

**CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS**

# **ACTUALIZACIÓN DEL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN ANDALUCÍA. ANEXOS**

**PLAN INTEGRAL DE  
ONCOLOGÍA DE ANDALUCÍA**



**JUNTA DE ANDALUCÍA**

# Actualización del Cribado de Cáncer Colorrectal en Andalucía. Anexos



PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA DE ANDALUCÍA



ACTUALIZACIÓN del cribado de cáncer colorrectal en Andalucía [Recurso electrónico]: anexos / [autores: Fernández Echegaray, Rosario (coordinadora)...et al.]. – [Sevilla] : Consejería de Salud y Familias, 2019.  
Texto electrónico (pdf), 39 p. : il.  
Plan Integral de Oncología de Andalucía.  
1. Neoplasias colorrectales. 2. Tamizaje masivo.  
3. Detección precoz del cáncer. 4. Planes y programas de salud. 5. Andalucía. I. Fernández Echegaray, Rosario II. Andalucía. Consejería de Salud y Familias.

WI 529

### **Autores:**

Fernández Echegaray, Rosario (Coordinadora). Médica. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Asesora Técnica del Plan Integral de Oncología de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias. Sevilla.

Bayo Lozano, Eloisa. Médica. Especialista en Oncología Radioterápica. Directora UGC Oncología Radioterápica y Radiofísica. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Garrucho Moreno, Joaquín. Médico. Especialista en Medicina Familia y Comunitaria. Asesor Técnico del Servicio de Coordinación de Sistemas de Información. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias. Sevilla.

Hervás Molina, Antonio José. Médico. Especialista en Aparato Digestivo. Jefe de Sección UGC de Aparato Digestivo. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Romero Gómez, Manuel. Médico. Especialista en Aparato Digestivo. Coordinador PAI Cáncer colorectal. Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Sánchez Pérez, M<sup>a</sup> José. Médica. Especialista en Microbiología y Parasitología Clínica. Directora del Registro de Cáncer de Granada. Granada. Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Investigadora de CIBERESP y vicedirectora de ibs. Granada, Granada.

Vicente Baz, David Médico. Especialista en Oncología Médica. Coordinador del Plan Oncológico de Andalucía. Jefe de Sección de la UGC de Oncología Médica. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons  
**Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada4.0 Internacional License**

Editado: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias, 2019.  
Maquetación: Mónica Padiel Espinosa. Subdirección de Promoción de Salud. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.  
Consejería de Salud: <https://juntadeandalucia.es/organismos/salud.html>  
Repositorio Institucional de Salud: [www.repositoriosalud.es](http://www.repositoriosalud.es)





## ANEXOS

ANEXO I: COMUNICACIÓN A PARTICIPANTES. MODELOS DE CARTA.....	4
ANEXO II: INFORMACIÓN NECESARIA DEL PARTICIPANTE CON PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES POSITIVA Y TOMAR POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA.....	22
ANEXO 3. INFORMACIÓN SOBRE LA COLONOSCOPIA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	26
ANEXO 4. PREPARACIÓN PARA LA COLONOSCOPIA.....	32
ANEXO 5. INFORMACIÓN COLONOSCOPIA.....	35
ANEXO 6: INFORMACIÓN ADENOMA.....	36
ANEXO 7: INFORMACIÓN CÁNCER INVASIVO.....	37



## ANEXO I: COMUNICACIÓN A PARTICIPANTES. MODELOS DE CARTA

- 01 Carta de Presentación del programa y primera invitación
- 02 Carta de Envío de material e instrucciones para la recogida de muestra
- 03 Carta de Re-invitación para los casos que no envían el sobre de participación
- 04 Carta de Re-invitación para los casos que enviaron el sobre de participación, a quienes se les envió el kit de recogida de muestra y que no han entregado la muestra
- 05 Carta de Comunicación de resultado negativo de la prueba de sangre oculta en heces (SOH)
- 06 Carta de repetición de prueba de SOH
- 07 Carta de Comunicación de resultado positivo de prueba de SOH (para personas sin cobertura por el SSPA)
- 08 Carta de Comunicación de resultado positivo de prueba de SOH (para personas con cobertura por el SSPA a las que no se ha localizado por teléfono desde Salud Responde)
- 09 Carta recordatorio personas con prueba de sangre oculta en heces positiva y que no acude a la colonoscopia
- 10 Carta de notificación de colonoscopia negativa y aviso de que se citará de nuevo en 10 años.
- 11 Carta de notificación de colonoscopia con ABR
- 12 Carta de notificación de colonoscopia con ARM
- 13 Carta de notificación de salida del programa por edad y prueba de SOH negativa
- 14 Carta de notificación de salida del programa por edad y resultado negativo de la colonoscopia
- 15 Carta de notificación de salida del programa por edad y resultado ABR de la colonoscopia
- 16 Carta de invitación sucesiva



## MATERIAL QUE ACOMPAÑA A LAS CARTAS

01 Carta de Presentación del programa y primera invitación:

- Sobre franqueo concertado
- Tríptico informativo

02 Carta de Envío de material e instrucciones para la recogida de muestra:

- Tubo para recogida de muestras
- Bolsita de plástico para introducir el tubo con la muestra
- Díptico con las instrucciones para la recogida de muestra
- Petición Analítica
- Sobre/bolsa (para entrega en CS del tubo + petición analítica)

03 Carta de Re-invitación para los casos que no envían la tarjeta de participación:

- Sobre franqueo concertado
- Tríptico informativo

04 Carta de Re-invitación para los casos que enviaron la carta de participación, a quienes se les envió el kit de recogida de muestra y que no han entregado la muestra:

- Sobre franqueo concertado

06 Carta de repetición de prueba de SOH:

- Tubo para recogida de muestras
- Bolsita de plástico para introducir el tubo con la muestra
- Díptico con las instrucciones para la recogida de muestra
- Petición Analítica
- Sobre (para entrega en CS del tubo + petición analítica)



## 01 CARTA DE PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA Y PRIMERA INVITACIÓN

D. NOMBRE Y APELLIDOS  
CALLE Y NÚMERO  
CÓDIGOPOSTAL-LOCALIDAD- PROVINCIA

Localidad, FECHA

Estimado/a Sr./Sra.:

Me resulta muy grato ponerme en contacto con usted y comunicarle que en Andalucía venimos trabajando muy activamente desde hace tiempo, con el fin de garantizar al máximo la detección precoz de ciertos tipos de cánceres con actuaciones que permiten descubrirlos cuando las posibilidades de curación son mayores. Hoy quiero hacerle partícipe del **Programa de Detección Precoz del Cáncer de Colon y Recto**, dirigido a hombres y mujeres a partir de los 50 años, que permite detectar la enfermedad en sus fases iniciales antes de que aparezcan síntomas.

Si usted está de acuerdo con participar en el programa de forma voluntaria solo tiene que anotar al pie de esta carta su número de teléfono y enviarla por correo postal en el sobre con franqueo en destino que se adjunta\*. Se le realizará una prueba sencilla: **el test de sangre oculta en heces**, capaz de revelar la presencia de alteraciones en el colon o recto que sería preciso estudiar más a fondo.

Los resultados de la prueba le serán comunicados por correo o por teléfono y en caso de detectarse anomalías, se le indicarán los pasos a seguir para evitarle esperas e incomodidades innecesarias. Si usted tiene alguna duda al respecto, puede consultar en el teléfono de Salud Responde (955 54 50 60) que está operativo las 24 horas, los 365 días del año o bien a su médico/a o enfermero/a en su centro de salud.

Con el deseo de que pueda hacer un uso totalmente satisfactorio de esta atención personalizada para la prevención de su salud, reciba un cordial saludo.

CONSEJERO/A DE SALUD Y FAMILIAS

**ANOTE AQUÍ CON NUMEROS CLAROS SUS TELEFONOS DE CONTACTO Y  
ACTUALÍCELOS EN SU CENTRO DE SALUD**

.....  
**Introduzca esta carta en el sobre franqueado y deposítela en correo.**

*(\*) Si usted recibe asistencia sanitaria a través de una aseguradora o entidad distinta al Sistema Sanitario Público de Andalucía también puede participar.*



## 02 CARTA DE ENVÍO DE MATERIAL E INSTRUCCIONES PARA LA RECOGIDA DE MUESTRA

D. NOMBRE Y APELLIDOS  
CALLE Y NÚMERO  
CÓDIGOPOSTAL-LOCALIDAD- PROVINCIA

Localidad, FECHA

Estimado/a Sr./Sra.:

Nos ponemos de nuevo en contacto con Usted desde el **Programa de Detección Precoz del Cáncer de Colon y Recto** de la Consejería de Salud y Familias, para comunicarle que hemos recibido su tarjeta de participación.

En este sobre encontrará usted:

1. Un folleto con la explicación de cómo recoger una pequeña muestra de heces.
2. Un tubo para introducir la muestra.
3. Una bolsita para introducir el tubo con la muestra de heces ya recogida.
4. El volante de petición de la analítica que debe introducir también en el sobre.
5. Un sobre/bolsa vacío.

Por favor, lea atentamente el folleto antes de abrir el tubo y luego siga las instrucciones.

Una vez que haya recogido la muestra, asegúrese de cerrar bien el tapón para evitar la salida de las heces e introduzca el tubo en la bolsita. **La bolsita con el tubo junto con el volante de petición de analítica debe introducirlo en el sobre.**

Llévelo a su centro de salud a cualquier hora y sin pedir cita, preferiblemente de lunes a jueves.

En el centro de salud encontrará señalado el lugar o bien obtendrá información acerca de dónde depositar el sobre con la muestra.

Si no puede llevar la muestra al centro de salud inmediatamente después de recogerla, puede conservar el tubo en la nevera (como máximo tres días).

Los resultados de la prueba le serán comunicados por correo o por teléfono. En caso de detectarse anomalías, se le indicarán los pasos a seguir y se le guiará de modo preciso para evitarle esperas e incomodidades innecesarias.

Le recordamos que puede consultar cualquier duda a través del teléfono de Salud Responde (955 54 50 60) y al personal de su centro de salud.

Agradeciendo de antemano su colaboración, reciba un cordial saludo.

*(\*) Si usted recibe asistencia sanitaria a través de una aseguradora o entidad distinta al Sistema Sanitario Público de Andalucía también puede participar llevando la muestra al centro de salud más cercano a su domicilio.*



### 03 CARTA DE RE-INVITACIÓN PARA LOS CASOS QUE NO ENVÍAN EL SOBRE DE PARTICIPACIÓN

D. NOMBRE Y APELLIDOS  
CALLE Y NÚMERO  
CÓDIGOPOSTAL-LOCALIDAD- PROVINCIA

Localidad, FECHA

Estimado/a Sr./Sra.:

Nos volvemos a poner en contacto con Usted para recordarle que la Consejería de Salud y Familias ha puesto en marcha un **Programa de Detección Precoz del Cáncer de Colon y Recto**. Con este programa se pretende diagnosticar el cáncer de colon y recto en sus fases iniciales, cuando las posibilidades de curación son mayores.

El cáncer de colon es un tipo de cáncer que aparece en el intestino grueso y no suele causar ninguna molestia hasta que está bastante avanzado. El programa, dirigido a hombres y mujeres a partir de los 50 años, que es cuando el cáncer es más frecuente, permite detectar la enfermedad en sus fases iniciales antes de que aparezcan síntomas.

La participación en este programa es voluntaria y requiere la realización de una prueba sencilla: **el test de sangre oculta en heces**. Esta prueba detecta pequeñas cantidades de sangre en las heces, dato que puede estar indicando la presencia de alteraciones en el colon o recto que es preciso estudiar más a fondo.

Si usted está de acuerdo con participar en el programa de forma voluntaria solo tiene que anotar al pie de esta carta su número de teléfono y enviarla por correo postal en el sobre con franqueo en destino que se adjunta\*. Poco después, recibirá por correo las instrucciones y el material necesario para recoger una pequeña muestra de heces que se analizará en el laboratorio.

Los resultados de la prueba le serán comunicados por correo o por teléfono. En caso de detectarse anomalías, se le indicarán los pasos a seguir y se le guiará de modo preciso para evitarle esperas e incomodidades innecesarias.

Considerando que la participación en este programa puede aportarle beneficios para su salud, le animamos a participar y le recordamos que podrá consultar cualquier duda a través del teléfono de Salud Responde (955 54 50 60) y del personal de su centro de salud.

Agradeciendo de antemano su colaboración, reciba un cordial saludo.

**ANOTE AQUÍ CON NUMEROS CLAROS SUS TELEFONOS DE CONTACTO Y  
ACTUALÍCELOS EN SU CENTRO DE SALUD**

.....

**Introduzca esta carta en el sobre franqueado y deposítela en correo.**

*(\*) Si usted recibe asistencia sanitaria a través de una aseguradora o entidad distinta al Sistema Sanitario Público de Andalucía también puede participar llevando la muestra al centro de salud más cercano a su domicilio.*



**04 CARTA DE RE-INVITACIÓN PARA LOS CASOS QUE ENVIARON EL SOBRE DE PARTICIPACIÓN, A QUIENES SE LES ENVIÓ EL KIT DE RECOGIDA DE MUESTRA Y QUE NO HAN ENTREGADO LUEGO LA MUESTRA**

D. NOMBRE Y APELLIDOS  
CALLE Y NÚMERO  
CÓDIGOPOSTAL-LOCALIDAD- PROVINCIA

Localidad, FECHA

Estimado/a Sr./Sra.:

Nos ponemos en contacto con Usted desde el **Programa de Detección Precoz del Cáncer de Colon y Recto** de la Consejería de Salud y Familias. El motivo de la presente carta es comunicarle que **no hemos recibido su muestra** para el análisis de sangre oculta en heces.

Le recordamos que **aún está a tiempo de participar, llevando la muestra a su centro de salud.**

Es posible que se haya extraviado el sobre que le remitimos con las instrucciones y el material para recoger la muestra, o bien que el material se haya deteriorado. **Si este es el caso y aún desea participar en el programa** una vez anotado al pie de esta carta su número de teléfono, **le rogamos que vuelva a enviarla** por correo postal en el sobre con franqueo en destino que se adjunta\*. Volveremos a mandarle por correo las instrucciones y el material necesario para recoger una pequeña muestra de heces.

Considerando que la participación en este programa puede aportar beneficios para su salud, le animamos a participar y le recordamos que podrá consultar cualquier duda a través del teléfono de Salud Responde (955 54 50 60) y del personal de su centro de salud.

Agradeciendo de antemano su colaboración, reciba un cordial saludo.

**ANOTE AQUÍ CON NUMEROS CLAROS SUS TELEFONOS DE CONTACTO Y  
ACTUALÍCELOS EN SU CENTRO DE SALUD**

.....

.....

**Introduzca esta carta en el sobre franqueado y deposítela en correo.**

*(\*) Si usted recibe asistencia sanitaria a través de una aseguradora o entidad distinta al Sistema Sanitario Público de Andalucía también puede participar llevando la muestra al centro de salud más cercano a su domicilio.*



## 05 CARTA DE COMUNICACIÓN DE RESULTADO NEGATIVO DE PRUEBA DE SOH

D. NOMBRE Y APELLIDOS  
CALLE Y NÚMERO  
CÓDIGOPOSTAL-LOCALIDAD- PROVINCIA

Localidad, FECHA

Estimado/a Sr./Sra.:

Nos complace comunicarle que el análisis de sangre oculta en heces que se le ha realizado recientemente en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto ha sido negativo (normal) y por tanto no tiene sangre oculta en heces.

**En este Programa, se recomienda repetir la prueba cada dos años hasta cumplir los 69 años. A tal efecto, nos pondremos de nuevo en contacto con usted para invitarle a seguir participando en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto.**

**No obstante, si en algún momento antes de la siguiente prueba (dentro de dos años), notara algún síntoma (sangre en las heces, cambio en la frecuencia o consistencia habitual de las deposiciones o molestias intestinales), no dude en acudir a su médico/a.**

Agradeciendo su participación, reciba un cordial saludo.



## 06 CARTA DE REPETICIÓN DE PRUEBA DE SOH

D. NOMBRE Y APELLIDOS  
CALLE Y NÚMERO  
CÓDIGOPOSTAL-LOCALIDAD- PROVINCIA

Localidad, FECHA

Estimado/a Sr./Sra.:

Nos dirigimos a Usted para comunicarle que **el análisis de la muestra de heces** que nos envió al Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto **no se ha podido realizar por problemas técnicos**. Para poder realizarlo, es necesaria una nueva muestra.

A tal fin, le volvemos a enviar el material necesario. En este sobre encontrará usted:

- Un folleto con la explicación de cómo recoger una pequeña muestra de heces.
- Un tubo para introducir la muestra.
- Una bolsita para introducir el tubo con la muestra de heces ya recogida.
- El volante de petición de la analítica que debe introducir también en el sobre.
- Un sobre vacío.

Por favor, lea atentamente el folleto antes de abrir el tubo y luego siga las instrucciones.

Una vez que haya recogido la muestra, asegúrese de cerrar bien el tapón para evitar la salida de las heces e introduzca el tubo en la bolsita. **La bolsita con el tubo junto con el volante de petición de analítica debe introducirlo en el sobre.**

Llévelo a su centro de salud a cualquier hora y sin pedir cita, preferiblemente de lunes a jueves.

En el centro de salud encontrará señalizado el lugar o bien obtendrá información acerca de dónde depositar el sobre con la muestra.

Si no puede llevar la muestra al centro de salud inmediatamente después de recogerla, puede conservar el tubo en la nevera (como máximo tres días).

Los resultados de la prueba le serán comunicados por correo o por teléfono. En caso de detectarse anomalías, se le indicarán los pasos a seguir y se le guiará de modo preciso para evitarle esperas e incomodidades innecesarias.

Le recordamos que puede consultar cualquier duda a través del teléfono de Salud Responde (955 54 50 60) y al personal de su centro de salud.

Agradeciendo de antemano su colaboración, reciba un cordial saludo.

(\*) Si usted recibe asistencia sanitaria a través de una aseguradora o entidad distinta al Sistema Sanitario Público de Andalucía también puede participar llevando la muestra al centro de salud más cercano a su domicilio.



## 07 CARTA DE COMUNICACIÓN DE RESULTADO POSITIVO DE SOH (PARA PERSONAS SIN COBERTURA POR EL SSPA)

D. NOMBRE Y APELLIDOS  
CALLE Y NÚMERO  
CÓDIGOPOSTAL-LOCALIDAD- PROVINCIA

Localidad, FECHA

Estimado/a Sr./Sra.:

Nos dirigimos a Usted para comunicarle que el análisis de heces que se le ha realizado recientemente en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto ha resultado positivo. Esto quiere decir que **se han encontrado indicios de sangre en las heces.**

Este resultado no indica que Usted tenga cáncer. De hecho, por cada 10 personas en las que se detecta sangre en las heces:

- 5 no tienen ninguna patología que requiera tratamiento
- 4 tendrán un pólipo (lesión benigna) que se le extraerá fácilmente mediante colonoscopia
- 1 puede tener cáncer, y en la mayor parte de estos casos, se detecta precozmente.

Para poder valorar su situación, es necesario realizarle una colonoscopia. Por ello, es muy importante que lleve esta carta al médico/a de su compañía aseguradora, para que le explique los pasos a seguir.

Si tiene cualquier duda, puede Usted aclararla a través del teléfono de Salud Responde (955 54 50 60). Si llama, debe Usted indicar que recibe la asistencia sanitaria de una aseguradora o entidad distinta al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Agradeciendo de antemano su colaboración, reciba un cordial saludo.



**08 CARTA DE COMUNICACIÓN DE RESULTADO POSITIVO DE PRUEBA DE SOH  
(PARA PERSONAS CON COBERTURA POR EL SSPA A LAS QUE NO SE HA  
LOCALIZADO POR TELÉFONO DESDE SALUD RESPONDE)**

D. NOMBRE Y APELLIDOS  
CALLE Y NÚMERO  
CÓDIGOPOSTAL-LOCALIDAD- PROVINCIA

Localidad, FECHA

Estimado/a Sr./Sra.:

Nos dirigimos a Usted para comunicarle que el análisis de heces que se le ha realizado recientemente en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto ha resultado positivo. Esto quiere decir que **se han encontrado indicios de sangre en las heces.**

Este resultado no indica que Usted tenga cáncer. De hecho, por cada 10 personas en las que se detecta sangre en las heces:

- 5 no tienen ninguna patología que requiera tratamiento
- 4 tendrán un pólipo (lesión benigna) que se le extraerá fácilmente mediante colonoscopia
- 1 puede tener cáncer, y en la mayor parte de estos casos, se detecta precozmente.

Hemos intentado contactar con Usted telefónicamente sin conseguirlo, por eso le informamos del resultado por carta.

Para poder valorar su situación, es necesario realizarle más exploraciones. Por ello, es muy importante que cuanto antes pida cita con el/la enfermero/a de su centro de salud que está encargado/a del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto. Para pedir esta cita, llame al teléfono de Salud Responde (955 54 50 60) y explique que ha recibido esta carta.

Agradeciendo de antemano su colaboración, reciba un cordial saludo.



## **09 CARTA RECORDATORIO PERSONAS CON PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES POSITIVA Y QUE NO ACUDE A LA COLONOSCOPIA**

D. NOMBRE Y APELLIDOS  
CALLE Y NÚMERO  
CÓDIGOPOSTAL-LOCALIDAD- PROVINCIA

Localidad, FECHA

Estimado/a Sr./Sra.:

Recientemente estaba Usted citado en el Servicio de Digestivo de su Hospital de referencia para realizarse una colonoscopia.

Dado que no acudió a la cita, nos ponemos en contacto con Usted para recordarle la importancia de realizar dicha prueba. Por las repercusiones para su salud y los beneficios del diagnóstico precoz, le aconsejamos que cuanto antes pida cita en su centro de salud con el/la enfermero/a responsable del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto. Lleve esta carta a la consulta de enfermería y volverán a darle cita en el hospital para la colonoscopia.

Agradeciendo de antemano su colaboración, reciba un cordial saludo.



## **10 CARTA DE NOTIFICACIÓN DE COLONOSCOPIA NEGATIVA Y AVISO DE QUE SE CITARÁ DE NUEVO EN 10 AÑOS**

D. NOMBRE Y APELLIDOS  
CALLE Y NÚMERO  
CÓDIGOPOSTAL-LOCALIDAD- PROVINCIA

Localidad, FECHA

Estimado/a Sr./Sra.:

Nos complace comunicarle que el resultado de la colonoscopia que se le ha realizado recientemente en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto ha sido **NEGATIVO** (normal).

En este Programa, cuando una colonoscopia es normal, se recomienda el próximo análisis de sangre oculta en heces a los diez años. A tal efecto, nos pondremos de nuevo en contacto con usted para invitarle a seguir participando en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto.

No obstante, si en algún momento antes de la siguiente prueba (dentro de diez años), notara algún síntoma (sangre en las heces, cambio en la frecuencia o consistencia habitual de las deposiciones o molestias intestinales), no dude en acudir a su médico/a.

Agradeciendo su participación, reciba un cordial saludo.



## 11 CARTA DE NOTIFICACIÓN DE COLONOSCOPIA CON HALLAZGO ABR Y AVISO DE QUE SE CITARÁ DE NUEVO EN 5 AÑOS

D. NOMBRE Y APELLIDOS  
CALLE Y NÚMERO  
CÓDIGOPOSTAL-LOCALIDAD- PROVINCIA

Localidad, FECHA

Estimado/a señor/a:

En el estudio realizado dentro del Programa Andaluz de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal, le ha sido extirpado adenoma/s, que tras ser analizados se han catalogado como de bajo riesgo.

Aunque se trata de una **lesión benigna** se sabe que las personas que han presentado un pólipo tienen una mayor probabilidad de desarrollar nuevas lesiones colorrectales en el futuro, motivo por el que se recomienda efectuar una vigilancia mediante colonoscopia o mediante test de sangre oculta en heces.

La probabilidad de desarrollar nuevas lesiones viene condicionada por el número, tamaño y características histológicas de los pólipos y en función de estos factores se decide la periodicidad y el tipo de exploración.

Según las recomendaciones actuales,\* **el seguimiento adecuado en su caso es una prueba de sangre oculta en heces dentro de 5 años**

El programa se pondrá en contacto con usted pasado este período. De cualquier forma, si durante este tiempo presenta síntomas abdominales de reciente aparición, debe consultar con su médico.

Le agradecemos su participación y le recordamos que podrá resolver cualquier duda y conseguir toda la información del programa a través de los profesionales de su centro de salud.

Reciba un cordial saludo,

\*Recomendaciones de las guías europeas de garantía de calidad en cribado y diagnóstico de cáncer colorrectal.



## 12 CARTA DE NOTIFICACIÓN DE COLONOSCOPIA CON HALLAZGO ARM

D. NOMBRE Y APELLIDOS  
CALLE Y NÚMERO  
CÓDIGOPOSTAL-LOCALIDAD- PROVINCIA

Localidad, FECHA

Estimado/a señor/a:

En el estudio realizado dentro del Programa Andaluz de detección precoz de cáncer colorrectal se le ha extirpado un **adenoma/s, que tras ser analizados se han catalogado como de riesgo medio.**

Aunque se trata de una lesión benigna se sabe que las personas que han presentado un pólipo tienen una mayor probabilidad de desarrollar nuevas lesiones colorrectales en el futuro, motivo por el que se recomienda efectuar una vigilancia mediante colonoscopia.

La probabilidad de desarrollar nuevas lesiones viene condicionada por el número, tamaño y características histológicas de los pólipos y en función de estos factores se decide la periodicidad y el tipo de exploración.

Según las recomendaciones actuales, **\*el seguimiento adecuado en su caso es una nueva colonoscopia dentro de 3 años.** Por este motivo le recomendamos que acuda con esta carta a la consulta de su médico de familia. El será la persona que le informe sobre como proceder para la siguiente colonoscopia.

Le agradecemos su participación y le recordamos que podrá resolver cualquier duda y conseguir toda la información del programa a través de los profesionales de su centro de salud.

Reciba un cordial saludo,

\*Recomendaciones de las guías europeas de garantía de calidad en cribado y diagnóstico de cáncer colorrectal.



### **13 CARTA DE NOTIFICACIÓN DE SALIDA DEL PROGRAMA POR EDAD Y PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES NEGATIVA**

D. NOMBRE Y APELLIDOS  
CALLEY NÚMERO  
CÓDIGOPOSTAL-LOCALIDAD- PROVINCIA

Localidad, FECHA

Estimado/a Sr./Sra.:

Nos complace comunicarle que el análisis de sangre oculta en heces que se le ha realizado recientemente en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto ha sido NEGATIVO (normal).

Como sabe, el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto va dirigido a hombres y mujeres con edad entre 50 y 69 años. Al superar usted los 69 años en el momento en que estaría indicada la próxima prueba (dentro de dos años), le comunicamos que ha finalizado el control preventivo que se considera necesario.

No obstante, si en algún momento notara algún síntoma (sangre en las heces, cambio en la frecuencia o consistencia habitual de las deposiciones o molestias intestinales), no dude en acudir a su médico/a lo antes posible.

Agradeciendo de antemano su colaboración, reciba un cordial saludo.



## **14 CARTA DE NOTIFICACIÓN DE SALIDA DEL PROGRAMA POR EDAD Y RESULTADO NEGATIVO DE COLONOSCOPIA**

D. NOMBRE Y APELLIDOS  
CALLE Y NÚMERO  
CÓDIGOPOSTAL-LOCALIDAD- PROVINCIA

Localidad, FECHA

Estimado/a Sr./Sra.:

Nos complace comunicarle que la colonoscopia que se le ha realizado recientemente en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto ha sido **NEGATIVA** (normal).

Como sabe, el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto va dirigido a hombres y mujeres con edad entre 50 y 69 años. Al superar usted los 69 años en el momento en que estaría indicada la próxima prueba (dentro de diez años), le comunicamos que ha finalizado el control preventivo que se considera necesario.

No obstante, si en algún momento notara algún síntoma (sangre en las heces, cambio en la frecuencia o consistencia habitual de las deposiciones o molestias intestinales), no dude en acudir a su médico/a lo antes posible.

Agradeciendo de antemano su colaboración, reciba un cordial saludo.



## 15 CARTA DE NOTIFICACIÓN DE SALIDA DEL PROGRAMA POR EDAD Y RESULTADO ABR DE COLONOSCOPIA

D. NOMBRE Y APELLIDOS  
CALLE Y NÚMERO  
CÓDIGOPOSTAL-LOCALIDAD- PROVINCIA

Localidad, FECHA

Estimado/a señor/a:

En el estudio realizado dentro del Programa Andaluz de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal, le ha sido extirpado adenoma/s, que tras ser analizados se han catalogado como de bajo riesgo, por lo que le correspondería repetir la **prueba de sangre oculta en heces** a los **cinco años** de este resultado.

Como sabe, el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto va dirigido a hombres y mujeres con edad entre 50 y 69 años. Al superar usted los 69 años en el momento en que estaría indicada la próxima prueba, le comunicamos que en su caso, deberá acudir a su médico de familia.

De cualquier forma, si durante este tiempo presenta síntomas abdominales de reciente aparición, acuda a su médico sin esperar este tiempo.

Le agradecemos su participación en el programa

Reciba un cordial saludo,



## 16 CARTA INVITACIÓN SUCESIVA

D. NOMBRE Y APELLIDOS  
CALLE Y NÚMERO  
CÓDIGOPOSTAL-LOCALIDAD- PROVINCIA

Localidad, FECHA

Estimado/a Sr./Sra.:

Nos ponemos en contacto de nuevo con Vd. **al haber transcurrido ya el tiempo previsto desde su última participación en el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Colon y Recto**, que como sabe, se está llevando a cabo desde la Consejería de Salud y Familias, dirigido a hombres y mujeres con edades entre 50-69 años con objeto de detectar la enfermedad en sus fases iniciales, antes de que aparezcan síntomas.

Si usted está de acuerdo en continuar participando en el programa de forma voluntaria solo tiene que anotar al pie de esta carta su número de teléfono y enviarla por correo postal en el sobre con franqueo en destino que se adjunta\*. Poco después, recibirá por correo las instrucciones y el material necesario para recoger una pequeña muestra de heces que se analizará en el laboratorio.

Los resultados de la prueba le serán comunicados por correo o por teléfono. En caso de detectarse anomalías, se le indicarán los pasos a seguir y se le guiará de modo preciso para evitarle esperas e incomodidades innecesarias.

Considerando que la participación en este programa puede aportarle beneficios para su salud, le animamos a continuar participando y le recordamos que podrá consultar cualquier duda a través del teléfono de Salud Responde (955 54 50 60) y del personal de su centro de salud.



**ANEXO II: INFORMACIÓN NECESARIA DEL PARTICIPANTE CON PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES POSITIVA Y TOMAR POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA**

**VALORACIÓN DE CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEFINITIVA:**

1. ENFERMEDAD GRAVE EN FASE TERMINAL QUE CONTRAINDICA EL ESTUDIO DE COLON:

si  no

2. CRITERIOS DE ALTO RIESGO DE CÁNCER DE COLON O RECTO:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Cáncer de colon o recto (CCR) \* si  no

\*[2 familiares de primer grado (padres, hermanos o hijos) diagnosticados de CCR, o 1 familiar de primer grado diagnosticado de CCR antes de los 60 años]

Poliposis adenomatosa familiar si  no

Otras poliposis familiares si  no

Síndrome de cáncer hereditario no asociado a poliposis (CCHNP) si  no

ANTECEDENTES PERSONALES:

CCR previo si  no

Poliposis si  no

Adenomas previos si  no

Enfermedad Inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn - colitis ulcerosa)

si  no

Está ya en seguimiento por este motivo: si  no

Si está en seguimiento: Explicar al paciente que no requiere estar en el programa de cribado

Si no está en seguimiento: Derivar al médico/a de familia para incluir en seguimiento de alto riesgo según el proceso de cáncer colorrectal



## **VALORACIÓN DE CRITERIOS DE EXCLUSIÓN NO DEFINITIVA:**

### 1. ACTUALMENTE PRESENTA ALGÚN SÍNTOMA SUGESTIVO DE CCR:

Rectorragia si  no

Cambio hábito intestinal (diarrea/ aumento de nº deposiciones más de 6 semanas)

si  no

Anemia inexplicable por debajo de 11 g/dl Hg en hombres y por debajo de 10 g/dl Hg en mujeres postmenopáusicas

si  no

Si se responde “sí” a alguno de esos síntomas: Derivar al médico/a de familia para atención según proceso asistencial de cáncer colorrectal en caso de que no esté estudiado.

### 2. EXAMEN ENDOSCÓPICO COLORRECTAL PREVIO NORMAL:

Se ha realizado una colonoscopia completa (que alcance ciego) con hallazgo de normalidad, practicada en un periodo inferior a 5 años (documentado mediante documento escrito):

si  no

Fecha --/--/----

Si no está documentada: Incluir en el programa de cribado y dar cita para colonoscopia

## **INFORMACIÓN SOBRE COMORBILIDAD:**

### 1. COMORBILIDAD QUE REQUIERE DERIVACIÓN AL MÉDICO/A DE ATENCIÓN PRIMARIA:

Patología que comprometa la coagulación sanguínea

si  no  Especificar

Derivar al médico/a de familia para que valore la situación antes de dar cita para colonoscopia (analítica de plaquetas, etc.).

Insuficiencia renal crónica en situación de diálisis/prediálisis si  no

*Derivar al médico/a de familia para que valore la situación antes de dar cita para colonoscopia. Tener en cuenta que en pacientes con insuficiencia renal crónica siempre debe hacerse la preparación para la colonoscopia con polietilenglicol.*



## 2. COMORBILIDAD QUE NECESITA CONOCER EL/LA MÉDICO/A ENDOSCOPISTA<sup>1</sup>:

Prótesis valvular si  no

Marcapasos si  no

Otra patología cardíaca si  no  Especificar

Patología infecciosa crónica si  no  Especificar

Hernias abdominales si  no

Antecedentes de cirugía pélvica si  no

Patología pulmonar crónica si  no

Desfibrilador Automático Implantable si  no

En caso de patología pulmonar crónica, la enfermera debe explicar al paciente que posiblemente no pueda administrársele sedación para hacer la colonoscopia.

### **CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN MÉDICA DE NECESIDAD DE SEDACIÓN PROFUNDA<sup>2</sup>:**

Patología que comprometa la coagulación sanguínea

Si  no  Especificar

Antecedentes de mala tolerancia a colonoscopia/s previas si  no

Antecedentes de cirugía pélvica si  no

Radioterapia abdominal si  no

Discapacidad psíquica (nula colaboración o comportamiento imprevisible)

Si  no

---

1 El personal de enfermería solo tiene que recoger la información. La existencia de prótesis valvular o marcapasos será criterio para que en el hospital se ponga profilaxis antibiótica una hora antes de la colonoscopia.

2 El personal de enfermería solo tiene que recoger la información. El/la médico/a endoscopista valorará la necesidad de poner sedación profunda en el momento de la colonoscopia.



## **INFORMACIÓN SOBRE MEDICACION:**

### 1. MEDICACIÓN ANTICOAGULANTE O ANTIAGREGANTE:

Consume medicación si  no

Medicación antiagregantes: si  no  no (si solo toma ácido acetil salicílico a dosis de 100 mg cada 24 horas no es necesario realizar cambios).

Medicación anticoagulante: si  no

Tratamiento con dos antiagregantes si  no

Tratamiento con antiagregante y anticoagulante si  no

### 2. CONSUMO DE OTROS MEDICAMENTOS:

Toma Hierro oral si  no

En caso de tratamiento con hierro oral: Aconsejar al paciente que suspenda el tratamiento los 3-5 días previos a la colonoscopia. Esto es necesario porque el hierro dificulta la visualización del colon.

Antihipertensivos si  no

3 o más fármacos para el control de la tensión arterial si  no

Consume sedantes o hipnóticos de manera regular si  no

Se recoge la información para que la conozca el/la médico/a endoscopista. No se requiere hacer nada ni aconsejar nada al paciente.

### 3. ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y SUSTANCIAS:

Alergias medicamentosas

Si  no  Especificar

Alergia al latex y derivados

Si  no  Especificar

Alergias alimentarias:

Huevo  Soja

Se recoge la información sobre alergias para que la conozca el/la médico/a endoscopista. No se requiere hacer nada ni aconsejar nada al paciente.

Si tras la encuesta el sistema recomienda realización de colonoscopia de cribado, se preguntará al usuario si desea realizarse la colonoscopia si  no

## **FINALIZACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA:**

1. Exclusión definitiva del programa sin necesidad de derivación a médico/a de familia.
2. Exclusión temporal del programa por colonoscopia previa documentada o por presentar signos sugestivos de cáncer colorrectal y por el que se deriva al médico de familia.
3. Citación para colonoscopia.
4. El usuario rechaza la colonoscopia de cribado.



## ANEXO 3. INFORMACIÓN SOBRE LA COLONOSCOPIA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

### FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO

SERVICIO DE  
DIGESTIVO

### 1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*) COLONOSCOPIA TAMBIÉN LLAMADA ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

#### 1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

##### EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

La exploración a la que usted va a someterse se denomina colonoscopia y consiste en la exploración del recto y del colon (intestino grueso) e incluso los últimos centímetros del intestino delgado. Se realiza con un tubo flexible que se introduce por el ano. El tubo (endoscopio) lleva un sistema de iluminación y una cámara. Sirve para el diagnóstico de enfermedades que afectan al intestino grueso así como para el tratamiento de algunas de ellas.

##### CÓMO SE REALIZA:

La exploración se realiza en una posición cómoda sobre el lado izquierdo, aunque puede ser conveniente cambiar de postura durante la misma. La duración de una colonoscopia es variable, pero en total suele ser de unos 30 minutos. Para que la tolere mejor se le administrará un sedante y si es preciso un analgésico. También se puede realizar con sedación profunda o anestesia general.

##### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

El paso del endoscopio por el intestino provoca malestar y sensación de hinchazón. Puede haber momentos de dolor, de corta duración. Esto es debido al paso del endoscopio por las curvas del colon y por el aire introducido. Una vez finalizada la exploración, queda sensación de gases que pasa en poco tiempo. Si se han hecho tratamientos o hay lesiones, como hemorroides, puede verse alguna pequeña hebra de sangre en la primera deposición tras la exploración.

##### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

La colonoscopia está indicada siempre que su médico crea necesario conocer la existencia de alguna enfermedad en su intestino grueso. Por ejemplo, ante síntomas como rectorragia (emisión de sangre a través del ano), anemia por pérdidas de sangre, cambios recientes del ritmo intestinal o diarrea de larga evolución, entre otros.



Durante la exploración se pueden realizar tratamientos como: extirpar pólipos (polipectomía o extirpación de pequeños tumores benignos y a veces también malignos), destruir lesiones mediante la aplicación de calor, gas argón o láser, dilatar zonas estrechas o colocar prótesis.

En algunos casos puede no lograrse completar la exploración de todo el colon o ser aconsejable realizar más de una sesión.

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

Una alternativa a la colonoscopia, para el diagnóstico, es la realización de un enema opaco. Este consiste en introducir un contraste por el ano y rellenar todo el colon. Sus resultados diagnósticos son peores y no permite la toma de biopsias ni la realización de tratamientos. Otra alternativa, para el diagnóstico, es la colonografía virtual mediante TC. Esto puede ser necesario de forma complementaria en ciertas circunstancias o si la colonoscopia no ha sido completa. Para los tratamientos, la única alternativa a la endoscopia es una intervención quirúrgica, lo que implica mayores riesgos.

En su caso:

**QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

La colonoscopia es una técnica muy segura. Las complicaciones suelen ser leves y sin repercusión alguna. Estas son: dolor abdominal, sudoración, hinchazón o distensión abdominal y reacciones no deseadas a la medicación administrada. La posibilidad de complicaciones es mayor cuando el endoscopio se emplea para aplicar tratamientos, como polipectomías, destrucción de lesiones con calor, gas argón o láser, dilataciones o colocación de prótesis.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Las complicaciones graves son poco frecuentes pero posibles. Entre ellas están: perforación o rotura del intestino, hemorragia, reacciones alérgicas medicamentosas graves, alteraciones cardiopulmonares, rotura de aneurisma abdominal y transmisión de infecciones. Excepcionalmente puede requerirse un tratamiento urgente o una intervención quirúrgica.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

**Alergias a medicamentos:** Debe conocerse previamente si hay alergia a anestésicos o sedantes a fin de evitar su empleo si están contraindicados.

**Enfermos con tratamiento antiagregante o anticoagulante:** pueden tener más riesgo de hemorragia, sobre todo si se toman biopsias o con otras maniobras. Se deben tomar precauciones al respecto.



La insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria, la insuficiencia renal, el infarto agudo de miocardio reciente y las enfermedades inflamatorias intestinales graves incrementan el riesgo de complicaciones.

---

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

Realice correctamente la preparación. Facilitará la exploración, disminuirá las molestias y evitará tener que repetirla.

Avise si padece posibles alergias a medicamentos.

Notifique también con tiempo (al menos una semana antes) si toma algún medicamento anticoagulante (Sintrom...) o antiagregante (aspirina, AAS, Tromalyt, Iscover...), ya que puede ser necesario suspenderlos antes.

Acuda acompañado.

No conduzca ni maneje maquinarias peligrosas durante el resto del día si se le ha administrado sedación.

---

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usarán directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.



**1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:**

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

---



<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE DIGESTIVO</b>
-------------------------	------------------------------

**2. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

**2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL** (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

**2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

**2.3 CONSENTIMIENTO**

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_



<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE DIGESTIVO</b>
-------------------------	------------------------------

**2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN**

---

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

**2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

---

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

---



## **ANEXO 4. PREPARACIÓN PARA LA COLONOSCOPIA.**

### **72 HORAS ANTES DE LA EXPLORACIÓN (3 DÍAS)**

- Seguirá una dieta sin residuos y baja en grasas.
- No conviene tomar ningún tipo de frutas, verduras o legumbres (alimentos con residuos) o grasas en los TRES días previos a la exploración.
- Recomendado: Arroz, pastas no integrales, carnes y pescados no grasos a la plancha o cocidos sin salsas, caldos desgrasados (filtrado) y sin verduras, patatas en puré o cocidas sin piel, quesos duros (anejos), galletas no integrales, pan blanco o tostado no integral, leche desnatada, yogurt natural desnatado, café, té e infusiones y bebidas sin burbujas (sin gas).
- No recomendado: Ensaladas, verduras, legumbres, carnes o pescados grasos o en salsa, frutas, embutidos, frutos secos, zumos, leche y productos lácteos enteros, quesos frescos, chocolate, pasteles y bebidas con burbujas (con gas).

### **24 HORAS ANTES DE LA EXPLORACIÓN (1 DÍA)**

- Seguirá una dieta sólo con líquidos claros. No tomará sólidos.
- Líquidos claros son: agua, caldo desgrasado (filtrado), infusiones, té y bebidas sin burbujas. No tome zumos ni leche.

### **EL DÍA DE LA EXPLORACIÓN**

- Puede tomar líquidos claros hasta 2 horas antes de la exploración. Si requiere medicación oral podrá tomarla.

### **TOMA DEL EVACUANTE**

- La limpieza del colon es necesaria para una adecuada visualización del colon. Con la toma de este producto evacuará abundantemente y las últimas deposiciones deberán ser líquidas y de color claro.
- La preparación (salvo indicación en contra) se realizará con la SOLUCIÓN EVACUANTE BOHM (se facilita junto a las instrucciones).



La toma del evacuante se reparte en 2 dosis:

### **Si su cita es por la mañana**

1ª Dosis: el día anterior a la exploración, a las 18 horas (6 de la tarde), tomará 2 litros de solución evacuante (solución Bohm) a razón de 1 litro por hora: 1 sobre en un vaso de agua (250 ml) cada 15 minutos. En total 8 sobres en 8 vasos.

2ª Dosis: el día de la exploración, 5 horas antes de la hora de cita, tomará otros 2 litros de solución evacuante (solución Bohm) a razón de 1 litro por hora: 1 sobre en un vaso de agua (250 ml) cada 15 minutos. En total 8 sobres en 8 vasos. Recuerde que deberá estar en ayunas desde al menos 2 horas antes de la exploración.

### **Si su cita es por la tarde**

1ª Dosis: el día anterior a la exploración, a partir de las 22 horas (10 de la noche), tomará 2 litros de solución evacuante (solución Bohm) a razón de 1 litro por hora: 1 sobre en un vaso de agua (250 ml) cada 15 minutos. En total 8 sobres en 8 vasos.

2ª Dosis: el día de la exploración, 5 horas antes de la hora de cita, tomará otros 2 litros de solución evacuante (solución Bohm) a razón de 1 litro por hora: 1 sobre en un vaso de agua (250 ml) cada 15 minutos. En total 8 sobres en 8 vasos. Recuerde que deberá estar en ayunas desde al menos 2 horas antes de la exploración.

### **ADVERTENCIAS:**

1.- Comuníquenos antes de la exploración:

- Alergias a medicamentos
- Alergia al látex
- Alergia a alimentos como huevo, soja o sulfitos.
- Enfermedades cardíacas, respiratorias o renales.
- Toma de Antiagregantes o Anticoagulantes.
- Si está embarazada.

2.- Si es diabético vigile su glucemia y ajuste la dosis de medicación.

3.- Si toma medicación con hierro deberá suspenderla 4 días antes de la exploración.



- 4.- Vístase con ropa y calzados cómodos que le faciliten desvestirse.
- 5.- Acuda acompañado.
- 6.- Durante la exploración suele administrarse medicación sedante por vía endovenosa.
- 7.- Después de la exploración, hasta el día siguiente:
  - No conduzca ni maneje maquinarias peligrosas.
  - No debe trabajar hasta el día siguiente.
  - No realice actividades peligrosas ni practique deportes de riesgo.
  - No debe tomar decisiones de carácter financiero, contractual, laboral o de cualquier otro ámbito, que puedan tener consecuencias irreversibles.
  - No ingiera bebidas alcohólicas.
- 8.- En personas muy estreñidas se aconseja hacer la dieta sin residuos y baja en grasas 7 días, así como tomar un laxante los días previos (ej. Bisacodilo, Polietilenglicol, Macrogol). Consulte con su médico.



## ANEXO 5. INFORMACIÓN COLONOSCOPIA

NUEVA COLONOSCOPIA [Aceptar](#) [Cancelar](#)

Fecha / Hora creación: 26/07/2018 08:40 Hospital: Seleccionar Escala de Boston (BBPS)

CNP:  Nombre y apellidos del endoscopista:

Acude:  No  Si Rehusa colonoscopia:  No  Si Colonoscopia completa:  No  Si  No realizada Tiempo retirada:  minutos

Sedación / Analgesia

Tipo sedo/analgesia: Seleccionar Uso de antagonistas: Seleccionar Nivel de tolerancia: Seleccio...

Complicaciones asociadas a la sedo/analgesia:  No  Si

Complicaciones asociadas a la colonoscopia:  No  Si

Resultados de la colonoscopia

Requiere informe de anatomía patológica:  No  Si

Colonoscopia positiva pendiente de anatomía patológica:

	Observados	Resecados	Recuperados
Número de pólipos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de tumores	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Otras lesiones	<input type="text"/>		

Observaciones:



## ANEXO 6: INFORMACIÓN ADENOMA

NUEVO ADENOMA

Asociado a la colonoscopia: 26/07/2018 08:52

Descripción:

Orden:

Tipo: Seleccionar

Tamaño:  mm

Tipo: Seleccionar, Fragmentado, No se puede determinar, Pediculado, Plano, Sésil

Resección:  Incompleto  Completo  Tatuaje base pedicular

Incidencias:  Fragmentación  Pérdida intracolónica

Localización: Colon derecho

Distancia línea pectínea:

Descripción microscópica:  No neoplásico  Neoplásico

Clasificación:  Adenoma riesgo bajo  Adenoma riesgo medio  Adenoma riesgo alto

Tipo: Seleccionar, Seleccionar, Hamartomatoso, Hiperplásico, Inflamatorio, Otros



## ANEXO 7: INFORMACIÓN CÁNCER INVASIVO

Colonoscopias (1) Adenomas **Cáncer invasivo**

Anatomía patológica Estadiaje Procedimiento y tratamiento personal

### ANATOMÍA PATOLÓGICA

Cumplimenta los datos de anatomía patológica

Márgenes quirúrgicos

Distancia a margen radial

Libres  Afectados  mm  No consta o no especificado

Informe anatomía patológica

Realizado

Localización  Distancia al margen  cm

Grado histológico  Especificar

Tipo histológico  Especificar

Configuración del tumor  Especificar

Longitud  cm

Extensión

No

Linfática

Venosa

Perineural

**Guardar** Cancelar



Colonoscopias (1)

Adenomas

Cáncer invasivo

Anatomía patológica

Estadíaaje

Procedimiento y tratamiento personal

## ESTADIAJE

Cumplimenta los datos de estadíaaje

### Estadíaaje clínico

T

N

M

Clasificación cTNM

T2

N1B

M0

Estadio IIIA

### Estadíaaje postquirúrgico

Tumor primario

T3 - El tumor invade la subserosa o tejidos pericólicos o perirrectales no peritonizados

Ganglios regionales

Afectados

Explorados

N1A - Metástasis en 1 ganglio linfático regional

2

4

Metástasis

M0 - No hay metástasis a distancia

Clasificación pTNM

Estadio IIIB

Guardar

Cancelar



Colonoscopías (1) Adenomas **Cáncer invasivo**

Anatomía patológica Estadaje **Procedimiento y tratamiento personal**

### PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO PERSONAL

Cumplimenta los datos para procedimiento y tratamiento personal

**Procedimiento quirúrgico**

Extirpación colonoscópica exclusiva

Colón: 
 Recto: 
 Tipo resección:

**Intervención**

Laparoscópica

**Heridas**

Infección herida quirúrgica

Fallo sutura quirúrgica

**Tratamiento médico**

Tratamiento	Tipo	F. pre.	F. post.
<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> Otros <input type="text" value=""/> <input type="checkbox"/> Tratamiento en otro centro <input type="checkbox"/> Evaluado por comité de cáncer colorrectal			

**CEA**

CEA prequirúrgico  CEA postquirúrgico

**Pruebas**

**Pruebas**

Pruebas	Fecha
<input type="checkbox"/> Radiografía de tórax	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> TAC abdominal	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> RC pélvica	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> ECO ano rectal	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> Enema opaco doble contraste	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

**Guardar** **Cancelar**



PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA DE ANDALUCÍA



JUNTA DE ANDALUCIA