

Colonoscopia



100+ years

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

Inspiring Quality:
Highest Standards, Better Outcomes

Colonoscopia

La colonoscopia es un examen completo del intestino grueso (colon). Se inserta un tubo flexible con luz y una pequeña cámara por el ano.¹ Se puede ver el interior del recto y el colon en busca de pólipos, cáncer o enfermedades como colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn. Se pueden extraer tejidos de Crohn. Se pueden extraer tejidos o pólipos durante el procedimiento.

Motivos para hacerse una colonoscopia

Colonoscopia de detección

La colonoscopia de detección se realiza para detectar cáncer en etapas tempranas y enfermedades inflamatorias, como colitis ulcerosa. La mayoría de los casos de cáncer colorrectal (CCR) comienzan como pólipos no cancerosos (células pequeñas y de rápido crecimiento que pueden convertirse en cáncer). Extraer pólipos o detectar cáncer en una etapa temprana puede aumentar sus probabilidades de recuperarse por completo.² Su médico/a podrá recomendarle exámenes de detección de cáncer colorrectal a partir de los 45 años si usted no tiene problemas de salud o factores de riesgo que hagan que sea más probable que tenga cáncer de colon.³ Durante la colonoscopia, los pólipos se pueden extraer con pequeños instrumentos que se pasan a través del endoscopio, como pinzas o asas.

- En los Estados Unidos, el CCR es la segunda causa principal de muerte por cáncer tanto en hombres como en mujeres. El riesgo de padecer CCR en algún momento de la vida es de 1 en 23 (4.3 %) para hombres y de 1 en 25 (4 %) para mujeres.⁴

- El riesgo de padecer CCR aumenta si usted tiene un pariente de primer grado (padre, madre, hermano/a o hijo/a) que haya tenido la enfermedad, o si este tenía menos de 50 años cuando se la diagnosticaron.⁵

Colonoscopia de diagnóstico

La colonoscopia de diagnóstico se realiza para la búsqueda de enfermedades que puedan manifestarse con anemia, cambio en los hábitos evacuatorios o un dolor abdominal.

Colonoscopia terapéutica

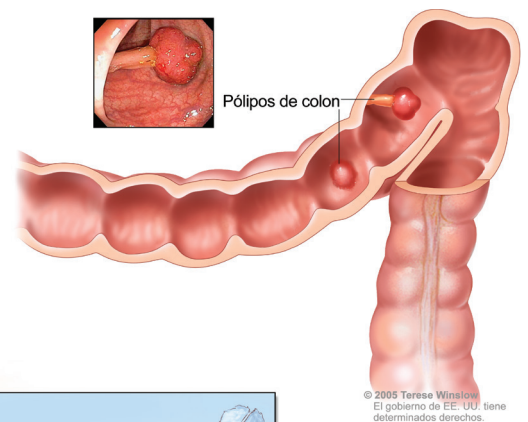
Luego de realizado el diagnóstico endoscópico, la colonoscopia podrá tratar lesiones como sangrados o estrechamientos (estenosis).

- En el caso de sangrado de alguna lesión, se podrá realizar inyección de sustancias, colocar clips o realizar tratamientos con calor para detenerlo (hemostasis).

- Las estenosis (estrechamiento o bloqueo parcial del colon) se podrán tratar insertando un dispositivo que permite aumentar el calibre del colon (dilatadores o bujías) o colocando un stent (tubo de malla) en el área estrecha para mantenerla abierta.

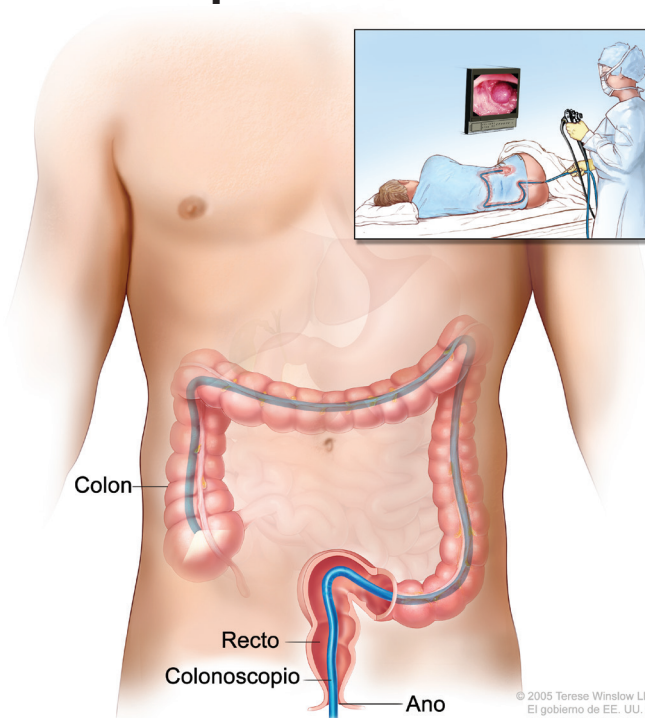
Colonoscopia de vigilancia

La colonoscopia de vigilancia es un seguimiento para pacientes con antecedentes de pólipos o cáncer de colon, o de enfermedad inflamatoria intestinal.



© 2005 Terese Winslow LLC
El gobierno de EE. UU. tiene determinados derechos.

Colonoscopia



© 2005 Terese Winslow LLC
El gobierno de EE. UU. tiene determinados derechos.

**SURGICAL PATIENT
EDUCATION PROGRAM**

Prepare for the Best Recovery

Opciones de procedimientos y riesgos de los exámenes colorrectales

PRUEBA	INFORMACIÓN PARA USTED	PRECISIÓN
Prueba de sangre oculta en heces (PSOH): se recomienda de forma anual	Las heces se recolectan en casa y se envían a un laboratorio. Evite consumir carnes rojas, vitamina C, alimentos con vitamina C (cítricos y brócoli) o antiinflamatorios no esteroideos antes de la prueba. ⁶	Entre el 60 % y el 80 % de sensibilidad para detectar CCR en el colon y el recto. Esto significa que, si 10 personas tuvieran cáncer de colon, esta prueba arrojaría un resultado positivo en sangre en 6 de las 10. Es probable que en los otros no se detecte cáncer con esta prueba. ⁷
Prueba inmunoquímica fecal (PIF): se recomienda de forma anual	Las heces se recolectan en casa y se envían a un laboratorio. Puede seguir con su dieta habitual antes de la prueba. Si se halla sangre, la prueba podrá repetirse, y usted podrá necesitar hacerse una colonoscopia.	Esta prueba casera es muy sensible y puede detectar cáncer de colon con una precisión del 97 %. ⁸
Sigmoidoscopia flexible: se recomienda cada 5 años	Su médico/a inserta un endoscopio y busca si existen pólipos o cáncer en el último tercio del colon. El procedimiento se podrá realizar en el consultorio mientras usted está completamente despierto/a. El recto y la parte inferior del colon no deben tener heces*.	Puede detectar el 70 % de pólipos o tumores. Solo encuentra pólipos en la mitad inferior del colon y no aquellos en la parte superior. Aún se le podrá derivar a una colonoscopia.
Prueba multidiana de ADN en heces más PIF: se recomienda cada 3 años ⁹	Combina una PIF (descrita arriba) con una prueba de marcadores de ADN que quedan en las heces. ⁹ Se puede hacer con una sola muestra de heces, pero implica recoger todas las heces de una evacuación.	Podrá detectar hasta el 93 % de lesiones cancerosas. ¹⁰
Colonoscopia virtual (colonografía por tomografía computarizada): se recomienda cada 5 años	Se trata de una tomografía computarizada con aire que se inserta por el recto a través de un tubo antes del estudio. El procedimiento requiere una preparación completa del intestino*.	Podrá detectar hasta el 94 % de tumores de 10 mm o más, y el 65 % de pólipos de 6 a 9 mm. ¹¹ Es posible que los pólipos de menos de 6 mm no se vean y que aún se necesite una colonoscopia para extraerlos. ¹¹
Colonoscopia: se recomienda cada 10 años	El procedimiento se realiza en un centro ambulatorio u hospital, y requiere una preparación completa del intestino*. Se suele administrar sedación, por lo que necesitará que alguien lo/la lleve a su casa. ¹¹	Podrá detectar entre el 90 % y el 95 % de pólipos o tumores. ¹¹ Los pólipos se pueden someter a una biopsia o extraer.

*Vea instrucciones de preparación completa del intestino en el adjunto de este folleto.

Beneficios y riesgos de la colonoscopia

Beneficios: la colonoscopia es la manera más precisa de encontrar y extraer pólipos pequeños. Extraer pólipos en una etapa temprana puede disminuir su riesgo de fallecer por cáncer colorrectal.¹ **Pautas de la Sociedad Americana contra el Cáncer: 45 años en caso de riesgo promedio; 40 años en caso de mayor riesgo**¹²

EL RIESGO	QUÉ OCURRE	INFORMACIÓN PARA USTED
Perforación del intestino	Una perforación ocasionada por la presión del endoscopio que atraviesa toda la pared del colon es una complicación inusual. Las perforaciones en colonoscopias no son frecuentes, con 3 casos cada 10 000 colonoscopias. ¹³	Una perforación grande que se advierte de inmediato requiere cirugía. Una perforación pequeña que se advierte a los pocos días del procedimiento se podrá tratar con reposo, líquido, antibióticos y observación.
Sangrado	Se informó de un sangrado considerable en 14.6 casos por cada 10 000 colonoscopias. ¹⁴ El riesgo aumenta cuando se extraen muchos pólipos o uno de gran tamaño.	Puede producirse un sangrado pequeño después de una colonoscopia. Llame a su médico/a si advierte más de cuatro cucharadas de sangre (un vaso de chupito) en las evacuaciones dentro de las primeras dos semanas de su colonoscopia.
Cardiorrespiratorio	Se producen cambios menores en los niveles de oxígeno y la frecuencia cardíaca en menos de 1 de cada 1000 casos. ¹⁵	La mayoría de estos eventos se relaciona con la sedación, y aumenta con la edad avanzada y otras enfermedades. ¹⁶
Todas las complicaciones	El 33 % de los pacientes informa sobre por lo menos un síntoma menor después de una colonoscopia, pero las complicaciones graves son poco comunes. ¹⁷	Los síntomas comunes son molestia abdominal, calambres, diarrea, sangre en las heces y náuseas por los medicamentos que se utilizaron para la sedación.

Expectativas: preparación para una colonoscopia

El procedimiento y la recuperación

Preparación común para una colonoscopia

Es muy importante que el colon esté bien limpio antes de la colonoscopia. Esto permitirá que su médico/a vea y extraiga pólipos del colon, pequeños tumores que más adelante podrían convertirse en cáncer. La limpieza de colon se denomina preparación del intestino o simplemente "preparación". Usted se llevará una receta de un medicamento líquido que provoca evacuaciones blandas y frecuentes que limpiarán su colon. También se le indicará que siga una dieta líquida solo un día o dos antes de la colonoscopia. Esto incluye consomé o caldo sin grasas; gelatina de sabores como limón, lima o naranja (evite las ROJAS y las AZULES); café o té solo sin crema ni leche; bebidas deportivas de sabores como limón, lima o naranja; jugo de fruta colado, como manzana o uva blanca (evite el jugo de naranja).¹⁸ Su profesional de la salud le recomendará qué preparación hacer. Visite [facs.org/education/patient-education/patient-resources/operations/colonoscopy-prep](https://www.facs.org/education/patient-education/patient-resources/operations/colonoscopy-prep) para obtener más información.

Se le podrá indicar que utilice una preparación del intestino con dosis fraccionada.¹⁸ La primera mitad se toma la noche anterior al procedimiento, y la segunda mitad se toma seis horas antes. Algunos ejemplos son:

SuPrep: sulfato de sodio, sulfato de potasio y sulfato de magnesio. Tome dos dosis de 12 onzas, cada una con un cuarto de galón de agua.

Prepopik: picosulfato de sodio, óxido de magnesio y ácido cítrico. Tome dos dosis de 5 onzas, la primera junto con cinco porciones de 8 onzas de líquidos, y la segunda con tres porciones de 8 onzas de líquidos.

MoviPrep: polietilenglicol, sulfato de sodio, cloruro de sodio, cloruro de potasio, ascorbato de sodio y ácido ascórbico. Tome dos dosis de 1 litro, cada una junto con líquidos según se le indique.

Citrato de magnesio: varias marcas de venta libre. Tome dos dosis de 15 onzas. Algunos/as médicos/as agregan bisacodilo laxante (Dulcolax).

Otras preparaciones incluyen: GoLytely®, Colyte®, NuLytely®, TriLyte®; contienen polietilenglicol (PEG); HalfLyte®; 2 litros de la solución de PEG junto con otro laxante.

Bebida deportiva y MiraLAX®: tabletas laxantes Dulcolax que contienen 5 mg de bisacodilo cada una, una botella de Miralax de 8.3 onzas (238 gramos) y una bebida deportiva de 64 onzas.

Visicol® o OsmoPrep®: tableta de fosfato de sodio monobásico monohidrato y de fosfato de sodio dibásico anhidro.

Verificación de seguridad

Si se realiza el procedimiento en un hospital o un centro ambulatorio, se le colocará un brazalet de identificación con su nombre en la muñeca. Todos los miembros del equipo médico deben comprobarlo antes de hacerle cualquier procedimiento o darle medicamentos.

Sedación

Se le colocará en decúbito lateral, por lo general con las rodillas hacia el pecho. Se le administrarán medicamentos, por lo general mediante una vía endovenosa, para ayudar a que se relaje y permanezca cómodo/a. Se controlarán su respiración y frecuencia cardíaca durante el procedimiento. Podrá dormirse por completo o no durante el procedimiento; no obstante, la mayoría de los pacientes no recuerdan la colonoscopia. Hable con su médico/a acerca del tipo de sedación y los efectos secundarios. Las drogas más comunes son las benzodiazepinas (midazolam/Versed); los opioides (Fentanyl®) y otros agentes (Propofol®).

El procedimiento

Su médico/a guiará un endoscopio que se inserta por el ano y llega al colon. Se insertan pequeñas cantidades de aire para abrir el colon y permitir la visualización del área circundante. El tubo tiene una luz y una cámara en el extremo, y envía una imagen a una pantalla de televisión. Se controlarán su frecuencia cardíaca, su respiración y su nivel de oxígeno durante el examen.

El procedimiento tomará entre 15 y 60 minutos. Si su médico/a detecta pólipos o tejidos anormales, los extraerá o los someterá a una biopsia.

Su recuperación

Se le monitoreará hasta que esté completamente despierto/a. La mayoría de los pacientes se pueden ir a su casa entre 30 y 90 minutos después.

Si recibe sedación o medicamentos relajantes, podrá sentir cansancio después del procedimiento. Podrá sentirse atontado/a y no debería tomar ninguna decisión importante, conducir o regresar a trabajar por lo que resta del día.

Dieta

Podrá tener ganas de comer mucho después del ayuno, pero es recomendable comenzar con comidas livianas e incorporar alimentos sólidos gradualmente el primer día.¹⁹

Dolor

Es inusual tener dolores fuertes después del procedimiento. Podrá tener leves calambres y gases, pero después de eliminar los gases, no debería sentir calambres.

Evacuaciones

Debería regresar a su patrón evacuatorio normal dentro de los 2 o 3 días después del procedimiento.

Si le hicieron una biopsia o le extrajeron pólipos, su médico/a le informará lo siguiente:

- Cuándo y cómo recibirá los resultados.
- Si necesita evitar tomar aspirina o ibuprofeno durante los 10 días posteriores al procedimiento.

Seis maneras de reducir el riesgo de tener cáncer colorrectal²⁰

- Hágase exámenes de detección de cáncer colorrectal (vea la página 2 para conocer los tipos de exámenes de detección).
- Coma muchos vegetales, frutas y granos enteros y limite el consumo de harinas blancas y azúcar.
- Haga ejercicio de forma regular.
- Controle su peso.
- No fume.
- Evite beber alcohol.

Más información

SAMPLE

Para obtener más información, diríjase al sitio web de Educación Quirúrgica del Paciente de American College of Surgeons, ingresando en facs.org/patienteducation.

Cuándo comunicarse con su cirujano/a

Comuníquese con su médico/a si tiene alguno de los siguientes síntomas:

- Dolor abdominal fuerte o sensación de abdomen duro; esto podría ser un síntoma de perforación de colon
- Sangrado en más de 2 evacuaciones o sangrado de un color rojo vivo que llena un vaso de chupito
- Fiebre mayor a los 100.4 °F o 38 °C
- Inflamación, enrojecimiento o secreciones en el lugar de la vía intravenosa
- Debilidad, dificultad para respirar o desmayos
- Náuseas o vómitos con sangre

MI PREPARACIÓN PARA LA COLONOSCOPIA ES:

¿Cuándo debería tomar esto?

Debería dejar de comer a esta hora la mañana de mi procedimiento:

OTRAS INSTRUCCIONES:

CITAS DE SEGUIMIENTO

Quién:

Fecha:

Teléfono:

GLOSARIO

Colitis ulcerosa: una enfermedad que inflama (enrojece e hincha) el colon y el recto.

Enfermedad de Crohn: una enfermedad intestinal inflamatoria que puede inflamarse y estrechar el tracto digestivo.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

La American College of Surgeons (ACS) es una asociación científica y educativa de cirujanos y cirujanas fundada en 1913 para mejorar la calidad de los cuidados para pacientes quirúrgicos por medio del establecimiento de estándares altos para la educación y la práctica quirúrgica. La ACS se esfuerza por brindar educación procedimental para posibles pacientes y aquellos que les educan. Su propósito no es reemplazar la consulta que se realiza con un/a cirujano/a calificado/a que está al tanto de su situación. La ACS se esfuerza por brindar información precisa y oportuna, pero no establece ninguna garantía sobre ella.

Revisión original en noviembre de 2009 por:

H. Randolph Bailey, MD, FACS
David Schoetz, MD, FACS
Kathleen Piotrowski-Walters, RN, MSN
Kathleen Heneghan, RN, PhD

Revisado en agosto de 2014 por:

Michael McGee, MD, FACS
Nancy Strand, MPH, RN

Revisado en julio de 2017 por:

Robert Cima, MD, FACS
Nancy Strand, MPH, RN

Revisado en julio de 2021 por:

Nancy Strand, MPH, RN
Roberto Taruselli MD, FACS

Referencias

La información brindada en este folleto se eligió de artículos actuales basados en investigaciones o tendencias clínicas significativas. Las investigaciones que figuran debajo no representan toda la información que está disponible para su procedimiento. Pregúntele a su médico/a si le recomienda leer alguna investigación adicional.

1. Colonoscopy. Available at: <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/colonoscopy/about/pac-20393569>. Accessed July 22, 2021.
2. Edwards BK, Ward E, Kohler BA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening and treatment) to reduce future rates. *Cancer*. 2010;116(3):544-573. doi: 10.1002/cncr.24760.
3. Colorectal Cancer: Screening. U.S. Preventive Services Task Force. Updated May 18, 2021. Available at: www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/colorectal-cancer-screening#fullrecom-mendationstart. External link. Accessed May 25, 2021.
4. Lifetime Risk of Colon Rectal Cancer. Revised January 12, 2021. Available at: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/key-statistics.html>. Accessed July 21, 2021.
5. Colorectal Cancer Risk Factors. Revised June 29, 2020. Available at: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectalcancer/causesrisk/prevention/risk-factors.html>. Accessed July 21, 2021.
6. American Cancer Society Guideline for Colon Rectal Screening, revised November 17, 2020. <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/acs-recommendations.html> Accessed July 21, 2021.
7. Colorectal Cancer Screening Tests. Revised June 29, 2020. Available at: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/screening-tests-used.html>. Accessed July 21, 2021.
8. Lu M, Luo X, Li N, Chen H, Dai M. Diagnostic Accuracy of Fecal Occult Blood Tests For Detecting Proximal Versus Distal Colorectal Neoplasia: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Clin Epidemiol*. 2019;11:943-954. Published 2019 Oct 25. doi:10.2147/CLEP.S213677
9. D'Souza N, et al. (2020) Faecal immunochemical test is superior to symptoms in predicting pathology in patients with suspected colorectal cancer symptoms referred on a 2WW pathway: a diagnostic accuracy study. *Gut*. doi.org/10.1136/gutjnl-2020-321956.
10. Colorectal cancer screening tests. Centers for Disease Control and Prevention. Reviewed February 8, 2021. Available at: https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/screening/tests.htm. Accessed March 30, 2021.
11. Lin JS, Perdue LA, Henrikson NB, Bean SI, Blasi PR. Screening for colorectal cancer: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. Published May 18, 2021. doi:10.1001/jama.2021.4417
12. American Cancer Society Guideline for Colon Rectal Screening, revised November 17, 2020. Available at: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/acs-recommendations.html>. Accessed July 21, 2021.
13. US Preventive Services Task Force. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021;325(19):1965-1977. doi:10.1001/jama.2021.6238
14. Lin JS, Perdue LA, Henrikson NB, Bean SI, Blasi PR. Screening for Colorectal Cancer: An Evidence Update for the US Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 202. Agency for Healthcare Research and Quality; 2021. AHRQ publication 20-05271-EF-1.
15. Ko CW, Dominitz JA. Complication of colonoscopy, magnitude and management. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2010;20(4):659-671. doi: 10.1016/j.giec.2010.07.005
16. Warren JL, Klabunde CN, Mariotto AB, et al. Adverse events after out-patient colonoscopy in the Medicare population. *Ann Intern Med*. 2009;150(12):849-857, W152.
17. Sharma VK, Nguyen CC, Crowell MD, et al. A national study of cardiopulmonary unplanned events after GI endoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2007;66(1):27-34.
18. National Colorectal Cancer Screening and Surveillance Guidelines. *World J Gastroenterol*. 2018;24(6):716-724. doi:10.3748/wjg.v24.i6.716
19. Colonoscopy. Available at: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diagnostic-tests/colonoscopy>. Accessed July 21, 2021.
20. Six Ways to Lower Your Risk for Colorectal Cancer. Available at: <https://www.cancer.org/latest-news/six-ways-to-lower-your-risk-for-colon-cancer.html>. Accessed August 24, 2021.