



Universidad de Guayaquil
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina

**“ HALLAZGOS COLONOSCOPICOS EN PACIENTES MAYORES DE 30
AÑOS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL
ALCIVAR DE ENERO - DICIEMBRE DEL 2014”**

TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
GRADO DE MEDICO GENERAL

María de Jesús Rodas Barahona

Dr. Richard Huayamave Medina

Tutor

Guayaquil – Ecuador

2014 – 2015

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR METODOLOGICO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADO POR LA SRTA. MARIA DE JESUS RODAS BARAHONA CON C.I. # 09177050097

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES: **“HALLAZGOS COLONOSCOPICOS EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL ALCIVAR DE ENERO - DICIEMBRE DEL 2014”**

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

DR. RICHARD HUAYAMAVE MEDINA

TUTOR METODOLOGICO



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a la **Srta. MARIA DE JESUS RODAS BARAHONA** ha sido aprobado, luego de su defensa publica, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el Título de Médico.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

ESCUELA DE MEDICINA



FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: HALLAZGOS COLONOSCOPICOS EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL ALCIVAR DE ENERO - DICIEMBRE DEL 2014		
AUTOR/ ES: María de Jesús Rodas Barahona	REVISORES: Dr. Richard Huayamave Medina	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Medicas	
CARRERA: Medicina		
FECHA DE PUBLICACION: 2015	Nº DE PÁGS: 58	
ÁREAS TEMÁTICAS: Clínico.		
PALABRAS CLAVE: colonoscopia, colon, cáncer colorectal, adenocarcinoma, pólipos, hemorroides, incidencia, diagnóstico		
<p>RESUMEN: Se trata de un estudio Observacional, Descriptivo, Retrospectivo realizado en el Hospital Alcívar en el periodo comprendido entre Enero hasta Diciembre del 2014. Reportamos un estudio clínico-endoscópico sobre patologías colónicas en 161 pacientes de ambos sexos, donde los pacientes de sexo femenino predominan a las de sexo masculino con un 65% sobre 35% respectivamente, se distribuyeron en grupos etarios entre 30 y 90 años, hallándose en la quinta y sexta década la mayor presentación, siendo la hematoquecia el síntoma más frecuente. Aunque el Cancer colorectal se encontró en un 12%, el estudio patológico demostró que 79% fueron adenocarcinomas, 11% fueron linfomas y que el 5% fueron carcinoma mucoide y carcinoma epidermoide respectivamente. El hallazgo con mayor incidencia fueron los pólipos, que se encontraron en un 35%, de los cuales 44% fueron pólipos hiperplásicos, 30% adenomas, 16% pólipos hamartomatosos y 10% adenomas con adenocarcinoma no invasivo o invasivo. Como resultado de este estudio, enfatizamos el valor de la detección y del diagnóstico temprano, para disminuir la mortalidad por cáncer colorectal.</p>		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 042966163 0982207966	E-mail: majesus.rodas@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil- Facultad de Ciencias Médicas	
	Teléfono: 0422390311	
	E-mail: E-mail: http://www.ug.edu.ec	

DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación, está dedicado a Dios por ser verdadera fuente de amor y sabiduría.

A mi padre quien me brindo toda su vida, y del cual nunca me hizo falta su apoyo, sus consejos y su dedicación, porque gracias a él sé que la responsabilidad se la debe vivir para aprender.

A mi madre quien con su inteligencia, compañía, y amor me enseñará a superar los obstáculos, por más difíciles que parezcan en todos los momentos de mi vida no solo profesional y me mostraró que detrás de cada detalle existe el suficiente alivio para empezar nuevas búsquedas.

A los docentes del Hospital Alcívar y de nuestra Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, por sus invaluable enseñanzas en este largo camino a la meta.

Agradezco también a los amigos con los que pude compartir durante mi paso por las aulas de la facultad, amigos que sin duda fueron un apoyo para estudiar y superarnos juntos.

AGRADECIMIENTO

De antemano agradezco este trabajo de titulación a Dios y a mi familia quienes sé que nunca dudaron de mis capacidades.

Especial agradecimiento a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, por sus años de formación académica y profesional, así como al personal médico y administrativo del Hospital Alcívar quienes fueron el pilar fundamental de este trabajo de investigación.

A mi tutor de tesis, Dr. Richard Huayamave Medina, y a mis maestros del Hospital Alcívar por su esfuerzo, dedicación y tiempo, quienes con sus conocimientos, sus experiencias, su paciencia y su motivación impulsaron y lograron que culmine con éxito el presente trabajo de titulación.

RESUMEN

Antecedentes.- La Colonoscopia durante las dos últimas décadas ha sido un avance extraordinario en la investigación sobre carácter colorectal, sea para aclarar su etiología, como para encontrar los mejores métodos de diagnóstico temprano, así como para escoger la terapia más adecuada, y para diseñar esquemas de seguimiento y de vigilancia para los grupos de riesgo; todo orientado a mejorar el pronóstico y disminuir la morbimortalidad debida a este tumor maligno.

Objetivos.- El presente estudio tiene como objetivo principal, conocer los hallazgos colonoscópicos en pacientes mayores de 30 años del servicio de gastroenterología en el Hospital Alcivar de enero a diciembre del 2014.

Metodología.-. Se trata de un estudio Observacional, Descriptivo, Retrospectivo realizado en el Hospital Alcívar en el periodo comprendido entre Enero hasta Diciembre del 2014.

Resultados.- Reportamos un estudio clínico-endoscópico sobre patologías colónicas en 161 pacientes de ambos sexos, donde los pacientes de sexo femenino predominaron a las de sexo masculino con un 65% sobre 35% respectivamente, se distribuyeron en grupos etarios entre 30 y 90 años, hallándose en la quinta y sexta década la mayor presentación, siendo la hematoquecia el síntoma más frecuente.

Aunque el Cancer colorectal se encontró en un 12%, el estudio patológico demostró que 79% fueron adenocarcinomas, 11% fueron linfomas y que el 5% fueron carcinoma mucoide y carcinoma epidermoide respectivamente.

Conclusión.- El hallazgo con mayor incidencia fueron los pólipos, que se encontraron en un 35%, de los cuales 44% fueron pólipos hiperplásicos, 30% adenomas, 16% pólipos hamartomatosos y 10% adenomas con adenocarcinoma no invasivo o invasivo. Como resultado de este estudio, enfatizamos el valor de la detección y del diagnóstico temprano, para disminuir la mortalidad por cáncer colorectal pues es la contribución más importante y definitoria en las opciones terapéuticas ofrecidas al paciente.

Palabras Clave: colonoscopia, colon, cáncer colorectal, adenocarcinoma, pólipos, hemorroides, incidencia, diagnóstico.

ABSTRACT

Background.- Over the past two decades has been extraordinary progress in research on colorectal character is to clarify their causes, and to find the best methods for early diagnosis and to choose the most appropriate therapy and to design schemes monitoring and surveillance for risk groups; all aimed at better prognosis and reduce morbidity and mortality due to this malignancy.

Objectives.- The present study has as main objective, to know the colonoscopy findings in patients older than 30 years of service of gastroenterology at Alcivar Hospital from January to December 2014.

Methodology.- This is an observational, descriptive, retrospective study in Alcivar Hospital in the period from January to December 2014.

Results.- Report a clinical and endoscopic study of colonic pathology in 161 patients of both sexes, where female patients predominate male to 65% on 35%, respectively, they were distributed in age groups between 30 and 90 years old, being in the fifth and sixth decade as presentation hematoquecia being the most common symptom.

Although colorectal cancer was found in 12% , pathological study showed that 79 % were adenocarcinomas , lymphomas were 11% and 5% were mucoid carcinoma and squamous cell carcinoma respectively .

Conclusion.- The highest incidence were finding polyps were found in 35% , of which 44 % were hyperplastic polyps , adenomas 30 % , 16 % and 10 % hamartomatous polyps adenomas with noninvasive or invasive adenocarcinoma . As a result of this study , we emphasize the value of early detection and diagnosis, to reduce mortality from colorectal cancer because it is the most important and defining in the treatment options offered to the patient contribution.

Keywords: colonoscopy, colon, colorectal cancer, polyps, hemorrhoids, incidence, adenocarcinoma, diagnosis.

INDICE

ÍNDICE GENERAL

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA	IV
RESUMEN	V
SUMMARY	VI
ÍNDICE GENERAL	VII
INTRODUCCIÓN	VIII

INDICE

CAPITULO I.....	1
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	2
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	2
1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
CAPITULO II.....	4
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 LA COLONOSCOPIA.....	4
2.1.1 HISTORIA	4
2.1.2 DEFINICIÓN	5

2.1.3 TÉCNICA.....	5
2.1.4 INDICACIONES.....	7
2.1.5 CONTRAINDICACIONES	9
2.1.6 RIESGOS Y COMPLICACIONES	10
2.1.7 RECUPERACIÓN	12
2.1.8 INFORMACIÓN.....	13
2.1.9 VIGILANCIA DE SÍNTOMAS TRAS LA COLONOSCOPIA	14
2.2 OPINION DEL AUTOR.....	15
2.3 HIPÓTESIS.....	15
2.4 VARIABLES	15
2.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE	15
2.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	15
2.4.3 VARIABLES INTERVINIENTES	15
CAPITULO III	16
3. MATERIALES Y METODOS	16
3.1 CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO	16
3.2 UNIVERSO Y MUESTRA.....	16
3.2.1 UNIVERSO.....	16
3.2.2 VIABILIDAD.....	17
3.2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	17
3.2.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	17
3.2.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION	17
3.2.6 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	18
3.2.7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	19
3.2.8 CONSIDERACION BIOETICA.....	19
3.2.9 RECURSOS A EMPLEAR.....	20

3.2.9.1 RECURSOS HUMANOS	20
3.2.9.2 RECURSOS FÍSICOS	20
3.2.10 INSTRUMENTOS DE EVALUACION O RECOLECCION DE DATOS	20
3.2.11 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS	20
CAPITULO IV	21
4. RESULTADO Y DISCUSION	21
4.1 RESULTADOS	21
4.1.1 DISTRIBUCION SEGÚN SEXO	21
4.1.2 DISTRIBUCION SEGÚN EDAD	22
4.1.3 DISTRIBUCION SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA	23
4.1.4. DISTRIBUCION SEGÚN DIAGNOSTICOS	24
4.1.5. DISTRIBUCION SEGÚN ESTUDIO HISTOLÓGICO DE PÓLIPOS ..	26
4.1.6 DISTRIBUCION SEGÚN ESTUDIO HISTOLÓGICO DE CCR	27
4.2 DISCUSION.....	28
5 CONCLUSIONES.....	30
6 RECOMENDACIONES O PROPUESTAS	32
BIBLIOGRAFIA	33
ANEXOS	36
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	36
BASE DE DATOS: DPTO. DE ESTADISTICA HOSPITAL ALCIVAR	37

INTRODUCCION

Las poblaciones de sociedades occidentales son particularmente sensibles a desarrollar cáncer colorectal, cuarta causa de muerte en el mundo. Las estadísticas globales de cáncer determinadas por la Internacional Agency for Research on Cancer (IARC) (1) señalan que en el año 2002 ocurrieron 6.724.000 muertes por cáncer en el mundo. Si bien la incidencia y prevalencia de los diferentes tipos de cáncer varía entre los países desarrollados y en desarrollo, la causa de muerte más común a nivel mundial es el cáncer de pulmón (1.18 millones de muertes en el 2002) siendo el segundo, tercero y cuarto lugar ocupado por tres neoplasias competencia del gastroenterólogo: cáncer gástrico, cáncer hepático y cáncer de colon que se adjudican para ese año 700.000, 598.000 y 529.000 muertes respectivamente (1).

Es el tercer más frecuente cáncer diagnosticado y la segunda causa de muerte relacionada a cáncer en Estados Unidos donde se diagnostican 160000 nuevos casos anualmente. Ha permanecido estable en la segunda mitad de siglo XX con una leve declinación en la última década. Ésto debido a la efectividad de las estrategias de despistaje y vigilancia Sin embargo, a pesar de los esfuerzos, todavía el 65% de pacientes con cáncer colorectal presenta enfermedad avanzada. Por ello es importante una detección temprana, terapia apropiada y vigilancia como tratamiento de esta enfermedad prevenible (2).

En Venezuela el cáncer de colorectal representó entre el 0,21 y el 1,26% de todas las muertes. Esta patología representó el 6,3% de todas las muertes por tumores y el 23,3% de todas las muertes por tumores de los órganos digestivos. No se aprecia preferencia en sexo determinado. En cáncer de colon fueron más frecuentes los tumores malignos de sigmoides, colon ascendente y colon descendente, pero la gran mayoría de los certificados de defunción por este rubro, se refieren simplemente a tumor maligno de colon de parte no especificada. Los tumores de recto son cuatro veces menos frecuentes que los de colon (3).

El cáncer colorectal (CCR) es una enfermedad prevenible pues los cambios de la mucosa normal a neoplasia invasiva toman 10 años, tiempo en el que el colon puede ser examinado y la neoplasia encontrada y removida antes del desarrollo de malignidad. (4)

Uno de los avances más importantes en los últimos años ha sido el reconocimiento de que la mayoría de los casos de CCR ocurre de una manera escalonada a, a través de alteraciones genéticas que controlan la replicación, diferenciación, apoptosis celular así como los mecanismos de reparación del ADN (4)

El CCR es una enfermedad susceptible de cribado, dada su historia natural conocida, representa un problema de salud pública por su elevada incidencia y mortalidad, se dispone de métodos diagnósticos que permiten detectar la enfermedad en fases iniciales o premalignas (5) y el pronóstico es favorable cuando se trata en estadios precoces (6)

Hoy en día 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 (7).

Mediante un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo realizado en el Hospital Alcívar, se caracterizó los sexo, edad, presentación clínica y diagnóstico endoscópico de los pacientes, con el uso de una ficha recolectora se obtuvo información de los expedientes y se recabó los resultados diagnósticos e histológicos de colonoscopias.

La presente investigación fue viable porque contó con el apoyo y permiso de las autoridades de la institución donde realicé mi internado rotativo de medicina, el permiso correspondiente de la universidad y los recursos económicos del investigador.

El trabajo se realizó con una muestra de 161 pacientes mayores de 30 años que atendidos en el área de Gastroenterología del Hospital Alcívar en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2014.

Finalmente los resultados demuestran que 35% (57) de los pacientes presentaron pólipos como diagnóstico de su colonoscopia, en el cual se procedió a su análisis histológico, describir el grado de displasia, evaluar la presencia o no de malignidad, y se determinó 57% (28) de casos reportados fueron adenomas, por ende el uso de colonoscopia fue la contribución más importante y definitoria en las opciones terapéuticas ofrecidas al paciente.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios colonoscópicos permiten diagnosticar y tratar distintas enfermedades que se puedan presentar en los hallazgos al momento de realizarlos, entre los cuales el cáncer colorrectal que es uno de los más temidos en nuestra población ocupa el 7mo lugar de muertes en el Ecuador según las estadísticas de SOLCA en pacientes con patologías oncológicas. (10), se evidencia que entre el 30 al 50% de la población adulta presentará pólipos en el colon, pero sólo del 1 al 3% desarrollará malignidad. (11)

Los hallazgos colonoscópicos encontrados por Navarro et al en su estudio de screening de cáncer colorrectal realizado en la ciudad de Cataluña en el año 2008, concluye que se realizaron colonoscopias en 495 pacientes en el cual 8,1% de cáncer invasivo, 27,4% Adenoma de Alto Riesgo, 6,6% Adenoma de Bajo Riesgo y en 6,1% participantes, el hallazgo más importante fue un pólipo hiperplásico. (12)

En una revisión de estudios por colonoscopias realizados en Venezuela, Sihues et al encontró que el 6,13% correspondían a pólipos colorectales donde el tipo histológico predominante fue el hiperplásico con 42,9%, con un 40,8% de origen adenomatoso los cuales absolutamente todos presentaron algún grado de displasia. (13)

Las indicaciones para realizar un estudio endoscópico de colon se dividen en tres grupos: Inicialmente están los pacientes con síntomas o signos sugerentes de patología colónica, como aquellos en los que se encuentra imágenes anormales en estudios radiológicos, los que tienen sangrado digestivo bajo, los que tienen anemia por déficit de hierro o los que tienen síntomas digestivos bajos como diarrea crónica. En el segundo grupo se incluyen pacientes que por su edad o por sus antecedentes requieren estrategias de prevención de enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos y tumores de colon. El tercer grupo de pacientes incluye a quienes requieren un estudio de colon para realizar procedimientos terapéuticos como polipectomías, extracción de cuerpos extraños, descompresión de vólvulo o pseudobstrucción colónica, dilatación de estenosis o tratamiento de lesiones sangrantes entre otras.(14)

Sin embargo en la mayoría de los casos, estos estudios se recomienda en pacientes mayores de 50 años; debido a que las estrategias de prevención como la aparición de patologías son más frecuentes en este grupo. (14)

1.2 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: Medicina Interna

Área: Gastroenterología

Aspecto: Diagnósticos Colonoscópicos

Tema: Hallazgos colonoscópicos en pacientes mayores de 30 años del servicio de gastroenterología.

Lugar: Hospital Alcivar

Periodo: Enero - Diciembre del 2014

1.3 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad hay un aumento en la incidencia de patologías de colón que potencialmente se desarrollan hasta formar neoplasias, este aumento se hace cada vez más significativo en grupos etarios jóvenes; por lo que, resulta necesario investigar las causas y hacerles seguimiento en los controles subsecuentes si el caso lo amerita.

El cáncer colorectal es una enfermedad predecible debido a que los factores de riesgo que influyen como la dieta, hábitos, y antecedentes hereditarios nos pueden ayudar a anticiparnos en el diagnóstico del paciente. Y es previsible ya que el epitelio normal del intestino grueso una vez diagnosticados pólipos se puede tomar un tiempo de 7 a 10 años hasta llegar a un grado de malignidad. (11, 13)

1.4 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer los hallazgos colonoscópicos en pacientes mayores de 30 años del servicio de gastroenterología en el Hospital Alcivar de enero - diciembre del 2014.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Cuantificar en porcentaje los tipos de hallazgos colonoscópicos encontrados.
- Establecer en porcentaje los rangos de edad y distribución de sexo en las alteraciones colonoscópicas encontradas.
- Identificar la sintomatología que presentaron los pacientes que se realizaron la colonoscopia.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 LA COLONOSCOPIA

2.1.1 HISTORIA

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 (7).

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. (8)

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 unaproctosigmoidoscopia. 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 sigmoidoscopico más comfortable.

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, el creó un modelo parecido a un colon distal humano, luego esto posibilitó las adaptaciones necesarias del control y torque de un endoscopio fibroptico 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 fibroptico.

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 mejoró la manufactura de la instrumentación, y se desarrolló una técnica para la colonoscopia total. A partir de entonces el uso del colonoscopio se amplió 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 (8,9).

2.1.2 DEFINICIÓN

La palabra endoscopia proviene de dos palabras griegas: El prefijo endo, que significa dentro de; y el verbo spokein que significa ver u 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. (7)

2.1.3 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: (14)

-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 asas 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 de adoptar el paciente o aplicar una compresión a la superficie abdominal para la facilitación del avance instrumental. Además debemos ayudarnos con diferentes referencias anatomo-endoscópicas, sobre todo con los diferentes ángulos que adopta el trayecto del colon y externamente observando la posición de la luz que por trans-iluminación 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. (14)

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 causa que pueden ser un impedimento para poder pasar el instrumento. (12)

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. (12)

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. (14)

2.1.4 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 número 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 óptima práctica médica.

Según las guías de la Sociedad Endoscópica Digestiva Francesa (SFED) (15) y de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) (16), 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 apariencia de signos clínicos sugestivos de patología intestinal.
- j) Cuando hay una historia de adenomas, excluyendo los pólipos hiperplásicos¹⁸
- 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 (17).

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 (9, 14).

2.1.5 CONTRAINDICACIONES

El examen colonoscópico está 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 (9, 14, 18).

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.

Paciente que no colabora con el examen.

2.1.6 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 está 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 (14). 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 (19). 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 (20).

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 más 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 está o no indicada (9). La Tomografía puede ser usada en pacientes con sospecha de perforación.

Las tasas de perforación pueden o no diferir de las colonoscopias diagnósticas 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 (14). 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%) (18).

En revisiones de fines de la década del 2000 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 (9). 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 (9). 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. (20)

2.1.7 RECUPERACIÓN

La colonoscopia realizada con sedación o anestesia requiere unos cuidados específicos, una vez finalizada la exploración, que dependen de cada paciente, del procedimiento realizado y del tipo de sedación administrada (21) La persona responsable de esta atención es el médico que ha realizado la sedación, ayudado por una enfermera del área de recuperación, entrenada y con experiencia, quien se encargará de la monitorización y la valoración de los criterios necesarios para poder dar de alta al individuo. La recuperación se llevará a cabo en un área aparte de la sala de endoscopia y tendrá el equipamiento necesario para los cuidados postanestésicos.

Según los estándares publicados por la ASA en el 2009 en relación a los cuidados postanestésicos, todos los pacientes que se hayan sometido a anestesia general, regional o cuidados anestésicos monitorizados, deben recibir atención adecuada en una unidad de recuperación postanestésica o área equivalente. La duración y la frecuencia de la monitorización debe individualizarse en función del grado de sedación y del estado general del individuo y debería oscilar entre 30 minutos y 2 horas (22)

El tipo de fármaco utilizado en la sedación (benzodiazepinas, opioides, propofol u otros) y la utilización o no de antagonistas (flumazenilo o naloxona) puede hacer aumentar este tiempo (23)

El nivel de conciencia, valorado con la respuesta a estímulos verbales, los signos vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno) y el nivel de dolor, deben de ser controlados y registrados regularmente hasta que vuelvan a sus valores de normalidad. Se tienen que favorecer posturas adecuadas para la eliminación del aire introducido durante la colonoscopia y la oxigenación se administrará hasta que disminuya el riesgo de depresión respiratoria. Se mantendrá la vía endovenosa hasta que la persona se encuentre totalmente recuperada para ser dada de alta Existen escalas estandarizadas como la escala de Aldrete modificada que se pueden utilizar para valorar la recuperación después de la sedación (respiración, saturación de oxígeno, presión arterial, nivel de conciencia y actividad). Los pacientes, en el momento del alta de la unidad, deben estar conscientes y orientados y con las constantes vitales estables y

normales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, saturación de oxígeno), con al menos 9 puntos en la escala de Aldrete modificada (21). Los pacientes ambulatorios acudirán con un acompañante, al que se le informará de forma verbal y por escrito del desarrollo de la técnica, de las posibles complicaciones y a dónde dirigirse o cómo solventarlas y se le darán instrucciones sobre la dieta, medicaciones y actividades en el periodo siguiente al alta.

Se aconseja a los pacientes que hayan recibido fármacos sedantes no conducir ni tomar decisiones importantes durante al menos las 12 horas siguientes al procedimiento.

En el caso de realizar procedimientos terapéuticos, como por ejemplo una polipectomía, se pondrá especial atención en la aparición de dolor abdominal o la presencia de sangrado. Estos aspectos se deberán considerar especialmente en pacientes a los que se les ha resecado pólipos mayores a 2 cm, cuando son sesiles o planos, aquellos localizados en colon derecho y ciego y cuando el paciente presente comorbilidad asociada (hipertensión arterial, cardiopatía, enfermedad hepática). Si el paciente requiere medicación por dolor intenso o presenta rectorragia se avisará al endoscopista para valorar la situación y decidir el tratamiento oportuno. (23)

2.1.8 INFORMACIÓN

Finalizada la exploración y una vez la persona esté alerta y orientada, con los signos vitales totalmente recuperados y dentro de los límites de normalidad, se le dará verbalmente y por escrito, siempre en presencia de un acompañante capaz de comprender las explicaciones, las recomendaciones pertinentes sobre la reanudación de su medicación habitual, sobre cómo iniciar la ingesta de alimentos, sobre las actividades no permitidas durante las 24 horas siguientes a la prueba y sobre la evaluación del seguimiento. Es conveniente dar un teléfono de contacto activo, al menos 12 horas al día, para comunicar cualquier complicación relacionada con la colonoscopia (24).

El endoscopista, respetando la intimidad de la persona, dará información oral y escrita sobre cómo se ha desarrollado la exploración, las actuaciones diagnósticas y/o terapéuticas realizadas durante la misma y las indicaciones pertinentes para obtener los resultados. La comunicación entre médico y paciente debe de permitir que la persona

y/o su acompañante solucionen sus dudas teniendo la oportunidad de hacer preguntas al endoscopista (21)

2.1.9 VIGILANCIA DE SÍNTOMAS TRAS LA COLONOSCOPIA

Tras la colonoscopia el paciente debe ser vigilado en prevención de complicaciones de la propia exploración o de la sedación.

Otro de los aspectos fundamentales es la recuperación de la conciencia tras la exploración (20)

Las alteraciones en las constantes basales (presión arterial, frecuencia cardíaca o saturación de oxígeno) ocurren hasta en un 38% de los individuos.

Sin embargo, la mayoría son leves y se recuperan espontáneamente. Un 17% de los pacientes requieren la administración suplementaria de oxígeno por desaturación (25). En la mayoría de las ocasiones, la alteración en las constantes vitales es leve y se recupera al finalizar la exploración o modificando la sedación.

La vigilancia se debe extremar cuando la exploración dura más de 30 minutos, el paciente toma antiagregantes o anticoagulantes y se han realizado procedimientos terapéuticos como la polipectomía, como ya se ha comentado en el apartado de la recuperación. (21, 22)

Se le aconsejará que durante 12 horas, o hasta el día siguiente, no realice actividades que requieran responsabilidad (trabajar, conducir, firmar documentos, etc.) ni actividad física intensa. En caso de molestias abdominales podrá tomar paracetamol o buscapina y realizará cambios posturales para favorecer la salida de aire del intestino y disminuir la distensión abdominal. Si las molestias no ceden y se incrementan con el paso del tiempo a pesar de la medicación, consultará con su médico. Como hemos comentado anteriormente, en caso de dolor intenso o sangrado, acudirá al médico que le ha realizado la exploración o a un servicio de urgencias para valoración. (23)

2.2 OPINION DEL AUTOR

El cáncer colorectal es un importante problema de salud cuya incidencia va en aumento, surgiendo la mayoría de estos cánceres de pólipos adenomatosos benignos, siendo posible la extirpación de estas lesiones precursoras. El largo intervalo de tiempo entre la aparición de pólipo y la transformación en cáncer, permite su detección en el periodo pre sintomático.

El cáncer colorectal es una enfermedad predecible debido a que los factores de riesgo que influyen como la dieta, hábitos, y antecedentes hereditarios nos pueden ayudar a anticiparnos en el diagnóstico del paciente.

Como resultado de este estudio, enfatizamos el valor de la detección y del diagnóstico temprano, para disminuir la mortalidad por cáncer colorectal.

2.3 HIPÓTESIS

Los hallazgos colonoscópicos más frecuente son pólipos, siendo la colonoscopia una herramienta eficaz para prevenir el cambio del epitelio normal del intestino grueso a algún grado de malignidad.

2.4 VARIABLES

2.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

- Son los hallazgos colonoscópicos

2.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE

- Pólipos,
- Hemorroides,
- Divertículos,
- Neoplasias

2.4.3 VARIABLES INTERVINIENTES

- Edad,
- Sexo

CAPITULO III

3. MATERIALES Y METODOS

3.1 CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO

El hospital Alcívar está ubicado en la ciudad de Guayaquil – Ecuador, en la zona sur de la urbe, en las calles Coronel y Azuay, a 10 minutos del centro de la ciudad y 20 minutos del Puerto Marítimo de la Ciudad de Guayaquil

El cantón Guayaquil, está ubicado en la parte suroccidental de la provincia del Guayas, la ciudad de Guayaquil es cabecera cantonal y está situada entre los 2°3´ y 2°17´ de latitud sur; y los 79°59´ y 79°49´ de longitud oeste. El cantón Guayaquil está compuesto por 16 parroquias Urbanas y 5 parroquias Rurales. La ciudad de Guayaquil constituye el más importante centro económico de la zona, siendo el que produce mayores ingresos a todo el país. Se encuentra aproximadamente a 420 Km. De la ciudad de Quito, capital de la Republica

Según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) la ciudad de Guayaquil es la más poblada del país con 2291158 habitantes

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1 UNIVERSO

Pacientes mayores de 30 años que acuden al servicio de gastroenterología del Hospital Alcivar en el periodo entre Enero a Diciembre del 2014.

El universo es de 161 pacientes.

3.2.2 VIABILIDAD

Este estudio de investigación resulta viable pues cuenta con la aprobación de las autoridades universitarias, del departamento de Docencia Hospital Alcivar, permisos correspondientes.

3.2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 30 años
- Que se hayan realizado estudio colonoscópico en el Hospital Alcivar
- Cualquier sexo
- Por control o por cualquier indicación clínica.

3.2.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Todos los que no cumplan con los criterios de inclusión

3.2.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION


VARIABLES	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES
Sexo	Característica fenotípica que define el sexo de una persona	<ul style="list-style-type: none">• Cualitativo• Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Masculino• Femenino
Edad	Referida por el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	<ul style="list-style-type: none">• Cualitativa• Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Mayores de 30 años

Síntoma	Fenómeno subjetivo que percibe el paciente y que refiere al explorador	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativo • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Hematoquecia • Proctorragia • Pérdida de Peso • Diarrea Crónica
Signo	Fenómeno objetivo percibido por el explorador	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativo • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor Abdominal • Constipación • Screening
Hallazgo	Diagnóstico mediante el estudio colonoscópico percibido por el explorador	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativo • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorroides • Pólipos • Divertículos • Fisura Anal • Cáncer Colorectal

3.2.6 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Mediante un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo se pretendió conocer cuál fue el diagnóstico más común y poder estadificarlo en los pacientes que se realizaron estudios colonoscópicos. Este trabajo se realizó en base a la información obtenida de los expedientes de los pacientes mayores de 30 años de edad que acudieron al servicio de Gastroenterología del Hospital Alcivar en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2014.

3.2.7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

 UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS		CRONOGRAMA DEL PROYECTO "HALLAZGOS COLONOSCOPICOS EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL ALCIVAR DE ENERO - DICIEMBRE DEL 2014"													
		DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO EN MESES													
Nº	ACTIVIDAD	MESES / 2014						MESES / 2015							
		6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	
1	CLASES TEORICAS DE METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	■	■	■											
2	REVISION BIBLIOGRAFICA			■	■										
3	ELABORACION DEL ANTEPROYECTO				■	■									
4	RECOLECCION DE INFORMACION Y ELABORACION DEL PRIMER CAPITULO					■	■								
5	RECOLECCION DE INFORMACION Y ELABORACION DEL SEGUNDO CAPITULO						■	■							
6	RECOLECCION DE INFORMACION Y ELABORACION DEL TERCER CAPITULO								■	■					
7	CONFIGURACION Y RECOLECCION DE LA BASE DE DATOS											■			
8	ANALISIS E INTERPRETACION											■			
9	RESULTADOS Y DISCUSION											■			
10	CONCLUSION Y RECOMENDACIONES											■			
11	REDACCION DE LA TESIS												■		
12	PRESENTACION DEL 100% DE LA TESIS													■	
13	SUSTENTACION														■

3.2.8 CONSIDERACION BIOETICA

El presente proyecto de investigación ha respetado todos los tratados internacionales de bioética, para el estudio experimental.

El mismo es un trabajo observacional, retrospectivo.

3.2.9 RECURSOS A EMPLEAR

3.2.9.1 RECURSOS HUMANOS

- Interna de Medicina
- Tutor
- Secretaría de estadística

3.2.9.2 RECURSOS FÍSICOS

- Computadora
- Papel bond
- Bolígrafos
- Programa estadístico

3.2.10 INSTRUMENTOS DE EVALUACION O RECOLECCION DE DATOS

Para el siguiente trabajo los instrumentos a utilizar fueron los expedientes de los pacientes, se hizo uso de una ficha recolectora de datos que contenía datos de filiación, datos clínicos, resultados de colonoscopia y estudio histopatológico, información que se analizó posteriormente para correlacionar las variables en este estudio.

3.2.11 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS

Luego de la revisión de las historias clínicas de los pacientes, se procedió a registrar los datos obtenidos en Microsoft Excel, expresando los resultados mediante tablas y gráficos los cuales posteriormente llevo al análisis respectivo.

CAPITULO IV

4. RESULTADO Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS

De acuerdo al trabajo de investigación de 161 pacientes mayores de 30 años que se realizaron estudio colonoscópico en el servicio de Gastroenterología del Hospital Alcívar, periodo comprendido entre Enero – Diciembre 2014, se obtuvieron los siguientes resultados:

4.1.1 DISTRIBUCION SEGÚN SEXO

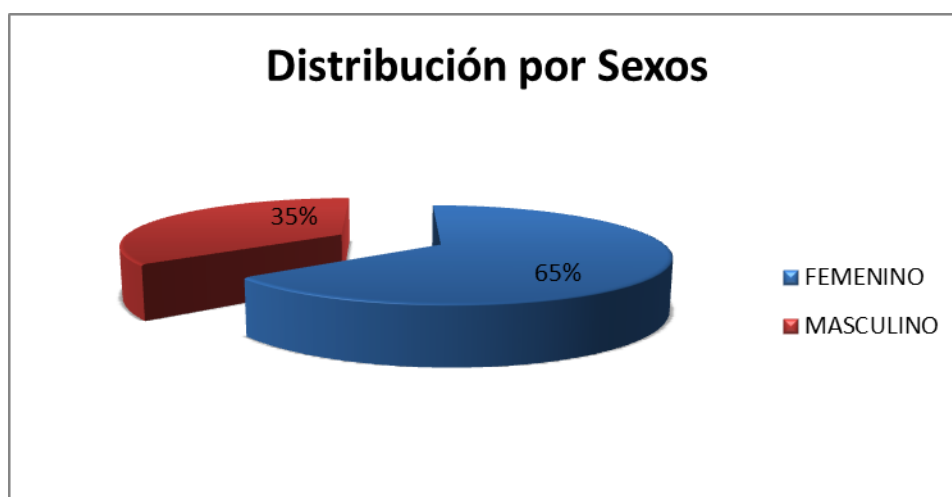


Grafico # 1. Distribución por sexos
Fuente de Información: Dpto de Estadísticas Hospital Alcivar
Elaborado por la autora

FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
104	57	161
65%	35%	100%

Tabla # 1. Distribución por sexos
Fuente de Información: Dpto de Estadísticas
Hospital Alcivar
Elaborado por la autora

ANÁLISIS E INTERPRETACION

Del presente trabajo se determinó que de un total de 161 pacientes estudiados, que se realizaron estudio colonoscópico, 104 pacientes fueron del sexo femenino (65%) y 57 pacientes masculino (35%). (Véase Gráfico # 1)

4.1.2 DISTRIBUCION SEGÚN EDAD

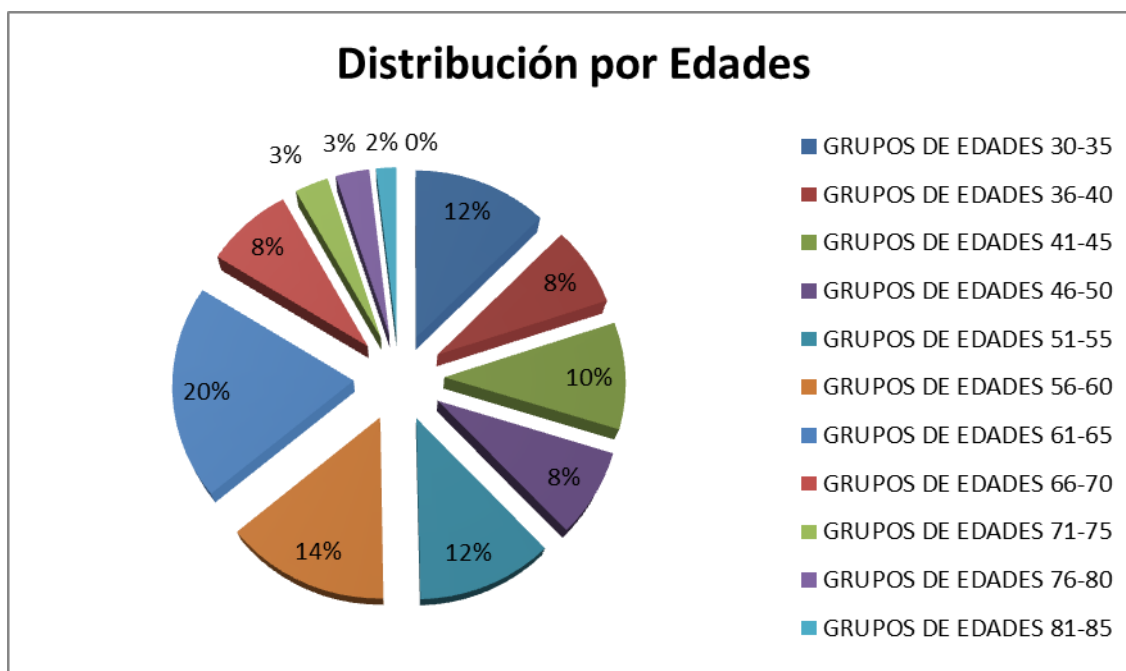


Gráfico # 2. Distribución por edad
Fuente de Información: Dpto de Estadísticas Hospital Alcivar
Elaborado por la autora

GRUPO DE EDADES	Nº	%	GRUPO DE EDADES	Nº	%
30-35 años	20	12%	61-65 años	32	20%
36-40 años	12	8%	66-70 años	13	8%
41-45 años	16	10%	71-75 años	5	3%
46-50 años	13	8%	76-80 años	5	3%
51-55 años	19	12%	81-85 años	3	2%
56-60 años	23	14%	86-90 años	0	0%

Tabla # 2. Distribución por edad
Fuente de Información: Dpto de Estadísticas
Hospital Alcivar
Elaborado por la autora

ANÁLISIS E INTERPRETACION

Correspondiente a la edad, se distribuyeron por rangos de edades, de los cuales el grupo etario más frecuente fue aquellos comprendido entre 61 a 65 años con un 20% (32 pacientes), en orden de menor frecuencia, 56 a 60 años, con un total de 23 pacientes correspondientes a 14%, seguidos del rango entre 30 – 35 años con un total de 20 pacientes, es decir un 12%, luego 51 – 55 años, con 19 pacientes, es decir 12%, continua con 41 - 45 años, con 16 pacientes, es decir 10%, los grupos etarios 66 - 70 años y 46 - 50 años, ambos con 13 pacientes, es decir 8%, sigue 36 - 40 años con 12 pacientes, es decir 8%, los grupos estarios 71 - 75 años y 76 - 80 años ambos con 5 pacientes, es decir 3% y por ultimo 81 – 85 años con un total de 3 pacientes, que corresponden a 2%. (Véase Gráfico # 2)

4.1.3 DISTRIBUCION SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA

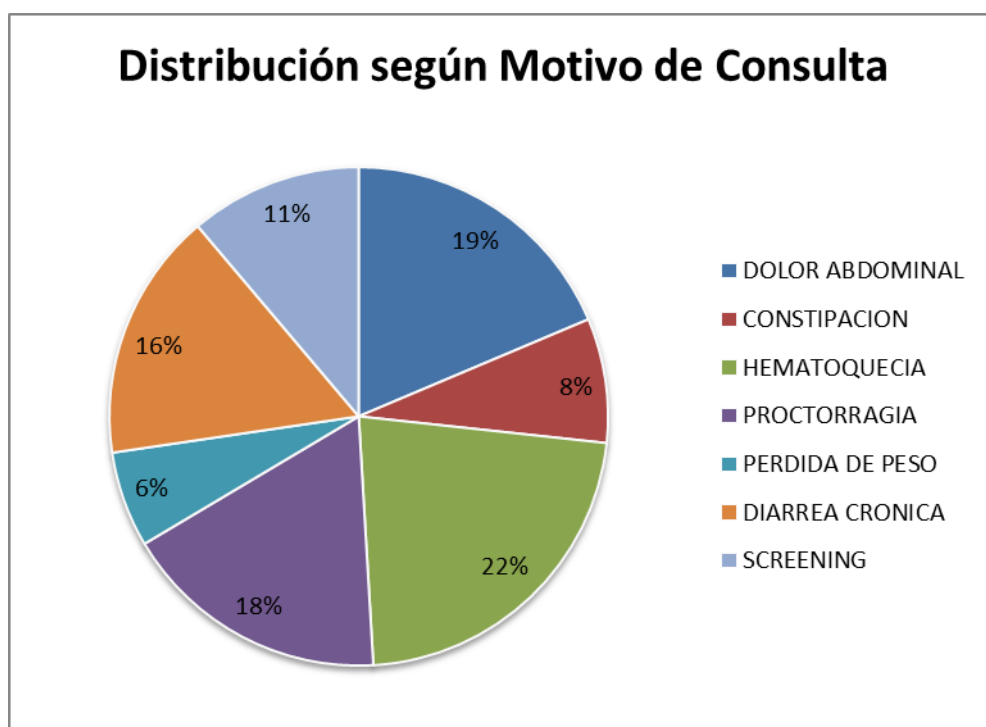


Grafico # 3. Distribución según Motivo de Consulta
Fuente de Información: Dpto de Estadísticas Hospital Alcivar
Elaborado por la autora

MOTIVO DE CONSULTA	N^a	%
DOLOR ABDOMINAL	30	19%
CONSTIPACION	13	8%
HEMATOQUECIA	36	22%
PROCTORRAGIA	28	18%
PERDIDA DE PESO	10	6%
DIARREA CRONICA	26	16%
SCREENING	18	11%
TOTAL	161	100%

Tabla # 3. Distribución según Motivo de Consulta
Fuente de Información: Dpto de Estadísticas Hospital
Alcivar
Elaborado por la autora

ANÁLISIS E INTERPRETACION

Al servicio de Gastroenterología acudieron pacientes por diferentes motivos de consulta, signos y síntomas variados de alteraciones colónicas, o como screening o chequeo indicado por su médico tratante. Mediante el estudio el síntoma con mayor incidencia fue hematoquecia en 36 pacientes (22%), seguido en menor frecuencia por dolor abdominal en 30 pacientes (19%), continua proctorragia en 28 casos (18%), sigue diarrea crónica en 26 pacientes (16%), el screening de 18 pacientes (11%), constipación en 13 casos (8%) y por último pérdida de peso de 10 pacientes (6%). (Véase Gráfico #3)

4.1.4. DISTRIBUCION SEGÚN DIAGNOSTICOS

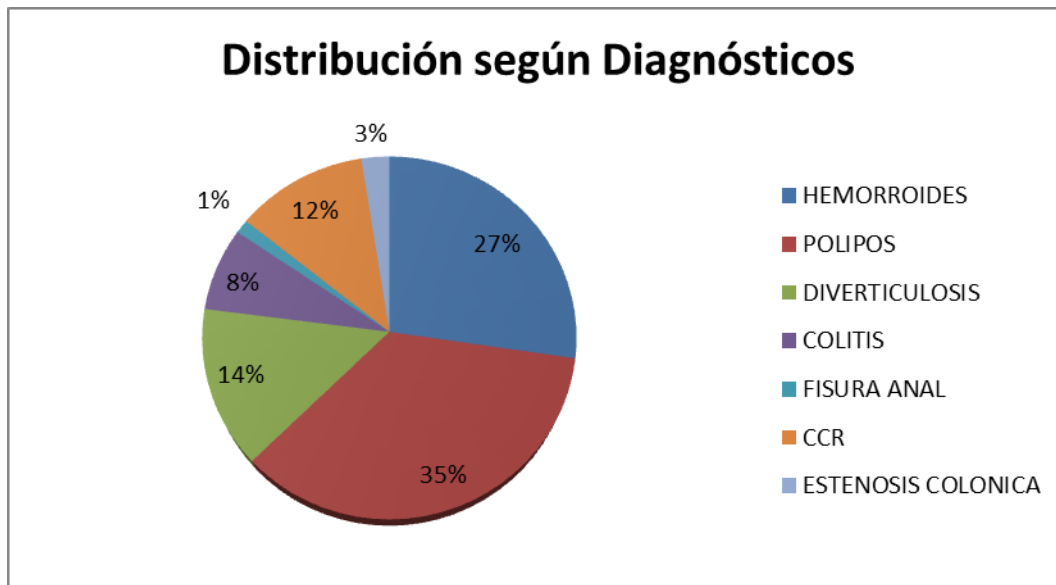


Grafico # 4. Distribución según Diagnóstico
Fuente de Información: Dpto de Estadísticas Hospital Alcivar
Elaborado por la autora

DIAGNOSTICOS	N^a	%
HEMORROIDES	44	27%
POLIPOS	57	35%
DIVERTICULOS	23	14%
COLITIS	12	8%
FISURA ANAL	2	1%
CCR	19	12%
ESTENOSIS COLONICA	4	3%
TOTAL	161	100%

Tabla # 4. Distribución según Diagnóstico
Fuente de Información: Dpto de Estadísticas Hospital Alcivar
Elaborado por la autora

ANÁLISIS E INTERPRETACION

De los resultados analizados la mayor incidencias que se demuestra mediante colonoscopia en los 161 pacientes, se puede apreciar que los pólipos se encontraron en 57 casos, que corresponden al 35%, lo que reitera el alto rendimiento de este procedimiento para el diagnóstico preventivo de cáncer colorectal, así como para la

localización de cánceres y adenomas; también ha sido reportado su valor protector contra la mortalidad por cáncer colorectal, cuando adopta la modalidad terapéutica en la extirpación de los adenomas colorectales., el segundo hallazgo fueron hemorroides en 44 sujetos, es decir 27%, en orden de menor frecuencia 23 casos de divertículos, es decir 14%, posteriormente se encontraron cancer colorectal en 19 pacientes, es decir 12%, seguido de 12 casos de colitis inespecífica, es decir 8%, estenosis colónica, en 4 pacientes con el 3% y por último 2 casos de fisura anal y que corresponden al 1%. (Véase Gráfico # 4)

4.1.5. DISTRIBUCION SEGÚN ESTUDIO HISTOLÓGICO DE PÓLIPOS

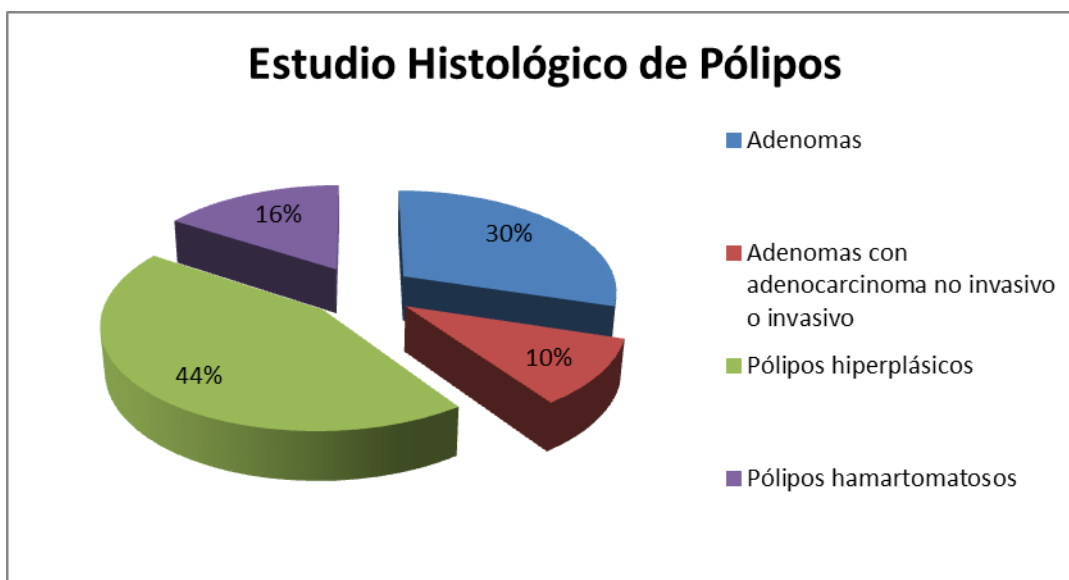


Gráfico # 5. Distribución según Estudio Histológico de Pólipos
Fuente de Información: Dpto de Estadísticas Hospital Alcivar
Elaborado por la autora

Estudio Histológico de Pólipos		
Tipo	N ^a	%
Adenomas	17	30%
Adenomas con adenocarcinoma no invasivo o invasivo	6	10%
Pólipos hiperplásicos	25	44%
Pólipos hamartomatosos	9	16%
Total	57	100%

Tabla # 5. Distribución según Estudio Histológico de Pólipos
Fuente de Información: Dpto de Estadísticas Hospital Alcivar
Elaborado por la autora

ANÁLISIS E INTERPRETACION

En 57 pacientes se encontraron pólipos de los cuales 44% fueron pólipos hiperplásicos, 30% adenomas 16 %, pólipos hamartomatosos, y 10% adenomas con un foco maligno no invasivo o invasivo. (Véase Gráfico # 5)

4.1.6 DISTRIBUCION SEGÚN ESTUDIO HISTOLÓGICO DE CCR



Gráfico # 6. Distribución según Estudio Histológico de CCR
Fuente de Información: Dpto de Estadísticas Hospital Alcivar
Elaborado por la autora

Estudio Histológico de CCR		
Tipo	N ^a	%
Adenocarcinomas	15	79%
Carcinoma Mucoide	1	5%
Carcinoma Epidermoide	1	5%
Linfomas.	2	11%
Total	19	100%

Tabla # 6. Distribución según Estudio Histológico de CCR
Fuente de Información: Dpto de Estadísticas Hospital Alcivar
Elaborado por la autora

ANÁLISIS E INTERPRETACION

Desde el punto de vista histopatológico, el cáncer predominante fue el adenocarcinoma en 15 casos es decir 79%, seguidos de linfoma en 2 casos con el 11% y por ultimo

carcinoma mucoide y carcinoma epidermoide ambos en 1 caso, siendo el 5%. (Véase Gráfico # 6)

4.2 DISCUSION

La Colonoscopia ha tenido un avance extraordinario durante las dos últimas décadas en la investigación sobre patologías colorectal, sea para aclarar su etiología, como para encontrar los mejores métodos de diagnóstico temprano, así como para escoger la terapia más adecuada, y para diseñar esquemas de seguimiento y de vigilancia para los grupos de riesgo; todo orientado a mejorar el pronóstico y disminuir la morbilidad debida a este tumor maligno. (5, 15)

Mediante este estudio retrospectivo observacional se planteó demostrar el uso de la colonoscopia como herramienta diagnóstica y de tratamiento oportuno, encontrándose una incidencia de pólipos siendo el 35% en los 161 casos reportados.

En esta investigación la población estuvo constituida en su mayoría por el sexo femenino (65%), el cual difiere del 63,5% femenino y el 65% masculino reportados en Venezuela por Pineau (26) que encontró una mayor frecuencia del sexo masculino (59,3%) y Schatzkin (27) un 65,8%. Su rango etario predominó en la quinta y sexta década de vida correlacionándose con los resultados de ensayos ya mencionados como el American Society for Gastrointestinal Endoscopy en Manchester (16), la presentación sintomatológica fue variada predominando hematoquecia, dolor abdominal y constipación similar a lo informado por el European Journal of gastroenterology & Hepatology publicado en Octubre, 2012 (17).

En el presente trabajo se determinaron las características clínicas, endoscópicas e histológicas de los pólipos en 57 pacientes de 161 estudios colonoscópicos realizados con síntomas inespecíficos, correspondiendo el hallazgo al 27 % de los mismos, lo cual se encuentra dentro del rango hallado en otras series que va desde el 18,3% hasta un 30,05% como fue publicado por Corina y Suarez en Perú (28, 29), se realizó el estudio de biopsia donde se encontró predominante el pólipo hiperplásico con 44%, similar al 42.9% que publicó Sihues et al en Venezuela (13), seguido de 30% fueron adenomatosos.

El porcentaje de neoplasias detectadas en este estudio fueron de 12%, el cual no difiere de los obtenidos en ensayos randomizados ya publicados por Navarro y colaboradores en Cataluña (12), en los que mediante su histología se determinó que adenocarcinoma se encontraba en el 79% de los casos confirmados como cáncer colorectal.

5 CONCLUSIONES

En este estudio sobre 161 pacientes a quienes se les practicó colonoscopia. De ellos también obtuvimos datos clínicos que consideramos que son un recuerdo de mucho valor tanto para la detección como para el diagnóstico de la lesión en sus estados iniciales.

En esta serie, 104 pacientes (65%) fueron del sexo femenino y 57 pacientes masculino (35%), una relación aproximada de 2/1. (Tabla 1). Por rangos etarios, la incidencia se incrementó sensiblemente a entre los 61 a 65 años con 32 pacientes, es decir 20%, en orden de menor frecuencia, 56 a 60 años, con un total de 23 pacientes correspondientes a 14%. (Tabla 2).

Encontramos los datos relacionados con el cuadro clínico presentado por las pacientes, en todos son comunes el dolor abdominal, la alteración del hábito intestinal y el síndrome general (astenia, disminución del apetito y del peso corporal) pero siendo característico hematoquecia que fue el síntoma con mayor frecuencia, presentándose en 36 pacientes (22%), seguido en menor frecuencia por dolor abdominal que se dio en 30 pacientes (19%), continúa proctorragia en 28 casos (18%), cabe mencionar nuevamente los cambios del hábito intestinal, del calibre fecal, como en la diarrea crónica que fue característico en 26 pacientes (16%), el screening fue de 18 pacientes (11%), constipación en 13 casos (8%) y por último pérdida de peso de 10 pacientes (6%). (Tabla 3)

De los resultados analizados la mayor incidencia que se demuestra mediante el estudio colonoscópico, se puede apreciar que los pólipos se encontraron en 57 pacientes, es decir 35%, lo que reitera el alto rendimiento de este procedimiento para el diagnóstico preventivo de cáncer colorectal, así como para la localización de cánceres y adenomas; también ha sido reportado su valor protector contra la mortalidad por cáncer colorectal, cuando adopta la modalidad terapéutica en la extirpación de los adenomas colorectales. (Tabla 4)

En los casos donde se evidenció presencia de pólipos se procedió a su análisis histológico, describir el grado de displasia, evaluar la presencia o no de malignidad y en el caso en que exista definir la profundidad de la invasión de los tejidos, el grado de

diferenciación celular, la afectación vascular y linfática y la existencia o no de invasión del margen de resección, siendo su resultado de mayor frecuencia fueron pólipos hiperplásicos, 30% adenomas 16 %, pólipos hamartomatosos, y 10% adenomas con un foco maligno no invasivo o invasivo. .(Tabla 5)

En aquellos pacientes que se diagnosticó Cáncer Colorectal se realizó el estudio histopatológico donde el cáncer predominante fue el adenocarcinoma en 15 casos es decir 79% (Tabla 6).

6 RECOMENDACIONES O PROPUESTAS

- ✓ Realizar un estudio más profundo por parte de los médicos de primer contacto, una apropiada anamnesis, con un protocolo que incluya el uso de imágenes para una identificación oportuna de patología colorectal.
- ✓ Hacer uso de la colonoscopia como una herramienta útil para la valoración inicial del paciente con clínica colónica,
- ✓ Implementar siempre el estudio histológico de las muestras tomadas de las colonoscópicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Parkin D Max, Freddie B, Ferlay J, Pisani P. (2005). Global Cancer Statistics, 2002 A Cancer J Clin; 55: 74-108
2. Catanzaro A, Chak A, Reynolds H. (2002). Colon Polyp Surveillance. Clinics in Colon and Rectal Surgery; (15) 131-137.
3. Lizarzabal M. (2006). Gastroenterology in Venezuela during the first five years of the new century. Congreso Venezolano de Gastroenterología (abstract).
4. Cho KR, Vogelstein B. (1992) Genetic alterations in the adenoma-carcinoma sequence. Cancer; 70 (6): 1727-31
5. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. (2003). American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer. Cancer J Clin; 53: 27-43.
6. Ciccolallo L, et al. (2005). Survival differences between European and US patients with colorectal cancer: Role of stage at diagnosis and surgery. Gut; 54: 268-73.
7. Eickhoof A, Riemann JF. (2003) The importance of rectoscopy and colonoscopy in Internal Medicine. Internist(Berl). Jul;873-82; 883-884.
8. .Haubrich, W., Edmonson, J. (1999). History of Endoscopy. Chapter 1. En Sivak Jr, Michael V. Gastroenterologic Endoscopy. WB Saunders Company. Second edition. Utah.
9. Wayne, Jerome D; Williams, Cristhopher B. (2009). Colonoscopy and Flexible Sigmoidoscopy. Third Edition. Lippincott Williams&Wilkins. Philadelphia. Chapter 122.
10. Jessika Mora Sosa, Christian Calderón Jaime, Santiago Contreras Villavicencio (2002). Cáncer de colon: epidemiología, clínica, diagnóstico y tratamiento 1990–1997 - Revista “Medicina” Vol. 8 N°2 2002 : 91 – 94
11. Peña J.D. (2000) Prevención del Cáncer de Colón Guayaquil, Ecuador. recuperado de: http://www.gastroenterologosecuador.com/patologias/prevencion_de_cancer_de_colon.htm
12. M. Navarro, et al. (2008) . Hallazgos colonoscópicos del estudio piloto de cribado de cáncer colorrectal realizado en Cataluña – Madrid. Revista Española de Enfermedades Digestiva Vol. 100. N.º 6, pp. 343-348

13. Sihues Edgar, et al (2008). Pólipos de Colon: Una Revisión de 1 Año de Experiencia en un Centro de Referencia - Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología Vol. 62 N° 1: 60 – 63
14. Cotton, Peter B; Williams, Christopher B. (2011) Tratado práctico de endoscopia digestiva. Colonoscopia. Capítulo 9. Barcelona. España, Ediciones Científicas y Técnicas S.A.
15. Guidelines of the French Society of Digestive Endoscopy: Total Colonoscopy Indications. Endoscopy (2000); 32(5): 434-435 SFED Guidelines
16. ASGE. Appropriate Use Of Gastrointestinal Endoscopy Consensus Statement. MA: American Society for Gastrointestinal Endoscopy. (2004) Machester.
17. Ang YS, Macaleenan N, Mahmud N et al. October 2012, The yield of colonoscopy in averagerisk with non-specific colonic symptoms. European Journal of gastroenterology&Hepatology:Vol 14 (10) 1073-1077.
18. Lizarazo, Jorge Ivan. (2009) Colonoscopia y Rectosigmoidoscopia. Rev. colomb. Gastroenterol, Vol 14 Nro. 2. 107-110.
19. Cappell Ms, Friedel D. (2012) The rol of sigmoidoscopy and colonoscopy in the diagnosis a management of lower gastrointestinal disorder: endoscopic findings, therapy, and complications. Med Clin North Am.,86(6):1253-88
20. Pignone M, Rich M, Teutsch SM et al. (2002) 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.; 137(2): 132-41
21. Simon MA, et al. (2006) [Consensus document of the Spanish Association of Gastroenterology on sedoanalgesia in digestive endoscopy]. Gastroenterol Hepatol, 29(3):131-149
22. Radaelli F, et al. (2003) Single bolus of midazolam versus bolus midazolam plus meperidine for colonoscopy: a prospective, randomized, double-blindtrial. Gastrointest Endosc; 57(3):329-335.
23. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. Anesthesiology 2002; 96(4):1004-1017
24. Cohen LB, et al. (2007) AGA Institute review of endoscopic sedation. Gastroenterology; 133(2):675-701.
25. Lee YC, et al.(2006) Factors determining post-colonoscopy abdominal pain: prospective study of screening colonoscopy in 1000 subjects. J Gastroenterol Hepatol; 21(10):1575-1580

26. Pozo J, Méndez M, Pinto V, et al.(2010) Pólipos del Colon: Experiencia en un centro clínico de Caracas. GEN 2010;48:14-18
27. 14. Pineau B, Paskett E, et al. (2013)Virtual Colonoscopy Using Oral Contrast Compared with Colonoscopy for the Detection of Patients with Colorectal Polyps. Gastroenterology; 125: 304-310.
28. Corina M, Uribe R, Vargas G, et al. (2010) Pólipos de Colon y Recto en el Hospital Arzobispo Loayza: Reporte Preliminar.Rev Gastroenterol Perú; 20:3.
29. 11. Suárez Y, Campos J. (2013)Evaluación de la Polipectomía endoscópica colónica en pacientes del hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo Essalud de Arequipa 2008 - 2012. Rev Gastroenterol Perú; 26: 34-43.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre:

Edad:.....

Nro de H. Cl:.....

Sexo: **Mas()** **Fem()**

Fecha:

Síntomas Clínicos:

- Dolor abdominal:**
Flanco izquierdo()
Flanco derecho()
Epigastrio()
Hipogastrio()
Mesogastro()
Dolor difuso()
Abdomen inferior()

- Trastornos evacuatorios:**
Diarrea crónica()
Constipación ()

- Alternancia evacuatoria:**
Diarrea y normalidad()
Estreñimiento y normalidad()
Diarrea y estreñimiento ()

- Sangrado digestivo:**
Rectorragia()
Hematoquecia ()

Otros transtornos:

- Nauseas y vómitos()
Distensión abdominal()
Apetito disminuido()
Heces delgadas ()

Indicación de Colonoscopia:

Resultado de examen colonoscópico:
.....
.....

Resultado de Biopsia:

BASE DE DATOS: DPTO. DE ESTADISTICA HOSPITAL ALCIVAR

Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina
HALLAZGOS COLONOSCOPICOS EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN
EL HOSPITAL ALCIVAR ENERO – DICIEMBRE 2014
Fuente de Información Dpto de Estadística Hospital Alcivar
Elaborado por la autora MJRB

N	NOMBRE	H CLINICA	SEXO	EDAD	MOTIVO DE CONSULTA	DIAGNOSTICO	HISTOLOGIA
1	PGF	234654	M	60	Hematoquecia	Hemorroides	
2	HGB	243766	F	72	Dolor abdominal	Pólipos	Adenoma
3	ABM	196553	M	67	Dolor abdominal	Diverticulosis	
4	OMM	287633	F	36	Proctorragia	Colitis inespecífica	
5	VTI	309863	F	47	Dolor abdominal	CCR	Adenocarcinoma
6	CVM	218765	F	57	Constipación	Hemorroides	
7	CGJ	298564	F	66	Diarrea crónica	Pólipos	Adenoma
8	TCI	267546	F	61	Dolor abdominal	Diverticulosis	
9	MGL	329703	F	70	Screening	Diverticulosis	
10	OSA	189033	M	28	Proctorragia	Hemorroides	
11	ESL	172638	F	32	Proctorragia	Hemorroides	
12	PSR	210923	F	55	Constipación	Pólipos	Adenoma
13	AVA	329083	F	64	Dolor abdominal	Diverticulosis	
14	YTA	169734	F	67	Dolor abdominal	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
15	MVI	309223	F	40	Constipación	Hemorroides	
16	MAS	189072	M	63	Constipación	Diverticulosis	
17	PAM	278965	M	46	Hematoquecia	Hemorroides	

Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina
HALLAZGOS COLONOSCOPICOS EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL ALCIVAR ENERO – DICIEMBRE 2014
Fuente de Información Dpto de Estadística Hospital Alcivar
Elaborado por la autora MJRB

18	OSM	236865	M	62	Dolor abdominal	Pólipos	Pólipos hamartomatosos
19	VMW	290835	F	36	Proctorragia	CCR	Adenocarcinoma
20	JPC	330987	F	55	Constipación	Diverticulosis	
21	RGJ	318923	M	46	Pérdida de peso	Colitis inespecífica	
22	JMN	298463	F	67	Diarrea crónica	Hemorroides	
23	CMS	167893	M	56	Dolor abdominal	CCR	Adenocarcinoma
24	MVJ	290934	M	32	Proctorragia	Pólipos	Adenoma
25	VQA	343245	F	61	Constipación	Hemorroides	
26	CPJ	226508	F	67	Dolor abdominal	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
27	RSC	209228	M	38	Proctorragia	Colitis inespecífica	
28	VGA	209654	F	61	Screening	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
29	CGM	216552	F	51	Diarrea crónica	Hemorroides	
30	EPJ	228009	F	75	Pérdida de peso	Pólipos	Adenoma con adenocarcinoma no invasivo o invasivo
31	DTL	190345	F	65	Hematoquecia	CCR	Adenocarcinoma
32	GPR	320984	F	67	Hematoquecia	Diverticulosis	
33	HVL	310987	F	61	Hematoquecia	Pólipos	Pólipos hamartomatosos
34	LDM	267098	F	46	Dolor abdominal	Hemorroides	
35	ZEP	245983	F	38	Proctorragia	Diverticulosis	

Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina
HALLAZGOS COLONOSCOPICOS EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL ALCIVAR ENERO – DICIEMBRE 2014

Fuente de Información Dpto de Estadística Hospital Alcivar

Elaborado por la autora MJRB

36	MAM	287689	F	23	Proctorragia	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
37	VAG	198768	F	55	Dolor abdominal	Pólipos	Adenoma
38	IGF	256585	M	47	Dolor abdominal	Pólipos	Pólipos hamartomatosos
39	RCE	235565	M	76	Dolor abdominal	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
40	MSD	198752	F	65	Screening	Hemorroides	
41	PCC	193658	F	72	Proctorragia	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
42	TMM	315647	F	67	Screening	Hemorroides	
43	FLH	236658	M	78	Hematoquecia	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
44	HFS	312558	F	50	Constipación	Colitis inespecífica	
45	NCA	256987	F	30	Diarrea crónica	Pólipos	Adenoma
46	MVA	236478	F	25	Proctorragia	Hemorroides	
47	VVZ	214056	F	62	Constipación	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
48	TAY	258965	F	33	Hematoquecia	Fisura anal	
49	MEP	325922	F	26	Proctorragia	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
50	HPL	301458	M	61	Hematoquecia	Diverticulosis	
51	PCJ	258963	F	44	Dolor abdominal	Hemorroides	
52	SBR	175369	M	54	Screenig	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
53	CCA	420236	M	67	Screenig	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
54	CML	256988	F	31	Proctorragia	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
55	OQD	203665	F	51	Dolor abdominal	CCR	Adenocarcinoma
56	MSM	168985	F	63	Screenig	Diverticulosis	

Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina
HALLAZGOS COLONOSCOPICOS EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL ALCIVAR ENERO – DICIEMBRE 2014
Fuente de Información Dpto de Estadística Hospital Alcivar
Elaborado por la autora MJRB

57	ECM	235889	M	68	Diarrea crónica	Pólipos	Adenoma
58	AAF	125899	M	39	Proctorragia	Hemorroides	
59	WPH	365897	M	64	Screenig	CCR	Adenocarcinoma
60	FTM	355948	M	69	Pérdida de peso	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
61	TEO	256699	M	80	Hematoquecia	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
62	VEE	200569	M	60	Dolor abdominal	Colitis inespecífica	
63	NAG	125578	F	60	Dolor abdominal	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
64	WCG	366442	M	31	Screenig	Hemorroides	
65	CVE	203599	F	63	Dolor abdominal	CCR	Adenocarcinoma
66	JFA	298896	M	41	Proctorragia	Hemorroides	
67	RNP	366594	M	34	Hematoquecia	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
68	CMP	201589	F	34	Diarrea crónica	Hemorroides	
69	TMV	458930	M	57	Constipación	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
70	FMM	400258	F	52	Hematoquecia	Diverticulosis	
71	PMW	254993	M	65	Pérdida de peso	Pólipos	Adenoma
72	FFJ	363697	F	44	Hematoquecia	Diverticulosis	
73	GLM	125543	F	61	Screenig	Diverticulosis	
74	ARV	256324	M	57	Hematoquecia	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
75	FFB	203256	F	63	Pérdida de peso	CCR	Adenocarcinoma
76	LCA	325521	M	63	Hematoquecia	Pólipos	Pólipos hiperplásicos

Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina
HALLAZGOS COLONOSCOPICOS EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL ALCIVAR ENERO – DICIEMBRE 2014

Fuente de Información Dpto de Estadística Hospital Alcivar

Elaborado por la autora MJRB

77	RCH	214569	M	52	Screenig	Pólipos	Adenoma
78	PNV	236525	M	69	Screenig	Pólipos	Pólipos hamartomatosos
79	PRJ	321456	F	34	Diarrea crónica	Diverticulosis	
80	JRM	332556	M	51	Hematoquecia	Hemorroides	
81	MTM	210356	F	57	Hematoquecia	Pólipos	Adenoma con adenocarcinoma no invasivo o invasivo
82	YMJ	236644	F	51	Hematoquecia	Pólipos	Adenoma
83	NGM	365941	F	47	Proctorragia	Pólipos	Adenoma
84	LCM	315452	F	43	Dolor abdominal	Hemorroides	
85	VCR	312501	F	74	Constipación	Pólipos	Adenoma
86	GDC	365201	M	57	Hematoquecia	Hemorroides	
87	SEA	201546	M	49	Hematoquecia	Hemorroides	
88	RDM	253012	F	59	Constipación	Pólipos	Pólipos hamartomatosos
89	BEJ	295896	M	43	Screenig	Pólipos	Adenoma
90	ZBC	335645	M	44	Dolor abdominal	Diverticulosis	
91	HVE	256523	F	68	Dolor abdominal	Pólipos	Pólipos hamartomatosos
92	JPC	452166	F	53	Pérdida de peso	Diverticulosis	
93	FCF	224654	F	37	Hematoquecia	CCR	Adenocarcinoma
94	PVL	246301	F	59	Constipación	Diverticulosis	
95	CVM	336652	F	31	Proctorragia	Hemorroides	

Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina
HALLAZGOS COLONOSCOPICOS EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL ALCIVAR ENERO – DICIEMBRE 2014
Fuente de Información Dpto de Estadística Hospital Alcivar
Elaborado por la autora MJRB

96	MCJ	322012	M	31	Proctorragia	CCR	Adenocarcinoma
97	GSP	420156	F	86	Dolor abdominal	Diverticulosis	
98	PTB	156302	F	65	Constipación	Pólipos	Adenoma
99	LMM	125633	F	62	Dolor abdominal	Pólipos	Pólipos hamartomatosos
100	CVB	423560	M	45	Diarrea crónica	Pólipos	Adenoma con adenocarcinoma no invasivo o invasivo
101	MRG	203549	F	56	Dolor abdominal	Pólipos	Pólipos hamartomatosos
102	AJM	152354	F	62	Dolor abdominal	Hemorroides	
103	PER	236982	M	45	Proctorragia	Pólipos	Adenoma
104	VBL	258799	F	43	Proctorragia	CCR	Adenocarcinoma
105	YZA	365994	F	57	Dolor abdominal	Hemorroides	
106	DBM	410023	M	70	Diarrea crónica	Hemorroides	
107	QLB	256552	F	62	Dolor abdominal	Colitis inespecífica	
108	CBS	235620	F	44	Dolor abdominal	CCR	Adenocarcinoma
109	ALN	135862	F	68	Dolor abdominal	Pólipos	Adenoma
110	OHE	203546	M	61	Diarrea crónica	Diverticulosis	
111	BRL	354692	M	43	Proctorragia	Pólipos	Adenoma con adenocarcinoma no invasivo o invasivo
112	TRF	210355	M	53	Screenig	Diverticulosis	

Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina
HALLAZGOS COLONOSCOPICOS EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL ALCIVAR ENERO – DICIEMBRE 2014

Fuente de Información Dpto de Estadística Hospital Alcivar

Elaborado por la autora MJRB

113	EEE	230166	F	23	Proctorragia	Hemorroides	
114	DME	123363	M	40	Proctorragia	Pólipos	Adenoma
115	GOE	458866	F	59	Hematoquecia	Hemorroides	
116	ZQL	236545	F	72	Hematoquecia	Colitis inespecífica	
117	MAF	423699	F	46	Hematoquecia	Pólipos	Pólipos hamartomatosos
118	BRL	462002	F	57	Hematoquecia	Hemorroides	
119	MSA	365489	F	83	Dolor abdominal	Pólipos	Adenoma con adenocarcinoma no invasivo o invasivo
120	CSJ	220664	M	41	Hematoquecia	Pólipos	Pólipos hiperplásicos
121	GBM	365995	F	61	Diarrea crónica	CCR	Adenocarcinoma
122	ZHJ	233266	F	33	Proctorragia	Hemorroides	
123	VVA	364120	F	52	Proctorragia	CCR	Carcinoma epidermoide
124	FLM	302634	F	38	Diarrea crónica	Diverticulosis	
125	MAI	330165	F	50	Diarrea crónica	Colitis inespecífica	
126	MMP	300259	F	50	Hematoquecia	Hemorroides	
127	RCH	325493	F	55	Diarrea crónica	CCR	Linfoma
128	IVF	224663	M	69	Diarrea crónica	Pólipos	Adenoma
129	TMM	215600	F	41	Proctorragia	Pólipos	Adenoma con adenocarcinoma no invasivo o invasivo

Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina
HALLAZGOS COLONOSCOPICOS EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL ALCIVAR ENERO – DICIEMBRE 2014
Fuente de Información Dpto de Estadística Hospital Alcivar
Elaborado por la autora MJRB

130	GEB	203552	M	48	Diarrea crónica	Estenosis colonica	
131	NDC	330466	M	58	Diarrea crónica	Hemorroides	
132	REM	330555	F	59	Hematoquecia	Hemorroides	
133	VRM	322022	F	62	Hematoquecia	Diverticulosis	
134	BPO	256586	M	54	Diarrea crónica	CCR	Carcinoma mucoide
135	AVF	254898	F	54	Pérdida de peso	Diverticulosis	
136	PME	236987	M	56	Diarrea crónica	Estenosis colónica	
137	SBY	297785	F	86	Hematoquecia	Pólipos	Adenoma
138	MMJ	125893	F	52	Hematoquecia	Hemorroides	
139	OSA	198936	M	28	Diarrea crónica	Hemorroides	
140	CGM	365997	F	63	Dolor abdominal	CCR	Linfoma
141	CZA	257797	F	54	Proctorragia	Pólipos	Adenoma
142	DVM	274456	F	64	Hematoquecia	Hemorroides	
143	SRH	369985	M	39	Diarrea crónica	Hemorroides	
144	CPM	348991	F	59	Hematoquecia	Hemorroides	
145	PBV	410235	F	62	Hematoquecia	Estenosis colonica	
146	LRG	236988	M	18	Proctorragia	Hemorroides	
147	RGC	174563	M	64	Diarrea crónica	Colitis inespecífica	
148	RGA	275566	F	65	Dolor abdominal	CCR	Adenocarcinoma
149	VGT	265665	F	76	Hematoquecia	Hemorroides	
150	EMG	268753	F	45	Screening	Colitis inespecífica	

Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina
HALLAZGOS COLONOSCOPICOS EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL ALCIVAR ENERO – DICIEMBRE 2014
Fuente de Información Dpto de Estadística Hospital Alcivar
Elaborado por la autora MJRB

151	GCL	320256	M	68	Diarrea crónica	Pólipos	Adenoma
152	LPM	348896	F	42	Hematoquecia	Hemorroides	
153	AMA	335600	M	70	Pérdida de peso	Estenosis colonica	
154	MMA	300456	F	80	Hematoquecia	Hemorroides	
155	SGM	354696	M	37	Diarrea crónica	Colitis inespecífica	
156	GAM	336941	F	50	Screening	Fisura anal	
157	DSS	300156	F	33	Proctorragia	Colitis inespecífica	
158	OOM	198632	F	65	Screening	Hemorroides	
159	TSC	236698	F	47	Diarrea crónica	CCR	Adenocarcinoma
160	JCM	525584	F	41	Screening	Hemorroides	
161	MVE	200346	F	37	Diarrea crónica	Pólipos	Adenoma