



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



Trabajo de Investigación

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

TEMA:

“ESCALA DE KUDO APLICADA EN USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS
DIAGNOSTICADOS CON PÓLIPOS COLÓNICOS EN EL SUB- PROCESO DE LA
UNIDAD ENDOSCÓPICA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE INSTITUTO
ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE
DEL 2015”

AUTORAS:

SAN LUCAS MIELES TANIA LISBETH

VÁSQUEZ SOLÓRZANO FANNY ELEANA

DIRECTOR

Dr. FREDDY XAVIER HINOSTROZA DUEÑAS

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2016

DEDICATORIA

Quiero en primer lugar dedicar el presente trabajo de investigación al creador de todas las cosas a Dios quien día a día me ha dado fortaleza para continuar cuando eh estado a punto de caer ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera.

De igual forma, dedico esta tesis a mis padres el Lcdo. Jorge San Lucas y la Sra. Mirna Mieles que han sabido formarme de uno u otra manera con buenos sentimientos, hábitos y valores lo cual me han ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles brindándome su apoyo y consejos para hacer de mí una mejor persona.

A mis hermanos y sobrinos, en especial a mi Aisha que con sus llantos y sonrisa ha estado conmigo y sé que estará muy feliz y orgullosa al alcanzar este logro.

También dedico este trabajo a mi novio el Dr. Constantino Alvarado que con tan poco tiempo de estar conmigo en la culminación de mi carrera ha sido incondicional, brindándome toda su confianza, amor y comprensión.

Tania San Lucas Mieles

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a Dios todo poderoso quien me ha dado la fortaleza para seguir adelante, y la oportunidad de seguir viviendo siendo mi sendero de luz que guía mis pasos.

A mis padres Jairo y Fabiola así como a mis hermanos Jally y Dany que con su esfuerzo han logrado ser inspiración en mi vida, y la base fundamental para el crecimiento en valores, a quienes he tomado siempre de modelo como mi ejemplo de vida y que ahora los represento en esta noble misión.

A mi hijo Iker Alejandro que con su sonrisa diaria ha sido mi motor de lucha y constancia, para poder completar con éxito mis metas y objetivos, el cual nunca deja de llenar mis días de amor sincero; y me permite ser consiente en que no puedo desfallecer porque atrás de mis pasos esta Él.

A mi sobrino Dhiago Sebastian que se ha convertido en un pilar fundamental para seguir adelante, con sus travesuras alegra mi vida.

A mis amigos y compañeros de aulas y de internado, sobre todo a Génesis y Dixon que han estado siempre acompañándome en mis momentos de éxito y fracaso.

Eleana Vásquez Solórzano

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento sincero en primer lugar a Dios por permitirnos finalizar esta etapa de nuestras vidas con salud y energía, dotándonos de sabiduría y fortaleza para poder superar las adversidades presentadas en el camino.

A la Universidad Técnica de Manabí, en especial a los catedráticos de la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, por habernos acogido y aportado con conocimientos para nuestro perfil profesional.

A nuestros padres y familiares por el apoyo incondicional que mostraron en este largo camino, que comienza a dar frutos.

A nuestro director de tesis, Dr. Freddy Hinostroza Dueñas por dedicarnos el tiempo necesario y la voluntad sincera prestada hacia nosotras; siendo el pilar necesario para que nuestra investigación avance de acuerdo a las normas exigidas.

Al tribunal de tesis y a todas las personas que de una forma u otra nos prestaron su colaboración y nos permitieron cristalizar esta meta tan anhelada.

Tania San Lucas Mieles

Eleana Vásquez Solórzano

CERTIFICACIÓN DE LA PRESIDENTA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Certifico que el presente trabajo de investigación titulado “ESCALA DE KUDO APLICADA EN USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON PÓLIPOS COLÓNICOS EN EL SUB-PROCESO DE LA UNIDAD ENDOSCÓPICA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE DEL 2015”. Ha sido estructurado por las autoras Tania Lisbeth San Lucas Mieles y Fanny Eleana Vásquez Solórzano.



.....
**DRA. NATACHA LOIS MENDOZA
PRESIDENTE DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo Dr. FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS tengo a bien certificar que el trabajo de investigación titulado “ESCALA DE KUDO APLICADA EN USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON PÓLIPOS COLÓNICOS EN EL SUB- PROCESO DE LA UNIDAD ENDOSCÓPICA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE | INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE DEL 2015” Ejecutada por: Tania Lisbeth San Lucas Mieles y Fanny Eleana Vásquez Solórzano se encuentra concluida en su totalidad.



DR. FREDDY XAVIER HINOSTROZA DUEÑAS
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

Nosotros los miembros del tribunal de Revisión y Evaluación indicamos y certificamos que el trabajo de investigación "ESCALA DE KUDO APLICADA EN USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON PÓLIPOS COLÓNICOS EN EL SUB- PROCESO DE LA UNIDAD ENDOSCÓPICA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE DEL 2015", cuyos autores son las egresadas de Medicina: Tania Lisbeth San Lucas Micles y Fanny Eleana Vásquez Solórzano, certificamos que se estudió y analizó el mencionado trabajo de titulación con el fin de continuar los trámites siguientes para los requisitos estipulados por el Reglamento General de Graduación de la Universidad Técnica de Manabí.



Dra. Natacha Lois Mendoza
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL



Dr. César Bohórquez Saona
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Dra. Karla Moncayo Chica
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN DE TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

“ESCALA DE KUDO APLICADA EN USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON PÓLIPOS COLÓNICOS EN EL SUB-PROCESO DE LA UNIDAD ENDOSCÓPICA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE DEL 2015”

Trabajo de Investigación sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo, requisito previo a la obtención del Título de:

MÉDICO- CIRUJANO
APROBADO

Ing. Karina Rocha Galecio
DECANA

Lic. Miriam Barreto Rosado
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE TITULACION
FCS

Ab. Daniel Cadena Macías
ASESOR JURIDICO

Dr. Freddy Hinostroza Dueñas
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION

Dra. Natacha Lois Mendoza
PRESIDENTA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Dra. Karla Moncayo Chica
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. César Bohórquez Saona
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
CERTIFICACION DEL PRESIDENTE DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	v
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	vi
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN.....	vii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	viii
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	ix
ÌNDICE.....	x
RESUMEN	xiv
SUMARY.....	xv
CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
SUBPROBLEMAS	5
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVOS	6
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVO ESPECÍFICO	6

CAPÍTULO II	7
MARCO REFENCIAL.....	7
MARCO TÉORICO.....	10
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	36
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	37
VARIABLE DEPENDIENTE.....	39
CAPÍTULO III.....	40
DISEÑO METODOLÓGICO.....	40
TIPO DE ESTUDIO	40
LÍNEA DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
ÁREA DE ESTUDIO	40
PERIODO	40
UNIVERSO	40
MUESTRA	40
MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	41
CRITERIO DE INCLUSIÓN	41
CRITERIO DE EXCLUSIÓN	41
MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	42
INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	42
FUENTES DE DATOS	42
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
RECURSOS HUMANOS.....	43
RECURSOS FÍSICOS.....	43
RECURSOS INSTITUCIONALES.....	43

RECURSOS ECONÓMICOS	44
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	45
TABLA Y GRÁFICO # 1.- RELACIÓN EDAD Y GÉNERO DE LOS USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON PÓLIPOS COLÓNICOS ATENDIDOS EN HOSPITAL IESS CHONE, ABRIL -SEPTIEMBRE DEL 2015.....	46
TABLA Y GRÁFICO # 2.- RELACIÓN PROCEDENCIA Y OCUPACIÓN DE LOS USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON PÓLIPOS COLÓNICOS EN EL HOSPITAL IESS CHONE, ABRIL -SEPTIEMBRE DEL 2015.....	48
TABLA Y GRÁFICO # 3.- RELACIÓN FACTORES DE RIESGO SOCIALES Y GÉNERO EN LOS USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON PÓLIPOS COLÓNICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE 2015.....	50
TABLA Y GRÁFICO # 4.- RELACIÓN FACTORES DE RIESGO ALIMENTICIOS Y GÉNERO EN LOS USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON PÓLIPOS COLÓNICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE 2015.....	52
TABLA Y GRÁFICO # 5.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESCALA DE KUDO EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON PÓLIPOS COLÓNICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE 2015.....	54
TABLA Y GRÁFICO # 6.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE LOS PÓLIPOS COLÓNICOS EN LOS USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON ESTA PATOLOGÍA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE 2015.....	56
TABLA Y GRÁFICO # 7.- CONDUCTA A SEGUIR SEGÚN EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE LOS PÓLIPOS COLÓNICOS EN LOS USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON ESTA PATOLOGÍA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE 2015.....	58
TABLA Y GRÁFICO # 8.- COMPARACIÓN DE CROMOENDOSCOPIA DIGITAL Y ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO SEGÚN LA CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES DE LOS PÓLIPOS COLÓNICOS EN LOS USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON ESTA PATOLOGÍA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE 2015.....	60

CAPÍTULO IV	62
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES.....	64
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	65
CAPÍTULO V	66
PROPUESTA.....	66
JUSTIFICACIÓN	66
OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.....	68
OBJETIVO GENERAL	68
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	68
BENEFICIARIOS.....	68
RESPONSABLES	68
UBICACION SECTORIAL Y FÍSICA.....	69
FACTIBILIDAD.....	69
ACTIVIDADES.....	70
RECURSOS HUMANOS.....	70
INFRAESTRUCTURA	70
CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCIATIVAS	71
FODA.....	72
RESULTADOS DE LA PROPUESTA	74
BIBLÍOGRAFIA	80
ANEXOS	83
FICHA RECOLECCION DE DATOS	84

RESUMEN

Los pacientes que presentan pólipos colónicos en su mayoría son diagnosticados a través de colonoscopia, siendo este el momento indicado para determinar si son de origen neoplásicos o no neoplásicos; utilizando las características histológicas como prevención del cáncer de colon y recto; para ello Kudo y colaboradores plantearon una escala que lleva su nombre identificando a través de cromoendoscopia las lesiones malignas como premalignas, según esta clasificación del patrón de las criptas de Kudo encontramos los siguientes hallazgos: I, II, IIIL, IIIS, IV. Se diseñaron los siguientes objetivos: Uno General (Aplicar la Escala de Kudo en usuarios menores de 50 años diagnosticados con Pólipos Colónicos en el Sub- Proceso de la Unidad Endoscópica Digestiva del Hospital de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone, durante el periodo Abril – Septiembre del 2015) y los específicos (Determinar las características demográficas de los Usuarios en estudio, Mejorar el rédito diagnóstico de lesiones pre malignas mediante la escala de kudo, Diagnosticar de manera temprana lesiones malignas y benignas mediante la cromoendoscopía digita, Sociabilizar la escala de Kudo a los usuarios de la unidad de endoscopia del Hospital del Seguro Social de Chone. La presente investigación fue de tipo descriptivo-prospectivo. La unidad de análisis fueron los 70 usuarios obteniéndose los siguientes resultados la edad de los usuarios fue de 25 a 50 años con el 55% siendo el sexo masculino, en su mayoría de origen urbano, siendo los factores de riesgo el consumo de las dietas hiperproteicas en un 40% asociados al consumo de tabaco en el 37%, siendo las lesiones de Kudo II con más prevalencia en un 53% y según el histopatológico son lesiones no neoplásicas en igual porcentaje estableciendo como conducta el seguimiento, se capacitó a los pacientes del IESS de Chone así como al personal de salud sobre la aplicación de la escala de Kudo.

PALABRAS CLAVES: PÓLIPOS COLÓNICOS, CROMOENDOSCOPIA, COLONOSCOPIA, CRIPTAS DE KUDO.

SUMARY

The patients with colonic polyps are mostly diagnosed through colonoscopy, which is the right time to determine whether they are neoplastic or non-neoplastic origin; using histology as prevention of colon and rectal cancer; Kudo and coworkers for it posed a scale that bears his name through Chromoendoscopy identifying malignant lesions and premalignant classification according to this pattern of crypts Kudo find the following findings: I, II, III, IIII, IV. The following objectives were designed: A General (Apply Scale Kudo users under age 50 diagnosed with Colonic Polyps in the Sub- Process Digestive Endoscopy Unit of the Hospital of the Ecuadorian Institute of Social Security Chone, during the period April - September 2015) and specific (determine the demographic characteristics of the users in the study, improve the diagnostic yield of pre-malignant lesions by kudo scale, diagnose it early malignant and benign lesions using chromoendoscopy digita, Socializing scale Kudo users of the endoscopy unit of the Social Security Hospital Chone. This research was descriptive-prospective. The unit of analysis was the 70 users with the following results the age of users was 25 to 50 years with 55% being males, mostly of urban origin, with risk factors consumption protein diets by 40% associated with the consumption of snuff in 37%, and Kudo II injuries more prevalent in 53% and histopathological non-neoplastic lesions in the same percentage setting as conduct follow-up, patients IESS Chone and health personnel were trained on the application of the scale of Kudo.

KEYWORDS: POLYPS colonics, chromoendoscopy, colonoscopy, KUDO crypts.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Un paciente que tiene pólipo colónico es aquel que presenta una masa apartada de tejido que protruye hacia la cavidad del intestino, éstos pueden dividirse en dos grupos: neoplásicos y no neoplásicos. Los afectados por pólipos colorectales lo delatan al ser examinados por síntomas no relacionados con la patología. (Barreda, 2007)

A través de endoscopia mediante las características histológicas ayudan a la detección y sobre todo a la prevención de cáncer de forma temprana. Un doliente que presenten adenomas múltiples tiene mayor posibilidad de debutar con cáncer de colon. (Barreda, 2007)

Mediante la tinción de Índigo de Carmín, se puede observar lesiones planas o pequeñas por la alta sensibilidad que demuestra, al encontrarse éstas se debe pensar inmediatamente en la eliminación con alguno de los métodos que existe. (Gunther, 2012)

El patrón propuesto por Kudo para clasificar los pólipos, determina las siguientes criptas: I, II, III, IV. Las lesiones encontradas como Neoplásicas (adenomas) fueron cuatro III y IV, los cuales fueron una mucosa normal e hiperplásicos pólipos. Otras de las que hallaron como no relacionadas con malignidad (pólipos hiperplásicos) tipo II, de forma histológica son los adenomas tubulares. (Canales, 2010)

Un estudio realizado en Perú donde se evalúa la utilidad del NBI, demostró que es un método ventajoso, sencillo y cómodo de duplicar para el análisis diferencial de las lesiones malignas y no neoplásicas sobre todo en vivo y de inmediato a su hallazgo, es por ello la facilidad de utilización del esquema de las criptas que Kudo propuso, con una comprensión, especificidad y exactitud diagnóstica de 94,7 %, 90,6 % y 93,2 % correspondientemente; además recientemente se ha reportado un incremento en la tasa de cánceres colorectales iguales o mayores a 10 milímetros en el momento que el paciente se somete a un screening por colonoscopia, se debe poner mucho esmero a las lesiones que aunque parezcan mínimas deben ser descubiertas para manejarlas inicialmente. (Canales, 2010)

JUSTIFICACIÓN

La técnica de ampliar las lesiones en la colonoscopia se hace viable con la visualización afinada de toda la mucosa del colon y sus criptas, con una resolución de 100x se puede dar un buen diagnóstico del epitelio sea este normal o con alteraciones para buscar el beneficio del que padece la patología.

La presente investigación se realiza por su importancia debido a que la Enfermedad Polipoidea constituye un problema social y de salud, ya que la mayoría de los pólipos colorectales se descubren en pacientes examinados por síntomas no relacionados con pólipos.

El diagnóstico endoscópico y las características histológicas son factores importantes que permiten la prevención del cáncer de colon y recto en la población en general, sobretodo la extracción de los pólipos adenomatosos.

Se ha utilizado la cromoendoscopia como procedimiento donde por vía tópica se aplica una tinción en la mucosa del intestino para examinar finos datos de ésta, cambiar la figura tisular y así perfeccionar la situación, los tipos diagnósticos de varias lesiones y también la curación; se logra manejar una cánula aspensor o también con el uso de enemas. La codificación de Kudo está establecida en la aplicación de la endoscopia con magnificación y la observación de criptas, pronostica la histología y la extracción por endoscopia de la mucosa, así es que se manipula para distinguir entre adenomas o pólipos hiperplásicos; la combinación de la cromoendoscopia y la magnificación se alcanza a destacar aún más las particulares de las lesiones, Kudo consiguió los patrones de sitios hallados en el área de la mucosa que presentan lesiones y que alineaban para el ambiente benigno o con malignidad de una lesión; los ejemplos I y II son no neoplásicos y los tipos V, III y IV son con características neoplásicas con veracidad próxima al 90%.

El propósito de este trabajo es evaluar la correcta aplicación de la Escala de Kudo en pacientes con pólipos colónicos que nos permite realizar una adecuada clasificación de la severidad y mejorar el plan terapéutico y pronóstico de vida del paciente que acude en busca de ayuda profesional oportuna, eficaz , eficiente y mejorar el rédito diagnóstico de lesiones premalignas.

La investigación es factible de realizar debido a que se cuenta con los recursos Tecnológicos Institucionales, bibliográficos y materiales, así como la motivación, interés y tiempo requerido por sus investigadores, elementos importantes para desarrollar la indagación antes mencionada.

Por tanto, al ser esta una investigación de carácter social tendrá un impacto positivo en nuestro medio, ya que busca mejorar las condiciones de vida de este grupo de usuarios de salud y por tanto contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La realidad clínica sustenta que aproximadamente el 95% de los cánceres de colon, nacen de adenomas que se despliegan y progresan muy mansamente durante algunos años por la sucesión de adenoma a carcinoma. El obstáculo de esta cadena desde el descubrimiento y sucesiva remoción de lesiones malignas de colon y recto, añadiendo adenomas y cáncer prematuro, disminuye los episodios de cáncer colorectal, es por ello que la resección de las lesiones tipo pólipos es un considerada excelente técnica de prevención subsiguiente de esta enfermedad, se conoce que el cáncer de colon y recto es el segundo origen en la lista de muerte por cáncer del país potencia Estados Unidos, mientras que en países como Japón constituye la cuarta fuente de defunción en personas varones y la quinta en la especie femenina, en Latinoamérica específicamente en Venezuela se establece como el cuarto motivo de cáncer en el género masculino. (Sociedad Venezolana de Gastroenterología, 2011)

En la actualidad con la llegada de colonoscopios con resolución alta, Magnificación Óptica y el uso de Magnificación con Cromoendoscopia se alcanza a cumplir con una valoración detallada del diseño de los modelos de las criptas, lo que permite la detección diferencial en vivo y directo de las lesiones Neoplásicas y benignas de colon y recto. (Revista de gastroenterología de Perú, 2010)

Es así que en Manabí, en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone se realiza la endoscopia como método diagnóstico con la aplicación de la escala de Kudo con la finalidad de visualizar criptas, determinar las características histológicas como factor clave en la prevención del cáncer de colon y recto. Según lo antes expuesto surge la siguiente cuestión:

¿Cuál es la eficacia de la aplicación de la escala de kudo en usuarios menores de 50 años diagnosticados con Pólipos Colónicos en el Sub- Proceso de la Unidad Endoscópica Digestiva del Hospital de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone, Abril – Septiembre del 2015?

SUBPROBLEMAS

¿Cuáles son las características demográficas de los usuarios en estudio?

¿Cómo se puede mejorar el rédito diagnóstico de lesiones pre malignas mediante la escala de Kudo?

¿Cuál es la manera de diagnosticar de manera temprana las lesiones malignas y benignas mediante la cromoendoscopia digital?

¿Cómo se determina la importancia de que la población tenga conocimiento sobre la utilización de la escala de Kudo en el diagnóstico de pólipos colónicos?

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: Educativo

Área: Medicina

Aspecto: Eficacia de la aplicación de la escala de kudo en usuarios menores de 50 años diagnosticados con Pólipos Colónicos en el Sub- Proceso de la Unidad Endoscópica Digestiva del Hospital de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone, Abril a Septiembre del 2015

Delimitación espacial: La investigación se desarrolló en el Hospital de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Delimitación temporal: La presente investigación se desarrolló durante el periodo Abril a Septiembre 2015

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Aplicar la Escala de kudo en usuarios menores de 50 años diagnosticados con Pólipos Colónicos en el Sub- Proceso de la Unidad Endoscópica Digestiva del Hospital de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone, Abril – Septiembre del 2015

OBJETIVO ESPECIFICO

Determinar las características demográficas de los Usuarios en estudio.

Mejorar el rédito diagnóstico de lesiones pre malignas mediante la escala de kudo.

Diagnosticar de manera temprana lesiones malignas y benignas mediante la cromoendoscopia digital.

Sociabilizar la escala de Kudo a los usuarios de la unidad de endoscopia del Hospital del Seguro Social de Chone.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL INSTITUCIONAL

El Hospital Tipo 2 de Chone, tiene la finalidad de proteger la salud de la población del Cantón y la zona norte de Manabí, a través de sus servicios procurando dar a los usuarios una vida más sana en respuesta a las necesidades de todos quienes acuden a esta institución en busca de fomento, protección, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación.

Para este efecto cuenta con los servicios de Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización (Medicina Interna-UCI, Pediatría-Neonatología, Cirugía, Gineco - Obstetricia, Gastroenterología), así como de los servicios Auxiliares de Diagnóstico y Complementarios.

MISION

Somos una Institución de Salud que cuenta con médicos especialistas, personal calificado y equipo con tecnología de última generación, que cumple con altos estándares de calidad. Nuestra finalidades proveer servicios de salud integral, innovadora y de excelencia contribuyendo al desarrollo de la ciencia médica en Ecuador.

VISION

Ser la mejor y más completa institución de servicios médicos, hospitalarios y de salud en Ecuador, con un equipo humano altamente comprometido, capaz de garantizar un excelente servicio a través de sistemas de aseguramiento de la calidad, mediante métodos que superen las expectativas de nuestros clientes y proveedores, generando en los usuarios confianza, seguridad, credibilidad y fidelidad.

El Hospital del IESS de Chone de la Provincia de Manabí está ubicado en el sector de “San Felipe” en la calle Junín y Boyacá y posee las siguientes bondades:

Un espacio físico el cual tiene una estructura orgánica que es la siguiente:

Área Médica:

Hospitalización y ambulatorio:

Área de gastroenterología-endoscopia, Áreas de Especialidades Clínicas, Áreas de Especialidades de Cirugía, Área de Odontología, Centro de Rehabilitación, Centro Quirúrgico y de cirugía del día, Centro Obstétrico, Centro de Neonatología, unidad de Enfermería, asistencia administrativa

Subgerencia de Medicina Crítica:

Área de Urgencias, Área de Anestesiología, Centro de Recuperación post anestésica, Unidad de Enfermería, Asistencia Administrativa.

Subgerencia de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento:

Área de Anatomía Patológica, Área de Patología Crítica, Área de Imagenología, Centro de Diálisis, Unidad de Enfermería, Asistencia Administrativa.

Unidad de servicios generales:

Dietética y Nutrición, Esterilización, Lavandería, Ambulancia y Transporte, Limpieza y mantenimiento de edificios, Seguridad y guardianía.

Subgerencia Financiera: Unidad de presupuesto y contabilidad, Unidad de facturación y consolidación de costos, Unidad de recaudaciones y pagos, Organismos Asesores y de Apoyo, Consejo Técnico, Comité de Farmacología, Adquisiciones, Historia Clínica, Sala de espera.

Departamentos de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento:

Laboratorio Clínico, Terapia Ocupacional, Área de Rehabilitación.

Departamento de Servicios Técnicos y de Colaboración Médica:

Enfermería, Estadística, Registro Médico y Farmacia.

Áreas Administrativas.

Administración del Centro de Salud: Recursos Humanos y Contabilidad.

Departamento de Servicios Generales: (Limpieza, Consejería, Vigilancia).

MARCO TEORICO

Los pólipos son toda elevación de la pared gastrointestinal hacia la luz, constituida por cualquier tipo de tejido, donde puede ser mucoso, submucoso o incluso más profundo pudiendo ser de neoplásica, reactivo o congénito. Nivatvong define la palabra pólipo a cualquier proyección de la superficie de la mucosa, independientemente de su naturaleza histológica. Estudio Nacional de Pólipos en el 2002 evidencio que la distribución de los pólipos ocurría en un 8% en ciego, 9% en colon ascendente, 5% en el ángulo hepático, 10% en el transversal, 4% en ángulo esplénico, 14% en el colon descendente, 43% en sigmoide y 8% en el recto. (Héctor Enrique Blanco; Rogelio Morales Cattani 2013).

El significado de prevalencia se utiliza cuando a un individuo se le detecta por primera vez un adenoma; reflejando esta, el porcentaje de la población que tiene uno o más adenomas en un momento dado. Dependiendo de la edad, género, historia familiar y el valor determinado por estudios endoscópicos en individuos de riesgo promedio mayores de 50 años, suele ser del 24% al 47%. Se ha registrado mayor prevalencia en hombres que en las mujeres. En nuestro país no hay estudios de prevalencia en población asintomática pero se estiman valores similares. El 60 y 70% son neoplásico y el 30 y 40% no neoplásicos. (Joaquin Epele 2013)

En su totalidad responde a la secuencia adenoma-carcinoma, donde, la detección y extracción de pólipos adenomatosos previene la evolución natural hacia el CCR. Se dice que el 70 a 80% se encuentran en recto, sigmoide y colon descendente. La incidencia de adenoma es la frecuencia en que lo individuos desarrollan en un intervalo específico del tiempo, varía del 30 al 50% 6 meses a 4 años después de una

polipectomía. En general después de una colonoscopia con resección de todos los pólipos existentes, la incidencia depende de tres factores: la nueva formación de adenomas, los pólipos no detectados y la recurrencia de los pólipos resecados incompletamente. Sobre la relación a los factores de riesgo e incidencia de adenomas, Grossman acuñó el concepto “adenoma avanzado” y posteriormente fue apoyado por el Estudio Nacional de Pólipos para describir cuatro características distintivas de los adenomas con significancia de riesgo epidemiológico, donde es mayor de 1 cm, presencia de displasia de alto grado, contenido veloso y la presencia de tres o más adenomas. (Héctor Enrique Blanco; Rogelio Morales Cattani 2013).

Clasificación de los pólipos

Dependiendo de las características morfológicas tenemos los pediculados que se encuentran con mayor frecuencia en colon sigmoide y descendente, subpediculados y sésiles que pueden encontrarse en cualquier sector del recto y marco colónico. La diferenciación morfológica tiene implicancia en la estrategia de polipectomía, pero no en el pronóstico.

Según las características histológicas se clasifican en No adenomatoso (la mayoría sin potencial neoplásico), adenomatosos (con potencial neoplásico), pólipos serratos (con potencial neoplásico). Los pólipos No adenomatosos se subclasifican en inflamatorio, linfoides, hamartomatosos, juveniles. Son más frecuentes en pacientes jóvenes, la cual los pólipos hiperplásicos son los más vistos. Se pueden encontrar en cualquier localización, pero son más frecuentes en recto, generalmente miden menos de 10 mm y en consecuencia son asintomáticos. Los pólipos hamartomatosos son

infrecuentes y se encuentran en pacientes con síndromes de pólipo familiar (síndrome de Peutz-Jegher). Cuando suelen tener componente adenomatoso, este tiene potencial de transformaciones neoplásica, motivo donde todos deben ser extirpadas, generalmente son pólipos múltiples y su tamaño es variable (de 1 a 6 cm), pudiendo hallárselos en cualquier localización del tubo digestivo.

Lo pólipos adenomatosos se subclasifican en adenomas tubulares (70-85%), tubulovelloso (10-20%) y vellosos (5%). Todos tienen potencial neoplásico, los adenomatosos >1 cm y aquellos con predominancia de componente velloso tienen mayor riesgo de displasia y en consecuencia de transformación maligna (adenocarcinoma).

Adenomas

Neoplasias benignas del epitelio, pueden ser únicos o múltiples, esporádicos o hereditarios. Son lesiones displásicas y premalignas, la mayoría no produce síntomas, raramente pueden presentar sangrado, descarga de moco, tenesmo y prolapso a través del ano. Aproximadamente el 60-83% de los pólipos son adenomatosos y están formados por un crecimiento epitelial compuesto por glándulas anormales y el pico de prevalencia de los adenomas es 5 años antes del apareamiento del cáncer colorrectal.

Existen tres tipos histológicos: adenoma tubular, tubulovelloso y el velloso. El adenoma se define como tubular cuando existen túbulos displásicos en más del 80% de la lesión; velloso cuando se evidencia pliegues epiteliales arborescentes complejos y displásicos en más del 80% de la lesión y tubulovelloso cuando tiene más del 20% de tubular y menos del 80% de formación vellosa. En el informe del Estudio Nacional

de Pólipos de 3.358 adenomas esporádicos el 87% eran tubulares, 5% vellosos y un 8% tubulovelloso. Los adenomas tubulares tienden a ser pequeños, redondos, lobulado y pediculados, son poco más oscuros que la mucosa normal, muy rara vez mayores a 5cm. Los adenomas vellosos en su mayoría son sésiles, de superficie irregular cerebroide, suave y delicada con bordes mal definidos. Los adenomas tubulovelloso combinan las características de ambos, su localización principal es distal al ángulo esplénico. Coincidiendo también con el adenocarcinoma. Todos los adenomas por definición tienen displasia, en el adenoma se gradúa en dos variedades: de bajo y alto grado. La terminación de displasia alto grado equivale al carcinoma in situ. Carcinoma intramucoso se refiere a la invasión de la lámina propia sin invadir la muscularis mucosae. Existe una correlación directa entre el tamaño del pólipo y la frecuencia de displasia de alto grado. El estudio Nacional de Pólipo demostró que una lesión de 0,6 a 1 cm tenía 6% de riesgo de displasia de alto grado y cuando la lesión tenía más de 1.6 cm a 2,0 cm hasta un 17%. (Hector Enrique Blanco; Rogelio Morales Cattani 2013).

Factores de riesgo

Los pacientes que no son portadores de síndromes de pólipos los factores principales de riesgo para el desarrollo de pólipos adenomatosos son: edad avanzada, sexo masculino, raza, obesidad y tabaquismo. La incidencia es directamente proporcional a la edad, los pacientes mayores de 70 años tienen 4 veces más incidencia de pólipos, que los menores de 50 años, hay evidencia de una mayor incidencia de pólipos en afrodescendientes, con predisposición de pólipos proximales y avanzados, por el contrario en los hispanos, chinos y americanos la incidencia es menor. Un índice de masa corporal elevado relacionado a obesidad, principalmente

de tipo central, se relaciona con un mayor riesgo de pólipos colonicos tanto adenomatosos e hiperplasico. El tabaquismo aumenta el riesgo de recurrencia de los pólipos principalmente hiperplasicos, esto a nivel de colon distal y en recto, con una relación lineal directamente relacionada al grado de exposición (cajetillas-año) y el tiempo, así como mayor probabilidad de riesgo de pólipos grandes y múltiples.

Etiopatología

El desarrollo normal del epitelio de la mucosa colonica inicia en la base de las criptas, donde se inicia la proliferación, posteriormente los colonocitos avanzan hasta la superficie donde alcanzan su maduración o diferenciación total, terminando el ciclo con la descamación de las células al 7° día. Los adenomas se producen por una expansión clonal de una sola célula, hay un cambio en el sitio de proliferación hacia la superficie de la cripta secundario a la mutación del gen APC, un gen supresor tumoral cromosoma 5q que participa en la adherencia y comunicación intercelular. Estudios histopatológicos han demostrado la presencia de tejido maligno en un 0,2% a 8,3% de los pólipos adenomatosos. Se ha observado que en diversos estudios que lo pólipo que se dejaban in situ, algunos de ellos con el paso del tiempo presentaban aumento de tamaño y desarrollo de carcinoma.

Secuencia adenoma-carcinoma

Jackman y Mayo juntos acuñaron el término “secuencia adenoma-carcinoma” en 1951 para explicar la relación epidemiológica y clínica observada entre adenomas y carcinomas del colon, ha sido modificada de acuerdo a la evolución del conocimiento. En 1988, Fearon y Vogelstein propusieron el modelo genético para la tumorogenesis del cáncer colorrectal, en el que estaban involucrados oncogenes,

genes de supresión tumoral, acoplados a otras alteraciones genéticas. El crecimiento lento de los adenomas se identifica por una edad de 7 años menor que la edad promedio del apareamiento del cáncer del colon. Se estiman que pasan dos a tres años para que un adenoma menor de 5mm crezca a 1 cm y que pasen otros años 2 a 5 años para que progrese de un adenoma a cáncer. Para lesiones mayores de 1 cm, la probabilidad de cáncer es de 3%, 8%, 24% a 5, 10 y 20 años respectivamente. En un estudio longitudinal se demostró que en un periodo de 3 a 5 años solo el 4% de los adenomas menores de 15mm aumentaban de tamaño y durante el periodo de 10 años, del 3% al 5% de los adenomas desarrollaban carcinoma situación que estaba relacionada con múltiples mutaciones genéticas en la mucosa del colon.

Diagnostico

El análisis de elección para la detección de los pólipos colónicos es la colonoscopia, ya que es diagnóstica y terapéutica, dentro de sus desventajas para ser utilizadas como prueba de detección esta la necesidad de preparación del colon, su naturaleza invasiva, necesidad de sedación, riesgo de perforación y hemorragias. En el Estudio Nacional de Pólipos de Estados Unidos demostró concluyentemente que la colonoscopia era el doble más certera en el diagnóstico de pólipos colorectales que el enema de bario con doble medio de contraste, ya que solamente detectaba el 39% de los casos, cuando se refería a pólipo de 1 cm el enema de bario era negativo en el 52% de los casos y tenía un 14% de falsos negativos, la colonoscopia virtual por su parte es un método sensible para diagnosticar adenomas mayores de 1cm en el 90% de los casos, situación que disminuye aproximadamente al 80% en pólipos menores de 0,9 cm y mayores de 0,6 cm. Después de identificar un pólipo por colonoscopia es necesario saber la distancia luego de rectificar el endoscopio, su localización

segmentaria, descripción del cuerpo y la base, tamaño y distancia en relación con otras estructuras, así como imágenes pertinentes.

Para alcanzar una colonoscopia de alta calidad y prevenir el desarrollo posterior de cáncer colorrectal, se deben cumplir los siguientes aspectos de acuerdo a la United States Multi Society Task Force on Colorectal Cancer: adecuada preparación del colon con mínimo residuo fecal, alcanzar el ciego con buena visualización e incluir un tiempo mínimo de retiro de 6 a 10 minutos desde el ciego. El estudio realizado por Barclay, demostró que las colonoscopias que tardaron más de 6 minutos durante el retiro del colonoscopio, detectaron más lesiones en general. De esta forma se reducía el riesgo de no visualizar pólipos de 10 mm o mayores. Los nuevos métodos colonoscópicos mejoran la detección de las lesiones premalignas de la mucosa colónica. La cromoendoscopia de alta magnificación, con un colorante resalta las características de la superficie mucosa, lo que permite diferenciar una lesión neoplásica de una no neoplásica con una efectividad de un 80% a un 95%.

Los estudios de alta resolución con gran amplificación, cromoendoscopia han permitido realizar análisis de las características de la superficie de los diferentes pólipos; Kudo y posteriormente modificado por Kudo y Tsuruta establecieron una clasificación del patrón de la superficie que ayuda a determinar el tipo de lesión. El tipo I se caracteriza por un patrón de superficie con orificios circulares, el tipo II tiene un patrón de orificios estelares, el tipo III presenta orificios circulares más pequeños de lo normal, el tipo IV orificios ramificados. El tipo V orificios irregulares mezclando los patrones del tipo III y el IIII, y el V un patrón no estructurado.

El tipo I corresponde a mucosa normal, el tipo II a hiperplasia, lesiones no neoplásicas cuyo manejo es endoscopia o no necesitar nada, en cambio a partir del tipo III son lesiones neoplásicas cuyo manejo es endoscópico, en el tipo III existe 86% de probabilidad de adenoma y en el IIIs un 28% de displasia de alto grado y 72% de corresponder a adenoma, en el tipo IV existe una probabilidad de 60% y de displasia de alto grado del 40% y finalmente las lesiones tipo V pueden presentar carcinoma invasivo, cuyo manejo puede ser endoscópico o quirúrgico. Es importante recalcar que el tamaño de la lesiones debe basarse en el reportado por el patólogo y no por el endoscopia, ya que es, más fiable y los medios de fijación actuales no alteran la dimensiones del tejido.

Cromoendoscopia

La cromoendoscopia o teñido de tejidos es una técnica endoscópica relativamente antigua, que ha estado en uso durante décadas. Se trata de la aplicación tópica de tintas o pigmentos para mejorar la localización, caracterización o el diagnóstico de las lesiones. La técnica de tinción es simple y fácil de aprender. Cromoendoscopia puede hacerse de un modo amplio. Incluyendo todo un segmento o puede ser dirigidos hacia una lesión específica. Durante la aplicación del colorante en el colon, de manera no selectiva, el endoscopista debe dirigir el endoscopia y la punta del catéter hacia la mucosa colorectal, usando una complicación de giro en y contra sentido de las agujas del reloj.

Durante la década de 1990 el análisis de superficies de lesiones colorectales tintadas, suministraron nuevas impresiones visuales a los endoscopista. Kudo al informar por primera vez sobre patrones de coloración regulares, que se ven a

menudo en los pólipos hiperplásicos o en la mucosa normal, mientras que la superficie de una arquitectura no estructurada, se asocia con malignidad. El tipo de adenoma (tubular vs vellosos), también se puede identificar con una minuciosa inspección. Esto llevo a una categorización de los diferentes patrones de tinción vistos en el colon. Conocida como la clasificación de patrones “pit” este sistema distingue entre cinco tipos, con varios subtipos, los tipo 1 y 2 son los patrones de tinción que predicen las lesiones no neoplásicas, mientras que lo tipo 3 a 5 lo hacen con lesiones neoplásicas. La cromoendoscopia ha demostrado tener ventajas significativas para la detección de la neoplasia colorectal plana y asociada a colitis. (Meinhard Clasen, Guido N.J, Tytgat 2010).

Adenomas planos y deprimidos

Tetsuichiro Muto de Japón en 1985 fue el primero en descubrir esto diminutos adenomas a los que llamo adenomas planos, este tipo de pólipo es usualmente pequeño, único, plano, con depresión central y difícil de detectar. En la colonoscopia el 90% de estos adenomas plano son menores de 1 cm y más de la mitad menores de 5 mm, y una alta incidencia de carcinomas (6%) en lesiones de 2 a 4 mm, que aumenta el 36% cuando las lesiones llegan a 9-10 mm. La mayoría están localizadas en el colon izquierdo. Kudo reporto una prevalencia de lesiones colorrectales plana en el 45% de su polipectomías. Algunos adenomas pueden tener un patrón de crecimiento plano o deprimido no son lesiones elevada sobre la mucosa y en realidad no son verdadero pólipos, estas lesiones se reconocen por su color, cambios de textura, alteraciones en el patrón vascular, y se identifican mayormente por cromoendoscopia con índigo carmín.

En general las lesiones colorrectales clasificada como planas no polipoideas en Japón han ido descritas como sésiles en el occidente, esta diferencia se tomó en cuenta en el Estudio Nacional de Pólipos que reanalizo 703 lesiones sésiles, las cuales posteriormente el 32% tenían criterios de planas.

Adenomas aserrados

En 1990, Longarce y Fenoglio utilizaron por primera vez el termino adenoma aserrado, en el pasado todo lo pólipo aserrado eran clasificado como hiperplasico. Los adenomas aserrados son un fenotipo histológico recientemente reconocido de adenomas esporádico. Son entidades raras y ocupan el 0,5% al 1,3% de todos lo pólipo colorrectales. Tanto los pólipos aserrados como los hiperplasicos se localizan en el colon izquierdo, y tienen similares características de mucina. Los pólipos aserrados se clasifican en pólipo mixto, hiperplasicos, adenomas aserrados tradicionales o poliploides y los adenomas sésiles aserrados. Se define como pólipo grande aserrado cuando tienen un diámetro de > 10 mm. Los pólipos mixtos se reconocen por sus áreas distintivas hiperplasicas y la morfología adenomatosa. La relación entre pólipo hiperplasico y adenomas aserrado no está bien clara.

Características endoscópicas

La mayoría de las lesiones aserradas >10 mm son SSA/P.

No es posible diferenciar endoscópicamente un PH de un SSA/P ya que las diferencia son histológica.

Los hallazgos endoscópicos: capa de moco que lo recubre (64%), con bordes delimitados por detritus (52%), con alteración con contorno de un pliegue (37%), con alteración con patrón vascular (32%).

Características especiales: presentan menor índice de sangrado post resección que los adenomas convencionales, también presentan menor adhesión a la capa submucosa subyacente que los adenomas convencionales, donde la inyección submucosa dificulta su resección.

NOVEL Pit Pattern; la presencia de Pit Pattern II-0 es un distintivo del estadio premaligno de los cánceres con inestabilidad microsatelital y fenotipo hipermetilador (E97.3% S65.5%). La inmersión bajo agua permite definir mejor las áreas con Pitt Pattern II-0.

El índice de detección actualmente recomendado para las lesiones del colon proximal es 5%.

La distinción entre un adenoma aserrado y un pólipo hiperplásico es difícil por endoscopia convencional, pero parece ser fácil con la técnica de magnificación. Histológicamente combina la arquitectura de pólipo hiperplásico con citología displásica del adenoma convencional, los núcleos son relativamente grandes y se tiñen oscuros y tienen mutaciones genéticas diferentes que la vía convencional del adenoma-carcinoma, a esto se le ha llamado “vía aserrada”. Esta es una vía para el desarrollo del cáncer, a partir de una arquitectura aserrada, se ha reportado que hasta el 20% de todos los cánceres colorrectales se asocian a esta vía. Es una ruta para la formación del cáncer colorrectal caracterizado por metilación de los genes reparados, errores de aplicación por mutaciones en los genes de reparación. Algunos autores consideran que los carcinomas originados en adenomas sésiles aserrados no se previenen al remover los adenomas convencionales, ya que usualmente progresan rápidamente sin embargo su historia natural no se ha estudiado apropiadamente y al

momento se siguen los lineamientos de resección y seguimientos de los adenomas clásicos. Debe sospecharse cuando el patólogo nos informa erróneamente pólipo hiperplásico ante un pólipo mayor de 1 cm de colon derecho.

Diagnostico

La mayoría de los casos son asintomáticos. El diagnostico de las lesiones se realiza mediante VCC. Alguna estrategia para aumentar su tasa de detección son:

Preparación colonica.

Cromoendoscopia.

VCC con alta resolución.

Alta resolución más magnificación.

Endomicroscopia confocal.

Manejo general.

Detección en screening.

Se debe evaluar si la VCC fue completa.

También si la VCC fue incompleta aquí se debe repetir con intubación cecal.

Debemos de valorar la limpieza colonica.

Resección de pólipos

Es recomendación de nuestro servicio la resección completa de pólipos y no la biopsia diagnostica. El colon proximal: Sean todos los pólipos independientemente

del tamaño. Colon descendente, son sigmoides y recto: aquí se resecan todos los pólipos, a excepción de aquellos que presentan aspecto hiperplásico <5 mm.

Vigilancia

En los casos de pólipos >1 cm con resultado histopatológico con DAG y margen de seguridad <2 mm se debe realizar control en 3 meses. Para los casos de pólipos adenomatosos serratos no existe evidencia científica para establecer un intervalo de seguimiento.

Pólipos no neoplásicos

Pólipos hiperplásicos

Son el resultado de un fallo en la muerte celular programada. Las células epiteliales maduran normalmente y se diferencian en la superficie mucosa produciendo pequeñas elevaciones sésiles. Se caracterizan por células caliciformes maduras contrarios a las criptas adenomatosas que tienen un reducido número de células caliciformes. Ocurren en el 20% a 40% de la población, 80% son menores de 5 mm, ocupan el 40% de los pólipos diminutos y raramente exceden 1 cm (menos del 3%). Los pólipos hiperplásicos son los pólipos más comunes encontrados en la sigmoidoscopia flexible. En un estudio de 1.964 pólipos diminutos, el 41% fueron adenomas, el 37% hiperplásicos y el 18% no eran neoplásicos. Son asintomáticos, múltiples, pálidos, pueden desaparecer al insuflarse y usualmente se localizan en la región rectosigmoidea. Endoscópicamente no pueden diferenciarse de los adenomatosos y para ello se requiere la biopsia. La colonoscopia de magnificación con cromoendoscopia puede mejorar la habilidad endoscópica de distinguir los pólipos diminutos hiperplásicos de los adenomas.

Algunos autores han sugerido que la presencia de pólipos hiperplásicos izquierdos son predictivos de la presencia de adenomas en regiones proximales del colon, el estudio nacional de pólipos no encontró asociación entre pólipos hiperplásicos izquierdos y adenomas sincrónicos. Histológicamente consisten en criptas paralelas enlogadas con una zona superior dilatada por epitelio columnar con un patrón distintivo aserrado. El epitelio consiste en células caliciformes intercaladas con células columnares finamente vacuoladas con mucina, conteniendo núcleos redondos pequeños sin mitosis. En cambio los adenomas aserrados exhiben cambios nucleares displásicos y mitosis en la zona superior.

Hamartomas

Es una malformación o error innato del desarrollo tisular caracterizado por una mezcla anormal de tejido endógeno con exceso de uno o más de estos tejidos. Pueden presentarse al nacimiento, extenderse o crearse en el periodo postnatal. Los pólipos juveniles son hamartomas, no tienen potencial maligno, se caracterizan por su apariencia y coloración rosada o roja, son lisos, redondos y pediculados, a la sección histológica tienen la apariencia de “queso suizo” con glándulas dilatadas y espacios quísticos.

Histológicamente los pólipos juveniles están compuestos por espacios quísticos dilatados, llenos de moco rodeados por lamina propia que tiene apariencia mesenquimatosa con células inflamatorias y eosinófilas. La muscularis mucosae no participa en la estructura del pólipo. Los pólipos juveniles son sinónimos de “pólipos de retención” ocupan el 90% de los pólipos en pediatría y 40% ocurren en adultos, la mayoría tiene una o dos lesiones de mm hasta 2 cm, están localizadas

preferentemente en recto y sigmoides. Los síntomas incluyen sangrado rectal, descarga de moco, diarrea dolor abdominal, prolapso e invaginación. El tratamiento es la polipectomía.

Numerosos pólipos hamartomatosos están presentes en el síndrome de poliposis juvenil, síndrome de Peutz-Jeghers, enfermedad de Cowden y el síndrome de Cronkhite-Canada. Los pólipos esporádicos hamartomatosos no son displásicos y no tienen potencial premaligno. Los pólipos del Síndrome de Peutz-Jegher característicamente tienen una apariencia de “árbol de navidad” por sus ramificaciones anormales de la muscularis mucosae dentro de la lámina propia e histológicamente consisten en lóbulo por bandas de músculo liso que se irradian hacia todos lados desde la muscularis mucosae.

Pólipos inflamatorios

Llamado también pseudopolipos, son usualmente múltiples, macroscópicamente se parecen a los adenomatosos, al examen microscópico existen islas de mucosa normal con mucosa con inflamación leve. Suceden después de colitis severa como colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, colitis amebiana e isquemia. Resultan por la pérdida parcial de la mucosa o islas de mucosa relativamente normal. No es una condición premaligna, ni incrementa el riesgo de displasia en estas entidades.

Pólipo linfoides (hiperplasia linfoide)

Ocurren por agrandamiento de los folículos linfoides y se localizan generalmente en el recto, las lesiones usualmente son múltiples, de causa desconocida. Característicamente el tejido linfoideo está localizado dentro de la mucosa y submucosa y no existe invasión a la muscularis propia, se requiere visualizar por lo

menos dos centros germinales y la muscular mucosae para hacerse el diagnóstico. No deben confundirse con la poliposis linfomatosa, un linfoma de bajo grado.

Pólipos neoplásicos no epiteliales

Los lipomas son lesiones benignas submucosas originadas de tejido graso maduro, su localización principal es el colon derecho y aún más frecuente en el ciego. Generalmente son asintomáticos, raramente se presentan con hemorragia o intususcepción. Los leiomiomas son raros, se originan del músculo liso, son pediculados o sésiles, de consistencia firme y redonda con bordes bien definidos, su localización más frecuente es en el recto. Otro tipo de lesiones submucosas incluyen los linfomas, hemangiomas carcinoides y tumores de GIST.

Manejo y tratamiento

Los pólipos deben resecarse o por lo menos someterse a biopsia, porque la evaluación histológica es el único método diagnóstico. Existen diversas técnicas endoscópicas para su resección: a) pinza de biopsia, ya sea fría o caliente la biopsia, este último utiliza la energía térmica para su resección (con mayor riesgo de perforación); b) asa de polipectomía, principalmente con el apoyo de electrocauterio; c) resección segmentaria con asa de polipectomía; d) la infiltración submucosa para los pólipos planos y resección con asa de polipectomía. Ante la sospecha de malignidad, es recomendable el tatuaje de la zona con inyección de tinciones como la tinta china o el verde de indocianina, para facilitar la revaloración endoscópica de la zona o su resección quirúrgica.

En su mayoría los pólipos colorrectales se tratan con la técnica convencional de polipectomía endoscópica con asa. La mejor biopsia de un pólipo es su resección, los

pacientes que cumplen criterios de “adenoma avanzado” como la presencia de adenomas con componentes vellosos independientemente del tamaño, adenomas mayores de 1 cm y la presencia de tres o más adenomas tienen mayor riesgo de lesiones metacronicas benignas y malignas, como carcinoma invasivo del colon. Todo pólipo debe removerse por el riesgo de crecimiento en los primeros 5 años y desarrollo de cáncer invasivo aproximadamente a los 10 años.

La historia natural de un “pólipo no tratado” fue revisada por Stryker quien analizo 226 pacientes, que tenían pólipos mayores de 10 mm en los cuales se identificaron 21 carcinomas invasivos, en un seguimiento de 24 a 225 meses. Este autor demostró que un pólipo mayor de 1 cm tenia riesgo de desarrollar cáncer invasivo en forma progresiva y a los 5, 10, 20 años era respectivamente de 2,5 %, 8% y 24%. En el 5% de los casos la polipectomía en asa no es posible y en estos casos debe evaluarse una resección endoscópica submucosa o eventualmente una resección quirúrgica. Al momento actual, la resección colonica y polipectomía está reservada para los casos en los cuales la polipectomía endoscopia no puede realizarse, por una lesión muy grande, plana o el colonoscopio no puede avanzar al sitio de lesión.

La mayoría de los pólipos pediculados pueden lazarse en una pieza, ya que usualmente son menores de 2 cm, los pólipos sésiles menores de 2 cm también pueden resecarse en fragmentos. En vista que la pared del colon es muy delgada y mide usualmente de 1,7 a 2,2 mm de grosor, recomendamos la inyección de solución salina con o sin epinefrina en la submucosa, para aumentar la distancia entre la mucosa y la muscularies propia y disminuir el riesgo de complicaciones de la polipectomía. El uso de inyección submucosa fue introducida en 1955 por Rosenberg. Actualmente también se utiliza en la resección mucosa endoscópica y en

la mucoseptomia, la inyección se inicia usualmente en el sitio proximal de la lesión para evitar dificultades en la visualización.

Otras técnicas usadas especialmente en pólipos menores de 0,6 cm, que no requieren corriente incluyen la polipectomía con pinza de biopsia fría o en asa fría, pólipos sésiles mayores de 2 cm necesitan usualmente una polipectomía endoscópica “piecemeal” (en fragmentos). Los adenomas vellosos rectales pueden researse por vía transanal, quirúrgicamente en un plano submucoso con un anoscopio grande como el Fansler y se pueden resear en el tercio medio y distal del recto (a menos de 10 cm de la línea dentada), pueden requerir, dependiendo de la extensión un procedimiento de Delorme, una resección anterior baja y raramente una microcirugía endoscópica transanal (TEM), en casos de localización en el recto proximal o unión rectosigmoidea.

La resección oncológica para los pólipos malignos está indicada en caso de : a) un nivel Haggitt 4 con invasión Sm3, b) pólipo maligno con un margen de resección menor de 2 mm, c) evidencia de invasión vascular o linfática, d) resección incompleta o incapacidad para valorar los márgenes, e) lesión sésil con invasión Sm3. El resto de los casos pueden ser manejados con resección endoscópica. Debe sospecharse malignidad cuando endoscópicamente se observan contornos de la superficie irregulares, ulceración, friabilidad, firmeza o dureza en la consistencia, engrosamiento del tallo, imposibilidad para la elevación con inyección submucosa, producto de invasión a la submucosa. Al tacto rectal el hallazgo de firmeza en un adenoma velloso debe hacer sospechar malignidad, recordando que la cirugía previa puede provocar falsamente fibrosis, por ello todo paciente con un adenoma velloso rectal requiere un estudio de ultrasonido endorrectal previo a la resección, para

evaluar la extensión de la lesión, la biopsia puede salir falsamente negativa, si se toma una biopsia de un área blanda. Endoscópicamente los pólipos resecados con criterios visuales benignos tienen en un 10 al 15%, carcinoma invasor. Todo pólipo endoscópicamente benigno debe ser resecado, excepto cuando:

El pólipo ocupa más de la tercera parte de la circunferencia de la pared del colon.

El pólipo cruza dos pliegues o haustras.

El pólipo afecta la base del apéndice.

En la resección de los adenomas sésiles del recto inferior, es importante evaluar la extensión y cuando tiene márgenes proximales hasta 7 cm de la línea dentada pueden resecarse submucosamente en una pieza, por vía quirúrgica transanal y márgenes de 1 cm de mucosa y submucosa normal. Lesiones en el recto entre 7 a 10 cm del ano son difíciles de manejar, ya que el espejulo no puede alcanzar el adenoma para una adecuada exposición. Si la lesión es pequeña, la técnica de “tracción distal” desde abajo es apropiada. Después de terminada la escisión con márgenes, se efectúa el cierre, el cual puede ser longitudinal sino se estrecha el lumen o transversal con material absorbible a largo plazo como ácido poliglicólico 3-0. El espejulo de Fansler puede ser útil para exponer una lesión e iniciar la “dissección por tracción”, logrando alcanzar sin dificultad hasta a 10 cm del ano, pero si la mucosa no prolapsa cuando se tracciona el pedículo submucoso, puede cambiarse por un retractor de Hill-Ferguson.

Finalmente, se realiza una proctosigmoidoscopia control, para evaluar el cierre y hemostasis. Si la lesión está por debajo del repliegue peritoneal (segunda valva de Hounston) esta puede dejarse abierta. Raramente se requiere un abordaje posterior de

Kraske o York Mason, o microcirugía endoscópica transanal. Cuando la lesión es circunferencial se requiere usualmente un instrumento de Lone-Star, para retraer toda la mucosa, un especulo de Pratt o Hill-Ferguson, un Deaver pequeño o valvas ginecológicas largas.

La disección submucosa circunferencial puede llevarse desde la línea dentada hasta 10 cm del margen anal, ocasionalmente hasta 12 cm, dependiendo de laxitud del tejido, el cierre muscular longitudinal se realiza igualmente con material absorbible 3-0 con la técnica Delorme, luego la disección de la mucosa proximal para una nueva anastomosis circunferencial con puntos separados.

Aun no existe un consenso para el manejo de los pólipos aserrados, pero por su riesgo de transformación maligna e recomienda su resección con márgenes libres, y en caso de displasia valorar un seguimiento endoscópico a los 2 a 6 meses o una intervención quirúrgica.

Pólipo maligno

Todo pólipo que tiene células cancerosas que penetran la muscularis mucosae e define como pólipo maligno. La prevalencia de pólipos cancerosos en series de pólipos resecados endoscópicamente varia del 0,2% al 12%, se clasifica como T1 según la clasificación TNM y de acuerdo al grado de invasión, Haggitt, propuso una clasificación en lo pólipos pediculado con los siguientes niveles de invasión: nivel 0 indica un carcinoma in situ o carcinoma intramucoso; nivel 1 cuando invade a través de la muscularis mucosae hasta la submucosa y se limita a la cabeza del pólipo; nivel 2 cuando invade hasta el nivel del cuello; nivel 3 hasta el pedículo del pólipo y por último el nivel 4 cuando invade la pared del colon.

El riesgo de malignidad de los adenomas se relaciona al tamaño del pólipo, de tal manera que cuando una lesión es menor de 1,5 cm, es de 2% la prevalencia, de 1,6 a 2,5 cm 19%, de 2,6 a 3,5 cm 43% y por encima de 3,5 centímetros el 76%. El mayor determinante del riesgo de metástasis linfática es la profundidad de la invasión y el nivel de invasión dentro del pólipo. La frecuencia de displasia de alto grado en adenoma no se relaciona al género del paciente, si no al tamaño y componente vellosa. Los pólipos pueden ser alto y bajo riesgo, por su propensión a malignizar.

Dentro de los pólipo de bajo riesgo se encuentran los hiperplásicos, una excepción a dicha regla es el caso de la poliposis hiperplásica que se caracteriza: 1) por lo menos 5 pólipos hiperplásicos proximales al sigmoide, dos de los cuales son mayores de 1 cm; 2) cualquier número de pólipos hiperplásicos proximales al sigmoide, con familiares de primer grado, con diagnóstico de pólipos hiperplásica; 3) 30 o más pólipo hiperplásicos distribuidos en cualquier parte del colon o del recto. Los pólipos hiperplásicos grandes presentan potencial para displasia y malignidad, porque pueden originar pólipos serrados. Los adenomas tubulares se consideran de bajo riesgo siempre y cuando sean en número de uno o dos, menores de 1 cm en displasia de alto grado.

La presencia de más de 3 adenomas es de alto riesgo, porque el riesgo de neoplasia subsecuente es de 11,9%, los adenomas mayores de 1cm tiene un riesgo de neoplasia del 15,5 % adenomas con histología vellosa y adenomas con displasia de alto grado tiene un riesgo de 16%; pólipos malignos un riesgo de adenoma metacronico con displasia de alto grado o cáncer del 35%; adenomas con localización proximal, adenomas sésiles resecados por segmentos tienen un riesgo de recurrencia local del

30%; así como lo pacientes con historia familiar compatible con cáncer colorrectal no poliposico hereditario.

El termino carcinoma intramucoso es usado para describir cuando la células invaden la membrana basal de la lámina propia, pero sin penetración de la musculari mucosae. El termino carcinoma in situ ha sido reemplazado por displasia de alto grado, por no tener significancia en la evaluación inicial, ni potencial biológico de diseminación a distancia. Toda vez que el adenocarcinoma se identifique en un pólipo, el reporte debe incluir el grado de diferenciación, invasión linfo vascular, el tamaño del pólipo que es reemplazado por carcinoma, profundidad de la invasión y los márgenes. El riesgo de metástasis linfática es menor del 1% en pólipos pediculados con nivel de Haggitt I, II y III. El riesgo de metástasis en el nivel IV varía del 12% al 25%. Los factores que se asocian a mayor riesgo de metástasis linfática incluyen invasión linfovascular, pobre diferenciación, genero, estructura microacinar, gemación extensa, des diferenciación y lesione deprimidas o planas.

El riesgo de metástasis nodal en un pólipo sésil con carcinoma invasor es del 10%. Kudo y posteriormente Kikuchi estratificaron la profundidad de la invasión submucosa de los pólipos sésiles en tres niveles: nivel I (SM1) tercio superior de la submucosa; nivel II (SM2) tercio medio de la submucosa; nivel III (SM3) tercio inferior de la submucosa. Investigaciones posteriores han demostrado que existe un 1% al 3% de riesgo de metástasis linfática en SM1, 8% en SM2 y 23% en SM3.

Además se han comparado los niveles de Haggitt con los niveles de Kudo-Kikuchi y alguno consideran que el nivel uno de la clasificación es comparable al SM1, en el nivel II y III, comparable al SM2 y el nivel 4 comparable a SM2, excepto

cuando la invasión es tan profunda que está en contacto con la muscularis propia, por lo que se transforma en SM3. Kikuchi menciona que el SM1 y SM2 tenían bajo riesgo de metástasis nodal y que con una polipectomía completa con buenos márgenes era suficiente. En cambio el nivel SM3 tenía mayor riesgo de metástasis linfática y requería de resección intestinal.

La presencia de márgenes positivos no debe considerarse como factor de riesgo para recurrencia, sino un tratamiento inadecuado. Se requiere más de 2 mm de distancia del nivel de invasión para considerar unos márgenes negativos, pólipos con niveles del I al III son tratados apropiadamente con polipectomía en asa; pólipos pediculados en el nivel cuatro se tratan como los pólipos sésiles, si se pueden reseccionar en una pieza con márgenes libres se consideran adecuadamente tratados y no requieren de más. Criterios favorables para polipectomía en caso de pólipos malignos: resección endoscópica completa, márgenes libres mayores de 2 mm, carcinoma bien diferenciado o moderadamente diferenciado, no invasión linfática ni vascular.

Una polipectomía en fragmentos donde los márgenes no se pueden evaluar requiere una colectomía segmentaria oncológica. Los pólipos sésiles malignos reseccionados en fragmentos deben someterse a cirugía con el fin de evitar la orientación errónea de la pieza quirúrgica siempre y cuando el riesgo quirúrgico no sea mayor. La decisión de operar a un paciente al que ha reseccionado un pólipo maligno endoscópicamente involucra balancear el riesgo de cáncer residual en el sitio de la polipectomía y la metástasis linfática regional, contra la mortalidad de la cirugía abdominal. Los pacientes jóvenes con criterios favorables y un pólipo pediculado maligno no necesitan mayor resección quirúrgica, tampoco los pacientes mayores de 50 años con pólipos malignos sésiles con criterios favorables. En individuos

saludable debajo de los 50 años con pólipos sésiles y criterios favorables el riesgo de tumor residual o metástasis nodal es similar o ligeramente mayor al riesgo de mortalidad por la cirugía, por ello se prefiere cirugía, pero debe considerarse el criterio del paciente. Un esquema razonable para examinar el sitio de polipectomía después de resección de un pólipo maligno es a los 2 a 3 meses, luego cada 6 meses en los dos años siguientes y una colonoscopia completa al tercer año, si no hay patología residual la revisión puede ser cada 3 años.

Seguimiento

El seguimiento con colonoscopias se recomienda en los pacientes en los que se les detecto algún pólipo adenomatoso, debido a que el riesgo de presentar otro adenoma o un cáncer colorrectal metacronico es mayor que con respecto a la población sin adenomas. El riesgo en general de desarrollar otro adenoma metacronico posterior al retiro de un adenoma es del 5% al 10% por año. La detección de un adenoma avanzado aumenta el riesgo de presentar cáncer colorrectal metacronico 5 veces con respecto a la población que no presenta dichas lesiones.

El seguimiento postpolipectomía recomendado es el siguiente: a) en los pólipos de bajo riesgo, como los adenomas menores de 1 cm en número de 1 a 2, colonoscopia de control cada 5 a 10 años; b) los pólipos con riesgo moderado, como lo que tienen 3 a 4 adenomas, >1 cm, y con características donde son vellosas, se recomienda una colonoscopia de control a los 3 años; c) en los pólipos de alto riesgo, en el caso de más de 5 adenomas, o más de 3 mayor a un centímetro, se recomienda colonoscopia de control a los 12 meses. En caso de adenomas resecados en segmentos se

recomienda colonoscopia de control en 2 a 3 meses, en caso de historia familiar de cáncer colorrectal no poliposico hereditario, colonoscopia de control cada 1 a 2 años.

Un estudio alemán, demostró que el seguimiento adecuado posterior a polipectomía previno la muerte secundaria a cáncer colorrectal en el 84% a 94% de los casos, demostrándose que la colonoscopia de seguimiento era una herramienta útil en la prevención de cáncer colorrectal después de una polipectomía. Se recomienda suspender las colonoscopias de escrutinio a los 75 años de edad, dependiendo del riesgo de cáncer, sus patologías concomitantes y también en cualquier paciente con presencia de enfermedad concomitante, cuya expectativa de vida sea menor de 10 años. Los factores que pueden aumentar el riesgo de recurrencia de neoplasia subsecuente posterior a la polipectomía, son: 1) la presencia de más de tres adenomas en la colonoscopia inicial, 2) adenoma superior de 1 cm, 3) vellosos, 4) adenoma con displasia de alto grado y 5) pólipo maligno.

La prevalencia de adenoma avanzado en la población general es del 3% y en el seguimiento de estos casos la prevalencia aumenta de un 8% al 18% cuando se siguen este subgrupo de pacientes. Toll confirmó que los adenomas mayores de un cm con displasia de alto grado tenían mayor riesgo de nuevos adenomas con displasia de alto grado y carcinoma.

Profilaxis

Estudios prospectivos aleatorizados han demostrado que la aspirina disminuye la incidencia de pólipos colorrectales siempre que su uso sea prolongado y con las dosis más altas; en la cual no se ha logrado establecer la dosis ideal para tal efecto, lo que ha limitado su recomendación como preventivo de cáncer colorrectal, además de sus

efectos secundarios. Los suplementos de calcio tienen un efecto protector moderado; sin embargo, no existe evidencia suficiente para recomendar su consumo general y prevenir el cáncer colorrectal.

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION

Escala de kudo

Pólipos Colónicos

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: PÓLIPOS COLÓNICOS			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<p>Un pólipo colónico es una masa separada de tejido que protruye hacia la luz del intestino, éstos pueden dividirse en dos grupos: neoplásicos y no neoplásicos. El diagnóstico endoscópico y las características histológicas son factores importantes que permiten sobretodo la remoción de los pólipos adenomatosos, siendo esto de gran ayuda con relación a la prevención del cáncer de colon y recto en la población en general.</p>	Características de la población	Género	Masculino
			Femenino
		Edad	25 a 30
			31 a 35
			36 a 40
			41 a 45
			46 a 50
		Procedencia	Urbana
			Rural
		Ocupación	Trabajadores artesanales
			Agricultores
			Choferes
			Profesores
			Estudiantes
		Hábitos	Sociales
		Tabaco	
		No consume	
VARIABLE INDEPENDIENTE: PÓLIPOS COLÓNICOS			

CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	
			Alimenticios	Hipercalóricos
				Hiperprotéicos
				Hiperlipídicos

VARIABLE DEPENDIENTE: ESCALA DE KUDO

CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	
La clasificación de Kudo está basada en el empleo de la magnificación endoscópica y la visualización de las criptas y predice la histología y la resección mucosa endoscópica, por lo que es utilizada para diferenciar entre pólipos hiperplásicos y adenomas; al agregar a la magnificación la cromoendoscopia se logran resaltar aún más las características de las lesiones.	Escala de Kudo	Patrón de las criptas con magnificación óptica e imagen con banda angosta	Kudo I	Mucosa normal
			Kudo II	Pólipo hiperplásico
			Kudo III L	Adenoma tubular
			Kudo III S	Adenoma tubular con displasia de alto grado
			Kudo IV	Adenoma vellosa
			Kudo VI	Irregular
			Kudo VN	No estructural
	Escala de Kudo	Estudio histológico	Adenomas	Lesiones preneoplásicas
			Pólipos hiperplásicos	Lesiones no neoplásicas
			Displasia	Bajo grado premalignas
				Alto grado malignas

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo: porque se busca determinar la eficacia de aplicar la escala de Kudo en usuarios con Pólipos Colónicos

Cualitativo: porque busca establecer las características de las lesiones encontrados según la escala de Kudo

Prospectivo: porque se realiza el seguimiento de los pacientes con el fin de determinar la eficacia de aplicar la escala de kudo en usuarios con Pólipos Colónicos

LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Según la Comisión Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud, entre las líneas de investigación vigentes desde el 2006 - 2010, el presente trabajo de titulación se encuentra encasillado en el numeral 6, que corresponde a los procesos terapéuticos

AREA DE ESTUDIO

Hospital IESS Chone Área de endoscopia, ubicado en la Provincia de Manabí, País Ecuador.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de estudio lo constituyeron los 109 pacientes con pólipos colónicos, teniendo una muestra de 70 usuarios con pólipos colónicos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, teniendo.

NZ²PQ

$$n = \frac{(109) (1.96^2) (0.5) (0.5)}{(109) (1.96^2) (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(109) (3.8416) (0.25)}{(109-1) (0.05^2) + (1.96^2) (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(109) (3.8416) (0.25)}{(108) (0.0025) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{(418.7344) (0.25)}{(0.27) + (0.9604)}$$

$$n = \frac{104.6836}{1.2304}$$

n= 70

N= 70 pacientes

La Muestra correspondió a 70 usuarios.

MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

En el siguiente estudio se incluyó a todos los pacientes con pólipos colónicos atendidos en el Hospital IESS Chone durante el periodo Abril – Septiembre 2015 que se realizaron endoscopía digestiva baja con NBI y Magnificación Óptica siguiendo los parámetros de la Clasificación del Patrón de las Criptas de Kudo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyó a:

Aquellos pacientes que no estuvieron dispuestos a formar parte del estudio.

METODOS E INSTRUMENTOS Y TECNICAS

Para efectos de recolección de la información se realizaron los siguientes pasos:

Se elaboró una solicitud que fue enviada a los directivos de la institución para contar con los respectivos permisos y facilidades en la realización del estudio.

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva donde se pusieron en detalle las diferentes variables que permitieron recolectar la información tales como edad, género, factores de riesgo, características de los pólipos colónicos.

Se elaboró una ficha de recolección de datos del paciente (ver anexos) para la realización de tablas, gráficos y análisis de resultados.

Para la ejecución del estudio se realizó un seguimiento durante 6 meses a las fichas e historias clínicas endoscópicas de los usuarios con pólipos en el colon menores de 50 años de edad.

PLAN DE ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE DATOS

La información obtenida fue procesada con ayuda del programa de Excel, la misma que se calificara en porcentajes para facilitar la tabulación. Para los datos cuantificados se emplearan gráficas y cuadros estadísticos para interpretar y analizar los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados.

Además se utilizó el programa anti-plagio URKUND para corroborar la autenticidad de la investigación

RECURSOS HUMANOS

Director de tesis

Pacientes con diagnóstico de pólipos en el colon en el Hospital IESS –
Chone

Personal médico del Hospital IESS- Chone

Personal de enfermería del Hospital IESS- Chone

Tribunal de revisión del proyecto de tesis

Autores del proyecto

RECURSOS FÍSICOS

Papel bond

Bolígrafo

Lapiceros

Computadora

Internet

Dispositivo USB

Tinta de impresora

Cámara digital

Teléfono

Textos

Revistas

Tarjeta telefónica

Transporte

RECURSOS INSTITUCIONALES

Hospital IESS- Chone

Universidad Técnica de Manabí

Biblioteca UTM

RECURSOS ECONÓMICOS

Adquisición de material bibliográfico	15.00
Materiales de ficha recolección de datos	5.00
Alimentación	20.00
Transporte	40.00
Desarrollo de trabajo de titulación e impresiones	70.00
Empastado y encuadernación	80.00
Trípticos y Gigantografías	70.00
El costo del estudio es de	\$ 300.00

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

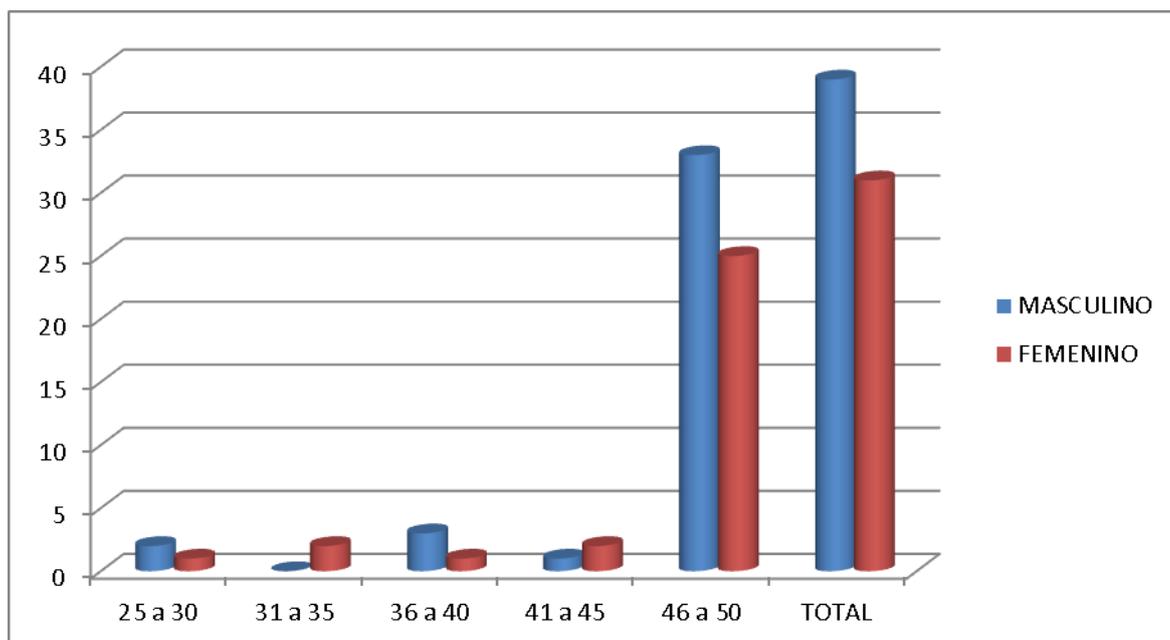
TABLA # 1

RELACIÓN EDAD Y GÉNERO DE LOS USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON PÓLIPOS COLÓNICOS ATENDIDOS EN HOSPITAL IESS CHONE DE ABRIL -SEPTIEMBRE DEL 2015

Sexo \ Edad	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
25 a 30	2	2%	1	1%	3	3%
31 a 35	0	0%	2	2%	2	2%
36 a 40	3	4%	1	1%	4	5%
41 a 45	1	1%	2	2%	3	3%
46 a 50	33	48%	25	39%	58	87%
Total	39	55 %	31	45%	70	100%

Fuente: Historias Clínicas Endoscópicas de los usuarios menores de 50 años diagnosticados con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

GRÁFICO # 1



Fuente: Historias Clínicas Endoscópicas de los usuarios menores de 50 años diagnosticados con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

Análisis #1: La relación que existió entre la edad y el género de los usuarios con pólipos colónicos se estableció que su edad de mayor presentación fue de 46 a 50 años con el 87 % , seguido de los 36 a 40 años con un 5 % , siendo el sexo masculino el más afectado con un 55% de los casos. Lo que coincide parcialmente con publicaciones en el Center for Consumer Health Information (2015) en la cual indica que los pólipos colónicos son comunes en la gente alrededor de la edad de 50 años, mientras que un estudio realizado en Lima-Perú se demostró que de 61 pacientes 26 fueron varones y 35 mujeres.

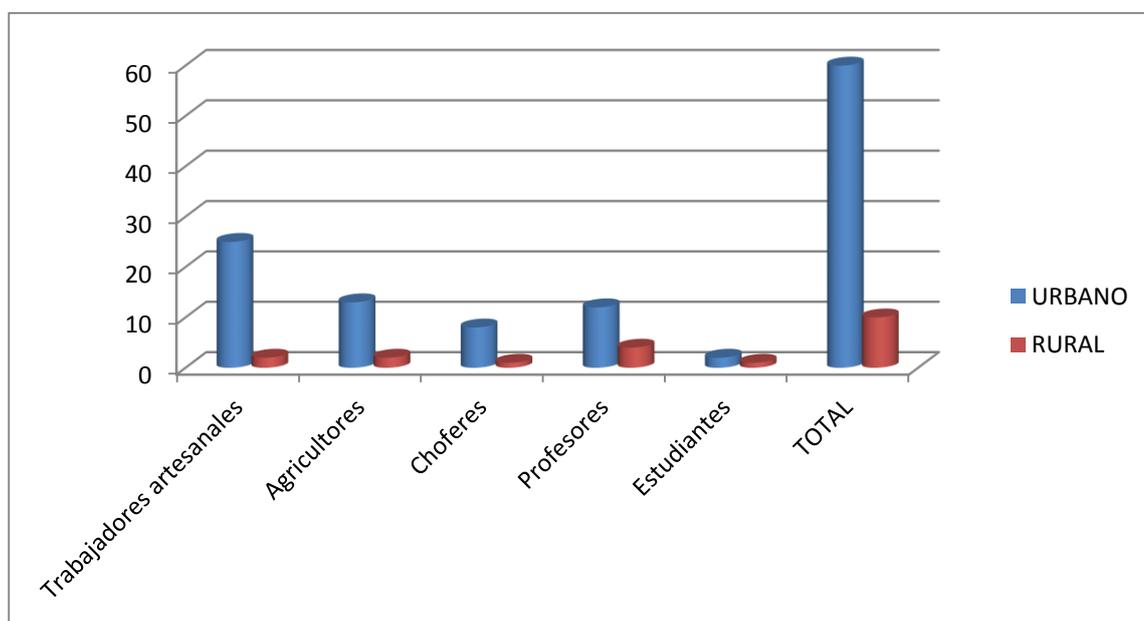
TABLA # 2

RELACIÓN PROCEDENCIA Y OCUPACIÓN DE LOS USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON PÓLIPOS COLÓNICOS EN EL HOSPITAL IESS CHONE, ABRIL -SEPTIEMBRE DEL 2015.

Procedencia Ocupación	Urbano		Rural		Total	
	F	%	F	%	F	%
Trabajadores artesanales	25	36%	2	2%	23	39%
Agricultores	13	18%	2	2%	15	22%
Choferes	8	11%	1	1%	9	13%
Profesores	12	17%	4	4%	16	22%
Estudiantes	2	3%	1	1%	3	4%
Total	60	85%	10	15%	70	100%

Fuente: Historias Clínicas Endoscópicas de los usuarios menores de 50 años diagnosticados con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

GRÁFICO # 2



Fuente: Historias Clínicas Endoscópicas de los usuarios menores de 50 años diagnosticados con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

Análisis #2: La relación entre la procedencia y ocupación de los usuarios con pólipos colónicos, determinó que en 85 % fueron de origen urbano, mientras que la profesión que prevalece son los trabajadores artesanales en un 39%, coincidiendo en una publicación de Pedro Yuste García (2010) donde demuestra que una forma de prevención es manejar un buen peso lo que probablemente no puede manejar los trabajadores artesanales tales como vendedores por el poco tiempo que brinda su trabajo para realizar actividad física así como los educadores que representan un 22% del porcentaje de pacientes con pólipos colónicos.

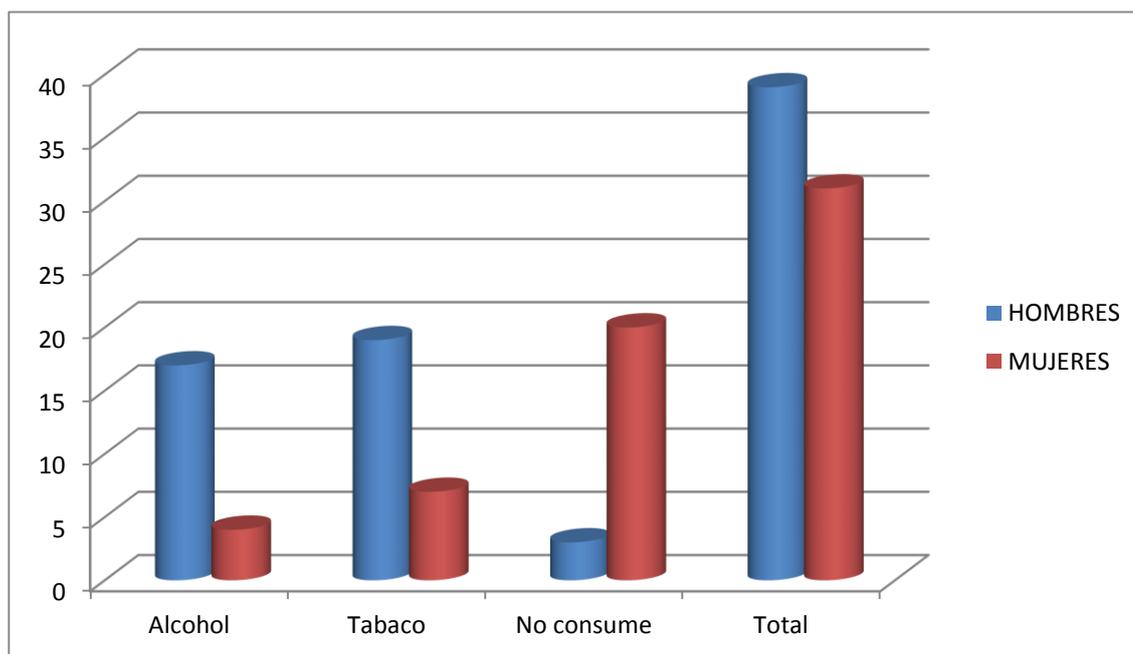
TABLA # 3

RELACIÓN FACTORES DE RIESGO SOCIALES Y GÉNERO EN LOS USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON PÓLIPOS COLÓNICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE 2015.

Sexo Riesgo social	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Alcohol	17	24%	4	6%	21	30%
Tabaco	19	28%	7	10%	26	37%
No consume	3	4%	20	28%	23	33%
Total	39	56 %	31	44%	70	100%

Fuente: Historias Clínicas Endoscópicas de los usuarios menores de 50 años diagnosticados con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

GRÁFICO # 3



Fuente: Historias Clínicas Endoscópicas de los usuarios menores de 50 años diagnosticados con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

Análisis # 3: Relación a los factores sociales y el género se determinó que el 56% de los usuarios son de género masculino y de éste el 28% consume tabaco, un 24% consume bebidas alcohólicas; mientras que el 28% de la población femenina no consume alcohol ni tabaco, como lo indica una publicación de Pedro Yuste García (2010) en su guía de prevención es ideal evitar el consumo de cigarrillo y alcohol por la estrecha relación de estas sustancias con la aparición de pólipos colónicos.

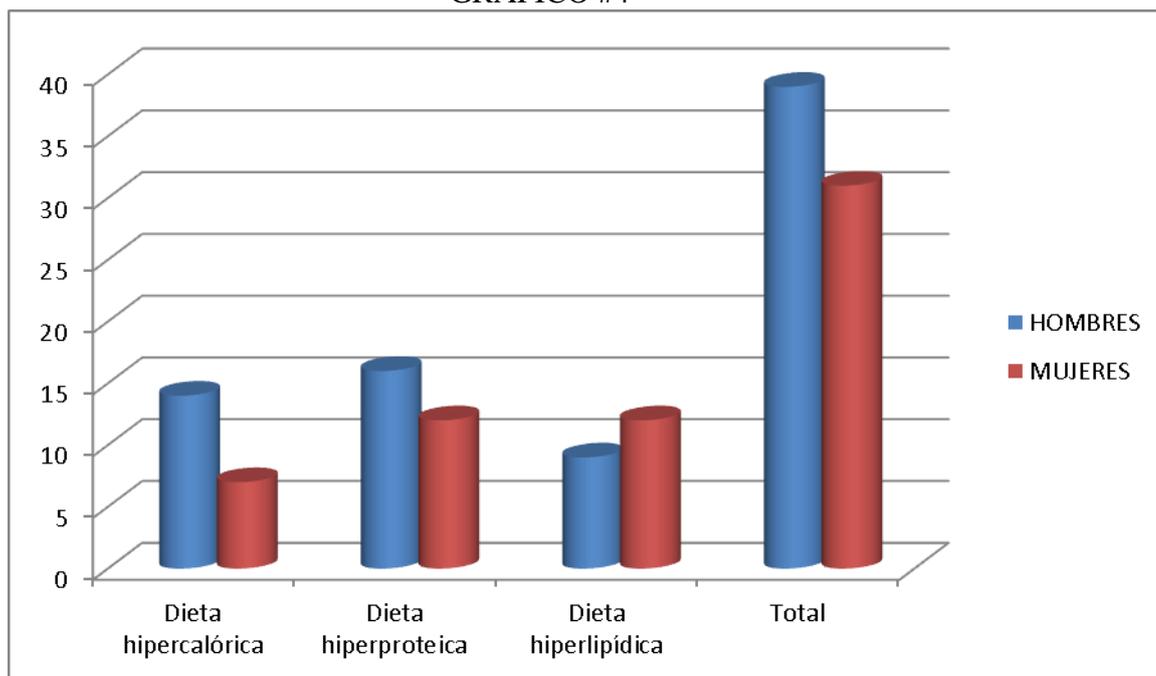
TABLA # 4

RELACIÓN FACTORES DE RIESGO ALIMENTICIOS Y GÉNERO EN LOS USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON PÓLIPOS COLÓNICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE 2015.

Sexo Hábito alimenticio	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Dieta hipercalórica	14	20%	7	10%	21	30%
Dieta hiperproteica	16	23%	12	17%	28	40%
Dieta hiperlipídica	9	13%	12	17%	21	30%
Total	39	56 %	31	44%	70	100%

Fuente: Historias Clínicas Endoscópicas de los usuarios menores de 50 años diagnosticados con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

GRÁFICO #4



Fuente: Historias Clínicas Endoscópicas de los usuarios menores de 50 años diagnosticados con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

Análisis # 4: En la relación hábitos alimenticios y género se estableció que el 23% de la población masculina consume una dieta hiperproteica, un 20% dieta hipercalórica y un 13% dieta hiperlipídica; mientras que la población femenina consume dieta hiperproteica e hiperlipídica en un 12% cada una y sólo un 10% es consumidora de dieta hipercalórica. En publicación de Pedro Yuste García (2010) en su guía de prevención indica que es correcto consumir alimentos bajos en grasa y rica en fruta, verduras y fibra; y mantener un peso corporal normal por vínculo que existe en el consumo de estos alimentos con la aparición de pólipos colónicos.

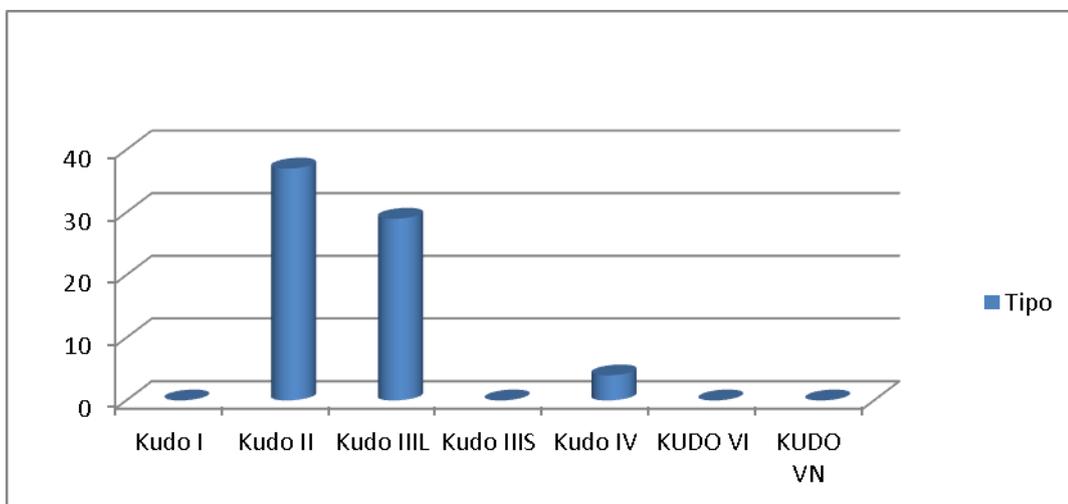
TABLA # 5

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESCALA DE KUDO EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON PÓLIPOS COLÓNICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE 2015.

KUDO	F	%
Kudo I	0	0
Kudo II	37	53
Kudo III L	29	41
Kudo III S	0	0
Kudo IV	4	6
Kudo VI	0	0
Kudo VN	0	0
TOTAL	70	100%

Fuente: Historias Clínicas Endoscópicas de los usuarios menores de 50 años diagnosticados con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
 Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

GRÁFICO #5



Fuente: Historias Clínicas Endoscópicas de los usuarios menores de 50 años diagnosticados con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

Análisis #5: En relación a la distribución de los pacientes según la escala de Kudo, un 53 % representa a la clase II que pertenece a los pólipos hiperplásicos, un 41% constituye la clase III que son adenomas tubulares y un 6% son clase IV que concierne a los adenomas vellosos, lo cual se asimila a los hallazgos encontrados en un estudio realizado en Lima-Perú en el 2010, que determinó que cuatro de las lesiones diagnosticadas endoscópicamente como Neoplásicas (adenomas) Kudo III y IV, hubieron histológicamente los denominados pólipos hiperplásicos así como mucosa normal; fueron cuatro aquellas lesiones detectadas mediante endoscopia descritas como No Neoplásicas Kudo II, además los adenomas tubulares; el 4,5% de las lesiones según la escala fueron Kudo III fueron reveladas mediante histología y catalogadas como pólipos hiperplásicos.

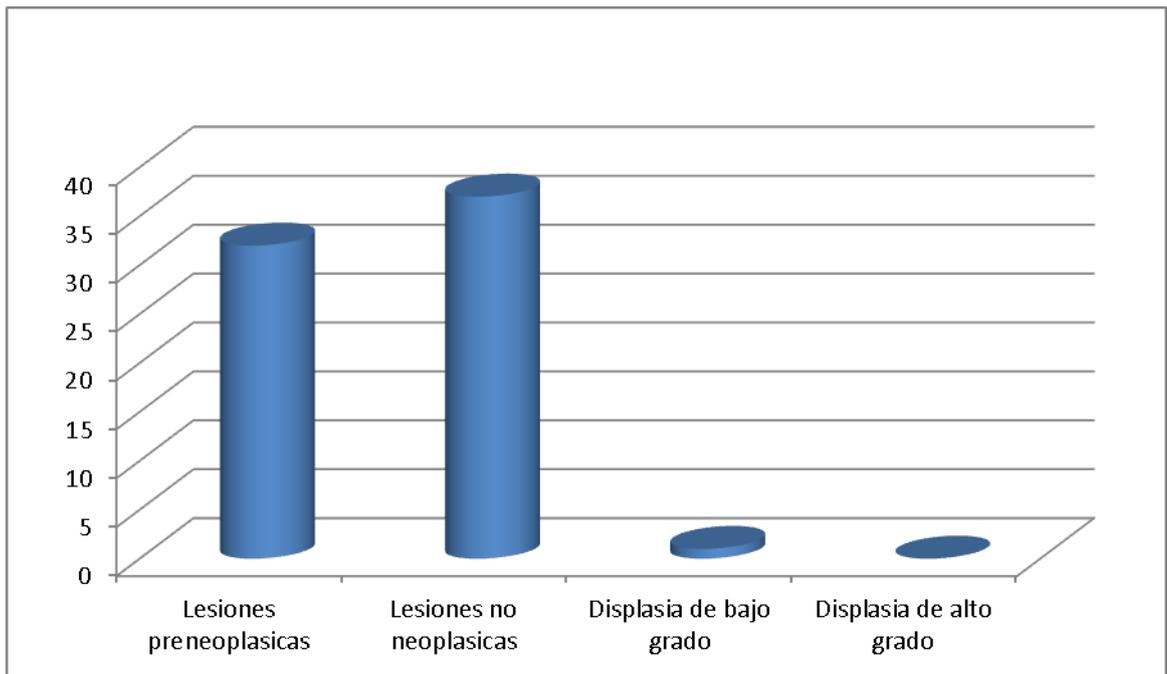
TABLA# 6

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE LOS PÓLIPOS COLÓNICOS EN LOS USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON ESTA PATOLOGÍA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE 2015.

TIPOS DE LESIONES SEGÚN ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	f	%
Lesiones preneoplásicas	32	46
No neoplásicas	37	53
Displasia de bajo grado	1	1
Displasia de alto grado	0	0
TOTAL	70	100%

Fuente: Historias Clínicas Endoscópicas de los usuarios menores de 50 años diagnosticados con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
 Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

GRÁFICO #6



Fuente: Historias Clínicas Endoscópicas de los usuarios menores de 50 años diagnosticados con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
 Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

Análisis # 6: En relación sobre los tipos de lesiones según estudio histopatológico se encontró que el 53% son lesiones no neoplásicas representada por los pólipos hiperplásicos, un 46% son lesiones preneoplásicas, el 1% son displasia de bajo grado y un 0% son displasias de alto grado. Lo que coincide de manera parcial con publicaciones hechas por un estudio realizado en Lima-Perú en el 2010, se finiquitó que 76 (63,8%) de las lesiones estuvieron calificadas como Neoplásicas (adenomas) y 43 (36,1%) como No Neoplásicas (pólipos hiperplásicos y también mucosa normal), además se encontró un adenoma con displasia de alto grado que representa el 1,31% de los adenomas valorados.

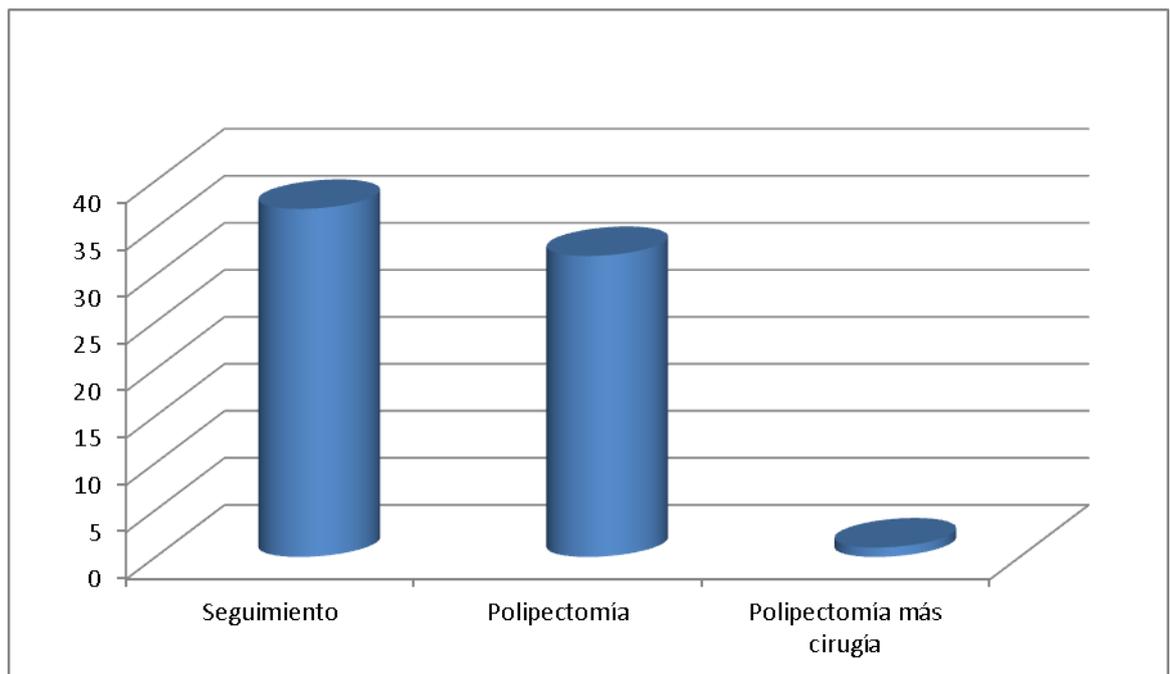
TABLA # 7

CONDUCTA A SEGUIR SEGÚN EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE LOS PÓLIPOS COLÓNICOS EN LOS USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON ESTA PATOLOGÍA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE 2015.

CONDUCTA	f	%
Seguimiento	37	53
Polipectomía	32	46
Polipectomía más cirugía	1	1
TOTAL	70	100%

Fuente: Historias Clínicas Endoscópicas de los usuarios menores de 50 años diagnosticados con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

GRÁFICO #7



Fuente: Historias Clínicas Endoscópicas de los usuarios menores de 50 años diagnosticados con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

Análisis #7: En relación la conducta a seguir según el hallazgos hitopatológico se estipuló que un 53% de los pacientes deben realizar seguimiento de su patología, un 46% de los pacientes deben someterse a Polipsectomía, mientras que tan sólo el 1% debe realizarse Polipsectomía más cirugía; como lo propone la NICE (Narrow-Band Imaging International Colorectal Endoscopic) donde indica que aquellos pólipos hiperplásicos se debe tener un seguimiento estricto, en los adenomas se debe practicar Polipsectomía y en aquellos carcinomas in situ o invasores se debe realizar polipsectomía más cirugía.

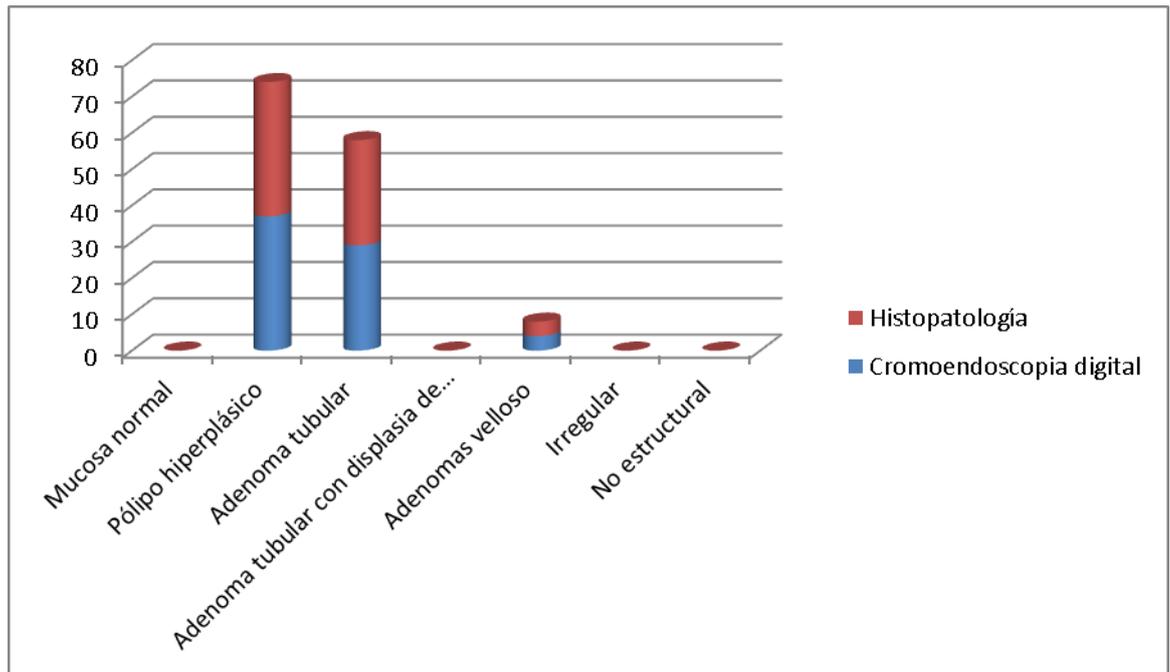
TABLA # 8

COMPARACIÓN DE LA CROMOENDOSCOPIA DIGITAL Y EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA LESIONES DE LOS PÓLIPOS COLÓNICOS EN LOS USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON ESTA PATOLOGÍA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE 2015.

Método diagnóstico Características de las lesiones	Cromoendoscopia digital		Estudio Histopatológico	
	F	%	F	%
Mucosa normal	0	0%	0	0%
Pólipo hiperplásicos	37	53%	37	53%
Adenoma tubular	29	41%	29	41%
Adenoma tubular con displasia de alto grado	0	0%	0	0%
Adenoma vellosos	4	6%	4	6%
Irregular	0	%	0	0%
No estructural	0	%	0	0%
Total	70	100 %	70	100%

Fuente: Historias Clínicas Endoscópicas de los usuarios menores de 50 años diagnosticados con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
Elaborado por: I/M San Lucas Miele Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

GRÁFICO #8



Fuente: Historias Clínicas Endoscópicas de los usuarios menores de 50 años diagnosticados con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

Análisis #8: En la comparación de la cromosondoscopia digital y el estudio histopatológico según las características de las lesiones se estableció que tanto en la cromosondoscopia digital como en el estudio histopatológico el hallazgo de pólipos hiperplásicos fue de 37%, el de adenoma tubular fue de 29% y el de adenomas vellosos fue 4%; según las estadísticas de EPINFO las lesiones encontradas en cromosondoscopia digital e histología fueron respectivamente inflamatorias 28 y 40%; preneoplásicas 55 y 47%; en tanto que las neoplásicas representaron un 5 y 6%.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

Se observó que la población de estudio fue de 148 pacientes, de los cuales 70 usuarios presentaron pólipos colónicos, estableciendo que la edad de mayor presentación fue de 46 a 50 años con el 87 %, siendo el sexo masculino el más afectado con un 55% de los casos, lo que coincide con el estudio en la cual los pólipos colónicos suelen manifestarse hacia la quinta década de la vida.

Se determinó que los usuarios en estudio son trabajadores artesanales de origen urbano en un 36%, tomando en cuenta que dichos profesionales laboran de forma ardua lo que limita el tiempo para dedicarse al deporte.

Se estableció que los factores sociales como el tabaquismo y el alcoholismo desencadenan la aparición de pólipos colónicos, y que son las personas de género masculino los más aficionados a esta conducta social.

Se examinó los factores que predisponen a la aparición de pólipos colónicos siendo el mayor consumo de las dietas hiperlipídicas en un 33% asociados al consumo de dieta hipercalórica en un 21%, manifestando que los trastornos metabólicos por dietas poco equilibradas y de hábitos alimenticios desordenados pueden desencadenar esta patología.

Se observó que según la escala de Kudo la clase que más se presenta en la población en estudio fue la tipo II que corresponde a los pólipos hiperplásicos, seguido por el tipo III los cuales son adenomas tubulares y en menor proporción los adenomas vellosos, que coincide con estudios realizados en otro país.

Se determinó que en el hallazgo de lesiones según sus características usando la cromoendoscopia digital y la histopatología arrojaron los mismos resultados tanto para pólipos hiperplásicos, adenoma tubular y adenoma vellosos.

RECOMENDACIONES

Una vez determinadas nuestras conclusiones, se recomienda lo siguiente:

A la Universidad Técnica de Manabí, que incentive y ayude de manera económica a la facultad de Ciencias de la Salud a promover la atención de usuarios con poca accesibilidad a la salud; y apoyo a la investigación que realizan los docentes del estudio del manejo del paciente con pólipos colónicos para evitar que esta patología se transforme en maligna.

Al Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone continuar con la realización de endoscopia digestiva baja como tamizaje de pacientes para de manera oportuna diagnosticar patologías y de esta forma se tratadas según el caso en particular en la unidad de gastroenterología de dicho Hospital. Así como la realización de cromoendoscopia digital para detención de pólipos colónicos, lo que ahorra costos al paciente en la realización de estudios histopatológicos, lo cual consume tiempo hasta la entrega de resultados y somete al paciente a ser re intervenidos en caso sea necesario.

A la sociedad, mejorar sus hábitos sociales y alimenticios con dietas más balanceadas, evitar el consumo del tabaco y la realización de actividad física diaria: así como también realizarse controles médicos mensuales y controles endoscópicos si fuese necesario.

A las personas que presentan pólipos colónicos seguir la conducta que recomienda la NICE, para evitar la progresión de esta patología o a su vez recibir tratamiento que mejora la calidad de vida personal así como el impacto familiar que pueda esta ocasionar.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

ACTIVIDADES	MESES							RECURSOS			
	Abril	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Enero	Febrero	Humano	Materiales	Otros	Costos
Elaboración y presentación del proyecto								Autores de la Investigación	Libros, copias	Internet	\$ 20,00
Investigación del marco teórico									Libros, copias	Internet, transporte	\$ 25,00
Recolección de datos									Materiales de ficha de recolección de datos	Transporte	\$ 40,00
Aplicación de instrumentos de trabajo, tabulación de los resultados y elaboración de cuadros estadísticos									Impresiones, anillados	Transporte	\$ 40,00
Elaboración, ejecución de la propuesta y colocación de gigantografía del mismo									Trípticos, gigantografía	Transporte e imprevistos	\$ 60,00
Revisión y corrección final del trabajo de investigación por parte del Director de Tesis y Tribunal de Evaluación y Seguimiento									Impresión	Transporte	\$ 30,00
Sustentación del trabajo de investigación.									Impresión, Transcripción, Especies valoradas	Empastado	\$ 100,00
									TOTAL		

Fuente: Trabajo de Investigación previo a la obtención del título de Médico Cirujano tema: “ESCALA DE KUDO APLICADA EN USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON PÓLIPOS COLÓNICOS EN EL SUB- PROCESO DE LA UNIDAD ENDOSCÓPICA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE DEL 2015”

Elaborado por: Autores

CAPÍTULO V

PROPUESTA

TÍTULO

SOCIABILIZACION DE LA ESCALA DE KUDO A LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE ENDOCOPIA DEL HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE DE 2015.

JUTIFICACIÓN

Los pólipos son tumores benignos que involucran el revestimiento de los intestinos, son muy comunes en los adultos, cuya posibilidad de presentarlos aumenta con la edad con un 25% mayor de 50 años. Se acepta de forma universal que la mayoría de los cánceres colorrectales se originan dentro de adenomas que cursan prácticamente de forma asintomática. Es importante el control de los pacientes con alto riesgo a desarrollar lesiones adenomatosas como los obesos, los consumidores de alcohol y de grasas y con antecedentes familiares de CCR y lesiones adenomatosas para lograr cortar la evolución natural de dichas lesiones. Los pólipos mixtos y aserrados también deben ser seguidos ya que tienen un componente pre maligno; para ello se han desarrollado nuevas estrategias de diagnóstico basadas en equipos endoscópicos de alta tecnología que permiten un diagnóstico temprano de lesiones potencialmente invasoras. Los pacientes con adenomas colorrectales resecados tienen probabilidades de desarrollar neoplasias posteriores (metacrónicas) en el 20-50% de los casos, siempre en correspondencia con el tiempo de seguimiento; por tal motivo deben ser incluidos en un programa de control

endoscópico una vez que el colon quede libre de pólipos. Para poder identificarlos tenemos una clasificación que es la de Kudo, está basada en el empleo de la magnificación endoscópica y la visualización de las criptas y predice la histología y la resección mucosa endoscópica, por lo que es utilizada para diferenciar entre pólipos hiperplásicos y adenomas. Cuyo propósito es que los usuarios conozcan la escala de kudo y así mejorar el plan terapéutico y el pronóstico de vida de los mismos, y el equipo de salud tengan un correcto manejo.

FUNDAMENTACIÓN

El presente proyecto se fundamentó en la importancia de concientizar a los usuarios de la unidad de endoscopia sobre la seriedad de la escala de kudo debido a la cronicidad de esta patología.

OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

OBJETIVO GENERAL:

Sociabilizar la escala de Kudo a los usuarios de la unidad de endoscopia del Hospital del Seguro Social de Chone, Abril – Septiembre de 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Educar a los usuarios de la unidad de endoscopia sobre la escala de Kudo mediante charlas y material audiovisual.

Reforzar al personal de salud sobre la escala de Kudo para tener un mejor diagnóstico a seguir.

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios directos fueron los usuarios atendidos en el área de la unidad de endoscopia del hospital del seguro social de Chone ya que fortificaran sus conocimientos sobre la escala de kudo.

Los familiares de los usuarios también fueron beneficiarios al conocer de esta escala, ya que este trabajo tiene un valor práctico y las nuevas actualizaciones sobre el uso de la escala de kudo en los pólipos colónicos podrá ser utilizado en esta institución.

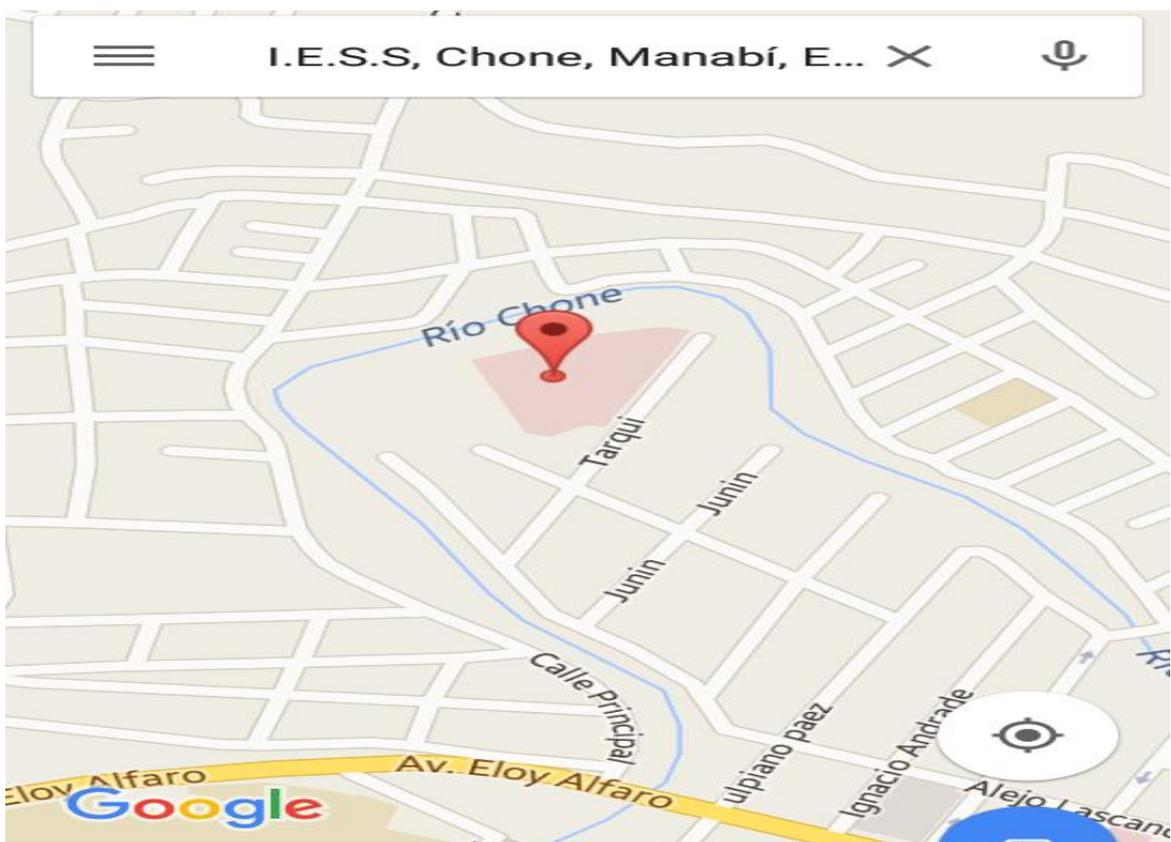
RESPONSABLES

Los responsables a llevar a cabo esta propuesta fueron las egresadas de la carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, Srta. Tania Lisbeth San Lucas Mieles y Srta. Fanny Eleana Vásquez Solórzano.

UBICACIÓN SECTORAL Y FÍSICA

Esta propuesta se llevó a cabo en la Unidad de Endoscopia del Hospital del Seguro Social de Chone en el cual se socializo estrategias educativas para dar a conocer la escala de Kudo.

Dirección: Junín y Boyacá



FACTIBILIDAD

La propuesta fue factible porque se buscó que lo usuarios conocieran a cerca de la importancia de la escala de Kudo en la identificación sobre los pólipos colónicos.

ACTIVIDADES

Elaboración de material didáctico

Realización de charla informativa

Entrega y colocación de gigantografía.

RECURSOS

HUMANOS:

Usuarios atendidos en el área de la Unidad de Endoscopia del Hospital del Seguro Social de Chone

Investigadoras.

MATERIALES:

Trípticos

Computadora

Gigantografías

INFRAESTRUCTURA

Sala de espera de la Unidad de Endoscopia del Hospital del Seguro Social de Chone.

CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCIATIVAS

ACTIVIDADES	CONTENIDO	LUGAR	RECURSOS	RESPONSABLES
Elaboración de trípticos	<p>¿Qué son los pólipos colónico?</p> <p>¿Cuál es la clasificación de la escala de Kudo?</p> <p>¿Cuáles son los beneficios de la escala de Kudo?</p>	Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone.	Trípticos	Investigadoras
Charlas educativas en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone.	<p>Los pólipos colónicos sintomatología y método de diagnóstico.</p> <p>Clasificación sobre la escala de Kudo.</p>	Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone.	Diapositivas	Investigadoras

IMPACTO

Con esta propuesta se pretende difundir información sobre la clasificación de la escala de kudo en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone.

FODA

F Médicos capacitados en diferentes especializados que ejercen su profesión con calidad y eficacia.

Personal administrativo comprometido que atienden al usuario con calidez.

Posee equipos de alta calidad tanto de imágenes como de laboratorio para que lo especialistas den un buen diagnóstico.

Tiene reconocimiento local, provincial y nacional.

Dotación de medicamentos los cuales se pueden adquirir gratuitamente.

Servicio de atención 24 horas en el área de emergencia.

Dotación de ambulancias para el traslado del usuario.

Cuenta con servicios básicos: cisterna y generador de energía.

O Médicos especialistas, licenciados en enfermería y médicos residentes provenientes de las universidades del país y del exterior.

Programa de cirugías gratuitas avaladas por fundaciones locales.

Sistema de referencia y contra referencia para dar una atención personalizada al usuario.

Acceso a comunicación a través de las redes de internet y programas electrónicos donde hay mayor facilidad de obtener las historias clínicas de los usuarios y dar una mejor atención a los mismos.

Existencia del respaldo del municipio para el consejo cantonal de salud y comité de usuarios.

Relaciones interinstitucionales que permiten la capacitación de médicos, enfermeros y personal administrativo.

Pasantías de estudiante de secundaria que proporcionan sus servicios.

Mejoramiento progresivo del sistema vial que permite un mejor traslado de los

usuarios.

D Falta de dotación de insumos.

Insuficiente motivación del talento humano.

Presencia de varios equipos antiguos e inoperativos.

Carencia de algunas áreas de especialidades.

A Riesgo de inundaciones.

Deficiencia de servicios básicos en algunos sectores de Chone.

Deficiente vigilancia policial.

Incorrecta aplicación de protocolos del ministerio de salud pública en clínicas privadas.

Mal manejo de atención primaria de salud en subcentros aledaños con poca capacidad resolutive.

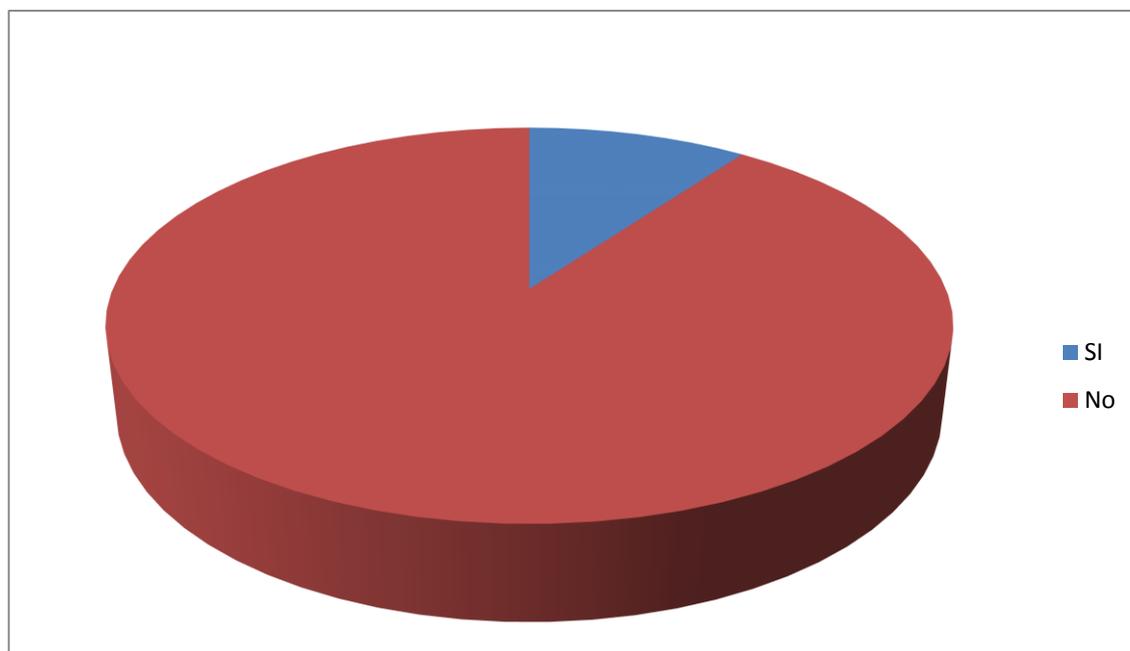
TABLA #1

CONOCE USTED SOBRE LOS PÓLIPOS COLONICO Y SUS COMPLICACIONES

Conocimiento sobre los pólipos colónicos	F	0%
Si	2	10%
No	18	90%
Total	20	100 %

Fuente: Encuestas de los usuarios con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

GRÁFICO #1



Fuente: Encuestas de los usuarios con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

Análisis # 1: En la encuesta que corresponde al conocimiento sobre pólipos colónicos se identificó que 18 pacientes (90%) no tiene conocimientos sobre el tema frente a un 10% que conoce algo del tema.

TABLA #2

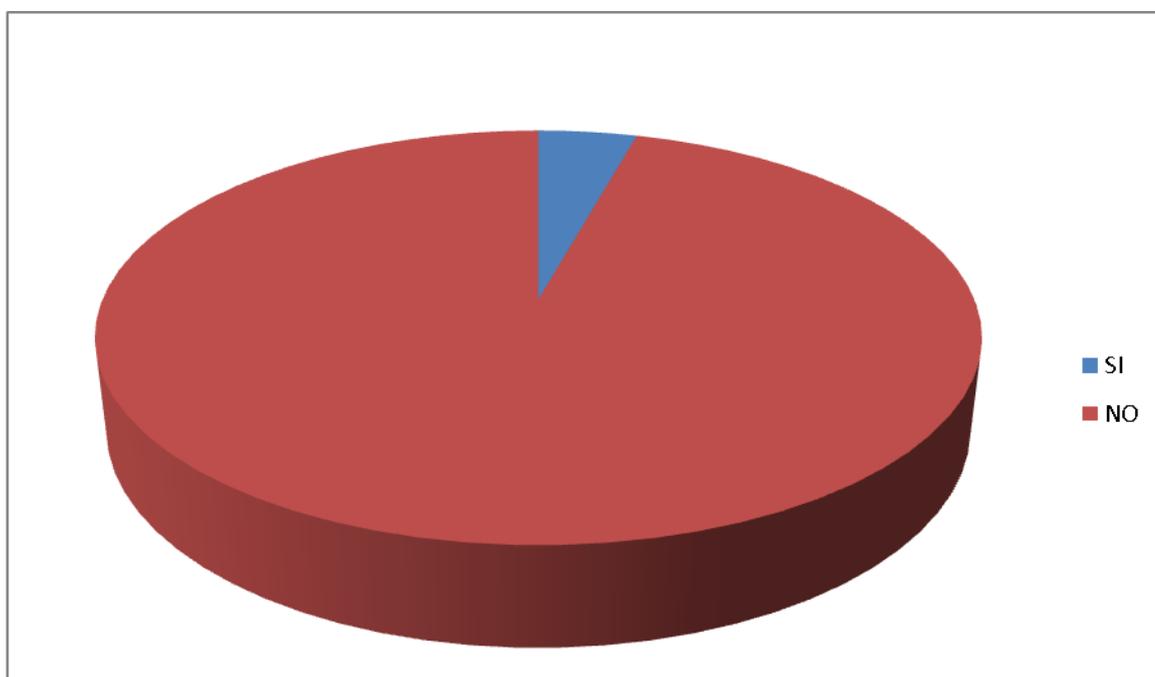
TIENE USTED ALGÚN FAMILIAR CON PÓLIPOS COLÓNICO

Familiar con pólipo colónico	F	0%
Si	1	5%
No	19	95%
Total	20	100 %

Fuente: Encuestas de los usuarios con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

GRÁFICO #2



Fuente: Encuestas de los usuarios con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

Análisis #2: En la pregunta que indaga si el paciente tiene algún familiar con pólipo colónico se determinó que 19 pacientes (95%) no tienen familiares con esta patología mientras que un 5% revela tenerlo.

TABLA #3

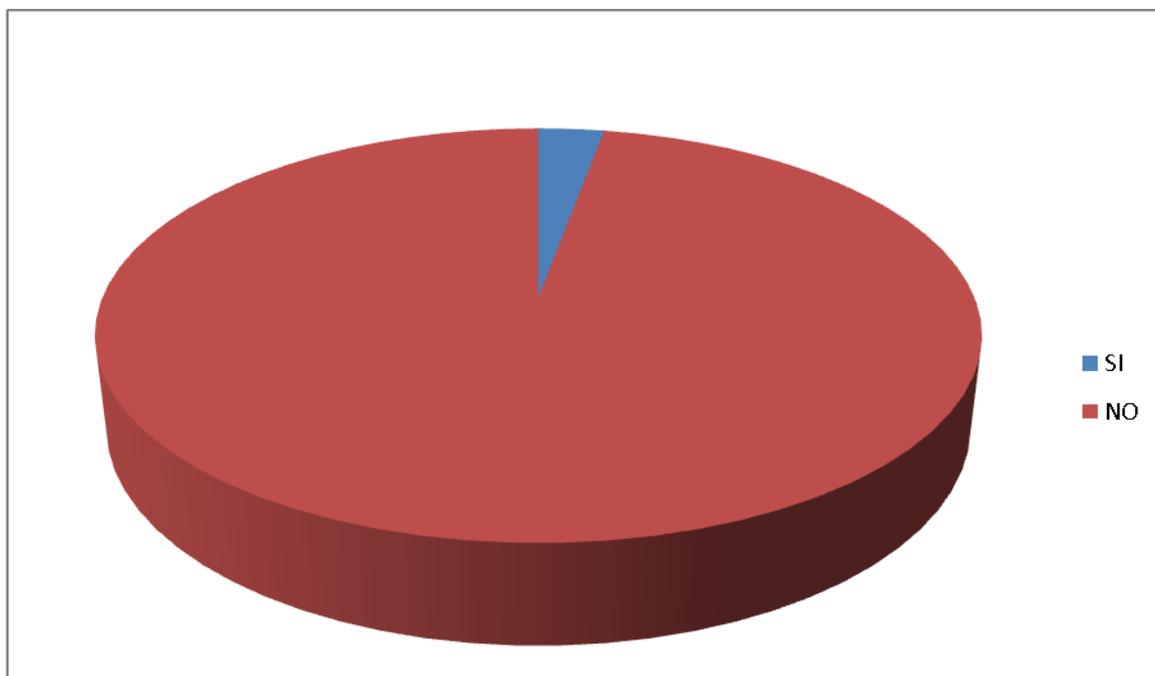
CONOCE USTED CUALES SON LOS FACTORES DE RIEGOS SOCIALES Y ALIMENTICIOS QUE FAVORECEN A DESARROLLAR PÓLIPOS COLONICO

Conocimiento de factores de riesgo	F	0%
Si	1	5%
No	19	95%
Total	20	100 %

Fuente: Encuestas de los usuarios con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

GRÁFICO #3



Fuente: Encuestas de los usuarios con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

Análisis #3: En la cuestión que examina el conocimiento sobre los factores de riesgo que desencadenan la aparición de pólipos colónicos se estableció que 19 pacientes (95%) no tiene conocimientos en tanto que un 5% está capacitado.

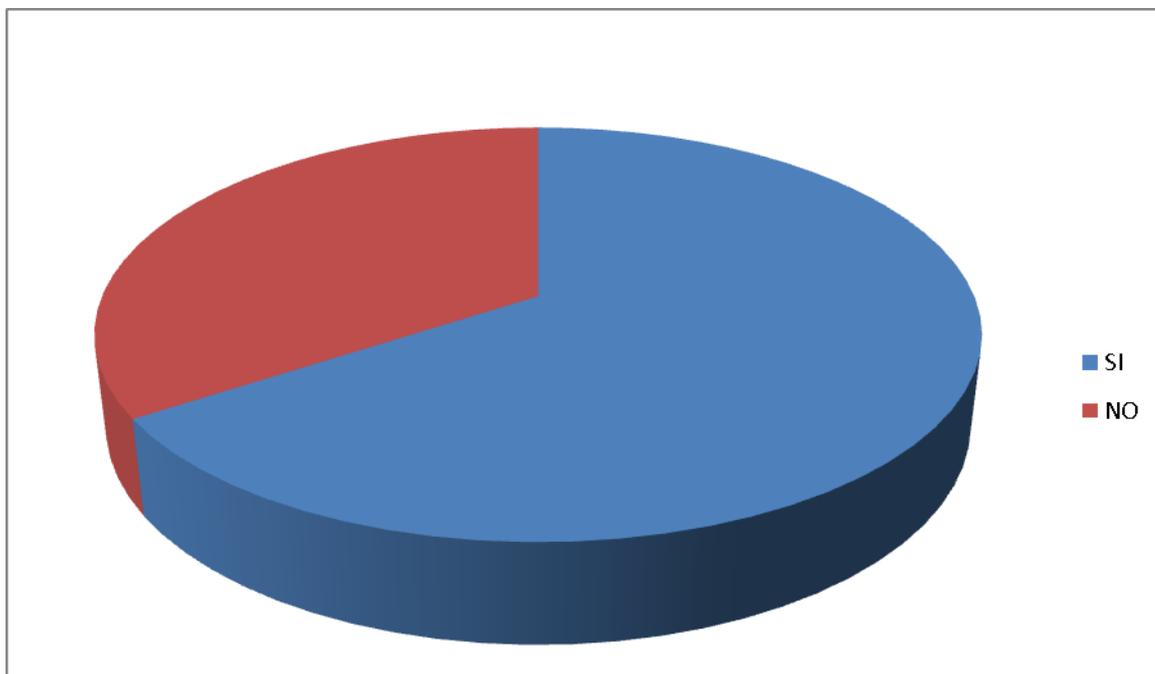
TABLA #4

PIENSA USTED QUE LOS PÓLIPOS COLÓNICO SON PELIGROSOS

Cree que los pólipos son peligrosos	F	0%
Si	13	65%
No	7	35%
Total	20	100 %

Fuente: Encuestas de los usuarios con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

GRÁFICO #4



Fuente: Encuestas de los usuarios con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

Análisis # 4: En la encuesta que concierne al conocimiento de los pacientes sobre si cree que los pólipos colónicos son peligrosos se registró que 13 pacientes (65%) si creen que pueden ser peligrosos para la salud frente a un 35% que cree que no son peligrosos.

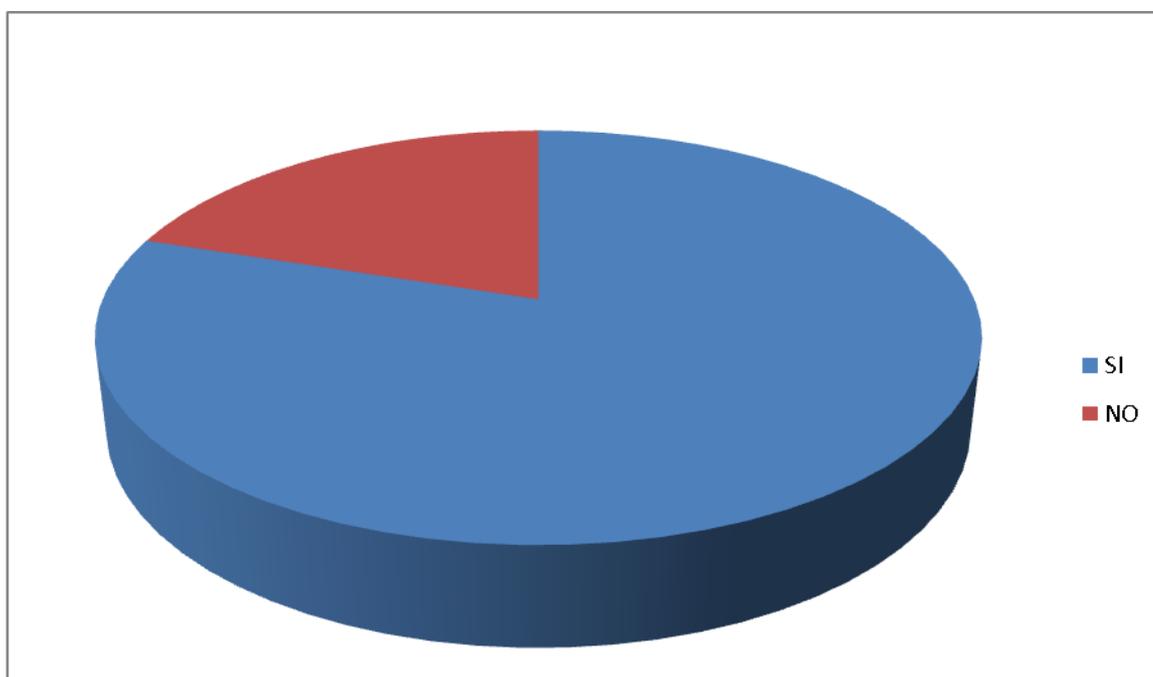
TABLA #5

SE HA REALIZADO COLONOSCOPIA ALGUNA VEZ

Se ha realizado colonoscopia	F	0%
Si	16	80%
No	4	20%
Total	20	100 %

Fuente: Encuestas de los usuarios con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

GRÁFICO #5



Fuente: Encuestas de los usuarios con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

Análisis # 5: En esta pregunta se determinó que 16 pacientes (80%) se ha realizado colonoscopia en algún momento de su vida mientras que el 20% de la población no lo ha realizado.

TABLA # 6

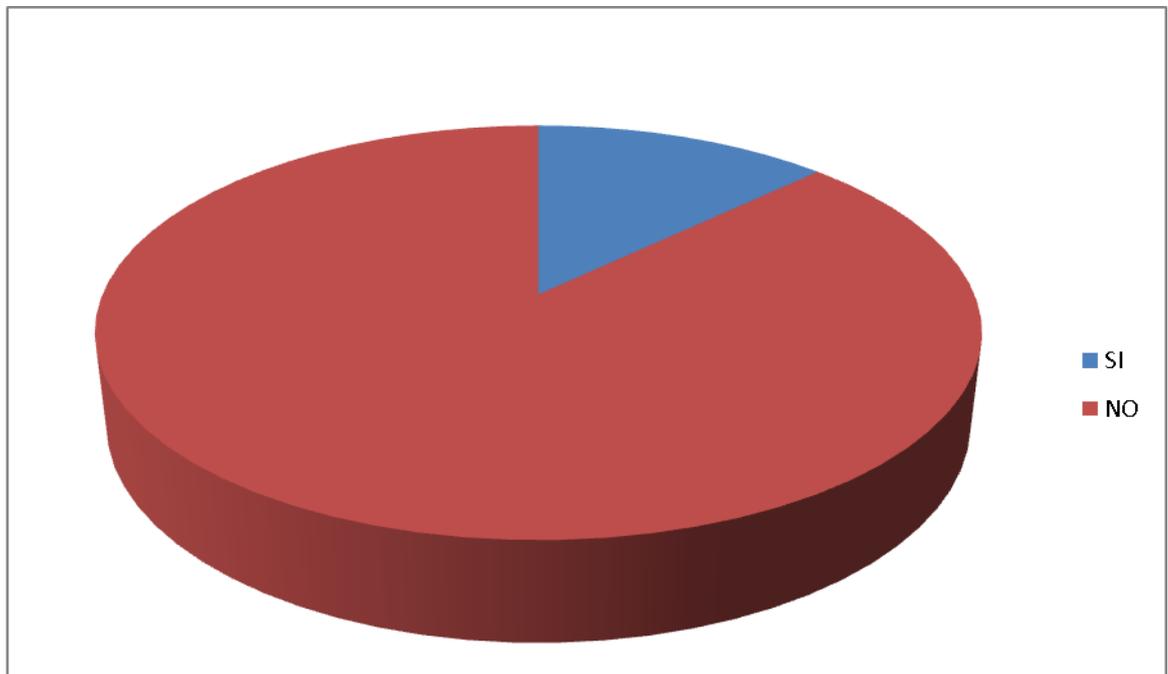
ALGUNA VEZ USTED HA PRESENTADO SANGRADO RECTAL

Sangrado rectal	F	0%
Si	3	15%
No	17	85%
Total	20	100 %

Fuente: Encuestas de los usuarios con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

GRÁFICO # 6



Fuente: Encuestas de los usuarios con pólipos colónicos atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: I/M San Lucas Mieles Tania- I/M Vásquez Solórzano Eleana

Análisis # 6: Se detalla que 17 de los pacientes encuestados (85%) no ha presentado sangrado rectal durante su vida mientras que un 15% si ha debutado con sangrado rectal en alguna ocasión

BIBLIOGRAFÍA

1. Diego Garcia-Compean, Hector J Maldonado Garza. (2009). Gastroenterología y hepatología Objetivos y su desarrollo. Mexico
2. Dr. Jose Cordova Villalobos, Dr Antonio de la Torres Bravo (2009). Procedimientos endoscópicos en gastroenterología. 2º edición. Mexico: Medica Panamericana.
3. Dr. Roque Saenz (Santiago de Chile 2010). Guías para mejorar la calidad de la Endoscopia Digestiva. Edición única.
4. Jorge A. Hequera, Cecilia nally. (2012). Estadificación para el carcinoma del colon, recto y ano. 1º Edición. Buenos Aires: Akadia.
5. Eduardo Perez Torres, Juan Miguel Abdo Francis. (2012). Gastroenterología. Mexico: McGRAW-HILL INTERAMERICANA.
6. Hector Enrique Blanco (2013). Enfermedades del colon, recto y ano. Coloproctología enfoque clínico y quirúrgico. Tomo 3. Venezuela.
7. De La Cruz N, Hernández M. (Mayabeque 2002). Pólipos y lesiones neoplásicas superficiales del colon. Artículo de revisión. Sitio web: http://www.actamedica.sld.cu/r2_11/colon.htm
8. Malagón G, Londoño J. Manejo de los pólipos colónicos. Manejo integral de urgencias, Perú. 2004; 46(3): 240. <https://books.google.com.ec/books?id=pvh75t3FamwC&pg=PA240&dq=polipos+colonicos&hl=es&sa=X&ei=aaHYVO-iB8GmgwSCtYCIDw&ved=0CCcQ6AEwAg#v=onepage&q=polipos%20colonicos&f=false>
9. Barreda F; Combe J; Valdez L; Sánchez J. (Lima 2007). Aspectos Clínicos de los Pólipos Colónicos. Revista de Gastroenterología del Perú. Versión impresa ISSN 1022-5129. Sitio web: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292007000200002&script=sci_arttext
10. Bastos N. (Caracas 2011). Clasificación de los pólipos de la mucosa del colon y recto: uso del sistema de imágenes de banda angosta. Revista de Gastroenterología de Caracas. Versión impresa ISSN 0016-3503. Sitio web:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032011000100006

11. Bujanda L, Cosme A, Gil I, Arenas-Mirave J. Pólipos colorrectales malignos. *World J Gastroenterol* 2010; 16(25): 3101-3111. <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=66844>.
12. Pedro Llorens, Kyoichi Nakamura. (2011). *Gastroenterología Latinoamericana* vol. 22-Nº2. Chile. Sitio web: http://sociedadgastro.cl/wp-content/uploads/2013/08/vol22_2_2011.pdf.
13. Dr. Gunther Bocic A, Mario Abedrappo M. (2012). Colonoscopia y reporte de 10 años de experiencia. *Revista Chilena de Cirugía*. Chile. Version On-line ISSN 0718-4026. Sitio web: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-4026012000300016>.
14. Pérez G. (Colombia 2012). Pólipos de colon. *Revista de Gastroenterología de Colombia*. Sitio web: <http://www.serviendoscopias.com/Noticias/Enfermedades-del-colon/Polipos-de-colon.-Clasificacion.-Colonoscopia-Bogota>
15. Bussade B, Costa M. (Brasil 2014). Clasificaciones endoscópicas de colon y recto. Artículo de revisión. <http://www.patologia.es/volumen37/vol37-num1/37-1n11.htm>
16. Canales O. (Diciembre de 2010). Utilidad del NBI y Magnificación Óptica en el Diagnóstico Diferencial de las Lesiones Neoplásicas y no Neoplásicas Colorrectales en el Perú. Recuperado el 12 de 07 de 2015, de *Revista de gastroenterología de Perú*: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292010000400003&script=sci_arttext
17. Bastos N. (Diciembre de 2011). CLASIFICACIÓN DE LOS PÓLIPOS DE LA MUCOSA DEL COLON Y RECTO: USO DEL SISTEMA DE IMÁGENES DE BANDA ANGOSTA. Recuperado el 01 de 07 de 2015, de *Sociedad Venezolana de Gastroenterología*: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032011000100006
18. Barreda F. (Diciembre de 2007). Aspectos Clínicos de los Pólipos Colónicos. Recuperado el 30 de 06 de 2015, de *Revista de gastroenterología de Perú*: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292007000200002&script=sci_arttext

19. Gunther B. (Junio de 2012). Colonoscopia: puesta al día y reporte de 10 años de experiencia. Recuperado el 10 de 07 de 2015, de Revista Chilena de cirugía: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262012000300016&script=sci_arttext

ANEXOS

ANEXO# 1

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“ESCALA DE KUDO APLICADA EN USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS
DIAGNOSTICADOS CON PÓLIPOS COLÓNICOS EN EL SUB- PROCESO DE LA
UNIDAD ENDOSCÓPICA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE INSTITUTO
ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE CHONE, ABRIL – SEPTIEMBRE
DEL 2015”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTADÍSTICOS

GÉNERO:

Femenino ____

Masculino ____

EDAD:

25 a 30

31 a 35

36 a 40

41 a 45

46 a 50

PROCEDENCIA:

Urbana ____

Rural ____

OCUPACIÓN:

Trabajadores artesanales ____

Agricultores ____

Choferes ____

Profesores ____

Estudiantes ____

HÁBITOS:

SOCIALES: Alcohol____ Tabaco____ No consume____

ALIMENTICIOS: Hipercalóricos ____ Hiperprotéicos ____ Hiperlipídicos____

ESCALA DE KUDO

Kudo I	
Kudo II	
Kudo III	
Kudo III S	
Kudo IV	
Kudo VI	
Kudo VN	

TIPOS DE LESIONES SEGÚN ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

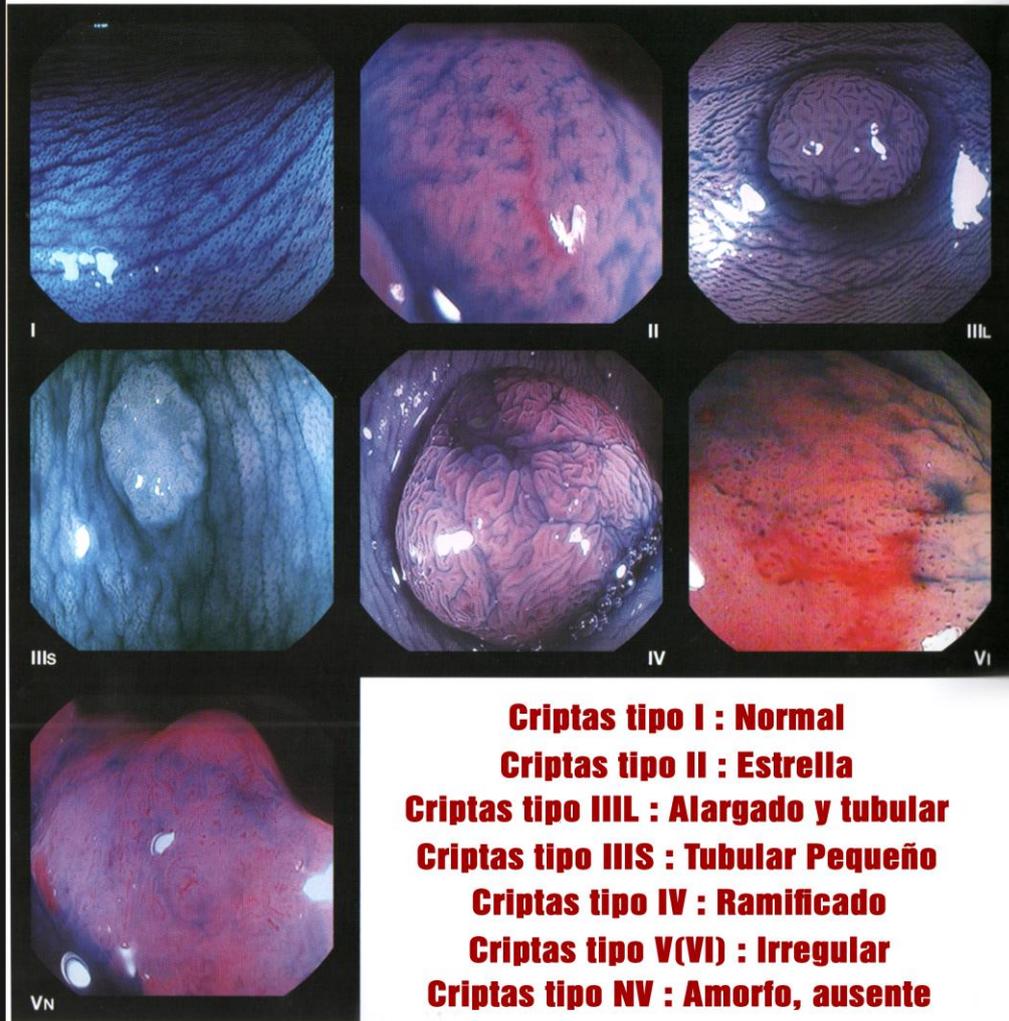
Lesiones preneoplásicas	
No neoplásicas	
Displasia de bajo grado	
Displasia de alto grado	

SEGUIMIENTO

Seguimiento	
Polipectomía	
Polipectomía más cirugía	

ANEXO # 2
ESCALA DE KUDO

CLASIFICACIÓN DE LA ESCALA DE KUDO



ANEXO #3

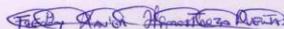
PERMISO PARA REALIZACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL IESS DE CHONE

Chone, 6 de Abril del 2015

Por intermedio de la presente Yo, Dr. Freddy Xavier Hinostroza Dueñas, Jefe del Área de la Unidad de Endoscopia del Hospital IESS de Chone, certifico que las egresadas de Medicina las señoritas, Tania Lisbeth San Luca Míeles con CI: 1312235003 y Fanny Eleana Vásquez Solórzano con CI: 1310630817, realizaron su trabajo de Investigación: "Escala de kudo aplicada en usuarios menores de 50 años diagnosticados con Pólipos Colónicos en el Sub-Proceso de la Unidad Endoscópica Digestiva del Hospital de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone, durante el periodo Abril – Septiembre del 2015", el cual por aprobación mía y de los encargados en permitir su realización en esta institución consideramos es ético, jurídico y metodológico para ser desarrollado en la misma.

Atentamente.

Jr. Freddy Xavier Hinostroza Dueñas
GASTROENTERÓLOGO
Telf. 2 630 - 553 CEL: 0914723421
Libro: I Folio: 2659 N° 6656



DR. FREDDY XAVIER HINOSTROZA DUEÑAS
JEFE DEL AREA DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS DE
CHONE

ANEXO #4

ENCUESTA REALIZADA A LOS USUARIOS DEL IESS CHONE

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

ENCUESTA APLICADA A USUARIOS DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA
DEL HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL DE CHONE

Estimado usuario, la presente encuesta tiene como único fin evaluar e conocimiento adquirido por ustedes en cuanto a los pólipos colónico, enfermedad de estudio en nuestro trabajo de titulación, por tanto solicitamos responder con la mayor honestidad las preguntas.

1. ¿Conoce usted sobre los pólipos colonico y sus complicaciones?

SI

NO

2. ¿Tiene usted algún familiar con pólipos colonico?

SI

NO

3. ¿conoce usted cuales son los factores de riesgos sociales y alimenticios que favorecen a desarrollar pólipos colonico?

SI

NO

4. ¿Piensa usted que los pólipos colonico son peligrosos?

SI

NO

5. ¿Se ha realizado colonoscopia alguna vez?

SI

NO

6. ¿Alguna vez usted ha presentado sangrado rectal?

SI

NO

Gracias por su colaboración

ANEXO #5

CONSENTIMIENTO INFORMADO A LOS USUARIOS QUE SE LES REALIZÓ LA ENCUESTA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN.

La presente investigación es coordinada por el Dr. Freddy Hinostrza Dueñas docente de la Universidad Técnica de Manabí. La meta de este estudio es demostrar la eficacia de la aplicación de la escala de Kudo en pacientes menores de 50 años diagnosticados con Pólipos Colónicos.

Al ser participe de esta charla, se le pedirá de favor responder las siguientes preguntas en la encuesta.

La participación, le tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas a esta encuesta serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas. Una vez transcritas las encuestas se destruirán.

Si tiene alguna duda de este proyecto puede realizar preguntas durante cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la charla le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacerlo saber a las investigadoras o al responsable.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dr. Freddy Hinostrza Dueñas. He sido informado (a) sobre la meta de este estudio.

Me han indicado también que tendré que responder una serie de preguntas en una encuesta, lo cual me tomará aproximadamente 5 minutos de mi tiempo.

Reconozco que la información que brindaré será estrictamente confidencial y no será usada para ningún propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado (a) que puedo hacer preguntas en cualquier momento y puedo retirarme del mismo si esta en mis deseos, sin que acarree perjuicio para mi persona. De tener preguntas sobre este estudio puedo contactar al Dr. Freddy Hinostrza Dueñas al teléfono

Entiendo que una copia de este consentimiento será entregada a mi persona, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido. Para esto puedo contactar al Dr. Freddy Hinostrza Dueñas al teléfono anteriormente mencionado.

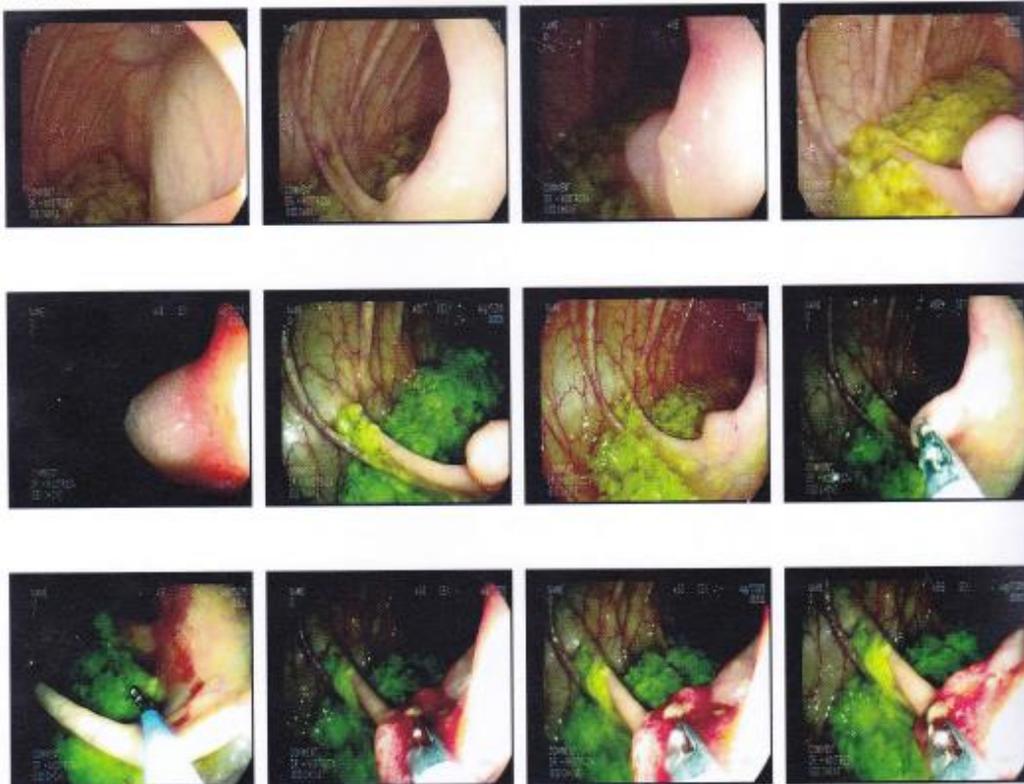
Carlos Alberto Dueñas 2 1304465812 06-01-15 Carlos Dueñas 2
NOMBRE DEL PARTICIPANTE CÉDULA FECHA FIRMA

ANEXO #6
REPORTES DE COLONOSCOPIA



INFORME DEL ESTUDIO
IESS CHONE
DPTO DE GASTROENTEROLOGÍA
BARRIO SAN FELIPE CALLE JUNÍN Y BOYACA

Paciente: NOMBRE:INDIRA APELLIDO:ZAMBRANO CEDEÑO
Edad: 34 Años
Diag. Preliminar:
Referido por:
Procedimiento: COLONOSCOPIA
Fecha del Estudio: 17/ago/2015 08:15 AM
Sedación:

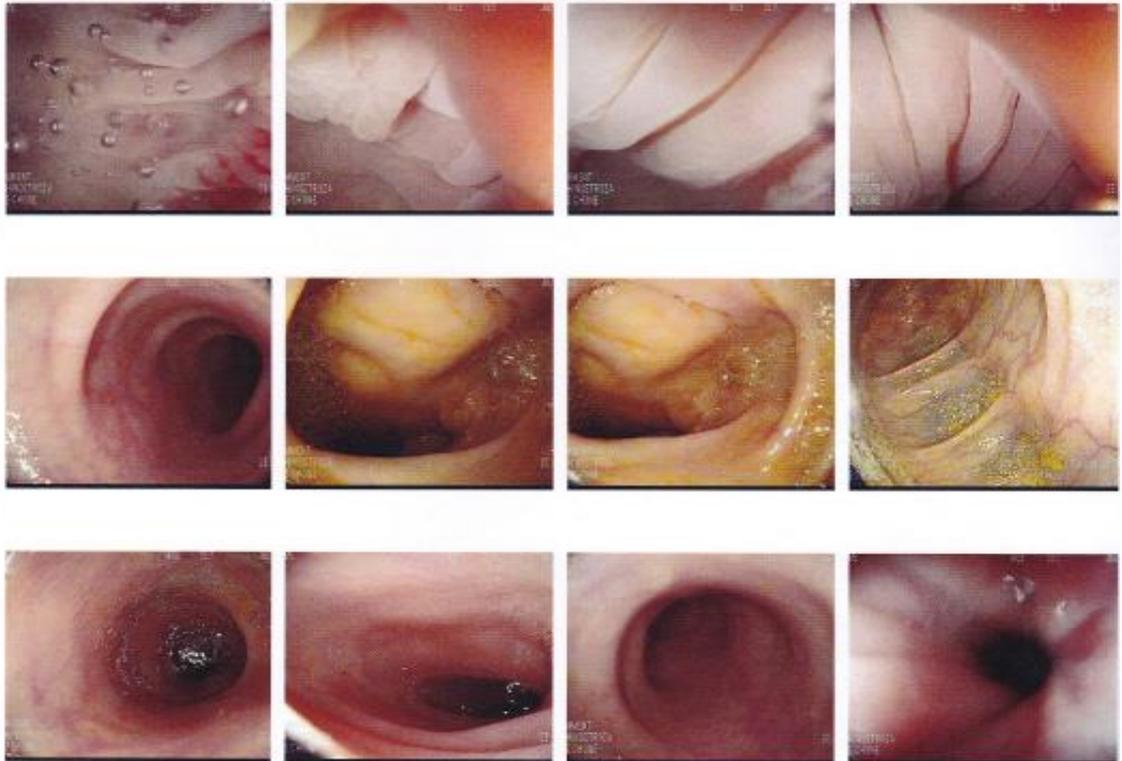


DR. FREDDY HINOSTROZA



INFORME DEL ESTUDIO
IESS CHONE
DPTO DE GASTROENTEROLOGÍA
BARRIO SAN FELIPE CALLE JUNÍN Y BOYACA

Paciente: NOMBRE: JEFERSON APELLIDO: GARCÍA
Edad: 35 Años
Diag. Preliminar:
Referido por:
Procedimiento: GASTROENDOSCOPIA
Fecha del Estudio: 06/ene/2016 07:57 AM
Sedación:

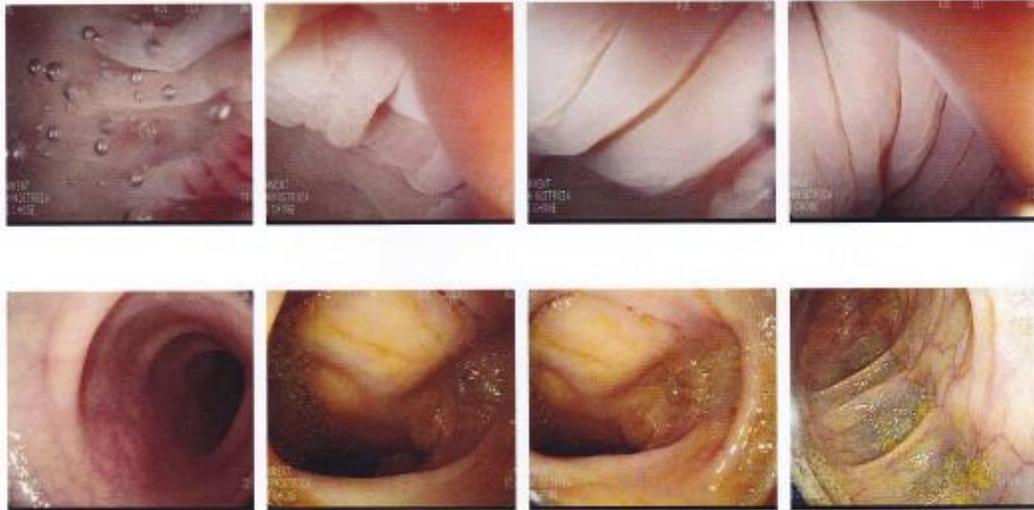


DR. FREDDY HINOSTROZA



INFORME DEL ESTUDIO
IESS CHONE
DPTO DE GASTROENTEROLOGÍA
BARRIO SAN FELIPE CALLE JUNÍN Y BOYACA

Paciente: NOMBRE: JEFERSON APELLIDO: GARCÍA
Edad: 35 Años
Diag. Preliminar:
Referido por:
Procedimiento: GASTROENDOSCOPIA
Fecha del Estudio: 06/ene/2016 07:57 AM
Sedación:



HALLAZGOS

Tacto Rectal: Esfínter normotónico, sin restos de materia fecal, ni estigmas de sangrado reciente.

Se llega hasta ciego, mucosa observada es de aspecto normal, ángulo redundante a 60 cms del margen anal, cercano al ángulo esplénico, se realiza varias maniobras en algunos decúbitos y water jet lográndose progresar, se toman biopsias segmentarias para estudio histopatológico, pólipo sésil de 0,8mm aproximadamente a 20 cms del margen anal que se biopsia.

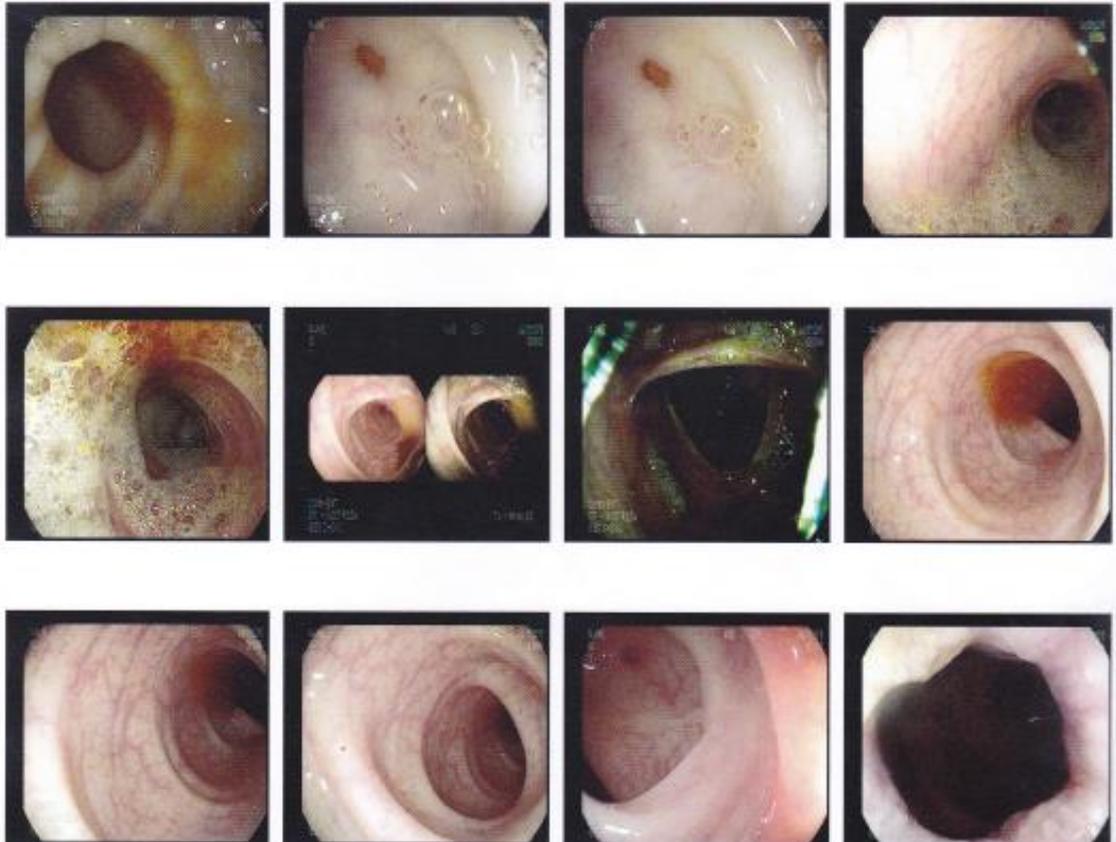
Hemorroides Internas Grado I-II congestivas

DR. FREDDY HINOSTROZA



INFORME DEL ESTUDIO
IESS CHONE
DPTO DE GASTROENTEROLOGÍA
BARRIO SAN FELIPE CALLE JUNÍN Y BOYACA

Paciente: DEISY CEDEÑO MOREIRA
Edad: 61 Años
Diag. Preliminar:
Referido por:
Procedimiento: COLONOSCOPIA
Fecha del Estudio: 31/jul/2015 07:47 AM
Sedación:



DR. FREDDY HINOSTROZA

ANEXO #7

ACTA DE ENTREGA DE GIGANTOGRAFÍA AL ÁREA DE ENDOSCOPIA DEL
IESS DE CHONE

Chone, 6 Enero de 2016

ACTA DE ENTREGA

Nosotras egresadas de la carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, Tania Lisbeth San Lucas Mieles con C.I. 1312235003 y Fanny Eleana Vásquez Solórzano con C.I. 1310630817, hacemos la entrega de una gigantografía con el tema APLICACIÓN DE LA ESCALA DE KUDO EN PACIENTES CON PÓLIPOS COLÓNICOS en el IESS de Chone, la cual quedará instalada en el área de gastroenterología del mismo.

Entrega:



Tania Lisbeth San Lucas Mieles



Fanny Eleana Vásquez Solórzano

Recibe:



FREDDY X. HINOSTROZA DUEÑAS
GASTROENTERÓLOGO
Reg. MSP L1-F2598-N° 9695

1503

ETEMA

Dr. Freddy Hinostroza Dueñas

Jefe del subproceso del área de Gastroenterología

Del hospital del IESS de Chone

ANEXO #8
EVIDENCIA FOTOGRAFICA



TORRE DE ENDOSCOPIA PENTAX EPKI CON PLATAFORMA ABIERTA Y
CROMOENDOSCOPIA DIGITAL



TORRE DE ENDOSCOPIA FUJINON



TUBOS DE ENDOSCOPIA



EGRESADAS TANIA SAN LUCAS (IZQUIERDA) Y ELEANA VÁSQUEZ (DERECHA) CON LA TORRE DE ENDOSCOPIA



DE IZQUIERDA A DERECHA SRTA. TANIA SAN LUCAS, DR FREDDY HINOSTROZA Y SRTA. ELEANA VÁSQUEZ CON LA TORRE DE ENDOSCOPIA



SRTA TANIA SAN LUCAS EN LA CAPACITACIÓN QUE FUE PARTE DE LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA EN EL HOSPITAL DE IESS DE CHONE



SRTA ELEANA VÁSQUEZ EN LA CAPACITACIÓN QUE FUE PARTE DE LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA EN EL HOSPITAL DE IESS DE CHONE



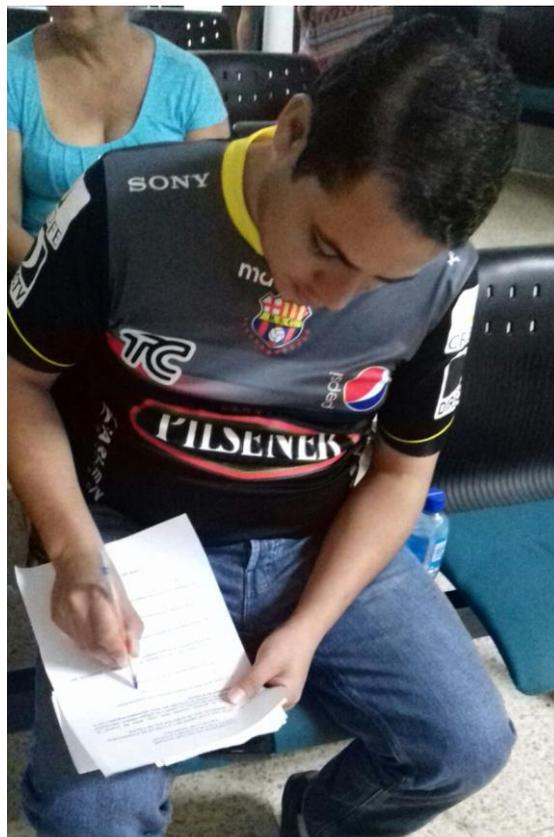
USUARIO DEL IESS DE CHONE EN CAPACITACIÓN



ENTREGA DE TRÍPTICOS A LOS USUARIOS DEL IESS DE CHONE



ENCUESTANDO A LOS PACIENTES DEL IESS DE CHONE



PACIENTE RESPONDIENDO LA ENCUESTA REALIZADA



ENTREGA DE GIGANTOGRAFÍA AL ÁREA DE ENDOSCOPIA DEL IESS DE CHONE



ENTREGA DE GIGANTOGRAFÍA AL ÁREA DE ENDOSCOPIA DEL IESS DE CHONE



REALIZANDO PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO

