

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL EN SANTA CRUZ - BOLIVIA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE
NAVARRA**

MÁSTER EN SALUD PÚBLICA

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Autora: Daniela Calzadilla Figueroa

Tutora: Laura Maria Barriuso Lapresa

Curso: 2019-2020

PAMPLONA-ESPAÑA

Daniela Calzadilla Figueroa

Dedicado a mis padres y a mi hermano, por apoyarme,
motivarme, guiarme y enseñarme a luchar por mis sueños en
todo momento.

INDICE

1. Introducción	4
2. Justificación de la propuesta	5
2.1. Antecedentes del tema	5
2.2. Adecuación al Plan de Salud de Bolivia	10
3. Objetivos	13
3.1. Objetivo General	13
3.2. Objetivos específicos	14
4. Metodología	14
5. Modelo organizativo del Programa	15
5.1. Población objetivo	15
5.2. Test de cribado	16
5.3. Intervalo entre exploraciones	17
7. Diseño del programa	18
7.1. Marco lógico	19
7.2. Cronograma	31
7.3. Descripción de las etapas del programa	38
7.3.1. Invitación:	38
7.3.2. Entrega y procesado de la prueba	40
7.3.3. Emisión de resultados	41
7.3.4. Confirmación diagnóstica	42
7.3.5. Gestión de resultados colonoscopia	43
7.3.6. Fase de tratamiento y seguimiento	47
8. Recursos humanos y materiales	48
8.1. Infraestructura de salud en Santa Cruz	48

8.2. Niveles de atención en Santa Cruz	49
8.2.1. Primer nivel de atención	49
8.2.2. Segundo nivel de atención	51
8.2.3. Tercer nivel de atención	52
8.3. Relación de habitantes/infraestructura	52
8.4. Recursos humanos	53
8.5. Principales ciudades del departamento de Santa Cruz	54
8.6. Presupuesto	56
9. Evaluación del programa	58
9.1. Evaluación de riesgos	64
10. Bibliografía	71
11. Anexos	74
12. Resumen	113

1. Introducción

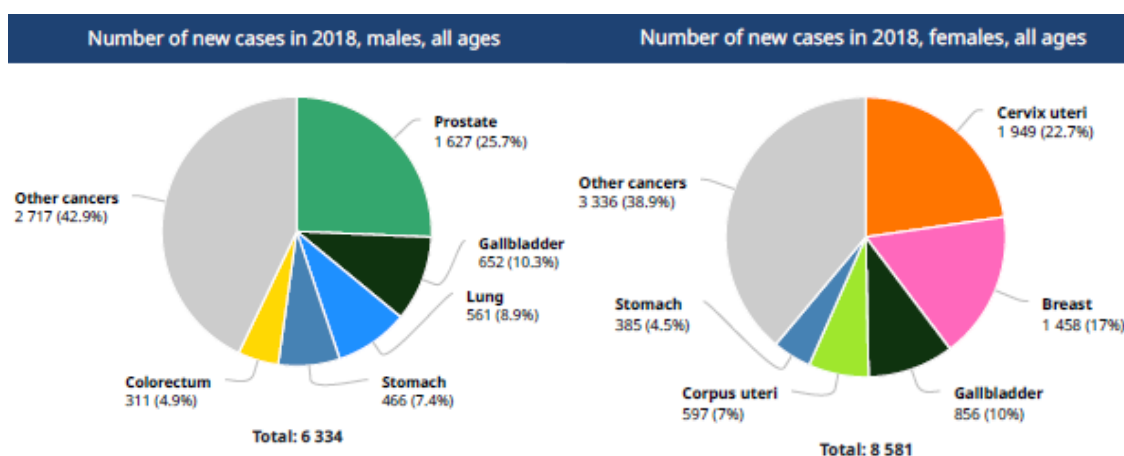
El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, los datos indican que cada año mueren 8,2 millones de personas y además viven con la enfermedad, de 32 millones de pacientes. Por lo tanto, es un problema de salud pública que necesita ser atendido en todos los países.

Hay que mencionar que, los cinco tipos de cáncer que causan el mayor número de defunciones son: pulmonar, hepático, colorrectal, gástrico y mamario. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Por lo que se refiere al Estado Plurinacional de Bolivia, el cual se encuentra ubicado en el corazón de Sudamérica, cuenta con 11.215.667 habitantes, distribuidos en nueve departamentos, y al igual que en el mundo el cáncer es una de las principales causas de muerte.

Según los datos proporcionados por The Global Cancer Observatory en el 2018, se presentan 14915 nuevos casos de cáncer, una prevalencia de casos en un periodo de cinco años de 29306 casos y 9527 muertes a causa del cáncer. Además, los tipos de cáncer que más frecuentes, para el mismo año son: cáncer de cérvix, próstata, vesícula, mama, pulmón, estómago, hígado y colorrectal. (Global Cancer Observatory, 2018).

Figura 1. Número de casos nuevos de cáncer en hombres y mujeres en Bolivia, (2018)



Fuente: The Global Cancer Observatory, (2018)

Dentro de las medidas preventivas que se pueden tomar para reducir la mortalidad por el cáncer, están las actividades de prevención secundaria: los programas de detección precoz o de cribado. El cribado “es un servicio de salud pública en el que los miembros de una población definida, que no

necesariamente perciben tener un mayor riesgo, o estar afectados por una enfermedad o sus complicaciones son invitados a someterse a preguntas o pruebas para identificar a aquellos individuos con mayor probabilidad de obtener un beneficio que un perjuicio, causado por las sucesivas pruebas o el tratamiento para reducir el riesgo de la enfermedad o sus complicaciones”. (Ministerio de sanidad y política social, 2009).

En cuanto al cáncer colorrectal, se evidencia que se encuentra entre los más frecuentes en el mundo y en Bolivia. Por ello, que el presente trabajo se centra en el diseño de un programa de detección precoz del cáncer colorrectal en el departamento de Santa Cruz – Bolivia; ya que, “entre las diferentes estrategias preventivas, se considera que la detección precoz es la más adecuada, ya que permite detectar lesiones precursoras de cáncer o detectar la enfermedad en fases iniciales, cuando el tratamiento es más efectivo” (Milá, y otros, 2012).

2. Justificación de la propuesta

2.1. Antecedentes del tema

Para comenzar, se debe tener en claro que, “el cáncer es una enfermedad en la que una o más células se alteran de tal manera que se multiplican de forma continuada y proceden millones de células con la misma alteración, algunas de las cuales se extienden a otras partes del cuerpo e incluso lo invaden”. (Doll & Peto, 1989)

Al respecto conviene mencionar que existe un informe sobre “*Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina: Una historia de luces y sombras*”, donde se examinan las iniciativas para el control del cáncer en América latina. (The Economist Intelligence Unit, 2017).

En el presente informe se analizan diversos aspectos, entre ellos es importante mencionar que, en Bolivia el porcentaje de muertes atribuidas al cáncer en 1990 es del 9% y se considera al cáncer como la cuarta causa de muerte; mientras que en el 2015 el porcentaje se incrementa al 15% y pasa a ser la segunda causa de muerte. (The Economist Intelligence Unit, 2017)

Tabla 1. Mortalidad por cáncer en América Latina, 1990 y 2015

	1990		2015		Probabilidad de morir de cáncer antes de cumplir los 75 años de edad
	Porcentaje de muertes atribuidas al cáncer	Clasificación del cáncer entre las causas de muerte	Porcentaje de muertes atribuidas al cáncer	Clasificación del cáncer entre las causas de muerte	
Argentina	21 %	2.º	22 %	2.º	12 %
Bolivia	9 %	4.º	15 %	2.º	10 %
Brasil	12 %	3.º	17 %	2.º	11 %
Chile	21 %	2.º	26 %	2.º	11 %
Colombia	13 %	3.º	19 %	2.º	9 %
Costa Rica	19 %	2.º	23 %	2.º	9 %
Ecuador	12 %	3.º	18 %	2.º	9 %
México	10 %	3.º	14 %	3.º	7 %
Panamá	15 %	2.º	17 %	2.º	8 %
Paraguay	12 %	3.º	17 %	2.º	9 %
Perú	10 %	3.º	19 %	2.º	9 %
Uruguay	26 %	2.º	27 %	2.º	15 %
Promedio	15 %		19 %		10 %

Fuentes: Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud, *Estudio de la carga mundial de morbilidad 2015 (GBD 2015)*, Herramienta de resultados GBD.
 Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>; Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC); Observatorio Mundial del Cáncer, *Cancer Today*. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today>.

Fuente: The Economist Intelligence Unit Limited, (2017)

La incidencia del cáncer estandarizada por edad en el 2012 en Bolivia fue de 143,9 por cada 100000 personas; La mortalidad de 90,9 por cada 100000 personas y una prevalencia durante cinco años de 417,4 por cada 100000 habitantes, todas ellas estandarizadas por edad. (The Economist Intelligence Unit, 2017).

Tabla 2: Incidencia, mortalidad y prevalencia por cáncer en América Latina, 2012 (estandarizada por edad, por cada 100000 personas)

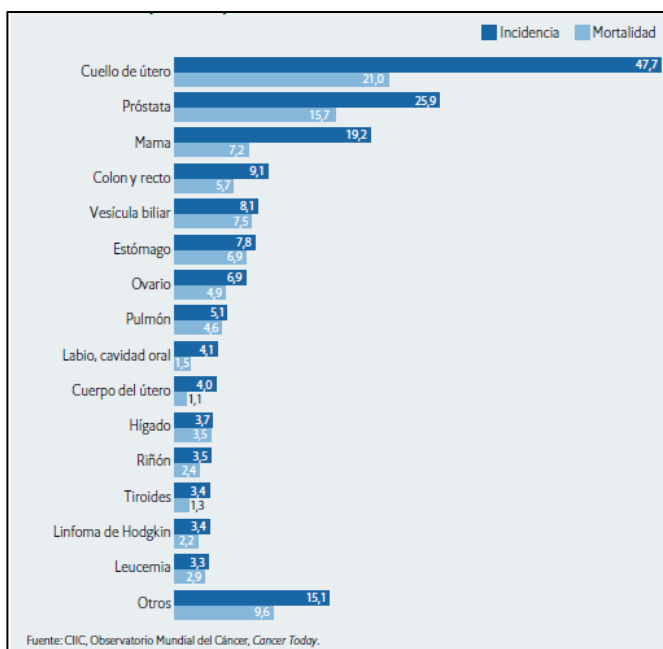
	Incidencia	Mortalidad	Prevalencia durante cinco años
Argentina	216,7	115,1	883,8
Bolivia	143,9	90,9	417,4
Brasil	205,5	103,7	720,7
Chile	175,7	103	660
Colombia	160,6	85	501,2
Costa Rica	179,3	84,9	615,1
Ecuador	164,5	94,5	534,3
México	131,5	68,9	430,2
Panamá	148,4	79,1	498
Paraguay	147,5	91,6	446,9
Perú	154,5	92,1	462,7
Uruguay	251	144,8	1163,6

Nota: todos los tipos de cáncer, excepto el cáncer de piel no melanoma.
 Fuente: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC); Observatorio Mundial del Cáncer, *Cancer Today*.
 Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today>.

Fuente: The Economist Intelligence Unit Limited, (2017)

Además, en relación con la incidencia y mortalidad de tipos de cáncer seleccionados en Bolivia, en el 2012, estandarizada por edad para ambos sexos, nos muestra que el cáncer de colon y recto ocupa el cuarto lugar, teniendo una incidencia de 9,1 por cada 100000 habitantes y una mortalidad de 5,7 por cada 100000 habitantes, según información del Observatorio mundial del cáncer.

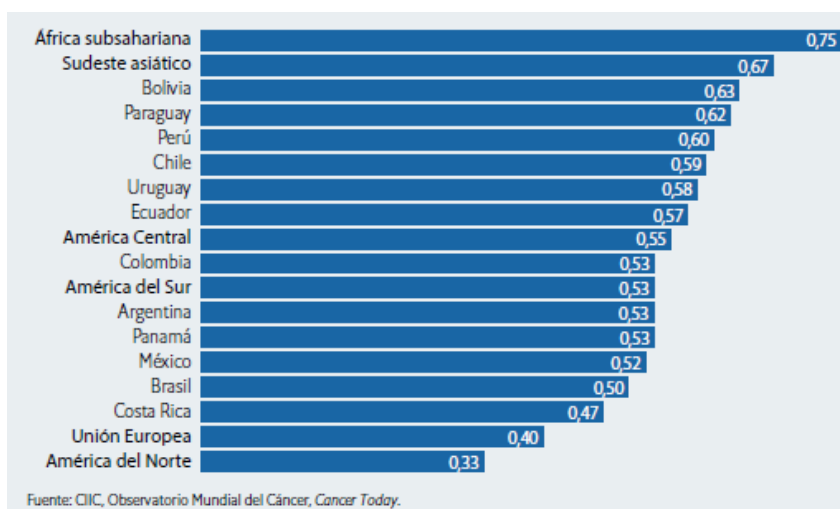
Figura 2: Incidencia y mortalidad de tipos de cáncer seleccionados en Bolivia, 2012 (estandarizada por edad para ambos sexos).



Fuente: The Economist Intelligence Unit Limited, (2017)

Respecto a la proporción entre mortalidad general estandarizada por edad e incidencia estandarizada, en países y regiones seleccionados en el 2012 se sitúa a Bolivia en el tercer lugar con una proporción de 0,63 la que se encuentra entre las más altas, después de África subsahariana con una proporción de 0,75 y el sudeste asiático con 0,67. (The Economist Intelligence Unit, 2017)

Figura 3: Proporción entre mortalidad general estandarizada por edad e incidencia estandarizada por edad (proporción entre M:I) en América Latina, 2012

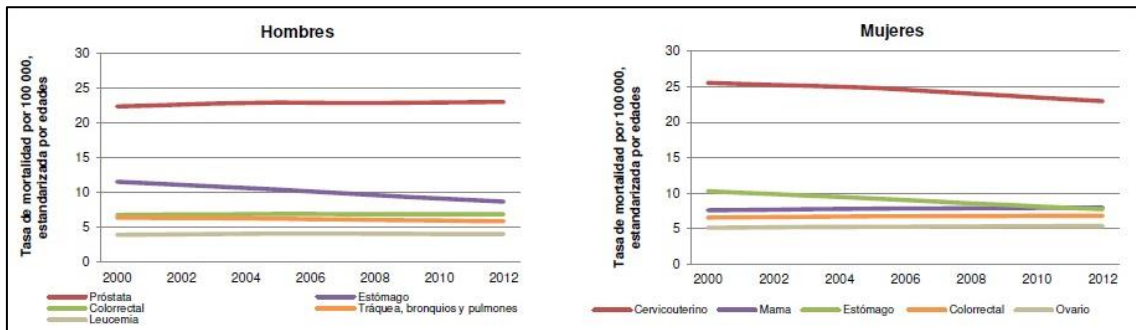


Fuente: The Economist Intelligence Unit Limited, (2017)

La evolución de la mortalidad por cáncer, estandarizada por edades en Bolivia desde el año 2000 al 2012, según información publicada por (Organización Mundial de la Salud, 2014), la tasa de mortalidad por 100000, menciona que en

el caso de los hombres, la tasa más alta corresponde al cáncer de próstata, el cual se mantiene constante en los años mencionados, al igual que el cáncer colorrectal, el cual ocupa el tercer lugar. En el caso de las mujeres, el principal es el cáncer cervicouterino, mientras que el cáncer colorrectal ocupa el cuarto lugar.

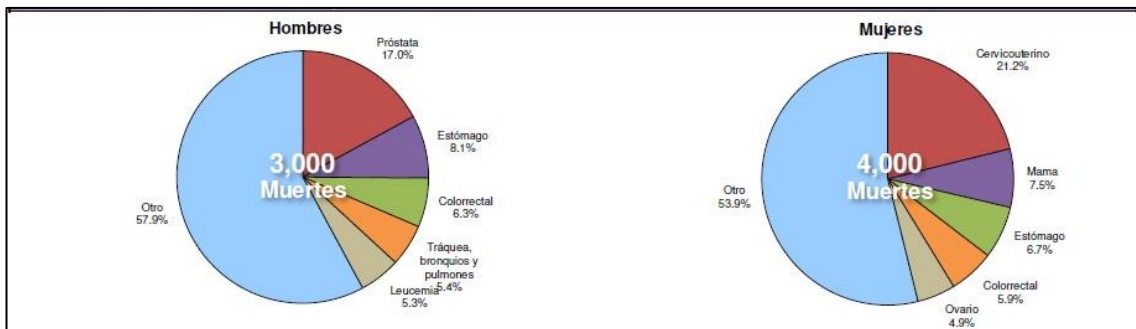
Figura 4: Evolución de la mortalidad por cáncer estandarizada por edades, (2014)



Fuente: Organización Mundial de la Salud, (2014)

En el 2014 en Bolivia, la mortalidad por cáncer colorrectal en hombres es de 6.3% ocupando el tercer lugar de los cánceres más frecuentes y en las mujeres representa el 5,9% del total de los cánceres y ocupa el cuarto lugar. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

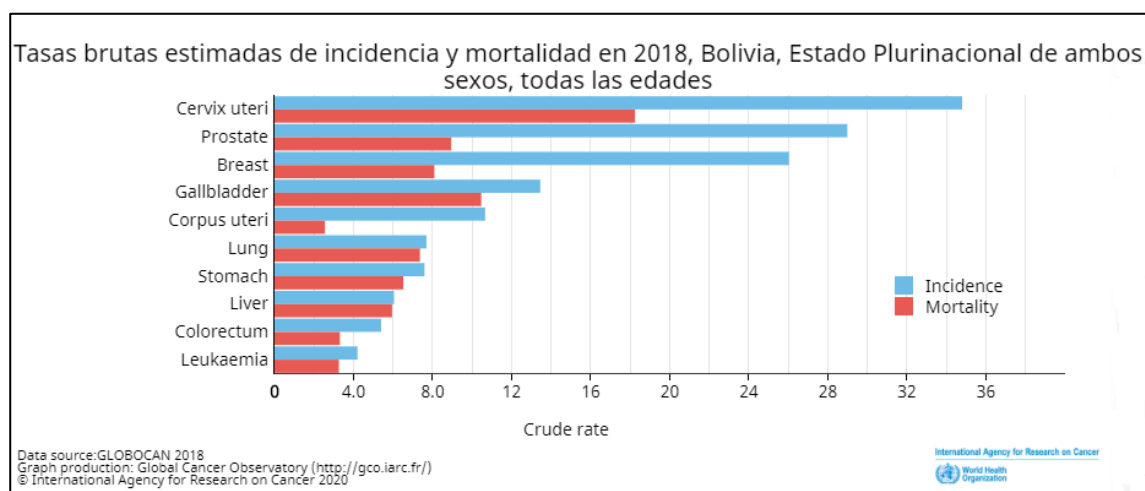
Figura 5: Distribución de la mortalidad por cáncer, por sexo en Bolivia, 2014.



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2014

En cambio, en el 2018 según los datos de Global Cancer Observatory, la tasa bruta estimada de incidencia de cáncer colorrectal es de 5.4% y la tasa bruta estimada de mortalidad por cáncer de colon para ambos sexos es del 3.4%, ocupando el noveno lugar. (Global Cancer Observatory, 2018)

Figura 6: Tasas brutas estimadas de incidencia y mortalidad en Bolivia, de ambos sexos, todas las edades, (2018)



Fuente: The Global Cancer Observatory, (2018)

Con todos los resultados expuestos, se puede concluir que existen carencias notorias en cuanto a programas de detección precoz, planes estratégicos, disponibilidad de medicamentos y radioterapia, por lo cual es importante realizar aportes en estas áreas y tomar medidas lo más pronto posible.

Además, en una tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina en el 2017, se muestran las calificaciones en bruto de cada campo con una escala de 1 a 5 (siendo 1 lo peor y 5 lo mejor), para permitir las comparaciones entre los campos, las calificaciones son redondeadas, teniendo como puntos a calificar: El plan estratégico, la supervisión del desempeño, la disponibilidad de medicamentos, la disponibilidad de radioterapia, la detección temprana y las finanzas.

Figura 7: Mapa de América Latina con las calificaciones en materia de control del cáncer (2017)



Fuente: Elaboración en base a The Economist Intelligence Unit Limited, (2017)

Pudiendo obtener como puntaje máximo 30 puntos, en primer lugar, con 23 puntos se encuentra Uruguay, mientras que Bolivia ocupa el último lugar con 7 puntos. (The Economist Intelligence Unit, 2017)

En relación a la prevención y detección temprana en el 2017, se examinó en qué medida el sistema de salud ha pasado de un enfoque centrado en el diagnóstico y el tratamiento a uno que privilegie la prevención, el screening y la detección temprana, las calificaciones están normalizadas en una escala de 1 a 5, siendo 1 lo peor y 5 lo mejor, lo que permite las comparaciones; En primer lugar se encuentra México con 4,0, seguido por Chile con 3,7 mientras que Bolivia ocupa el último lugar con 1,0. (The Economist Intelligence Unit, 2017)

Los datos mencionados muestran de manera clara la ausencia de cobertura que existía en el sistema de salud en Bolivia al respecto, pero con la nueva ley del cáncer y el seguro universal de salud que se encuentra en fase de implementación dichos aspectos sufrirán cambios importantes y relevantes.

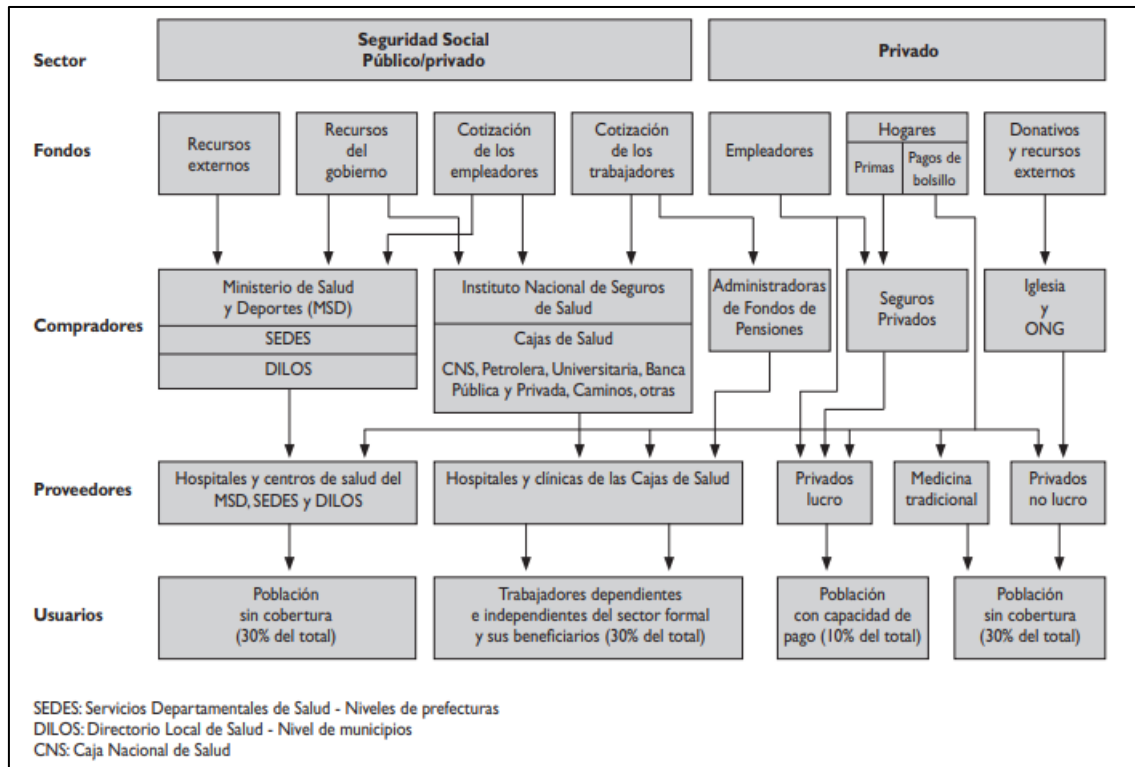
2.2. Adecuación al Plan de Salud de Bolivia

Actualmente Bolivia se encuentra atravesando un proceso de transición en el aspecto político, de igual manera la propuesta para el cambio del sistema de salud a un sistema único se encuentra en fase de espera en cuanto a la implementación y su desarrollo, a la espera de una estabilidad política.

Por su parte Ledo, C y Soria, R. (2011) indican que el sistema de salud de Bolivia incluye un sector público que comprende al Ministerio de salud y deportes (MSD) y al subsector social. El MSD establece cuatro ámbitos de gestión, los cuales son: nacional que corresponde al ministerio, el departamental correspondiente al servicio departamental de salud (SEDES) que depende de las Gobernaciones, el municipal que corresponde al Directorio local de salud (DILOS) y por último el local que es correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigadas móviles como nivel operativo. (Ledo & Soria, 2011)

Existe un subsector social que comprende las cajas de salud, los seguros universitarios y la dirección general de salud, las cuales son fiscalizadas por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).

Figura 8: Sistema de salud de Bolivia, (2011)



Fuente: Ledo, C. y Soria, R. (2011)

Mientras que el sector privado, está constituido por compañías de seguros y proveedores de servicios de salud privados, con y sin fines de lucro.

De acuerdo con la Constitución vigente en Bolivia, todas las personas tienen derecho al seguro público de salud gratuito. Sin embargo, en el 2009 únicamente el 28,4% de la población tenía acceso real a las prestaciones del seguro a través del subsector social.

Los datos más recientes mencionan que el seguro de salud público tiene una cobertura de 33,4%; en el área urbana tiene una cobertura de 32,6% y en el área rural de 28,5%, de acuerdo con la información de la encuesta de hogares (2017). A nivel nacional el 65,3% de la población no cuenta con un seguro de salud, de los cuales afecta al 70,8% del área rural y al 62,8% del área urbana (Instituto Nacional de Estadística, 2018)

En el Plan estratégico Institucional 2016-2020 (Ministerio de Salud, Ministerio de Salud, 2017). Se establece en el artículo 18 de la Constitución Política del Estado Plurinacional que todas las personas tienen derecho a la salud. El estado

garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

En el párrafo 1 del artículo 35 del texto constitucional señala que el estado en todos sus niveles protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

Es por ello que el 20 de febrero del 2019 se propone la ley N°1152, que decreta: Ley modificatoria a la ley N°475 de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por ley N°1069 del 28 de mayo del 2018; “Hacia el sistema único de salud, universal y gratuito”, la cual beneficiará a todos los bolivianos y las bolivianas que no están protegidos por el subsector de la seguridad social de corto plazo, las personas extranjeras que no están protegidas por el subsector en el marco de instrumentos internacionales, bajo el principio de reciprocidad y en las mismas condiciones que las y los bolivianos, de acuerdo a la presente ley y las personas que se encuentran en el Estado Plurinacional de Bolivia (mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto; las mujeres respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva; niñas y niños menores de cinco años de edad; mujeres y hombres a partir de los sesenta años de edad y personas con discapacidades que se encuentren calificadas de acuerdo a normativa vigente) (Ministerio de Salud, 2019)

Además, el Gobierno de Bolivia promulgó el 5 de septiembre del 2019, la ley del cáncer N°1223, la cual tienen como objeto, garantizar el acceso universal e integral de las personas con cáncer, mediante la prestación de servicios de vigilancia epidemiológica, promoción, prevención, detección temprana, atención, tratamiento y cuidados paliativos, incluyendo acciones intersectoriales y transdisciplinarias, de manera progresiva y paulatina, de acuerdo al perfil epidemiológico y al financiamiento existente en el marco del Sistema Único de Salud y los principios establecidos en la Ley N°1152 de 20 de febrero de 2019,

“Hacia el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito”.

En el artículo 7 de la presente ley, se menciona que el Gobierno Autónomo Departamental, deberá promover la implementación de políticas de salud a través de: La promoción, prevención, detección temprana, tratamiento oportuno, rehabilitación, salud mental y cuidados paliativos integrales del cáncer en coordinación con el programa nacional de lucha contra el cáncer, programa nacional de salud mental y discapacidad y rehabilitación.

Asimismo, en el artículo 11, El Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer, establecerá las acciones necesarias para la promoción, prevención y detección temprana del cáncer a través de estrategias de comunicación social, educación, información y estrategias para la detección temprana de cáncer con un enfoque intercultural, en sus distintas variedades priorizadas de acuerdo con perfil epidemiológico. (Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia, 2019)

Además, dentro de los objetivos estratégicos del departamento de Santa Cruz, es importante mencionar que los relacionados con el tercer pilar, según área de desarrollo se encuentra “Santa Cruz equitativo, habitable y seguro”. Siendo el objetivo: *“Universalizar el acceso a la salud y educación con calidad, para crear condiciones y oportunistas equitativas en el departamento”*. (Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, Plan territorial de desarrollo integral, 2020)

Finalmente es importante mencionar que el cribado de cáncer colorrectal es coste-efectivo mejor respecto a la no realización de cribado, resultando en una reducción de la mortalidad e incidencia y en un incremento sustancial de los años de vida ganados ajustados a calidad de vida (AVAC), con un ahorro económico importante si se compara con el coste del tratamiento del cáncer colorrectal avanzado. (Asociación Española de Gastroenterología, 2018)

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Reducir la mortalidad por cáncer colorrectal, en la población entre 50 y 65 años del departamento de Santa Cruz – Bolivia, mediante la detección temprana, para poder realizar tratamientos en fases iniciales.

3.2. Objetivos específicos

- Diseñar un programa de detección precoz de cáncer colorrectal en el departamento de Santa Cruz, Bolivia para personas entre 50 y 65 años.
- Conformar un equipo de trabajo multidisciplinario para el programa de detección precoz, a través de la evaluación de competencias.
- Garantizar el 100% de la cobertura para todos los participantes del programa de detección precoz
- Garantizar una adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales implicados, con el fin de lograr un diagnóstico y tratamiento adecuados.
- Invitar a toda la población que cumple con los criterios de selección para participar del programa, a través de técnicas participativas y personalizadas.
- Conseguir una participación mayor al 55% de las personas que se invitan al programa de detección precoz de cáncer colorrectal en el departamento de Santa Cruz.
- Garantizar la recepción y el análisis de las muestras del programa de detección precoz para brindar resultados fiables a la población.
- Avalar la emisión de resultados y su comunicación a la población participante del programa.
- Monitorizar la realización de estudios complementarios en casos positivos de los participantes del programa.
- Realizar el tratamiento y su respectivo seguimiento de todas las personas que participen del programa con resultados positivos.

4. Metodología

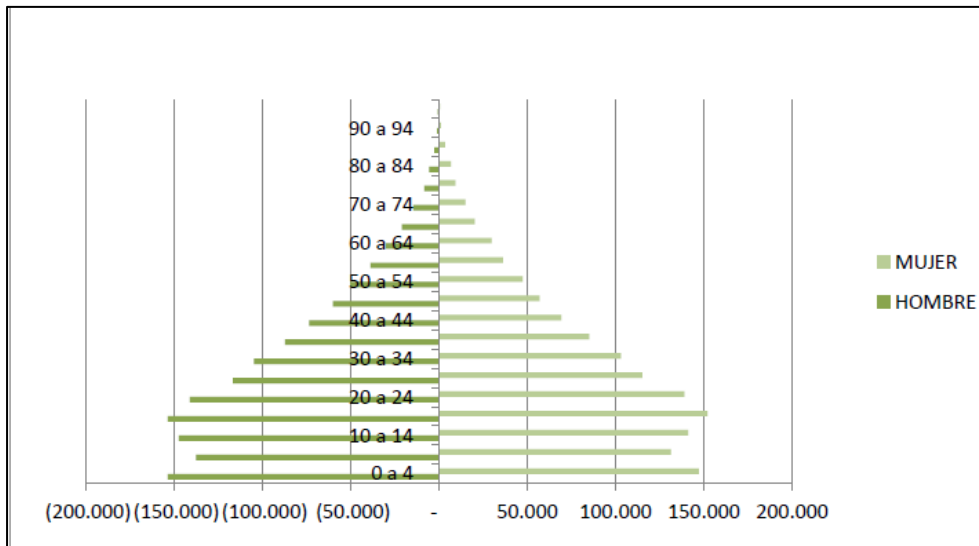
La presente investigación por su finalidad es de tipo aplicada, ya que se parte de un problema identificado previamente, como son los elevados niveles de mortalidad por cáncer colorrectal en Bolivia, a partir de ello se pretende buscar una solución a dicha problemática; Siguiendo la misma línea podemos identificar que será una investigación propositiva, con un programa de detección temprana, el cual estará diseñado para la población entre 50 y 65 años del departamento de Santa Cruz-Bolivia.

5. Modelo organizativo del Programa

5.1. Población objetivo

El programa de detección precoz del cáncer colorrectal está destinada a hombres y mujeres residentes en el departamento de Santa Cruz, Bolivia con edades entre los 50 y 65 años. Esto supone una población estimada según el censo de población y vivienda del 2012, de acuerdo con la edad y el lugar de 274025 personas.

Figura 9: Pirámide Poblacional de Santa Cruz -Bolivia, (2012)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, (2012)

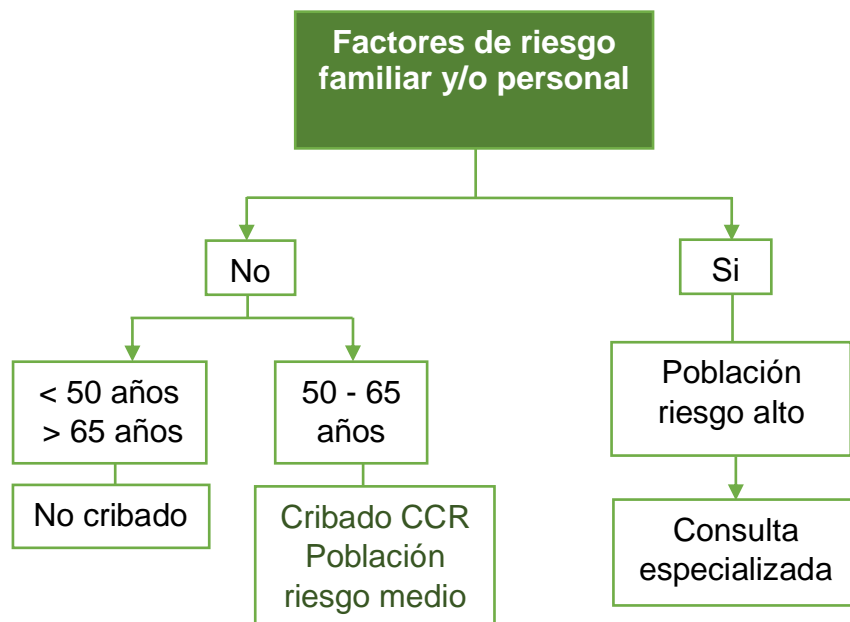
El programa está dirigido específicamente a hombres y mujeres asintomáticos con edades comprendidas entre 50 y 65 años de Santa Cruz, con un riesgo medio de padecer la enfermedad. No se consideran las personas que presentan factores de tipo familiar y/o personal que determina un alto riesgo.

La población participante del programa son los hombres y mujeres de la población susceptibles de invitación efectiva a participar en el programa, ya que no tienen ningún criterio de exclusión en el momento de la invitación.

Se estima que aproximadamente un 10% de las personas tendrán los criterios de exclusión, por lo tanto, la población invitable sería: 246622 personas

- **Aceptación** → 60% → 147973 personas
- **Participación** → 55% → 135642 personas

Figura 10: Criterios para cribado de cáncer colorrectal



Fuente: Elaboración propia, (2020)

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión para la participación del programa de detección precoz de cáncer colorrectal son:

- Los que hayan sido sometidos a una colonoscopia en los 10 últimos años.
- Aquellos que presenten sintomatología sugestiva de enfermedad grave, coagulopatías que impidan la realización de una colonoscopia, o portadores de una colectomía total.
- Antecedentes personales de cáncer colorrectal.
- Antecedentes familiares de cáncer colorrectal con criterios de alto riesgo.
- Incapacidad física o mental:
 - Enfermedad terminal
 - Enfermedad o invalidez grave que contraindiquen el estudio posterior del colon o que requieran un seguimiento específico.
 - Enfermedad o invalidez que en el momento actual contraindiquen el estudio posterior del colon, si se prevé una posible recuperación (motivo de exclusión temporal).

5.2. Test de cribado

El test que se utilizará para el presente programa es el test de sangre oculta en heces de tipo inmunológico cuantitativo, teniendo como punto de corte 100 ng/ml.

Se recoge una sola muestra sin restricción dietética. Se realiza por medio de una muestra que cada persona podrá recoger en su domicilio particular por medio de un kit que será proporcionado por el equipo del programa.

5.3. Intervalo entre exploraciones

El intervalo entre las exploraciones será de dos años para el test de sangre oculta en heces de tipo inmunológico.

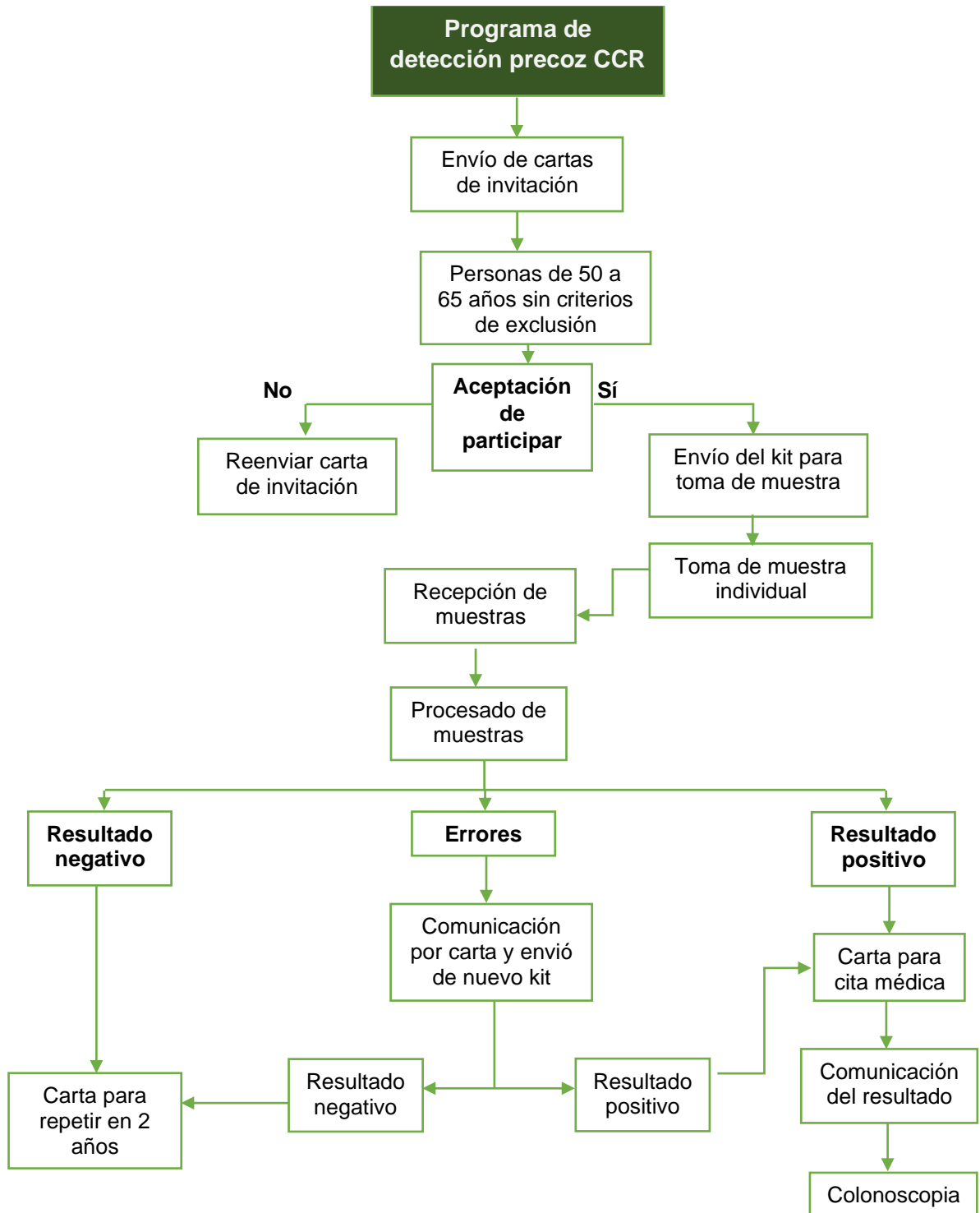
6. Metodología del programa

El presente programa tendrá como base los siguientes criterios:

- Cribado poblacional: Dirigido a mujeres y hombres entre 50 y 65 años del departamento de Santa Cruz, que cumplan con los criterios de inclusión
- Test de sangre oculta en heces de tipo inmunológico cuantitativo con un punto de corte de 100 ng/ml
- Prueba de confirmación diagnóstica: Colonoscopia con sedación en todos los casos positivos.
- Implicación de Atención Primaria.
- Coordinación centralizada a través de un equipo de trabajo.
- Con un intervalo de exploraciones entre pruebas de 2 años.

7. Diseño del programa

Figura 11: Flujograma del Programa de detección precoz del cáncer colorrectal, (2020)



Fuente: Elaboración propia, (2020)

7.1. Marco lógico

Título del Proyecto: Programa de detección precoz de cáncer colorrectal en Santa Cruz-Bolivia.

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>Fin del Programa: (Objetivo Final)</p> <p>Reducir la mortalidad por cáncer colorrectal en la población entre 50 y 65 años del departamento de Santa Cruz-Bolivia.</p>			
<p>Propósito del Proyecto (Objetivo General)</p> <p>Diseñar un programa de detección precoz del cáncer colorrectal en el departamento de Santa Cruz - Bolivia, mediante la detección temprana, para poder realizar tratamientos en fases iniciales.</p>	<p>Al menos el 55% de la población invitada de Santa Cruz participarán en el programa de detección precoz del cáncer colorrectal.</p>	<p>-Fichas de registros -Historias clínicas -Fichas de seguimientos</p>	<p>Población de 50 a 65 años del departamento de Santa Cruz se niegan a participar del programa.</p>
<p>Productos: (Objetivos Específicos)</p> <p>P1. Conformar el equipo de trabajo para el inicio del programa de</p>	<p>Conformado el equipo de trabajo multidisciplinario</p>	<p>-Registro de personal</p>	<p>Inadecuada selección del personal para el programa.</p>

detección precoz del cáncer colorrectal en Santa Cruz.	durante el primer mes de iniciado el proyecto.	-Ficha de datos personales -Currículum Vitae	Procedimientos burocráticos que retrasen el inicio del programa en el tiempo previsto.
P2. Coordinar con las autoridades y los diferentes niveles asistenciales implicados en el programa, para garantizar la cobertura, diagnóstico y tratamientos adecuados.	Coordinación y compromisos firmados con las autoridades durante el primer mes de iniciado el proyecto.	-Acuerdos firmados -Compromisos -Resoluciones ministeriales.	
P3. Promocionar e invitar al programa de detección precoz de cáncer colorrectal en Santa Cruz-Bolivia	Divulgación de la campaña por los distintos medios, como ser televisión, radio, redes sociales durante el segundo y tercer mes de iniciado el proyecto. Invitación mediante cartas a domicilios al 100% de la población invitada. El 100% de la población que acepta participar del programa recibe el kit para la muestra con sus respectivas indicaciones.	- Guiones para campañas -Campañas televisivas -Spot publicitario -Folletos informativos -Afiches -Diseño de la carta individual de invitación. -Material para el kit de entrega. -Lista del Padrón de personas. -Registro de personas invitadas.	Poblaciones indígenas no entienden las campañas publicitarias. Población de comunidades alejadas no reciben la información del programa. Las campañas publicitarias no pueden llegar a comunidades alejadas. Extravío de las cartas y los kits a los municipios alejados.

<p>P4. Garantizar la recepción y el análisis de las muestras del programa de detección precoz para brindar resultados fiables a la población</p>	<p>Definidos los centros de entrega de las muestras en un 100% para ser analizadas en los respectivos laboratorios durante la fase de planificación</p> <p>Recepcionadas las muestras en su totalidad durante el tiempo indicado de entrega de las muestras.</p> <p>Analizar el 100% de las muestras Recepcionadas.</p> <p>En caso de muestras inadecuadas, enviar nuevamente el kit para la realización en su totalidad.</p>	<p>-Mapa de centros de atención de primer nivel -Puntos de entrega de las muestras -Folleto con indicaciones para la toma de muestra. -Kits de toma de muestra identificados para cada persona.</p> <p>-Lista con nombre, documento de identidad, fecha y firmas de entrega de muestra. -Consentimiento informado firmado -Control de emisión de resultados. -Informe de muestras inadecuadas. -Cartas para nueva invitación y explicación. -Kits para la toma de muestra.</p>	<p>Manejo inadecuado de las muestras por parte de la población.</p> <p>Molestia por repetición de prueba en caso de muestras inadecuadas.</p>
---	---	--	---

<p>P5. Avalar la emisión de resultados y su comunicación a la población participante del programa.</p>	<p>Entrega de resultados en un plazo máximo de 30 días desde la entrega de la prueba.</p> <p>Brindar información sobre los resultados y su significado al 100% de las personas participantes.</p> <p>Orientar e indicar los procedimientos a seguir después de un resultado positivo o negativo al 100% de los participantes.</p>	<p>-Informes de resultados - Historias clínicas -Lista de positivos -Lista de negativos -Consentimientos informados para colonoscopias -Folletos informativos sobre las pruebas a realizar posteriormente.</p>	<p>Demora en la entrega de resultados a la población.</p>
<p>P6. Monitorizar la realización de estudios complementarios en casos positivos de los participantes del programa.</p>	<p>Realizar la confirmación diagnóstica por medio de colonoscopias en los hospitales de tercer nivel de Santa Cruz.</p> <p>Brindar la atención especializada por médicos del equipo de los centros de primer nivel de atención a los casos de patología neoplásica maligna.</p> <p>En casos de colonoscopias no concluyentes garantizar el</p>	<p>-Historias clínicas -Consentimientos firmados -Protocolos de actuación -Informes médicos -Lista de colonoscopias realizadas. -Fichas de confirmación -Folletos sobre procedimientos.</p>	<p>Negativa para la realización de las colonoscopias por parte de la población participante.</p> <p>Personal sanitario no brindan la información adecuada acerca de los procedimientos a realizar.</p>

<p>P7. Realizar el tratamiento y su respectivo seguimiento de todas las personas que participen del programa con resultados positivos.</p>	<p>compromiso para realizarlas de nuevo en su totalidad.</p> <p>Proporcionar informes claros y fiables al 100% de las personas que participen del programa.</p> <p>Brindar información clara y precisa, en casos de resultados negativos y patologías benignas al 100% de los pacientes.</p> <p>Realización de tratamientos bajo protocolos al 100% de los pacientes confirmados positivos.</p> <p>Garantizar la aplicación de los protocolos y guías adecuadas</p>	<p>-Protocolos de tratamiento</p> <p>-Base de datos</p> <p>-Historias clínicas</p>	<p>Las personas se niegan a acceder al tratamiento por temor, miedo.</p>
---	---	--	--

<p>P8. Asistencia psicológica para los participantes del programa de detección precoz, a partir de la implementación de un gabinete psicológico y brigadas móviles.</p>	<p>en todos los centros de salud de tercer nivel.</p> <p>Realizar el seguimiento establecidos bajo los estándares de control durante el tiempo establecido al 100% de los participantes</p> <p>Al menos el 60% de los hombres y mujeres del programa acceden a servicios de atención de Salud mental, acompañamiento terapéutico y apoyo psicológico durante el programa.</p> <p>Más del 50% de los problemas emocionales de los hombres y mujeres del programa son resueltos a partir de la intervención del gabinete psicológico implementado en el centro. Teniendo el 100% de los pacientes un informe de conclusión de plan terapéutico aplicado.</p>	<p>-Historias clínicas -Informes psicológicos -Registros -Consentimientos firmados</p>	<p>Las personas no asisten a las terapias psicológicas.</p>
--	--	--	---

Actividades P1. <ul style="list-style-type: none">• Presentación del programa a las autoridades sanitarias.• Proceso de selección del equipo de trabajo.• Firma de acuerdos y contratos para el personal. P2. <ul style="list-style-type: none">• Planificación de reunión con el equipo de salud del departamento de Santa Cruz y Bolivia.• Reunión explicativa con el encargado del Servicio Departamental de Salud, ministro de salud y responsables.• Reuniones informativas con los alcaldes y responsables de salud de las 15 provincias del departamento.• Establecimiento de los acuerdos que garanticen el desarrollo del programa.			

<ul style="list-style-type: none">• Resoluciones ministeriales. <p>P3.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reuniones de planificaciones con los encargados de cada ciudad de Santa Cruz.• Coordinación con los centros de primer nivel para la recepción de las muestras.• Capacitaciones al personal de los centros de primer nivel.• Determinaciones de los lugares a los que asistirán las brigadas móviles.• Diseño y elaboración del material para la promoción del programa.• Campañas de promoción del programa de detección precoz.• Visitas a medios de comunicación para divulgación del programa.• Colocación de carteles en los centros de salud, farmacias, hospitales.• Presentaciones de los mapas de puntos de recogidas y recepción de las muestras.			
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none">• Coordinación para el registro de las personas que recibirán la invitación y kits.• Preparación de las cartas de invitación• Preparación de los kits para la recepción de muestras. <p>P4.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reuniones de planificaciones con los encargados de cada ciudad de Santa Cruz.• Recogida en los centros de salud de las muestras, con sus respectivas etiquetas de identificaciones.• Registro de las personas que participan.• Firma de consentimientos informados.• Análisis de las pruebas en los laboratorios específicos.• Elaboración de informes• Registros de los informes elaborados• Cartas de nueva invitación en caso de muestras inadecuadas• Preparación de nuevos kits• Entrega de nuevas invitaciones y kits con su respectiva explicación.			
--	--	--	--

<p>P5.</p> <ul style="list-style-type: none">• Clasificación de resultados en positivos y negativos para su posterior comunicación.• Registro de resultados• Diseño y elaboración de cartas para resultados negativos• Envíos de cartas a domicilios en casos de resultados negativos.• Preparación de cartas de notificación para los resultados positivos• Informes personalizados para los casos positivos.• Entrega de folletos informativos• Asistencia psicológica en todo el proceso de comunicación de resultados.• Indicaciones de las acciones a realizar. <p>P6.</p> <ul style="list-style-type: none">• Coordinación con los hospitales de tercer nivel para la realización de las colonoscopias.• Consulta previa, explicativa para despejar dudas• Tramitación de consentimientos informados			
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none">• Realización de las colonoscopias• Supervisión constante• Registros de resultados• Elaboración de informes• Entrega de resultados en consulta• Asistencia psicológica en todo el proceso de comunicación de resultados.• Indicaciones de las acciones a realizar.• Proporcionar la información necesaria. <p>P7.</p> <ul style="list-style-type: none">• Coordinación con los hospitales para el tratamiento a las personas• Consultas explicativas de las acciones a realizar• Firmas de consentimientos informados• Tratamiento adecuado según protocolos• Supervisión• Asistencia psicológica en todo el proceso de tratamiento y seguimiento.• Indicaciones de las acciones a realizar.			
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar la información necesaria.• Llamadas periódicas para seguimiento• En casos necesarios visitas a domicilios• Elaboración de informes• Base de datos completa y actualizada <p>P8.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reuniones de coordinación• Preparación del gabinete psicológico• Coordinación con las brigadas móviles• Elaboración del material para las campañas informativas• Campañas informativas en las ciudades principales del programa.• Campañas de sensibilización• Atención psicológica en consultas de entrega de resultados• Acompañamiento terapéutico• Terapia de afrontamiento• Elaboración de informes			
---	--	--	--

7.3. Descripción de las etapas del programa

7.3.1. Invitación:

Se enviarán invitaciones directamente a los domicilios de cada persona de la población elegible de las 15 provincias del departamento de Santa Cruz, mediante una carta de invitación con la información acerca del programa (*ver anexo 1*), además del consentimiento informado, para que sea firmado como aceptación de participar en el programa (*ver anexo 2*); una vez la persona haya enviado dicho documento, se le enviará un kit para la toma de la muestra el cual tendrá su respectiva instrucción y el material necesario (*ver anexo 3*), además se indicará el día que deben asistir y la forma de entregarlo en el centro de salud cercano a su domicilio, las personas que presenten dificultades para las entregas y los que viven en comunidades alejadas recibirán las instrucciones, para que las brigadas móviles puedan llegar hasta sus domicilios y recoger las muestras, de esta manera se facilitará el acceso y participación en el programa. (*ver anexo 4*),

Se estima que aproximadamente un 10% de las personas tendrán los criterios de exclusión, por lo tanto, la población invitada sería: 246622 personas.

De las cuales se tiene un aproximado en cuanto a la aceptación y participación de:

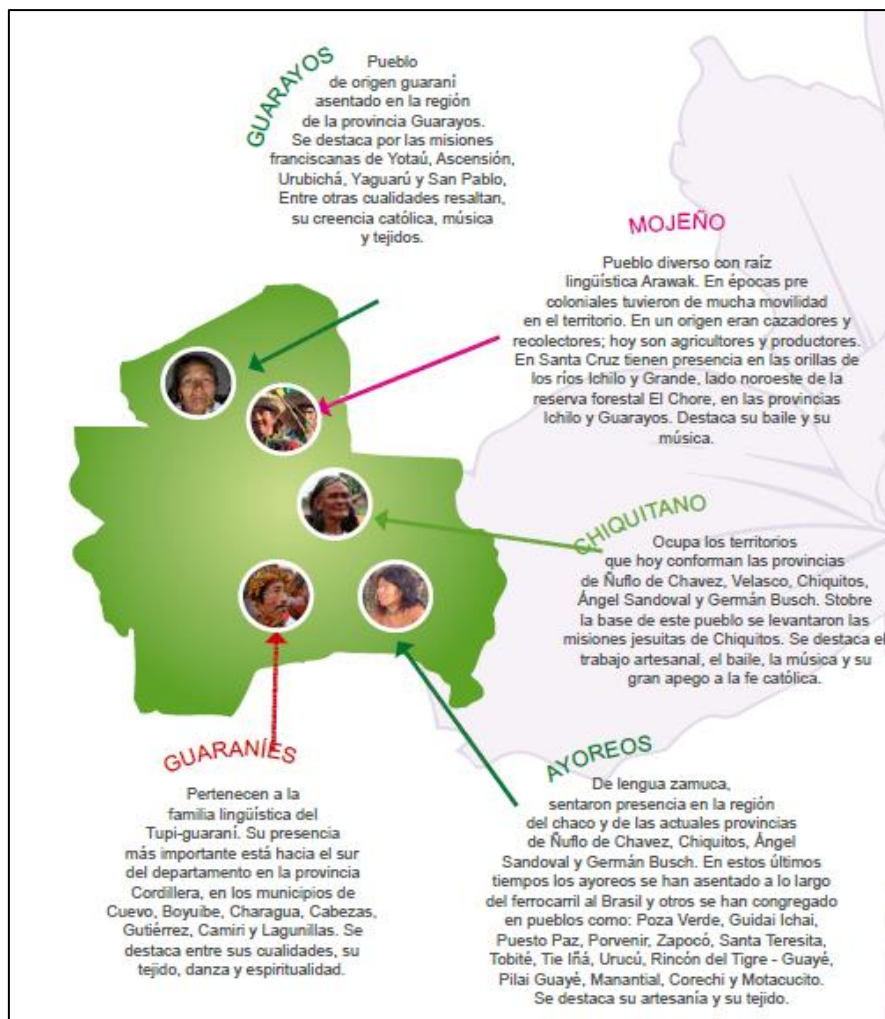
- **Aceptación** → 60% → 147973 personas
- **Participación** → 55% → 135642 personas

Además, se tendrá en cuenta que los pueblos originarios del departamento de Santa Cruz desempeñan un papel importante en la permanente construcción de la identidad cruceña, entre los que podemos mencionar:

- **Guarayos:** Pueblo de origen guaraní asentado en la región de la provincia Guarayos. Se destaca por las misiones franciscanas de Yotaú, Ascensión Urubichá, Yaguarú y San Pablo, teniendo como dialecto principal el guaraní.
- **Mojeño:** Pueblo diverso con raíz lingüística Arawak. En épocas coloniales tuvieron mucha movilidad en el territorio. En Santa Cruz tienen presencia en las orillas de los ríos Ichilo y Grande, lado noroeste de la reserva forestal El Chore, en las provincias Ichilo y Guarayos.

- **Chiquitano:** Ocupa los territorios que hoy lo conforman las provincias Ñuflo de Chávez, Velasco, Chiquitos, Ángel Sandoval y Germán Busch, sobre la base de este pueblo se levantaron las misiones jesuitas de Chiquitos, teniendo como dialecto la lengua Zamuca.
- **Ayoreos:** De lengua Zamuca, sentaron presencia en la región del chaco y de las provincias Ñuflo de Chávez, Chiquitos, Ángel Sandoval y Germán Busch.
- **Guaraníes:** Pertenecen a la familia lingüística del Tupi-guaraní. Su presencia más importante está hacia el sur del departamento, en la provincia Cordillera, en los municipios de Cuevo, Boyuibe, Charagua, Cabezas, Gutiérrez, Camiri y Lagunillas.

Figura 12: Principales pueblos originarios de Santa Cruz y sus características.



Fuente: Plan departamental de desarrollo económico social de Santa Cruz 2010-2025

Es importante mencionar que el porcentaje de la población según el idioma que habla en Santa Cruz, tanto en el área urbana como rural es:

Tabla 3: Idioma hablado en la población de Santa Cruz según residencia (2012)

Idioma	Porcentaje			Población
	Área urbana (%)	Área rural (%)	Total (%)	
Castellano	85	15	71	1809377
Quechua	70	30	6	143094
Aymara	94	6	1	18875
Guaraní	28	72	1	34276
Otro nativo	65	35	0	11988
Extranjero	3	1	4	90998
Sin especificar	0	17	17	437893
total			100	2546501

Fuente: Elaboración propia, en base a Instituto Nacional de Estadística, (2012)

Cabe resaltar, que todo el personal del área de salud y trabajadores del sector público por medio de la Ley 269 General de derechos y políticas lingüísticas del 2 de agosto de 2012, estableció un plazo de tres años para que los funcionarios aprendan un idioma indígena según el principio territorial, por lo cual no se tendrá complicaciones en la comunicación con las personas de las distintas provincias del departamento de Santa Cruz, además de que el material, las cartas y toda la infografía será presentada en los distintos idiomas, dependiendo la región.

Además, se realizarán campañas de sensibilización para la población, en todos los municipios, utilizando los diversos medios de comunicación para poder alcanzar a la totalidad de la población inevitable. (ver anexo 5)

7.3.2. Entrega y procesado de la prueba

Las pruebas deberán ser entregadas en cada centro de salud, cerca del domicilio de cada persona, correspondiente a su zona, en el caso de los pueblos y comunidades alejados se les mencionará el día que pasará la brigada móvil para la resección de las muestras, cada centro de salud tendrá sus días seleccionados para su recepción de muestra, así como los horarios, los cuales serán de 07:00 a.m. hasta las 20:00 p.m. facilitando de esta manera los horarios para que todos

y todas puedan participar en el programa, además al momento de entregar la muestra se procederá al llenado de una ficha de datos personales. *(ver anexo 6)*

En el caso de las comunidades alejadas, las brigadas móviles se establecerán horarios y puntos de recogidas en dichas comunidades, y en los casos especiales se pasará por los domicilios.

En caso de no presentar la muestra, se enviará una carta de recuerdo 30 días después del envío de la carta de invitación. *(ver anexo 7)*

El procesamiento de las muestras se realizará en los laboratorios de primer nivel, y segundo nivel previamente seleccionados.

Se estima que aproximadamente se analizarán y tendrán los siguientes resultados:

- **Realización de TSOH** → 135642 personas
- **Test resultado positivo** → 8138 personas (6%)

7.3.3. Emisión de resultados

En el proceso de entrega de resultados, se tendrá en cuenta, los casos de error, donde se procederá a enviar una nueva carta explicando la situación y los procedimientos a seguir, además el kit para la nueva muestra, estos errores pueden ser preanalíticos (pérdida de muestra, manejo inadecuado detectado por participante y/o profesionales) y analíticos (detectados en el laboratorio).

En el caso de resultados negativos se enviará una carta donde se explicará el resultado, además se invitará a las personas a participar de nuevo en el programa en 2 años. *(ver anexo 8)*

Si el resultado es positivo en la carta se indicará a la persona participante la conveniencia de ponerse en contacto con un médico del centro de salud dónde dejó la muestra, en el caso de los pacientes que dejaron las muestras por medio de las brigadas móviles, también se informará el centro de salud al que deben acudir, donde se le explicará el resultado y se indicará una colonoscopia para confirmación diagnóstica. *(ver anexo 9)*

En caso de que una persona participante no acuda al centro de salud tras un resultado positivo en más de 30 días, *(ver anexo 10)*, el equipo a través de los trabajadores sociales se encargará de realizar las llamadas personalizadas a cada uno para despejar dudas, conocer la situación de cada persona y realizar

un respectivo seguimiento durante un periodo de 30 días, el cual será realizado a través del equipo de trabajadores sociales del proyecto.

Al final del año de invitación el equipo identificará a todos los positivos sin colonoscopia realizada para su tipificación por tipo de población, considerándose pérdidas los casos en los que no ha sido posible realizar la colonoscopia o no se ha logrado completar el diagnóstico (mala preparación, incompleta, extirpación parcial, etc.). Todos esos casos serán seguidos por el equipo y revisados previos a la siguiente invitación, en el periodo de 2 años.

7.3.4. Confirmación diagnóstica

A todas las personas que hayan tenido un resultado positivo se les propondrá la realización de una colonoscopia, salvo contraindicación, por medio del médico a cargo del centro de salud que forme parte del equipo del programa, donde se deberá realizar las siguientes actividades: realización de una historia clínica (*ver anexo 11*), el llenado de una hoja de recogida de datos para la colonoscopia (*ver anexo 12*), indicación de las pruebas preoperatorias que considere oportunas, se recabará el consentimiento informado (*ver anexo 13*), y brindará la información necesaria, así como el llenado del cuestionario previo para la sedación en la colonoscopia (*ver anexo 14*), además y proponer la preparación de colonoscopia (*ver anexo 15*). En todo momento se brindará el apoyo psicológico necesario para el afrontamiento a la situación por parte del gabinete psicológico, para el cual se contará con su debido consentimiento informado (*ver anexo 16*).

Es importante mencionar que la colonoscopia que se realiza en el contexto de un programa de cribado de Cáncer Colorrectal presenta especiales connotaciones, primeramente, se trata de una exploración realizada en individuos sanos y asintomáticos, después de un test de sangre oculta en heces positivo, además el resultado de la colonoscopia determinará la frecuencia con que deben realizarse posteriormente las colonoscopias de vigilancia. (Sociedad Española de endoscopia digestiva, 2011)

De igual manera, se indica que en caso de colonoscopia normal las personas serán excluidos temporalmente del programa durante un tiempo prolongado de 10 años.

Se estima la realización de colonoscopias a 6510 personas, teniendo una participación esperada del 80%.

Se atenderán las colonoscopias en 5 hospitales de 2do nivel, 5 hospitales de 3er nivel y 1 instituto especializado, que cuentan con los equipos, infraestructura y personal para poder atender a todas las personas, teniendo como posibles aproximaciones:

- **Tumores detectados en colonoscopias** → 325 personas (5%)
- **Adenomas de alto riesgo** → 1497 personas (23%)

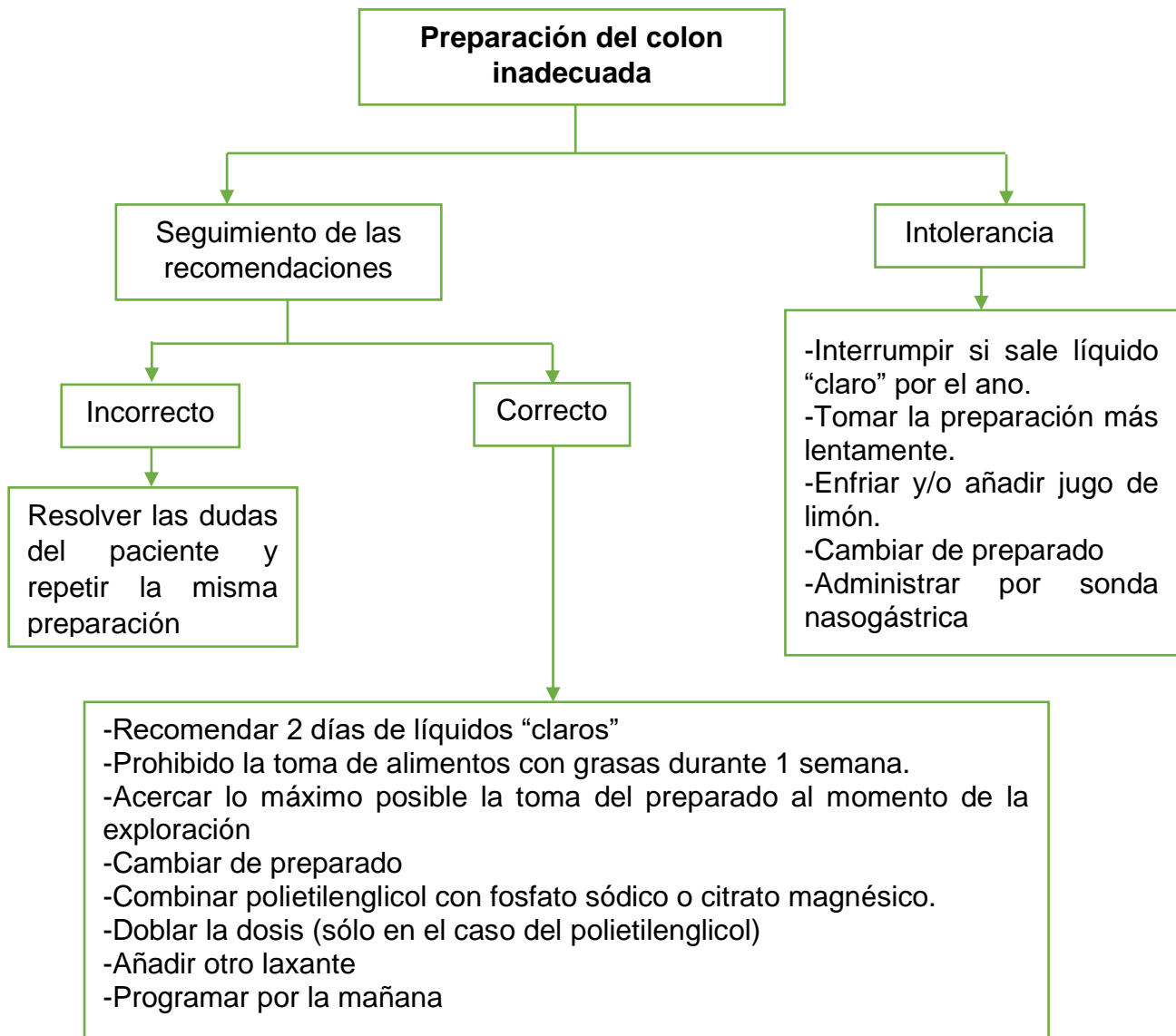
Se contará con una hoja de registro de pólipos (*ver anexo 17*), y una hoja de registro de datos correspondientes al estadiaje del tumor detectado. (*ver anexo 18*). Sin dejar de lado que se procederá a la realización de un Check list para controlar la calidad de las colonoscopias realizadas (*ver anexo 19*).

7.3.5. Gestión de resultados colonoscopia

El resultado de la colonoscopia será comunicado en caso negativo por el especialista encargado y el equipo de comunicación del programa se encargará de enviar una carta a la persona participante. Esta carta sólo se enviará a las personas cuyo proceso diagnóstico se haya completado con una colonoscopia de calidad.

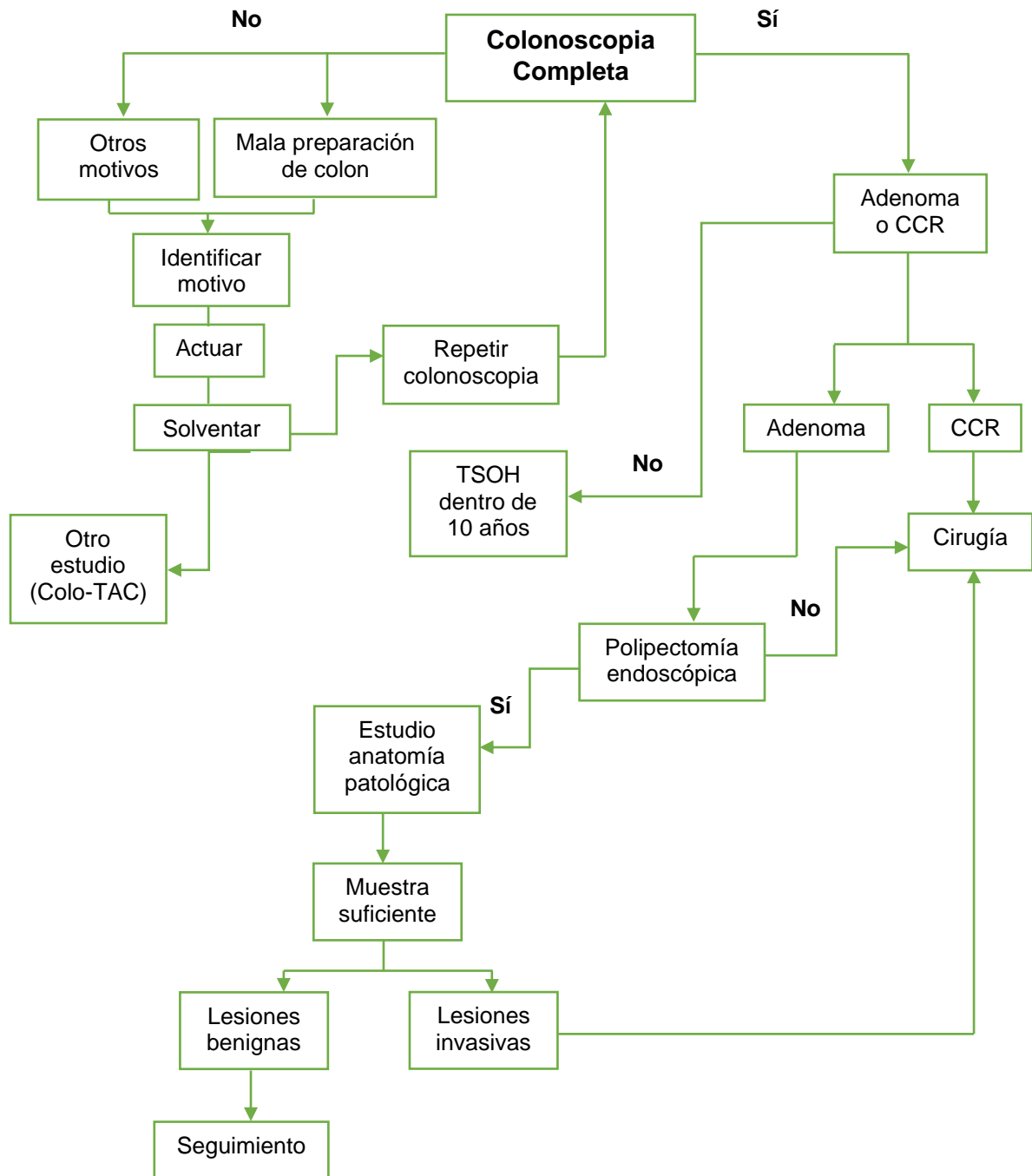
A continuación, se detalla por medio de un algoritmo ante una preparación inadecuada del colon, que acciones se deben desarrollar, según (Sociedad Española de endoscopia digestiva, 2011)

Figura 13: Flujograma ante una preparación inadecuada del colon.



Fuente: (Asociación Española de Gastroenterología, 2018)

Figura 14: Flujograma de actividades post-colonoscopy

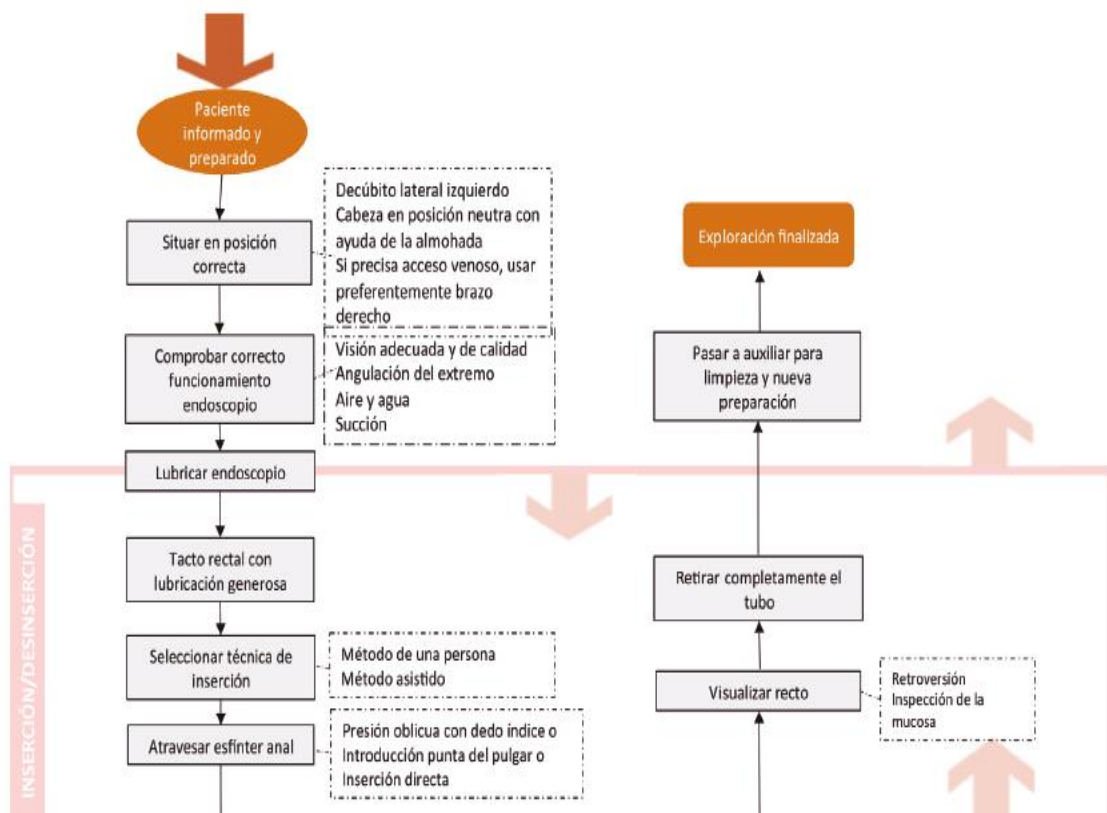


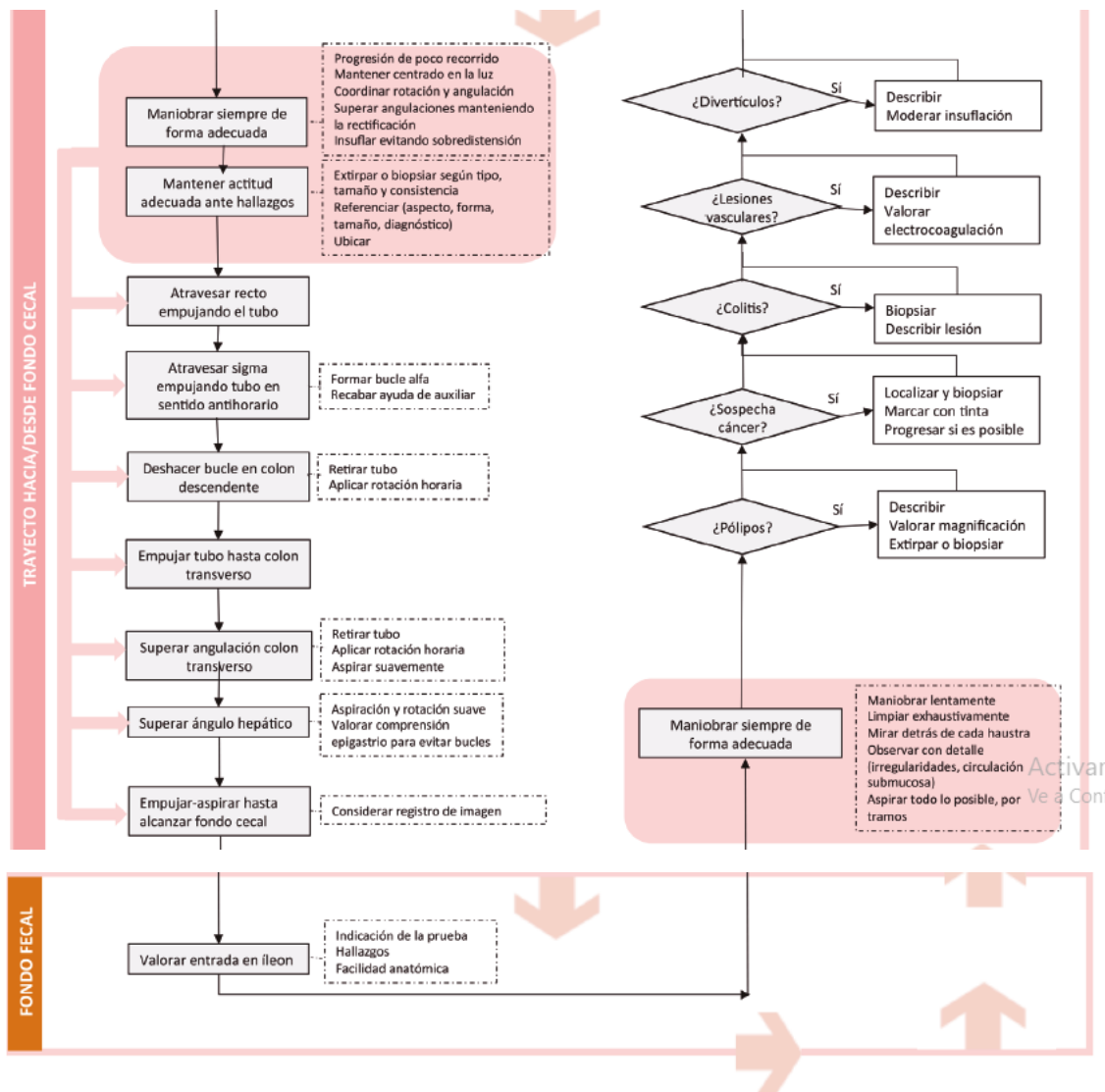
Fuente: Elaboración propia, en base a (Asociación Española de Gastroenterología, 2018)

RESULTADO	NORMAL	PATOLOGIA BENIGNA (No significativa)
RECOMENDACIÓN	Continuar con el Programa de detección precoz de CCR por medio de TSOH a 10 años	Continuar con el Programa de detección precoz de CCR por medio de TSOH a 10 años
INFORME DEL RESULTADO	PDPCCR	PDPCCR
MODELO INFORME	Carta de resultado colonoscopia normal	Carta de resultado colonoscopia benigna no significativa

Fuente: Elaboración propia en base a (Gobierno de Navarra, departamento de salud, 2012)

Figura 15: Indicadores de calidad en colonoscopia





Fuente: (Sánchez, y otros, 2017)

7.3.6. Fase de tratamiento y seguimiento

El tratamiento deberá seguir los protocolos de actuación, las cuales deberán ser realizadas en el Instituto Oncológico del Oriente Boliviano, en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, el cual cumple con los requerimientos, infraestructura, equipos y personal adecuados para atender dichas patologías.

El seguimiento se realizará a través de los trabajadores sociales, quienes realizarán llamadas telefónicas periódicas a los participantes del programa con resultados positivos, en los casos que requieran mayor atención se realizarán

visitas programadas a los domicilios, con el equipo de trabajadores sociales y psicólogos.

8. Recursos humanos y materiales

8.1. Infraestructura de salud en Santa Cruz

El número de establecimientos de salud por nivel de atención se observa que en el año 2010 se contaba con 1521 centros de salud en Bolivia, de los cuales 232 (15,25%) se encontraban en Santa Cruz. A su vez, el país tenía 1602 puestos de salud, Santa Cruz 216 (13,48%). Estos datos en cuanto al primer nivel de atención de salud. (Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, Plan territorial de desarrollo integral, 2020)

Respecto a los hospitales básicos de segundo nivel, en Bolivia se tenían 225, mientras que en Santa Cruz se llegaba a 80 establecimientos de este nivel (35,56%). Los hospitales generales de 3er. nivel en Bolivia para el año 2010 eran 34, en Santa Cruz se encontraban 4 (11,76%). Mientras que los institutos especializados en Bolivia hacían un total de 28, de los cuales 7 se encontraban en el departamento (25%). Estas cifras hacen un total de 3410 establecimientos de salud en Bolivia para el 2010, de éstos solo 539 (15,81%) están en Santa Cruz. (Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, Plan territorial de desarrollo integral, 2020)

Para el año 2014 se llegó a 1956 centros de salud en el país, de este número 318 (16,26%) corresponden a Santa Cruz. El número de puestos de salud a nivel nacional llegó a 1464, Santa Cruz a su vez tenía 229 (15,64%). Con estas cifras, se puede ver que el departamento se encuentra rezagado con respecto al país, en cuanto a la atención en los centros de primer nivel.

Los hospitales de segundo nivel en esta gestión sumaban 236 en Bolivia, paralelamente en Santa Cruz se llegó a 107 hospitales (45,34%). De los 40 hospitales generales de tercer nivel, 5 (12,50%) pertenecían al departamento cruceño. En cuanto a institutos especializados, Bolivia mantenía la misma cifra (28) desde el año 2010, mientras que en Santa Cruz aumentaron a 8 (28,57%). En síntesis, se contaban con 3727 establecimientos de salud en Bolivia en el 2014, de los mismos, 667 (17,90%) se encontraban en territorio cruceño.

Un aspecto fundamental en la red departamental de salud es que se cuenta con un 70% de los establecimientos conectados al Sistema Único de Información,

que permite un reporte de casos y mejora el control en los establecimientos. (Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, Plan territorial de desarrollo integral, 2020)

A continuación, se describe tanto el número como su respectivo porcentaje de los distintos tipos de establecimientos sanitarios en Bolivia y en Santa Cruz, además de su variación del año 2010 al 2014:

Tabla 4: Establecimientos de salud por nivel de atención, en Bolivia y Santa Cruz en el 2010 y 2014

Tipo de establecimiento	2010				2014			
	Bolivia		Santa Cruz		Bolivia		Santa Cruz	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Establecimientos de salud	1521	100	232	15,25	1956	100	318	16,26
Primer nivel de atención	1602	100	216	13,48	1464	100	229	15,64
Segundo nivel de atención	225	100	80	35,56	236	100	107	45,34
Tercer nivel de atención	34	100	4	11,76	40	100	5	12,50
Instituto especializado	28	100	7	25	28	100	8	28,57
TOTAL	3410	100%	539	15,81%	3724	100%	667	17,90%

Fuente: Elaboración propia, en base a Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, (2020)

8.2. Niveles de atención en Santa Cruz

El departamento de Santa Cruz cuenta con tres niveles de atención, los cuales serán parte del programa de detección precoz del cáncer colorrectal, teniendo distintas funciones, primeramente, se detallarán las características de cada nivel atencional, así como sus respectivas ubicaciones en las principales ciudades mencionadas anteriormente:

8.2.1. Primer nivel de atención

Corresponde a las modalidades de atención cuya oferta de servicios es para resolver los problemas de salud que se enmarca predominantemente en el auto cuidado de la salud, la consulta ambulatoria y la internación de tránsito, este nivel está constituido por: Brigadas móviles de salud, puesto de salud, consultorio

médico, centro de salud con y sin camas, policlínicos y policonsultorios; incluyendo todos los subsectores. Constituye la puesta de entrada al sistema.

(Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, 2020). El Centro de Salud, es la unidad básica integrante de la Red de Servicios que permite la extensión de coberturas, a través de las actividades de promoción, prevención, curación y control donde participan la familia, médicos tradicionales, responsables de salud y organizaciones comunitarias, de acuerdo con su capacidad resolutive. (Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, 2020).

Dichos centros serán los que tengan el primer contacto con la población participante del programa de detección precoz del cáncer colorrectal, en el caso de las ciudades mencionadas anteriormente serán los encargados de recibir las muestras, mientras que las brigadas móviles de salud serán las encargadas de poder ir a los pueblos más alejados para poder recoger las muestras y brindar información a la población.

Figura 16: Centros de atención sanitaria de primer nivel en Santa Cruz de la Sierra

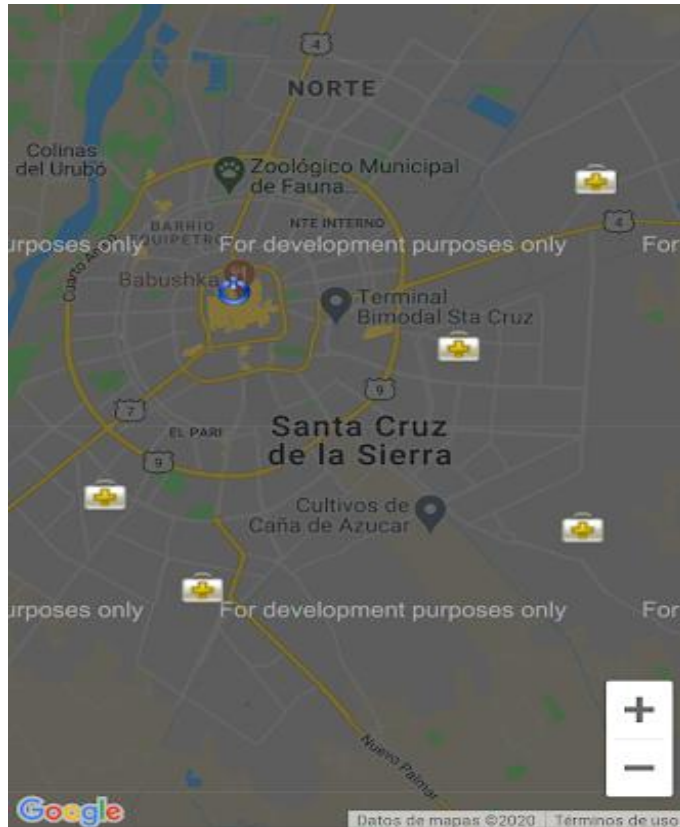


Fuente: Google Maps, (2020)

8.2.2. Segundo nivel de atención

Es conformada por los hospitales básicos de apoyo con atención ambulatoria de

Figura 17: Centros de atención sanitaria de segundo nivel en Santa Cruz de la Sierra



Fuente: Google Maps, (2020)

mayor complejidad que el primer nivel de atención. Este nivel está compuesto por las especialidades de internación hospitalaria (pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía general y medicina interna, además del apoyo de anestesiología u servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento). (Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, 2020).

8.2.3. Tercer nivel de atención

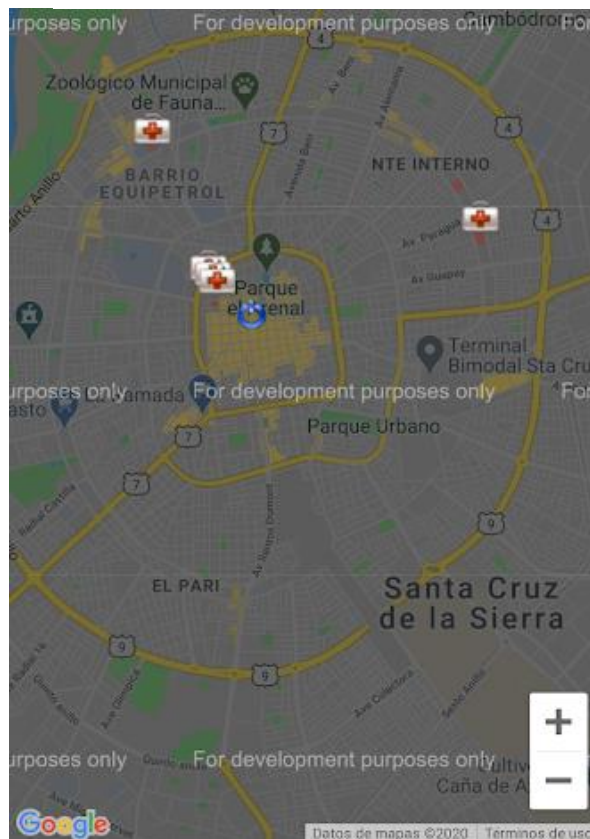
Un hospital es una empresa social, con funciones de asistencia, enseñanza e investigación. Cuenta con personal especializado y con los medios técnicos para desarrollar actividades de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, con orientación preventiva dirigida a la persona, familia y comunidad, con atención en servicios de emergencia, consulta y hospitalización las 24 horas durante todo el año. (Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, 2020). Dichos hospitales son los adecuados para la realización de los análisis de los test de sangre oculta en heces, ya que cuenta con los laboratorios clínicos apropiados y el personal para atender la demanda.

Además, serán los encargados de la realización de las colonoscopias, seguimientos y las derivaciones para tratamientos se realizarán en el Instituto Oncológico del Oriente Boliviano.

8.3. Relación de habitantes/infraestructura

Cuando se relacionan los datos de la cantidad de infraestructura disponible frente a la población a la que prestan servicios, se advierte que, a excepción de los establecimientos y las camas hospitalarios, los demás indicadores son desfavorables para el departamento, comparado con el nivel nacional. Mientras que en Bolivia cada establecimiento de salud cubría 3041 habitantes en el 2010, en Santa Cruz cada establecimiento cubría la atención de 5019 personas en ese mismo año. Sin embargo, esta proporción va disminuyendo a medida que transcurren los años tanto a nivel nacional como departamental; puesto que para el año 2014 se contaba con un establecimiento para cada 2864 bolivianos. Mientras que, en Santa Cruz, cada establecimiento de salud cubría la atención

Figura 18: Centros de atención sanitaria de tercer nivel en Santa Cruz de la Sierra



Fuente: Google Maps, (2020)

de 4395 cruceños. (Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, Plan territorial de desarrollo integral, 2020) Algo similar sucede cuando se analiza la cobertura del primer nivel de atención, en el año 2010, en Bolivia había un centro de salud para cada 3315 habitantes, mientras que en Santa Cruz la relación era mucho más alta, debido a que se contaba con un centro de salud para atender a 5940 pacientes. En el año 2014, Bolivia tenía un promedio de 3119 habitantes por centro de salud, en Santa Cruz la relación seguía siendo mayor puesto que 5359 personas por centro de salud es el estimado.

Respecto a la cobertura de establecimientos hospitalarios Santa Cruz presenta una relación relativamente favorable de poco más de 32 mil habitantes por establecimiento (2010) mientras que en Bolivia en conjunto cada uno de estos establecimientos atiende a más de 36 mil habitantes (2010). En el año 2014, la cantidad de habitantes por hospital se acorta en Santa Cruz, puesto que se tiene un establecimiento hospitalario por 24427 personas. En Bolivia, se tiene un hospital 35085 personas para este mismo año. (Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, Plan territorial de desarrollo integral, 2020)

8.4. Recursos humanos

De acuerdo con datos del Sistema de Registro Único de Establecimientos de Salud RUES 2015, el personal con el que se cuenta en los establecimientos de salud públicos del departamento tiene fuentes de financiamiento diversa, existen ítems y contratos del Tesoro General de la Nación (TGN), Gobierno Autónomo Departamental (GAD) y Gobierno Autónomo Municipal (GAM). Los profesionales y trabajadores en salud suman 11.163, de este número destacan los 2715 médicos, 1317 licenciados en enfermería, 2706 auxiliares en enfermería y 1006 auxiliares administrativos. (Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, Plan territorial de desarrollo integral, 2020)

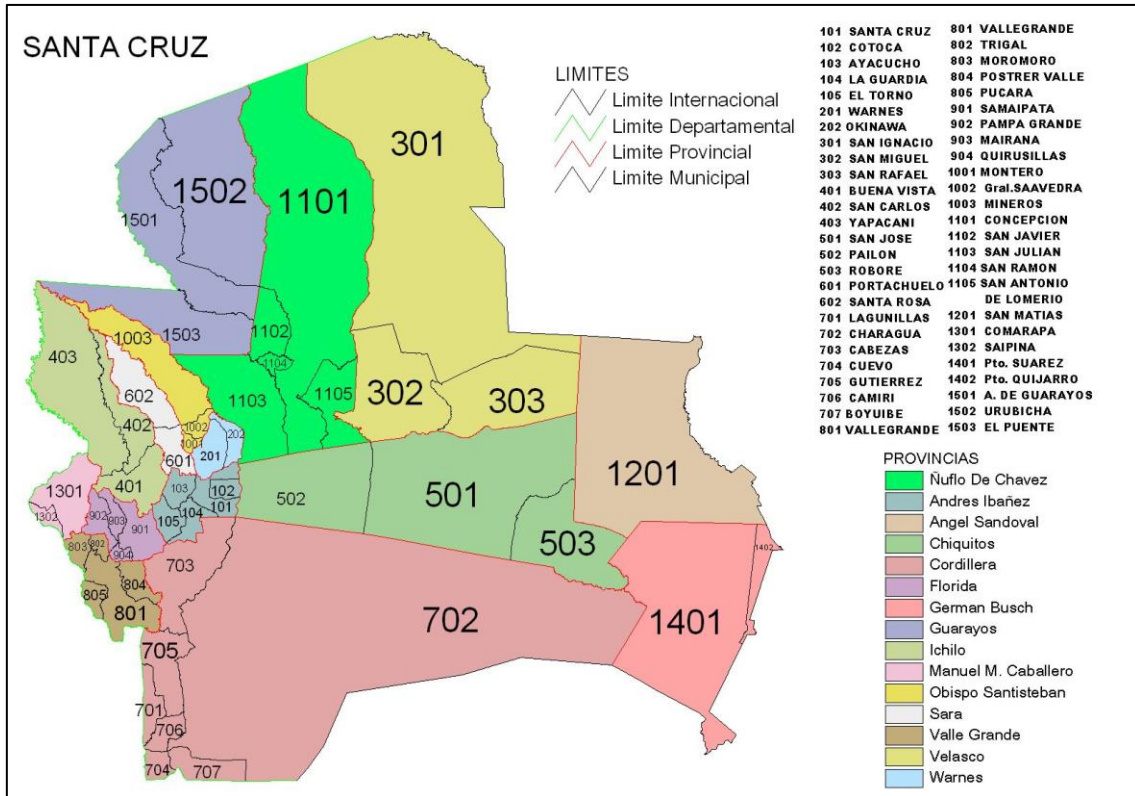
Para el presente programa, se contará con un equipo multidisciplinar extra, conformado por: médicos generales quienes estarán a cargo de la supervisión y control del desarrollo del programa en los centros de salud de primer nivel, además un equipo de psicólogos, trabajadores sociales, un equipo de brigadas móviles quienes estarán a cargo de realizar las entregas de las cartas a los domicilios, debido a que en Santa Cruz no existe un sistema de correos funcional, por lo cual en las brigadas se tendrá al personal indicado para las

entregas domiciliarias. Además, se tendrá un equipo de Recursos Humanos, quienes estarán a cargo de la selección del personal y evaluación.

8.5. Principales ciudades del departamento de Santa Cruz

El programa de detección precoz del cáncer colorrectal tendrá como sede principal la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, capital del departamento, también las siguientes ciudades del departamento de Santa Cruz.

Figura 19: Provincias del departamento de Santa Cruz-Bolivia



Fuente: Unidad de análisis de políticas sociales y económicas - UDAPE

A continuación, se detallan datos acerca de la población y las principales características de salud de las ciudades intermedias del departamento, (Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, Plan territorial de desarrollo integral, 2020):

Tabla 5: Principales ciudades de Santa Cruz, población y distribución porcentual de los lugares donde acude la población en caso de enfermedad.

Acción realizada ante la presencia de una enfermedad:					
CIUDADES	POBLACIÓN	Acuden a un centro de salud Público	Consulta en farmacias	Soluciones caseras	Acuden a un centro de salud privado
Cotoca	54.851	70,11%	48,37%	38,98%	10,07%
Warnes	214.246	65%	45%	-	14%
La Guardia	177.735	72,4%	54,3%	40,7%	18,4%
El Torno	63.298	73,2%	48,7%	38,8%	28,8%
Montero	135.931	66,5%	40,5%	29,1%	9,7%
Yapacaní	77.152	69,6%	50,68	31,4%	5,1%
Minero	27.261	62,60%	41,18%	29,07%	20,13%
Pailón	47.473	75,6%	48,8%	31,2%	11,9%
Portachuelo	19.735	73,6%	35,9%	34,0%	9,7%
San Carlos	23.629	75,2%	44,9%	-	10,5%
Buena Vista	13.184	74,4%	36,7%	22,2%	4,5%
Comarapa	17.511	82,45%	77,48%	65,06%	12,55%
Samaipata	11.731	80,35%	47,07%	44,68%	12,96%
Vallegrande	18.472	62,6%	55,5%	41,6%	24,18%
Mairana	13.197	78,0%	70,6%	-	5,5%
Camiri	36.485	-	-	-	-
Charagua	40.476	66,30%	20,57%	20,11%	11,07%
San Javier	16.027	88,93%	55,78%	53,69%	6,69%
Concepción	24.070	82,83%	29,95%	29,09%	9,38%
San Ignacio	63.186	70,11%	48,37%	38,98%	10,07%
Roboré	16.308	63,6%	31,2%	30,2%	9,7%
Ascensión de Guarayos	36.383	66,54%	34,13%	25,53%	17,82%
San José de Chiquitos	44.739	75,48%	54,14%	44,27%	11,78%
San Ramón	9.295	66,5%	39,7%	31,2%	22,6%

San Julián	67.701	76,3%	54,5%	-	16,6%
San Miguel	12.568	32,9%	36,7%	33,7%	18,9%
San Rafael	7.444	89%	-	-	-
Puerto Suarez	24.409	72,1%	-	-	-
Puerto Quijarro	20.068	63,3%	30,3%	23,5%	15,5%
San Matías	15.960	75,06%	44,22%	41,27%	14,84%

Fuente: Elaboración propia en base a Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, (2020)

8.6. Presupuesto

RUBRO O ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	COSTO POR UNIDAD €	CANTIDAD	TIEMPO	COSTO FINAL
RECURSOS HUMANOS					
Profesionales	Médico general	652	229	24 meses	
	Analistas clínicos	456	214	24 meses	
	Lic. Psicología	400	50	20 meses	
	Lic. Comunicación Social	400	10	12 meses	
	Lic. Enfermería	400	107	24 meses	
	Médico	800	20	24 meses	
	Gastroenterólogos				
	Endoscopistas	652	33	24 meses	
	Lic. Trabajo Social	400	80	20 meses	
	Médico Oncólogo	800	80	20 meses	
	Médico Cirujano	800	200	12 meses	
	Brigada móvil	400	229	12 meses	1099200
	Choferes de brigadas	300	229	12 meses	824400
INFRAESTRUCTURA					
Espacio físico	Sala de reuniones	-	1	3 meses	
Hospitales	Hospitales de 3er nivel	-	5	24 meses	
	Hospitales de 2do nivel	-	107	24 meses	
	Hospitales de 1er nivel	-	229	24 meses	
	Laboratorios	-	107	12 meses	
MATERIAL DE APOYO					
Equipo de cómputo y proyección	Computadora	800	4	-	1760
	Proyector	675	2	-	1479
	Adaptador	10	4	-	22
	Alargador	25	4	-	55

MATERIALES					
Material de oficina	Bolígrafos	0,3	400		120
	Fibrones	1	20		20
	Cuadernos	1	220		220
	Folios	23	100	(paquetes de 2500)	2300
MATERIAL INFOGRÁFICO					
Material de apoyo	Carteles	3000	3		9000
	Folletos	300000	0.2		60000
	Cartas de invitación	250000	0.026		6500
	Consentimientos	180000	0.5		90000
	Protocolos	180000	0.5		90000
	Fichas	150000	0.026		3900
	Historias clínicas	150000	0.5		75000
	Informes	150000	0.026		3900
	Sobres	150000	0.026		3900
GASTOS EVENTOS					
Talleres y/o reuniones	Pan	30 kg	2	-	60
	Frutas	50 kg	0.3	-	15
	Gaseosa sabor naranja	1481	0.5	-	740.5
	Té	2kg	3	-	6
	Azúcar	6kg	1	-	6
	Servilletas	200 paq.	0.1	-	20
	Vasos desechables	150 paq.	0.2	-	30
	Manteles	50	3	-	150
	Cucharitas	150 paq.	2	-	300
	Mesa	-	-	prestada	-
	Sillas	-	-	prestada	-
INSUMOS Y PRUEBAS					
Insumos para intervención	Kits para toma de muestra	200000	3		600000
	Test de sangre oculta en heces	200000	5		
	Colonoscopias	7000	40		
IMPREVISTOS					
Otros gastos	Gastos extras que pudieran surgir	1000		-	500
TOTAL					2873603.5

9. Evaluación del programa

META	INDICADOR	EVALUACIÓN	RESULTADO OBTENIDO
<p>Conformar el equipo de trabajo para el inicio del programa de detección precoz</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conformado el equipo de trabajo multidisciplinario durante el primer mes de iniciado el programa, 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de personal - Fichas de datos personales. - Contratos. 	
<p>Coordinar con las autoridades y los diferentes niveles asistenciales implicados en el programa, para garantizar la cobertura, diagnóstico y tratamientos adecuados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compromisos firmados con las autoridades durante el primer mes de iniciado el proyecto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acuerdos firmados. - Compromisos - Resoluciones departamentales. - Resoluciones ministeriales 	
<p>Promocionar e invitar al programa de detección precoz de cáncer colorrectal a hombres y mujeres entre 50 y 65 años residentes en Santa Cruz-Bolivia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Al menos 2 campañas de sensibilización en las 15 provincias del departamento, por los medios de comunicación, durante los dos primeros meses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registros de campañas. - Guiones de publicidades - Folletos - Cuadros explicativos - Trípticos informativos - Material infográfico 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Invitaciones mediante cartas a domicilios al 100% de la población entre 50 y 65 años residentes en Santa Cruz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inventario de cartas - Registros de entregas - Lista del padrón de las personas participantes. - Mapa por ciudades. 	
	<ul style="list-style-type: none"> - El 100% de la población que acepta participar del programa recibe el kit para la toma de muestra. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fichas de aceptación - Registros por ciudades - Inventarios de kits - Folletos informativos 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Definidos los centros de entrega de muestras en un 100% para ser analizadas en los respectivos laboratorios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mapa de centros para recepción de muestras. - Lista con dirección y horario de recepción. 	
Garantizar la recepción y el análisis de las muestras del programa de detección precoz para brindar resultados fiables a la población	<ul style="list-style-type: none"> - Recepcionadas las muestras en su totalidad durante el tiempo indicado de entrega de las muestras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registros de muestras recepcionados. - Fichas de datos personales. - Consentimientos firmados 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar el 100% de las muestras Recepcionadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informes de muestras adecuadas. - Registros de informes. 	
	<ul style="list-style-type: none"> - En caso de muestras inadecuadas, enviar nuevamente el kit para la realización en su totalidad, en un periodo máximo de 15 días 	<ul style="list-style-type: none"> - Registros de muestras inadecuadas. - Registros de envíos de cartas - Registros de nuevas muestras Recepcionadas. - Inventarios de kits enviados 	

Avalar la emisión de resultados y su comunicación a la población participante del programa.	- Entrega de resultados en un plazo máximo de 30 días desde la entrega de las muestras	- Informes de resultados - Historias clínicas - Registros de resultados	
	- Brindar información sobre los resultados y su significado al 100% de la población participante del programa.	- Registros de pacientes - Folletos informativos sobre las pruebas de confirmación diagnóstica.	
	- Orientar e indicar los procedimientos a seguir después de un resultado al 100% de la población participante.	- Protocolos de actuación - Folletos informativos	
Monitorizar la realización de estudios complementarios en casos positivos de los participantes del programa	- Realizar la confirmación diagnóstica por medio de colonoscopias en los hospitales de tercer nivel de Santa Cruz.	- Registros de colonoscopias - Informes médicos - Historias Clínicas - Resultados patológicos	
	- Brindar la atención especializada por médicos del equipo de los centros de primer nivel de atención a los casos de patología neoplásica maligna.	- Registros de patologías - Protocolos de actuación - Historias clínicas - Consentimientos informados	

	<ul style="list-style-type: none"> - En casos de colonoscopias no concluyentes garantizar el compromiso para realizarlas de nuevo en su totalidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Registros de colonoscopias concluyentes - Informes médicos - Consentimientos informados 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar informes claros y fiables al 100% de las personas participantes del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registros de informes - Informes médicos - Historias Clínicas 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar información clara y precisa en casos de resultados negativos y patologías benignas al 100% de los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Folletos informativos - Registros de pacientes 	
Realizar el tratamiento y su respectivo seguimiento de todas las personas que participen del programa con resultados positivos	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de tratamientos bajo protocolos al 100% de los pacientes confirmados positivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolos de tratamientos - Registros de pacientes - Historias clínicas 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el seguimiento a los casos positivos por medio del equipo de Trabajo Social al 100% de los participantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Fichas de seguimientos - Registros de pacientes 	

Asistencia psicológica para los participantes del programa de detección precoz, a partir de la implementación de un gabinete psicológico y brigadas móviles.	<ul style="list-style-type: none"> - Al menos el 60% de los hombres y mujeres del programa acceden a servicios de atención de Salud mental, acompañamiento terapéutico y apoyo psicológico 	<ul style="list-style-type: none"> - Historias clínicas - Consentimientos firmados - Registros de pacientes 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Más del 50% de los problemas emocionales de los hombres y mujeres del programa son resueltos a partir de la intervención del gabinete psicológico implementado en el centro. Teniendo el 100% de los pacientes un informe de conclusión de plan terapéutico aplicado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registros de pacientes - Informes psicológicos 	

Además de los indicadores mencionados para evaluar el programa, podemos encontrar los siguientes:

- **Tasa de participación:** Son los participantes que acuden al centro de salud con su muestra y firman el consentimiento para participar del programa.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas con consentimiento firmado y muestra recepcionada}}{\text{N}^\circ \text{ de personas que reciben invitación}} \times 100$$

El objetivo inicial es $\geq 55\%$ de participación en el programa.

- **Tiempo de demora entre la recepción del test de sangre oculta en heces y la entrega de su resultado:** Es el tiempo que deberá transcurrir entre la recepción de la muestra en los centros de primer nivel, o en las brigadas móviles y el tiempo de la entrega de las cartas a domicilios con los resultados.

El objetivo es 30 días para más del 90% de los participantes, con muestras adecuadas.

- **Tasa de personas con test positivos:** Corresponde a las personas que participan del programa y que tienen un resultado positivo en el test de cribado.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas con test positivo}}{\text{N}^\circ \text{ de personas que participan del cribado}} \times 100$$

- **Tasa de aceptación de colonoscopias:** Corresponde al número de personas que tenga un resultado del test positivo y que reciben la recomendación de realizarse una prueba adicional y aceptan realizarse.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas con test positivo que acepta realizarse la prueba adicional}}{\text{N}^\circ \text{ de personas con test positivo}} \times 100$$

El objetivo esperado es del $\geq 70\%$ de aceptación a realizarse la prueba adicional (colonoscopia).

Y como indicadores de resultados:

- **Tasa de detección de cáncer invasor:** Corresponde al número de personas a las que se les detecta un cáncer invasor por medio de la colonoscopia.

$$\frac{\text{Nº de personas con cáncer invasivo detectado}}{\text{Nº de personas que se realizan la colonoscopia}} \times 1000$$

- **Tasa de detección de adenoma de alto riesgo:** Corresponde al número de personas a las que se les detecta un adenoma de alto riesgo por medio de la colonoscopia.

$$\frac{\text{Nº de personas con adenoma de alto riesgo detectado}}{\text{Nº de personas que se realizan la colonoscopia}} \times 1000$$

- **Tasa de detección de adenoma de medio riesgo:** Corresponde al número de personas a las que se les detecta un adenoma de medio riesgo por medio de la colonoscopia.

$$\frac{\text{Nº de personas con adenoma de medio riesgo detectado}}{\text{Nº de personas que se realizan la colonoscopia}} \times 1000$$

- **Tasa de detección de adenomas de bajo riesgo:** Corresponde al número de personas a las que se les detecta un adenoma de bajo riesgo por medio de la colonoscopia.

$$\frac{\text{Nº de personas con adenoma de bajo riesgo detectado}}{\text{Nº de personas que se realizan la colonoscopia}} \times 1000$$

- **Tasa de detección de cáncer en estadios avanzados:** Corresponde al número de personas a las que se les detecta un cáncer invasor en un estadio avanzado por medio de la colonoscopia.

$$\frac{\text{Nº de personas con cáncer invasivo en estadio avanzado detectado}}{\text{Nº de personas que se realizan la colonoscopia}} \times 1000$$

9.1. Evaluación de riesgos

La evaluación de riesgo es importante en un programa. Una vez que los riesgos han sido identificados y evaluados, los pasos subsiguientes para prevenir que

ellos ocurran y protegerse contra ellos o mitigar sus consecuencias son mucho más programáticos.

A continuación, se presentan las tablas que se utilizan para la valoración de la probabilidad y las consecuencias:

La **probabilidad** indica la “facilidad” de que se produzca la situación que daría lugar al daño. Se puede graduar en baja, media y alta.

PROBABILIDAD	VALORACIÓN
El daño aparece siempre o casi siempre	Alta
El daño se producirá en algunas ocasiones	Media
Existen pocas posibilidades de que el daño se produzca	Baja

Las **consecuencias** reflejan la severidad o gravedad del daño que se puede esperar en caso de materialización del riesgo.

CONSECUENCIA		
Descripción de los posibles daños	Gravedad de las lesiones	Valoración
El daño aparece siempre o casi siempre	Lesiones previsiblemente sin baja o con baja inferior a 10 días naturales	Ligeramente dañino
El daño se producirá en algunas ocasiones	Lesiones con baja prevista en un intervalo superior a 10 días	Dañino
Existen pocas posibilidades de que el daño se produzca	Lesiones muy graves ocurridas a varias o a muchas personas y lesiones mortales	Extremadamente dañino

Cruzando las variables probabilidad y consecuencia en la siguiente tabla, se obtendrá la valoración final del riesgo, pudiendo considerarse trivial, tolerable, moderado, importante e intolerable. (Universitat de Valencia, 2020).

		CONSECUENCIA		
		Ligeramente dañino	Dañino	Extremadamente dañino
PROBABILIDAD	Baja	Riesgo Trivial (T)	Riesgo Tolerable (To)	Riesgo Moderado (M)
	Media	Riesgo Tolerable (To)	Riesgo Moderado (M)	Riesgo Importante (I)
	Alta	Riesgo Moderado (M)	Riesgo Importante (I)	Riesgo Intolerable (IN)

Fuente: Unidad de prevención de riesgo laborales, Universidad de Zaragoza, 2013

Para cada una de las situaciones anómalas y riesgos identificados en la evaluación, se debe indicar las medidas necesarias para eliminar o controlar dichos riesgos.

RIESGO	ACCIÓN Y TEMPORALIZACIÓN
Trivial	No se requiere acción específica
Tolerable	No se necesita mejorar la acción preventiva. Sin embargo, se deben considerar soluciones más rentables o mejoras que no supongan una carga económica importante. Se requieren comprobaciones periódicas para asegurar que se mantiene la eficacia de las medidas de control.
Moderado	Se deben hacer esfuerzos para reducir el riesgo, determinando las inversiones precisas. Las medidas para reducir el riesgo deben implantarse en un periodo determinado.
Importante	No debe comenzarse el trabajo hasta que se haya reducido el riesgo. Puede que se precisen recursos considerables para controlar el riesgo. Cuando el riesgo corresponda a un trabajo que se está realizando, debe remediarse el problema en un tiempo inferior al de los riesgos moderados.
Intolerable	No deben comenzar ni continuar el trabajo hasta que se reduzca el riesgo. Si no es posible reducir el riesgo, incluso con recursos ilimitados, debe prohibirse el trabajo.

Fuente: Unidad de prevención de riesgo laborales, Universidad de Zaragoza, 2013

El análisis de riesgos para el programa de detección precoz de cáncer colorrectal es el siguiente:

CONDICIÓN ANÓMALA DETECTADA	RIESGO	VALORACIÓN (PROBABILIDAD / CONSECUENCIA)	MEDIDA CORRECTORA/ PREVENTIVA
Inadecuada selección del personal para el programa.	Riesgo Tolerable	Valoración Baja – Ligeramente Dañino	Se deberá contar con un equipo de recursos humanos, el cual estará conformado por psicólogos organizacionales, quienes garantizarán un proceso de selección de personal adecuado y cumpliendo con los requisitos.
Procedimientos burocráticos que retrasen el inicio del programa en el tiempo previsto.	Riesgo Tolerable	Valoración Baja – Ligeramente Dañino	Se contará con acuerdos directos con el ministerio de salud para garantizar el cumplimiento del programa en los tiempos previstos.
Poblaciones indígenas no entienden las campañas publicitarias.	Riesgo Moderado	Valoración Media – Dañino	Al ser Santa Cruz un departamento con pluricultural, con una riqueza por diversidad cultural, entre las que se encuentran los grupos indígenas guaraníes, arawakas, chanes, chiquitanos, ayoreos, los itatines, izozog, sirionó o los itomanas. Se debe adaptar todos los folletos, protocolos, fichas de datos personales, cartas a los respectivos idiomas, como ser: guarayo, ayoreo, guaraní, chiquitano, quechua.

Población de comunidades alejadas no reciben la información del programa.	Riesgo Tolerable	Valoración Baja – Ligeramente Dañino	Se planificará visitas a todos los municipios, comunidades para poder realizar las campañas de sensibilización y divulgación del programa.
Las campañas publicitarias no pueden llegar a comunidades alejadas.	Riesgo Tolerable	Valoración Baja – Ligeramente Dañino	Se planificará visitas a todos los municipios, comunidades para poder realizar las campañas de sensibilización y divulgación del programa, además de que en las comunidades se tiene un mayor acceso a la radio, por lo cual las campañas se centrarán por dicho medio comunicativo.
Extravío de las cartas y los kits a los municipios alejados.	Riesgo Tolerable	Valoración Baja – Ligeramente Dañino	Al no contar con un adecuado sistema de correos en el país, se contará con un equipo especial para poder realizar las entregas correspondientes en los domicilios.
Manejo inadecuado de las muestras por parte de la población.	Riesgo Moderado	Valoración Baja – Dañino	Se enviará junto con los kits el respectivo folleto informativo sobre el procedimiento a seguir, además se contará con un número telefónico para atender cualquier duda.
Molestia por repetición de prueba en caso de muestras inadecuadas.	Riesgo Moderado	Valoración Baja – Dañino	El equipo de comunicación junto con los trabajadores sociales se encargará de atender cualquier molestia que se produzca en caso de

			necesitar repetir muestra, es por ello que estarán previamente preparados ante estas situaciones.
Demora en la entrega de resultados a la población.	Riesgo Tolerable	Valoración Baja – Dañino	Las demoras pueden deberse básicamente a que las muestras demoren en llegar a los laboratorios, es por ello que se tendrá un equipo encargado para realizar dichas entregas en el tiempo previsto con anterioridad, para garantizar las fechas de entregas
Paro de transporte, bloqueos, huelgas que impidan la entrega de muestras.	Riesgo Moderado	Valoración Baja – Extremadamente Dañino	En caso de paro de transporte se comunicará a toda la población que las muestras no deberán ser tomadas en las fechas adecuadas, debido a que la fecha de recepción será modificada.
Negativa para la realización de las colonoscopias por parte de la población participante.	Riesgo Moderado	Valoración Baja – Extremadamente Dañino	El apoyo por parte del equipo de psicólogos será constante y permanente en todo el proceso, para poder ayudar a los pacientes ante problemas que impidan el desarrollo de los estudios requeridos.
Personal sanitario no brindan la información adecuada acerca de los procedimientos a realizar.	Riesgo Tolerable	Valoración Baja – Dañino	Todo el personal sanitario que forme parte del equipo del programa recibirá las capacitaciones adecuadas, las cuales serán debidamente evaluados para garantizar su aprendizaje, además de que los encargados de cada centro realizarán las

			supervisiones periódicas para garantizar el desarrollo normal del programa.
Las personas se niegan a acceder al tratamiento por temor, miedo.	Riesgo Moderado	Valoración Baja – Extremadamente Dañino	El apoyo por parte del equipo de psicólogos será constante y permanente en todo el proceso, para poder ayudar a los pacientes ante problemas que impidan el desarrollo de los estudios
Las personas no asisten a las terapias psicológicas.	Riesgo Trival	Valoración Baja – Ligeramente Dañino	El equipo de psicología estará disponible en cada centro de salud para atender cualquier necesidad de la población participante, además de que se entregarán folletos informativos sobre los servicios ofertados.
Ausencia de control de la calidad de la colonoscopia	Riesgo Moderado	Valoración Baja – Extremadamente Dañino	Se contará con una planilla para evaluar los indicadores de calidad de las colonoscopias, las cuales irán en un registro.

10. Bibliografía

Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia. (2019). *Diputados*. Obtenido de <http://www.diputados.bo/sites/default/files/leyes/inicial/PL-362-2019.pdf>

Asociación Española de Gastroenterología. (2018). *Guía de práctica clínica para diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal*. Madrid: IMC.

Doll, R., & Peto, R. (1989). *Las causas del cáncer*. Barcelona: Salvat.

Global Cancer Observatory. (2018). *Global Cancer Observatory*. Obtenido de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiFvMTqq4voAhXoxoUKHYn2DwsQFjABegQIBxAB&url=http%3A%2F%2Fgco.iarc.fr%2Ftoday%2Fdata%2Ffactsheets%2Fpopulations%2F931-south-america-factsheets.pdf&usg=AOvVaw23BjNY7lz>

Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz. (2020). *Definición del primer nivel de atención*. Santa Cruz.

Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz. (2020). *Definición del segundo nivel de atención*. Santa Cruz.

Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz. (2020). *Definición del tercer nivel de atención*. Santa Cruz.

Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz. (2020). *Plan territorial de desarrollo integral*. Santa Cruz.

Gobierno de Navarra, departamento de salud. (15 de Octubre de 2012). *Navarra.es*. Obtenido de <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/17323088-E5D0-4940-B6EF-92E7A27A1B52/234499/Presentaci%C3%B3nDPCCRpdf.pdf>

- Hospital Universitario de La Princesa. (2 de Marzo de 2015). Documento de consentimiento informado. Madrid, España.
- Instituto Nacional de Estadística. (24 de Julio de 2018). *INE*. Obtenido de <https://www.ine.gov.bo/index.php/convocatorias-de-bienes-y-servicios/item/3249-seguro-de-salud-publico-tiene-una-cobertura-de-33-4-en-el-pais>
- Ledo, C., & Soria, R. (2011). Sistema de salud de Bolivia. *Salud Pública Mex*, 109-119.
- Milá, N., García, M., Binefa, G., Borrás, J., Espinás, J., & Moreno, V. (22 de Febrero de 2012). *Adherencia al programa poblacional de detección precoz de cáncer colorrectal en Cataluña 2000-2008*. Obtenido de Scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000300006
- Ministerio de Salud. (2017). *Ministerio de Salud*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.bo/images/pdf/PLAN_ESTRA_INS_MS_16_20.pdf
- Ministerio de Salud. (20 de Febrero de 2019). *Ministerio de Salud*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.bo/images/Descarga/SUS/Ley_N_1152_20-02-2019.pdf
- Ministerio de sanidad y política social. (2009). Documento marco sobre cribado poblacional. España.
- Moreira, V., & López, A. (2008). Información al paciente. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 372.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMp8mCys7nAhUtx4UKHbM0ASEQFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fcancer%2Fcountry-profiles%2Fbol_es.pdf%3Fua%3D1&usg=AOvVaw3ghy3RxYNPYQDPQ6-AOipl

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Organización Mundial de la Salud*.
Obtenido de https://www.who.int/nmh/countries/bol_es.pdf?ua=1

Perasso, V. (4 de Febrero de 2016). *BBC*. Obtenido de
https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/02/160203_cancer_graficos_impacto_men

Sánchez, A., Pérez, S., López, J., Alberca, F., Júdez, J., & León, J. (2017).
Indicadores de calidad en colonoscopia. Procedimiento de la
colonoscopia. *Revista Española de enfermedades digestivas*, 316-326.

Sociedad Española de endoscopia digestiva. (2011). Guía de práctica clínica de
calidad en la colonoscopia de cribado del cáncer colorrectal. Alicante:
EDIMSA.

The Economist Intelligence Unit. (2017). *Control del cáncer, acceso y
desigualdad en América Latina, una historia de luces y sombras*. The
Economist Intelligence Unit.

Universitat de Valencia. (Abril de 2020). *Universitat de Valencia*. Obtenido de
<https://www.uv.es/sfpenlinia/cas/index.html>

11. Anexos

Anexo 1: Carta de invitación



Estimada (o) Sra./Sr.

El Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, siguiendo los objetivos de salud para la presente gestión ha decidido implementar un Programa de detección precoz de cáncer colorrectal en las 15 provincias.

El cáncer colorrectal es un tumor maligno que se encuentra entre los más frecuentes de Bolivia y el mundo, afectando a hombres y mujeres, especialmente a partir de los 50 años. Es importante mencionar que su pronóstico es mucho más favorable y su tratamiento menos agresivo si se detecta precozmente.

El objetivo del presente programa es el diagnóstico temprano de la enfermedad, y está dirigido a hombres y mujeres entre 50 y 65 años residentes en la ciudad de Santa Cruz, y se basa en la realización de una prueba cada dos años.

Para la realización de la prueba usted deberá recoger una muestra de heces en su domicilio siguiendo las indicaciones y posteriormente llevarla al centro de salud de primer nivel más cercano, cabe resaltar que la presente prueba es gratuita.

Si desea participar en el programa debe enviar a los centros de salud de primer nivel, cercanos a su domicilio (los cuales se pueden verificar en el mapa adjunto), la ficha con sus datos personales (adjunta a la presente carta), posteriormente recibirá en su domicilio el material necesario con sus respectivas indicaciones para la recogida de las muestras.


Podrá encontrar más información en el folleto adjunto, de igual manera en los centros de atención primaria o puede llamar al Centro de información del programa (3-546787).

Esperamos poder contar con su participación, le agradecemos de antemano su atención e interés.

Reciba usted un cordial saludo

Responsables del Programa de detección precoz de cáncer colorrectal

Anexo 2: Consentimiento informado para el Programa de detección precoz de cáncer colorrectal.

 Gobierno Autónomo Departamental Santa Cruz	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
	Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal	
	Historia Clínica	

Yo, _____ con C.I. _____
nacido (a) en _____ el ___/___/___, declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el presente programa de detección precoz de cáncer colorrectal, propuesto por el Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, que tiene como objetivo:

- El diagnóstico temprano de la enfermedad, y está dirigido a hombres y mujeres entre 50 y 65 años residentes en la ciudad de Santa Cruz, y se basa en la realización de una prueba cada dos años.

Además de seguir los siguientes procedimientos:

- Realización del test de sangre oculta en heces de tipo inmunológico cuantitativo.
- En casos positivos, la realización de un examen colonoscópico más biopsia con estudio histopatológico.
- Recibir el tratamiento adecuado, en base al diagnóstico.
- Acceder a tratamiento psicológico en caso de solicitarlo.
- Recibir seguimiento por parte del equipo multidisciplinario del programa.

Se me ha informado explícitamente que la información será confidencial y quedará en una base de datos para el programa.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento antes de la realización de algún procedimiento sin que ello pueda suponer ningún perjuicio en la atención que se me preste, y que si lo considero puedo solicitar

más información. En tales condiciones CONSIENTO mi participación en el presente programa de detección precoz de cáncer colorrectal.

Nombre del profesional sanitario que informa:

D/ Dña. _____ con C.I. _____

Firma: El/la paciente

Firma: El/la Médico

D/Dña. _____ con C.I. _____
representante legal (espos/a, madre, padre o tutor) doy mi consentimiento,

Firma: El/la representante

Firma: El/la Médico

Santa Cruz, ___ de _____ 202__

Anexo 3: Indicaciones para toma de muestra

INSTRUCCIONES PARA LA RECOGIDA DE MUESTRA

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL

SANTA CRUZ-BOLIVIA

INSTRUCCIONES PARA LA RECOGIDA DE MUESTRA

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL

SANTA CRUZ-BOLIVIA



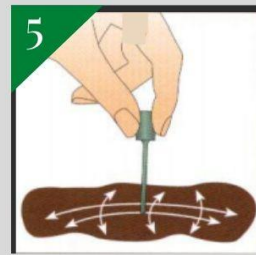
Primer paso

Extraer el tubo de la bolsa verde



Segundo paso

Anotar su nombre, edad y fecha de recogida de la muestra en la etiqueta del tubo



Quinto paso

Poner en contacto la punta del bastoncillo con las heces y deslizar la punta dibujando líneas horizontales y verticales.



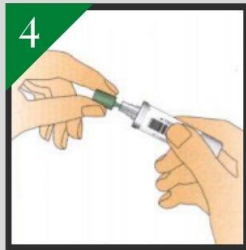
Sexto paso

Es suficiente con poca cantidad de muestra.



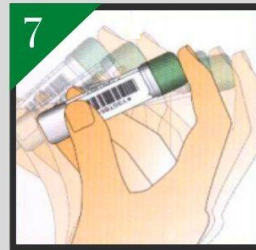
Tercer paso

Colocar una capa de papel higiénico en el inodoro y sentarse si es posible, de cara al mismo



Cuarto paso

Desenroscar el tapón verde y extraer el bastoncillo



Séptimo paso

Introducir el bastoncillo dentro del tubo, taparlo bien y agitar durante unos segundos.



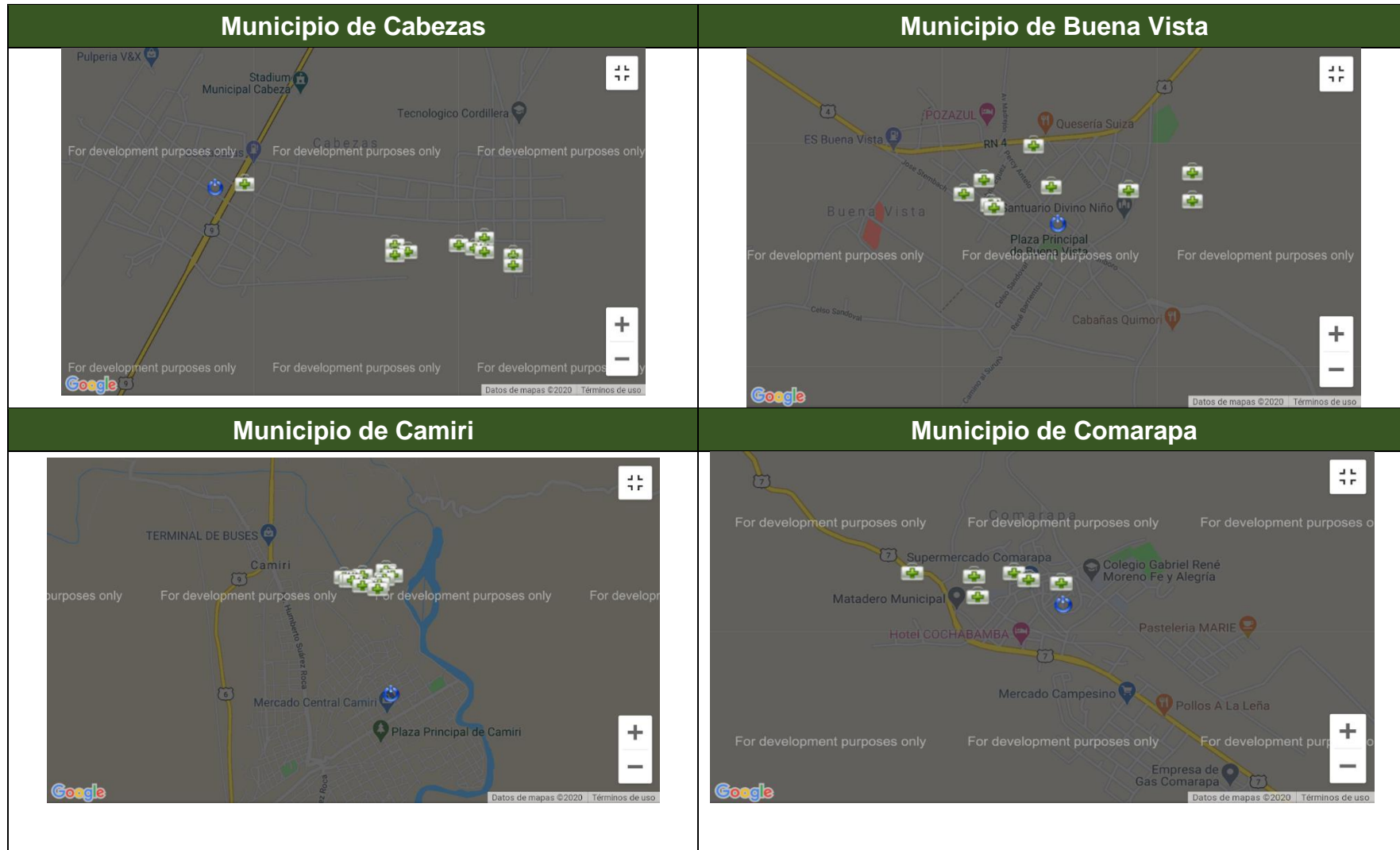
Octavo paso

Guardar el tubo en la bolsa verde y devolverlo al centro de salud indicado. Mientras, conservar la muestra un máximo de 3 días en la heladera (no congelar).

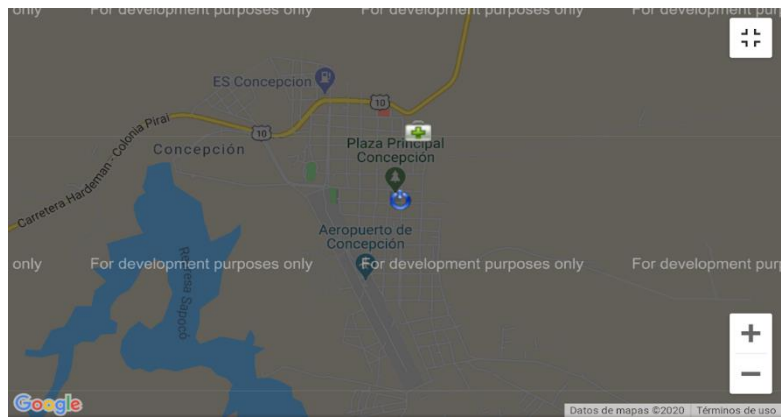
CONSULTAS AL 3-546787

CONSULTAS AL 3-546787

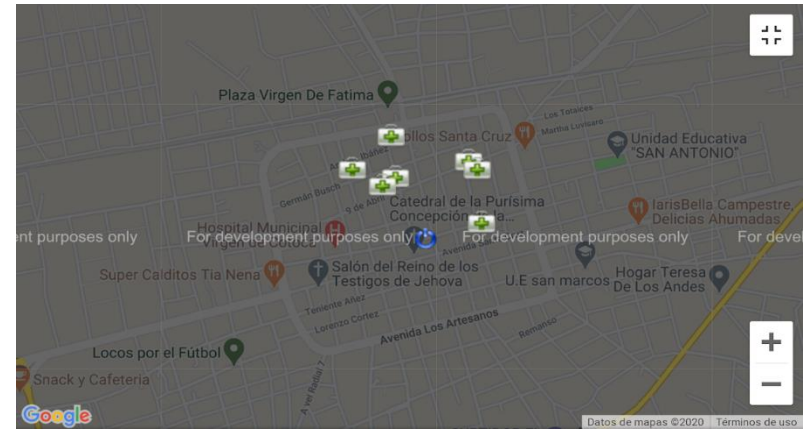
Anexo 4: Mapa de centros de primer nivel en Santa Cruz y principales ciudades



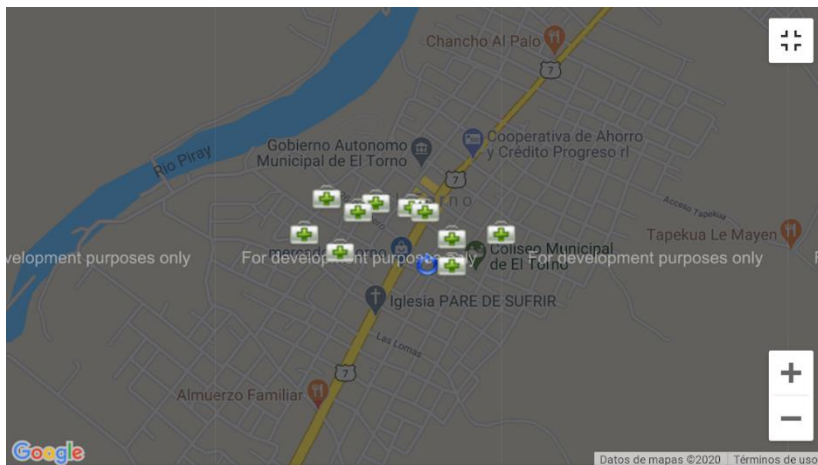
Municipio de Concepción



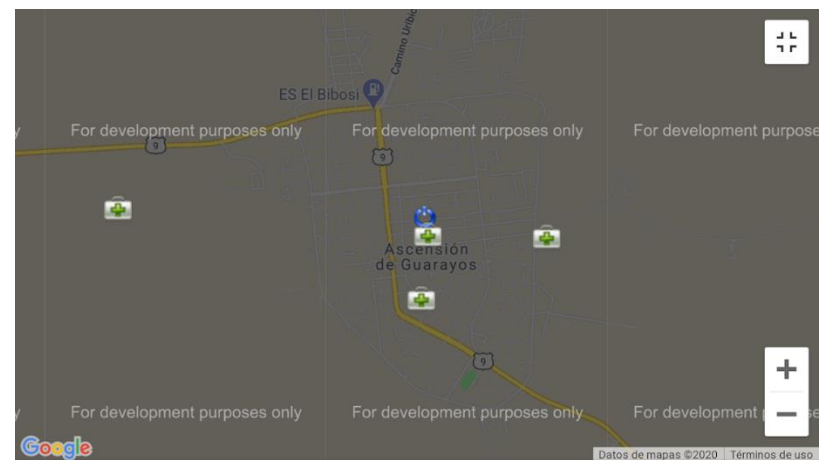
Municipio de Cotoca



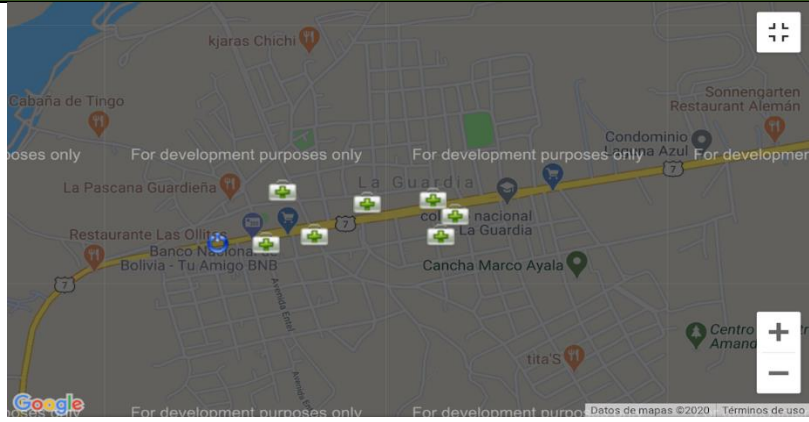
Municipio de El Torno



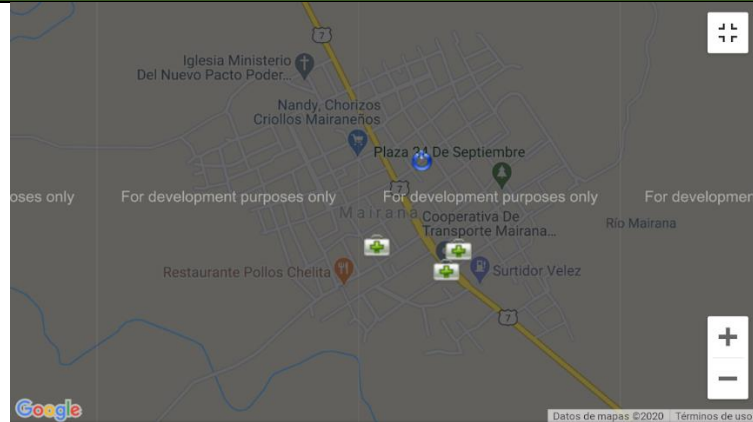
Municipio de Guarayos



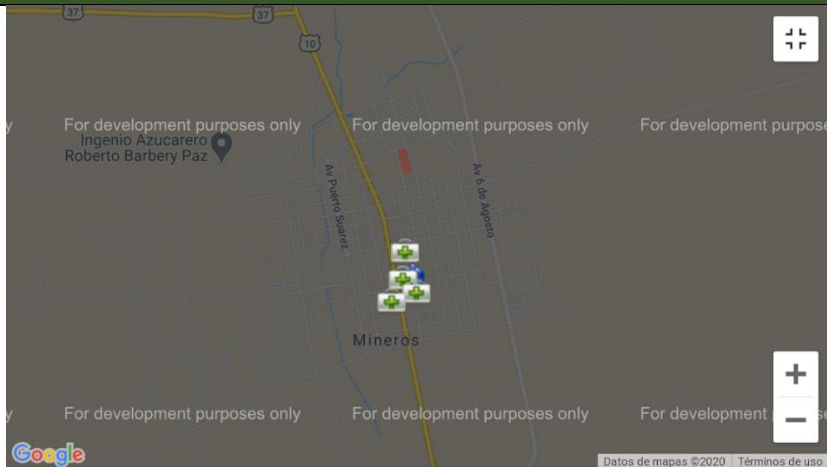
Municipio de La Guardia



Municipio de Mairana



Municipio de Mineros



Municipio de Gutierrez



Anexo 5: Material Infográfico



 **Gobierno Departamental Autónomo Santa Cruz**

Te invita a participar del:

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL

Entregas de invitaciones del 22/03 al 10/04



 **Gobierno Departamental Autónomo Santa Cruz**

Te invita a participar del:

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL

Entregas de invitaciones del 22/03 al 10/04



**Gobierno
Departamental
Autónomo
Santa Cruz**

Te invita a participar del:

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL

Entregas de invitaciones del
22/03 al 10/04



**Gobierno
Departamental
Autónomo
Santa Cruz**

Te invita a participar del:

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL

Entregas de invitaciones del
22/03 al 10/04

EL GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL
DE SANTA CRUZ, TE INVITA A PARTICIPAR DEL:

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL

DIRIGIDO A HOMBRES Y MUJERES DE 50 A 65 AÑOS



EL CÁNCER COLORRECTAL:

Es un tumor maligno que aparece en el intestino grueso o en el recto, empieza con el crecimiento anormal del tejido del propio intestino, dando lugar a pólipos.

EN BOLIVIA:

Es uno de los cáncer más frecuente en la población boliviana, afectando tanto a los hombres como a las mujeres, los casos se suelen dar a partir de los 50 años.



SÍNTOMAS



No suele presentar síntomas en fases iniciales, aunque la presencia de sangre en heces, cambios en los hábitos intestinales y pérdida de peso sin razón conocida, dolor abdominal, deben ser considerados.

¿SE PUEDE PREVENIR?

Se podría evitar llevando una vida saludable, como ser una dieta equilibrada, rica en fibra, frutas y verduras, disminuyendo el consumo de grasas y carnes rojas. Realizando ejercicio físico, y evitando el tabaco y alcohol.



¿EN QUÉ CONSISTE LA DETECCIÓN PRECOZ



Se trata de una prueba sencilla e indolora, donde se analiza la presencia de sangre oculta en las heces. El cual se repetirá cada dos años.



Un simple test puede salvarte la vida



PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE
CÁNCER COLORRECTAL

Puede Salvarte la Vida

NO TE QUEDES CON LA CARTA EN EL CAJÓN. RECUERDA QUE
LA PREVENCIÓN ES EL MEJOR TRATAMIENTO

**RECEPCIÓN DE MUESTRAS DEL 3 AL 15 DE
MAYO EN LOS CENTRO DE SALUD DE TU
BARRIO**

MÁS INFORMACIÓN AL
3-546787

**PROGRAMA
DE
DETECCIÓN
PRECOZ DE
CÁNCER
COLORRECTAL**




**UNA SENCILLA PRUEBA
DE HECES PUEDE
SALVARTE LA VIDA**



**Gobierno
Departamental
Autónomo
Santa Cruz**

CONSULTAS AL 3-546787

Anexo 6: Ficha de datos personales

 Gobierno Autónomo Departamental Santa Cruz		FICHA DE DATOS PERSONALES				
		Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal				
		Historia Clínica				
Información General						
Apellidos:				Nombre:		
Sexo:		Estado civil:		Edad:		
Lugar de Nacimiento				Fecha de nacimiento:		
Carnet de identidad		Extensión:				
Dirección:						
Provincia:				Municipio:		
Profesión:				Ocupación:		
Correo electrónico:				Teléfono:		
Seguro médico:				Código del seguro:		

Anexo 7: Segunda carta de invitación

Estimada (o) Sra./Sr.

El Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, siguiendo los objetivos de salud para la presente gestión ha decidido implementar un Programa de detección precoz de cáncer colorrectal en las 15 provincias.

El cáncer colorrectal es un tumor maligno que se encuentra entre los más frecuentes de Bolivia y el mundo, afectando a hombres y mujeres, especialmente a partir de los 50 años. Es importante mencionar que su pronóstico es mucho más favorable y su tratamiento menos agresivo si se detecta precozmente.

Con anterioridad le hemos enviado una carta informativa de invitación al programa, ante la cual no hemos recibido una respuesta, es por ello que le hacemos llegar nuevamente la invitación para participar en el presente programa.

Para la realización de la prueba usted deberá recoger una muestra de heces en su domicilio siguiendo las indicaciones y posteriormente llevarla al centro de salud de primer nivel más cercano, cabe resaltar que la presente prueba es gratuita.

Si desea participar en el programa debe enviar a los centros de salud de primer nivel, cercanos a su domicilio (los cuales se pueden verificar en el mapa adjunto), la ficha con sus datos personales (adjunta a la presente carta), posteriormente recibirá en su domicilio el material necesario con sus respectivas indicaciones para la recogida de las muestras.

Podrá encontrar más información en el folleto adjunto, de igual manera en los centros de atención primaria o puede llamar al Centro de información del programa (3-546787).

Esperamos poder contar con su participación, le agradecemos de antemano su atención e interés.

Reciba usted un cordial saludo

Responsables del Programa de detección precoz de cáncer colorrectal

Anexo 8: Carta de resultado negativo

Estimada (o) Sra./Sr.

Tenemos la satisfacción de comunicarle que, según el informe de laboratorio proporcionado por el Hospital de tercer nivel San Juan de Dios, la prueba que se ha realizado para detectar la presencia de sangre oculta en heces ha resultado negativa.

Es por ello, que cada dos años recibirá una nueva invitación para realizar esta prueba hasta que cumpla los 65 años, edad en la que finaliza el Programa de detección precoz de cáncer colorrectal del departamento de Santa Cruz.

Puede consultar a su médico si durante este periodo presenta algún síntoma como cambio del ritmo intestinal, presencia de sangre en las deposiciones o molestias abdominales persistentes y no justificadas, ya que un resultado negativo no descarta totalmente la presencia de patología colorrectal.

Agradecemos su participación en este programa y esperamos seguir contando con usted para mejorar su salud.

Reciba usted un cordial saludo

Responsables del Programa de detección precoz de cáncer colorrectal

Anexo 9: Carta de resultado positivo



Estimada (o) Sra./Sr.

Tras su participación en el Programa de detección precoz de cáncer colorrectal, el laboratorio del Hospital de tercer nivel San Juan de Dios informa que la prueba que se ha realizado para detectar la presencia de sangre oculta en heces ha resultado positiva, por lo que es necesario investigar la causa de dicho sangrado.

Es por ello, que le indicamos que debe apersonarse al centro de salud para solicitar una cita con los médicos del programa, quien le informará y brindará la información de los pasos a realizar.

Agradecemos su participación en este programa, pero le señalamos la importancia de completar el estudio iniciado. Recuerde que usted es el principal responsable de su salud.

Reciba usted un cordial saludo

Responsables del Programa de detección precoz de cáncer colorrectal

Anexo 10: Segunda carta de aviso de resultado positivo



Estimada (o) Sra./Sr.


Según la información que tenemos, usted no ha asistido a la cita concertada con su médico de atención primaria después de comunicarle desde el Programa de detección precoz de cáncer colorrectal, el resultado positivo de su test de sangre oculta en heces

Es por ello, le recordamos que es necesario que un médico del programa valore dicho resultado y le indique los pasos a seguir.

Reciba usted un cordial saludo

Responsables del Programa de detección precoz de cáncer colorrectal


Anexo 11: Ficha del programa de detección precoz de CCR para la Historia clínica

 Gobierno Autónomo Departamental Santa Cruz		HISTORIA CLÍNICA							
		Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal							
		Historia Clínica:							
Ficha de identificación									
Apellidos:				Nombre:					
Sexo:				Estado civil:		Edad:			
Lugar de Nacimiento				Fecha de nacimiento:					
Carnet de identidad		Extensión:		Teléfono:					
Seguro médico:				Código del seguro:					
Motivo de consulta									
Antecedentes personales patológicos									
Cardiovasculares				Pulmonares					
Diabetes				Renales					
Alérgicos				Transfusiones					
Digestivos				Quirúrgicos					
Medicamentos									
Detalle:									
Antecedentes Personales									
Alcohol				Drogas					
Acullico*				Inmunizaciones					
Tabaquismo				Otros					
Detalle									
Antecedentes familiares									
Padre		¿Vivo?		Si		No		Enfermedad	
Madre		¿Viva?		Si		No		Enfermedad	
Hermanos		¿Cuántos?						Enfermedad	


Otros			
Exploración física			
Frecuencia cardiaca		Frecuencia respiratoria	
Peso		Estatura	
Laboratorio			
Resultados			
Colonoscopia			
Resultados			
Análisis patológico			
Biopsia			
Interconsulta			
Área			
Especialidad			
Tratamiento			
Indicaciones			

*Masticación de la hoja de coca.

Anexo 12: Hoja de recogida de datos colonoscopia

 Gobierno Autónomo Departamental Santa Cruz		HOJA DE RECOGIDA DE DATOS COLONOSCOPIA					
		Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal					
		Historia Clínica:					
Datos Personales							
Apellidos:				Nombre:			
Sexo:				Estado civil:		Edad:	
Lugar de Nacimiento				Fecha de nacimiento:			
Carnet de identidad		Extensión:		Teléfono:			
Seguro médico:				Código del seguro:			
Centro de salud				Código			
Datos Específicos							
Acepta colonoscopia		Sí	No	Motivo			
Firma consentimiento		Sí	No	Motivo			
Paciente de alto riesgo		Sí	No	Motivo			
Tipo de sedación/analgesia							
Nivel alcanzado		Completa		Incompleta			
Nivel de Tolerancia		Bueno		Regular		Malo	
Indicación de repetición de colonoscopia		Sí	No	Motivo			
Complicaciones asociadas		Sí	No	Complicaciones de la sedación		Sí	No
Detalle:							
Hallazgos							
Hallazgos endoscópicos							

Anexo 13: Consentimiento informado para colonoscopia

 Gobierno Autónomo Departamental Santa Cruz	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA	
	Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal	
	Historia Clínica	

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE**¿Qué es y cómo se realiza?**

La Colonoscopia es una técnica endoscópica cuyo propósito es visualizar la pared del recto, colon y, en ocasiones, de la parte final del intestino delgado. Se realiza introduciendo un instrumento, por el ano o por aberturas en la pared abdominal, llamado colonoscopio (un tubo flexible de unos 11 mm de diámetro y 160 cm de longitud con una lámpara en la punta). A través de este se pueden introducir utensilios, ya que, durante la prueba, con relativa frecuencia, puede ser necesario realizar tomas de muestras de tejidos (biopsias) o extirpar pólipos (polipectomía). Asimismo, durante la exploración pueden encontrarse otro tipo de lesiones que sea necesario quemar o cauterizar, o realizar otro tipo de actuaciones terapéuticas (dilataciones, colocación de prótesis, etc.). Estos tratamientos no suelen producir ningún dolor. Para la exploración el paciente debe realizar la preparación que se le ha indicado, tal y como se detalla en el anexo correspondiente. Antes de pasar a la exploración se quitará todos los objetos metálicos (reloj, anillos, pulseras, etc.). En la mayoría de las ocasiones se inicia la exploración estando acostado sobre el lado izquierdo. La exploración tiene habitualmente una duración variable entre 30 y 45 minutos, pero dependiendo de la anatomía del paciente y de la complejidad del procedimiento, diagnóstico o terapéutico, que haya que realizar puede ser preciso más tiempo.

En caso de detectarse un pólipo, se le realizará una polipectomía: es una técnica endoscópica que pretende la extirpación de pólipos encontrados en el colon, utilizando un colonoscopio y un asa de diatermia (lazo metálico), mediante la cual se transmite corriente eléctrica desde una unidad electroquímica que corta

el pólipo y coagula su base de implantación. El pólipo, una vez extirpado, se recupera y se envía para su estudio histológico.

¿En qué consiste la sedación?

La exploración se realiza con diferente grado de sedación (salvo negativa expresa del paciente). Es responsabilidad de un especialista del Servicio de Anestesiología. Por este motivo, junto a este Documento de Consentimiento Informado se debe adjuntar el correspondiente a la sedación que, al igual que el presente Documento, también debe ir correctamente cumplimentado y firmado por el paciente, o su representante legal, y por el facultativo solicitante. La sedación se consigue mediante la administración de fármacos en la dosis adecuada para cada paciente, siendo el médico, junto al personal asistencial de la Unidad, el encargado de realizar y controlar el proceso de la sedación (el paciente está monitorizado durante todo el procedimiento). El propósito para este tipo de procedimientos es proporcionar un estado semiinconsciente, confortable sin dolor. No siempre es posible predecir el punto de transición entre la sedación moderada y la profunda o la anestesia general. Se recomienda acudir acompañado a la realización de la prueba. Del mismo modo se recomienda también permanecer acompañado durante las siguientes doce horas, no pudiendo reincorporarse a las actividades habituales, según se le indique.

¿Para qué sirve la exploración?

En el programa de cribado, sirve para realizar el diagnóstico de las enfermedades que afectan al intestino grueso (y en ocasiones del íleon distal) mediante la visualización de la pared del tubo digestivo y así poder iniciar o indicar el tratamiento más adecuado a su enfermedad. En una pequeña proporción de casos podría no conseguirse el diagnóstico o el tratamiento perseguido por no visualizar la totalidad del colon, por la existencia en el mismo de acodaduras, estenosis, etc., o por una mala preparación intestinal, a pesar de haber realizado una técnica adecuada.

¿Qué consecuencias importantes producirá la intervención?

Una vez retirado el endoscopio es habitual que note ligera hinchazón del abdomen y sentirá la necesidad de expulsar gases. También puede encontrarse adormilado durante unas horas por la medicación administrada

¿Qué riesgos puede haber?

Es importante que antes de la exploración informe al médico sobre posibles antecedentes de cualquier enfermedad gastrointestinal que padezca o haya padecido el paciente (especialmente si ha habido alguna cirugía abdominal previa). También debe informar al médico que realizará la prueba sobre su vida basal, la presencia de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares o de cualquier tipo, existencia de prótesis o marcapasos y medicaciones que esté tomando actualmente. Tanto la exploración como la sedación suelen ser bien toleradas por el paciente. El porcentaje de complicaciones de esta técnica es muy bajo y está en función de las características de la prueba (diagnóstica o terapéutica), de la existencia de posibles anomalías estructurales en el tubo digestivo que no sean conocidas, de la edad y estado de salud del paciente, de la existencia de antecedentes de cirugía abdominal previa o de alguna contraindicación no conocida o no reseñada por el enfermo. Aunque el riesgo de transmitir infecciones durante la exploración es excepcional, usted no podrá realizar donaciones de sangre en los 4 meses siguientes a la exploración.

Riesgos frecuentes: pueden aparecer náuseas, vómitos y sensación de presión en el abdomen por la introducción de aire. Estas molestias habitualmente desaparecen ventoseando. La hemorragia y la perforación del colon son complicaciones posibles durante la prueba diagnóstica, pero pueden aparecer con más frecuencia cuando se realizan técnicas de tratamiento como la resección de pólipos. Estas complicaciones pueden requerir tratamiento urgente, e incluso una intervención quirúrgica. Complicaciones como infecciones, pasar contenido gástrico al pulmón (aspiración) o la hipotensión son más raras.

Riesgos poco frecuentes: las reacciones alérgicas a medicamentos, la presencia de alteraciones del ritmo del corazón, una disminución de la respiración, un trombo o hemorragia cerebral o una parada cardiorrespiratoria,

son complicaciones excepcionales graves que conllevan un riesgo de mortalidad. Entre los poco frecuentes pero graves, cabe destacar, además, dificultades en la punción de una vena, reacciones inesperadas a la sedación y descompensación de cualquier enfermedad que presente previamente.

Riesgos específicamente relacionados con el paciente: además de los riesgos anteriormente citados, pueden presentarse otras complicaciones en relación con sus circunstancias personales o por las enfermedades que padece.

¿Qué consecuencias son previsibles de la no realización del procedimiento?

La no realización puede provocar un retraso en el diagnóstico de la enfermedad que padece y de su tratamiento a cargo del programa de detección precoz de cáncer colorrectal en Santa Cruz.

Importante: No se realizará ninguna exploración si este documento no está correctamente cumplimentado y firmado por el paciente, su representante, y por el encargado del programa. Tampoco se llevará cabo ninguna sedación si no se aporta el Consentimiento Informado que se adjunta, o si éste no está correctamente cumplimentado y firmado.

DECLARACIONES Y FIRMAS

D/Dña. _____ con C.I. _____
tras haber leído este documento, he comprendido las explicaciones que el médico me ha facilitado en un lenguaje claro y sencillo, he podido realizar cuantas observaciones he creído conveniente y el médico me ha resuelto todas las dudas que he planteado, estoy satisfecho (a) con la información recibida y comprendo el alcance, los beneficios, las alternativas y los riesgos del procedimiento.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento antes de la realización del procedimiento sin que ello pueda suponer ningún perjuicio en la atención que se me preste, y que si lo considero puedo solicitar más información. En tales condiciones **CONSIENTO** que se realice el procedimiento propuesto.

Santa Cruz, ____ de _____ 202__

Nombre del profesional sanitario que informa:

D/ Dña. _____

Firma: El/la paciente

Firma: El/la Médico

D/Dña. _____ con C.I. _____

representante legal (espos/a, madre, padre o tutor) doy mi consentimiento,

Santa Cruz, ____ de _____ 202__

Firma: El/la representante


Firma: El/la Médico

Fuente:

Hospital Universitario de La Princesa. (2 de Marzo de 2015). Documento de consentimiento informado. Madrid, España.

Moreira, V., & López, A. (2008). Información al paciente. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 372.

Anexo 14: Cuestionario previo para la sedación en colonoscopia

 Gobierno Autónomo Departamental Santa Cruz	CUESTIONARIO PARA SEDACIÓN EN COLONOSCOPIA	
	Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal	
	Historia Clínica	

Este cuestionario debe ser rellenado por la persona a la que va a realizar la sedación. Marque con un círculo la respuesta.

Datos del paciente:

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Peso: _____

Historia previa de sedación/anestesia:

- ¿Le han realizado alguna vez esta exploración? **Si** **No**
- ¿Le han operado alguna vez? **Si** **No**
- ¿Le durmieron del todo? **Si** **No**
- ¿Tuvo algún problema con la anestesia? **Si** **No**
- ¿Tuvo algún problema con la sedación? **Si** **No**

Datos clínicos de interés:

- ¿Tiene algún problema pulmonar o respiratorio? **Si** **No**
- ¿Tiene algún problema cardiaco? **Si** **No**
- ¿Es portador de marcapasos/DAI? **Si** **No**
- ¿Tiene la tensión alta (hipertensión)? **Si** **No**
- ¿Tiene algún problema renal? **Si** **No**
- ¿Tiene azúcar en la sangre (diabetes)? **Si** **No**
- ¿Sufre epilepsia? **Si** **No**
- ¿Tiene alguna otra enfermedad? **Si** **No**
- ¿Es alérgica/o a alguna medicina o alimento? **SI** **No** _____

- ¿Toma alguna medicina de forma habitual? Anote la medicación que toma habitualmente
-
-

- ¿Tiene dentadura postiza? **Si** **No**


Si ha contestado **Si** recuerde quitársela antes de la prueba

Recomendaciones: debe acudir en ayunas y acompañado de una persona adulta. No debe conducir, manejar maquinaria ni realizar actividades que supongan riesgo durante las 12 horas siguientes a la prueba.

Santa Cruz, ___ de _____ del 202__

Firma

Anexo 15: Protocolo de preparación para colonoscopia

 Gobierno Autónomo Departamental Santa Cruz	PROTOCOLO DE PREPARACIÓN PARA COLONOSCOPIA	
	Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal	
	Historia Clínica	

Para una correcta exploración de colon es preciso una limpieza óptima del mismo. De esta manera se evitan repeticiones de las pruebas y se mejora el diagnóstico de lesiones. Por ello, recomendamos seguir rigurosamente estas instrucciones.

Medicación y dieta:

- En los 7 días previos a la prueba no debe tomar ninguna medicación que contenga Hierro, además antiinflamatorios (aspirina, ibuprofeno, etc.) y antiagregantes plaquetarios, también puede consultar a su médico si fuera preciso.
- En los 5 días antes de la prueba, si toma anticoagulantes debe suspenderlos y ser sustituidos por heparina según le indique el médico del programa.
- En caso de estreñimiento crónico deberá tomar dos sobres de del medicamento al día, los 3 días antes de la prueba.

Tres días antes a la prueba: seguirá una dieta pobre en residuos:

Puede tomar	No puede tomar
<ul style="list-style-type: none"> - Pasta - Caldos (no de verduras) - Carnes y pescados (a la plancha o hervidos) - Quesos duros - Galletas sin fibra - Pan tostado no integral - Mantequilla en poca cantidad - Zumos filtrados - Café, té e infusiones y líquidos sin gas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensaladas, verduras y legumbres - Frutas - Papa, féculas - Carnes y pescados en salsa o estofados - Grasas - Pasteles - Chocolates - Bebidas con gas

24 horas antes:

Sólo tomará líquidos, azucarados si lo desea: agua, caldos filtrados, zumos colados, infusiones, café y bebidas sin burbujas. No tomará leche.

Dieta absoluta: 6 horas antes de la exploración, no debe tomar sólidos ni líquidos (ni agua).

Preparación intestinal:

Prepare el producto y tómelo de acuerdo con el horario de su exploración, siguiendo los siguientes pasos:

- **Paso 1:** Agarre una de las bolsas de la caja y diluya el contenido de los sobres A y B en un litro de agua.
- **Paso 2:** Beba el litro de solución a lo largo de 1 ó 2 horas, intentando beber un vaso completo cada 15 minutos.
- **Paso 3:** Tome medio litro de líquidos claros (agua, caldo colado, zumos de frutas colados, bebidas suaves, té o café sin leche), como mínimo para poder prevenir la sensación de sed y evitar la deshidratación.

Cuidados para el día de la exploración:

- Antes de pasar a la exploración deberá quitarse todos los objetos metálicos.
- Deberá permanecer en el hospital un periodo de tiempo no inferior a 20 minutos, después del procedimiento, además depende de la complejidad de la exploración realizada.
- Deberá venir acompañado a la prueba ya que se realizará bajo sedación y no deberá conducir ni realizar ninguna otra actividad que conlleve peligro en las cuatro horas siguientes a la finalización de la prueba.

D/ Dña. _____

Santa Cruz, ____ de _____ del 202__

Firma

Anexo 16: Consentimiento informado para terapia psicológica

 Gobierno Autónomo Departamental Santa Cruz	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA PSICOLÓGICA	
	Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal	
	Historia Clínica	

Bienvenido (a) al gabinete psicológico del Programa de detección precoz de cáncer colorrectal del Gobierno Autónomo departamental de Santa Cruz. El presente documento explica aspectos importantes relacionados con el tratamiento y el servicio que se brindará, por parte del equipo de psicoterapeutas. Es muy importante que lo lea cuidadosamente y cualquier duda que tenga, puede realizar preguntas. Al finalizar si está de acuerdo puede firmarlo, y de esta manera iniciaremos la terapia.

La psicoterapia es un proceso de relación entre el terapeuta y un paciente, buscando alcanzar un objetivo en común, como ser mejorar la calidad de vida, aumentar el bienestar psicológico del consultante y en este caso ayudar en el proceso de afrontamiento tanto del paciente como de la familia. Es por eso, que conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno, antes de dar inicio al proceso, es muy importante que entiendan con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a

aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y afrontamiento. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados.

Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados juntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, el compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como paciente, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento, es importante mencionar que en el mismo gabinete contamos con psicoterapeutas con diversos enfoques.

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-60 minutos y en la mayoría de los casos se realizará una vez a la semana, en situaciones especiales, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, en estas situaciones se discutirá y acordará previamente.

Se tendrá un respeto mutuo en cuanto a los horarios asignados para las citas, en caso de que desee cancelar o reprogramar una cita se le pide que por favor

informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona.

Los gastos de la psicoterapia corren por cuenta del Gobierno Autónomo Departamental, en el marco del programa de detección precoz de cáncer colorrectal.

De acuerdo con el código de ética de los psicólogos de Bolivia, la totalidad de la información, están bajo secreto profesional. En el caso de los registros quedarán en una base de datos del programa de detección precoz, los cuales sólo serán usados como registro. En caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del paciente. En este sentido, no podré revelar a nadie que usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el capítulo 8vo, artículo 71, dentro del cual se estipulan las excepciones del secreto profesional, en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas.

D/Dña. _____ tras haber leído este documento, he comprendido las explicaciones que el psicoterapeuta me ha facilitado en un lenguaje claro y sencillo, he podido realizar cuantas observaciones he creído conveniente y el psicoterapeuta me ha resuelto todas las dudas que he planteado, estoy satisfecho (a) con la información recibida y comprendo el alcance, los beneficios, las alternativas y los riesgos de la terapia.

En tales condiciones CONSIENTO que se inicie la presente terapia psicológica.

Santa Cruz, ____ de _____ 202__


Nombre del profesional sanitario que informa:

D/ Dña. _____

Firma: El/la paciente


Firma: El/la Psicoterapeuta

Anexo 17: Hoja de recogida de pólipos de anatomía patológica

 Gobierno Autónomo Departamental Santa Cruz		HOJA DE RECOGIDA DE PÓLIPOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA							
		Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal							
		Historia Clínica:							
Datos Personales									
Apellidos:					Nombre:				
Sexo:				Estado civil:				Edad:	
Lugar de Nacimiento					Fecha de nacimiento:				
Carnet de identidad		Extensión:				Teléfono:			
Dirección:									
Seguro médico:					Código del seguro:				
Centro de salud					Código				
Fecha de realización colonoscopia				Fecha de informe de biopsia					
Descripción Macroscópica									
Número de pólipos				Tamaño (mm)					
Tipo:									
Localización		Ciego				Colon izquierdo			
		Colon derecho				Sigma			
		Ángulo hepático				Recto sigma			
		Colon transverso				Recto			
		Ángulo esplénico				Colon no específico			
Resección		Completa				Incompleta			
Incidencias		Fragmentación				Pérdida intracolónica			

Descripción Microscópica						
Tipo histológico	No Neoplásico					
	Hiperplásico		Inflamatorio		Hamartomatoso	Otros
	Neoplásico					
	Adenoma Tubular		Adenoma Serrado		Adenoma Mixto (tubular/serrado)	
	Adenoma Velloso		Adenoma Tubulovelloso (<80% tubular o velloso)		Adenocarcinoma sobre pólipo	
Clasificación						
1. Adenoma de Bajo Riesgo (<20% componente velloso) = A. Tubular						
2. Adenoma de Alto Riesgo	3 o más pólipos adenomatosos de cualquier tamaño			Pólipo adenomatoso \geq a 1 cm.		
	Presencia de displasia de alto grado (es carcinoma "in situ")			Cualquier combinación de las anteriores		
	Pólipo adenomatoso (\geq 20% componentes vellosos) = A. tubulovelloso y A. vellosos					
Clasificación Final						
Adenomas de Bajo riesgo (ABR)		Adenomas de Alto Riesgo (AAR)		Adenocarcinoma sobre pólipo		

Anexo 18: Hoja de recogida de datos correspondiente al estadiaje del tumor

 Gobierno Autónomo Departamental Santa Cruz		HOJA DE RECOGIDA DE DATOS CORRESPONDIENTE AL ESTADIAJE DEL TUMOR										
		Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal										
		Historia Clínica:										
Datos Personales												
Apellidos:						Nombre:						
Sexo:				Estado civil:				Edad:				
Lugar de Nacimiento						Fecha de nacimiento						
Carnet de identidad				Extensión:				Teléfono:				
Dirección:												
Seguro médico:						Código del seguro:						
Centro de salud						Código						
Fecha de realización colonoscopia					Fecha de informe de biopsia							
Fecha de realización de cirugía					Informe de prueba de imagen							
Datos Patológicos												
Estadiaje clínico	Estadio 0				Grupos TNM			Pruebas de Imagen	TAC			
	Estadio I								RM			
	Estadio II A								ECO			
	Estadio II B								OTRAS			
	Estadio III A											
	Estadio III B											
	Estadio III C											
	Estadio IV											

Tamaño							
Longitud (cm)	No puede determinarse						
	Márgenes quirúrgicos						
	En tumores rectales, especificar distancia a margen radial (mm)		Tumor principal			mm	
			No consta o no especificado				
Descripción Microscópica							
Localización del tumor	Ciego		Colon transverso		Colon sigmoide		
	Colon derecho		Colon izquierdo		Colon rectosigmoide		
	Flexura hepática		Flexura esplénica		Recto		
	Distancia a margen		Sin determinar				
Extensión	Peri neural		Linfática		Venosa		No

Anexo 19: Check list de indicadores para control de calidad de la colonoscopia

CHECK LIST DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA COLONOSCOPIA		
	Indicador	Marque con una "X"
ESTRUCTURA	01. Consentimiento informado válido	
	02. Plan de gestión de medicación antitrombótica	
	03. Endoscopista experimentado	
	04. Plan de alta	
	05. Calidad del informe de alta	
	06. Procedimiento de desinfección del material de endoscopia	
	07. Características estructurales y funcionales de la unidad de endoscopia	
PROCESO-PREPROCEDIMIENTO	01. Indicación adecuada	
	02. Firma del documento de consentimiento informado	
	03. Evaluación clínica	
	04. Sedación planificada	
	05. Gestión de medicación antitrombótica	
	06. Seguimiento adecuado de pacientes con adenomas, pólipos cerrados.	

PROCESO-PROCEDIMIENTO	01. Documentación gráfica	
	02. Monitorización del paciente sedado	
	03. Registro de eventos adversos inmediatos	
	04. Preparación del colon	
	05. Colonoscopia completa	
	06. Todos los pólipos menores de 20 mm extirpados.	
	07. Todos los pólipos menores de 20 mm extirpados en un solo fragmento	
	08. Tiempo de retirada	
	09. Toma de biopsias en pacientes con pólipos	
	10. Número y distribución de biopsias en pacientes con enfermedad inflamatoria crónica intestinal	
PROCESO- POS-PROCEDIMIENTO	01. Recuperación del paciente	
	02. Información al alta	
	03. Registro de eventos adversos tardíos	
	04. Registro de calidad de preparación del colon	
	05. Tiempo de retirada	
RESULTADO	01. Incidencia de eventos adversos	
	02. Satisfacción del paciente	
	03. Porcentaje de colonoscopias	
	04. Media de adenomas por colonoscopia	
	05. Incidencia de cáncer de intervalo	

Fuente: Sánchez, A., Pérez, S., López, J., Alberca, F., Júdez, J., & León, J. (2017). Indicadores de calidad en colonoscopia. Procedimiento de la colonoscopia. *Revista Española de enfermedades digestivas*, 316-326

12. Resumen

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL EN SANTA CRUZ - BOLIVIA

La detección precoz del cáncer es una estrategia preventiva destinada al diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer en fases iniciales, con el fin de brindar un tratamiento más efectivo. Uno de los cánceres más frecuentes a nivel mundial y en Bolivia, es el colorrectal, el cual ocupa el noveno lugar de incidencia y mortalidad dentro de la población boliviana, representando así un importante problema de salud pública, que requiere ser atendido con prioridad. Cabe resaltar que actualmente Bolivia se encuentra atravesando por un proceso de transición e implementación de un sistema único de salud, que garantizará la atención gratuita y universal a toda la población y en conjunto con la ley del cáncer, afianzarán el acceso universal e integral de las personas con cáncer, a través de la prestación de servicios de promoción, prevención, detección temprana, atención, tratamiento y cuidados paliativos. Aprovechando este contexto, la implementación de programas de detección precoz de cáncer, son de gran relevancia. Por ello, el presente trabajo, plantea un programa de detección precoz de cáncer colorrectal, destinado a reducir su mortalidad en la población entre 50 y 65 años de Santa Cruz, mediante un diagnóstico oportuno y con ello asegurar un tratamiento integral eficaz, con el apoyo del Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz.

Palabras clave: Detección precoz, cáncer colorrectal, atención integral.

COLORECTAL CANCER EARLY DETECTION PROGRAM IN SANTA CRUZ - BOLIVIA

Early detection of cancer is a preventive strategy for the diagnosis of early-stage cancer precursor lesions to provide more effective treatment. One of the most common cancers worldwide and in Bolivia, is colorectal, which ranks ninth place of incidence and mortality within the Bolivian population, thus representing a major public health problem, which requires priority attention. It should be noted that Bolivia is currently undergoing a process of transition and implementation of a single health system, which will ensure free and universal care to the entire population and in conjunction with the law of cancer, strengthen universal and integral access for people with cancer, through the provision of services of promotion, prevention, early detection, care, treatment and palliative care. Taking advantage of this context, the implementation of the early detection of cancer programs, are of great relevance. Therefore, the present work proposes an early detection program for colorectal cancer, aimed at reducing its mortality in the population between 50 and 65 years of Santa Cruz, through a timely diagnosis and thereby ensure an effective comprehensive treatment, with the support of the Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz.

Keywords: Early detection, colorectal cancer, comprehensive care.