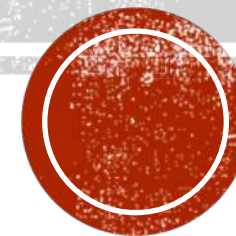


TALLER DE COLON: ¿QUÉ HAGO CON ESTE PÓLIPO??



Nereida Fernández Fernández
Aparato Digestivo
12 Noviembre 2019



**CUANTO SABEMOS YA, ANTES DE
EMPEZAR...**



Y QUÉ PUNTOS TRATAREMOS...

ANTES DE LA EDB.

DURANTE LA EDB.

DESPUES DE LA EDB.



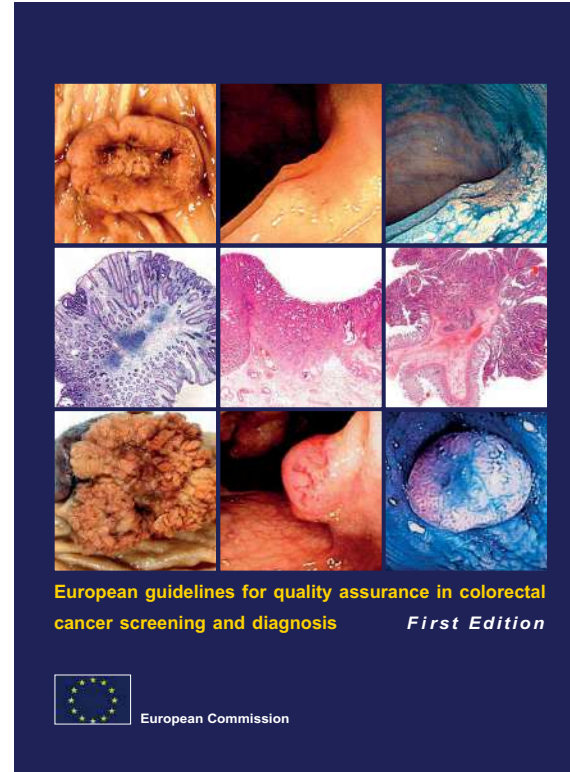
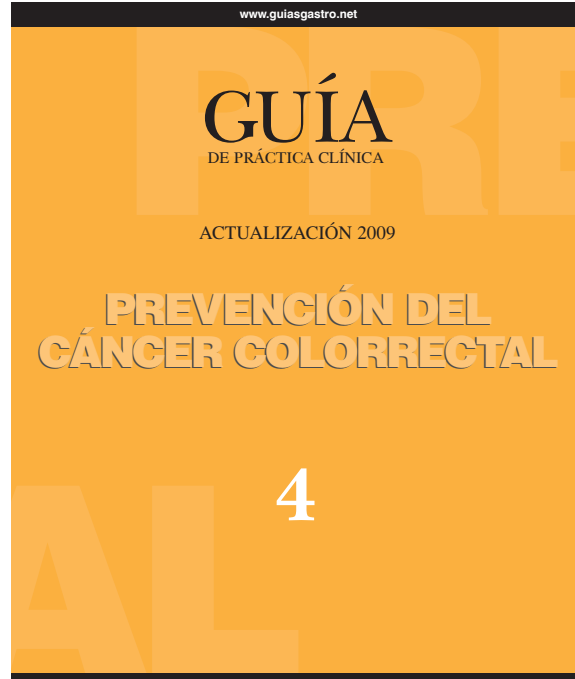


¿QUÉ BUSCAMOS CON LA COLONOSCOPIA?

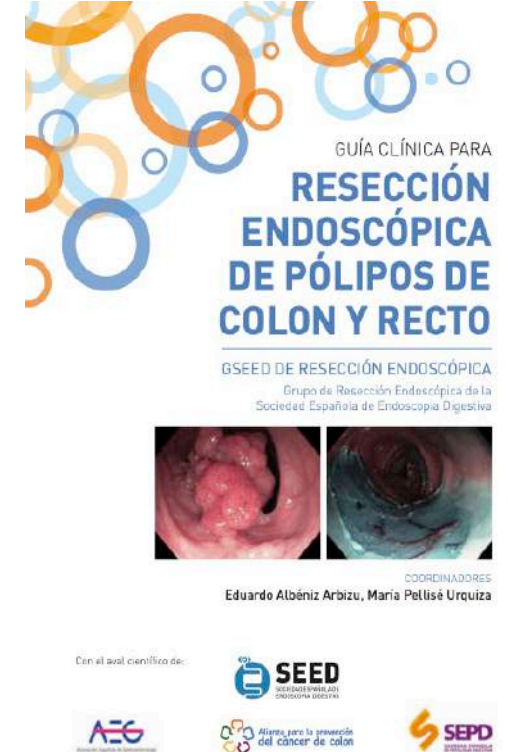
- PREVENCIÓN.
- DIAGNÓSTICO.



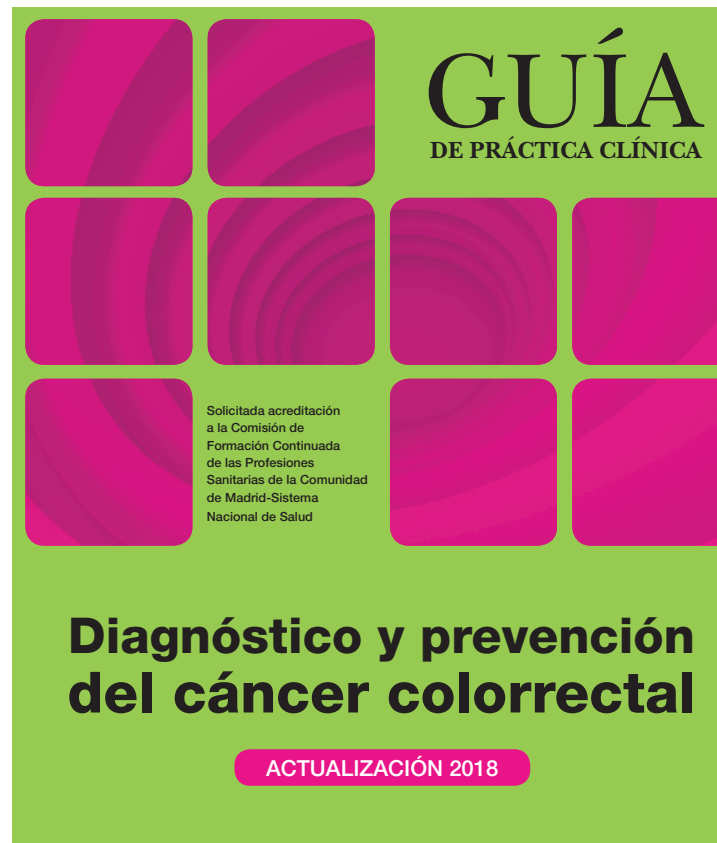
DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN DEL CCR



European Commission



ACTUALIZACIÓN 2019....



ANTES DE LA COLONOSCOPIA:



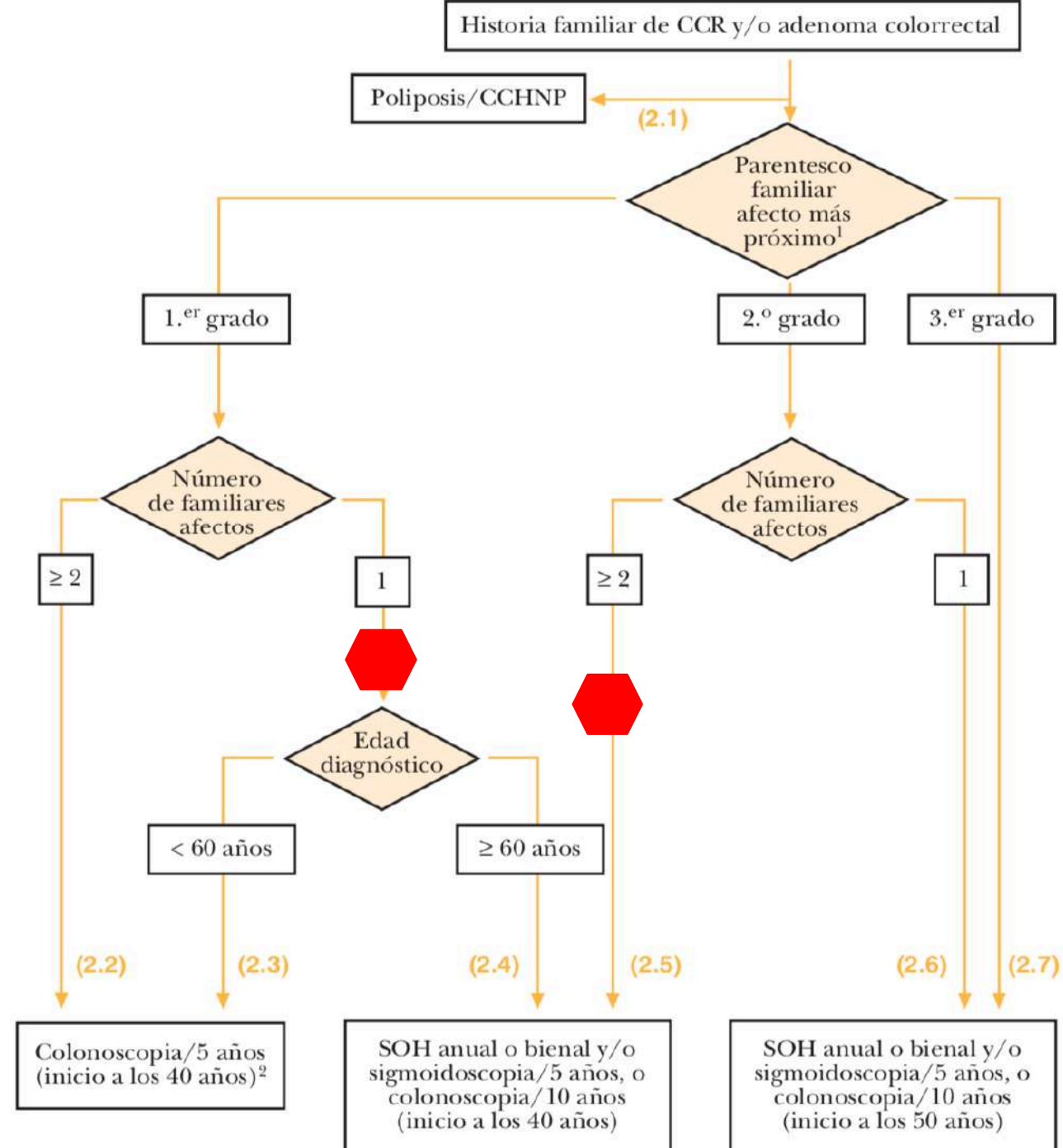
- ¿Importan los Antecedentes Familiares?
- ¿ Qué preparación elijo? ¿ Qué horario es el adecuado?
- ¿ Tengo que pautar antibiótico profiláctico a mi paciente?
- ¿ Y si mi paciente toma Anticoagulantes o antiagregantes?
 - ¿ Tengo que hacer analítica a mis pacientes?



1. ¿IMPORTAN LOS ANTECEDENTES FAMILIARES?

PRIMER GRADO: padres, hermanos, hijos.
SEGUNDO GRADO: abuelos, tíos, nietos, sobrinos.
TERCER GRADO: primos, bisabuelos.





ANTES



GUÍA

DE PRÁCTICA CLÍNICA

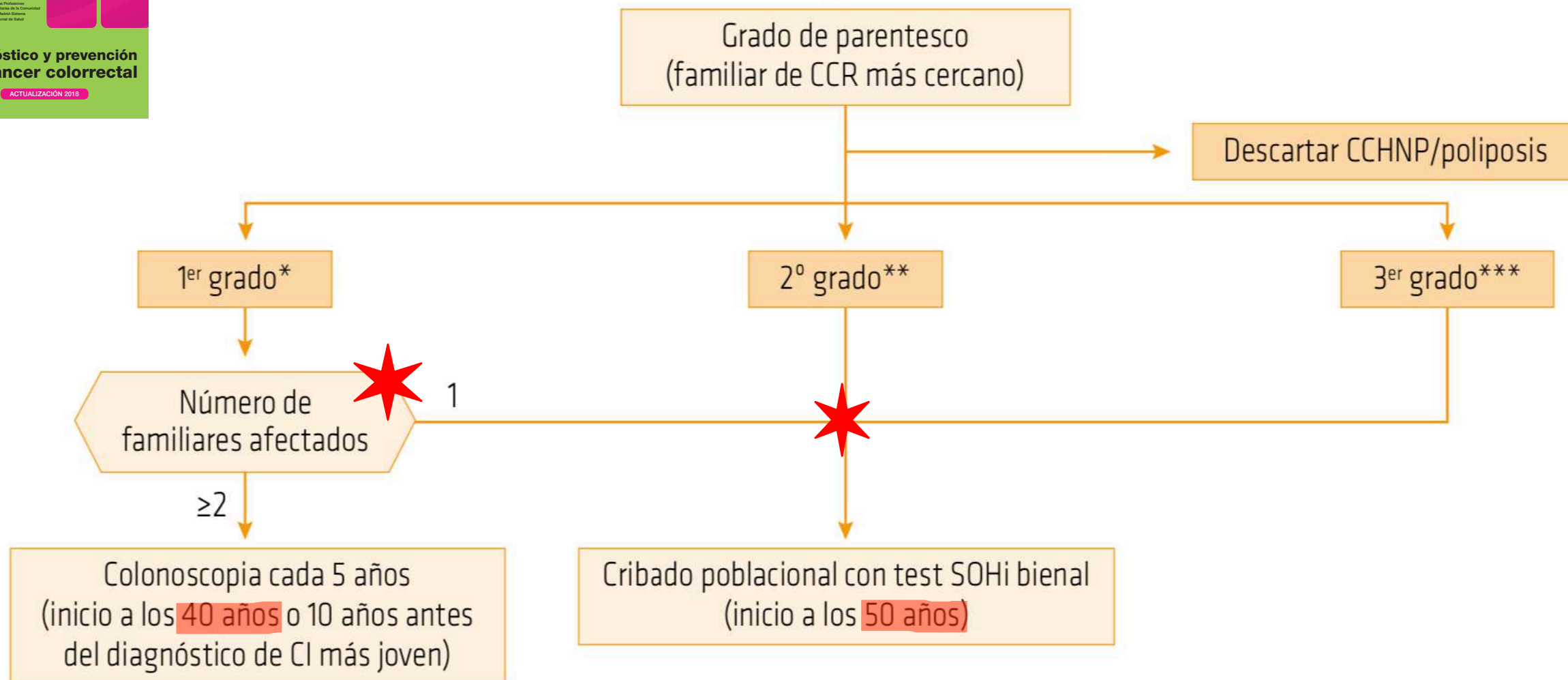
Solicitada acreditación
a la Comisión de
Formación Continuada
de las Profesiones
Sanitarias de la Comunidad
de Madrid-Sistema
Nacional de Salud

- **Solo un R de CCR >2 población general justifica Cribado.**
- **EL R de NCA en personas con 1FPG independiente de la edad, es similar al de la población de riesgo medio,.**
- **2 o más FPG comporta un riesgo considerable de CCR y un peor pronóstico entre sus descendientes.**

Historia familiar	Neoplasia avanzada	OR (IC 95%)
Ninguna	427	1.00 (ref)
Dos o más familiares de 1º grado	53	1.90 (1.36-2.66)
Un familiar de 1º grado menor de 60 años	81	1.19 (0.90-1.58)
Un familiar de 1º grado mayor de 60 años	181	1.03 (0.83-1.27)



Antecedentes familiares de CCR y/o adenoma colorrectal avanzado



2. TIPOS DE PREPARACIÓN, ¿A QUIÉN, CUANDO, COMO?



Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2019

- Mala preparación :
 - Menor intubación cecal.
 - Disminuye tasa de detección de adenomas.
 - Aumenta la insatisfacción del paciente.
 - Aumenta la tasa de endoscopias repetidas y con ello el gasto sanitario.



PREPARADO		Ficha técnica:	Efectos Adversos:	Tolerabilidad
MOVIPREP 	2L PEG + Ascorbico	Precaución en: - IR severa (ClCr<30) - ICC NYHA III- IV No recomendado en: - Fenilcetonuria - Glucosa 6PDH déficit.	- Dolor abdominal - Distensión abdominal - Proctalgia - Náuseas - * HipoNa HipoK HipoCa	- Buena
PLEINVUE 	1L PEG + Ascórbico	Ojo! Mantener hidratación!!	- Deshidratación - Náuseas - Vómitos - * HiperNa	No hay datos práctica clínica....¿? Hiperosmótico
CITRAFLEET 	Citrato Magnesio Picosulfato	No recomendado en: - ICC - Hipermagnesemia - IR severa	- Dolor abdominal - Distensión abdominal - Sed - Proctalgia... - *HipoNa HipoK	- Buena

LO MAS IMPORTANTE ES BEBER!!!



MOVIPREP POLVO PARA SOLUCION ORAL

Nº REGISTRO : 68125

AUTORIZADO (02/11/2006)

COMERCIALIZADO

LABORATORIO

NORGINE B.V.

FT

Ficha técnica

P

Prospecto



Compartir

PROBLEMAS DE SUMINISTRO

FORMAS FARMACÉUTICAS

- POLVO PARA SOLUCIÓN ORAL

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

- VÍA ORAL

DOSIS

- COMBINACIÓN A DOSIS FIJAS

PRINCIPIOS ACTIVOS

- MACROGOL 3350
- SODIO SULFATO
- SODIO CLORURO
- POTASIO CLORURO
- ASCORBICO ACIDO
- ASCORBATO SODIO

EXCIPIENTES ?

- ASPARTAMO (E-951)
- ACESULFAMO POTASICO
- MALTODEXTRINA
- CITRAL
- XANTANO, GOMA DE

CARACTERÍSTICAS

- MEDICAMENTO SUJETO A PRESCRIPCIÓN MÉDICA
- CON RECETA

CÓDIGOS ATC

- A06A - FÁRMACOS PARA EL ESTREÑIMIENTO
- A06AD - LAXANTES OSMÓTICOS
- A06AD65 - MACROGOL, COMBINACIONES CON

PRESENTACIONES EXPORTAR

COMERCIALIZADO NO COMERCIALIZADO

MOVIPREP POLVO PARA SOLUCION ORAL , 2 sobres de 112 g + 2 sobres de 11 g

PACIENTES DE RIESGO:

- ICC
- Irenal
- Cirróticos con ascitis



Even if all cleansing regimens are associated with the risk of dehydration and potential electrolyte imbalances (even caused only by vomiting), hyperosmotic preparations may further increase these risks in at-risk populations, such as patients with chronic renal insufficiency, congestive heart failure, or liver failure with ascites. Although the majority of RCTs exclude such patients, PEG solutions with osmotically balanced electrolytes are often selected, on account of their safety profiles, for patients in these categories [154].





- Dieta pobre en residuos 48h previas.
- **DOSIS SPLIT / FRACCIONADA AUMENTA TDA:**
 - SI COLONOSCOPIA MAÑANA:** 1° toma 20-22h
2° toma 5h antes de EDB y fin >2h antes.
 - SI COLONOSCOPIA TARDE:** 1° y 2° toma la mañana previa.
fin >2h antes.



* PREPARACIÓN CON MOVIPREP



1 Abrir una de las bolsas transparentes y extraer los sobres A y B.



2 Añadir el contenido de ambos, sobre A y sobre B, en un recipiente de 1 litro.



3 Añadir 1 litro de agua en el recipiente.



4 Agitar hasta que todo el polvo se haya disuelto y la solución sea clara o ligeramente turbia. Esto puede llevar hasta cinco minutos.

- **10 de la noche del día anterior:** prepare **1 litro de MOVIPREP** siguiendo las indicaciones al dorso de estas instrucciones y tome un vaso de dicha solución (200-250ml) cada 15 minutos. Comenzarán las deposiciones a los 30-60 minutos del inicio de la toma, prolongándose durante 1-2 horas. Las DOS HORAS siguientes tomará lentamente abundantes líquidos de los permitidos (1-2 litros)
- **5 horas antes de la cita:** prepare **el otro litro** y realice lo mismo. Después y hasta 3 horas antes de la prueba puede tomar líquidos de los permitidos.
- **3 horas antes de la prueba** no deberá ingerir ningún alimento sólido ni líquido (ni agua).

* PREPARACIÓN CON CITRAFLEET



- **10 de la noche del día anterior:** Tomará un SOBRE de **CITRAFLEET** disuelto en **1 vaso** grande de agua, seguido de mínimo **2 litros** de agua, bebida isotónica (tipo aquarius®, Nestea®, Sprite®...,) e infusiones durante las tres horas siguientes.
- **5 horas antes de la cita:** Tomará el otro sobre de **CITRAFLEET** disuelto en **1 vaso** grande de agua, seguida de un mínimo de **2 litros** de agua o bebida isotónica (tipo aquarius®, Nestea®, Sprite®...) e infusiones, a beber lentamente durante las siguientes dos horas.
- **3 horas antes de la prueba** no deberá ingerir ningún alimento sólido ni líquido (ni agua)



1ª Toma de PLEINVUE® 12 horas antes del examen

Sobre 1



1.

Abra el sobre correspondiente a la **Dosis 1**, y **disuelva** el contenido en **500 ml** de agua fría.



2.

Tómese el preparado a lo largo de **45 min.**
Tomar un vaso cada **10-15 min.**

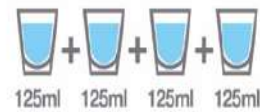


3.

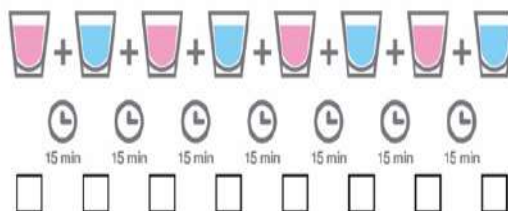
A continuación tomar como mínimo **1/2 litro** adicional de líquidos claros*.

2ª Toma de PLEINVUE® 5 horas antes del examen

Sobre A + Sobre B



* Se recomienda tomar esta dosis **refrigerada**



1.

Abra el sobre correspondiente a la **Dosis 2** (sobre A + sobre B) y **disuelva** el contenido de los **2 sobres** en **500 ml** de agua fría. Divídalo en 4 vasos de 125ml.

2.

A continuación prepare **1/2 litro de líquidos claros***. Divídalo en 4 vasos de 125ml.

3.

Tómese el preparado lentamente (4 vasos del preparado + 4 vasos de líquidos claros*) **alternando** un vaso del preparado con un vaso de líquidos claros*, se recomienda **un vaso** cada **15-20 min** (125 ml).

*Líquidos claros: agua, caldo, zumo de fruta sin pulpa, refrescos, té y/o café sin leche.



Y SI MI PACIENTE ESTÁ MAL PREPARADO...



- FR mala preparación:

ASA ≥ 3

Edad Avanzada

ADT y opioides

DM

Estreñimiento

Hospitalización

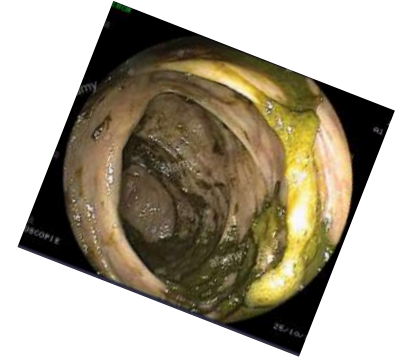
AP de mala preparación.

- Comprensión
- Tolerancia
- Interrogar sobre dieta
- Adherencia y horarios
- **Ingesta de líquidos!!!**

- **REPETIR +- 6meses**
- Valorar indicación



¿QUÉ HAGO SI ESTÁ SUCIO?



- Preguntar por **adherencia y tolerancia**.
- Comprobar ingesta de líquidos.

- Si todo bien: Dieta sin residuos 3 días antes de EDB y/ó laxante 7 días
- Si estreñimiento: Asociar laxante (macrogol) 7 días antes de EDB

Elegir entre:

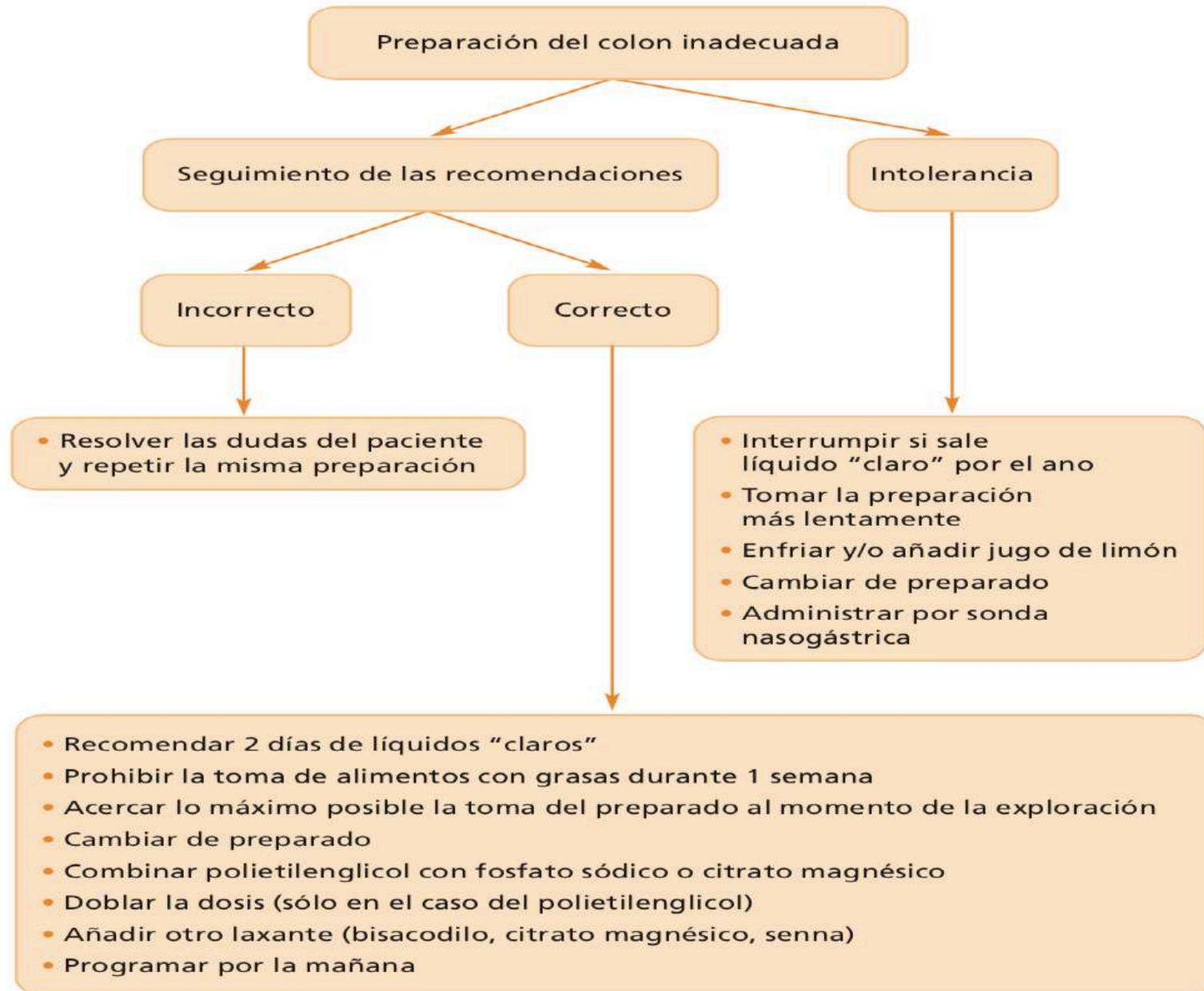
Cambio de preparación (Citrafleet ↔ Moviprep / Pleinvue)

Preparación intensiva con Moviprep (3 sobres)

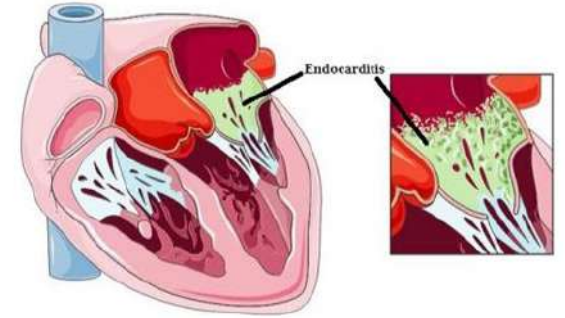
- Si intolerancia: Cambio de preparación.



Figura 5.1. Algoritmo ante una preparación inadecuada del colon



3. ¿TENGO QUE PAUTAR ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO?



- **NO** se recomienda **profilaxis antibiótica** para prevención de endocarditis en ningún paciente que vaya a ser sometido a Colonoscopia diagnóstica o compleja con polipectomía independientemente de sus factores de riesgo.



4. QUÉ PASA CON ANTIAGREGANTES / ANTICOAGULANTES

Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines



Debemos valorar:

- Riesgo hemorrágico de la prueba (>1.5%)
- Riesgo trombótico del paciente (CHADS-VASC)



Bajo riesgo hemorrágico	Alto riesgo hemorrágico
• Endoscopia diagnóstica (con/sin Bx) • Polipsectomía <10mm	• Polipsectomía >10mm



LOS ANTIAGREGANTES



- *ADIRO 100 NUNCA.*
- *ADIRO 300 – CLOPIDOGREL – TICAGRELOR:*
 - Si bajo riesgo: SUSPENDER
 - SI alto riesgo: CAMBIO por ADIRO 100 5-7 días antes.
- Si Doble Antiagregación: Si posible suspender y mantener Adiro 100
Si no posible valorar Riesgo ---- Posponer Endoscopia.



¿A QUIÉN RETIRAR ACO?

- Endoscopias por SOH +.
- Revisión de pólipos de alto riesgo.

- ~~■ Anemia ferropénica~~
- ~~■ Sospecha EII~~
- ~~■ Antecedentes familiares...~~



MANEJO DE PACIENTES BAJO TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES (acenocumarol, warfarina):

ALTO RIESGO TROMBOEMBÓLICO

CRONOGRAMA	3 días antes	2 días antes	1 día antes	COLONOSCOPIA	1 día después	2-3 días después	Días posteriores
Sintrom® (§)	RETIRAR	NO TOMAR	NO TOMAR	REINICIAR (la noche del procedimiento)	TOMAR	TOMAR	SEGUIR PAUTA SEGÚN INR
ENOXIPARINA (Clexane®)	---	1 mg/kg subcutáneo cada 12 horas (*)	1 mg/kg subcutáneo sólo dosis de la mañana (*)	40 mg subcutáneo por la noche	1 mg/kg subcutáneo cada 12 horas (*)	1 mg/kg subcutáneo cada 12 horas (*)	SEGUIR PAUTA SEGÚN INR
BEMIPARINA (Hibor®)	---	115U/Kg/día	115U/Kg/día	3500U/d	115U/Kg/día	115U/Kg/día	SEGUIR PAUTA SEGÚN INR

BAJO RIESGO TROMBOEMBÓLICO

CRONOGRAMA	5 días antes	2 días antes	1 día antes	COLONOSCOPIA	1 día después	2-3 días después	Días posteriores
Sintrom® (§)	RETIRAR	NO TOMAR	NO TOMAR	REINICIAR (la noche del procedimiento)	TOMAR	TOMAR	SEGUIR PAUTA SEGÚN INR
ENOXIPARINA (Clexane®)	---	40 mg subcutáneo por la mañana	40 mg subcutáneo por la mañana	40 mg subcutáneo por la noche	40 mg subcutáneo por la noche	40 mg subcutáneo por la noche	SEGUIR PAUTA SEGÚN INR
BEMIPARINA (Hibor®)S	---	3500U/d	3500U/d	3500U/d	3500U/d	3500U/d	SEGUIR PAUTA SEGÚN INR

(§) Warfarina: suspender 5 días antes de la colonoscopia (*)En pacientes con insuficiencia renal poner dosis al 50%



MANEJO DE PACIENTES BAJO TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES INHIBIDORES DIRECTOS
(dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban):

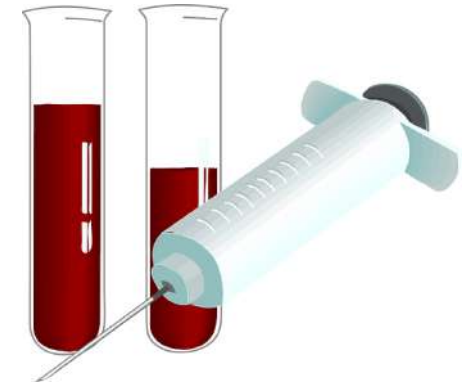
Se considera necesaria terapia puente por ser todas cirugías de alto riesgo hemorrágico

3 días antes	2 días antes	1 día antes	COLONOSCOPIA	1 día después	2 días después
ÚLTIMA DOSIS DE AOID	PRIMERA DOSIS DE HBPM	ÚLTIMA DOSIS DE HBPM	---	REINICIAR DOSIS DE AOID	CONTINUAR CON AOID

- Ojo función renal!



5. ¿DEBO HACER ANALÍTICA A MIS PACIENTES?



- **NO en general.**
- SI INR fuera de rango, comprobar previo a EDB al suspender ACO.

- **Recomendación 5:** no está indicada la realización de análisis previos a la EMR en ausencia de clínica o antecedentes personales específicos (Nivel de evidencia: 3; Grado de recomendación: D).



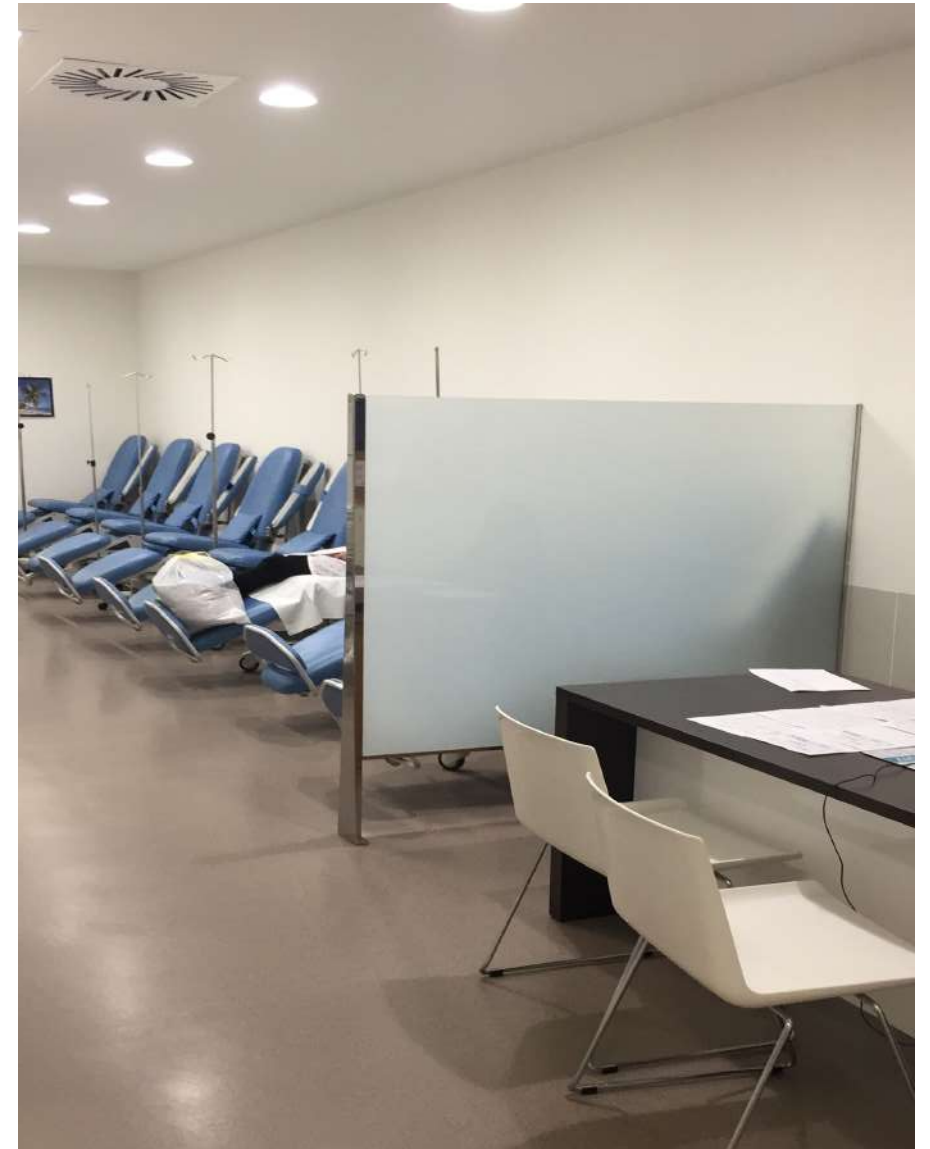
DURANTE LA COLONOSCOPIA, ENTENDER LO QUE LEEMOS...



- ¿Qué debe poner el informe? Claridad y CALIDAD.
- ¿Cómo se mide la limpieza?
- ¿Cómo es un pólipo?



RECIBIMIENTO Y ENTREVISTA



ENDOSCOPIA Y RECUPERACIÓN



Y A CASA....

- NO CONDUCIR
- NO ACTIVIDAD FISICA MODERADA- FUERTE
- NO FIRMA DE DOCUMENTOS IMPORTANTES
- NO CONSUMO DE TÓXICOS

DIETA BASAL NORMAL



6. INFORME: CALIDAD

- Intubación cecal (alcance ciego).
- Calidad de limpieza adecuada. (Boston ≥ 6).
- Tiempo de retirada.
- Informe de colonoscopia:
 - Numero, tamaño, localización y morfología pólipos*
 - Método extirpación de cada pólipo*
 - Definir resección en bloque o no.*



INFORME ENDOSCOPIA

SERVIZO: DIXESTIVO XXIV

Colonoscopia

Procedencia: Digestivo

Endoscopio:CF-H190L2300540

Premedicación:Midazolam 1 mg. +Fentanilo 0.05 mg. + Propofol 89 mg.

Indicación: SOH+

Tolerancia: buena

Complicaciones: No

Exploración:

INSPECCIÓN: normal

TACTO RECTAL: se palpan hemorroides. Ampolla vacía

COLONOSCOPIA:

SE explora hasta ciego.

Boston 3.3.3 limpieza adecuada.

Ciego y área apendicular sin lesiones.

En colon derecho se extirpa micropólipo de 2mm NICE 2 0-IIa plano sobreelevado con asa fría que se aspira a bote 1 para AP.

Colon transverso e izquierdo sin lesiones.

En sigma múltiples divertículos de boca ancha sin datos de complicación.

En sigma distal a 15cm pólipo sesil NICE 2 de 4mm que se extirpa con asa fría y se aspira para AP a bote 2.

En retroversión rectal hemorroides pequeñas.

DIAGNÓSTICO:

Colonoscopia completa.

Polipectomía x2.

Diverticulosis.

Hemorroides



INFORME COLONOSCOPIA DE CRIBADO

SERVIZO: DIXESTIVO XXIV

LISTA DE COMPROBACIÓNS			
Foi correctamente informado?	☒ Si ☐ Non	Se realizou previamente unha endoscopia. Tivo algún problema?	☐ Si ☒ Non
Tomou correctamente a preparación?	☒ Si ☐ Non	Tomou Sintrom® ou Pradaxa® nos últimos 3 días?	☐ Si ☒ Non
Leva polo menos dúas horas en xaxún?	☒ Si ☐ Non	Tomou antiagregantes nos últimos 7 días?	☐ Si ☒ Non
Retirouse todos os obxectos metálicos?	☒ Si ☐ Non	Leva dentadura postiza?	☐ Si ☒ Non
Vén acompañado?	☒ Si ☐ Non	É alérxico a algunha medicación, látex, ovo ou soia?	☐ Si ☒ Non
Pode volver a casa sen conducir?	☒ Si ☐ Non	Ten algunha dúbida sobre a exploración?	☐ Si ☒ Non
Está o consentimento asinado polo paciente e o médico?	☒ Si ☐ Non		
Resultado lista de comprobación:			
Adecuado. Realízase colonoscopia ☒ Non adecuado. Non se realiza colonoscopia ☐			

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ALTO RISCO DE CCR	
Ningún dos anteriores.	
IDENTIFICACIÓN DO PROCEDEMENTO	
DATA	07 / 11 / 2019 HORA 09:32
TIPO DE COLONOSCOPIA	COLONOSCOPIA EN UNIDADE DE CRIBADO. MOTIVO: Avaliación tras SOH + de cribado

CARACTERÍSTICAS DO PROCEDEMENTO	
SEDACIÓN OU ANESTESIA	☒ Si ☐ Non Tipo de Fármaco: ☒ Midazolam ☒ Fentanilo ☐ Petidina/meperidina ☐ Dlacepam ☒ Propofol ☐ Antiespasmódicos (buscapina/glucagon) ☐ Outros
LIMPEZA COLON ESCALA BOSTON	Colon dereito (incluído cego): 3 puntos: excelente visualización da mucosa, sen presenza de restos líquidos Colon transversal (incluídos ángulo hepático e ángulo esplénico): 3 puntos: excelente visualización da mucosa, sen presenza de restos líquidos Colon esquerdo (incluído recto): 3 puntos: excelente visualización da mucosa, sen presenza de restos líquidos
CROMOENDOSCOPIA	☐ Índigo carmín ☐ Outro colorante ☒ NBI ☐ FICE
INTUBACIÓN DE CEGO	☒ Si ☐ Non
RETROFLEXIÓN RECTAL	☒ Si ☐ Non

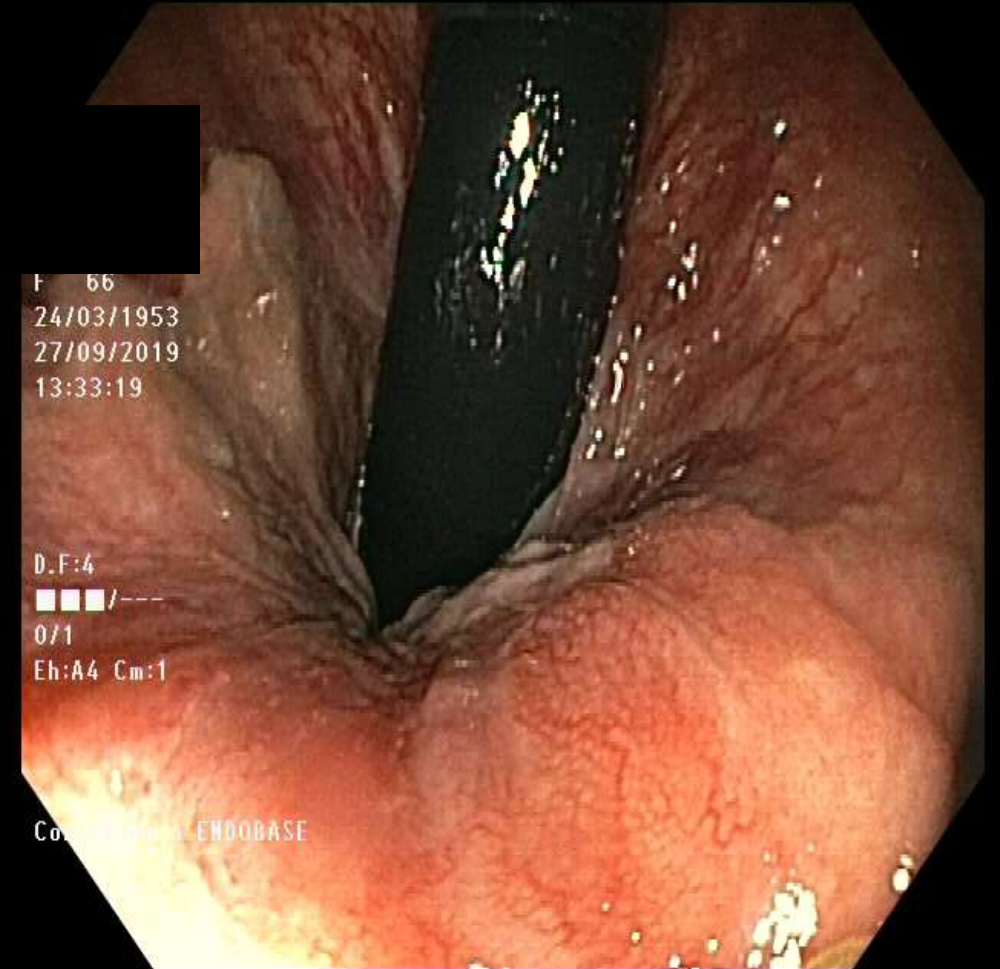
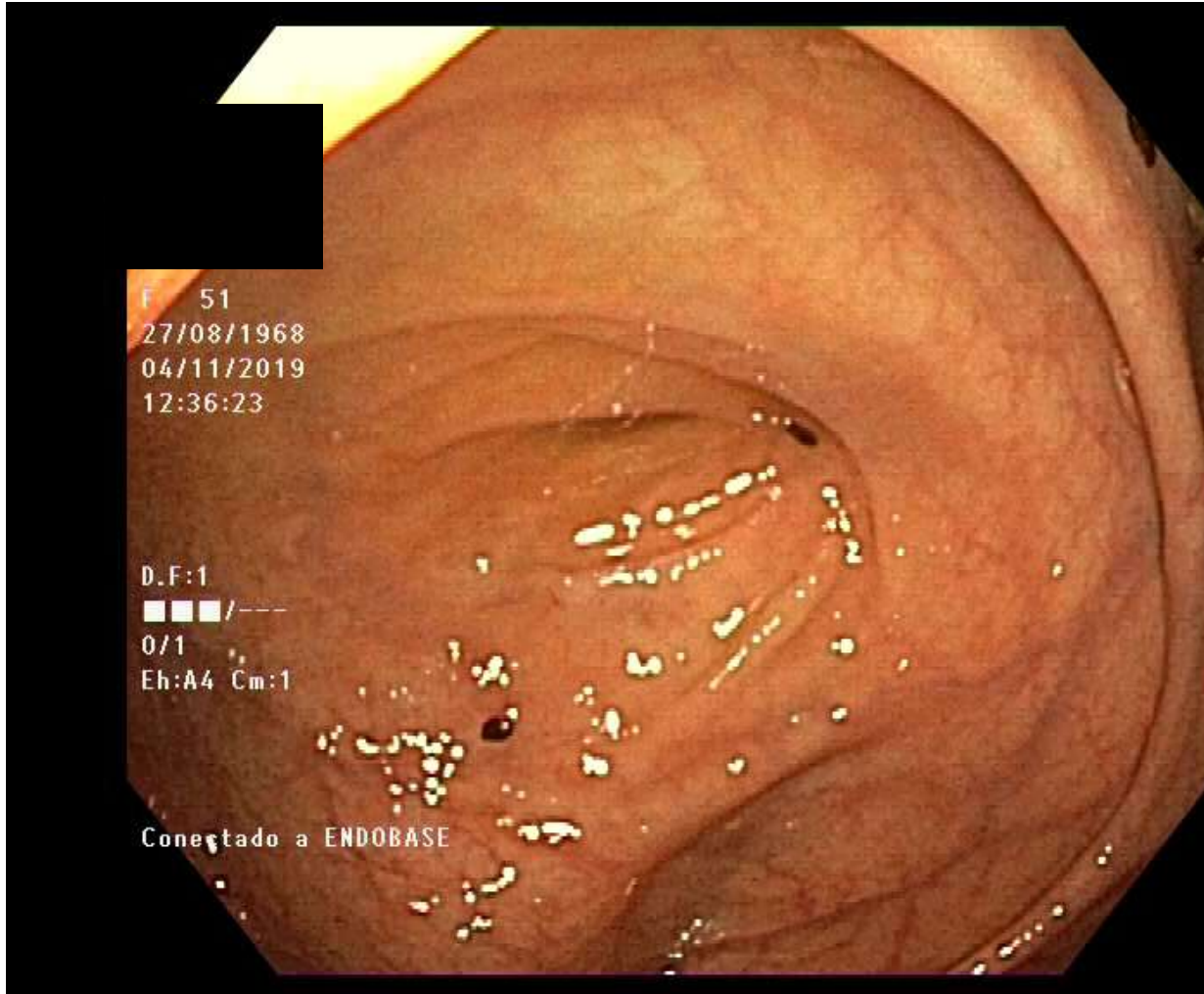
RESULTADO FINAL COLONOSCOPIA	
PENDENTE DE AVALIACIÓN DO RISCO	☒ Pendente de anatomía patolóxica e de avaliación do risco

ANOMALÍAS VISUALIZADAS	
ANOMALÍAS VISUALIZADAS (CCR, pólipos)	Nº pólipos extirpados 4 , dos cales recuperados 4
	Nº de pólipos non extirpados e non biopsiados
	Nº lesións biopsiadas

ACHADOS ENDOSCÓPICOS PARA CADA ANOMALÍA VISUALIZADA	
LESIÓN 1: ☒ Pólipo ☐ Biopsia	
LOCALIZACIÓN	Distancia en cm en retirada do endoscopio 85 Sector: Ascendente (colon dereito)
HISTOLOXÍA PREDICTIVA	Neoplasia/preneoplasia (adenoma baixo grado, adenoma alto grado, adenoma serrado tradicional, pólipo mixto con componente adenomatoso e carcinoma submucoso)
TAMAÑO E MORFOLOXÍA	Diámetro máximo en mm 1 Plana
RESECCIÓN	Completa con mostra íntegra Técnica Polipectomía

ACHADOS ENDOSCÓPICOS PARA CADA ANOMALÍA VISUALIZADA	
LESIÓN 2: ☒ Pólipo ☐ Biopsia	
LOCALIZACIÓN	Distancia en cm en retirada do endoscopio 80 Sector: Ascendente (colon dereito)
HISTOLOXÍA PREDICTIVA	Neoplasia/preneoplasia (adenoma baixo grado, adenoma alto grado, adenoma serrado tradicional, pólipo mixto con componente adenomatoso e carcinoma submucoso)
TAMAÑO E MORFOLOXÍA	Diámetro máximo en mm 3 Protruída sésil
RESECCIÓN	Completa con mostra íntegra Técnica Polipectomía





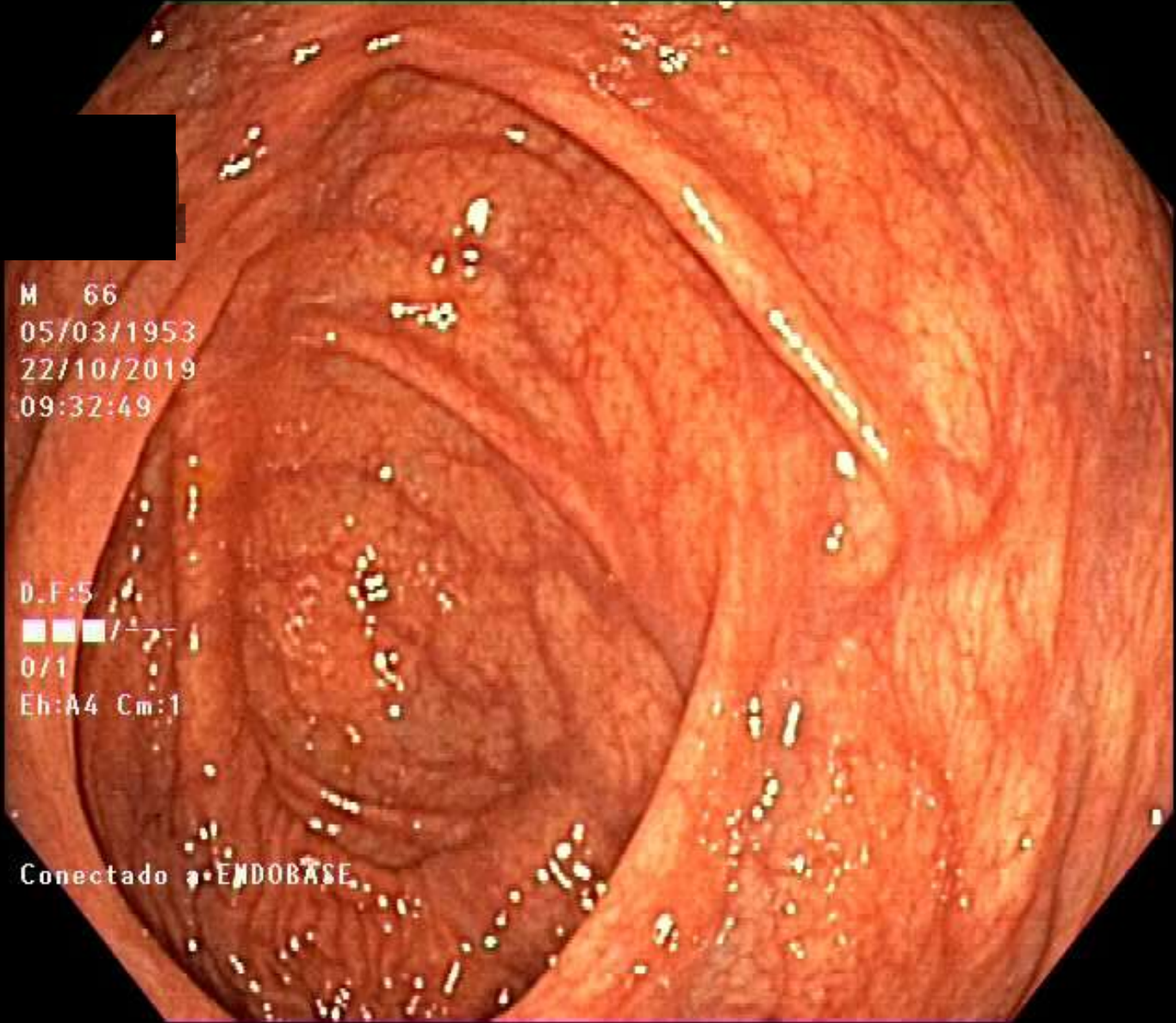
7. ¿CÓMO SE MIDE LA LIMPIEZA?

ESCALA BOSTON	3 PUNTOS	2 PUNTOS	1 PUNTO	0 PUNTOS
3= EXCELENTE 2= BUENA 1= MALA 0= INADECUADA				
COLON DERECHO	☐	☐	☐	☐
COLON TRANSVERSO	☐	☐	☐	☐
COLON IZQUIERDO	☐	☐	☐	☐
PUNTAJE FINAL:				

BOSTON ≥ 6

Todos los segmentos ≥ 2





M 66
05/03/1953
22/10/2019
09:32:49

D.F:5
■ ■ ■ / - - -
0/1
Eh:A4 Cm:1

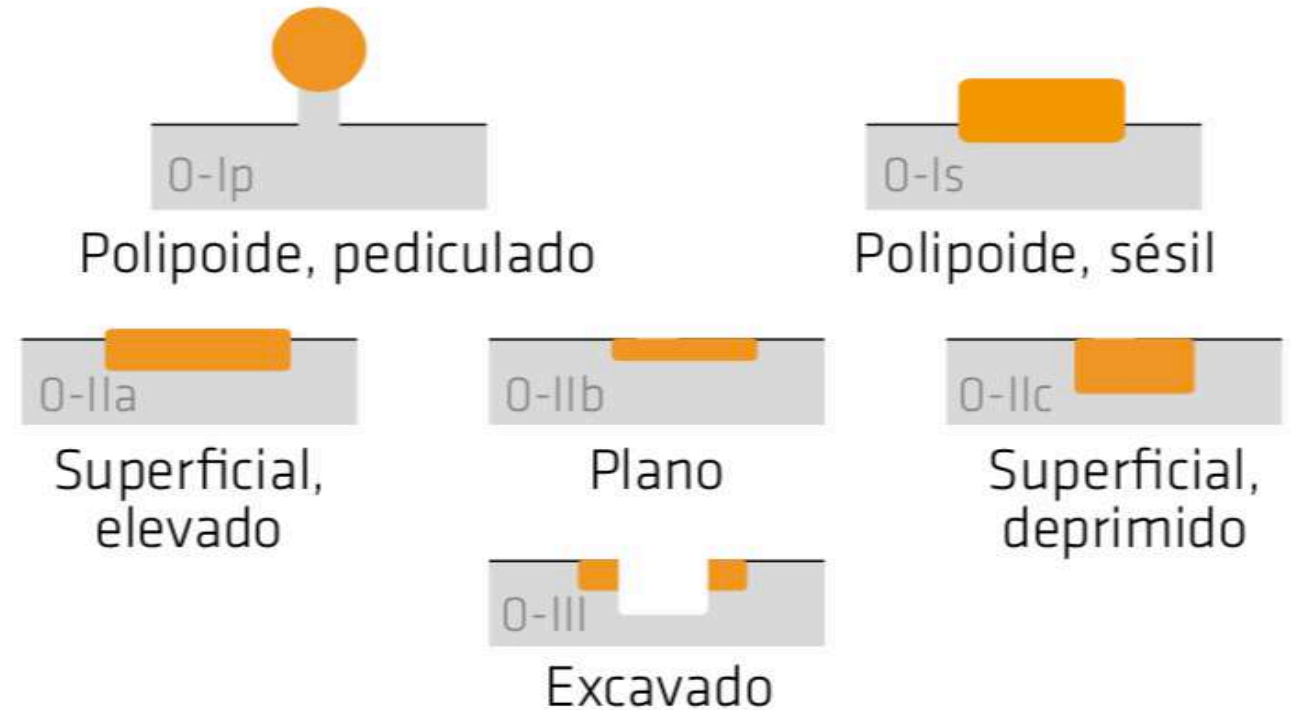
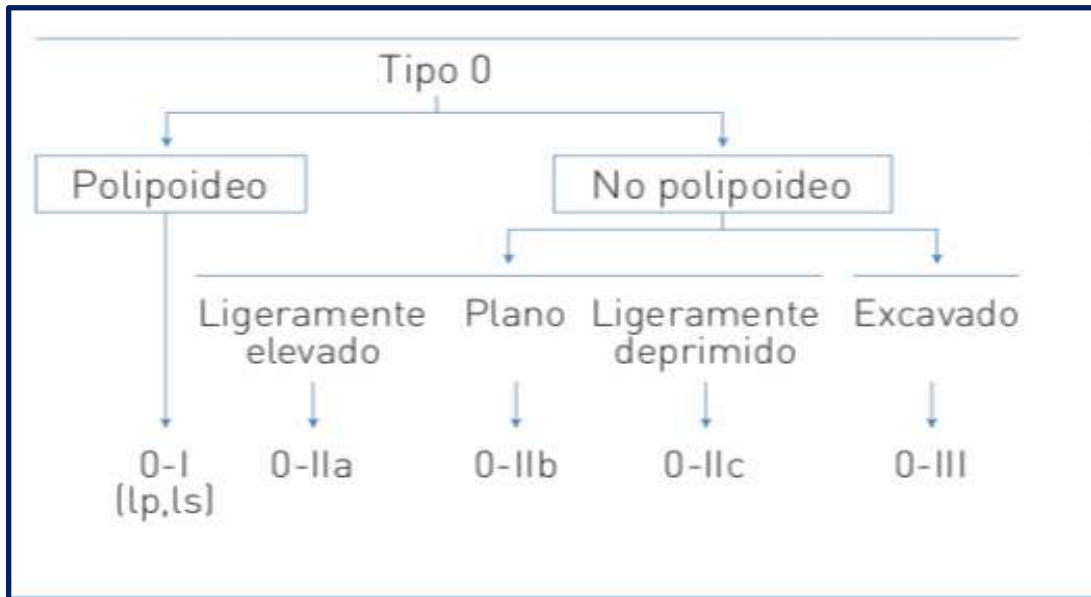
Conectado a ENDOBASE



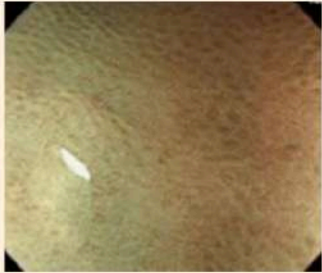
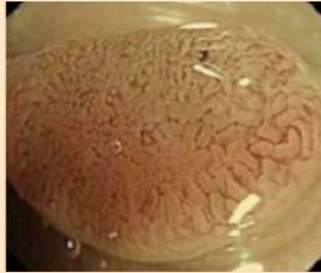
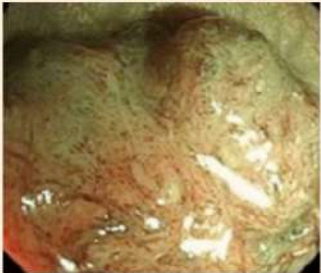
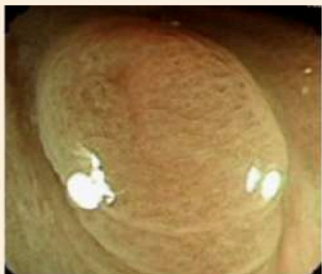
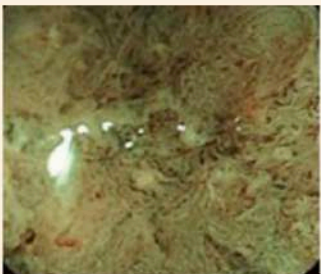


8. COMO SON LOS PÓLIPOS??

CLASIFICACIÓN DE PARÍS



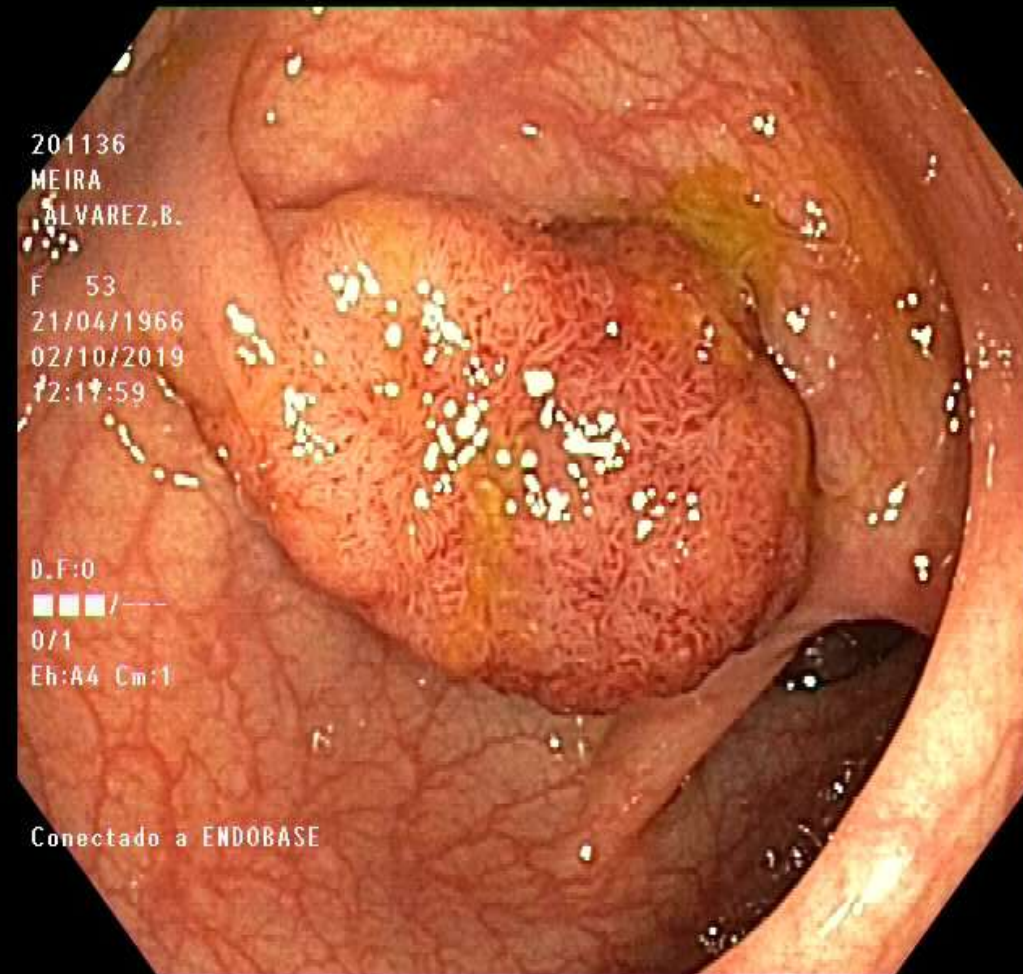
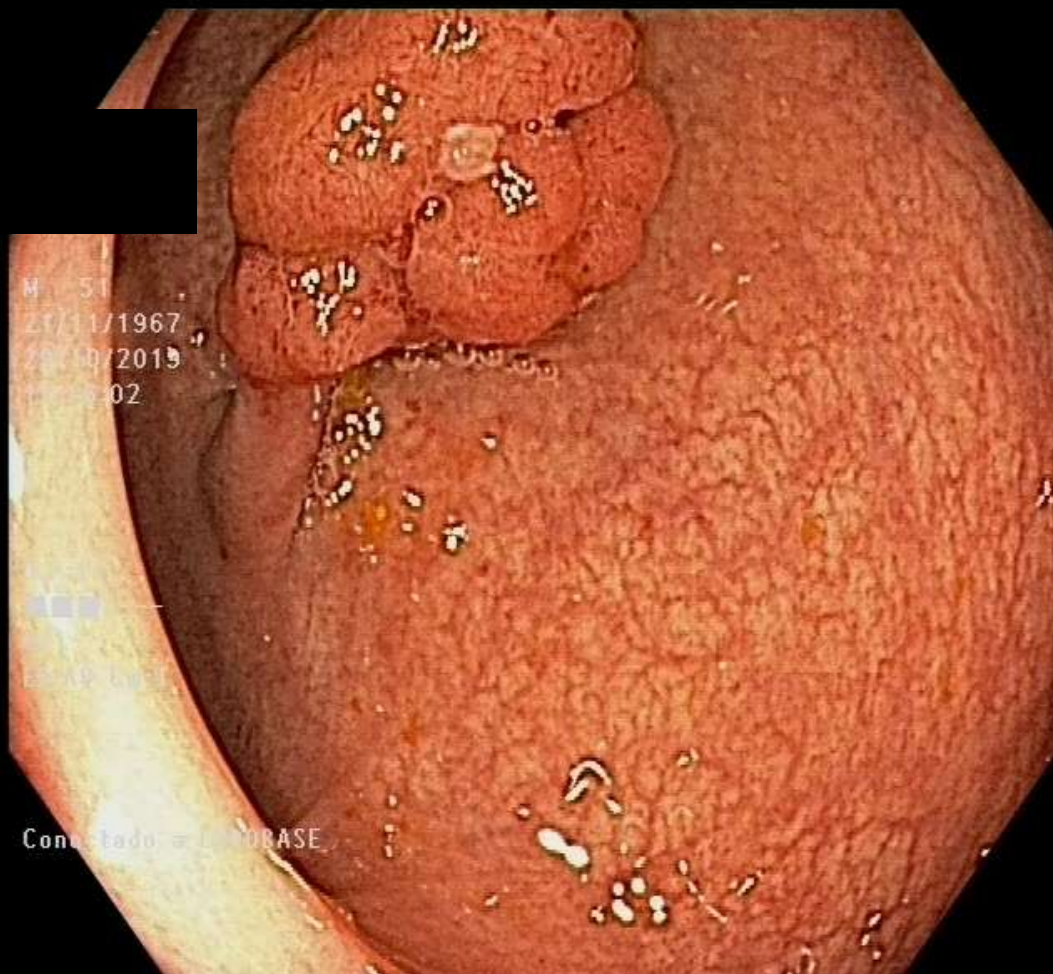
CLASIFICACIÓN NICE

	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
Color	Igual o más claro que el entorno de la lesión 	Más amarronado que el entorno de la lesión 	Marrón a marrón oscuro en relación con el entorno y zonas más blancas a veces irregulares 
Vasos	Ninguna, o pueden estar presentes de forma aislada, puntiformes, a través de la lesión 	Vasos marrones que envuelven las estructuras blancas 	Área(s) de interrupción o vasos desaparecidos 
Patrón superficial	Manchas oscuras o blancas de tamaño uniforme o ausencia de patrón 	Oval, tubulares o estructuras blancas ramificadas rodeadas por vasos marrones 	Ausencia de patrón superficial 
Patología probable	Hiperplasia	Adenoma	Invasión SM profunda o cáncer
Tratamiento	Seguimiento	Polipectomía (REM/DES)	Cirugía

Iwatate M, et al. *Diagn Ther Endosc.* 2012; 2012: 173269.





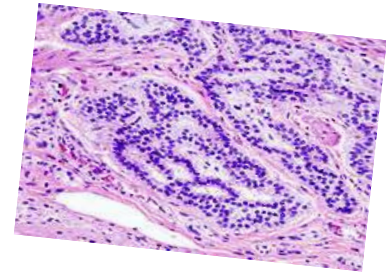


DESPUES DE LA ENDOSCOPIA:

- Entender informe Anatomía Patológica datos prácticos...
 - Seguimiento de lesiones.
 - ¿ Cuando derivar al especialista?
 - ¿ Hasta cuando hacer seguimiento?



9. INFORME ANATOMÍA PATOLÓGICA...

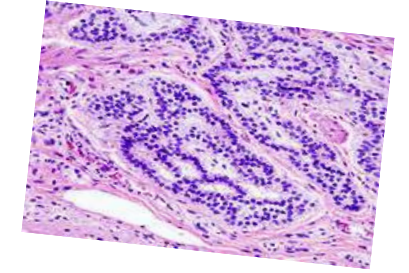


INFORME AP:

- *Numero total de Adenomas y PS*
- *Diagnóstico histológico de cada pólipo*
- *Grado de displasia y componente velloso*



ENTENDIENDO A LOS PATÓLOGOS...



- Clasificación:

Pólipos adenomatosos: 60-70%

Pólipos serrados (hiperplásicos, sésil serrada, adenomas serrados): 10-30%

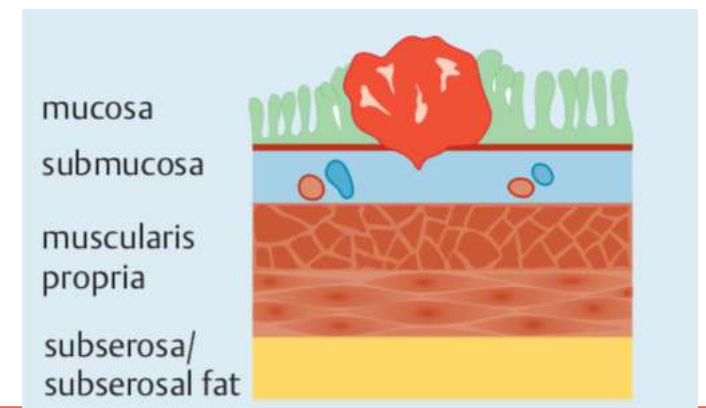
- Tubular, túbulo-velloso, velloso

- Tamaño

- Grado de Displasia:

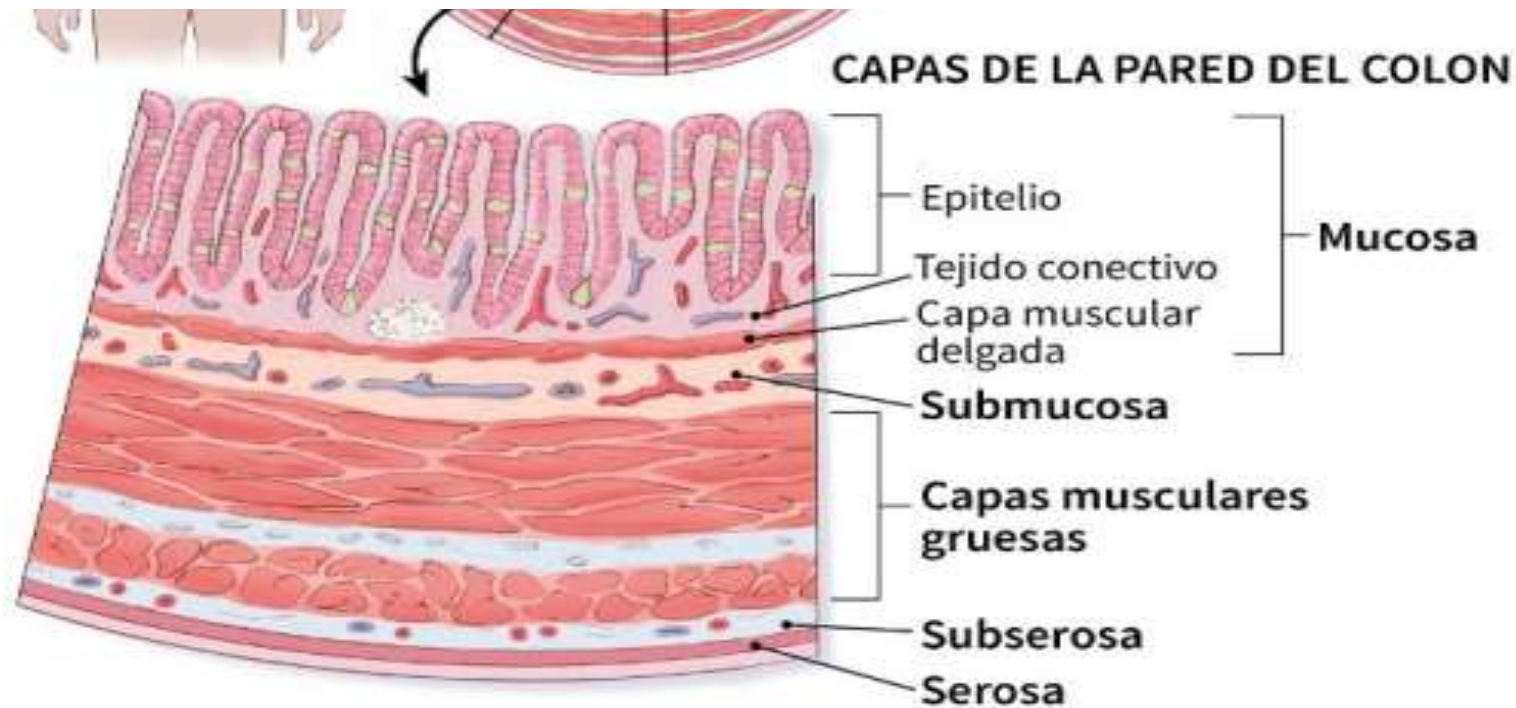
Displasia Bajo Grado (DBG)

Displasia Alto Grado (DAG)

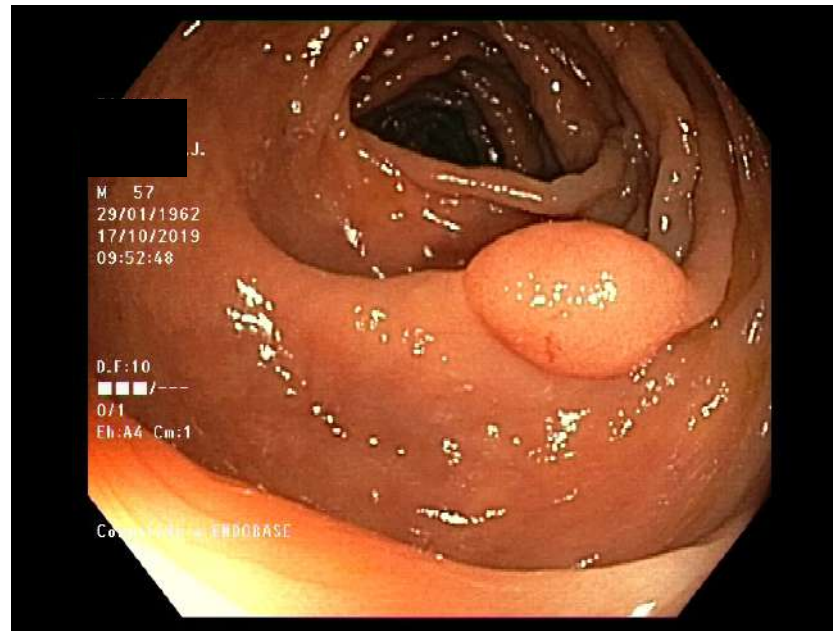




- **Invasivo:** HACIA LA SUBMUCOSA!!
- **CARCINOMA IN SITU – Tis - Intramucoso EQUIVALE A DISPLASIA ALTO GRADO**



10. SEGUIMIENTO DE LESIONES...



■ FACTORES DE RIESGO:

- Tamaño $\geq 10\text{mm}$
- Componente vellosa (20%)
- Displasia Alto Grado (DAG)
- Número de Lesiones



PÓLIPOS CON O SIN RIESGO

LESION ADENOMATOSA	
NO avanzada	Adenoma tubular <10mm y con DBG
AVANZADA	Adenoma Velloso • $\geq 10\text{mm}$ • con DAG
LESION SERRADA	
NO avanzada	PS <10mm y sin displasia
AVANZADA	PS $\geq 10\text{mm}$ • con displasia.

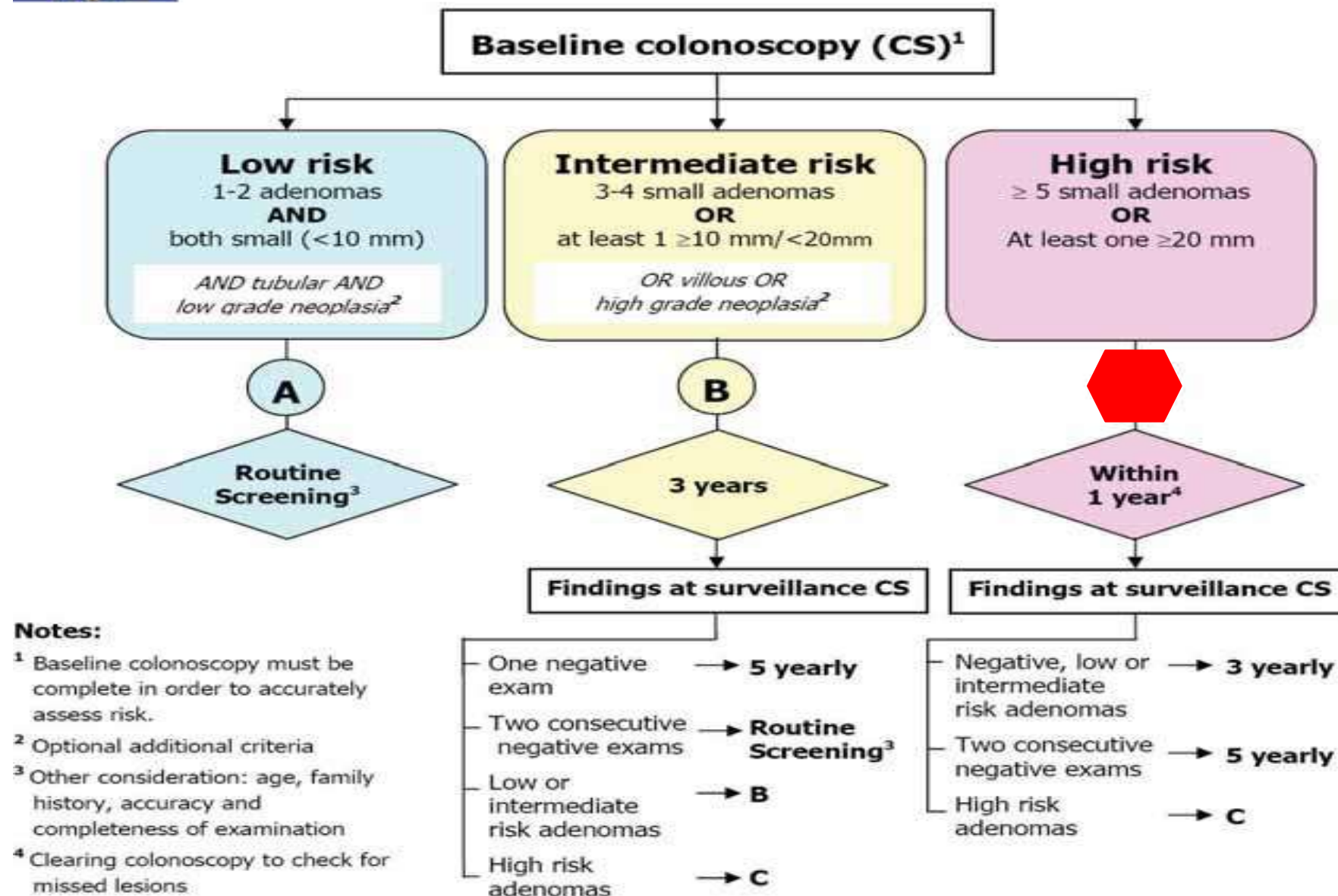
Pólipos hiperplásicos recto- sigma NO riesgo de CCR—NO seguimiento





COLONOSCOPIC SURVEILLANCE FOLLOWING ADENOMA REMOVAL (EU 2010)

ANTES



SEGUIMIENTO LESIONES COLÓNICAS

AHORA

BAJO RIESGO:

- 1-2 adenomas no avanzados.
- Les. Serradas no avanzados

- **CRIBADO POBLACIONAL**
a los 5- 10 AÑOS
Si no, Colonoscopia 10 años

RIESGO INTERMEDIO – ALTO:

- ≥ 3 adenomas no avanzados.
- Lesión Avanzada

COLONOSCOPIA A LOS 3 AÑOS

Lesiones que requieren vigilancia

SI

NO

Colonoscopia a los **3 años**

Colonoscopia a los **5 años**

FIN DE LA VIGILANCIA:

2 COLONOSCOPIAS CONSECUTIVAS NEGATIVAS

A LOS 75- 80 AÑOS

11. SITUACIONES ESPECIALES:

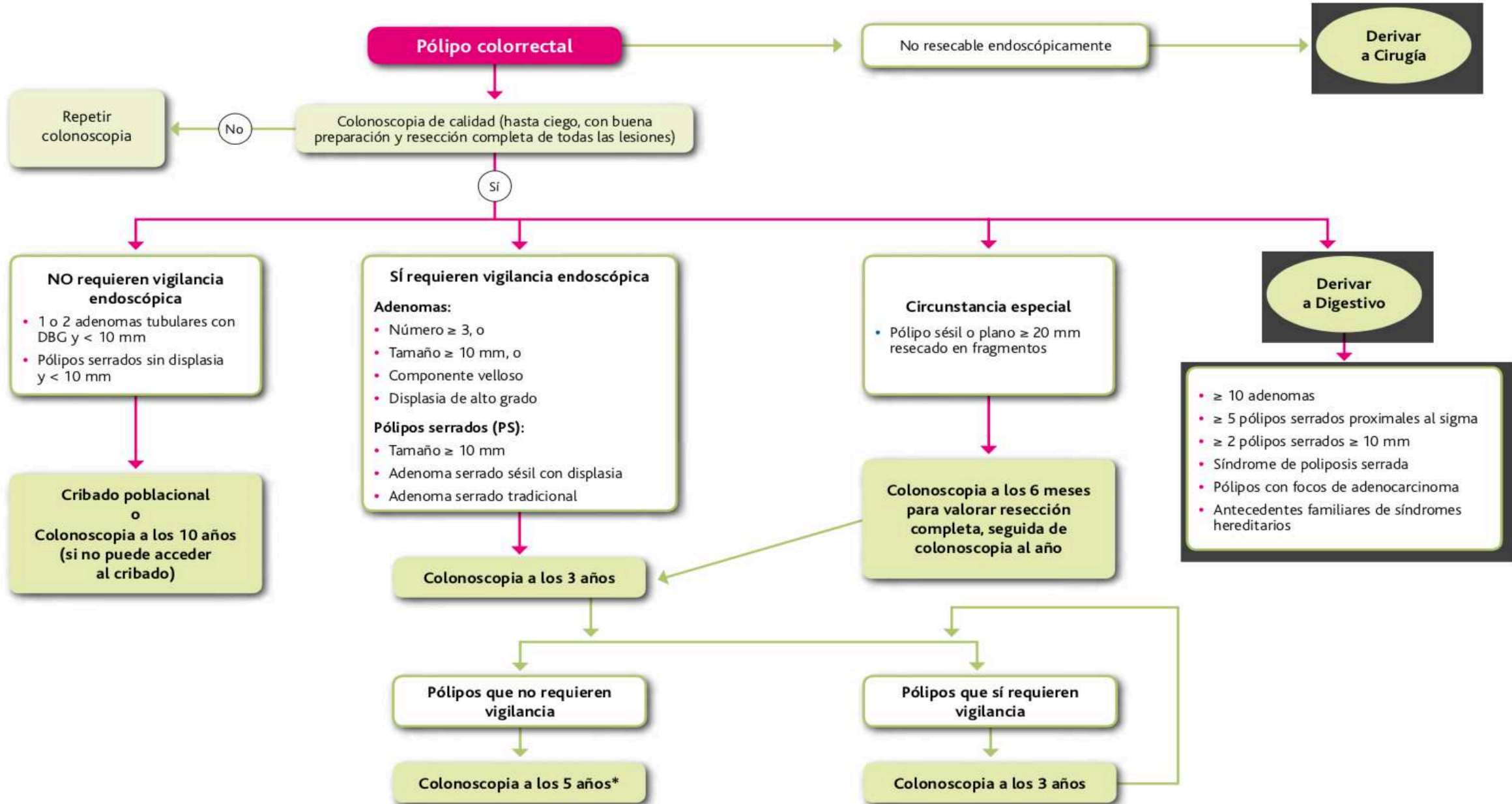


CUANDO DERIVAR AL ESPECIALISTA



- Adenocarcinoma sobre pólipo.
- Lesión SESIL o PLANA $\geq 20\text{mm}$.
- ≥ 10 adenomas.
- SOSPECHA SPS: ≥ 5 PS proximales, ≥ 2 PS $\geq 10\text{mm}$.





* Después de dos colonoscopias sin pólipos que requieran vigilancia: cribado poblacional o colonoscopy a los 10 años.

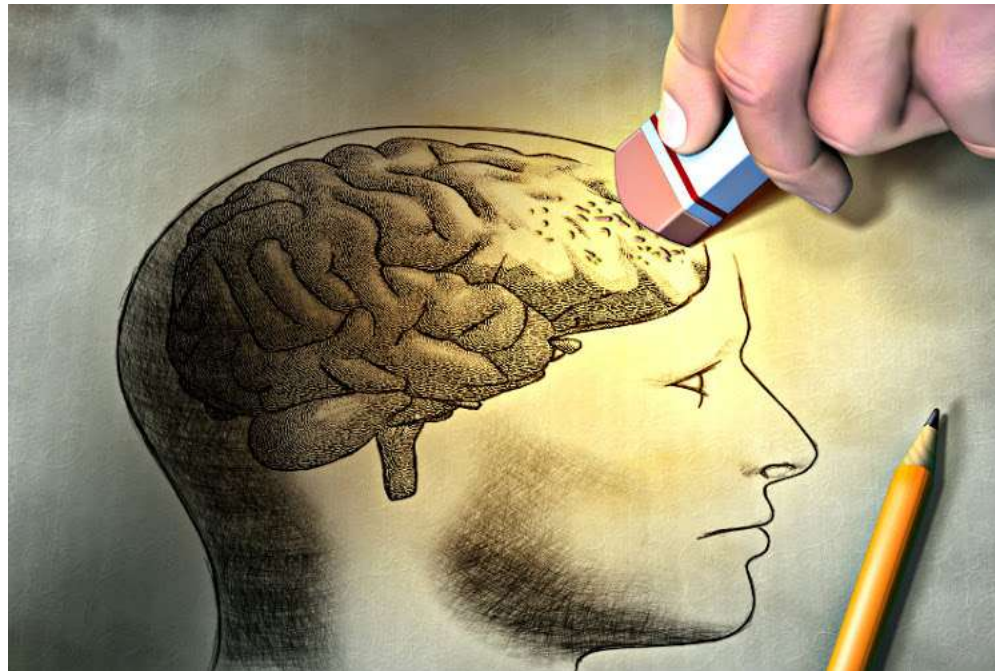


12. MI PACIENTE SE HACE MAYOR, ¿ CUANDO DEBO PARAR?

- Cese vigilancia a los 80 años.
- Individualizar a partir 75 años.



SI ALGO SE NOS OLVIDA...



Estás en: Inicio ▸ Publicaciones ▸ Publicaciones AEG

Guías de práctica clínica

Filtrar 

SUSCRÍBETE



Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto

Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto

Leer más



Actualización 2018. Guía Práctica Clínica sobre el diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal

Solicitada acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud

Leer más



Guía de Práctica Clínica sobre el Síndrome del Intestino Irritable

Guía de Práctica Clínica sobre el Síndrome del Intestino Irritable

Leer más





[/ Cursos](#)

Cursos

1

GAS Y DISTENSIÓN ABDOMINAL FUNCIONAL

Desde el 15/04/2018 hasta el 26/04/2019

Actividad de 10 horas lectivas acreditada con 1,2 créditos de formación continuada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid - Sistema Nacional de Salud (Exp. núm. 07-AFOC-03974.2/2018)

2

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

Desde el 01/12/2018 hasta el 30/10/2019

Solicitada acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid con fecha 03/10/18

3

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Desde el 21/03/2019 hasta el 01/04/2020

Solicitada acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid con fecha 21/01/19



COLONCOP

Cálculo colonoscopia vigilancia post-polipectomía

Disponible en:





[SOLICITAR CLAVES DE ACCESO A LA APP](#)

[CALCULADORA](#)

Herramienta que facilita la correcta recomendación sobre la prevención y vigilancia de lesiones neoplásicas del colon.

Recomendación de vigilancia según los antecedentes personales y familiares de cáncer colorrectal.

COLONCOP

Cálculo colonoscopia vigilancia post-polipectomía

Situación del paciente



Inicio

Seleccione la situación del PACIENTE

Escoja las opciones según la información que tenga del paciente

Evaluar colonoscopia

Se ha hecho una colonoscopia y quiere conocer cuándo se debe realizar otra de seguimiento o control.



Paciente con antecedentes familiares

Tiene familiares con cáncer de colon o recto o en alguna de las zonas que se muestra en "Más información".



Paciente con antecedentes personales CCR

El paciente ha padecido un cáncer de colon o recto (CCR).



Quando aparece este icono es que hay más información. Púselo para abrirlo



Quando aparece este icono elija una o varias de las posibles opciones. Haga clic para activarlas

Deslice la pantalla hacia arriba para visualizar todo el contenido



MUCHAS GRACIAS A TOD @S!!!!



FOGAR MÉDICO



POLIPOS GASTRICOS:

- NO NEOPLÁSICOS: 90%
HIPERPLÁSICOS: H Pylori.
POLIPOS GLANDULA FUNDICA: IBP.
- NEOPLÁSICOS:
ADENOMAS

BIOPSIAR

NO precisan **seguimiento**

EXTIRPAR SOLO SI:

- >1cm
- Síntomas
- Displasia

