

PLA FUNCIONAL

Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte: Barcelona Esquerra i Litoral Mar

Juny 2010

Qualsevol forma de reproducció, distribució, comunicació pública o transformació d'aquesta obra solament pot ser realitzada amb l'autorització dels seus titulars, excepte excepció prevista per la llei. Dirigeixi's a CEDRE (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necessita fotocopiar o escanejar algun fragment d'aquesta obra

@ 2010 Ergon

C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

Pza. Josep Pallach 12. 08035 Barcelona

ISBN: ???

Dipòsit Legal: ???

Coordinació i autors

COORDINACIÓ:

ANDREA BURÓN

Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica, Hospital del Mar de Barcelona

ANNA SERRADESANFERM

Unitat d'Avaluació, Suport i Prevenció, Hospital Clínic de Barcelona

AUTORS:

MONTSERRAT ANDREU

*Servei de Digestologia,
Hospital del Mar de Barcelona*

JOSEP MARIA AUGÉ

*Servei de Bioquímica i Genètica Molecular,
Hospital Clínic de Barcelona*

ANDREA BURÓN

*Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica,
Hospital del Mar de Barcelona*

MONTSERRAT CASAMITJANA

*Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica,
Hospital del Mar de Barcelona*

ÍNGRID CASASÚS

Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

ANTONI CASTELLS

*Servei de Gastroenterologia,
Hospital Clínic de Barcelona*

XAVIER CASTELLS

*Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica,
Hospital del Mar de Barcelona*

LAURA CATALÀ

*Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica,
Hospital del Mar de Barcelona*

ALICIA COIDURAS

*Atenció Primària, SAP Esquerra,
Institut Català de la Salut*

MARC DE SEMIR

*Servei de Comunicació Corporativa,
Hospital Clínic de Barcelona*

VERÒNICA DOMÍNGUEZ

*Servei de Comunicació Corporativa,
Hospital del Mar de Barcelona*

JOSEP ALFONS ESPINÀS

*Pla Director d'Oncologia,
Departament de Salut*

MARIA ESTRADA

Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

DAVID FONT

*Direcció d'Estratègia i Planificació,
Hospital Clínic de Barcelona*

REBECA FONT

*Pla Director d'Oncologia,
Departament de Salut*

ALBERTO GARCÍA-BASTEIRO

*Unitat d'Avaluació, Suport i Prevenció,
Hospital Clínic de Barcelona*

IMMA GARRELL

*Atenció Primària, Consorci d'Atenció Primària
de Salut de l'Eixample*

GRISELDA GONZÁLEZ

*Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica,
Hospital del Mar de Barcelona*

JAUME GRAU

*Unitat d'Avaluació, Suport i Prevenció,
Hospital Clínic de Barcelona*

RAFAEL GUAYTA

Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

CRISTINA HERNÁNDEZ

*Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica,
Hospital del Mar de Barcelona*

FRANCESC MACIÀ

*Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica,
Hospital del Mar de Barcelona*

JORGE BENIGNO MAYORAL

*Direcció d'Estratègia i Planificació,
Hospital Clínic de Barcelona*

EVA MORALES

*Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica,
Hospital del Mar de Barcelona*

MARIBEL PÉREZ

*Servei de Comunicació Corporativa,
Hospital del Mar de Barcelona*

MERCÈ PIRACÉS

*Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica,
Hospital del Mar de Barcelona*

SANDRA POLBACH

*Unitat d'Avaluació, Suport i Prevenció,
Hospital Clínic de Barcelona*

MARIA PELLISÉ

*Servei d'Endoscòpia Digestiva,
Hospital Clínic de Barcelona*

CRISTINA RODRÍGUEZ

Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

JOSEP MARIA SEGURA

Atenció Primària, Centre d'Atenció Primària Dr. Sayé

ANNA SERRADESANFERM

*Unitat d'Avaluació, Suport i Prevenció,
Hospital Clínic de Barcelona*

JUDIT SIVILLA

*Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica,
Hospital del Mar de Barcelona*

MARÍA TRENZADO

*Servei de Comunicació Corporativa,
Hospital Clínic de Barcelona*

ANTONI TRILLA

*Unitat d'Avaluació, Suport i Prevenció,
Hospital Clínic de Barcelona*

Acrònims

ABS	Àrea Bàsica de Salut
AE	Atenció Especialitzada
AP	Atenció Primària
ASA	American Society of Anesthesiologists
CAP	Centre d'Atenció Primària
CAR-CCR	Clínica d'Alt Risc de Càncer de Còlon i Recte
CCR	Càncer de Còlon i Recte
CFB	Col·legi de Farmacèutics de Barcelona
CIP	Codi d'Identificació Personal
CMBD	Conjunt Mínim Bàsic de Dades
DAP	Direcció d'Atenció Primària
DNI	Document Nacional d'Identitat
MII	Malaltia Inflamatòria Intestinal
NCCR	Número de registre Cribratge Colorectal
OF	Oficina de Farmàcia
OPDPCC	Oficina del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Catalunya
OTC	Oficina Tècnica de Cribratge Clínic-Mar
OTC-Clínic	Oficina Tècnica de la Unitat de Cribratge de l'Hospital Clínic de Barcelona
OTC-Mar	Oficina Tècnica de la Unitat de Cribratge de l'Hospital del Mar
PDPCCR	Programa de Detecció Precoç de Càncer de Còlon i Recte
PDSOF	Prova de Detecció de Sang Oculta en Femta
RCA	Registre Central d'Assegurats
SBGM-CDB	Servei de Bioquímica i Genètica Molecular - Centre de Diagnòstic Biomèdic
SCS	Servei Català de la Salut
TSI	Targeta Sanitària Individual
UC-Clínic	Unitat de Cribratge de l'Hospital Clínic de Barcelona
UC-Mar	Unitat de Cribratge de l'Hospital del Mar
U-CCR	Unitat de Càncer de Còlon i Recte
U-MII	Unitat de Malaltia Inflamatòria Intestinal

Índex

INTRODUCCIÓ	9
Epidemiologia del càncer de còlon i recte	9
Detecció precoç del càncer de còlon i recte	10
CARACTERÍSTIQUES DEL PROGRAMA	11
Objectius del Programa	11
Població diana	11
Prova de cribratge: prova de detecció immunològica de sang oculta en femta	12
Prova diagnòstica: colonoscòpia	12
Estructura organitzativa del Programa	13
Atenció Primària i oficines de farmàcia	13
CIRCUIT DEL PROGRAMA	
ALGORISME 1. Primera part del circuit del Programa: des de la generació de la població diana fins a la primera visita de cribratge	14
ALGORISME 2. Segona part del circuit del Programa: des de la primera visita de cribratge fins a la resolució del cas segons el resultat de la colonoscòpia	15
Identificació de la població diana i elegible	16
Tramesa de cartes de presentació i d'invitació	18
Circuit de cartes d'invitació	23
Circuit de la prova de detecció de sang oculta en femta	28
Aspectes clínics	35
• Prova de detecció de sang oculta en femta	35
• Consulta de Cribratge	36
• Colonoscòpia	42
• Actuació davant de les troballes endoscòpiques	47
Professionals d'Atenció Primària	52
• Actuació	52
• Comunicació i tramesa d'informació entre l'Oficina Tècnica de Cribratge i Atenció Primària ..	54
PLA DE COMUNICACIÓ	55
Objectius	55
Públic objectiu	55
Canals i accions de comunicació	56
Accions de comunicació sistemàtiques	60
INDICADORS PER A L'AVALUACIÓ DEL PROGRAMA	61

ANNEXES

Annex 1: Actuació davant dels criteris d'exclusió del Programa	71
Annex 2: Prova de detecció de sang oculta en femta (OC-Sensor®)	75
Annex 3: Qüestionari de la Consulta de Cribratge	76
Annex 4: Cartes del Programa	
• Carta de presentació	77
• Carta d'invitació	78
• Carta de reinvitació	79
• Carta de recordatori	80
• Carta de PDSOF positiva	81
• Carta de PDSOF negativa	82
• Carta de contacte	83
• Carta de colonoscòpia normal	84
Annex 5: Difusió	
• Pòster divulgatiu del Programa	85
• Tríptic informatiu	86
Annex 6: Material per a les oficines de farmàcia	
• Adhesiu identificatiu del Programa	88
• Díptic d'instruccions per a la PDSOF	89
• Protocol d'Actuació Farmacèutica	90
• Esquema d'Actuació Farmacèutica	93

INTRODUCCIÓ

EPIDEMIOLOGIA DEL CÀNCER DE CÒLON I RECTE

El càncer de còlon i recte (CCR) és el tercer càncer en freqüència entre els homes i el segon en les dones. A Espanya cada any se'n diagnostiquen 26.000 casos nous i es produeixen al voltant de 12.000 morts per aquesta neoplàsia. La supervivència als 5 anys se situa al voltant del 50%.

Dins del context europeu, Catalunya presenta una incidència elevada (4.000 casos anuals) i un creixement, sobretot en homes, més elevat si es compara amb el conjunt dels registres espanyols, amb un increment anual del 3,5% en els homes i del 2,7% en les dones (Borràs et al. Med Clin (Barc). 2008; 131:58-62).

El càncer colorectal ha esdevingut la segona causa de mort per càncer a Catalunya, tant en homes com en dones, amb 1.900 defuncions/any. La tendència recent indica una clara estabilització de la mortalitat en homes i un descens en dones (Borràs et al. Med Clin (Barc) 2008;131:58-62).

La majoria dels càncers de còlon i recte es desenvolupen a partir de pòlips adenomatosos. No obstant això, la presència de pòlips és freqüent en la població i només un petit percentatge progressa a càncer. El temps mitjà necessari per completar aquesta progressió és llarg, probablement de 10 anys o més, fet que permet prevenir o detectar precoçment el CCR i millorar-ne el pronòstic (Castells et al. Gastroenterol Hepatol 2009).

Els principals factors de risc del CCR són l'edat (> 50 anys), determinats hàbits dietètics (consum de carn vermella, de carn processada) i d'estil de vida (consum d'alcohol superior a 30 grams diaris, de tabac), així com els antecedents familiars de CCR.

S'ha observat que el consum de peix i la ingesta de calci, de llet i derivats làctics en quantitats rellevants, el tractament hormonal substitutiu i els anticonceptius orals exerceixen un efecte protector envers aquest tumor. L'exercici físic també és un factor protector del càncer de còlon, però no del de recte.

La ingesta de fibra s'ha relacionat com a agent protector en alguns estudis, però no en tots; per tant, el seu paper és motiu de discussió.

Els antecedents familiars són un factor de risc del CCR, especialment important quan es parla de les síndromes polipòsiques adenomatoses i hamartomatoses, i de la síndrome de Lynch. El nombre de familiars afectes, el grau de parentiu i l'edat de diagnòstic del CCR determinen el risc de desenvolupar aquest càncer i, per tant, l'estratègia de cribratge

a seguir. Els grups d'alt risc de CCR han de ser valorats a les Clíniques d'Alt Risc de Càncer de Còlon i Recte (CAR-CCR).

DETECCIÓ PRECOÇ DEL CÀNCER DE CÒLON I RECTE

De les diverses proves de cribratge que s'han proposat, la prova de detecció de sang oculta en femta (PDSOF) és l'única que ha demostrat la seva eficàcia en assaigs controlats aleatoritzats (nivell d'evidència 1, grau recomanació A) (Castells et al. Gastroenterol Hepatol 2009). Tres assaigs clínics han demostrat que la PDSOF pot reduir la mortalitat causada per CCR (Towler et al. BMJ 1998; 317:559-65).

En estudis europeus de base poblacional la reducció de la mortalitat per CCR ha estat del 15-18%, si bé s'estima que aquesta reducció pot arribar fins al 30% (Jorgensen et al. Gut 2002; 50:29-32; Scholefield et al. Gut 2002; 50:840-4).

El cribratge amb PDSOF també pot reduir la incidència de CCR mitjançant la detecció i posterior resecció dels pòlips adenomatosos (Mandel et al. N Engl J Med 2000; 343:1603-7).

Per a més informació referent a la prevenció del CCR, podeu consultar: Grupo de trabajo de la guía práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2009. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano; 2009, i Castells et al. Gastroenterol Hepatol 2009; o a la web <http://www.guiasgastro.net>.

Dels diferents tipus de proves per detectar sang oculta en femta, al Programa utilitzem la immunològica (OC-Sensor®).

La sensibilitat envers el càncer de la PDSOF immunològica varia entre un 85% i un 95%; l'especificitat, entre un 39% i un 94%. La sensibilitat per detectar pòlips de més probabilitat de malignització (>1cm) és del 10-20%. Amb les proves no rehidratades, el valor predictiu positiu varia entre un 10% i un 15% per al CCR, i entre un 30% i un 40% per als adenomes (Castells et al. 2007. Informes de l'Agència d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries, AATRM núm. 2006/01).

Un estudi recent demostra que el mètode immunològic (OC-Sensor®) incrementa un 12,7% la participació en programes de cribratge i un 1,2% la taxa de detecció d'adenomes avançats i de CCR, en comparació amb la prova del guaiac (Hemoccult-II®) (van Rossum et al. Gastroenterology 2008; 135:82-91).

Durant el període 2005-2008, el Pla Director d'Oncologia va establir, després de la realització i avaluació d'una prova pilot de cribratge de CCR portada a terme per l'Institut

Català d'Oncologia a fi de determinar l'acceptació i la viabilitat d'un programa a nivell poblacional, fer extensiu el cribratge del càncer colorectal a tota la població. Per això es procedeix ara a la seva implementació a nivell poblacional en determinades àrees bàsiques de salut (ABS) de Barcelona ciutat.

CARACTERÍSTIQUES DEL PROGRAMA

El Programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte (PDPCCR) es posa en marxa el 1 de desembre de 2009 en les àrees de referència de l'Hospital Clínic (Barcelona Esquerra: Eixample Esquerra, Les Corts, Sants Monjuïc, i Sarrià-Sant Gervasi) i de l'Hospital del Mar (Litoral Mar: Ciutat Vella i Sant Martí).

OBJECTIUS DEL PROGRAMA

Objectiu principal

- Reduir la incidència i la mortalitat per CCR mitjançant la detecció i tractament dels adenomes colorectals i del càncer en fases inicials.

Objectius secundaris

- Possibilitar l'accessibilitat de totes les persones residents a l'àrea de Barcelona Esquerra – Litoral Mar de 50-69 anys al PDPCCR, per obtenir un 30% de participació en la primera ronda i augmentar-la fins arribar a un 50% de participació en rondes successives.
- Assegurar que més del 80% dels professionals de l'Atenció Primària i altres professionals sanitaris i agents de salut de l'àrea de Barcelona Esquerra – Litoral Mar coneguin el PDPCCR.
- Assegurar que més del 90% de la població diana conegui el PDPCCR.

POBLACIÓ DIANA

Homes i dones de 50 a 69 anys inclosos al Registre Central d'Assegurats (RCA) de les ABS de Barcelona Esquerra – Litoral Mar.

Criteris d'exclusió (definitiva o temporal) del PDPCCR:

- Antecedents personals de CCR.
- Simptomatologia sospitosa de CCR: presència de sang en les deposicions, canvis en els hàbits intestinals durant més de 6 setmanes, pèrdua de pes o cansament inexplicables o malestar abdominal persistent.
- Antecedents familiars de CCR: 2 familiars de primer grau (pares, germans o fills) diagnosticats de CCR, o 1 familiar de primer grau diagnosticat de CCR abans dels 60 anys.

- Història familiar de poliposi adenomatosa familiar o altres síndromes polipòsiques, o de síndrome de Lynch.
- Antecedents de patologia colorectal tributària d'un seguiment específic (colitis ulcerosa, malaltia de Crohn o adenomes colorectals).
- Malaltia terminal o malaltia o invalidesa greu que contraindiqui l'estudi posterior del còlon.
- Antecedent de colectomia total.
- Èxitus.
- Exploracions colorectals realitzades en els últims 5 anys.
- Error de domicili.

PROVA DE CRIBRATGE: PROVA DE DETECCIÓ IMMUNOLÒGICA DE SANG OCULTA EN FEMTA

La PDSOF immunològica quantitativa utilitzada és l'OC-Sensor®, basada en la recollida d'una única mostra de femta per part del participant. Es tracta d'un dispositiu rectangular amb un bastonet de plàstic amb el qual es recull la mostra, que es guarda al tub col·lector (Fig. 1). El tub conté un líquid que conservarà l'hemoglobina de la femta, en cas que hi hagi restes de sang. La prova s'entrega a l'OF, juntament amb un díptic d'instruccions de com cal recollir la mostra. Una vegada recollida, la prova s'ha de portar al més aviat possible a l'oficina de farmàcia (OF) i, mentrestant, guardar-la a la nevera.

No cal fer restricció dietètica ni suspendre cap tractament farmacològic els dies previs a la recollida de la mostra. Tanmateix, cal advertir que, si presenta hemorroides sagnants o la menstruació en el moment de realitzar la PDSOF, ha de deixar passar 3 dies sense observar sang en les deposicions abans de recollir la mostra.

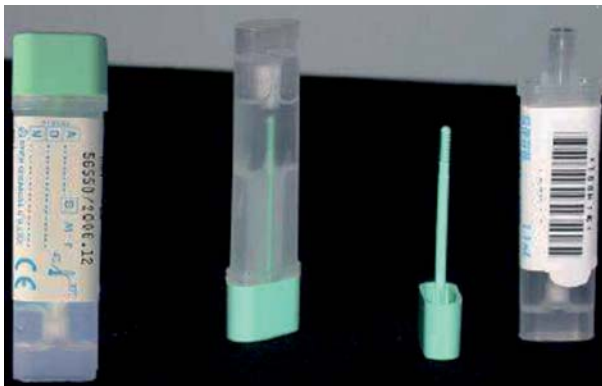


FIGURA 1. Tub col·lector de mostra de la PDSOF (OC-Sensor®).

PROVA DIAGNÒSTICA: COLONOSCÒPIA

La prova d'elecció per a la investigació dels casos positius en la PDSOF és la colonoscòpia amb sedo-analgèsia o anestèsia. La colonoscòpia es realitzarà a les unitats d'endoscòpia de cada hospital, sense necessitat d'ingrés hospitalari. La colonoscòpia té una alta sensibilitat per a la detecció de lesions adenomatoses i de CCR. Les complicacions associades a la sedo-analgèsia o anestèsia, a la pròpia colonoscòpia o a l'extirpació dels pòlips són poc freqüents: dolor abdominal, alteracions cardiorespiratòries, infecció, hemorràgia (3 per 1.000), perforació (1-2 per 1.000) i mortalitat (1-3 per 10.000).

ESTRUCTURA ORGANITZATIVA DEL PROGRAMA

L'Oficina Tècnica de Cribratge Clínic-Mar (OTC) és responsable de la gestió integral del Programa: des de l'enviament de cartes, seguint el cronograma d'ABS establert, la lectura de la PDSOF, efectuada al Servei de Bioquímica i Genètica Molecular-Centre de Diagnòstic Biomèdic (SBGM-CDB) de l'Hospital Clínic fins a la notificació dels resultats.

Alhora, tant l'Hospital Clínic com l'Hospital del Mar disposen d'una Unitat de Cribratge (UC-Clínic i UC-Mar) que compta amb una Consulta de Cribratge, on es visiten els participants que han donat positiu en la PDSOF, i una Unitat d'Endoscòpia, on es realitzen les colonoscòpies.

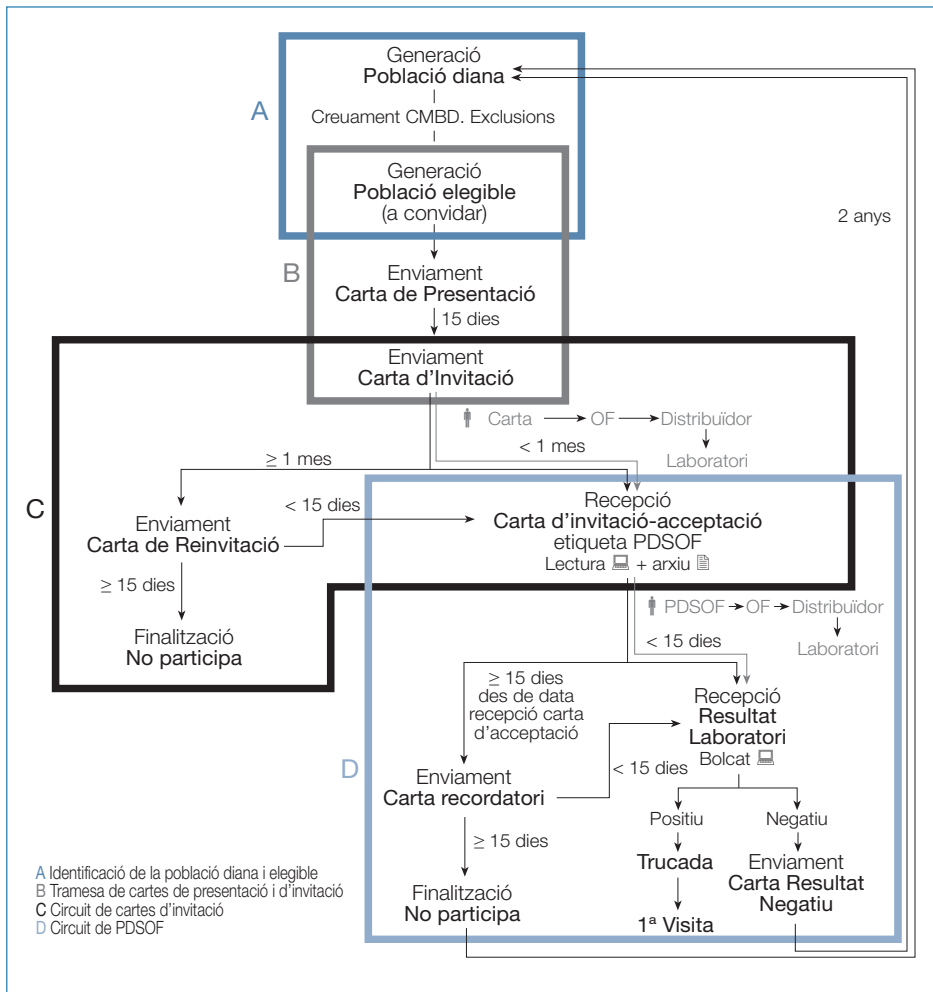
ATENCIÓ PRIMÀRIA I OFICINES DE FARMÀCIA

L'actuació de l'equip d'Atenció Primària i dels farmacèutics és fonamental en el PDPCCR. Tant els uns com els altres són peces clau per incentivar la participació de la població diana en el cribratge, proporcionant informació i consell en les distintes fases del procés. Alhora, atenen les demandes informatives de la població sobre el PDPCCR. Separadament, cadascú desenvolupa tasques específiques i molt importants per al bon funcionament del PDPCCR.

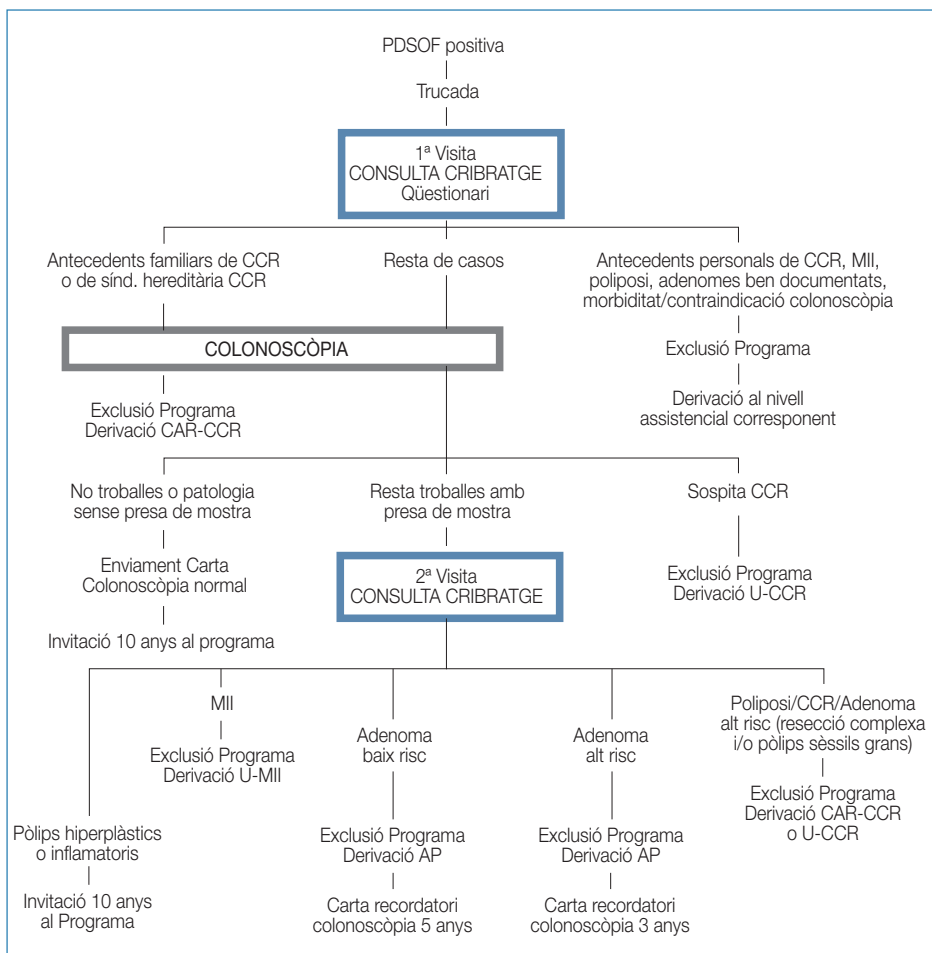
El farmacèutic és la primera persona que entra en contacte directe amb els participants i és qui realitza el procés d'entrega, explicació i recollida de la prova de cribratge.

L'equip d'Atenció Primària és qui dona resposta a consultes per identificar possibles exclusions del PDPCCR. També és qui realitza el seguiment de pacients amb determinades troballes endoscòpiques detectades pel Programa, com es detallen més endavant.

CIRCUIT DEL PROGRAMA



ALGORISME 1. Primera part del circuit del Programa: des de la generació de la població diana fins a la primera visita de cribratge.



ALGORISME 2. Segona part del circuit del Programa: des de la primera visita de cribratge fins a la resolució del cas segons el resultat de la colonoscòpia

IDENTIFICACIÓ DE LA POBLACIÓ DIANA I ELEGIBLE (veure algorisme 1, part A)

Resum del procés:

Responsable	• Oficina del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Catalunya (OPDPCC) • Data Manager de l'OTC • Oficina Tècnica de la Unitat de Cribratge de l'Hospital Clínic de Barcelona (OTC-Clinic), Oficina Tècnica de la Unitat de Cribratge de l'Hospital del Mar (OTC-Mar)
Accions, procediments	• Demanda i actualització trimestral del RCA • Creuament del RCA amb el Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) per tal d'eliminar les exclusions (antecedents personals de càncer colorectal)
Recursos	• RCA de Catalunya • CMBD de Catalunya • Altres bases de dades hospitalàries
Aplicatiu	• S'incorpora el nou RCA i l'aplicatiu genera els canvis d'adreça i les exclusions • Es carrega el CMBD a l'aplicatiu i aquest genera les exclusions per neoplàsia prèvia
Cadència, freqüència, intervals	• RCA s'actualitza periòdicament (3 mesos) • El creuament CMBD-Catalunya es realitza abans de començar cada ronda (cada any)
Resultat	• Base de dades amb la població elegible inicial

Descripció del procés:

Número d'ordre	Activitat	Desenvolupament	Responsable
1	Actualització del RCA	- Es demanen 2 fitxers: població activa (persones registrades al RCA del grup d'edat de 48 a 70 anys) i població passiva (persones registrades al RCA, amb situació de trasllat o defunció, del grup d'edat de 48 a 70 anys). També es demana que la data d'actualització del RCA sigui posterior a la data de l'últim fixer rebut de la població passiva - El RCA és un fixer automatitzat del CatSalut regulat pel decret 29/1995, de 10 de gener i per l'Ordre SSS/250/2002 d'1 de juliol. Hi consten les dades personals de totes les persones amb possessió d'una Targeta Sanitària Individual (TSI) activa - Les variables que es demanen al RCA són: Codi d'Identificació Personal (CIP), Document Nacional d'Identitat (DNI), data de naixement, sexe, nom, primer cognom, segon cognom, tipus de via, nom de via pública, número, bis, bloc, escala, portal, pis, porta, quilòmetre, codi postal, telèfon1, telèfon 2, correu electrònic, ABS, unitat proveïdora assignada (nivell cobertura), situació registre (defuncions, trasllats, etc.), padró i nacionalitat - Es carregarà cada 3 mesos i s'actualitzarà la població que no estigui participant en el moment de l'actualització	OPDPCC
2	Actualització del CMBD	- El CMBD de la ciutat de Barcelona amb els casos de càncer colorectal (codis CIE-9 2303/2304/2305/153/154 /V10.05, V10.06.) es demana cada any al Servei Català de la Salut (SCS), pels residents de Catalunya - Inicialment es demana dels anys 2005, 2006, 2007 i 2008; posteriorment es demanarà de l'últim any disponible	OPDPCC
3	Creuament del RCA amb el CMBD	- Inicialment es farà el creuament externament a l'aplicatiu, mitjançant la variable CIP - Posteriorment, serà l'aplicatiu qui gestioni les exclusions per neoplàsia prèvia, i es farà carregant el CMBD amb un fixer ASCIL	OPDPCC

Alteracions del procés o incidències: hi haurà molt poques incidències en aquesta part i les que es produeixin no arribaran mai a l'OTC, ja que tota aquesta part és gestionada per l'OPDPCC.

TRAMESA DE CARTES DE PRESENTACIÓ I D'INVITACIÓ (veure algorisme 1, part B)

Responsable	• Administrativa de cada Unitat de Cribatge
Accions, procediments	• Impressió, ensobrament i enviament de cartes personalitzades de presentació i d'invitació • Incorporació de canvis d'adreça manualment
Recursos	• Fulls pre-impresses amb logotips de les cartes de presentació i d'invitació • Fulllet informatiu del PDPCOR • Sobres amb logotips i finestra • Base de dades de la població elegible amb llistats d'adreça • Accés al RCA-perfil consultor • Llistat d'OF de l'ABS que participa
Aplicatiu	• Cua d'impressió automatitzada per a totes les cartes, a partir de la base de dades de població elegible • Possibilitat d'incorporar manualment i activar la ronda a un individu nou; possibilitat de canvis d'adreça i de tancaments manuals
Cadència, freqüència, intervals	• Al començar la ronda, s'envien les cartes de presentació corresponents a l'ABS • 15 dies després s'envien les cartes d'invitació • Si una persona s'incorpora com a "cas nou" o "canvi d'adreça" durant el període de ronda activa, es comença el circuit a partir de la carta d'invitació
Resultat	• La població rep la informació sobre el Programa • La població rep una carta d'invitació que ha de portar signada a l'OF per tal de recollir la PDSOF

Descripció del procés:

Número d'ordre	Activitat	Desenvolupament	Responsable
1	Impressió, ensobriment, i enviament de cartes de presentació	• A partir del llistat de persones elegibles i, mitjançant l'aplicatiu, s'imprimeixen, s'ensobren i s'envien per correu ordinari les cartes pre-impreses i personalitzades (nom i adreça) de presentació (veure annexes) • L'aplicatiu les ordena alfabèticament per carrer • Aquesta carta anirà en català. Juntament amb la carta s'envia el fulllet informatiu del PDPCOR, que anirà tant en català com en castellà (veure annexes) • En la primera ronda, els destinataris són totes les persones. En rondes successives les cartes de presentació només s'enviaran als no participants en rondes anteriors i als participants de nova incorporació	Administrativa de l'OTC
2	Impressió, ensobriment, i enviament de cartes d'invitació	• 15 dies després de la data d'impressió de la carta de presentació automàticament surt un avís a l'aplicatiu informàtic recordant que cal enviar les cartes d'invitació a totes les persones convidades • S'imprimeixen les cartes d'invitació personalitzades i amb el codi de barres identificatiu del Número de registre de Cribatge Colorectal (NCCR) (veure annexes) • S'ensobren les cartes afegint el llistat d'OF de l'ABS en ronda activa que col·laboren amb el Programa a on la persona pot anar a recollir la PDSOF. Aquestes cartes s'envien per correu ordinari	Administrativa de l'OTC

Alteracions del procés o incidències:

Nº activitat	Situació	Actitud	Responsable
1 2	Persona que contacta amb el PDPCCR dient que vol participar i declara no haver rebut cap de les dues cartes	L'OTC se n'assabenta mitjançant una trucada de la persona que vol participar (la persona pot conèixer el telèfon perquè va a l'OF i li donen o perquè s'informa a través de la pàgina web, fulls informatius, veïns/familiars/amics, etc.) 1. Cal comprovar que no compleix cap dels criteris d'exclusió (veure annexes), cal assegurar que la persona no truca perquè presenta símptomes o perquè vol controlar una malaltia digestiva en procés diagnòstic/terapèutic (efectuar una pregunta oberta, del tipus "que hi ha alguna cosa que la preocupa?" no preguntar llistat de símptomes) → si la persona presenta símptomes sospitosos de càncer colorectal, derivar-la al seu metge de capçalera i explicar-li que el Programa és per a persones asintomàtiques. A l'aplicatiu constarà com a "exclusió per símptomes previs a la PDSOF" 2. Es comprova que la persona estigui a la base de dades de l'aplicatiu (cerca per cognoms, noms i CIP) 2.1. Si no consta a la base de dades → comprovar criteris (al RCA i preguntant a la persona): • Tingui la seva TSI activa • Estigui dins de l'interval d'edat (50-69 anys) • L'adreça que surt al RCA estigui dins de l'àrea on es desenvolupa el PDPCCR 2.1.1. Si algun criteri no es compleix: se li explica les raons per les quals no pot participar en el PDPCCR i què cal fer, si és el cas, per ser convidada (donar-se d'alta al RCA, consultar el seu metge de capçalera, etc) • A la persona que no té la TSI se li reforçarà la necessitat de tenir-la i se l'adreçarà al Centre d'Atenció Primària (CAP) més proper al seu domicili perquè es pugui informar de les gestions necessàries • A la persona que no viu dins de l'àrea del PDPCCR se l'adreçarà al seu metge de capçalera per tal que l'informi de com prevenir el CCR • A la persona que viu dins de l'àrea, però que no consta així al RCA, se li explica que ha de canviar l'adreça del RCA al seu CAP 2.1.2. Si tots els criteris es compleixen: se l'ha de donar d'alta al Programa manualment, corregint el possible error. Si les dades que surten al RCA són diferents a les de l'aplicatiu s'incorporen les dades noves del RCA	Administrativa de l'OTC

Nº activitat	Situació	Actitud Responsable	
		2.2. Si consta a la base de dades → comprovar criteris (a l'aplicatiu, al RCA i preguntant a la persona) • Tingui la seva TSI activa • Estigui dins de l'interval d'edat (50-69 anys) • L'adreça que consta a l'aplicatiu i la del RCA són iguals o la que surt al RCA estigui dins de l'àrea del PDPCOR 2.2.1. Si tots els criteris es compleixen: buscar el motiu pel qual no ha rebut la carta i/o no ha estat convidada i modificar manualment les dades segons les del RCA • Un error en la tramesa de cartes → tornar a enviar les cartes • La seva ABS no està en ronda activa → valorar si s'espera a la ronda de la seva ABS o es força que participi en la que està activa en aquell moment (veure apartat Persona que vol participar quan les OF de la seva ABS no estan actives) 2.2.2. Si algun criteri no es compleix: se l'exclou incorporant, si cal, el canvi i s'assigna una exclusió com "edat fora de rang", "fora de l'àrea" o "baixa del RCA" Nota: l'adreça de la persona que preval és la que surt al RCA com a adreça de residència. Si la persona declara que viu dins de l'àrea i l'adreça del RCA no és correcta se li demanarà que la canviï al seu CAP com a requisit imprescindible per poder participar. No s'introduirà mai una adreça diferent a la del RCA	
1-2	Persona que contacta explicant que té dubtes de si pot o no participar al Programa en relació als criteris d'exclusió	Veure annex Criteris d'Exclusió	Infermera de Cribatge
1-2	Persona que vol participar quan les OF de la seva ABS no estan actives	Es considera OF activa quan té PDSOF per donar als participants S'ha de respectar el cronograma: cada persona haurà de participar quan li correspongui a la seva ABS Les ABS es van incorporant progressivament al PDPCOR al llarg dels 2 anys que dura una ronda	Administrativa de l'OTC

Nº activitat	Situació	Actitud	Responsable
		Si hi ha persones que demanen participar quan les OF de la seva ABS ja no estan actives, l'actuació dependrà del temps que falta per començar la següent ronda en la seva ABS: • <6 mesos: s'ha d'esperar per participar amb l'ABS assignada. Se li explica la data aproximada en què el Programa arribarà a la seva ABS i que rebirà una carta de presentació i una d'invitació • ≥6 mesos: se li dóna l'opció a participar juntament amb les persones d'una ABS amb OF actives (si n'hi ha més d'una, valorar quina és la més adient: distància a la seva ABS, cronograma previst, etc.). Se li envia una carta d'invitació afegint el llistat de les OF de l'ABS en la qual participará Es pot donar el cas que s'envii amb la mateixa carta d'invitació, dos llistats d'OF, el de l'ABS a la qual pertany la persona i el llistat d'OF de l'ABS que entrarà immediatament al Programa	
1-2	Persona que comença el procés quan les cartes de l'ABS en ronda ja han estat enviades	Si és el primer cop que participa, se li envien les dues cartes (presentació i invitació) en un sol sobre Si ja ha participat, se li envia només la carta d'invitació	Administrativa de l'OTC
1-2	Cartes retornades per canvi d'adreça	Quan arribi una carta retornada, l'administrativa en llegirà el codi de barres. Quan una mateixa persona acumuli dues cartes retornades, automàticament, l'aplicatiu informàtic tancarà el cas com a "errada en adreça"	Administrativa de l'OTC
1-2	Persona que és convidada i contacta perquè té història personal de CCR	Es tracta de casos no detectats amb el creuament amb el CMBD • Es demana disculpes i s'explica a la persona que ha estat un error, probablement per haver estat diagnosticada i tractada fora dels centres que porten el Programa • S'exclou definitivament com a "CCR"	Administrativa de l'OTC
1-2	Persona que prové d'un programa de cribatge que no és Barcelona Esquerra ni Litoral Mar, però que pertany al PDPCCR de Catalunya	Si en el programa del qual prové la persona consta com a: Participant, s'envia només la carta d'invitació • No participant, s'envia la carta de presentació i d'invitació conjuntament	Administrativa de l'OTC

CIRCUIT DE CARTES D'INVITACIÓ (veure algorisme 1, part C)

Responsable	• Administrativa d'OTC • OF • Distribuidors farmacèutics
Accions, procediments	• Persona rep la carta d'invitació amb el llistat d'OF on pot recollir la PDSOF. La persona lliura la carta amb el consentiment informat omplert i signat a l'OF • El farmacèutic li dóna la PDSOF amb les instruccions de com recollir la mostra de femta • El farmacèutic informa a l'individu segons el protocol d'actuació farmacèutica o l'esquema d'actuació farmacèutica (veure annexes) • Els distribuïdors farmacèutics recullen les cartes de les OF i les fan arribar al Centre de Diagnòstic Biomèdic-Recepció de Mostres de l'Hospital Clínic de Barcelona 2 cops per setmana • A l'individu no participant se li envia una carta de reinvitació
Recursos	• Carta d'invitació i carta de reinvitació (veure annexes) • Llistat d'OF col·laboradores • PDSOF (veure annexes) i instruccions • Carpeta per guardar cartes • Protocol d'actuació farmacèutica • Esquema d'actuació farmacèutica • Pòster divulgatiu del Programa (veure annexes) • Adhesiu identificatiu de l'OF (veure annexes)
Aplicatiu	• Hi queda registrada la identificació de la persona (NCCR) i de la PDSOF que se li ha subministrat • La carta de reinvitació es genera automàticament a partir d'una alerta de l'aplicatiu
Cadència, freqüència, intervals	• Es disposa d'un mes a partir de la data de la carta d'invitació per anar a buscar la PDSOF a l'OF • Transcorreguts 37 dies després de l'enviament de la carta d'invitació, si l'OTC no ha rebut aquesta carta amb el consentiment de participació (vol dir que la persona no ha recollit la PDSOF a l'OF), es genera la carta de reinvitació • Si passats 30 dies des de la data figurada a la carta de reinvitació l'OTC no rep la carta d'invitació (la persona tampoc no ha recollit la PDSOF en aquest temps addicional), es tanca el cas com a "no participant" i es torna a convidar a la persona al cap de 2 anys
Resultat	• L'individu ha recollit la PDSOF a l'OF i la carta d'invitació ha arribat a l'OTC. Aquest procés de recollida de la PDSOF es registra mitjançant la lectura dels codis de barres identificatius, tant de la PDSOF com de l'individu, que figuren a la carta d'invitació o de reinvitació

Descripció del procés:

Número d'ordre	Activitat	Desenvolupament	Responsable
1	Proveïment de la PDSOF a l'OF	La tramesa de les proves a les OF col·laboradores es farà a través del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona (CFB). El primer subministrament, però, es farà en la sessió formativa del CFB. Els farmacèutics que hi assisteixin rebran 200-400 proves, instruccions per a la recollida de la mostra, una carpeta per guardar les cartes, una caixa per guardar les mostres, un adhesiu per identificar les OF i un pòster del PDPCOR. Les OF que necessitin més proves o, un cop finalitzada la ronda, els en sobrin, trucaran al CFB.	OTC CFB/ distribuidors farmacèutics i OF
2	Lliurament de la carta d'invitació a l'OF i recollida de la PDSOF	El participant presenta la carta d'invitació i el farmacèutic, segons el protocol d'actuació farmacèutica o l'esquema d'actuació farmacèutica: 1. recull la carta d'invitació, 2. comprova que el consentiment estigui degudament emplenat i signat i que les dades siguin llegibles (demandar el telèfon de la persona si no consta a la carta), 3. desenganxa l'adhesiu d'una PDSOF (codi de barres identificatiu de la prova) i l'enganxa a la carta d'invitació (assegurar-se que el codi queda ben enganxat a la carta). D'aquesta manera queda relacionat el participant amb la PDSOF que se li lliura, 4. anota sempre el nom de la persona a la PDSOF i, sobretot, si ve a recollir més d'una PDSOF 5. li dóna la PDSOF amb les corresponents instruccions, explica el procediment de recollida de mostra i que ha d'anotar, al tub, el dia que recull la mostra 6. li explica que si presenta hemorroides sagnants o menstruació no realitzi la prova fins que no hagin transcorregut 3 dies seguits sense pèrdues de sang 7. li recorda que, a partir d'aleshores, disposa de 15 dies per retornar la PDSOF a l'OF. Insistir que un cop feta la prova l'ha d'entregar abans de 3 dies i que, mentrestant, l'ha de mantenir a la nevera (evitar l'exposició solar directa) 8. guarda la carta a la carpeta del Programa i l'entrega al distribuïdor en la pròxima recollida sense esperar que la persona retorni la mostra	OF

Número d'ordre	Activitat	Desenvolupament	Responsable
3	Recollida de les cartes d'invitació de l'OF i entrega a l'OTC	El distribuïdor farmacèutic recull les cartes segons la freqüència acordada prèviament amb el CFB, les quals es transporten dins la carpeta del Programa que és idèntica a la de l'OF - El distribuïdor lliura les cartes al Centre de Diagnòstic Biomèdic-Recepció de Mostres (Hospital Clínic de Barcelona, Planta 1, entre l'escala 9-11) durant el seu horari (dill-dv 08:00h-18:00h) - El període de recollida de cartes i d'entrega de proves al participant es pactarà entre l'OTC i el CFB i tindrà una durada limitada en funció del cronograma establert d'incorporació de les ABS al Programa. Les OF en seran informades pel CFB	Distribuïdor farmacèutic
4	Recepció de la carta d'invitació, lectura de la identificació del participant i de la PDSOF i emmagatzematge de les cartes	Les cartes es recepcionen a l'OTC llegint el codi de barres de la PDSOF i el codi de barres identificatiu del participant Si el participant ha facilitat el número de telèfon a la carta es comprova que sigui el mateix que consta a l'aplicatiu i, en cas contrari, s'afegeix manualment. Si el participant no ha donat permís per a que els resultats obtinguts durant el procés de cribratge siguin comunicats al seu metge d'atenció primària, es canvia aquesta informació a l'aplicatiu informàtic (per defecte surt que accepta) Totes les cartes d'invitació amb el consentiment s'han d'emmagatzemar durant un temps mínim de 5 anys en format paper. Alhora poden ser escanejades i guardades. Es guardaran tots els consentiments acumulats de cada individu durant diferents rondes	Administrativa de l'OTC
5	Enviament de la carta de reinvitació	Si passats 37 dies de la data que figura a la carta d'invitació, l'OTC no ha rebut la carta d'invitació amb consentiment (l'individu no ha anat a l'OF), envia una carta de reinvitació amb el mateix format que la carta d'invitació, dient que té 15 dies des de la data de la carta per recollir la PDSOF	Administrativa de l'OTC
6	Assignació de tancament del cas amb "no participa"	Si passats 20 dies de la data d'enviament de la carta de reinvitació no s'ha rebut aquesta a l'OTC, es tanca el cas amb el motiu de "no participa" i es torna a convidar al cap de 2 anys, sempre i quan sigui menor de 70 anys	Administrativa de l'OTC

Alteracions del procés o incidències:

Nº activitat	Situació	Actitud	Responsable
2	Persona que ha perdut la carta d'invitació o de reinvitació	Si la persona va a l'OF, el farmacèutic ha de dirigir aquesta notificació cap al telèfon del Programa • Si la persona pertany a una ABS amb OF encara actives, l'OTC fa una reimpressió de la carta d'invitació i l'administrativa informa a la persona que en un termini d'una setmana tornarà a rebre la carta • Excepcionalment, si la persona pertany a una ABS on les OF ja no estan actives (veure apartat Persona que vol participar quan les OF de la seva ABS no estan actives, pàg. 12) Nota: En termes generals, però, s'ha de respectar el cronograma. Cada persona hauria de participar quan li correspongui a la seva ABS	Administrativa de l'OTC i farmacèutic
2	Persona que lliura més d'una carta d'invitació (matrimoni, p.ex.) a l'OF	• Una mateixa persona pot anar a recollir més d'una prova. En cas de matrimoni, per exemple, el farmacèutic lliura dues proves, anotant clarament el nom i cognoms corresponents al tub col·lector de la PDSOF i recalca que es vagi amb cautela per tal d'evitar intercanvis de proves	OF
3	El distribuïdor arriba al Centre de Diagnòstic Biomèdic-Recepció de Mostres i està tancat/no hi ha ningú	• S'emportarà les mostres i les lliurarà el proper dia d'entrega	Distribuïdor farmacèutic
3	El distribuïdor farmacèutic no arriba al Clínic (no arriba cap carta ni cap mostra)	• En teoria, ja que només es lliura el material 2 cops per setmana, sempre hi haurà un volum important de cartes i de mostres • Si algun dia no arriben cartes o proves al Centre de Diagnòstic Biomèdic-Recepció de Mostres, aquest ho comunicarà a l'OTC mitjançant un correu electrònic o una trucada. Aleshores, l'OTC es posarà en contacte per telèfon amb el distribuïdor per tal d'aclarir què ha passat	Administrativa de l'OTC
4	L'OTC rep la carta d'invitació o de reinvitació sense signatura	• No hauria de passar perquè el farmacèutic ho comprova • En el cas que l'individu tingues un resultat positiu la signatura es demana a la primera visita de cribratge • En el cas que l'individu tingues un resultat negatiu, no es fa res	Administrativa i infermera de l'OTC

Nº activitat	Situació	Actitud	Responsable
4	L'OTC rep la carta d'invitació o de reinvitació sense etiqueta identificativa de la prova	- Si consta telèfon es truca a l'individu informant del que ha passat i se li pregunta si encara té la prova a casa - Si la té, se li demana que llegeixi els números del codi de barres de la prova - Si ja l'ha tornat a la farmàcia, se li demana disculpes i se li diu que se li enviarà una nova carta d'invitació o de reinvitació - Si no consta cap telèfon, se li envia una carta on es demana que es posi en contacte amb l'OTC (veure annexes)	Administrativa de l'OTC

CIRCUIT DE LA PROVA DE DETECCIÓ DE SANG OCULTA EN FEMTA (veure algorisme 1, part D)

Responsable	• OF • Administrativa de l'OTC • Servei de Bioquímica i Genètica Molecular-Centre de Diagnòstic Biomèdic (SBGM-CDB) • Distribuïdors farmacèutics
Accions, procediments	• El participant lliura la prova a l'OF i el farmacèutic la guarda a la caixa del Programa • El distribuïdor farmacèutic recull les proves lliurades i les cartes que quedin a l'OF i ho fa arribar al Centre de Diagnòstic Biomèdic-Recepció de Mostres de l'Hospital Clínic • Un cop realitzada la lectura de les mostres, els resultats són bolcats a l'aplicatiu informàtic • L'administrativa de l'OTC comunica als participants, els resultats negatius mitjançant una carta, i els resultats positius, mitjançant una trucada • Si la persona no retorna la prova se li envia una carta recordatori des de l'OTC
Recursos	• Caixa per guardar les PDSOF retornades • Bosses isotèrmiques • Analitzador automàtic OC-Sensor® (aparell per fer la lectura de les mostres) • Carta de resultat negatiu (veure annexes) • Carta de recordatori (veure annexes)
Aplicatiu	• Facilita la trucada i l'assignació de la visita als positius en PDSOF • Gestiona l'alerta d'enviament i d'impressió de la carta de recordatori i de la carta de resultat negatiu
Cadència, freqüència, intervals	• El participant té 15 dies des de la data d'acceptació (data que es fa la lectura dels codis de barres de la prova i el que identifica a la persona) per retornar la PDSOF a l'OF • Si el participant no retorna la PDSOF a l'OF, passats 22 dies des de la data d'acceptació surt una alarma a l'aplicatiu i des de l'OTC s'envia una carta de recordatori avisant que ha de tornar la prova • La persona disposa de 15 dies més per retornar la mostra i, si no ho fa, passats 30 dies es tanca el cas especificant el motiu de la no participació i es convida de nou passats 2 anys
Resultat	• S'ha efectuat la lectura de la mostra i la comunicació dels resultats als participants

Descripció del procés:

Número d'ordre	Activitat	Desenvolupament	Responsable
1	Retorn de la PDSOF a l'OF	Un cop realitzada la prova es retornarà a una de les OF del llistat adjunt a la carta d'invitació - El participant lliura el tub col·lector de la PDSOF; el farmacèutic comprova que la prova estigui en bones condicions (higiene i integritat física) i demana la data de recollida de la mostra, si aquesta no figura a la prova. En funció del temps entre la data de realització de la prova i la data de retorn: <5 dies: acceptar mostra 5-7 dies: preguntar si ha estat a la nevera (només acceptar mostres que hagin estat a nevera) ≥ 7 dies: rebutjar mostra - Davant del dubte, trucar a l'OTC - El farmacèutic guarda la PDSOF a la caixa del Programa, si és possible, refrigerada El període de recepció de les mostres a les OF es pactarà entre l'OTC i el CFB, tindrà una durada limitada en funció del cronograma establert d'incorporació de les ABS al Programa i les OF en seran informades degudament	OF
2	Recollida de la PDSOF a l'OF i lliurament al Centre de Diagnòstic Biomèdic-Recepció de Mostres	El distribuïdor farmacèutic recull els tubs al mateix temps que recull les cartes d'invitació que s'hagin acumulat Les mostres es lliuraran al matí i s'introduiran al sistema informàtic del SBGM-CDB al llarg de la tarda Conservació de la mostra: - La prova s'ha de retornar al més aviat possible i sempre abans de 7 dies, mentrestant, una vegada recollida la mostra, el participant l'ha de conservar refrigerada - La mostra es transportarà de les OF fins a l'Hospital Clínic dins les bosses isotèrmiques que tenen els propis distribuïdors - El SBGM-CDB mantindrà refrigerada la mostra fins a la seva lectura	Distribuïdor farmacèutic i SBGM-CDB
3	Lectura i enviament de resultats a l'aplicatiu informàtic del Programa	Les mostres es llegiran l'endemà de ser rebudes exceptuant si es produeixen incidències o si es reben divendres i vigílies de festius. Aleshores es llegiran el primer dia hàbil El punt de tall triat, a partir del qual el resultat es considera positiu, és igual o superior a 100 ngHb/ml buffer El mateix SBGM-CDB enviarà automàticament, des del seu aplicatiu informàtic, els resultats a l'aplicatiu del Programa	SBGM-CDB

Número d'ordre	Activitat	Desenvolupament	Responsable
4	Comunicació dels resultats als participants	Als participants amb resultat negatiu se'ls comunicarà el resultat mitjançant una carta que explica que se'ls tornarà a convidar al cap de 2 anys, si en el moment de la nova invitació tenen menys de 70 anys Als individus amb resultat positiu se'ls telefonarà per citar-los en una primera visita d'infermeria a la Unitat de Cribatge al més aviat possible en funció de l'agenda de visites Com a màxim s'enviarà la carta a tots els participants amb resultat negatiu comunicant el resultat passats 1-2 dies desde la recepció dels resultats	Administrativa de l'OTC
5	Enviament de la carta de recordatori	Si transcorreguts 22 dies des de la data d'acceptació, l'OTC no ha rebut cap resultat de PDSOF, l'aplicatiu del Programa genera una carta de recordatori i s'amplia el període (15 dies) durant el qual la persona pot retornar la prova a l'OF	Administrativa de l'OTC
6	Assignació de tancament del cas amb "no participa"	Si transcorreguts 30 dies des de la data de la carta de recordatori l'OTC no ha rebut cap resultat del SBGM-CDB, significarà que el participant no ha retornat, tot i el recordatori, la PDSOF a l'OF i es procedirà a fer el tancament del cas amb el motiu de "no participa" Aquesta persona es tornarà a convidar al cap de 2 anys, si té menys de 70 anys en el moment de la nova invitació	Administrativa de l'OTC

Alteracions del procés o incidències

Nº activitat	Situació	Actitud	Responsable
1	La persona ha perdut/fet malbé la PDSOF	Si la persona perd la prova o ha sorgit qualsevol entrebanc en la seva realització, el participant contactarà amb la seva OF i el farmacèutic ha de redirigir aquesta notificació al telèfon del Programa L'administrativa de l'OTC, mitjançant el nom i cognom de la persona, anul·la l'última PDSOF que figura a l'aplicatiu informàtic i envia una nova carta d'invitació/reinvitació (la persona haurà de tornar a començar el procés)	Farmacèutic i administrativa de l'OTC
1	El farmacèutic rep la PDSOF: - amb pessimes condicions (d'integritat física i/o d'higiene) - passat el límit de temps establert per una bona conservació de la mostra - sense data de recollida de la mostra i la persona no recorda quan la va recollir	Es segueixen els passos següents: - El farmacèutic demana el nom i cognoms a l'individu, informa al participant que la prova no pot ser enviada i li diu que rebrà una nova carta d'invitació/reinvitació passats uns dies per tornar a començar - El farmacèutic truca a l'OTC i dóna el codi de barres de la prova que cal rebutjar i el nom i cognoms de la persona. Si truca fora de l'horari de l'OTC, deixa el missatge al contestador amb les mateixes dades - L'administrativa anul·la aquesta PDSOF i envia una nova carta d'invitació/reinvitació (la persona haurà de tornar a començar el procés)	Farmacèutic i administrativa de l'OTC
2	El distribuïdor arriba al SBGM-CDB i està tancat/no hi ha ningú	S'emportarà les mostres i les lliurarà el pròxim dia d'entrega	Distribuïdor farmacèutic
2	El distribuïdor farmacèutic no arriba al SBGM-CDB (no arriba cap carta ni cap mostra)	- En teoria, ja que només es lliura el material 2 cops per setmana, sempre hi haurà un volum important de cartes i mostres - Si algun dia no arriben cartes o PDSOF al Centre de Diagnòstic Biomèdic-Recepció de Mostres, aquest ho comunicarà a l'OTC mitjançant un correu electrònic o una trucada. Aleshores, l'OTC es posarà en contacte per telèfon amb el distribuïdor per tal d'aclarir què ha passat	Administrativa de l'OTC

Nº activitat	Situació	Actitud	Responsable
3	Pèrdua de la carta d'invitació/reinvitació (amb consentiment de participació de la persona) per part del Programa	Nota: quan arribin resultats del sistema informàtic del SBGM-CDB a l'aplicatiu del Programa, si no s'aparellen amb els NCCR llegits al fer l'acceptació, quedaran en un llistat. A mesura que vagin arribant les cartes a l'OTC, els resultats de les PDSOF s'aniran identificant Hi ha dues alternatives per saber que la carta d'invitació/reinvitació s'ha perdut: • Que la persona retorni la PDSOF a l'OF, arribi el resultat a l'OTC i ens quedi desaparellat Aleshores només ho podrem saber si la persona reclama el resultat de la prova, que ja se li hauria d'haver donat • Que la persona ens truqui després d'enviar-li la carta de reinvitació, dient-nos que ella ja ha anat a l'OF a entregar la carta d'invitació i, per tant, ja ha decidit participar En tots 2 casos se li comunica que cal començar tot el procés, enviant-li la carta d'invitació	Administrativa de l'OTC
3-4	L'OTC rep, per part del laboratori, resultats de mala qualitat	L'OTC rep un correu electrònic del SBGM-CDB amb un llistat amb els NCCR i la corresponent data de lectura de la prova amb un dels següents resultats: • Tub col·lector trencat • Mostra incorrecta • Avaria tècnica • Manca de reactiu S'incorpora el resultat de mala qualitat a l'aplicatiu (els codis de mala qualitat seran els mateixos) Si consta telèfon es truca a la persona (3 vegades, franges horàries diferents) i se li explica que per problemes tècnics no ha estat possible obtenir un resultat, que se li enviarà una nova carta d'invitació per repetir el procés de recollida de la prova a l'OF. Aquesta vegada només disposarà de 15 dies per recollir la prova Si no consta telèfon o la persona no contesta el telèfon, s'envia nova carta d'invitació (amb paràgraf explicatiu) Quan l'OTC rep la carta d'Invitació-Mala Qualitat s'ha d'incorporar novament el codi de la mostra i es guarda aquesta segona carta d'invitació lligada a la segona mostra L'interval per tancar automàticament el cas són 37 dies A nivell de l'aplicatiu s'assigna al participant el resultat de "mala qualitat" com un resultat més i es genera un nou estat de "mala qualitat-pendent d'acceptació". A partir d'aquí, quan arribi la carta d'invitació a l'OTC serà "mala qualitat-pendent resultat laboratori" i, quan s'obtingui el resultat, es continua el circuit habitual	Administrativa de l'OTC

Nº activitat	Situació	Actitud	Responsable
		Si passats 37 dies des de l'enviament de la carta d'Invitació-Mala Qualitat no es rep resposta del participant, es tanca com a "participant-resultat mala qualitat" Si es rep la carta d'Invitació-Mala Qualitat i passats 22 dies no s'obté cap resultat de laboratori es tanca com a "participant-resultat mala qualitat" Si el resultat de laboratori és novament de mala qualitat es truca a la persona i s'actuarà en funció de cada cas, valorant la possibilitat de tancar el cas com a "participant-resultat mala qualitat" i adreçant-lo al seu metge de capçalera	
4	Persona amb resultat PDSOF positiu que no respon al telèfon, surt bústia de veu, o telèfon desconegut	- Si no s'obté resposta després d'un total de 3 intents en diferents franges horàries i durant 3 dies diferents, se li enviarà una carta (veure annexes) comunicant-li el resultat positiu i la necessitat de posar-se en contacte amb l'OTC per telèfon - Si surt bústia de veu: en el tercer intent, deixar el missatge de que truqui a l'OTC. Si passats 3 dies no hi ha cap trucada, s'envia una carta comunicant-li el resultat positiu i la necessitat de posar-se en contacte amb l'OTC per telèfon - Si el telèfon surt com a desconegut (el telèfon no existeix), la persona que respon no és el participant ni cap conegut proper, o si no consta cap telèfon, s'envia una carta comunicant-li el resultat positiu i la necessitat de posar-se en contacte amb l'OTC per telèfon Si finalment aquesta persona no respon i no ve a la consulta, restarà en el llistat de "pendents de programar consulta" i es tancarà quan ho decideixi l'OTC, en funció del cronograma i l'agenda de la consulta (i mantindrem, aproximadament, 30 dies, però aquest temps no anirà lligat a l'aplicatiu). Transcorreguts els 30 dies es tancarà el cas com a "participant PDSOF positiva-sortida voluntària" (deixant constància en observacions de la impossibilitat de contactar) El procés es farà manualment (no apareixerà cap avis ni estarà vinculat a l'aplicatiu)	Administrativa de l'OTC
4	Persona amb resultat positiu en la PDSOF que no vol anar a la visita de la Consulta de Cribratge	L'administrativa que realitza la trucada passa el missatge a la infermera; aquesta preguntará el motiu pel qual no vol anar a consulta, recorda la importància de la fase diagnòstica i si tot i així no vol venir, se li faran les preguntes de l'enquesta que es passa durant la primera visita amb la infermera Es seguiran les indicacions de derivació pre- i post-colonoscòpia en funció de les respostes a l'enquesta (derivació a la Clínica d'Alt Risc de CCR [CAR-CCR], a la Unitat de Malaltia Inflamatòria Intestinal [U-MII], a Atenció Primària [AP], Atenció Especialitzada [AE], etc.)	Administrativa de l'OTC i infermera Consulta de Cribratge

Nº activitat	Situació	Actitud	Responsable
4	Persona que contacta perquè no ha rebut el resultat	Després d'esbrinar què ha pogut passar, es consulta el resultat a l'aplicatiu del Programa i si és positiu es dona cita per la primera visita amb la infermera. Si és negatiu es torna a enviar la carta de resultat negatiu comprovant que l'adreça sigui la correcta	Administrativa de l'OTC
4	Persona amb resultat negatiu en la PDSOF i la carta del resultat és retornada	Si consta telèfon, es truca a la persona i se li demana la nova adreça, explicant-li breument el resultat negatiu i que rebrà la carta a casa Si no consta telèfon o la persona no contesta al telèfon després de 3 intents, es tanca el cas com a "negatiu 2 anys" (deixant constància del retorn de la carta a l'apartat d'observacions)	Administrativa de l'OTC
5	Pèrdua de la PDSOF per part del Programa	- Només ho sabem si la persona truca al Programa reclamant el resultat de la PDSOF que ja ha lliurat a l'OF o dient que ha rebut una carta recordatori per tornar la PDSOF, cosa que ja ha fet - Des del Programa s'interpretarà que la persona no ha portat la prova a l'OF - Aleshores, s'anul·la la darrera PDSOF lliurada i es reimprimeix carta d'invitació/reinvitació per començar de nou el procés	Administrativa de l'OTC

ASPECTES CLÍNICS PROVA DE DETECCIÓ DE SANG OCULTA EN FEMTA

Activitat	Desenvolupament	Responsable
Estratègia per a la detecció de sang en femta	S'utilitzarà la prova immunològica OC-Sensor® (veure annexes) que detecta específicament l'hemoglobina humana Aquesta prova és un dispositiu en forma de tub el qual, en un extrem, té un tap amb un bastonet llarg de plàstic on queda impregnada la mostra de femta que es recull i a l'altre extrem hi ha una membrana d'alumini que és foradada per l'aparell a l'hora de fer la lectura de la mostra	OTC
Realització de la PDSOF	El participant identificarà el tub amb nom i data de realització de la prova i dipositarà una petita quantitat de femta en el tub seguint les instruccions del full de recollida. No requereix restriccions dietètiques i s'obtindrà una sola mostra de femta. Si el participant presenta hemorroides sagnants o menstruació es recomana no realitzar la prova fins que no hagin transcorregut 3 dies sense pèrdues de sang	Participant
Estabilitat i preservació de la mostra	Un cop realitzada la prova es retornarà a una de les OF del llistat adjunt a la carta d'invitació La mostra s'ha de retornar al més aviat possible i sempre abans de 5 dies després d'haver-la recollit Mentrestant, el participant l'ha de conservar a la nevera (no congelador) La mostra es transportarà de les OF fins a l'Hospital Clínic dins les bosses isotèrmiques que tenen els propis distribuïdors farmacèutics El SBGM-CDB, mentre no llegeixi la mostra, la mantindrà refrigerada	Participant, OF i distribuïdors farmacèutics
Lectura	El punt de tall triat, a partir del qual el resultat es considera positiu, és igual o superior a 100 ng Hb/ml buffer	SBGM-CDB
Situacions especials a l'hora de realitzar la PDSOF	Si el participant presenta hemorroides sagnants o menstruació es recomana no realitzar la prova fins que no hagin transcorregut 3 dies sense pèrdues de sang En cas de pèrdua de la prova o si ha sorgit qualsevol entrebanc en la seva realització, el participant contactarà amb la seva OF	Participant i OF
Tramesa de la informació al sistema informàtic	El distribuïdor farmacèutic farà arribar al Centre de Diagnòstic Biomèdic-Recepció de Mostres les cartes d'invitació/reinvitació amb el codi de barres adhesiu de la PDSOF que li correspon al participant. L'administrativa de l'OTC enregistrarà aquest codi de barres, juntament amb el codi identificatiu del participant El SBGM-CDB enregistrarà el resultat de la lectura de la PDSOF al seu sistema informàtic, el qual està vinculat a l'aplicatiu informàtic del PDPCCR	OTC, OF, SBGM-CDB

CONSULTA DE CRIBRATGE

Activitat	Desenvolupament	Responsable
Organització	La Consulta de Cribratge és l'entitat que visita els individus amb resultat positiu en la PDSOF. Està constituïda per un diplomad d'infermeria, un auxiliar administratiu i un metge, tots ells amb tasques concretes i ben definides que es detallen a continuació	Metge coordinador, infermera i administrativa de l'OTC
Primera visita	Els participants amb PDSOF positiva són visitats en un període màxim de 7 dies des de la comunicació telefònica, per part de l'administrativa, de la conveniència d'assistir a la Consulta de Cribratge per comentar el resultat obtingut Aquesta primera visita té 5 parts bàsiques: • Significat i implicacions de la positivitat de la PDSOF: la infermera explica les possibles causes del sagnat • Realització del qüestionari de la Consulta de Cribratge (veure apartat Qüestionari de la Consulta de Cribratge) • Informació sobre la colonoscòpia (amb sedo-analgèsia/anestèsia) i corresponent preparació • Entrega de la preparació colònica • Sol·licitud de consentiment informat per a la realització de la colonoscòpia	Infermera Consulta de Cribratge
Consentiment informat de la colonoscòpia	La infermera dóna la informació (oral i escrita) al pacient referent a la colonoscòpia, aquest se l'emporta i el torna signat el dia de la colonoscòpia. Aquest dia l'endoscopista resol tots els dubtes que pugui tenir la persona, signa el consentiment i el guarda La infermera deixa constància a l'apartat d'observacions de l'aplicatiu informàtic que ha donat verbalment i per escrit, al participant, la informació sobre la colonoscòpia El Programa ha elaborat un document específic de consentiment informat per a la colonoscòpia de cribratge	Infermera Consulta de Cribratge i endoscopista
Qüestionari de la Consulta de Cribratge (veure annexes)	Les preguntes del qüestionari de la Consulta de Cribratge es formulen a totes les persones amb PDSOF positiva, i inclouen: • Simptomatologia colorectal: presència de sang en les deposicions, canvis en els hàbits intestinals durant més de 6 setmanes, pèrdua de pes o cansament inexplicables o malestar abdominal persistent • Antecedents personals de CCR, malaltia inflamatòria intestinal (MII) o adenomes colorectals • Antecedents familiars de CCR, si la persona té 1 familiar de primer grau (parens, germans o fills) diagnosticats de CCR abans dels 60 anys, o 2 o més familiars de primer grau diagnosticats de CCR amb independència de l'edat de diagnòstic	Infermera Consulta de Cribratge

Activitat	Desenvolupament	Responsable
	• Antecedents familiars d'una síndrome de CCR hereditària • Antecedents personals de poliposi (>10 pòlips) • Realització d'exploracions col·rectals prèvies (en els últims 5 anys) • Antecedents de malalties cròniques amb morbiditat greu permanent: efectes indefinits de la malaltia que afecten a l'expectativa de vida i augmenten el risc de complicacions de la colonoscòpia • Antecedents de malalties cròniques amb morbiditat greu transitòria: efectes de la malaltia sobre la persona que es preveuen de curta durada • Voluntat de participar en el Programa • Contraindicacions per a la colonoscòpia	
Circuit de derivació dels individus positius en PDSOF exclosos després de la primera visita	Algunes de les persones que hagin contestat afirmativament a algun punt del qüestionari de la Consulta de Cribatge seran exclosos (veure annex Criteris exclusió) del Programa i seran derivades Els individus exclosos tenen 4 alternatives de derivació (veure apartat Situacions especials del cribatge): • Seguit pel propi metge (AP/AE), sense petició de colonoscòpia des del Programa: si antecedents personals de CCR, MII lleu o adenomes col·rectals ben documentats, antecedents de malalties cròniques amb morbiditat greu permanent o transitòria, negativa a fer-se la colonoscòpia, o negativa a participar en el PDPCCR • Seguit per la CAR-CCR, amb petició de colonoscòpia des del Programa: si antecedents familiars de CCR o síndrome de CCR hereditària • Seguit per la U-MII, sense petició de colonoscòpia des del Programa: si antecedent personal de MII moderada-greu (sempre que no estigui sent seguit per cap metge d'AE) • Seguit per la CAR-CCR, sense petició de colonoscòpia des del Programa: antecedents personals de poliposi (> 10 pòlips)	Infermera Consulta de Cribatge
Documentació donada en primera visita	• Document sobre la colonoscòpia • Document sobre la sedo-anestèsia i/o anestèsia • Document sobre la preparació de la colonoscòpia • Consentiment informat per a la colonoscòpia • Informes d'exclusió definitiva/temporal i informe de derivació a CAR-CCR / U-MII / propi metge (AP o AE, segons s'escaigui) • Citació per a la colonoscòpia i per a la segona visita d'infermeria de la Consulta de Cribatge	Infermera Consulta de Cribatge

Activitat	Desenvolupament	Responsable
Realització de la colonoscòpia	La persona acudeix al servei d'endoscòpia digestiva per realitzar-se la colonoscòpia, després d'haver efectuat la correcta neteja del còlon	Participant i endoscopista
Actuació des de la Unitat d'Endoscòpia	Derivació des de la Unitat d'Endoscòpia en funció de les troballes de la colonoscòpia Troballa • No lesions (exploració normal) • Patologia no neoplàstica (que no requereix la presa de biòpsies per a la confirmació diagnòstica) Seguiment • PDCCR (nova invitació als 10 anys amb PDSOF) • Patologia que requereix presa de biòpsies • PDCCR (segona visita Consulta de Cribratge) • CCR (sospita diagnòstica) • U-CCR (exclusió del PDPCCR) Sense efectuar una segona visita a la Consulta de Cribratge, aquells individus amb colonoscòpia normal romandran en el PDCCR i se'ls enviarà una carta informant-los de la normalitat de l'exploració i que se'ls reinviarà al cap de 10 anys. De la mateixa manera, els individus amb sospita diagnòstica de CCR són derivats directament a la U-CCR i queden exclosos del PDPCCR En aquests casos, l'endoscopista informa del resultat de la colonoscòpia, dels pròxims passos a seguir i comenta que no és necessària l'assistència a la segona visita	Endoscopista
Segona visita	La segona visita a la Consulta d'Infermeria de Cribratge consta de 3 parts bàsiques: • Valoració dels informes d'endoscòpia i d'anatomia patològica • Informació del resultat de la colonoscòpia i les corresponents implicacions • Derivació pel posterior seguiment	Infermera Consulta de Cribratge

Activitat	Desenvolupament	Responsable
Informació registrada al sistema informàtic de l'hospital	L'individu es registra en el moment de sol·licitar la colonoscòpia La informació disponible al sistema informàtic de l'hospital inclou: • Informe de la colonoscòpia • Informe d'anatomia patològica • Altres documents derivats d'exploracions complementàries o intervencions efectuades • Derivacions a altres serveis del propi hospital	Administrativa de l'OTC
Informació enregistrada a l'aplicatiu informàtic del PDPCR	La informació disponible a l'aplicatiu informàtic del PDPCR inclou: • dades de filiació, • qüestionari de la Consulta de Cribratge, • dades varies de la colonoscòpia i resultat final d'aquesta, • citacions de la primera, de la segona visita i de la colonoscòpia	Infermera Consulta de Cribratge i administrativa de l'OTC

Alteracions del procés o incidències

Situació	Actitud	Responsable
Persona no es presenta a la primera visita	Es realitzen un total de 3 trucades en diferents franges horàries i si no respon s'envia una carta de contacte demanant que la persona es posi en contacte amb l'OTC. Si no es té notícies de la persona, passats 30 dies des de l'enviament de la carta, es tancarà manualment el cas amb "sortida voluntària" Aquesta persona serà convidada en propera ronda sempre que tingui menys de 70 anys en el moment de la nova invitació	Administrativa de l'OTC
Persona no es presenta a la segona visita	Es realitzen un total de 3 trucades en diferents franges horàries i, si no respon, s'envia una carta de contacte demanant que la persona es posi en contacte amb l'OTC. Si no es tenen notícies de la persona, transcorreguts 15 dies des de l'enviament de l'última carta, s'enviarà l'informe amb el resultat de la colonoscòpia i el pla de seguiment, i un document explicant que es procedeix al tancament del cas A continuació es tancarà manualment el cas amb un estat lligat al resultat de la colonoscòpia Aquesta persona serà convidada en propera ronda sempre que tingui menys de 70 anys en el moment de la nova invitació	Administrativa de l'OTC

COLONOSCÒPIA

Activitat	Desenvolupament	Responsable
Visita pre-anestèsica	La colonoscòpia es farà amb sedo-analgèsia o amb anestèsia. Les persones a qui se'ls realitzi la colonoscòpia amb anestèsia seran ateses a una visita preanestèsica. Aquesta visita podrà ser presencial o telefònica. En qualsevol cas, es recolliran les dades sobre: • Antecedents al·lèrgics a fàrmacs o a productes de contacte • Antecedents tòxics i patològics • Medicació habitual • Classificació del risc segons American Society of Anesthesiologists (ASA) S'informarà del tipus d'anestèsia que s'administrarà i de les possibles molèsties i riscos. Finalment caldrà que la persona atesa signi el consentiment informat (en cas que la visita preanestèsica sigui telefònica, el signarà el dia de l'exploració).	Anestesiista i infermera d'anestèsia
Contraindicacions	Absolutes: • Trastorns greus de la coagulació • Infecció greu • Afectació greu de l'estat general-ASA IV Relatives: • Diàlisi peritoneal • Demència greu • Afectació greu de l'estat general-ASA III	Endoscopista
Complicacions i maneig	Complicacions immediates (durant o immediatament després de l'exploració): • Trastorns hemodinàmics o cardiorespiratoris lligats a l'anestèsia • Perforació. Signes i símptomes de sospita: distensió abdominal irreductible amb aspiració, dolor abdominal intens; dificultat per mantenir expandida la llum colònica amb la insuflació; visualització del greix mesentèric i òrgans abdominals • Hemorràgia post-polipectomia Caldrà mantenir les constants vitals del malalt i sol·licitar valoració immediata per equip quirúrgic. Complicacions tardanes (fins a 7 dies després de la colonoscòpia): • Bacterièmia • Síndrome post-polipectomia: dolor abdominal, febre i leucocitosi • Hemorràgia per caiguda de l'escara de polipectomia • Colitis por glutaraldehid	Per a complicacions immediates: endoscopista i equip mèdic i/o quirúrgic de guàrdia Per a complicacions tardanes: endoscopista i equip mèdic de guàrdia

Activitat	Desenvolupament	Responsable
Preparació colònica	Dieta: 4 dies abans ingesta de dieta pobre en fibra vegetal; el dia abans dieta líquida Solució de polietilenglicol: el dia abans, al vespre, prendre 8 sobres de solució de polietilenglicol en 2 litres d'aigua, en aproximadament 2h. Al matí del dia de l'exploració, sobre les 07:00 h, prendre els altres 8 sobres diluïts en 2 litres més d'aigua. És important que la preparació es faci al més proper possible al moment de realitzar l'exploració Estar en dejú des de finalitzada la preparació fins a l'hora de l'exploració	Endoscopista i infermera Consulta de Cribatge
Anestèsia	Propofol, 4-12mg/kg/h via intravenosa (bolus) Monitorització de constants vitals i saturació de O ₂ Es disposarà d'oxigen i d'un equip de reanimació	Anestesia / Infermera d'anestèsia
Sedo-analgèsia	Fentanil 50-150 µg (1-3 ml) associat a midazolam 0,2 mg en infusió lenta de 15 segons Monitorització de constants vitals i saturació de O ₂ Es disposarà d'oxigen i d'equip de reanimació	Infermera qualificada d'endoscòpia
Anticoagulació	La possibilitat de polipectomies durant la colonoscòpia de cribatge és elevada (40%). La polipectomia es considera una tècnica d'alt risc hemorràgic Per tal d'establir la modificació de la pauta de fàrmacs dicumarínics cal tenir en compte el risc tromboembòlic del pacient (alt o baix). En pacients amb arítmia per fibril·lació auricular, aquest risc s'avalua d'acord a l'escala CHADS: Paràmetres clínics Insuficiència cardíaca congestiva Hipertensió arterial Edat >75 anys Diabetis mellitus Antecedents d'accident vascular cerebral o d'accident isquèmic transitori Baix risc tromboembòlic (fibril·lació auricular CHADS 0-1; portadors de pròtesi metàl·lica aòrtica; vàlvules biològiques; trombosi venosa diagnosticada >3 mesos); discontinuar el tractament amb el fàrmac dicumarínic 5 dies abans de l'exploració, i fer una determinació de l'INR previ a la colonoscòpia Alt risc tromboembòlic (fibril·lació auricular CHADS ≥2; fibril·lació auricular i pròtesi vàlvular cardíaca o estenosi mitral; portadors de pròtesi metàl·lica mitral; trombosi venosa diagnosticada <3 mesos; síndrome trombofílica); discontinuar el fàrmac dicumarínic 5 dies abans de l'exploració i iniciar l'administració d'heparina de baix pes molecular via subcutània	Servei d'hemostàsia que controla normalment la coagulació al malalt

Activitat	Desenvolupament	Responsable
	(Enoxaparina –Glexane®– 40 mg/dia) 2 dies després d'aturar el fàrmac dicumarínic. Cal administrar l'última dosi 8 hores abans de l'exploració. Reintroduir l'heparina 24 hores després de la polipectomia, i administrar heparina de baix pes molecular + dicumarínic durant 2 dies, per a passar posteriorment al dicumarínic amb la pauta habitual	
Antiagregació	Per tal d'establir la modificació de la pauta d'antiagregació cal tenir en compte el risc tromboembòlic del pacient (alt o baix) i la medicació que rep Tractament amb àcid acetil salílic (AAS) a dosis profilàctiques (≤300 mg/dia): no cal suspendre el tractament Tractament amb AAS a dosis >300 mg/dia: cal reduir la dosi a 100 mg/dia durant els 7 dies previs a l'exploració Tractament amb clopidogrel, prasugrel i ticlopidina Baix risc tromboembòlic (cardiopatia isquèmica sense stent, malaltia cerebrovascular, malaltia vascular perifèrica): suspendre el tractament durant els 7 dies previs a l'exploració Alt risc tromboembòlic (portadors de stents): suspendre el tractament durant els 7 dies previs i afegir AAS 100 mg/dia Doble antiagregació amb AAS + clopidogrel per alt risc de trombosi del stent coronari Col·locació de l'stent <6 setmanes: cal endarrerir l'exploració fins a complir 6-8 setmanes de la seva col·locació Col·locació de l'stent >6 setmanes: suspendre el tractament amb clopidogrel durant els 7 dies previs a l'exploració i deixar AAS 100 mg/dia	Metge responsable de la patologia associada
Feroteràpia oral	Les persones en tractament amb feroteràpia oral hauran de suprimir el tractament durant els 7 dies previs a l'exploració	Infermera Consulta de Cribatge
Antibioteràpia profilàctica	Opcional: antecedents de pròtesi valvular i vascular, història d'endocarditis, shunt pulmonar Recomanada: antecedents de cirrosi hepàtica Antibiòtic: ampicil·lina 2gr, 30 minuts previs a la colonoscòpia, via intravenosa. En cas d'al·lèrgia a penicil·lina, clindamicina 600mg, via intravenosa	Endoscopista
Recomanacions pel dia de la prova	No menjar res des de finalitzada la preparació fins a l'hora de l'exploració Si pren algun medicament ho podrà fer (a excepció de les situacions esmentades als apartats Anticoagulació i Antiagregació) Recordar que després de l'exploració no es pot conduir fins l'endemà de la mateixa Ha de venir acompanyat	Infermera Consulta de Cribatge

Activitat	Desenvolupament	Responsable
Actitud davant d'una colonoscòpia incompleta	Si la colonoscòpia és incompleta per dificultats tècniques (impossibilitat de progressar l'endoscopi fins a cec), substituir-la per una colonografia TC, a ser possible el mateix dia de la colonoscòpia per evitar una nova preparació Per a la colonografia TC es demanarà el corresponent consentiment informat, el qual es guardarà seguint les mateixes indicacions que s'han comentat per al de la colonoscòpia Si la colonoscòpia és incompleta per trastorns hemodinàmics o cardiorespiratoris (ligats a la sedo-analgèsia o anestèsia), repetir la colonoscòpia tractant prèviament la possible causa i intensificant les mesures de vigilància (presència d'anestesiòleg)	Endoscopista
Actitud davant d'una colonoscòpia mal preparada	Si la colonoscòpia està mal preparada, cal repetir la colonoscòpia després de repetir la preparació colònica L'actitud dependrà de com s'ha fet la preparació inicial: - Preparació correcta: repetir la preparació augmentant el nombre de sobres de polietilenglicol (fins aconseguir l'excreció d'un líquid transparent) i allargant el període de dieta líquida prèvia a la prova - Preparació incorrecta: repetir-la, insistint en la importància de fer-ho correctament - Intolerància a la solució: substituir-la per una altra o programar l'administració de la solució per sonda nasogàstrica	Endoscopista
Polipectomia	Resecció de tots els pòlips, sempre que sigui possible, a criteri de l'endoscopista. Cal recuperar-los tots per a la seva anàlisi anatomopatològica La tècnica per a la polipectomia dependrà de la mida i morfologia: - Pòlips petits (2-3 mm), resecció amb pinça freda - Pòlips pediculats, resecció amb nansa. Realitzar terapèutica hemostàtica en cas de sagnat o davant d'alt risc de sagnat - Pòlips plans o grans, utilitzar la tècnica endoscòpica de resecció més adient a criteri de l'endoscopista (nansa, mucosectomia, dissecció submucosa, etc.)	Endoscopista
Informació del resultat de la colonoscòpia	Un cop finalitzada l'exploració, l'endoscopista proporcionarà una còpia de l'informe amb el resultat provisional o final (segons el cas) de l'exploració i l'informarà del que ha de fer: - Exploració normal, completa i amb una correcta preparació: li comunicarà que rebrà una carta on se l'invitarà de nou al PDPCCR als 10 anys - Troballes patològiques no neoplàsiques que no han requerit la presa de biòpsies: es remetrà al seu metge d'AP amb l'informe del resultat, i li comunicarà que rebrà una carta on se l'invitarà de nou al PDPCCR als 10 anys	Endoscopista

Activitat	Desenvolupament	Responsable
	- Troballes patològiques no neoplàstiques que han requerit la presa de biòpsies, sospita de MLI i pòlips resecats: es remetrà a la Consulta de Cribratge (el pacient ja disposarà de la citació per aquesta segona visita), on li donaran els resultats de l'estudi anatomopatològic i l'indicaran l'estratègia de vigilància més adient - Sospita de CCR: es remetrà a la U-CCR seguint el circuit establert a cada centre	
Actitud davant de la negativa de fer-se la colonoscòpia	Cal intentar esbrinar els motius de la negativa. En funció d'aquests cal adaptar-se a les demandes del pacient sempre que es pugui (ajornar l'exploració, modificar la data, etc.). Tranquil·litzar a la persona i explicar els avantatges de l'exploració. En qualsevol cas, sempre es respectarà la seva decisió i se li donarà la possibilitat de fer-se la prova més endavant, en cas de que canviï d'opinió	Infermera Consulta de Cribratge
Consentiment informat de la colonoscòpia	Hi ha d'haver un full de consentiment informat per colonoscòpia que anirà signat per la persona a qui es realitza la prova i per l'endoscopista que l'efectua. Aquest document l'haurà entregat la infermera a la primera visita, juntament amb les explicacions verbals adients sobre la colonoscòpia. El document degudament signat es conservarà durant un mínim de 5 anys i, si hi ha la possibilitat d'escanejar-lo, es guardarà l'arxiu durant 15-20 anys	Infermera Consulta de Cribratge

ACTUACIÓ DAVANT DE LES TROBALLES ENDOSCÒPIQUES

Activitat	Desenvolupament	Responsable
Classificació de les neoplàsies colorectals	El concepte de neoplàsia colorectal inclou adenoma i adenocarcinoma localitzat al còlon o recte Pel que fa a l'adenoma, es classifiquen segons la seva histologia en tubular, túbulo-vellós i vellós, i segons el grau de displàsia en alt i baix grau. Per altra banda, des d'un punt de vista clínic, els pacients amb adenomes colorectals es classifiquen en: • Adenoma de baix risc: 1 ó 2 adenomes de mida <10 mm, tubular i amb displàsia de baix grau • Adenoma d'alt risc: 3 o més adenomes, o un adenoma avançat (mida ≥10 mm, amb component vellós o displàsia d'alt grau) Pel que fa als adenocarcinomes, la classificació més habitualment emprada és la TNM del American Joint Committee on Cancer, la qual té en compte: Tumor primari (T): • TX: No es pot avaluar el tumor primari • Tis: Carcinoma <i>in situ</i>: intraepitelial o invasió de la làmina pròpia¹ • T1: El tumor envaeix la submucosa • T2: El tumor envaeix la <i>muscularis pròpia</i> • T3: El tumor envaeix la subserosa o els teixits pericòlics o perirectals no peritonealitzats a través de la <i>muscularis pròpia</i> • T4: El tumor envaeix directament altres òrgans o estructures o perfora el peritoni visceral² ¹Tis inclou cèl·lules canceroses confinades a la membrana glandular basal (intraepitelial) o a la lamina pròpia (intramucós) sense extensió a través de la muscularis mucosa a la submucosa ²La invasió directa en T4 inclou la invasió d'altres segments colorectals per via serosa Ganglis limfàtics regionals (N): • NX: No es poden avaluar els ganglis regionals • N0: No hi ha metàstasi en els ganglis limfàtics regionals • N1: Metàstasi en 1-3 ganglis limfàtics regionals • N2: Metàstasi en 4 o més ganglis limfàtics regionals Metàstasi a distància (M): • MX: No es pot avaluar la metàstasi a distància • M0: No hi ha metàstasi a distància • M1: metàstasi a distància	Anatomia patològica i endoscòpia digestiva

Activitat	Desenvolupament	Responsable
	Agrupació per estadis: • Estadi 0 Tis N0 M0 • Estadi I T1-2 N0 M0 • Estadi IIA T3 N0 M0 • Estadi IIB T4 N0 M0 • Estadi IIIA T1-2 N1 M0 • Estadi IIIB T3-4 N1 M0 • Estadi IIIC T1-4 N2 M0 • Estadi IV T1-4 N0-2 M1 Per tal de facilitar la comunicació dels resultats del PDPCR, el pacients amb adenocarcinoma es classificaran en: • Carcinoma invasiu: carcinoma que envaeix la submucosa i, per tant, té capacitat de disseminació (estadis I, II, III i IV de la classificació TNM) • Carcinoma no invasiu: carcinoma que no envaeix la submucosa (estadi 0 de la classificació TNM) Per últim, el concepte de neoplàsia colorectal avançada inclou l'adenoma avançat i el carcinoma (invasiu i no invasiu)	
Classificació de les síndromes polipòsiques colorectals	El concepte de poliposi colorectal contempla la presència de més de 10 pòlips en el còlon o recte Les síndromes polipòsiques es classifiquen segons la histologia dels pòlips en: • Adenomatoses. Alhora es subclassifiquen en: – Clàssica (més de 100 pòlips), habitualment degudes a mutacions en el gen APC (inclou síndrome de Gardner i síndrome de Turcot) – Atenuada (entre 10 i 100 pòlips), habitualment degudes a mutacions en el gen APC o en el gen MYH • Hamartomatoses. Alhora se subclassifiquen en: – Síndrome de Peutz-Jeghers – Poliposi juvenil – Síndrome de Cowden • Poliposi hiperplàstica • Síndrome de Cronkhite-Canada	Anatomia patològica i endoscòpia digestiva

Activitat	Desenvolupament	Responsable
Tractament i seguiment del pacient amb CCR invasiu	El pacient en el que s'estableixi el diagnòstic de CCR invasiu serà exclo's del PDPCOR i estadificat, tractat i seguit d'acord el protocol assistencial de la U-CCR de l'hospital corresponent	U-CCR
Actitud davant de la presència d'un focus de carcinoma pT1 sobre un adenoma colorectal	Amb independència de l'esmentat a l'apartat anterior, els pacients als que se'ls ha diagnosticat un carcinoma pT1 sobre un adenoma requereixen una consideració especial. De manera gairebé invariable, aquest diagnòstic s'estableix després de la resecció endoscòpica del pòlip. El tractament endoscòpic es considerarà suficient sempre que es compleixin tots els criteris de bon pronòstic següents: • Marge de resecció lliure • Grau de diferenciació bo o moderat • Absència d'invasió vascular i limfàtica En cas que no compleixi algun d'aquests criteris s'indicarà la resecció quirúrgica Aquesta actitud és vàlida amb independència de la morfologia del pòlip (pediculat o sèssil). Tot i així, la valoració es farà de manera individual quan es tracti d'un pòlip sèssil El seguiment d'aquests pacients es realitzarà a la CAR-CCR de l'hospital corresponent L'estratègia de vigilància endoscòpica contempla la realització d'una colonoscòpia amb presa de biòpsies als 1-2 mesos de la resecció endoscòpica (per a confirmar que la resecció ha estat completa), a l'any de la resecció endoscòpica i, posteriorment, cada 2-3 anys	CAR-CCR
Seguiment del pacient amb carcinoma no invasiu	De manera gairebé invariable, aquest diagnòstic s'estableix després de la resecció endoscòpica del pòlip El tractament endoscòpic es considerarà suficient si el marge de resecció està lliure Un cop resecada la lesió, el pacient serà exclo's del PDPCOR i remès a la CAR-CCR de l'hospital corresponent per al seu seguiment L'estratègia de vigilància endoscòpica contempla la realització d'una colonoscòpia amb presa de biòpsies als 1-2 mesos de la resecció endoscòpica (per a confirmar que la resecció ha estat completa), a l'any de la resecció endoscòpica i, posteriorment, cada 3 anys	CAR-CCR
Tractament i seguiment del pacient amb síndrome polipòsica	Quan s'estableixi el diagnòstic d'una síndrome polipòsica (veure Classificació de les síndromes polipòsiques colorectals), el pacient serà exclo's del PDPCOR i remès a la CAR-CCR de l'hospital corresponent per al seu tractament i seguiment	CAR-CCR

Activitat	Desenvolupament	Responsable
Tractament dels pòlips colorectals	El tractament d'elecció dels pòlips colorectals és la polipectomia endoscòpica. En la majoria d'ocasions, aquest tractament es pot realitzar en el transcurs de la colonoscòpia diagnòstica efectuada de manera ambulatoria. No obstant això, en un percentatge petit de casos és necessari efectuar una segona colonoscòpia amb ingrés en unitat d'estada curta per tal de dur a terme la resecció (pòlip gros amb pedicle gruixut, pòlip sèssil que requereixi una resecció mucosa extensa) o completar-la (pòlip sèssil amb resecció incompleta) Quan la resecció endoscòpica no sigui factible, s'indicarà la resecció quirúrgica mitjançant colectomia segmentària	Endoscòpia digestiva i CAR-CCR
Seguiment del pacient amb adenoma d'alt risc	Un cop resecada la lesió, el nombre d'adenomes i l'avaluació anatomopatològica permetrà la classificació del pacient. Quan s'estableixi el diagnòstic d'adenoma d'alt risc, el pacient serà exclòs del PDPCCR i remès al nivell assistencial més adient per al seu seguiment: • Adenoma sèssil que ha requerit una resecció fragmentada, CAR-CCR • Resta, AP L'estratègia de vigilància endoscòpica en el pacient amb un adenoma d'alt risc que ha requerit una resecció fragmentada contempla la realització d'una colonoscòpia amb presa de biòpsies als 2-3 mesos de la resecció endoscòpica (per a confirmar que la resecció ha estat completa) i, posteriorment, als 3 anys. A la resta de pacients amb adenoma d'alt risc, l'estratègia de vigilància endoscòpica contempla la realització d'una colonoscòpia als 3 anys. Pel que fa a les exploracions successives, l'interval entre elles dependrà de les lesions identificades a l'exploració prèvia: si aquesta no detecta cap adenoma o aquest és de baix risc, l'exploració següent serà als 5 anys; si detecta un adenoma d'alt risc, l'exploració següent serà als 3 anys; per altres lesions, cal aplicar la mateixa estratègia esmentada en relació a la troballa d'aquestes lesions en l'exploració basal	CAR-CCR i AP
Seguiment del pacient amb adenoma de baix risc	Un cop resecada la lesió, el nombre d'adenomes i l'avaluació anatomopatològica permetrà la classificació del pacient (veure més amunt). Quan s'estableixi el diagnòstic d'adenoma de baix risc, el pacient serà exclòs del PDPCCR i remès a AP per al seu seguiment L'estratègia de vigilància endoscòpica en un pacient amb adenoma de baix risc contempla la realització d'una colonoscòpia als 5 anys (aquest interval es pot re-avaluar allargar-lo fins els 10 anys segons les actualitzacions de les recomanacions nacionals i internacionals). Pel que fa a les exploracions successives, l'interval entre elles dependrà de les lesions identificades a l'exploració prèvia: si aquesta no detecta cap adenoma o aquest és de baix risc, l'exploració següent serà als 10 anys; si detecta un adenoma d'alt risc, l'exploració següent serà als 3 anys; per altres lesions, cal aplicar la mateixa estratègia esmentada en relació a la troballa d'aquestes lesions en l'exploració basal	AP

Activitat	Desenvolupament	Responsable
Actitud davant del pacient amb pòlips no recuperats	En ocasions, no és possible recuperar el pòlip per a la seva anàlisi anatomopatològica, la qual cosa dificulta la classificació del pacient pel que fa al seu risc de recurrència. Per tal de minimitzar aquesta eventualitat es recomana efectuar una biòpsia abans de la resecció en aquells pòlips que es prevegi la dificultat per a recuperar-los Quan no es disposi d'avaluació anatomopatològica s'adoptarà una actitud conservadora dirigida a minimitzar el risc del pacient, tenint en compte el nombre de pòlips i/o la mida de la lesió: • Si el pòlip és menor de 5 mm, es considerarà hiperplàstic • Si el pòlip és de 5 a 9 mm, es considerarà adenoma de baix risc • Si el pòlip és major o igual de 10 mm, es considerarà adenoma d'alt risc • Si hi ha 3 o més pòlips (amb independència de la mida), es considerarà adenoma d'alt risc La recomanació resultant d'aplicar aquesta gradació tindrà vigència sempre i quan no coexisteixi un altre pòlip amb avaluació anatomopatològica que determini un interval de vigilància més estret	Consulta de Cribatge
Tractament i seguiment del pacient amb MII	Quan s'estableixi el diagnòstic de MII (colitis ulcerosa o malaltia de Crohn), el pacient serà exclòs del Programa i remès al nivell assistencial més adient per al seu tractament i seguiment: formes lleus, AP; formes moderades i greus, U-MII de l'hospital corresponent	U-MII i AP
Tractament i seguiment del pacient amb patologia no neoplàstica (exclosa la MII)	Quan s'estableixi el diagnòstic de patologia no neoplàstica (exclosa la MII), el pacient romandrà en el PDPCOR però serà remès al nivell assistencial més adient per al seu eventual tractament i seguiment (Servei de Gastroenterologia o AP)	Servei de Gastroenterologia i AP

PROFSSIONALS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA. ACTUACIÓ

Activitat	Desenvolupament	Responsable
Informació i reforç	Els membres de l'equip d'AP participaran en les tasques d'informació i reforç per tal d'incrementar la participació en el PDPCCR. Amb aquesta finalitat, proporcionaran informació als individus assignats a la seva consulta que ho sol·licitin, contribuint a resoldre els dubtes que es puguin haver generat. A més, participaran activa o passivament en les reunions informatives dirigides a la població diana de les seves àrees respectives	AP
Actitud davant de clínica suggestiva de patologia colorectal	Davant la consulta per part d'un individu invitat a participar al PDPCCR per la presència de clínica suggestiva de patologia colorectal caldrà que procedeixi com habitualment fa per tal d'establir el diagnòstic i el tractament que consideri més adient. Aquest individu queda exclòs de forma transitòria o definitiva del PDPCCR (dependent de l'etiologia de l'eventual patologia colorectal), per la qual cosa caldrà que el metge d'AP ho comuniqui a l'OTC mitjançant telèfon, fax o correu electrònic. El metge comunicarà a la persona que queda exclosa del Programa	AP
Actitud davant de l'individu amb antecedents familiars de CCR	Davant la consulta per part d'un individu invitat a participar al PDPCCR per antecedents familiars de CCR, caldrà que efectui un breu interrogatori dirigit a verificar-ne la seva existència Si hi ha 2 o més familiars de primer grau (parens, germans o fills) afectes de CCR, o 1 familiar de primer grau diagnosticat de CCR abans dels 60 anys, aquest individu serà exclòs del PDPCCR i remès a la CAR-CCR de l'hospital corresponent per al seu diagnòstic i seguiment. Per aquest motiu, caldrà que el metge d'AP ho comuniqui a l'OTC mitjançant telèfon, fax o correu electrònic Si només hi ha 1 familiar de primer grau diagnosticat de CCR als 60 anys o posteriorment, o els antecedents de CCR són en familiars de segon (avis, oncles o nebots) o tercer grau (besavis o cosins) aquest individu romandrà en el PDPCCR, i no caldrà notificar-ho a l'OTC	AP
Actitud davant de l'individu amb altres criteris d'exclusió definitiu	Davant la consulta per part d'un individu invitat a participar al PDPCCR per l'existència d'altres factors d'exclusió definitius, caldrà que el metge d'AP ho comuniqui a l'OTC mitjançant telèfon, fax o correu electrònic	AP
Actitud davant de l'individu amb criteris d'exclusió transitoris	Davant la consulta per part d'un individu invitat a participar al PDPCCR per l'existència de factors d'exclusió transitoris, caldrà que el metge d'AP ho comuniqui a l'OTC mitjançant telèfon, fax o correu electrònic	AP

Activitat	Desenvolupament	Responsable
Seguiment del pacient amb adenoma d'alt risc	Quan s'estableix el diagnòstic d'adenoma d'alt risc (a excepció d'aquells sèssils que han requerit una resecció fragmentada), el pacient és exclòs del PDPCCR i remès a AP per al seu seguiment L'estratègia de vigilància endoscòpica contempla la realització d'una colonoscòpia als 3 anys. Pel que fa a les exploracions successives, l'interval entre elles dependrà de les lesions identificades a l'exploració prèvia: si aquesta no detecta cap adenoma o aquest és de baix risc, l'exploració següent serà als 5 anys; si detecta un adenoma d'alt risc, l'exploració següent serà als 3 anys; per altres lesions, cal aplicar la mateixa estratègia esmentada en relació a la troballa d'aquestes lesions en l'exploració basal Aquestes exploracions hauran de ser sol·licitades des d'AP al centre hospitalari que li correspongui Per tal de facilitar el procés, el pacient rebrà un recordatori uns mesos abans de la data corresponent on se l'informarà de la conveniència de realitzar aquesta prova i que s'ha de dirigir al metge d'AP (sempre informant que la visita no és urgent)	AP
Seguiment del pacient amb adenoma de baix risc	Quan s'estableix el diagnòstic d'adenoma de baix risc, el pacient és exclòs del PDPCCR i remès a AP per al seu seguiment L'estratègia de vigilància endoscòpica contempla la realització d'una colonoscòpia als 5 anys. Pel que fa a les exploracions successives, l'interval entre elles dependrà de les lesions identificades a l'exploració prèvia: si aquesta no detecta cap adenoma o aquest és de baix risc, l'exploració següent serà als 10 anys; si detecta un adenoma d'alt risc, l'exploració següent serà als 3 anys; per altres lesions, cal aplicar la mateixa estratègia esmentada en relació a la troballa d'aquestes lesions en l'exploració basal Aquestes exploracions hauran de ser sol·licitades des d'AP al centre de referència del PDPCCR que li correspon. Per tal de facilitar el procés, el pacient rebrà un recordatori uns mesos abans de la data corresponent on se l'informarà de la conveniència de realitzar aquesta prova i que s'ha de dirigir al metge d'AP (sempre informant que la visita no és urgent)	AP

COMUNICACIÓ I TRAMESA D'INFORMACIÓ ENTRE L'OFICINA TÈCNICA DE CRIBRATGE I ATENCIÓ PRIMÀRIA

Activitat	Desenvolupament	Responsable
Comunicació AP → OTC	La comunicació entre AP i l'OTC, ja sigui per a la tramesa d'informació rellevant per al desenvolupament del PDPCR d'un determinat individu (veure més amunt) o per a la consulta de qualsevol eventualitat contemplada o no en aquest Pla Funcional, es realitzarà a través de qualsevol dels mitjans previstos (telèfon, fax o correu electrònic)	AP
Comunicació OTC → AP	La tramesa dels informes de resultats del PDPCR d'un determinat individu des de l'OTC a AP es realitzarà a través del sistema de missatgeria electrònica (si existeix) per a la seva incorporació automàtica a la història clínica d'AP, o algun altre dels mitjans previstos per a la comunicació entre elles (telèfon, fax o correu electrònic) La comunicació d'altres aspectes relacionats amb el desenvolupament del PDPCR es realitzarà a través de qualsevol dels mitjans previstos (telèfon, fax o correu electrònic)	OTC

PLA DE COMUNICACIÓ

La comunicació i la difusió estratègica del Programa són un punt clau tant per aconseguir el seu bon funcionament, atès l'elevat nombre de professionals i institucions implicades, com per garantir la participació de la població diana, imprescindible si es vol assolir l'objectiu principal, la reducció de la incidència i mortalitat per càncer colorectal.

En aquest sentit convé recordar que quan parlem de població diana ens referim a la totalitat d'homes i dones de 50 a 69 anys que viuen a cadascuna de les ABS on s'implementa el Programa. Aquestes ABS són les unitats de treball sobre les quals es va desplegant de forma successiva i gradual el Programa.

OBJECTIUS

Estratègics:

1. Promoure la màxima participació de la població diana del Programa
2. Fomentar el coneixement del Programa i de la possibilitat de prevenir la malaltia

Específics:

1. Garantir que la població diana conegui el Programa.
2. Garantir que el 100% dels professionals dels serveis hospitalaris involucrats i dels responsables de les institucions coneguin el Programa i puguin accedir fàcilment a tot el material informatiu (guies, protocols, tríptics...).
3. Garantir que la majoria dels professionals sanitaris de les ABS implicades (personal mèdic, d'infermeria, de farmàcies, etc.) coneguin el Programa.
4. Aconseguir consciència social entre els ciutadans i ciutadanes envers la importància de la detecció precoç del càncer de còlon i recte.

PÚBLIC OBJECTIU

Prioritari:

1. Població diana: homes i dones de 50 a 69 anys d'edat residents als districtes de referència de l'Hospital Clínic (Barcelona Esquerra) i l'Hospital del Mar (Litoral Mar).
2. Professionals sanitaris dels serveis implicats: Unitat d'Avaluació, Suport i Prevenció de l'Hospital Clínic, Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica de l'Hospital del Mar, SBGM-CDB de l'Hospital Clínic, Serveis de Digestologia, Unitats d'Endoscòpia, Serveis d'Anatomia Patològica, Serveis d'Oncologia, Serveis de Cirurgia, Comitès

- de Tumors, Unitats Funcionals de Càncer Colorectal, Serveis d'Atenció a l'Usuari, Serveis de Comunicació i Direccions d'ambdós hospitals, Clínic i Mar.
3. Farmacèutics de les OF participants, Col·legi de Farmacèutics de Barcelona.
 4. Professionals d'AP de les ABS implicades.
 - Metges i infermeres dels Equips d'AP.
 - Unitats d'atenció a l'usuari (AP).
 5. Resta de professionals de les institucions implicades: Hospital Clínic i entitats associades, Hospital del Mar i resta de centres del Parc de Salut Mar.
 6. Sanitat Respon (servei d'atenció telefònica permanent, de la Generalitat de Catalunya).
 7. Direccions i professionals dels serveis territorials implicats del Departament de Salut, Regió Sanitària de Barcelona del CatSalut i Consorci Sanitari de Barcelona.

Secundari:

1. Població general.
2. Associacions de malalts i de lluita contra el càncer.
3. Associacions i entitats veïnals.
4. Consells de Salut dels districtes.
5. Consell territorial de Salut.
6. Mitjans de comunicació (d'abast local i general).
7. Entorn sanitari en general.

CANALS i ACCIONS DE COMUNICACIÓ

1. Població diana:
 - Carta de presentació del Programa: signada pel Departament de Salut i tramesa per cada Unitat de Cribratge.
 - Tríptic d'informació del Programa: s'envia conjuntament amb la carta de presentació. També es distribueix discrecionalment als CAP, OF, taulells d'informació dels hospitals, etc. i en els diferents actes de difusió.
 - Carta d'invitació a participar al Programa: signada i tramesa per cada Unitat de Cribratge; s'hi adjunta la llista d'OF col·laboradores corresponents a l'àrea on resideix el destinatari.
 - Altres notificacions trameses per cada Unitat de Cribratge: cartes de recordatori, carta de resultat negatiu, etc.
 - Pòsters publicitaris del Programa.
 - Telèfon del Programa (un per cada Unitat de Cribratge).
 - Adreça de correu electrònic del Programa (una per cada Unitat de Cribratge).
 - Espai web del Programa amb banner propi a les pàgines webs corporatives de l'Hospital del Mar, Hospital Clínic, CFB (www.farmaceuticonline.com) i Departament de Salut.
 - Pàgina web específica de l'OTC.

- Vídeo: s'inclourà a les pàgines webs i es passarà a les pantalles TV-IP de les sales d'espera dels hospitals, CAP i OF implicades.
- Sanitat Respon (servei d'atenció telefònica permanent de la Generalitat de Catalunya).
- Xerrades informatives a la població per part dels professionals del Programa. Elaboració d'una presentació PowerPoint informativa adaptada al públic no sanitari.

2. Professionals de la salut:

2.1. Professionals sanitaris dels serveis implicats:

- Sessions informatives específiques als serveis clínics, equips d'AP, farmacèutics, serveis d'atenció a l'usuari, etc. Elaboració d'una presentació PowerPoint informativa orientada als professionals sanitaris.
- Guia informativa per als professionals sanitaris. Editada en format d'arxiu pdf i tramesa per correu electrònic.
- Espai web del Programa a les pàgines web corporatives i intranets de l'Hospital del Mar, Hospital Clínic, CFB i Departament de Salut i amb banner propi.
- Pàgina web específica de l'OTC.
- Comissió de seguiment del Programa a cada hospital, integrada pels membres de la Unitat de Cribratge, el coordinador de la U-CCR, un coordinador de l'AP de l'àrea i representants de cadascun dels serveis hospitalaris implicats en el Programa. Aquesta comissió té per objectiu en cada hospital:
 - Facilitar un marc de relació entre els diferents professionals involucrats en el PDPCCR de cada hospital, el seu diagnòstic i tractament.
 - Assessorar la Unitat de Cribratge en els temes que aquesta ho sol·liciti.
 - Permetre la resolució de possibles disfuncions o problemes que s'identifiquin al llarg de la ronda del Programa, així com recollir i debatre els suggeriments que es formulin per al seu millorament.

2.2. Resta de professionals sanitaris de les institucions implicades: Parc de Salut Mar, Hospital Clínic, CFB i Departament de Salut.

- Sessions informatives d'abast més general (sessions generals de l'hospital, presentació a la Junta Clínica, etc.).
- Informació en els mitjans de comunicació escrits i digitals de les institucions implicades: MAR@laxarxa, MÓNCLÍNIC, Butlletí del Programa de detecció precoç de càncer de mama del Parc de Salut Mar, Circular Farmacèutica, etc.
- Espai web del Programa amb banner propi a les pàgines web corporatives i intranets de l'Hospital del Mar, Hospital Clínic, CFB i Departament de Salut.
- Pàgina web de l'OTC.
- Vídeo informatiu, pòsters, tríptics, etc.

3. OF adherides al Programa

- Sessió de formació prèvia al començament del Programa en cada ABS.

- Guia informativa per als professionals sanitaris. Editada en format d'arxiu pdf i tramesa per correu electrònic.
- Adhesiu identificatiu del Programa enganxat en un lloc visible des de fora de l'OF.
- Pòsters i tríptics informatius del Programa.
- Vídeo que es pot passar a les pantalles TV-IP de les OF que en disposin.
- Díptic d'instruccions per a la realització de la PDSOF. S'entrega juntament amb el tub.
- Caixa del Programa per a la recollida de les mostres i carpeta del Programa per desar-hi les cartes lliurades.
- Full amb l'esquema d'actuació farmacèutica.
- Pàgina web de l'OTC.
- Pàgina web del CFB.

4. Població general, institucions, entitats i associacions de malalts:

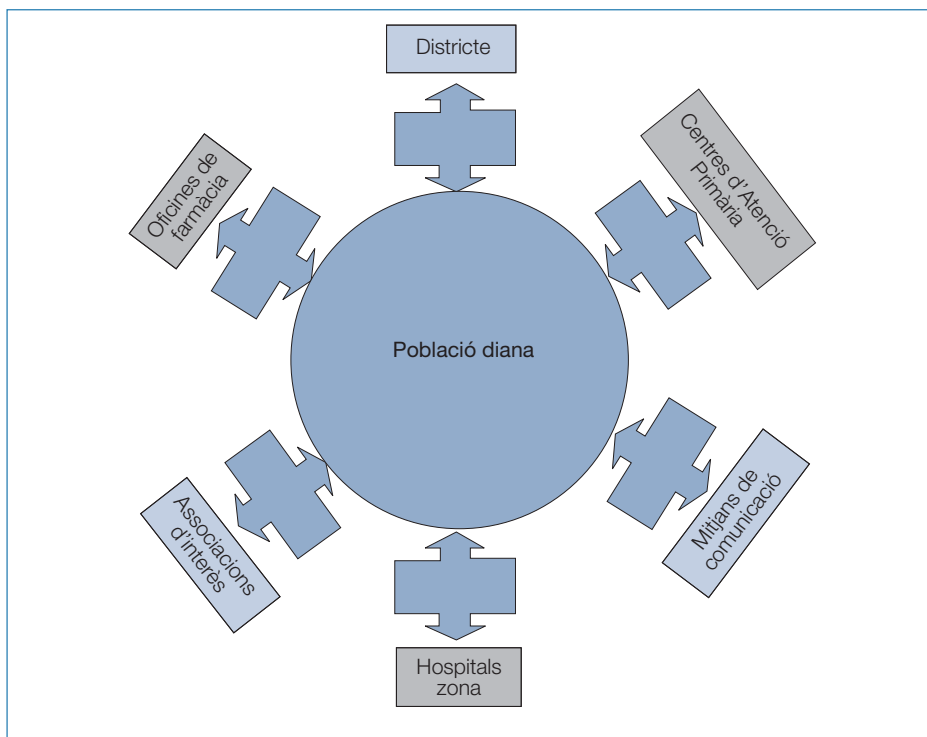
- Roda de premsa i difusió mediàtica del començament del Programa a Catalunya.
- Pòster i tríptic informatiu del Programa a difondre en espais i suports de llocs freqüentats per la població diana: mercats, centres cívics, associacions de veïns, entitats socials, etc.
- Notícies o articles a les publicacions locals: diaris de barri o revistes dels districtes, en paper o digitals, butlletins d'entitats i associacions de veïns, etc.
- Xerrades informatives als centres cívics, escoles de salut, etc. de cada àrea, adreçades a la població diana del Programa, però obertes a tothom.
- Sanitat Respon: document escrit (argumentari, algoritme de decisions i preguntes més freqüents) juntament amb el Pla Director Oncològic, perquè l'equip de professionals d'infermeria i de teleoperació d'aquest servei d'atenció telefònica permanent pugui respondre adequadament les consultes dels ciutadans sobre el Programa.
- Activitats de difusió en espais exteriors (carrer, mercats, etc.). Es pot aprofitar la instal·lació del "còlon gegant" inflable de l'Aliança per a la Prevenció del Càncer de Còlon i l'exposició "Un passeig pel còlon", dissenyada per informar i conscienciar sobre la prevenció del càncer de còlon i recte. En aquestes activitats és recomanable comptar amb la col·laboració de voluntaris, als quals caldrà prèviament proporcionar unes sessions de formació.
- Pàgina web de l'OTC.
- Comunicació regular amb els òrgans de referència de l'Ajuntament:
 - Consells de Salut dels districtes
 - Regidors de Districte
 - Regidoria de Salut
 - Consell Municipal de Benestar Social (Grup de Salut)
- Comunicació periòdica amb els directors i amb les comissions permanents dels corresponents sectors sanitaris del Consorci Sanitari de Barcelona.
- Col·laboració en activitats de l'Aliança per a la Prevenció del Càncer de Còlon.

- Sessions informatives a entitats específiques de lluita contra la malaltia i associacions d'ajuda mútua:
 - Associació Espanyola Contra el Càncer (AECC)
 - Federació Catalana d'Entitats contra el Càncer (FECEC)
 - Fundació Privada Lliga Catalana d'Ajuda Oncològica (Oncolliga)
 - Fundació per a l'Educació Pública i la Formació en Càncer (FEFOC)
 - Associació de Malalts de Crohn i Colitis Ulcerosa de Catalunya (ACCU)
 - Associació d'Afectats de Còlon Irritable de Catalunya
 - Associació Catalana d'Ostomitzats (ACO)

5. Mitjans de comunicació:

- Roda de premsa de presentació del PDPCCR.
- Nota de premsa informativa de l'inici del Programa.
- Pàgina web de l'OTC.
- Lliurament del pòster, tríptic i vídeo de la campanya de comunicació.
- Seguiment de notícies relacionades.

L'ús dels mitjans de comunicació d'abast general s'ha d'efectuar amb precaució fins que el Programa no estigui implantat a tot Catalunya.



ACCIONS DE COMUNICACIÓ SISTEMÀTIQUES

Atès que el Programa té un desplegament geogràfic seqüencial al llarg del temps (com queda establert en el cronograma), cada vegada que es comença a una ABS es duen a terme una sèrie d'accions de comunicació, adreçades a la població i als professionals de l'àrea, que es planifiquen de la següent manera:

1. Una setmana abans de la tramesa de les cartes de presentació:
 - Sessió als professionals sanitaris del CAP (amb distribució de la Guia per als professionals, tríptics i cartells).
 - Sessió de formació als farmacèutics de l'ABS a la seu del CFB (convocats pel CFB). Lliurament de les PDSOF, cartells, tríptics i adhesius identificatius, Guia per als professionals, esquema d'actuació farmacèutica, díptic d'instruccions de recollida de la prova, caixa i carpeta per recollir proves i cartes, etc.
2. A partir de la tramesa de les cartes de presentació:
 - Les OF col·loquen els cartells i adhesius del Programa (2-3 dies abans de la primera tramesa, l'OTC avisa el CFB perquè comuniqui per correu electrònic a les OF la data exacta que els han de col·locar).
 - Distribució de cartells del Programa, a càrrec d'una empresa especialitzada, pels comerços de l'àrea (forns, botigues conregudes, etc.). Distribució de tríptics a diferents establiments de l'àrea.
 - Xerrades informatives a la població diana i/o entitats i associacions de l'àrea.
 - Distribució de vídeos als centres d'AP i OF amb aquesta possibilitat.
 - Accions als mitjans de comunicació de l'àrea (en paper o digitals).

S'explorà la possibilitat de difondre puntualment el Programa a través d'altres vies o mitjans de comunicació d'àmbit general o de grups de la població específics, sempre intentant fer coincidir aquestes activitats amb les setmanes en les quals s'estan enviant les cartes de presentació i d'invitació del Programa.

A més, l'OTC enviarà de manera regular el cronograma actualitzat amb els períodes d'inici i final del Programa a les diferents àrees bàsiques de salut. El CFB també rebrà informació de les dates límit del període d'activitat de les OF en cada àrea.

Atès que la totalitat de les dones de la població diana, des de fa anys també és convidada amb la mateixa periodicitat a participar al Programa de detecció precoç de càncer de mama, sovint amb uns bons nivells d'adherència i fidelització, es buscaran fórmules de coordinació entre tots dos programes a fi d'aconseguir sinèrgies i incentivar la participació en el PDPCCR, tant d'elles mateixes com de les seves parelles.

INDICADORS PER A L'AVALUACIÓ DEL PROGRAMA

L'objectiu és definir una bateria d'indicadors que ens permetin mesurar les característiques i la magnitud del Programa així com avaluar-ne el funcionament, que ve determinat per la qualitat individual dels seus components. Per tant s'han identificat indicadors de participació, procés, organització, impacte i satisfacció dels participants. Han estat prioritzats en funció de la seva evidència científica, susceptibilitat de millora, capacitat de ser recollits pel sistema d'informació i facilitat per ser quantificats.

1. Indicadors de participació

El PDPCCR va dirigit a població de risc mitjà que viu en una àrea geogràfica determinada. Una participació alta o per sobre d'uns mínims de la població que es convida és indispensable per poder assolir els objectius del Programa.

Població diana

És el nombre de persones tributàries de participar en el PDPCCR. Es calcula per any o per ronda.

La població diana definida per l'OPDPCC són els homes i dones de 50 a 69 anys. El criteri que determina la inclusió en cada un dels programes és el domicili de la persona i l'ABS assignada en funció d'aquest domicili, amb independència que tingui una ABS d'elecció diferent.

La base de dades d'on s'extreu la població diana és el RCA. És un fitxer automatitzat del CatSalut regulat pel decret 29/1995, de 10 de gener i per l'Ordre SSS/250/2002 d'1 de juliol. Hi consten les dades personals de totes les persones amb possessió d'una targeta sanitària individual activa.

Població convidada

És el nombre de persones que finalment s'acaben convidant al Programa, un cop exclou les persones a qui es detectin criteris d'exclusió (veure Criteris d'exclusió).

Taxa de participació

És el percentatge de persones que realitzen la PDSOF respecte al total de persones convidades al Programa.

$$\text{Taxa de participació} = \frac{\text{Total de PDSOF realitzades}}{\text{Població convidada}} \times 100$$

Cobertura del Programa

És el percentatge de persones que participen més el del grup de persones que, havent estat convidades al Programa, declaren cribrar-se fora del Programa (cribratge extern: ja sigui en el sistema públic o privat), respecte al total de persones convidades al Programa.

$$\text{Cobertura del Programa} = \frac{\text{Població participant} + \text{població cribratge extern}}{\text{Població convidada}} \times 100$$

Adherència al cribratge biennal i decennal

És el percentatge de persones que:

- havent participat en la ronda anterior i convidades a la present amb interval de 2 anys, tornen a participar, respecte al total de persones participants en l'anterior ronda i convidades en la present.
- havent participat prèviament en el Programa i convidades a la present ronda amb interval de 10 anys, tornen a participar, respecte al total de persones participants en l'anterior ronda i convidades en la present.

$$\text{Adherència al Programa} = \frac{\text{Participants en ronda actual i ronda anterior}}{\text{Participants en ronda anterior i convidats en la ronda actual}} \times 100$$

2. Indicadors de procés

La finalitat dels indicadors de procés és conèixer i avaluar els resultats de les proves de cribratge, de diagnòstic i complementàries a què estan sotmesos els participants.

Taxa de positivitat de la PDSOF

És el percentatge de PDSOF positives respecte al total dels participants.

$$\text{Taxa de positivitat de la PDSOF} = \frac{\text{Nombre PDSOF positives}}{\text{Població participant}} \times 100$$

Taxa de repetició de la PDSOF

És el percentatge de repetició de la PDSOF respecte al total de participants.

$$\text{Taxa de repetició de la PDSOF} = \frac{\text{Nombre PDSOF repetides}}{\text{Població participant}} \times 100$$

Taxa d'indicació de la colonoscòpia

És el percentatge de persones amb PDSOF positiva a qui s'indica colonoscòpia, respecte al total de PDSOF positives.

$$\text{Taxa d'indicació de la colonoscòpia} = \frac{\text{Nombre indicacions colonoscòpies}}{\text{Nombre PDSOF positives}} \times 100$$

Taxa d'acceptació de la colonoscòpia

És el percentatge de persones que es realitzen la colonoscòpia respecte al total de persones a qui se'ls l'ha indicat.

$$\text{Taxa d'acceptació de la colonoscòpia} = \frac{\text{Persones a qui es realitza una colonoscòpia}}{\text{Persones a qui s'indica una colonoscòpia}} \times 100$$

Taxa de colonoscòpies completes

És el percentatge de colonoscòpies que arriben a cec respecte al total de colonoscòpies realitzades.

$$\text{Taxa de colonoscòpies completes} = \frac{\text{Colonoscòpies completes}}{\text{Colonoscòpies realitzades}} \times 100$$

Taxa de repetició de la colonoscòpia

És el percentatge de colonoscòpies que s'han de repetir respecte al total de colonoscòpies realitzades.

$$\text{Taxa de repetició de la colonoscòpia} = \frac{\text{Colonoscòpies que s'han de repetir}}{\text{Colonoscòpies realitzades}} \times 100$$

Resultats de la colonoscòpia

Distribució de freqüències de les colonoscòpies realitzades segons el seu resultat per sexe i trams d'edat:

- Normal (colonoscòpia en què no s'ha detectat cap anomalia i/o no hi ha presa de biòpsies),
- Adenoma de baix risc (1 ó 2 adenomes de mida <10 mm, tubular i amb displàsia de baix grau),
- Adenomes d'alt risc (3 o més adenomes, o un adenoma avançat [mida ≥ 10 mm, amb component vellós o displàsia d'alt grau]),

- Càncer (adenocarcinoma, invasiu i no invasiu), i
- Altres patologies (com MII, diverticles, etc).

Localització i estadis dels casos de càncer

Localització dels càncers

Distribució de freqüències dels càncers detectats pel Programa segons la localització de la lesió maligna (recte, sigma, còlon descendent, còlon transvers, angle esplènic, còlon ascendent, cec i angle hepàtic).

Estadis dels càncers

Distribució de freqüències dels càncers detectats pel Programa segons l'estadi en el moment del diagnòstic:

• Estadi 0:	Tis	N0	M0
• Estadi I:	T1-T2	N0	M0
• Estadi IIA:	T3	N0	M0
• Estadi IIB:	T4	N0	M0
• Estadi IIA:	T1-2	N1	M0
• Estadi IIIB:	T3-4	N1	M0
• Estadi IIIC:	T1-4	N2	M0
• Estadi IV:	T1-4	N0-2	M1

Taxa de complicacions immediates i tardanes importants de la colonoscòpia

És el percentatge de colonoscòpies amb complicacions, respecte al total de colonoscòpies realitzades.

Per a l'elaboració de l'indicador utilitzarem les complicacions immediates i tardanes més importants: hemorràgia postpolipectomia important, hemorràgia que necessita hospitalització, perforació i mort.

$$\text{Taxa de complicacions de la colonoscòpia} = \frac{\text{Colonoscòpies amb complicacions}}{\text{Colonoscòpies realitzades}} \times 100$$

Valor predictiu positiu (VPP) de la PDSOF

És el percentatge de PDSOF positives que acaben amb diagnòstic de càncer, d'adenoma de baix risc i d'adenoma d'alt risc, respecte al total de persones amb PDSOF positiva.

$$\text{VPP per càncer} = \frac{\text{Nombre de persones amb càncer}}{\text{Nombre de persones amb PDSOF positiva}} \times 100$$

$$\text{VPP per adenoma de baix risc} = \frac{\text{Nombre de persones amb adenoma de baix risc}}{\text{Nombre de persones amb PDSOF positiva}} \times 100$$

$$\text{VPP per adenoma d'alt risc} = \frac{\text{Nombre de persones amb adenoma d'alt risc}}{\text{Nombre de persones amb PDSOF positiva}} \times 100$$

Taxa de colonoscòpies directament terapèutiques

És el percentatge de persones en les quals la colonoscòpia és directament terapèutica (resecció completa de la lesió) respecte al total de colonoscòpies amb resultat de lesió neoplàstica.

$$\text{Taxa de colonoscòpies terapèutiques} = \frac{\text{Colonoscòpies terapèutiques}}{\text{Colonoscòpies amb resultat càncer}} \times 100$$

Taxa de finalització del procés de cribratge

És el percentatge de població que comença i acaba el procés de cribratge de CCR al PDPCCR respecte al total de persones que participen en el Programa.

3. Indicadors d'organització del Programa de cribratge de càncer colorectal

Permeten avaluar l'organització del Programa. Un augment dels intervals de temps entre la realització de les proves, els resultats i les accions que es deriven dels resultats poden afectar els pacients amb un increment de l'ansietat i, potencialment, amb un pitjor resultat clínic, en la mesura que afecti l'estadi de la malaltia.

Els intervals de temps s'expressen en dies i com a mediana.

Interval de temps entre l'anàlisi de la PDSOF i els resultats d'aquesta

Mediana de temps en dies des de la data en què s'efectua la lectura de la PDSOF i la data en què es comuniquen els resultats de la prova. Cal diferenciar entre resultats positius i negatius, ja que el sistema de comunicació del resultat és diferent (telèfon/carta).

Interval de temps entre un resultat positiu de la PDSOF i la colonoscòpia

Mediana de temps en dies des del resultat positiu de la PDSOF fins a la realització de la colonoscòpia (només en els casos amb realització de colonoscòpies).

Interval de temps entre la realització de la colonoscòpia i la disponibilitat dels resultats de l'anatomia patològica

Mediana de temps en dies des de la realització de la colonoscòpia fins a la data del diagnòstic de certesa (només en les colonoscòpies amb extracció de mostres).

Interval de temps entre el diagnòstic de CCR i l'inici del tractament

Mediana de temps en dies des de la data del diagnòstic de certesa fins a l'inici del tractament (només en els casos de lesions neoplàstiques).

Interval entre un resultat PDSOF positiu i el primer tractament

Mediana de temps en dies des de la data en què es té el resultat positiu de la PDSOF fins que s'inicia un tractament específic (només per als casos de càncer que es tracten al propi centre).

Interval de temps entre invitacions

Mediana de temps en dies des de la tramesa de la carta d'invitació de l'anterior ronda fins a la tramesa de la carta d'invitació actual (només per als casos amb PDSOF negativa).

4. Impacte

L'objectiu del Programa a curt termini és la detecció d'adenomes i CCR en la població de risc mitjà.

A llarg termini l'objectiu és la disminució de la incidència i la mortalitat del CCR. Per tant, cal desenvolupar indicadors que avaluin directa o indirectament l'impacte del Programa en la incidència i mortalitat per aquesta malaltia en la nostra població.

Taxes de detecció

És el nombre de casos en què es detecta almenys una lesió d'adenoma o de CCR per cada mil persones cribrades. Com que les taxes esperades són sempre més altes en cribratge inicial que en cribratges successius, els resultats es proporcionaran separatament per cribratge inicial i successiu.

Taxa de detecció d'adenomes de baix risc:

$$\text{Taxa detecció adenomes de baix risc} = \frac{\text{Persones amb almenys un adenoma de baix risc}}{\text{Nombre de persones que participen}} \times 1.000$$

Taxa de detecció d'adenomes d'alt risc:

$$\text{Taxa detecció adenomes d'alt risc} = \frac{\text{Persones amb almenys un adenoma d'alt risc}}{\text{Nombre de persones que participen}} \times 1.000$$

Taxa de detecció de càncer:

$$\text{Taxa detecció de càncer} = \frac{\text{Persones amb càncer}}{\text{Nombre de persones que participen}} \times 1.000$$

Proporció de càncers diagnosticats en estadis avançats

És la proporció de casos diagnosticats de càncer colorectal en estadis avançats (III o IV) respecte al total de casos de càncer diagnosticats pel Programa. Es donaran els resultats per separat de cribratge inicial i successiu.

Taxa de càncers d'interval

Els càncers d'interval són els casos de càncer que apareixen entre 2 episodis de cribratge.

Donat que poden aparèixer després de la realització d'una PDSOF o d'una colonoscòpia, diferenciem dues taxes de càncers d'interval:

- Persones que han donat negatiu a la PDSOF com a prova de cribratge i acaben desenvolupant un càncer abans de ser convidades novament al Programa al cap de dos anys, respecte al total de participants en ronda anterior (per 1.000).
- Persones que han donat negatiu a la colonoscòpia com a prova diagnòstica i acaben desenvolupant un càncer abans de ser convidats novament al Programa al cap de deu anys, respecte al total de participants en ronda anterior (per 1.000).

Annexes

ANNEX 1. ACTUACIÓ DAVANT DELS CRITERIS D'EXCLUSIÓ DEL PROGRAMA

Criteri d'exclusió	Definició	Actuació Pre-PDSOF Administrativa	Actuació Pre-colonoscòpia (consulta de la Unitat de cribratge; PDSOF +) Infermera
TEMPORALS (s'explica a la persona que en properes rondes se la tornarà a convidar)			
Síntomes i signes colorectals	Presència actual d'aquells símptomes i signes que indiquen possible malaltia colorectal. Són: 1. Presència de sang a les deposicions (excepte per hemorroides o menstruació) 2. Canvis en els hàbits intestinals durant més de 6 setmanes 3. Cansament o pèrdua de pes inexplicables 4. Dolor abdominal d'aparició recent i persistent	→ Exclusió temporal • Si no es controla ja per aquest motiu, se li indica que ha d'anar a consultar el seu metge d'AP per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas • Se l'exclou temporalment del Programa • No exclusió: Si presenta hemorroides sagnants o menstruació, se li explica que pot participar però que cal que esperi 3 dies a partir de l'últim dia de sagnat per fer-se la PDSOF, sense veure presència de sang	→ No exclusió → Colonoscòpia • Aquests símptomes i signes es recullen al qüestionari
Exploració colorectal prèvia	Exploració colonoscòpica prèvia en els últims 5 anys, independentment del motiu d'aquesta exploració	→ Exclusió temporal • Se l'exclou temporalment del Programa i se'l torna a convidar passats 5 o 4 anys des de la data de l'última exploració, dependrà de quan entra en ronda l'ABS a la qual pertany	→ No exclusió → Colonoscòpia • Es recull al qüestionari
Antecedent personal d'adenoma mal documentat o pòlip de qualsevol altre tipus	Probable diagnòstic d'adenoma o pòlip de qualsevol altre tipus referit pel propi interessat però que no disposa de cap documentació ni es pot comprovar	→ No exclusió • Pot participar normalment	→ No exclusió → Colonoscòpia • Es recull al qüestionari

Criteri d'exclusió	Definició	Actuació Pre-PDSOF Administrativa	Actuació Pre-colonoscòpia (consulta de la Unitat de cribratge; PDSOF +) Infermera
Contraindicació temporal per a la colonoscòpia	Qualsevol situació que contraindiqui fer-se la colonoscòpia i es prevegi sigui temporal (entenent com a temporal una situació no definitiva però de duració més llarga que la prevista per acabar la ronda a la seva ABS): • Absolutes: Trastorns greus de la coagulació, infeccions greus, afectació de l'estat general (ASA IV) • Relatius: diàlisi peritoneal, demència greu, afectació de l'estat general (ASA III)	→ No exclusió • Pot participar normalment (si fos positiu en la consulta es valorarà què s'ha de fer)	• Es recull al qüestionari • Se li indica que no se li pot fer una colonoscòpia, i l'endoscopista valora la possibilitat de fer colonografia TC; • Sies pot fer colonografia TC → No exclusió • Si no es pugués fer, es deriva al seu metge d'AP o AE, segons s'escaigui → Exclusió temporal
Morbiditat associada greu i temporal	Qualsevol situació patològica de prou gravetat que dificulti o impedeixi qualsevol de les fases del procés de cribratge, i es prevegi sigui temporal	→ Exclusió temporal • Se li indica que ha d'anar a consultar el seu metge (AP o AE, segons s'escaigui) per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas	→ Exclusió temporal • Se l'exclou temporalment del Programa. • Es recull al qüestionari • Se li indica que ha d'anar a consultar el seu metge (AP o AE, segons s'escaigui) per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas • Se l'exclou temporalment del Programa
PERMANENTS (s'explica a la persona que en principi no se la tornarà a convidar, que el seguiment li toca fer-lo fora del Programa)			
Antecedent personal de CCR, MII o poliposi colorectal	Diagnòstic de càncer colorectal, MII (colitis ulcerosa o malaltia de Crohn) o poliposi colorectal (>10 pòlips)	→ Exclusió definitiva • Si no es controla per aquest motiu, se li indica que ha d'anar a consultar el seu metge (AP o AE, segons s'escaigui) per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas • Se li assigna una exclusió definitiva en el Programa	→ Exclusió definitiva • Es recull al qüestionari • Si no es controla per aquest motiu, se li indica que ha d'anar a consultar el seu metge (AP o AE, segons s'escaigui) per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas • Se li assigna una exclusió definitiva en el Programa

Criteri d'exclusió	Definició	Actuació Pre-PDSOF Administrativa	Actuació Pre-colonoscòpia (consulta de la Unitat de cribatge; PDSOF +) Infermera
Antecedent personal d'adenoma colorectal ben documentat	Diagnòstic d'adenoma en còlon i/o recte declarat pel metge d'AP, o per l'individu però amb presentació de documentació que així ho demostra	→ Exclusió definitiva • Es creu el que diu encara que no porti document • Si no es controla per aquest motiu, se li indica que ha d'anar a consultar el seu metge (AP o AE, segons s'escaigui) per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas • Se li assigna una exclusió definitiva en el Programa	→ Exclusió definitiva • Es recull al qüestionari • Si no es controla ja per aquest motiu, se li indica que ha d'anar a consultar el seu metge (AP o AE, segons s'escaigui) per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas • Se li assigna una exclusió definitiva en el Programa
Antecedents familiars de CCR	Dos familiars de primer grau, o un familiar de primer grau diagnosticat de CCR abans dels 60 anys	• Si qui ho comunica és el metge d'AP o el participant declara estar en seguiment per aquest motiu se li assigna una exclusió definitiva en el Programa → Exclusió definitiva • Si ho comunica la persona i declara que no es controla per aquest motiu → Exclusió definitiva i derivació a CAR-CCR	→ Exclusió definitiva → Colonoscòpia • Es recull al qüestionari • Posteriorment se li assigna una exclusió definitiva en el Programa • Derivació a CAR-CCR
Antecedents familiars de síndrome hereditària	Algun familiar de 1r grau amb síndrome polipòsica (més de 10 pòlips amb independència de les característiques histològiques) o síndrome de Lynch (presència de mutacions en els gens reparadors de l'ADN o compliment dels criteris d'Amsterdam)	• Si qui ho comunica és el metge d'AP o el participant declara estar en seguiment per aquest motiu, se li assigna una exclusió definitiva en el programa → Exclusió definitiva • Si ho comunica la persona i declara que no es controla per aquest motiu → Exclusió definitiva i derivació a CAR-CCR	→ Exclusió definitiva → Colonoscòpia • Es recull al qüestionari • Posteriorment se li assigna una exclusió definitiva en el Programa • Derivació a CAR-CCR

Criteri d'exclusió	Definició	Actuació Pre-PDSOF Administrativa	Actuació Pre-colonoscòpia (consulta de la Unitat de cribatge; PDSOF +) Infermera
Morbiditat associada greu i permanent	Qualsevol situació patològica de prou gravetat (per exemple malaltia terminal) que dificulti o impedeixi qualsevol de les fases del procés de cribatge, i es prevegi sigui permanent	→ Exclusió definitiva • Si no es controla per aquest motiu, se li indica que ha d'anar a consultar el seu metge (AP o AE, segons s'escaigui) per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas • Se li assigna una exclusió definitiva en el Programa	→ Exclusió definitiva • Es recull al qüestionari • Si no es controla per aquest motiu, se li indica que ha d'anar a consultar el seu metge (AP o AE, segons s'escaigui) per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas • Se li assigna una exclusió definitiva en el Programa
Contraindicació definitiva per a la colonoscòpia	Qualsevol situació que contraindiqui fer-se la colonoscòpia i es prevegi sigui definitiva: • Absolutes: trastorns greus de la coagulació; infeccions greus • Relatives: diàlisi peritoneal; demència greu	→ No exclusió • Pot participar normalment (si fos positiu en la consulta es valorarà què s'ha de fer)	• Es recull al qüestionari • Se li indica que no se li pot fer una colonoscòpia, i l'endoscopista valora la possibilitat de fer colonografia TC: • Si es pot fer colonografia TC → No exclusió • Si no es pot fer, se li deriva al seu metge (AP o AE, segons s'escaigui) → Exclusió definitiva
Negativa a participar en el PDCCR	La persona no vol participar en aquesta ronda ni en cap més, demana explícitament ser exclosa de la base de dades del Programa	→ Exclusió definitiva • S'interromp el procés, tancant com a "sortida voluntària" • Se'l dóna de baixa del Programa, exclusió "sortida definitiva del Programa"	→ Exclusió definitiva • S'interromp el procés, tancant com a "sortida voluntària" • Se'l dóna de baixa del Programa, exclusió "sortida definitiva del Programa"

ANNEX 2.

PROVA DE DETECCIÓ DE SANG OCULTA EN FEMTA (OC-Sensor®)

OC-Sensor® del laboratori Palex Medical SA és un mètode immunològic quantitatiu per detectar específicament l'hemoglobina humana en femta. Per recollir la mostra no és necessari realitzar restricció dietètica els dies previs a la recollida i la persona pot seguir prenent la medicació habitual. Es tracta d'una prova còmoda i senzilla que la persona pot realitzar a casa.



PDSOF: etiqueta amb
espai per anotar les
dades del participant



Tub col·lector amb
codi de barres
identificatiu de la
PDSOF



Tap de plàstic del tub
col·lector

ANNEX 3. QÜESTIONARI DE LA CONSULTA DE CRIBRATGE

1. ANTECEDENTS PERSONALS:

Lesió:

Càncer	☐ Sí	Data diagnòstic	___/___/____	☐ No	☐ NS/NC
Colitis ulcerosa	☐ Sí	Data diagnòstic	___/___/____	☐ No	☐ NS/NC
Malaltia de Crohn	☐ Sí	Data diagnòstic	___/___/____	☐ No	☐ NS/NC
Pòlips	☐ Sí	Data diagnòstic	___/___/____	☐ No	☐ NS/NC

Altres neoplàsies: _____

Exploracions prèvies:

Colonografia TC	☐ Sí	Data	___/___/____	☐ No	☐ NS/NC
Colonoscòpia	☐ Sí	Data	___/___/____	☐ No	☐ NS/NC
Enema opaca	☐ Sí	Data	___/___/____	☐ No	☐ NS/NC
PDSOF	☐ Sí	Data	___/___/____	☐ No	☐ NS/NC
Sigmoidoscòpia	☐ Sí	Data	___/___/____	☐ No	☐ NS/NC

Síntomes:

Canvi ritme deposicional	☐ Sí	☐ No	☐ NS/NC
Rectorràgies	☐ Sí	☐ No	☐ NS/NC
Dolor abdominal	☐ Sí	☐ No	☐ NS/NC
Disminució de pes	☐ Sí	☐ No	☐ NS/NC
Tenesme rectal	☐ Sí	☐ No	☐ NS/NC
Dolor anal amb símptomes	☐ Sí	☐ No	☐ NS/NC
Dolor anal sense símptomes	☐ Sí	☐ No	☐ NS/NC
Anèmia ferropènica	☐ Sí	☐ No	☐ NS/NC

2. ANTECEDENTS FAMILIARS:

Lesió:

Càncer:	Núm. Familiars G1	_____	Edat	_____	Núm. Familiars G2	_____	Edat	_____
Pòlips:	Núm. Familiars G1	_____	Edat	_____	Núm. Familiars G2	_____	Edat	_____

Altres neoplàsies:

_____:	Núm. Familiars G1	_____	Edat	_____	Núm. Familiars G2	_____	Edat	_____
_____:	Núm. Familiars G1	_____	Edat	_____	Núm. Familiars G2	_____	Edat	_____

3. ALTRES:

Morbiditat associada greu permanent	☐ Sí	☐ No	NS/NC	_____
Morbiditat associada greu temporal	☐ Sí	☐ No	NS/NC	_____
Contraindicacions per a fer-se la colonoscòpia	☐ Sí	☐ No	NS/NC	_____
Negativa de la persona a fer-se la colonoscòpia	☐ Sí	☐ No	NS/NC	_____

4. DADES PERSONALS:

Tel. Fix 1: _____	tel. Fix 2: _____
Tel. Mòbil 1: _____	tel. Mòbil 2: _____
No desitja que s'informi al metge ☐	Nom i cognoms metge: _____

ANNEX 4. CARTES DEL PROGRAMA

CARTA DE PRESENTACIÓ



**Generalitat
de Catalunya**
La consellera de Salut

Benvolgut/uda senyor/a,

Des del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, ens complau presentar-vos el **Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte**. El Programa s'adreça a homes i a dones de 50 a 69 anys i té com a objectiu la detecció precoç d'aquest tipus de càncer.

A partir dels 50 anys el càncer de còlon i recte és una malaltia freqüent que en molts casos no presenta símptomes. Si es detecta a temps, abans que doni molèsties, és més fàcil de tractar i més fàcil que es pugui curar. Per aquest motiu, el Departament de Salut us ofereix participar de forma totalment gratuïta en aquest programa de detecció precoç, mitjançant la realització d'una senzilla prova cada dos anys.

Aquesta prova es fa a casa i consisteix en la recollida d'una petita mostra de femta, que s'analitza a fi de veure si conté sang oculta, que no es veu a simple vista. La presència de sang a la femta indica que hi ha alguna anomalia però, en la majoria dels casos, no es tracta d'un càncer tal com s'explica al fullet informatiu que us adjuntem.

Properament rebreu una segona carta on us explicarem com podeu participar en el Programa i què cal fer per realitzar la prova.

Per a qualsevol dubte o aclariment, podeu trucar a Sanitat Respon, telèfon 902 111 444.

Cordialment,

Marina Geli i Fàbrega

Barcelona, 4 de gener de 2010

CARTA D'INVITACIÓ

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

 COL·LEGI DE
FARMACÈUTICS
DE BARCELONA

Espai per a l'etiqueta

Cognom1 Cognom2, Nom
Adreça
Codi postal – Barcelona
(N.CCCR)
Data

Benvolgut/uda senyor/a,

Tal com us vam anunciar, us oferim participar gratuïtament en el **Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte** promogut pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i amb la col·laboració del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona.

El Programa s'adreça a homes i a dones de 50 a 69 anys i consisteix a realitzar una prova de detecció de sang oculta en femta cada dos anys.

Disposeu d'un mes a partir de la data d'aquesta carta per passar a recollir el material per realitzar la prova a qualsevol de les **oficines de farmàcia** que col·laboren en el Programa (vegeu la llista annexa). **Si us plau, recordeu que és imprescindible que porteu aquesta carta quan l'aneu a recollir.**

Els resultats de la prova us seran comunicats en unes setmanes mitjançant una carta o una trucada telefònica. Per a qualsevol dubte o aclariment, si us plau, poseu-vos en contacte amb nosaltres:

Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte

 93 227 17 02 @ prevenciocolon@clinic.ub.es

Horari: de 9:00 a 17:00 h. de dilluns a divendres

Si us heu fet una colonoscòpia en els darrers anys, o bé si patiu o heu patit alguna malaltia del còlon o recte, és important que ens ho comuniqueu per telèfon o correu electrònic.

Cordialment,



Dr. Antoni Castells i Garangou
Coordinador del Programa

Consentiment del ciutadà / de la ciutadana*

Dono el meu consentiment a participar en el Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte.

Signatura

Telèfon de contacte

Data

Voleu que comuniquem els resultats de la prova al vostre metge/essa?

☐ sí

☐ no

* Les vostres dades personals seran tractades pel Departament de Salut en l'àmbit del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte. L'òrgan responsable és el Departament de Salut (Travessera de les Corts, 131-159; 08028 Barcelona). Podeu exercir els drets d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació d'aquestes dades davant aquest organisme.

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

 PROGRAMA DE DETECCIÓ
PRECOÇ DE CÀNCER DE
CÒLON I RECTE

CARTA DE REINVITACIÓ



Espai per a l'etiqueta

Cognom1 Cognom2, Nom
Adreça
Codi postal – Barcelona
(N.CCCR)
Data

Benvolgut/uda senyor/a,

Fa unes setmanes us vàrem convidar a participar al **Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte**. El programa s'adreça a homes i a dones de 50 a 69 anys i consisteix a realitzar una senzilla prova cada dos anys, de manera totalment gratuïta.

Donat que no tenim constància que hagueu anat a la farmàcia a recollir el material, ens permetem insistir en la importància que té aquesta prova per a la vostra salut. Per això us comuniquem que **disposeu de 15 dies més**, des de la data d'aquesta carta, per anar a recollir el material de la prova a qualsevol de les farmàcies que col·laboren amb el Programa (vegeu la llista annexa). **Si us plau, recordeu que és imprescindible que porteu aquesta carta quan l'aneu a recollir.**

Els resultats de la prova us seran comunicats en unes setmanes mitjançant una carta o una trucada telefònica. Per a qualsevol dubte o aclariment, si us plau, poseu-vos en contacte amb nosaltres:

Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte

☎ 93 227 17 02 @ prevenciocolon@clinic.ub.es

Horari: de 9:00 a 17:00 h. de dilluns a divendres

Si us heu fet una colonoscòpia en els darrers anys, o bé si patiu o heu patit alguna malaltia del còlon o recte, és important que ens ho comuniqueu per telèfon o correu electrònic.

Cordialment,

Dr. Antoni Castells i Garangou
Coordinador del Programa

Consentiment del ciutadà / de la ciutadana*

Dono el meu consentiment a participar en el Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte.

Signatura

Telèfon de contacte

Data

Voleu que comuniquem els resultats de la prova al vostre metge/essa?

☐ sí

☐ no

* Les vostres dades personals seran tractades pel Departament de Salut en l'àmbit del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte. L'òrgan responsable és el Departament de Salut (Travessera de les Corts, 131-159; 08028 Barcelona). Podeu exercir els drets d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació d'aquestes dades davant aquest organisme.



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



PROGRAMA DE DETECCIÓ
PRECOÇ DE CÀNCER DE
CÒLON I RECTE

CARTA DE RECORDATORI



CSB Consorci Sanitari de Barcelona



Benvolgut/uda senyor/a,

Fa unes setmanes us vàrem convidar a participar al **Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte**. Ens consta que ja heu recollit a la farmàcia el material de la prova de sang oculta en femta i per això us volem recordar que, un cop realitzada, **cal que retorneu aquesta prova a qualsevol de les farmàcies de la llista que us vam facilitar**.

Donat que no tenim encara constància que ho hagueu fet, ens permetem insistir en la importància que té aquesta prova per a la vostra salut. Així, doncs, us comuniquem que **disposeu de 15 dies més**, des de la data d'aquesta carta, per realitzar i retornar la prova realitzada.

Els resultats de la prova us seran comunicats en unes setmanes mitjançant una carta o una trucada telefònica. Si us ha sorgit algun imprevist a l'hora de realitzar o retornar la prova, o si teniu qualsevol dubte, poseu-vos si us plau en contacte amb nosaltres.

Hace unas semanas le invitamos a participar en el **Programa de detección precoz de cáncer de colon i recte**. Nos consta que ya ha recogido en la farmacia el material de la prueba de sangre oculta en heces y por ello queremos recordarle que, una vez realizada, **es necesario retornar esta prueba a cualquiera de las farmacias de la lista que se le facilitó**.

Puesto que por el momento no tenemos constancia de que lo haya hecho, nos permitimos insistir en la importancia que esta prueba tiene para su salud. Es por ello que le comunicamos que **dispone de 15 días más**, a partir de la fecha de esta carta, para realizar y retornar la prueba realizada.

Los resultados de la prueba le serán comunicados en unas semanas mediante una carta o una llamada telefónica. Si le ha surgido algún imprevisto al realizar o retornar la prueba, o si tiene cualquier duda, por favor, póngase en contacto con nosotros:

Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte
tel. 932 483 796 a/e: prevenciocolon@hospitaldelmar.cat
Horari: de 8.30 a 15.30h de dilluns a divendres

Cordialment,

Francesc Macià i Guilà
Coordinador del Programa



CARTA DE PDSOF POSITIVA



Consorci Sanitari de Barcelona

IMAS
Institut Municipal
d'Assistència Sanitària



Cognom1 Cognom2, Nom
Adreça
Codi postal – Barcelona
(N.CCCR)

Benvolgut/uda senyor/a,

Com no ha estat possible la comunicació via telefònica, des del **Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte** us comuniquem mitjançant aquesta carta que en la prova de detecció de sang oculta en femta que es va fer el dia _____

Es troben indicis de sang

En la majoria de casos, la presència de sang a les deposicions no implica tenir càncer. Tot i així, per descartar qualsevol possibilitat, us recomanem una exploració de l'interior del budell mitjançant colonoscòpia.

Per a explicar-vos més detingudament el significat d'aquesta troballa, així com en què consisteix la colonoscòpia, truqueu-nos i us donarem una cita a la Consulta de cribatge del Programa:

Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte
tel. 932 483 796 a/e: prevenciocolon@hospitaldelmar.cat
Horari: de 8.30 a 15.30h

Ben cordialment,

Francesc Macià i Guilà
Coordinador del Programa

CARTA DE PDSOF NEGATIVA



C S B Consorci Sanitari de Barcelona

IMAS
Institut Municipal
d'Assistència Sanitària



Cognom1 Cognom2, Nom
Adreça
Codi postal – Barcelona
(N.CCCR)

Benvolgut/uda senyor/a,

_____ Data

El **Programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte** li comunica que el **resultat** de la prova de detecció de sang oculta a femta que es va fer el dia _____

es troba dins de la normalitat

El Programa el tornarà a convidar a fer-se la prova d'aquí a **2 anys**, sempre que tingui menys de 70 anys.

No obstant, si durant aquest temps presenta sang a les deposicions, canvis en els hàbits intestinals o malestar abdominal, **consulti el seu metge**.

Si té qualsevol dubte o desitja més informació, contacti amb nosaltres.

El **Programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte** le comunica que el **resultado** de la prueba de detección de sangre oculta en heces que se hizo el día _____

se encuentra dentro de la normalidad

El Programa le volverá a ofrecer realizarse la prueba dentro de **2 años**, siempre que tenga entonces menos de 70 años.

No obstante, si durante este tiempo presenta sangre en las deposiciones, cambios en los hábitos intestinales o malestar abdominal, **consulte a su médico**.

Si tiene cualquier duda o para más información, por favor, póngase en contacto con nosotros:

Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte
tel. 932 483 796 a/e: prevenciacolon@hospitaldelmar.cat
Horari: de 8.30 a 15.30h

Ben cordialment,

Francesc Macià i Guilà
Coordinador del Programa



CARTA DE CONTACTE



Cognom1 Cognom2, Nom
Adreça
Codi postal – Barcelona
(N.CCCR)
Data

Benvolgut/uda senyor/a,

El **Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte** l'informa que hem intentat comunicar-nos telefònicament amb vostè i no ens ha estat possible.

Li preguem que contacti amb nosaltres, el més aviat possible, per tal de resoldre la següent incidència:

Les nostres dades són:

Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte

☎ 93 227 17 02 @ prevenciocolon@clinic.ub.es

Horari: de 9:00 a 17:00 h. de dilluns a divendres

Agraint per endavant l'atenció prestada i demanant-li disculpes per les molèsties, restem a l'espera de les seves notícies.

Ben cordialment,

Dr. Jaume Grau i Cano
Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte



CARTA DE COLONOSCÒPIA NORMAL



CSB - Consorci Sanitari de Barcelona



Cognom1 Cognom2, Nom
Adreça
Codi postal – Barcelona
(N.CCCR)

Barcelona, xx de xx de xx

Benvolgut/uda senyor/a,

El **Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte** li comunica que el resultat de la colonoscòpia que es va realitzar el dia dd-mm-aaaa

és normal

Des del Programa el/la tornarem a convidar per fer-se la prova de detecció de sang oculta en femta d'aquí a **10 anys**, sempre que aleshores vostè en tingui menys de 70.

De tota manera, si durant aquest temps notés sang a les deposicions, canvis en els hàbits intestinals, dolor abdominal persistent o pèrdua de pes i cansament sense motiu, és important que consulti el seu metge de capçalera.

Per qualsevol dubte o si desitja més informació, contacti amb nosaltres.

Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte
tel. 932 483 796 a/e: prevenciocolon@hospitaldelmar.cat
Horari: de 8.30 a 15.30h

Ben cordialment,

Dr. Francesc Macià Guilà
Coordinador del Programa



ANNEX 5. DIFUSIÓ

PÒSTER DIVULGATIU DEL PROGRAMA



**Programa de
detecció precoç
de càncer de
còlon i recte**

**El programa s'adreça als homes i les dones de 50 a 69 anys
El càncer de còlon i recte es pot curar si es detecta a temps.**

Si voleu més informació, podeu adreçar-vos al vostre metge o metgessa, farmacèutic o farmacèutica habitual, o podeu trucar a

Sanitat Respon 24 hores 902 111 444

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

 PROGRAMA DE DETECCIÓ
PRECOÇ DE CÀNCER DE
CÒLON I RECTE

 COL·LEGI DE
FARMACÈUTICS
DE BARCELONA

Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte

El programa s'adreça als homes i les dones de 50 a 69 anys.

El càncer de còlon i recte

El càncer de còlon i recte és un dels més freqüents entre els homes i les dones de més de 50 anys. Si es detecta a temps, és molt fàcil de tractar i té moltes probabilitats de curar-se.

El càncer colorectal no acostuma a causar cap molestia fins que la malaltia està molt avançada. Per això, és important fer un diagnòstic precoç i detectar-lo abans que comenci a produir símptomes.

Tingueu cura de la vostra salut

- Augmenteu el consum de fruita i verdura.
- Limiteu el consum d'aliments amb greixos d'origen animal.
- Feu exercici físic regularment.
- Eviteu l'obesitat.
- Si beveu, modereu el consum de begudes alcohòliques.
- No fumeu.

Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte

El programa se dirigeix a los hombres y mujeres de 50 a 69 años.

El cáncer de colon y recto

El cáncer de colon y recto es uno de los más frecuentes entre los hombres y mujeres de más de 50 años. Si se detecta a tiempo, es muy fácil de tratar y tiene muchas probabilidades de curarse.

El cáncer colorectal no suele causar ninguna molestia hasta que la enfermedad está muy avanzada. Por esta razón, es importante hacerse un diagnóstico precoz y detectarlo antes de que empiece a producir síntomas.

Cuide su salud

- Aumente el consumo de fruta y verdura.
- Limite el consumo de alimentos con grasas de origen animal.
- Practique ejercicio físico regularmente.
- Evite la obesidad.
- Si bebe, modere el consumo de bebidas alcohólicas.
- No fume.

Si voleu més informació, podeu adreçar-vos al vostre metge o metgessa, farmacèutic o farmacèutica habitual, o podeu trucar a

Sanitat Respon 24 hores
902 111 444

Si deseu més informació, puede dirigirse a su médico o farmacéutico habitual, o puede llamar a Sanitat Respon

Amb la col·laboració de:
Con la colaboración de:

CLÍNICA BARCELONA
Hospital Universitari

hospital del mar

COL·LEGI DE FARMACEUTICS DE BARCELONA

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

PROGRAMA DE DETECCIÓ PRECOÇ DE CàNCER DE CÒLON I RECTE

Què és el Programa de detecció precoç de càncer de colon i recte?

El Programa s'adreça a homes i dones d'entre 50 i 69 anys i consisteix a fer-se, cada dos anys, una prova senzilla i còmoda a casa per detectar si les deposicions contenen petites quantitats de sang que no es veuen a simple vista.

La majoria de vegades el càncer de colon i recte es desenvolupa a partir de petites lesions de l'interior del budell (pòlips). El càncer en la fase més inicial i els pòlips poden sangrar de manera intermitent sense produir cap molestia.

¿Què és el Programa de detecció precoç de càncer de colon i recte?

El Programa se dirige a homes i dones de entre 50 i 69 anys i consisteix en fer-se, cada dos anys, una prova senzilla i còmoda en casa per detectar si les deposicions contenen petites quantitats de sang que no es veuen a simple vista.

La majoria de les vegades el càncer de colon i recte es desenvolupa a partir de petites lesions de l'interior del intestí (pòlips). El càncer en la fase més inicial i els pòlips poden sangrar de manera intermitent sense produir cap molestia.

Com hi podeu participar?

Properament, rebreu una carta amb les instruccions que heu de seguir per fer-vos la prova, que consisteix a recollir una mostra de les vostres deposicions a casa.

Un cop torneu la mostra, s'enviarà al laboratori i, en unes setmanes, us comunicaran el resultat per correu o per telèfon.

¿Cómo puede participar?

Proximamente, recibirá una carta con las instrucciones que debe seguir para hacerse la prueba, que consiste en recoger una muestra de sus deposiciones en casa.

Una vez devuelva la muestra, se enviará al laboratorio y, en unas semanas, le comunicarán el resultado por correo o por teléfono.

Tothom ha de participar-hi?

Heu de consultar el vostre metge o metgessa:

- Si presenteu signes i símptomes de càncer de colon com ara la presència de sang en les deposicions, canvis en els hàbits intestinals durant més de sis setmanes, pèrdua de pes o cansament inexplicables o malestar abdominal persistent.
- Si teniu dos o més familiars de primer grau (pare, germana, filla) diagnosticats de càncer de colon o si teniu un o més familiars de primer grau diagnosticats de càncer de colon abans dels 60 anys.
- Si heu estat diagnosticats de malaltia inflamàto intestinal, pòlips, adenomes o càncer de colon i recte.

¿Todo el mundo debe participar?

Debe consultar a su médico:

- Si presenta signos y síntomas de cáncer de colon como la presencia de sangre en las deposiciones, cambios en los hábitos intestinales durante más de seis semanas, pérdida de peso o cansancio inexplicables o malestar abdominal persistente.
- Si tiene dos o más familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos) diagnosticados de cáncer de colon, o si tiene un o más familiares de primer grado diagnosticados de cáncer de colon antes de los 60 años.
- Si se le ha diagnosticado enfermedad inflamatoria intestinal, poliposis, adenomas o cáncer de colon y recto.

Què heu de fer si en el resultat de la prova no hi ha indicis de sang?

En aquest cas, és poc probable que tingueu un càncer de colon. Tot i així, si teniu molèsties heu de consultar el vostre metge o metgessa.

Passats dos anys, us tornaran a oferir fer-vos la prova.

¿Qué debe hacer si en el resultado de la prueba no hay indicios de sangre?

En este caso, es poco probable que tenga un cáncer de colon. Aun así, si tiene molestias debe consultar a su médico.

Pasados dos años, le volverán a proponer hacerse la prueba.

Què heu de fer si en el resultat de la prova hi ha indicis de sang?

En aquest cas, és probable que tingueu una lesió benigna (com els pòlips) i només en pocs casos la sang s'explica per la presència d'un càncer. Davant d'aquest resultat, us oferiran fer-vos una colonoscòpia, que és una exploració de l'interior del budell que es fa amb sedació i que té un risc baix de complicacions.

¿Qué debe hacer si en el resultado de la prueba hay indicios de sangre?

En este caso, es probable que tenga una lesión benigna (como los pólipos) y solo en pocos casos la sangre se explica por la presencia de un cáncer. Ante este resultado, le propondrán hacerse una colonoscopia, que es una exploración del interior del intestino que se realiza con sedación y que tiene un bajo riesgo de complicaciones.

Quin és el procediment si us detecten un pòlip?

La majoria de pòlips que es detecten són benignes, però en un petit percentatge de casos es poden convertir en càncer. Per això, s'extreuen durant la colonoscòpia.

¿Cuál es el procedimiento si le detectan un pólipo?

La mayoría de los pólipos que se detectan son benignos, pero en un pequeño porcentaje de casos se pueden convertir en cáncer. Por esta razón, se extraen durante la colonoscopia.

Quin és el procediment si us detecten un càncer?

Si el càncer de colon es detecta en la fase inicial, hi ha més probabilitats de curar-se. En aquest cas, us oferiran el tractament més adequat al més aviat possible.

¿Cuál es el procedimiento si le detectan un cáncer?

Si el cáncer de colon se detecta en su fase inicial, hay más probabilidades de curarse. En este caso, le ofrecerán el tratamiento más adecuado lo antes posible.

ANNEX 6. MATERIAL PER A LES OFICINES DE FARMÀCIA ADHESIU IDENTIFICATIU DEL PROGRAMA



DÍPTIC D'INSTRUCCIONS PER A LA PDSOF

Informació que cal saber

- No realitzar la prova si presenta hemorroides sanguinants o menstruació fins que no hagin transcorregut 3 dies sense pèrdues de sang.
- Evitar la contaminació de la femta amb orina.
- No és necessari estar en dejú ni seguir cap dieta abans de la realització de la prova.
- Prendre medicació no interfereix en la realització de la prova.
- No ingerir el líquid del tub. Si el líquid entra en contacte amb els ulls, la boca o la pell, esbandir amb aigua abundant i, si és necessari, consultar al seu metge o farmacèutic.
- Comunicar la pèrdua de la prova o qualsevol entrebanc que hagi sorgit durant la realització de la mateixa al farmacèutic.

LA PREVENCIÓ ÉS EL MILLOR TRACTAMENT
LA PREVENCIÓN ES EL MEJOR TRATAMIENTO

Informació que debe saber

- No realizar la prueba si presenta hemorroides sangrantes o menstruación hasta que no hayan pasado 3 días seguidos sin pérdidas de sangre.
- Evitar la contaminación de las heces con orina.
- No es necesario estar en ayunas ni seguir ninguna dieta antes de la realización de la prueba.
- Tomar medicación no interfiere en la realización de la prueba.
- No ingerir el líquido del tubo. Si el líquido entra en contacto con los ojos, la boca o la piel, enjuagar con agua abundante y, si es necesario, consultar a su médico o farmacéutico.
- Comunicar la pérdida de la prueba o cualquier inconveniente sufrido durante la realización de la misma al farmacéutico.

Per qualsevol informació:
Para cualquier información:

Truqui al telèfon de contacte del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Còlon i Recte del seu hospital de referència.
Llame al teléfono de contacto del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de su hospital de referencia.

PROGRAMA DE DETECCIÓ PRECOÇ DE CÀNCER DE CÒLON I RECTE

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO



INSTRUCCIONS PER A LA RECOLLIDA DE MOSTRA
INSTRUCCIONES PARA LA RECOGIDA DE MUESTRA

INSTRUCCIONS PER A LA RECOLLIDA DE MOSTRA
INSTRUCCIONES PARA LA RECOGIDA DE MUESTRA



1
Extrant el tub de la bossa verda.
Extraer el tubo de la bolsa verde.



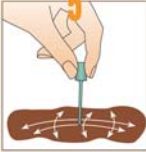
2
Anotar nom, edat i data de recollida de la mostra a l'etiqueta del tub.
Anotar nombre, edad y fecha de recogida de la muestra en la etiqueta del tubo.



3
Col·locar una capa de paper higiènic al vàter i, si es pot, assegurar-ho de cara al vàter.
Colocar una capa de papel higiénico en el váter y sentarse, si es posible, de cara al mismo.



4
Desmenrar el tap verd i extreure el bastonell.
Desmenrar el tapón verde y extraer el bastoncillo.



5
Posar en contacte la punta del bastonell amb la femta i fer lliscar la punta dibuixant línies horitzontals i verticals.
Poner en contacto la punta del bastoncillo con las heces y deslizar la punta dibujando líneas horizontales y verticales.



6
N'hi ha prou amb poca quantitat de mostra.
Es suficiente con poca cantidad de muestra.



7
Ficar el bastonell dins del tub, tancar-lo bé i agitar durant uns segons.
Introducir el bastoncillo dentro del tubo, taparlo bien y agitar durante unos segundos.



8
Guardar el tub a la bossa verda i retornar-lo, el més aviat possible, a l'Oficina de Farmàcia. Mentrestant, conservar la mostra un màxim de 3 dies a la nevera.
Guardar el tubo en la bolsa verde y devolverlo a la Oficina de Farmacia. Mientras, conservar la muestra un máximo de 3 días en la nevera.

OC-SENSOR[®]




Palex

PROTOCOL D'ACTUACIÓ FARMACÈUTICA



1. LA PERSONA VE A RECOLLIR LA PROVA (una persona pot venir a recollir les proves de diferents individus)

EL FARMACÈUTIC HA DE:

- 1a. Recordar a la persona que si s'ha realitzat una colonoscòpia o si té antecedents personals o familiars de càncer de còlon i recte, truqui al telèfon del Programa del centre hospitalari de referència, abans de participar.
- 1b. Demanar la Carta d'Invitació (2^a carta que haurà rebut al domicili que porta el codi de barres i el consentiment a participar en el Programa).
 - Verificar que el Nom i Cognoms que figuren a la carta són els de la persona que té davant, comprovar que està signada i degudament completada.
 - Demanar el telèfon de contacte, si no hi figura.
 - Si ve a recollir més d'una prova, demanar les cartes d'invitació de les persones corresponents.
- 1c. Lliurar la prova i el díptic d'instruccions de recollida de la mostra.
 - Enganxar i fixar amb cinta adhesiva l'etiqueta del tub a l'espai que es deixa a la carta.
 - Anotar el nom de la persona corresponent a l'etiqueta de cada tub, si ve a recollir més d'una prova.
 - Recalcar a la persona que si recull més d'una prova, eviti confusions a l'hora de lliurar-les als diferents destinataris.
 - Informar a la persona dels punts claus per una correcta recollida de la mostra de femta.
 - Insistir que ha de retornar la prova en un temps màxim de 15 dies a l'oficina de farmàcia i que, un cop feta, s'ha de retornar a la farmàcia en un temps màxim de 3 dies.
- 1d. Desar la carta d'invitació a la carpeta del Programa i lliurar-la al distribuïdor a la pròxima recollida, ENCARA QUE LA PERSONA NO HAGI TORNAT LA PROVA.



PUNTS CLAU A RECALCAR A LA PERSONA ABANS DE RECOLLIR LA MOSTRA

- Anotar la data de recollida de la mostra a l'etiqueta del tub.
- No és necessari estar en dejú ni fer cap dieta especial per recollir la mostra.
- No recollir la mostra si presenta hemorroides sagnants o té la menstruació, esperar-se 3 dies sense observar sang en les deposicions.
- Retornar la mostra en un període màxim de 15 dies des del dia que la va a buscar a la farmàcia.
- Agitar uns segons el tub després de recollir la mostra i retornar-lo a l'oficina de farmàcia el més aviat possible. Mentrestant, conservar un màxim de 3 dies a la nevera. Evitar exposar la prova a altes temperatures i no deixar-la a raig de sol.
- Comunicar al farmacèutic o al Programa la pèrdua de la prova o qualsevol problema que hagi sorgit durant la recollida de la mostra, per tal de repetir la prova.

Si la persona comenta algun dels símptomes que s'especifiquen a continuació, s'ha de dirigir al seu metge de capçalera abans de participar:

- Presència de sang a les deposicions o
- Canvis en els hàbits intestinals durant més de 6 setmanes o
- Pèrdua de pes o cansament inexplicables o
- Malestar abdominal persistent.

2. LA PERSONA VE A RETORNAR LA PROVA (una persona pot venir a retornar les proves de diferents individus)

EL FARMACÈUTIC HA DE:

- 2a. Demanar i anotar, si no hi ha la data de recollida de la mostra, quin dia la va recollir i si ha estat refrigerada. Rebutjar totes les mostres on es desconeix aquesta informació.

Si han transcorregut, des de la recollida de la mostra:

- <5 dies → acceptar mostra (independentment de si ha estat, o no, refrigerada)
- 5-7 dies → només acceptar-la si ha estat a la nevera
- >7 dies → rebutjar mostra
- Si hi ha qualsevol dubte, posar-se en contacte amb el Programa

Informar que l'hospital li comunicarà els resultats de la prova en el termini de 10-15 dies per carta o per telèfon.

2b. Si tot és correcte, emmagatzemar la prova a la caixa habilitada i entregar-la al distribuïdor a la pròxima recollida.

HA DE REPETIR LA RECOLLIDA DE LA MOSTRA LA PERSONA QUE

- Ha perdut la prova o l'entrega en males condicions d'higiene i d'integritat física
- No recorda la data de recollida de la mostra o han passat >7 dies des de la data de recollida de la mostra
- Es presenta a l'oficina de farmàcia amb dues proves (cas de matrimonis) i té dubtes de la pertinença de la prova.

PASSOS PER REPETIR LA RECOLLIDA DE MOSTRA

El farmacèutic truca al telèfon del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte de l'hospital de referència i especifica:

- Nom i cognoms de la persona (a ser possible tal i com figura a la targeta sanitària)
- Numeració del codi de barres de la prova que es rebutja
- Motiu pel qual s'ha de repetir la mostra
- Telèfon i nom de l'oficina de farmàcia.

La persona rebrà en una setmana, aproximadament, una nova carta d'invitació per recollir la prova a l'oficina de farmàcia.

Per més informació o per qualsevol incidència/dubte:
Programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte
Hospital Clínic: 93 227 17 02
Hospital del Mar: 93 248 37 96

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA COL·LABORACIÓ

ESQUEMA D'ACTUACIÓ FARMACÈUTICA



PROGRAMA DE DETECCIÓ
PRECOÇ DE CÀNCER DE
CÒLON I RECTE



COL·LEGI DE
FARMACÈUTICS
DE BARCELONA

Esquema d'actuació farmacèutica

1

**Persona arriba amb la carta
d'invitació**



1. Recordar situacions en què cal que la persona truqui al Programa abans de fer-se la prova
 - Colonoscòpia prèvia
 - Antecedents personals o familiars de càncer colorectal
 2. Recollir la carta d'invitació
 3. Agafar una prova i treure'n una de les etiquetes
 - Comprovar:** 1. Nom i cognoms; 2. Signatura, 3. Telèfon
 - Si ve a recollir més d'una prova, anotar el nom de la persona corresponent a l'etiqueta de CADA prova.
 4. Enganxar (amb cinta adhesiva) l'etiqueta de la prova a la carta
 5. Desar la carta d'invitació signada i amb l'etiqueta a la carpeta del programa
 - Si presenta **hemorroides sagnants o té la menstruació** → Ha d'esperar **3 dies** sense observar sang en les deposicions
 6. Entregar la prova + díptic d'instruccions. Explicar el procés de recollida de la mostra
 - Recomanar llegir les instruccions i que anoti data de recollida mostra a la prova
 - Insistir en fer i retornar ràpidament la prova
- ↓
- Distribuïdor farmacèutic s'emporta la carta d'invitació
- NO CAL esperar a rebre la mostra de la persona

Per qualsevol dubte o incidència:
tel. 932 483 796 Horari: de 8.30 a 15.30h
prevenciocolon@hospitaldelmar.cat

2

Persona entrega la prova



Dipositar la prova a la caixa habilitada



Informar a la persona que l'hospital li comunicarà els resultats de la prova en el termini de 15 dies per carta o per telèfon



Distribuïdor farmacèutic s'emporta la prova

- Comprovar** la data de recollida de la mostra:
 - <5 dies → acceptar mostra (independentment de si ha estat, o no, refrigerada)
 - 5-7 dies → només acceptar-la si ha estat a la nevera
 - >7 dies → rebutjar mostra i trucar al Programa

*Moltes gràcies
per la vostra col·laboració*

