

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO:

Manejo terapéutico de enfermedad diverticular sangrante empleado en pacientes hospitalizados, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, entre 2018 y 2020.

AUTORES:

Flores Rengifo Ricardo José

García Vega María Beatriz

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

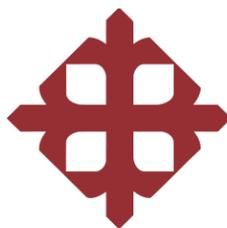
MÉDICO

TUTOR(A):

Dra. Mayo Galbán, Caridad Isabel

Guayaquil, Ecuador

30 de agosto del 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Ricardo José Flores Rengifo y María Beatriz García Vega**, como requerimiento previo a la obtención del título de MÉDICO.

TUTOR

f.  _____

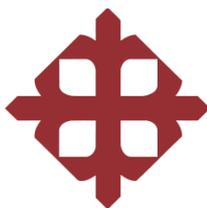
DRA. MAYO GALBÁN, CARIDAD ISABEL

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

DR. AGUIRRE MARTÍNEZ JUAN LUIS, MGS.

Guayaquil, 30 de agosto del año 2021.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, FLORES RENGIFO, RICARDO JOSÉ

DECLARO QUE:

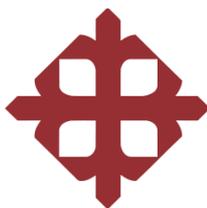
El trabajo de titulación, “**Manejo Terapéutico de enfermedad diverticular sangrante empleado en pacientes hospitalizados, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, entre 2018 y 2020**”, previo a la obtención del título de MÉDICO, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 30 de agosto del año 2021.

EL AUTOR:

f.

FLORES RENGIFO, RICARDO JOSÉ



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, GARCÍA VEGA, MARÍA BEATRIZ

DECLARO QUE:

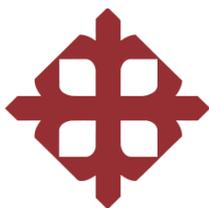
El trabajo de titulación, “**Manejo Terapéutico de enfermedad diverticular sangrante empleado en pacientes hospitalizados, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, entre 2018 y 2020**”, previo a la obtención del título de MÉDICO, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 30 de agosto del año 2021.

EL AUTOR:

f. 

GARCÍA VEGA, MARÍA BEATRIZ



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, FLORES RENGIFO, RICARDO JOSÉ

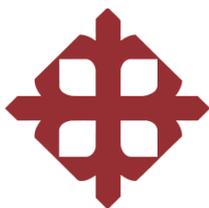
Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“Manejo Terapéutico de enfermedad diverticular sangrante empleado en pacientes hospitalizados, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, entre 2018 y 2020”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 30 de agosto del año 2021.

EL AUTOR:

f.

FLORES RENGIFO, RICARDO JOSÉ



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, GARCÍA VEGA, MARÍA BEATRIZ

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“Manejo Terapéutico de enfermedad diverticular sangrante empleado en pacientes hospitalizados, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, entre 2018 y 2020”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 30 de agosto del año 2021.

EL AUTOR:

f. 

GARCÍA VEGA, MARÍA BEATRIZ

Urkund Analysis Result

Analysed Document: P-67 TESIS FLORES-GARCÍA.docx (D111516944)
Submitted: 8/20/2021 6:14:00 PM
Submitted By: caridad.mayo@cu.ucsg.edu.ec
Significance: 1 %

Sources included in the report:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n2/art09.pdf>

Instances where selected sources appear:

1



TUTOR(A):

DRA. MAYO GALBÁN CARIDAD ISABEL

AGRADECIMIENTOS

Agradezco siempre a Dios por haberme dado siempre las fuerzas necesarias durante toda esta travesía desde el inicio de la carrera hasta este punto ya que, sin Él, no se llega a ningún lado. También a mis padres, hermanos y a mi abuela que me tuvieron siempre paciencia y que me daban apoyo cada que lo necesitaba, ellos fueron pilares fundamentales para yo poder salir adelante. De igual manera estoy agradecido con mis amigos tanto los de la carrera como los del colegio porque a pesar de todo, siempre han estado presente para brindarme su apoyo y darme ánimos para continuar. Agradezco a la Dra. Mayo por habernos ayudado a que el trabajo haya quedado listo para la entrega y a Sam y Fer porque en mis momentos de angustia durante la realización del trabajo, se tomaron su tiempo para brindarme una mano, siempre les estaré agradecidos.

FLORES RENGIFO, RICARDO JOSÉ

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primero a Dios, por permitirme seguir adelante a pesar de las adversidades y dificultades de la vida, por bendecirme todos los días. A mis padres, mi razón de seguir, por ser anclas en mi vida. A mi hermana Stephanie, por haberme acompañado 19 años de mi vida, por sus enseñanzas y su amor eterno. A mi abuelita Lucrecia, gracias por haberme apoyado en este largo camino, y aunque no pudo acompañarme este último año físicamente, tengo la certeza de que lo hace desde el cielo.

GARCÍA VEGA, MARÍA BEATRIZ

DEDICATORIA

A mi familia que siempre me ha acompañado sin importar mis cambios de humores repentinos por las diferentes situaciones que a veces atravesaba durante mis años de estudio y vida personal.

A mis amistades tanto antiguas como recientes por siempre estar ahí para mí a pesar de yo a veces no ser la persona que ellos necesitaban o cuando la necesitaban; siempre seré incondicional para los que estuvieron conmigo.

A mi G2 por demostrarme que a pesar de que no se comparta mucho tiempo con alguien, en ese pequeño lapso puedes vivir muchas gratas experiencias y sobre todo, que puedes aprender a querer bastante a personas que hace no mucho ni sabías que existían, siempre los llevaré en mi corazón.

FLORES RENGIFO, RICARDO JOSÉ

DEDICATORIA

Con amor a DIOS, mi todo; mis padres, mi fortaleza diaria; y a mi hermana, la Dra. Stephanie Garcia Vega, que partió de este mundo el 16 de abril del 2016, dejando un vacío en mi corazón. A ti hermana querida, gracias por haber sido mi inspiración diaria.

GARCÍA VEGA, MARÍA BEATRIZ



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
(Dr. _____)
Jurado 1

f. _____
(Dr. _____)
Jurado 2

f. _____
(DR. ANDRÉS MAURICIO AYÓN GENKUONG)
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

Índice

CAPÍTULO I.....	- 2 -
INTRODUCCIÓN	- 2 -
CAPÍTULO II.....	- 5 -
MARCO TEÓRICO	- 5 -
Definición.....	- 5 -
Epidemiología.....	- 6 -
Fisiopatología	- 7 -
Factores de riesgo.....	- 7 -
Clasificación de Hinchey	- 8 -
Etiología	- 9 -
DIVERTICULOSIS	- 9 -
DIVERTICULOSIS COMPLICADA	- 11 -
CAPITULO III	- 15 -
MATERIALES Y MÉTODOS	- 15 -
CAPÍTULO IV	- 18 -
RESULTADOS	- 18 -
DISCUSIÓN	- 21 -
CAPÍTULO V.....	- 22 -
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	- 22 -
CONCLUSIONES.....	- 22 -
RECOMENDACIONES.....	- 23 -
BIBLIOGRAFÍA.....	- 24 -

Índice de tablas

Tabla 1: Relación edad-sexo en pacientes con enfermedad diverticular sangrante- 19 -

Tabla 2: Distribución de pacientes según los diferentes tipos de manejos terapéuticos..- 20 -

Índice de Gráficos

Gráfico #1: Presentaciones clínicas de la enfermedad diverticular sangrante	- 19 -
Gráfico #2. Manejo terapéutico de la hemorragia digestiva baja en pacientes con enfermedad diverticular.....	- 20 -

RESUMEN

Introducción: La diverticulosis es una enfermedad común en nuestro medio hospitalario y es la principal causa de sangrado a nivel del colon. Esta se clasifica en diverticulosis asintomática y sintomática, o conocida como diverticulitis. Los factores de riesgo asociados para el desarrollo de la enfermedad son el sedentarismo, la obesidad, dietas bajas en fibras, la microbiota intestinal, entre otras. Las complicaciones más frecuentes de la enfermedad son: la presencia de fistulas, abscesos o riesgo de sangrado. La enfermedad diverticular sangrante como tal, es una de las complicaciones cuyo manejo se puede dar tanto de forma clínica como quirúrgica, por lo cual el siguiente estudio busca conocer su forma de manejo más frecuente empleado en el medio. **Materiales y métodos:** La presente investigación se trata de un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico, realizado en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo entre enero del 2018 a diciembre del 2020, en las áreas de Gastroenterología, Medicina Interna, Coloproctología y Cirugía. De 1575 pacientes con diverticulosis, solo fueron escogidos 100 pacientes que presentaron, en el lapso correspondido, hemorragia digestiva por enfermedad diverticular. **Resultados:** el sexo no tiene asociación a la presencia de hemorragia digestiva baja por enfermedad diverticular. La forma de presentación más frecuente ha sido la hematoquecia con 73%. El manejo terapéutico más utilizado es el clínico para un 76%, sobre el quirúrgico para un 24%.

PALABRAS CLAVES

Enfermedad diverticular, hemorragia digestiva baja, terapéutica

ABSTRACT

Introduction: Diverticulosis is a common disease in our hospital environment and is the main cause of bleeding in the colon. This is classified as asymptomatic and symptomatic diverticulosis, also known as diverticulitis. The associated risk factors for the development of the disease are sedentarism, obesity, low fiber diets, the intestinal microbiota, among others. The most frequent complications of the disease are the presence of fistulas, abscesses or risk of bleeding. Bleeding diverticular disease is one of the complications which management can occur both clinically and surgically, for which the following study seeks to know its most frequent form of management used in the environment. **Materials and methods:** This research is an observational, retrospective, cross-sectional and analytical study, carried out at the Teodoro Maldonado Carbo Specialty Hospital, in the period from January 2018 to December 2020, in the areas of Gastroenterology, Internal Medicine, Coloproctology and Surgery. There were a total of 1575 patients with diverticulosis but only 100 patients were selected because they presented, in the corresponding period, gastrointestinal bleeding due to diverticular disease. **Results:** sex is not associated with the presence of lower gastrointestinal bleeding due to diverticular disease. The most common presentation of the disease is hematochezia in a 73%. The most widely used therapeutic management is clinical with a 76%, over surgical for 24%.

KEYWORDS

Diverticular disease, lower gastrointestinal bleeding, therapeutic

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La diverticulosis es la patología del colon más común y frecuente en el mundo.⁽¹⁾ Es la presencia de herniaciones de las capas intestinales, mucosa y submucosa, ante la presencia de zonas débiles en la capa muscular, los cuales pueden penetrar los vasos de la capa muscular y producir hemorragia como complicación.⁽¹⁾

La incidencia de enfermedad diverticular se produce con mayor frecuencia en países de occidente, con un porcentaje de afectación del 15 al 35%, de los cuales del 90 al 99% de los casos se encuentran en el colon izquierdo.⁽²⁾ La población adulta mayor (alrededor de los 60 años) es la más afectada, presentando aproximadamente el 50% de los casos.⁽²⁾

La diverticulosis cursa con un cuadro asintomático de la enfermedad, cuando ya hay presencia clínica de signos o síntomas relacionados, se lo define como diverticulitis o enfermedad diverticular.⁽¹⁾ La enfermedad diverticular sintomática puede desarrollar complicaciones conocidas como fistulas, obstrucción, hemorragia o perforación, de acuerdo al grado de severidad de la enfermedad.⁽¹⁾

Existen diferentes factores de riesgo que llevan a presentar diverticulosis y enfermedad diverticular sangrante como consecuencia, tales como el sedentarismo, tabaquismo, dietas bajas en fibra, obesidad, dismotilidad intestinal y causas congénitas.⁽¹⁾

El diagnóstico de la diverticulosis se lo realiza mediante la clínica respectiva acompañado del uso de imágenes tales como la colonoscopia, la tomografía computarizada, que se ha convertido en el gold standard para el diagnóstico de complicaciones en la enfermedad diverticular, y el ultrasonido.⁽³⁾ Por lo general, el tratamiento es conservador y depende de la sintomatología y el grado de severidad que presente.⁽³⁾ La clasificación de Hinchey es utilizada con frecuencia como ayuda para el correcto manejo terapéutico.⁽⁴⁾ Dentro del

riesgo de complicaciones, como es la enfermedad diverticular sangrante, por lo general estas se limitan solas sin el uso de intervención quirúrgica. ⁽³⁾ En casos graves se recomienda el uso de otras opciones más avanzadas. ⁽³⁾

Problema de la investigación:

¿Cuál es el Manejo Terapéutico de enfermedad diverticular sangrante empleado en pacientes hospitalizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre el 2018 y 2020?

Justificación:

La diverticulosis se refiere al desarrollo de formaciones de tipo sacular de la mucosa y submucosa a través de áreas con capa muscular más delgada, donde los vasos sanguíneos penetran la pared intestinal.

Entre las patologías que presentan un sangrado digestivo bajo de gran importancia se encuentra la enfermedad diverticular cómo la más frecuente seguida por angiodisplasias. El tratamiento electivo para la mayoría de los casos de enfermedad diverticular es de tipo conservador ya que en alrededor del 80% de los pacientes que debutan con sangrado, estos suelen limitarse de manera espontánea evitando así de esta manera la necesidad de realizar algún tipo de intervención. Cabe destacar que los casos varían entre pacientes y por lo tal en algunos se llega a necesitar realizar procedimientos quirúrgicos. ⁽⁴⁾

Estudios recientes hablan sobre enfermedad diverticular, pero no se enfocan en los métodos terapéuticos más usados en nuestros medios hospitalarios. Resultaría útil contar con un estudio reciente donde se muestren los protocolos terapéuticos para de esta manera poder agilizar el tratamiento oportuno y necesario para la enfermedad diverticular sangrante.

Aplicabilidad y utilidad de los resultados del estudio

El estudio se debe realizar para poder determinar cuáles son los manejos terapéuticos que se usan en el hospital y poder observar posibles complicaciones que se hayan presentado después de haberlos realizado. Ha

habido una investigación que habla sobre la diverticulitis aguda y su manejo, pero no habla sobre cuál de esos manejos es el que más se suele emplear en el medio y es por ello que la presente investigación pretende determinar aquello y ver cuáles fueron los criterios que llevaron a decidir la elección de dicho tratamiento.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el manejo terapéutico más frecuente de la enfermedad diverticular sangrante, en pacientes hospitalizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, entre el 2018 y 2020.

Objetivos específicos:

1. Identificar el sexo y los grupos de edades en pacientes que presentan enfermedad diverticular sangrante.
2. Describir las diferentes presentaciones del sangrado en la enfermedad diverticular.
3. Determinar el manejo terapéutico más usado para el tratamiento de la hemorragia digestiva baja en pacientes con enfermedad diverticular.
4. Describir los diferentes tipos de manejos terapéuticos empleados en la enfermedad diverticular sangrante.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Definición

La diverticulosis es conocida a nivel mundial por ser una de las enfermedades benignas más frecuentes y comunes halladas a nivel del colon. ⁽⁵⁾ Se define divertículo como una protrusión sacular, en áreas débiles de la pared intestinal, de la mucosa y submucosa a través de la capa muscular del colon, los cuales pueden penetrar vasos sanguíneos. ⁽³⁾ Las complicaciones, tales como la hemorragia masiva tienen relación con el desplazamiento de la arteriola que penetra la pared muscular hasta la cúpula de esta formación sacular anormal. ⁽³⁾

Existen dos tipos, el divertículo verdadero, que se caracteriza por incluir todas las capas de la pared intestinal, acompañada por una debilidad congénita de la misma; y el pseudodivertículo, el cual no posee una parte de la pared intestinal normal, los cuales se presentan con más frecuencia. ⁽¹⁾ Por lo general, los divertículos que se hallan en el colon derecho son verdaderos. ⁽³⁾ Por otro lado, un incremento de la presión intraluminal produce la presencia en su mayoría de los pseudodivertículos o divertículos falsos en el colon izquierdo. ⁽³⁾

La enfermedad diverticular del colon es una entidad de reciente aparición, fue descrita por primera vez en 1800, y con el paso del tiempo, los países industrializados han presentado un incremento en sus casos. ⁽⁵⁾

Es importante diferenciar términos, como diverticulosis y diverticulitis o enfermedad diverticular, ya que son muy confundidos en la población. ⁽⁶⁾ Se define diverticulosis a la presencia, en cualquier parte del colon, de saculaciones anormales. ⁽⁶⁾ Mientras que se define como diverticulitis a la inflamación de los divertículos, por diferentes causas, los cuales pueden llevar a complicaciones de acuerdo con el grado de severidad. ⁽⁷⁾

El colon sigmoideo es la localización más afectada y el cual presenta en su mayoría el 50% de los casos. ⁽³⁾ Alrededor del 40% de los casos se presentan en el colon descendente, y entre el 5 al 10% se presentan en otros lados del intestino grueso. ⁽³⁾

Epidemiología

La enfermedad diverticular posee una incidencia variada dentro de la población adulta mayor, alrededor del 75% en pacientes mayores de 70 años, seguida de un 70% en los pacientes con 65 años. Existe una incidencia menor en pacientes menores de 40 años, entre un 5% y el 10%. ⁽³⁾

En el continente asiático, la afectación del colon izquierdo es aproximadamente del 8-25% de los casos, donde la edad de presentación más frecuente son los adultos entre los 40 y los 50 años, siendo el colon derecho el que presenta alrededor del 70-98% de afectación. ⁽²⁾ La incidencia en países occidentales de la enfermedad diverticular del colon derecho no es tan frecuente como en el oriente, ya que solo representa el 1-2%. ⁽²⁾

En el futuro, es probable que la incidencia de enfermedad diverticular derecha crezca en países del occidente, dado por el aumento de la migración de asiáticos hacia América. ⁽²⁾

A diferencia de la incidencia de casos de pacientes con diverticulosis, solo el 25% de la población con divertículos llega al desarrollo de diverticulitis, por lo cual es muy común que se presente en los pacientes afectados. ⁽⁸⁾ De este porcentaje anterior, solo el 5% llega a presentar enfermedad diverticular complicada y esto disminuye con la presentación de episodios repetitivos de diverticulitis no complicada. La enfermedad diverticular complicada presenta una tasa alta de morbimortalidad, alrededor del 40% de los casos. ⁽⁸⁾

Fisiopatología

Existen diversos factores que influyen en la generación de divertículos, tales como la motilidad colónica, alteraciones de la microbiota, dieta, inflamación y factores genéticos. ⁽³⁾

Dentro de la motilidad colónica, la degeneración neural presentada por la edad provoca la disminución de células de Cajal y del plexo mientérico lo cual produce cambios en la contractibilidad del colon afectando a su vez su peristalsis, con un incremento de la presión intraluminal causando una hipertrofia de la muscular. ⁽³⁾

Por otra parte, se ha evidenciado que existe un incremento en la presencia de diverticulitis para Proteobacteria y todos phyla combinados, en pacientes con alteraciones en la microbiota, eso explicaría la razón por la cual el ejercicio físico funciona efectivamente, dado su efecto conocido sobre la microbiota, como medida preventiva en el manejo de la diverticulosis. ⁽⁹⁾

La dieta baja en fibras aumenta la posibilidad de contraer diverticulosis, ya que disminuye movimientos peristálticos del colon lo cual aumenta la presión intraluminal del mismo, disminuyendo el tránsito intestinal, por lo cual una dieta con alta presencia de fibra ayudaría a prevenir esta enfermedad. ⁽³⁾

Recientemente se ha podido identificar como factor de riesgo de diverticulosis la persistencia endoscópica e histológica de la inflamación colónica.⁽³⁾ Esta estaría relacionada a la sintomatología y la recurrencia alta de la enfermedad. La obesidad también incrementaría los casos de diverticulosis por el efecto inflamatorio de las adipoquinas y quemoquinas. ⁽³⁾

Factores de riesgo

Existen factores que predisponen a las personas a la presencia de divertículos, tales como dietas bajas o sin fibra, sedentarismo, obesidad, malos hábitos alimenticios, etc. ⁽⁸⁾

En la enfermedad diverticular derecha, los factores genéticos juegan un papel importante en la predisposición a la enfermedad. Incluso existe asociación de personas afectadas por trastornos genéticos con diverticulosis, tales como anomalías del colon, patologías neurológicas, entre otras. ⁽³⁾ Durante la sexta semana de gestación, estos divertículos congénitos aparecen en forma de una proyección sacular. ⁽³⁾

Clasificación de Hinchey

La clasificación de Hinchey fue creada por el Dr. E John Hinchey en 1978 con el fin de asegurar un buen diagnóstico y tratamiento, a través de los diversos hallazgos clínicos y quirúrgicos, de la enfermedad diverticular, debido a los diferentes criterios clínicos que se tenía para poder manejar la enfermedad. ⁽⁴⁾ En el año 2005, esta clasificación fue modificada debido a la presencia de nuevos métodos diagnósticos que favorecieron el correcto diagnóstico de la enfermedad, como el uso de TC de abdomen o pelvis, con o sin contraste. ⁽⁴⁾

En el 2015, Sartelli modifica de nuevo la tabla con el objetivo de poder establecer el grado de severidad de la enfermedad, relacionando tanto la clínica y los hallazgos de imágenes con el buen tratamiento de la enfermedad diverticular. ⁽⁴⁾

La clasificación se presenta de la siguiente manera:

- **Estadio 0:** engrosamiento parietal de los sáculos diverticulares con presencia de hiperdensidad de la grasa pericólica. ⁽⁴⁾ El tratamiento consiste depende del estado general del paciente, puede ser ambulatorio, si no presenta criterios de sepsis, o permanecer hospitalizado para el correcto manejo en la administración de antibióticos ya sea por vía oral o parenteral. ⁽⁴⁾
- **Estadio IA:** no hay presencia abscesos, pero sí de pequeñas gotas de líquido libre o aire alrededor del colon. ⁽⁴⁾ El tratamiento consiste en hospitalizar al paciente para observación con uso de antibióticos por vía parenteral. ⁽⁴⁾

- **Estadio IB:** presencia de absceso con tamaño menor a 4 cm sin presencia de aire libre a la distancia. ⁽⁴⁾ El tratamiento consiste en hospitalización con uso de antibióticos por vía intravenosa; si no hay respuesta se recomienda drenar el absceso por vía percutánea mediante el uso de imágenes. ⁽⁴⁾
- **Estadio IIA:** presencia de absceso con tamaño mayor a 4cm con presencia de aire libre a la distancia. ⁽⁴⁾ El tratamiento consiste en drenar el absceso por vía percutánea mediante el uso de imágenes. ⁽⁴⁾
- **Estadio IIB:** presencia de aire libre a la distancia mayor a 5 cm de la cavidad intestinal con presencia de inflamación.⁽⁴⁾ Se recomienda drenar el absceso por vía percutánea mediante uso de imágenes como tratamiento conservador si el paciente se encuentra estable; si no es el caso, se recomienda la extracción quirúrgica del lado afectado con o sin su debida conexión quirúrgica. ⁽⁴⁾
- **Estadio III:** se observa liquido libre extendido alrededor de la cavidad sin relación a neumoperitoneo. ⁽⁴⁾ Se recomienda como tratamiento en caso de no presentar una estabilidad clínica la resección quirúrgica; si el paciente si está estable se prefiere el lavado mediante laparoscopia y el respectivo drenaje. ⁽⁴⁾
- **Estadio IV:** se observa liquido libre extendido alrededor de la cavidad asociado a neumoperitoneo. ⁽⁴⁾ El tratamiento recomendado es la extracción quirúrgica con o sin anastomosis. ⁽⁴⁾

Etiología

DIVERTICULOSIS

Clínica

Esta es la forma de presentación de la enfermedad diverticular más frecuente, y en el 70% de los casos los pacientes se van a encontrar asintomáticos. El 30% restante de pacientes pueden debutar con síntomas que son un poco

inespecíficos y que pueden confundirse con otras patologías como puede ser el síndrome de intestino irritable. ⁽¹⁰⁾

Entre los síntomas se incluyen dolor tipo cólico de leve a moderada intensidad que empeora con la ingesta de alimento y que se puede localizar en fosa iliaca izquierda (lugar habitual de la enfermedad diverticular). Este dolor que los pacientes tienden a referir suele desaparecer con expulsión de gases o con la defecación. Otros síntomas que pueden aparecer, aunque en menor frecuencia son distensión abdominal, estreñimiento o diarrea ya sea con o sin moco. ⁽¹¹⁾

Diagnóstico

El descubrimiento de divertículos en el colon es uno de los hallazgos que se dan de forma accidental más comunes realizados durante una colonoscopia. ⁽¹¹⁾

El diagnóstico de la enfermedad diverticular se puede dar con la clínica que suelen presentar los pacientes y se llegan a confirmar con los exámenes radiológicos pertinentes o con colonoscopia. ⁽¹²⁾

Tratamiento

Cuando la diverticulosis no causa síntomas, generalmente se mantiene un plan de tratamiento de tipo conservador o incluso solo se decide hacer controles periódicamente a los pacientes para ver la evolución de la enfermedad.

Según las recomendaciones de la American Society of Colon and Rectal Surgeons, el abordaje principal de la enfermedad diverticular no complicada se basa en reposo digestivo y antibióticos que tengan gran cobertura. ⁽⁸⁾

La American Gastroenterology Association sugiere la práctica de actividad física como factor preventivo de diverticulitis y de sangrado diverticular además de que recomienda su práctica después de un episodio de diverticulitis aguda. ⁽¹³⁾

DIVERTICULOSIS COMPLICADA

DIVERTICULITIS

Clínica

El principal síntoma que las personas afectadas por diverticulitis van a presentar de forma característica va a ser dolor abdominal y este a su vez se ve asociado con un cambio en el tránsito intestinal, ya sea estreñimiento o diarrea. Uno síntomas que suelen aparecer, aunque en menor frecuencia son náuseas, vómitos y síndrome miccional. ⁽¹¹⁾

Al examen físico, el paciente afectado referirá dolor en la región donde en este caso se encuentra la diverticulitis lo que pudiera estar siendo sugestivo de un peritonismo, además este dolor podrá estar asociado con fiebre. ⁽¹¹⁾

Diagnóstico

En el caso de que se tenga sospecha de una diverticulitis, lo primero que se debe de hacer es obtener una buena historia clínica del paciente seguido del examen físico correspondiente para ubicar la región donde el paciente refiere la molestia. La triada clásica que presentan los pacientes incluyen dolor en fosa iliaca izquierda, leucocitosis y fiebre. Los exámenes de laboratorios por si solos no son suficiente para llegar al diagnóstico de diverticulitis, por ello se debe de complementar con imágenes. ⁽¹¹⁾

Tratamiento

El tratamiento que pueden recibir los pacientes con diverticulitis aguda no complicada puede ser de tipo ambulatorio. Para poder optar por este método de tratamiento, los pacientes deben de cumplir ciertos criterios, como son el hecho de no presentar fiebre, no tener comorbilidades importantes, buena tolerancia a la vía oral, no tener alteraciones cognitivas y tener apoyo social. ⁽¹⁴⁾

Existen protocolos que indican la administración de un esquema antibiótico a los pacientes por un lapso de entre 7 a 10 días y deben de tener una cobertura

tanto para Gram negativos como para anaerobios. Entre las pautas de opciones que se emplean, la más usada sigue siendo la administración de amoxicilina-clavulánico, o cefalosporinas de 2nda y 3era generación o una quinolona asociada a metronidazol. ⁽¹⁴⁾

Algunos autores sugieren primero la administración de antibioticoterapia por vía intravenosa por al menos 4 días, ya que los episodios agudos suelen tener una duración entre 2 a 4 días, seguido de un régimen por vía oral una vez la sintomatología haya disminuido. Las opciones que más se emplean por vía intravenosa son ampicilina a 1 gramo cada 6 horas, metronidazol 500mg cada 8 horas más gentamicina 4-7mg por kilogramo. Para el manejo posterior por vía oral se usa amoxicilina más ácido clavulánico 875mg/125mg cada 12 u 8 horas.⁽⁸⁾

DIVERTICULITIS COMPLICADA

ABSCESO

Suele darse en el 15% de los casos y en caso de presentarse, la sintomatología, además del dolor, puede incluir una fiebre de mal manejo, una masa palpable y todo ello acompañado de irritación peritoneal. ⁽¹¹⁾

Cuando se confirma la presencia de absceso, el abordaje terapéutico definitivo para la corrección de este puede ser con una intervención quirúrgica o con drenaje percutáneo. ⁽¹²⁾

FÍSTULA

Las fistulas se dan hasta en un 12% de los casos de enfermedad diverticular complicada y la mayoría de estas se van a dar en órganos adyacentes como puede ser en la vejiga, ocasionando la aparición de un síndrome miccional y síntomas como neumatúria o fecaluria. Otras localizaciones donde pueden presentarse un fistula va a ser coloentéricas, colouterinas o colocutáneas. ^(11,12)

PERFORACIÓN LIBRE

La perforación asociada a peritonitis debido a diverticulitis se da en el 1% al 2% de los casos, siendo esta una complicación rara. Sin embargo, cuando se presenta, la tasa de mortalidad en los pacientes puede llegar hasta un 20%.⁽¹²⁾

HEMORRAGIA DIVERTICULAR

La hemorragia diverticular es la causa más frecuente de hemorragia digestiva baja. ⁽¹⁵⁾ En los pacientes que ya han sangrado, existe la posibilidad de que haya resangrado al siguiente año luego del episodio inicial. ⁽⁶⁾

El sangrado que se presenta generalmente es espontáneo, no doloroso, de aparición intermitente y sobre todo, autolimitado. Por el sangrado ser de origen arterial, la severidad de este suele ser de moderada a grave y es por ello que 35% de los casos conlleva a cirugía de emergencia.⁽¹¹⁾

El diagnóstico de esta complicación en muchas ocasiones se da por sospecha y por exclusión y se usan diferentes métodos como la colonoscopia, arteriografía y tomografía. ⁽¹¹⁾

FORMAS DE PRESENTACION DE LA HEMORRAGA DIVERTICULAR

Las melenas que la presencia de heces negras o untuosas, que producen mal olor, que aparecen mezcladas con el material fecal. Por lo general, provienen de partes más distantes del intestino, como el colon derecho. ⁽¹⁷⁾

Otra forma de presentación es la hematoquecia que es la presencia de sangre roja o rutilante, que es fresca, que viene con la defecación, ya sea combinada o sola. Es la presentación más común de la hemorragia digestiva baja, debido a que se caracteriza por presentarse en lesiones debajo del ángulo de Treitz. ⁽¹⁷⁾

La rectorragia es el signo menos común en la enfermedad diverticular sangrante y es la emisión de sangre por vía rectal. ⁽¹⁸⁾

La sangre oculta en heces es la presencia de sangre oculta en heces mediante test químico o microscópico, por ende, su presencia no es macroscópica.

Proviene de cualquier parte del aparato digestivo, está asociada a la presencia de anemia ferropénica en la biometría hemática. ⁽¹⁷⁾

Tratamiento de la diverticulitis complicada

El manejo de los abscesos diverticulares varía. Si estos se encuentran dentro del estadio I de Hinchey o miden menos de 4 cm se opta por el tratamiento con antibioticoterapia y esta suele ser resolutive en el 70% de los casos. Para el resto de los abscesos se da régimen antibiótico más la colocación de un drenaje vía percutánea y con ello suelen resolverse en el 80% de los casos. Si después de 3 días de drenaje y antibióticos no hay mejoría, se recurre a la cirugía que consiste en la resección del absceso y del segmento del colon afectado por la diverticulitis, haciendo también una derivación tipo Hartmann o una anastomosis primaria siendo ello decisión a criterio del cirujano. ⁽¹¹⁾

Para las fístulas el tratamiento implica el cierre de las mismas y la resección del segmento del colon diverticular.

Si existe la sospecha de la presencia de una perforación de origen diverticular, se debe de administrar de forma inmediata antibioticoterapia ya que la perforación es significado de una emergencia quirúrgica. ⁽¹¹⁾

Lo primero que se debe de hacer ante la presencia de sangrado de origen diverticular es hacer resucitación mediante la instauración de líquidos, transfusión de hemoderivados y administrar fármacos vasoactivos. ⁽¹¹⁾ El abordaje para controlar el sangrado se hace mediante colonoscopia con el objetivo de implementar medidas hemostáticas que suelen tener una capacidad resolutive del 70-90%. Entre ellas se encuentran, aunque no recomendadas por su tasa de recurrencia, la esclerosis con adrenalina diluida y la electrocoagulación con argón. Entre las siguientes opciones disponibles para el control de los sangrados está el uso de clips hemostáticos y de la embolización del vaso responsable. Como última alternativa terapéutica se encuentra la cirugía en la cual se trata de resecar la mínima cantidad de colon posible y se recurre a ella en caso de que las anteriores hayan fallado. ⁽¹¹⁾

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

La presente investigación se trata de un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico el cual fue realizado en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo entre enero del 2018 a diciembre del 2020, en las áreas de Gastroenterología, Medicina Interna, Coloproctología y Cirugía.

Población y muestra

Una vez habiendo recibido la base de datos con aproximadamente 3 mil pacientes a la cual se le aplicaron los diferentes criterios de inclusión y exclusión, quedando la totalidad de 100 pacientes con enfermedad diverticular que presentaron sangrado digestivo bajo.

Criterios de inclusión:

- Pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, ingresados en el área de Gastroenterología, Medicina Interna, Coloproctología y Cirugía con el diagnóstico de enfermedad diverticular sangrante en el periodo entre enero del 2018 a diciembre del 2020,
- Pacientes entre 50 a 85 años que presenten enfermedad diverticular sangrante.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con sangrado de origen no diverticular.
- Pacientes sin diagnóstico imagenológico y con historias clínicas incompletas.

Operacionalización de las variables:

NOMBRE VARIABLES	INDICADOR	TIPO	RESULTADO FINAL
Sexo	Según los datos de la cédula de identidad	Categórica Nominal Dicotómica	Femenino Masculino
Grupos de edades	Según los datos de cédula de identidad	Numérica Razón Discreta	50-59 años 60-69 años 70-79 años 80-85 años
Presentación del sangrado	Según lo descrito en la Historia Clínica	Categórica Nominal Politómica	Melena Hematoquecia Rectorragia Sangrado oculto en heces
Manejo terapéutico	<u>Clínico</u> - Esquema 1: lbp + ac. tranexámico + ceftriaxona - Esquema 2: lbp + eritromicina + metronidazol - Esquema 3: lbp + lactulosa + magaldrato + metoclopramida - Esquema 4: lbp + magaldrato + polietilenglicol - Esquema 5: lbp + ciprofloxacina + metronidazol - Esquema 6: lbp + lactulosa + ac. tranexámico + ciprofloxacina <u>Quirúrgico</u> - Colectomía parcial + colostomía Hartmann	Categórica Nominal Politómica	<u>Clínico</u> - Esquema 1 - Esquema 2 - Esquema 3 - Esquema 4 - Esquema 5 - Esquema 6 <u>Quirúrgico</u>

Recolección y procedimiento estadístico de la información:

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes del estudio, encontradas en el sistema AS400 del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, se obtuvo una base de datos solicitada de las cuales se eligieron a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para establecer la muestra. Se realizó un análisis descriptivo de variables cualitativas frecuencia, porcentaje y variables cuantitativas, promedios, desviación estándar y análisis diferencial; variables cualitativas, chi cuadrado y variables cuantitativas T student. Se utilizó una tabla Excel con fórmulas estadísticas para la tabulación de los datos y los resultados son expuestos en tablas y gráficos.

Consideraciones éticas

La información encontrada en la presente investigación es de carácter confidencial y por ningún motivo será divulgada al público en general puesto que solo fue utilizada con fines científicos. Por ser un estudio retrospectivo trabajamos con las historias clínicas individuales por lo que no ha sido necesario el consentimiento informado de los pacientes.

Esta investigación no posee ningún conflicto de interés.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Se realiza un trabajo de investigación en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo correspondiente entre enero 2018 a diciembre 2020, en el tiempo de estudio tenemos una muestra de 100 pacientes con sangrado diverticular, cumpliendo así los criterios de inclusión y de exclusión, donde el sexo femenino predomina con 62 pacientes para un 62% seguido del sexo masculinos con un total de 38 pacientes que significa el 38%. El rango de edad de los pacientes del estudio ha sido entre 50 a 85 años con una media de 67.65, una desviación estándar de 8,813 y una mediana de 67, como se muestra en la tabla #1.

En cuanto a las edades, en el sexo femenino, predomina el rango entre 60-69 años, con un total de 28 pacientes para un 28%. Con respecto al sexo masculino el grupo de edad que predomina más cantidad fue el grupo de 60-69 años con 15 pacientes para un 15%.

Se realiza una comparación mediante la prueba del χ^2 el sexo con el sangrado con un grado de libertad de 3, en el cual se valoró como un P menos a 0.05 para su asociación lo cual resultó mediante la distribución de χ^2 sobre χ^2 calculado lo cual resultó un valor de p 0.487 lo cual indica una independencia de variables y su no asociación entre sangrado y sexo.

Tabla 1: Relación edad-sexo en pacientes con enfermedad diverticular sangrante

**Prueba chi-cuadrada para asociación: Resultados por Edad
Informe de diagnóstico**

Conteos observados y esperados

	50-59		60-69		70-79		80-85	
	Obs	Exp	Obs	Exp	Obs	Exp	Obs	Exp
Femenino	10	9,9	28	27	19	18	5	7,4
Masculino	6	6,1	15	16	10	11	7	4,6
Total	16		43		29		12	

Los conteos esperados deben ser por lo menos 1 para asegurar la validez del valor p de la prueba.

Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo (Flores, García, 2021)

En el gráfico #1 se realiza la comparación entre los diferentes tipos de presentación del sangrado en la enfermedad diverticular, y se obtiene como resultados que el 73% de los pacientes presenta hematoquecia, en el 16% de pacientes se observa melena, en el 8% rectorragia y en el 3% sangre oculta en heces.

Gráfico 1: Presentaciones clínicas de la enfermedad diverticular sangrante



Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo (Flores, García, 2021)

En el gráfico #2 podemos observar la distribución de pacientes según el manejo terapéutico de la hemorragia digestiva baja por enfermedad diverticular, siendo el tratamiento clínico el más empleado para un 76%, seguido del tratamiento quirúrgico para un 24%.

Gráfico #2. Manejo terapéutico de la hemorragia digestiva baja en pacientes con enfermedad diverticular.



Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo (Flores, García, 2021)

Con relación a la descripción de los diferentes tipos de manejos terapéuticos empleados en la enfermedad diverticular sangrante, la tabla #2 muestra como resultado una distribución de 6 esquemas de manejo clínico y el tratamiento quirúrgico. En 22 pacientes con la enfermedad ha sido empleado el esquema #2, siendo este el de mayor uso. En segundo lugar, la opción terapéutica ha sido el esquema #1 con un total de 17 pacientes. Los esquemas #3 y #6 ocupan el tercer lugar con un total de 13 pacientes. Con respecto al tratamiento quirúrgico (Colectomía parcial + colostomía Hartmann) se evidencia que se realiza en 24 personas para un 24%.

Tabla 2: Distribución de pacientes según los diferentes tipos de manejos terapéuticos.

	MANEJO TERAPÉUTICO	Pacientes	Porcentaje
Clínico	IBP + AC. TRANEXAMICO + CEFTRIAXONA	17	17%
	IBP + ERITROMICINA + METRONIDAZOL	22	22%
	IBP + LACTULOSA + MAGALDRATO + METOCLOPRAMIDA	13	13%
	IBP + MAGALDRATO + POLIETILENGLICOL	5	5%
	IBP + CIPROFLOXACNA + METRONIDAZOL	6	6%
	IBP + LACTULOSA + AC. TRANEXAMICO + CIPROFLOXACINA	13	13%
Quirúrgico	Colectomía parcial + colostomía Hartman	24	24%
	Total	100	100%

Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo (Flores, García, 2021)

DISCUSIÓN

El sangrado diverticular es una complicación frecuente en los pacientes afectados por enfermedad diverticular y que puede tener diferentes abordajes con el objetivo de estabilizar al paciente y después proceder a manejar el sangrado. La población del estudio consistió en 100 pacientes de los cuales el sexo que tuvo mayor presentación de casos fue el femenino. Según un estudio realizado en Chile, en el año 2019, sobre Prevalencia de divertículos colónicos asintomáticos en población chilena como hallazgo imagenológico en tomografía de abdomen, presentaron resultados similares al nuestro respecto a que el sexo no tiene relación con la presencia de la enfermedad diverticular.⁽¹⁾ De igual manera, el mismo estudio revela que el sexo femenino tiene mayor prevalencia sobre el masculino.⁽¹⁾

En nuestro estudio, el rango de edad predominante de presentación fue el grupo etario de 60 y 69 años, presentando resultados similares a un estudio realizado en nuestro país, en el año 2016, en el Hospital Luis Vernaza, sobre Descripción de las complicaciones posquirúrgicas de la enfermedad diverticular de colon, donde el 40% de los casos que ellos estudiaron correspondía a personas de entre 61 a 75 años.⁽¹⁹⁾

Respecto a la frecuencia del tipo de presentación del sangrado diverticular, nuestro estudio demuestra que la hematoquecia es la forma más común de presentación en los pacientes con hemorragia digestiva baja por diverticulitis. Esto en comparación a un estudio realizado en el año 2019, en Lima, sobre Hemorragia digestiva baja: factores predictores de severidad y mortalidad en un hospital público de Lima, concuerdan en que este si es el tipo de presentación más frecuente.⁽¹⁸⁾

El abordaje que se da en primera instancia y con mayor frecuencia es el clínico, muy similar a un estudio realizado en Madrid, sobre Hemorragia digestiva baja y hemorragia digestiva de origen oscuro, en el cual se observa de igual manera que la mayoría de los pacientes suelen tener un sangrado

inicial el cual es autolimitado y por ello se procede a manejarlo con farmacoterapia. ⁽¹⁷⁾

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

La diverticulitis es la causa más común de hemorragia digestiva baja en pacientes adultos mayores de 50 años. En nuestra investigación se pudo cumplir con los objetivos planteados desde el inicio y poder comprobar ciertos conceptos conocidos. El total de casos de pacientes con diverticulosis fue alrededor de 1575, de estos solo 100 pacientes cumplieron el criterio de hemorragia digestiva baja por enfermedad diverticular.

En la investigación se pudo comprobar que el sexo femenino fue el más afectado, a diferencia del sexo masculino. A pesar de eso, se pudo identificar que no existe asociación entre el riesgo de sangrado y el sexo. Por otro lado, el rango de edad, en el cual se presentó más la enfermedad diverticular sangrante, fue en pacientes de 60-69 en relación a ambos sexos.

El tipo de presentación más frecuente de la enfermedad diverticular sangrante es la hematoquecia, con un total de 73 casos para un 73%.

Casi todos los pacientes con enfermedad diverticular sangrante son tratados de manera clínica; solo un 24% de los casos fueron tratados de manera quirúrgica mediante el proceso de colectomía parcial más colostomía. El fármaco más usado fue un IBP, como el omeprazol, asociado a antibióticos, siendo el esquema de IBP+metronidazol+eritromicina, el más utilizado por el área de gastroenterología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

RECOMENDACIONES

Como autores de esta investigación se recomienda:

- Un mejor uso de la escala CIE10 para el mejor diagnóstico de la enfermedad, incluyendo sus complicaciones con su respectiva categorización en el área correspondiente.
- Un mejor detalle del tratamiento médico, usando esquemas que faciliten al paciente el no padecer riesgos de resangrado en un futuro.
- Que el tratamiento médico este acompañado siempre de una cita con un especialista del área de nutrición, ya que como se ha dicho en la investigación, los factores de riesgo más frecuentes son la obesidad y dietas bajas en fibras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno B. N, Saavedra J. V, Peters A. T, von-Jentschky R. N, Bocic A. G, Sanguinetti M. A, et al. Prevalencia de divertículos colónicos asintomáticos en población chilena como hallazgo imagenológico en tomografía de abdomen y pelvis. *Rev Cir (Mex)*. 2019;71(3):230–7.
2. Ferrara F, Bollo J, V Vanni L, M Targarona E. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon derecho: revisión de conjunto. *Cir Española*. 2016;4:2–8.
3. Barbalace N. Manejo Actual de la Enfermedad Diverticular Aguda del Colon. *Rev Argent Coloproct [Internet]*. 2017;28(2):181–91. Disponible en:
http://www.sacp.org.ar/revista/files/PDF/28_02/28_02_09_Barbalace.pdf
4. Roccatagliata ND, Rodríguez LD. Revisión de la clasificación de Hinchey (diverticulitis) y su correlación terapéutica. *Rev Argentina Radiol*. 2020;84:123–9.
5. Yáñez B E, Maturana D J, Briones S L. Enfermedad diverticular: nuevas perspectivas en el tratamiento dieto-terapéutico. *Rev Chil Nutr*. 2019;46(5):585–92.
6. Raña-Garibay R, Salgado-Nesme N, Carmona-Sánchez R, Remes-Troche JM, Aguilera-Carrera J, Alonso-Sánchez L, et al. “Consenso mexicano sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon”. *Rev Gastroenterol México*. 2019;84(3):423–4.
7. García Rossi C, Rodríguez Bolaños D. Diverticulitis: revisión de la literatura en cuanto al manejo actual. *Rev Clínica Esc Med UCR-HSJD*. 2019;9(2):41–8.
8. Carranza A, Villalobos E, Mora V. Abordaje de la diverticulitis aguda. *Rev Médica Sinerg [Internet]*. 2020;5(4). Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms204b.pdf>

9. Fluxá D, Quera R. Enfermedad diverticular: mitos y realidades. Rev Med Chil. 2017;145(2):201–8.
10. Rodríguez-wong U, Cruz-rubin C, Pinto-angulo VM, Álvarez G. Obesidad y enfermedad diverticular del colon complicada. Cir Cir. 2015;(xx):2–6.
11. Mesonero F, Peñas SPB. Enfermedad diverticular del colon. Rev la Educ Super. 2016;12(6):285–96.
12. Feuerstein JD, Falchuk KR. Diverticulosis and Diverticulitis. Mayo Clin Proc. 2016;1–11.
13. Rezapour M, Ali S, Stollman N. Diverticular Disease : An Update on Pathogenesis and Management. 2018;12(2):125–32.
14. Blasco-segura T, Ferrer-ma M, Rosado-cobia R. Enfermedad diverticular complicada: toma de posición sobre tratamiento ambulatorio, intervención de Hartmann, lavado-drenaje peritoneal y cirugía laparoscópica. Documento de consenso de la Asociación Española de Coloproctología y Sección de Coloproctología. 2017;1–9.
15. Ri A, Rodri M. Hemorragia digestiva baja grave de origen diverticular. 2010;33(5):363–9.
16. Ra R, Salgado-nesme N, Carmona-sánchez R, Remes-troche JM. Consenso mexicano sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon. 2019;84(2):220–40.
17. Tavío E, Sánchez-Vegazo CT, Aicart-Ramos M, Mesonero F, Albillos A. Hemorragia digestiva baja y hemorragia digestiva de origen oscuro. Med. 2016;12(6):308–15.
18. Bellido-Caparó Á, Espinoza-Ríos J, Gómez Hinojosa P, Prochazka-Zarate R, Bravo Paredes E, León Rabanal CP, et al. Hemorragia digestiva baja, factores predictores de severidad y mortalidad en un

hospital público de Lima. Rev Gastroenterol Peru. 2019;39(3):229–38.

19. Chasi O, Pared E. Descripción de las complicaciones posquirurgicas de la enfermedad diverticular del colon. 2016;2015–6.
20. Cisneros MJ, Menéndez F. Prevalencia de hemorragia digestiva baja por enfermedad diverticular en pacientes de la tercera edad que acuden al Hospital IESS de los Ceibos en el periodo 2017-2018. 2020;



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **FLORES RENGIFO RICARDO JOSÉ**, con C.C: # 0923036776 autor/a del trabajo de titulación: **Manejo terapéutico de enfermedad diverticular sangrante empleado en pacientes hospitalizados, en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, entre 2018 y 2020** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **30 de agosto de 2021**

f. 

Nombre: **FLORES RENGIFO RICARDO JOSÉ**

C.C: **0923036776**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **GARCÍA VEGA, MARÍA BEATRIZ**, con C.C: # **0931084024** autor/a del trabajo de titulación: **Manejo terapéutico de enfermedad diverticular sangrante empleado en pacientes hospitalizados, en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, entre 2018 y 2020** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **30 de agosto de 2021**

f. 

Nombre: **GARCÍA VEGA, MARÍA BEATRIZ**

C.C: **0931084024**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Manejo terapéutico de enfermedad diverticular sangrante empleado en pacientes hospitalizados, en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, entre 2018 y 2020		
AUTOR(ES)	Flores Rengifo Ricardo José, García Vega María Beatriz		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Mayo Galban Caridad Isabel		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	CIENCIAS MEDICAS		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de agosto de 2021	No. DE PÁGINAS:	45
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gastroenterología, Cirugía, Coloproctología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Enfermedad diverticular, hemorragia digestiva baja, terapéutica		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Introducción: La diverticulosis es una enfermedad común en nuestro medio hospitalario y es la principal causa de sangrado a nivel del colon. Esta se clasifica en diverticulosis asintomática y sintomática, o conocida como diverticulitis. Los factores de riesgo asociados para el desarrollo de la enfermedad son el sedentarismo, la obesidad, dietas bajas en fibras, la microbiota intestinal, entre otras. Las complicaciones más frecuentes de la enfermedad son: la presencia de fistulas, abscesos o riesgo de sangrado. La enfermedad diverticular sangrante comotal, es una de las complicaciones cuyo manejo se puede dar tanto de forma clínica como quirúrgica, por lo cual el siguiente estudio busca conocer su forma de manejo más frecuente empleado en el medio. Materiales y métodos: La presente investigación se trata de un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico, realizado en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo entre enero del 2018 a diciembre del 2020, en las áreas de Gastroenterología, Medicina Interna, Coloproctología y Cirugía. De 1575 pacientes con diverticulosis, solo fueron escogidos 100 pacientes que presentaron, en el lapso correspondido, hemorragia digestiva por enfermedad diverticular. Resultados: el sexo no tiene asociación a la presencia de hemorragia digestiva baja por enfermedad diverticular. El manejo terapéutico más utilizado es el clínico para un 76%, sobre el quirúrgico para un 24%.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORES/ES:	Teléfono: +593 996360609 +593 991549985	E-mail: ricardo_27@hotmail.com jesus100111@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayon Genkuong, Andrés Mauricio		
	Teléfono: +593997572784		
	E-mail: andres.aayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			