



Subdirección de Gestión Clínica y de Calidad

Protocolo para el registro de actividades de

Prevención del Cáncer de Colon



Elaborado por

Área de Calidad
Subdirección de Gestión Clínica y Calidad
SESPA





El presente documento es una guía destinada a ayudar a los profesionales a utilizar correctamente el protocolo destinado al registro de actividades de prevención del cáncer de colon.

Deben considerarse como recomendaciones, no como instrucciones. Desde el equipo de elaboración de este documento abogamos por seguir el mayor número de recomendaciones posibles, pues ello implicará una mejor cumplimentación y registro de las actividades realizadas.

Debe entenderse que los protocolos de OMlap pueden sufrir modificaciones de mayor o menor calado en función de la evolución de la evidencia científica y de las necesidades de los profesionales. Por tanto deberá tenerse en cuenta la posibilidad de que existan actualizaciones que puedan anular el presente documento.



Hasta ahora, las actividades del programa de prevención del cáncer de colon se registraban mediante dos protocolos, uno de inicio y otro de seguimiento que tenían pocas diferencias entre ellos.

A partir de las sugerencias recibidas desde varios centros de salud, se ha decidido unificar en un solo protocolo e incrementar la información de ayuda para la correcta gestión de este programa.

En la **primera pestaña**, se recogen los datos básicos sobre los antecedentes familiares que justifican la solicitud de la colonoscopia.

CRIBADO | SOLICITUD | RESULTADO/PLAN

CONSIDERE cumplimentar los antecedentes aunque ya esté realizado. Le ayudará con el volante de solicitud

Grados de parentesco a efectos de determinar los Antecedentes Familiares

- Primer grado: Padre || Madre || Hermano/a || Hijo/a

- Segundo grado: Primo/a || Sobrino/a || Abuelo/a || Tío/a || Nieto/a

- Tercer grado: Bisabuelo/a || Hijos/as de primos || Tío/a de padres || Otros

☐ A.F. Primer Grado

Uno ☐ Dx antes de 60 años

☐ Dx después de 60 años

Dos o más ☐

☐ A.F. Segundo Grado

Uno ☐

Dos o mas ☐

☐ A.F. Tercer Grado

Periodicidad del cribado y edad de inicio

Inicio a los 40 años (o 10 a antes del antec. más joven). Realizar cada 5 años

Inicio a los 40 años, Realizar cada 10 años

Inicio a los 50 años, Realizar cada 10 años

Última colonoscopia (si registrada)

Periodicidad propuesta en la última revisión (en años):

¿Existe alguna situación que suponga una excepción al cribado? ☐ Si ☐ No

Especifique

¿Acepta la realización de la colonoscopia? ☐ Sí ☐ No

(En caso negativo, oferte la detección de S.O.H. [sig. pantalla])



En la primera parte de la pestaña, se ofrece ayuda básica sobre la interpretación de ser familiares de primer, segundo o tercer grado para evitar confusiones. En todo caso recordar que la familia política no tiene interés en este caso.

CRIBADO	SOLICITUD	RESULTADO/PLAN
<p>CONSIDERE cumplimentar los antecedentes aunque ya esté realizado. Le ayudará con el volante de solicitud</p> <p>Grados de parentesco a efectos de determinar los Antecedentes Familiares</p> <div><ul style="list-style-type: none">- Primer grado: Padre Madre Hermano/a Hijo/a- Segundo grado: Primo/a Sobrino/a Abuelo/a Tio/a Nieto/a- Tercer grado: Bisabuelo/a Hijos/as de primos Tio/a de padres Otros</div>		

En la segunda parte de la pantalla, se establece la anamnésis familiar relacionada con la existencia de personas con cáncer de colon.

Se aconseja cumplimentar estos campos incluso en el caso de que ya se hayan realizado previamente. La razón estriba en que, al imprimir el volante de solicitud, estos datos se solicitan y quedarán grabados automáticamente si usted los cumplimenta en este momento.

<input type="checkbox"/> A.F. Primer Grado	<div><div><input type="checkbox"/> Uno</div><div><input type="checkbox"/> Dos o más</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Dx antes de 60 años</div><div><input type="checkbox"/> Dx después de 60 años</div></div>
<input type="checkbox"/> A.F. Segundo Grado	<div><div><input type="checkbox"/> Uno</div><div><input type="checkbox"/> Dos o más</div></div>
<input type="checkbox"/> A.F. Tercer Grado	
<p>Periodicidad del cribado y edad de inicio</p> <div><p>Inicio a los 40 años (o 10 a antes del antec. más joven). Realizar cada 5 años</p><p>Inicio a los 40 años. Realizar cada 10 años</p><p>Inicio a los 50 años. Realizar cada 10 años</p></div>	

En función de los antecedentes que se hayan indicado, se muestra la edad a la que debe iniciarse el cribado así como la periodicidad del mismo.



☒ A.F. Primer Grado

☐ A.F. Segundo Grado

☐ A.F. Tercer Grado

☐ Uno

☒ Dos o más

☐ Uno

☐ Dos o más

Periodicidad del cribado y edad de inicio

Inicio a los 40 años (o 10 a antes del antec. más joven). Realizar cada 5 años

Inicio a los 40 años, Realizar cada 10 años

Inicio a los 50 años, Realizar cada 10 años

Junto con los datos informativos que aparecen (resultado de la última colonoscopia y periodicidad propuesta en la última revisión), podrá tomar la decisión más adecuada

Ultima colonoscopia (si registrada)

Periodicidad propuesta en la última revisión (en años):

También existe la opción de marcar las excepciones al cribado

¿Existe alguna situación que suponga una excepción al cribado? ☐ Si ☐ No

Especifique

¿Acepta la realización de la colonoscopia? ☒ Sí ☐ No

(En caso negativo, oferte la detección de S.O.H. [sig. pantalla])

Si la contestación es afirmativa, se activa un menú desplegable que permite indicar la razón por la que se produce la excepción.

¿Existe alguna situación que suponga una excepción al cribado? ☒ Si ☐ No

Especifique

¿Acepta la realización de la colonoscopia? ☒ Sí ☐ No

(En caso negativo, oferte la detección de S.O.H. [sig. pantalla])

Colonoscopia en los 10 años anteriores

DIAG DE PÓLIPOS U OTROS FR PERSONAL

Presencia de síntomas

En este momento, se cierra el protocolo.

Si la respuesta es negativa, la siguiente pregunta a contestar es si acepta o no la realización de colonoscopia. La pregunta tiene su importancia debido a que un número no pequeño de usuarios no



desearán realizar la prueba al menos inicialmente. Interesa al profesional conocer a aquellos pacientes que han rechazado inicialmente la prueba para, por un lado recordarles periódicamente la utilidad de la misma y, por otra, conocer que se ha ofertado la prueba.

Aunque la respuesta sea negativa, debe seguirse con el protocolo.

¿Existe alguna situación que suponga una excepción al cribado? ☐ Si ☒ No

Especifique

¿Acepta la realización de la colonoscopia? ☐ Sí ☒ No

(En caso negativo, oferte la detección de S.O.H. [sig. pantalla])

En la **segunda pestaña**, se aporta la información asociada a la solicitud de la colonoscopia o detección de sangre oculta en heces. El tipo de información que se solicitará depende de que el usuario haya respondido afirmativamente o no a la pregunta sobre si acepta la realización de colonoscopia.

Si el paciente **no acepta la realización de la prueba**, veremos que la mayoría de los campos están desactivados.



CRIBADO SOLICITUD RESULTADO/PLAN

1.- ¿Pautado tratamiento antiagregante?: ☐ Sí ☐ No
- Valore la supresión del mismo o sustitución por HBPM

2.- ¿Pautado tratamiento anticoagulante? ☐ Sí ☐ No
- Valore la supresión del mismo o sustitución por HBPM
- Realizar coagulación en marco temporal que muestre INR normalizado

Señale la actitud que tomará ante el tratamiento que sigue el paciente:

Plaquetas: TP HB

Valore: - Hemograma en ausencia de datos o datos > de 3 meses
- Coagulación en ausencia de datos, datos de > 3 meses o anticoagulante oral

☐ Desea sedación (valore interconsulta con Cirugía o Gastroenterología)

Firma del Consentimiento informado: ☐ Sí ☐ No
(Una vez cumplimentados los datos, utilice el informe asociado para la firma)

Preparación para la realización de colonoscopias

- Paciente mayor de 65 años ---> MOVIPREP
- Diabetes, Nefropatía, Insuficiencia Cardíaca o Cirrosis hepática ---> MOVIPREP
- Tto con antihipertensivos o Tto crónico con AINEs ---> MOVIPREP
- Resto de casos ---> CITRAFLEET O MOVIPREP

Si no acepta la colonoscopia, ofertar realización de S.O.H. (Asegúrese de que se realiza determinación inmunológica)

¿Se realiza detección de S.O.H.? ☐ Sí ☐ No

Resultado: ☐ (+) ☐ (-)

Para imprimir Consentimiento y Volante, pulse sobre el icono de la impresora

Esto se debe a que son datos necesarios para la solicitud de una colonoscopia pero no en el resto de casos.

Los únicos datos activos se refieren a la posibilidad de realizar la detección de sangre oculta en heces.

A este respecto, resaltar dos puntos básicos:

1. La detección de sangre oculta en heces debe realizarse por método inmunológico.
Asegúrese de este aspecto para dar validez al resultado.
2. El valor de la prueba es aumentar su argumentario a la hora de recomendar al usuario para la realización de la prueba.



Si el paciente acepta la realización de la prueba, veremos que la segunda pantalla tiene activas la mayor parte de las preguntas.

CRIBADO | SOLICITUD | RESULTADO/PLAN

1.- ¿Pautado tratamiento antiagregante?: ☒ Sí ☐ No
- Valore la supresión del mismo o sustitución por HBPM

2.- ¿Pautado tratamiento anticoagulante? ☐ Sí ☒ No
- Valore la supresión del mismo o sustitución por HBPM
- Realizar coagulación en marco temporal que muestre INR normalizado

Señale la actitud que tomará ante el tratamiento que sigue el paciente:

Plaquetas: TP HB

Valore: - Hemograma en ausencia de datos o datos > de 3 meses
- Coagulación en ausencia de datos, datos de > 3 meses o anticoagulante oral

☐ Desea sedación (valore interconsulta con Cirugía o Gastroenterología)

Firma del Consentimiento informado: ☐ Sí ☒ No
(Una vez cumplimentados los datos, utilice el informe asociado para la firma)

Preparación para la realización de colonoscopias:

- Paciente mayor de 65 años ---> MOVIPREP
- Diabetes, Nefropatía, Insuficiencia Cardíaca o Cirrosis hepática ---> MOVIPREP
- Tto con antihipertensivos o Tto crónico con AINEs ---> MOVIPREP
- Resto de casos ---> CITRAFLEET O MOVIPREP

Las dos primeras preguntas se refieren a aspectos relacionados con tratamientos que reciba el paciente y que pueden requerir modificaciones: Tratamiento antiagregante y Tratamiento anticoagulante.

En ambos casos, si la respuesta es afirmativa, se sugiere la supresión o su sustitución por Heparina de Bajo Peso Molecular. En el caso de tratamiento anticoagulante oral, se solicita un estudio de coagulación en marco temporal que muestre normalización del INR.

La tercera pregunta solicita que indiquemos cual ha sido la actitud tomada en el caso de que el paciente reciba alguno de los tratamientos indicados.



CRIBADO	SOLICITUD	RESULTADO/PLAN
<p>1.- ¿Pautado tratamiento antiagregante?: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No - Valore la supresión del mismo o sustitución por HBPM</p> <p>2.- ¿Pautado tratamiento anticoagulante?: <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No - Valore la supresión del mismo o sustitución por HBPM - Realizar coagulación en marco temporal que muestre INR, normalizado</p> <p>Señale la actitud que tomará ante el tratamiento que sigue el paciente:</p> <div><div></div><div>Suspender tratamiento Sustituir por HBPM</div></div>		

A continuación se ofrecen unos campos meramente informativos. Nos ofrecen el último resultado de datos como plaquetas, Tiempo de protrombina y Hemoglobina. La importancia de estos campos es ver la fecha para valorar la necesidad o no de realizar nueva analítica antes de la solicitud de la colonoscopia.

Plaquetas:	TP	HB
Valore: - Hemograma en ausencia de datos o datos > de 3 meses - Coagulación en ausencia de datos, datos de > 3 meses o anticoagulante oral		

La pregunta sobre si desea sedación tiene importancia por dos motivos:

- 1.- En algunas áreas sanitarias, la colonoscopia bajo sedación la realizan los cirujanos y no los especialistas de digestivo.
- 2.- Independientemente de quién realice la prueba, los anestesiistas pueden solicitar un periodo de ayuno previo a la realización de la colonoscopia superior al indicado en la documentación que se entregará al paciente.
- 3.- En algunas áreas sanitarias, la solicitud de sedación supone una excepción a la petición directa desde atención primaria (por las características antes señaladas) por lo que puede estar indicada la solicitud de interconsulta previa.

☐ Desea sedación (valore interconsulta con Cirugía o Gastroenterología)



Una vez cumplimentados todos estos campos, la última pregunta que se realiza se refiere a la firma del consentimiento informado. Si no se firma este documento, no es posible la realización de la prueba.

En caso de respuesta afirmativa, se activan los campos que explican el tipo de preparación en función de la situación clínica del paciente.

Firma del Consentimiento informado: ☒ Sí ☐ No
(Una vez cumplimentados los datos, utilice el informe asociado para la firma)


Preparación para la realización de colonoscopias

- Paciente mayor de 65 años ---> MOVIPREP
- Diabetes, Nefropatía, Insuficiencia Cardíaca o Cirrosis hepática ---> MOVIPREP
- Tto con antihipertensivos o Tto crónico con AINEs ---> MOVIPREP
- Resto de casos ---> CITRAFLEET O MOVIPREP

Una vez entregada la documentación sobre preparación al paciente, podemos imprimir el consentimiento informado y un volante de solicitud que mostrará todos los campos necesarios cumplimentados.

Dependiendo del área sanitaria, se deberá imprimir también un volante de solicitud de OMI. En este caso, junto con el volante de OMI se aportará el volante de solicitud que se imprime asociado a este protocolo.

Para imprimir Consentimiento y Volante, pulse sobre el icono de la impresora



La tercera pestaña se destina al registro de los resultados y de la actitud y consejos que adoptamos en función del resultado.



CRIBADO | SOLICITUD | RESULTADO/PLAN

Fecha de realización de la colonoscopia:

Resultado

Si otras lesiones, especifique:

Actitud

☐ Colonoscopia diagnóstica (si SOH positiva)

☐ Seguimiento si hallazgo patológico

¿Valoración conjunta con A.E.? ☐ Sí ☐ No

Abrir episodio CIAP correspondiente: - Colitis ulcerosa || Enfermedad de Crohn ----> D94
- Pólipos de colon (cualquier tipo) ----> D78
- Ca de Colon ----> D75

Recomendaciones

☐ Consejo realización colonoscopia (si negativa del paciente)

☐ Revisiones periódicas según programa (si colonoscopia normal)

Próxima colonoscopia en (años):

☐ Alimentación oncosaludable

☐ Consejo antitabaco

☐ Consejo breve alcohol

☐ Consejo actividad física diaria

Si desea imprimir informe de resultado, pulse sobre el icono de la impresora

Se podrá observar la presencia de un botón "Apertura CIAP" que nos permite, en caso de necesidad, abrir el episodio correspondiente sin necesidad de salir del protocolo.

Así mismo encontrará un campo denominado "Seguimiento Pólipos" que le permitirá consultar un documento-guía sobre la actitud en caso de diagnóstico de pólipos de colon en la colonoscopia.

Por último, en el caso de aportar la información sobre el resultado de la colonoscopia, puede imprimir un informe con el resultado de la prueba para entregar al paciente.



El modelo de solicitud y consentimiento informado

En el momento de finalizar la cumplimentación de datos necesarios para realizar la solicitud de la colonoscopia, se puede imprimir la documentación relativa al consentimiento informado y la solicitud de la prueba.

La primera página está dedicada a la explicación de la prueba y de los riesgos habituales e infrecuentes de la misma.

Al final de esta página encontrará la posibilidad de añadir riesgos específicos por la situación clínica del paciente.

3.- Riesgos personalizados

Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

1.-

Escriba en este campo aquellos riesgos que no son generales al procedimiento sino que derivan de la situación específica del paciente.

3.- Riesgos personalizados

Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

1.- Hiperglucemia que deberá controlar mediante autoanálisis

La segunda página muestra el tipo de consentimiento que se otorga e incluye un campo para la denegación del mismo si se ha dado previamente.

En la primera parte se muestran los datos del paciente.



Paciente: FEMENINO PRUEBA ANCIANA

DNI (o Pasaporte): 00000000

En caso de pacientes menores de edad o pacientes incapacitados temporal o permanentemente, el familiar o persona autorizada que representa al paciente:

Familiar o tutor legal:

DNI/PASAPORTE:

Relación: Padre

Observe que, en caso de tratarse de pacientes menores o incapacitados, deberá cumplimentar los datos referidos al familiar o tutor legal. Tanto el nombre como el DNI o Pasaporte y la relación con el paciente.

Paciente: FEMENINO PRUEBA ANCIANA

DNI (o Pasaporte): 00000000

En caso de pacientes menores de edad o pacientes incapacitados temporal o permanentemente, el familiar o persona autorizada que representa al paciente:

Familiar o tutor legal: Nombre Tutor Legal

DNI/PASAPORTE: 99999999

Relación: Padre

- Padre
- Madre
- Tutor/a legal

A continuación observará varias opciones:

- 1.- Firma de consentimiento informado (es la opción marcada por defecto)
- 2.- Firma del consentimiento con renuncia al derecho de información
- 3.- Denegación del consentimiento otorgado previamente. Este es un campo que se cumplimentará manualmente ya que deberá cumplimentarse en caso de una firma previa que deberá estar guardada en la historia física del paciente.

Debe **marcar la opción elegida sin olvidar des-marcar** las otras opciones



Marque la opción la opción elegida

☒ **Firma del consentimiento informado**

Declaro: que he sido informado por el médico de los riesgos del procedimiento, que me han explicado las posibles alternativas y que se, que en cualquier momento, **puedo revocar mi consentimiento.**

Estoy satisfecho/a con la información recibida, he podido formular toda clase de preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, **doy mi consentimiento** para la realización de colonoscopia con o sin polipectomía:

Firma del paciente / Tutor o representante legal

Firma del médico

☐ **Renuncia al derecho de información**

Manifiesto que, por razones personales, **renuncio** al derecho de información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de **no recibir información**, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención.

En consecuencia, **doy mi consentimiento** para la realización de colonoscopia con o sin polipectomía:

Firma del paciente / Tutor o representante legal

Firma del médico

☐ **Revocación del consentimiento informado**

Con fecha: de **Enero** de revoco el consentimiento informado para la realización de una colonoscopia con o sin polipectomía.

Firma del paciente / Tutor o representante legal

Firma del médico

Conviene, para que la documentación quede correctamente guardada, que estas dos páginas las imprima en una sola hoja por los dos lados.

La tercera página se refiere al volante de solicitud. En esta página, todos los campos son autocumplimentables permitiéndole la opción de añadir algunos comentarios.

Las primeras secciones se refieren a la identificación del paciente, el servicio receptor, el tipo de prueba solicitada y la aportación de los datos sobre hemograma y coagulación.




Identificación del paciente / Etiqueta	Apellidos: PRUEBA ANCIANA	
	Nombre: FEMENINO	
	N.H.C.: 7982	Nº SS:
	Fecha de nacimiento: 10/01/1935	Edad: 76 años
Servicio solicitante	Servicio / E.A.P.: sscs sespa	
	Médico: PABLO MOLA CABALLERO	
	Fecha: 22/07/2011	
Exploración solicitada	<input checked="" type="checkbox"/> Colonoscopia	
Se aporta	<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma	<input checked="" type="checkbox"/> Coagulación

A continuación, se muestran los datos sobre la toma de antiagregantes y anticoagulantes y la opción terapéutica adoptada.

¿Tratamiento antiagregante? Sí	¿Tratamiento anticoagulante? No	<input type="checkbox"/> Precisa profilaxis de endocarditis
En caso de tratamiento anticoagulante y/o antiagregante, actitud: Suspender tratamiento		

Y los datos básicos sobre antecedentes familiares (por esta razón se recomienda cumplimentar estos datos siempre que se vaya a solicitar la colonoscopia independientemente de que sea la primera vez o una colonoscopia sucesiva).

Motivo de la exploración / Información clínica de interés	
Motivo de petición: Programa de prevención del Cáncer de Colon en personas con antecedentes familiares.	
Relación con el paciente: A.F. Primer Grado[X]	
Nº de familiares afectados: Uno[X]	
En caso de un antecedente familiar de primer grado, edad del diagnóstico: Dx antes de 60 años[X]	
	Aquí podemos escribir alguna aclaración si lo consideramos oportuno



Si, por la razón que fuera, los campos no han sido cumplimentados, el informe permite escribir los datos en los campos correspondientes.

¿Tratamiento antiagregante? <input type="text"/>	¿Tratamiento anticoagulante? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Precisa profilaxis de endocarditis
En caso de tratamiento anticoagulante y/o antiagregante, actitud: <input type="text"/>		

Si no se cumplimentaron estos campos en el protocolo, podemos hacerlo ahora

Motivo de la exploración / Información clínica de interés	
Motivo de petición: Programa de prevención del Cáncer de Colon en personas con antecedentes familiares.	
Relación con el paciente: <input type="text"/>	
Nº de familiares afectados: <input type="text"/>	
En caso de un antecedente familiar de primer grado, edad del diagnóstico: <input type="text"/>	
<input type="text"/>	

Una vez definidos todos los campos imprimimos el documento y saldremos.

¿Cómo salir correctamente de esta plantilla?

Recuerde, pulse sobre “Archivo” en el menú superior y elija la opción “Guardar y volver a OMI”.

Le preguntará si desea guardar las modificaciones a la historia clínica. Pulse que “Sí”

Guardar modificaciones

¿ Desea guardar las modificaciones a la Historia Clínica de OMI ?



Por último, le preguntará si el informe es definitivo. Pulse que sí

