

UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA (Hospital Morales Meseguer).

DEFINICIÓN DE PROCESOS:

COLONOSCOPIA PARA EL CRIBADO DE CANCER COLO-RECTAL.

Concepto: La colonoscopia de cribado de cáncer colorrectal supone la aplicación de esta técnica endoscópica a personas sanas a las que se invita a participar en un programa de cribado poblacional de detección precoz de cáncer de colon, y que han sido positivas al test de SOH.

Para el éxito del programa, y con el objeto de que la población seleccionada se adhiera al mismo, son indispensables los siguientes requisitos:

- 1- La colonoscopia se debe realizar a los pocos días de la confirmación del resultado positivo del test de SOH. (Ver pasos previos del proceso diagnóstico).
- 2- La colonoscopia debe ser resolutive, lo cual significa que debe explorar en condiciones adecuadas la totalidad del colon, y tratar (extirpar para su análisis) la totalidad posible de las lesiones encontradas. Ello lleva implícito un protocolo de limpieza de colon que debe de ser eficaz en la práctica totalidad de los casos.
- 3- La colonoscopia debe de ser satisfactoria. Para ello se aplicarán las medidas de sedoanalgesia adecuadas. Ello permitirá completar el proceso y reducir al mínimo el número de pacientes no explorados o tratados adecuadamente y que requerirían otros procedimientos diagnósticos (colonoscopia bajo sedación profunda con apoyo anestesiológico o Colonografía TC.)

Con estos requisitos, el proceso quedaría definido de la siguiente manera:

PLANO DEL PROCESO:

- 1- Recepción en sala de endoscopia:
 - a. Debe estar en posesión del equipo de endoscopia la hoja de solicitud de endoscopia y el consentimiento informado firmado.
 - b. Se dispondrá igualmente de la Hª clínica de enfermería donde se hace constar los antecedentes patológicos, farmacológicos, y antecedentes familiares de riesgo de cáncer de colon (Ver HªClínica Enfermería).
- 2- Toma sistemática vía venosa.
- 3- Monitorización.
 - a. Control de pulso y saturación de O₂ durante la intervención.
- 4- Sedación superficial según protocolo. (Ver Anexo II)
- 5- Registro hoja enfermería (Ver Anexo III)
- 6- Colonoscopia diagnóstico-terapéutica. (Ver Anexo I)
- 7- Recuperación en sillón abatible con vía venosa cogida.
- 8- Alta con acompañante con día de cita para recogida de resultados.

ANEXO - I

Colonoscopia para el cribado de cáncer colo-rectal.

Def: endoscopia del colon con finalidad de visualizar la totalidad de la mucosa para el diagnóstico endoscópico de cualquier patología posible y para la localización y tratamiento de todas las lesiones (pólipos o lesiones planas) que pudieran corresponder a una neoplasia, benigna o maligna.

1- Pólipos:

- Todo pólipo encontrado durante la exploración **deberá ser extirpado y recuperado** a ser posible para su análisis anatomopatológico. Para ello el endoscopista debe de disponer de todos los medios necesarios para su extirpación (asas de polipectomía y fuente de diatermia) y tratamiento de eventuales complicaciones (soluciones esclerosantes, clips hemostáticos, endo-loop, argón plasma). No se extirparán las lesiones tumorales polipoideas que se consideren no extirpables o que por su aspecto orienten al diagnóstico de carcinoma invasivo.
- Se utilizarán si fuera posible métodos de cromatografía y magnificación de imágenes en pacientes con antecedentes familiares de riesgo o en aquellos en los que se sospeche endoscópicamente que pudieran tener lesiones planas, sabiendo que dicha tecnología alarga significativamente el tiempo total de la endoscopia.
- Se remitirá cada muestra (pólipo o lesión plana) en una duquesita con formol independiente, a ser posible, debidamente orientadas.
- En el informe de endoscopia deberá constar el tamaño, características morfológicas y localización de cada lesión así como de las técnicas diagnóstico-terapéuticas empleadas para su abordaje. Además, el informe de endoscopia contemplará el resto de hallazgos diagnósticos.

Excepciones a la polipectomía:

- Mala situación clínica, o por su patología basal o por la mala tolerancia a la prueba, que aconseje postponer la intervención a un segundo tiempo.
- Anamnesis que sugiera algún trastorno de la coagulación.
- Pólipos grandes de alto riesgo que aconsejan el ingreso del paciente para observación en las horas siguientes. En este caso el endoscopista se encargaría de cumplimentar la solicitud de endoscopia con apoyo anestesiológico, la hoja de preanestesia, la orden de ingreso, la hoja de evolución en hospitalización, y la hoja de tratamiento en hospitalización.
- Numerosos pólipos (> 10). Se deja a criterio del endoscopista la extirpación de la totalidad o parte de ellos. El médico solicitante sería el responsable de remitir al paciente a nuevas sesiones en caso de polipectomía en caso de considerarlo necesario.

2- Otras lesiones:

Angiodisplasias: las pequeñas angiodisplasias (< 1 cm) deben de ser ubicadas, y a ser posible tratadas con argón plasma en el momento a no ser que por su tamaño, ubicación o situación clínica del paciente se desaconseje. En este caso se tratarían en un segundo tiempo si el contexto clínico así lo aconseja.

ANEXO - II

Sedoanalgesia superficial en colonoscopia:

La aplicación de una sedoanalgesia adecuada proporciona:

- 1- Mucho mejor tolerancia a la prueba.
- 2- Acorta el tiempo de intervención.
- 3- Mejora el grado de satisfacción.

Se propone el siguiente protocolo, contrastado como eficaz y escaso en efectos secundarios, en un estudio piloto previo desarrollado por nuestra sección.

Características de la sedación:

- Según un protocolo de mínimos para todos los pacientes.
- Aplicación secuencial de la analgesia y la sedación en un tiempo no inferior a 3 minutos.
- Dosis personalizadas para cada paciente según antecedentes patológicos y efectos secundarios indeseables.
- Se propone el siguiente protocolo:

**UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA - HMM.
SEDACIÓN SUPERFICIAL PARA COLONOSCOPIA ESTANDAR.**

- Toma sistemática de vía venosa.
- Cumplimentación de Hoja de registro de enfermería.
- Carro de RCP básica debidamente preparado.

SEDOANALGESIA

< 65 años sin patología asociada:

Fentanilo: bolo iv. directo de 50 microgramos (1 ml) y añadir hasta 75 microgramos (1.5 ml en total) + **Midazolam** bolo iv. de 2 mg y añadir bolos de 1 mg hasta adecuada sedación (si es posible llegar a mínimo de 3 mg).

Pacientes > 65 años o < 65 años con patología cardiorrespiratoria o hepática asociada:

Fentanilo: bolos iv. directo de 25 + 25 microgramos (0.5 -1 ml) + **Midazolam** bolos de 1 hasta adecuada sedación. (Si es posible llegar a mínimo 3 mg).

EFECTOS ADVERSOS Y TRATAMIENTO

♣**Opiáceos:** El síndrome típico comienza inmediatamente tras la administración iv. E incluye depresión respiratoria, miosis, bradicardia, hipotermia, disminución del nivel de conciencia y, en algunos casos, edema de pulmón. TTO: **Naloxona** 0.4 mg iv o im en bolo, repitiendo la dosis 3-4 veces si no existe respuesta. Dado que la naloxona tiene una vida media más corta (2 h.) que la mayoría de los opiáceos (24-72 h.) pueden necesitarse dosis adicionales durante la evolución.

♣**Benzodiacepinas:** Somnolencia, disartria, confusión y depresión respiratoria. TTO: **Flumacénil** (Anexate amp. 0.5 mg) en dosis de 0.5 mg iv. cada minuto hasta alcanzar el nivel de conciencia deseado.

HOJA DE ENFERMERÍA – UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA-

**Pegatina
(datos filiación)**

FECHA:**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

1. EPOC 2. Diabetes 3. Cardiopatía 4. Prótesis valvular
 5. Prótesis articular 6 Injerto vascular 7. Insuficiencia renal crónica
 8. Hipertensión 9. Otras (_____)

¿PADECE ALGUNA ALERGIA? NO , SI (especificar: _____)

Procedencia: Ambulatorio: Hospitalización:

¿Endoscopia previa? NO SI , **Con sedación?** SI NO

Tolerancia: Buena Regular Mala .

Prueba solicitada y procedimiento terapéutico: _____

¿Desea Sedación? SI NO **¿Viene acompañado?:** SI NO

EXPLORACIÓN ENDOSCÓPICA

Vía ev: SI No Sueroterapia: Glucosado Salino Otros: _____

Medicación Administrada:

Midazolam: (dosis: _____ mg); Fentanilo: (dosis: _____ ug);
 Dolantina: (dosis: _____ mg); Atropina: (dosis: _____ mg);
 Naloxona: (dosis: _____ mg); Buscapina: (dosis: _____ mg); Atropina: (dosis: _____ m
 Flunacnil: (dosis: _____ mg); Antibiótico: (_____) dosis: _____ mg
 Otros: (_____).

CONSTANTES VITALES

| | ANTES | DURANTE | DESPUÉS |
|-------|-------|---------------|---------|
| TA | | | |
| PULSO | | | |
| SaO2 | | (con GN 2lpm) | |

Terapéutica: No Si (_____)

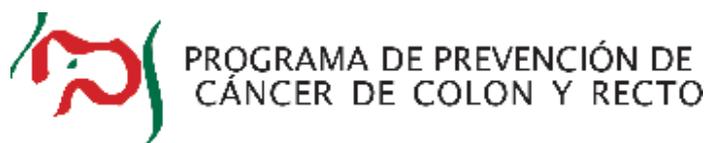
Complicaciones de la endoscopia: No Si (_____)

Complicaciones de la sedación: No Si (_____)

Tolerancia: Buena Regular Mala

Limpieza: (1) (2) (3) (4)

DUE: _____ Firma: _____



PRIMERA VISITA: FILIACIÓN, ANTECEDENTES Y PREPARACIÓN A LA COLONOSCOPIA.

ENFERMERA RESPONSABLE

FECHA:

PACIENTE: DATOS DE FILIACIÓN:

ANTECEDENTES PERSONALES: (De interés para la intervención endoscópica).

- Alergias medicamentosas: _____
- Enfermedades Cardiovasculares:
Angina ... , Infarto ... , Arritmia ... , ACV ... , HTA ... , Otras

- Enfermedades Pulmonares:
EPOC ... , Asma ... , Otras ...

- Enfermedades Metabólicas:
Diabetes ... , Tiroides ... , Otras

- Cirugía abdominal:
Ginecológica ... , Ap. Digestivo ... , Hernias umbilicales ... ,
Otras _____
- Problemas de coagulación: Si No
Tto Sintrom ... , Tto AINEs ... , Tto Antiagregante
- Tratamiento médico:

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE

FAMILIARES: (De interés para la Clasificación del riesgo de CCR).

Antecedentes Familiares de 1º grado = padres, hermanos, hijos.

Antecedentes familiares de 2º grado = abuelos, tíos, sobrinos.

| | | |
|--|--|--|
| 1 Familiar de 1º grado afecto de CCR > 60 años. | | Cribado a los 40 años |
| 1 Familiar de 1º grado afecto de CCR < 60 años. | | Cribado a los 40 y cada 5 años. |
| 2 o más familiares de 1ª grado afectados de CCR. | | Cribado a los 40 y cada 5 años. |
| 1 familiar de 2º grado afecto de CCR. | | Cribado de población de riesgo medio. |
| 2 o más familiares de 2ª grado afectados de CCR. | | Cribado de población de riesgo medio iniciado a los 40 años. |
| Criterios de CCHNP. | | Según protocolo. |
| Criterios de PAF. | | Según protocolo. |
| Antecedentes personales o familiares de EIIC. | | Según protocolo. |

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE:

| | |
|--------------|--|
| RIESGO MEDIO | |
| RIESGO ALTO | |

ENTREGA DE PREPARACIÓN DE LIMPIEZA DE COLON ALEATORIZADA:

- FOSFOSODA
- SOLUCIÓN BOHM
- ENEMAS

ENTREGA DE CUESTIONARIO DE EXPECTATIVAS Y CALIDAD PERCIBIDA:

| | | | |
|----|--|----|--|
| SI | | NO | |
|----|--|----|--|

CITACIÓN EN UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA.

| | | |
|------------|-------|-------|
| CONSULTA | Día: | Hora: |
| ENDOSCOPIA | Día : | Hora: |

.....
Fdo:

