

**TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA**

**AUTORES:** Jiménez Salido, A, Rueda Chimeno JC, Caro Tarragó A., Feliu Villaró, F.,  
Escuder Pérez, J., Spuch Sánchez JA., Gris Yrayzoz, F. ,Vicente Guillen, V

**Servicio Cirugía Gral. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.**

**Correspondencia: [ruedachimenojc@gmail.com](mailto:ruedachimenojc@gmail.com)**

## **INTRODUCCION**

La enfermedad diverticular del colon (EDC) presenta una prevalencia del 5%-25% en la población de más de 40 años y se eleva al 60% a partir de los 60 años de vida.

El 20 % de los pacientes afectados de EDC presentarán algún episodio de diverticulitis aguda (DA) durante su vida. (1,2,3,4)

El Servicio de Cirugía General del Hospital Joan XXIII asume el tratamiento de la EDC, tanto de sus formas agudas como de sus formas crónicas, y también de las manifestaciones recurrentes que así lo requieran.

La EDC incluye las formas agudas, tanto simples como complicadas

La Unidad de Hospital a Domicilio (UHD) de nuestro hospital asume, desde hace 10 años, el tratamiento ambulatorio de pacientes afectados de patologías tanto médicas como quirúrgicas.

La DA en sus formas no complicadas se incluyó en las patologías a tratar a nivel ambulatorio.

Para seleccionar a los pacientes, utilizamos la clasificación de la American Society of Colorectal Surgeons, incluyendo los pacientes con diverticulitis agudas leves o moderadas. (tabla 1)

El objetivo del presente artículo es confirmar la eficacia del tratamiento ambulatorio de la DA no complicada.

Tabla 1. The classification of diverticular disease

Diverticulosis	Asymptomatic
Diverticulitis	
Noninflammatory	Symptoms without inflammation
Acute	Symptoms with inflammation
Simple	Localized
Complicated	With perforation
Chronic	Persistent, low grade
Atypical	Symptoms without systemic signs
Recurring, persistent	Symptoms with systemic signs (may be intermittent)
Complex	With fistula, stricture, obstruction
Malignant	Severe, fibrosing

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

Hemos realizado un estudio retrospectivo desde octubre de 2008 a diciembre de 2010 en el Servicio de Cirugía General del Hospital Joan XXIII de Tarragona.

Se han revisado 56 casos de los cuales, 38 han recibido tratamiento en domicilio mediante la Unidad de Hospitalización a Domicilio y 18 han ingresado recibiendo tratamiento hospitalario.

Los pacientes presentan un cuadro clínico compatible con DA.

El dolor abdominal focalizado en fosa ilíaca izquierda con o sin fiebre asociada es el motivo de consulta más frecuente.

Entre las exploraciones complementarias, se realizará una analítica completa con hemograma, coagulación y bioquímica, una radiografía simple de tórax y abdomen para descartar neumoperitoneo y oclusión intestinal y una TC abdominal que confirma el diagnóstico de DA.

Para clasificar las diverticulitis, utilizamos la clasificación de Hinchey, siendo candidatos a tratamiento en domicilio aquellos pacientes que presentan un Hinchey I ó II. (tabla 2). (5).

### Clasificación de Hinchey

I	Engrosamiento del sigma y mesenterio.
II	Absceso pélvico.
III	PERITONITIS PURULENTA.
IV	PERITONITIS FECALOIDEA.

Tabla 2

Ambos grupos han recibido el mismo antibiótico, Ertapenem 1 gramo cada 24 horas endovenoso.

Se han evaluado dieciseis variables mediante análisis univariante y multivariante. Se ha utilizado el programa estadístico SPSS versión 18.

El protocolo para la inclusión de pacientes en la Unidad de Hospitalización a Domicilio es el siguiente:

- Edad: Pacientes con menos de 80 años que presenten buen estado general.
- ASA I-II.
- Clínica compatible con la enfermedad y ausencia de signos clínicos de complicación, como peritonitis, vómitos o distensión abdominal severa.
- TC compatible con Hinchey I-II.
- Entorno social / familiar adecuado.
- Voluntad del paciente: El paciente debe aceptar recibir el tratamiento en domicilio y entender que no pierde el contacto con el hospital mediante esta modalidad de tratamiento.

## **RESULTADOS.**

Analizando los resultados obtenidos, respecto al sexo objetivamos que no existen diferencias significativas en la distribución por sexos en ambas modalidades de tratamiento. Lo que sí que se objetiva es una mayor incidencia de la enfermedad en mujeres en ambos grupos. (Figura 1)

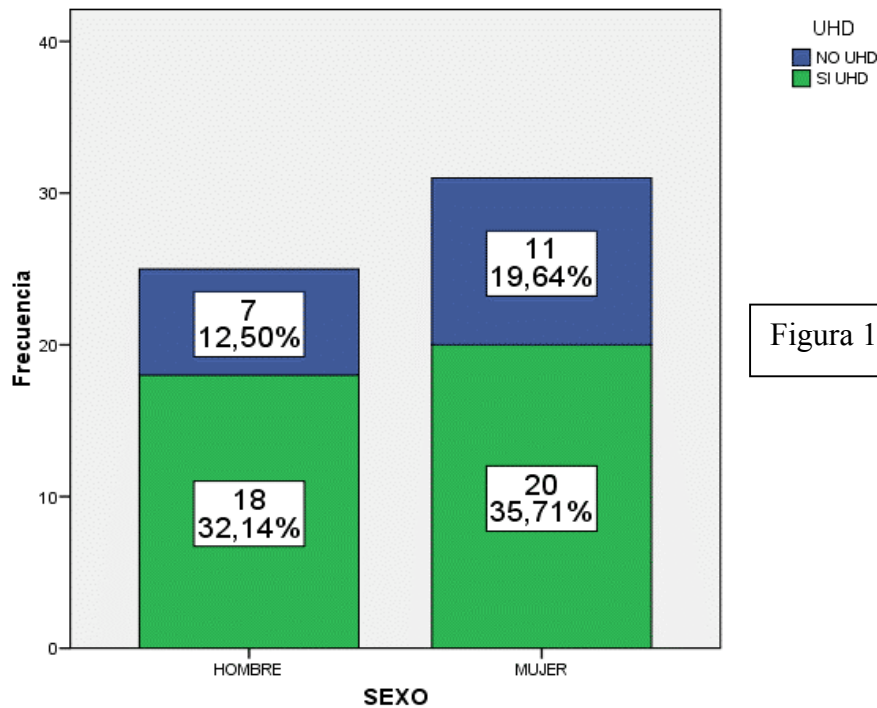


Figura 1.

La edad media de tratamiento de los pacientes es de 61'33 años en los pacientes hospitalizados y de 63'97 años en los pacientes de la UHD, sin que existan diferencias significativas entre ambos. (Figura 2). Se objetiva que pacientes jóvenes ingresan en mayor proporción.



Figura 2.

Respecto a los días de tratamiento, tampoco se objetivan diferencias significativas entre ambos grupos, situándose la media en torno a los 10 días de tratamiento. Sin embargo, lo que sí que observamos es que los pacientes que reciben tratamiento durante más días son pacientes hospitalizados, mientras que los pacientes de la UHD se sitúan en 10 días de media. Esto nos lleva a pensar que los criterios de selección para el tratamiento de pacientes en domicilio son los adecuados.(Figura 3)

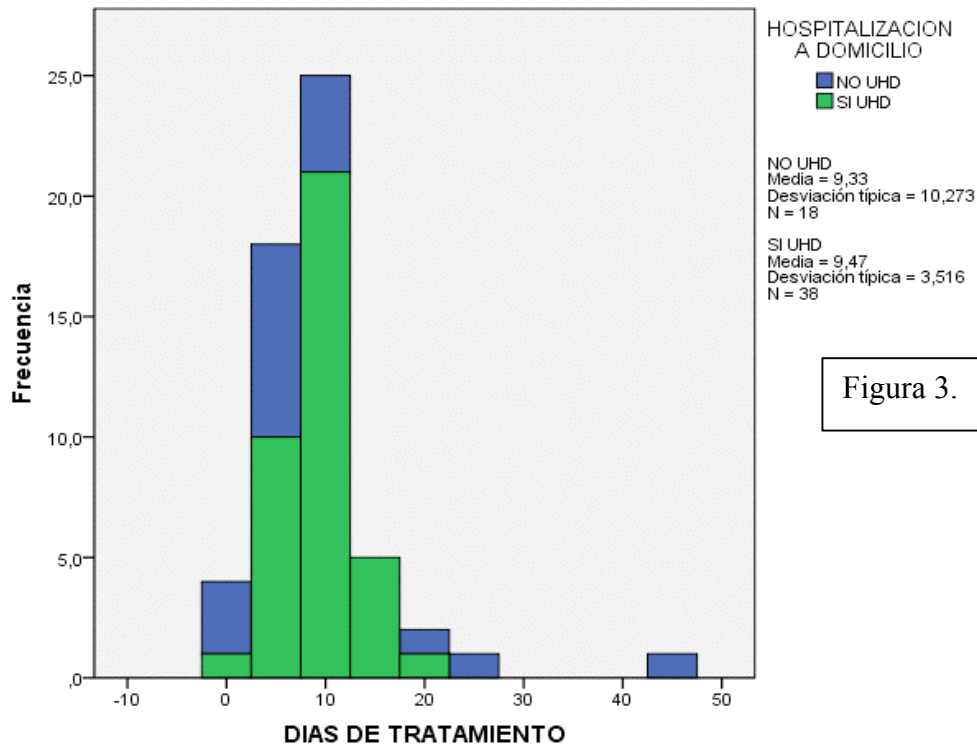


Figura 3.

Hemos intentado realizar un análisis de los posibles factores de reingreso de estos pacientes.

El porcentaje de pacientes que reingresan en los dos grupos de tratamiento es similar, en torno al 20% de los pacientes, sin que existan diferencias significativas entre ambos. (Figura 4 y 5)

**Tabla de contingencia REINGRESO \* HOSPITALIZACIÓN**

			HOSPITALIZACIÓN		Total
			1 HOSPITALIZACIÓN	2 NO HOSPITALIZACIÓN	
REINGRESO	1 NO REINGRESO	Recuento	13	30	43
		% de HOSPITALIZACIÓN	72,2%	78,9%	76,8%
	2 SI REINGRESO	Recuento	5	8	13
		% de HOSPITALIZACIÓN	27,8%	21,1%	23,2%
Total		Recuento	18	38	56
		% de HOSPITALIZACIÓN	100,0%	100,0%	100,0%

No significativo

p=0,7

Figura 4.

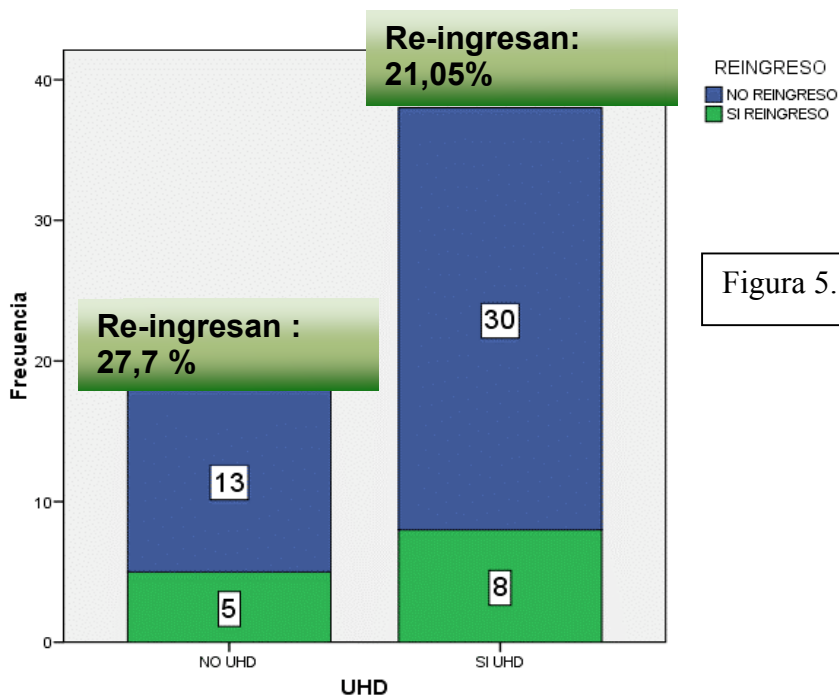
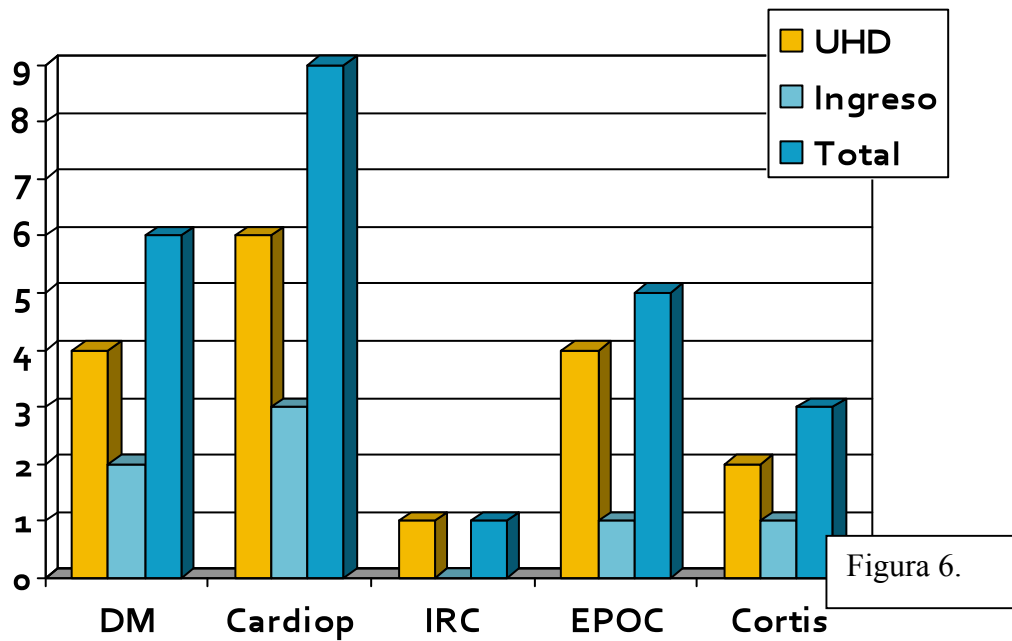


Figura 5.

Analizando las comorbilidades que presentan los pacientes, hemos recogido las que nos parece que influyen más en la gravedad de la diverticulitis.

La insuficiencia renal crónica, la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el tratamiento con corticoides parecen ser las más relevantes. El porcentaje en números absolutos en nuestra serie es muy pequeño, por lo que para conseguir mayor rentabilidad estadística las hemos agrupado en una única variable denominada comorbilidad. (Figura 6).



Realizando un análisis multivariante se objetiva que tanto en el grupo de ingreso hospitalario como en el de tratamiento domiciliario, la edad podría ser un factor favorecedor de reingreso. Al igual ocurre con la variable fiebre. (Figura 7).

**Variables en la ecuación**

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 <sup>a</sup>						
edad1	,970	,715	1,840	1	,175	2,639
comorbiditat	-1,304	,873	2,232	1	,135	,272
episodi	,335	,779	,185	1	,667	1,398
SEXO	-,107	,694	,024	1	,877	,898
FIEBRE	,765	,784	,953	1	,329	2,149
LEUCOCITOSIS	-,553	,777	,507	1	,476	,575
Constante	-1,525	1,640	,865	1	,352	,218

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: edad1, comorbiditat, episodi, SEXO, FIEBRE, LEUCOCITOSIS.

## UHD

**Variables en la ecuación**

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	
Paso 1 <sup>a</sup>	edad1	,961	,920	1,091	1	,296	2,614
	comorbiditat	-,466	,971	,231	1	,631	,627
	episodi	-1,028	1,206	,726	1	,394	,358
	SEXO	,045	,865	,003	1	,959	1,046
	FIEBRE	1,005	1,150	,764	1	,382	2,732
	LEUCOCITOSIS	-,505	1,088	,216	1	,642	,603
	Constante	-2,147	2,036	1,112	1	,292	,117

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: edad1, comorbiditat, episodi, SEXO, FIEBRE, LEUCOCITOSIS.

Figura 7

Partiendo de esta premisa, hemos establecido de forma arbitraria una línea de corte a los 70 años y hemos analizado los resultados obtenidos. Se objetiva que tanto en el grupo de Hospitalización a Domicilio como en el grupo de hospitalización la proporción de reingresos es mayor en los pacientes de más de 70 años. (Figura 8 y 9)

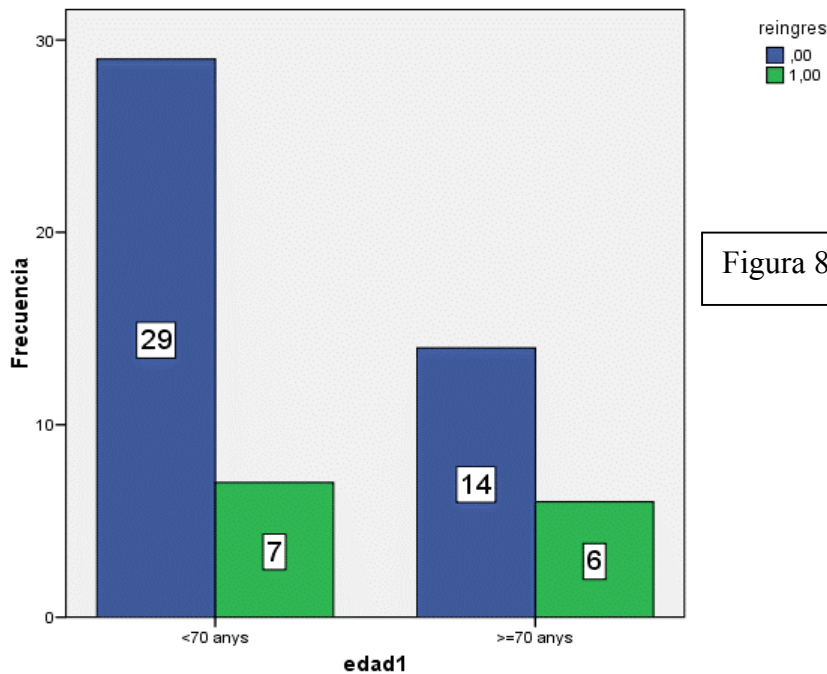


Figura 8.

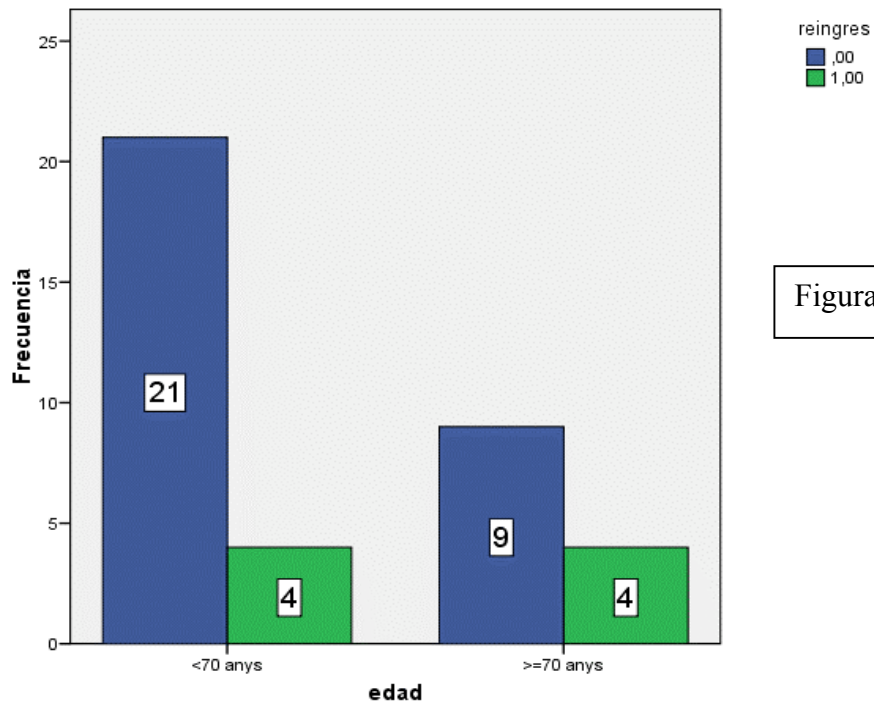


Figura 9.

## **DISCUSIÓN.**

Las diverticulitis agudas no complicadas constituyen la complicación más frecuente de la EDC. (1, 3, 4)

En nuestro hospital, al existir la unidad de Hospitalización a Domicilio, pensamos que los pacientes que presentan diverticulitis aguda en formas no complicadas pueden recibir tratamiento ambulatorio.

Al analizar los resultados, objetivamos que la tasa de reingresos de nuestros pacientes se sitúa en torno al 20-30% en ambos grupos de tratamiento, lo que concuerda con los resultados estimados como aceptables en la bibliografía. (6, 7)

Se objetiva que los pacientes más jóvenes suelen requerir hospitalización con mayor frecuencia, bien por dudas diagnósticas, bien por presentar formas más graves de la enfermedad. (8).

Analizamos los factores predictores de reingreso, pero debido a que nuestra serie es pequeña ninguna tendencia alcanza significación estadística.

Es posible, que una serie más numerosa en el futuro, permita seleccionar las variables que condicionen o favorezcan el reingreso pudiendo establecer estrategias para evitarlos.

A pesar de la ausencia de consenso en las indicaciones de la cirugía electiva a partir del segundo o tercer episodio de DA, es altamente predecible la necesidad de cirugía en aquellos pacientes que presentan su primer episodio en torno a los 40 años, sobre todo si son varones. De forma similar, los pacientes que recidivan con formas

progresivamente más agresivas deberían ser candidatos a cirugía electiva si sus comorbilidades lo permiten.

## **CONCLUSIONES.**

Podemos concluir que la Hospitalización a Domicilio es una alternativa de tratamiento eficaz para el tratamiento de pacientes con diverticulitis aguda no complicada.

Supone un beneficio para el hospital, ya que permite una mejor gestión de los recursos y para el paciente que se encuentra en un entorno conocido y seguro y no existe riesgo de infección nosocomial.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. S. Alonso, M. Pera, D. Parés et al. Outpatient treatment of patients with uncomplicated acute diverticulitis. *Colorectal Disease* 12, e278-e282.
2. M. Rodríguez-Cerrillo et al. Patients with uncomplicated diverticulitis and comorbidity can be treated at home. *European Journal of Internal Medicine* 21 (2010) 553-554.
3. J. Martín Gil, D. Serralta de Colsa, A. García Marín et al. Eficiencia y seguridad del tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda. *Gastroenterol Hepatol.* 2009;32(2):83-87.
4. N. Peláez et al. Aplicabilidad, seguridad y eficacia de un protocolo de tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada. *Cir Esp.* 2006;80(6):369-72.
5. E. J. Dozois. Operative treatment of recurrent or complicated diverticulitis. *J Gastrointest Surg* (2008) 12:1321-1323.
6. T.A. Salem, R.G. Molloy, P.J. O'Dwyer. Prospective study on the management of patients with complicated diverticular disease. *Colorectal Disease* 8, 173-176.
7. Stollman NH, Raskin JB. Diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults. *Am J Gastroenterology* 1999;94:3110-21.
8. Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, et al. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery. Capter 18. Benign Colon: Diverticular Disease.