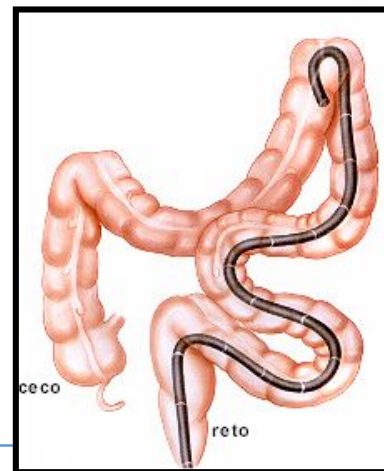


QUALITAT DE LA COLONOSCÒPIA

9 juny 2016

Curs de Formació continuada en Digestologia 2015-2016



PERIODE PRE-COLONOSCÒPIA:

QUINS INDICADORS DE QUALITAT SÓN INDISPENSABLES?
COM MILLORAR LES INDICACIONS DE LA COLONOSCÒPIA?

Dr. Jaume Boadas i Mir
Servei de Digestologia
Consorci Sanitari de Terrassa



QUALITY INDICATORS FOR GI ENDOSCOPIC PROCEDURES



INDICADOR QUALITAT Pre-colonoscòpia	Grau recomanació	Objectiu %
Indicació adequada	1C+	>80%
Consentiment informat	3	>98%
Història clínica i EF	3	>98%
Avaluació i documentació risc	3	>98%
Administració antibiòtics profilàctics	-	>98%
Pla sedació documentat	-	>98%
Adequació i documentació antiagregants	3	NA
Programació adequada, puntualitat	3	>98%
Endoscopista acreditat tècnica	3	>98%

3 opinió d'experts

Rex et al, Gastrointestinal Endoscopy 2015

PERIODE PRE-COLONOSCÒPIA: QUINS INDICADORS DE QUALITAT SÓN INDISPENSABLES?

**Inclou TOTS els contactes entre l'equip d'endoscòpia i el pacient
ABANS de la sedació o la colonoscòpia**

**Adequació
de la
indicació**

**Consentiment
informat**

**Història
clínica**

**Suspensió dels
fàrmacs
antiagregants i
antitrombòtics**

**Avaluació
del risc de
la sedació**

**Profilaxis
antibiòtica**

**Preparació de
l'endoscopista**

Indicacions colonoscòpia

- “*Open-access endoscopy unit*” indicacions inapropiades 21-39%
Balaguer, Aliment Pharmacol Ther 2004,
Gimeno-Garcia, Endoscopy 2012
- Standard d'indicació inapropiada <10-20%
Rex et al, Gastrointestinal Endoscopy 2015
- EPAGE II sensibilitat i VPN del 98% diagnòstic de neoplàsia colònica avançada
- EPAGE II sensibilitat 93% i VPN del 75% diagnòstic de lesió significativa
Gimeno-Garcia, Endoscopy 2012



CatSalut. Servei Català de la Salut

Terminis màxims de referència i prioritització

L'Ordre SLT/102/2015, de 21 d'abril, estableix terminis màxims de referència per a l'accés als procediments quirúrgics sense garantia, les proves diagnòstiques i les consultes d'atenció especialitzada. Aquests terminis de referència s'aplicaran en funció de la prioritització establerta segons la situació clínica i social.

- Intervencions quirúrgiques programades:

- Prioritat preferent: 90 dies
- Prioritat mitjana: 180 dies
- Prioritat baixa: 365 dies

- Proves diagnòstiques:

- Prioritat preferent: 30 dies
- Prioritat ordinària: 90 dies



- Consultes a l'especialista:

- Prioritat preferent: 30 dies
- Prioritat ordinària: 90 dies

- Colonoscòpia
- Ecocardiografia
- Ecografia abdominal
- Ecografia ginecològica
- Ecografia urològica
- Electromiograma
- Endoscòpia esofagogàstrica
- Ergometria
- Gammagrafia
- Mamografia
- Resonància magnètica
- Tomografia axial computada (TAC)
- Polisomnografia

També estableix un termini màxim de referència de 48 hores per a les consultes programades d'atenció primària.

**Llista d'espera proves diagnòstiques per Regió Sanitària i per centre.
Desembre 2015.**

Llegenda

Pacients en llista d'espera: Nombre de pacients inclosos en la llista d'espera de cada centre

Temps mig d'espera dels pacients amb una prova realitzada.

Baixes : sortides recollides en el sistema d'informació de llistes d'espera com activitat realitzada.

Total Dades del total d'intervencions quirúrgiques per centre sanitari o regió sanitària, segons selecció.



1. Escull el tipus de prova diagnòstica

Colonoscòpia

2. Escull la regió sanitària que vols consultar

Total

3. Escull el centre sanitari que vols consultar

Total

Observacions

Ordre stl/102/2015, de 21 d'abril; de terminis de referència

- ☒ Tots
- ☒ Nombre de Pacients
- ☒ Temps mig d'espera pacients prova realitzada
- ☒ Activitat. Proves realitzades

<http://catsalut.gencat.cat/ca/ciutadania/serveis-atencio-salut/com-accedeix/llistes-espera/proves-diagnostiques/consulta/>

Pla integral per a la millora de llistes d'espera sanitàries

4 d'abril de 2016

Principis

▪ *Equitat*

- Els ciutadans en llista d'espera, a **igual situació** clínica i social, han de tendir a esperar el **mateix temps**.
- Els ciutadans, independentment d'on visquin, han de tendir a un **mateix accés a les prestacions** en llista d'espera.

▪ *Transparència*

- La **transparència** ha de ser un principi central i efectiu del nostre model sanitari, que garanteixi l'**avaluació** i el **retiment de comptes** de tot el sistema.

Objectius de l'abordatge de les llistes d'espera

1. Disminuir el nombre de persones en espera i el temps d'espera



Compromisos*

- Reduir un **10% els pacients** en llista d'espera per a **intervenció quirúrgica** (absorció de l'increment derivat de la reducció del temps d'espera en el procés diagnòstic).
- Reduir un **50% el temps** mitjà d'espera en proves diagnòstiques.
- Reduir un **50% el temps** mitjà d'espera en primeres visites a l'especialista.

**Recollits en el Pla de xoc. Condicionats a l'aprovació del pressupost de 2016 i a complir-se en el termini de 12 mesos a partir de la seva aprovació.*

Proves diagnòstiques amb major llista d'espera

Dades desembre de 2015

Proves diagnòstiques	Pacients en llista d'espera	Temps mitjà dels pacients que estan esperant per a realitzar-se una prova (dies)	Pacients que han superat el període de referència (365 dies)	Percentatge de pacients que han superat el període de referència	
Colonoscòpies	12.219	93	3.550	29,1%	
Ressonàncies magnètiques	24.273	El 50% són 46 dies		4.188	17,3%
Endoscòpies	7.050	65	4.077	57,8%	

Cost de l'activitat addicional → Intervencions quirúrgiques: **74 M€**
Proves diagnòstiques: **8,4 M€**
Primera visita a consultes externes: **13,6 M€**



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

3 de març de 2015

NOU Pla contra el càncer de Catalunya 2015-2020

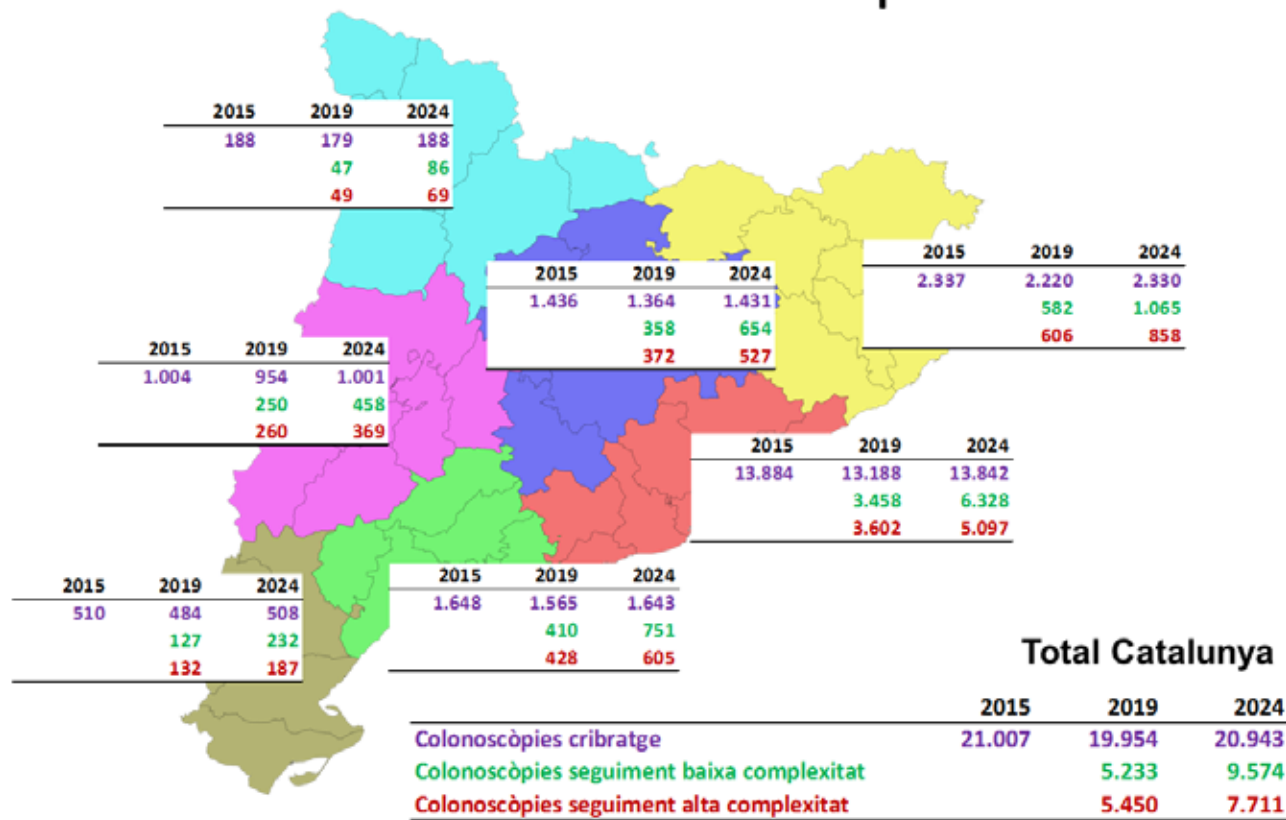
El Govern aprova el Pla contra el càncer a Catalunya 2015-2020.

Algunes de les prioritats del Pla són implantar abans del 2017 el cribratge de càncer colorectal a totes les persones d'entre 50 i 69 anys; establir una xarxa catalana d'atenció oncològica, amb una millor coordinació en el recorregut assistencial dels pacients, o reforçar la lluita contra el tabaquisme i la prevenció de l'obesitat i el sobrepès.

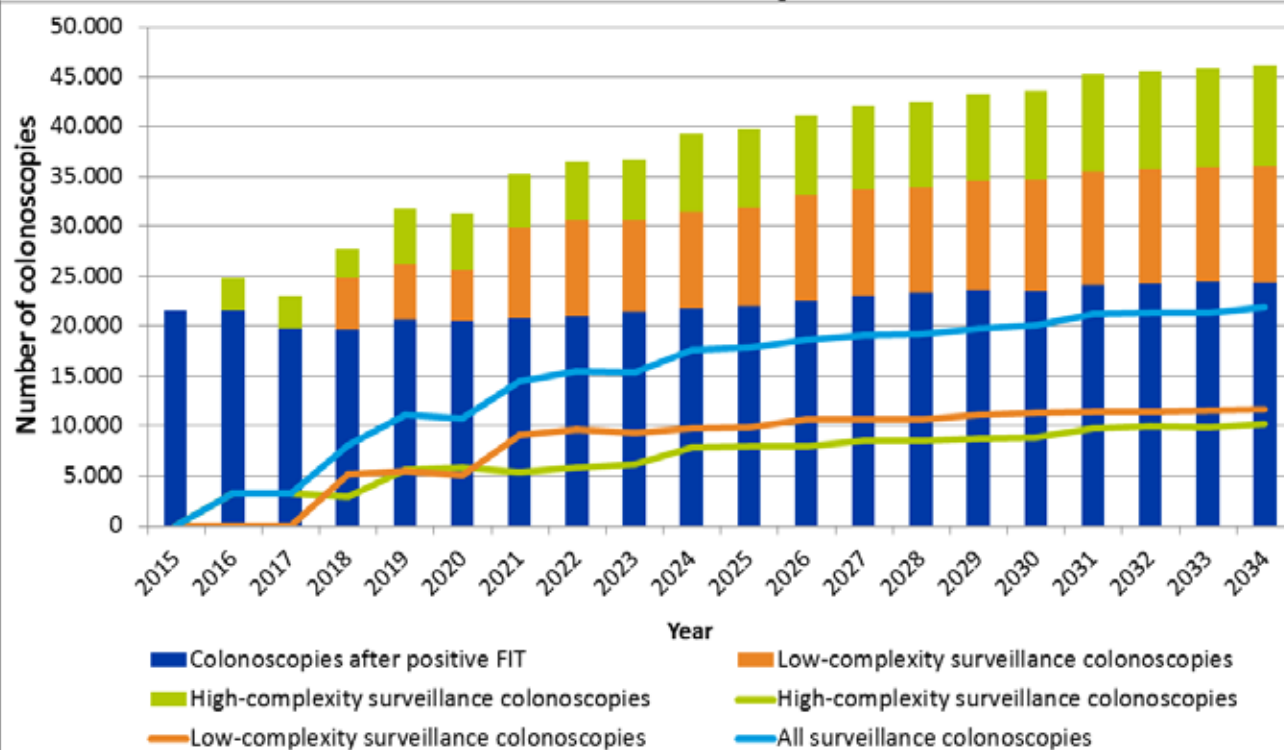


Implantar abans del 2017 el **cribratge de CCR**
a totes les persones d'entre 50 i 69 anys
amb la prova de sang oculta a femta

Necessitats esperades: nombre de colonoscòpies



Resultats globals Catalunya: colonoscòpies



Indicacions COLONOSCÒPIA

ACCEPTADES per ASGE i EPAGE

Appropriate use of gastrointestinal endoscopy.

Gastrointestinal Endoscopy 2012

www.epage.ch 2008



Indicacions COLONOSCÒPIA (I)

1. Per signes/síntomes

- Avaluació d'una alteració **detectada en una prova d'imatge**
- Estudi **hemorràgia digestiva no filiada**:
 - Hematoquècia
 - Melenes amb gastroscòpia normal
 - TSOE +
- **Anèmia ferropènica**
- **Estudi diarrea crònica**
- **MII** del còlon si per la valoració immediata del pacient es requereix un diagnòstic més precís o bé determinar l'extensió de la malaltia



Indicacions COLONOSCÒPIA (II)

2. Seguiment neoplàsia de colon:

- seguiment de CCR
- seguiment d'adenomes de còlon a intervals 3-5 anys.
 - Colonoscòpia complerta
 - Bona preparació còlon
 - Pòlip sèssil
 - Adenomes avançats/3 anys:
 - Displàsia alt grau
 - Adenoma > 10 mm
 - Adenoma tubulo-vellós
 - > 3 adenomes
 - La resta / 5 anys

Indicacions COLONOSCÒPIA (III)

3. Cribratge neoplàsia de colon

- **història familiar:**

- * CCR esporàdic < 60 a: colonoscòpia/5 a inici 40 a
- * CCR esporàdic > 60 a: colonoscòpia/10a inici 40 anys
 - o començant 10 a abans del familiar afectat

- **Programa poblacional** amb persones de risc mig (> 50 anys) si TSO⁺

- **Cribratge oportunista**

- **Colitis ulcerosa extensa o pancolitis de Crohn** de > 8 a. d'evolució /

- **Colitis esquerra** de > 15 a. duració: cada 1-2 anys amb biòpsies seriades per displàsia.

Indicacions COLONOSCÒPIA (IV)

4. Colonoscòpia terapèutica:

- Tractament de lesions sagnants
- Extracció de cos estrany
- Polipectomia
- Descompressió vòlvul
- Dilatació estenosis
- Col·locació stents
- Tatuatge de neoplàsies de cara a la IQ
- Identificació intraoperatòria d'una lesió no aparent durant la cirurgia

COLONOSCÒPIA no indicada

- Colon irritable estable i crònic
- Diarrea aguda
- Seguiment rutinari de la MII
- HDA amb una causa identificada a la gastroscòpia

Please select the most suitable clinical situation for your patient

Or generic selection:

1. Iron-deficiency anemia (malabsorption syndrome excluded)
2. Hematochezia (without IBD). Patient hemodynamically stable.
3. Lower abdominal symptoms (chronic constipation / lower abdominal pain / bloating) of at least 3 months duration, without known inflammatory bowel disease, without anemia and without FOBT positive stools, with or without empirical IBS therapy. No risk factors for colorectal cancer.
4. Uncomplicated diarrhea (infectious or malabsorption origin excluded and without known IBD). No anemia. No bleeding. No risk factors for colorectal cancer. No HIV / AIDS. With or without empirical treatment.
5. Evaluation of known ulcerative colitis (UC), excluding surveillance for cancer.
6. Evaluation of known Crohn's disease (CD), excluding surveillance for cancer.
7. Surveillance for colorectal cancer in patients with known inflammatory bowel diseases.
8. Surveillance after colonic polypectomy; follow-up colonoscopy (complete colonoscopy, bowel preparation adequate, patient actually asymptomatic, life expectancy >10 years). Familial polyposis, HNPCC and hyperplastic polyposis syndrome excluded.
9. Surveillance after curative intent resection of colorectal cancer
10. Screening for colorectal cancer
11. Miscellaneous indications

Institute for Social and Preventive Medicine  guidelines@inst.hospvd.ch

Copyright (©) 2008 IUMSP/PMU - last update : 20.06.2008

RESET

BACK

REFERENCES

<http://www.epage.ch/>

Institute for Social and Preventive Medicine - guidelines@chuv.ch

Copyright (©) 2008 IUMSP / CHUV, Lausanne, Switzerland - Last Update : 20.06.2008



How appropriateness is determined

Appropriateness is determined using the median of the panelists' ratings and the degree of disagreement among the panelists.

Gastrointestinal Endoscopy is **appropriate** when:

the median is greater than or equal to 7, without disagreement.

≥ 7 apropiada

Gastrointestinal Endoscopy is **inappropriate** when:

the median is less than or equal to 3, without disagreement.

Gastrointestinal Endoscopy is **uncertain** when:

the median is greater than 3 and less than 7, or in case of disagreement.

Gastrointestinal Endoscopy is **necessary** when:

it is appropriate and the median of the necessity is greater than or equal to 7, without disagreement.

Contraindicacions

**ü Riscos per salut i la vida del pacient > beneficis endoscòpia
(Limitació esforç terapèutic)**

- ü Sospita perforació visceral o peritonitis
- ü No cooperació del pacient
- ü No obtenció consentiment informat
- ü Colitis fulminant
- ü Diverticulitis aguda
- ü 2º-3º trimestre embaràs
- ü Post-operatori recent cirurgia colon
- ü Alteració greu de la coagulació

Quan hem de considerar una colonoscòpia mal indicada?



Do not do
recommendations



12 sociedades científicas





Five Things Physicians and Patients Should Question

1

For pharmacological treatment of patients with gastroesophageal reflux disease (GERD), long-term acid suppression therapy (proton pump inhibitors or histamine2 receptor antagonists) should be titrated to the lowest effective dose needed to achieve therapeutic goals.

The main identifiable risk associated with reducing or discontinuing acid suppression therapy is an increased symptom burden. It follows that the decision regarding the need for (and dosage of) maintenance therapy is driven by the impact of those residual symptoms on the patient's quality of life rather than as a disease control measure.

2

Do not repeat colorectal cancer screening (by any method) for 10 years after a high-quality colonoscopy is negative in average-risk individuals.

A screening colonoscopy every 10 years is the recommended interval for adults without increased risk for colorectal cancer, beginning at age 50 years. Published studies indicate the risk of cancer is low for 10 years after a high-quality colonoscopy fails to detect neoplasia in this population. Therefore, following a high-quality colonoscopy with normal results the next interval for any colorectal screening should be 10 years following that normal colonoscopy.

3

Do not repeat colonoscopy for at least five years for patients who have one or two small (< 1 cm) adenomatous polyps, without high-grade dysplasia, completely removed via a high-quality colonoscopy.

The timing of a follow-up surveillance colonoscopy should be determined based on the results of a previous high-quality colonoscopy. Evidence-based (published) guidelines provide recommendations that patients with one or two small tubular adenomas with low grade dysplasia have surveillance colonoscopy five to 10 years after initial polypectomy. "The precise timing within this interval should be based on other clinical factors (such as prior colonoscopy findings, family history, and the preferences of the patient and judgment of the physician)."

4

For a patient who is diagnosed with Barrett's esophagus, who has undergone a second endoscopy that confirms the absence of dysplasia on biopsy, a follow-up surveillance examination should not be performed in less than three years as per published guidelines.

In patients with Barrett's esophagus without dysplasia (cellular changes) the risk of cancer is very low. In these patients, it is appropriate and safe to exam the esophagus and check for dysplasia no more often than every three years because if these cellular changes occur, they do so very slowly.

5

For a patient with functional abdominal pain syndrome (as per ROME III criteria) computed tomography (CT) scans should not be repeated unless there is a major change in clinical findings or symptoms.

There is a small, but measurable increase in one's cancer risk from x-ray exposure. An abdominal CT scan is one of the higher radiation exposure x-rays — equivalent to three years of natural background radiation. Due to this risk and the high costs of this procedure, CT scans should be performed only when they are likely to provide useful information that changes patient management.

[About](#)[Lists](#)[In Action](#)[Resources](#)[Videos](#)

[Home](#) > [Lists](#) > [Search Recommendations](#) > AGA – Colorectal cancer screening every ten years

American Gastroenterological Association

[View all recommendations from this society](#)

Released April 4, 2012

Do not repeat colorectal cancer screening (by any method) for 10 years after a high-quality colonoscopy is negative in average-risk individuals.

A screening colonoscopy every 10 years is the recommended interval for adults without increased risk for colorectal cancer, beginning at age 50 years. Published studies indicate the risk of cancer is low for 10 years after a high-quality colonoscopy fails to detect neoplasia in this population. Therefore, following a high-quality colonoscopy with normal results the next interval for any colorectal screening should be 10 years following that normal colonoscopy.



Patient Materials

- Search [patient-friendly resources](#) by Consumer Reports.

About

Lists

In Action

Resources

Videos

[Home](#) > [Lists](#) > [Search Recommendations](#) > AGA – Repeat colonoscopy for small polyps

American Gastroenterological Association

[View all recommendations from this society](#)

Released April 4, 2012

Do not repeat colonoscopy for at least five years for patients who have one or two small (<1cm) adenomatous polyps, without high-grade dysplasia, completely removed via a high-quality colonoscopy.

The timing of a follow-up surveillance colonoscopy should be determined based on the results of a previous high-quality colonoscopy. Evidence-based (published) guidelines provide recommendations that patients with one or two small tubular adenomas with low grade dysplasia have surveillance colonoscopy five to 10 years after initial polypectomy. "The precise timing within this interval should be based on other clinical factors (such as prior colonoscopy findings, family history, and the preferences of the patient and judgment of the physician)."



Patient Materials

- Search [patient-friendly resources](#) by Consumer Reports.



Doce Sociedades Científicas presentan recomendaciones a los profesionales para no realizar intervenciones innecesarias
Proyecto "Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas"

PATOLOGIA DIGESTIVA

- No programar revisiones, ni colonoscopias antes de 5 años en el seguimiento post-polipectomía de pacientes con uno o dos adenomas menores de un centímetro, sin displasia de alto grado, completamente extirpados en una **colonoscopia de alta calidad**.

Podem rebutjar les colonoscòpies mal indicades?

Què estem fent?

Revisió de totes les peticions endoscòpia

Valorar la indicació en dues situacions

- Seguiment de pòlips colònics
- Cribratge de familiars de CCR
- Malalts amb patologia associada greu

***Anul·lem la petició i enviem un correu electrònic al metge sol·licitant
S'han fet sessions als CAP's explicant el circuit***

Revaluem la prioritat: normal, preferent o urgent

Seleccionem qui fa la sedació revisant la història clínica:

- Endoscòpia
- Anestèsia (ASA III, IMC > 40, patologia associada greu, SAHOS)

Registre en un Excel de les proves anul·lades

Què caldria fer?

ü Nova petició de colonoscòpia

- ü** Link ajuda a indicacions de seguiment de pòlips i CCR familiar
- ü** Items per adequar els tipus de sedació

ü Sessions formatives a Primària, Cirurgia, Medicina Interna

ü Utilització de la pregunta assistencial, consultes virtuals

ü Altres propostes...

Paper del TSOF en la prioritització de la colonoscòpia?

Els símptomes tenen un VPP per càncer colorectal de tan sols 3-4% (NICE guideline, 2015)

Concentració Hb en SOF i lesions colorectals

Table 3 The performance characteristics of the iFOBT, OC-Sensor, at different cutoff levels

	Cutoff values (ng ml ⁻¹)							
	50	75	100	125	150	175	200	225
Positives adherent to colonoscopy ^a (N)	428	336	280	248	234	215	198	187
Colonoscopy rate ^b (%)	7.0%	5.5%	4.5%	4.0%	3.8%	3.5%	3.2%	3.0%
Number of lesions (n)								
Colorectal cancer	28	27	24	24	24	24	24	23
CRC+advanced adenomas	189	163	145	136	131	121	113	109
Detection rate ^c (%)								
Colorectal cancer	0.45%	0.44%	0.39%	0.39%	0.39%	0.39%	0.39%	0.37%
Confidence interval (95% CI)	0.3–0.6%	0.3–0.6%	0.2–0.6%	0.2–0.6%	0.2–0.6%	0.2–0.6%	0.2–0.6%	0.2–0.5%
CRC+advanced adenomas	3.1%	2.6%	2.4%	2.2%	2.1%	2.0%	1.8%	1.8%
Confidence interval (95% CI)	2.6–3.5%	2.3–3.1%	2–2.7%	1.8–2.6%	1.8–2.5%	1.6–2.3%	1.5–2.2%	1.4–2.1%
Number Needed To Scope ^d (N/n)								
Colorectal cancer	15.3	12.4	11.7	10.3	9.8	9.0	8.3	8.1
Confidence interval (95% CI)	11.3–23.8	9.1–19.5	8.4–18.9	7.5–16.7	7.1–15.7	6.5–14.4	6–13.2	5.9–13.2
CRC+advanced adenomas	2.3	2.1	1.9	1.8	1.8	1.8	1.8	1.7
Confidence interval (95% CI)	2.6–2.5	1.9–2.3	1.7–2.2	1.6–2.1	1.6–2	1.6–2	1.6–2	1.5–2
Specificity ^e								
CRC+advanced adenomas	96.0%	97.1%	97.8%	98.1	98.3	98.4	98.6	98.7
Confidence interval (95% CI)	95.5–96.5%	96.7–97.5%	97.4–98.1%	97.8–98.5%	98.0–98.6%	98.1–98.8%	98.3–98.9%	98.4–99.0%
CRC miss rate ^f (%)	N.A.	3.6%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	17.9%
Confidence interval (95% CI)	N.A.	–3.3–10.4%	1.3–27.2%	1.3–27.2%	1.3–27.2%	1.3–27.2%	1.3–27.2%	3.7–32%

An urgent referral strategy for symptomatic patients with suspected colorectal cancer based on a quantitative immunochemical faecal occult blood test

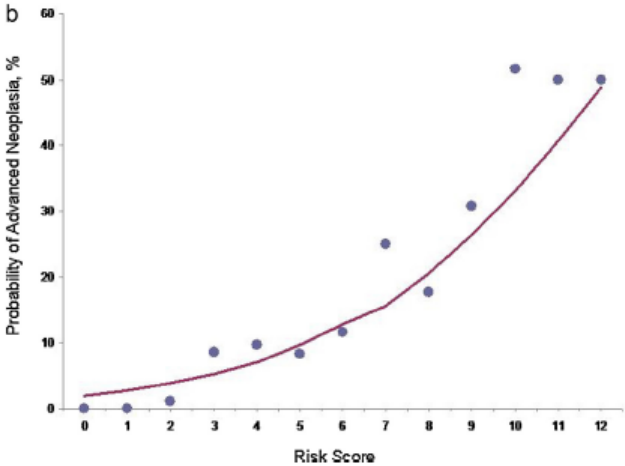
Lorena Rodríguez-Alonso^a, Francisco Rodríguez-Moranta^{a,c}, Alexandra Ruiz-Cerulla^a, Triana Lobatón^a, Clàudia Arajol^a, Gemma Binefa^{b,c}, Victor Moreno^{b,c,d}, Jordi Guardiola^{a,*}



	SÍMPTOMES ALT RISC	CCR	Colonoscòpies
NICE	29%	46%	21
SIGN	31%	43%	24
TSOF≥15 µg Hb/g (FIT ≥ 75 ng/ml)	19%	97%	7

Pocket chart for easy risk score calculation.

Risk factors	Points to add
Age	
<40 years	0
41–50 years	1
51–60 years	2
61–70 years	3
>70 years	4
Gender	
Female	0
Male	2
f-Hb	
<10 µg Hb/g faeces	0
≥10 µg Hb/g faeces	5
Sum	0–11



signes / símptomes sospita CCR

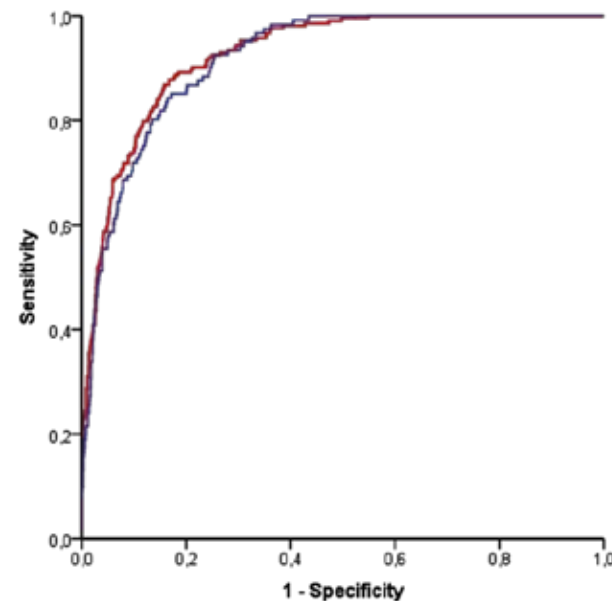
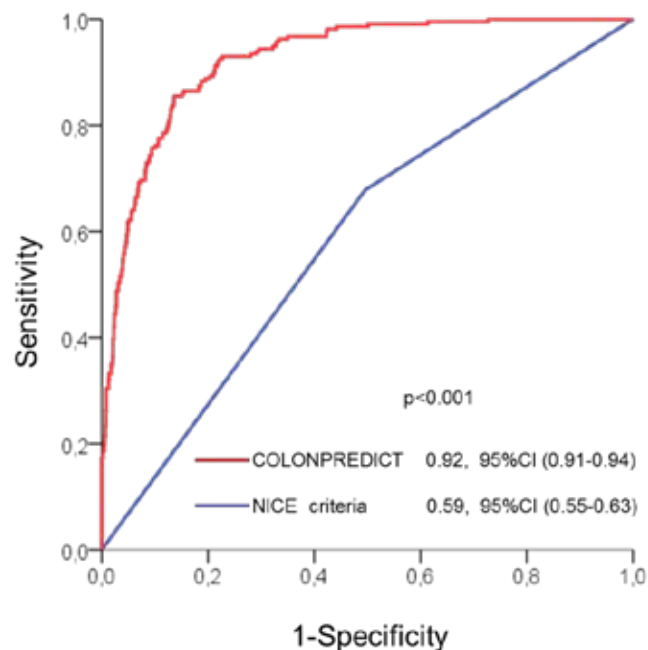
Diagnostic accuracy of the faecal immunochemical test for colorectal cancer in symptomatic patients: comparison with NICE and SIGN referral criteria.

Cubiella et al. Colorectal Disease 2014

n=787 CCR 12,3%	sensibilitat	especificitat	Odds ratio	Colonoscopies per 1 CCR
FIT ≥ 100 ng/ml	87.6%	77.4%,	24.24 (95% CI 12.91-45.53)	2.83 (95% CI 2.4-3.4)
NICE	61.9% *	65.2%*	3.04 (95% CI 1.96-4.71)	5 (95% CI 4-6.4)
SIGN	82.5%	42.7%*	3.51 (95% CI 2.03-6.06)	5.95 (95% CI 4.8-7.3)

*p<0,001

signes / símptomes sospita CCR



COLONPREDICT segons la sospita CCR:

Alt risc: colonoscòpia urgent

Risc intermig: indicació de colonoscòpia

Baix risc: no cal colonoscòpia

Predicció de neoplàsia de còlon avançada per una prova immunoquímica fecal de sang oculta i un qüestionari de consulta del pacient i el sistema de puntuació: un estudi prospectiu i multicèntric. COLONTIF

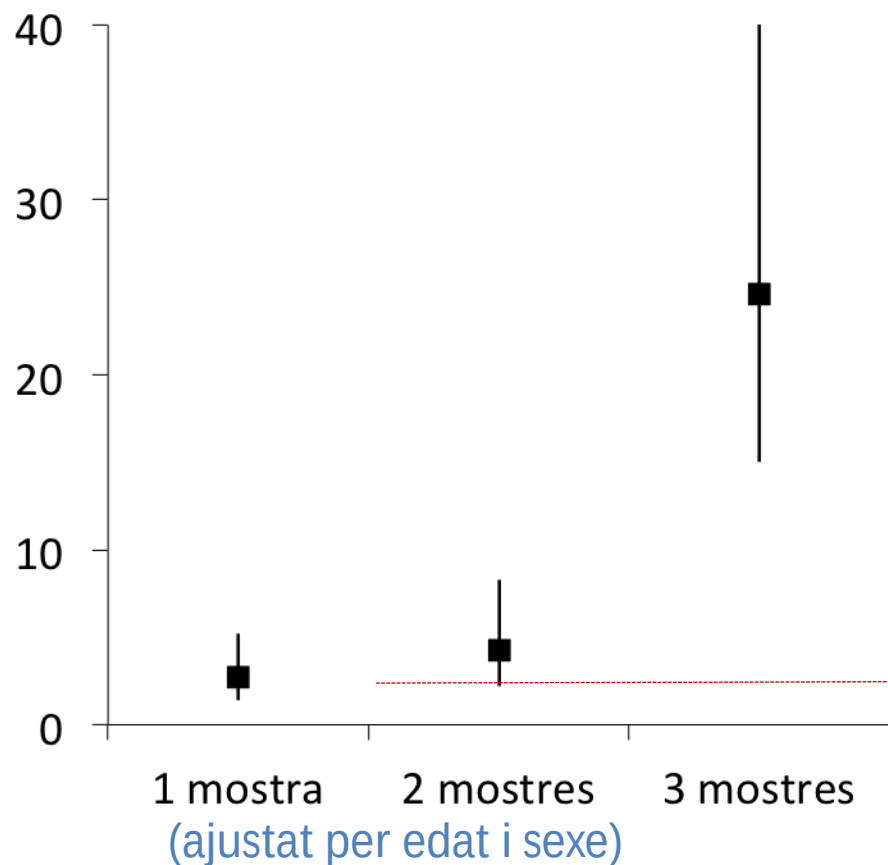
Els programes de **CDR** per diagnosticar el CCR basats en símptomes d'alt risc tenen una sensibilitat i especificitat baixes.

Objectiu:

1. Derivar un score predictiu de neoplàsia colònica avançada utilitzant informació dels resultats qualitatius i quantitatius d'un test immunoquímico fecal (TIF) per sang oculta i els símptomes clínics del pacient (**3 mostres de TIF**).
2. Validar l'score comparant l'eficàcia d'aquest score amb el sistema actual de derivació per detectar pacients amb neoplàsia colònica avançada.

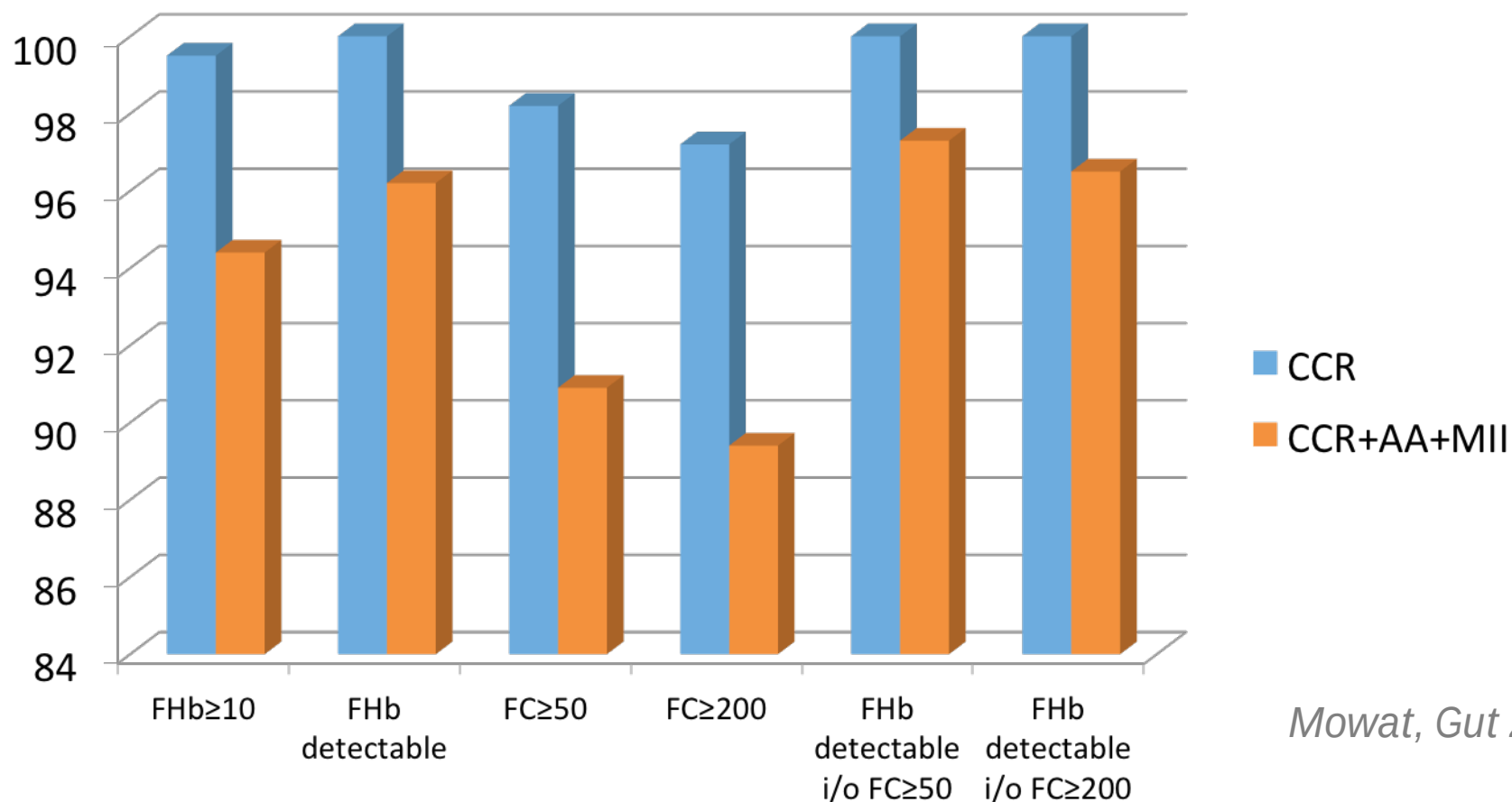
Aquest score serà una eina útil per prioritzar la colonoscòpia diagnòstica i prendre decisions en els programes de CDR de diagnòstic de CCR

Risc d'adenoma avançat/CCR en funció del TIF: Nombre de mostres positives



94 CCR en 1157 pacients
1 cas TIF negatiu
sensibilitat 99%
VPN 99,8%

VPN del TIF i calprotectina fecal per identificar patologia intestinal (CCR, AA, MII) a Atenció Primària



Mowat, Gut 2015

La determinació de calprotectina fecal aporta poc a l'estudi del TIF de cara a descartar CCR i no sembla útil per prioritzar una colonoscòpia.



ü Tots els CCR tenen TSOF positiu?

Els barems amb TSOF:

ü Ens poden ajudar a prioritzar la colonoscòpia?

ü Ens poden ajudar a **NO** fer una colonoscòpia?

Preparació de la colonoscòpia

- La preparació del còlon és el que condiciona més l'acceptació dels pacients
- La qualitat de la preparació afecta:
 - ü Colonoscòpia complerta
 - ü Duració del procediment
 - ü Redueix anul·lacions i repeticions
 - ü Una preparació inefectiva és el factor més important d'increment dels costos
- Dieta i timing
 - ü dieta pobre amb fibra el dia previ, no dieta líquida
 - ü Acabar preparació 2-4 h prèvies a la prova
 - ü Dosi fraccionada: prova **matí**, o mateix dia, si la prova **tarda**

Rex, Gastrointestinal Endoscopy 2015

Hassan, Endoscopy 2013

Bechtold, Ann Gastroenterol 2016

Procediments i informació d'obligat compliment prèvia a la tècnica

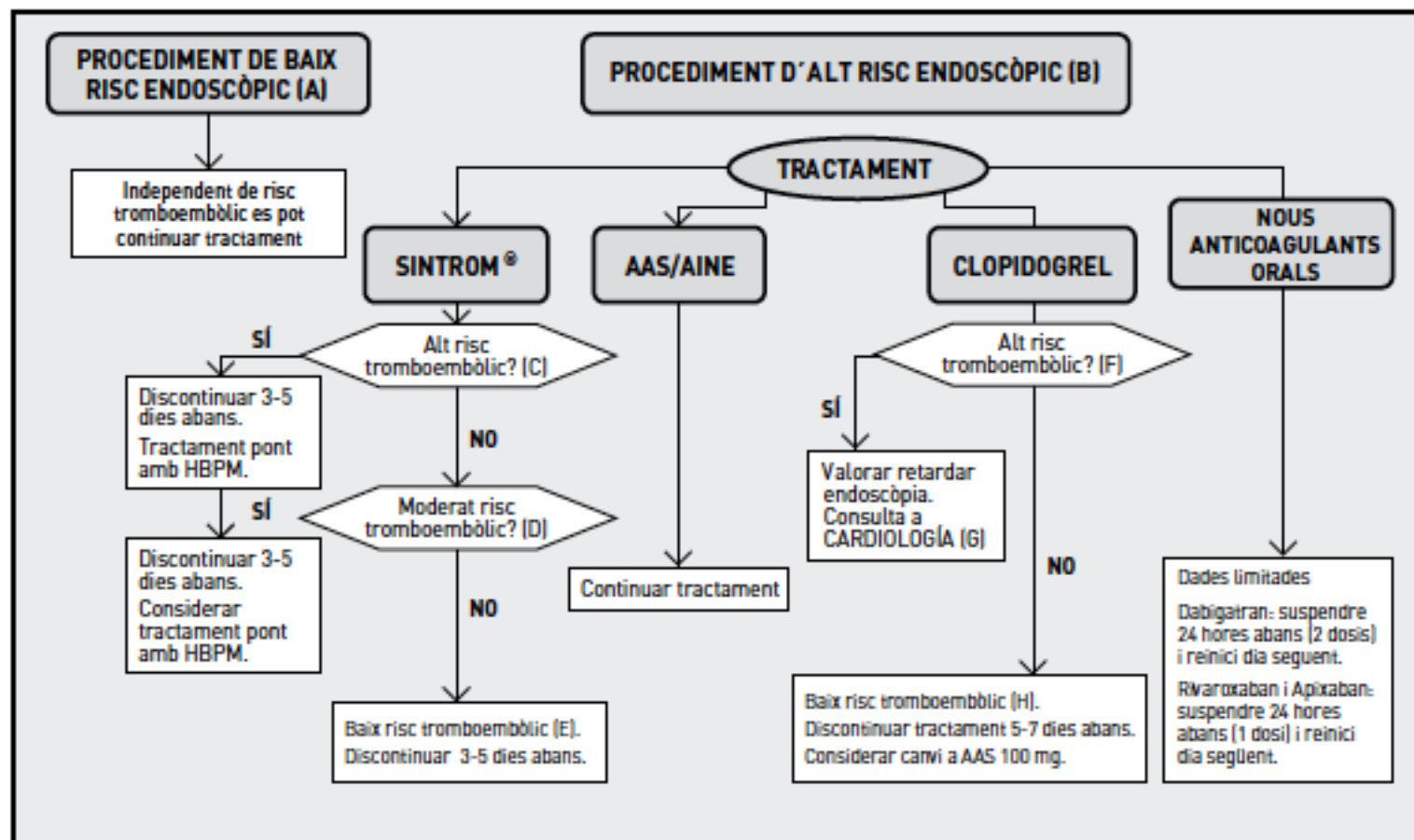
**Suspensió dels fàrmacs
antiagregants i
antitrombòtics**

**Avaluació del
risc de la
sedació**



3. ANNEX 1. MANEIG DELS ANTIAGREGANTS I ANTICOAGULANTS

Endoscòpia en pacients anticoagulats/antiagregats i valoració del risc tromboembòlic





(A) Baix risc d'hemorragia (<1%)

- gastroscòpia ($\pm$ BX)
- colonoscòpia ($\pm$ BX)
- enteroscòpia ($\pm$ BX)
- CPRE sense esfinterotomia
- Pròtesi sense dilatació
- ecoendoscòpia sense PAAF
- càpsula

(B) Alt risc d'hemorràgia (>1%)

- Polypectomia
- CPRE+ esfinterotomia
- dilatació d'estenosi
- PEG
- ecoendoscòpia + PAAF
- lligadura de varices
- enteroscòpia terapèutica
- REM
- DES

2016



GUIDELINE



The management of antithrombotic agents for patients undergoing GI endoscopy

Prepared by: ASGE STANDARDS OF PRACTICE COMMITTEE

Ruben D. Acosta, MD, Neena S. Abraham, MD, MSCE, FASGE (invited content expert, ad-hoc member),

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





GUIDELINE



Routine laboratory testing before endoscopic procedures

*There are **insufficient data** to determine the **benefit** of routine laboratory testing before endoscopic procedures, and therefore data must be extrapolated from surgical series and nonsurgical interventions.*

*Most studies indicate that physicians **overuse** laboratory testing and that routine preoperative screening tests are usually **unnecessary**.*

La realització d'aquestes proves pot demorar la programació d'una endoscòpia i te un impacte econòmic.

PROVES DE COAGULACIÓ

En absència d'una sospita clínica d'alteracions a l'hemostàsia, l'alteració de les proves de coagulació és molt infreqüent i **no es recomana** la determinació de proves de coagulació preoperatories de rutina.



ECG



La realització de rutina d'un ECG en pacients que s'ha de fer una endoscòpia **no es recomana**.

Malgrat no hi ha dades concloents del benefici de la realització d'un ECG preoperatori, es demana sovint en pacients amb edat avançada i amb comorbiditats (cardiopatia, arítmies, diabetis mellitus, HTA alteracions hidroelectrolítiques).

Hemograma

Es recomana la determinació d'Hb en pacients amb anèmia prèvia o risc d'hemorràgia, o factors de risc de sagnat, el procediment endoscòpic, hepatopatia crònica o trastorn hematològic en el procediments endoscòpics amb alt risc de sagnat.



Valoració previa de si es fa la sedació amb o sense anestesista

European Society of Gastrointestinal Endoscopy, European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates, and the European Society of Anaesthesiology Guideline: Non-anesthesiologist administration of propofol for GI endoscopy

2010



SPECIAL ARTICLE

Non-anaesthesiologists should not be allowed to administer propofol for procedural sedation: a Consensus Statement of 21 European National Societies of Anaesthesia

Azriel Perel

Eur J Anaesthesiol 2011;28:580–584

Valoració previa de si es fa la sedació amb o sense anestesista

Guideline 1175

Non-anesthesiologist administration of propofol for gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy, European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates Guideline – Updated June 2015



Authors

Jean-Marc Dumonceau¹, Andrea Riphaus², Florian Schreiber³, Peter Vilmann⁴, Ulrike Beilenhoff⁵, Jose R. Aparicio⁶, John J. Vargo⁷, Maria Manolaraki⁸, Caroline Wientjes⁹, István Rác¹⁰, Cesare Hassan¹¹, Gregorios Paspatis¹²

- ASA
- Edat
- IMC
- Classificació de Mallampati
- Risc de SAHOS

Valorar Anestesiòleg

- ASA ≥ 3
- Mallampati ≥ 3
- Obstrucció via aèria
- Tractament crònic opiacis
- Procediments prolongats

Sedación en endoscopia en el año 2016: ¿es segura la sedación con propofol dirigida por el endoscopista en situaciones complejas?

Editorial, Ferran Gonzalez-Huix, Rev Esp Enferm Dig 2016

Una respuesta clara: ninguna razón de **seguridad, eficacia y coste** justifica la necesidad de un anestesiólogo en la sedación en endoscopia.

No hay ninguna evidencia científica que demuestre menor **número de efectos adversos** en la sedación endoscópica dirigida por el anestesiólogo respecto del endoscopista o de otros sistemas de administración de los sedantes.

La evidencia actual muestra que la sedación en endoscopia dirigida por los propios endoscopistas, **con formación y entrenamiento previo**, es segura, eficaz y costo-efectiva.

Incluso en **situaciones complejas** como la **CPRE**, puede realizarse en condiciones aceptables con riesgos no superiores a los que se producen cuando la sedación la dirigen los anestesiólogos.

Petició endoscòpia amb checklist

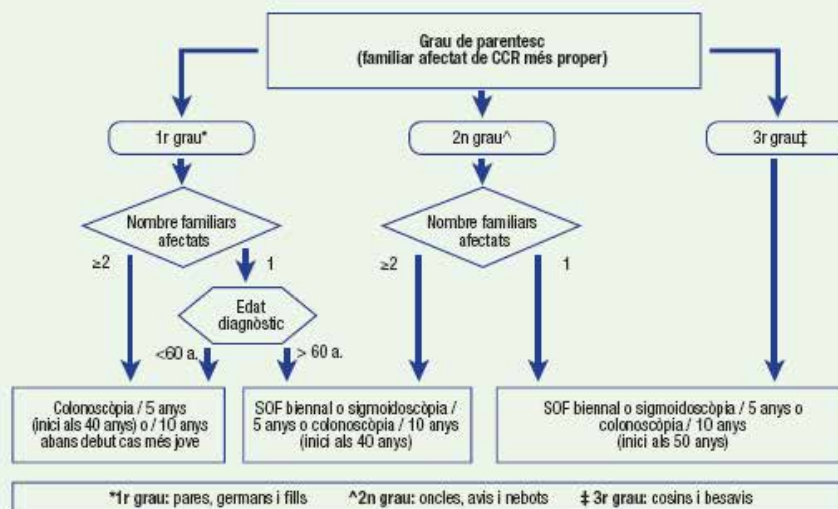
PATOLOGIES A TENIR EN COMPTE: ☐ SAHOS ☐ MPOC Greu o descompensat ☐ Malaltia Psiquiàtrica grea o descompensat ☐ Obesitat IMC>40 ☐ Epilèpsia ☐ Cardiopatia isquèmica inestable ☐ Cap de les anteriors	AL·LÈRGIES: ☐ Al·lèrgia Ou-Soja-Cacahuet	TRACTAMENTS A TENIR EN COMPTE: ☐ Antiagregants o Anticoagulants
CONTROL DE PÒLIPS?	POLIPECTOMIA PRÈVIA?	CRIBRATGE CCR PER AGREGACIÓ FAMILIAR:
DARRERA POLIPECTOMIA (any en format: AAAA)	[+ ANTECEDENTS FAMILIARS DE CCR]	
[+ SEGUIMENT DE PÒLIPS]		

Autors: Cristina Álvarez¹, Montserrat Andreu¹, Victòria Andreu¹, Francesc Balagué¹, Xavier Bessa¹, Enric Brullet¹, Clàudia Consiglieri¹, Henry Córdova¹, Esther García Planells¹, Montse García Retortillo¹, Jordi Guardiola¹, Manuela Hombrados¹, Gemma Ibáñez¹, Eva Martínez Bauer¹, Laura Mora¹, Leticia Morera¹, Agustí Panadés¹, Maria Pallisó¹, Marta Piqueras¹, Ignasi Puig¹, Francisco Rodríguez Moranta¹, Agustín Seoane¹, Xavier Serra¹, Francesc Vidià¹, Rafel Campo¹.

Hospitals: H Mar¹, H Viladecans¹, H Clínic¹, H Sabadell (C.S.U. Parc Taulí)¹, H U Bellvitge¹, H Sant Pau¹, H U Girona Dr. J. Trueta¹, Cl. Sagrada Família¹, CST de Terrassa¹, ALTHAIA X. A. Manresa¹.

Pòlips i càncer

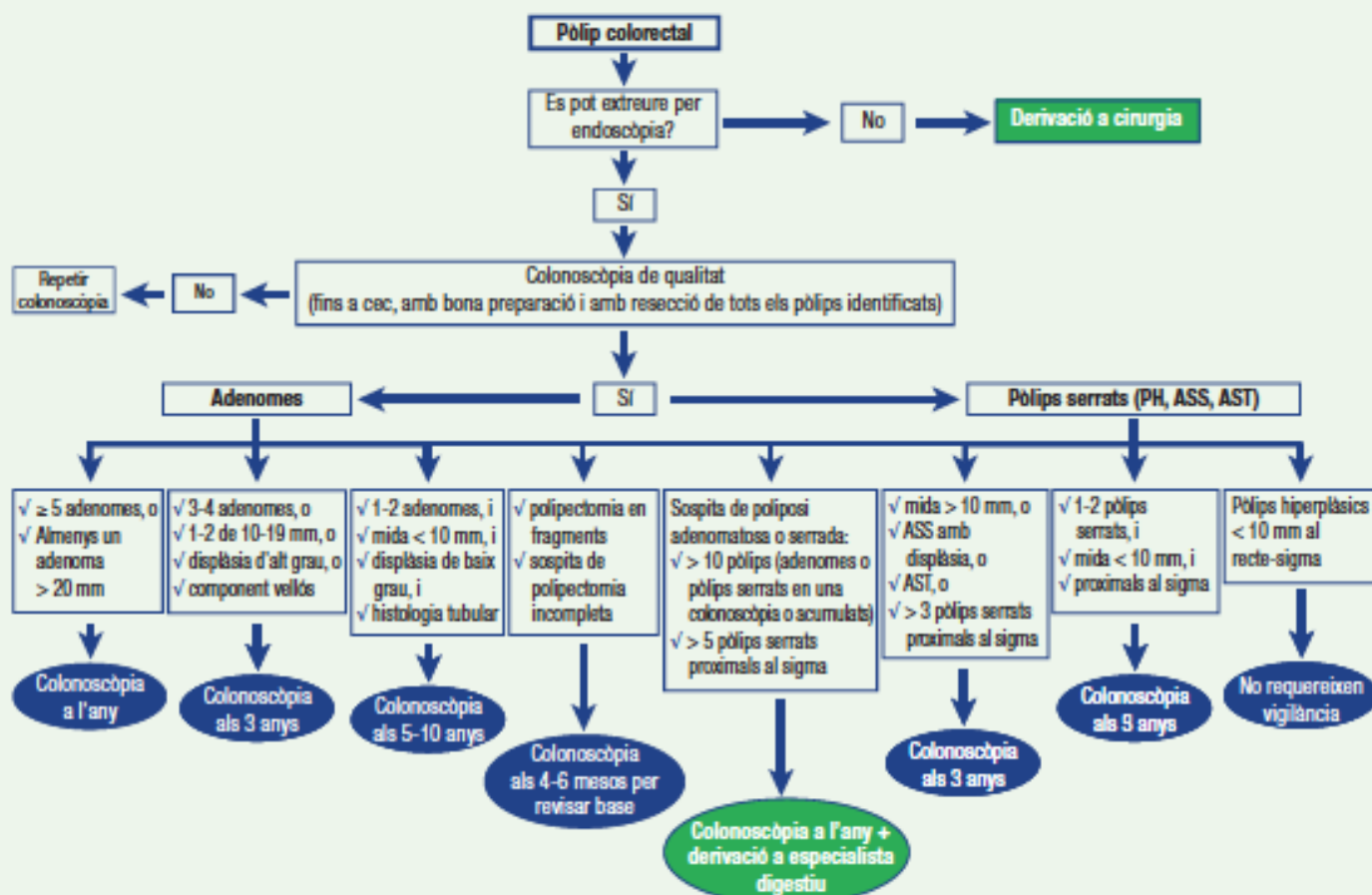
Antecedents familiars de CCR



Guía de práctica clínica. Prevención del cáncer colorrectal.
AEG. Centro Cochrane Iberoamericano. SEMFYC. 2009

Pòlips i càncer

Seguiment de pòlips



* En cas que la colonoscòpia de seguiment sigui normal, es recomana allargar l'interval de vigilància: d'1 a 3 anys, de 3 a 5 anys i de 5 a 10 anys, respectivament.

* L'edat, els antecedents personals i la història familiar de poliposi o càncer colorectal han de ser ponderats en recomanar una colonoscòpia de vigilància postpolipectomia.

PLA ESTRATÈGIC DE NEOPLÀSIA COLORECTAL

Societat Catalana de Digestologia

Metodologia de la Colonoscòpia. Tractament dels Pòlips de Còlon

Grup de Treball

Jaume Boadas Mir¹, Ferran González-Huix Lladó², Mercè Navarro Llavat³,
Maria Pellisé Urquiza⁴, Ignasi Puig del Castillo⁵, Agustín Seoane Urgorri⁶ i
Montserrat Andreu Garcia⁶.

[1] Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa.

[2] Clínica Girona, Girona.

[3] Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, Barcelona.

[4] Servei de Gastroenterologia, Hospital Universitari Clínic, Barcelona.

[5] Hospital de Sant Joan de Déu. Fundació Althaia, Manresa, Barcelona.

[6] Servei de Digestologia, Hospital del Mar-Parc de Salut Mar, Barcelona.



Societat
Catalana de
Digestologia
A·C·M·S·C·B



L'Acadèmia





1. LLISTA DE VERIFICACIÓ PRÈVIA A INICIAR LA COLONOSCÒPIA

En cas de identificar alguna mancança en la informació es valorarà si cal suspendre la colonoscòpia.

- ☒ Dades de filiació.
- ☒ Procedència de l'individu a estudiar.
- ☒ Metge que sol·licita l'exploració.
- ☒ Indicació de la colonoscòpia.
- ☒ Antecedents de consum de drogues.
- ☒ Al·lèrgies a algun fàrmac, productes de contacte (làtex), soja, ous o fruits secs.
- ☒ Malalties cròniques greus. Especificar.
- ☒ Porta desfibril·lador automàtic implantable (DAI)?
- ☒ Cirurgia abdominal prèvia.
- ☒ Tractament habitual.



- ☒ Pren medicació anticoagulant i/o antiagregant i/o antiinflamatoris?
 - ☒ En cas afirmatiu especificar el motiu.
 - ☒ En cas afirmatiu. S'ha modificat la pauta d'aquesta medicació els dies previs?
(Annex 1)
- ☒ Ha fet correctament la preparació de còlon recomanada?
- ☒ Hores de dejú absolut?
- ☒ S'han retirat tots els objectes metàl·lics?
- ☒ Ha vingut acompanyat i sense conduir?
- ☒ Té algun dubte sobre l'exploració?
- ☒ Ha signat el consentiment informat?

MOLTES GRÀCIES

MOLTES GRÀCIES



CST: 25 ANYS
CONSORCI SANITARI DE TERRASSA