

CASO Nº: CENTRO Nº: INICIALES: **1. DATOS DEMOGRÁFICOS**

Iniciales: NHC:
 Edad: Fecha de nacimiento:
 Sexo: Varón Mujer Fecha de ingreso:
 Servicio de ingreso: Digestivo M. Interna Cirugía UCI Otros

2. PRESENTACIÓN CLÍNICA**HISTORIA CLÍNICA**

Episodios similares anteriores Sí No
 Síntoma inicial Dolor abdominal Diarrea Rectorragia
 Síntoma dominante Dolor abdominal Diarrea Rectorragia
 Secuencia Dolor-Urgencia defecatoria-Rectorragia Sí No
 Otros síntomas
 ¿Se menciona la colitis isquémica como posibilidad diagnóstica en el informe de urgencias? Sí No

EXAMEN FÍSICO

Constantes vitales al ingreso FC TA Tª
 ¿Hipersensibilidad a la palpación abdominal? Sí No
 ¿Signos de peritonismo? Sí No
 ¿Silencio abdominal a la auscultación? Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Hemograma	Urgencias	Ingreso (3 día)	Previo al alta
Leucocitosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Desviación izda leucocitaria	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hemoglobina (gr/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bioquímica

	Urgencias	Ingreso (3 día)	Previo al alta
Urea (mg/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Creatinina (mg/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Na (mmol/l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
K (mmol/l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteínas totales (g/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Albumina (g/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Amilasa (UI/L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LDH (UI/L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALT / AST (UI/L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALP / GGT (UI/L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Exceso base	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Coagulación

Act. Protrombina (%) TTP (tiempo de cefalina)(seg)
 Fibrinógeno (mg/dl) Dímero D
 INR

Estudios en heces

Coprocultivo Negativo Positivo
 Serotipo 0157:H7 E. Coli Enterohemorrágico Negativo Positivo
 Toxina de Clostridium difficile Negativo Positivo
 Leucocitos en heces Negativo Positivo

CASO Nº: CENTRO Nº: INICIALES: **3. FACTORES DE RIESGO**

Factores de riesgo para arteriosclerosis

Edad > 65 a Tabaquismo* HTA Diabetes Mellitus Dislipemia

* Tabaquismo: Fumador de más de 10 cigarrillos/día

Eventos cardiovasculares y circulatorios

Cardiopatía isquémica Fibrilación auricular Enf. Cerebrovascular Insuficiencia cardíaca Arteriopatía periférica Trombosis venosa profunda EEII ¿Ha sufrido un infarto agudo miocárdico reciente? Si No ¿Ha sufrido un episodio reciente de fibrilación auricular? Si No ¿Ha sufrido un episodio de bajo gasto 2º a arritmia severa, hipotensión, sepsis, hemorragia o deshidratación? Si No

Antecedentes gastrointestinales

¿El enfermo cumplía criterios de Roma II para S.I.I. en el año previo a la aparición de la C.I.? Si No En caso afirmativo, ¿cual era el patrón dominante? Predominio estreñimiento Predominio diarrea Patrón alternante ¿Padeecía el enfermo un cuadro de estreñimiento, dentro de los tres meses previos al episodio de C.I.? Si No

Enfermedad hematológica / Estado de hipercoagulabilidad

Policitemia vera Hemoglobinuria paroxística nocturna Trombofilia Definir Otra

Antecedentes quirúrgicos

¿El enfermo ha sido sometido recientemente a cirugía abdominopélvica? Si No Cirugía aorta abdominal Colectomía Cirugía ginecológica Otra

Otros antecedentes

¿El enfermo ha sido recientemente diagnosticado de una neoplasia? Si No ¿El enfermo ha recibido recientemente radioterapia abdominopélvica? Si No ¿Se ha documentado la presencia de una estenosis distal al segmento afectado por la isquemia? Si No En caso afirmativo: ¿Existe un segmento de colon sano entre la estenosis y la zona afectada por la isquemia? Si No ¿El paciente padece alguna enfermedad autoinmune? Si No Vasculitis Lupus eritematoso sistémico Poliarteritis nodosa Artritis reumatoide Otras

Otros:

Pancreatitis Amiloidosis Feocromocitoma Volvulo Ruptura embarazo ectópico Corredor de larga distancia Infección por E.Coli 0157:H7 ¿Consumo de cocaína / anfetaminas?

CASO Nº:

CENTRO Nº:

INICIALES:

Tratamiento farmacológico

<input type="checkbox"/> Digital <input type="checkbox"/> Ca-antagonista <input type="checkbox"/> Sumatriptan <input type="checkbox"/> Metilsergida <input type="checkbox"/> Vasopresina <input type="checkbox"/> Agonistas α adrenérgicos <input type="checkbox"/> Interferon α	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diuréticos <input type="checkbox"/> Flutamida <input type="checkbox"/> Alosetrón <input type="checkbox"/> AINE <input type="checkbox"/> Ergotamina <input type="checkbox"/> Antagonistas β adrenérgicos <input type="checkbox"/> Penicilamina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Toma de forma habitual laxantes?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
¿Tratamiento habitual con psicotropos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
¿Tratamiento inmunosupresor?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
¿Tratamiento hormonal?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

CASO Nº: CENTRO Nº: INICIALES: **4. PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS****COLONOSCOPIA****Momento en que se realiza**

Desde el inicio de los síntomas < 48 h 2-5 días > 5 días
 Desde el ingreso < 48 h 2-5 días > 5 días

Nivel de exploración

¿Se explora hasta el ciego? Si No
 Necesidad de interrumpir la prueba Si No

Razón de la interrupción: Intolerancia paciente Gravedad lesiones

Localización lesiones

Recto	<input type="checkbox"/>	C. Transverso	<input type="checkbox"/>
Sigma	<input type="checkbox"/>	A. Hepático	<input type="checkbox"/>
C. Descendente	<input type="checkbox"/>	C. Ascendente	<input type="checkbox"/>
A. Esplénico	<input type="checkbox"/>	Ciego	<input type="checkbox"/>

Hallazgos

Nódulos rojo violáceos	<input type="checkbox"/>	Áreas de mucosa negruzca	<input type="checkbox"/>
Mucosa friable	<input type="checkbox"/>	Úlceras profundas	<input type="checkbox"/>
Eritema	<input type="checkbox"/>	Estenosis	<input type="checkbox"/>
Edema	<input type="checkbox"/>	Sangre en la luz del colon	<input type="checkbox"/>
Úlceras superficiales	<input type="checkbox"/>		

¿Carácter segmentario de la lesión? Si No

¿Indemnidad del recto? Si No

¿Rápida resolución de las lesiones? Si No

*Las lesiones han desaparecido en la endoscopia de control antes del alta hospitalaria. Dato a consignar en el CRD por el coordinador-responsable del estudio

ANATOMIA PATOLOGICA**Primeras 24 horas**

Infarto de la mucosa
 Pérdida glandular con preservación de la cubierta de las criptas
 "Células fantasma"
 Exudado de fibrina
 Hemorragia mucosa y submucosa
 Trombos de fibrina capilar y venular
 Infiltrado inflamatorio con neutrófilos
 Signos de arteritis y flebitis leve
 Ausencia de distorsión glandular

Entre 24 – 72 horas de la presentación

Fenómenos de ulceración superficial
 Infiltrado con mayor presencia de células inflamatorias crónicas
 Criptitis y abscesos crípticos
 Úlceras recubiertas de pseudomembranas
 Tejido de granulación
 Macrófagos recubiertos de hemosiderina

Opinión del patólogo con respecto al diagnóstico histológico de colitis isquémica

Confirmación diagnóstica Diagnóstico probable Diagnóstico improbable

ESTUDIO DE HIPERCOAGULABILIDADSi No

Indicación: Edad < 60 años Ausencia de factores de riesgo

Resultados:

Normal	<input type="checkbox"/>	Déficit proteína C	<input type="checkbox"/>
Factor V de Leiden	<input type="checkbox"/>	Déficit proteína S	<input type="checkbox"/>
Mutación gen protrombina (factor II)	<input type="checkbox"/>	Déficit de antitrombina III	<input type="checkbox"/>
Mutación gen MTHFR	<input type="checkbox"/>	Resistencia proteína C activada	<input type="checkbox"/>
Anticoagulante lúpico	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="text"/>

CASO Nº: CENTRO Nº: INICIALES:

PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICOS

Radiografía simple de abdomen

Impresiones dactilares ("thumbprinting")	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Perdida de haustración	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Dilatación de colon	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Pneumoperitoneo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Pneumatosis coli	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Pneumatosis coli en territorio portal	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Ecografía abdominal

Realización Sí No Indicación:

Hallazgos

Localización lesiones:	<input type="text"/>
Longitud segmento afecto:	<input type="text"/>
Grosor de la pared afecta (mm):	<input type="text"/>
Afectación grasa pericólica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Líquido libre peritoneal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estudio Doppler	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Flujo vascular en la pared:	<input type="text"/>
Índice de resistencia:	<input type="text"/>

TC abdominal

Realización Sí No Indicación:

Hallazgos

Localización lesiones:	<input type="text"/>
Longitud segmento afecto (cm):	<input type="text"/>
Grosor de la pared afecta (mm):	<input type="text"/>
Signo de doble halo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Afectación grasa pericólica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Líquido libre peritoneal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Absceso intraabdominal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Gas intramural	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Gas en territorio venoso mesentérico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Gas en territorio venoso portal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Aire libre intraabdominal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Angiografía abdominal

Realización Sí No

Indicación:

Afectación exclusiva colon derecho Sospecha de isquemia mesentérica aguda

Hallazgos

Normal Embolia Trombosis Isquemia no oclusiva En el caso de embolia: Embolia mayor (por encima de la bifurcación de la arteria ileocólica) Embolia menor (por debajo de la bifurcación de la arteria ileocólica)

CASO Nº: CENTRO Nº: INICIALES: **5. EVOLUCIÓN**Fecha de alta: Colonoscopia previa al alta Si No (Entre 7 y 14 días después de la primera colonoscopia)Cirugía Si No

Indicación:

Colitis fulminante universal Gangrena con peritonitis Signos endoscópicos de gangrena Sepsis no explicada y refractaria al tratamiento Diarrea persistente o colopatía pierde proteínas con grave hipoalbuminemia (> 14 días)

Momento:

Primeras 24 horas del ingreso Curso de la hospitalización

Hallazgos perioperatorios:

Extensión de la resección Viabilidad margenes mucosos Si No Fistula mucosa Si No Tipo de reconstrucción Colostomía Ileostomía

Hallazgos anatomopatológicos:

Macroscópico: Necrosis gangrenosa Perforación Peritonitis

Microscópico:

Infarto de la mucosa Fenómenos de ulceración superficial Pérdida glandular con preservación de la cubierta de las criptas Infiltrado con mayor presencia de células inflamatorias crónicas "Células fantasma" Criptitis y abscesos crípticos Exudado de fibrina Ulceras recubiertas de pseudomembranas Hemorragia mucosa y submucosa Tejido de granulación Trombos de fibrina capilar y venular Macrófagos recubiertos de hemosiderina Infiltrado inflamatorio con neutrófilos Signos de arteritis y flebitis leve

Opinión del patólogo con respecto al diagnóstico histológico de colitis isquémica

Confirmación diagnóstica Diagnóstico probable Diagnóstico improbable

Evolución postoperatoria:

Favorable Dehiscencia de suturas. Abscesos intraabdominales Hemorragia grave. Necesidad de reintervención. Insuficiencia renal Insuficiencia cardíaca. Insuficiencia respiratoria Sepsis Coagulación intravascular diseminada Acidosis metabólica Fracaso multiorgánico Exitus

Síntomas al alta:

Asintomático Fiebre Dolor abdominal Hipoalbuminemia Diarrea Otros Exitus Si No Fecha: Motivo: Colitis isquémica Postoperatorio Comorbilidades

CASO Nº: CENTRO Nº: INICIALES: **6. FORMAS CLINICO EVOLUTIVAS**1. Colitis fulminante universal

Comienzo súbito de un cuadro de "pancolitis tóxica universal" con signos de peritonitis y un curso rápidamente progresivo. Los signos de toxicidad se asemejan a los observados en la colitis ulcerosa grave de evolución fulminante apareciendo, además del dolor abdominal y la diarrea sanguinolenta. Fiebre, obnubilación, hipotensión, taquicardia, descenso del peristaltismo, timpanismo y peritonismo

2. Colitis gangrenosa

Signos de hipersensibilidad con defensa abdominal, signo de Blumberg, fiebre y silencio abdominal, junto con leucocitosis y acidosis metabólica. Estos signos pueden estar presentes desde el principio o aparecer en los días siguientes al ingreso, en cuyo caso es típica la elevación de la cuenta leucocitaria, la neutrofilia y la acidosis metabólica

3. Formas no gangrenosas

I. Colopatía reversible

Cursa con fenómenos de hemorragia submucosa o intramural de curso leve y autolimitado

II. Colitis transitoria

Imita el curso de una diarrea aguda de naturaleza infecciosa. Su evolución es generalmente favorable. Estos dos tipos evolutivos suelen cursar con restituito ad integrum de las lesiones

III. Colitis ulcerativa segmentaria

Tras la fase aguda, el edema y hemorragia submucosos se han resuelto, pero persiste la presencia de un segmento del colon de extensión variable afectado por fenómenos de ulceración. En este caso se distinguen los siguientes patrones evolutivos

Asintomáticos o minimamente sintomáticos Fiebre y sepsis recidivante

Se trata de enfermos asintomáticos, pero en los que persiste un corto segmento ulcerado que es una fuente de translocación bacteriana. Se manifiesta por episodios febriles recidivantes. Estos pacientes son subsidiarios de colectomía segmentaria

Diarrea con sangre / colopatía pierde proteínas

Marcada hipoalbuminemia que se prolonga durante más de 2 semanas. Este subgrupo tiene un alto riesgo de perforación y también es subsidiario de resección segmentaria

Episodios de diarrea de curso crónico y recidivante

Imitan el curso de la enfermedad inflamatoria intestinal. La respuesta a los esteroides suele ser pobre y puede asociarse a un incremento en la incidencia de perforación.

Estenosis

Surge como consecuencia de la colagenización reparativa de lesiones profundas. Algunas de estas estenosis pueden aparecer hasta 12 meses después del accidente isquémico y pueden ser asintomáticas o causar dolor abdominal y síntomas de oclusión

CASO Nº: CENTRO Nº: INICIALES: **7. SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON COLITIS ULCERATIVA SEGMENTARIA (2ª FASE)**

Localización segmento ulcerativo:

Recto	<input type="checkbox"/>	C. Transverso	<input type="checkbox"/>
Sigma	<input type="checkbox"/>	A. Hepático	<input type="checkbox"/>
C. Descendente	<input type="checkbox"/>	C. Ascendente	<input type="checkbox"/>
A. Esplénico	<input type="checkbox"/>	Ciego	<input type="checkbox"/>

	1ª revisión 8 semana	2ª revisión 16 semana	3ª revisión 24 semana	* revisión (_____)
Síntomas				
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rectorragia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros síntomas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Analítica de sangre				
Leucocitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Desviación izda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemoglobina (gr/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Urea (mg/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Creatinina (mg/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Na (mmol/l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
K (mmol/l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteínas totales (g/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Albumina (g/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LDH (UI/L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALT / AST (UI/L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALP / GGT (UI/L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Act protrombina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fibrinógeno (mg/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estudios en heces

Sangre oculta en heces	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aclaramiento alfa -1 antitripsina*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* En el caso de diarrea asociada a hipoalbuminemia. Si no se dispone, no es obligatorio

Colonoscopia *

Resolución de las lesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persistencia de ulceración segmentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estenosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Si el enfermo permanece asintomático o minimamente sintomático es suficiente realizar una colonoscopia al final del seguimiento (6 meses) con el fin de evaluar si las lesiones persisten o se han resuelto

Enema opacoRealización Sí No Indicación: Signos de suboclusión intestinal Control al final del seguimiento Hallazgos
Normal Estenosis

CASO Nº:

CENTRO Nº:

INICIALES:

Cirugía Si No

Indicación:

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Colitis recidivante refractaria al tratamiento | <input type="checkbox"/> | Estenosis colónica sintomática | <input type="checkbox"/> |
| Sepsis clínicamente recurrente | <input type="checkbox"/> | Estenosis asintomática con sospecha de neoplasia | <input type="checkbox"/> |
| Diarrea persistente o colopatía pierde proteínas con grave hipoalbuminemia | <input type="checkbox"/> | | |

Momento (mes de seguimiento)