiento de cáncer, seguimiento de pólipo, dolor abdominal, alteración en el hábito intestinal y "otros". Este último grupo fueron pacientes conocidos por tener colitis.

JABAR y col (26) en Malasia en un centro de referencia de tercer nivel, el cual fue un estudio prospectivo auditado para examinar las indicaciones más apropiadas para el examen colonoscópico, se realizaron 257 colonoscopias en 244 pacientes siendo las 2 principales indicaciones: La alteración del hábito intestinal (37%) y sangrado rectal (18%). El 84% de las indicaciones fueron juzgadas apropiadas según las guías de la ASGE (American Society of Gastrointestinal Endoscopy). Solo el 43% de todas las colonoscopias tuvieron hallazgos positivos. Los hallazgos positivos fueron encontrados en

93% de los casos juzgados apropiados comparados con solo el 7% de casos encontrados considerados inapropiados.

OGUTU y col (27) en Kenya de 247 pacientes consecutivos, las principales indicaciones fueron dolor abdominal bajo (35.6%), diarrea no sanguinolenta (22.3%), estreñimiento (21.4%) y sangrado rectal (19.8%).

KASSA (28) en Etiopía en un análisis retrospectivo de 640 pacientes a los cuales se les realizó 681 colonoscopias las principales indicaciones fueron: sangrado rectal (32.8%), cambios en el habito intestinal (24.7%), dolor abdominal (20.1%), radiografía de colon por enema de bario anormal (9.8%) y anemia por deficiencia de fierro (4.8%).

El estudio de PIERZCHAJLO y col. (19) efectuado en Georgia-USA de un total de 751 colonoscopias realizadas en 555 pacientes, las indicaciones más comunes fueron: Hemorragia (49.9%), seguimiento de pólipo (20.9%), dolor abdominal (11.7%), diarrea (11.6%) y hallazgos anormales en la sigmoidoscopia flexible (8.4%).

El estudio de RAYMOND y col (20) en Aquitaine-Francia donde se analizaron 686 colonoscopias, donde pudo existir más de una indicación, estas fueron: Síndrome de colon Irritable (34%), pacientes con alto riesgo (30%), trastornos evacuatorios recientes (27%), sangrado rectal(23%), test de sangre oculta en heces positivo (4.3%).

Como observamos de los diferentes estudios nacionales y extranjeros, las indicaciones más comunes para el examen colonoscópico incluyen: Los trastornos evacuatorios, el dolor abdominal, el sangrado rectal o la hemorragia del tubo digestivo bajo y la sospecha de pólipo y nm colorectal, todos ellos en diferentes porcentajes, pero que engloban la casi totalidad de indicaciones.

En nuestro estudio las principales indicaciones: Trastorno funcional digestivo, dolor abdominal, despistaje de nm colon, nm colon, estreñimiento crónico, control/seguimiento y síndrome anémico; representan el mayor porcentaje de indicaciones de los exámenes colonoscópicos realizados, en parte coincidente con la literatura referida. Es importante mencionar que en algunos estudios a diferencia del nuestro han tabulado más de una indicación por cada caso.

La gran mayoría de los trabajos referidos han presentado a la rectorragia o hemorragia digestiva baja como indicación, mientras que en nuestro estudio básicamente se encuentra como síntoma, el cual esta asociado a una clínica variada, por lo que la indicación que presentamos es mas especifica, nosotros mencionamos la indicación -solo una- la más probable de la enfermedad, quedando las otras tan solo como síntomas o signos.

Otra diferencia con la literatura revisada, es la presencia de un porcentaje importante de casos de pacientes que han acudido al servicio para la

realización de estudios de despistaje y seguimiento/control de lesiones colorectales. Esto probablemente debido a que los distritos que se encuentran en la jurisdicción del hospital tienen conocimientos de la importancia de la realización de estos exámenes y de las actividades de prevención y vigilancia realizada por el servicio. El despistaje de cáncer ha sido la tercera indicación para realizar la colonoscopia, y se ha dado el mayor énfasis para su búsqueda ello se refleja en el número de exámenes de VSG elevado, thevenon trazas/positivo y en las radiografías con enema de doble contraste del colon.

Además debemos de recordar que dentro de las indicaciones para la búsqueda de cáncer se menciona como indicaciones para la colonoscopia a pacientes de alto riesgo, con pólipos o con historia de cáncer colorectal. MARTINEZ y SYNGAL (29) señalan en su revisión actualizada sobre screening de cáncer de colon que En 1997 la Asociación Americana de Gastroenterología publicó sus guías clínicas para el screening de cáncer colorectal, con recomendaciones específicas de acuerdo al riesgo. Para individuos de riesgo promedio, el screening fue recomendado a partir de los 50 años de edad y debería incluir un test de sangre oculta anual con un examen sigmoidoscópico flexible cada 5 años o examen de colon de doble contraste cada 5 a 10 años, o colonoscopia cada 10 años. Por otro lado, las recomendaciones Canadienses sobre los Cuidados Preventivos de la Salud señalan un examen de sangre oculta en heces anual o bianual y un examen

sigmoidoscópico flexible, pero concluyó que no había suficiente evidencia para incluir o excluir la colonoscopia como un examen de screening inicial para individuos de riesgo promedio.

3.2.5. Alcance del examen y Causas del examen incompleto

Del total de colonoscopias realizadas 392, 73 procedimientos (18.62%) no pudieron ser completadas con éxito, esto se debió básicamente debido a la mala preparación del colon que incluía restos de heces en los segmentos examinados que hacían insuficiente la observación previa programada y en menor porcentaje a angulaciones marcadas, estenosis u otros.

RODNEY y col (30) de 293 colonoscopias el 54% de los pacientes sedados alcanzó el ciego, teniendo como limitación principal la cirugía previa abdominal. Refiere que los primeros 5 años de experiencia en la colonoscopia total hubo un efecto de aprendizaje que estuvo presente en los 50 procedimientos iniciales.

UNZUETA y col (23) tuvieron un 13% de colonoscopias incompletas la mayor parte de las veces por deficiente preparación intestinal puesto que en ocasiones son realizadas en forma urgente (5.2%), por médicos en periodo de adiestramiento (4.1%), intolerancia debido al dolor (2.7%) o estenosis (1%).

JIMENEZ y col (21) señalan que las primeras 1600 colonoscopias que realizaron entre los años 1975 a 1981 alcanzaron el ciego en el 30% de las pruebas realizadas y la exploración del ileon terminal en el 5%. En el año 1985 ya habían realizado 5000 colonoscopias y se había alcanzado la visualización del ciego en el 85% y la entrada al ileon en el 25%. Esto debido a la mayor destreza adquirida por los endoscopistas, al uso de equipos mas modernos y al no uso de pantallas fluoroscópicas que inicialmente utilizaban.

Además el fracaso para alcanzar el ciego principalmente fueron: Los pacientes con adherencias postoperatorias y en particular las mujeres con intervenciones quirúrgicas de los genitales internos.

RAYMOND y col (20) alcanzó el ciego en el 86% de colonoscopias y 99 (14%) fueron incompletas.

CELESTINO y col (16) refieren que lograron examinar el ciego y/o ileon en el 95% de los casos cuando era obligatorio hacerlo. El examen fue insuficiente debido principalmente a la mala preparación.

GALVEZ (15) refiere que tuvo 96 procedimientos (11.9%) que no se pudieron completar por la presencia de heces.

KASSA y col (28) encuentran un 79.3% de colonoscopias totales.

LEE y col (24) refieren que en el 33% de los casos realizaron una colonoscopia total. El colon ascendente y el ángulo hepático se examinó en un 25% y el colon transverso en otro 21%.

POLEO y col (32) de 325 pacientes consecutivos con indicaciones para colonoscopia, fue posible practicar una colonoscopia total en el 96.81% de los casos en que no hubo interferencias para la realización de este examen, y la intubación del ileon en el 77.32% de los casos en los que se pudo llegar al ciego.

PRADO y col (17) refieren que el 96.86% de las colonoscopias alcanzaron la región cecal mientras que el 3.14% de colonoscopias fueron incompletas refiriéndose a las colonoscopias izquierdas o por mala preparación.

De la literatura examinada observamos que los exámenes colonoscópicos tienen al igual que los resultados encontrados en nuestro trabajo una gran limitación en su realización en la preparación del paciente sobre todo en la limpieza intestinal. Nosotros hemos observado un porcentaje apreciable de mala preparación probablemente a la falta de comprensión de las indicaciones por parte de los pacientes, la cual nos hacían conocer luego de encontrar esta limitación en el examen. Las otras causas del examen incompleto tienen menor porcentaje de presentación y es variable en las diferentes series. También podemos mencionar que a medida que se va ganando destreza, se va haciendo mas factible la evaluación hasta ciego o

ileon, observando además que existe un rango amplio de logro de colonoscopia hasta ciego en los diversos estudios que en algunas series alcanza más del 90% de los casos. Nosotros nos encontramos en porcentajes inferiores.

3.2.6. Diagnostico Colonoscópico

En nuestro estudio las colonoscopias normales fue el diagnostico encontrado de mayor frecuencia ocupando el primer lugar. Esto se observo tanto en las colonoscopias izquierdas y derechas ambas hicieron un 58.7% de los casos totales.

UNZUETA y col(23) señala que las colonoscopias normales también fue el diagnostico más frecuente en su serie ocupando el primer lugar con 42.5%, al igual que otros trabajos como SILVA y col (7) que presenta 305 pacientes normales (41.7%), CELESTINO y col (16) refieren que el 45.20% de los procedimientos fue normal, el 52.78% anormal y el 2.02% insuficiente. JABAR y col (26) encontró que el 57% de los casos fueron normales y el 37% anormales, DUARTE y col (22) refiere el 43.2% de casos normales.

PRADO y col (17) de 381 pacientes estudiados menciona que 331 pacientes (86.8%) fue anormal y 50 pacientes (13.12%) fue normal. GALVEZ y col (15) reporta el 24.7% de sus casos como normales.

Por lo que observamos en los diferentes estudios el diagnóstico más frecuente en casi todos ellos es la colonoscopia normal teniendo un amplio rango de porcentaje encontrado que varían entre 24% al 57%. Los porcentajes más bajos pueden deberse a que en algunos estudios han incluido patología anorectal lo cual a diferencia de la gran mayoría de trabajos este tipo de patología no es incluida. Nuestros hallazgos se encuentran en el margen superior de lo encontrado, debiendo considerar para ello que existe un buen número de pacientes a los que se le realizó el procedimiento como estudio de despistaje.

En los diferentes estudios existe una variación de los diagnósticos patológicos en sus porcentajes:

PRADO y col (17) señala las siguientes patologías: DolicoColon 34.90%, enfermedad inflamatoria 13.38%, enfermedad diverticular 11.28% colon espástico 7.34%, cáncer 6.56%, lesiones elevadas 4.98% y otros.

CELESTINO y col (16) refiere: Pólipo/pólipos múltiples 25.03%, adenocarcinoma 24.68%, enfermedad diverticular del colon 23.46%, enfermedad inflamatoria 19.49%, estenosis 0.150% y otros.

SILVA Y col (7) señala: Enfermedad diverticular no complicada 36%, pólipos de colon 23.5%, cáncer colorectal 14.3%, rectocolitis ulcerativa 6.92% angiodisplasia 4.6% y otros.

JIMENEZ y col (21) encuentra: Pólipos 23%, enfermedades inflamatorias 11%, enfermedad diverticular 11%, tumores 5% y otros.

LEE y col (24) presentan pólipos en 135 exámenes, enfermedad diverticular en 69 casos y carcinoma en 13.

OGUTU y col (27) proctocolitis 20.2%, cáncer colorectal 12.1%, hemorroides 7.3%, pólipo colorectal 6.5% y diverticulosis 5.3%.

En nuestro estudio de los 232 diagnósticos colonoscópicos anormales, el diagnóstico de mayor frecuencia correspondió a la enfermedad diverticular del colon 75 (32.3%). La edad de mayor frecuencia comprometida estuvo entre los 60 y 79 años alcanzando un 72% de todos los casos con enfermedad diverticular del colon. El sexo con mayor frecuencia comprometido fueron las mujeres 49 (65.3%) y los varones 26 (34.7%), y entre las décadas de mayor compromiso 60-79 años, también las mujeres predominaron 45.3% y los varones 26.6%. Además se observó esta patología a partir de los 40 años hasta la década de los 90 años.

En cuanto a la distribución de la enfermedad la localización más afectada es el colon izquierdo con respecto al colon derecho, siendo el colon sigmoidees el de mayor compromiso con 60 pacientes (80%), seguido por el colon descendente con 51 pacientes (68%). Con mucho menor frecuencia se afectó el colon ascendente con 16 (21.3%) pacientes.

Además se observó en muchos pacientes un compromiso de 2 o más segmentos del colon, sobre todo la asociación Colon sigmoide-Colon descendente. En 14 pacientes se presentaron divertículos en todos los segmentos: Colon sigmoide, C. Descendente, C. Transverso y C. Ascendente.

La diverticulosis colonica no suele dar síntomas en los pacientes, solo una pequeña proporción de personas los experimenta levemente, por ello es que pocos buscan ayuda médica, salvo cuando ya existen complicaciones (51,35). Es raramente reversible, solo un 20% de todos los sujetos afectados desarrollan síntomas y signos de enfermedad, una pequeña minoría sufre complicaciones graves y no más de 1 paciente de cada 100,000 casos muere por esta enfermedad (55).

El trabajo de MARIN y col (38) evalúa la frecuencia de enfermedad diverticular del colon en 705 pacientes asintomáticos por endoscopia digestiva inferior, como parte de la evaluación medica preventiva, encontrando 197 pacientes con diverticulosis (27.9%) con una edad promedio de 61 años, siendo la localización más frecuente en el colon izquierdo.

HEMADEH y col (49) en su trabajo en el Hospital Makassed en Libano, menciona que existe un aumento en el numero de casos de la enfermedad diverticular del colon entre los pacientes admitidos a su Hospital, siendo

más prevalente entre los pacientes mayores de 50 años (76.5%) y en la población urbana (95.6%), refiere que la diverticulitis es la complicación más común entre los casos admitidos con diverticulosis (51%).

KIGULI-MALWADDE y KASOZI (50) en Uganda, encuentran en estudios radiológicos que la localización más frecuentemente afectada por la enfermedad diverticular del colon es el colon sigmoidees seguida del colon ascendente, todos con una edad mayor a los 40 años. Refieren que antes era una enfermedad desconocida en africanos negros, pero actualmente se esta observando un incremento de ella, por lo que su índice de sospecha diagnóstica debe de aumentar entre los médicos.

RODRÍGUEZ y col (33) refieren que la prevalencia de la enfermedad diverticular puede ser difícil de establecer, puesto que los estudios por autopsia tienden a subestimar la frecuencia de la enfermedad debido a que divertículos pequeños pueden no ser detectados. Esta enfermedad ha aumentado su incidencia en el siglo XX en los Países "occidentalizados", se consideraba previamente como una curiosidad patológica(61), lo cual señalan también estudios en nuestro medio como el de CONTARDO y FRISANCHO O (34), donde hacen referencia que al revisar la literatura médica nacional, la Enfermedad diverticular del colon en la década del 50 era realmente rara. A inicios del 70 reportan en el Hospital Rebagliati una prevalencia del 6%, diez años después utilizando la misma metodología diagnóstica en el mismo hospital se encuentra un 14% y cinco años

después 19%. Esto lo explican básicamente por que desde la década del 40 Lima ha seguido un rápido y progresivo proceso de urbanización, lo cual ha hecho que cambien sus patrones dietéticos, por lo que décadas después estamos asistiendo a un incremento de enfermedades poco frecuentes como la Enfermedad diverticular del colon.

Esta enfermedad ha aumentado a través de todo el siglo XX, haciéndose una de las más comunes en la población occidental por lo que algunos autores la han denominado "Enfermedad de la civilización occidental" o "Enfermedad del siglo XX" (39, 40, 41, 60).

Se producen de manera característica en personas que consumen dietas con poca fibra y poco residuo que dan por resultado evacuaciones duras y pequeñas (36). La diverticulosis es una enfermedad de la civilización occidental, y es uno de los trastornos gastrointestinales mas frecuentes, que se ve en aproximadamente en la mitad de la población mayor de 40 años y en dos terceras partes de los que se encuentran en la década de los 80. Se relaciona además con la edad avanzada y el aumento de la presión intraluminal (35, 42 - 44).

Al igual que en nuestro estudio donde el mayor porcentaje de divertículos esta localizado en el colon sigmoides, aunque sin llegar a los más altos porcentajes de estudios occidentales, la literatura refiere que hasta un 85% de casos se localizan en el colon sigmoides, , el segmento más pequeño de

diámetro luminal y, por tanto, la tensión de la pared durante la segmentación intraluminales son mayores, siendo el otro segmento más comprometido el colon descendente. Asimismo, el empleo de retretes de tipo occidental da lugar a mayores presiones intraluminales en comparación con la defecación en posición genupectoral, que es común en países del tercer mundo donde la frecuencia de diverticulosis es mucho menor. Debemos señalar que en la población asiática el colon derecho es el más comprometido y afecta a pacientes más jóvenes, por lo que se piensa que deben existir otros factores para ello, como los genéticos y ambientales (45 - 48). A medida que las dietas tipo occidental comienzan a penetrar en las culturas no occidentales, se incrementa la frecuencia de diverticulosis, lo mismo que su localización en el lado izquierdo del colon (33, 37).

En un principio se creyó que la enfermedad diverticular del colon era más frecuente en los varones, en estudios desde los mediados de los 50 se observa que esta enfermedad tiene en forma ya comprobada un leve predominio del sexo femenino sobre el masculino (61), en nuestro estudio se refleja esta condición pero en un mayor porcentaje 65.3%, asimismo en otros estudios (38) también predominaron las mujeres.

La segunda patología en frecuencia de las colonoscopias anormales en nuestro estudio es el dolico colon que representa aproximadamente la cuarta parte de los diagnósticos el 25.4%. Existen pocos estudios en nuestro medio acerca de esta entidad: En la década del 50, CARBAJAL en su estudio

Los dolicolones (52) en base a hallazgos clínico-radiológicos, refiere que el dolicolon constituye una verdadera enfermedad y el 50% corresponde a dolicosigmas y el 70% de los dolicolon dan constipación. En la década del 60, ALVAREZ (53) refiere que el dolicolon es una anomalía común en el poblador andino observando en el Hospital general de Chulec en La Oroya, que la incidencia alcanzaba al 54% en estudios radiológicos, observándose su mayor frecuencia en la tercera y cuarta década de la vida siendo igual para ambos sexos. En la década del 70, FRISANCHO P (54) refiere en su tesis doctoral, que esta entidad es una característica adquirida por el poblador de las zonas altas (más de 3000 metros de altura sobre el nivel del mar) de la región andina de Sudamérica. Refiere que el dolicomegacolon andino o dolicomegacolon de altura tiene múltiples causas: la alimentación predominantemente vegetariana y con abundante residuo, el hipobarismo de altura de acuerdo a la Ley de Boyle-Mariotte, la constipación crónica del poblador andino condicionado por su régimen alimenticio y la edad avanzada.

Observamos además que en los estudios actuales en su gran mayoría no se menciona dicha patología. En el estudio de PRADO y col (17) el dolicolon representa la primera causa de anormalidad con el 34.90% de los casos evaluados, refiriendo que ello se explicaría por la alta procedencia de pacientes de origen andino, en nuestro estudio encontramos un menor

porcentaje, pero esto también se debería a las mismas razones que refiere dicho autor.

Los Polipos colorectales fueron la tercera causa más frecuente en nuestro estudio. UNZUETA y col. (23) encuentran que los pólipos colorectales fueron el diagnostico mas frecuente en su serie, 722 pólipos colorectales en 405 pacientes. El 68% fueron en personas mayores de 50 años, localizándose mayormente en recto sigmoides: Recto 23.6% y Sigmoides 31.3%.

CELESTINO y col (96) reportan el diagnostico de 598 pólipos en 377 pacientes, 236 del sexo masculino y 141 del sexo femenino. La prevalencia de los pólipos colorectales especialmente de los adenomas, en su serie es mayor por encima de la sexta década de edad. La localización más frecuente fue en el rectosigmoides 68.9%: recto 21.9% y sigmoides 46.99%. En relación al tamaño el 49% fue menor de 10mm siendo la forma mas frecuente el tipo Yamada IV con el 42.14%. El 60.91% fueron adenomas tubular, vellosos o mixtos, además hubo una asociación adenoma con adenocarcinoma de 6.42%.

La literatura menciona que los pólipos pueden definirse como toda lesión benigna que hace protrusión arriba de la superficie de la mucosa que lo rodea. Pueden originarse en la mucosa o submucosa (80). Desde el punto de vista histológico, los pólipos del colon se clasifican en neoplásicos y no neoplásicos. El grupo neoplásico incluye adenocarcinoma y adenomas. La

prevalencia de adenomas se relaciona con mayor edad. En personas sanas entre 50 y 82 años se encontró una tasa de prevalencia de adenomas colorectales de 23 a 41%. Los estudios sugieren que se requieren por lo menos 5 años y con mas frecuencia 10 años, para que un pólipo adenomatoso se convierta en cáncer; mientras que los pólipos hiperplásicos no tienen este riesgo (75).

En nuestro estudio se demostró una distribución similar a lo que la literatura menciona en cuanto a la localización más frecuente en rectosigmoides. Se encuentra una mayor frecuencia en sigmoides antes que en recto, probablemente por que en muchos pacientes se practica una proctoscopia previa donde se extrae algún pólipo si existiese a dicho nivel. Con respecto a la edad de presentación no encontramos ningún caso en menores de 40 años, presentándose con mayor frecuencia a partir de los 50 años como refiere la literatura y los estudios referidos.

Los tamaños de los pólipos encontrados en su mayor porcentaje son menores o iguales a 10mm (85.3%), lo cual concuerda con la literatura. En relación al tipo histológico hemos encontrado pólipos hiperplásicos y adenomatosos tubulares, estos últimos presentaron 14 casos de displasia leve o moderada. En los casos de mayor tamaño que no pudieron ser extraídos, fueron transferidos al Hospital de mayor nivel resolutivo. La remoción de los pólipos realizando la polipectomía endoscopia nos evita la

secuencia adenoma-carcinoma, por lo que su realización es de vital importancia para reducir la presentación futura de cáncer.

El cuarto diagnóstico patológico más frecuentemente encontrado fue la neoplasia colorectal con 12 casos confirmados anatómo-patológicamente de los 14 casos diagnosticados por el examen colonoscópico (6%). Los pacientes presentaron un promedio de edad de 64.9 años, siendo el de menor edad una paciente de 28 años y el de mayor edad de 82 años. El grupo etáreo de mayor compromiso fue de los 70-79 años con el 41.7% de los casos. A partir de los 50 años encontramos el 92.7% de los casos. El 33.3% de los casos fueron de sexo masculino y el 66.7% fueron de sexo femenino, lo que hace una relación M/F: 1/2.

Solo 1 paciente presentó antecedente personal de neoplasia maligna en la piel y 1 paciente de pólipo rectal. Hubieron antecedentes familiares de patología maligna en 4 casos: 1 paciente con antecedente de nm colon de hermano y hermana; 1 paciente con antecedente de nm gástrico en una tía; 1 paciente con un hermano con diagnóstico de nm colon y el mismo paciente con antecedente de pólipo rectal su padre fue diagnosticado de nm recto (Es el caso de la paciente más joven de la serie).

Los síntomas y signos más frecuentes de estos pacientes fueron la rectorragia, anemia crónica y thevenon trazas/positivo y otros. En el 75% de los casos se hizo diagnóstico clínico de nm colorectal.

El segmento más afectado fue el recto 5 (41.7%) y el Colon sigmoides 3 (25%), las menos afectadas fueron los segmentos del colon derecho. De los 14 pacientes que se sospecho nm colorectal solo 12 tuvieron biopsias positivas, calculando por ello un valor predictivo positivo de 85.7%.

El diagnóstico anatomopatológico hallado en todos los pacientes fue el adenocarcinoma en sus variedades tubular, tubulo-papilar y vellosa en sus diferentes grados de diferenciación.

La literatura norteamericana (57,63) señala que el cáncer colorectal es el cuarto carcinoma más frecuente en Estados Unidos, y el segundo cáncer más frecuente que produce la muerte. En 1999 se diagnosticaron más de 140,000 nuevos casos en Estados Unidos, y murieron a causa de la enfermedad más de 56,000 personas. En contra de la creencia frecuente de que la enfermedad afecta de manera principal a los varones, es la única enfermedad maligna mayor que afecta a los varones y a las mujeres casi por igual. El riesgo promedio de toda la vida de generar cáncer colorectal en Estados Unidos pasa de 6%. A partir de los 50 años de edad comienza a incrementarse la incidencia de esta enfermedad.

En nuestro medio, probablemente por las grandes dificultades que existen en recoger la información y tener un registro epidemiológico adecuado de las enfermedades, no tenemos datos exactos de las incidencias de las diferentes patologías en general y del nm colorectal en particular (58,62).

SOLIDORO (73) señala que en el Perú, el cáncer es la tercera causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares y de las infecciosas. De acuerdo a las estadísticas del Ministerio de la Salud en 1994, el 11.8% de Peruanos murieron por cáncer. Tomando como referencia las cifras del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana entre los años 1990–1993, el nm colorectal ocupa tanto en hombres como en mujeres en forma independiente el cuarto lugar de neoplasias en frecuencia. Y para ambos sexos el nm colorectal ocupa el sexto lugar en frecuencia, con una tasa de 6.04. En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas “Eduardo Caceres Graziani” entre los años 1985-1997 el nm colorectal ocupó el séptimo lugar en frecuencia de cáncer, con el 3.3% de los casos.

En otro estudio de CELESTINO y col (56) en el cual solo reporta los casos de cáncer colorectal (estos representaban la segunda causa de diagnóstico colonoscópico patológico con el 24.68% de casos (16), en el periodo 1974-1992), hubo un predominio de hombres 61.92% sobre las mujeres 38.08% con una relación aproximada M/F de 2/1. El 92.6% de cánceres colorectales ocurrieron a partir de los 40 años de edad. La década de compromiso más frecuente fue entre los 60-69 años con el 22.3 de casos. La localización más frecuente fue el rectosigmoides 49.73%. y desde el punto de vista anatomopatológico el adenocarcinoma 95.23% fue el más predominante.

SILVA y col (7) refieren como tercera causa de patología al cáncer colorectal con el 14.3%. PRADO y col (17) menciona al 6.56% de sus casos con cáncer, que representa la quinta causa de su patología.

BARREDA (59) nos refiere que en el INEN de 3,023 estudios colonoscópicos realizados entre 1974-1999, se encontraron 408 casos de cáncer colorectal localizándose preferentemente en el recto-sigmoides 213 casos seguida del colon ascendente con 112 casos.

SCERPELLA y PENNY (64) en el Hospital Loayza seleccionaron 64 pacientes de sexo femenino con diagnóstico de nm colorectal entre Enero de 1981 y Diciembre de 1985, teniendo una sensibilidad diagnóstica de la endoscopia (proctosigmoidoscopia y/o colonoscopia) del 93% en promedio y una tasa de falsos negativos del 7% en promedio (el procedimiento endoscopico fue realizado en 45 casos). Las indicaciones para realizar dicho examen endoscópico fueron: sangrado rectal de causa no determinada, radiología no diagnóstica sugestiva de anormalidad colónica, presencia de anemia con sangre oculta en heces, existencia de cuadro clínico que orienta al diagnóstico pero con examen radiológico negativo y otras.

DIAZ-PLASENCIA y col (65) en su estudio analiza la información de 77 pacientes sometidos a resección por nmcolorectal en el Hospital Belén de Trujillo desde 1966 a 1993, la relación hombre/mujer fue de: 1.1:1 con una edad promedio de 67 años (rango de 27 a 94 años). El grupo etéreo

mayormente afectado fue el de la séptima década de la vida (29.8%). Nueve pacientes (11.6%) tuvieron antecedentes familiares de diversos tipos de cáncer y un paciente (1.3%) presentó cáncer de colon metacrónico.

LUY y col (66) presentan 127 casos de nm colorectal en el Hospital Rebagliati entre 1995-1999. Presentaron una edad promedio de 65.7+/-12.4 años. Fueron de sexo masculino 48.03% y mujeres 51.96% (M/F:1.08/1). El grupo etáreo más comprometido fue el de 60 a 69 años con el 30.7% de los pacientes. Encontraron que el 96.8% de los casos ocurrieron a partir de la cuarta década. El 13.38% y el 18.89% presentaron antecedentes personales y familiares de neoplasia maligna respectivamente. Los síntomas y signos más frecuentes cuando se localiza en colon derecho fue el dolor abdominal y la anemia crónica. Cuando la localización fue rectal la rectorragia, la hematoquezia y el estreñimiento fue los más frecuente. La localización mas frecuente fue el recto seguido del sigmoides. El tipo histológico predominante fue el adenocarcinoma, hubo un caso con linfoma y otro con carcinoide.

Según los diferentes estudios mencionados nuestros resultados se encuentran enmarcados en términos generales dentro de lo que la literatura menciona. En la gran mayoría de los estudios colonoscópicos anteriormente señalados el nm colorectal se encuentra entre las primeras 5 causas de diagnóstico colonoscópico patológico. Generalmente son personas de la tercera edad, aunque debemos considerar actualmente su tendencia a

diagnosticarse a edades mas tempranas, como lo menciona CHAHUD y col (67) cuando describen 1 caso inusual de cáncer rectal en un niño de 11 años sin antecedentes de importancia. Nosotros presentamos 1 caso de cáncer rectal a los 28 años, el cual presentaba antecedentes familiares fuertemente positivos. La localización mas frecuente reportada en los estudios es en la región rectosigmoidea al igual que en nuestra serie.

Esta patología tumoral por lo que se ha referido ocupa un lugar importante dentro de las enfermedades digestivas causando gran morbi-mortalidad. Debido a ello es necesario la implementación de estudios de despistaje a personas asintomáticas en nuestra población, para evitar lo que habitualmente observamos: El diagnóstico tardío. Esto es posible considerando que la presentación de la enfermedad tiene un largo periodo de fase subclínica, en la cual nosotros podemos intervenir deteniendo la progresión de la enfermedad, al remover la lesión precursora: el adenoma, lo cual esta ampliamente aceptado (68, 69).

La detección temprana del cáncer colorectal contribuye a reducir su mortalidad, y para ello se disponen de diversas pruebas: Sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible, Radiografía de colon de doble contraste y la colonoscopia. Todas estas pruebas son efectivas, aunque difieren en su sensibilidad, especificidad, costo y seguridad (70,71). Las recomendaciones del Colegio Americano de Gastroenterología (ACG), para la prevención del cáncer colorectal 2000 incluyen a personas de riesgo promedio y a personas

de alto riesgo. En el primer caso el despistaje a personas de riesgo promedio incluye a personas a partir de los 50 años sin otro factor de riesgo mas que la edad. En el segundo caso se refiere al despistaje de personas que presentan familiares con síndromes raros como el de la Poliposis Adenomatosa Familiar o con el Síndrome familiar de cáncer de colon hereditario no poliposis, también se incluyen a personas con familiares de primer grado que hayan padecido cáncer colorectal (72).

En la actualidad se están desarrollando 2 nuevas tecnologías para el despistaje de nm colorectal: La denominada colonoscopia virtual (colonografía asistida por Tomografía computarizada o con Resonancia Magnética) y la Prueba molecular basada en las heces, ambas requieren aún mayores estudios para sus recomendaciones respectivas (29, 71, 74).

En su gran mayoría los pacientes de nuestro estudio con diagnostico de nm colorectal fueron transferidos al Hospital Rebagliati, debido a que nuestro Hospital pertenece a su red hospitalaria, además que es de mayor complejidad resolutiva y puede continuar sus estudios y tratamiento definitivo, sobre todo en los servicios oncológicos medico-quirúrgicos.

La colitis ulcerativa ocupa la quinta patología mas frecuente de nuestra serie sólo hubieron 4 pacientes a los cuales se les realizó un total 9 de procedimientos (3.9%). La localización más frecuente fue en el rectosigmioides en 3 casos y 1 caso de pancolitis. CELESTINO y col (16)

señala 39 estudios colonoscópicos con diagnóstico de colitis ulcerativa inespecífica el 2.66% de todos sus casos. UNZUETA y col (23) en el Instituto Mexicano del Seguro Social encuentra que la colitis ulcerosa crónica inespecífica ocupó el tercer lugar de su serie con 47 pacientes, a los cuales se les realizó 182 estudios para evaluación, 31 del sexo femenino y 16 del masculino, siendo las localizaciones encontradas el compromiso rectal(17%), rectosigmoideo(42.1%), luego la colitis izquierda 8.2%, colitis extensa 7.7% y 24.2% con pancolitis.

Nuestra serie presenta un escaso número de pacientes que coinciden con lo reportado en la literatura y en los trabajos descritos en países subdesarrollados como el nuestro, sobre todo en lo que respecta a su baja incidencia. Además su localización más frecuente es la rectal y rectosigmoidea como en nuestro caso. La colitis ulcerativa es una enfermedad inflamatoria de la superficie del epitelio del colon, de causa desconocida con un compromiso primario del recto. Puede ocurrir a cualquier edad pero es más común en la adolescencia y adultos jóvenes en la tercera década de la vida, con un segundo pico, después de los 50 años.

En nuestro medio, ILLESCAS y col (76) refieren que en el hospital Guillermo Almenara exIPSS entre los años 1944-1995 encuentran 74 casos con diagnóstico de colitis ulcerativa: 1.5 casos/año, refiriendo por ello su relativa infrecuencia, siendo la edad más frecuente entre la tercera y cuarta década de la vida. En una revisión de la Bibliografía Peruana en

Gastroenterología, DURAND y col (77) señalan que la edad más frecuentemente afectada es la cuarta década y encuentran una relación M/F:2.13. En nuestro caso hubieron 4 pacientes: 3 varones y 1 mujer, con un promedio 52.2 años y de 1.3 casos/año.

El sexto diagnóstico en frecuencia fue la angiodisplasia o ectasia vascular del colon (1.7%), se tuvieron solo 4 pacientes con este diagnóstico con edades superiores a los 60 años, y sin diferencia de sexo M/F: 1:1. La localización más frecuente fue en el colon izquierdo. En realidad por el escaso número de pacientes con esta entidad es muy difícil hacer mayores relaciones entre las diferentes variables, La edad promedio de los pacientes fue de 69 años. PRADO y col (17) refiere el 1.04% de sus casos con enfermedad vascular, SILVA y col (7) el 6.92% de casos.

La literatura revisada menciona que esta entidad al igual que en nuestro estudio ciertamente es más frecuente en personas de edad avanzada, sobre todo en individuos mayores de 50-60 años y que ocurren con igual frecuencia en ambos sexos. Su incidencia, observada mediante una colonoscopia realizada por cualquier razón es del 1 a 3%. Su localización predominante es en el ciego o colon ascendente y en el 25% de los casos las lesiones son múltiples. Su cuadro clínico es variable, en más del 90% de los casos la hemorragia cesa espontáneamente, aunque existe un 15% de casos que el sangrado es agudo y masivo, 10-15% de casos se presentan como pérdida de sangre oculta y anemia por déficit de hierro (35, 78, 79).

Entre los diagnósticos colonoscópicos poco usuales se encontró un caso de melanosis coli y otro de un linfangioma quístico mucinoso de la pared del colon de la región cecal.

En el caso de la melanosis coli se trató de una paciente mujer de 72 años, natural de Iquitos, con estreñimiento crónico y consumo habitual de cáscara sagrada con un compromiso de todo el colon, y la presencia de una lesión elevada Yamada III de 8mm, con anatomo-patología de adenoma tubular con displasia leve. Esta entidad se describe como la pigmentación pardo negruzca de la mucosa colonica, ya sea en un segmento o en todo el colon, el ciego y el recto son las mas frecuentemente afectados, con una apariencia de un patrón reticulado de estriaciones que semejan la piel de un caimán. La superficie del colon esta intacta y no se presenta mas anomalía que la pigmentación (80). La pigmentación oscura de la mucosa colonica fue descrita por primera vez en 1825 por Bylliard y fue llamada melanosis coli por Rudolph Virchow en 1857. Se asocia con el uso de laxantes antracenicos que incluyen la cáscara sagrada, sen, áloes y ruibardo. Si el uso de los laxantes es detenido la mucosa colonica vuelve a su coloración habitual (81 - 83).

La melanosis coli es una condición benigna, estudios realizados hasta la actualidad no vinculan su presencia con un posible riesgo de desarrollo de

cáncer colorectal (84 - 86), la mayor presencia encontrada de adenomas de colon asociada a la melanosis puede ser explicada por la facilidad de ser detectados- aunque sean de muy pequeño tamaño- debido a que el color oscuro de la mucosa ayuda a su detección (87). En el caso de nuestra paciente, la melanosis coli que comprometió todo el colon básicamente se debió al uso de cáscara sagrada -derivado antracénico- como laxante, como nos refiere la literatura, con el hallazgo de un adenoma. Aunque aún no se establece una relación directa con el cáncer colorectal, algunos estudios están sugiriendo el posible rol en su desarrollo, por lo que es preferible desanimar su uso (88).

El otro caso se presentó en una paciente mujer de 64 años, diagnosticada de un tumor quístico de la región cecal, adyacente a la válvula ileocecal de unos 2x2 cm de coloración blanquesina/transparente de consistencia gelatinosa (aspecto mucinoso) al contacto con la pinza de biopsia, sésil, el cual fue resecado siendo el diagnóstico definitivo por anatomopatológica de un linfangioma quístico mucinoso de la pared del colon. El linfangioma quístico, es un tumor benigno conjuntivo de los vasos linfáticos de origen disembrionario, presentándose mas frecuentemente en la infancia y localizándose generalmente en la cabeza y el cuello. Su prevalencia en el adulto corresponde a un 7% de las tumoraciones quísticas intrabdominales, representando el 1/100,000 de las admisiones hospitalarias. La localización intraabdominal más frecuente es en retroperitoneo y mesenterio (89).

El linfangioma del colon es una enfermedad rara aunque con el desarrollo y expansión de la colonoscopia se esta reportando con mas frecuencia (90). La ausencia o mínimos síntomas y signos hacen difícil su diagnostico preoperatorio. Los síntomas incluyen: dolor abdominal, rectorragia, diarrea, sensación de plenitud y otros. Las descripciones lo identifican como formaciones polipoideas, pediculares o sésiles, amarillentas o rosadas, tensas, brillantes, blandas y deformables con la compresión o el peristaltismo. Por estos últimos aspectos pueden confundirse con los lipomas. La salida de líquido blanquecino tras la biopsia es sugerente de linfangioma. Si son menores de 2 cm. y no existe invaginación ni enteropatía perdedora de proteínas se debe intentar la resección endoscopica con asa de polipectomía y si no, deben ser tratados mediante resección quirúrgica. (91)

En nuestro caso la paciente no presentó síntomas específicos, salvo leve dolor abdominal en flanco derecho, lo cual coincide con la literatura referida, su presencia fue un hallazgo en un examen radiológico de colon de doble contraste, el cual se diagnostico como probable nm colon cecal, por lo cual se le realizó una colonoscopia. Al examen colonoscopico se describió a nivel cecal la lesión quística ya señalada. El diagnóstico definitivo fue por resección quirúrgica.

MATSUDA y col (90) mencionan una importante casuística revisando 279 casos de esta enfermedad en Japón. Además presentan el caso de una

mujer de 69 años semejante a nuestra paciente cuyo diagnóstico se basó en los hallazgos radiológicos con enema de bario y una colonoscopia, localizándose la lesión en colon descendente resolviéndose con resección endoscópica. Encuentran una mayor incidencia en los varones.

KIM y col (92) también en Japón, estudian 10 casos de linfangioma del colon sobre todo sus características endoscópicas y histopatológicas, concluyendo que la presencia de pedículo de la lesión no excluye el diagnóstico de linfangioma, existiendo una relación estrecha entre su presencia y la localización submucosa de los vasos linfáticos dilatados.

En reportes de casos clínicos aislados algunos autores como: SATO y col (93) presentan el caso de una paciente de 42 años con 2 lesiones de linfangioma quístico ubicadas en colon transversal derecho e izquierdo, resecadas endoscópicamente. WANG y col (94) publican el hallazgo de un caso de esta entidad, una mujer de 72 años con estreñimiento que presentó una lesión localizada en colon ascendente tratada con resección segmentaria del colon por laparoscopia. RODRÍGUEZ-MUÑOZ y col (91) estudian el caso de un varón de 61 años con la lesión ubicada en el ángulo hepático.

ECHENIQUE (95) nos recuerda que el linfangioma quístico debe ser considerado en los algoritmos diagnósticos de las tumoraciones quísticas de

cualquier localización, fundamentalmente en edades tempranas de la vida, pero también en el adulto.

3.2.7. COMPLICACIONES DE LA COLONOSCOPIA

En el presente trabajo no se han presentado complicaciones mayores, sólo en 2 casos dolor abdominal básicamente por distensión producida por la insuflación y maniobras durante la instrumentación lo cual no permitió la culminación exitosa del examen. Se mencionan en los diferentes trabajos desde la ausencia total de complicaciones hasta complicaciones mayores como hemorragias, perforaciones y muerte en determinados estudios.

RODNEY y col (30) en sus primeros 293 casos de estudios colonoscópicos no presenta complicaciones.

En el estudio de CELESTINO y col (16) realizaron 2270 colonoscopias en 19 años, refieren que salvo el dolor que manifestaron algunos pacientes durante las instrumentaciones, no tuvieron complicaciones menores ni mayores antes, durante ni después de los procedimientos. Pero en cuanto a la colonoscopia terapéutica por pólipos colorectales (96) de las 598 lesiones elevadas extirpadas, tuvieron 2 (0.53%) pacientes con complicaciones con hemorragia digestiva baja sin desestabilización hemodinámica y resolución sólo con

tratamiento médico, sin transfusión sanguínea. Estos casos ocurrieron en pólipos de 40mm y 50 mm respectivamente

MACRAE y col (12) en una unidad especializada analizaron las complicaciones ocurridas en 5000 estudios colonoscópicos. La incidencia de hemorragia fue de 1% y de perforación intestinal 0.1%. Las hemorragias más importantes ocurrieron en las polipectomias de mas de 2 cm. La hemorragia secundaria fue un hecho impredecible, de 1 a 14 días mas tarde. Ocurrieron 3 casos de muerte: Un caso debido a paro cardiorespiratorio por sobredosificación, otro caso por un mal manejo de una colitis isquémica desarrollada 2 días después de una instrumentación traumática, y un tercer caso debido a peritonitis. Las Complicaciones menores incluyeron tromboflebitis, distensión abdominal y episodios vasovagales.

UNZUETA y col (23) de las 2000 colonoscopias realizadas tuvieron 4(0.2%) complicaciones, de ellas 3 casos (0.15%) con hemorragia post- polipectomia que se trató conservadoramente y una perforación del colon sigmoides (0.05%) que requirió resección quirúrgica y anastomosis.

JIMÉNEZ y col (21) en su experiencia de 15 años realizando 8000 colonoscopias señala que en cuanto a las complicaciones, no se presentaron hemorragias por la colonosopia; en 2 pacientes (0.025) se produjo perforación con este proceder y falleció uno (0.0125) en el posoperatorio. En

relación a las polipectomías, 4 (0.3%) presentaron hemorragias y 1 (0.08%) presentó perforación, sin fallecimientos en este caso.

Por lo que se observa en los diferentes estudios con mayores instrumentaciones que en nuestro trabajo, las complicaciones no son significativas en numero, pero pueden ser de suma gravedad llegando hasta la mortalidad en determinados casos- sobre todo asociados a la perforación intestinal- por lo que se debe evaluar siempre el riesgo/beneficio del examen al determinar su indicación. Debemos remarcar que las complicaciones pueden presentarse en cualquier momento del examen antes, durante y después de este, existiendo reportes de complicaciones en la preparación de la limpieza intestinal, por la administración de los medicamentos tanto a nivel local de la administración y por sus efectos sistémicos (19).

La incidencia de complicaciones de la colonoscopia de cualquier naturaleza ha sido estimada en un rango de 0.1% a 1.9% siendo la perforación y la hemorragia lo más frecuentemente citados. La ocurrencia de complicaciones es altamente dependiente de la experiencia y habilidad de el endoscopista (97, 12). Debemos considerar que el manejo oportuno cuando se presenten estos problemas evitará un deterioro mayor en el paciente y un probable manejo exitoso de estos problemas, por lo que se debe estar preparado para ello. Además podemos añadir que la evolución progresiva en la tecnología de los instrumentos permitirá que las complicaciones ocurran menos frecuentemente.

Es necesario tener en cuenta que en el examen colonoscópico siempre existe un riesgo potencial de producir complicaciones, más aún cuando en la actualidad existe una mayor posibilidad de realizarlos, debido al aumento progresivo de los especialistas que pueden efectuarlo en nuestro medio y por el mayor conocimiento que un sector de nuestra población tiene sobre la importancia de realizarse dicho examen para el despistaje de nm colorectal, por lo que debemos siempre de evaluar los riesgos y beneficios del examen. Por ejemplo estudios de despistaje de nm colorectal en grandes series como el de ROBINSON y col (13) en Nottinhan-Inglaterra, mencionan que de 1474 colonoscopias realizadas, 7 (0.5%) presentaron complicaciones (5 perforaciones, 1 hemorragia importante y un atrapamiento del asa de polipectomía, de los cuales seis requirieron intervención quirúrgica, sin ninguna muerte. Aunque el porcentaje se encuentra dentro de los rangos teóricamente esperados para estudios colonoscópicos, es probablemente alto por tratarse de pacientes sanos por lo que es importante considerar que la posibilidad de muerte u otra complicación en una persona que solo se realiza el procedimiento por despistaje puede presentarse. Es por ello que la persona debiera conocer la existencia de riesgos que deben de asumir y aprobarlos con su consentimiento.

3.2.8. LIMPIEZA INTESTINAL Y PREMEDICACIÓN

Existieron 73 casos en los que no se completó el examen colonoscópico que es el 18.6% del total de procedimientos. El mayor número de casos por el

que no se pudo completar el examen colonoscópico tuvo como causa principal la mala preparación de los pacientes: 51 casos (69.9% de los 73 casos). A pesar de las indicaciones previamente explicadas, muchas personas no cumplieron con lo indicado para la limpieza intestinal respectiva.

La literatura señala que una excelente preparación intestinal es indispensable para la realización exitosa del examen (3, 9), además éste puede realizarse en menos tiempo (98). Lamentablemente la preparación es origen frecuente de incomodidad para el paciente, por lo que muchas veces no completan cabalmente las indicaciones. En nuestro estudio la gran mayoría de pacientes se ha preparado con soluciones salinas (debido a la disponibilidad de este producto en la farmacia del Hospital, su menor costo y fácil accesibilidad) y un menor porcentaje con polietilenglicol, sobretodo este último en personas con hipertensión arterial y ancianos. No se ha tenido un registro adecuado del tipo de preparación en cada paciente del estudio.

BALABAN y col (99) refieren que entre el 19 y 63% de pacientes son incapaces de completar el régimen con solución de polietilenglicol (4 lt. que deben ser ingeridos). Más aún los efectos adversos tales como náuseas, llenura y distensión abdominal reducen el nivel de satisfacción del procedimiento. Es por ello que se continúan estudios con la finalidad de encontrar regímenes de preparación intestinal de mejor aceptabilidad pero con la eficacia y seguridad necesarias.

Actualmente encontramos en los últimos años publicaciones con diferentes fármacos para la preparación intestinal además de las referidas anteriormente, por ejemplo: El uso de Fosfato sódico con bajo volumen de líquidos, el uso de fosfato sódico en forma de tabletas, el picosulfato de sodio, manitol al 10% y otros. Las ventajas de estos últimos incluyen básicamente su menor volumen para la preparación y mejor tolerancia por el paciente. Aunque no están exentos de efectos adversos y en ocasiones complicaciones graves con su uso (98 - 102). Recordemos que el uso del manitol se asoció hace unos 20 años con riesgo de explosión durante la polipectomía, por lo que en estos casos se debiera usar un gas inerte como el anhídrido carbónico; pero es el método de limpieza más usado en Brasil (103)

Aunque existen avances para facilitar la limpieza del colon, en algunos estudios aún se reportan preparaciones íntegramente con laxantes tipo aceite de ricino asociado con enemas evacuantes, con un 5.2% de deficiencia en la preparación (23) y también como es nuestro caso con soluciones salinas o el empleo de polietilenglicol. Por ello es posible adecuar la preparación colónica dependiendo de las posibilidades económicas y condiciones personales del paciente como: edad, enfermedades previas, estado funcional del paciente y otros. En la actualidad la tendencia es el uso de preparaciones anterógradas (Vía oral) con volúmenes de líquidos que se reducirán progresivamente o con el consumo sólo de tabletas que las investigaciones actuales están realizando.

Con referencia a la premedicación no contamos con un registro preciso en el cual se ha discriminado el tipo de medicación endovenosa en cada uno de los pacientes. En total se ha administrado premedicación endovenosa a 220 pacientes (56.1% del total de procedimientos) pacientes, en el resto de pacientes no fue necesario su uso.

En los pacientes en que se utilizó premedicación endovenosa esta fue la administración de una sola o una asociación de dos o tres medicamentos. Los medicamentos que se utilizaron fueron: Midazolam (sedante benzodiazapínico), Petidina (analgésico opiáceo) y Hiosina (Antiespasmódico). En algunos casos sólo Midazolam o Petidina, Asociación Midazolam-Petidina, Midazolam-Hiosina, Petidina-Hiosina y Midazolam-Petidina-Hiosina. No se realizó monitoreo con oxímetro de pulso.

Desde que en Marzo de 1986, el midazolam se comercializó en USA, éste ha llegado a ser el agente usado mas frecuentemente para la sedación consciente durante los procedimientos endoscópicos. Los efectos que se pueden esperar incluyen disminución de la ansiedad, amnesia y leve sedación, aunque también pueden presentarse reacciones paradójicas como depresión y alteraciones de la conducta como la hostilidad (104). La petidina contribuye a la analgesia y a una sensación útil de euforia. La hioscina proporciona una buena relajación del colon siendo útil en intestinos hiperactivos. Los efectos adversos de tipo ocular inducidos por la hiosina pueden mantenerse durante

varias horas, por lo que no debe conducir, aunque se puede recuperar a la normalidad si se aplica un inhibidor de la colinesterasa (9).

La premedicación no necesariamente es administrada en la realización de la colonoscopia, esta varía en algunos países, por ejemplo en Estados Unidos o en el Reino Unido es casi siempre administrada, en Francia es común la anestesia general, pero en países como Alemania, Holanda, Japón y el Norte de Italia, estas se realizan rutinariamente sin sedación (32).

En cuanto al uso de equipo de monitoreo electrónico -particularmente la oximetría de pulso- a llegado a ser una practica standard en los Estados Unidos durante todos los procedimientos endoscópicos que comprometen la sedación conciente, aunque los riesgos de la sedación no han sido claramente definidos. Ciertamente hay una baja incidencia de complicaciones cardio-pulmonares. En Suiza virtualmente nunca se realiza (104).

En nuestro estudio la administración de premedicación no fue la regla, en muchos casos el procedimiento se iniciaba con la persona despierta y se administraba la sedoanalgesia cuando no era capaz de colaborar con el examen ya sea por dolor abdominal o ansiedad. A diferencia de la administración de sedantes, su no uso evita la posibilidad de reacciones adversas por medicamentos, nos ofrece una mayor colaboración del paciente en relación a los cambios de posición que debe realizar durante el procedimiento y además luego del periodo de observación puede retirarse del

consultorio y conducir su vehículo. Por ello nosotros consideramos iniciar el procedimiento colonoscópico sin premedicación (ello dependerá también de la habilidad y experiencia del endoscopista) y en el transcurso del procedimiento contemplar su uso dependiendo de las características individuales de cada paciente.

Esto se relaciona con estudios donde se considera que el uso de sedación se debiera considerar en forma selectiva (32, 105, 106).

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

- Se realizaron 392 procedimientos colonoscópicos entre Septiembre del 2000 y Septiembre del 2003.
- De los procedimientos realizados el 95.7% de los casos correspondió a los Distritos de La Molina y Surco, los cuales corresponden a la jurisdicción del hospital y son los distritos de mayor población.
- El mayor porcentaje de los procedimientos efectuados fueron en las mujeres 69.39% con una relación F/M: 2.3/1. La edad más frecuente en la realización de los exámenes fue entre los 60-69 años (30.6%) y en segundo lugar entre los 50-59 años (26.5%), con predominio de las mujeres en cada caso.
- Los principales síntomas que presentaron los pacientes fueron el dolor abdominal, trastornos evacuatorios y hemorragia digestiva baja (rectorragia y enterorragia). Los principales signos fueron la VSG elevado, thevenon trazas/positivo y disminución de peso.

- Las 5 primeras causas para la indicación colonoscópica fueron: El Trastorno funcional digestivo, dolor abdominal, despistaje nm colorectal, nm colon y estreñimiento crónico.
- Se realizaron 112 (28.6%) Colonoscopias izquierdas y 225 (57.38%) Colonoscopias derechas totales alcanzándose en este último procedimiento el ileon distal en 31 (7.9%).
- Las 3 principales causas por las que no se logró un examen colonoscópico completo fueron: La mala preparación, múltiples angulaciones con o sin EDC, y estenosis.
- El diagnóstico colonoscópico que con más frecuencia se encontró fueron las colonoscopias normales en 230 pacientes: C. Izquierdas 67 (29.1%), C. Derecha 141 (61.3%) de los cuales 42 pacientes hasta el ángulo hepático y total hasta ciego (99 pacientes) y a ileon 22 pacientes (9.6%).
- El total de diagnósticos anormales incluyó a 162 pacientes (41.3%). Los 5 diagnósticos más frecuentes fueron: Enfermedad diverticular del colon 75, dolico colon: 59, pólipo colorectal: 47, neoplasia maligna colorectal: 14 y colitis ulcerativa: 9.
- Se confirmaron 12 casos de nm colorectal cuyo estudio anatomopatológico correspondieron a adenocarcinomas: 7 de colon y 5

de recto. La edad promedio de afección fue los 65 años con una relación M/F: 1/2. Siendo la localización mas frecuente en la región rectosigmoidea. Los síntomas y signos mas frecuentes de estos pacientes fueron la rectorragia, anemia crónica y thevenon trazas/positivo.

- La enfermedad diverticular del colon fue el diagnostico patológico más frecuente con 75 casos. Una relación F/M: 1.9, con una mayor frecuencia de presentación entre los 60-79 años (72%) localizados principalmente en la región del sigmoides y del colon descendente.
- Hubieron 4 pacientes con diagnostico colonoscópico de colitis ulcerativa, realizándose 9 procedimientos colonoscópicos en ellos.
- El éxito del examen colonoscópico depende de una serie de factores, no se completó el examen programado en 73 pacientes, siendo las causas principales la mala preparación intestinal, múltiples angulaciones con o sin EDC, estenosis y otros.
- En cuanto a las complicaciones se observaron en 2 casos dolor abdominal durante el examen que hizo suspender el procedimiento, no se mencionan otras complicaciones mayores o menores. Por lo que referimos que el procedimiento colonoscópico es seguro, sin obviar la existencia de riesgos potenciales.

- El examen colonoscópico nos ha permitido la identificación de diversas patologías ubicadas en esta región del organismo ya sean benignas o malignas, por lo que estamos frente a un examen de gran importancia y utilidad para el diagnóstico, seguimiento o control de sus enfermedades.
- Existe una fuerte correlación entre el diagnóstico colonoscópico y los estudios anatomopatológicos, aunque siempre se debe realizar la toma de muestras en los casos necesarios para corroborar o descartar el diagnóstico planteado por el colonoscopista.

4.2. RECOMENDACIONES

- El estudio colonoscópico es un método seguro y efectivo, que en nuestro medio se esta extendiendo cada vez más su uso, por lo que el médico debe estar familiarizado con sus indicaciones para solicitar su ejecución al especialista cuando se justifique.
- Este procedimiento a pesar de tener complicaciones serias, son de muy baja frecuencia y deben ser manejadas apropiadamente con contribución de otras especialidades especialmente quirúrgicas.
- El examen colonoscópico es de gran utilidad para el despistaje del nm colorectal, tal como lo refieren las diferentes instituciones de salud nacional y extranjera. Por lo que se debiera implementar Programas de despistaje masivo en nuestra Población.
- Siendo la limpieza intestinal un elemento de suma importancia para la realización del examen, este debe ser siempre explicado pormenorizadamente a los pacientes y en algunos casos también a los familiares que lo acompañan, para que no exista en lo posible, casos de exámenes incompletos por esta razón.
- Para evitar casos de sobredosificación u otras complicaciones por el uso de fármacos como pre-medicación, estos pueden utilizarse en forma muy

seleccionada o se puede iniciar el examen sin el uso de estos, usándolos en la medida que el paciente presente dolor no tolerable o ansiedad.

- Realizar en los diversos Servicios de Gastroenterología del país, un llenado pormenorizado de una ficha de recolección de datos consensuada, que incluya en forma pormenorizada todos los aspectos epidemiológicos, clínicos y técnicos que se relacionan con la instrumentación colonoscópica tanto antes, durante y después del examen, con la finalidad de tener un registro Nacional de los exámenes colonoscópicos del país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eickhoof A, Riemann JF. The importance of rectoscopy and colonoscopy in Internal Medicine. *Internist(Berl)*. 2003 Jul;873-82; 883-884.
2. Haubrich, William S; Edmonson, James M. History of Endoscopy. Chapter 1. En Sivak Jr, Michael V. *Gastroenterologic Endoscopy*. WB Saunders Company. Second edition. Utah. 1999
3. Waye, Jerome D; Williams, Cristhopher B. Colonoscopy and Flexible Sigmoidoscopy. Chapter 122. En Yamada, Tadataka; Alpers, David H; Laine, Loren et al. *Textbook of Gastroenterology*. Third Edition. Lippincott Williams&Wilkins. Philadelphia. 1999.
4. Guidelines of the French Society of Digestive Endoscopy: Total Colonoscopy Indications. *Endoscopy* 2000; 32(5): 434-435 SFED Guidelines
5. ASGE. Appropriate Use Of Gastrointestinal Endoscopy Consensus Statement. Machester, MA: American Society for Gastrointestinal Endoscopy. 1992
6. Lizarazo, Jorge Ivan. Colonoscopia y Rectosigmoidoscopia. *Rev. colomb. Gastroenterol*, Vol 14 Nro. 2 Abr-Jun 1999. 107-110.
7. Silva EJ, Camara Mar, Gaidao E. et al. Colonoscopia: Analise critica de sua indacacao. *Rev bras Coloproct*, 2003, 23(2):77-81.
8. Ang YS, Macaleenan N, Mahmud N et al. The yield of colonoscopy in average-risk with non-specific colonic symptoms. *European Journal of gastroenterology&Hepatology*:Vol 14 (10)October 2002, 1073-1077.

9. Cotton, Peter B; Williams, Christopher B. Tratado práctico de endoscopia digestiva. Colonoscopia. Capitulo 9. Ediciones Cientificas y Técnicas S.A. Barcelona. España. 1992
10. Cappell Ms, Friedel D. The rol of sigmoidoscopy and colonoscopy in the diagnosis a management of lower gastrointestinal disorder: endoscopic findings, therapy, and complications. Med Clin North Am. 2002 Nov,86(6):1253-88.
11. Pignone M, Rich M, Teutsch SM et al. Screening for colorectal cancer in adults at average risk: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002 Jul 16; 137(2): 132-41.
12. Macrae FA, Tan KG, Willians CB. Toward safer colonoscopy: A report on the complications of 5000 diagnostic or therapeutic colonoscopies. Gut 1983 vol 24, 376-383.
13. Robinson MHE, Hardcastle JD, Moss SM et al. The risks of screening: Data from the Nottingham randomized controlled trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer. Gut 1999; 45:588-592(october)
14. Waye JD, Kahn O, Auerbach ME. Complications of colonoscopy and flexible sigmoidoscopy. Gastrointest Endosc Clin N Am 1996 Apr,6(2):343-77
15. Galvez Cano, Miguel. Análisis de las Colonoscopias realizadas entre 1989 y1998 del Hospital Cayetano Heredia. Tesis de Bachiller. 1999.
16. Celestino, Alvaro; Castillo R, Teresa; Contardo Z, Carlos y col. Diagnóstico por colonoscopia. Rev. Gastroent. Perú 14: 115-122, 1994

17. Prado C, William; Miyagui, Juan; Ciurlizza, Ada y col. Diagnostico Endoscopico de las Enfermedades del Colon. Rev. Gastr. Perú. Vol 18 Suplemento Nro. 1. 1998
18. Santos, Jose Mauro, Felicio Felipe, Oliveira Joao Carlos de Dos y col. Colonoscopia: indicacoes, achados endoscópicos e complicacoés. ACM arq. Catarin. Med,24(2/3):29-32,abr.-set. 1995.
19. Pierzchajlo RP, Ackermann RJ, Vogel RL. Colonoscopy performed by a family physician. A case series of 751 procedures. J Fam Pract. 1997 May; 44(5): 473-80
20. Raymond JM Tissot B, Dartigues y col. Quality assessment of colonoscopies in current practice en the Aquitaine area. Gastroenterol Clin Biol. 1994, 18(4):310-6
21. Jiménez, Graciela; Paniagua, Manuel; Hano, Olga y col. Resultados de 8000 colonoscopias realizadas entre 1976 a 1991 en el Instituto de Gastroenterologia. Rev.Cuba. Cir 34(2):85-90, jul-dic. 1995
22. Duarte, Roberta Paiva; Silva, Edvaldo Lima; Carvalho, Fabia Aparecida y col. . Colonoscopia diagnostica e terapeutica: Análise de 1000 exames. Rev. Bras. Colo-proctol, 18(4):238-41, out.-dez. 1998.
23. Unzueta Hebert, Arturo; Villanueva Saenz, Eduardo; Rocha Ramirez, Jose Luis y col. La colonoscopia análisis de 2000 procedimientos. Rev Gastroenterol Mex. 2000: Vol 65(3): 104-108
24. Lee, MG; Martin, A; Terry, SI. Colonoscopy in Jamaica: A 12 year experience. West Indian med. J,38(4):213-6,Dec.1989
25. Berkowitz I, Kaplan M. Indications for colonoscopy. An analisis based on indications an diagnostic yield. S Afr Med J. 1993 Apr; 83(4):245-8.

26. Jabar MF, Halim ME, Gul YA. Appropriateness of colonoscopy in a tertiary referral center. *Asian J Surg*. 2004 Jan;27(1):26-31.
27. Ogutu EO, Okoth FA, Lule GN. Colonoscopic findings in Kenyan African patients. *East Afr Med J*. 1998 Sep, 75(9):540-3.
28. Kassa E. Colonoscopy in the investigation of colonic diseases. *East Afr Med J*. 1996 Nov,73(11):741-5
29. Martinez Stoffel Elena, Syngal Sapna. Colon Cancer current screening. *Curr Opin in gastroenterol* 18(5)595-601,2002.
30. Rodney WM, Dabov G, Cronin C. Evolving Colonoscopy skills in a rural family practice: The first 293 cases. *Fam Pract Res J*. 1993 Mar,13(1)43-52.
- 31) Nahas SC, Alves PR, Araujo SE et al. Colonoscopy as a diagnostic and therapeutic method in large intestine diseases. Results of 1715 exams. *Rev Hosp Clin Med Sao Paulo*. 1998 May-Jun,53(3):117-21
- 32) Poleo, José Ramón; Poleo P, Jose Ramón. Colonoscopia total y exploración sistemática del ileon terminal. *GEN*; 50(1):1-8, Ene.-Mar. 1996.
33. Rodríguez M, Artigas V, Trías M y col. Enfermedad diverticular: Revisión histórica y estado actual. Revisión de conjunto. *Cirugía Española*. Numero 5-volumen 70 p. 253-260. 2001
34. Contardo, Carlos; Frisancho, Oscar. Enfermedad diverticular del colon. Capítulo VIII. En *Gastroenterología II*. Sociedad de Gastroenterología del Perú. Lima, 1992
35. Rigas, Basil; Spiro, Howard M.. *Gastroenterología clínica, Manual*. Enfermedades estructurales. Capítulo 31 Tomo II. Cuarta edición. Editorial Interamericana. McGraw-Hill. Impreso en México. 1997

36. Heuman, Douglas M; Mills, A Scott; McGuirre, Hunter H et al. Gastroenterología. Intestino. Capítulo 5. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana. Primera edición. Impreso en México. 1997.
37. Freeman, Stephen R. Diverticulitis. Capítulo 49. En GI/Liver Secrets. McNally Peter R. Publisher Hanley&Belfus, inc. Philadelphia. 1996.
38. Marin, Bonifacio; Bonilla, Ydaly; Fogel, Roberto y col. Frecuencia de divertículos colonicos en pacientes sin síntomas. Clin. méd. H:C:C;6(2):107-109, mayo-ago.2001.
39. Jun S, Stollman N. Epidemiology of diverticular disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2002 Aug;16(4).529-42
40. Place RJ, Simmang CL. Diverticular disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2002 Feb, 16(1):135-48.
41. Kang JY, Melville D, Maxwell JD. Epidemiology and management of diverticular disease of the colon. Drugs Aging. 2004;21(4):211-28.
42. West AB, Losada M. The patology of diverticulosis coli. J Clin Gastroenterol. 2004 May-Jun;38(5 Suppl):S11-6.
43. Ludeman L, Warren BF, Shepherd NA. The patology of diverticular disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2002 Aug;16(4):543-62.
44. Eastwood M. Colonic diverticula. Proc Nutr Soc. 2003 Feb;62(1):31-6.
45. Nakada I, Ubukata H, Goto Y et al. Diverticular disease of the colon at a regional general hospital in Japan. Dis Colon Rectum. 1995 Jul;38(7):755-9.
46. Chan CC, Lo KK, Chung EC et al. Colonic diverticulosis in Hong Kong: Distribution pattern and clinical significance. Clin Radiol. 1998 Nov;53(11):842-4.

47. Lin OS, Soon MS, Wu SS et al. Dietary habits an right-sided colonic diverticulosis. *Dis Colon Rectum*. 2000 Oct,43(10):1412-8.
48. Mimura T, Emanuel A, Kamm MA. Pathophysiology of diverticular disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2002 Aug,16(4).563-76.
49. Hemadeh G, Chebli A, Uthman S. Spectrum of diverticular disease of the colon in Lebanon AUBMC experience. *J Med Liban*. 1998 May –Jun,46(3):146-8.
50. Kiguli-Malwadde E, Kasozi H. Diverticular disease of the colon in Kampala, Uganda. *Afr Health Sci*. 2002 Apr,2(1).29-32.
51. Fearnhead NS, Mortensen NJ. Clinical features and differential diagnosis of diverticular disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2002 Aug,16(4).5577-93.
52. Carbajal Bustios, Gonzalo. Los Dolicolones. Tesis de Bachiller en Medicina. UNMSM. 1953.
53. Alvarez Ruiz, Cesar. Anomalías morfológicas del Colon en el poblador andino. Tesis de Bachiller en Medicina. UNMSM. 1962.
54. Frisancho Pineda, David. Dolicomegacolon andino. Tesis doctoral UPCH. 1976
55. Almy, Thomas P; Naitove; Arthur. Enfermedad diverticular del colon. Capitulo 55. En Sleisenger, Marvin H, Fordtran, John S. *Enfermedades Gastrointestinales Fisiopatología, Diagnóstico y tratamiento*. Tomo I. Tercera edición. Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires.1985.
56. Celestino, Alvaro; Castillo, Teresa; Frisancho, Oscar y col. Cáncer Colorectal: Estudio sobre 365 casos. *Rev. Gastroent. Perú* 16: 187-196. 1996.
57. Bond, John H. Actualización sobre cáncer colorectal. En Lichtenstein, Gary. *Clínicas Médicas de Norteamérica. Avances en Gastroenterología*. McGraw-Hill Interamericana. Impreso en México. Mayo 2000.

58. Zolezzi Francis, Alberto. Editorial. Revista de Gastroenterología del Perú. Vol 19 Nro. 4 Oct-Dic 1999.
59. Barreda Bolaños, Fernando. Cáncer de colon. En Sociedad Peruana de Gastroenterología. XXVII Congreso Peruano de Enfermedades digestivas. Lima 2001.
60. Freeman, Stephen R; McNally, Peter R. Diverticulitis. Medical Clinics of North America. Gastrointestinal Emergencies. Vol 77. Number 5. Sep 1993.
61. Garrigues V. Enfermedad diverticular del colon. Capitulo 31. En Gastroenterología y Hepatología. J Berenguer. Barcelona. 2da. Edición. 1995.
62. Nago Nago, A. Epidemiología de las enfermedades digestivas en el Perú. Capitulo I. En Gastroenterología III. Sociedad de gastroenterología del Perú. Lima, 1994.
63. Bond, Jhon H. Colorectal Cancer screening. Capítulo 20. En Irvine, E Jan; Hunt, Richard H. Evidence-Based Gastroenterology. BC Decker Inc. Hamilton London, 2001.
64. Scerpella P, Ernesto; Penny M, Eduardo M. Radiología y Endoscopia en el diagnóstico del cáncer colorectal. Rev. Gastroent. Perú 10:33-35. 1990
65. Diaz-Plasencia, Juan; Tantalean, Enrique; Urtecho, Florencia y col. Cáncer colorectal: Cuadro clínico y sobrevida. Rev Gastroent Perú Vol 16 Nro. 1. p. 48-56. 1996.
66. Luy Lossio, German; Maldonado Landa, Gilber; Chinga Alayo, Erick y col. Características clínicas del cáncer colorectal en el Hospital E. Rebagliati Martins. 1995-1999. Rev. Gastroent. Perú 20:406-413. 2000

67. Chahud I, Alfredo; Capcha L, Raúl; Peralta A, Teodoro y col. Cáncer de recto en un niño de 11 años. Rev. Gastroent. Perú. 6: 107-110. 1986.
68. Waye, Jerome D. Detection and prevention of colon cancer by Colonoscopy. Rev. Gastroent. Perú 12:89-94. 1992.
69. Toribara, Neil W; Sleisenger, Marvin H. Screening for colorectal cancer. The New England Journal of Medicine. Vol 332 Nro. 13 March 30, 861-867. 1995
70. Viñes, Jose Javier; Ardanaz, Eva; Arrazola, Ander y col. Epidemiología clínica del cáncer colorectal: La detección precoz. Cir Esp 2003, 73(1): 2-8.
71. Walsh, Judith M; Terdiman, Jonathan P. Cribado del cáncer colorectal. JAMA(ed. esp.) Vol. 12 Nro.7 44-53. 2003.
72. Douglas K, Rex; Jhonson, David A; Lieberman, David A et al. Colorectal Cancer Prevention 2000: Screening Recomendations of the American College of Gastroenterology. The American Journal of Gastroenterology. Vol 95, Nro. 4, 868-877. 2000.
73. Solidoro Santisteban, Andres. Cáncer en el Perú del 2000: Hechos, cifras, realidades. Diagnóstico Vol 40 Nro. 6 Nov-Dic 2001 306-317
74. Winawer, Sydney; Fletcher, Robert; Rex, Douglas et al. Colorectal cancer screening and surveillance: Clinical guidelines and rationale-Update based on new evidence. Gastroenterology. February 2003; Vol 124:544-560.
75. Root Spencer S, Kadakia Shailesh C. Colon Cancer and Colon Polyps. Chapter 46. En GI/Liver Secrets. McNally Peter R. Publisher Hanley&Belfus, inc. Philadelphia. 1996.

76. Illescas, Luis; Garcia, Luis; Faggioni, Frida y col. Colitis ulcerosa: Estudio retrospectivo en 52 años. *Rev Gastroenterol Perú* 19(2): 116-23, 1999.
77. Durand Castro, W; Durán Vizarraga, M, Escalante Jibaja, E y col. Colitis Ulcerativa inespecífica. En *Gastroenterología: Una revisión de la bibliografía Peruana*. Facultad de Medicina. UNMSM. Lima-Perú 1989. 59-70
78. Gralnek, Ian M; Jensen, Dennis M. Lower gastrointestinal tract bleeding. Capítulo 53. En *GI/Liver Secrets*. McNally Peter R. Publisher Hanley&Belfus, inc. Philadelphia. 1996
79. Heuman, Douglas M; Mills, A Scott; McGuire, Hunter H et al. *Gastroenterología. Hemorragia del Tubo Digestivo. Capítulo 9*. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana. Primera edición 1997. Impreso en México.
80. Robbins SL, Cotran RS. *Patología estructural y funcional. Colon*. Editorial Interamericana. 2da. Edición. Mexico D.F. 1984.
81. Sartor, Balfour; Murphy, Mark; Rydzak, Edward. Miscellaneous inflammatory and structural disorders of the colon. En Yamada Tadataka. *Textbook of gastroenterology*. J.B. Lippincott Company Philadelphia: 2nd. Ed. 1995. Chapter 80. 1806-1832.
82. Melanosis coli. *Images in clinical Medicine*. Ahmed S, Gunaratnam NT. *N Engl J Med* 2003 349: 1349.
83. Lembo, Anthony; Camillery, Michael. Chronic constipation. *N Engl J Med* 2003 349: 1360-1368
84. Nusko G, Schneider B, Schneider I et al. Anthranoid laxative use is not a risk factor for colorectal neoplasia: Results of a prospective case control study. *Gut* 2000,46:651-655(May)

85. Nascimbeni, Riccardo; Donato, Francesco; Ghirardi, Mauro et al. Constipación, Anthranoide laxatives, Melanosis coli, and colon cancer. A risk Assesment using aberrant crypt foci. *Cancer epidemiology Biomarkers&Prevention*. Vol 11, 753-757, August 2002

86. Kune GA. Laxative use not a risk for colorectal cancer: Data from the Melbourne colorectal cancer study. *Comment. Z gastroenterol*. 1993 Nov,31(11):690

87. Nusko G, Schneider B, Ernst H et al. Melanosis coli-a harmless pigmentation or a precancerous condition? *Z gastroenterol*. 1997 May,35(5):313-8.

88. Willens M, Van Buuren HR, De Krijger R. Anthranoid self-medication causing rapid development of melanosis coli. *Neth J Med*. 2003 Jan;61(1):22-4.

89. Uriarte C, Castiella A, Berdejo L. Et al. Linfangiomas quisticos abdominales. *Gastroenterologia y Hepatología* Vol 19 Num 2. 1996. pg. 80. Cartas al Director

90. Matsuda T, Matsutani T, Tsuchiya Y et al. A clinical evaluation of lymphangioma of the large intestine a case presentation of lymphangioma of the descending colon and a review of 279 Japanese cases. *J Nipón Med Sch* 2001 Jun, 68(3):262-5

91. Rodríguez-Muñoz S, Cárdenas F, De Prada I y col. Linfangioma quístico de colon: Diagnostico y tratamiento endoscópico. *Rev. Esp. Enf. Digest*. 81,6(423-426), 1992.

92. Kim KM, Choi KY, Lee A et al. Lymphangioma of large intestine: Report of ten cases with endoscopic and pathologic correlation. *Gastroint Endosc* 2000 Aug, 52(2):255-9

93. Sato K, Maekawa T, Yabuki K et al. Cystic lymphangiomas of the colon. *J Gastroenterol* 1999 Aug, 34(4): 520-4.

94. Wang HS, Chen WS, Lin JK et al. Diagnosis and treatment of cystic lymphangioma of the ascending colon by laparoscopic-assisted surgery a case report. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi(aipei) China* 1999 May,62(5):322-5
95. Echenique M. Linfangioma quístico abdominal. *Rev Esp Enferm Dig* 2001,93(11):740-746. Cartas al Director.
96. Celestino A, Castillo R, Contardo Z y col. Colonoscopia terapéutica en pacientes con pólipos de colon y recto. *Rev. Gastroenterol Perú* 14: 181-187, 1994.
97. Kavic SM, Basson MD. Complications of Endoscopy. *Am J Surg.* 2001 Apr; 181(4):319-32.
98. Bowles CJA, Leicester R, Romaya C et al. A prospective study of Colonoscopy practice in the UK today: Are we adequately prepared for national colorectal cancer screening tomorrow? *Gut* 2004; 53: 277-283.
99. Balaban, David H; Leavell Jr, Byrd S; Oblinger Michael J et al. Low volume bowel preparation for Colonoscopy. Randomized, endoscopist-blinded trial of liquid sodium phosphate versus tablet sodium phosphate. *AJG Vol 98 Nro. 4, 2003* 827-832.
100. Miki Jr, Paulo; Ribeiro da Rocha, Jose; Aprilli, Francisco et al. Estudio comparativo entre as solucoes de manitol, picossulfato de sodio e fosfato monobásico e dibásico de sodio no preparo de colon para colonoscopia. *Acta Cir. Bras Vol 17 suppl. 3 Sao Paulo* 2002
101. Afridi SA, Barthel JS, King PD et al. Prospective, randomized trial comparing a new sodium phosphate-bisacodyl regimen with conventional PEG-ES lavage for outpatient Colonoscopy preparation. *Gastrointest Endosc*; 41(5):485-9, 1995 May.

102. Law WL, Choi HJ, Chu KW et al. Bowel preparation for Colonoscopy: A randomized controlled trial comparing polyethylene glycol solution, one dose and two doses of oral sodium phosphate solution. *Asian J Surg*. 2004 Apr; 27(2):120-4.
103. Yoza, Max. Dinámica y eficacia de la preparación con manitol y bisacodilo para colonoscopia. *Enfermedades del Aparato Digestivo Vol 5 Nro. 3 Jul-Set 2002*: 5-8.
104. Lazzaroni M, Bianchi Porro, G. Preparation, Premedication, and Surveillance. *Endoscopy* 1996;28: 6-12. *Endoscopy* 1996
105. Rex, Douglas K; Imperiale, Thomas F; Portish, Vicki. Patients willing to try Colonoscopy without sedation: Associated clinic factors and results of a randomized controlled trial. *Gastrointest endosc* 1999,49:554-9.
106. Eckardt, Volker F; Kanzler, Gerd; Schmitt, Thomas et al. Complications and adverse effects of Colonoscopy with selective sedation. *Gastrointest endosc* 1999,49:560-5.

ANEXO 1 : TABLAS Y GRAFICOS

Tabla N° 1

Distribución de pacientes sometidos a colonoscopia en el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, según distrito de procedencia.

PROCEDENCIA	N°	%
La Molina	200	54.10%
Surco	154	41.60%
Cieneguilla	4	1.10%
Ate Vitarte	2	0.50%
Callao	1	0.30%
Chorrillos	1	0.30%
El Agustino	1	0.30%
Huacho	1	0.30%
Jesús Maria	1	0.30%
Los Olivos	1	0.30%
San Borja	1	0.30%
San Isidro	1	0.30%
San Juan de Miraflores	1	0.30%
Villa el Salvador	1	0.30%
Total	370	100.00%

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 2

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, según grupo etáreo.

GRUPO ETAREO	N°	%
10 - 19	1	0.26%
20 - 29	5	1.28%
30 - 39	29	7.40%
40 - 49	53	13.52%
50 - 59	104	26.53%
60 - 69	120	30.61%
70 - 79	67	17.09%
80 - 89	13	3.32%
TOTAL	392	100%

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 3

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, según sexo.

SEXO	N°	%
MASCULINO	120	30.61%
FEMENINO	272	69.39%
TOTAL	392	100.00%

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 4

Distribución de pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, según grupo etáreo y sexo.

GRUPO ETAREO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		N°	%
	N°	%	N°	%		
10 - 19	0	0	1	0.3	1	0.3
20 - 29	0	0	5	1.3	5	1.3
30 - 39	10	2.6	19	4.8	29	7.4
40 - 49	9	2.3	44	11.2	53	13.5
50 - 59	33	8.4	71	18.1	104	26.5
60 - 69	34	8.7	86	21.9	120	30.6
70 - 79	30	7.7	37	9.4	67	17.1
80 - 89	4	1	9	2.3	13	3.3
TOTAL	120	30.6	272	69.4	392	100

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 5

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, según año de realizado el procedimiento.

AÑO	N°	%
2000	22	5.60%
2001	123	31.40%
2002	119	30.40%
2003	128	32.60%
TOTAL	392	100.00%

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 6

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, según síntomas presentados.

SÍNTOMAS		N	%
Dolor Abdominal	flanco izquierdo	67	19.9
	flanco derecho	53	15.8
	abdominal difuso	33	9.8
	Epigastrio	1	0.3
	Abdomen inferior	6	1.8
	Mesogastro	1	0.3
Trastornos Evacuatorios	Diarrea crónica	19	5.7
	estreñimiento crónico	50	14.9
Alternancia Evacuatoria	Diarrea y normalidad	17	5.1
	estreñimiento y normalidad	8	2.4
	Diarrea y estreñimiento	17	5.1
Hemorragia digestiva baja	Rectorragia	17	5.1
	enterorragia	6	1.8
Heces con	con moco, sangre y pujo	11	3.3
	con moco	2	0.6
	con sangre	2	0.6
	Con pujo y sangre	1	0.3
Heces delgadas		9	2.7
Escibaros		6	1.8
Dolor anal		4	1.2
Nauseas y vómitos		2	0.6
Distensión abdominal		2	0.6
Apetito disminuido		2	0.6
TOTAL		336	100

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 7

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, según signos clínicos y exámenes de laboratorio presentados.

SIGNOS	N	%
VSG elevado	36	24
thevenon trazas / positivo	33	22
disminución de peso	32	21.3
anemia crónica	31	20.7
radiografía de colon D-C con sospecha de lesión	12	8
tumoración perianal	3	2
ecografía con sospecha de nm colon	1	0.7
masa palpable abdominal	1	0.7
Eosinofilia	1	0.7
TOTAL	150	100%

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 8

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, según indicaciones clínicas por las que se realizó el procedimiento.

INDICACIONES PARA COLONOSCOPIA	N	%
Trastorno funcional digestivo	103	26.3
dolor abdominal	74	18.9
Despistaje	55	14
NM de colon	36	9.2
estreñimiento crónico	30	7.7
control / seguimiento	27	6.9
síndrome anémico	14	3.6
colitis ulcerativa	10	2.6
síndrome consuntivo / NM oculto	9	2.3
enfermedad diverticular del colon	8	2
NM rectal	6	1.5
HDB	6	1.5
anemia megaloblastica	4	1
Proctitis actínica	3	0.8
tumoración perianal	3	0.8
síndrome adherencial	1	0.3
linfoma intestinal	1	0.3
pólipo rectal	1	0.3
melanoma maligno de piel con compromiso anal	1	0.3
TOTAL	392	100.00%

Nota: El diagnóstico de melanoma maligno de piel fue por una proctoscopia más biopsia previa.

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 9

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, según alcance de llegada del colonoscopio.

ALCANCE DEL EXAMEN			N	%
Colonoscopia Izquierda	Sigmoides	45	112	28.6
	Colon descendente	2		
	Angulo esplénico	64		
	Colon Transverso	1		
Colonoscopia Derecha	Ángulo hepático	54	249	63.5
	Colon Ascendente	1		
	Total	194		
Ileoscopia Distal			31	7.9
TOTAL			392	100.0%

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 10

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, según causas de colonoscopia incompleta.

CAUSAS DE EXAMEN COLONOSCOPICO INCOMPLETO	N	%
Mal preparado	51	69.9
Múltiples angulaciones con o sin EDC	15	20.5
Estenosis	4	5.5
Dolor durante el procedimiento	2	2.7
Restos de melena en región cecal	1	1.4
TOTAL	73	100.00%

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 11

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, según resultados de normalidad de la colonoscopia.

RESULTADOS DE COLONOSCOPIAS	N	%
NORMAL	230	58.7
ANORMAL	162	41.3
TOTAL	392	100.0%

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 12

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, con diagnóstico normal según alcance.

COLONOSCOPIAS NORMALES			N	%
Colonoscopia Izquierda	Sigmoides	26	67	29.1
	Colon descendente	2		
	Angulo esplénico	41		
Colonoscopia Derecha	Ángulo hepático	42	141	61.3
	Colon Ascendente	99		
Ileoscopia Distal			22	9.6
TOTAL			230	100.0%

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 13

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, según diagnóstico colonoscópico anormal.

DIAGNOSTICOS PATOLÓGICOS	N	%
Enfermedad diverticular del colon	75	32.3
Dolicocolon	59	25.4
Pólipo colorectal	47	20.3
Neoplasia maligna colorectal	14	6
Colitis ulcerativa	9	3.9
Angiodisplasia	4	1.7
Colon espástico	4	1.7
Proctocolitis actínica	4	1.7
Yleitis inespecífica	4	1.7
Lesión submucosa región cecal	3	1.3
Colitis inespecifica	3	1.3
Estenosis de colon	3	1.3
Poliposis múltiple de colon	1	0.4
Melanosis coli	1	0.4
Tumor quístico de colon Región Cecal	1	0.4
TOTAL	232	100.00%

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 14

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, con enfermedad diverticular, según edad y sexo.

GRUPO ETAREO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
40 - 49	2	2.7	0	0	2	2.7
50 - 59	3	4	8	10.7	11	14.7
60 - 69	7	9.3	19	25.3	26	34.7
70 - 79	13	17.3	15	20	28	37.3
80 - 89	1	1.3	6	8	7	9.3
90 - 99	0	0	1	1.3	1	1.3
TOTAL	26	34.7	49	65.3	75	100

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 15

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, con enfermedad diverticular de colon, según localización.

LOCALIZACIÓN DE LA EDC			N	%
Colonoscopia Izquierda	Sigmoides	60	132	88
	Colon descendente	51		
	Angulo esplénico	64		
	Colon Transverso	21		
Colonoscopia Derecha	Colon Ascendente	16	18	12
	Ciego	2		
TOTAL			150	100.0%

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 16

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, con lesion elevada, según edad y sexo.

GRUPO ETAREO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
40 - 49	1	2.1	0	0	1	2.1
50 - 59	10	21.3	12	25.5	22	46.8
60 - 69	6	12.8	9	19.1	15	31.9
70 - 79	5	10.6	1	2.1	6	12.8
80 - 89	0	0	3	6.4	3	6.4
TOTAL	22	46.8	25	53.2	47	100

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 17

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, con lesión y resultado anatomopatológico de pólipo, según edad y sexo.

GRUPO ETAREO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	No	%	No	%	No	%
40 - 49	1	2.9	0	0	1	2.9
50 - 59	6	17.6	12	35.3	18	52.9
60 - 69	4	11.8	7	20.6	11	32.4
70 - 79	3	8.8	1	2.9	4	11.8
TOTAL	14	41.2	20	58.8	34	100

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 18

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, con lesión elevada y diagnostico anatomopatológico de pólipo, según localización.

LOCALIZACIÓN	N	%
Sigmoides	11	32.40%
Recto	8	23.50%
Descendente	6	17.60%
Transverso distal	3	8.80%
Ciego	3	8.80%
Angulo esplénico	2	5.90%
Ascendente	1	2.90%
TOTAL	34	100.00%

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 19

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, con lesión elevada y diagnostico de pólipos (Yamada), según localización.

LOCALIZACIÓN DE LA LESION	LESION ELEVADA YAMADA				TOTAL	
	I	II	III	IV	N	%
Sigmoides	5	2	3	1	11	32.4
Recto	4	1	2	1	8	23.5
Descendente	4	1	0	1	6	17.6
Transverso distal	1	2	0	0	3	8.8
Ciego	3	0	0	0	3	8.8
Angulo esplenico	1	0	0	1	2	5.9
Ascendente	0	0	1	0	1	2.9
TOTAL	18	6	6	4	34	100.0%
(%)	(52.94)	(17.65)	(17.65)	(11.76)	(100.00)	

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 20

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, con lesión elevada y diagnóstico de pólipos (Yamada), según tamaño.

TAMAÑO	LESION ELEVADA: YAMADA				TOTAL	
	I	II	III	IV	N	%
1 - 5	15	2	2	1	20	58.8
6 - 10	2	3	3	1	9	26.5
11 - 15	0	0	1	2	3	8.8
16 - 20	1	1	0	0	2	5.9
TOTAL	18	6	6	4	34	100
(%)	(52.94)	(17.65)	(17.65)	(11.76)	(100.00)	

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 21

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, con lesión elevada, según diagnóstico anatómo patológico.

BIOPSIA	LESION ELEVADA: YAMADA				TOTAL	
	I	II	III	IV	N	%
Polipo hiperplásico de colon	6	1	1	2	10	22.2
Polipo adenomatoso tubular de colon	7	3	3	1	14	31.1
Colitis crónica	3	5	2	0	10	22.2
Polipo adenomatoso tubular de recto	2	0	1	1	4	8.9
Polipo hiperplásico de recto	2	1	1	0	4	8.9
Polipo adenomatoso tubulo vellosos de colon	1	1	0	0	2	4.4
Proctitis crónica	1	0	0	0	1	2.2
TOTAL	22	11	8	4	45	100.0
PORCENTAJE	48.89	24.44	17.78	8.89	100.0	

Nota: No figuran 2 LE VIII correspondientes al control de un mismo paciente con colitis ulcerativa, por no tenerse el resultado de la biopsia.

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 22

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, con lesión elevada y diagnóstico de pólipo, según grado de displasia.

RESULTADO DE BIOPSIA		LESION ELEVADA: YAMADA				TOTAL	
		I	II	III	IV	No	%
Pólipo adenomatoso tubular de colon	Displasia Leve	2	1	1	0	4	28.6
	Displasia Moderada	2	2	2	0	6	42.9
Pólipo adenomatoso tubular de recto	Displasia Leve	1	0	1	1	3	21.4
	Displasia Moderada	1	0	0	0	1	7.1
TOTAL		6	3	4	1	14	100
PORCENTAJES		42.86	21.43	28.57	7.14	100	

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 23

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, con Cáncer colorectal , según edad y sexo.

GRUPO ETAREO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N	%	N	%	N	%
20 - 29	0	0	1	8.3	1	8.3
50 - 59	1	8.3	2	16.7	3	25
60 - 69	1	8.3	0	0	1	8.3
70 - 79	1	8.3	4	33.3	5	41.7
80 - 89	1	8.3	1	8.3	2	16.7
TOTAL	4	33.3	8	66.7	12	100

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 24

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, con Cáncer colorectal, según localización.

LOCALIZACIÓN		PARCIAL		TOTAL	
		N	%	N	%
RECTO		5	41.7	5	41.7
COLON	Sigmoides	3	25.0	7	58.3
	Angulo hepático	1	8.3		
	Ciego	1	8.3		
	Colon ascendente	2	16.7		
TOTAL		12	100	12	100

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 25

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, con Cancer colorectal por colonoscopia, según resultado anatomopatológico.

BIOPSIA	LOCALIZACIÓN DE NM		TOTAL	
	COLON	RECTO	N	%
Adenocarcinoma de colon	7	0	7	50
Adenocarcinoma de recto	0	5	5	35.7
Proctitis crónica	0	1	1	7.1
Pólipo adenomatoso vellosos de recto	0	1	1	7.1
TOTAL	7	7	14	100

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

Tabla N° 26

Distribución de los pacientes sometidos a colonoscopia durante el periodo 2000 – 2003 del Hospital EsSalud - La Molina, biopsiados, según resultados de anatomía patológica.

BIOPSIAS	N°	%
Colitis crónica	25	29.4
Polipo adenomatoso tubular de colon	14	16.5
Polipo hiperplásico de colon	11	12.9
Adenocarcinoma de colon	7	8.2
Adenocarcinoma de recto	5	5.9
Polipo adenomatoso tubular de recto	4	4.7
Polipo hiperplásico de recto	4	4.7
Proctitis crónica	4	4.7
Colitis ulcerativa crónica	4	4.7
Polipo adenomatoso tubulo vellosos de colon ¹	2	2.4
Yleitis crónica	2	2.4
Polipo adenomatoso vellosos de recto	1	1.2
Melanosis coli	1	1.2
Linfangioma quístico mucinoso de pared de colon ²	1	1.2
TOTAL	85	100

Nota: (1) Este resultado tuvo diagnóstico clínico de NM de recto, por ser lesiones amplias y proliferantes; (2) Este resultado fue realizado por resección quirúrgica, y corresponde al diagnóstico colonoscópico de tumor quístico de colon de la región cecal.

Fuente: Fichas de recolección de datos del estudio

GRAFICO 1 PROCEDENCIA POR DISTRITOS

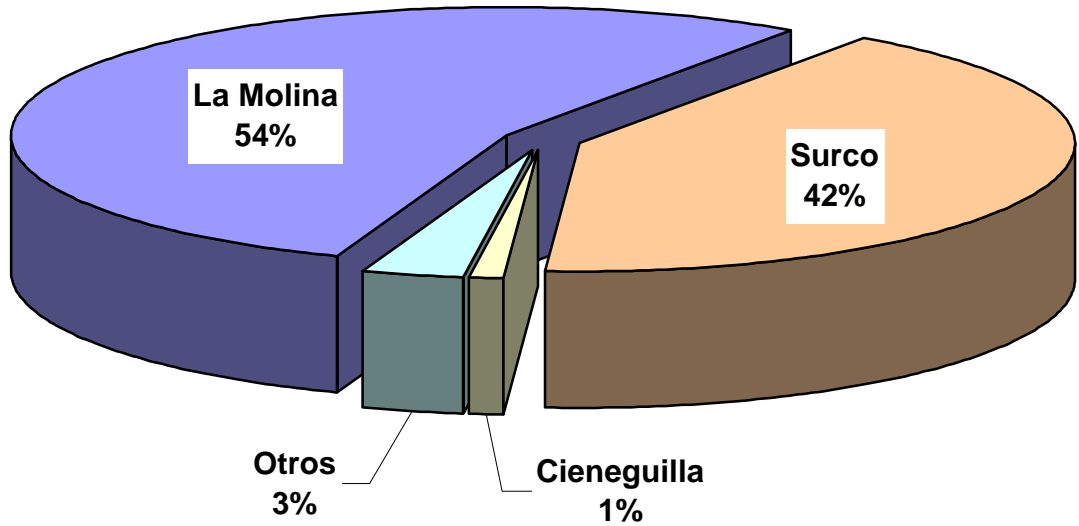


GRAFICO 2 DISTRIBUCION SEGÚN EDAD

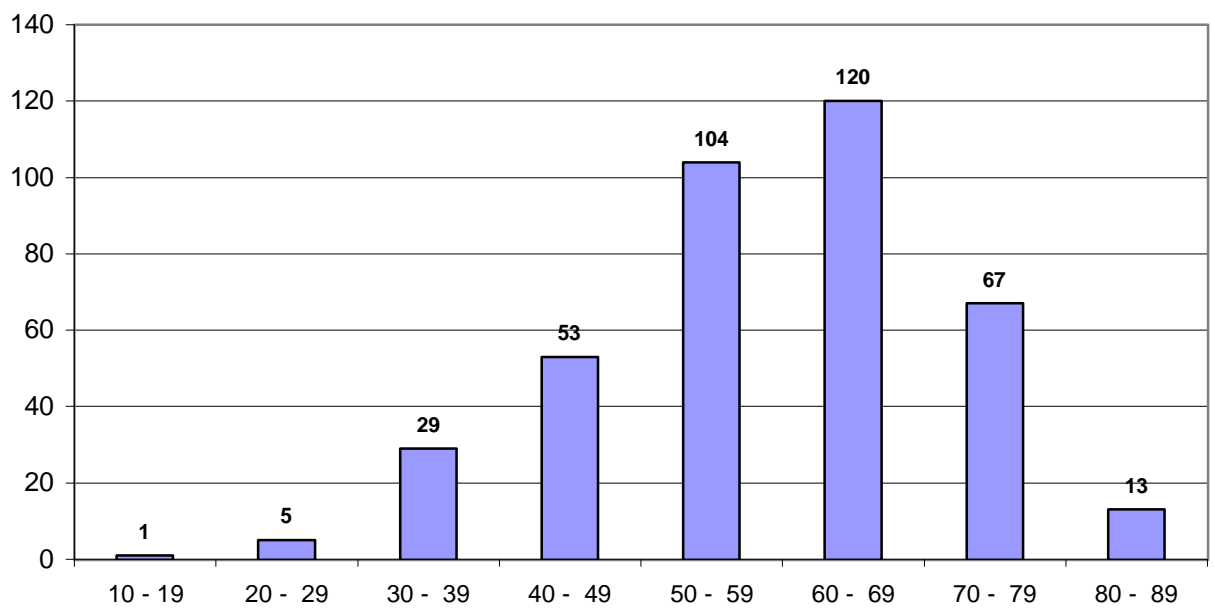


GRAFICO 3 DISTRIBUCION SEGÚN SEXO

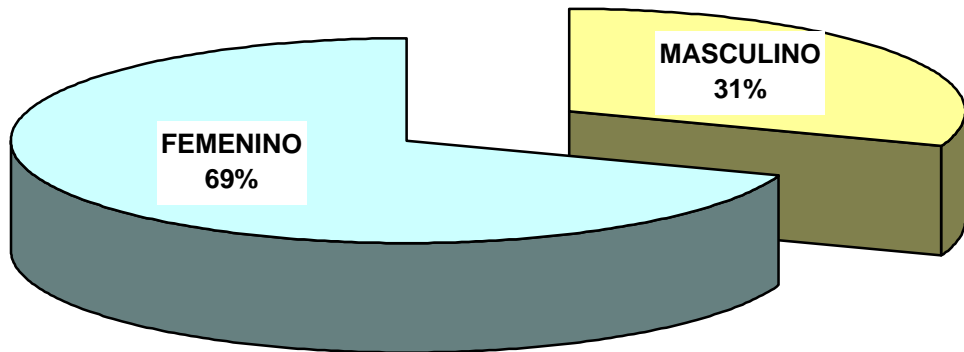


GRAFICO 4 DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y SEXO

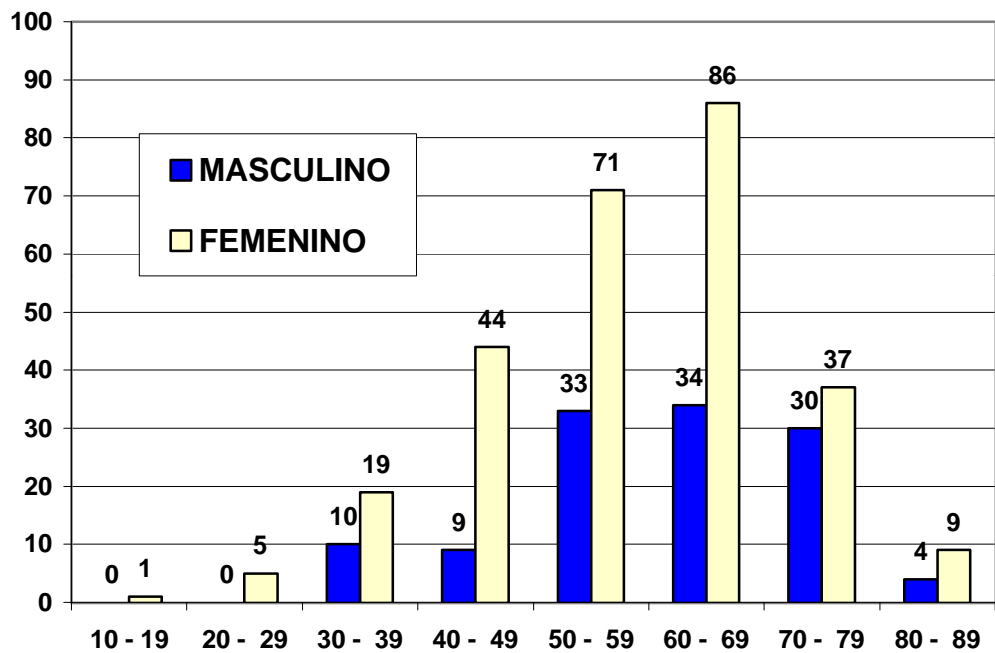


GRAFICO 5 COLONOSCOPIAS POR AÑO

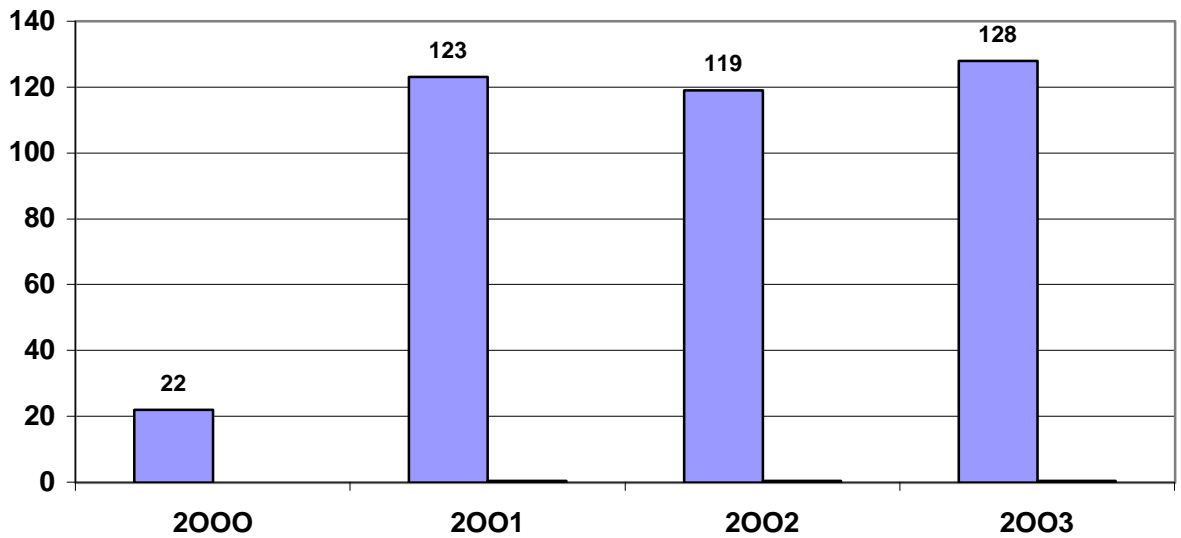


GRAFICO 6 SINTOMAS PREVIOS AL EXAMEN

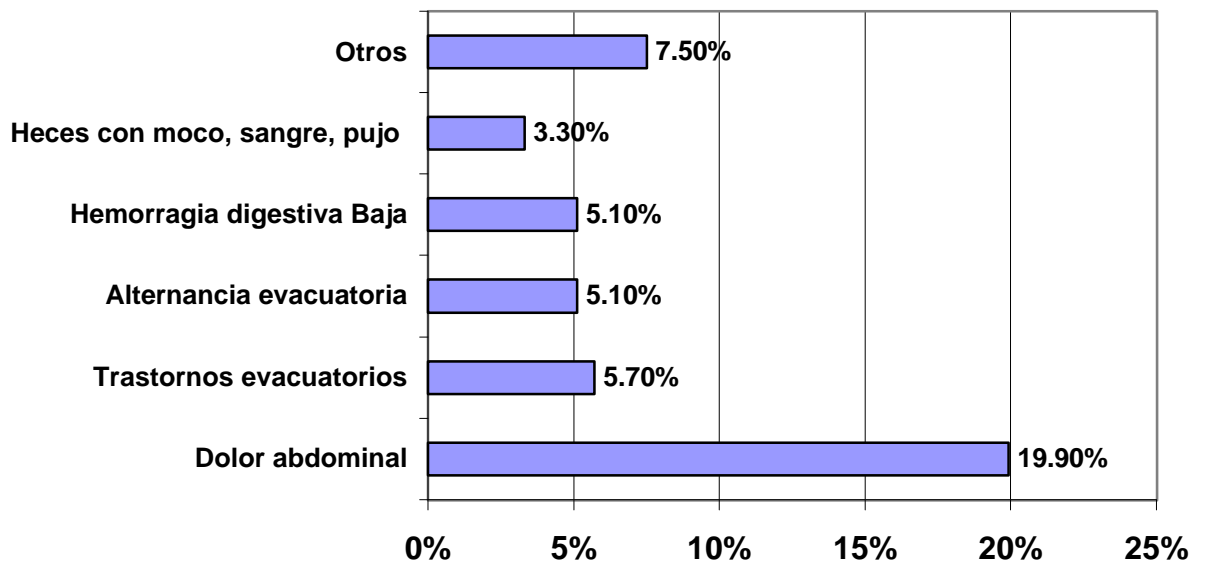


GRAFICO 7 SIGNOS PREVIOS AL EXAMEN

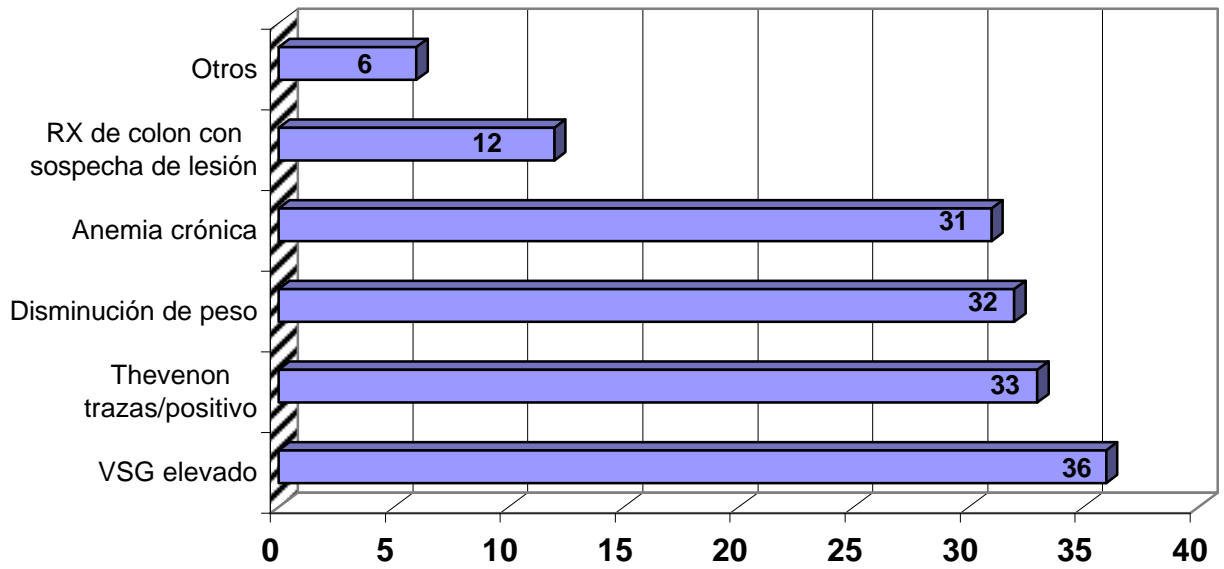


GRAFICO 8 INDICACIONES DE COLONOSCOPIA

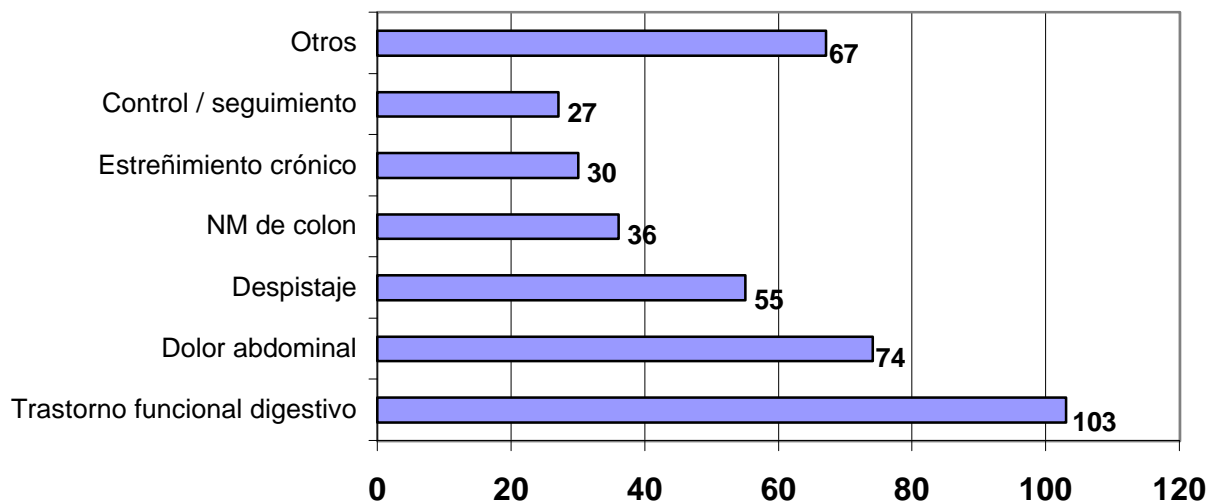


GRAFICO 9 ALCANCE DEL EXAMEN

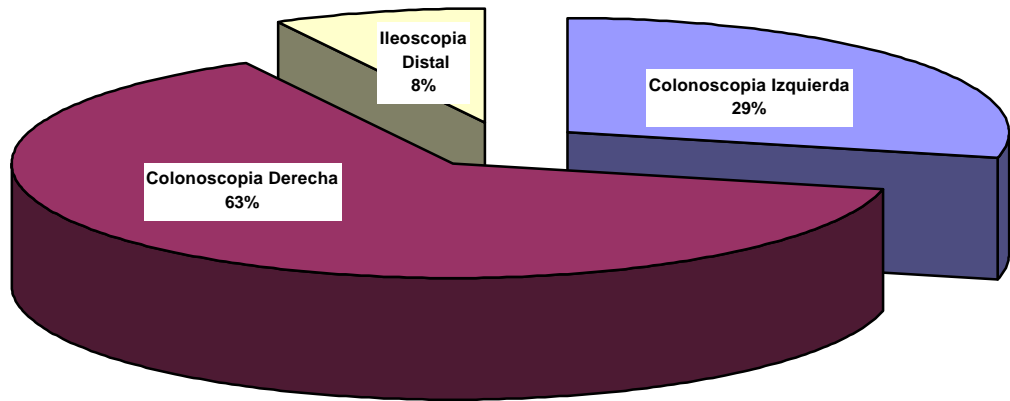


GRAFICO 10 CAUSAS DE COLONOSCOPIA INCOMPLETA

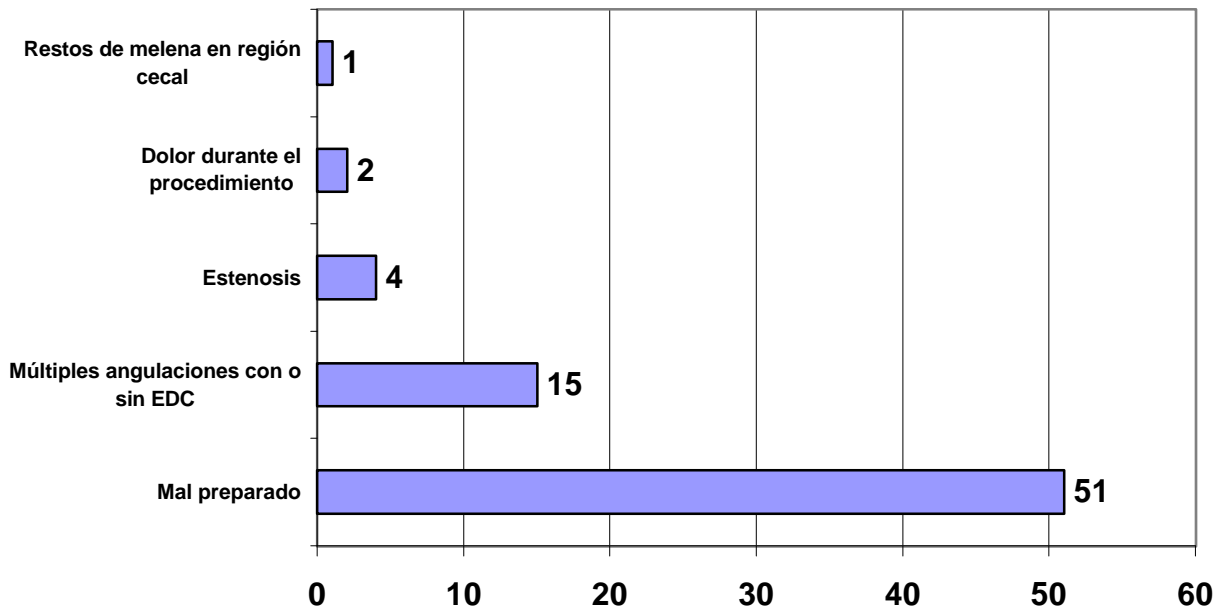


GRAFICO 11

EXAMENES COLONOSCOPICOS REALIZADOS

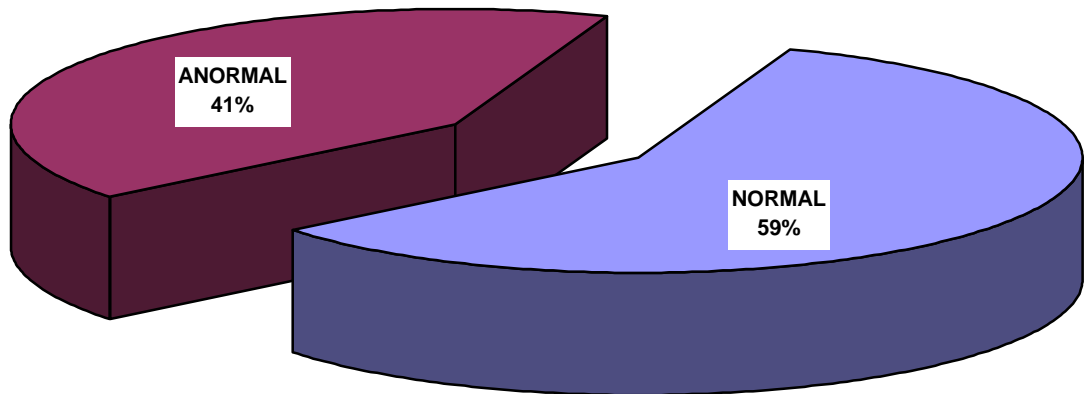


GRAFICO 12

ALCANCE DE LAS COLONOSCOPIAS NORMALES

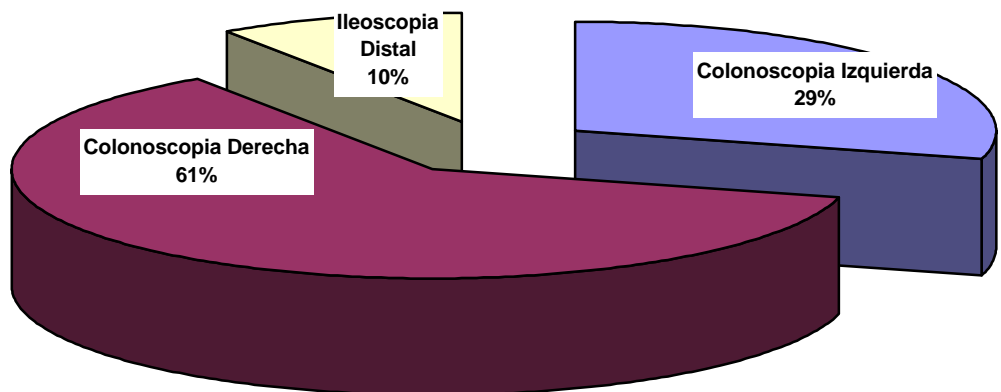


GRAFICO 13 DIAGNOSTICOS DE COLONOSCOPIAS ANORMALES

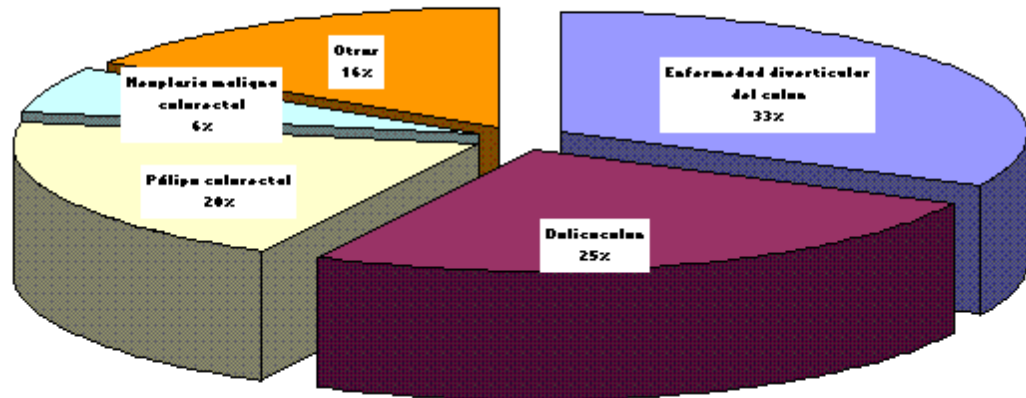


GRAFICO 14 ENFERMEDAD DIVERTICULAR SEGÚN EDAD Y SEXO

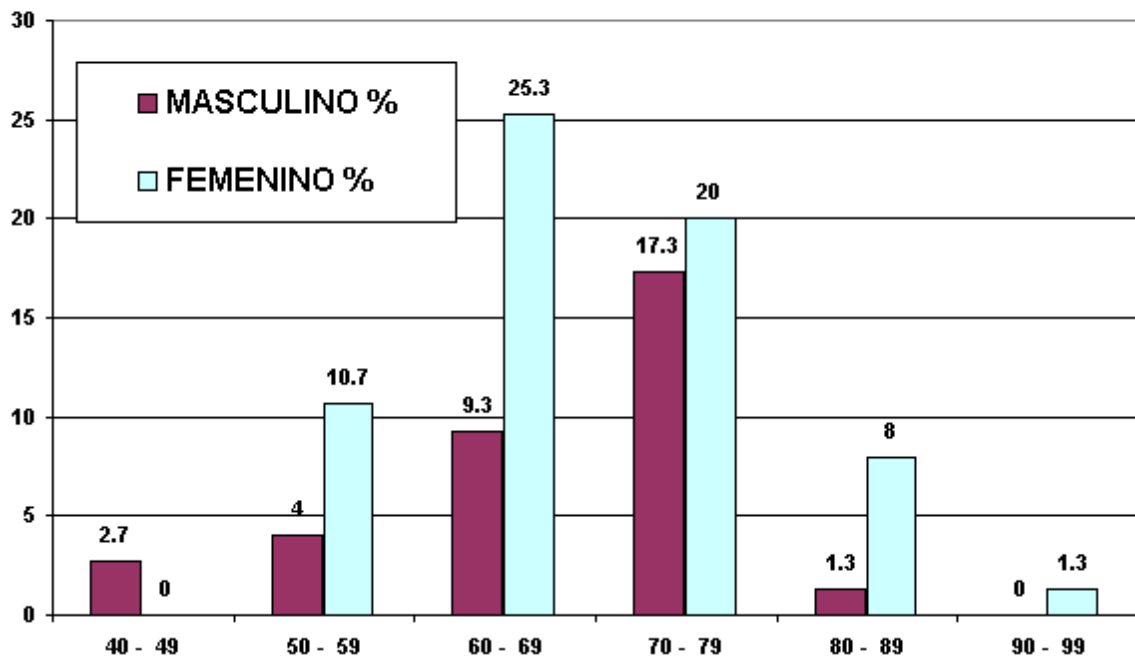


GRAFICO 15 LOCALIZACION DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR

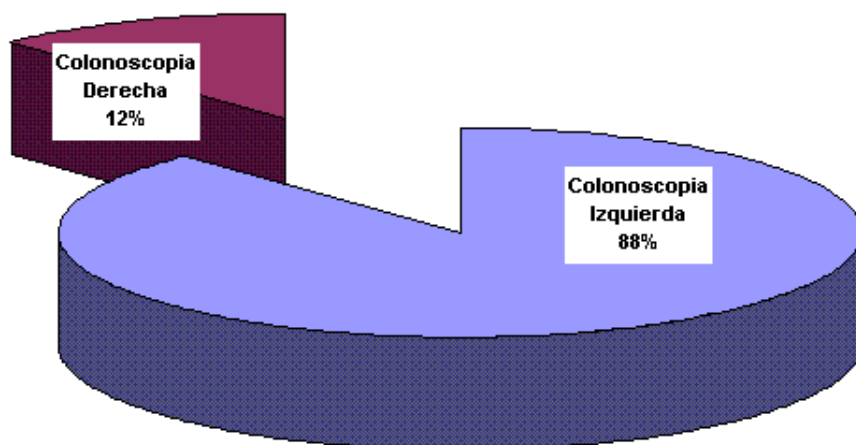


GRAFICO 16 LESIONES ELEVADAS SEGÚN EDAD Y SEXO

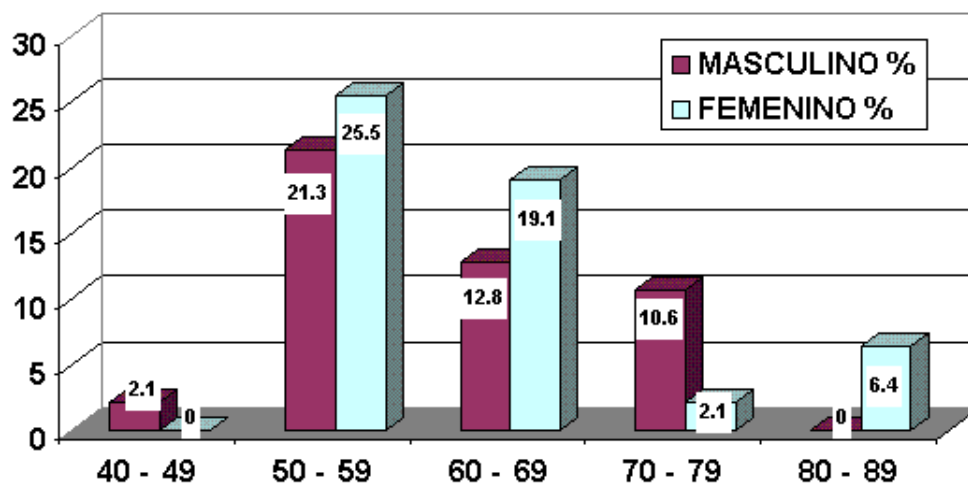


GRAFICO 17 POLIPOS SEGÚN EDAD Y SEXO

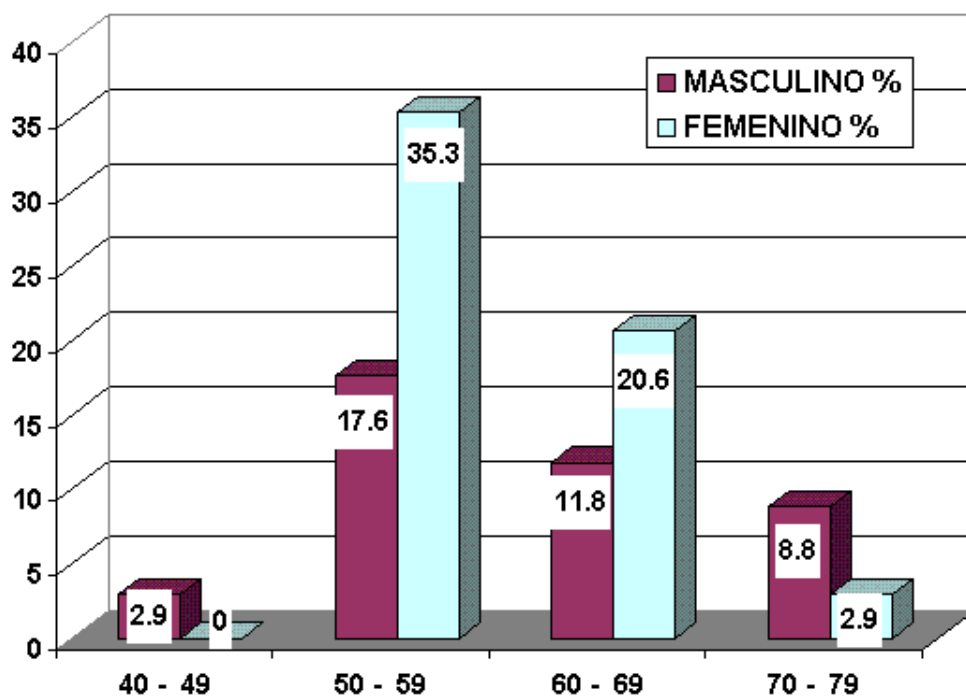
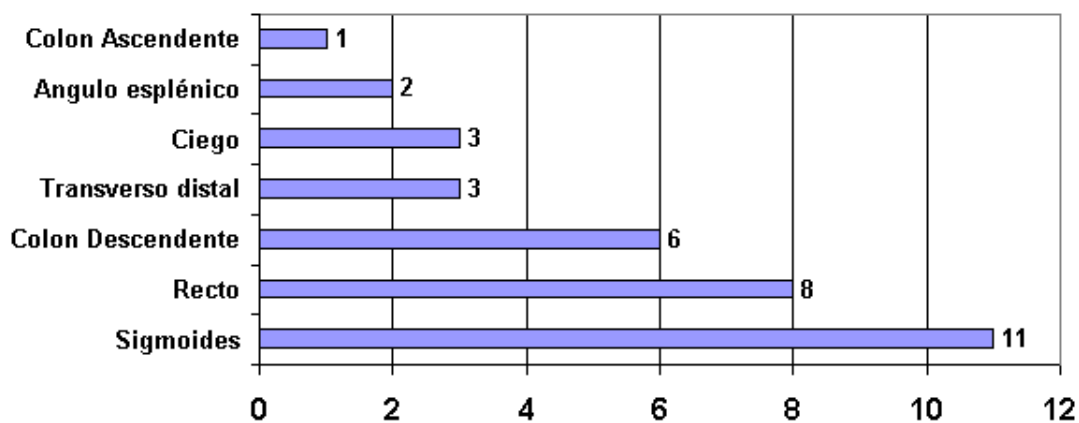
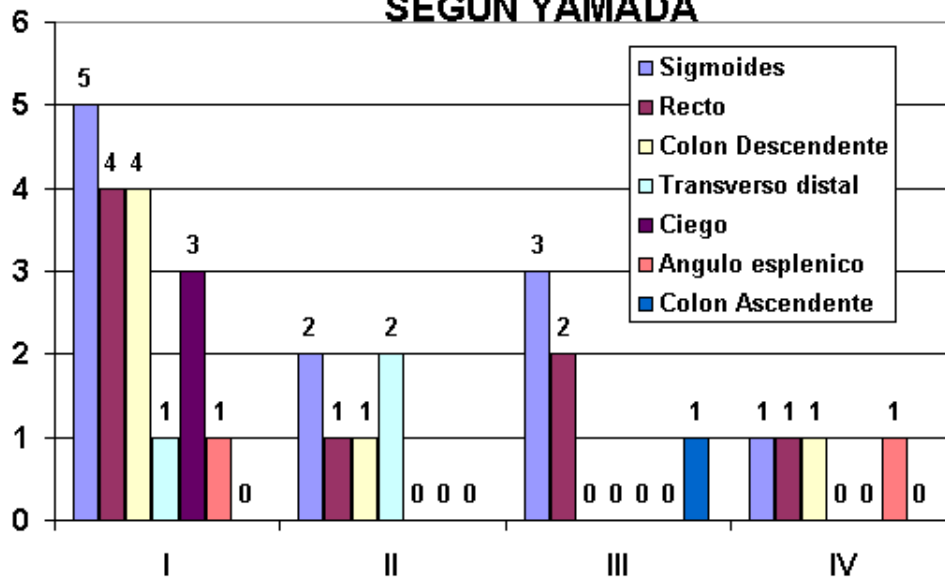


GRAFICO 18 LOCALIZACION DE POLIPOS



**GRAFICO 19
LOCALIZACION DE POLIPOS
SEGÚN YAMADA**



**GRAFICO 20
POLIPOS SEGÚN TAMAÑO**

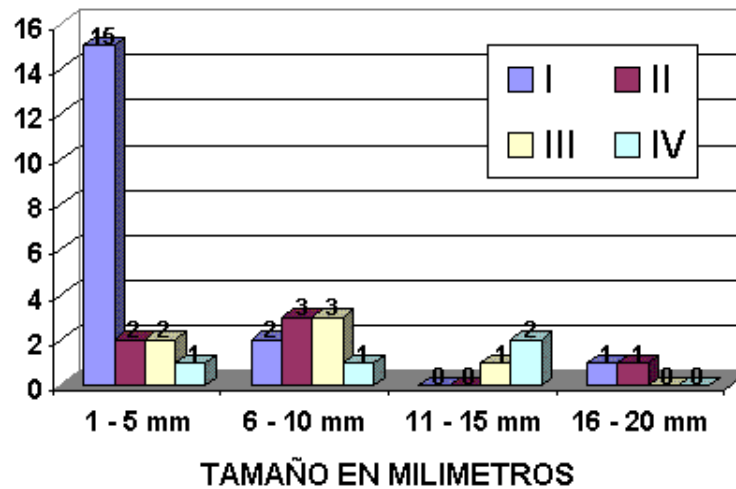


GRAFICO 21
LESIONES ELEVADAS POR ANATOMIA PATOLOGICA

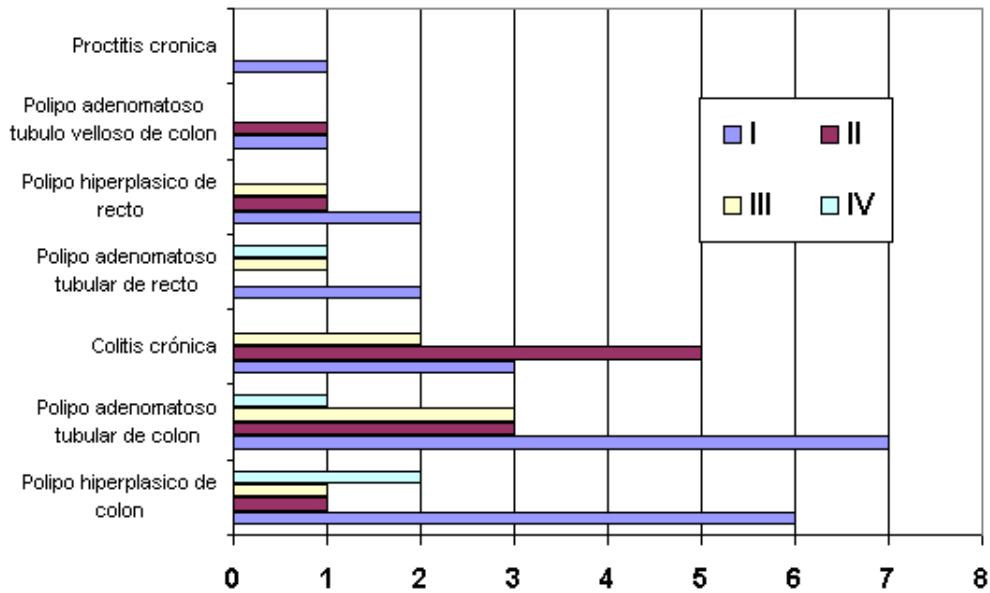


GRAFICO 22
LOCALIZACION DE CANCER COLORECTAL

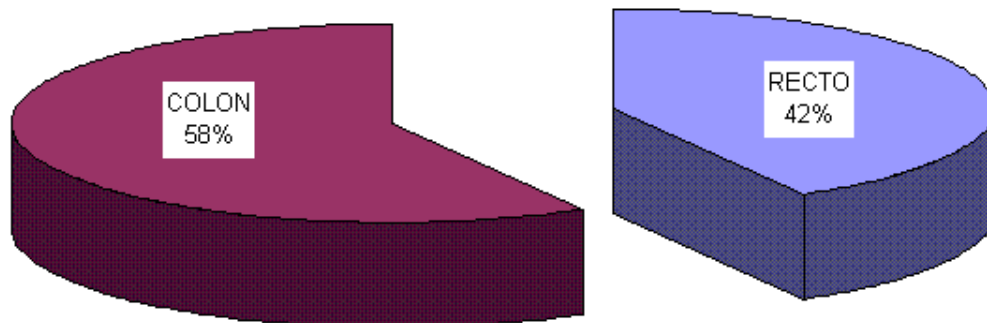
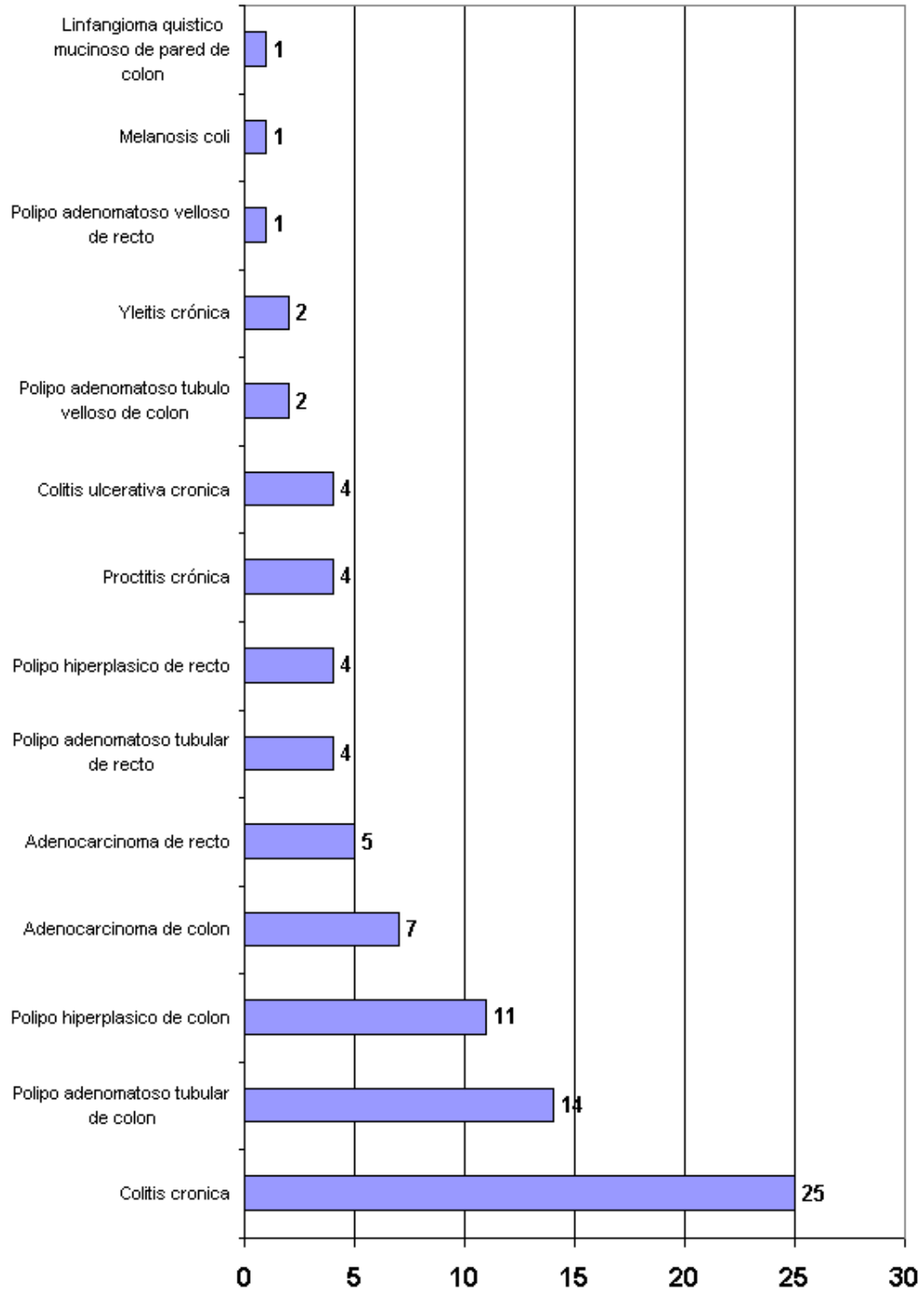


GRAFICO 23

RESULTADOS ANATOMO PATOLOGICOS DE BIOPSIAS



ANEXO 2

TABLA N° 1

POBLACIÓN DE LA JURISDICCIÓN DEL HOSPITAL CARLOS ALCANTARA BUTTERFIELD. ESSALUD 2002

DISTRITO	POBLACIÓN GENERAL
La Molina	82,518
Cieneguilla	8,491
Santiago de Surco	211,852
<i>Total</i>	302,861

Fuente: Boletín de Epidemiología del HCAB La Molina 2002.

TABLA N° 2

POBLACIÓN ADSCRITA POR GRUPO ETAREO Y SEXO EN EL HCAB-ESSALUD. PERU 2003

GRUPO ETAREO	SEXO		TOTAL	
	Masculino	Femenino	N°	%
<1 a	630	504	1,134	0.9
1-4a	3,276	3,024	6,300	5.0
5-9a	4,032	3,906	7,936	6.3
10-14a	3,780	4,158	7,938	6.3
15-18a	4,410	3,528	7,938	6.3
20-59	45,616	35,661	81,227	64.7
60 a +	7,560	5,922	13,482	10.7
<i>TOTAL</i>	66,658	65,066	126,007	100

Fuente: Boletín de Epidemiología del HCAB La Molina 2003.

ANEXO 3

**GERENCIA DEPARTAMENTAL DE LIMA
HOSPITAL CARLOS ALCANTARA BUTTERFIELD
ESSALUD**

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

DON/DOÑAHISTORIA CLÍNICA NO.
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)
DEAÑOS DE EDAD.
CON DOMICILIO EN Y D.N.I No.....
DON DOÑA.....DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE PACIENTE)
CON DOMICILIO ENY DNI N o.....
EN CALIDAD DE.....(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)
DE.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE PACIENTE)

DECLARO:

QUE EL DOCTOR/A.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN),
me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una COLONOSCOPIA.

1. Es una técnica Endoscópica que pretende la visualización de la pared del intestino grueso (colon), y en ocasiones los últimos centímetros del ileon terminal, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas localizaciones. En ocasiones, si se detecta una lesión sangrante o pólipos, puede requerir actuación sobre ellos.
- 2.- El procedimiento, siempre con indicación del medico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable a necesar la sedación. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación.
- 3.- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y, tras la introducción anorrectal del Endoscopio, se progresa por el colon examinado la pared. Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se pueden tomar pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis histológico y microbiológico.
- 4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión abdominal, mareo, hemorragia, perforación, infección, dolor, hipotensión, y/o excepcionales, como arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.

Signos:

Examen físico:.....

Laboratorio: Hma/Hto/Tevenon/VSG:

Radiografía:

Ecografía:

Indicación de Colonoscopia:

Colonoscopia:

Completa() Alcance hasta: Ciego ()Ileon ()

Incompleta() Debido

a:.....

Alcance

hasta:.....

Resultado de examen colonoscópico:

.....

.....

Resultado de Biopsia:

5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como

.....
.....
.....

6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles tratamientos alternativos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSIENTO

que se me realice una **COLONOSCOPIA**.

En La Molina,.....

Fdo: EL MÉDICO

Fdo: EL PACIENTE

Fdo: EL REPRESENTANTE
FAMILIAR O ALLEGADO

ANEXO 4

PREPARACIÓN DE LA LIMPIEZA INTESTINAL

INDICACIONES PARA COLONOSCOPIA

TRES DIAS ANTES DEL EXAMEN

1.- Dieta líquida desde 3 días antes del examen. La dieta consiste en agua de anís, limonadas, claras de huevo sancochado, caldo colado y agua de fruta.

EL DIA ANTERIOR AL EXAMEN

1.- La limpieza intestinal empieza la tarde anterior a las 4pm . En un litro de agua se debe disolver: 9gr. de sal o 1 sobre de suero de rehidratación oral o Nulitelly (Polietilenglicol)

2.- Empezar a beber la solución a razón de un vaso cada 10 a 15 minutos. Se deberá continuar bebiendo hasta que las deposiciones sean claras o transparentes. Esto se consigue aproximadamente con 4 lt. ingeridos aproximadamente en 4 horas.

EL DIA DEL EXAMEN

1.- Acudir media hora antes de su cita.

2.- Tomar sus medicamentos normalmente (Casos de hipertensión arterial u otros).

3.- La mala preparación obliga a nueva cita.

ANEXO 5

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre:

Edad.....

Nro de H. Cl.....

Sexo: Mas() Fem()

Fecha: / / 2000()/2001()/2002()/2003()

Procedencia (Distrito)

Síntomas Clínicos:

Dolor abdominal:

Flanco izquierdo()

Flanco derecho()

Epigastrio()

Hipogastrio()

Mesogastro()

Dolor difuso()

Abdomen inferior()

Trastornos evacuatorios:

Diarrea crónica()

Estreñimiento crónico()

Alternancia evacuatoria:

Diarrea y normalidad()

Estreñimiento y normalidad()

Diarrea y estreñimiento ()

Sangrado digestivo: Rectorragia() Enterorragia ()

Características de las heces:

c/m,p,s () c/m ()

c/p,s () c/s ()

Dolor anal: presente() ausente()

Otros transtornos:

Nauseas y vómitos()

Distensión abdominal()

Apetito disminuido()

Escibaros ()

Heces delgadas ()

Signos:

Examen físico:.....

Laboratorio: Hma/Hto/Tevenon/VSG:

Radiografía:

Ecografía:

Indicación de Colonoscopia:

Colonoscopia:

Completa() Alcance hasta: Ciego ()Ileon ()

Incompleta() Debido

a:.....

Alcance

hasta:.....

Resultado de examen colonoscópico:

.....

.....

Resultado de Biopsia: