

UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



**PREVALENCIA DE HALLAZGOS COLONOSCOPICOS EN ADULTOS
MAYORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DEL PERÍODO COMPRENDIDO
DE JULIO A DICIEMBRE 2018**

INVESTIGACIÓN

PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ANA MIRIAM CHAVEZ BOCANEGRA
PREVIO A CONFERIRSE EL TÍTULO DE
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO

GUATEMALA, DICIEMBRE, 2018

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I	5
MARCO METODOLÓGICO	5
1.1 Justificación de la investigación.....	5
1.2 Planteamiento del problema	5
1.2.1 Definición del problema:	5
1.2.2 Hipótesis.....	7
1.2.3 Objetivos de la investigación.....	7
1.2.3.1 Objetivo general:	7
1.2.3.2 Objetivos específicos:.....	7
CAPITULO II	8
MARCO TEORICO	8
2.1 Hospital General San Juan de Dios	8
2.2 El adulto mayor	8
2.3 El adulto mayor y padecimientos colónicos.....	9
2.4 Colonoscopia.....	10
2.4.1 Intubación del ciego	11
2.4.2 Colonoscopia terapéutica.....	12
2.4.3 Colonoscopia Incompleta	13
2.5 Enfermedades del colon	13
2.5.1 Enfermedad diverticular	13
2.5.1.1 Diverticulosis.....	14
2.5.1.2 Diverticulitis aguda	14
2.5.2 Enfermedad Inflamatoria intestinal	15
2.5.3 Angiodisplasias gastrointestinales.....	18
2.5.4 Cáncer colorrectal.....	19
CAPÍTULO III	24
MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	24
3. Métodos de investigación.....	24
3.1. Tipo de estudio:	24
3.2. Técnicas:.....	24

3.3.	Instrumentos:	24
3.4.	Cronograma de actividades	25
3.5.	Recursos	25
3.5.1.	Recursos humanos:	25
3.5.2.	Recursos materiales:	26
3.5.3.	Recursos financieros:	26
CAPÍTULO IV		27
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS		27
4.1.	RESULTADOS	27
4.1.1.	Caracterización de los pacientes según patología colonoscópica.....	27
4.1.2.	Motivos por el cual se solicita colonoscopia.....	¡Error! Marcador no definido.
4.2.	DISCUSIÓN.....	32
CAPÍTULO V		34
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		34
5.1	CONCLUSIONES.....	34
5.2	RECOMENDACIONES	35
BIBLIOGRAFIA.....		36
ANEXO No. 1		38

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida en adultos mayores se ha incrementado en los últimos años, se asocia a múltiples factores dentro de los que se incluyen mejora en la atención médica, desarrollo de nuevos medicamentos que controlan enfermedades crónicas y el aumento exponencial de la población. Sin embargo por el crecimiento población a los problemas vinculados al envejecimiento de la población mundial se vuelven una prioridad.

Durante el proceso normal de envejecimiento el aparato digestivo experimenta modificaciones derivadas a la edad, se suma a eso la exposición a diversos factores ambientales, nutricionales, procedimientos quirúrgicos acumulados durante la vida, presencia de enfermedades crónicas y como resultado de esta la polifarmacia. En el caso de las enfermedades del intestino grueso la colonoscopia viene a ser un método diagnóstico de utilidad en el caso cuando el paciente presenta signos y síntomas poco usuales, es muy común que en la consulta el adulto mayor tenga antecedente o manifieste sintomatología de enfermedades colónicas, muchas veces el aparato gastrointestinal se ve expuesto a diversos factores externos que pueden poner en mayor riesgo en comparación a los grupos de menor edad.

Con la presente investigación se buscó conocer los principales hallazgos colonoscópicos en el paciente adulto mayor en el área hospitalaria los cuales fueron más prevalentes la enfermedad diverticular, colitis ulcerativa y poliposis, estableciendo además el motivo por el cual fue necesario someterlo al estudio colonoscópico los cuales fueron hematoquecia, dolor abdominal y masa abdominal. De igual manera se pudo evidenciar que el sexo mayor predominante fue en mujeres y el rango promedio de edad mayor predominante para la realización de colonoscopias fue de 60 a 64 años. Este estudio ha sido importante ya que con él se puede crear un perfil de los pacientes de este grupo de edad para futuras investigaciones y plantear propuestas para el manejo médico de casos con características especiales y afección intestinal en el adulto mayor.

CAPÍTULO I.

MARCO METODOLÓGICO

1.1 Justificación de la investigación

En el último siglo se ha producido un aumento considerable de la esperanza de vida y ligado a ello, el incremento progresivo de la población avanzada. Para esto hay factores muy diversos, entre ellos destacan los avances de la medicina, los hábitos de vida más saludables, la higiene, el ejercicio físico y sin lugar a duda una mejora en los hábitos alimenticios. A pesar del incremento en la esperanza de vida, los adultos mayores son un grupo bastante susceptible al desarrollo de patologías de diversa índole, los cuales los lleva a consultar con mayor frecuencia a los hospitales de tercer nivel, representando ahora mismo alrededor del 50% de las consultas en el área de gastroenterología, al comparar frente a los grupos de menor edad.

En la literatura a nivel mundial se aborda tanto endoscopia superior, como alguna patología a nivel colonoscópico sin embargo no se ha enfocado específicamente en hallazgos colonoscópicos en el adulto mayor siendo los reportes en nuestro país nulos, por lo cual se considera un tema relevante, se buscó ser realizado en un área de estudio amplia como es el área de gastroenterología del área hospitalaria, tomando en cuenta la existencia de factores como el estudio de una población de bajos recursos que probablemente no tengan los cuidados adecuados en su salud, esperando que sea de utilidad sentar las bases para futuras investigaciones de carácter prospectivo y el desarrollo de propuestas de atención en un grupo que por edad presenta características diferentes al resto de la población.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Definición del problema:

El envejecimiento es un factor negativo a la hora de tratar enfermedades, las funciones del aparato digestivo en el adulto mayor van descendiendo del mismo modo que las demás funciones del cuerpo, por esta razón, la digestión y el vaciado gástrico se vuelven más lentos, produciendo

atrofia de la mucosa intestinal, menor riego sanguíneo, mala absorción de los nutrientes ingeridos, etc. Los problemas gastrointestinales son una consulta común en el área geriatría, en especial los adultos mayores tienen mayor probabilidad de desarrollar divertículos, cáncer colorrectal y de sufrir trastornos del aparato digestivo como enfermedad péptica o constipación como efecto secundario producido por determinados medicamentos.

Existen múltiples factores de riesgo en el adulto mayor como la polifarmacia el cual provoca el uso constante de inhibidores de bomba de protones, ambos factores de riesgo de cáncer gastrointestinal. Se han realizado caracterizaciones de endoscopia superior pero no se ha encontrado ningún estudio que englobe la prevalencia de hallazgos colonoscópicos exclusivamente en el adulto mayor, con este estudio podemos orientar un diagnóstico más preciso al abarcar el tracto gastrointestinal inferior. En el ejercicio profesional se encuentran casos en los que los síntomas son poco precisos, muchas veces un diagnóstico de carcinoma colorrectal es difícil de detectar, es común que el paciente consulte cuando la enfermedad ya se encuentra avanzada. Por lo que es importante realizar una búsqueda de diagnósticos más frecuentes para que puedan ser sospechados y por lo tanto aplicar un tratamiento oportuno.

1.2.1 Especificación del problema:

¿Cuáles es la prevalencia de hallazgos colonoscópicos en adultos mayores atendidos en el servicio de gastroenterología en el Hospital General San Juan de Dios durante el período julio a diciembre 2018?

1.2.2 Delimitación del problema

1.2.2.1 Unidad de análisis: área de Gastroenterología del Hospital General San Juan de Dios

1.2.2.2 Sujetos de investigación: todos los adultos hombres y mujeres mayores de 60 años que se realizaron colonoscopia.

1.2.2.3 Tamaño de la muestra: el 100% de los pacientes adultos mayores que se realizaron colonoscopia en el área de gastroenterología

1.2.2.4 **Ámbito geográfico:** ciudad de Guatemala

1.2.2.5 **Ámbito temporal:** durante julio a diciembre del 2018 se realizó la investigación, los datos analizados para el estudio serán de enero 2015 a diciembre 2016.

1.2.2 Hipótesis

Los diagnósticos más frecuentes por colonoscopia en adultos mayores son colitis ulcerativa y cáncer colorrectal.

1.2.3 Objetivos de la investigación

1.2.3.1 Objetivo general:

Determinar la prevalencia de hallazgos colonoscópicos en pacientes adultos mayores atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital General San Juan de Dios durante el período comprendido de julio a diciembre 2018

1.2.3.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar a los pacientes según patología intestinal
- Identificar los motivos por el cual se solicita colonoscopia.
- Clasificar los diagnósticos colonoscópicos que fueron encontrados en el servicio de gastroenterología.
- Determinar si la colonoscopia fue diagnóstica o terapéutica.

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 Hospital General San Juan de Dios

El Hospital General San Juan de Dios, cuenta con el apoyo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para dar cumplimiento a la misión de brindar atención médica integral de tercer nivel a la población guatemalteca, con personal técnico y profesional especializados, utilizando la mejor tecnología. El Hospital es dirigido por la Dirección Ejecutiva, que cuenta con el apoyo de la Subdirección Médica, Subdirección Técnica, Asesoría Jurídica, Gerencia Financiera, Gerencia de Recursos Humanos, Gerencia de Mantenimiento y Comunicación Social y Relaciones Públicas. (Hospital San Juan de Dios, 2018)

Los médicos que laboran en este centro asistencial son catalogados como los mejores de Guatemala. Algunos de ellos tienen a su cargo las diferentes especialidades: Cardiología, cirugía, cirugía ambulatoria, cirugía cardiovascular, cirugía de colon y recto, cirugía de tórax, cirugía plástica, clínica de úlceras, coloproctología, dermatología, endocrinología, fisioterapia, gastroenterología, hematología, maxilofacial, medicina interna, nefrología, neumología, neurocirugía, neurología, odontología, oftalmología, otorrinolaringología, psicología, psiquiatría, reumatología, traumatología y ortopedia, urología. Ante la necesidad del pueblo de Guatemala, el Hospital General San Juan de Dios, cuenta con los servicios de apoyo más completos a nivel nacional: Banco de Sangre, laboratorio clínico, radiología, fisioterapia y rehabilitación, clínica del cesado de fumado, epidemiología, comité de farmacovigilancia y trabajo social. (Hospital San Juan de Dios, 2018)

2.2 El adulto mayor

El término adulto mayor se refiere a las personas mayores de 60 años, en el que han alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico, social y psicológico. Debido a que la esperanza de vida ha aumentado durante los últimos años se reconoce que los adultos mayores constituyen un grupo de riesgo en algunas enfermedades que suelen estar

relacionadas con el envejecimiento. Es importante conocer las enfermedades especialmente aquellas de larga duración o constante evolución, como las enfermedades del intestino grueso.

El colon es la estructura más afectada del aparato gastrointestinal en los adultos mayores; los cambios producidos por la edad incluyen atrofia de la mucosa, anormalidades morfológicas de las glándulas intestinales, infiltración celular de la lámina propia y mucosa, hipertrofia de la lámina muscular de la mucosa, incremento de tejido conectivo tisular, atrofia de la capa muscular de las arteriolas y arterioesclerosis, pérdida de neuronas en el plexo mientérico, además de la relación con las enfermedades crónico degenerativas y su efecto en la motilidad intestinal. Los cambios de la pared intestinal son más notables en el colon distal como un mayor depósito de colágeno y son responsables de la enfermedad colónica más común en este grupo de edad (diverticulosis).

Aparece el adelgazamiento de las capas musculares, particularmente de la muscular propia y la muscularis mucosae, que se relaciona con un aumento de elastina entre los miocitos en la pared intestinal, acelerándose después de los 60 años. Las tenias longitudinales se afectan más que las fibras circulares, lo que contribuye a la formación de heces de mayor consistencia, estreñimiento e impactación fecal.(Remes-Troche, 2018)

2.3 El adulto mayor y padecimientos colónicos

El paciente geriátrico presenta frecuentemente alteraciones en la motilidad, secreción, digestión y absorción intestinal, secundarias a las disfunciones neuromusculares y los cambios anatómicos ya mencionados. La edad avanzada, el sexo masculino, el número y tamaño de los adenomas, la presencia de un componente vellosos, la displasia de alto grado y la localización proximal se asocian con un aumento significativo de la probabilidad de presentar neoplasias metacrónicas avanzadas. Hemos encontrado que, tanto en estudios de una única institución como en estudios de base poblacional, el género femenino y la edad avanzada son factores asociados con colonoscopias incompletas. (Zamora, 2016)

El estreñimiento es una entidad bastante frecuente en el adulto mayor a los que se le asocia factores como inactividad física, debilidad, ingestión inadecuada de líquidos y fibra, interacción

medicamentosa, depresión, síndrome de intestino irritable, etc. Varios síntomas son secundarios a las enfermedades concomitantes (neuropatía visceral por diabetes mellitus, uso crónico de medicamentos, hipotiroidismo, etc.) Los padecimientos colorrectales en el adulto mayor son diagnósticos comunes en el adulto mayor y van desde alteraciones funcionales hasta patologías malignas o urgentes que pueden poner en peligro la vida. (Remes-Troche, 2018)

2.4 Colonoscopia

La colonoscopia es un procedimiento diagnóstico y terapéutico clave en el desarrollo de un programa de cribado de base poblacional, sin embargo, hay que tomar en cuenta que el objetivo de la colonoscopia no es únicamente diagnóstico, sino principalmente preventivo. En los cuidados del adulto mayor en padecimientos colorrectales el resultado de la colonoscopia determinará la frecuencia con que deben ser realizadas posteriores colonoscopias de vigilancia. La colonoscopia es el estudio de elección para la búsqueda de diagnósticos como el cáncer colorrectal por lo que es muy importante la preparación adecuada para la búsqueda de un diagnóstico y tratamiento. La tasa de adenomas desapercibidos es uno de los principales factores de riesgo en el cáncer de intervalo por lo que de ser el caso el estudio debe repetirse. (Zamora, 2016).

Diversos estudios retrospectivos han observado que la edad, el número de pólipos en la colonoscopia inicial, la histología avanzada y la presencia de pólipos de mayor tamaño fueron factores de riesgo para encontrar pólipos más avanzados en el seguimiento. (Campo, 2018) Estudios prospectivos han encontrado que la presencia de adenomas avanzados en la colonoscopia basal predice un riesgo aumentado de encontrar nuevos adenomas avanzados o CCR en las colonoscopias de vigilancia. (Zamora, 2016) De igual manera Yamamoto Furusho explica en un análisis multivariante que una edad avanzada, el sexo masculino, el número y tamaño de los adenomas, la presencia de un componente vellosos y la localización proximal se asociaron con un aumento significativo de la probabilidad de presentar neoplasias metacrónicas avanzadas sin embargo el análisis de los estudios individuales mostró que el número y el tamaño de los adenomas eran los factores de riesgo más comúnmente relacionados con la recurrencia de adenomas avanzados.

La colonoscopia además de ser útil en pacientes geriátricos se considera bastante segura; en manos expertas continúa siendo el método diagnóstico más eficaz para el diagnóstico de la enfermedad colónica benigna y de tamizaje en grupos de “alto riesgo” para neoplasias colorrectales, siendo recomendado por algunos autores como el método diagnóstico de primera línea. Los riesgos de su realización son similares a los de pacientes jóvenes, aunque la perforación y el sangrado posteriores a polipectomía pueden ser mayores, por lo que el riesgo de daño no debe ser subestimado. Se reporta que en el caso de los adenomas planos o deprimidos son más frecuentes en el colon derecho y en personas de más edad, existen evidencias a favor de una mayor asociación con adenocarcinoma y recurrencia tras la polipectomía. (Teixeira, 2018)

La colonoscopia es el procedimiento más eficaz para el cribado del CCR, ya que permite la detección y la extirpación de la mayoría de las lesiones precancerosas. El diagnóstico preciso y la seguridad de la prueba dependerán en gran parte de la calidad de la limpieza del colon. Hasta en un 25% de las colonoscopias se considera que la limpieza obtenida es subóptima, lo que resulta claramente inaceptable. Una preparación inadecuada es responsable de hasta un tercio de todas las colonoscopias incompletas e impide hasta un 10% de las exploraciones (Campo, 2018).

2.4.1 Intubación del ciego

Se considera que una colonoscopia es completa cuando ha conseguido la intubación del ciego.

Por intubación del ciego se entiende la inserción de la punta del endoscopio hasta un punto proximal a la válvula ileocecal de tal manera que todo el polo cecal, incluida su pared medial (localizada entre la válvula ileocecal y el orificio apendicular), sea visualizado y explorado.(Quintero, 2013). La Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) recomienda la documentación fotográfica del ciego como parámetro de calidad de la colonoscopia. Se considera que las fotografías que permiten confirmar mejor la intubación cecal son fundamentalmente dos: las que muestran el orificio apendicular a una distancia suficiente para que se vea el pliegue cecal alrededor del mismo y las que muestran el ciego desde la válvula ileocecal. (Quintero, 2013)

2.4.2 Colonoscopia terapéutica

Las complicaciones de la colonoscopia aumentan cuando se lleva a cabo algún procedimiento terapéutico como la polipectomía. Entre las complicaciones de la polipectomía, las más frecuentes son el sangrado y la perforación.(Teixeira, 2018)

CUADRO No. 1

INDICACIONES DE COLONOSCOPIA

<p>Indicaciones generales de Colonoscopia</p> <ul style="list-style-type: none">• Anemia ferripriva sin diagnóstico etiológico• Sangramiento digestivo bajo• Diarrea Crónica• Enfermedades Inflamatorias Crónicas del Intestino Imagen a los Rayos X sin diagnóstico definitivo• Síndromes de Poliposis <p>Indicaciones de colonoscopia secuencial o periódica (8)</p> <ul style="list-style-type: none">• Vigilancia en pacientes con displasia y riesgo de cáncer• Enfermedades Inflamatorias del Intestino <p>Indicaciones de colonoscopia terapéutica (9)</p> <ul style="list-style-type: none">• Polipectomías• Tratamiento de sangramiento por anomalías• Vasculares o post-polipectomía <p>Contraindicaciones de colonoscopia (8)</p> <ul style="list-style-type: none">• Colitis Fulminante• Megacolon tóxicoxico• Síndrome Perforativo• Cirugía Reciente

(Campo, 2018)

2.4.3 Colonoscopia Incompleta

Una colonoscopia se define como incompleta cuando no se logra explorar la totalidad del colon, se describe cuando no se ha podido identificar la válvula ileocecal y no se intuba el polo cecal. La consecuencia de una colonoscopia incompleta es pasar diagnósticos de mucha relevancia como las neoplasias; las causas pueden estar relacionadas con el endoscopista, el paciente, la preparación, la indicación y con la tolerancia. (Teixeira, 2018)

2.5 Enfermedades del colon

2.5.1 Enfermedad diverticular

Se refiere a la diverticulosis con síntomas y/o complicaciones con gran relevancia clínica. Los divertículos colónicos son evaginaciones saculares de la mucosa, suelen ser múltiples, y se presentan con mayor frecuencia en el colon sigmoidees y su estructura los hace más susceptibles a perforación. También existe el término pseudodivertículos por carecer de todas las capas del colon. La enfermedad diverticular tiene una prevalencia menor del 10% en personas menores de 40 años, con un estimado del 60% en personas mayores de 80 años, sin embargo, muchos estudios mencionan una mayor prevalencia del hallazgo colonoscópico, lo que hace evidente que es una enfermedad que afecta sobre todo a personas de mayor edad. De igual forma, la diverticulosis se ha encontrado hasta en el 71% de las colonoscopías en las personas mayores de 80 años. En el año 2009, la enfermedad diverticular fue el diagnóstico gastrointestinal más común en los Estados Unidos con 283.355 hospitalizaciones, con un costo de 2700 millones de dólares. (Gonzalez, 2015)

Estudios observacionales prospectivos realizados en Centroamérica reportan que tanto la actividad física como la dieta alta en fibra se asocian con un riesgo bajo de desarrollar la enfermedad, así como la ingesta de poca fibra se asocia a constipación y al apareamiento de divertículos. También se ha identificado que la enfermedad diverticular es menos común en los vegetarianos. Se reporta de igual manera la incidencia de diverticulosis incrementa con la edad, siendo la causa más común de colectomía para enfermedad benigna en los pacientes adultos mayores. (Gonzalez, 2015)

Es importante mencionar que, en los países occidentales, los divertículos se producen predominantemente en el colon izquierdo, mientras que en la población asiática predomina el lado derecho. La mayor incidencia de formación de divertículos en el sigmoide se atribuye al hecho de que numerosos vasos rectos se encuentran en relación con esta sección del intestino y existe una mayor presión intraluminal. El engrosamiento del músculo comprometido se correlaciona con el grado de implicación diverticular, no así con la gravedad de los síntomas clínicos. Otros estudios refieren un mayor riesgo de complicaciones graves en los pacientes que consumen analgésicos no esteroideos, como podrían ser los pacientes geriátricos. (Gonzalez, 2015)

2.5.1.1 Diverticulosis

Es la presencia asintomática de divertículos en el colon que consisten en una herniación de la mucosa y submucosa (pseudodivertículos) a través de áreas de debilidad existentes en la pared del colon en el lugar donde los vasos sanguíneos (vasa recta) penetran en ésta, perforando el estrato del músculo circular. El diagnóstico se realiza primariamente por colon por enema y colonoscopia. No requieren tratamiento específico, salvo aumento de fibra, agua y actividad física, sin existir evidencia confiable que indique reducción del riesgo de Complicaciones con estas medidas. De los pacientes con diverticulitis, de 10 a 25% desarrollarán síntomas en algún momento de sus vidas; entre 20 y 40% pueden presentar datos inflamatorios (diverticulitis), fístulas colónicas o hemorragia. En algunos estudios en Centroamérica en el año 2015 han demostrado la presencia de fístula como principal complicación de hombres jóvenes en comparación con la hemorragia en hombres ancianos; asimismo, refieren mayor perforación en mujeres jóvenes que diverticulitis crónica y estenosis en mujeres de edad avanzada. (Gonzalez, 2015)

2.5.1.2 Diverticulitis aguda

Es la complicación más frecuente de la diverticulosis (25%); se presente al sufrir inflamación y perforación de los pseudodivertículos y estructuras adyacentes más frecuentemente en colon sigmoide, produciendo complicaciones que necesitan de una atención médica inmediata. El cuadro característico es dolor abdominal tipo cólico de inicio gradual en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen que se puede irradiar a región inguinal, supra púlica o espalda; conlleva

fiebre, náusea o vómito, alteraciones en los hábitos defecatorios y, en ocasiones, sintomatología de vías urinarias; es necesario realizar el diagnóstico diferencial de apendicitis de presentaciones atípicas. Puede haber fiebre, datos de toxiiñfección e hipersensibilidad en el cuadrante inferior izquierdo o hipogastrio o del abdomen (e incluso palpase una masa bien definida hacia la región del sigmoides). (Gonzalez, 2015)

Pueden presentar manifestaciones de obstrucción colónica aguda. El diagnóstico se sospecha por la edad y el cuadro clínico, se corrobora con estudios de laboratorio y gabinete (placa simple de abdomen, telerradiografía de tórax, tomografía axial computarizada). El colon por enema y la colonoscopia se consideran contraindicados en el cuadro agudo; sin embargo, pueden realizarse una vez resuelto el episodio agudo para descartar algún carcinoma asociado. (Gonzalez, 2015)

2.5.2 Enfermedad Inflamatoria intestinal

La historia natural y el pronóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en los pacientes ancianos ha sido tema de controversia por varias décadas, siendo reportada desde un curso agresivo y fulminante hasta uno más favorable similar al que presenta en los pacientes jóvenes. Su frecuencia ha aumentado a nivel mundial con una incidencia máxima bimodal entre 15 y 30 años y un segundo pico en la edad avanzada, entre 55 y 80 años. Aproximadamente 15% desarrollan los primeros síntomas después de los 65 años Se ha encontrado que la mayor incidencia y prevalencia de las EII es en el norte de Europa, Reino Unido y Estados Unidos. Algunos autores reportan que 12% de pacientes con CUCI y de 16 a 26% de pacientes con EC son ancianos en el momento del diagnóstico. Se ha visto una menor relación de familiares (en primer o segundo grado) para EII en los pacientes geriátricos que, en los grupos jóvenes con la enfermedad, y aún menor relación familiar en pacientes geriátricos con EC que con CUCI.(Yamamoto-Furusho, 2018)

La causa precisa de la EII sigue siendo desconocida; sin embargo, se ha considerado multifactorial (genética, ambiental e inmunitaria). En geriatría existe una particular susceptibilidad a infecciones gastrointestinales, lo cual sugiere una probable alteración del sistema inmunitario de la mucosa intestinal (pérdida de linfocitos T). En años recientes se ha

detectado una disminución progresiva en el riesgo aumentado para cáncer colorrectal en pacientes con EII. En 2006, un estudio retrospectivo reveló una disminución significativa en la incidencia de cáncer. Esto se replicó en otros estudios, y se ha sugerido que podría relacionarse con un mejor control de la inflamación a través del uso de agentes quimiopreventivos, como los aminosalicilatos, y el efecto de adherencia a programas de cribado colonoscópicos que ofrecen colectomía a pacientes con displasia. (Yamamoto-Furusho, 2018)

Varios estudios han mostrado que el grado de inflamación colónica al momento de llevar a cabo la investigación es un factor determinante importante en el riesgo para neoplasia colorrectal. Los factores de riesgo en el cáncer colorrectal en la EII son: extensión y duración de la enfermedad, severidad de la inflamación, pseudopólipos, historial familiar de cáncer esporádico, colangitis esclerosa primaria e historial de displasia colónica. (Yamamoto-Furusho, 2018)

2.5.2.1 Colitis ulcerativa crónica inespecífica

La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad crónica de la mucosa del colon que resulta de la interacción de factores genéticos y ambientales. El curso clínico de la enfermedad es impredecible, y se caracteriza por inflamación crónica y recurrente que se extiende proximalmente desde la mucosa rectal hasta regiones variables de la mucosa colónica, manteniendo esta distribución en la población geriátrica, manteniendo episodios de remisión y recaídas o exacerbaciones. Aunque no se conocen los datos precisos de epidemiología en México, la incidencia de la enfermedad parece estar en aumento en el mundo en los últimos años, principalmente en los países occidentales. (Yamamoto-Furusho, 2018)

En un estudio publicado en 2009 por Yamamoto-Furusho, en el que se analizó la epidemiología de la CUCI en México de 1987 a 2006, se encontró que la media de casos nuevos se incrementó de 28.8 en el periodo de 1987 a 1996, a 76.1 en el segundo periodo de 1997 a 2006. La incidencia se incrementó 2.6 veces comparando ambos periodos de tiempo. En el estudio de Bosques-Padilla et al. se encontró que la edad de presentación de la enfermedad más frecuente fue entre la tercera y la quinta década de la vida. (Yamamoto-Furusho, 2018)

El mecanismo fisiopatológico clave de la CUCI es una respuesta inmunológica desregulada al microbioma intestinal comensal en un huésped genéticamente susceptible. Se conoce que algunos polimorfismos genéticos actúan sinérgicamente con el ambiente y el microbiota, y que la patogénesis de la EII surge de la interacción entre los factores genético, inmunológico y ambiental. Existe evidencia reciente de que factores modernos que modifican el estilo de vida, como el uso de antibióticos, la dieta, el tabaquismo y el metabolismo de la vitamina D, entre otros, influyen y modifican la inmunidad sistémica e intestinal. (Yamamoto-Furusho, 2018).

El diagnóstico se realiza con base a datos clínicos, obtenidos a partir de una historia clínica detallada, que debe incluir información sobre los síntomas: inicio de los síntomas, presencia de dolor abdominal, patrón de diarrea, síntomas extraintestinales, sangrado rectal, presencia de moco y sangre en las evacuaciones, síntomas de pujo y tenesmo rectal, pérdida de peso y síntomas generales asociados, como fiebre. La característica principal de la CUCI es la presencia de moco y sangre en las evacuaciones, acompañada por dolor abdominal; la localización del dolor depende de la extensión de la enfermedad. Antecedentes de importancia: condiciones de higiene, uso de tabaco, apendicectomía, uso de antibióticos e historial de infecciones. (Yamamoto-Furusho, 2018)

En estudios realizados específicamente para identificar el papel de la microbiota en la CUCI se ha observado que la disbiosis incrementa las bacterias patógenas y proinflamatorias, y que esta disbiosis ocurre generalmente a partir de un evento desencadenante como una gastroenteritis infecciosa, en el cual existe un desequilibrio entre bacterias comensales y patógenas, perpetuando una alteración en la barrera intestinal epitelial causando la translocación de bacterias y sus productos en individuos genéticamente susceptibles.(Yamamoto-Furusho, 2018).

La colonoscopia con intubación de válvula ileocecal constituye el método diagnóstico de elección para evaluar la extensión y el grado de actividad. En caso de observar datos de actividad grave de la CUCI se recomienda solo realizar rectosigmoidoscopia flexible para la toma de biopsias. Es útil documentar la extensión y gravedad (leve, moderada y severa) de la enfermedad por sus implicaciones terapéuticas. Independientemente del incremento en el riesgo de desarrollar pólipos adenomatosos por la edad, los pacientes con CUCI tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal(Yamamoto-Furusho, 2018).

2.5.2.2. Enfermedad de Crohn

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio crónico que puede afectar cualquier parte del tubo digestivo, siendo la ileítis terminal su localización más frecuente. A diferencia de la colitis ulcerativa la enfermedad de Crohn tiende a ser transmural y puede presentarse discontinuamente en cualquier parte del tubo digestivo, teniendo mayor involucro colónico en la edad geriátrica en comparación del ileocólico de los jóvenes. Considerando la poca prevalencia de la afectación gastrointestinal alta, su mayor agresividad y la dificultad para realizar un diagnóstico precoz, lo que conlleva en ocasiones una mayor morbimortalidad, presentamos un caso clínico de enfermedad de Crohn orofaríngea y esofágica, diagnosticado tras la presentación de un abdomen agudo por perforación intestinal.(Brand, 2015)

También se ha visto una asociación con enfermedad diverticular. La incidencia de la enfermedad varía sustancialmente por región, siendo reportada entre 5 y 16% para la EC. En cohortes poblacionales realizadas en el norte de Europa se han observado altas tasas de concordancia para gemelos monocigóticos en comparación con gemelos dicigóticos en el que el riesgo es más elevado en pacientes con enfermedad de Crohn, en comparación con CUCI. En la EC geriátrica, los pacientes presentan menos dolor abdominal que los jóvenes, probablemente debido a alteraciones en la percepción, uso de medicamentos y enfermedades sistémicas coexistentes.(Yamamoto-Furusho, 2018)

2.5.3 Angiodisplasias gastrointestinales

Son dilataciones vasculares que comunican capilares y venas anómalas que comunican capilares y venas de las paredes del tracto digestivo. La presentación clínica de estas lesiones varía desde sangrado oculto crónico a hemorragia gastrointestinal grave. Su verdadera prevalencia es difícil de establecer, si bien algunos estudios muestran que en adultos asintomáticos pueden encontrarse angiodisplasias en colon hasta en un 0.83%. Este porcentaje aumenta en mayores de 60 años siendo una de las causas más comunes (25%) en este grupo etario y en aquellos que presentan determinadas patologías, como insuficiencia renal crónica, estenosis aórtica o enfermedad de Von Willebrand. (Anta, 2016)

Las angiodisplasias pueden encontrarse en cualquier punto del tracto digestivo, siendo la localización más frecuente el colon, particularmente el ciego en los países occidentales. Pueden ser de origen congénito, aunque se ha pensado que resultan de cambios degenerativos propios de la edad, como la expresión de factores angiógenos y deficiencia de colágeno de los vasos de la mucosa. (Anta, 2016)

El sangrado por angiodisplasia es venoso y menos severo, pero tiende a la recurrencia en comparación con la hemorragia arterial de la diverticulosis. Su diagnóstico es difícil por su variable presentación clínica (hematoquecia, 0 a 60%; melena, 0 a 26%; sangre oculta en heces, 4 a 47%, o anemia por deficiencia de hierro, 0 a 51%). El abordaje diagnóstico incluye desde colonoscopia hasta angiografía o gammagrafía con eritrocitos marcados. Debe distinguirse de la enfermedad diverticular, EII, neoplasias, etc. El manejo debe ser individualizado para cada paciente dependiendo de la severidad, el riesgo de recurrencia y las comorbilidades. (Anta, 2016)

2.5.4 Cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal (CCR) es la neoplasia digestiva más frecuente en la población adulta. (Zamora, 2016) así como el más frecuente en España si se analizan conjuntamente ambos sexos y representa actualmente la segunda causa de muerte por cáncer. La estimación realizada desde el Ministerio de Sanidad para el año 2012 fue que se diagnosticarían más de 33.000 nuevos casos de CCR y que fallecerían aproximadamente 15.000 personas por esta causa. (Quintero, 2013)

El cáncer colorrectal (CCR) en el año 2012 fue el tercer cáncer más común en los hombres en el mundo con 746,000 casos, representando el 10% del total de tumores malignos, y el segundo más común en mujeres con 614,000 casos, correspondiendo a un 9.2% del total en el mundo. De acuerdo al proyecto de salud GLOBOCAN 2012, casi el 55% de los casos de CCR ocurren en las regiones más desarrolladas. Existe una variación geográfica amplia de la incidencia por este cáncer en todo el mundo y los patrones geográficos son muy similares en hombres y mujeres. Hay una variación de las tasas de incidencia por CCR de diez veces en ambos sexos a nivel mundial, las tasas más altas por CCR se observan en Australia/ Nueva Zelanda con tasas

estandarizadas por edad por 100,000 individuos de 44.8 en hombres y 32.2 en mujeres. (Sánchez-Barriga, 2017)

La mayoría de las neoplasias colónicas se origina en un adenoma que generalmente tiene un curso asintomático. La colonoscopia es el método de diagnóstico más eficaz en sujetos de más de 50 años de edad y en aquellos con factores de riesgo como, factores genéticos, síndromes polipósicos o enfermedad inflamatoria intestinal diagnosticada previamente.(Zamora, 2016)

En más del 85% de los casos el CCR se desarrolla sobre un pólipo adenomatoso, siguiendo la secuencia adenoma carcinoma, un proceso que suele durar aproximadamente 10 años. Así, el diagnóstico y tratamiento de la lesión pre maligna durante este largo periodo de latencia evita el desarrollo de la gran mayoría de CCR. Varios estudios han constatado que el CCR puede prevenirse mediante la polipectomía endoscópica. El Estudio Nacional del Pólipo, llevado a cabo en Estados Unidos, demostró de forma concluyente que la resección endoscópica de pólipos adenomatosos reduce significativamente tanto la incidencia como la mortalidad por CCR. (Quintero, 2013)

La detección oportuna y la resección de adenomas (pólipos) previene la progresión al adenocarcinoma y la mortalidad por CCR. El tamizado colonoscópico previene aproximadamente el 65% de los casos de CCR.(Zamora, 2016) Las colonoscopias de vigilancia tienen por objeto detectar la neoplasia con una alta sensibilidad y especificidad. Si es posible, las colonoscopias de vigilancia deben llevarse a cabo en etapa de remisión, ya que la actividad inflamatoria remanente podría ser mal interpretada como neoplasia intraepitelial. De igual forma que las colonoscopias de detección en la población, por lo demás sana, la calidad de la preparación afectará significativamente la tasa de detección de lesiones. (Assche, 2014)

Es el tercer tumor más frecuente en el mundo desarrollado, y la segunda neoplasia maligna más frecuente del tubo digestivo en México. Su incidencia aumenta significativamente después de los 50 años de edad, estando en mayor riesgo los mayores de 60 a 65 años y afectando casi en igual proporción a hombres y mujeres (el cáncer de recto es más frecuente en hombres). Aproximadamente dos tercios de los cánceres colorrectales se localizan en el recto o en el colon

sigmoides. La tasa de mortalidad por carcinoma colorrectal prácticamente se duplica después de los 60 años, y continúa incrementándose en forma progresiva en los siguientes decenios. Aunque no hay una relación significativa entre la edad y el estadio en el momento de la presentación, el riesgo de muerte casi se duplica cuando los pacientes son mayores de 75 años. (Zamora, 2016)

El intervalo de vigilancia mediante la colonoscopia dependerá de la detección de adenomas en la colonoscopia inicial se recomienda que sea 10 años después en ausencia de adenomas, sin embargo se sabe que se necesitan al menos 10 años para que los cambios genéticos y moleculares que provocan el CCR progresen y llegue a formarse una tumoración maligna; el riesgo de malignización de los adenomas aumenta si se encuentran 3 o más pólipos, aumenta también en caso de adenomas avanzados (>10 mm de diámetro o con componente vellosos > 25% o con presencia de displasia de alto grado), por lo que en estos casos la colonoscopia debe repetirse a los 3 años. (Zamora, 2016)

En la actualidad se sabe que la medida más eficaz para prevenir esta neoplasia reside en detectar y extirpar los adenomas avanzados en la población de riesgo medio mediante campañas de cribado poblacional. Así, la colonoscopia, además de utilizarse como una estrategia de cribado de primera línea en países como Estados Unidos, Alemania y Polonia, representa la prueba diagnóstica y terapéutica en la que confluyen el resto de las estrategias utilizadas en los programas institucionales de cribado del CCR, por lo que la eficacia de estos depende, en buena parte, de la calidad con que se lleve a cabo este procedimiento. (Quintero, 2013) La eficacia diagnóstica del cribado colonoscópico requiere de una observación minuciosa de la mucosa, por lo que la limpieza colónica debe ser adecuada. Una mala preparación ocasionará mayor probabilidad de pasar por alto adenomas, una duración prolongada del procedimiento y obligará a la reprogramación de la colonoscopia. (Zamora, 2016)

Sin embargo, el CCR es una enfermedad prevenible. Varios estudios prospectivos y controlados han demostrado que el cribado en la población de riesgo intermedio (hombres y mujeres asintomáticos entre 50 y 74 años) con sangre oculta en heces anual o bienal o mediante una única sigmoidoscopia, reduce de forma significativa la incidencia y mortalidad por CCR. (Quintero, 2013) Se han establecido guías de vigilancia colonoscópica para disminuir la incidencia de

urgencias, displasia y cáncer. El diagnóstico diferencial debe hacerse con colitis isquémica por su frecuencia elevada en este grupo de edad, infecciones, enfermedad diverticular y sus complicaciones, otros tipos de colitis, etc. Teniendo en cuenta que la colonoscopia es un procedimiento diagnóstico y terapéutico clave en este proceso, es necesario trabajar para implementar un programa consensuado que garantice la máxima calidad posible en este tipo de colonoscopias. (Quintero, 2013)

La protección que la colonoscopia ofrece sobre la aparición de cáncer de colon es mayor para neoplasias situadas en el colon izquierdo y mucho menor para CCR de colon derecho. Existen algunas causas por las que un individuo puede tener una colonoscopia normal y posteriormente presentar un CCR en los años siguientes, lo que se denomina cáncer de intervalo. La mayoría de las causas de cáncer de intervalo son atribuibles a problemas técnicos de la colonoscopia, y pueden ser corregidas con el empleo de medidas que aseguren la realización de exploraciones de alta calidad. La colonoscopia realizada en el contexto del cribado de CCR se efectúa sobre individuos sanos y asintomáticos, y su realización debe garantizar a estos individuos que quedan libres de contraer un CCR durante un periodo de tiempo que llega hasta los 10 años. (Quintero, 2013)

Los individuos con colonoscopias iniciales sin hallazgos tienen un riesgo muy bajo de desarrollar adenomas en colonoscopias de seguimiento a los ocho años. Un porcentaje de pacientes desarrollan cánceres de intervalo tras una colonoscopia normal, que es aquel que se diagnostica en el periodo de tiempo que transcurre entre una colonoscopia y la siguiente exploración programada de vigilancia. (Assche, 2014)

2.5.4.1 Carcinoma primario de colon con células en anillo de sello

El carcinoma colorrectal con células en anillo de sello es un subtipo infrecuente del adenocarcinoma mucinoso, constituyendo menos del 1% del total de tumores colorrectales. Para el diagnóstico, debe existir un origen primario en colon o recto y al menos un 50% con patrón de células en anillo de sello. Habitualmente la presentación clínica es tardía, asociando una alta agresividad. (I.Mora-Guzman, 2017).

CUADRO 2

POSIBLES CAUSAS DE APARICION DE CANCER COLORRECTAL TRAS UNA COLONOSCOPIA CONSIDERADA NORMAL

- Tumores de crecimiento rápido

- Extirpación incompleta de adenomas

- Limitaciones técnicas en la detección de lesiones
 - Mucosas oculta no explorada
 - Adenomas planos

- Limpieza colónica inadecuada

- Técnica endoscópica subóptima
 - Exploración incompleta
 - Exploración mal realizada

(Assche, 2014)

CAPÍTULO III. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3. Métodos de investigación

3.1. Tipo de estudio:

Se realizó un estudio descriptivo observacional no experimental en el que se involucraron a todos los pacientes a quienes se les fue realizada la colonoscopia en el área de gastroenterología a solicitud de la Consulta externa como de los diferentes servicios del área hospitalaria.

El presente estudio fue retrospectivo ya que se realizó una revisión de reportes de colonoscopias realizadas con anterioridad a la fecha, y transversal ya que es un período específico en el tiempo de enero 2015 a diciembre 2016 y cuantitativo debido a que se buscó frecuencia de número casos a mujeres y hombres que se realizaron colonoscopia evidenciando diferentes patologías.

3.2. Técnicas:

Para identificar los motivos por el cual se solicita colonoscopia, clasificar los diagnósticos colonoscópicos que fueron encontrados en el servicio de gastroenterología y determinar si la colonoscopia fue diagnóstica o terapéutica. se realizó la revisión documental la cual consistió en revisar los reportes de colonoscopia de la base de datos del Área de Gastroenterología del Hospital San Juan de Dios.

3.3. Instrumentos:

Para identificar los motivos por el cual se solicita colonoscopia, clasificar los diagnósticos colonoscópicos que fueron encontrados en el servicio de gastroenterología y determinar si la colonoscopia fue diagnóstica o terapéutica se utilizó un único instrumento con nombre “Boleta de recolección de datos” en Anexo No. 1 en el cual se tomó los datos del paciente, número de expediente médico, el sexo y la edad del paciente, motivo de realización de colonoscopia, diagnóstico colonoscópico e indicación de esta.

3.4. Cronograma de actividades

Actividades Semanas	Tiempo												
	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1
Diseño de Investigación													
Revisión bibliográfica													
Elaboración de instrumento													
Validación de instrumento													
Procesamiento y análisis de la información													
Recolección de información y entrega de informe													
Elaboración de informe final													

3.5. Recursos

3.5.1. Recursos humanos:

Investigadora:

Dra. Ana Miriam Chávez

Asesor de tesis:

Dr. Alfonso Zetina

Revisora:

Licda. Silvia Ivonne Estrada

Revisores y encargados de investigación del Departamento de Medicina Interna:

Jefe de Departamento: Dr. Alfredo de la Cruz

Representante del Subcomité: Dr. Luis Juárez Paiz

Coordinadora del Comité de Investigación: Dra. Mayra Cifuentes

Sujetos de investigación: Pacientes hombres y mujeres mayores de 60 años quienes fueron referidos al área de gastroenterología para realización de colonoscopia ya sea diagnóstica o terapéutica

3.5.2. Recursos materiales:

- Insumos de oficina.
- Base de datos de área de gastroenterología del Hospital General San Juan de Dios

3.5.3. Recursos financieros:

Recursos	Quetzales
Internet	100.00
Impresiones (cartuchos de tinta)	200.00
Insumos de oficina	100.00
Equipo de oficina	100.00
Transporte	300.00
Alimentación	200.00
TOTAL	1000.00

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del trabajo de prevalencia de hallazgos colonoscópicos en adultos mayores hombres y mujeres sometidos a colonoscopia divididos en la siguiente forma:

4.1.1. Caracterización de los pacientes según patología colonoscópica

Del total de las personas que participaron en el estudio (n = 201), el 71% (144) fueron mujeres y el resto 29% hombres. En las colonoscopias realizadas en mujeres: 45 fueron normales que equivale al 22.38%, la enfermedad diverticular fue la patología más frecuente 37 (18.40%), seguida de la colitis ulcerativa 18 (8.95%).

En las colonoscopias realizadas en hombres: 25 fueron normales correspondientes al 12.43%, y 6 pacientes la enfermedad diverticular (2.98%). La angiodisplasia colónica fue la patología menos encontrada en ambos sexos correspondiente a 1 paciente en mujeres (0.49%) y 1 caso de hemorroides en hombres (0.49%).

TABLA No. 1

Patología colonoscópica según sexo del paciente

Patología	mujeres	hombres	Total
Angioplastia colónica	1	0	1
Cáncer colorrectal	8	3	11
Colitis ulcerativa	18	3	21
Enfermedad diverticular	37	6	43
Neoplasia	5	3	8
Poliposis	13	6	19
Colonoscopia normal	45	25	70
Hemorroides	7	1	8
Estudio incompleto o cancelado	6	6	12
Otros	4	4	8
Total	144	57	201

En el grupo de 60 a 64 años 21 de las colonoscopías fueron normales correspondiente al 10.44%, siendo este rango de edad el más predominante en la realización de colonoscopías. La prevalencia de diagnósticos colonoscópicos se encuentra entre 60 a 64 años correspondiente a 53 pacientes de ambos sexos equivalente al 23% de la población, en el cual la Enfermedad diverticular encabeza como el de mayor prevalencia. El siguiente rango más predominante fue entre 70 a 74 años siendo siempre la Enfermedad Diverticular la más predominante 10 (4.97%) seguida de la colitis ulcerativa 8 (3.98%).

TABLA No. 2

Patología colonoscopia según grupos etarios

Patología	60- 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 y mas
Angiodisplasia colónica	0	0	1	0	0	0	0
Cáncer colorrectal	1	3	1	4	1	1	0
Colitis ulcerativa	8	4	8	1	0	0	0
Enfermedad diverticular	12	9	10	4	6	2	0
Neoplasia	2	2	3	0	0	1	0
Poliposis	4	5	3	3	2	1	0
Colonoscopia normal	21	17	18	6	4	2	2
Hemorroides	2	3	1	1	1	0	0
Estudio incompleto o cancelado	1	0	5	4	1	1	0
Otros	2	4	1	0	0	1	1
Total	53	47	51	23	15	9	3

4.1.2. Motivos por el cual se solicita colonoscopia.

Los motivos más frecuentes fueron hematoquecia 47 (23.38%), dolor abdominal 29 (14.42%) y constipación 24 (11.94%). Siempre siendo prevalentes en el sexo femenino con 31 (21.52%).

TABLA No. 2

Motivos de colonoscopia en hombres y mujeres mayores de 60 años

	mujeres	hombres	total
Anemia	6	4	10
Antecedente de cáncer hepático	3	0	3
Antecedente de poliposis	8	3	11
Constipación	17	7	24
Diarrea crónica	15	8	23
Dolor abdominal	22	7	29
Hematoquecia	31	16	47
Hemorragia gastrointestinal superior	1	2	3
Masa abdominal	18	7	25
Melena	1	0	1
Pérdida de peso	2	0	2
Trastorno funcional digestivo	12	0	12
Otros	8	3	11
Total	144	57	201

4.1.3. Clasificación de los diagnósticos colonoscópicos

Los diagnósticos colonoscópicos más frecuentes fueron: Enfermedad diverticular identificada en 43 pacientes, evidenciando una prevalencia de 21.39%; colitis ulcerativa en 21 pacientes con prevalencia de 10.44%; y la tercera más frecuente fue poliposis con 19 pacientes con prevalencia del 9.45%. De los estudios se encontró 8 (3.98%) presentaron neoplasia sin determinar malignidad, el 5.57% se encontró masa colónica con resultado de patología confirmatorio para cáncer colorrectal. De los 201 reportes revisados 70 (34.82%) pacientes presentaron colonoscopia normal y 12 (5.95%) de los estudios fueron cancelados por mala preparación previa al examen.

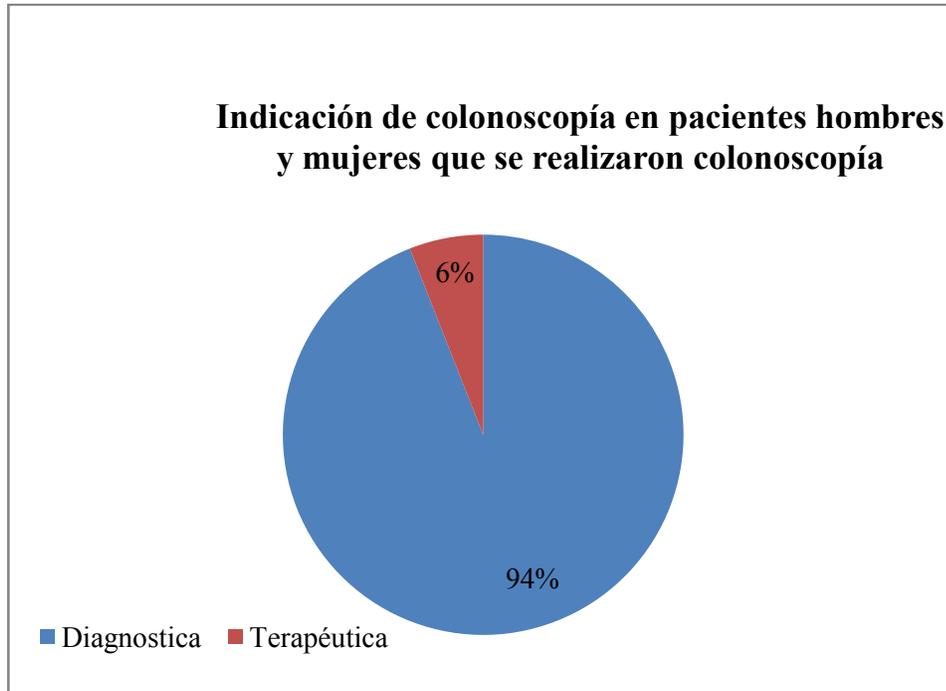
TABLA No. 3

Diagnósticos Colonoscópicos en personas mayores de 60 años

Diagnóstico	Total
angi displasia colónica	1
cáncer colorrectal	11
colitis ulcerativa	21
enfermedad diverticular	43
neoplasia	8
poliposis	19
hemorroides	8
estudio incompleto o cancelado	12
otros	8
colonoscopia normal	70
Total	201

4.1.4. Indicación de colonoscopia

La indicación más frecuente fue diagnóstica en el 189 (94%) de los pacientes y el 12 (6%) terapéutica en el que abarca el 100% de las polipeptomías.



4.2. DISCUSIÓN

Se realizó un estudio mediante la revisión de 201 reportes de colonoscopia de pacientes hombres y mujeres adultos mayores de 60 años de edad a quienes se les realizó colonoscopia abarcando dos años de estudio, se observó que la mayor cantidad de procedimientos fue realizado en mujeres, con lo que se determina como el sexo con mayor predominio de patología encontrada correspondiente al 71.64% de la población de los pacientes.

Como bien se conoce en el adulto mayor el sexo femenino se encuentra más predispuesto a enfermedades metabólicas y a presentar comorbilidades, sin embargo la mayor cantidad de casos de cáncer colorrectal fueron encontrados en mujeres por lo cual no coincide con literatura el cual especifica ser el sexo masculino el mayor predominante, sin embargo debe agregarse que el sexo femenino es el que mayormente consulta a nivel hospitalario por lo cual no debe dejarse como un factor determinante en la presente investigación y podría estar sujeto a error.

En el presente estudio se observó que el grupo de edad con mayor prevalencia de patología colonoscópica se encuentra entre 60 a 64 años de edad correspondiente a 53 pacientes de ambos sexos equivalente al 26.36% de la población de pacientes estudiados, en el cual la enfermedad diverticular encabeza como el de mayor prevalencia en ambos sexos sin embargo podría asociarse a la consulta más frecuente del paciente más joven y con mayor funcionalidad que de algunos adultos mayores que sobrepasan esta edad.

La hematoquecia fue el motivo de consulta más frecuente encontrado para la realización de colonoscopia en un 23.38%, seguido de dolor abdominal 14.42% y masa abdominal en 11.94%. Se considera de relevancia indicar que la población de pacientes encontrada fue bastante menos de lo esperado, así como la información clínica en los reportes muy limitada, por lo que se indica la importancia de registrar clara y adecuadamente la información con el fin de contar con una buena base de datos que presente calidad. El diagnóstico colonoscópico más frecuente fue la Enfermedad diverticular identificada en 43 pacientes observándose con mayor predominio entre 60 a 64 años evidenciando una prevalencia de 21.39%, la colitis ulcerativa se encontró en

segundo puesto en 21 pacientes con prevalencia de 10.44%; y la tercera más frecuente fue poliposis con 19 pacientes con prevalencia del 9.45%.

De los 201 reportes revisados 34.82% pacientes presentaron colonoscopia normal y 5.95% de los estudios fueron cancelados por mala preparación previa al examen. Estos datos niegan la hipótesis planteada ya que la colitis ulcerativa se tenía como el diagnóstico más frecuente, sin embargo, si se encuentra como el segundo diagnóstico más frecuente encontrado por vía colonoscópica, dejando al cáncer en cuarta posición. En los reportes se evidenció 3.98% presentaron neoplasia sin determinar malignidad, el 5.57% de los pacientes se encontró masa colónica con resultado de patología confirmatorio para cáncer colorrectal siendo predominante en el sexo femenino.

La indicación de colonoscopia más frecuente fue diagnóstica en correspondiente al 94% de los pacientes y el 6% de los pacientes correspondiente a ser terapéutica en el que todas son polipeptomías, podemos observar poca continuidad de resección de pólipos los cuales podrían evolucionar a adenomas y posteriormente a cáncer colorrectal, podría deberse a poca continuidad del paciente al tratamiento.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. La edad promedio observada en la población sometida a colonoscopia fue de 60 a 64 años.
2. La población femenina predomina dentro del grupo de pacientes a quienes se les realizo la colonoscopia.
3. La hematoquecia y el dolor abdominal son los motivos de consulta más frecuentes observados.
4. Los diagnósticos colonoscópicos más prevalentes son: la Enfermedad diverticular, colitis ulcerativa y la poliposis.
5. La mayoría de las colonoscopias son diagnósticas y se tiene poca continuidad para el tratamiento de poliposis.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Promover la creación de programas de cuidados para el adulto mayor que involucren la prevención de las enfermedades del intestino grueso con mayor énfasis en cuidados alimentarios y cáncer colorrectal específicamente en mujeres.
2. Establecer mecanismos de control en la institución con el fin de verificar la correcta información en el libro de colonoscopias por parte de los médicos tratantes, con el fin de contar con información de calidad.

BIBLIOGRAFIA

- Anta, J. A. (2016). Evaluación de la eficacia terapéutica endoscópica en hemorragia digestiva secundaria a angiodisplasias. *Revista de Gastroenterología de México* , 26-31.
- Assche, G. v. (23 de octubre de 2014). Segundo consenso europeo basado en evidencia sobre el diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerosa crónica idiopática. Parte 3: situaciones especiales. (E. C. organisation, Ed.) *Revista de Gastroenterología de México* , 74-106.
- Brand, M. L. (2015). Enfermedad de Crohn: afección gastrointestinal alta. *Revista de Gastroenterología de México* , 1-4.
- Campo, S. (19 de abril de 2018). Supervivencia de cáncer colorrectal en un centro oncológico de Colombia. Estudio de cohorte histórica. *Revista de Gastroenterología de México* , 11.
- Doyma, M. (2015). Enfermedad de Crohn: afectación gastrointestinal alta. *Revista de Gastroenterología de México* , 282-289.
- Gonzalez, J. (2015). Enfermedad Diverticular. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* , 411-416.
- Hospital San Juan de Dios. (2018). Recuperado el 3 de Octubre de 2018, de www.hospitalsanjuandediosguatemala.com.
- I.Mora-Guzman. (2017). Carcinoma primario de colon con células en anillo de sello: Una rara entidad de mal pronóstico. Comunicación de 2 casos. Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Madrid, España: Masson Doyma, S.A.
- Yamamoto-Furusho, J. (2018). Consenso mexicano para el diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerosa crónica idiopática. *Revista de Gastroenterología de México* , 144-167.
- Lasa, J. (13 de Febrero de 2018). Riesgo de adenomas colorrectales en pacientes con enfermedad celíaca: una revisión sistemática y metaanálisis. *Revista de Gastroenterología de México* , 91-97.
- Oña, F. (6 de julio de 2018). Linfoma del manto con afección del tubo digestivo. *Revista de Gastroenterología de México* , 8.
- Pérez, E. (15 de Febrero de 2018). Indicaciones y rendimiento diagnóstico de la cápsula endoscópica en el anciano. *Revista de Gastroenterología de México* , 238-244.

- Quintero, E. (13 de febrero de 2013). Controles de calidad de la colonoscopia como requisito de las campañas de cribado de cáncer colorrectal . Gastroenterología y Hepatología , 597-605.
- Remes-Troche, J. M. (2018). Consenso mexicano sobre estreñimiento crónico. Revista de Gastroenterología de México , 168-189.
- Rocío Plaza. (2012). La hemorragia digestiva alta en el paciente anciano mayor de 80 años. Revista Española de Geriatria y Gerontología , 110-113.
- Sánchez-Barriga, J. (18 de Marzo de 2017). Tendencias de mortalidad y riesgo de muerte por cáncer colorrectal en las 7 regiones socioeconómicas de México, 2000-2012. Revista de Gastroenterología de México , 217-225.
- Teixeira, C. (14 de abril de 2018). Cáncer colorrectal de intervalo después de colonoscopia. (S. A. Masson Doyma, Ed.) Revista de Gastroenterología de México , 6.
- Yamamoto-Furusho, J. (2017). Consenso mexicano para el diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerosa crónica idiopática. Revista de Gastroenterología de México , 144 - 167.
- Yamamoto-Furusho, J. (16 de Marzo de 2017). Situaciones especiales en la enfermedad inflamatoria intestinal: primer consenso latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation. Revista de Gastroenterología de México , 134-155.
- Zamora, M. (2016). Determinación de tasa de adenomas desapercibidos en pacientes con riesgo promedio de cáncer colorrectal con preparacion intestinal inadecuada. México: AMEG.

ANEXO No. 1
BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Número:

Nombre (iniciales):

Instrumento de recolección de datos:

Titulo del estudio: PREVALENCIA DE HALLAZGOS COLONOSCOPICOS EN
ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DEL
PERIODO COMPRENDIDO DEL AÑO 2015 – 2016

Caracterización de pacientes:

Fecha de recolección de datos:

Número de expediente:

Edad:

Sexo: Hombre

 Mujer

Motivo de solicitud de colonoscopia:

Dolor abdominal:

Nauseas y vómitos:

Hemorragia gastrointestinal superior:

Melena:

Constipación:

Distensión abdominal:

Hematoquecia:

Anemia:

Antecedente de cáncer hepático:	<input type="checkbox"/>	Diarrea crónica:	<input type="checkbox"/>
Masa abdominal:	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso:	<input type="checkbox"/>
Trastorno funcional digestivo:	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>

Indicación de la colonoscopia:

Diagnostica:	<input type="checkbox"/>	Terapéutica:	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------

Diagnósticos colonoscópicos:

Poliposis:	<input type="checkbox"/>	Angiodisplasia:	<input type="checkbox"/>
Colitis ulcerativa:	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Chron:	<input type="checkbox"/>
Neoplasia sin determinar malignidad:	<input type="checkbox"/>	Hemorroides:	<input type="checkbox"/>
Cáncer colorrectal:	<input type="checkbox"/>	Enfermedad diverticular	<input type="checkbox"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	Colonoscopia normal	<input type="checkbox"/>
Procedimiento incompleto o cancelado	<input type="checkbox"/>		