

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL

**EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON
ENFERMEDAD DIVERTICULAR INGRESADOS EN EL SERVICIO
DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO
LENIN FONSECA EN EL PERÍODO DE ENERO 2019 A DICIEMBRE
2020.**

Autor:

Dr. José Ramón Chamorro Lacayo
Residente de Cirugía General

Tutor:

Dra. María Otilia Gaitán
Especialista en Cirugía General y Laparoscópica

Managua, febrero 2021

Dedicatoria

Con amor y empeño dedicado a Dios, a mi familia, maestros, compañeros, amigos y sobre todo a los pacientes.

Agradecimiento

- Agradezco a Dios por darme la oportunidad de seguir mis sueños y brindarme las fuerzas necesarias
- Agradezco a mi familia por ser mi pilar y por su apoyo incondicional en todo momento y paciencia en momentos que lo ameritó
- Agradecido con mis maestros, cuya guía fue imprescindible en mi formación de inicio a fin
- Agradecido con mi tutora, Dra. María Gaitán, por su dedicación, entrega y confianza otorgada, por ser guía durante mi formación.

Resumen

La enfermedad diverticular es una patología del colon dentro del abdomen agudo de tipo inflamatoria que ha venido en aumento en las últimas décadas, afectando a pacientes predominantemente de la tercera edad.

El presente estudio se llevó a cabo para describir el manejo y el resultado de los casos de Enfermedad Diverticular en un hospital de Nicaragua. Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes tratados con Enfermedad diverticular. Se incluyeron en el estudio los pacientes ingresados con el diagnóstico de ésta patología durante un período de 2 años. Entre las variables medidas se encuentran; edad, sexo, presentación clínica, estudios de laboratorio, tipo de manejo y evolución.

Un total de 30% de los casos la edad media fue de 65 años con una desviación estándar de \pm 15 años. 66.7% femeninas y 76.1% de procedencia urbana. 86.7% pacientes fueron manejados conservadoramente. La mortalidad que se observó fue del 3.3%. En un contexto de bajos recursos como en Nicaragua, el manejo conservador, así como el quirúrgico propició solamente un 10% de recidiva de los casos. El tratamiento definitivo puede realizarse con seguridad durante el ingreso hospitalario siempre que contemos con los medios diagnósticos necesarios.

Palabras Clave: “Enfermedad Diverticular” “Manejo conservador”

Índice

I.	Introducción	6
II.	Antecedentes	7
III.	Justificación	9
IV.	Planteamiento de problema	10
V.	Objetivo general	11
VI.	Objetivos específicos	12
VII.	Marco teórico.....	13
VIII.	Diseño metodológico	20
IX.	Resultados	27
X.	Discusión	29
XI.	Conclusiones	31
XII.	Recomendaciones	32
XIII.	Bibliografía	33
XIV.	Anexos	36

I. Introducción

La enfermedad diverticular es una patología del colon, dentro del abdomen agudo de tipo inflamatoria, que ha venido en aumento en las últimas décadas, afectando a pacientes predominantemente de la tercera edad, sin embargo, las tendencias actuales incluyen pacientes jóvenes, debido a la morbimortalidad asociada, se está convirtiendo en una carga significativa para los sistemas nacionales de salud, siendo la quinta enfermedad más prevalente de las patologías gastrointestinales (Brunicardi, 2015)

La enfermedad diverticular del colon es una condición común con presentación clínica variable y su espectro clínico abarca desde la sola presencia de síntomas hasta el desarrollo de diversas complicaciones, cuyo manejo puede ser complejo, evidenciándose un incremento de la consulta por las emergencias por esta causa.

El diagnóstico suele ser un reto para el cirujano, sin embargo, con el advenimiento de los medios diagnósticos, la certeza diagnóstica es de más del 90% que ameritan una intervención médica con hospitalización y manejo conservador hasta la resolución quirúrgica de los mismos, con éxito en la recuperación, evolución y sobrevida de los pacientes, así como la reducción de las recidivas y segundas hospitalizaciones por esta causa.

Este estudio pretende dar un acercamiento descriptivo sobre el manejo realizado en nuestra unidad y la relación con la literatura internacional, pretendiendo que en el futuro ante la sospecha de una enfermedad diverticular complicada se sigan los protocolos internacionales y se genere un protocolo propio del manejo a seguir por esta patología.

II. Antecedentes

En Holanda, para el año 2010 se realizó ensayo clínico aleatorizado randomizado, “DIABOLO Trial”, en el sometieron a estudio a pacientes con enfermedad diverticular aguda no complicada Hinchey I y Hinchey II comparando un grupo con uso de antibióticos y el otro grupo sin antibióticos, teniendo como resultado que el grupo de uso de antibióticos redujo hasta 5 días de remisión de síntomas, menos estancia intrahospitalaria, hasta 5 veces menor el riesgo de recidiva de la enfermedad y de la progresión a enfermedad aguda complicada. (Ünlü, C. et al. A, 2010)

Así mismo en Holanda se realizó otro estudio conocido como “DIRECT Trial”, un estudio sobre la recurrencia de diverticulitis y continuidad de los síntomas, comparando manejo conservador vs manejo quirúrgico electivo, hubo ligero aumento de la incidencia en el sexo femenino con 60%, con edad media de 54-64 años, hubo recurrencia del 30% en pacientes con enfermedad Diverticular Hinchey Ia., que ameritaron hospitalización tras manejo conservador, el grupo de pacientes con manejo quirúrgico a 5 años no hubo recurrencia, con mejoría de los síntomas en el 69% de los casos. (Van de Wall, 2010)

En el año 2016, en Londres, Inglaterra, Charlote El-Sayed y colaboradores, realizaron el estudio “Risk of Recurrent Disease and Surgery Following an Admission for Acute Diverticulitis” teniendo que el sexo femenino es predominante con un 60% y con edades mayores a 45 años con 94.3%, durante el seguimiento se encontró un 11.5% de recurrencia de la enfermedad, con mortalidad del 21.9%, con necesidad de cirugía de urgencia en el 6.6% (El-Sayed 2016)

Ivan Facile y colaboradores en Suiza, hicieron la publicación en el 2020 “Short- and long-term outcomes for primary anastomosis versus Hartmann’s procedure in Hinchey III and IV diverticulitis: a multivariate logistic regression analysis of risk factors” en el obtuvieron que los pacientes con enfermedad diverticular Hinchey IV con 37.8% en pacientes con media de edad de 75 años. Se realizó en mayor cantidad procedimiento de Hartman que anastomosis

primaria. Con mortalidad del 10.6% en pacientes que se le realizó procedimiento de Hartman. (Facile et all, 2020)

En 2015, en Estados Unidos, Michael Diamant y colaboradores realizaron un análisis nacional “Hospital volume and other risk factors for in-hospital mortality among diverticulitis patients” hacen referencia a mayor incidencia en el sexo femenino con 60.8%, con edades promedio mayores de 60 años con el 54.4%, con el 8.1% en pacientes con enfermedad diverticular Hinchey I o II y 1.6% con estadios III o IV, de lo que ameritó un tipo de procedimiento quirúrgico el 20.8%, con mortalidad del 1.9%. (Diamant et all, 2015)

A nivel centroamericano en El Salvador, en 2017, Esquivel Mercado realizó un estudio sobre la utilidad de Levofloxacina vs Tigeciclina en el manejo médico de la enfermedad diverticular complicada Hinchey III y IV, en el que mostró que la presencia de fiebre se presentó en el 30% de los casos con levofloxacino y en el 12.5% de los de Tigeciclina no identificándose diferencias estadísticas, a su vez la estancia hospitalaria fue mayor en el grupo de levofloxacino (9.8 días), vs 6.7 días de Tigeciclina. (Esquivel, 2017)

III. Justificación

La Enfermedad Diverticular se ha convertido en un motivo frecuente de consulta en urgencias, aunque la mayoría de los casos son leves y sin complicaciones, tradicionalmente la diverticulitis aguda no complicada se trata en forma hospitalaria, con reposo intestinal, líquidos y antibióticos intravenosos, desde un abordaje quirúrgico mínimamente invasivo hasta un abordaje mayor.

En los últimos años, ha habido un incremento en el número de pacientes diagnosticados por esta patología, cada vez existen una mayor cantidad de publicaciones, tratando de determinar la atención podría llevarse a cabo en cada complicación presentada.

La gran mayoría de información acerca de la epidemiología y manejo de los pacientes con Enfermedad diverticular proviene de literatura de otros países. Es por ello que resulta de gran valor y utilidad disponer de datos descriptivos sobre nuestro país. Ante lo cual se consideró necesario la realización de un estudio que describa la experiencia en el manejo de dicha patología por el servicio de cirugía general en un hospital de referencia nacional. Al no contar con un estudio en la unidad que nos describa la terapéutica de esta patología, hace imprescindible la tarea investigativa.

IV. Planteamiento del problema

¿Cuál es la experiencia en el manejo de los pacientes con Enfermedad Diverticular complicada ingresados en el servicio de Cirugía General del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante enero 2019 a diciembre 2020?

V. Objetivo General

Describir la experiencia en el manejo de la Enfermedad Diverticular en el servicio de cirugía general del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca en el período de Enero 2019 a Diciembre 2020.

VI. Objetivos específicos:

1. Caracterizar socio demográficamente a los pacientes ingresados en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca con el diagnóstico de Enfermedad Diverticular en el período enero 2019 a diciembre 2020.
2. Definir la evolución clínica en los pacientes ingresados en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca con el diagnóstico de Enfermedad Diverticular en el período enero 2019 a diciembre 2020.
3. Describir el manejo médico y quirúrgico realizado en los pacientes ingresados en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca con el diagnóstico de Enfermedad Diverticular en el período enero 2019 a diciembre 2020.

VII. Marco Teórico

Definiciones

- Divertículo: Herniación en forma de bolsa a través de la capa muscular de un órgano tubular.
- Diverticulosis se refiere a la existencia de divertículos sin inflamación.
- Enfermedad diverticular o Diverticulitis es un término clínico que se emplea para describir la presencia de divertículos sintomáticos, inflamación e infección relacionadas de los divertículos. (Brunicardi, 2015)

Epidemiología

La prevalencia de la diverticulosis es del 50% en población mayor a los 60 años y de 60-80% en personas mayores de 80 años. La incidencia de la enfermedad diverticular se vio en incremento con la industrialización de la comida, teniendo 10-25% la presencia de diverticulosis de la población general, del cual 10-20% desarrollan síntomas y el 12% de éstos desarrollan una complicación. Afecta ambos sexos, con predominio en masculinos antes de los 40 años, afecta con mayor frecuencia a personas de escasos recursos económicos. (Yeo, 2015)

Fisiopatología:

Los divertículos se producen con mayor frecuencia debido a las interacciones de las altas presiones intraluminales, los trastornos de la motilidad, las alteraciones de la estructura del colon y las dietas bajas en fibra. Los divertículos se forman en el lado mesentérico de las tenias antimesentéricas del colon en las áreas de debilidad relativa del intestino, donde las arteriolas pequeñas (vasa recta) penetran en las capas musculares cuando atraviesan la pared del colon. Esto da lugar a la protrusión de la mucosa y la submucosa a través de las capas de músculo (seudodivertículo o divertículo falso) o que afecta a todas las capas de la pared intestinal (divertículo verdadero). El trastorno de la motilidad que se produce en estos

segmentos y el aumento de la presión luminal con la hipertrofia y la contracción de los músculos, facilitan la herniación del divertículo a través de la capa muscular. La deficiencia de fibra en la dieta contribuye a la patogenia general de la diverticulosis debido al menor volumen de las heces en el colon, genera mayores presiones para propulsar las heces hacia adelante, ley de Laplace. (Townsend, 2018)

Cuadro Clínico

Los pacientes con diverticulosis en más del 90% son asintomáticos, el 10% restante puede presentar síntomas como: dolor y distensión abdominal, asociados a cambios en el hábito intestinal con predominio de diarrea. (Raña-Garibaya, 2019)

La diverticulitis aguda no complicada se origina por la micro perforación del divertículo y clínicamente se caracteriza por dolor abdominal en fosa iliaca izquierda, distensión, constipación, fiebre y leucocitosis. (Raña-Garibaya, 2019)

La diverticulitis aguda complicada se presenta como obstrucción intestinal, absceso o formación de fístulas con órganos aledaños (fístulas colovesicales, fístulas colovaginales), perforación de los divertículos y sangrado intestinal. (Yeo, 2018)

Obstrucción: se produce en el 10%, se genera por la fibrosis de la pared colónica que puede ocasionar una marcada angulación además de las adherencias que se pueden desarrollar hacia la pelvis. (Yeo, 2018)

Absceso pericólico: ocurre en el 10-68%, éste puede afectar a músculos aledaños y puede extenderse hasta el retroperitoneo, hasta hubicaciones extra abdominales como miembro inferior del lado afectado. Puede haber masa palpable, y marcada leucocitosis. (Yeo, 2018)

Fístulas: más frecuentes en mujeres por contigüidad la más frecuente con 50-65% es la fístula colovesical, principalmente se presenta con síntomas urinarios, neumaturia, fecaluria, urgencia urinaria. (Yeo, 2018)

Hemorragia: la diverticulosis es la causa de sangrado de tubo digestivo bajo en el 30-50% de los pacientes, de mayor frecuencia en varones, la mayoría de los casos el sangrado es autolimitado, solo del 3-5% pueden presentar sangrado masivo del colon. (Yeo, 2018)

Exploración Física

Suele observarse distensión abdominal y sensibilidad localizada debido a peritonitis focal en el cuadrante inferior izquierdo si la perforación está contenida. También puede apreciarse una masa blanda si hay un gran flemón asociado. La peritonitis difusa con rebote y defensa indica una perforación intraabdominal libre con contaminación generalizada. (4) Pacientes se encuentran taquicárdicos, pudiendo encontrar hipotensión en casos graves (Weizman, 2014).

Diagnóstico

Estudios de laboratorio:

- Hemograma: generalmente pacientes con enfermedad aguda complicada presentan leucocitosis con predominio de segmentados. (Weizman, 2014)
- PCR mayor de 50mg/L con dolor en FII hace pensar en cuadro agudo de diverticulitis. (Wilkins, 2016)

Estudios de Imagen:

En pacientes con diverticulosis el hallazgo es incidental a través de colonoscopia, sin embargo, este medio es el indicado en pacientes con enfermedad diverticular no complicada, contraindicada en enfermedad aguda complicada (Wilkins, 2016)

En pacientes con enfermedad aguda complicada el gold estándar es la Tomografía abdominal contrastada. Con sensibilidad del 97% en toda complicación extraluminal. Puede ser una técnica útil para guiar el drenaje percutáneo (Townsend, 2018)

La ecografía y la resonancia magnética (RM) también se han utilizado para establecer el diagnóstico, pero su uso varía según la institución y estas técnicas no son tan fiables o convenientes como la TC. (Townsend, 2018)

Clasificación de la Enfermedad Diverticular:

Existen diversas clasificaciones a lo largo de la historia, siendo descrita en 1978 la primera clasificación para esta patología, descrita por Hinchey et al. Que a lo largo de la evolución se modificó ésta y se han propuesto otros tipos de clasificaciones, con el fin de que la terapéutica sea la indicada. (Klarenbeek, 2012)

Clasificación original de Hinchey:

- I. Absceso pericólico o flemón
- II. Absceso intraabdominal, pélvico o retroperitoneal
- III. Peritonitis purulenta generalizada
- IV. Peritonitis fecaloidea generalizada

Clasificación de Hinchey Modificada por Wasvary:

0. Diverticulitis clínicamente moderada
- I. Estadio I a: Inflamación pericólica limitada sin absceso
Estadio II b: Inflamación pericólica limitada con absceso
- II. Absceso pélvico, retroperitoneal o a distancia
- III. Peritonitis purulenta generalizada
- IV. Peritonitis fecaloidea generalizada

Clasificación de Hinchey Modificada con hallazgos tomográficos:

- 0 Diverticulitis con engrosamiento de la pared colónica
- I. Estadio I a: Diverticulitis con engrosamiento de la pared colónica y cambios pericólico del tejido blando
Estadio I b: Cambios + absceso pericólico o mesocólico
- II. Cambios + Absceso pélvico

- III. Gas libre asociado con ascitis localizada y posible engrosamiento de la pared peritoneal
- IV. Gas libre asociado con ascitis generalizada y posible engrosamiento de la pared peritoneal.

Manejo

Los mecanismos patológicos subyacentes que causan la formación de divertículos colónicos aún no han sido aclarados, lo que impide establecer medidas efectivas que prevengan su aparición. (Tursi, 2015)

El tratamiento de la diverticulitis aguda depende principalmente de la gravedad de la enfermedad en el momento de la presentación, y el enfoque de la atención debe individualizarse en consecuencia.

La tasa de éxito del tratamiento ambulatorio varió del 91.5 al 100% y menos del 8% de los enfermos fueron readmitidos al hospital, sin que se informaran más complicaciones en comparación con los tratados en forma hospitalaria, En los últimos años se ha valorado una estrategia aún más liberal en la que los enfermos con demostración tomográfica de diverticulitis aguda no complicada se hospitalizan solo si es necesario por motivos clínicos para otorgarles medidas de apoyo, sin administrar antibióticos (Ünlü, 2010)

Tratamiento conservador:

La duración del tratamiento con antibióticos por vía intravenosa puede variar y depende de la elección que hagan los médicos y del cuadro clínico del paciente; se puede realizar con el paciente hospitalizado o por vía ambulatoria. Los síntomas agudos suelen durar 2-4 días, se les administre un tratamiento con antibióticos de 4 días por lo menos, seguido por antibiótico oral tras el alta, cuando hayan disminuido los síntomas. (Shah et all, 2015)

Tratamiento no conservador:

Cuando se produce una complicación, como una perforación o la formación de un absceso, o incluso si la endoscopia no resuelve el sangrado, el tratamiento no puede ser conservador³. Un absceso localizado puede ser drenado por vía percutánea, se ha descrito que la tasa de complicación de un episodio de diverticulitis alcanza el 10%. (Shah et al, 2015)

Tratamiento quirúrgico:

En pacientes con enfermedad diverticular Hinchey I y II, el tratamiento es percutáneo, con antibioticoterapia, el procedimiento abierto es sumamente raro, la recidiva de este grupo es del 6%, complicaciones del drenaje percutáneo como la perforación se reporta en un 16-26%. (Strate, 2019)

En pacientes con enfermedad diverticular Hinchey III y IV, el tratamiento es quirúrgico, se ha evidenciado que la sigmoidectomía con anastomosis primaria tiene similar morbi-mortalidad que el procedimiento de Hartman, sin embargo, en los casos de Enfermedad Diverticular Hinchey IV, se prefiere un procedimiento en dos pasos “Second look”, con una resección del colon afectado con colostomía y cierre de piel, para un segundo lavado. (Ferrara, 2016)

La cirugía laparoscópica tiene un rol importante en cirugía electiva, con mejores datos en cuanto a morbi-mortalidad y días de estancia intrahospitalaria respecto a la cirugía abierta (Nader, 2019)

Cosideraciones especiales en la enfermedad diverticular

La diverticulitis del colon derecho es relativamente infrecuente. Los pacientes con diverticulitis cecal generalmente son más jóvenes en comparación con los que tienen diverticulitis sigmoidea y se presentan con dolor abdominal en el lado derecho. Esta entidad clínica puede ser un reto, ya que el diagnóstico diferencial es amplio y comprende apendicitis aguda, diverticulitis de Meckel, colecistitis, enfermedad inflamatoria pélvica, pielonefritis, adenitis mesentérica y colitis isquémica. La anamnesis detallada y la evaluación con TC son fundamentales para establecer el diagnóstico correcto. Al igual que en la diverticulitis

sigmoidea, en la TC de la diverticulitis cecal se observa acumulación de grasa o un absceso o flemón asociado. En los pacientes que tienen episodios recurrentes o la enfermedad complicada deben considerarse la resección y la colectomía derecha. (Townsend, 2018)

La diverticulitis en los pacientes inmunodeprimidos o trasplantados representa un desafío único para el cirujano. Aunque la diverticulitis no es más prevalente en esta cohorte, los estudios indican que tienen un mayor riesgo de presentar la enfermedad recurrente y complicada. Por lo tanto, debería haber un umbral más bajo para la colectomía sigmoidea después de un único episodio de diverticulitis en estos pacientes debido a la disminución de su capacidad para combatir un problema infeccioso. La colectomía profiláctica antes de un trasplante sigue siendo controvertida. (Townsend, 2018)

VIII. Diseño Metodológico:

Tipo de estudio:

Descriptivo, retrospectivo, de corte transversal y con enfoque cuantitativo.

Área de estudio:

El servicio de cirugía del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, Managua-Nicaragua.

Período de estudio:

De enero 2019 a Diciembre 2020

Universo de estudio:

Todos los pacientes que fueron ingresados en el Hospital Antonio Lenín Fonseca con diagnóstico de Enfermedad diverticular complicada desde Enero 2019 a Diciembre 2020, para un total de 30 expedientes.

Muestra de estudio:

Por conveniencia, se tomó el universo como muestra

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 15 años
- Pacientes con expediente con diagnóstico de enfermedad diverticular complicada ingresados en el servicio de cirugía general del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, durante el período en estudio.
- Pacientes que cumplan criterios para diagnóstico de enfermedad diverticular complicada.
- Pacientes con expediente completo.
- Pacientes ingresados durante el período de estudio

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión

Variables:

A partir de los objetivos específicos se definen las siguientes variables:

Objetivo No. 1: Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio.

- Edad
- Sexo
- Procedencia

Objetivo No. 2: Definir la evolución clínica de la población en estudio.

- Presentación clínica
- Clasificación de la enfermedad
- Comorbilidades
- Exámenes de laboratorio
- Exámenes de imagenología
- Episodio anterior de enfermedad diverticular complicada.
- Recidiva de la enfermedad
- Tipo de egreso

Objetivo No. 3: Describir el manejo médico y quirúrgico realizado en la población en estudio.

- Medidas del manejo.
- Uso de antibióticos
- Modificación de antibioticoterapia
- Tipo de manejo
- Indicación del abordaje quirúrgico
- Tipo de abordaje quirúrgico
- Estancia clínica intrahospitalaria

Fuente de información:

Fuente secundaria; se tuvo acceso a la información mediante una ficha de recolección de datos aplicada a los expedientes clínicos.

Recolección de la información:

Ficha de recolección conformada por preguntas cerradas acerca de las características sociodemográficas de los pacientes, comorbilidades, medidas del manejo y complicaciones.

Procesamiento de los datos:

Habiendo recolectado la información se procesó y analizó en el programa SPSS (Statistic statistical procederes companion) versión 25, para toda la población en estudio a través de estadística de tipo descriptiva. Se utilizó frecuencia simple y porcentaje para facilitar el análisis de los datos obtenidos a través de los objetivos específicos.

Validación de Instrumento (prueba piloto):

Se realizó una prueba piloto mediante la aplicación del cuestionario a una pequeña muestra de encuestados que cumplía con los criterios de selección para identificar y eliminar aquellas posibles dificultades en la elaboración del cuestionario.

Plan de análisis:

El análisis se realizará con estadística de tipo descriptiva a través de tablas de frecuencia simple y porcentajes, y para algunas variables cuantitativas se utilizarán conceptos estadísticos como mediana, moda y media.

Presentación de Datos:

Los resultados obtenidos se presentaron en diapositivas realizadas con el programa Power Point.

Aspectos éticos:

Se solicitó a la dirección del hospital autorización para la revisión de los expedientes clínicos en el departamento de admisión del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca

Operacionalización de variables:

Variable	Definición	Indicador	Valor / Escala	Instrumento
Objetivo 1				
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento del paciente hasta el momento de ingreso en el Hospital	Años	15-20 años 21-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años 61-70 años >70 años	Historia clínica
Sexo	Determinado por características biológicas, fenotípicas inherentes al género del paciente	Sexo	Masculino Femenino	Expediente clínico
Procedencia	Lugar que reside el paciente	Localización geográfica	Urbano Rural	Expediente clínico
Objetivo 2				
Presentación clínica	Signos y síntomas que presenta el paciente al inicio de la enfermedad	Dolor abdominal	Si No	Historia clínica
		Distensión abdominal	Si No	
		Fiebre	Si No	
		Hemorragia	Si No	
		Constipación	Si No	
		Fístulas	Si No	

		Signos de irritación peritoneal	Si No	
Clasificación de la enfermedad	Según las clasificaciones actuales cual se defini para cada paciente	Clasificación de Hinchey	Hinchey I	Historia clínica
			Hinchey II	
			Hinchey III	
			Hinchey IV	
Comorbilidades	Condiciones médicas que coexisten con la enfermedad, pero son independientes de esta.	HTA	Si No	Historia clínica
		DM2	Si No	
		Cardiopatías	Si No	
		Neumopatías	Si No	
		Enf. autoinmunes	Si No	
Exámenes de laboratorio	Pruebas que se realizan con el objetivo de confirmar o definir el diagnóstico de una enfermedad	Biometría hemática	Si No	Cuestionario
		Glicemia	Si No	
		Creatinina	Si No	
		Electrolitos	Si No	
Exámenes de imagenología	Diversas técnicas que permiten obtener imágenes de las partes del organismo que no son accesibles a la inspección visual y que permiten	Radiografía	Si No	Cuestionario
		US abdominal	Si No	
		TAC abdominal	Si No	

	confirmar o definir el diagnóstico de una enfermedad.			
Historia pasada de diverticulitis.	Historia previa de diagnóstico de enfermedad diverticular	Antecedentes	Si No	Cuestionario
Recidiva	Repetición de un episodio pasado de diverticulitis	Recidiva	Si No	Cuestionario
Tipo de egreso	Condición con la que el paciente abandona el hospital	Tipo de egreso	Alta Defunción Abandono	Cuestionario
Objetivo 3				
Medidas del manejo	Conjunto de medidas realizadas durante el abordaje del paciente con diverticulitis	Toma de signos vitales	Si No	Cuestionario
		Ayuno	Si No	Cuestionario
Uso de antibióticos	Utilización de fármacos antibióticos utilizados en el paciente	Uso de antibióticos	Si No	Cuestionario
Modificación de antibioticoterapia	Cambio del esquema de antibiótico inicial a otro tipo de antibióticos	Modificación de antibioticoterapia	Si No	Cuestionario
Tipo de manejo	Conjunto de acciones que se realizan con el fin de tratar la enfermedad	Tipo de manejo	Conservador Quirúrgico	Cuestionario

Indicación del abordaje quirúrgico	Momento en el que se indicó el abordaje quirúrgico.	Indicación del abordaje quirúrgico	Temprana Tardía	Cuestionario
Tipo de abordaje quirúrgico	Tipo de cirugía que se realiza para el manejo diverticulitis complicada	Tipo de cirugía	Drenaje percutáneo Laparoscópico A cielo abierto	Cuestionario
Estancia clínica intrahospitalaria	Tiempo en días de la estancia intrahospitalaria del paciente	Días	<7 días >7 días	Cuestionario

IX. Resultados

Durante el período de estudio, un total de 30 pacientes fueron hospitalizados en el servicio de Cirugía General con el diagnóstico de Enfermedad Diverticular complicada, teniendo los 30 pacientes en estudio.

La edad media de los participantes fue de 60 a 70 años (Desviación estándar ± 15), siendo la edad mínima de ingreso 32 años y la edad máxima de 80 años. El grupo de edad más frecuente fue de mayor de 70 años los cuales comprenden el 30% de todos los casos (Tabla 1). De los 30 casos, la mayoría fueron mujeres; 20 (66.7%) y 10 (33.3%) fueron hombres, con una proporción de mujeres a hombres de 2:1 (Tabla 2). Una gran proporción (76.7%) procedían del área urbana (Tabla 3).

Respecto a la presentación clínica de los pacientes, el 100% presentó dolor abdominal, el 53.3% distensión abdominal, presentando fiebre y constipación el 16.7%, siendo de menor frecuencia la hemorragia en el 6.7% y fístulas el 3.3%, presentando únicamente el 3.3% signos de irritación peritoneal. (tablas de la 4 a la 10)

Respecto a las comorbilidades de los pacientes las únicas reportadas fueron Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) con 36.7% y 30% respectivamente (tablas 11 a la 13). Pacientes con antecedentes previos de enfermedad diverticular se reportó únicamente el 6%. (tabla 19)

En cuanto a los estudios complementarios de laboratorio, al 100% se le indicaron estudios de Biometría hemática completa, Glicemia y creatinina, solo al 73.3% se le realizó electrolitos (tablas 14 y 15). De los estudios de imagen al 93.3% se le indicó y se realizó Ultrasonido abdominal y Tomografía Axial computarizada, siendo de menor uso la radiografía con el 90% (tablas 16 a la 18).

Ya con el diagnóstico establecido, la clasificación utilizada en el servicio es la Clasificación de Hinchey modificada, teniendo que 70% como Hinchey I, seguido del 20% con Hinchey

II, con menor frecuencia el Hinchey III con el 6.7% y 3.3% Hinchey IV. A quienes al 100% se le tomaron signos vitales, y al 10% se indicó ayuno. (Tablas 19 a la 21)

Respecto al manejo de estos pacientes, el 86.7 % fue manejo conservador vs el 13.3% manejo quirúrgico (Tabla 24), se utilizó antibióticos en el 93.3% de los casos (tabla 22), requiriendo un segundo esquema de antibióticos al 16.7% (tabla 23).

Del 13.3% de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente, se intervino tempranamente al 75% y el 25% de manera tardía (tabla 26), de los que el 100% fueron intervenidos a cielo abierto. (tabla 27).

Respecto a la estancia intrahospitalaria el 66.7% fueron egresados menores a 7 días vs el 33.3% egresados más de 7 días (tabla 28); recidivaron solamente el 10% de los casos (tabla 29).

Finalmente, el 90% se dio egreso como alta médica, que del 10% restante 6.7% decidieron abandonar de la unidad y el 3.3% se reportó fallecido (tabla 30).

X. Discusión

La enfermedad diverticular aguda se presenta en pacientes mayores de 50 años, a como se describe en la literatura internacional, teniendo 30% mayores de 70 años similar a Ivan Facile y colaboradores que describen el 37%, siendo diferente en las poblaciones de Holanda en el “DIRECT Trial”, sin embargo, coincide con pacientes mayores en todos los estudios. De igual manera el sexo predominante fue el femenino con 66.7% similar a Charllote El-Sayed y colaboradores, Inglaterra, y Michael Diamant y colaboradores, USA, con el 60% y 60.8%.

La presentación clínica de los pacientes, el 100% presentó dolor abdominal, el 53.3% distensión abdominal, presentando fiebre y constipación el 16.7%, siendo de menor frecuencia la hemorragia en el 6.7% y fístulas el 3.3%, presentando únicamente el 3.3% signos de irritación peritoneal es similar en comparación con el “DIABOLO Trial” y con Micheal Diamant y colaboradores en USA.

Las comorbilidades en pacientes con enfermedad diverticular aguda se menciona la obesidad, neumopatías y enfermedades autoinmunes como principales complicaciones de los pacientes en el estudio de Micheal Diamant y colaboradores, que difiere de nuestro estudio, teniendo en cuenta de que no tuvimos incidencia de neumopatías ni enfermedades autoinmunes, reportando únicamente a la HTA y DM2 con apenas el 36.7% y 30% respectivamente.

En cuanto a los estudios complementarios de laboratorio no se mencionan en los antecedentes, sin embargo, en la literatura se menciona como relevante el hemograma con PCR, del cual a nuestros pacientes no se les realizó. De los medios diagnósticos de imagen al 93.3% se le indicó y se realizó Ultrasonido abdominal y Tomografía Axial computarizada, similar, aunque en menor cantidad con el “DIABOLO Trial” y “DIRECT Trial” en los que al 100% se les indicó TAC para hacer diagnóstico.

La clasificación utilizada en el servicio es la Clasificación de Hinchey modificada, teniendo que 70% como Hinchey I, seguido del 20% con Hinchey II, que difiere de Michael Diamant y colaboradores ya que estos reportan Hinchey 0 con el 90.3% y los estadios I y II con 8.1%, que nos puede explicar el alto porcentaje de incidencia de los estadios tempranos; el estadio Hinchey III con el 6.7% y 3.3% Hinchey IV es mayor en comparación con Michael Diamant y colaboradores que solo reportaron el 1.6%.

En el DIRECT Trial el manejo predominante fue quirúrgico incluso en estadios menores de la clasificación de Hinchey, con procedimientos electivos que destacan no hubo recidiva en el 69% de los casos en contraste con nuestros hallazgos, que se brindó manejo conservador en el 86.7 % vs el 13.3% manejo quirúrgico, que a su vez contrasta con el tiempo de indicación de cirugía, en nuestro caso ameritó cirugía en el 75% en la primera hospitalización, que tanto en DIRECT Trial e Ivan Facile y colaboradores con 60% de procedimiento de urgencia, siendo el de mayor elección el procedimiento de Hartman con el 37.8%

La enfermedad diverticular aguda se reporta recidiva del 30% en el DIRECT Trial, menor del 20% en el DIABOLO Trial, equiparándonos con Charllote El-Sayed cuya recidiva reporta el 11.5% similar a nuestro estudio con el 10% de los casos que recidivó la enfermedad.

Considerando estudios, la estancia intrahospitalaria es similar en el manejo conservador, menor a 7 días del estudio contrastado con Esquivel Mercado en su estudio comparativo de antibioticoterapia en el manejo conservador.

La mortalidad por enfermedad diverticular complicada es similar a Micheal Damiant y colaboradores con el 1.9%, nosotros el 3.3% pero menor que en la revisión de Ivan Facile y colaboradores que reportaron el 10.6% y completamente opuesto a Charllote El-Sayed y colaboradores que mencionan mortalidad del 21.9% a pesar de que esta revisión fue de enfermedad diverticular complicada. Por ende, nuestro índice de egresados vivos, del 90% es similar a la literatura internacional.

XI. Conclusiones

Respecto a las características sociodemográficas se encontró que la mayoría de los pacientes ingresados como enfermedad diverticular complicada eran del sexo femenino, pacientes mayores de 70 años, y de procedencia urbana.

El cuadro clínico observado de los pacientes se obtuvo el dolor abdominal como síntoma principal, seguido de distensión abdominal, constipación y fiebre, presentándose en menor porcentaje complicaciones como hemorragia y fístulas.

Respecto a los antecedentes patológicos de los pacientes, la Hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 fueron las únicas encontradas, con un porcentaje menor de enfermedad diverticular previa al ingreso.

Satisfactoriamente los medios de estudios complementarios se indicaron y se realizaron en un 100% los estudios de laboratorio en nuestra unidad y en >90% los estudios de imagen, siendo relevante el estudio tomográfico que es el que nos brinda el diagnóstico definitivo.

Los estadios de mayor incidencia fueron estadios iniciales, Enfermedad diverticular Hinchey I y II, con manejo conservador predominantemente, con doble antibioticoterapia y poca necesidad de un segundo esquema antibiótico, con tasa de recidiva mínima, de los pacientes intervenido quirúrgicamente, la cirugía fue óptima en indicación temprana.

La estancia intrahospitalaria de los pacientes fue predominantemente menor a 7 días, con un 90% de egresos médicos vivos, dos casos abandonos y unos fallecido.

XII. Recomendaciones

Al analizar los resultados de este trabajo de investigación y con el objetivo de aportar conocimiento al sistema de salud de nuestro país, se realizan las siguientes recomendaciones:

Al Ministerio de Salud Nicaragüense:

- Estandarizar el manejo de la Enfermedad diverticular complicada a través de un protocolo de diagnóstico y manejo, con los cual se dará un manejo efectivo al paciente, de manera que se eviten complicaciones y se disminuyan las tasas de morbimortalidad de esta patología en nuestro país.

A las autoridades del Hospital Antonio Lenin Fonseca:

- Continuar garantizando los medios diagnósticos, que nos ayude al diagnóstico temprano que repercutirá directamente en las decisiones del manejo que se indique.

Al personal del servicio de Cirugía General:

- Actualización continua en el manejo médico y quirúrgico de estos pacientes establecidos por las guías y protocolos internacionales.

XIII. Bibliografía

1. Brunicardi, F.C. Schwartz, Principios de cirugía. 10 edición. Parte II, Capítulo 29 “Colon, recto y ano”, 1201-1203. 2105.
2. Carranza, A. Villalobos, E. Mora, V. Abordaje de diverticulitis aguda. Revista Médica Sinergia Vol.5 Num: 4, abril 2020, e347
3. Charlotte El-Sayed et all. Risk of Recurrent Disease and Surgery Following an Admission for Acute Diverticulitis. Dis Colon Rectum 2018; 61: 382–389. DOI: 10.1097/DCR.0000000000000939
4. Diamant, M et all. Hospital volume and other risk factors for in-hospital mortality among diverticulitis patients: A nationwide analysis. Can J Gastroenterol Hepatol Vol 29 No 4 May 2015.
5. Esquivel Mercado, H. R. Utilidad de la levofloxacino vs Tigeciclina en el manejo médico de la enfermedad diverticular complicada Hinchey III y IV. Veracruz, Ver. a 1 de febrero de 2017.
6. Ellison, D. L. Acute Diverticulitis Management. Crit Care Nurs Clin N Am - (2017). doi.org/10.1016/j.cnc.2017.10.006
7. Facile, I et all. Short- and long-term outcomes for primary anastomosis versus Hartmann’s procedure in Hinchey III and IV diverticulitis: a multivariate logistic regression analysis of risk factors. Langenbeck's Archives of Surgery. <https://doi.org/10.1007/s00423-020-02015-6>. October 2020
8. Ferrara, F. et all. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon derecho: Revisión en conjunto. Cirugía Española. 2016; 94 (10): 553 – 559.

9. Klarenbeek, B. R. et al. Review of current classifications for diverticular disease and a translation into clinical practice. *Int J Colorectal Dis* (2012) 27:207–214.
10. Nader, F. et al. EAES and SAGES 2018 consensus conference on acute diverticulitis management: evidence-based recommendations for clinical practice. *Surgical Endoscopy*. March 2019. doi.org/10.1007/s00464-019-06882-z
11. Raña-Garibaya, R et al. Consenso Mexicano sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon. *Revista de Gastroenterología de México*;84(2):220-240 (2019)
12. Shah, S; Cifu, A. Management of Acute Diverticulitis. American Gastroenterological Association (AGA) Institute Guideline on the Management of Acute Diverticulitis. October 2015.
13. Strate, L.L & Morris, A.M. Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis. *The American Gastroenterological Association. Volumen 1*, 1-17 (2019)
14. Townsend C. M. Sabiston. *Tratado de Cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna*, 20.a edición. Volumen II, Capítulo 51 “Colon y Recto”, 1330-1334. (2018)
15. Tursi A, Papa A, Danese S. Review article: The pathophysiology and medical management of diverticulosis and diverticular disease of the colon. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015; 42:664---84.3.
16. Ünlü, C. et al. A multicenter randomized clinical trial investigating the cost-effectiveness of treatment strategies with or without antibiotics for uncomplicated acute diverticulitis (DIABOLO trial). *BMC Surgery* 2010, 10:23. <http://www.biomedcentral.com/1471-2482/10/23>

17. Van de Wall. B, et all. DIRECT trial. Diverticulitis recurrences or continuing symptoms: Operative versus conservative Treatment. A multicenter randomised clinical trial. BMC Surgery 2010, 10:25.
18. Weizman, A.V. & Nguyen, G. C. Diverticular disease: Epidemiology and management. Can J Gastroenterol 2014; 25(7):385-389.
19. Wilkins, T. et all. Diagnosis and Management of acute diverticulitis. American Family Physician. Volume 87, Number 9. (2016)
20. Yeo, Ch. J. Shackelford's surgery of the alimentary tract. Seventh edition, Volume II, Section IV, Chapter 153, 1879-1894. (2015)

XIV. Anexos

Tablas

Tabla 01: Grupos etarios de los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

		Grupo etario	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	21-30 años	2	6.7
	31-40 años	2	6.7
	41-50 años	2	6.7
	51-60 años	7	23.3
	61-70 años	8	26.7
	>70 años	9	30.0
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 02: Sexo de los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

		Sexo	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Femenino	20	66.7
	Masculino	10	33.3
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 03: Procedencia de los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

		Procedencia	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Urbano	23	76.7
	Rural	7	23.3
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tablas de Síntomas que presentaron de los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

Tabla 04

Dolor abdominal			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 05

Distensión abdominal			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	16	53.3
	No	14	46.7
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 06

Fiebre			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	5	16.7
	No	25	83.3
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 07

Hemorragia			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	2	6.7
	No	28	93.3
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 08

Constipación			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	5	16.7
	No	25	83.3
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 09

Fístulas			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	1	3.3
	No	29	96.7
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 10

Signos de irritación peritoneal			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	1	3.3
	No	29	96.7
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tablas de los Antecedentes patológicos previos (comorbilidades) que presentaron de los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

Tabla 11

HTA			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	11	36.7
	No	19	63.3
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 12

DM2			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	9	30.0
	No	21	70.0
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 13

Cardiopatías, Neumopatías y enfermedades autoinmunes			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tablas de Exámenes de laboratorio indicados en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

Tabla 14

BHC, Glicemia y Creatinina			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 15

Electrolitos			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	22	73.3
	No	8	26.7
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tablas de Estudios de imagen indicados en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

Tabla 16

Rayos X			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	27	90.0
	No	3	10.0
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 17

US Abdominal			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	28	93.3
	No	2	6.7
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 18

TAC Abdominal			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	28	93.3
	No	2	6.7
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 19 Antecedentes previos de Diverticulitis en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

Historia previa de diverticulitis			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	6	20.0
	No	24	80.0
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 20 Clasificación de la enfermedad Diverticular en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

Clasificación Enfermedad Diverticular			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Diverticulitis Hinchey I	21	70.0
	Diverticulitis Hinchey II	6	20.0
	Diverticulitis Hinchey III	2	6.7
	Diverticulitis Hinchey IV	1	3.3
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 21 toma de signos vitales en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

Signos vitales			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 22 Indicación de Ayuno en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

Ayuno			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	3	10.0
	No	27	90.0
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 23 Uso de antibióticos en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

		Uso de antibióticos	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	28	93.3
	No	2	6.7
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 24 Cambio de antibióticos en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

		Cambio de antibioticoterapia	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	5	16.7
	No	25	83.3
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 25 Tipo de manejo en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

		Tipo de manejo	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Conservador	26	86.7
	Quirúrgico	4	13.3
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 26 Indicación del abordaje quirúrgico en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

Indicación del abordaje quirúrgico			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Temprano	3	10.0
	Tardío	1	3.3
	Total	4	13.3
Perdidos	Sistema	26	86.7
Total		30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 27 Tipo de abordaje quirúrgico en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

Tipo de abordaje quirúrgico			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	A cielo Abierto	4	13.3
Perdidos	Sistema	26	86.7
Total		30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 28 Estancia intrahospitalaria en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

Estancia intrahospitalaria			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	<7 días	20	66.7
	>7 días	10	33.3
Total		30	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 29 Recidiva en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

		Recidiva	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	3	10.0
	No	27	90.0
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

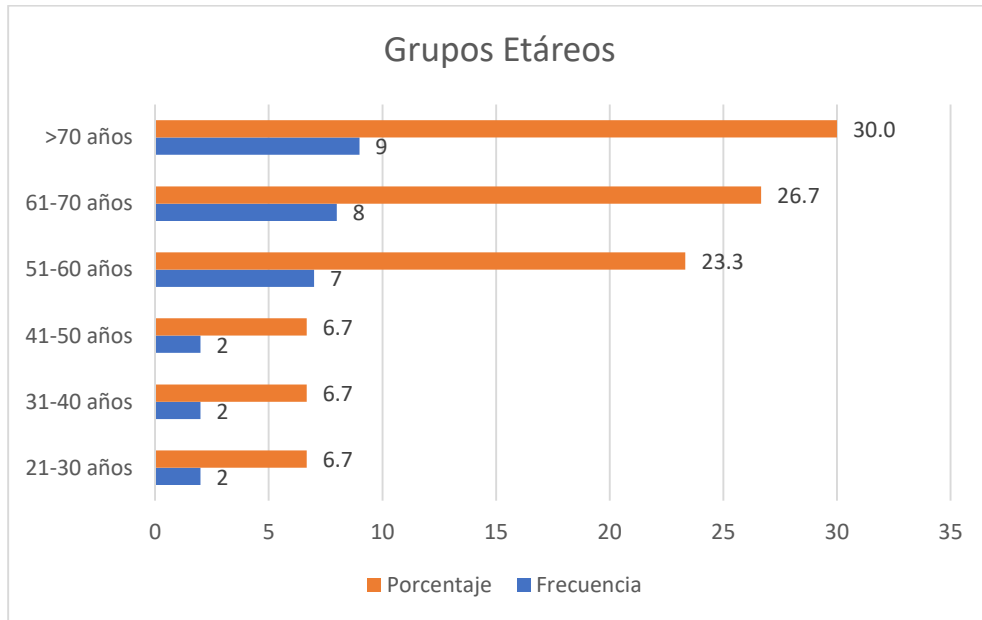
Tabla 30 Tipo de Egreso de los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

		Tipo de egreso	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alta	27	90.0
	Defunción	1	3.3
	Abandono	2	6.7
	Total	30	100.0

Fuente: Expediente clínico

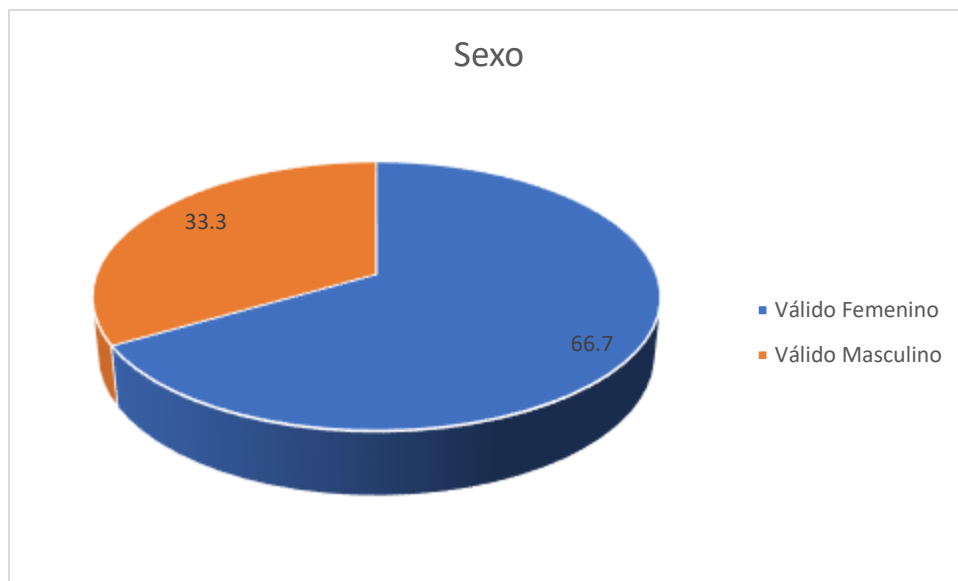
Gráficos

Gráfica 01: Grupos etarios de los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF



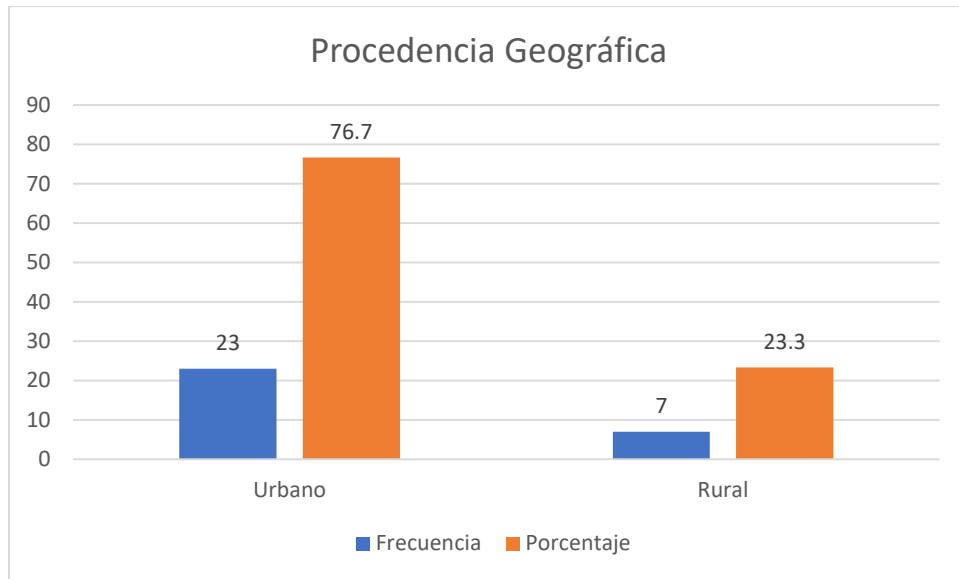
Fuente: Tabla 1

Gráfica 02: Sexo de los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF



Fuente: Tabla 2

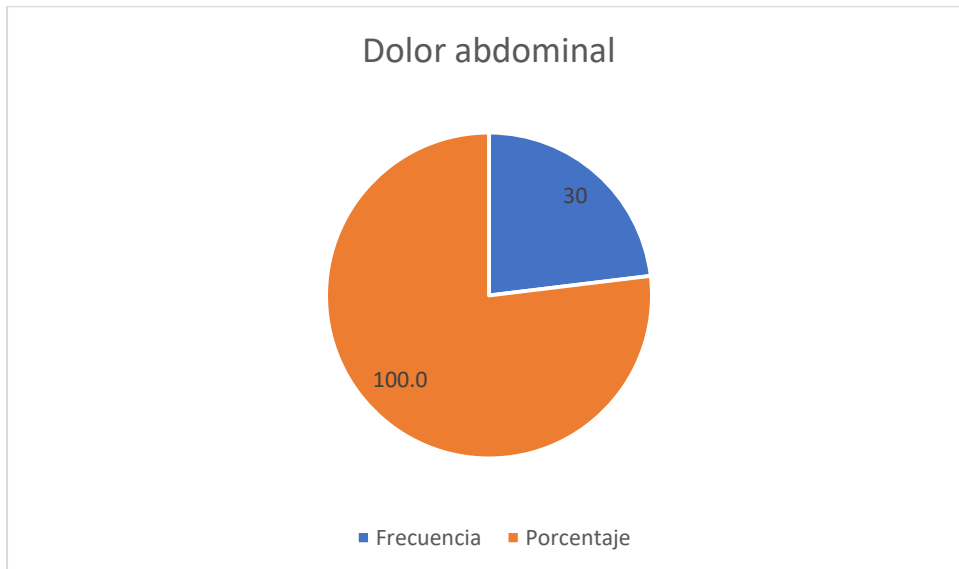
Gráfica 03: Procedencia de los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF



Fuente: Tabla 3

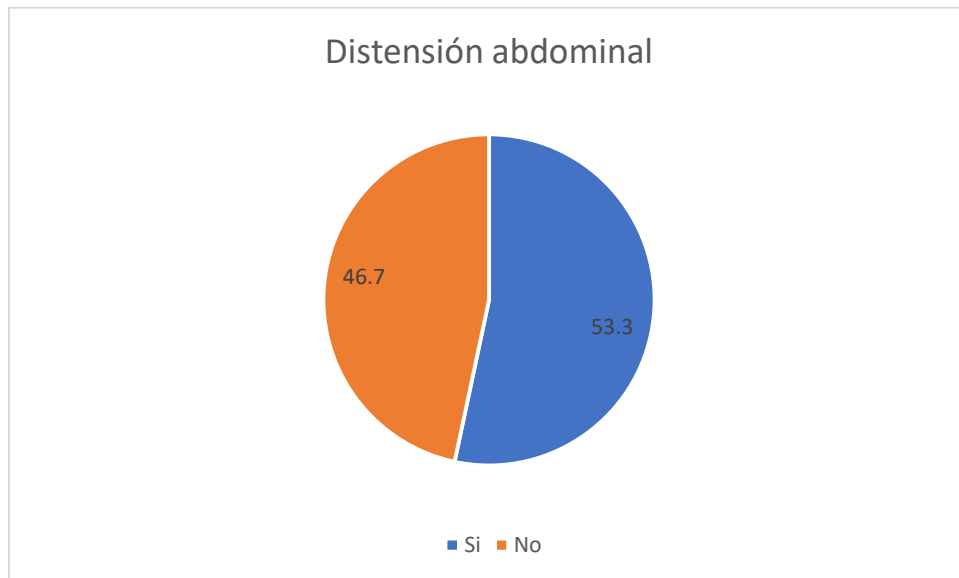
Gráficas de Síntomas que presentaron de los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

Gráfica 04



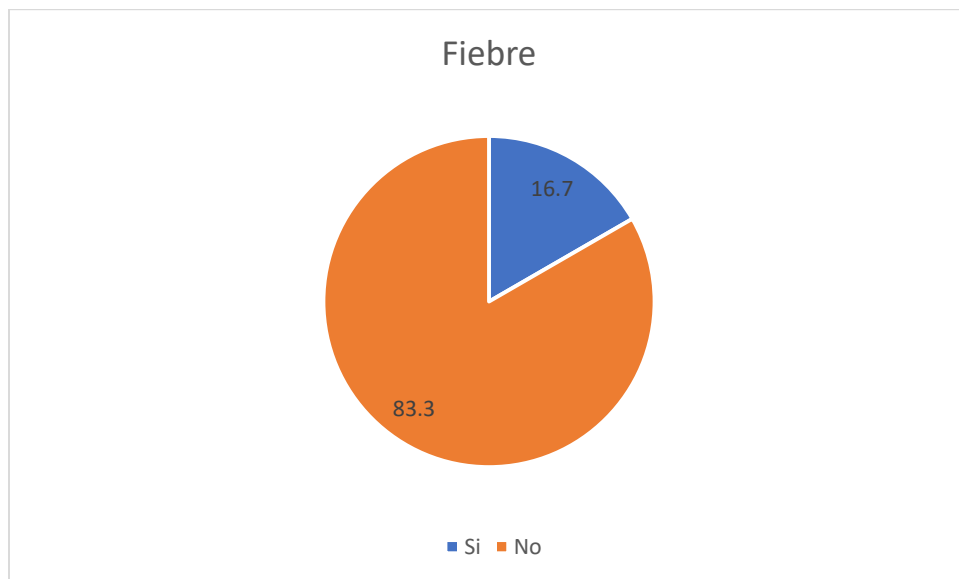
Fuente: tabla 4

Gráfica 05



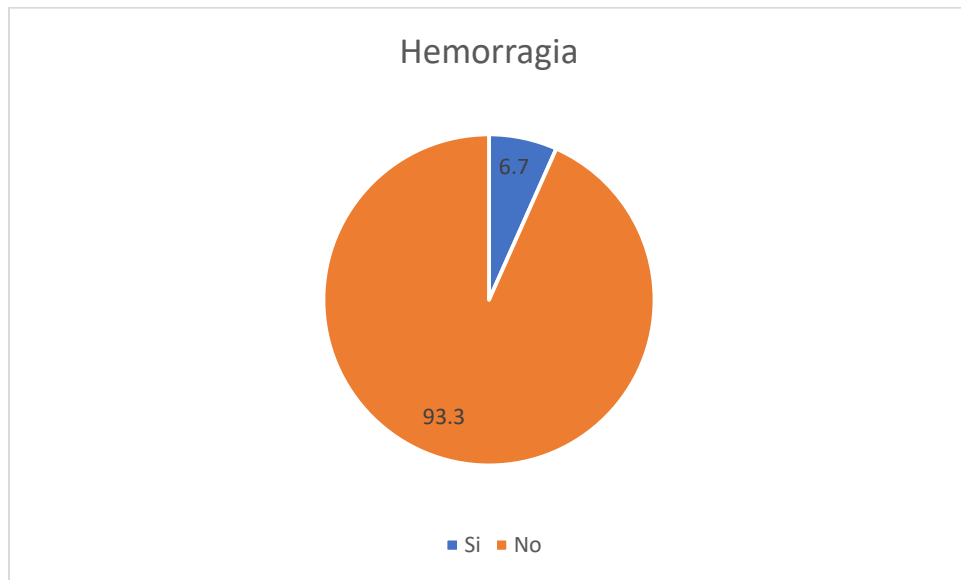
Fuente: Tabla 5

Gráfica 06



Fuente tabla 6

Gráfica 07



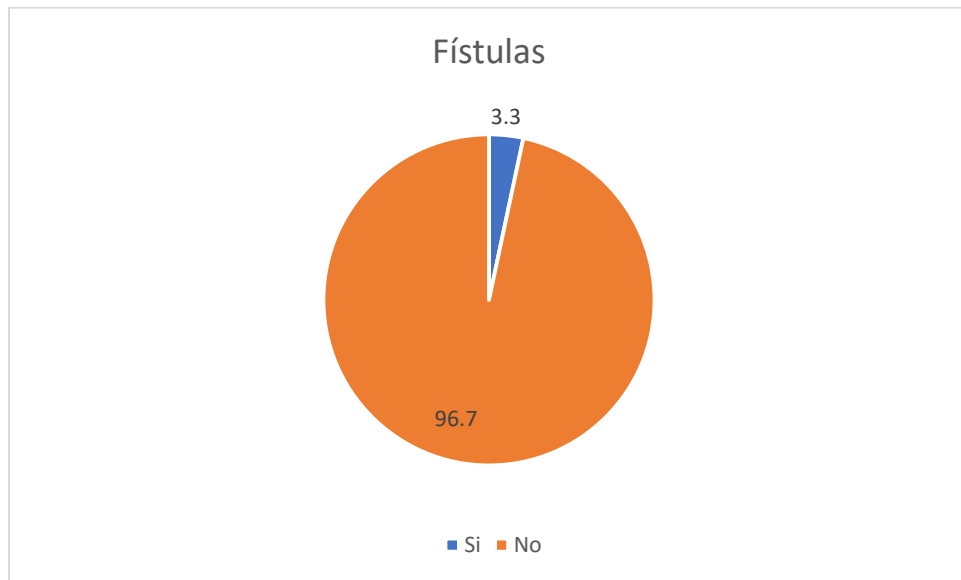
Fuente: Tabla 7

Gráfica 08



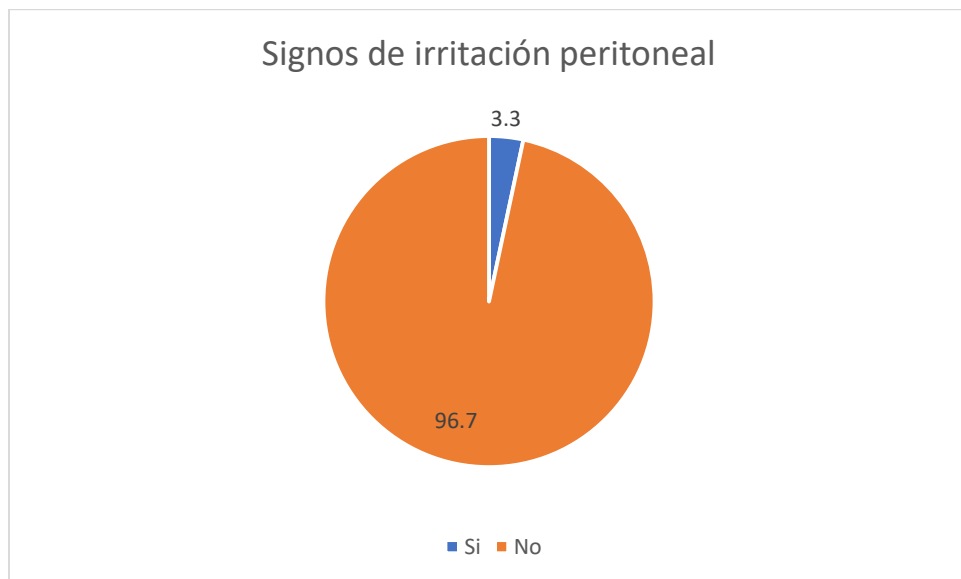
Fuente: Tabla 8

Gráfica 09



Fuente: Tabla 9

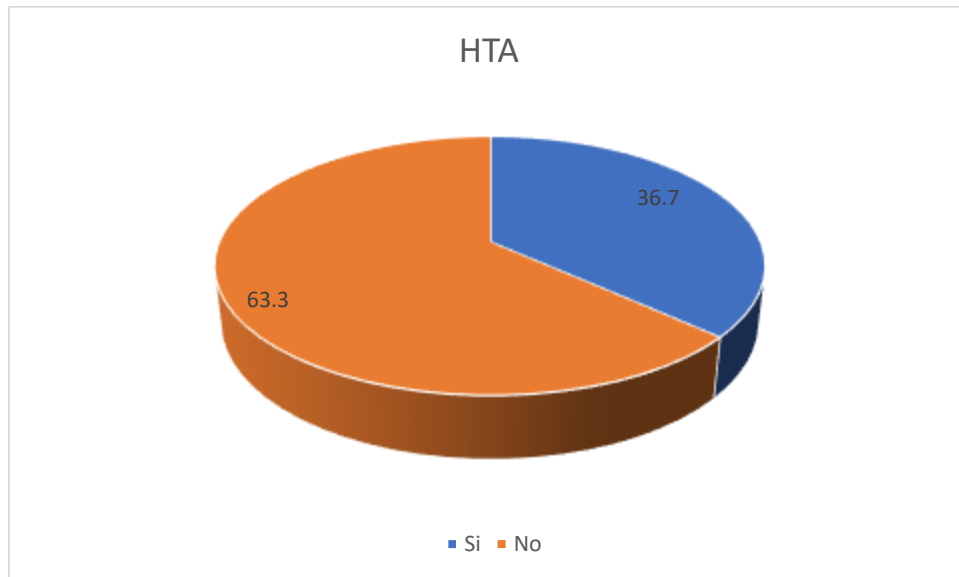
Gráfica 10



Fuente: Tabla 10

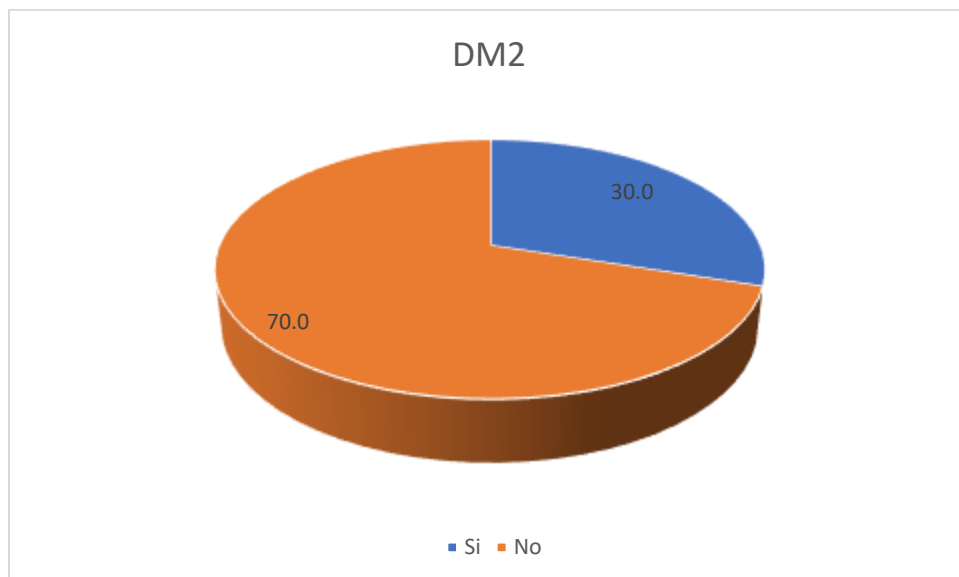
Gráficas de los Antecedentes patológicos previos (comorbilidades) que presentaron de los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

Gráfica 11



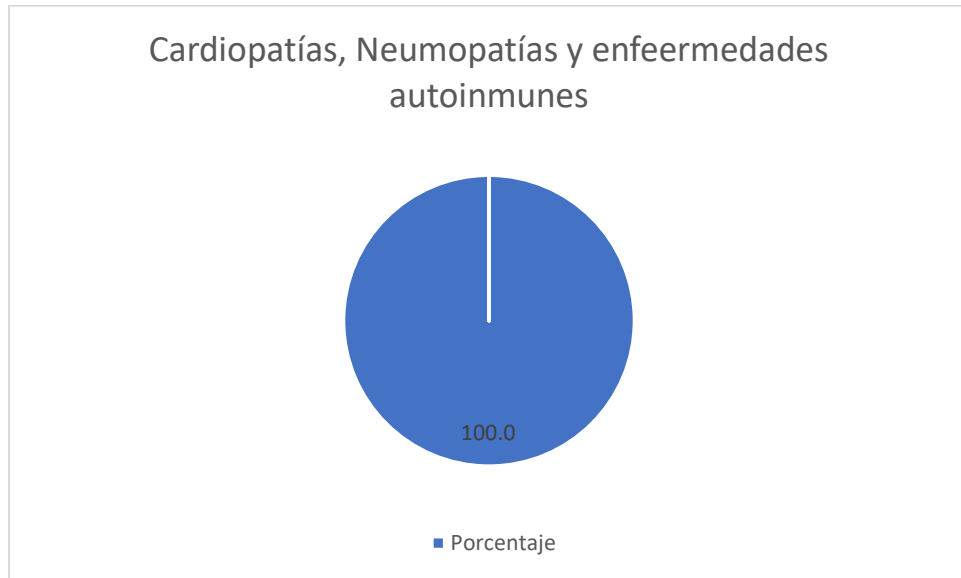
Fuente: Tabla 11

Gráfica 12



Fuente: Tabla 12

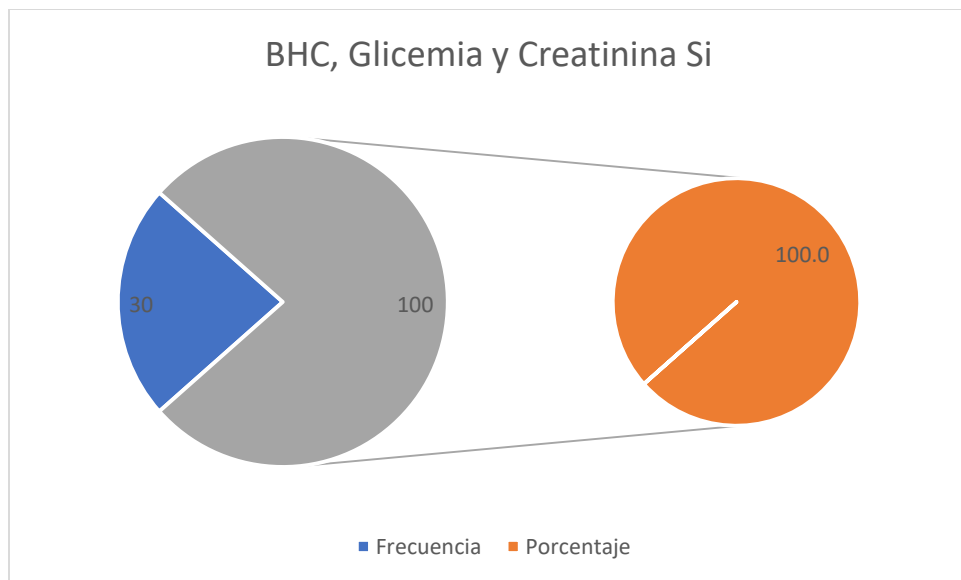
Gráfica 13



Fuente: Tabla 13

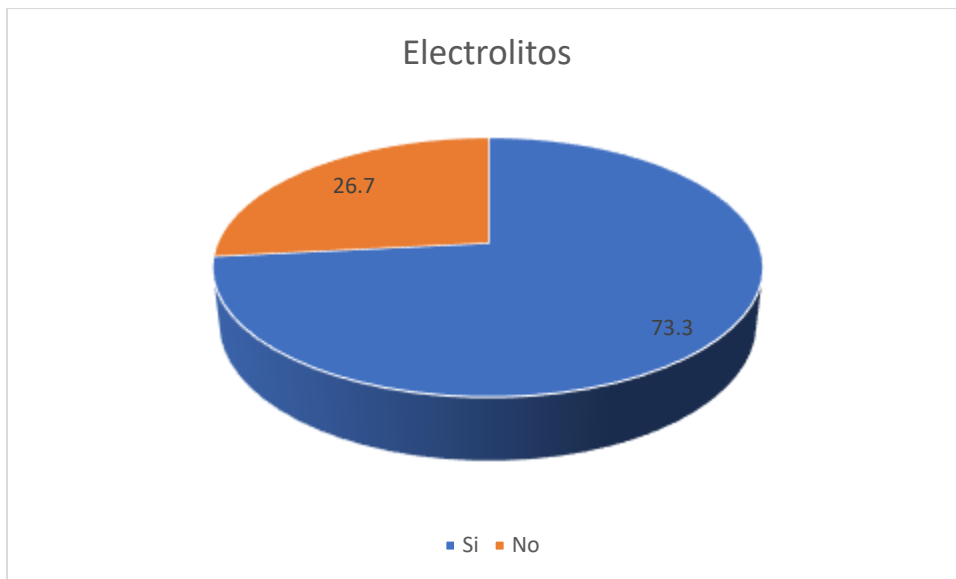
Gráficas de Exámenes de laboratorio indicados en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

Gráfica 14



Fuente: Tabla 14

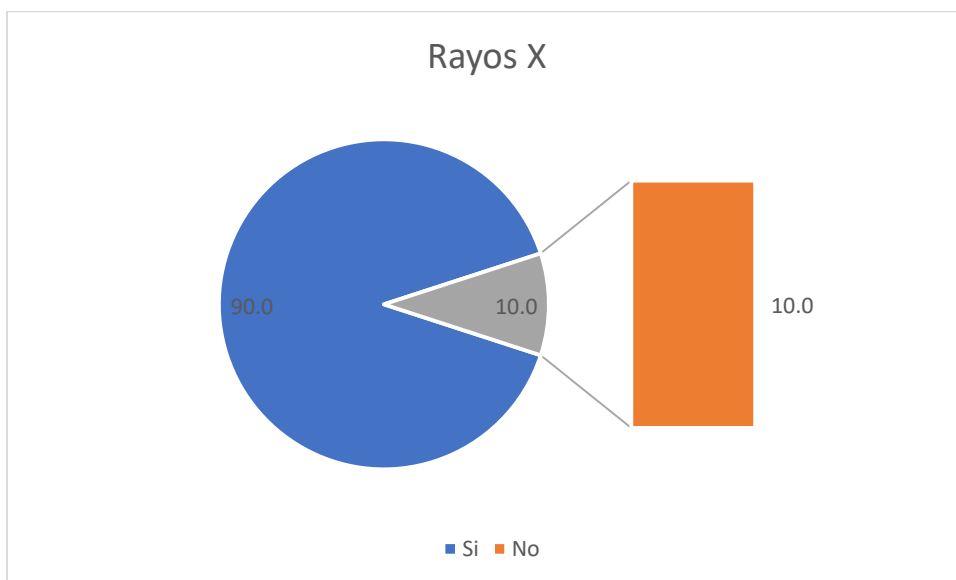
Gráfica 15



Fuente: Tabla 15

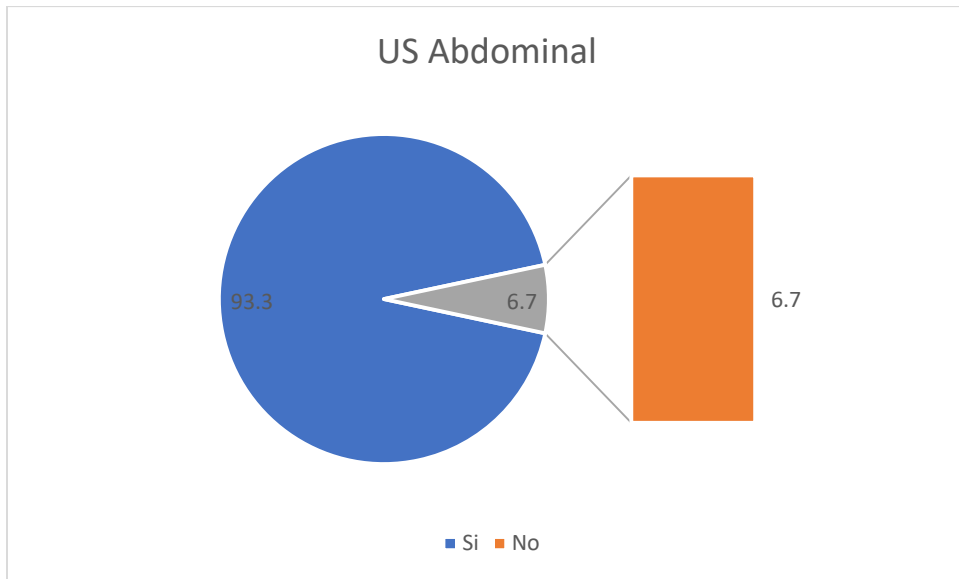
Gráficas de Estudios de imagen indicados en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF

Gráfica 16



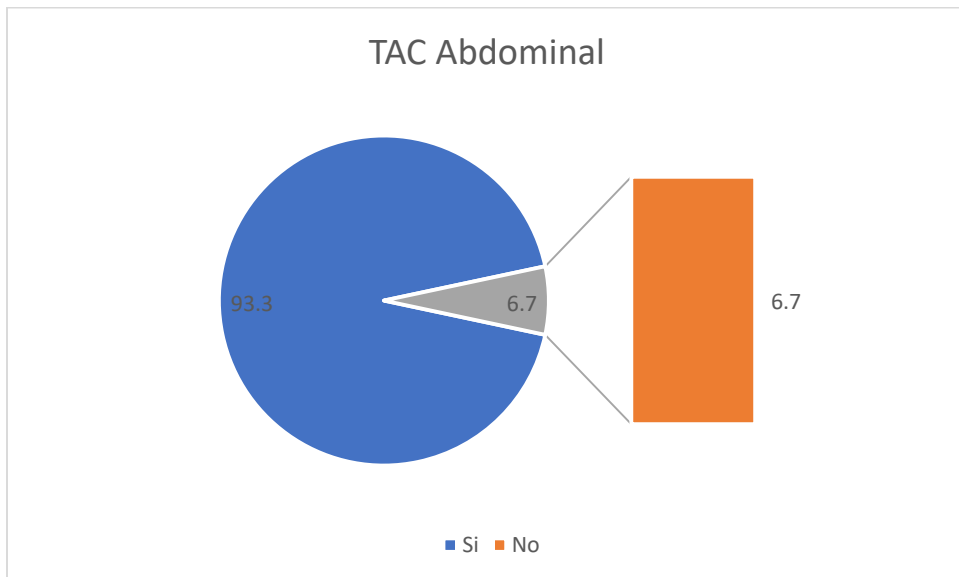
Fuente: Tabla 16

Gráfica 17



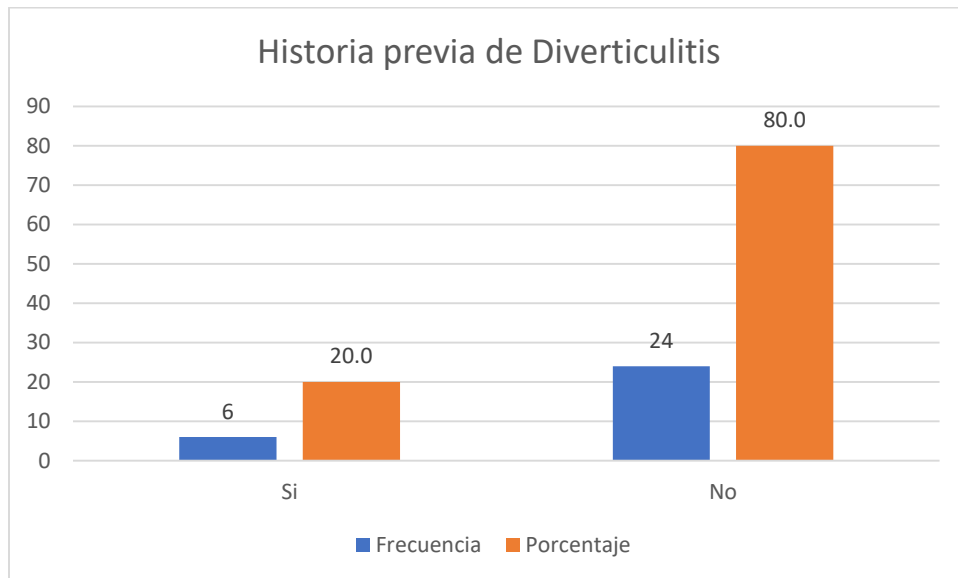
Fuente: Tabla 17

Gráfica 18



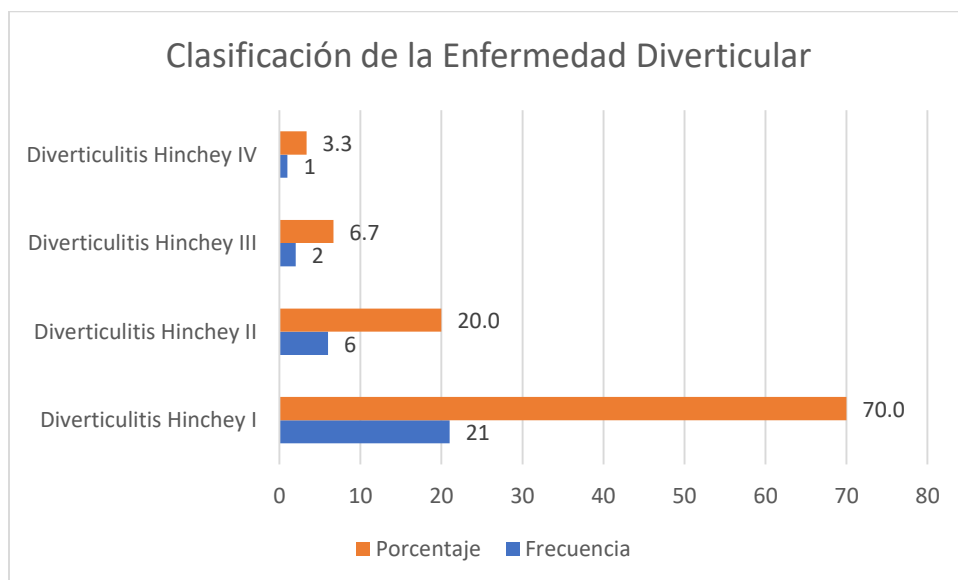
Fuente: Tabla 18

Gráfica 19 Antecedentes previos de Diverticulitis en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF



Fuente: Tabla 19

Tabla 20 Clasificación de la enfermedad Diverticular en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF



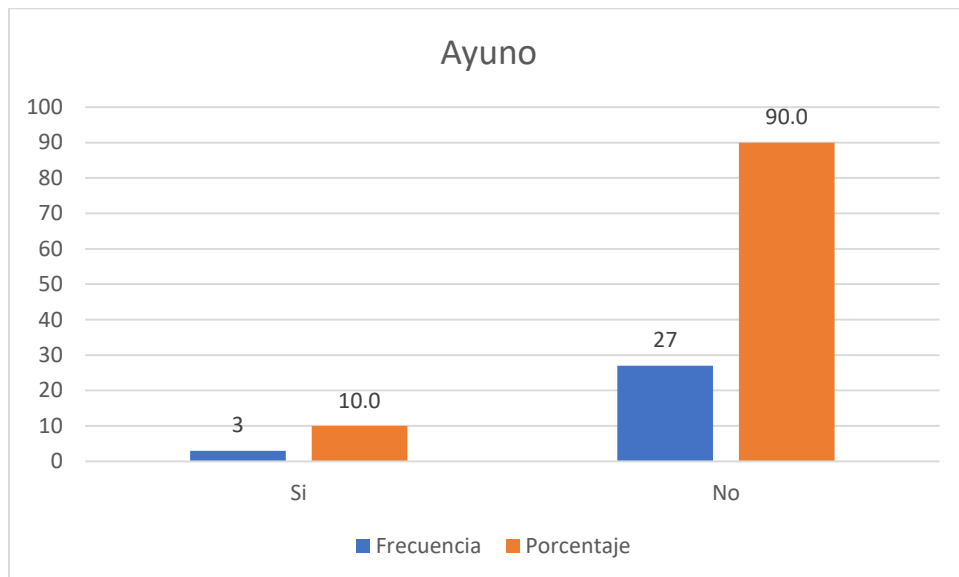
Fuente: tabla 20

Gráfica 21 toma de signos vitales en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF



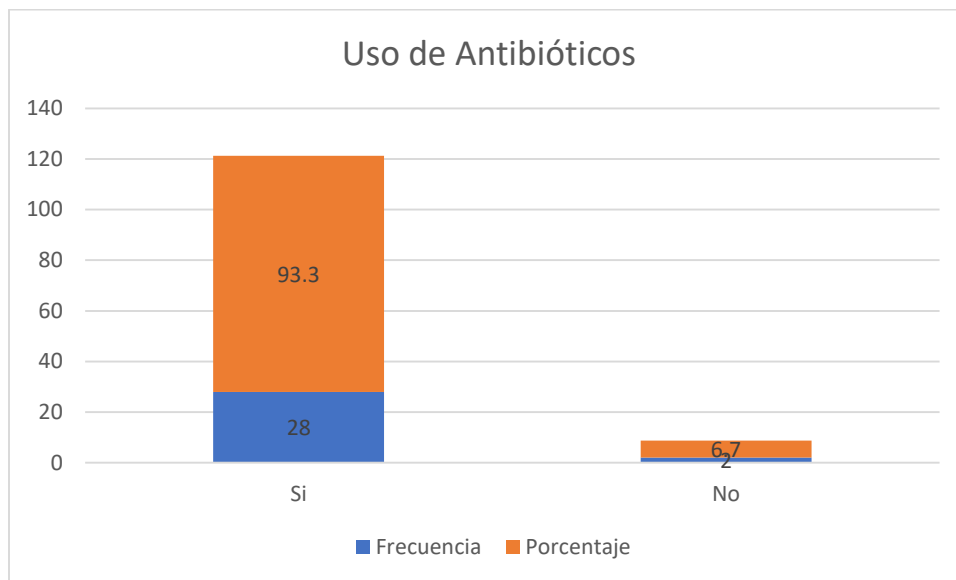
Fuente: Tabla 21

Gráfica 22 Indicación de Ayuno en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF



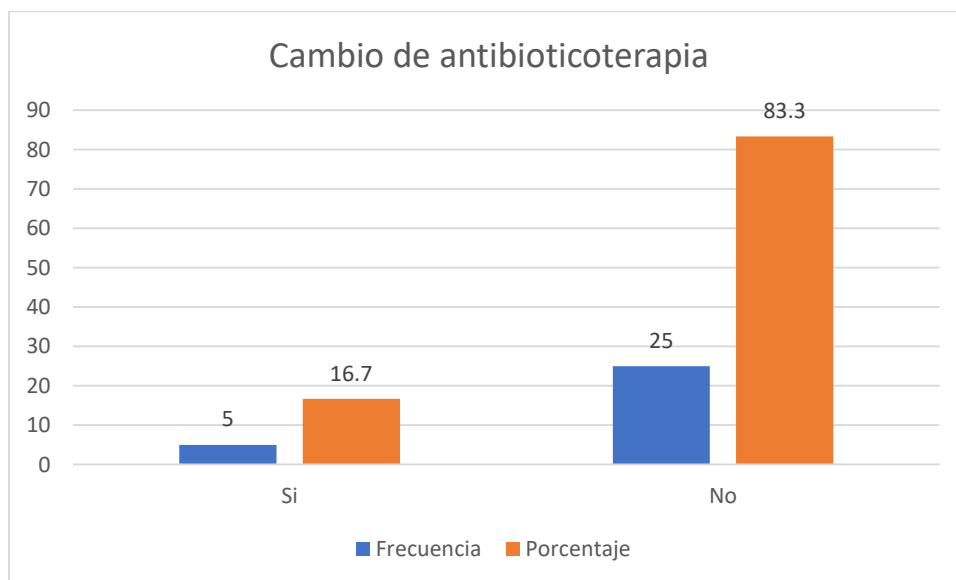
Fuente: Tabla 22

Gráfica 23 Uso de antibióticos en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF



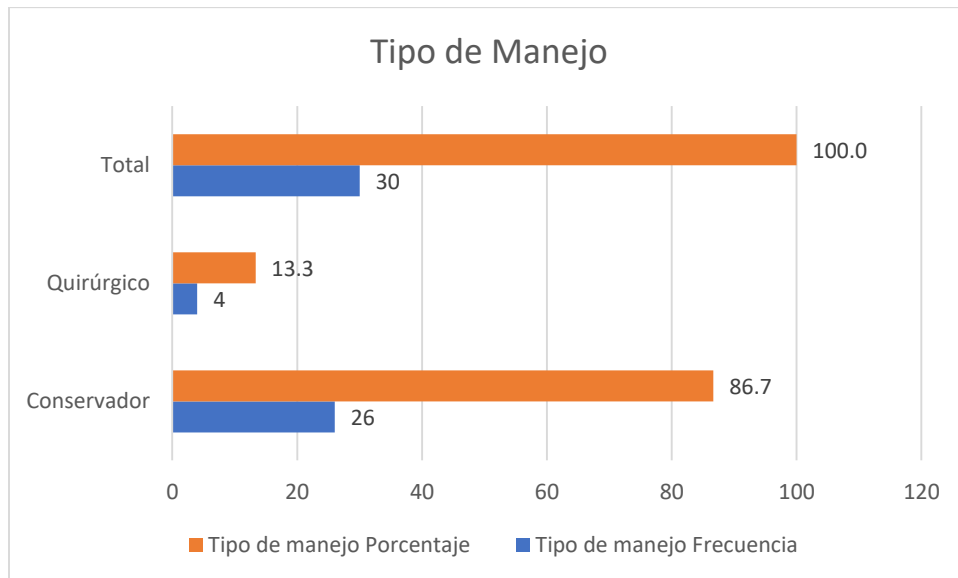
Fuente: Tabla 23

Gráfica 24 Cambio de antibióticos en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF



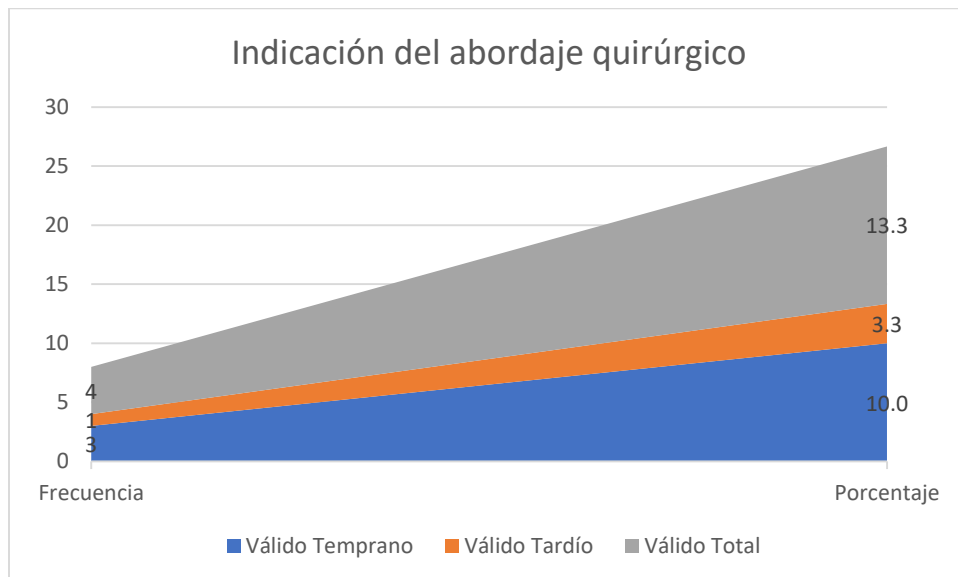
Fuente: Tabla 24

Gráfica 25 Tipo de manejo en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF



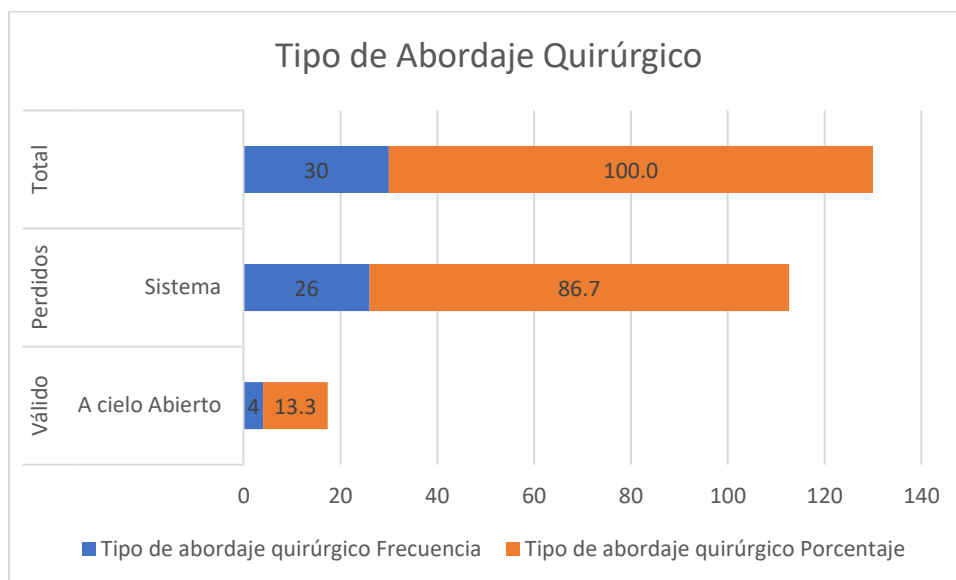
Fuente: Tabla 25

Tabla 26 Indicación del abordaje quirúrgico en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF



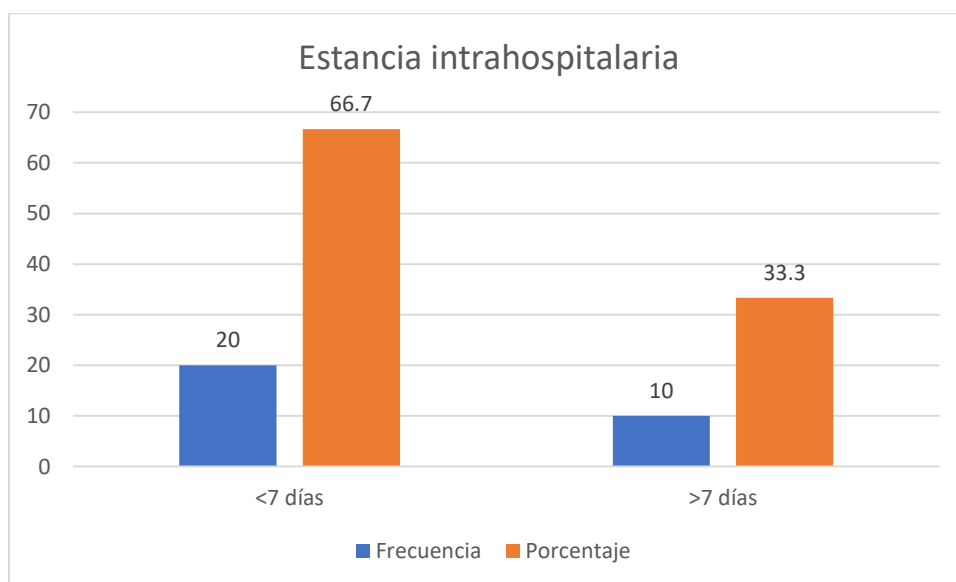
Fuente: Tabla 26

Gráfica 27 Tipo de abordaje quirúrgico en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF



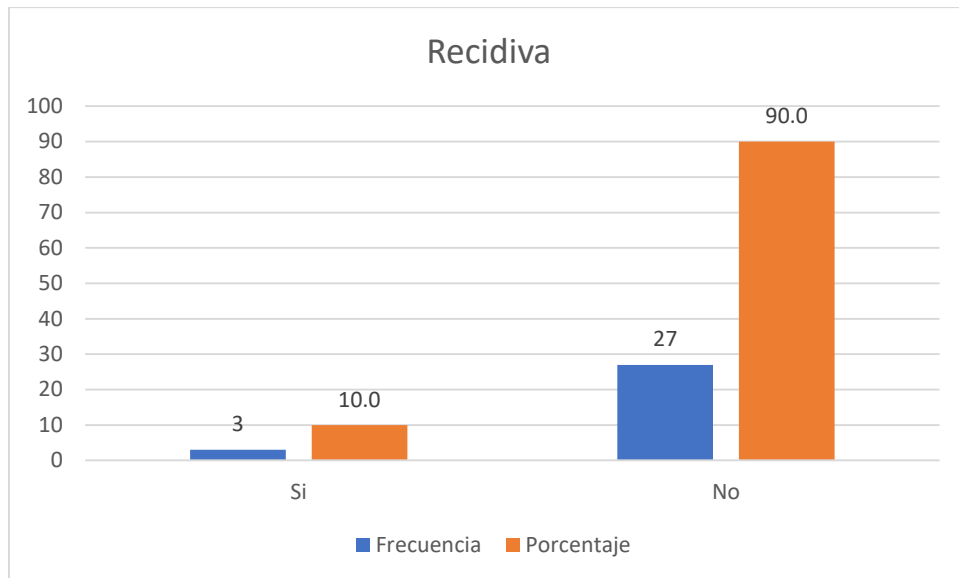
Fuente: Tabla 27

Gráfica 28 Estancia intrahospitalaria en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF



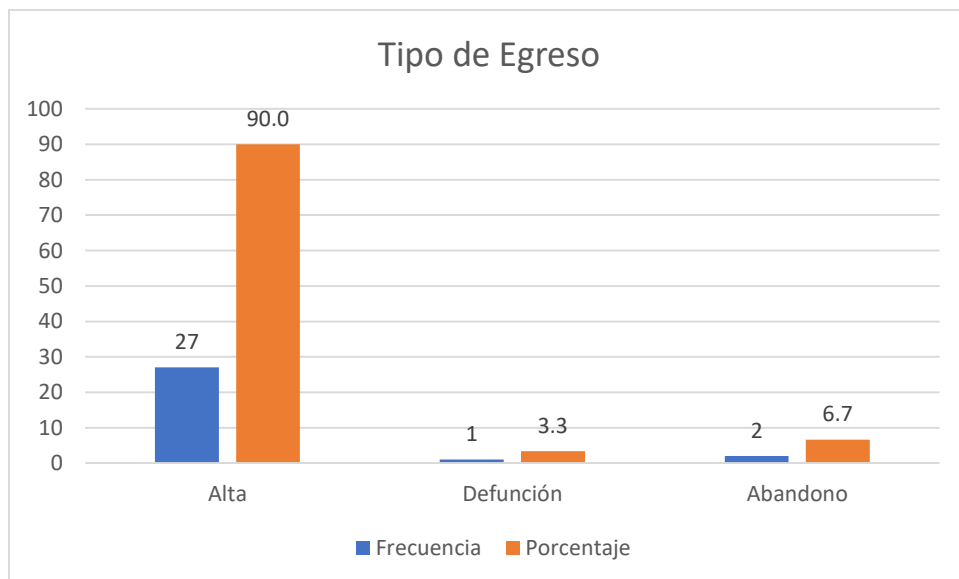
Fuente: Tabla 28

Gráfica 29 Recidiva en los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF



Fuente: Tabla 29

Gráfica 30 Tipo de Egreso de los pacientes con Enfermedad Diverticular en HEALF



Fuente: Tabla 30