

4
112382



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FAULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO LA RAZA**



**EXPERIENCIA DE LA COLONOSCOPIA EN EL SERVICIO
DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL. "LA RAZA"**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD EN COLOPROCTOLOGIA**

P R E S E N T A :

DR. MORELOS ADOLFO GARCIA SANCHEZ

**ASESOR:
DR. MARCO ANTONIO PULIDO MUÑOZ**



MEXICO, D. F.

**1.A.
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

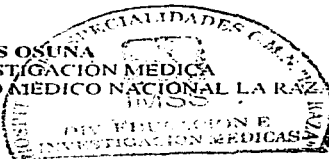
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**EXPERIENCIA DE LA COLONOSCOPIA EN EL
SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO
MEDICO NACIONAL.
" LA RAZA "**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

~~DR. JESUS ARENAS OSUNA~~
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
I. M. S. S.



~~DR. MARCO ANTONIO PULIDO MUÑOZ~~
JEFE DE SERVICIO Y TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
COLOPROCTOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
I. M. S. S.

~~DR. MORELOS ADOLFO GARCIA SANCHEZ~~
RESIDENTE DEL SEXTO AÑO DEL CURSO DE COLOPROCTOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
I. M. S. S.

~~SUBDIRECCION DE INVESTIGACIONES
DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICAS
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. LA RAZA
I. M. S. S.~~

2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

***"Clama a mí, y Yo te responderé, y te enseñaré cosas grandes y ocultas que tú no conoces" Jer 33:3
Gracias mi Dios y tú sabes el Por que.***

A la razón de mi existencia, a la persona que es indispensable en mi vida, a mi esposa Rebeca gracias por ser como eres. Te adoro.

***Le agradezco la oportunidad que me brindó, al haber sido el instrumento de Dios en mi vida; estoy en deuda, y reitero un gran respeto y admiración. Gracias
Dr. Marco Antonio Pulido Muñoz.***

A mis maestros Dr. Fidel Rodríguez Rocha y Dr. Francisco Cuevas Montes de Oca, por ser sabios, pacientes, comprensivos y alumbrarme en la oscuridad de mi ignorancia. Saben son algo fuera de serie. Su conocimiento no tiene limites.

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
HIPÓTESIS	11
OBJETIVO	12
MATERIAL Y METODOS	13
VARIABLES	14
CRITERIOS DEL ESTUDIO	15
RECURSOS PARA EL ESTUDIO	16
DESCRIPCIÓN OPERACIONAL	17
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES	29
CONSIDERACIONES ETICAS	30
BIBLIOGRAFÍA	31

RESUMEN :

Introducción: La colonoscopia es una arma en la medicina actual que pone al ejecutante con la capacidad de visualizar directamente el colon y recto en toda su extensión. En los albores de este siglo los adelantos tecnológicos exigen un dominio de lo "específico," el diagnóstico exquisito y el tratamiento certero de las enfermedades colorrectales, con un instrumento que ha evolucionado que es el Colonoscopio.

Objetivo: Determinar cuales han sido los resultados obtenidos en el Servicio de Coloproctología del H. C. M. N. R. **Material y Métodos:** Es un estudio retrospectivo observacional, transversal, descriptivo que se realizó con la revisión de los "archivos de Colonoscopias", de los pacientes a los que se les efectuó la colonoscopia por patología coloproctológica en un periodo de 5 años. **Resultados:** La investigación se llevó a cabo desde enero de 1998 a diciembre del 2002 en el servicio de Coloproctología del H. E. C. M. N. R. Realizando 2112 estudios colonoscópicos en total, con un promedio de edad de 55.7 años con predominio del sexo femenino en un 59 % 1245 pacientes, y un 41 % en el sexo masculino con 867 pacientes. El tiempo promedio fue de 28.6 minutos. Y el segmento cólonico mas frecuentemente alcanzado fue el ciego en 1489 pacientes que representa el 70.5 %. Se reportan 147 estudios incompletos que representan el 7 % solamente; y la causa principal de esto fue la intolerancia en 98 pacientes que representa el 66%; con predominio en el sexo femenino 75 casos (77%). La indicación más frecuente fue el "defecto de llenado" en 639 pacientes (30%), y los estudios realizados que no se encuentra patología fueron de 1258 (60%) y en 702 (33%) pacientes si se encontró patología colorrectal. **Discusión:** Se puede afirmar que uno de los motivos más fehacientes del incremento numérico de estudios fue causado por la renovación del equipo de un fibrocolonoscopio a un videocolonoscopio, que proporcionó una mejor maniobrabilidad, observación y definición. Aunque los estudios colonoscópicos son realizados por médicos residentes de la especialidad con supervisión directa de los médicos adscritos, no deja de ser un factor que soguzga los resultados de este estudio. Es importante señalar que el videocolonoscopio es seguro tanto para el ejecutante como para el paciente, por la nula mortalidad reportada y el bajo riesgo. El videocolonoscopio permite aclarar en forma contundente y precisa los diagnósticos que proporcionan con certeza el pronóstico de los pacientes. **Conclusiones:** El numero de estudios colonoscópicos se incrementó en forma exponencial gracias a la introducción de la videocolonoscopia en los últimos dos años, por su ejecución con mayor precisión y maniobrabilidad. La sexta década de la vida comprende la más alta incidencia de diagnóstico en la patología colorrectal y por ello en este estudio predomina. El porcentaje de los estudios incompletos se encuentra por debajo de lo reportado en la literatura mundial (10%). La morbilidad fue menor al 1 % y no hubo mortalidad, ello lo hace un instrumento seguro y efectivo para el quehacer coloproctológico. La colonoscopia es un estudio que permite con sensibilidad y especificidad el diagnóstico de cáncer colorrectal, la etiología de la hemorragia de tubo digestivo bajo; y en la enfermedad polipoidea esporádica su diagnóstico y tratamiento. La videocolonoscopia es un estudio de gabinete de excelente valor en el quehacer coloproctológico y un beneficio invaluable para nuestros pacientes.

Palabras clave: Colonoscopia, enfermedades, colorrectal, polipoidea, videocolonoscopia.

SUMMARY:

Introduction: The colonoscopy is a weapon in the current medicine that puts to the performer with the capacity to visualize the colon directly and right in its fullest extent. In the beginnings of this century the technological advances demand a domain of him" specific," the exquisite diagnosis and the good treatment of the illnesses colorectals, with an instrument that has evolved that it is the Colonoscopy. **Objective:** to Determine which have been the results obtained in the Service of Coloproctology of the H. C. M. N. R. **Material and Methods:** it is an observational, traverse, descriptive retrospective study that was carried out with the revision of those files of Colonoscopy., of the patients to those that were made the colonoscopy by pathology coloproctológica in to 5 year-old period. **Results:** The investigation was carried out from January from 1998 to December of the 2002 in the service of Coloproctology of the H. E. C. M. N. R. Carrying out 2112 studies colonoscopies in total, with an average of 55.7 year-old age with prevalence of the feminine sex in 59% 1245 patients, and 41% in the masculine sex with 867 patients. The time average was of 28.6 minutes. And the colonic but frequently reached segment was the blind man in 1489 patients that it represents 70.5%. 147 incomplete studies are reported that only represent 7%; and the main cause of this was the intolerance in 98 patients that it represents 66%; with prevalence in the sex femenino 75 cases (77%). The most frequent indication was the " defect of having filled" in 639 patients (30%), and the realized studies that he/she is not pathology were of 1258 (60%) and in 702 (33%) patient if he/she was pathology colorectal. **Discussion:** One can affirm that one of the reasons more of the numeric increment of studies was caused by the renovation of the team from a fibrocolonoscopy to a videocolonoscopy that provided a better maneuverability, observation and definition. Although the studies colonoscópica are carried out by resident doctors of the specialty with the attributed doctors' direct supervision, he/she doesn't stop to be a factor that alteration the results of this study. It is important to point out that the videocolonoscopy is safe as much for the performer as for the patient, for the null reported mortality and the first floor risk. The videocolonoscopy allows to clarify in overwhelming and precise form the diagnoses that provide with certainty the presage of the patients. **Summations:** He numbers of studies colonoscopies it was increased in exponential form thanks to the introduction of the videocolonoscopy in the last two years, for their execution with bigger precision and maneuverability. The sixth decade of the life he/she understands the highest incidence of diagnostic in the pathology colorectal and in and of itself in this study it prevails. The percentage of the incomplete studies is below that reported in the world literature (10%). The morbidity went smaller to 1% and there was not mortality, he/she makes it to it a sure instrument and cash for the chore coloproctológica. The colonoscopy is a study that allows with sensibility and specificity the diagnosis of cancer colorectal, the etiology of the hemorrhage of low alimentary tract, and in the illness sporadic polipósica its diagnosis and treatment. The videocolonoscopy is a study of cabinet of excellent value in the chore coloproctológica and a benefit invaluable for our patients.

Key words: Colonoscopy, diseases, colorectal, polipoidea, videocolonoscopy.

INTRODUCCION:

La colonoscopia es una arma para la medicina actual, que pone al ejecutante con la capacidad de visualizar directamente el colon en toda su extensión y el recto. En los albores de éste siglo los adelantos tecnológicos en medicina exigen un incremento en el dominio de lo específico, lo exquisito del diagnóstico y su tratamiento en las enfermedades colorrectales, con un instrumento que ha evolucionado constantemente como el colonoscopio, en los últimos 40 años. (1)

Los diagnósticos previamente se realizaban con el estudio clínico y la complementación radiográfica, así mismo la exploración se hallaba limitada hasta 30 cm del la margen del ano con la rectosigmoidoscopia rígida. (2)

En la introducción de la endoscopia de fibra óptica en la porción superior del tubo digestivo en los años sesenta, fue seguida pocos años después por la aparición de instrumentos para la exploración del intestino grueso. (3). Hopkins y Kapany fueron los primeros que describieron la fibroscopia flexible en 1954; inicialmente era corto con la visualización del recto y del colon distal hasta 70 cm. (4)

Fue hasta 1964 que se desarrollo el primer colonoscopio de fibra óptica flexible en Japón.(5) Provenzale y Revignas se les acredita el primer examen endoscópico en 1965. (6). Pero fue hasta 1969 que Wolf y Shinya realizaron la primera colonoscopia completa. (7).

En México este adelanto tecnológico se aplicó en las décadas de los setentas en el año de 1973 con las primeras 23 colonoscopias realizadas. (8)

El colonoscopio de fibra óptica que para su descripción cuenta con mango, cable de contacto, sección flexible intermedia y punta. En el mango están

integrados una lente ocular y los controles. La lente ocular está unida a un conjunto de fibras de vidrio que recorren todo el aparato hasta su punta y son los que transmiten las imágenes. Está rodeada por un anillo plástico el cual gira para aclarar la imagen, por encima hay una o dos pequeñas salientes tubulares que están unidas por uno o dos conductos en el interior y a todo lo largo de la parte intermedia, que es tubulada y flexible hasta terminar en uno o dos orificios de salida en la punta del instrumento. Por los conductos es posible deslizar los accesorios como el cepillo, la pinza de biopsia, asa de polipótomo y otros. Por la saliente se encuentran dos botones con perforación en su centro, el anterior emite aire o agua y el posterior aspiración. En el lado derecho del mango hay dos controles circulares sobrepuestos, con ellos se puede mover y angular la punta en cuatro direcciones con un campo visual de casi 360°, cada uno de ellos tiene una manija accesoria que actúa a manera de freno y fija la punta en el lugar donde se desea. Del mango sale el cable de contacto que cuenta con dos terminales que se enchufan a la fuente de poder. (3, 4, 8)

La capa externa del colonoscopio es de plástico maleable muy resistente con marcas en forma de anillo de 10 cm cada una. Este instrumento alcanza un campo visual de 360°. (1, 3, 4, 8)

El avance de la endoscopia se reflejó en la videocolonoscopia con una modificación radical en estructura y equipo complementario en el año de 1983; las fibras de vidrio fueron sustituidas por sistemas electrónicos, con lo que la luz y la imagen recorren el interior del endoscopio en forma de señales electrónicas, desde su punta hasta un sistema de video. El sistema de video contiene un filtro especial giratorio con rojo, verde y azul, que recibe las señales y los almacena en "lascas" de memoria.

Activando un cañón electrónico que ilumina solamente su propio color de punto de fósforo en la pantalla. El color de la imagen en el monitor es el resultado de la adición de miles de puntos rojos, verdes y azules agrupados en forma compacta. (4, 8, 9)

Actualmente se ha combinado la tomografía axial computarizada helicoidal con la videocolonoscopia y se ha denominado colonoscopia virtual; basándose en un sistema de hardware y software que traza el camino a lo largo de la exploración endoscópica en forma automática según la anatomía del colon y de su forma específica.

(10) Su sensibilidad y especificidad diagnóstica se incrementa considerablemente. (11)

Los signos y síntomas de las enfermedades colorrectales que orientan hacia un diagnóstico hacen del colonoscopia y su utilización una alternativa eficiente para el diagnóstico. En diversas enfermedades en el área de la Coloproctología la aplicación de este instrumento se ha valorado por criterios diversos, siendo los antecesores los llamados criterios de "Roma I"; pero actualmente se aplican los criterios de "Roma II", dando una especificidad y sensibilidad al diagnóstico. (12) Es aceptado que la colonoscopia no reemplaza un colon por enema pero en la literatura se expone que el enema de bario ya no es un requisito previo a la aplicación segura y exacta de la colonoscopia, que se encuentra legislado por la Sociedad Americana de la Endoscopia Gastrointestinal. (13)

La videocolonoscopia que es un instrumento con cual se cuenta en nuestro medio es el motivo de estudio, su uso requiere de ciertas condiciones no generalizadas pero sí precisas, así como de indicaciones específicas; entre sus indicaciones tenemos la sospecha de alteración radiológica, la evaluación y seguimiento de la enfermedad inflamatoria intestinal, la diferenciación diagnóstica entre enfermedad

diverticular y etiología neoplásica, la presencia de pólipos, el seguimiento y evaluación de los pacientes con cirugía de colon, hemorragia de tubo digestivo bajo, diarrea inexplicable de origen desconocido, polipectomía endoscópica, reducción de volvulus de sigmoides, colonoscopia transoperatoria, descompresión de la enfermedad de Ogilvie's, entre otros. (1, 9, 14)

La colonoscopia ha demostrado ser una prueba muy eficaz para el cáncer colorrectal en pacientes asintomáticos en individuos con riesgo promedio. (15,16,17). El hecho de realizar una colonoscopia es de vital importancia una preparación del colon por la necesidad de visualizar las paredes de la mucosa; el hacer una incorrecta interpretación, o la confusión con las heces, el oscurecimiento del campo y el riesgo latente de traumatismo, así como la suspensión del estudio por la imposibilidad de realizarlo, siendo este un motivo frecuente. (14) En forma ambulatoria la preparación se lleva a cabo con catárticos potentes o soluciones electrolíticas, así como enemas evacuantes y restricciones dietéticas dos días previos al estudio, con determinadas especificaciones en cada una de las modalidades. (18, 19, 20)

Las contraindicaciones absolutas para la realización de un estudio colonoscópico son los pacientes que cursan con un evento cardiovascular agudo, abdomen agudo, diverticulitis aguda, colitis fulminante, perforación intestinal, y colon tóxico. (9,14)

Es necesario la sedación, con un alto costo de ansiedad por el paciente al momento del estudio colonoscópico, (21) así como la falta de tolerancia por distensión y dolor; siendo que la anestesia general esta contraindicada por no ser

necesaria; y se han utilizada una gama importante de medicamentos para este fin que ha originado una multitud inmensa de estudios con respecto a éste rubro. (9,14, 22)

La mayoría de los estudios son completados hasta el ciego; dado que la anatomía del colon es complicada para la introducción de un instrumento como lo es el colonoscopio existe un cierto margen que limita la realización del mismo, describiendo que ni los expertos alcanzan este sitio anatómico como el ciego en un 2 al 10 % de los casos. (23)

Las complicaciones de la colonoscopia que se han reportado son de perforación, hemorragia intraluminal por traumatismo mesentérico, trauma esplénico, absceso retroperitoneal, enfisema mediastinal y retroperitoneal, neumoescrito, neumotórax, explosión, distensión, obstrucción colónica, volvulus, bacteremia, infección, entre otras. (1,9,14,24, 25) En forma general se encuentra que en un estudio realizado en 20, 000 colonoscopias diagnósticas se asoció un porcentaje de complicación de sólo el 0.4 % y aunado al procedimiento de pospolipectomía el 1.8 % (14, 24,25).

Es concluyente que la colonoscopia es un recurso que en manos expertas se transforma en una ayuda para el quehacer médico-coloproctológico, así mismo se convierte en una ventaja para la aplicación diagnóstica y terapéutica en el combate de las enfermedades colorrectales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿ Cuáles son los resultados obtenidos de las colonoscopias realizadas en el servicio de Coloproctología para el diagnóstico y manejo de las enfermedades colorrectales en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza" ?

OBJETIVOS :

Determinar cuales han sido los resultados obtenidos en el servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza"

HIPOTESIS :

La colonoscopia si es un procedimiento diagnóstico, terapéutico y seguro que se aplica a los pacientes que padecen enfermedades colorrectales; que cuando se efectúa adecuadamente y con las indicaciones específicas, su sensibilidad y especificidad son de gran valor para el quehacer Coloproctológico.

OBJETIVOS :

Determinar cuales han sido los resultados obtenidos en el servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza"

MATERIAL Y METODOS :

Es un estudio retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo que se realizará con revisión de los "archivos de colonoscopias", de los pacientes a los que se les efectuó la colonoscopia por patología coloproctológica en un periodo de 5 años. La investigación se llevará a cabo desde el 1 de enero de 1998 al 31 de diciembre del 2002 en el servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza".

Se evaluará edad, sexo, diagnóstico clínico, indicación para el procedimiento, tiempo de duración del procedimiento, complicaciones, diagnósticos endoscópicos, causa de suspensión del procedimiento, segmento colónico más frecuentemente alcanzado, el tipo de medicamento para la sedación.

La investigación tendrá soporte con la búsqueda bibliográfica, y la revisión de archivos de las colonoscopias ya mencionada, con un análisis estadístico que se realizará en forma descriptiva estimando la proporción de los enlaces mediante la obtención de la media estadística, que para mejor comprensión se describirá en tablas de frecuencia y gráficos.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES :

VARIABLE INDEPENDIENTE :

El colonoscopio.

VARIABLE DEPENDIENTE :

La experiencia y pericia del Coloproctólogo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN :

Todos los pacientes a los cuales se les realizó colonoscopia en el periodo comprendido del 1 de enero de 1998 al 31 de diciembre del 2002.

La existencia de los archivos con los rubros a investigar.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN :

Los pacientes con archivos incompletos de los rubros a investigar.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN :

▲ Todos aquellos pacientes que no requieran colonoscopia.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO :

RECURSOS HUMANOS :

Constituyen básicamente el investigador Dr. Morelos Adolfo García Sánchez y el supervisor del estudio Dr. Marco Antonio Pulido Muñoz, dado que se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo.

RECURSOS MATERIALES:

Se utilizará en el estudio papelería de oficina, material de fotocopias, equipo de computo, libros y revistas médicas, así como los archivos clínicos; los recursos para realizar los procedimientos colonoscópicos fueron proporcionados por el I. M. S. S.

RECURSOS FINANCIEROS:

No requiere de una partida especial.

DESCRIPCION OPERACIONAL

CONCEPTO	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION OPERATIVA	NATURALEZA	ESCALA
COLONOSCOPIO	Equipo de endoscopia con sistema electronico de luz e imagen Que transmite las recepciones por senales electronicas hacia un sistema de video, con un filtro giratorio almacenadas en "lancas" de memoria, con transmision a un canon con sistema electronico	Instrumento diagnostico y terapeutico endoscopico de alta resolcion y tecnologia que visualiza en tiempo real la luz intestinal recto-colonica	cuantitativa	*
EXPERIENCIA	Enseñanza que se adquiere con la practica	Conjunto de atributos multidimensionales que son obtenidos por la transmision de conocimientos y el numero de veces en que se efectua un hecho	cuantitativa	*
PERICIA	Practica o habilidad de una ciencia o arte	Es el grado de destreza y capacidad para realizar una accion	cuantitativa	*
COLOPROCTOLOGO	Profesional de la medicina con titulo legalmente expedido y registrado antes las autoridades competentes especialista del area del colon y recto	Medico titulado especialista en cirujia general que realizo un entrenamiento de dos años mas en Coloproctologia.	cuantitativa	*

* Sin escala de medición por ser cualitativo.

RESULTADOS :

De enero de 1998 a diciembre del 2002 se realizaron 2112 estudios de colonoscopias, 147 estudios fueron incompletos que representa 7%. Con una edad promedio de 55.7 años, con rango de edad de los 10 a los 94 años. Se encontró un predominio del sexo femenino en 1245 pacientes (59 %), sobre el masculino 867 pacientes (41 %). El tiempo promedio para realizar el estudio fue de 28.6 minutos (en estudios completos) con rangos de 13 a 126 minutos. El segmento alcanzado más frecuente fue el ciego e ileon en 1489 pacientes que representa el 70.50 %. Canulando el ileon en 113 ocasiones (5.35 %).

La principal causa de estudios incompletos fue la intolerancia que sucedió en 98 pacientes con predominio en el sexo femenino 75 casos (77%), y en hombres 23 casos (23%). Las indicaciones más frecuentes fueron el "defecto de llenado" 639 pacientes (30%), hemorragia de tubo digestivo bajo 375 pacientes (18%). Y la vigilancia de CUCI y de cáncer colorrectal 366 pacientes (17%). En lo que respecta a los resultados se encontraron 1258 pacientes sin patología (60%) del total de estudios realizados; y en 702 pacientes se encontró patología (33%).

El medicamento utilizado exclusivamente fue el midazolam en 1894 pacientes (90%), en 84 pacientes se utilizó en combinación con butilioscina (04%) y en 134 pacientes (6%) no se utilizó ningún medicamento.

Se presentaron dos complicaciones, una fue una hemorragia pospolipectomía la cual se resolvió con electrocoagulación endoscópica a las 24 hrs. por nuestro servicio; y la segunda fue una perforación por enfermedad diverticular complicada, la cual ameritó manejo quirúrgico a las 72 hrs. con resección segmentaria del colon y estoma derivativo

resuelto nuevamente por nuestro servicio; estas complicaciones representaron el 0.02%. No se reportó mortalidad alguna en este periodo de estudio.

Se encontró como hallazgo (no indicación de colonoscopia) la enfermedad diverticular no complicada en 182 pacientes que representa el 8.6%.

Y solamente de 375 indicaciones en 67 pacientes 5.6% se identificó como causa de sangrado la angiodisplasia en 11 casos y en 55 casos la enfermedad diverticular que representan el 2.9% y el 14% respectivamente.

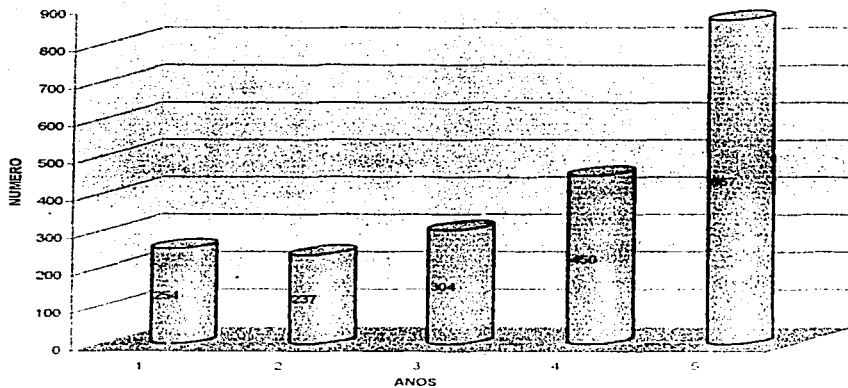
El "defecto de llenado" fue la principal indicación para colonoscopia por colon por enema, en 639 pacientes y sólo fue positivo en 36 de estos representando un 5.6% exclusivamente. La enfermedad polipoidea esporádica se encontró en 188 casos representando una incidencia del 9% de nuestra población en cuestión.

A continuación se realizan tablas, tabulaciones y gráficos que permiten una mejor comprensión de los resultados de este estudio.

TABULACION DEL NUMERO DE COLONOSCOPIAS REALIZADAS EN EL PERIODO 1998-2002 EN COLOPROCTOLOGIA DEL C. M. N. R.

SERIE	AÑO	NUMERO DE COLONOSCOPIAS
1	1998	254
2	1999	237
3	2000	304
4	2001	450
5	2002	867
TOTAL		2112

GRAFICA DE EL NUMERO DE COLONOSCOPIAS DEL PERIODO 1998-2002 EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL C.M.N.R.



**TABULACION ANUAL SEGÚN GENERO, DE COLONOSCOPIAS DEL PERIODO 1998-2002.
EN COLOPROCTOLOGIA DEL H. E. C. M. N. R.**

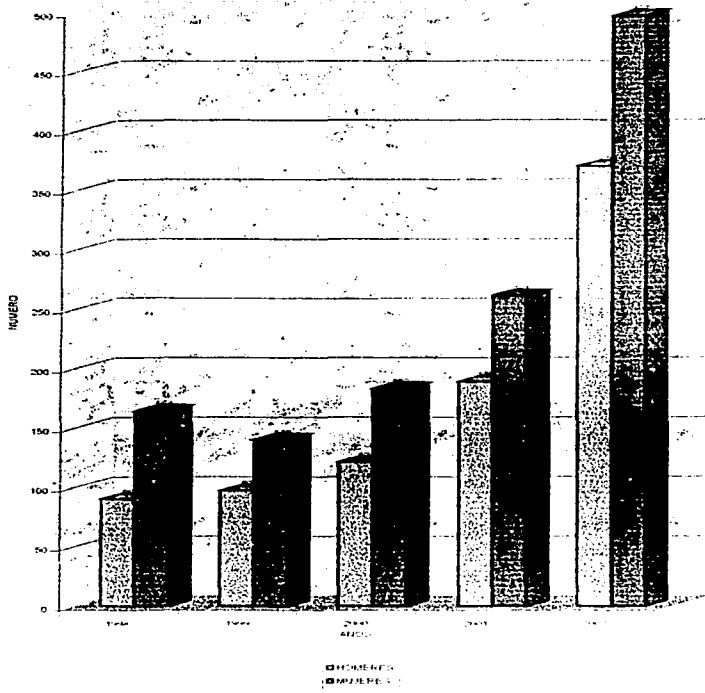
Año.	Hombres Número	Mujeres Número
1998	90	164
1999	97	140
2000	121	183
2001	189	261
2002	370	497
TOTAL	867	1245

**GRAFICA QUE REPRESENTA EL PORCENTAJE SEGUN GENERO, DE
COLONOSCOPIAS EN EL PERIODO 1998-2002 EN
COLOPROCTOLOGIA DEL H.E.C.M.N.R**



GRÁFICO EN 3D

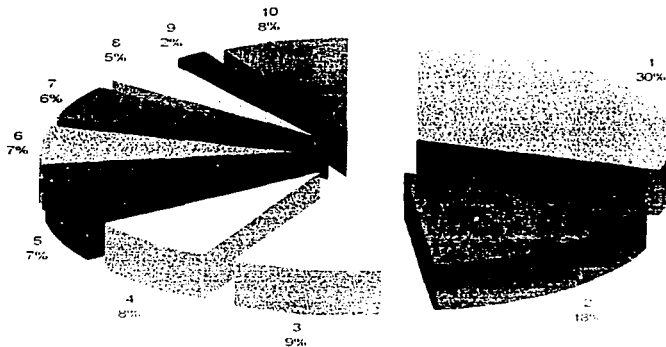
GRAFICA DE COLONOSCOPIAS POR AÑO SEGUN GENERO DEL PERIODO 1998-2002 EN COLOPROCTOLOGIA DEL H.E.C.M.N.R.



TABULACION DE LAS INDICACIONES MAS FRECUENTES PARA REALIZAR COLONOSCOPIAS DEL PERIODO 1998-2002. EN COLOPROCTOLOGIA EN EL H.E.C.M.N.R.

INDICACION DE COLONOSCOPIA	CLAVE	CANTIDAD
DEFECTO DE LLENADO	1	639
HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO BAJO	2	375
VIGILANCIA Y CONTROL DE CUCI	3	200
VIGILANCIA Y CONTROL DE CANCER COLORRECTAL	4	166
DESCARTAR CANCER COLORRECTAL	5	153
VIGILANCIA Y CONTROL POSPOLIPECTOMIA	6	143
DESCARTAR POLIPOS COLORRECTALES	7	125
DESCARTAR ENFERMEDAD INFLMATORIA INTESTINAL	8	97
DIARREA CRONICA	9	46
OTRAS	10	168
TOTAL		2112

GRAFICA EN PORCENTAJE DE LAS INDICACIONES MAS FRECUENTES DE COLONOSCOPIAS EN EL PERIODO 1998-2002 EN COLOPROCTOLOGIA DEL H.E.C.M.N.R.

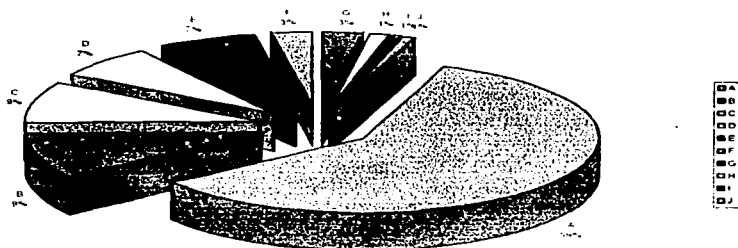


ACOT LA CLAVE NUMERICA
REPRESENTA LA INDICACION
TABULADA EN LA PARTE SUPERIOR

TABULACION DE LOS DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES DE COLONOSCOPIAS EN EL PERIODO 1998-2002 EN COLOPROCTOLOGIA DEL H. E. C. M. N. R.

DIAGNOSTICO	CLAVE	CANTIDAD
NORMAL	A	1258
CUCI	B	200
POLIPOS	C	188
ESTUDIOS INCOMPLETOS	D	147
CANCER DE COLON Y RECTO	E	141
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	F	63
ENF. DIVERTICULAR (H. T. D. B.)	G	55
PROCTITIS ACTINICA	H	29
ANGIODISPLASIA (H. T. D. B.)	I	11
OTRAS	J	20
TOTAL		2112

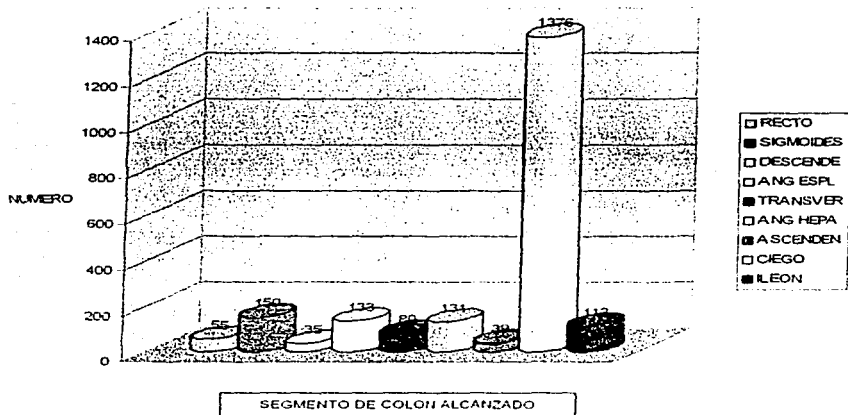
GRAFICA QUE REPRESENTA EL PORCENTAJE DE LOS DIAGNOSTICOS COLONOSCOPICOS EN EL PERIODO 1998-2002 EN COLOPROCTOLOGIA DEL H.E.C.M.N.R.



TABULACION DEL SEGMENTO ALCANZADO DE COLON EN LA COLONOSCOPIA EN EL PERIODO 1998-2002 EN COLOPROCTOLOGIA DEL H. E. C. M. N. R.

SEGMENTO COLONICO ALCANZADO	CANTIDAD
RECTO	55
SIGMOIDES	150
DESCENDENTE	35
ANGULO ESPLENICO	133
TRANSVERSO	80
ANGULO HEPATICO	131
ASCENDENTE	39
CIEGO	1376
ILEON	113
TOTAL	2112

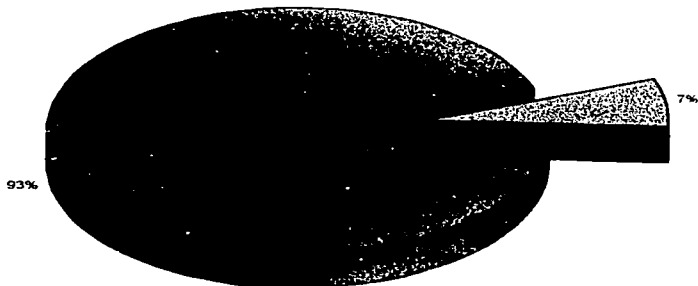
GRAFICO DEL SEGMENTO DE COLON ALCANZADO EN LA COLONOSCOPIA DEL PERIODO 1998-2002 EN COLOPROCTOLOGIA DEL H.E.C.M.N.R.



TABULACION DE ESTUDIOS COLONOSCOPICOS INCOMPLETOS Y SU CAUSA DE SUSPENSION, POR GENERO, EN EL PERIODO 1998-2002 EN COLOPROCTOLOGIA DEL H. E. C. M. N. R.

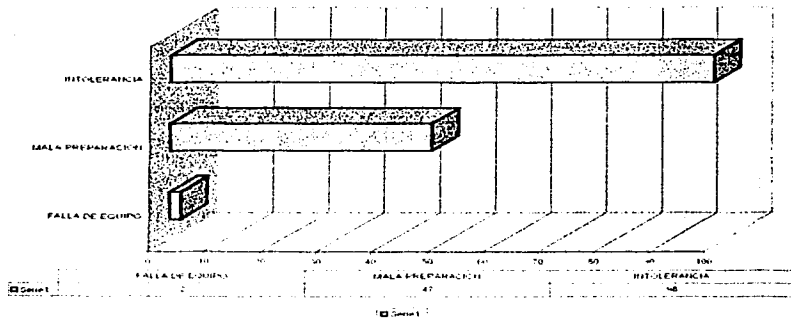
CAUSA DE ESTUDIO INCOMPLETO		
FALLA DEL EQUIPO		2
MALA PREPARACION		47
INTOLERANCIA	75	23
	MUJERES	HOMBRES
TOTAL DE ESTUDIOS INCOMPLETOS		147
TOTAL		2112

GRAFICA QUE REPRESENTA EL PORCENTAJE DE ESTUDIOS INCOMPLETOS COMPARADOS CON EL TOTAL, EN EL PERIODO 1998-2002 EN COLOPROCTOLOGIA DEL H.E.C.M.N.R.

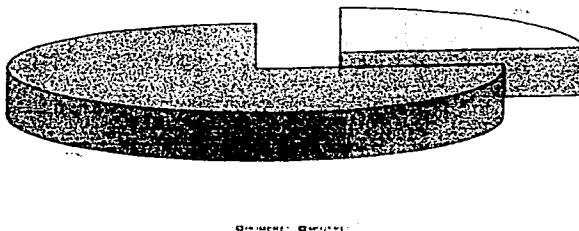


■ INCOMPLETOS ■ TOTAL

GRAFICO QUE REPRESENTA LAS CAUSAS DE ESTUDIOS COLONOSCOPICOS INCOMPLETOS EN EL PERIODO 1998-2002 EN COLOPROCTOLOGIA DEL H.E.C.M.N.R.



GRAFICA QUE REPRESENTA EL PORCENTAJE DE ESTUDIOS INCOMPLETOS POR INTOLERANCIA SEGUN GENERO, EN EL PERIODO 1998-2002 EN COLOPROCTOLOGIA DEL H.E.C.M.N.R.



DISCUSIÓN :

Es posible afirmar que uno de los motivos más fehacientes del incremento numérico de estudios fue causado por la renovación del equipo de un fibrocolonoscopio a un videocolonoscopio, que proporcionó una mejor maniobrabilidad, observación, y definición.

Aunque los estudios colonoscópicos son realizados por médicos residentes de la especialidad con supervisión directa de los médicos adscritos, no deja de ser un factor que *soguzga* los resultados de este estudio. Es importante señalar que el videocolonoscopio es seguro tanto para el ejecutante como para el paciente, por la nula mortalidad reportada en este estudio.

El videocolonoscopio permite aclarar en forma contundente y precisa los diagnósticos que proporcionan con certeza el pronóstico de los pacientes.

CONCLUSIONES :

El número de estudios colonoscópicos se incrementó en forma exponencial gracias a la introducción de la videocolonoscopia en los últimos dos años, dado que su ejecución es con mayor precisión y maniobrabilidad.

La sexta década de la vida comprende la más alta incidencia para el diagnóstico en la patología colorrectal y por ello en este estudio predomina.

El porcentaje de los estudios incompletos se encuentra por debajo de lo reportado en la literatura mundial. (10%).

La morbilidad fue menor al 1 % y no hubo mortalidad, ello lo hace un instrumento seguro y efectivo para el quehacer coloproctológico.

La colonoscopia es un estudio que permite con sensibilidad y especificidad el diagnóstico de cáncer colorrectal, la etiología de la hemorragia de tubo digestivo bajo, así como en la enfermedad polipósica esporádica su diagnóstico y tratamiento.

La videocolonoscopia es un estudio de gabinete de excelente valor en el quehacer coloproctológico y un beneficio invaluable para nuestros pacientes.

ESTA TESIS NO SALE
30 DÍAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONSIDERACIONES ETICAS :

No se expone en ningún momento la integridad física ni moral de los pacientes, dado que se trata de un estudio retrospectivo y cuyos resultados no requieren ser manejados en forma confidencial, por el contrario podrán servir de base para futuros estudios. Esto se basa en los criterios éticos impuestos por la declaración de Helsinki del año de 1964, modificados en 1975 en la carta final; reevaluados en 1983 y 1989. Así como en las normas éticas internacionales para la investigación biomédica en sujetos humanos de la CIOMS-OMS 1993; así como en la base al Reglamento de la Ley General De Salud en materia de investigación para la Salud, que se decretó el 3 de febrero de 1983 estipulados en el capítulo I del artículo 13 al 27.

Bibliografía :

- 1.- Corman. L. M et al. :Handbook of colon and rectal surgery. 3a ed J.B. Lippincott Williams and Wilkins; 2002 :41- 62.
- 2.- Goldberg S. M. et al. : Fundamentos de Cirugía Ano Rectal. 1ª ed. LIMUSA 1986 México: 69-70.
- 3.- Goligher J: Cirugía del Ano, Recto y Colon 2ª ed., Salvar; 69-74.
- 4.-Hopkins HH , Kapany N.S. A flexible fibroscope using static scanning. Nature 1954;173:39
- 5.-Demling C. F. Atlas de endoscopia 1ª ed., J. M.S. 1997: 47-70
- 6.-Ingegno A. P. Dagardi A. E. Historical note: The first total colonoscopy. Am J Gastroenterol 1985;80:605-607.
- 7.-Wolff W. I, Shinya H., Colonofiberscopy. JAMA 1971; 217:1509-12.
- 8.-Gallegos G. L. :Endoscopia en coloproctología 1ª ed . Ed. Trillas 1991, México: 28-35 pp.
- 9.-Mazier W.P. et al. : Surgery of the colon, rectum and anus. 1a ed. Ed W.B Sanders Company 1995 : pp 73-92
- 10.-Morra U. N , Rimondini U. N, Pozzi-Mucelli et al. : New automatic software for virtual colonoscopy technical aspects: Radiol Med 2002; 103:519 -25
- 11.- Rex D. K: Considering virtual colonoscopy : Rev Gastroenterol disord 2002 : 2:97-105.

12.- Caballero A. M. Editorial del intestino irritable: ¿Colonoscopia, enema opaco o nada?, Revista Española de Endoscopia 2002. (Editorial).

13.- Guidelines for clinical Application. The role of colonoscopy in the Management of patients with Colonic polyps Neoplasia: Gastrointestinal Endoscopy:1999: 50.

14.- Corman, M.L: Colon and Rectal surgery.3a ed J.B. Lippincott Company 1993: 74-103.

15.-Swaroop V.S., Larson M.V. : Colonoscopy as a screening test for colorectal in average- risk individuals : Mayo Clin Proc:2002 77:951-6.

16.-Brooker J.C, Sanders B.P, et al. total colonic dye-spray increases the detection of diminutive adenomas during routine colonoscopy: A randomized controlled trial: Gastrointest Endosc 2002;56:333-8.

17.-Bond J. H . Colorectal cancer screening: the potential role of virtual colonoscopy. J Gastroenterol 2002;37 suppl 13:92-6.

18.-Lee D. W, Mak S. K et al. :Two liters of polyethylene glycol-electrolyte lavage solution versus sodium phosphate as bowel cleansing regimen for colonoscopy: a prospective randomized controlled trial: Endoscopy 2002 34:560-3.

19.-Rex D.K, Imperiale T.F: Impact of bowel preparation on efficiency and cost of colonoscopy. Am J Gastroenterol. 2002 97: 1587-90.

20.-Lukens F.J, Loeb D.S: Colonoscopy in octogenarians:a prospective outpatient study. Am J Gastroenterol 2002;97:1722-5.

21.- Smolen D, Topp R: The effect of self selected music during colonoscopy on anxiety heart rate and blood pressure. Appl Nurs Res 2002;15 :126-36.

22.-Paspatis G.A, Manolaraki M, et al. : Synogistic sedation with midazolam and propofol versus pethidine in colonoscopies prospective , randomized study. Am J Gastroenterol 2002;97:1963 -7.

23.-Shumaker D. A, Et al.: Use of variable- stiffness colonoscope allows completion of colonoscopy after with the standard adult colonoscope. Endoscopy 2002;34:711-4.

24.-Berci G, Panish JF: Complications of colonoscopy and polypectomy. Gastroenterology .1979;77:1307.

25.-Waye D. J, et al: complicaciones de la colonoscopia y la sigmoidoscopia flexible.,Clinicas de endoscopia de Norteamérica, 1996 ;2:325-57.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN