



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

Eficacia y seguridad de mucosectomía bajo el agua de
lesiones colónicas no pediculadas ≥ 10 mm en hospital de
Lima, Perú

Efficacy and safety of underwater mucosectomy of non-
pedunculated lesions ≥ 10 mm in a hospital in Lima, Peru

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
GASTROENTEROLOGÍA

AUTOR

DIEGO BERROSPI CASTILLO

ASESORA

MONICA NELLY BENAVENTE MONTOYA

LIMA – PERÚ

2025

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

The screenshot shows a Turnitin similarity report for a document. The document title is "Eficacia y seguridad de mucossectomía bajo el agua de lesiones colónicas no pediculadas ≥ 10 mm en hospital de Lima, Perú". The author is Diego Berrospi Castillo, and the advisor is Monica Nelly Benavente Montoya. The document is from the Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina. The similarity score is 12%. The report lists five sources of similarity:

Source	Similarity Percentage
repositorio.upch.edu.pe	3%
pesquisa.bvsalud.org	3%
www.researchgate.net	1%
hdl.handle.net	<1%
library.co	<1%

The interface also shows a search bar at the bottom left with "Página 1 de 10", "2063 palabras", and "158%". The right sidebar contains a "Fuentes" section with a "Mostrar escritorio" button.

2. RESUMEN

El cáncer colorrectal (CCR) representa la tercera causa de muerte asociada al cáncer a nivel mundial. La colonoscopia permite la detección de pólipos y lesiones malignas tempranas y la resección endoscópica de éstas disminuye la incidencia de CCR. La técnica de mucossectomía bajo el agua (uEMR, por sus siglas en inglés) es una alternativa para la resección de lesiones colónicas no pediculadas mayor o igual a 10 mm, mostrando mayor tasa de resección completa y menor recurrencia comparada con la mucossectomía convencional (cEMR, por sus siglas en inglés). El presente estudio tipo cohorte retrospectivo a realizarse en un hospital público de tercer nivel en Perú en pacientes entre 18 y 80 años, durante el periodo de enero de 2022 y julio de 2024, tiene como objetivo determinar la eficacia de uEMR, evaluando la tasa de resección completa y en bloque, además de la tasa de recurrencia de lesiones a los 12 meses; y determinar la seguridad, evaluando la frecuencia de principales complicaciones durante los primeros 30 días. Esto permitirá mayor evidencia sobre el manejo de lesiones premalignas y podría colaborar con protocolos o programas locales sobre CCR.

Palabras claves: Pólipos, resección endoscópica de la mucosa, neoplasias colorrectales

3. INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es un problema de salud pública, ocupando el tercer lugar de incidencia de neoplasia a nivel mundial, representando altas tasas de morbi-mortalidad. (1,2) En Perú, según la OMS, en el año 2022 el CCR representa el tercer lugar en incidencia de cáncer, representando el 6.7% de los casos (3), por lo que se necesitan programas de tamizaje que permitan la detección de lesiones premalignas, con ello evaluar la posibilidad de resección endoscópica con el objetivo de disminuir la incidencia de CCR. (4) La mayoría de CCR se desarrolla a partir de pólipos, cerca al 80% se desarrolla a partir de la secuencia clásica “adenoma-carcinoma” y otro 15-20% de la vía aserrada, donde los pólipos aserrados son las lesiones precursoras. (5) Se considera pólipo colónico toda elevación de la pared del colón hacia el lumen teniendo su origen en la capa mucosa. Los adenomas son pólipos compuestos por tejido con algún grado de displasia. (6) Por otro lado, los pólipos aserrados, llamados así por sus características histológicas donde tienen un aspecto “estrellado” o dentado, generan CCR mediante la vía metiladora o aserrada. (5,7)

El riesgo de neoplasia es variable y depende principalmente de la morfología, tamaño e histología del pólipo. A nivel mundial se utiliza la clasificación de París para definir la forma de los pólipos. (8) Esta clasificación divide a los pólipos en lesiones elevadas (0-I) que a su vez se subclasifican en pediculadas, subpediculadas o sésiles de acuerdo con la presencia o no de un tallo; lesiones planas (0-II) que pueden ser superficialmente elevadas, planas o deprimido; y por último las lesiones excavadas (0-III). Además, lesión no

elevada mayor de 10 mm de diámetro horizontal se denomina lesión de extensión lateral (LST). Ésta última, se clasifica de acuerdo con su morfología en granular que puede ser homogénea o mixta; y en no granular, que puede ser plana o pseudodeprimida. Cada una de ellas representa un riesgo distinto de cáncer ya que la tasa de invasión submucosa es diferente. (9,10)

La resección endoscópica de lesiones premalignas se ha asociado a reducción de mortalidad asociado a cáncer y representa menor riesgo de complicaciones y reintervención. (11) La resección endoscópica de la mucosa (EMR, por sus siglas en inglés) es una técnica que nace en Japón para manejo de lesiones premalignas y cáncer gástrico temprano; y actualmente sus indicaciones se han extendido para otras regiones del tracto gastrointestinal. (3) Es una técnica segura con baja frecuencia de complicaciones, siendo las principales: sangrado temprano (durante procedimiento o durante primeras 24 horas) o tardío (posterior a 24 horas durante los primeros 30 días); síndrome post polipectomía, que es más común durante los primeros 7 días, y la perforación abdominal. (12,13) Existen dos técnicas de mucosectomía colónica: la convencional y bajo el agua. La eficacia de cada técnica radica en conseguir la menor tasa de recurrencia de lesiones reseçadas, ésta se asocia a la resección en una sola pieza (resección en bloque) y con márgenes horizontales libres según el estudio histológico (resección completa o R0); mientras que la seguridad del procedimiento, en la menor tasa de complicaciones graves.

La mucosectomía convencional (cEMR) consiste en la inyección en el espacio submucoso de una sustancia que permita un campo de seguridad

sobre la pared muscular colónica. Sin embargo, se han visto estudios donde la tasa de recurrencia llega hasta 13.8% (14), siendo los principales factores de riesgo la resección incompleta y la resección en más de 1 pieza (resección en pedazos). (15,16,17) Se cree que la principal desventaja del método convencional es el aumento del volumen del pólipo posterior a la inyección, lo que podría llevar a la resección incompleta y con ello mayor recurrencia.

La mucosectomía bajo el agua (uEMR) es un método novedoso que consiste en instalación de solución salina en todo el lumen colónico para posterior resección de pólipo. (18) Las ventajas de este método son la reducción o compactación del pólipo y el efecto de magnificación de la solución, que permite delimitar mejor los bordes del pólipo (19,20), permitiendo mayor tasa de resección en bloque y menor tasa de recurrencia. (21,22) La evidencia es contundente para pólipos mayores o iguales a 20 mm; sin embargo, en algunos estudios las ventajas se aplican para pólipos no pediculados a partir de los 10 mm, aunque falta evidencia para ofrecer este procedimiento como primera línea. (23,24,25)

Actualmente las guías recomiendan mucosectomía convencional para pólipos no pediculados mayores o iguales a 20 mm, siendo la mucosectomía bajo el agua una alternativa, a pesar de que la evidencia demuestra que ésta última tiene mayores ventajas. El presente estudio tipo cohorte retrospectivo busca demostrar menor tasa de recurrencia y complicaciones en la población de 18 a 80 años sometidos a mucosectomía con técnica bajo el agua en un hospital público de tercer nivel durante el periodo de enero de 2022 a julio de 2024, donde se realizan ambas técnicas de mucosectomía por un grupo de expertos

en resección endoscópica. En el Perú no existe literatura acerca de estos métodos de resección y es necesario evaluar la eficacia y seguridad para fomentar mayor evidencia e incluir esta técnica en protocolos locales para el manejo de pólipos colónicos y disminuir incidencia de CCR.

4. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar la eficacia y seguridad de resección de pólipos colónicos no pediculados ≥ 10 mm con la técnica de mucosectomía bajo el agua

Objetivos específicos

- Determinar la tasa de recurrencia a los 12 meses de lesiones colónicas no pediculadas ≥ 10 mm resecadas con mucosectomía bajo el agua
- Determinar la tasa de resección en bloque de lesiones colónicas no pediculadas ≥ 10 mm con mucosectomía bajo el agua
- Determinar la tasa de resección completa (R0) de lesiones colónicas no pediculadas ≥ 10 mm resecadas con mucosectomía bajo el agua
- Determinar la incidencia de complicaciones en los primeros 30 días tras resección de lesiones colónicas no pediculadas ≥ 10 mm con mucosectomía bajo el agua
- Comparar la tasa de recurrencia lesiones colónicas no pediculadas ≥ 10 mm resecadas con mucosectomía bajo el agua y mucosectomía convencional

5. MATERIALES Y MÉTODOS

a) Diseño de estudio

Estudio observacional, analítico, tipo cohorte retrospectivo

b) Población

Pacientes entre 18 y 80 años con presencia de lesiones colónicas no pediculadas \geq 10 mm sometidos a mucosectomía en hospital público de tercer nivel de Lima (Perú).

Criterios de inclusión

Expuestos

Pacientes entre 18 y 80 años con presencia de pólipos no pediculados \geq 10 mm sometidos a mucosectomía bajo el agua en un hospital público de tercer nivel de Lima, Perú, entre el periodo 1 de enero 2022 al 1 de julio de 2024

No expuestos

Pacientes entre 18 y 80 años con presencia de pólipos no pediculados \geq 10 mm sometidos a mucosectomía convencional en un hospital público de tercer nivel de Lima, Perú, entre el periodo 1 de enero 2022 al 1 de julio de 2024

Criterios de exclusión

Pacientes con datos incompletos en informe de procedimiento endoscópico.

Pacientes con diagnóstico de síndromes polipósicos hereditarios, enfermedad intestinal inflamatoria y gestantes.

Pacientes que no presenten colonoscopia control en los primeros 12 meses.

c) Muestra

Tamaño muestral

De acuerdo con literatura internacional, Spadaccini et al. reporta tasa de recurrencia en mucosectomía bajo el agua de 8.8%; y 13.8% en mucosectomía convencional (17), con una razón de expuestos y no expuestos de 1, con intervalo de confianza del 95% y potencia 80%, utilizando Epidat versión 4.2, se calcula un tamaño muestral de 1258, correspondiendo 629 en cada grupo. (Anexo 1)

Tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia. La técnica de mucosectomía es decisión del operador independiente de las características del paciente y las características morfológicas y ubicación del pólipo.

d) Definición operacional de variables

Se especifican variables en presente estudio en tabla de operacionalización de variables. (Anexo 2)

Variables dependientes

- **Recurrencia:** Presencia de tejido residual en área donde se realizó previamente mucosectomía confirmado por estudio histológico en colonoscopia control. Variable cualitativa dicotómica, nominal.
- **Complicación post mucosectomía:** Presencia de sangrado temprano o tardío, síndrome post-polipectomía, perforación o muerte posterior a procedimiento durante los 30 primeros días. Variable cualitativa dicotómica, nominal.

Variable independiente

- **Tipo de mucosectomía:** Técnica de mucosectomía endoscópica que se utilizó para la resección de pólipos. Variable cualitativa dicotómica, nominal.

e) Procedimientos y técnicas

Se solicitará evaluación y aprobación por los directores de la Institución para realizar dicho estudio, manifestando objetivo principal, riesgos y beneficios.

Se coordinará con área de estadística el acceso a las historias clínicas electrónicas de pacientes programados para mucosectomía en el servicio de Gastroenterología en el periodo de 1 enero de 2022 y julio de 2024.

Se revisarán historias clínicas electrónicas y se aplicarán criterios de inclusión y exclusión. Se recolectarán datos en una ficha de datos electrónica (Anexo 3) en formato Excel sobre datos de paciente como edad y sexo; características del pólipo como localización, forma y tamaño; características histológicas como tipo de pólipo, presencia de márgenes libres; características del procedimiento endoscópico como tipo de mucosectomía, tipo de resección, presencia de complicaciones (sangrado, síndrome post polipectomía o perforación) y evaluación de recurrencia en colonoscopia control a los 12 meses.

Posteriormente se plasmará todo en una base de datos en Excel. Tanto en la ficha de datos como en la base de datos se excluirán datos de identificación y se asignará un código para mantener confidencialidad; además del almacenaje de información se realizará en ordenador portátil con acceso mediante clave digital conocido solo por el investigador principal.

f) Aspectos éticos del estudio

El presente proyecto de investigación se llevará a cabo de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki. Así mismo protege la propiedad intelectual de autores evitando conductas inadecuadas de investigación como fraude, falsificación o plagio, citando adecuadamente cada fuente bibliográfica. Para la realización del

proyecto se obtendrá la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. La fuente de datos del presente estudio serán historias clínicas electrónicas por lo que no se requiere firma de consentimiento informado. La confidencialidad de los pacientes se asegurará con la asignación de un código a cada participante en la ficha de datos y el llenado de esta se realizará en un ordenador donde el investigador únicamente tendrá acceso mediante clave digital.

g) Plan de análisis

Se resumirán las características de pacientes, resección endoscópica y se realizara análisis estadístico mediante programa STATA 14.

Se calcularán frecuencias absolutas y porcentajes de las variables categóricas.

Se calculará la tasa de resecciones en bloque, resección completa (R0), recurrencia; y la frecuencia de complicaciones.

Para evaluar asociaciones entre variables clínicas y la ocurrencia de complicaciones se aplicarán pruebas estadísticas como chi cuadrado o prueba exacta de Fisher para variables categóricas. Se calculará el riesgo relativo (RR) como medida de asociación. Se considerará un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres-Galarza A, et al. The role of human microbiota in the development of colorectal cancer: A literature review. *Medicine in Microecology*. 2024 ; 20 :100100
2. Agrawal N, et al. Colorectal cancer spectrum: From subtypes and epidemiology to oncotherapies. *Gastroenterology & Endoscopy*. 2025 ; 3 (2): 55–64
3. Ferlay J, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. International Agency for Research on Cancer. [Internet]. 2024 Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/tomorrow>

4. Jiang, C. et al. Colorectal cancer initiation: Understanding early-stage disease for intervention. *Cancer Letters*. 2024. 589: 216831
5. Baile-Maxía S, et al. Risk factors for metachronous colorectal cancer or advanced lesions after endoscopic resection of serrated polyps: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointestinal endoscopy*. 2024 ; 100(4): 609-615
6. Arévalo C, Chunga N, et al. Localización y tamaño de los adenomas del colon como factores asociados a displasia de alto grado. *Revista Gastroenterol Perú*. 2017; 37(4):301-304.
7. Baile-Maxía S, Jover R. Surveillance after colorectal polyp resection. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2023; 66: 101848
8. Garrett G, et al. Colorectal polyp classification and management of complex polyps for surgeon endoscopists. *Can J Surg*. 2023 ; 66(5) : 491-497
9. Ishigaki T, et al. Treatment policy for colonic laterally spreading tumors based on each clinicopathologic feature of 4 subtypes: actual status of pseudo-depressed type. *Gastrointestinal endoscopy*. 2020 ; 92(5): 1083-1094
10. Zhao X, et al. Clinico-pathological Characteristics of Laterally Spreading Colorectal Tumor. *PLOS ONE*. 2014 ; 9(4): 94552
11. Yang D, et al. Endoscopic Mucosal Resection vs Endoscopic Submucosal Dissection For Barrett's Esophagus and Colorectal Neoplasia. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2019;17(6): 1019–1028
12. Kandel P, Wallace M. Colorectal endoscopic mucosal resection (EMR). *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2017; 31(4): 455-471
13. Htet H., Longcroft-Wheaton G. Prevention of delayed bleeding after resection of large colonic polyps. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2024 ;69 : 101907
14. Choi A, et al. Underwater versus conventional EMR for colorectal polyps: systematic review and meta-analysis. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2021; 93(2): 378-389
15. Lao W, Prasoon P, Cao G, et al. Risk factors for incomplete polyp resection during colonoscopy. *Laparoscopic, Endoscopic and Robotic Surgery*. 2021 ; 4(4) :105-110
16. Tanaka K, et al. Safety and efficacy of underwater EMR for 10- to 20-mm colorectal serrated lesions (SEA CLEAR study). *Gastrointestinal Endoscopy*. 2025; 101(3): 632-638
17. Spadaccini M, et al. Underwater EMR for colorectal lesions: a systematic review with meta-analysis. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2019; 89 (6) :1109-16
18. Barclay R, Percy D. Underwater endoscopic mucosal resection without submucosal injection (UEMR) for large colorectal polyps: A community-based series. *The American Journal of Surgery*. 2020 : 220(3) : 693-696

19. Kwok K, et al. Polypectomy Techniques for Pedunculated and Nonpedunculated Polyps. *Techniques and Innovations in Gastrointestinal Endoscopy*. 2023 ; 25(4) : 361-371
20. Yen A, et al. Underwater versus conventional endoscopic resection of nondiminutive nonpedunculated colorectal lesions: a prospective randomized controlled trial. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2020; 91(3) : 643-54
21. Cadoni S., et al. Water-assisted colonoscopy: an international modified Delphi review on definitions and practice recommendations. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2021; 93(6): 1411-1420
22. Radadiya D, et al. Analyzing methods for reducing recurrence rates after EMR of large non pedunculated colorectal polyps: an indirect pairwise comparison. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2024; 99(3) :326-336
23. Yamashina T, et al. Comparison of Underwater vs Conventional Endoscopic Mucosal Resection of Intermediate-Size Colorectal Polyps. *Gastroenterology*. 2019; 157(2): 451–461
24. Nagl S, et al. Underwater vs Conventional Endoscopic Mucosal Resection of Large Sessile or Flat Colorectal Polyps: A Prospective Randomized Controlled Trial. *Gastroenterology*. 2021 ; 161(5) : 1460-1474
25. Lenz L, et al. Underwater versus conventional EMR for nonpedunculated colorectal lesions: a randomized clinical trial. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2023;97(3): 549-58

7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

El presente estudio será autofinanciado.

Materiales	Costo por unidad (S/.)	Cantidad	Costo total (S/.)
Transporte	18 por galón	2 galones al mes	396.00
Internet	79 por mes	11 meses	869.00
Hojas bond	15.70 por paquete	1 paquete	15.70
Tablero	5.20 por unidad	1 unidad	5.20
Lapiceros	0.60 por unidad	6 unidades	3.60
Asesoría estadística	150 por sesión	1 sesión	150.00
Total			1439.50

Cronograma

El presente proyecto se realizará en el periodo de 11 meses según el siguiente cronograma. (Anexo 4 Diagrama de Gantt)

Actividad	Fecha inicio	Fecha fin	N° total días
1. Planteamiento del problema	01/03/2025	31/03/2025	30
2. Revisión bibliográfica	1/3/2025	31/3/2025	30
3. Formulación de objetivos e hipótesis	1/4/2025	31/5/2025	60
4. Diseño metodológico	1/4/2025	31/5/2025	60
5. Aprobación por Comité de Ética	1/6/2025	31/7/2025	60
6. Recolección de datos	1/8/2025	31/10/2025	90
7. Análisis de datos	1/11/2025	30/11/2025	30
8. Redacción de resultados y discusión	1/12/2025	31/12/2025	30
9. Elaboración de informe final	1/12/2025	31/12/2025	30
10. Presentación publicación	1/1/2026	31/1/2026	30

ANEXOS

Anexo 1. Cálculo de tamaño muestral

Se ingresan datos al programa Epidat versión 4.2, de acuerdo con estudio de Spadaccini M et al (17)

- Fórmula: estudios de cohortes
- Variable principal: Recurrencia post mucosectomía
- Riesgo en expuestos: 8.8%
- Riesgo en no expuestos: 13.8%
- Razón no expuestos/expuestos: 1
- Nivel de confianza: 95%
- Potencia: 80
- Resultado: 629 pacientes por grupo

[1] Tamaños de muestra. Estudios de cohorte:

Datos:

Riesgo en expuestos:	8,800%
Riesgo en no expuestos:	13,800%
Riesgo relativo a detectar:	0,638
Razón no expuestos/expuestos:	1,00
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Expuestos	No expuestos	Total
80,0	629	629	1.258

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

Anexo 2. Tabla de operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Edad	Número de años vividos desde el nacimiento hasta momento de realizar procedimiento.	Cuantitativa discreta	Ordinal	18 – 80 años
Sexo	Características genéticas y biológicas que distinguen al hombre y la mujer.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Masculino Femenino
Tipo de	Técnica endoscópica que se utilizó	Cualitativa	Nominal	cEMR

mucosectomía	para la resección de pólipos.	dicotómica		uEMR
Localización	Ubicación en el colon donde se realiza la resección del pólipo.	Cualitativa politómica	Nominal	Colon derecho Colon transverso Colon izquierdo
Morfología del pólipo	Característica morfológica endoscópica de acuerdo con la clasificación de Paris. (Anexo 5)	Cualitativa politómica	Nominal	0-Is, 0-IIa, 0-IIb, 0-IIc, 0-III
Tamaño del pólipo	Tamaño del pólipo establecido en milímetros (mm) de forma endoscópica guiado por instrumentos como pinza de biopsia o asa de polipectomía.	Cuantitativa discreta	Ordinal	10-50 mm
Tipo de resección	Número de piezas que se obtienen tras la resección endoscópica de un pólipo.	Cualitativa dicotómica	Nominal	En bloque En pedazos
Resección completa	Resección con márgenes horizontales y verticales reportados como libres en el estudio histológico.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
Recurrencia	Presencia de tejido residual en área donde se realizó previamente mucosectomía confirmado por estudio histológico en colonoscopia control a los 12 meses	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
Complicación	Presencia de sangrado temprano o tardío, síndrome post-polipectomía, perforación o muerte durante los 30 primeros días posterior a procedimiento.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
Sangrado temprano	Sangrado que ocurre dentro de las primeras 24 horas, incluido el sangrado intraprocedimiento, que amerita hemostasia con técnicas endoscópicas.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
Sangrado tardío	Sangrado que ocurre posterior a las primeras 24 horas del procedimiento hasta los primeros 30 días, que ameritan soporte transfusional y/o nuevo procedimiento endoscópico para	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No

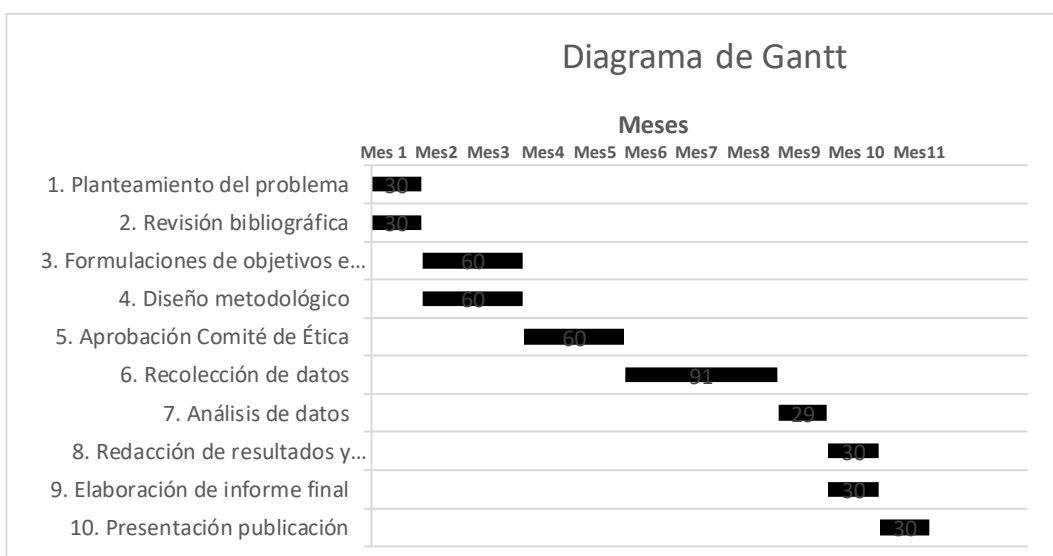
	hemostasia.			
Síndrome post-polipectomía	Presencia de dolor abdominal asociado a síntomas inflamatorios sistémicos que ameriten periodo de observación hospitalaria con imágenes de tomografía computarizada negativa para perforación abdominal.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
Perforación abdominal	Visualización de grasa peritoneal u órgano extramural en imagen endoscópica o neumoperitoneo en tomografía computarizada.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No

Anexo 3. Ficha de recolección de datos (Formato Excel)

Ficha de datos						
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS						
Código	9999					
Iniciales	ABC					
Nombre						
Edad	63					
Sexo	Femenino	()	Masculino	()		
CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS						
Tipo de Resección	cEMR	()	uEMR	()		
Ubicación pólipo	Colon derecho	()	Colon transverso	()	Colon izq.	()
Clasificación París	0-Is	()	0-Isp	()	0- IIa	()
	0-IIb	()	0-IIc	()	0-III	()
Lesión de extensión lateral (LST)	Granular homogeno	()	No granular plano elevado	()		
	Granular mixto	()	No granular pseudodeprimido	()		
Tamaño pólipo (mm)						
Resección	En bloque	()	En pedazos	()		
CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS						
Tipo de pólipo	Adenoma	()	Aserrado	()		
	Mixto	()	Hiperplásico	()		

Márgenes libres	SÍ	()	No	()
COMPLICACIONES				
Presencia de complicación primeros 30 días	Sí	()	No	()
De ser sí la respuesta:	Tipo de complicación		Sangrado temprano	()
			Sangrado tardío	()
			Perforación abdominal	()
			Sd. Post polipectomía	()
COLONOSCOPIA CONTROL				
Fecha:	dd/mm/yyyy			
Recurrencia	Sí	()	No	()

Anexo 4. Cronograma esquematizado en Diagrama de Gantt



Anexo 5. Clasificación de Paris de acuerdo con morfología de pólipos según Garrett G, et al (8)

