

BOWEL CANCER SCREENING

SPANISH

The Colonoscopy Investigation

PRUEBAS DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL

La exploración de colonoscopia

¿Qué finalidad tiene este folleto?

Este folleto proporciona información sobre cómo se lleva a cabo una colonoscopia y se explican los beneficios y riesgos de este tipo de exploración. El objetivo del mismo es ayudarle a tomar una decisión informada sobre la posibilidad de someterse a una colonoscopia.

¿Qué es una colonoscopia?

- Una colonoscopia consiste en el examen del revestimiento de las paredes del intestino.
- Mientras el paciente se encuentra bajo el efecto de los sedantes, se introduce por el recto (ano) un tubo delgado y flexible, denominado colonoscopio y se guía a través del intestino grueso.
- Una colonoscopia es la forma más eficaz de diagnosticar el cáncer colorrectal.
- Cuando se detecta un cáncer colorrectal en su fase inicial, los diferentes tratamientos posibles tienen más probabilidades de tener éxito.

¿Por qué se me ha ofrecido realizar una colonoscopia?

Se invita a todas las personas que han obtenido un resultado anómalo en una prueba de detección precoz del cáncer colorrectal a considerar la posibilidad de someterse a una colonoscopia.

Antes de someterse a este procedimiento, un enfermero o enfermera especializados le explicarán en detalle en qué consiste la prueba. Podrá hacer cualquier pregunta que desee y se evaluará si este procedimiento es apto para usted.

La razón principal por la que le han ofrecido someterse a una colonoscopia es para examinar el revestimiento de las paredes del intestino y determinar si tiene cáncer. Cuando se detecta un cáncer colorrectal en su fase inicial, el tratamiento tiene más posibilidades de ser efectivo. Una colonoscopia también puede detectar pólipos intestinales. Los pólipos no constituyen un cáncer, pero a veces pueden evolucionar hacia un cáncer con el paso de los años. Es posible extirpar los pólipos (normalmente durante la colonoscopia), reduciendo así el riesgo de que evolucionen y se conviertan en un cáncer colorrectal en el futuro.

¿Qué significa tener un resultado anómalo en una prueba de detección precoz del cáncer colorrectal?

Aproximadamente el 2% de pacientes obtienen un resultado anómalo en las pruebas de detección de cáncer colorrectal. Sin embargo, esto no quiere decir que necesariamente tengan cáncer. Un resultado anómalo (rastros de sangre en la muestra de la prueba) puede deberse a razones que no están relacionadas con el cáncer, por ejemplo:

- hemorroides (“almorranas”): venas dilatadas en o alrededor del ano; y
- fisuras anales: desgarros en el revestimiento del recto o cerca del ano causados a veces por el estreñimiento. El sangrado de un pólipo o cáncer colorrectal también puede causar un resultado anómalo en una prueba de detección.

¿Qué es el cáncer colorrectal?

- Aproximadamente una de cada 20 personas en el Reino Unido padecerá de cáncer colorrectal en algún momento de su vida.
- Este tipo de cáncer afecta tanto a hombres como a mujeres.
- Es el tercer cáncer más frecuente en el Reino Unido y la segunda causa más importante de muerte por cáncer. Más de 16.000 personas mueren a causa de cáncer colorrectal todos los años (*Cancer Research UK, 2005. Cancerstats*).

El cáncer colorrectal también es conocido como cáncer de colon o rectal. El revestimiento del intestino está compuesto de células que se renuevan constantemente. A veces estas células crecen demasiado rápido, formando una acumulación de células conocida como **pólipo** intestinal (también llamado, a veces, adenoma). Los pólipos no constituyen un cáncer colorrectal (normalmente suelen ser benignos), pero pueden evolucionar hacia un cáncer con el paso de los años. Un cáncer se produce cuando las células cancerígenas poseen la capacidad de extenderse, más allá del lugar donde se originaron, a otras partes del cuerpo.

¿Qué debo hacer antes de someterme a una colonoscopia?

Antes de una colonoscopia, deberá evacuar su intestino completamente para permitir al especialista observar con claridad el revestimiento del intestino.

Recibirá una lista de restricciones dietéticas con respecto a los alimentos que puede tomar, así como un medicamento para la preparación del intestino (un potente laxante) con anterioridad a la colonoscopia. Debe tomar el laxante el día anterior a la colonoscopia, el cual le provocará una diarrea. Después de tomar el laxante, se recomienda permanecer cerca de un baño o servicio y no realizar desplazamientos o ir a trabajar.

Siga cuidadosamente las instrucciones para evacuar completamente su intestino.

En caso contrario, es posible que el especialista no pueda visualizar con claridad el revestimiento de su intestino durante la colonoscopia y tendrá que volver a realizar la prueba. Alguien deberá acompañarle a su casa después de la colonoscopia, ya que se le administrará un sedante y es posible que se sienta adormilado.

¿Qué ocurre durante la colonoscopia?

Se le administrará un sedante que le ayudará a relajarse y después se le pedirá que se tumbe de lado. A continuación se introducirá un tubo delgado y flexible, llamado un colonoscopio, en su recto (ano) y se guiará a través del intestino grueso. El extremo del

colonoscopia lleva una cámara muy reducida incorporada, dotada de luz, que permite ver el interior de su intestino en una pantalla de televisión.

Durante la colonoscopia se insufla un poco de aire en su intestino para permitir al especialista ver el revestimiento de su intestino con más claridad. Puede que esto le produzca una sensación de hinchazón o pequeñas molestias abdominales. Es posible que el sedante administrado le cause somnolencia y puede que no recuerde en detalle la prueba. La colonoscopia suele tardar entre 30 y 45 minutos.

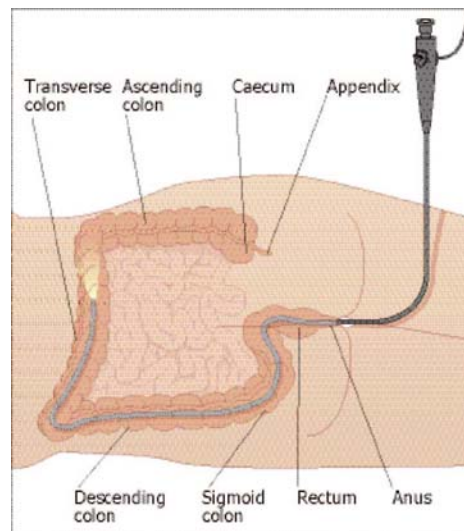


Diagrama: Colon

Transverse colon – colon transversal, Ascending colon – colon ascendente, Caecum – ciego, Appendix – apéndice, Descending colon – colon descendente, Sigmoid colon – colon sigmoideo, Rectum – recto, anus – ano

A veces se extrae una pequeña muestra de tejido, proceso que se denomina biopsia. La mayoría de los pólipos pueden ser extirpados sin dolor mediante un asa metálica que se pasa a través del tubo del colonoscopio. Se analizarán estas muestras de tejidos para comprobar si contienen células anómalas que puedan ser cancerígenas. Hay personas a las que les resulta incómoda la realización de una colonoscopia, pero la mayoría afirma que no sienten dolor alguno.

¿Cuándo recibiré los resultados y qué quieren decir?

Inmediatamente después de la colonoscopia, el especialista le dirá si ha extraído muestras o ha extirpado pólipos. Si se han extraído muestras durante la colonoscopia, debería recibir los resultados en tres semanas. Se pueden recibir tres tipos de resultados.

- Un **resultado normal** significa que no se detectaron pólipos o un cáncer colorrectal durante la colonoscopia. La mitad de los pacientes que se someten a una colonoscopia (aproximadamente cinco de cada diez) obtienen un resultado normal.

El especialista le dirá, tras la colonoscopia, si ha obtenido un resultado normal. Puesto que existe una pequeña posibilidad de que la colonoscopia pueda no detectar un cáncer, un resultado normal no garantiza que no tenga o no vaya a

contraer nunca un cáncer. Se le ofrecerá otra prueba de detección precoz del cáncer colorrectal en un plazo de dos años.

- Se encontraron uno o más **pólipos** durante la colonoscopia. En la mayoría de los casos, el especialista extirpará el pólipo o pólipos (este procedimiento se denomina una polipectomía) y a continuación se someterán a un análisis. Alrededor de cuatro de cada diez personas tienen pólipos. La extirpación de los mismos puede contribuir a impedir la aparición de un cáncer en el futuro. Si se extirpó un pólipo, se le informará de si se encuentra en un grupo de riesgo bajo o en un grupo de riesgo medio o alto. A las personas en un grupo de riesgo bajo se les ofrecerá de nuevo una prueba de detección de cáncer colorrectal al cabo de dos años. A las personas en un grupo de riesgo medio o alto se les pedirá que se sometan a otra colonoscopia en un plazo de uno o tres años, dependiendo de la naturaleza del pólipo o pólipos encontrados.
- Se detectó un **cáncer** durante la colonoscopia. Sólo una de cada diez personas reciben un diagnóstico de cáncer colorrectal. Si se ha detectado un cáncer, se le remitirá a un tratamiento. Si se detecta un cáncer colorrectal en su fase inicial, existe un 90% de probabilidades de tratarlo con éxito. No obstante, no todos los cánceres colorrectales detectados a través de una colonoscopia pueden ser tratados con éxito.

¿Qué grado de precisión tiene una exploración de colonoscopia?

Aunque una colonoscopia no es un procedimiento perfecto, es un método con una precisión de más de un 90% en la detección de un cáncer colorrectal (*Screening for colorectal cancer in adults of average risk. Annals of Internal Medicine, 2002, 137(2), 132-141*). Existe una pequeña probabilidad de que el especialista no detecte el cáncer (aproximadamente en el 5% de los casos). Ello quiere decir que el cáncer no se detectó porque el intestino no se había vaciado completamente o (en raras ocasiones) porque el especialista no vio el pólipo o el cáncer. También existe una pequeña probabilidad de que el especialista no haya sido capaz de desplazar el colonoscopio a lo largo de todo el intestino (aproximadamente en el 5% de los casos). Esto puede ocurrir si existe un bloqueo u otra dificultad a la hora de guiar el colonoscopio a través del intestino.

¿Qué complicaciones o efectos secundarios puede tener una colonoscopia?

Para la mayoría de las personas, la colonoscopia es un procedimiento bastante sencillo, aunque en casos aislados pueden producirse complicaciones. Entre las mismas figuran:

- Incapacidad para visualizar todo el intestino. Esto ocurre, a veces, si no se ha evacuado el intestino completamente o si el colonoscopio no puede llegar al extremo del intestino grueso (en estos casos, se le puede pedir que se someta a otra colonoscopia o a un enema de bario; véase *Otras exploraciones*).
- Una hemorragia profusa que requiere otras investigaciones o consultas médicas. Los pólipos o muestras de tejidos que se extraen durante una colonoscopia pueden causar hemorragias importantes. Se calcula que este fenómeno se produce en una de cada 150 colonoscopias.
- Una perforación en el intestino. La colonoscopia puede producir una perforación (agujero) en la pared de su intestino. Las probabilidades de que esto ocurra son

de una entre 1.500. En caso de que se produzca la perforación, es posible que sea necesario realizar una intervención quirúrgica.

- Problemas respiratorios o cardíacos. Es posible que el paciente presente una reacción al sedante que ocasione problemas temporales respiratorios o cardíacos. Es muy infrecuente que se produzcan problemas graves, ya que en todo momento se realiza un seguimiento detallado de su estado de salud durante la exploración.

Algunas de estas complicaciones pueden requerir otros tratamientos o incluso una operación.

En algunos casos, sumamente excepcionales, este procedimiento puede causar el fallecimiento del paciente. Las pruebas actuales indican que esto ocurre en aproximadamente uno de cada 10.000 procedimientos.

¿Qué ocurre después de la prueba?

El especialista que realizó la colonoscopia le explicará el resultado de la exploración. Se le informará, tras la colonoscopia, de si se extrajeron muestras de tejidos. Recibirá los resultados de cualquier biopsia que se haya realizado dentro de un plazo de tres semanas a partir de la exploración. Si se extrajeron muestras de tejidos, es posible que note una ligera pérdida de sangre por el ano. Un sangrado reducido no es infrecuente y puede durar unos días. Debería informar a la unidad de colonoscopia o a su médico de medicina general (GP), si aparece cualquier síntoma que indique una hemorragia prolongada o profusa (por ejemplo, dolores pronunciados en el estómago o un sangrado profuso por el ano).

Debido a que los efectos de la sedación tardan un poco en desaparecer, alguien deberá acompañarle a su casa desde el hospital. También deberá asegurarse de no quedarse solo durante las 12 horas siguientes al procedimiento. Es recomendable que otra persona esté presente cuando el especialista le explique los resultados de la colonoscopia, ya que aún puede encontrarse bajo los efectos del sedante.

En ningún caso debe conducir, operar maquinaria o beber alcohol justo después del procedimiento, por lo menos durante las 24 horas siguientes al mismo. El sedante puede tardar un poco en desaparecer de su sistema y causar trastornos en su velocidad de reacción y coordinación. Tampoco debería tomar decisiones importantes hasta que hayan transcurrido 24 horas como mínimo desde la colonoscopia.

¿Qué ocurre si necesito un tratamiento?

La mayoría de los pólipos que se encuentran durante la prueba pueden ser extirpados utilizando un asa metálica que se pasa a través del colonoscopio. Este procedimiento se denomina poliopectomía.

Si la colonoscopia muestra que necesita someterse a otro tratamiento, podrá discutir esta posibilidad con un equipo de especialistas. Normalmente se requerirán otras pruebas para determinar con precisión el tipo de cáncer y dónde se encuentra, de manera que usted y el equipo de especialistas puedan decidir cuál es el tratamiento óptimo en su caso. Los tres tipos principales de tratamiento en caso de cáncer colorrectal son la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. Dependiendo de lo avanzado que se encuentre el cáncer en el momento de haber sido detectado, es posible utilizar dos o más tipos de tratamiento a la vez o de forma consecutiva. El

tratamiento siempre se adaptará a sus necesidades, tras haberlas valorado con el equipo a cargo de su tratamiento.

Cirugía

El tratamiento principal para el cáncer colorrectal es la cirugía. Aproximadamente ocho de cada diez personas son consideradas aptas para ser operadas con el objetivo de eliminar el cáncer completamente. Después de la cirugía, más del 50% de las personas viven durante más de cinco años.

Quimioterapia

La quimioterapia es el tratamiento del cáncer mediante fármacos citotóxicos que destruyen células cancerígenas o retrasan su tasa de crecimiento.

La quimioterapia se administra principalmente tras la cirugía para reducir el riesgo de que el cáncer vuelva a aparecer. A veces se administra antes de la cirugía para reducir el tamaño del cáncer o al mismo tiempo que la radioterapia.

Radioterapia

El objetivo de la radioterapia es destruir las células cancerígenas sin dañar demasiado las células normales. La radioterapia normalmente se utiliza en el tratamiento del cáncer rectal y puede administrarse con anterioridad o posterioridad a la cirugía.

Si el cáncer colorrectal no recibe un tratamiento, éste continuará creciendo, pudiendo bloquear el intestino, extenderse a otros órganos o ambas posibilidades.

¿Necesitaré reconocimientos médicos periódicos?

Si se le ha extirpado un pólipo, se le informará si se encuentra dentro de un grupo de riesgo bajo o intermedio o un grupo de riesgo alto de que los pólipos que aparezcan en el futuro puedan evolucionar hacia un cáncer. A las personas en un grupo de riesgo bajo se les ofrecerán pruebas de detección precoz del cáncer colorrectal en un plazo de dos años. A las personas en grupos de riesgo intermedio o alto se les incluye en el grupo de seguimiento del programa de pruebas de detección precoz y se les ofrecerá una colonoscopia en uno o tres años, dependiendo de la naturaleza del pólipo o pólipos encontrados. Se lleva a cabo una colonoscopia posterior para comprobar el estado del revestimiento de la pared de su intestino y determinar si han aparecido pólipos desde la última exploración realizada.

Otras exploraciones

A veces, debido a otras afecciones médicas, no es posible realizar una colonoscopia. En estos casos le ofrecerán otro tipo de exploraciones, como por ejemplo un enema de bario.

Un enema de bario consiste en la radiografía de su intestino grueso. Se introduce un pequeño tubo en el ano, a través del cual se introduce bario (un líquido blanco y calcáreo) en su intestino. Este líquido recubre la parte interna de su intestino y permite visualizar el contorno del mismo cuando se aplican rayos X. El enema de bario es un procedimiento que dura aproximadamente 30 minutos.

¿Qué ocurre con la muestra extraída una vez que se ha analizado?

Si se tomaron muestras de tejido durante la colonoscopia, el resultado queda registrado en una base de datos y la muestra de tejido se destruye. Inspeccionamos

periódicamente todos los registros de pruebas de detección precoz como parte de nuestro objetivo de ofrecer un servicio de calidad e incrementar los conocimientos y experiencia de nuestro personal especializado. Ello quiere decir que empleados que trabajan en otros departamentos del servicio de asistencia sanitaria en el Reino Unido necesitarán ver su historial.

Para obtener más información sobre la forma en que almacenamos los historiales médicos, puede ponerse en contacto con NHS Direct en el teléfono 0845 4647.

Resumen

Con el fin de ayudarle a decidir si quiere someterse a una colonoscopia o no, a continuación resumimos las principales ventajas y desventajas de esta exploración.

- La colonoscopia puede detectar un cáncer en su fase inicial, lo que mejora sus posibilidades de recibir un tratamiento eficaz.
- La extirpación de pólipos, normalmente durante la colonoscopia, puede reducir las posibilidades de contraer un cáncer colorrectal en el futuro.
- Puede que el proceso de preparación del intestino que debe realizar el día previo a la colonoscopia le resulte un tanto incómodo o desagradable.
- Es posible que los efectos de la sedación le causen ciertos trastornos el día siguiente a la prueba.
- Existen ciertos riesgos asociados con la realización de una colonoscopia.
- Existe la posibilidad de que no se detecte el cáncer colorrectal en la colonoscopia.

Este folleto ha sido elaborado por *Cancer Research UK*, en asociación con el programa de detección precoz del cáncer colorrectal del NHS y con el asesoramiento del programa piloto de detección precoz del cáncer colorrectal de Inglaterra.

Preguntas

En su primera cita, un enfermero o enfermera especializados le explicarán en detalle en qué consiste una colonoscopia.

Utilice el siguiente espacio en blanco para anotar cualquier pregunta que desee formular.

Más información y ayuda

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre las pruebas de detección precoz del cáncer colorrectal o la colonoscopia, puede:

- ponerse en contacto con su centro de programas o llamar al siguiente número de teléfono gratuito: 0800 707 60 60;
- hablar con su médico de medicina general (GP);
- visitar el sitio web de los programas de detección precoz de cáncer del NHS en www.cancerscreening.nhs.uk;
- visitar el sitio web de NHS Direct en www.nhsdirect.nhs.uk;
- visitar el sitio web de Cancerbackup en www.cancerbackup.org.uk o llamar al 0808 8001234;
- visitar el sitio web de CancerHelp en www.cancerhelp.org.uk o llamar al 0800 226237;
- visitar el sitio web de Bowel Cancer UK en www.bowelcanceruk.org.uk o llamar al 08708 506050;

- visitar el sitio web de Beating Bowel Cancer www.beatingbowelcancer.org o llamar al 02088925256.

Publicado por el Departamento de Salud, en asociación con los programas de detección precoz del cáncer del NHS y con el asesoramiento y apoyo del grupo de educación sobre atención primaria de *Cancer Research UK*.

Cancer Research UK

© Crown copyright 2006
273371 1p May06

Producido por COI para el Departamento de Salud
Primera edición, mayo de 2006

Se puede reproducir el texto de este documento para su uso personal o interno sin necesidad de obtener permiso previo o abonar cargo alguno. Si necesita más ejemplares de este documento, mencione la referencia 273371/Bowel cancer

Colonoscopy y póngase en contacto con:

DH Publications Orderline

PO Box 777 London SE1 6XH

Correo electrónico: dh@prolog.uk.com

Tel: 08701 555 455

Fax: 01623 724 524

Mensajes de texto: 08700 102 870 (08:00 a 18:00, lunes a viernes)

www.cancerscreening.nhs.uk