

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

PLA FUNCIONAL

Oficina Tècnica de Barcelona
www.prevenciacolonbcn.org



Generalitat de Catalunya
**Departament
de Salut**



PROGRAMA DE DETECCIÓ
PRECOÇ DE CÀNCER DE
CÒLON I RECTE

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari



HOSPITAL DE LA
SANTA CREU I
SANT PAU
UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

 **Vall d'Hebron**
Hospital

 **CONSELL DE
COL·LEGIS FARMACÈUTICS
DE CATALUNYA**

Com citar aquest document:

Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte de Barcelona. Pla funcional. Barcelona: Hospital Clínic, Hospital del Mar - Parc de Salut MAR, Col·legi de Farmacèutics de Barcelona; 2a edició; 2019. (Data d'actualització: mes i any)

La versió més actualitzada d'aquest document es pot descarregar a: www.prevenciacolonbcn.org/professionals/

Disseny i maquetació: Elvira Romero

Fotografies i imatges: Oficina Tècnica del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte de Barcelona, Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

ISBN: 978-84-09-17276-4

Qualsevol forma de reproducció, distribució, comunicació pública o transformació d'aquesta obra pot ser realitzada amb l'autorització dels seus titulars, excepte en els supòsits previstos en la llei. Per a qualsevol consulta podeu dirigir-vos a: www.prevenciacolonbcn.org/contacte/



Abans d'imprimir aquest document, penseu bé si és necessari fer-ho. El medi ambient és responsabilitat de tots.



Edició 2019

PLA FUNCIONAL

Última actualització:
desembre 2019

COMPOSICIÓ DEL GRUP DE TREBALL

Coordinació general del document

ANDREA BURÓN

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

ANNA SERRADESANFERM

Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia, Hospital Clínic de Barcelona

Redacció i revisió del document

MONTSERRAT ANDREU

Servei de Digestologia, Hospital del Mar, Barcelona

JOSEP MARIA AUGÉ

Servei de Bioquímica i Genètica Molecular, Hospital Clínic de Barcelona

GUILLERMO BAGARIA

Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

CARME BENI

Direcció Unitat Transversal, Regió Sanitària Barcelona,
Consorti Sanitari de Barcelona, Servei Català de la Salut

XAVIER BESSA

Servei de Digestologia, Hospital del Mar, Barcelona

MONTSERRAT BONILLA

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

ANDREA BURÓN

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

ANTONI CASTELLS

Servei de Gastroenterologia, Hospital Clínic de Barcelona

XAVIER CASTELLS

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

ARIADNA CERVIA

Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

MARTA DIGÓN

Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia, Hospital Clínic de Barcelona

JOAN DOT

Servei d'Endoscòpia Digestiva, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

JOSEP ALFONS ESPINÀS

Pla Director d'Oncologia, Departament de Salut

MARIA ESTRADA

Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

VANESSA GONZÁLEZ

Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia, Hospital Clínic de Barcelona

JAUME GRAU

Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia, Hospital Clínic de Barcelona

COMPOSICIÓ DEL GRUP DE TREBALL (CONTINUACIÓ)

Redacció i revisió del document

RAFAEL GUAYTA

Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya

CRISTINA HERNÁNDEZ

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

FRANCESC MACIÀ

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

MARIA PELLISÉ

Servei d'Endoscòpia Digestiva, Hospital Clínic de Barcelona

ÀNGELS POZO

Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia, Hospital Clínic de Barcelona

TERESA PUIG

Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública,
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

CRISTINA RODRÍGUEZ

Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

ELVIRA ROMERO

Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia, Hospital Clínic de Barcelona

ANNA SERRADESANFERM

Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia, Hospital Clínic de Barcelona

JUDIT SIVILLA

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

ISABEL TORÁ

Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia, Hospital Clínic de Barcelona

ANTONI TRILLA

Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia, Hospital Clínic de Barcelona

Han contribuït també a enriquir el contingut d'aquest document els membres del Comitè Executiu i de les seves diferents comissions de treball (*Comissió Administrativa, Comissió Clínica, Comissió de Comunicació, Comissió de Recerca, Comissió Logística*) del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte de Barcelona:

Rafael Abós-Herrándiz, Eva Abril, Nino Abuladze, Lara Aguilera, Isabel Eugenia Amatriain, Josep Maria Augé, Anna Aymar, Guillermo Bagaria, Carme Beni, Xavier Bessa, Montserrat Bonilla, Andrea Burón, Juan Carlos Camúñez, Antoni Castells, Xavier Castells, Ariadna Cervià, Marta Digón, Joan Dot, Maria Estrada, Eva Fernández, Anna Formento, Imma Godoy, Vanessa González, Jordi Gordillo, Jaume Grau, Rafael Guayta, Cristina Hernández, Marià Jiménez, Glòria Lagarriga, Francesc Macià, Carolina Marín, Lara Martínez, Miquel Masachs, Maria Àngels Mercader, Maria Àngels Milà, Marianette Murzzi, Maria Pellisé, Mercè Pintanel, Àngels Pozo, Teresa Puig, César Rodríguez, Cristina Rodríguez, Elvira Romero, Pere Roura, Anna Serradesanferm, Judit Sivilla, Ana María Tabares, Isabel Torá, Natàlia Vázquez.



Agraïments:

En nom del Programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte de Barcelona volem donar les gràcies en primer lloc a totes les persones sense les quals aquest Pla funcional no seria una realitat. Moltes gràcies a tots els/les professionals que heu invertit el vostre temps en la redacció i revisió dels diferents apartats d'aquest document.

Moltes gràcies també a Palex Medical per la seva ajuda en el finançament del document. En segon lloc, volem fer palès el nostre agraïment a totes les persones que en el seu dia a dia són el motor i l'energia del Programa, sigui tant des de l'Oficina Tècnica i les Unitats de cribratge com des dels hospitals, les oficines de farmàcia comunitària i els centres d'atenció primària.

Gràcies també a totes les institucions i entitats que van posar en marxa el Programa i en fan possible el bon funcionament, Departament de Salut, CatSalut, Consorci Sanitari de Barcelona, Pla Director d'Oncologia, Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya, Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, Alianza para la prevención del cáncer de colon i a les empreses col·laboradores amb el Programa: Alliance Healthcare, Grupo Cofares, Fedefarma i Grupo Hefame.

Finalment, volem fer extensiu l'agraïment a totes les persones que amb la seva participació en el Programa ens demostren la seva confiança i a les que mitjançant els seus suggeriments ens ajuden a millorar-lo.

Moltes gràcies a tots per contribuir a la prevenció del càncer de còlon i recte a la ciutat de Barcelona!

ÍNDEX

	PÀG.
1. Introducció	9
2. Funcionament del Programa	17
2.1 Algoritme del funcionament del Programa	18
2.2 Població diana i elegible del Programa	19
2.3 Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació	21
2.4 Circuit de la prova de detecció de sang oculta en femta	34
2.5 Traçabilitat del circuit de mostres i cartes	45
2.6 Consulta de cribratge	53
2.7 Colonoscòpia	60
2.8 Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques	70
3. Formació i acreditació de les farmàcies comunitàries	76
4. Pla de comunicació	81
5. Avaluació del Programa: indicadors	89
6. Annexos	100
6.1 Cartes i material informatiu del Programa	101
6.1.1 Carta d'invitació al Programa	102
6.1.2 Fulletó informatiu del Programa	103
6.1.3 Instruccions de com recollir la mostra de femta	104
6.1.4 Pòster divulgatiu del Programa	105
6.1.5 Adhesiu identificatiu de la farmàcia	106
6.1.6 Etiqueta identificativa de les bosses de la farmàcia	107
6.1.7 Carta de reinvitació al Programa	108
6.1.8 Carta de contacte amb el Programa	109
6.1.9 Carta de resultat negatiu	110
6.1.10 Carta de recordatori de retorn de material	111
6.1.11 Carta de mala qualitat	112
6.1.12 Carta informant del resultat positiu	113
6.1.13 Carta de rebuig de colonoscòpia	114
6.1.14 Carta de colonoscòpia normal	115
6.1.15 Carta de no presentació a la primera visita infermera	116
6.1.16 Carta de colonoscòpia no concloent	117
6.1.17 Carta de no presentació a la colonoscòpia	118
6.2 Mapa de les Àrees integrals de salut (AIS) de Barcelona	119
6.3 Algoritme del circuit del Programa	120
6.4 Actuació davant de situacions que poden comportar l'exclusió del Programa	121
6.5 Protocol per a la identificació i registre de casos de càncer d'interval	125
6.6 Protocol d'actuació farmacèutica	130
6.7 Protocol de mala qualitat de la prova de cribratge	131
6.8 Protocol de comunicació de resultats de la pdsof del Programa	135
6.9 Document de requisits mínims de qualitat de l'informe de la colonoscòpia	138
6.10 Pautes en persones que prenen fàrmacs antiagregants o anticoagulants	141

SIGLES

ABS	Àrea Bàsica de Salut
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
CDB	Centre de Diagnòstic Biomèdic
COFB	Col·legi de Farmacèutics de Barcelona
CIP	Codi d'Identificació Personal
CMBD	Conjunt Mínim Bàsic de Dades
DNI	Document Nacional d'Identitat
LNAIR	Lesió no associada a increment de risc
LRA	Lesió de risc alt
LRB	Lesió de risc baix
LRI	Lesió de risc intermedi
MII	Malaltia Inflamatòria Intestinal
NCCR	Número de registre Cribratge Colorectal
OPDPCC	Oficina del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Catalunya
OT	Oficina Tècnica del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte
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, Hospital Clínic de Barcelona
SCS	Servei Català de la Salut
SIL	Sistema Informàtic del Laboratori
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
UC-Sant Pau	Unitat de Cribratge de l'Hospital de Sant Pau
UC-Vall d'Hebron	Unitat de Cribratge de l'Hospital Vall d'Hebron



INTRODUCCIÓ

1. INTRODUCCIÓ

1. Introducció

1.1 Epidemiologia del càncer de còlon i recte

1.2 Detecció precoç del càncer de còlon i recte

1.3 Característiques del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte

Objectius del Programa

Població diana

Prova de cribratge:
prova de detecció
immunoquímica de
sang oculta en femta

Prova diagnòstica:
colonoscòpia

1.4 Estructura organitzativa del Programa

1.5 Sistemes informàtics del Programa

1.6 Atenció Primària i Farmàcies comunitàries

1.7 Referències bibliogràfiques

1.1 Epidemiologia del càncer de còlon i recte

El càncer de còlon i recte (CCR) és el càncer més freqüent per al conjunt de la població i cada any se'n diagnostiquen a Catalunya més de 6.000 casos nous. Si mirem la freqüència per separat en homes i dones, el CCR és el segon en homes després del càncer de pròstata i el segon en dones després del de mama. Dins del context europeu, Catalunya presenta una incidència elevada (47,9 i 28,2 per 100.000 homes i dones, respectivament) i un creixement, sobretot en homes, més elevat si es compara amb el conjunt dels registres espanyols, amb un increment anual des del 1994 de l'1,3% en els homes i del 0,5% en les dones. El CCR és la segona causa de mort per càncer a Catalunya, tant en homes com en dones, amb unes 2.600 morts anuals. La tendència recent indica una clara estabilització de la mortalitat en homes i un descens en dones¹.

La majoria dels CCR es desenvolupen a partir de lesions neoplàstiques premalignes (adenomes i lesions serrades). No obstant això, la presència d'aquestes lesions 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 pronòstic².

Els principals factors de risc del CCR són l'edat (més risc a major edat, la majoria de càncers es diagnostiquen a partir dels 50 anys), l'obesitat, determinats hàbits dietètics (consum de carn processada i probablement també de carn vermella) i d'estil de vida (consum de tabac i d'alcohol superior a 30 grams diaris), així com els antecedents personals i familiars d'aquesta neoplàsia i de pòlips. És possible també que un consum baix de fruites i verdures augmenti el risc d'aquest càncer. El principal factor protector és l'exercici físic i s'ha observat que el consum de fibra, així com de calci, llet i derivats làctics també exerceix un efecte protector envers aquest tumor. Hi ha evidència que el consum de peix, d'aliments amb vitamina C i vitamina D, així com els suplementes vitamínics també actuen com a agents protectors³.

1. INTRODUCCIÓ

Els antecedents familiars de CCR són un factor de risc del CCR, especialment important quan es parla de les síndromes polipòsiques 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 Clíriques d'Alt Risc de Càncer de Còlon i Recte (CAR-CCR)².

1.2 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) ha demostrat la seva eficàcia en assaigs controlats aleatoritzats (nivell d'evidència 1, grau de recomanació A)². Diversos estudis han demostrat que la PDSOF pot reduir la mortalitat causada per CCR^{4,5}. 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%^{6,7}. A més, el cribratge amb PDSOF també pot reduir la incidència de CCR mitjançant la detecció i posterior resecció dels pòlips adenomatosos⁸.

Per a més informació referent a la prevenció del CCR, podeu consultar:

» *Diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2018. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*

» *Les Guies europees de qualitat del cribratge i diagnòstic del càncer colorectal (European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis)*

Dels diferents tipus de proves per detectar sang oculta en femta, el Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte (PDPCCR) de Barcelona utilitza la immunoquímica. La sensibilitat envers el càncer de la PDSOF immunoquímica varia entre un 70% i 85%; l'especificitat, entre un 92% i 95%⁹. La sensibilitat per detectar pòlips de més probabilitat de malignització (amb mida >10 mm) és del 10-20%. S'ha vist que el mètode immunoquímic 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®)¹⁰.

El cribratge amb PDSOF **redueix la mortalitat** i també pot **reduir la incidència** de CCR mitjançant la detecció i posterior resecció dels pòlips adenomatosos



1. INTRODUCCIÓ

1.3 Característiques del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte

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, l'any 2008 el Pla Director d'Oncologia va establir fer extensiu el cribratge del càncer de còlon i recte a tota la població.

El PDPCCR s'inicia l'1 de desembre de 2009 a les Àrees Integrals de Salut (AIS) Barcelona Esquerra (Hospital Clínic) i Litoral Mar (Hospital del Mar) i, posteriorment, el 28 de setembre de 2015 s'estén a les AIS Barcelona Dreta (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau) i Barcelona Nord (Hospital Vall d'Hebron).

Mapa de les Àrees integrals de salut (AIS) de Barcelona amb les seves corresponents Àrees Bàsiques de Salut (ABS) (*Annex 6.2*)

AIS Barcelona Dreta

Inclou 16 Àrees Bàsiques de Salut

AIS Barcelona Esquerra

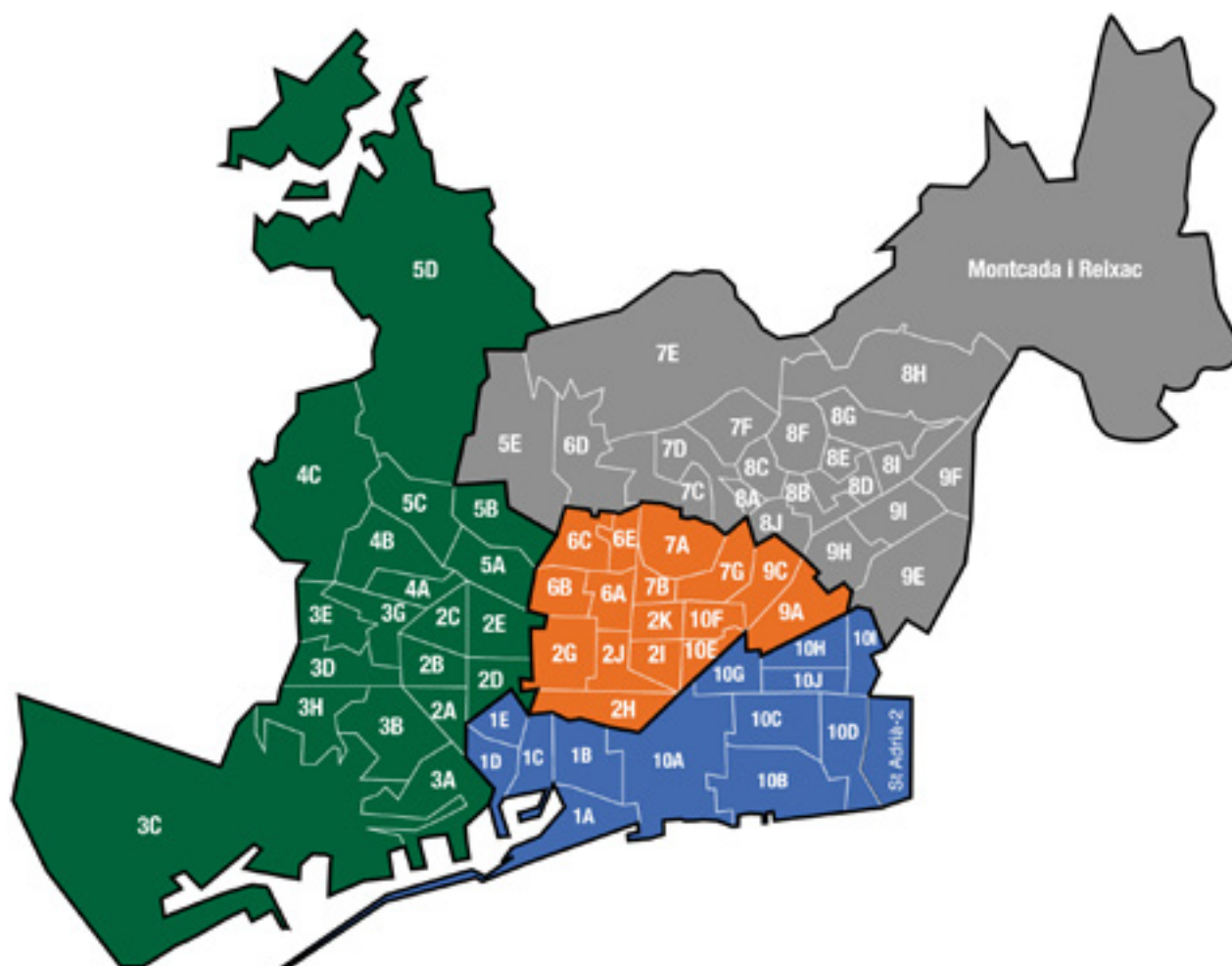
Inclou 19 Àrees Bàsiques de Salut

AIS Barcelona Nord

Inclou 21 Àrees Bàsiques de Salut

AIS Barcelona Litoral Mar

Inclou 14 Àrees Bàsiques de Salut



1. INTRODUCCIÓ

Objectius del Programa

Objectiu principal

- Reduir la mortalitat i la incidència per CCR mitjançant la detecció i tractament en fases inicials del càncer i de l'extirpació de les lesions colorectals premalignes

Objectius secundaris

- Possibilitar l'accessibilitat al PDPCCR de totes les persones residents a la ciutat de Barcelona de 50-69 anys per obtenir una participació igual o superior al 50%
- En les àrees on s'hagi assolit el nivell mínim d'accessibilitat i participació, treballar per assolir una participació igual o superior al 65%
- Assegurar que més del 80% dels professionals de l'Atenció Primària i altres professionals sanitaris i agents de salut de la ciutat de Barcelona coneguin el PDPCCR
- Assegurar que més del 90% de la població diana conegui el PDPCCR

Un dels objectius del Programa és **assegurar que més del 90% de la població diana** conegui el PDPCCR

Població diana

Homes i dones de 50 a 69 anys amb residència a les AIS Barcelona Esquerra, Litoral Mar, Barcelona Dreta i Barcelona Nord, segons el Registre Central d'Assegurats (RCA).

Criteris d'exclusió definitiva del PDPCCR:

- Antecedents personals de CCR
- Antecedents familiars de CCR: 2 o més familiars de primer grau (parens, germans o fills) diagnosticats de CCR, o bé 1 o més familiars de primer grau diagnosticat de CCR abans dels 60 anys
- Antecedents familiars de síndrome de Lynch, de poliposi adenomatosa familiar o d'altres síndromes polipòsiques
- Antecedents de patologia colorectal tributària d'un seguiment específic (pòlips colorectals, malaltia inflamatòria intestinal, etc.)
- Malaltia terminal o malaltia/invalidesa greu que contraindiqui l'estudi posterior del còlon
- Antecedent de proctocolectomia total

Criteris d'exclusió temporal del PDPCCR:

- 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
- Exploracions colorectals amb resultat normal realitzades en els últims 5 anys
- Malaltia o invalidesa que contraindiqui de forma temporal l'estudi posterior del còlon

1. INTRODUCCIÓ

Prova de cribratge: prova de detecció immunoquímica de sang oculta en femta

La PDSOF immunoquímica semiquantitativa 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 en un tub col·lector (Figura 1). El tub conté un líquid que conservarà l'hemoglobina de la femta, en cas que hi hagi restes de sang.

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



La prova s'entrega al participant a la farmàcia comunitària juntament amb un díptic d'instruccions de com cal recollir la mostra. Una vegada recollida la mostra, la prova s'ha de portar el més aviat possible a la farmàcia 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 la persona que realitza la PDSOF presenta hemorroides sagnants o la menstruació en aquell moment, ha de deixar passar 3 dies sense observar sang en les deposicions abans de recollir la mostra.

Prova diagnòstica: colonoscòpia

La prova d'elecció per a la investigació dels casos positius en la PDSOF és la colonoscòpia amb sedació. 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 sedació, a la pròpia colonoscòpia o a l'extirpació dels pòlips són poc freqüents: dolor abdominal, alteracions cardio-respiratòries, infecció, hemorràgia (3 per 1.000), perforació (1-2 per 1.000) i mort (1-3 per 10.000).

1.4 Estructura organitzativa del Programa

L'Oficina Tècnica (OT) del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Còlon i Recte de Barcelona és responsable de la gestió integral del Programa: des de l'enviament de cartes, el seguiment del cronograma d'Àrees Bàsiques de Salut establert, la lectura de la PDSOF, efectuada al Servei de Bioquímica i Genètica Molecular del Centre de Diagnòstic Biomèdic (SBGM-CDB) de l'Hospital Clínic fins a la notificació dels resultats. L'OT està formada per professionals de l'Hospital Clínic i de l'Hospital del Mar.

Alhora, els quatre hospitals participants en el PDPCCR disposen cadascun d'una Unitat de Cribratge (UC-Clínic, UC-Mar, UC-Sant Pau i UC-Vall d'Hebron) que compta amb una Consulta de Cribratge, on es visiten els participants amb resultat positiu en la PDSOF, i amb un Gabinet d'Endoscòpia on es realitzen les colonoscòpies.

1.5 Sistemes informàtics del Programa

El PDPCCR a Barcelona fa servir com a aplicació informàtica principal la plataforma de l'Oficina del Programa de detecció precoç de càncer de Catalunya. Aquesta aplicació informàtica (d'ara endavant, aplicació del Programa) permet dur a terme i enregistrar tota l'activitat, des de la càrrega de

1. INTRODUCCIÓ

la població diana fins a l'enviament de cartes i la introducció d'informació clínica.

Per altra banda, el SBGM-CDB disposa d'un Sistema Informàtic del Laboratori (SIL) per gestionar l'entrada i lectura de les proves i l'enviament de resultats de la PDSOF a un servidor des d'on s'incorporen a l'aplicació del Programa.

Per a la gestió de les PDSOF a les farmàcies comunitàries i la traçabilitat de les mostres, el Col·legi de Farmacèutics de Barcelona (COFB) utilitza una aplicació informàtica (d'ara endavant aplicació COFB) per gestionar l'enregistrament i traçabilitat de les mostres des de les farmàcies fins a arribar al SBGM-CDB.

1.6 Atenció Primària i Farmàcies comunitàries

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 el primer professional de la salut que entra en contacte directe amb els participants i és qui realitza el procés d'entrega, explicació i recollida de la prova de cribratge. El farmacèutic també detecta aquelles persones amb antecedents familiars de càncer colorectal i amb colonoscòpies ja realitzades i les deriva a l'Oficina Tècnica del PDPCCR per tal en faci una valoració i decideixi si és o no adient que hi participin.

L'equip d'Atenció Primària és qui realitza el seguiment de les persones amb determinades troballes endoscòpiques detectades pel PDPCCR, com es detalla més endavant. Alhora, identifica possibles exclusions del PDPCCR durant el dia a dia de la consulta de primària.

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

1. INTRODUCCIÓ

1.7 Referències bibliogràfiques

1. Pla Director d'Oncologia de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. El Càncer a Catalunya: Monografia 2016. Disponible a: www.cancer.gencat.cat/web/ca/professionals/estadistiques/MONO-2018.pdf
2. Castells A, Castellví-Bel S, Balaguer F. Concepts in familial colorectal cancer: where do we stand and what is the future? *Gastroenterology*. 2009 Aug;137(2):404-9. doi: 10.1053/j.gastro.2009.06.015. Epub 2009 Jun 21. Review.
3. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and colorectal cancer. Disponible a: www.dietandcancerreport.org
4. Towler B, Irwig L, Glasziou P, Kewenter J, Weller D, Silagy C. A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, hemoccult. *BMJ*. 1998 Aug 29;317(7158):559-65.
5. Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 4;(1):CD001216. Review.
6. Jørgensen OD, Kronborg O, Fenger C. A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial creening rounds. *Gut*. 2002 Jan;50(1):29-32.
7. Scholefield JH, Moss S, Sufi F, Mangham CM, Hardcastle JD. Effect of faecal occult blood screening on mortality from colorectal cancer: results from a randomised controlled trial.*Gut*. 2002 Jun;50(6):840-4.
8. Mandel JS, Church TR, Bond JH, Ederer F, Geisser MS, Mongin SJ, Snover DC, Schuman LM. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *N Engl J Med*. 2000 Nov 30;343(22):1603-7.
9. Lee JK, Liles EG, Bent S, Levin TR, Corley DA. Accuracy of fecal immunochemical tests for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2014;160(3):171-81.
10. Van Rossum LG, van Rijn AF, Laheij RJ, van Oijen MG, Fockens P, van Krieken HH, Verbeek AL, Jansen JB, Dekker E. Random comparison of guaiac and immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer in a screening population. *Gastroenterology*. 2008 Jul;135(1):82-90.

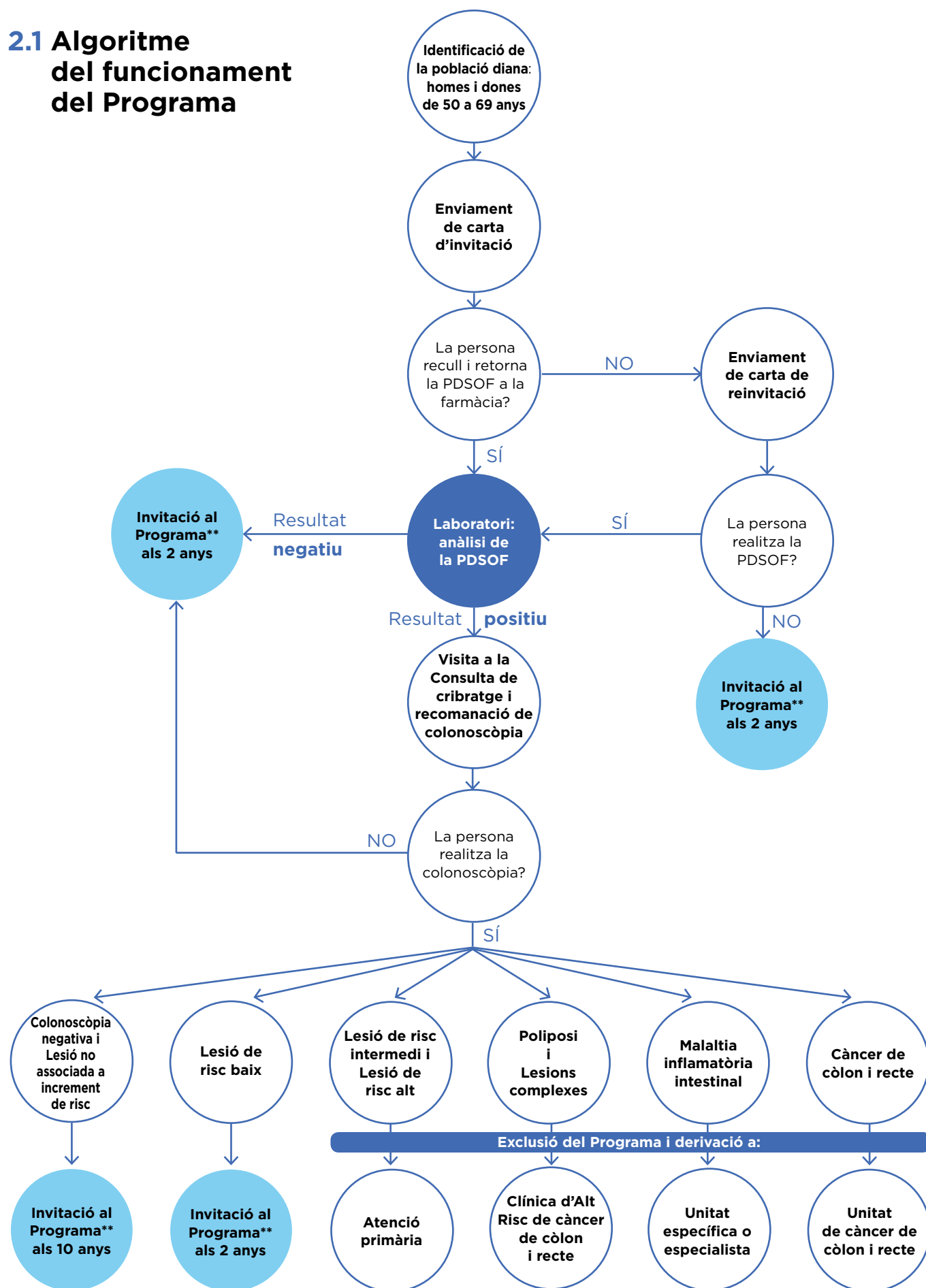


FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

- 2.1 Algoritme del funcionament del Programa**
- 2.2 Població diana i elegible del Programa**
- 2.3 Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació**
- 2.4 Circuit de la prova de detecció de sang oculta en femta**
- 2.5 Traçabilitat del circuit de mostres i cartes**
- 2.6 Consulta de cribratge**
- 2.7 Colonoscòpia**
- 2.8 Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques**

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.1 Algoritme del funcionament del Programa



* PDSOF: Prova de detecció de sang oculta en femta

** Quan l'edat prevista per a la següent invitació sigui superior als 69 anys, la recomanació des del Programa serà la d'adreçar-se al seu metge/essa d'atenció primària perquè decideixi el control més adient en cada cas

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.2 Població diana i elegible del Programa

» Resum del procés

» Descripció del procés

- Actualització del Registre Central d'Assegurats
- Actualització del Conjunt Mínim Bàsic de Dades
- Encreuament del Registre Central d'Assegurats amb el Conjunt Mínim Bàsic de Dades
- Encreuament amb bases de dades hospitalàries

» Alteracions del procés o incidències

2.2 Població diana i elegible del Programa

Resum del procés

Responsables

- Oficina del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Catalunya (OPDPCC)
- Data Managers de l'Oficina Tècnica (OT) del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte de Barcelona
- OT del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte de Barcelona (PDPCCR)

Accions, procediments

- Accés i actualització constant del Registre Central d'Assegurats (RCA) des de l'aplicació del Programa
- Encreuament de l'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 (de manera no sistemàtica)

Aplicació informàtica

- S'incorpora el nou RCA i l'aplicació del Programa genera els canvis d'adreça i les exclusions
- Es carrega el CMBD a l'aplicació del Programa i aquesta genera les exclusions per neoplàsia colorectal prèvia

Cadència, freqüència, intervals

- L'RCA i el CMBD s'actualitzen periòdicament
- Cada vegada que es genera població diana (cada vegada que es comença una nova Àrea Integral de Salut) s'encreua la població diana existent amb l'RCA i el CMBD

Resultat

- Base de dades amb la població elegible inicial

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.2 Població diana i elegible del Programa

Descripció del procés

► Actualització del Registre Central d'Assegurats

Responsables: OPDPCC

L'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 (TSI) activa.

Es parteix de 2 fitxers: població activa (persones registrades a l'RCA del grup d'edat de 49 a 70 anys amb situació d'Alta) i població passiva (persones registrades a l'RCA del grup d'edat de 49 a 70 anys amb situació de trasllat, fusió o defunció). També es demana que la data d'actualització a l'RCA sigui posterior a la data de l'últim fitxer rebut de la població passiva.

Les variables que es demanen a l'RCA són: Codi d'Identificació Personal (CIP), Document Nacional d'Identitat (DNI) o Número d'Identitat Fiscal (NIF) o Número d'Identificació d'Estranger (NIE), 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, telèfon 1, telèfon 2, correu electrònic, Àrea Bàsica de Salut, unitat proveïdora assignada (nivell de cobertura), codi SNS, situació registre (defuncions, trasllats, fusions, altes), padró i nacionalitat.

L'aplicació del Programa tindrà accés directe al sistema de l'RCA i podrà fer consultes individuals contra aquesta base de dades. La població, a nivell massiu, s'actualitzarà però només en el moment de generar la població diana de cada Àrea Bàsica de Salut (ABS). No s'actualitzarà de forma massiva la població de l'ABS mentre aquesta estigui activa, és a dir, mentre la població està sent convidada i està participant.

► Actualització del Conjunt Mínim Bàsic de dades

Responsables: OPDPCC

Periòdicament, pels residents de Catalunya, es demana al Servei Català de la Salut el CMBD de la ciutat de Barcelona on consten els casos de càncer colorectal (codis CIE.9 2303/2304/2305/153/154 /V10.05, V10.06.).

► Encreuament del Registre Central d'Assegurats amb el Conjunt Mínim Bàsic de Dades

Responsables: OPDPCC

Inicialment l'OPDPCC farà l'encreuament fora de l'aplicació del Programa, mitjançant la variable CIP.

Posteriorment, es carregarà el CMBD amb un fitxer en format ASCII i així es gestionaran les exclusions per neoplàsia prèvia mitjançant l'aplicació del Programa.

► Encreuament amb bases de dades hospitalàries

Responsables: OT i les Unitats de cribratge (UC)

De forma no sistemàtica, segons les necessitats i disponibilitats de cada UC, es faran encreuaments de la població diana abans de ser activada amb altres registres, com per exemple el d'anatomia patològica, amb l'objectiu d'identificar exclusions no detectades pel CMBD i per l'RCA.

Alteracions del procés o incidències

Hi haurà molt poques incidències en aquesta part i les que es produeixin no arribaran mai a l'OT, ja que tota aquesta part és gestionada per l'OPDPCC.

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.3 Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació

2.3.1 Tramesa de cartes des de l'Oficina Tècnica

» Resum del procés

» Descripció del procés

- Impressió, ensobrament i enviament de cartes d'invitació
- Impressió, ensobrament i enviament de cartes de reinvitació

» Alteracions del procés o incidències

- a. Persona que contacta amb el Programa dient que vol participar i declara no haver rebut cap carta

- b. Persona que contacta explicant que té dubtes de si pot o no participar al Programa en relació als criteris d'exclusió
- c. Persona que vol participar quan la seva Àrea Bàsica de Salut no està activa
- d. Persona que comença el procés quan les cartes de la seva Àrea Bàsica de Salut en ronda ja han estat enviades
- e. Cartes retornades
- f. Persona que és convidada i contacta perquè té història personal de càncer colorectal
- g. Persona que contacta manifestant que pertany a una mútua (MUFACE, MUGEJU, ISFAS, etc.)

2.3.2 Circuit de les cartes de la farmàcia a l'Oficina Tècnica

» Resum del procés

» Descripció del procés

- Proveïment de material a la farmàcia
- Recollida de la carta d'invitació/reinvitació a la farmàcia, entrega de la prova de detecció de sang oculta en femta i enregistrament de la carta a l'aplicació del Programa
- Finalització del període d'activitat de les farmàcies
- Recollida de les cartes d'invitació/reinvitació de la farmàcia i entrega a l'Oficina Tècnica
- Recepció de la carta d'invitació/reinvitació, lectura de la identificació del participant i de la prova de detecció de sang oculta en femta i emmagatzematge de les cartes

» Alteracions del procés o incidències

- a. No es disposa de materials a l'inici de l'Àrea Bàsica de Salut
- b. Codis de bossa repetits
- c. Error en entrega/enviament del material
- d. Encreuament de material: llistat de farmàcies col·laboradores erroni
- e. Persona que ha perdut la carta d'invitació/reinvitació

- f. Pèrdua de la carta d'invitació/reinvitació per part del Programa
- g. Persona que lliura més d'una carta d'invitació/reinvitació (matrimoni, p.ex.) a la farmàcia
- h. No s'identifica la persona que acudeix amb la carta
- i. No es pregunten pels criteris d'exclusió (Antecedents familiars de càncer colorectal i colonoscòpies prèvies)
- j. No es comprova la data de la carta
- k. Els farmacèutics agafen cartes d'una altra Oficina Tècnica
- l. La farmàcia dispensa proves sense cartes d'invitació
- m. La farmàcia no apunta l'NCCR en el tub
- n. La farmàcia té cartes i/o mostres retingudes
- o. La farmàcia segueix participant tot i estar tancada la seva Àrea Bàsica de Salut
- p. El distribuïdor arriba a la Recepció de mostres del CDB i està tancada o no hi ha ningú
- k. No arriba cap carta ni cap mostra a la Recepció de mostres del CDB
- r. L'Oficina Tècnica rep la carta d'invitació/reinvitació sense etiqueta identificativa de la prova

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.3 Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació

2.3.1 Tramesa de cartes des de l'Oficina Tècnica

Resum del procés

Responsables

- Personal administratiu de l'Oficina Tècnica (OT) del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte de Barcelona (PDPCCR)

Accions, procediments

- Impressió, ensobrament i enviament de cartes d'invitació personalitzades
- Incorporació de canvis d'adreça manualment

Recursos

- Cartes d'invitació (*Annex 6.1.1*)
- Fulletó informatiu del PDPCCR (*Annex 6.1.2*)
- Cartes de reinvitació (*Annex 6.1.7*)
- Sobres amb logotips i finestra
- Base de dades de la població elegible amb llistats d'adreça
- Accés al Registre Central d'Assegurats (RCA)-perfil consultor
- Llistat de les farmàcies que participen dins de l'Àrea Bàsica de Salut (ABS) i/o de l'àrea d'influència
- Protocol per a la identificació i registre de casos de càncer d'interval (*Annex 6.5*)

Aplicació del Programa

- 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 d'invitació (*Annex 6.1.1*) corresponents a l'ABS per ordre alfabètic de carrer
- Aproximadament un mes i mig després, si no s'ha rebut resposta de l'individu, s'envien les cartes de reinvitació (*Annex 6.1.7*)
- Si una persona es registra com a nova incorporació o ha realitzat un canvi d'adreça durant el període de ronda activa, es comença el circuit a partir de la carta d'invitació

Resultat

- La població rep una carta d'invitació/reinvitació que ha de portar degudament omplerta a la farmàcia per tal de recollir la prova de detecció de sang oculta en femta (PDSOF)



2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.3 Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació

Descripció del procés

► Impressió, ensobrament i enviament de cartes d'invitació

Responsables: *Personal administratiu de l'OT*

A partir del llistat de persones elegibles i, mitjançant l'aplicació del Programa, s'imprimeixen les cartes d'invitació preimpreses (*Annex 6.1.1*) personalitzades amb: nom i cognoms, adreça, codi de barres identificatiu del Número de registre de Cribratge Colorectal (NCCR) i CIP de la persona.

Aquesta carta estarà redactada en català i castellà.

L'aplicació del Programa ordena les cartes alfabèticament per carrer.

Juntament amb la carta s'envia el fulletó informatiu del PDPCCR (*Annex 6.1.2*), que també està editat en català i en castellà.

També s'afegeix el llistat de farmàcies de l'ABS en ronda activa que col·laboren amb el PDPCCR a on la persona pot anar a recollir la PDSOF.

Aquestes cartes amb fulletó informatiu i llistat de farmàcies s'ensobren i s'envien per correu ordinari.

► Impressió, ensobrament i enviament de cartes de reinvitació

Responsables: *Personal administratiu de l'OT*

Si la persona no participa passat aproximadament un mes i mig des de l'enviament de la carta d'invitació (*Annex 6.1.1*), automàticament es genera una carta de reinvitació (*Annex 6.1.7*) de contingut molt similar a la d'invitació.

El procés d'aquestes cartes de reinvitació és el mateix que el de les cartes d'invitació, però no s'inclou el fulletó informatiu del PDPCCR (*Annex 6.1.2*).

Alteracions del procés o incidències

a. Persona que contacta amb el Programa dient que vol participar i declara no haver rebut cap carta

Responsables: *Personal administratiu de l'OT*

L'OT se n'assabenta mitjançant una trucada de la persona que diu que vol participar (la persona pot conèixer el telèfon del PDPCCR perquè li faciliten a la farmàcia o perquè s'informa a través de la pàgina web, de fulls informatius, de veïns/familiars/amics, etc.).

Passos a seguir:

1. Cal comprovar que la persona no compleix cap dels criteris d'exclusió (*Annex 6.4*). Cal assegurar que la persona no truca perquè presenta simptomatologia sospitosa de CCR o perquè vol controlar una malaltia digestiva en procés diagnòstic o terapèutic. S'efectuarà una pregunta oberta, del tipus "Hi ha alguna cosa que el/la preocupa?". Es recomana no preguntar tot el llistat de símptomes.

Si la persona manifesta que presenta simptomatologia, cal dir-li que consulti el seu metge/essa d'atenció primària i explicar-li que el PDPCCR és

per a persones asimptomàtiques. A l'aplicació del Programa es tancarà el cas com a "EXCLUSIÓ PER SÍMPTOMES CCR (Ex-M)".

2. Cal comprovar que la persona estigui a la base de dades de l'aplicació del Programa (cerca per cognoms, nom i/o CIP).

- 2.1 Si no consta a la base de dades, cal comprovar mitjançant l'RCA i preguntant a la persona, si:

- Té la seva TSI activa: si no és així, se li explicarà com activar-la, se li reforçarà la necessitat de tenir-la i se l'adreçarà al Centre d'Atenció Primària (CAP) més proper al seu domicili o se l'informarà que pot trucar al 061 perquè es pugui informar de les gestions necessàries
- Està dins de l'interval d'edat (50-69 anys); si no és així, se l'informa de la franja d'edat amb la qual treballa el PDPCCR. Si és menor de 50 anys se l'informa que la convidarem quan arribi a l'edat i si té més de 69 anys, que cal que es dirigeixi al metge/essa d'atenció primària

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.3 Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació

- L'adreça que surt a l'RCA està dins de l'àrea del PDPCCR de Barcelona:

» Si a l'RCA hi consta una adreça que correspon a una àrea fora de Barcelona ciutat, però la persona afirma que viu dins de l'àrea, se li explica que ha de canviar l'adreça de l'RCA trucant al 061 o posant-se en contacte amb el seu CAP

» Si a l'RCA hi consta una adreça que correspon a una àrea fora de Barcelona ciutat i la persona confirma que l'adreça de l'RCA és correcta, se li explica que rebrà una carta de l'OT de la zona corresponent. La persona pot consultar el cronograma del PDPCCR de la seva àrea, així com també els telèfons de les OT de tot Catalunya a la web de la Generalitat de Catalunya (a l'apartat Càncer, Programa de detecció precoç de càncer colorrectal)



L'adreça de la persona que preval és la que surt a l'RCA com a adreça de residència

No s'introduirà mai una adreça diferent de la de l'RCA

2.2 Si consta a la base de dades, cal comprovar a l'aplicació del Programa, a l'RCA i interrogant a la persona si:

- La persona consta l'RCA (té o ha tingut la TSI alguna vegada)
- La seva edat està en l'interval de 50-69 anys
- L'adreça que consta a l'aplicació del Programa i la de l'RCA són iguals, o bé si l'adreça de l'RCA consta a Barcelona

Si els tres punts anteriors es compleixen, cal modificar manualment les dades segons les de l'RCA i buscar el motiu pel qual no ha rebut la carta i/o no ha estat convidada:

» Si hi ha hagut un error en la tramesa de cartes caldrà tornar a enviar la carta

» Si la seva ABS no està en ronda activa, caldrà valorar si s'espera a la ronda de la seva ABS o es força el cas a l'aplicació del Programa perquè pugui participar en la ronda que està activa en aquell moment (vegeu punt c. *Persona que vol participar quan la seva Àrea Bàsica de Salut no està activa*, pàg. 24)

Si algun dels tres punts del paràgraf 2.2 (TSI activa, edat entre 50-69 anys i adreça a l'aplicació del Programa igual que la de l'RCA o dins de Barcelona) no es compleix s'exclou a la persona amb el resultat final d' "ALTRES MOTIUS D'EXCLUSIÓ DEFINITIUS". Aquesta situació no s'hauria de donar mai, ja que l'aplicació del Programa filtra per aquestes variables.

b. Persona que contacta explicant que té dubtes de si pot o no participar al Programa en relació als criteris d'exclusió

Responsables: Personal administratiu de l'OT

Vegeu Annex 6.4: *Actuació davant de situacions que poden comportar l'exclusió del Programa.*

c. Persona que vol participar quan la seva Àrea Bàsica de Salut no està activa

Responsables: Personal administratiu de l'OT

Les ABS es van incorporant progressivament seguint el cronograma del PDPCCR al llarg dels 2 anys que dura una ronda.

S'ha de respectar el cronograma: cada persona és convidada a participar quan s'activa la seva ABS. Si hi ha persones que demanen participar quan la seva ABS no està activa, l'actuació dependrà del temps que falta per començar la següent ronda en la seva ABS:

- **<1 any:** s'ha d'esperar per participar amb l'ABS assignada. Se l'informa de la data aproximada en què el PDPCCR arribarà a la seva ABS i de que rebrà una carta d'invitació (*Annex 6.1.1*)

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.3 Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació

- **≥1 any:** se li dona l'opció de participar a través de les farmàcies actives d'una altra ABS (si n'hi ha més d'una, valorar quina és la més adient en funció de la distància a la seva ABS, el cronograma previst, etc.). Se li envia una carta d'invitació (*Annex 6.1.7*) afegint el llistat de les farmàcies de l'ABS que es consideri més oportú

d. Persona que comença el procés quan les cartes de la seva Àrea Bàsica de Salut en ronda ja han estat enviades

Responsables: *Personal administratiu de l'OT*

Se li enviarà la carta d'invitació (*Annex 6.1.7*) i, si fos necessari, la carta de reinvitació (*Annex 6.1.7*).

e. Cartes retornades

Responsables: *Personal administratiu de l'OT*

Quan arribi una carta retornada, el personal administratiu en llegirà el codi de barres de l'NCCR i l'entrarà a l'apartat "Enviar cartes → cartes retornades" de l'aplicació del Programa. Seguidament contrasta l'adreça actual amb la de l'RCA:

- Si a l'RCA surt una adreça diferent dins de Barcelona, es tanca amb resultat final d' "ERRADA EN ADREÇA RCA" i s'actualitzen les dades personals (botó "Actualitzar dades"). A continuació es mira en el cronograma quan la persona serà convidada en la nova ABS a la qual ara pertany. La persona rebrà la carta quan la seva ABS correcta estigui activa
- Si a l'RCA surt una adreça diferent fora de Barcelona, es tanca el cas amb el resultat final d' "ERRADA EN ADREÇA RCA (CARTA RETORNADA)" sense canviar l'adreça. És convenient informar del cas a l'OT de referència de l'àrea on pertany la persona
- Si l'adreça que surt a l'RCA és la mateixa que surt a l'aplicació del Programa, no es fa cap acció i quan arribi el moment s'enviarà la carta de reinvitació (*Annex 6.1.7*) a la mateixa adreça. Si aquesta carta també és retornada, automàticament en introduir-la a l'apartat "Enviar cartes → cartes retornades" es tancarà el cas com a "ERRADA EN ADREÇA (CARTA RETORNADA)"

f. Persona que és convidada i contacta perquè té història personal de càncer colorectal

Responsables: *Personal administratiu de l'OT*

Es tracta de casos no detectats amb l'encreuament amb el Conjunt Mínim Bàsic de Dades.

Passos a seguir:

1. Es demana disculpes i s'explica a la persona que ha estat un error, probablement per haver estat diagnosticada i tractada recentment i/o fora dels centres que participen en el PDPCCR
2. S'exclou definitivament a la persona amb resultat final d' "ANTECEDENTS PERSONALS CCR"
3. Si la persona ha participat en alguna ronda anterior del PDPCCR cal informar a la UC, concretament, a la persona responsable de la base de dades de càncer d'interval per a què pugui registrar el cas com a tal segons estableix el Protocol per a la identificació i registre de casos de càncer d'interval (*Annex 6.5*)

g. Persona que contacta manifestant que pertany a una mútua (MUFACE, MUGEJU, ISFAS, etc.)

Responsables: *Personal administratiu de l'OT*

Aquestes persones tenen dret a participar en el PDPCCR, ja que el seu nivell de cobertura és "Programes d'interès sanitari" i els programes preventius com el PDPCCR en formen part.

És important explicar que en aquests casos el PDPCCR es fa càrrec del que comporta la participació en el mateix, és a dir, la realització de la PDSOF, les visites a la Unitat de Cribratge que es derivin del resultat positiu de la PDSOF, la colonoscòpia (diagnòstica i terapèutica) i les proves complementàries que es poguessin necessitar.

Per altra banda, en aquells casos en què el diagnòstic final del PDPCCR comportés un tractament i/o seguiment posterior a través d'un especialista, aquest recau sobre els proveïdors sanitaris de la seva mútua i no sobre els hospitals del PDPCCR.

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.3 Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació

2.3 Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació

2.3.2 Circuit de les cartes de la farmàcia a l'Oficina Tècnica

Resum del procés

Responsables

- Col·legi de Farmacèutics de Barcelona (COFB)
- Distribuïdors farmacèutics
- Farmàcies comunitàries
- Personal administratiu de l'Oficina Tècnica (OT) del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte (PDPCCR)
- Servei de Bioquímica i Genètica Molecular-Centre de Diagnòstic Biomèdic (SBGM-CDB) de l'Hospital Clínic

Accions, procediments

- El COFB facilita el material i l'entrega a les farmàcies col·laboradores una vegada realitzada la formació online
- Persona rep la carta d'invitació/reinvitació amb el llistat de farmàcies on pot recollir la prova de detecció de sang oculta en femta (PDSOF). La persona lliura la carta omplerta amb els telèfons i la data a la qual ha acudit a la farmàcia
- El farmacèutic informa a l'individu segons el Protocol d'actuació farmacèutica (*Annex 6.6*), recull la carta d'invitació (*Annex 6.1.1*), hi enganxa l'etiqueta de la PDSOF, anota el NCCR al tub i li dona el tub de la prova amb les instruccions de com recollir la mostra de femta (*Annex 6.1.3*)
- El farmacèutic registra la informació: Codi d'Identificació Personal (CIP), la identificació de la persona (NCCR), codi del tub i data d'entrega a l'aplicació informàtica del Col·legi de farmacèutics de Barcelona (aplicació COFB)
- Els distribuïdors farmacèutics recullen les cartes de les farmàcies en els períodes pre establerts i les fan arribar a la Recepció de mostres del Centre de Diagnòstic Biomèdic (CDB) de l'Hospital Clínic

- Les cartes d'invitació/reinvitació amb l'etiqueta de la PDSOF arriben a l'OT, es comproven els telèfons de la persona per si calgués actualitzar els que venen per defecte en el Registre Central d'Assegurats (RCA) i es comprova que la persona tingui l'estat de "PENDENT DE DADES DE LABORATORI"

Recursos

- Carta d'invitació (*Annex 6.1.1*) i Carta de reinvitació (*Annex 6.1.7*)
- Llistat de farmàcies col·laboradores
- Prova de detecció de sang oculta en femta (*Figura 1*)
- Instruccions de com recollir la mostra de femta (*Annex 6.1.3*)
- Protocol d'actuació farmacèutica (*Annex 6.6*)
- Pòster divulgatiu del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte (*Annex 6.1.4*)
- Adhesiu identificatiu de la farmàcia (*Annex 6.1.5*)
- Aplicació COFB

Aplicació del Programa

- Hi queden registrats l'NCCR, el CIP de la persona, el codi del tub, la data, el distribuïdor i la farmàcia que ho registra.
- La carta de reinvitació (*Annex 6.1.7*) es genera automàticament a partir d'una alerta de l'aplicació del Programa

Cadència, freqüència, intervals

- A la carta d'invitació (*Annex 6.1.1*) consta que es disposa de 15 dies o un mes (interval variable en funció de les necessitats i funcionament a cada àrea), a partir de la data de la carta d'invitació, per anar a buscar la PDSOF a la farmàcia

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.3 Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació

- Tot i l'esmentat en l'anterior punt, la carta de reinvitació (*Annex 6.1.7*) es genera transcorreguts 45 dies, aproximadament, des de l'enviament de la carta d'invitació. La carta de reinvitació s'envia quan l'OT no ha rebut la carta d'invitació, que això es pot donar, sobretot, quan la persona no ha recollit el tub de la prova a la farmàcia o quan ha contactat directament amb el PDPCCR i, una vegada valorada la situació per la qual ha contactat, el cas s'hagi tancat manualment
- Si passats 30 dies des de la data d'enviament de la carta de reinvitació (*Annex 6.1.7*), l'OT no té constància de que la persona hagi recollit la PDSOF a la farmàcia o de que s'hagi tancat el

cas manualment per haver contactat directament amb el PDPCCR, es tanca el cas automàticament com a "NO PARTICIPA". La persona serà convidada de nou al cap de 2 anys

Resultat

- L'individu ha recollit la PDSOF a la farmàcia i la carta d'invitació/reinvitació ha arribat a l'OT. Aquest procés de recollida de la PDSOF es registra a l'aplicació COFB mitjançant la lectura dels codis de barres identificatius (el de la PDSOF, l'NCCR i el CIP) que figuren a la carta d'invitació/reinvitació

Descripció del procés

► Proveïment de material a la farmàcia

Responsables: *COFB, distribuïdors farmacèutics, farmàcies comunitàries i OT*

Les farmàcies col·laboradores passen a recollir el material al COFB. El primer subministrament, però, es farà un cop realitzada la formació online. També es proporcionaran díptics d'instruccions per a la recollida de la mostra de femta (*Annex 6.1.3*), un pòster divulgatiu del Programa (*Annex 6.1.4*), un adhesiu (*Annex 6.1.5*) per identificar les farmàcies, bosses de transport codificades amb una etiqueta (*Annex 6.1.6*) i albarans d'entrega. Les farmàcies es posaran en contacte amb el COFB si necessiten més material.

► Recollida de la carta d'invitació/reinvitació a la farmàcia, entrega de la prova de detecció de sang oculta en femta i enregistrament de la carta a l'aplicació del Programa

Responsables: *Farmàcies comunitàries*

El participant presenta la carta d'invitació/reinvitació i el farmacèutic, segons el Protocol d'actuació farmacèutica (*Annex 6.6*) segueix els passos següents:

1. Recull la carta d'invitació/reinvitació.

2. Comprova que la carta estigui degudament emplenada, que les dades siguin llegibles i que la persona que consta a la carta és la que està disposada a participar. Cal demanar el telèfon de la persona, si no hi consta, i anotar la data del dia en curs.

3. Si la persona informa que s'ha realitzat una colonoscòpia amb anterioritat o que té antecedents familiars de càncer colorectal (CCR) o antecedents personals d'alguna patologia de l'intestí gros, se li demana que es posi en contacte amb l'OT del PDPCCR. Es torna la carta a la persona i no se li entrega cap prova.

4. Si la persona no s'ha realitzat cap colonoscòpia ni presenta antecedents personals ni familiars d'afectacions colorectals, es desenganxa l'etiqueta d'un tub de PDSOF (codi de barres identificatiu de la prova) i s'enganxa a la carta d'invitació/reinvitació, assegurant-se que el codi queda ben adherit a la carta. D'aquesta manera queda relacionat el participant amb la PDSOF que se li lliura.

5. Posa el segell de la farmàcia a la carta i anota sempre l'NCCR al tub. Es recomana anotar, també, el nom de la persona, sobretot si un mateix individu recull més d'un tub.

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.3 Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació

6. Li dona la PDSOF amb les corresponents instruccions (*Annex 6.1.3*), explica el procediment de recollida de la mostra i informa que:

- Ha d'anotar la data de recollida de la mostra al tub
- A partir d'aquell moment, disposa de 15 dies per retornar el tub a la farmàcia
- Un cop recollida la mostra l'ha d'entregar abans de 3 dies* i que, mentrestant, l'ha de mantenir a la nevera i evitar l'exposició solar directa
- Pot entregar el tub a una altra farmàcia que col·labori amb el PDPCCR
- Si quan es disposa a recollir la mostra presenta hemorroides sagnants o la menstruació, ha de deixar passar 3 dies consecutius sense presentar pèrdues de sang, abans de recollir-la

7. Guarda la carta del PDPCCR i l'entrega al distribuïdor en la pròxima recollida sense esperar que la persona retorni la mostra.

8. Cada dia, preferiblement abans de les 24 hores, cal passar-ne les dades a l'aplicació COFB i, un cop registrades les dades, desar les cartes a dins la bossa del PDPCCR.

► Finalització del període d'activitat de les farmàcies

Responsables: COFB

El COFB informarà als farmacèutics via correu electrònic de la data a partir de la qual es deixaran d'acceptar cartes i proves. Aquesta data es marcarà en funció del cronograma del PDPCCR i de forma coordinada amb l'OT.

► Recollida de les cartes d'invitació reinvitació de la farmàcia i entrega a l'Oficina Tècnica

Responsables: COFB, distribuïdor farmacèutic i farmàcies comunitàries

El distribuïdor farmacèutic recull les cartes segons la freqüència acordada prèviament amb el COFB.

Les cartes (juntament amb les mostres, si n'hi ha) es transporten dins de bosses hermètiques identificades amb el nom de la farmàcia, l'hospital de referència i amb un codi de barres únic per cada bossa (*Annex 6.1.6*). El distribuïdor lliura les cartes a la Recepció de mostres del CDB (Hospital Clínic de Barcelona, Planta 1, entre l'escala 9-11) en horari de dilluns a divendres, de 08.00 h a 15.00 h.

El COFB informarà als farmacèutics

via correu
electrònic de la
data a partir de la
qual es deixaran
d'acceptar cartes i
proves

► Recepció de la carta d'invitació reinvitació, lectura de la identificació del participant i de la prova de detecció de sang oculta en femta i emmagatzematge de les cartes

Responsables: Personal administratiu de l'OT

Les cartes arriben a l'OT i el personal administratiu afegeix manualment el número de telèfon facilitat a la carta a l'espai Telèfon OT1 i Telèfon OT2. Si a l'aplicació del Programa consta el mateix número de telèfon, no cal introduir-lo de nou.

Totes les cartes d'invitació/reinvitació es guardaran durant el temps establert (aproximadament 6 mesos) a partir de la data d'enregistrament de la seva rebuda a l'OT (acceptació a participar). Un cop transcorregut aquest temps seran destruïdes en una destructora de material confidencial.

* Tot i que el període real intern siguin 5 dies, és convenient dir-li 3 dies al participant per evitar al màxim possible excedir el temps total estipulat de conservació de la mostra

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.3 Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació

Alteracions del procés o incidències

a. No es disposa de materials a l'inici de l'Àrea Bàsica de Salut

Responsables: COFB i farmàcies comunitàries

La farmàcia no passa a recollir el material al COFB i per tant comença a rebre cartes sense tenir el material.

El COFB contacta amb la farmàcia i li recorda les instruccions per recollir el material.

Passats uns dies, el COFB truca a la farmàcia per informar-la que encara no ha recollit el material.

b. Codis de bossa repetits

Responsables: COFB i farmàcies comunitàries

La farmàcia notifica al COFB que té problemes per registrar bosses, ja que els surt que ja estan registrades.

El COFB truca a la farmàcia per informar del procediment. El COFB truca a l'empresa proveïdora del material per informar de la incidència i per instar a fer la reposició del material defectuós i a efectuar la seva recollida en 48 hores. Tot el procediment ha de quedar registrat correctament a l'aplicació COFB. Mentre no arriben les bosses amb etiquetes amb codis correctes, el COFB facilita a la farmàcia codis provisionals per poder registrar les bosses.

Passats uns dies, el COFB truca a la farmàcia per verificar la recepció del nou material.

c. Error en entrega/enviament del material

Responsables: COFB i farmàcies comunitàries

La farmàcia notifica al COFB que el material que se li ha entregat no és el de la seva farmàcia.

El COFB localitza el material o en demana una nova comanda.

El COFB prepara el material o contacta amb el proveïdor per fer-ho. S'entrega el material nou a la farmàcia i es recull l'incorrecte.

El COFB truca a la farmàcia per verificar la recepció del nou material.

d. Encreuament de material: llistat de farmàcies col·laboradores erroni

Responsables: COFB i farmàcies comunitàries

Les farmàcies notifiquen que hi ha errors en els llistats adjunts a les cartes enviades.

El COFB identifica el número de farmàcies i/o Àrees Bàsiques de Salut (ABS) afectades i ho notifica a l'OT per a què ho pugui corregir.

Si es tracta d'un error del COFB, aquest assumeix la nova impressió de cartes.

Si es tracta d'un error de l'OT, aquesta assumeix la nova impressió de cartes.

Si el canvi en el llistat es produeix després de la impressió del llistat, se seguirà amb aquest llistat i es modificarà en pròxima ronda.

Passats uns dies, es comprova que ja s'envien els llistats correctes a la població.

e. Persona que ha perdut la carta d'invitació/reinvitació

Responsables: COFB, farmàcies comunitàries i personal administratiu de l'OT

Si la persona va a la farmàcia, el farmacèutic ha de dirigir aquesta notificació cap al telèfon del PDP-CCR. L'OT actua en funció de si l'ABS on pertanyi aquesta persona té farmàcies encara actives:

- Si la persona pertany a una ABS amb farmàcies encara actives, l'OT fa una reimpressió de la carta d'invitació/reinvitació i el personal administratiu informa a la persona que en un termini d'una setmana tornarà a rebre la carta

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.3 Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació

- Excepcionalment, si la persona pertany a una ABS, les farmàcies de la qual ja no estan actives se la pot dirigir a les farmàcies d'una altra ABS, adjuntant el llistat de farmàcies corresponent amb la carta que es torni a enviar. L'OT torna a imprimir la carta d'invitació/reinvitació (vegeu punt c. d'Alteracions del procés o incidències de l'apartat 2.3.1 *Tramesa de cartes d'invitació i reinvitació*, pàg. 24)

f. Pèrdua de la carta d'invitació/reinvitació per part del Programa

Responsables: COFB, farmàcies comunitàries, personal administratiu de l'OT i SBGM-CDB

L'OT s'assabenta de la incidència perquè la persona informa que ha rebut la carta de reinvitació (*Annex 6.1.7*) tot i haver anat a la farmàcia a entregar la carta d'invitació (*Annex 6.1.1*) o perquè la persona els truca reclamant el resultat de la prova. Els resultats de les proves que no s'aparellin amb el CIP del participant quedaran registrats a l'aplicació del Programa.

Si la farmàcia no ha registrat bé l'entrega del tub de la PDSOF (és a dir, no ha registrat bé la carta a l'aplicació COFB) a l'aplicació del Programa no s'associarà la prova amb el CIP i no es vincularà el resultat. En aquests casos cal verificar a l'aplicació COFB si la identificació de la prova, l'NCCR i el CIP són correctes. En el cas que no siguin correctes cal rectificar les dades a l'aplicació del Programa perquè es vinculi tot correctament. Si la farmàcia ha registrat bé l'entrega del tub de la PDSOF, a l'aplicació del Programa s'associarà correctament el CIP amb la prova i ja no es generarà aquesta incidència.

Des de l'OT es comprova quines dades no s'han registrat correctament i, si es pot, es rectifiquen les dades errònies.

Si des de l'OT no s'identifica cap errada, es comunica a la persona que participi amb la carta que rebrà de reinvitació (*Annex 6.1.7*) o se li torna a enviar nova carta de reinvitació.

g. Persona que lliura més d'una carta d'invitació/reinvitació (matrimoni, p.ex.) a la farmàcia

Responsables: COFB, farmàcies comunitàries i personal administratiu de l'OT

Una mateixa persona pot anar a recollir més d'una prova. En cas de matrimoni o, per exemple, persones que conviuen en el mateix domicili, el farmacèutic lliura dues proves i anota clarament el nom, cognoms i l'NCCR a cada tub de la PDSOF. També recalca que es vagi amb cautela per tal d'evitar l'intercanvi de proves. Si ho considera adient, el farmacèutic pot afegir un element diferenciador per tal d'evitar el creuament de tubs.

h. No s'identifica la persona que acudeix amb la carta

Responsables: COFB i farmàcies comunitàries

La farmàcia no incorpora totes les preguntes necessàries abans de donar el tub segons el Protocol d'actuació farmacèutica (*Annex 6.6*).

EL COFB comprova que els farmacèutics han finalitzat la formació. El COFB insta a fer la formació a aquells qui no l'hagin realitzada i demana que els farmacèutics revisin el Protocol d'actuació farmacèutica (*Annex 6.6*). El COFB envia, si és necessari, la documentació de la formació.

Passats 7 dies, el COFB comprova que s'hagi finalitzat el curs i truca a la farmàcia per assegurar que s'han incorporat pautes d'actuació correctes.

i. No es pregunten pels criteris d'exclusió (Antecedents familiars de càncer colorectal i colonoscòpies prèvies)

Responsables: COFB i farmàcies comunitàries

La farmàcia no incorpora totes les preguntes necessàries abans de donar el tub segons el Protocol d'actuació farmacèutica (*Annex 6.6*).

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.3 Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació

El COFB comprova que els farmacèutics han finalitzat la formació. El COFB insta a fer la formació a aquells qui no l'hagin realitzada i demana que els farmacèutics revisin el Protocol d'actuació farmacèutica (*Annex 6.6*). El COFB envia, si és necessari, la documentació de la formació.

Passats 7 dies, el COFB comprova que s'hagi finalitzat el curs i truca a la farmàcia per assegurar que s'han incorporat pautes d'actuació correctes.

j. No es comprova la data de la carta

Responsables: *Farmàcies comunitàries i personal administratiu de l'OT*

El farmacèutic esbrina si l'usuari porta una carta amb data caducada. Si és el cas, però la carta és de la ronda vigent i la farmàcia encara està activa, la persona pot participar. Si l'ABS on pertany la persona ja no està activa en ronda, l'usuari haurà de trucar a l'OT perquè valorin la seva participació en aquests moments o més endavant.

El COFB comprova que els farmacèutics han finalitzat la formació. El COFB insta a fer la formació a aquells qui no l'hagin realitzada i demana que els farmacèutics revisin el Protocol d'actuació farmacèutica (*Annex 6.6*). El COFB envia, si és necessari, la documentació de la formació.

k. Els farmacèutics agafen cartes d'una altra Oficina Tècnica

Responsables: *COFB, farmàcies comunitàries i personal administratiu de l'OT*

L'OT informa que han arribat cartes procedents d'altres OT.

S'identifiquen els tubs que s'han dispensat de forma incorrecta amb cartes d'una altra OT i se n'informa a l'OT.

El COFB comprova que els farmacèutics han finalitzat la formació i insta a fer-la a aquells qui no l'hagin realitzada.

El COFB envia a la farmàcia el model vàlid de carta perquè coneguin l'aparença que té.

El COFB truca a la farmàcia per comprovar que s'han incorporat pautes d'actuació correctes.

**Una mateixa
persona pot anar
a recollir més
d'una prova.**

El farmacèutic
lliura les proves i
**anota clarament
el nom, cognoms
i l'NCCR a cada
tub de la PDSOF**

l. La farmàcia dispensa proves sense cartes d'invitació

Responsables: *COFB, farmàcies comunitàries i personal administratiu de l'OT*

La farmàcia informa al COFB o a l'OT que no pot registrar una mostra a l'aplicació del COFB.

El COFB o l'OT detecten que s'ha entregat el tub sense la carta o amb una carta de recordatori.

S'identifiquen els tubs que s'han dispensat de forma incorrecta i se n'informa a l'OT.

El COFB comprova que els farmacèutics han finalitzat la formació. El COFB insta a fer la formació a aquells qui no l'hagin realitzada i demana que els farmacèutics revisin el Protocol d'actuació farmacèutica (*Annex 6.6*). El COFB envia, si és necessari, la documentació de la formació.

Passats 7 dies, el COFB comprova que s'hagi finalitzat el curs i truca a la farmàcia per assegurar que s'han incorporat pautes d'actuació correctes.

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.3 Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació

m. La farmàcia no apunta l'NCCR en el tub

Responsables: COFB, farmàcies comunitàries
i personal administratiu de l'OT

El COFB o l'OT detecten que la farmàcia no apunta l'NCCR al tub un cop l'entrega a l'usuari. El COFB insta a fer la formació a aquells que no l'hagin realitzada i demana que els farmacèutics revisin el Protocol d'actuació farmacèutica (*Annex 6.6*). S'identifiquen, si es pot, els tubs que s'han dispensat de forma incorrecta i se n'informa a l'OT.

Passats 7 dies, el COFB comprova que s'hagi finalitzat el curs i truca a la farmàcia per assegurar que s'han incorporat pautes d'actuació correctes.

n. La farmàcia té cartes i/o mostres retingudes

Responsables: COFB i farmàcies comunitàries

El COFB mitjançant l'alerta de l'aplicació COFB detecta que hi ha cartes o mostres que fa més de 4 dies que estan registrades i no estan assignades a una bossa de transport.

S'identifiquen els elements retinguts i es comprova les condicions de refrigeració de les mostres retingudes per detectar males qualitats.

S'insta a ser enviats els elements retinguts i s'informa de la relació del material retingut a l'OT.

El COFB comprova que els farmacèutics han finalitzat la formació. El COFB insta a fer la formació a aquells qui no l'hagin realitzada i demana que els farmacèutics revisin el Protocol d'actuació farmacèutica (*Annex 6.6*). El COFB, si és necessari, torna a enviar aquest document a la farmàcia.

Passats 7 dies el COFB comprova que, en cas de no haver fet el curs, aquest s'hagi finalitzat.

Es comprova que el material retingut segueix el circuit per arribar al laboratori de l'Hospital Clínic (SBGM-CDB).

El COFB comprova amb una trucada telefònica que s'han incorporat pautes d'actuació correctes.



Farmacèutica que explica a un participant com recollir la mostra de femta de la PDSOF

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.3 Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació

o. La farmàcia segueix participant tot i estar tancada la seva Àrea Bàsica de Salut

Responsables: COFB i farmàcies comunitàries

El COFB comprova que es van enviar els correus electrònics a la farmàcia i es visualitza quina ha estat la seva activitat fora de termini.

Es comprova la data de caducitat dels tubs entregats i s'avisava a la farmàcia que està fora de termini.

S'insta a la farmàcia a que porti el material sobrant al COFB.

El COFB desactiva la farmàcia de l'aplicació COFB.

p. El distribuïdor arriba a la Recepció de mostres del CDB i està tancada o no hi ha ningú

Responsables: Distribuïdors farmacèutics

El distribuïdor s'ha d'emportar les mostres i lliurar-les el proper dia d'entrega.

q. No arriba cap carta ni cap mostra a la Recepció de mostres del CDB

Responsables: COFB, personal administratiu de l'OT i SBGM-CDB

Si algun dia no arriben cartes ni mostres a la Recepció de mostres del CDB, el personal responsable de la Recepció ho comunicarà a l'OT i al COFB mitjançant correu electrònic o trucada.

El COFB consulta a l'aplicació COFB l'estat de les bosses que s'haurien d'haver entregat i es contacta amb el/els distribuïdor/s per tal d'aclarir què ha passat.

r. L'Oficina Tècnica rep la carta d'invitació/reinvitació sense etiqueta identificativa de la prova

Responsables: Farmàcies comunitàries i personal administratiu de l'OT

L'OT consulta a l'aplicació COFB les dades concretes (CIP, NCCR i/o codi de la PDSOF) per tal de trobar la prova:

- Si la prova està degudament registrada a l'aplicació COFB, s'agafa com a correcte el codi d'aquesta prova i no és necessari trucar a la persona
- Si la prova no està registrada a l'aplicació COFB, es truca a l'individu:
 - » Si és possible contactar amb la persona, se l'informa 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, l'OT truca a la farmàcia a la qual l'individu ha retornat la prova i pregunta si encara tenen la mostra. En el cas afirmatiu, si hi ha l'NCCR, la farmàcia dona el codi del tub a l'OT. Si la farmàcia, no té tub amb l'NCCR, es diu a la persona que se li enviarà una nova carta d'invitació/reinvitació per tornar a començar el procés i se li demana disculpes

- » Si no és possible contactar amb la persona telefònicament, se li envia una carta on es demana que es posi en contacte amb l'OT
(Annex 6.1.8)

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.4 Circuit de la prova de detecció de sang oculta en femta

2.4.1 Prova de detecció de sang oculta en femta

- Estratègia per a la detecció de sang oculta en femta
- Realització de la prova de detecció de sang oculta en femta
- Estabilitat i preservació de la mostra
- Lectura de la prova

2.4.2 Circuit de la prova de detecció de sang oculta en femta

» Resum del procés

» Descripció del procés

- Retorn de la prova de detecció de sang oculta en femta a la farmàcia comunitària i registre informàtic de les proves de detecció de sang oculta en femta
- Finalització del període d'activitat de les farmàcies comunitàries
- Tancament de bosses per fer l'entrega al distribuïdor
- Lliurament de bosses al distribuïdor farmacèutic
- Circuit distribuïdor farmacèutic - Recepció de mostres del CDB
- Recepció de mostres del CDB
- Lectura i enviament de resultats a l'aplicació del Programa
- Enviament de la carta de recordatori
- Assignació de tancament del cas amb el resultat final d' "ACCEPTACIÓ SENSE PDSOF"
- Comunicació dels resultats als participants

» Alteracions del procés o incidències

- a. La persona ha perdut o ha malmès la prova de detecció de sang oculta en femta
- b. El farmacèutic rep la prova de detecció de sang oculta en femta amb pèssimes condicions (d'integritat física i/o d'higiene) i/o passat el límit de temps establert per una bona conservació de la mostra i/o sense data de recollida de la mostra i/o la persona no recorda quan la va recollir
- c. El distribuïdor arriba a la Recepció de mostres del CDB i està tancada i/o no hi ha ningú
- d. No es presenta cap distribuïdor farmacèutic a la Recepció de mostres del CDB
- e. Pèrdua de la carta d'invitació/reinvitació per part del Programa
- f. Incidències en la qualitat de la prova de detecció de sang oculta en femta
- g. Persona amb resultat positiu en la prova de detecció de sang oculta en femta que no respon al telèfon, surt bústia de veu o telèfon desconegut
- h. Persona amb resultat positiu en la prova de detecció de sang oculta en femta que no accepta la visita amb el professional d'infermeria de la Consulta de cribratge
- i. Persona que contacta perquè no ha rebut el resultat
- j. Carta del resultat negatiu que arriba retornada al Programa
- k. Pèrdua de la prova de detecció de sang oculta en femta per part del Programa

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.4 Circuit de la prova de detecció de sang oculta en femta

2.4 Circuit de la prova de detecció de sang oculta en femta

2.4.1 Prova de detecció de sang oculta en femta

► Estratègia per a la detecció de sang oculta en femta

Responsables: Oficina Tècnica (OT) del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte (PDPCCR)

S'utilitzarà la prova immunoquímica quantitativa OC-Sensor® que detecta específicament l'hemoglobina humana.

Aquesta prova consisteix en 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 analitzador de la mostra.

Per a més informació sobre la prova, vegeu capítol 1 Introducció, apartat 1.3 *Característiques del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte*, pàg. 12.

► Realització de la prova de detecció de sang oculta en femta

Responsables: Participant

El participant anotarà la data de recollida de la mostra al tub i dipositarà la quantitat de femta adequada en el tub seguint les instruccions del full de recollida (*Annex 6.1.3*). No requereix restriccions dietètiques ni farmacològiques i s'obtindrà una única 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.

► Estabilitat i preservació de la mostra

Responsables: Farmàcies comunitàries, distribuïdors farmacèutics i participant

El tub amb la mostra recollida es guardarà dins la bossa transparent adjuntada per aquest ús i es retornarà, el més aviat possible, a una de les farmàcies del llistat inclòs a la carta d'invitació (*Annex 6.1.1*).

No poden passar més de 5 dies des de la recollida de la mostra fins el seu retorn a la farmàcia. Les farmàcies conservaran la mostra a la nevera (mai al congelador), així com també ho farà el participant mentre no torni el tub a la farmàcia.

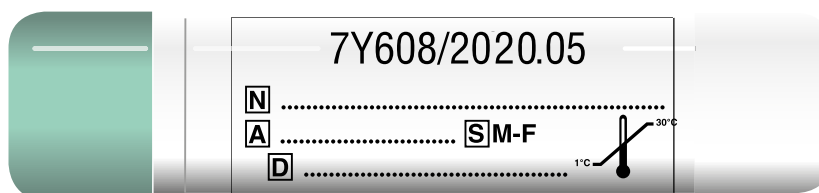
No cal que la persona torni el tub a la mateixa farmàcia on el va recollir. Les mostres es transportaran de les farmàcies fins a l'Hospital Clínic dins les bosses isotèrmiques que tenen els propis distribuïdors farmacèutics.

El Servei de Bioquímica i Genètica Molecular-Centre de Diagnòstic Biomèdic (SBGM-CDB), mentre no analitzi la mostra, la mantindrà refrigerada (4-7°C).

► Lectura de la prova

Responsables: SBGM-CDB

La concentració de tall escollida a partir de la qual el resultat es considera positiu és igual o superior a 20 µg Hb/g femta, que amb el mètode utilitzat equival a 100 ng Hb/ml buffer.



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

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.4 Circuit de la prova de detecció de sang oculta en femta

2.4.2 Circuit de la prova de detecció de sang oculta en femta

Resum del procés

Responsables

- Col·legi de Farmacèutics de Barcelona (COFB)
- Distribuïdors farmacèutics
- Farmàcia comunitària
- Personal administratiu de l'Oficina Tècnica (OT) del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte (PDPCCR)
- Recepció de mostres del Centre de Diagnòstic Biomèdic (CDB)
- Servei de Bioquímica i Genètica Molecular-Centre de Diagnòstic Biomèdic (SBGM-CDB)

Accions, procediments

- El participant lliura la prova de detecció de sang oculta en femta (PDSOF) a la farmàcia i el farmacèutic la guarda a la nevera, separada de la resta de productes farmacèutics. El farmacèutic registra les cartes i les PDSOF a l'aplicació informàtica del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona (aplicació COFB) mitjançant la lectura dels codis de barres (Número de registre Cribratge Colorectal (NCCR), codi d'identificació personal (CIP) i codi del tub) amb un lector òptic
- El farmacèutic, associa les PDSOF i les cartes que vol lliurar al distribuïdor farmacèutic a un número de bossa i realitza el tancament
- El distribuïdor farmacèutic recull les PDSOF i les cartes contingudes en les bosses de transport i les fa arribar a la Recepció de mostres del CDB a l'Hospital Clínic segons l'horari preestablert. Alhora, ha de registrar les bosses pels diferents punts de control i emmagatzemar-les en les condicions adequades de conservació
- Un cop realitzada la lectura de les mostres al SBGM-CDB, els resultats són bolcats al Sistema Informàtic del Laboratori (SIL)
- El personal administratiu de l'OT comunica als participants el resultat de la PDSOF: el resultat negatiu, mitjançant una carta (*Annex 6.1.9*)

i el resultat positiu, mitjançant una trucada telefònica

- Si la persona no retorna la PDSOF en el temps establert se li envia una carta de recordatori (*Annex 6.1.10*) des de l'OT

Recursos

- PDSOF i bosses transparents
- Espai condicionat a la farmàcia comunitària per les diferents fases d'actuació farmacèutica: zona d'atenció personalitzada per l'entrega del tub i recollida de la mostra, zona de custòdia de tubs per donar a futurs participants i cartes entregades i nevera per conservar les mostres que el participant ha lliurat en refrigeració
- Bosses de transport identificatives del PDPCCR amb una numeració única i especificant condicions de conservació
- Lector òptic per llegir els codis de barres
- Analitzador automàtic OC-Sensor® (aparell per fer la lectura de les mostres)
- Aplicació informàtica del PDPCCR (aplicació del Programa)
- Aplicació COFB
- Sistema Informàtic del Laboratori
- Carta de resultat negatiu (*Annex 6.1.9*) i carta de recordatori (*Annex 6.1.10*)
- Carta invitació/reinvitació de mala qualitat (*Annex 6.1.11*)
- Protocol de mala qualitat de la prova de cribratge (*Annex 6.7*)
- Carta de tancament de mala qualitat
- Protocol de comunicació de resultats de la PDSOF del Programa (*Annex 6.8*)
- Carta de rebuig de primera visita infermera
- Document Requisits mínims de qualitat de l'informe de la colonoscòpia (*Annex 6.9*)

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.4 Circuit de la prova de detecció de sang oculta en femta

Cadència, freqüència, intervals

- El participant té 15 dies des de la data d'acceptació (data de la lectura del codi de barres de la prova i de l'NCCR) per retornar la PDSOF a la farmàcia
- Si el participant no retorna la PDSOF a la farmàcia, passats 22 dies des de la data d'acceptació, surt una alarma a l'aplicació del Programa i des de l'OT s'envia una carta de recordatori avisant que ha de tornar la prova
- La persona disposa de 15 dies més per retornar la prova i, si no ho fa, passats 30 dies, es tanca el cas especificant el motiu de la no participació i la persona serà de nou convidada a participar en el PDPCCR passats 2 anys



Resultat

- S'ha efectuat la lectura de la mostra i la comunicació dels resultats als participants es realitza mitjançant carta o mitjançant trucada telefònica

Descripció del procés

► Retorn de la prova de detecció de sang oculta en femta a la farmàcia comunitària i registre informàtic de les proves de detecció de sang oculta en femta

Responsables: COFB i farmàcies comunitàries

Un cop realitzada la prova el participant la retorna a una de les farmàcies del llistat adjunt a la carta d'invitació (*Annex 6.1.1*).

El participant lliura el tub col·lector de la PDSOF, el farmacèutic comprova que l'NCCR i la data de presa de mostra estan anotats al tub. Si l'NCCR no consta es busca a l'aplicació COFB o es truca a l'OT. El farmacèutic comprova també que la prova estigui en bones condicions (higiene i integritat física) i demana la data de recollida de la mostra, si aquesta no figura al tub. En funció del temps transcorregut 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 i només acceptar mostres que hagin estat a la nevera
- ≥7 dies: posar-se en contacte amb l'OT
- Davant del dubte, trucar a l'OT

El farmacèutic informa a la persona que el resultat li serà comunicat per carta o per telèfon durant el proper mes i guarda la PDSOF a la nevera.

Cada dia, abans de les 24h hores d'haver recollit la prova de l'usuari, cal passar les dades de les proves a l'aplicació COFB.

El període de recepció de les mostres a les farmàcies es pactarà entre l'OT i el COFB, tindrà una durada limitada en funció del cronograma establert i les farmàcies en seran informades degudament a través del mateix COFB.

► Finalització del període d'activitat de les farmàcies comunitàries

Responsables: COFB

El COFB informarà als farmacèutics via correu electrònic de la data a partir de la qual es deixaran d'acceptar cartes i proves. Aquesta data es marcarà en funció del cronograma del PDPCCR i de forma coordinada amb l'OT.

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.4 Circuit de la prova de detecció de sang oculta en femta

► Tancament de bosses per fer l'entrega al distribuïdor

Responsables: *Farmàcies comunitàries*

El farmacèutic introdueix dins d'una bossa tots els tubs i cartes d'invitació/reinvitació que s'hagin acumulat i prepara les bosses per al distribuïdor seguint els següents passos:

1. Obtenir les dades de tancament de bosses amb l'aplicació COFB
2. Seleccionar cartes i mostres que no estan marcades a l'aplicació COFB
3. Comptar les cartes i mostres que hi ha dins la bossa per tal que hi hagi el mateix número de cartes i mostres que indica l'aplicació COFB i llegir el codi de barres de la bossa (*Annex 6.1.6*)
4. Posar totes les cartes i mostres a la bossa de transport d'entrega al distribuïdor
5. Guardar la bossa a la nevera per lliurar-la al distribuïdor, assegurant que quedi ben tancada i no en pugui sortir res

Cal entregar cartes i mostres al més aviat possible. Automàticament, cada dia a les 23.00 h, l'aplicació COFB envia un missatge al distribuïdor informant que hi ha bosses per portar al laboratori.

► Lliurament de bosses al distribuïdor farmacèutic

Responsables: *Distribuïdors farmacèutics i farmàcies comunitàries*

Una vegada el distribuïdor arriba a la farmàcia als passos a seguir són els següents:

1. Entrar les dades de lliurament a l'aplicació COFB al moment (o si no és possible, abans de 24 hores)
2. Verificar que el repartidor omple, de cada bossa, les dades que falten en l'etiqueta identificativa de les bosses de la farmàcia (*Annex 6.1.6*)

3. Entregar un albarà al distribuïdor, que es genera automàticament a l'aplicació COFB, i que certifica l'hora i la data real d'entrega de la bossa. De forma excepcional, es pot realitzar manualment amb els volants facilitats pel COFB. Si en el moment de l'entrega la data i/o l'hora no coincideix amb les de l'albarà, cal canviar-la/les

4. Guardar un exemplar de l'albarà de lliurament de cada entrega. Les dues còpies de l'albarà portaran el segell identificatiu de la farmàcia i la firma de la persona que ha recollit la bossa per part del distribuïdor.

Si el pas 1 es fa el dia anterior caldrà actualitzar, de forma manual, la data i hora correctes d'entrega de la bossa al distribuïdor en l'albarà que s'haurà generat.

► Circuit distribuïdor farmacèutic - Recepció de mostres del CDB

Responsables: *Distribuïdors farmacèutics i SBGM-CDB*

Requisits establerts del circuit pre-analític:

- El magatzem del distribuïdor farmacèutic i la Recepció de mostres del CDB han de tenir zona exclusiva i adequada per l'emmagatzematge del material del PDPCCR
- Condicions de conservació de la PDSOF (refrigeració a 4°C)
- Registre de les bosses de transport en tots els punts de control (farmàcia, magatzem del distribuïdor i Recepció de mostres del CDB),
- Disposar d'un lector òptic per a introduir els codis en tots els punts de control

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.4 Circuit de la prova de detecció de sang oculta en femta

► Recepció de mostres del CDB

Responsables: SBGM-CDB

Les bosses arriben a la Recepció de mostres del CDB de l'Hospital Clínic, aquesta es queda els albarans d'entrega i registra les mostres al SIL. L'interval de temps entre la sortida de les mostres de la farmàcia i l'arribada a la Recepció de mostres del CDB ha de ser inferior a 7 dies. Els temps establerts de cada etapa i la traçabilitat s'aborden en el capítol 5 *Avaluació del Programa: Indicadors*, pàg. 90.

► Lectura i enviament de resultats a l'aplicació del Programa

Responsables: SBGM-CDB

Les mostres s'analitzaran dins les 24 hores de ser rebudes (a ser possible, el mateix dia). En cas de demora en l'entrega o per a qualsevol problema tècnic, s'analitzaran el primer dia hàbil.

El mateix SBGM-CDB enviarà automàticament, des del SIL, els resultats a l'aplicació del Programa.

► Enviament de la carta de recordatori

Responsables: Personal administratiu de l'OT

Si transcorreguts 22 dies des de la data d'acceptació, l'OT no ha rebut cap resultat de PDSOF, l'aplicació del Programa genera una carta de recordatori (*Annex 6.1.10*) i s'amplia 15 dies, el període d'entrega de la mostra.

► Assignació de tancament del cas amb el resultat final d' "ACCEPTACIÓ SENSE PDSOF"

Responsables: Personal administratiu de l'OT

Si transcorreguts 30 dies des de la data de la carta de recordatori (*Annex 6.1.10*), l'OT no ha rebut cap resultat del SBGM-CDB, significa que el participant no ha retornat la PDSOF a la farmàcia. Es tanca automàticament el cas amb el resultat final d' "ACCEPTACIÓ SENSE PDSOF".

Aquesta persona serà novament convidada al cap de 2 anys, si en el moment de la nova invitació té menys de 70 anys.

► Comunicació dels resultats als participants

Responsables: Personal administratiu de l'OT

Als participants amb resultat negatiu se'ls comunicarà el resultat mitjançant una carta (*Annex 6.1.9*). Aquesta explica el significat del resultat i que se'ls tornarà a convidar al cap de 2 anys, si en el moment de la nova invitació tenen menys de 70 anys. La carta s'enviarà al més aviat possible i sempre en l'interval màxim d'un mes des que la persona entrega la PDSOF a la farmàcia.

Als participants amb resultat positiu se'ls telefonarà, al més aviat possible, per citar-los en una primera visita amb la infermera de la Unitat de Cribatge de l'hospital corresponent.



Contenidor per disposar les bosses entregades a la Recepció de mostres del CDB

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.4 Circuit de la prova de detecció de sang oculta en femta

Alteracions del procés o incidències

a. La persona ha perdut o ha malmès la prova de detecció de sang oculta en femta

Responsables: COFB, farmàcies comunitàries i personal administratiu de l'OT

L'OT se n'assabenta, generalment, a través d'una trucada del mateix participant, del COFB o del farmacèutic que atén la incidència.

El personal administratiu de l'OT, mitjançant el nom i cognoms de la persona, envia una nova carta de mala qualitat (*Annex 6.1.11*) per tornar a començar el procés (vegeu Annex 6.7 *Protocol de mala qualitat de la prova de cribratge*).

b. El farmacèutic rep la prova de detecció de sang oculta en femta amb pèssimes condicions (d'integritat física i/o d'higiene) i/o passat el límit de temps establert per una bona conservació de la mostra i/o sense data de recollida de la mostra i/o la persona no recorda quan la va recollir

Responsables: COFB, farmàcies comunitàries i personal administratiu de l'OT

El farmacèutic o el COFB contacta (via trucada o via correu electrònic) amb l'OT i dona el codi de barres de la prova, l'NCCR i el nom i cognoms de la persona, explicant la situació. Si truca fora de l'horari de l'OT, deixa el missatge al contestador amb les mateixes dades.

El personal administratiu valora la situació i, si s'escau, ho consulta amb el SBGM-CDB. En funció d'aquesta valoració, o s'accepta la PDSOF o s'envia una carta de mala qualitat (*Annex 6.1.11*) perquè continuï el procés de participació.

c. El distribuïdor arriba a la Recepció de mostres del CDB i està tancada i/o no hi ha ningú

Responsables: Distribuïdors farmacèutics

S'emportarà les bosses i les lliurarà el pròxim dia d'entrega.

d. No es presenta cap distribuïdor farmacèutic a la Recepció de mostres del CDB

Responsables: COFB, personal administratiu de l'OT i SBGM-CDB

Si algun dia (dins el calendari establert) no arriben cartes o proves a la Recepció de mostres del CDB, el personal responsable a la Recepció de mostres del CDB ho comunicarà a l'OT i al COFB mitjançant un correu electrònic o una trucada. Aleshores, un cop consultat l'estat de les bosses a l'aplicació COFB, es contactarà amb el/els distribuïdor/s per aclarir què ha pogut passar.

e. Pèrdua de la carta d'invitació/reinvitació per part del Programa

Responsables: COFB, farmàcies comunitàries, personal administratiu de l'OT i SBGM-CDB

L'OT s'assabenta de la pèrdua de la carta per part del Programa perquè:

- la persona o el farmacèutic truca a l'OT dient que ha rebut la carta de reinvitació (*Annex 6.1.7*) tot i que ja havia anat a la farmàcia a entregar la carta d'invitació (*Annex 6.1.1*), o
- perquè la persona truca reclamant el resultat de la prova

En qualsevol cas caldrà la coordinació entre l'OT i el SBGM-CDB i entre la farmàcia i el COFB per resoldre la incidència i determinar què ha de fer el participant.

Tal i com també s'explica en el capítol 2 Funcionament del Programa, apartat 2.3.2 *Circuit de les cartes de la farmàcia a l'Oficina Tècnica*:

- Si es perd una carta i la farmàcia ha registrat bé l'entrega del material a l'aplicació COFB, a l'aplicació del Programa s'associarà bé l'NCCR amb la prova i no es generarà cap incidència

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.4 Circuit de la prova de detecció de sang oculta en femta

- Si la carta es perd i la farmàcia no ha registrat l'entrega de la prova a l'aplicació COFB, no s'associarà la prova amb l'NCCR i no es vincularà el resultat. En aquests casos cal verificar a l'aplicació COFB si la prova, NCCR i CIP són correctes. En el cas que no siguin correctes cal rectificar les dades a l'aplicació del Programa perquè quedi tot vinculat correctament.
- Si la carta no consta entrada a l'aplicació COFB, es comunica a la persona que participi amb la carta que rebrà de reinvitació (*Annex 6.1.7*) o se li torna a enviar la reinvitació

Els resultats de les proves que no s'aparellin quedaran registrats a l'aplicació del Programa.

f. Incidències en la qualitat de la prova de detecció de sang oculta en femta

Responsables: Personal administratiu de l'OT i SBGM-CDB

El PDPCCR disposa d'un Protocol de Mala qualitat de la prova de cribratge (*Annex 6.7*) que cal seguir quan es donen incidències en la qualitat de la PDSOF.

Els possibles motius de mala qualitat són:

Tipus de mala qualitat	Codi	Qui genera la mala qualitat
Mostra en excés	me	Laboratori
Mostra insuficient	mi	Laboratori
Tub defectuós	td	Laboratori
Tub perdut/extraviat	te	Laboratori
Tub caducat	tc	Laboratori
Mostra fora de termini	mc	Laboratori
Mostra amb problemes d'identificació	ni	Laboratori
Mostra no acceptada en punt de recollida	pr	Oficina tècnica
Manca tub (notificació participant)	mt	Oficina tècnica
Motius Oficina tècnica (no genera carta)	mo	Oficina tècnica
Altres motius	ci	

S'incorpora el resultat de mala qualitat a l'aplicació del Programa i es genera la carta de mala qualitat (*Annex 6.1.11*) a través de l'aplicació del Programa.

Quan l'OT rep la carta de mala qualitat, una vegada la persona ha recollit la nova prova a la farmàcia, es continua el circuit habitual.

Si passats 37 dies des de l'enviament de la carta de mala qualitat l'OT no rep aquesta carta, s'envia una carta de recordatori de mala qualitat perquè participi.

Si l'OT rep la carta de mala qualitat (*Annex 6.1.11*) i passats 22 dies no s'obté cap resultat del SBGM-CDB s'envia un recordatori de retorn de material (*Annex 6.1.10*) de la carta de mala qualitat.

Si després de l'enviament de la carta de mala qualitat i/o del recordatori de retorn de material no participa, es tanca el cas com a "NO FINALITZA TOT EL PROCÉS DE PDSOF".

Si el resultat de SBGM-CDB és novament de mala qualitat s'envia una carta informant de que només es permeten dues males qualitats i es tanca el cas com a "NO FINALITZA TOT EL PROCÉS DE PDSOF". Si l'individu manifesta la intenció de participar una vegada rep aquesta carta, ha de trucar a l'OT.

g. Persona amb resultat positiu en la prova de detecció de sang oculta en femta que no respon al telèfon, surt bústia de veu o telèfon desconegut

Responsables: Personal administratiu de l'OT

El PDPCCR disposa del *Protocol de comunicació de resultats PDSOF del Programa* (*Annex 6.8*) que cal seguir quan no es localitza a la persona amb un resultat positiu de la PDSOF o quan es contacta telefònicament amb un intermediari (familiar, tutor, etc.).

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.4 Circuit de la prova de detecció de sang oculta en femta

A continuació es detalla la part del *Protocol de comunicació de resultats PDSOF del Programa (Annex 6.8)* que explica com s'actua quan es truca al participant i no s'obté resposta:



Protocol de trucades quan no s'obté resposta directa del participant

Quan després de la primera trucada no s'obté resposta (ningú agafa el telèfon i no surt bústia de veu), es continuarà trucant als diferents telèfons que hi ha a l'aplicatiu, prioritzant aquells que semblin més oportuns o actius.

En aquells casos en què no hi ha manera de contactar després de la primera trucada, abans de tancar el cas realitzarem **almenys 3 intents més en diferents franges horàries** (matí, migdia, tarda) durant tres dies consecutius. Cada intent de trucada es compondrà de **dues trucades amb un interval de 5-10 minuts** entremig. Particularment és molt adient trucar dues vegades als mòbils, perquè si en la primera trucada la persona veu un número llarg moltes vegades opta per no agafar-lo. En insistir amb una segona trucada pensen que potser és una trucada important i no una trucada comercial.

Si no es localitza a la persona en cap dels telèfons disponibles, i en cas que algun d'ells tingui bústia de veu o agafi el telèfon una altra persona, deixarem el missatge seguint les indicacions de l'apartat anterior.

Quan deixem el missatge en una bústia de veu i/o a una altra persona, cal anotar aquesta informació a l'aplicació del Programa (camp Observacions, incloent la data i hora de trucada).

Aquests intents variaran en període de vacances i/o si el resultat de la PDSOF és alt.

- En períodes habitual de **vacances** (Nadal: entre el 24 de desembre y 7 de gener; Setmana Santa: primera i segona setmana; estiu: entre el 1 de juliol i 15 de setembre) cal insistir-hi més i, si és possible, realitzar una part d'aquestes trucades passat el període de vacances. Intentarem però no endarrerir l'enviament de la carta (vegeu apartat *Protocol d'enviament de carta quan no ha estat possible el contacte via telefònica*).
- Com més alt és el resultat obtingut de sang oculta en femta, més alta és la probabilitat de trobar patologia neoplàstica a la colonoscòpia i per tant des del Programa incrementarem els esforços per contactar amb la persona. Si el resultat del PDSOF és superior a **300*ng Hb/ml**, farem almenys, 6 intents. Quan el resultat és superior a **800*ng Hb/ml**, farem almenys 10 intents.

Quan no és possible contactar amb la persona amb cap dels telèfons del Programa, i sobretot quan el resultat de la PDSOF és alt (superior a 300 ng Hb/ml) es **cercaran altres telèfons**, com per exemple a la Història clínica, a l'RCA i/o al Programa de detecció precoç de càncer de mama en cas de dones. En aquests casos cal tenir en compte que es tracta d'un número de telèfon, les propietàries del qual, no ens han donat permís explícit per utilitzar-lo (vegeu apartat *Grau de confidencialitat segons l'origen del telèfon*).

* Aquests valors sorgeixen dels valors de risc alt en homes i dones de l'article *Auge et al. Gastroenterology 2014*

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.4 Circuit de la prova de detecció de sang oculta en femta



Durant tot el procés de realització del protocol, cal reflectir tota la feina realitzada en el camp d'observacions de l'aplicació del Programa. A l'aplicació del Programa ha de constar de la manera més precisa possible com es desenvolupa el cas: si despenja el telèfon, si es deixa missatge a la bústia de veu, si es deixa missatge a una altra persona, si el telèfon no està disponible o bé si té les trucades restringides, etc.

Quan després de realitzar els intents telefònics adients no s'ha pogut parlar amb la persona corresponent, bé perquè ningú contesta al telèfon o bé perquè després de deixar missatge en una bústia i/o una altra persona la persona no ha contactat amb el Programa, passat 3 dies es procedirà a enviar una carta informant del resultat positiu (vegeu, a continuació, *Protocol d'enviament de carta quan no ha estat possible el contacte via telefònica*).

Protocol d'enviament de carta quan no ha estat possible el contacte via telefònica

Es continuarà el cas amb les actuacions ordenades següents:

- a. Canviar l'estat de la persona manualment a: "Pendent enviar resultat prova positiva" a l'aplicació del Programa. En els supòsits de vacances i PDSOF alt, on s'incrementa notablement el temps des de la PDSOF positiva, no ha d'anar en detriment del canvi d'estat en l'aplicatiu PDPCCR. Aquest participant continuarà sortint en el llistat o agenda de PDSOF positives pendents de programar visita d'infermera
- b. Un cop canviat l'estat es genera automàticament la carta de Resultat prova positiva. S'envia la carta on es comunica el resultat positiu i la necessitat de posar-se en contacte amb l'OT per telèfon. La carta anirà via **correu ordinari**. El temps màxim entre que fem el primer intent telefònic i l'enviament de la carta de "resultat prova positiva" no pot sobrepassar **2 setmanes** en situació normal, i allargar-ho el mínim possible en període de vacances (Nadal, Setmana Santa i estiu)
- c. Passats **15 dies** des de l'enviament d'aquesta carta, si no s'ha obtingut resposta i el cas continua obert en el mateix estat (i encara està doncs en l'agenda de positius pendent de programar), s'enviarà un altre cop la mateixa carta per **correu certificat**. En aquest cas, es penjarà una còpia de la carta certificada en format PDF a una carpeta específica del Programa. Per enviar la nova carta, hem de refer el procés com si fóssim a imprimir per primera vegada la carta:
 - c.1 s'ha de canviar l'estat de la persona manualment a: Pendent enviar resultat prova positiva a l'aplicació del Programa
 - c.2 un cop canviat l'estat es genera automàticament la carta de Resultat prova positiva que hem d'imprimir
- d. Un cop generada la carta Resultat prova positiva cal tancar manualment amb Resultat final a la ronda actual de "PDSOF POSITIVA SENSE EXPLORACIÓ-SORTIDA TEMPORAL-PERSONAL"

Aquesta persona serà convidada en propera ronda sempre que tingui menys de 70 anys en el moment de la nova invitació.

Si la persona contacta un cop tancat el procés se la cita igualment a la consulta i, sempre que la ronda sigui activa, es reobre el cas. Si la ronda no estigués activa, es consultarà a la data mànager com enregistrar la informació a l'aplicació del Programa.

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.4 Circuit de la prova de detecció de sang oculta en femta

h. Persona amb resultat positiu en la prova de detecció de sang oculta en femta que no accepta la visita amb el professional d'infermera de la Consulta de cribatge

Responsables: Personal administratiu de l'OT i professional d'infermera de la Consulta de cribatge

El personal administratiu que realitza la trucada preguntarà el motiu pel qual no accepta la visita i recorda a la persona la importància de la fase diagnòstica. El personal administratiu de l'OT envia una carta de rebuig de primera visita infermera.

Si la persona manifesta que es visitarà i es farà la colonoscòpia en un altre centre, se li fa arribar el *Document de requisits mínims de qualitat de l'informe de la colonoscòpia* (Annex 6.9) per tal que l'entregui a l'endoscopista que li realitzarà la colonoscòpia. Alhora, també se li demana que truqui un cop tingui el resultat de la colonoscòpia (amb anatomia patològica, si escau). Un cop l'OT rep aquesta informació es completa l'apartat de Dades de la colonoscòpia de l'aplicació del Programa marcant "CCR-altres" i es tanca amb el resultat que escaigui. Si es necessari, se seguiran les indicacions de derivació post-colonoscòpia.

i. Persona que contacta perquè no ha rebut el resultat

Responsables: Personal administratiu de l'OT

Després d'esbrinar què ha pogut passar, es consulta el resultat a l'aplicació del Programa i si és positiu es dona cita per fer una primera visita amb la infermera. Si és negatiu es torna a enviar la carta de resultat negatiu (Annex 6.1.9), havent comprovat que l'adreça sigui la correcta.

j. Carta del resultat negatiu que arriba retornada al Programa

Responsables: Personal administratiu de l'OT

Es segueixen els passos següents:

1. Es truca a la persona per comprovar que l'adreça que consta a l'aplicació del Programa és correcta. Si l'adreça és correcta, se li torna a enviar la carta.

Si l'adreça de l'aplicació del Programa no és la correcta, es comproven les dades al Registre Central d'Assegurats (RCA) i se li indica al participant que ha d'actualitzar les dades a l'RCA.

Com que no es poden modificar aquestes dades directament a l'aplicació del Programa, si l'adreça que hi consta encara no està actualitzada, s'envia de nou la carta amb l'adreça que comunica la persona, escrita manualment.

2. Si no consta telèfon o la persona no contesta al telèfon després de 3 intents, es deixa constància del retorn de la carta a l'apartat d'observacions

k. Pèrdua de la prova de detecció de sang oculta en femta per part del Programa

Responsables: Personal administratiu de l'OT

El PDPCCR es pot assabentar de la pèrdua:

- Quan la persona truca al PDPCCR reclamant el resultat de la prova de sang oculta en femta (PDSOF) que ja ha lliurat a la farmàcia o dient que ha rebut una carta de recordatori (Annex 6.1.10) per tornar la PDSOF a la farmàcia i la persona ja ho ha fet
- Quan es fan les revisions de les PDSOF que no s'han vinculat amb cap NCCR

Els passos a seguir seran:

1. Comprovar a l'aplicació COFB si s'ha entregat la mostra
2. També cal verificar que el codi de la mostra sigui correcte
3. Si la mostra consta entregada i arribada, verificar si s'ha analitzat contactant amb el laboratori
4. Si no consta entregada es tramitarà una mala qualitat amb motiu de "manca tub" i s'envia la carta de mala qualitat (Annex 6.1.11) perquè pugui començar de nou amb el procés

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.5 Traçabilitat del circuit de mostres i cartes

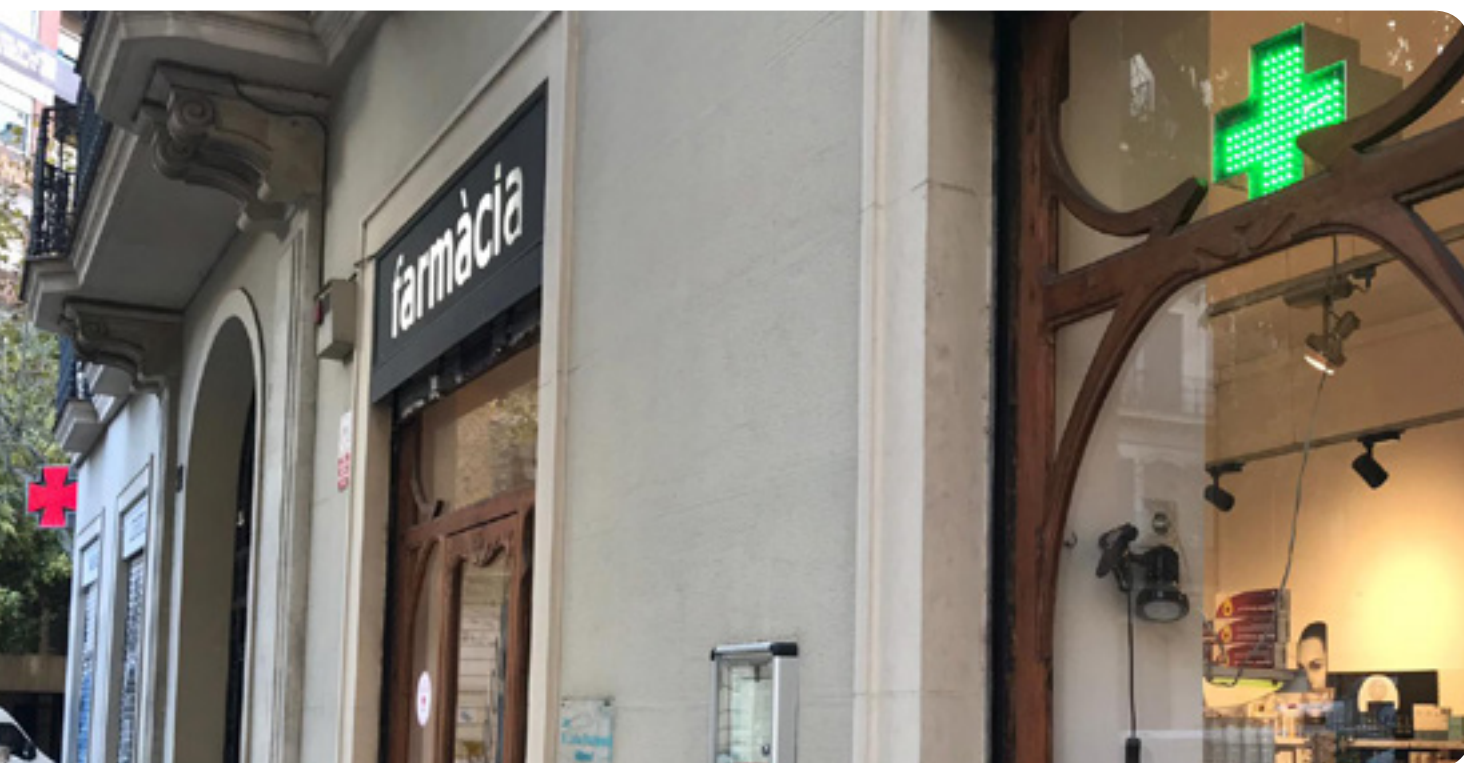
» Resum del procés

» Descripció del procés

- Alta a l'aplicació informàtica del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona (aplicació COFB)
- Registre de cartes i mostres
- Tancament de bossa i lliurament al distribuïdor farmacèutic
- Entrada i sortida del magatzem del distribuïdor farmacèutic
- Entrada a la Recepció de mostres del CDB

» Alteracions del procés o incidències

- a. Farmàcia que no disposa d'accés a l'aplicació COFB
- b. Farmàcia que no disposa d'accés a l'aplicació COFB perquè temporalment no hi ha titular/regent
- c. Farmacèutic amb certificat digital caducat
- d. Lectura errònia dels codis de la carta/mostra/bossa
- e. La farmàcia no registra cartes i/o mostres del circuit a l'aplicació COFB
- f. La farmàcia té cartes i/o mostres retingudes
- g. Codi de bossa inexistent
- h. Temps tancament bossa - entrada distribuïdor excedit (>72 hores)
- i. Temps entrada distribuïdor - sortida distribuïdor excedit (>72 hores)
- j. Temps sortida distribuïdor - entrada laboratori excedit (>24 hores)
- k. Temps tancament bossa - entrada laboratori excedit (>7 dies)
- l. Encreuament de bosses: arriben bosses a un laboratori destí que no correspon
- m. No arriba cap carta ni cap mostra a la Recepció de mostres del CDB
- n. Discordança entre els elements registrats i els verificats a la Recepció de mostres del CDB



2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.5 Traçabilitat del circuit de mostres i cartes

2.5 Traçabilitat del circuit de mostres i cartes

Resum del procés

Responsables

- Col·legi de Farmacèutics de Barcelona (COFB)
- Distribuïdors farmacèutics
- Farmàcies comunitàries
- Personal administratiu de l'Oficina Tècnica (OT) del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte (PDPCCR) de Barcelona
- Servei de Bioquímica i Genètica Molecular-Centre de Diagnòstic Biomèdic (SBGM-CDB) de l'Hospital Clínic

Accions, procediments

- El farmacèutic es dona d'alta a l'aplicació COFB per poder començar la seva activitat
- La farmàcia rep cartes i mostres i les registra a l'aplicació COFB
- El distribuïdor farmacèutic recull les cartes i les mostres de la farmàcia i les fa arribar a la Recepció de mostres del CDB

Recursos

- Aplicació COFB
- Aplicació del Programa
- Carta d'invitació (*Annex 6.1.1*) i carta de reinvitació (*Annex 6.1.7*)
- Protocol d'actuació farmacèutica (*Annex 6.6*)
- Prova de detecció de sang oculta en femta (*Figura 1*)

Aplicació informàtica

- Aplicació COFB
- Alta de la farmàcia a l'aplicació COFB
- Enregistrament diari des de la farmàcia de cadascuna de les cartes i proves que es gestionen
- Enregistrament per part de la farmàcia del codi de cada bossa que es tanca especificant el seu contingut de cartes i mostres
- Enregistrament per part de la farmàcia de l'albarà que signa el distribuïdor i especifica els codis i contingut de la/les bossa/es que s'emporta i l'hora de recollida. Càlcul automàtic dels intervals de temps del circuit de les bosses entre farmàcia, magatzem del distribuïdor i Recepció de mostres del CDB
- Enregistrament del moment en què arriben les bosses i dels codis de les bosses que arriben a la Recepció de mostres del CDB

Cadència, freqüència, intervals

- Cada vegada que s'activa una Àrea Bàsica de Salut (ABS) es donen d'alta cadascuna de les farmàcies a l'aplicació del COFB
- Enregistrament diari de cartes i mostres, a mida que les persones participen
- Tancament de bosses i lliurament al distribuïdor en horaris pactats, normalment de dilluns a dijous
- Monitorització de l'interval de temps entre la recollida de la farmàcia i el lliurament a la Recepció de mostres del CDB, amb alarmes informàtiques per evitar endarreriments

2.5 Traçabilitat del circuit de mostres i cartes

Descripció del procés

➤ **Alta a l'aplicació informàtica del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona (aplicació COFB)**

Responsables: COFB i farmacèutic titular

Un cop la farmàcia accepta col·laborar en el Programa, el titular i els farmacèutics de la farmàcia que participin realitzen el curs de formació, i se'ls facilita l'accés informàtic a l'aplicació COFB.

El farmacèutic titular, quan entra per primera vegada a l'aplicació COFB, dona permís als altres farmacèutics que compleixin els requisits formatius per tal que puguin treballar amb l'aplicació COFB.

El COFB envia als distribuïdors farmacèutics la llista de farmàcies que s'activen per cada ABS perquè s'encarreguin de recollir les bosses amb cartes i mostres i portar-les al laboratori d'anàlisi de l'Hospital Clínic.



Aplicació informàtica del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona (aplicació COFB)

► **Registre de cartes i mostres**

Responsables: COFB i farmacèutics amb formació PDPCCR

Els farmacèutics autoritzats registren diàriament a l'aplicació COFB totes les cartes i mostres que tinguin recepcionades a la farmàcia. El registre consisteix en introduir totes les dades que es demanen: codi del tub, Número de registre Cribratge Colorectal (NCCR), Codi d'Identificació Personal (CIP) i data d'activitat.

➤ **Tancament de bossa i lliurament al distribuïdor farmacèutic**

Responsables: COFB, distribuïdors farmacèutics i farmacèutics amb formació PDPCCR

El tancament de la bossa consisteix en vincular les cartes i/o mostres entregades a la farmàcia a un número de bossa identificat amb un codi de barres únic imprès en l'etiqueta (*Annex 6.1.6*) on hi han les dades de: la farmàcia, l'hospital de referència, el laboratori d'anàlisi, el distribuïdor farmacèutic i l'ABS que s'encarrega del seu transport. Les bosses de l'Oficina Tècnica de Barcelona són de color verd.

Cal comprovar que el número de cartes i mostres que hi ha dins de la bossa es correspon amb el que indica l'aplicació COFB.

El lliurament de la bossa al distribuïdor s'efectua registrant a l'albarà de lliurament: dia, hora, nom del distribuïdor farmacèutic i a qui s'entreguen les bosses. Aquest albarà es genera automàticament quan es registra el lliurament a l'aplicació COFB.

Aquest albarà, imprès per duplicat, el signen el farmacèutic que fa l'entrega i el repartidor de l'empresa distribuïdora, qui se'n quedarà una còpia. L'altra còpia se la queda la farmàcia per tenir constància que la bossa ja s'ha entregat.

Els distribuïdors farmacèutics i el COFB pactaran quan es recullen les bosses de la farmàcia i acostuma a ser de dilluns a dijous.

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.5 Traçabilitat del circuit de mostres i cartes

► Entrada i sortida del magatzem del distribuïdor farmacèutic

Responsables: COFB i distribuïdors farmacèutics

El transport de les mostres des de la farmàcia fins al magatzem, l'emmagatzematge de les bosses i el transport des del magatzem fins la Recepció de mostres del CDB ha de ser en tot moment refrigerat.

El distribuïdor enregistra a l'aplicació COFB l'entrada i la sortida de les bosses del magatzem.

► Entrada a la Recepció de mostres del CDB

Responsables: COFB, distribuïdors farmacèutics i SBGM-CDB

Des de la Recepció de mostres del CDB es repcepciona i registra l'entrada de les bosses. Es comprova que coincideixi el que està registrat a l'aplicació COFB amb el que arriba. En cas de no ser així s'envia un correu electrònic al COFB i a l'OT i s'actua en conseqüència.



Equip analitzador de mostres del Programa en el Servei de Bioquímica i Genètica Molecular - Centre de Diagnòstic Biomèdic, Hospital Clínic

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.5 Traçabilitat del circuit de mostres i cartes

Alteracions del procés o incidències

a. Farmàcia que no disposa d'accés a l'aplicació COFB

Responsables: COFB i farmàcies comunitàries

El COFB comprova el compliment dels requisits **formatius**: realització del curs. Si són correctes, activa l'aplicació i comunica a la farmàcia que ja disposa d'accés a l'aplicació COFB.

b. Farmàcia que no disposa d'accés a l'aplicació COFB perquè temporalment no hi ha titular/regent

Responsables: COFB i farmàcies comunitàries

El COFB comprova el compliment dels requisits **formatius**: realització del curs. El COFB verifica que es tracta d'un farmacèutic amb la formació i amb permís del titular. Si és correcte, activa l'aplicació i comunica a la farmàcia que ja disposa d'accés a l'aplicació COFB.

c. Farmacèutic amb certificat digital caducat

Responsables: COFB i farmàcies comunitàries

El COFB comprova el compliment dels requisits **formatius**: realització del curs. El COFB verifica que es tracta d'un farmacèutic amb la formació i amb permís del titular. Si és així, s'actualitza el certificat. En la mateixa trucada o a posteriori es comprova que el farmacèutic ja disposa d'accés a l'aplicació COFB.



Adhesiu identificatiu de les farmàcies col·laboradores en el Programa

d. Lectura errònia dels codis de la carta/mostra/bossa

Responsables: COFB, farmàcies comunitàries i personal administratiu de l'OT

Es valora com la farmàcia fa el registre i es poden donar dues situacions:

- Si el registre es fa **manualment**, cal seguir els passos que es detallen a continuació:
 - » S'identifica el motiu d'introducció de dades de forma manual (no es llegeix el codi de barres de l'element i/o no utilitzen lector)
 - » Si la carta és defectuosa, contactar amb l'OT
 - » Si el codi de la bossa és defectuós, contactar amb el COFB
 - » El COFB contacta amb el farmacèutic i demana que ho facin amb lector de codis de barres per evitar incidències
 - » El COFB verifica la incorporació de pautes d'actuació correctes i informa a l'OT
 - » Es comprova que el contingut de les mostres ha arribat al laboratori i/o ha estat analitzat
- Si el registre es fa amb **lector òptic**, cal canviar el codi erroni a l'aplicació COFB:
 - » El COFB verifica la incorporació de pautes d'actuació correctes i informa a l'OT dels canvis realitzats a l'aplicació COFB
 - » Es comprova que el contingut de les mostres ha arribat al laboratori i/o ha estat analitzat

e. La farmàcia no registra cartes i/o mostres del circuit a l'aplicació COFB

Responsables: COFB, farmàcies comunitàries, personal administratiu de l'OT i SBGM-CDB

La Recepció de mostres del CDB detecta que el contingut que arriba al laboratori no es correspon amb el que s'indica a l'aplicació COFB i ho comunica a l'OT.

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.5 Traçabilitat del circuit de mostres i cartes

Si no es localitza l'element a l'OT o al SBGM-CDB es contacta amb la farmàcia per saber si ha quedat retingut. Si no es localitza l'element a la farmàcia, es contacta amb el distribuïdor farmacèutic. Si no es localitza l'element enlloc, es dona l'element com a extraviat i es comunica a l'OT perquè tornin a enviar una nova carta.

El COFB comprova que els farmacèutics hagin completat el curs i insta a realitzar la formació a aquells que no l'hagin fet.

El COFB verifica la incorporació de pautes d'actuació correctes.

f. La farmàcia té cartes i/o mostres retingudes

Responsables: COFB i farmàcies comunitàries

L'aplicació COFB informa que hi ha cartes i mostres registrades des de fa 4 dies però no s'ha fet el tancament de la bossa.

Tal i com també s'explica en el capítol 2 Funcionament del Programa, a l'apartat 2.3 *Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació*, pàg. 21, el COFB comprova que els farmacèutics han finalitzat la formació. S'insta a fer la formació a aquells que no l'hagin realitzat i es demana que els farmacèutics revisin el Protocol d'actuació farmacèutica. El COFB, si és necessari, torna a enviar aquest document a la farmàcia.

S'identifica els elements retinguts i es comproven les condicions de refrigeració i de caducitat de les mostres retingudes per detectar males qualitats.

S'insta a que els elements siguin enviats segons les freqüències establertes i s'informa de la relació del material retingut a l'OT.

Passats 7 dies el COFB comprova, en cas de no haver fet el curs, que aquest s'hagi finalitzat.

Es comprova que els materials retinguts segueixen el circuit per arribar al laboratori.

El COFB comprova amb una trucada telefònica que s'han incorporat pautes d'actuació correctes.

g. Codi de bossa inexistent

Responsables: COFB, farmàcies comunitàries, personal administratiu de l'OT i SBGM-CDB

Es poden donar dues situacions:

- A la Recepció de mostres del CDB arriba una bossa amb **un codi inexistent a l'aplicació COFB**
 - » La Recepció de mostres del CDB notifica al COFB i a l'OT que ha arribat una bossa amb un codi inexistent
 - » El COFB introdueix manualment a l'aplicació COFB l'arribada al laboratori. Des del COFB es comprova que el contingut de les mostres ha arribat al laboratori i/o ha estat analitzat
- A la Recepció de mostres del CDB arriba una bossa amb un **codi inexistent a l'aplicació COFB i, a més a més, no s'ha realitzat el tancament de la bossa per part de la farmàcia**
 - » La Recepció de mostres del CDB notifica al COFB i a l'OT que ha arribat una bossa amb un codi inexistent
 - » Des del COFB es comprova, des de l'aplicació COFB, que s'hagin registrat cartes i mostres a la següent bossa que arriba al laboratori

En els dos suposits el COFB comprova que la lectura del codi de la bossa és errònia i contacta amb el proveïdor de material perquè s'entreguin bosses amb codificació correcta.

h. Temps tancament bossa – entrada distribuïdor excedit (>72 hores)

Responsables: COFB, distribuïdors farmacèutics, farmàcies comunitàries, personal administratiu de l'OT i SBGM-CDB

El sistema d'alertes del COFB informa que ha excedit aquest interval de temps per una/es determinada/es bossa/es.

Es comprova la bossa ha arribat al laboratori, ja que no hi ha registre de la bossa. Es truca a la farmàcia per constatar que la bossa no es troba retinguda. Si ha estat retinguda, s'informa que s'ha de lliurar al distribuïdor al més aviat possible.

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.5 Traçabilitat del circuit de mostres i cartes

Si la farmàcia ha entregat la bossa, es demana l'albarà d'entrega i es contacta amb el distribuïdor farmacèutic per confirmar que la bossa no s'ha extraviat.

Quan el circuit hagi finalitzat l'alerta es tracta catalogant-la de *Excedeix (núm.) dies*.

Si la bossa no es localitza ni a la farmàcia, ni al distribuïdor, ni al laboratori, l'alerta es tracta catalogant-la de *Bossa perduda* i s'informa a l'OT per tal d'avisar als usuaris i també a la farmàcia.

Si no s'ha registrat la bossa, però aquesta ha estat localitzada, l'alerta es tracta catalogant-la de *No registra majorista* o *No registra laboratori*.

Finalment es comprova que la bossa ha entrat al laboratori preguntant al laboratori i a l'OT si les mostres han estat analitzades.

i. Temps entrada distribuïdor – sortida distribuïdor excedit (>72 hores)

Responsables: COFB, distribuïdors farmacèutics, personal administratiu de l'OT i SBGM-CDB

El sistema d'alertes del COFB informa que ha excedit aquest interval de temps per una/es determinada/es bossa/es.

Es comprova que la bossa no ha arribat al laboratori com a *bossa inexistent*.

Es comprova amb el distribuïdor que aquesta bossa no s'ha extraviat.

Quan el circuit hagi finalitzat l'alerta es tracta catalogant-la de *Excedeix (núm.) dies* o *No registra majorista*.

Un cop consultat al distribuïdor, es comprova que realment ha entrat al laboratori. En el cas que excedeixi més temps del permès, per assegurar la correcta conservació de les mostres, s'avisarà a l'OT.

Finalment es comprova que la bossa ha entrat al laboratori preguntant a aquest i, a l'OT, si les mostres han estat analitzades.

j. Temps sortida distribuïdor – entrada laboratori excedit (>24 hores)

Responsables: COFB, distribuïdors farmacèutics, personal administratiu de l'OT i SBGM-CDB

El sistema d'alertes del COFB informa que ha excedit aquest interval de temps per una/es determinada/es bossa/es.

Es comprova si la bossa ha arribat al laboratori com a *bossa inexistent*.

Es verifica amb el laboratori que han arribat les cartes i les mostres amb un Excel on apareix tot el contingut de la bossa. Un cop verificat que s'ha analitzat el contingut de la bossa, l'alerta es tracta catalogant-la de *No registrat pel majorista*.

Si el contingut de la bossa no s'ha analitzat, es comunica al distribuïdor per tal que es pugui localitzar la bossa i entregar al laboratori.

Finalment es comprova que la bossa ha entrat al laboratori preguntant a aquest i a l'OT si les mostres han estat analitzades.

k. Temps tancament bossa – entrada laboratori excedit (>7 dies)

Responsables: COFB, distribuïdors farmacèutics, farmàcies comunitàries, personal administratiu de l'OT i SBGM-CDB

El sistema d'alertes del COFB informa que ha excedit aquest interval de temps per una/es determinada/es bossa/es.

Es comprova en quin punt la bossa no ha seguit el circuit i es segueixen els passos prèviament comentats.

Juntament amb el laboratori es verifica que han arribat les cartes i mostres amb un Excel on apareix tot el contingut de la bossa. Un cop verificat que s'ha analitzat el contingut de la bossa, l'alerta es tracta catalogant-la de *No registra majorista* o *No registra laboratori*.

Si el contingut de la bossa no s'ha analitzat, es comunica al distribuïdor i/o farmàcia.

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.5 Traçabilitat del circuit de mostres i cartes

Finalment es comprova que la bossa ha entrat al laboratori preguntant a aquest i a l'OT si les mostres han estat analitzades.

l. Encreuament de bosses: arriben bosses a un laboratori destí que no correspon

Responsables: COFB, distribuïdors farmacèutics, personal administratiu de l'OT i SBGM-CDB

El laboratori notifica al COFB que hi ha hagut un error en l'entrega de bosses i aquestes s'ha deixat a un laboratori de destí erroni.

El Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte a nivell de Catalunya té diferents oficines tècniques les quals cadascuna té un determinat laboratori d'anàlisi de referència. El laboratori de referència del Servei de Bioquímica i Genètica Molecular - Centre de Diagnòstic Biomèdic (SBGM-CDB) de l'Hospital Clínic.

S'informa de la incidència a les OT i als laboratoris corresponents.

Es notifica l'error al distribuïdor corresponent i es demana que vagin a buscar les bosses al destí equivocat i les portin al laboratori corresponent. Es verifica l'arribada de les bosses al destí correcte i es verifica, també, la caducitat de les mostres.

m. No arriba cap carta ni cap mostra a la Recepció de mostres del CDB

Responsables: COFB, personal administratiu de l'OT i SBGM-CDB

El SBGM-CDB informa al COFB que no han arribat bosses a la Recepció de mostres del CDB, en els dies establerts pel Conveni signat entre el COFB i els distribuïdors.

Tal i com també s'explica en el capítol 2 Funcionament del Programa, a l'apartat 2.3 *Enviament i circuit de les cartes d'invitació i reinvitació*, pàg. 21, si algun dia no arriben cartes ni proves a la Recepció de mostres del CDB, el personal responsable a la Recepció ho comunicarà a l'OT i al COFB mitjançant un correu electrònic o una trucada. Aleshores,

un cop consultat l'estat de les bosses a l'aplicació COFB, es contactarà amb el/els distribuïdor/s per tal d'aclarir què ha passat.



Lectura del codi identificatiu del tub

n. Discordança entre els elements registrats i els verificats a la Recepció de mostres del CDB

Responsables: COFB, farmàcies comunitàries, personal administratiu de l'OT i SBGM-CDB

La Recepció de mostres informa a l'OT i el COFB que el contingut de les bosses que han arribat al laboratori és diferent del registrat a l'aplicació COFB.

El personal administratiu de l'OT determina, si és possible, les dades de l'element en qüestió (carta o mostra), és a dir, intenta identificar quines són les cartes i les mostres que arriben i no consten al registre. Si ho creuen convenient, informen al COFB i aquest introdueix les dades correctes a l'aplicació COFB.

Alhora, el COFB comprova quins són els motius pels quals no s'han registrat els elements i rectifica els errors. El COFB comprova que els farmacèutics han finalitzat la formació i s'insta a fer la formació a aquells que no l'hagin realitzada.

Passats 7 dies, el COFB comprova que s'hagi finalitzat el curs, si aquest no s'ha realitzat.

Així mateix, es verifica la incorporació de pautes d'actuació correctes.

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.6 Consulta de cribratge

» Resum del procés

» Descripció del procés

- Organització
- Primera visita
- Consentiment informat de la colonoscòpia
- Actitud davant la negativa de fer-se la colonoscòpia als hospitals de referència del Programa i/o voluntat de realitzar-la en un altre centre
- Circuit de derivació dels individus amb resultat positiu en la prova de detecció de sang oculta en femta exclosos en la primera visita
- Documentació donada durant la primera visita
- Actuació i seguiment en funció de les troballes de la colonoscòpia
- Visita successiva d'infermeria
- Documentació entregada durant la visita successiva
- Informació registrada al sistema informàtic de l'hospital
- Informació registrada a l'aplicació del Programa

» Alteracions del procés o incidències

- a. Persona que no es presenta a la primera visita
- b. Persona que no es presenta a la visita successiva



Material amb recomanacions preventives del càncer colorectal

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.6 Consulta de cribratge

2.6 Consulta de cribratge

Resum del procés

Responsables

- Professional d'infermeria de cribratge
- Personal administratiu de l'Oficina Tècnica (OT)
- Especialista en Gastroenterologia
- Endoscopista

- » Document informatiu de la preparació de la colonoscòpia
- » Document de Requisits mínims de qualitat de l'informe de la colonoscòpia (*Annex 6.9*)
- Producte laxant per preparar l'intestí gros
- Colonoscòpia

Accions, procediments

- El personal administratiu de l'OT truca a la persona amb resultat positiu en la prova de detecció de sang oculta en femta (PDSOF) i concerta una cita amb el professional d'infermeria de cribratge
- El professional d'infermeria efectua la primera visita i, si el participant està d'acord i no hi ha cap contraindicació, es programa una colonoscòpia i una visita successiva
- Una vegada realitzada la colonoscòpia i, en funció del resultat, el professional d'infermeria efectua la visita successiva on es donen les recomanacions preventives pertinents tenint en compte les troballes de la colonoscòpia i els antecedents familiars de neoplàsia.

Recursos

- Aplicació del Programa
- Documentació utilitzada en la consulta de cribratge:
 - » Citació per a la colonoscòpia i per a la visita successiva de la Consulta de cribratge
 - » Consentiment informat per a la colonoscòpia
 - » Documents d'exclusió i de derivació a Atenció especialitzada
 - » Document informatiu de la colonoscòpia

Aplicació informàtica

- A l'aplicació del Programa queda guardada tota la informació clínica del participant referent a les visites primera i successiva, així com també, la informació de les proves efectuades després del resultat positiu i el resultat final del Programa
- La informació referent a les proves diagnòstiques efectuades com a conseqüència del resultat positiu queda guardada al sistema informàtic hospitalari

Cadència, freqüència, intervals

- Diàriament, des del laboratori es bolquen els resultats positius de la PDSOF a l'aplicació del Programa, i a partir d'aleshores es concerten les visites amb el professional d'infermeria de cribratge
- L'interval de temps entre l'anàlisi de la PDSOF (amb resultat positiu) i la data de realització de la colonoscòpia ha de ser el mínim possible i no ha de superar les 8 setmanes. Aquest interval es monitoritza com a part del control de qualitat del Programa
- El professional d'infermeria de cribratge fa la visita successiva uns 15 dies després de la colonoscòpia

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.6 Consulta de cribratge

Descripció del procés

► Organització

Responsables: *Professional d'infermeria de cribratge*

Des de l'Oficina Tècnica el personal administratiu truca als participants amb prova de detecció de sang oculta en femta positiva per informar breument de la positivitat de la prova i oferir una visita d'infermeria a la consulta de cribratge en un període màxim de 7 dies.

► Primera visita

Responsables: *Professional d'infermeria de cribratge*

Aquesta primera visita té 4 parts bàsiques:

1. Significat i implicacions de la positivitat de la PD-SOF. El professional d'infermeria explica les possibles causes del sagnat, com ara l'existència de lesions polipoidees, d'hemorroides i altres lesions benignes, i menys freqüentment, de càncer.

2. Realització del Qüestionari de la consulta de cribratge que recull la següent informació:

- Simptomatologia colorectal: presència de sang en les deposicions, canvis en els hàbits intestinals durant més de 6 setmanes, pèrdua de pes o cansament inexplicables, anèmia ferropènica o malestar abdominal persistent
- Antecedents personals de càncer de còlon i recte (CCR) i altres neoplàsies, de Malaltia Inflamatòria Intestinal (MII), de lesions adenomatoses colorectals i de Poliposi (>15 pòlips)
- Antecedents familiars de CCR: 1 familiar de primer grau (pares, germans o fills) diagnosticat de CCR abans dels 60 anys, o ≥ 2 familiars de primer grau diagnosticats de CCR amb independència de l'edat de diagnòstic

- Antecedents familiars de qualsevol tipus de càncer

- Antecedents familiars d'una síndrome de CCR hereditària

- Exploracions colorectals prèvies realitzades: colonoscòpia o colonografia per Tomografia Computerizada (colonografia TC) especificant la data i el resultat final

- Altra informació a destacar del tipus contraindicacions per a la colonoscòpia (patir alguna malaltia crònica amb morbiditat greu permanent o transitòria), medicació habitual que pot interferir en tot el procés de la colonoscòpia (hipoglucèmians orals, insulina, ferro, antiagregants o anticoagulants) o patologies d'interès

3. Informació sobre la colonoscòpia i explicació i entrega del consentiment informat per a la realització de la colonoscòpia

4. Explicació i entrega de la preparació colònica. Es farà especial èmfasi en la importància d'aconseguir una bona neteja de l'intestí gros, explicant amb detall tant la dieta baixa en residus recomanada els dies previs a la colonoscòpia com les instruccions detallades per prendre la solució evacuant

Tota la informació referent a la primera visita queda registrada a l'aplicació del Programa i al sistema informàtic de cada centre hospitalari.

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.6 Consulta de cribratge

► **Consentiment informat de la colonoscòpia**

Responsables: *Endoscopista i professional d'infermeria de cribratge*

El professional d'infermeria dona la informació (oral i escrita) a la persona referent a la colonoscòpia i al consentiment de la mateixa. És convenient que la persona revisi el consentiment i, si està d'acord amb tota la informació del document, el signarà i el portarà el dia de la colonoscòpia. En cas de tenir dubtes referents a la prova, l'endoscopista els resoldrà i aquest també signarà el consentiment i el guardarà.

► **Actitud davant la negativa de fer-se la colonoscòpia als hospitals de referència del Programa i/o voluntat de realitzar-la en un altre centre**

Responsables: *Professional d'infermeria de cribratge*

Cal intentar esbrinar els motius de la negativa. És important empatitzar amb la persona i deixar que s'expressi amb calma per conèixer si hi ha algun aspecte en concret que la preocupa. És convenient resoldre els dubtes que pugui tenir la persona, ja sigui referent a la colonoscòpia, al possible resultat de cribratge o sobre qualsevol altre tema relacionat amb el procés de cribratge. 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.

S'entrega la Carta de rebuig de colonoscòpia (*Annex 6.1.13*) i es fa firmar el document de denegació de consentiment de la colonoscòpia que tingui cada centre hospitalari. Se li recomana que acudeixi al seu metge/essa per comentar els resultats de la prova i portar la carta de rebuig de la colonoscòpia, especialment si la persona no tornarà a ser convidada al Programa per haver sobrepassat l'edat límit del mateix.

Es tanca el cas com a "PDSOF POSITIVA-SENSE EXPLORACIÓ-SORTIDA TEMPORAL-PERSONAL". La persona serà convidada de nou a participar en el Programa passats dos anys del resultat de la prova, sempre que tingui menys de 70 anys.

Pels casos en què l'individu manifesta que prefereix realitzar la colonoscòpia en un centre extern al PDPCCR, s'entrega el document Requisits mínims de qualitat de l'informe de la colonoscòpia (*Annex 6.9*). Aquest document va adreçat a l'endoscopista que farà la colonoscòpia i recull els paràmetres bàsics que han de constar en l'informe d'endoscòpia per poder-lo donar com a vàlid a nivell de PDPCCR de Barcelona. Se li entrega també la Carta de rebuig de colonoscòpia (*Annex 6.1.13*) i es tanca el cas com a "PDSOF POSITIVA-SENSE EXPLORACIÓ-SORTIDA TEMPORAL-PERSONAL". Alhora, també se li demana que faci arribar al PDPCCR el resultat de la colonoscòpia (amb anatomia patològica, si escau) o se li programa una visita successiva amb el professional d'infermeria per portar-lo personalment. Un cop arriba aquesta informació, es completa l'apartat de colonoscòpia marcant "CCR-altres" i es tanca amb el resultat de la colonoscòpia que s'escaigui. Se seguiran les indicacions de derivació post-colonoscòpia.

► **Circuit de derivació dels individus amb resultat positiu en la prova de detecció de sang oculta en femta exclosos en la primera visita**

Responsables: *Professional d'infermeria de cribratge*

Les persones que presentin algun dels supòsits dels punts que es descriuen a continuació seran excloses del PDPCCR (s'entregarà un informe d'exclusió del PDPCCR) i es derivaran a altres serveis, sempre que no estiguin fent ja seguiment per aquest motiu:

- Antecedents personals de CCR, de proctocolectomia total, de lesions adenomatoses col·rectals ben documentades i/o antecedents de malalties cròniques amb morbiditat greu permanent. El seguiment el realitzarà el metge/essa d'atenció primària (AP) o d'atenció especialitzada. No se li demanarà colonoscòpia des del PDPCCR i el cas es tancarà com a "PDSOF POSITIVA-SENSE EXPLORACIÓ-SORTIDA DEFINITIVA PER ANTECEDENTS PERSONALS"

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA
2.6 Consulta de cribratge

- Antecedents personals de MII. El seguiment el realitzarà la Unitat de MII. No se li demanarà colonoscòpia des del PDPCCR i el cas es tancarà com a "PDSOF POSITIVA-SENSE EXPLORACIÓ-SORTIDA DEFINITIVA PER ANTECEDENTS PERSONALS"
- Antecedents personals de Poliposi (>15 pòlips). El seguiment es farà per una unitat específica que pot ser la Clínica d'Alt Risc de CCR (CAR-CCR). No se li demanarà colonoscòpia des del PDPCCR i el cas es tancarà com a "PDSOF POSITIVA-SENSE EXPLORACIÓ-SORTIDA DEFINITIVA PER ANTECEDENTS PERSONALS"

➤ Documentació donada durant la primera visita
Responsables: Professional d'infermeria de cribratge

- Document informatiu de la colonoscòpia
- Document informatiu de la preparació de la colonoscòpia
- Consentiment informat per a la colonoscòpia
- Documents d'exclusió definitiva/temporal i de derivació a CAR-CCR / Unitat de MII / Atenció Primària o Atenció especialitzada, segons s'escaigui
- Citació per a la colonoscòpia i per a la visita successiva d'infermera de la sonsulta de cribratge
- Dades de contacte amb l'OT i amb el professional d'infermeria

➤ Actuació i seguiment en funció de les troballes de la colonoscòpia
Responsables: Endoscopista

Una vegada realitzada la colonoscòpia, l'endoscopista informa a la persona del resultat de la colonoscòpia i li entrega l'informe de la prova.

A continuació queden detallades, en termes generals, les tres situacions que poden sorgir després de valorar el resultat endoscòpic:

Troballes de la colonoscòpia	Estratègia de vigilància
No lesions o patologia benigna que no ha requerit presa de biòpsies (angiodisplàsies, hemorroides, fissura anal, etc.)	Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte (PDPCCR) (nova invitació als 10 anys amb PDSOF)

Aquests individus no realitzaran una visita successiva a la consulta de cribratge, roman-
dran en el PDPCCR i se'ls enviarà una carta informant-los de la normalitat de l'exploració (Annex 6.1.14). A tots ells se'ls reinviduarà al cap de 10 anys amb PDSOF, sempre que tinguin menys de 70 anys. L'endoscopista comunica a l'individu que no és necessari acudir a la visita successiva

CCR (sospita diagnòstica)	Unitat de CCR (exclusió definitiva del PDPCCR)
---------------------------	--

Els individus amb sospita diagnòstica de CCR seran derivats directament a la Unitat de CCR i quedaran exclosos del PDPCCR sense fer la visita successiva amb el professional d'infermeria de la consulta de cribratge. L'endoscopista comunica a l'individu que no ha d'acudir a la visita successiva

Lesions polipoidees o patologia benigna que ha requerit presa de biòpsies com per exemple una úlcera rectal solitària	PDPCCR (visita successiva infermera de la consulta de cribratge)
---	--

L'endoscopista informa a la persona que ha d'acudir a la visita successiva, on li serà explicat el resultat d'anatomia patològica i el seguiment oportú en funció dels resultats de la colonoscòpia

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.6 Consulta de cribratge

► **Visita successiva d'infermeria**

Responsables: *Metge/essa especialista i professional d'infermeria de cribratge*

Prèviament a la visita successiva, el professional d'infermeria haurà valorat els informes d'endoscòpia i d'anatomia patològica i haurà establert un diagnòstic de cribratge que serà revisat per un metge/essa especialista en digestologia. En funció d'aquest diagnòstic s'estableix el seguiment més oportú per a cada individu (vegeu capítol 2 Funcionament del Programa, apartat 2.8 *Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques*, pàg. 70)

La visita successiva consta de 3 parts bàsiques:

1. Informació del resultat de la colonoscòpia i d'anatomia patològica
2. Informació de la recomanació per a la vigilància colorectal
3. Realització d'educació sanitària: explicació de les recomanacions dietètiques i d'estils de vida saludables per a prevenir el CCR

En cas que el resultat final de cribratge precisi d'una derivació a atenció especialitzada, el professional d'infermeria realitzarà aquesta derivació.

Les persones amb antecedents familiars de CCR (un familiar de primer grau (pares, germans o fills) diagnosticat de CCR abans dels 60 anys o ≥ 2 familiars de primer grau diagnosticats de càncer de còlon a qualsevol edat), amb antecedents familiars de Poliposis o de síndrome de CCR hereditària seran derivades a la CAR-CCR, independentment del resultat de la colonoscòpia de cribratge.

► **Documentació entregada durant la visita successiva**

Responsables: *Professional d'infermeria de cribratge*

- Informe d'anatomia patològica
- Informe final del PDPCCR on apareix el resultat final de cribratge i la recomanació per a la vigilància colorectal
- Full de citació amb l'especialista, quan sigui necessari

- Documentació sobre recomanacions saludables relacionades amb la prevenció del CCR que el professional d'infermeria consideri oportuna entregar

Les persones amb antecedents familiars de CCR, amb antecedents familiars de Poliposis o de síndrome de CCR hereditària **seran derivades a la CAR-CCR**

► **Informació registrada al sistema informàtic de l'hospital**

Responsables: *Personal administratiu de l'OT*

- Informe de la colonoscòpia
- Informe d'anatomia patològica
- Informe final del PDPCCR
- Altres documents derivats d'exploracions complementàries o intervencions efectuades
- Derivacions a altres serveis del propi hospital

► **Informació registrada a l'aplicació del Programa**

Responsables: *Personal administratiu de l'OT i professional d'infermeria de cribratge*

- Programacions de la primera, de la visita successiva i de la/les colonoscòpia/es
- Qüestionari de la consulta de cribratge
- Informació de la colonoscòpia (i/o de la colonografia TC)
- Resultat final del PDPCCR

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.6 Consulta de cribratge

Alteracions del procés o incidències

a. Persona que no es presenta a la primera visita

*Responsables: Personal administratiu de l'OT
i professional d'infermeria de cribratge*

El professional d'infermeria deixarà constància a l'aplicació del Programa i a la història clínica informatitzada del seu hospital que la persona no s'ha presentat a la primera visita.

El personal administratiu de l'OT, una vegada tingui constància de que la persona no s'ha presentat, realitzarà un mínim de 3 trucades en diferents dies i franges horàries i, si no respon, s'envia una carta de contacte (*Annex 6.1.8*) demanant que la persona contacti amb l'OT. A continuació el personal administratiu de l'OT tancarà manualment el cas amb l'estat "PDSOF POSITIU SENSE EXPLORACIÓ-SORTIDA TEMPORAL-PERSONAL" i enviarà una carta de no presentació a la primera visita infermera (*Annex 6.1.15*).

Aquesta persona serà convidada en propera ronda sempre que tingui menys de 70 anys en el moment de la nova invitació.

b. Persona que no es presenta a la visita successiva

*Responsables: Personal administratiu de l'OT i
professional d'infermeria de cribratge*

El professional d'infermeria deixarà constància a l'aplicació del Programa i a la història clínica informatitzada del seu hospital que la persona no s'ha presentat a la visita successiva.

El personal administratiu de l'OT, una vegada tingui constància de que la persona no s'ha presentat, trucarà en diferents franges horàries per tal de reprogramar la visita successiva.

Si no respon, es poden donar dues situacions:

- Que la colonoscòpia sigui concloent i, per tant, s'enviarà, per correu ordinari, l'informe final del PDPCCR i es tancarà el cas amb l'estat corresponent al resultat de la colonoscòpia
- Que la colonoscòpia no sigui concloent i sigui necessari programar una nova prova. En aquest cas s'enviarà carta de contacte (*Annex 6.1.8*) per tal que la persona contacti amb el PDPCCR. Si finalment la persona no es posa en contacte amb el PDPCCR o si finalment la persona no vol programar una nova prova, s'entrega o s'envia una carta de colonoscòpia no concloent (*Annex 6.1.16*) i es tanca el cas en funció del resultat de l'última prova de cribratge realitzada

Consulta infermera
Prevenció
del càncer de còlon i recte

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.7 Colonoscòpia

2.7 Colonoscòpia

» Resum del procés

» Descripció del procés

- Visita prèvia a la colonoscòpia
- Sedació
- Contraindicacions de la colonoscòpia
- Complicacions
- Consentiment informat de la colonoscòpia
- Preparació colònica
- Recomanacions pel dia de la prova
- Criteris de qualitat de la colonoscòpia de cribratge
- Anticoagulació
- Antiagregació
- Dificultat per a interrompre l'anticoagulació i/o antiagregació
- Ferroteràpia oral
- Antibioteràpia profilàctica

- Coagulopaties
- Intervencions quirúrgiques abdominal recents
- Portadors de desfibril·ladors
- Informe del resultat de la colonoscòpia
- Petició i informe d'anatomia patològica
- Polipectomia
- Polipectomia no complexa
- Polipectomia complexa

» Alteracions del procés o incidències

- a. Actitud davant d'una colonoscòpia incompleta
- b. Actitud davant d'una colonoscòpia amb mala preparació intestinal
- c. Actitud davant de la persona amb pòlips no recuperats
- d. Actitud davant d'una persona que no acudeix a fer-se la colonoscòpia



Sala d'un servei d'Endoscòpia Digestiva on es realitzen colonoscòpies del Programa

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.7 Colonoscòpia

2.7 Colonoscòpia

Resum del procés

Responsables

- Endoscopista
- Anestesiòleg/Digestòleg i/o professional d'infermeria capacitat per administrar sedació profunda
- Anatomopatòleg
- Professional d'infermeria de cribratge
- Metge/essa responsable de la patologia associada
- Servei d'hematologia que controla la coagulació al malalt
- Equip mèdic i/o quirúrgic de guàrdia

Accions, procediments

- Des del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte (PDPCCR) es programa una colonoscòpia diagnòstica i, si és necessari, terapèutica
- En situacions concretes, depenent de la medicació que està prenent la persona o en funció dels seus antecedents patològics, serà necessària la valoració del cas per part d'un determinat servei o metge/essa abans de realitzar l'exploració
- L'endoscopista efectua la colonoscòpia i emet un informe de resultats que entrega a la persona una vegada finalitzada la prova
- Si s'han extirpat lesions o s'han pres biòpsies, l'anatomopatòleg valora el material i emet un informe de resultats
- Davant la impossibilitat d'aconseguir, en reiterades vegades, una adequada preparació colònica, el PDPCCR recomana realitzar una colonografia TC

Recursos

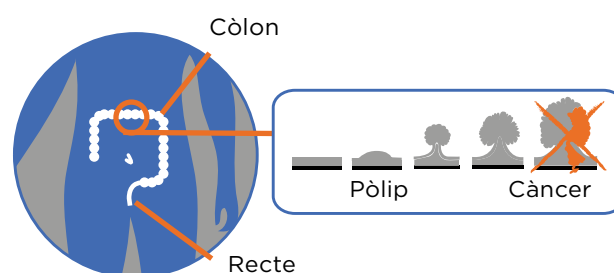
- Consentiment informat per a la colonoscòpia
- Document de Requisits mínims de qualitat de l'informe de la colonoscòpia de cribratge (*Annex 6.9*)
- Document informatiu sobre la preparació de la colonoscòpia
- Pautes en persones que prenen antiagregants o anticoagulants (*Annex 6.10*)
- Producte laxant per preparar l'intestí gros
- Servei d'Anatomia Patològica
- Centre de Diagnòstic per la Imatge
- Unitat d'Endoscòpia

Aplicació informàtica

- La informació referent a les proves diagnòstiques efectuades com a conseqüència del resultat positiu queda guardada al sistema informàtic hospitalari i a l'aplicació del Programa

Cadència, freqüència, intervals

L'interval de temps entre l'anàlisi de la PDSOF (amb resultat positiu) i la data de realització de la colonoscòpia ha de ser el mínim possible, i no ha de superar les 8 setmanes. Aquest interval es monitoritza com a part del control de qualitat del Programa



2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.7 Colonoscòpia

Descripció del procés

► Visita prèvia a la colonoscòpia

Responsables: *Anestesiòleg i/o professional d'infermeria capacitat per administrar sedació profunda*

En alguns casos es realitza, a més de la visita d'infermeria del Programa, una visita on es valora el risc que pot tenir la sedació en base a proves d'imatge i analítiques (preoperatori).

Durant la visita 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 l'American Society of Anesthesiologists (ASA)

Finalment es demanarà a la persona que signi el consentiment informat referent a la sedació.

► Sedació

Responsables: *Anestesiòleg /Digestòleg i professional d'infermeria capacitat per administrar sedació profunda*

Basada en propofol endovenós (bolus o perfusió). Monitorització de constants vitals i saturació d'oxigen. Es disposarà d'oxigen i d'un equip de reanimació.

► Contraindicacions de la colonoscòpia

Responsables: *Endoscopista i professional d'infermeria de cribatge*

Absolutes:

- megacolon tòxic
- colitis fulminant

Relatives:

- diverticulitis aguda
- aneurisme d'aorta gegant simptomàtic
- cirurgia abdominal (encara no donada d'alta)
- infart agut de miocardi recent

- tromboembolisme pulmonar recent
- inestabilitat hemodinàmica
- qualsevol situació on els riscos siguin superiors als beneficis de la colonoscòpia

► Complicacions

Responsables: *Endoscopista i equip mèdic i/o quirúrgic de guàrdia*

El 70% de les colonoscòpies de cribatge són terapèutiques. En el context de la colonoscòpia terapèutica, es consideren:

- » complicacions majors esperables amb significat clínic (hemorràgia postpolipectomia i perforació intestinal)
- » complicacions menors lleus (hemorràgia no significativa, dolor abdominal, bradicàrdia i dessaturació)

La informació referent a les complicacions de la colonoscòpia queda reflectida en el document que s'entrega a la persona durant la primera visita on s'explica la colonoscòpia (vinculat al consentiment informat).

► Consentiment informat de la colonoscòpia

Responsables: *Endoscopista i professional d'infermeria de cribatge*

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 el professional d'infermeria de cribatge a la primera visita, juntament amb les explicacions verbals adients sobre la colonoscòpia. La persona el donarà a l'endoscopista abans de començar la prova i aquest el signarà després de resoldre els possibles dubtes que pugui tenir la persona.

El document degudament signat es conservarà durant un mínim de 5 anys i, si hi ha la possibilitat d'escanejar-lo, es guardarà a l'arxiu durant 15-20 anys.

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.7 Colonoscòpia

► Preparació colònica

Responsables: *Endoscopista i professional d'infermeria de cribratge*

Dieta: un dia abans de la colonoscòpia, ingesta de dieta pobra en fibra vegetal i dieta líquida una vegada s'inicia la presa de la solució evaquant. Dejú absolut (líquids i sòlids) de 2 hores abans de l'exploració.

Solució: el PDPCCR dona prioritat a utilitzar solucions de volum reduït i preferentment de polietilenglicol per motius de seguretat. L'última dosi de la preparació es començarà a prendre, aproximadament, 4 hores abans de la prova.



Alguns dels productes laxants per netejar l'intestí abans de la colonoscòpia

En colonoscòpies programades en horari de matí, l'administració serà preferentment a dosi partida (prendre la meitat de la solució el dia abans de la colonoscòpia i la resta, el mateix dia de la prova).

Si la persona és diabètica s'intentarà programar la colonoscòpia durant la primera franja horària del matí. Es recomana que la dieta baixa en residus els dies previs a la colonoscòpia es reparteixi en 5 àpats al llarg del dia, amb un mínim d'hidrats de carboni en cada menjada, per a minimitzar el risc d'hipoglicèmia i que el dia previ a la colonoscòpia la persona sopi sòlid unes 2-3 hores d'iniciar la presa de la solució.

El Programa dona prioritat a utilitzar **solucions laxants de volum reduït i preferentment de polietilenglicol** per motius de seguretat

Si la persona es tracta amb insulina, es recomana que es posi en contacte amb el seu professional de referència per establir l'actitud a seguir el dia abans i el mateix dia de la prova.

Si la persona es tracta amb hipoglucemians orals es recomana no prendre la medicació una vegada hagi iniciat la preparació evaquant i la reintrodurà després d'haver conclòs el procediment endoscòpic.

► Recomanacions pel dia de la prova

Responsables: *Professional d'infermeria capacitada per administrar sedació profunda i/o professional d'infermeria de cribratge*

El mateix dia de la prova es recomana:

- No menjar res un cop finalitzada la preparació evaquant. Ha d'estar amb dejú absolut (sòlids i líquids) de 2 hores
- Si pren algun medicament ho podrà fer exceptuant aquella medicació que se li ha indicat expressament que suspengui (antiagregants, anticoagulants, ferro oral, etc.)
- La persona ha de venir acompanyada o almenys sortir acompanyada d'un adult responsable del Servei d'Endoscòpia
- Després de l'exploració no pot conduir ni fer activitats que requereixin un alt grau de concentració fins el dia següent

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.7 Colonoscòpia

► Criteris de qualitat de la colonoscòpia de cribratge

Responsables: *Endoscopista, participant i professional d'infermeria de cribratge*

Els criteris de qualitat de la colonoscòpia són els que recull la *Guía de práctica clínica de calidad en la colonoscopia de cribado del cáncer colorectal* elaborada pel grup de treball de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva juntament amb la Asociación Española de Gastroenterología.



Imatge de tram d'intestí gros amb preparació adequada

► Anticoagulació

Responsables: *Servei d'hematologia que controla la coagulació al malalt i endoscopista*

La possibilitat de polipectomies durant la colonoscòpia de cribratge és elevada (60% del total de colonoscòpies). La polipectomia es considera una tècnica d'alt risc hemorràgic. Cal doncs tenir en consideració les persones que prenen fàrmacs anticoagulants (dicumarínics o anticoagulants orals).

Per tal d'establir la modificació de la pauta de fàrmacs dicumarínics (i possible substitució temporal per heparina) s'ha de tenir en compte el risc tromboembòlic del pacient (alt, moderat o baix).

Des del PDPCCR es segueixen les pautes acceptades per la Societat Europea d'Endoscòpia Gastrointestinal (ESGE) (vegeu *Annex 6.10 Pautes en persones que prenen fàrmacs antiagregants o anticoagulants*).

► Antiagregació

Responsables: *Metge/essa responsable de la patologia associada*

Tal i com ja s'ha comentat, la possibilitat de polipectomies durant la colonoscòpia de cribratge és elevada (60% del total de colonoscòpies). La polipectomia es considera una tècnica d'alt risc hemorràgic. Cal doncs tenir en consideració les persones que prenen fàrmacs antiagregants.

Per tal d'establir la modificació de la pauta d'antiagregació cal tenir en compte el risc tromboembòlic del pacient així com la medicació que pren. Des del PDPCCR es segueixen les pautes acceptades per la Societat Europea d'Endoscòpia Gastrointestinal (ESGE) (vegeu *Annex 6.10 Pautes en persones que prenen fàrmacs antiagregants o anticoagulants*).

Pel que fa a les persones tractades només amb Àcid acetilsalicílic poden continuar amb el tractament. Quan la dosis diària superi els 300 mg, des del PDPCCR es recomana reduir-la a 100 mg diaris els 7 dies previs a la colonoscòpia.

► Dificultat per a interrompre l'anticoagulació i/o antiagregació

Responsables: *Metge/essa responsable de la patologia associada*

En aquells casos en què l'especialista que ha prescrit la medicació anticoagulant/antiagregant no veu factible discontinuar el tractament per l'elevat risc tromboembòlic de la persona, des del PDPCCR s'estableix la possibilitat de realitzar una colonoscòpia només diagnòstica (sense polipectomia), amb o sense presa de biòpsies.

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.7 Colonoscòpia

► Ferroteràpia oral

Responsables: Professional d'infermeria de cribratge

Les persones en tractament amb ferroteràpia oral hauran de suprimir el tractament durant els 7 dies previs a l'exploració. El poden reprendre una vegada realitzada l'exploració.

► Antibioteràpia profilàctica

Responsables: Metge/essa responsable de la patologia associada

El PDRCCR, seguint les pautes de la Societat Catalana de Digestologia, no recomana antibioteràpia profilàctica de manera sistemàtica. Casos particulars, com ara valvulopaties, serà el metge/essa especialista responsable de la persona qui decidirà la necessitat d'antibioteràpia profilàctica.

► Coagulopaties

Responsables: Metge/essa responsable de la patologia associada i professional d'infermeria de cribratge

Si la persona està diagnosticada d'una coagulopatia coneguda o presenta una analítica recent amb paràmetres de coagulació anòmals, haurà de consultar al seu metge/essa de referència com procedir per poder realitzar la colonoscòpia.

► Intervencions quirúrgiques abdominals recents

Responsables: Metge/essa responsable de la patologia associada i professional d'infermeria de cribratge

Si la persona s'ha sotmès a una intervenció quirúrgica abdominal recent se li recomana posposar la colonoscòpia fins que l'especialista hagi donat l'autorització per a realitzar-la.

► Portadors de desfibril·ladors

Responsables: Metge/essa responsable de la patologia associada i professional d'infermeria de cribratge

Si la persona és portadora d'un Desfibril·lador Automàtic Implantable (DAI), cal realitzar la colonoscòpia sota supervisió estricta del Servei d'Anestèsia i, si escau, del Servei de Cardiologia.

► Informe del resultat de la colonoscòpia

Responsables: Endoscopista

Un cop finalitzada l'exploració, l'endoscopista proporcionarà una còpia de l'informe amb el resultat de l'exploració i l'informarà del que ha de fer (vegeu capítol 2 Funcionament del Programa, apartat 2.8 *Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques*, pàg. 70).

Els criteris mínims que han de constar en l'informe endoscòpic es basen en les recomanacions de la World Endoscopy Organization (WEO):

- Qualitat de la preparació intestinal ha de ser adequada i ha d'haver estat avaluada mitjançant una escala validada
- Inspecció del cec, incloent la vàlvula ileocecal i l'orifici apendicular, documentat amb fotografia
- Nombre total de pòlips, pòlips extirpats i recuperats
- Morfologia, mida i ubicació de cada pòlip
- Mètode de resecció de cada pòlip
- Avaluació de la integritat de la resecció
- Resecció fragmentada o en bloc



Imatge de pòlip pediculat colorectal

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.7 Colonoscòpia

► Petició i informe d'anatomia patològica

Responsables: *Anatomopatòleg i endoscopista*

La petició d'estudi anatomopatològic es realitza quan hi ha hagut resecció de lesions i/o presa de biòpsies i ha de contenir les dades següents:

- Dades d'identificació: nom complet de la persona, número d'història clínica, data de l'endoscòpia i nom de l'endoscopista
- Dades de la/les polipectomia/es: morfologia macroscòpica del pòlip (sèssil, pla, pediculat), localització del pòlip (cm al marge anal), mida (en mm) i procediment de resecció (biòpsia, polipectomia, mucosectomia, etc.)

Pel que fa a la mostra histològica, cada pòlip ha d'anar separat en un pot amb líquid fixador. El pot ha d'anar identificat amb el nom complet de la persona, el número d'història clínica i la data de la polipectomia.

Els criteris mínims que han de constar en l'informe anatomopatològic es basen en les recomanacions de la World Endoscopy Organization (WEO):

- Nombre total d'adenomes i pòlips serrats
- Diagnòstic histopatològic de cada pòlip
- Presència de component vellós en els pòlips
- Grau de displàsia de cada pòlip



Imatge de pòlip sèssil colorectal

► Polipectomia

Responsables: *Endoscopista*

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 (pòlip gros amb pedicle gruixut, pòlip sèssil que requereixi una resecció mucosa extensa) és necessari reprogramar la colonoscòpia per assegurar que la polipectomia es realitzi en mans d'un endoscopista expert o per completar-la (pòlip sèssil amb resecció incompleta).

Quan la resecció endoscòpica no sigui factible, s'indicarà la resecció quirúrgica.

► Polipectomia no complexa

Responsables: *Endoscopista*

En general s'entén com a polipectomia no complexa la resecció de pòlips menors de 20mm que, a criteri de l'endoscopista, són possibles d'extirpar. Tècnicament cal considerar-la com a maniobra bàsica.

Cal aconseguir una posició estable de l'endoscopi abans d'iniciar les maniobres de polipectomia, ja que facilita la resecció, la recuperació del pòlip i el tractament de possibles complicacions.

Sempre que sigui possible es recomana situar el pòlip en la porció inferior-dreta de la imatge (a les 5 h al monitor) donat que és per on emergeixen els accessoris pel canal operatiu.

Es recomana explorar de forma minuciosa el pòlip per tal d'establir bé els marges de la lesió i la reseccabilitat endoscòpica.

El tipus de resecció depèn de la mida (diàmetre màxim del pòlip) i de la morfologia del pòlip.

En relació a la mida del pòlip:

- **Pòlips <3 mm:** utilitzar nansa freda o pinça freda. Es desaconsella l'ús de pinça calenta pel major risc de complicacions especialment en el còlon

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.7 Colonoscòpia

dret, així com també per la major dificultat per a la interpretació anatomopatològica

- **Pòlips 3-10 mm:** si plans o sèssils, s'aconsella nansa freda per aconseguir resecció completa i evitar dany transmural i minimitzar el risc d'hemorràgia postpolipectomia. Si pediculats, resecció amb nansa calenta
- **Pòlips >10-20 mm:** nansa calenta i, si es creu convenient, tècniques assistides

En relació a la morfologia:

- **Pòlips pediculats:** actuar segons la mida i, si el pedicle és gruixut o el pòlip molt gran (≥ 20 mm), utilitzar tècniques assistides
- **Pòlips sèssils i plans:** extirpació mitjançant resecció mucosa (mucosectomia) i actuar segons la mida. Si és necessari, previ a la resecció del pòlip, elevar-lo amb la injecció de sèrum salí a la submucosa

Cal intentar recuperar tots els pòlips per a la seva anàlisi anatomopatològica.

En els següents casos, els pòlips NO s'han d'extirpar durant la colonoscòpia diagnòstica i es valorarà la resecció per un endoscopista expert o per un cirurgià:

- Pòlips inaccessibles
- Pòlips amb signes de malignitat com per exemple:
 - » Ulceració
 - » Enduriment
 - » Presència de vasos anòmals
 - » Patró mucós esborrat o patró mucós abigarrat (pit pattern V o NICE III o JNET 2B o III)

En aquests casos caldrà fer tatuatge. La tècnica adequada per a realitzar el tatuatge és la injecció submucosa de sèrum salí fins a tenir una elevació de la lesió en forma de fava i posteriorment injecció de tinta xina en aquesta fava. Idealment s'han de fer, com a mínim, dues marques en cares oposades de la lesió. En l'informe s'haurà d'especificar si els tatuatges són distals o proximals a la lesió.

► Polipectomia complexa

Responsables: Endoscopista

Es considera polipectomia complexa la resecció de les lesions majors de 20 mm, especialment si són de tipus planes o sèssils i/o si estan localitzades en àrees de major dificultat tècnica (vàlvula ileocecal, cec, còlon dret i transvers, marge anal o de difícil posicionament).

Tenint en compte el major risc associat a aquest tipus de polipectomia (hemorràgia i perforació) i, alhora, la importància d'extreure completament el pòlip en el primer intent, es recomana reprogramar la polipectomia d'aquestes persones en una segona exploració. Es recomana no biopsiar la lesió per evitar fibrosis i dificultats posteriors per aconseguir una resecció en bloc.

És aconsellable que la polipectomia complexa la realitzi personal experimentat, ja que això augmenta la possibilitat d'èxit terapèutic i disminueix els riscos associats.



Lesió tributària de ser resecada mitjançant polipectomia complexa

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.7 Colonoscòpia

Alteracions del procés o incidències

a. Actitud davant d'una colonoscòpia incompleta

Responsables: Endoscopista

Si la colonoscòpia ha estat incompleta per dificultats tècniques (impossibilitat de progressar l'endoscopi fins a cec), es recomana realitzar 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 a l'apartat de la colonoscòpia pàg. 62.

Si la colonoscòpia ha estat incompleta per trastorns hemodinàmics o cardiorespiratoris (lligats a la sedació), cal repetir la colonoscòpia tractant prèviament la possible causa i intensificant les mesures de vigilància (presència d'anestesiòleg).

b. Actitud davant d'una colonoscòpia amb mala preparació intestinal

Responsables: Endoscopista i professional d'infermeria de cribratge

Si la valoració d'algun dels trams intestinals explorats és inadequada, regular o dolenta, cal repetir la colonoscòpia. La preparació intestinal que es pautarà per aquesta nova prova anirà en funció del que manifesti la persona:

- Si la persona afirma haver realitzat correctament la preparació, es repetirà la pauta augmentant la quantitat de producte laxant i allargant el període previ de dieta baixa en residus
- Si la persona manifesta no haver pres correctament el producte laxant, es repetirà la mateixa pauta, insistint en la importància de la bona preparació
- Si la persona manifesta intolerància al producte laxant, es donarà un producte diferent

En totes tres situacions el resultat final ha de ser l'excreció d'un líquid de color groc clar al finalitzar la preparació.

Davant la impossibilitat d'aconseguir una adequada preparació colònica el PDPCCR recomana realitzar una colonografia TC per descartar lesions neoplàtiques o lesions polipoidees de mida gran.

Es valorarà la possibilitat d'ingrés hospitalari per a realitzar la preparació intestinal en casos excepcionals en què la persona no té els mitjants personals ni socials necessaris per a realitzar una correcta preparació al domicili o en aquells casos en què la persona presenta un restrenyiment molt sever.

c. Actitud davant de la persona amb pòlips no recuperats

Responsables: Consulta de cribratge

En ocasions, no és possible recuperar el pòlip per a la seva anàlisi anatomopatològica, la qual cosa dificulta la classificació de la persona pel que fa al seu risc de recurrència. Quan no es disposi d'avaluació anatomopatològica, el pòlip es considerarà un adenoma tubular amb displàsia de baix grau, exceptuant els pòlips ≤ 5 mm de recte i sigma que es consideraran com a pòlips hiperplàstics. L'estratègia de vigilància d'aquestes lesions no recuperades vindrà marcada per la mida endoscòpica i per tant totes les lesions ≥ 10 mm es consideraran avançades.



Imatge de pòlip sèssil mil·limètric colorectal

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.7 Colonoscòpia

d. Actitud davant d'una persona que no acudeix a fer-se la colonoscòpia

Responsables: *Personal administratiu de l'Oficina Tècnica (OT) i professional d'infermeria de cribratge*

Si la persona no acudeix per fer-se la colonoscòpia, des de l'OT es truca al participant per esbrinar per quin motiu no ha pogut venir a fer-se la prova i es poden donar dues situacions.

Es localitza a la persona:

- Si aquesta manifesta que no se la vol fer, se li envia la carta de rebuig de colonoscòpia (*Annex 6.1.13*) perquè la porti al seu metge/essa de capçalera i es tanca el cas amb resultat final "PDSOF POSITIU SENSE EXPLORACIÓ-SORTIDA TEMPORAL-PERSONAL" a l'aplicació del Programa. Aquesta persona serà convidada en propera ronda sempre que tingui menys de 70 anys en el moment de la nova invitació
- Si aquesta manifesta que es vol fer la colonoscòpia, es reprograma la prova i la visita successiva. Si es considera convenient citar una nova visita presencial per reprogramar la prova, se li dona nova programació. Davant la incompareixença reiterada, es valorarà el tancament del cas. La colonoscòpia es pot reprogramar fins el moment en que es generi nova ronda a la seva Àrea Bàsica de Salut
- En alguns casos, si la persona manifesta que s'ha fet la colonoscòpia en un altre centre, se li dona visita successiva amb el professional d'infermeria perquè porti l'informe de la colonoscòpia i, si procedeix, l'informe d'anatomia patològica. En els casos en què no es realitzi una visita successiva, se li diu que faci arribar aquests documents
- Si la persona manifesta que encara no s'ha realitzat la colonoscòpia, però que se la realitzarà en un altre centre, se li envia per correu ordinari o per correu electrònic el *Document de requisits de qualitat de l'informe de la colonoscòpia* (*Annex 6.9*) per tal que l'entregui a l'endoscopista. Se li dona cita per una visita successiva amb el professional

d'infermeria perquè ens porti l'informe de la colonoscòpia i, si procedeix, l'informe d'anatomia patològica. En els casos en què no es realitzi una visita successiva, se li diu que faci arribar aquests documents

En els tres últims supòsits, si finalment l'OT, pel motiu que sigui, no acaba tenint l'informe de la colonoscòpia i, en cas necessari, el d'anatomia patològica, es tanca el cas amb resultat final "PDSOF POSITIU SENSE EXPLORACIÓ-SORTIDA TEMPORAL-PERSONAL" a l'aplicació del Programa i la persona serà convidada en propera ronda sempre que tingui menys de 70 anys en el moment de la nova invitació.

Si la persona realitza la **colonoscòpia en centre extern al Programa**, se li facilita el **Document de requisits de qualitat de l'informe de la colonoscòpia** per entregar-lo a l'endoscopista

No es localitza a la persona:

Quan després de varis intents de trucada no es localitza la persona, s'enviarà carta de contacte per tal que la persona es posi en contacte amb el PDPCCR i es tanca el cas amb resultat final "PDSOF POSITIU SENSE EXPLORACIÓ-SORTIDA TEMPORAL-PERSONAL" a l'aplicació del Programa. Si finalment la persona no es posa en contacte amb el PDPCCR s'envia la carta de no presentació a la colonoscòpia (*Annex 6.1.17*).

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.8 Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques

2.8.1 Consideracions generals

2.8.2 Estratègia de vigilància segons les troballes endoscòpiques en el PDPCCR

2.8.3 Càncer colorectal: classificació i actuació

2.8.4 Síndromes polipòsiques colorectals: classificació i actuació

2.8.5 Estratègia de vigilància quan la colonoscòpia no és vàlida i no es realitzen exploracions posteriors

2.8.6 Estratègia de vigilància quan la persona es sotmet a una colonografia TC

2.8 Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques

2.8.1 Consideracions generals

El Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte (PDPCCR) classifica les troballes colorectals en: Negativa, Lesió no associada a increment de risc (LNAIR), Lesió de risc baix (LRB), Lesió de risc intermedi (LRI), Lesió de risc alt (LRA), Poliposi, Càncer colorectal (CCR) invasiu i Malaltia inflamatòria intestinal (MII). La definició i l'actuació a seguir després del diagnòstic es troben recollides a la taula* de la pàgina següent i són les mateixes que ha adoptat recentment la Societat Catalana de Digestologia.

El concepte de neoplàsia colorectal inclou tres tipus de lesions: els adenomes, les lesions serrades i l'adenocarcinoma. Tant l'adenoma com les lesions serrades poden progressar i desenvolupar un adenocarcinoma colorectal. El risc depèn de les característiques histològiques, la mida i el grau de displàsia. En funció d'aquest risc es classifiquen en lesions de risc baix, de risc intermedi i de risc alt.

El seguiment endoscòpic dels pòlips extirpats haurà de tenir en compte de forma conjunta i sumatòria tant les característiques de les lesions adenomatoses com de les serrades extirpades.

Quan hi hagi discrepància entre la mida d'una lesió reportada en l'informe endoscòpic i la mida reportada en l'informe anatomopatològic, s'agafarà com a vàlida la mida endoscòpica.

Quan l'endoscopista informi que el pòlip ha estat extret en bloc, però en l'informe d'anatomia patològica es descriguin varis fragments, es considerarà que la resecció ha estat no fragmentada seguint el criteri de l'endoscopista.

En pòlips no recuperats (no es disposa d'avaluació anatomopatològica), el pòlip es considerarà un adenoma tubular amb displàsia de baix grau, exceptuant els pòlips ≤ 5 mm de recte i sigma que es consideraran com a pòlips hiperplàstics. L'estratègia de vigilància d'aquestes lesions no recuperades vindrà marcada per la mida endoscòpica i, per tant, totes les lesions ≥ 10 mm es consideraran avançades.

* Una versió reduïda de la taula es pot trobar publicada a l'article de Castells A, et al. *Postpolypectomy surveillance in patients with adenomas and serrated lesions: a proposal for risk stratification in the context of organized colorectal cancer-screening programs* de la revista. Endoscopy 2015

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.8 Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques

2.8.2 Estratègia de vigilància segons les troballes endoscòpiques en el PDPCCR

RESULTAT FINAL DEL PROGRAMA	CRITERIS ^{1,2}	ESTRATÈGIA DE VIGILÀNCIA
Negativa	No presència d'adenomes/pòlips serrats/càncer/MII (cal fer notar que els individus en els que només es detectin altres lesions benignes - hemorroides, diverticles, fissura anal, etc.- i/o malignes - carcinoma escamós d'anús, tumor carcinoide, etc.- seran considerats com "negatius" pel que fa al resultat final del Programa)	Retorn al Programa de cribratge (PDSOF biennal) als 10 anys, si en el moment de la colonoscòpia té <60 anys
Lesió no associada a increment de risc (LNAIR)	<20 pòlips hiperplàstics <10 mm limitats a recte o sigma³	PDSOF biennal als 10 anys o colonoscòpia als 10 anys, si en el moment de la colonoscòpia té ≥60 anys
Lesió de risc baix (LRB)⁴	1-2 adenomes tubulars <10 mm amb displàsia de baix grau, o 1-2 pòlips serrats⁵ <10 mm sense displàsia^{6,7}	- Retorn al Programa de cribratge (PDSOF biennal) a la ronda següent, si en el moment de la colonoscòpia té <68 anys - PDSOF biennal als 2 anys o colonoscòpia als 10 anys, si en el moment de la colonoscòpia té ≥68 anys
Lesió de risc intermedi (LRI)⁸	3-4 adenomes tubular <10 mm amb displàsia de baix grau, o 1-4 adenomes tubular 10-19 mm amb displàsia de baix grau, o 1-4 adenomes <20 mm amb component vellós i/o displàsia d'alt grau (carcinoma intraepitelial) i/o carcinoma intramucós⁹, o 3-4 pòlips serrats⁵ <10 mm sense displàsia^{6,7}, o 1-4 pòlips serrats⁵ 10-19 mm sense displàsia^{6,7}, o 1-4 pòlips serrats⁵ <20 mm amb displàsia^{6,7}	Colonoscòpia als 3 anys¹⁰
Lesió de risc alt (LRA)¹¹	≥5 adenomes/pòlips serrats^{5,6}, o >1 adenomes/pòlips serrats^{5,6} ≥20 mm	Colonoscòpia a 1 any^{10,12}
Poliposi	- Poliposi adenomatosa familiar (atenuada o clàssica): >15 adenomes a qualsevol localització, o - Poliposi serrada: ≥5 pòlips serrats proximals al sigma (com a mínim 2 d'ells >10 mm), o >20 pòlips serrats al llarg de tot el còlon, o qualsevol nombre de pòlips serrats proximals al sigma en un familiar de primer grau d'un individu amb Poliposi serrada, o - Poliposi mixta: compleix tant els criteris de Poliposi adenomatosa com els de Poliposi serrada abans esmentats	Derivació a unitat específica o especialista
Càncer colorectal (CCR) invasiu	Adenocarcinoma colorectal invasiu (estadi I-IV)¹³	Derivació a unitat funcional
Malaltia inflamatòria intestinal (MII)	Anatomia patològica específica de Colitis ulcerosa o Malaltia de Crohn	Derivació a unitat específica o especialista

Continua

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.8 Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques

- ¹ Les lesions ressecades i no recuperades per a estudi histològic, a efectes de l'establiment del risc de l'individu, es consideren "adenomes tubulars amb displàsia de baix grau", excepte les lesions ≤ 5 mm a recte i sigma que es consideren "pòlips hiperplàstics", i la mida és l'estimada endoscòpicament
- ² Tots els individus són classificats, a efectes de l'establiment del risc de càncer colorectal, en funció de la lesió associada a un risc més elevat que se li ha diagnosticat (lesió de risc baix $\rightarrow$ lesió de risc intermedi $\rightarrow$ lesió de risc alt $\rightarrow$ poliposi $\rightarrow$ càncer invasiu). En cas de coexistir adenomes i pòlips serrats amb el mateix risc associat es té en compte el nombre de lesions (vegeu notes ⁴ i ⁸)
- ³ Davant un nombre elevat de pòlips hiperplàstics, cal comprovar si compleix criteris de Poliposi serrada (vegeu capítol 2 Funcionament del Programa, apartat 2.8 Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques, 2.8.4 Síndromes polipòsiques colorectals: classificació i actuació, pàg. 74)
- ⁴ Si el nombre de lesions (adenomes + pòlips serrats) és de 3 ó 4, el risc d'aquest individu es correspon al d'aquells amb lesions de risc intermedi
- ⁵ Es consideren pòlips serrats els pòlips hiperplàstics, els SSA/P*, els adenomes serrats tradicionals i els pòlips mixtes
- ⁶ Exclosos els pòlips hiperplàstics < 10 mm localitzats a recte i sigma
- ⁷ Els adenomes serrats tradicionals i els pòlips mixtes es consideren sempre displàstics
- ⁸ Si el nombre de lesions (adenomes + pòlips serrats) és ≥ 5 , el risc d'aquest individu es correspon al d'aquells amb lesions de risc alt
- ⁹ Revisió de la base del pòlip en 4 ó 6 mesos si existeixen dubtes, per part d'endoscòpia o d'anatomia patològica, sobre la resecció completa de la lesió
- ¹⁰ En cas de lesions sèssils o planes de ≥ 20 mm ressecades en fragments, cal comprovar que la resecció ha sigut completa amb la realització d'una colonoscòpia en un període de 4-6 mesos. L'interval fins a la propera exploració de vigilància s'estableix a partir de la data d'aquesta segona colonoscòpia
- ¹¹ Davant un nombre elevat d'adenomes, cal comprovar si compleix criteris de Poliposi adenomatosa (vegeu capítol 2 Funcionament del Programa, apartat 2.8 Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques, 2.8.4 Síndromes polipòsiques colorectals: classificació i actuació, pàg. 74)
- ¹² L'objectiu d'aquesta colonoscòpia és comprovar que no existeixen lesions sincròniques que hagin pogut passar desapercebudes a l'exploració basal
- ¹³ En cas de tumor pT1 resecat endoscòpicament, cal assegurar que compleix tots els criteris de bon pronòstic (extirpació en bloc, baix/moderat grau de diferenciació, absència d'invasió limfovacular, lesions sèssils o planes amb infiltració de ≤ 1 mm de la submucosa, lesions pediculades tipus Haggitt 1, 2 o amb infiltració de < 3 mm de la submucosa, absència de Budding i marge profund a ≥ 1 mm del carcinoma); quan el pòlip no compleix tots els criteris de bon pronòstic, cal derivar a la unitat específica o a l'especialista de cada hospital

* SSA/P (Sessile Serrated Adenoma/Polyp)

En cas d'existir discrepància en la mida endoscòpica i anatomopatològica de les lesions ressecades, es donarà com a vàlida la mida reportada per l'endoscopista

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.8 Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques

2.8.3 Càncer colorectal: classificació i actuació

Pel que fa als adenocarcinomes, la classificació utilitzada en el PDPCCR és la TNM de l'*American Joint Committee on Cancer*, la qual té en compte:

Tumor primari (T):

- **TX:** No es pot avaluar el tumor primari
- **Tis:** Carcinoma In situ: intraepitelial o invasió de la làmina pròpia. 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. Aquestes lesions no es consideren "càncer" sinó Lesió de risc intermedi o Lesió de risc alt (vegeu més avall)
- **T1:** El tumor envaeix la submucosa
- **T2:** El tumor envaeix la muscularis pròpia
- **T3:** El tumor envaeix la subserosa o els teixits pericòlics o perirectals no peritonealitzats a través de la muscularis pròpia
- **T4:** El tumor envaeix directament altres òrgans o estructures o perfora el peritoni visceral. La 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 limfàtics 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

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

L'adenocarcinoma In situ (Tis, estadi 0) es classifica com a Lesió de risc intermedi per la histologia, però si la mida és $\geq 20\text{mm}$, com a Lesió de risc alt. El seguiment es realitzarà mitjançant colonoscòpia als 3 o a l'any, respectivament, tal i com s'especifica en l'anterior taula *Estratègia de vigilància segons les troballes endoscòpiques en el PDPCCR*.

La persona amb diagnòstic de carcinoma T1 sobre un adenoma requereix una consideració especial i es remetrà la persona a la Unitat de CCR de l'hospital corresponent. De manera gairebé invariable, aquest diagnòstic s'estableix després de la resecció endoscòpica del pòlip. En aquest cas el tractament endoscòpic es considerarà suficient i es farà vigilància com si es tractés d'una lesió de risc alt, sempre que es compleixin tots els criteris de bon pronòstic següents:

- Extirpació en bloc (no fragmentada)
- Grau de diferenciació bo o moderat
- Lesió sèssil o plana amb infiltració de la submucosa $\leq 1\text{mm}$
- Lesió pediculada tipus Haggitt 1 ó 2 o amb infiltració de la submucosa $< 3\text{mm}$
- No invasió vascular ni limfàtica
- Absència de Budding
- Marge de resecció profund $\geq 1\text{mm}$ del carcinoma

El CCR invasiu s'estadificarà i la persona serà tractada i seguida d'acord amb el protocol assistencial de la Unitat de CCR de l'hospital corresponent.

2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.8 Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques

2.8.4 Síndromes polipòsiques colorectals: classificació i actuació

Es defineix Poliposis aquell individu que presenta ≥ 20 pòlips acumulats en vàries colonoscòpies. En el PDPCCR es decideix classificar com a Poliposis aquell individu amb ≥ 15 pòlips. Aquest últim còmput exclou els pòlips hiperplàstics de < 10 mm a recte o sigma i és diferent en el cas de la Poliposi serrada.

Les síndromes polipòsiques es classifiquen segons la histologia dels pòlips en:

- **Adenomatoses.** Alhora es subclassifiquen en:
 - » Atenuada (entre 20 i 100 adenomes)
 - » Clàssica (més de 100 adenomes)
- **Hamartomatoses.** Alhora es subclassifiquen en:
 - » Síndrome de Peutz-Jeghers
 - » Poliposi Juvenil
 - » Síndrome de Cowden
 - » Síndrome de Cronkhite-Canada
 - » Síndrome de Poliposi serrada: ≥ 5 pòlips serrats proximals al sigma, essent 2 d'ells > 10 mm i/o > 20 pòlips serrats distribuïts al llarg del còlon i/o qualsevol nombre de pòlips serrats proximals a sigma amb un familiar de primer grau d'un individu amb Poliposi serrada

En aquests casos la persona serà exclosa del PDPCCR i remesa a una unitat específica de l'hospital corresponent per al seu tractament i seguiment com pot ser la Clínica d'Alt Risc del CCR (CAR-CCR).

2.8.5 Estratègia de vigilància quan la colonoscòpia no és vàlida i no es realitzen exploracions posteriors

En el cas excepcional en què la colonoscòpia de cribratge es considera no vàlida (incompleta o mal preparada) i no es realitza una altra prova endoscòpica ni una colonografia mitjançant Tomografia Computeritzada (colongrafia TC), ja sigui perquè la persona declina fer-la o perquè no ha estat possible, pel motiu que sigui, el seguiment posterior es farà segons els criteris següents:

- Si no es troben lesions en la part explorada, la persona serà convidada al PDPCCR amb PDSOF al cap de 2 anys i es tancarà el cas amb un resultat final de "PDSOF POSITIVA AMB EXPLORACIÓ NO VALORABLE"
- Si les lesions extirpades en la part explorada es valoren com a Lesió de risc baix la persona serà convidada al PDPCCR amb PDSOF al cap de 2 anys i es tancarà el cas amb un resultat final d' "EXPLORACIÓ AMB ADENOMA BAIX RISC-GUIA EUROPEA"
- En la resta de situacions, el resultat final de cribratge vindrà donat pel risc que confereixen les lesions extirpades en la part explorada i sempre es tancarà el cas amb el resultat final d' "EXPLORACIÓ AMB resultat en funció de les troballes de la colonoscòpia- DERIVAT A L'ESPECIALISTA".



2. FUNCIONAMENT DEL PROGRAMA

2.8 Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques

2.8.6 Estratègia de vigilància quan la persona es sotmet a una colonografia TC

Quan es realitza una colonografia TC el seguiment posterior es farà segons els criteris següents:

- Si el resultat de la colonografia TC és normal i aquesta es fa després d'una colonoscòpia òptica sense lesions o amb lesions catalogades com a Lesions no associades a increment de risc (LNAIR: <20 pòlips hiperplàstics <10 mm limitats a recte o sigma), el resultat final de cribratge serà de Colonoscòpia negativa o de LNAIR i es recomanarà PDSOF als 4 anys a partir del PDPCCR o a partir del metge/essa d'atenció primària si la persona té >69 anys en el moment de tornar-la a convidar
- Si el resultat de la colonografia TC és normal i aquesta es fa després d'una colonoscòpia òptica amb lesions catalogades com a Lesió de risc baix (LRB), el resultat final de cribratge serà de LRB i la persona tornarà a ser convidada al PDPCCR passats 2 anys, sempre que tingui menys de 70 anys
- Si el resultat de la colonografia TC és normal i aquesta es fa després d'una colonoscòpia òptica amb lesions catalogades com a Lesió de risc intermedi (LRI) o Lesió de risc alt (LRA) el resultat final de cribratge serà de LRI-derivat a l'especialista o LRA-Derivat a l'especialista i la persona quedarà exclosa del PDPCCR i realitzarà el seguiment a través de la unitat específica del seu centre hospitalari de referència com pot ser la CAR-CCR
- Independentment de si s'han extirpat lesions durant la colonoscòpia òptica, si s'han visualitzat lesions en la colonografia TC es valorarà el motiu pel qual la colonoscòpia òptica ha estat incompleta amb la intensió de fer una segona colonoscòpia per extirpar les lesions. Si aquesta nova colonoscòpia òptica resulta incompleta es remetrà la persona a la unitat específica del seu centre hospitalari de referència (CAR-CCR) perquè facin el seguiment i s'exclourà a la persona del PDPCCR. Si després de valorar el motiu no es recomana una nova colonoscòpia òptica, es remetrà directament la persona a la CAR-CCR
- Quan la colonografia TC és la prova diagnòstica de primera elecció, si el resultat d'aquesta és normal es recomanarà PDSOF als 4 anys a partir del PDPCCR o a partir del metge/essa d'atenció primària si la persona té >69 anys en el moment de tornar-la a convidar. Si en la colonografia TC es visualitzen lesions, es valorarà la realització d'una colonoscòpia òptica per poder extirpar-les





FORMACIÓ I ACREDITACIÓ

DE LES FARMÀCIES COMUNITÀRIES

3. FORMACIÓ I ACREDITACIÓ DE LES FARMÀCIES COMUNITÀRIES

3. Formació i acreditació de les farmàcies comunitàries

3.1 Consideracions generals

3.2 Objectius

3.3 Descripció del Pla de formació i acreditació de les farmàcies

- Farmacèutics que s'incorporen al Programa per primera vegada (procés d'acreditació)
- Farmacèutics que ja han participat en rondes anteriors del Programa
- Farmacèutics que ja han realitzat el curs de formació inicial i la píndola formativa i que han participat en rondes anteriors del Programa

3.4 Alteracions del procés o incidències

- a. La farmàcia no manifesta si vol participar en el Programa
- b. La farmàcia confirma la seva participació, però no s'inscriu a la formació
- c. Farmàcia que vol participar i no compleix amb els requisits formatius: titular sense curs de formació inicial/ píndola formativa
- d. Farmacèutics d'una farmàcia col·laboradora que realitzen tasques del Programa i no disposen de la formació
- e. Participació en la gestió del Programa de personal auxiliar no farmacèutic

3.1 Consideracions generals

Els farmacèutics de la farmàcia comunitària efectuen el primer contacte professional amb els participants del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte (PDPCCR). A la farmàcia s'informa, es dona consell i es facilita la participació de la població convidada. La farmàcia és el primer punt de registre de dades a l'aplicació del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona (aplicació COFB).

Per a garantir el bon funcionament i la qualitat del PDPCCR des de la farmàcia s'ha creat el Protocol d'actuació farmacèutica (*Annex 6.6*) i s'ha establert un Pla de formació acreditat.

El Pla de formació es basa en una formació específica, els continguts dels quals s'han consensuat amb els responsables de les diferents oficines tècniques del PDPCCR en l'àmbit de Catalunya. Aquesta formació l'han de realitzar obligatòriament tots els farmacèutics amb nomenament que treballin a una farmàcia col·laboradora i participin en les tasques del Programa. Els auxiliars de farmàcia no poden participar en aquestes tasques.

La formació del farmacèutic és un requisit indispensable per participar com a farmàcia col·laboradora en el PDPCCR. Aquesta formació es coordina des del Departament de Formació i Desenvolupament Professional del COFB que és qui actua com a garant del fet que les farmàcies siguin aptes per col·laborar amb el PDPCCR.



3. FORMACIÓ I ACREDITACIÓ DE LES FARMÀCIES COMUNITÀRIES

3.2 Objectius

Estratègic

Garantir una formació adequada per el desenvolupament del PDPCCR a les farmàcies

Específics

- Proporcionar la informació necessària per a dur a terme correctament les funcions del farmacèutic en el PDPCCR
- Unificar criteris per l'actuació farmacèutica
- Proporcionar els recursos i materials necessaris per la correcta actuació farmacèutica



3.3 Descripció del Pla de formació i acreditació de les farmàcies

L'acció formativa es pot realitzar de tres formes en funció de les vegades que la farmàcia ha participat en el PDPCCR i en funció de la formació que ja hagi realitzat:

► Farmacèutics que s'incorporen al Programa per primera vegada (procés d'acreditació)

Aquells farmacèutics que col·laboren per primer cop en el PDPCCR són convidats a realitzar una formació online de 5 hores lectives que inclou continguts d'epidemiologia i prevenció del càncer de còlon i recte (CCR), el funcionament del PDPCCR i la descripció detallada de les diferents fases del procés que es realitza des de la farmàcia. La puntuació mínima per superar el curs ha de ser del 80%. Els continguts del curs han estat desenvolupats per representants de tots els professionals de les diferents àrees implicades en el PDPCCR.



Captura de pantalla del curs de formació inicial del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

3. FORMACIÓ I ACREDITACIÓ DE LES FARMÀCIES COMUNITÀRIES

► **Farmacèutics que ja han participat en rondes anteriors del Programa**

Per aquells farmacèutics que ja han participat en rondes anteriors del PDPCCR l'acció formativa es centra en donar a conèixer les actualitzacions del PDPCCR i en fer un recordatori dels coneixements adquirits anteriorment. Es porta a terme una formació d'1 hora lectiva que es coneix com a píndola formativa. Els continguts de la píndola han estat desenvolupats per representants de tots els professionals de les diferents àrees implicades en el PDPCCR.

► **Farmacèutics que ja han realitzat el curs de formació inicial i la píndola formativa i que han participat en rondes anteriors del Programa**

Una vegada realitzat el curs i la píndola, la formació que realitzaran els farmacèutics consta d'uns vídeos de visualització voluntària i un examen amb preguntes amb multiresposta que s'hauran de respondre sense fer cap error per superar la formació. Si es produeix algun error a l'examen, s'hauran de visualitzar els vídeos i, a continuació, fer l'examen de nou. Els continguts de l'examen i els vídeos han estat desenvolupats per representants de tots els professionals de les diferents àrees implicades en el PDPCCR.

Una vegada realitzada la formació, la comunicació de l'inici i finalització del període d'activitat de les farmàcies es realitza mitjançant correu electrònic. Un mes i mig abans de l'enviament de les prime-

res cartes d'invitació a la població d'una determinada Àrea Bàsica de Salut (ABS) el COFB notifica a les farmàcies l'inici d'activitat. En el correu electrònic consten les inscripcions de la formació i els farmacèutics han de respondre confirmant la seva participació en el Programa. Una setmana més tard, es torna a enviar un recordatori d'aquest correu electrònic a aquelles farmàcies que no han respost o no s'han inscrit a la formació.

Per notificar als farmacèutic la finalització del període d'activitat de les farmàcies, el COFB informará de la data en què es deixaran d'acceptar cartes i proves. Aquesta data ve marcada en funció del cronograma del PDPCCR i de forma coordinada amb l'Oficina Tècnica (OT).

Per notificar als farmacèutics la **finalització del període d'activitat de les farmàcies**, el COFB informará de la **data en què es deixaran d'acceptar cartes i proves**

3.4 Alteracions del procés o incidències

a. La farmàcia no manifesta si vol participar en el Programa

Responsables: COFB

Des del COFB es truca a les farmàcies. Si accepten participar, es verifica que el/la titular s'ha inscrit a la formació correctament així com la resta de farmacèutics que hi participen. Si es declina la participació i es torna a convidar a la pròxima ronda del Programa.

b. La farmàcia confirma la seva participació, però no s'inscriu a la formació

Responsables: COFB

Des del COFB es truca a la farmàcia i es tornen a enviar els enllaços per inscriure's a la formació online. Es fa un seguiment per comprovar que es finalitza la formació i d'aquesta manera la farmàcia quedarà activa per poder participar.

3. FORMACIÓ I ACREDITACIÓ DE LES FARMÀCIES COMUNITÀRIES

c. Farmàcia que vol participar i no compleix amb els requisits formatius: titular sense curs de formació inicial/píndola formativa

Responsables: COFB

Des del COFB s'insta a la farmàcia que s'inscriui o acabi el curs. La farmàcia no participarà fins que el titular no finalitzi la formació, moment en el qual se li entregarà el material.

Si ja s'han creat els llistats de les farmàcies que participen en una determinada ABS, s'informa a l'OT de l'exclusió temporal de la farmàcia. En cas que l'OT només faci una sola impressió dels llistats, es consultarà a la farmàcia si vol aparèixer, tot i no participar fins que no acabi la formació, o si prefereix no sortir al llistat durant tota la ronda.

Passat un temps el COFB comprova que la farmàcia s'ha inscrit i que el titular ha finalitzat adequadament el curs. A continuació, si tot és correcte, es comunica a l'OT per tal que s'inclogui la farmàcia al llistat i s'activa la farmàcia a l'aplicació COFB.

d. Farmacèutics d'una farmàcia col·laboradora que realitzen tasques del Programa i no disposen de la formació

Responsables: COFB

El COFB contacta amb el titular i se li comunica que tots els farmacèutics que col·laborin amb el Programa han de realitzar el curs obligatòriament. Alhora, el COFB insta a inscriure's al curs. Passat un temps el COFB comprova que tots els farmacèutics han finalitzat correctament el curs.

e. Participació en la gestió del Programa de personal auxiliar no farmacèutic

Responsables: COFB

El COFB contacta amb el titular per informar que només els farmacèutics poden participar. Alhora el COFB també comunica que tots els farmacèutics amb nomenament que col·laborin amb el Programa han de realitzar el curs obligatòriament. Passat un temps el COFB comprova que tots els farmacèutics que participen s'han inscrit i han finalitzat correctament el curs.



Material entregat pel Col·legi de Farmacèutics de Barcelona a les farmàcies abans d'iniciar la seva activitat en el Programa



PLA DE COMUNICACIÓ

4. PLA DE COMUNICACIÓ

4. Pla de comunicació

4.1 Consideracions generals

4.2 Objectius

4.3 Organització i gestió

4.4 Públic objectiu

4.5 Canals i accions de comunicació

- Població diana
- Professionals de la salut
- Farmàcies adherides al Programa
- Població general, institucions, entitats i associacions de malalts
- Mitjans de comunicació

4.6 Accions de comunicació sistemàtiques comunitàries

4.1 Consideracions generals

La comunicació i la difusió estratègica del Programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte (PDPCCR) són punts clau tant per aconseguir un bon funcionament, atès l'elevat nombre de professionals i institucions implicades, com per garantir la participació informada de la població diana. Aquest últim és imprescindible si es vol assolir l'objectiu principal del PDPCCR que és la reducció de la incidència i la mortalitat per càncer colorectal i per això és prioritària la bona comunicació i coordinació entre l'Oficina Tècnica (OT) i el Col·legi de Farmacèutics de Barcelona (COFB) i les farmàcies col·laboradores amb el Programa i entre l'OT i els equips d'atenció primària.

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 Àrees Bàsiques de Salut (ABS) on s'implementa el PDPCCR. Aquestes ABS són les unitats de treball sobre les quals es porta a terme el PDPCCR.

4.2 Objectius

Estratègics:

- Fomentar el coneixement del càncer de còlon i recte (CCR), de la possibilitat de prevenir-lo i del PDPCCR
- Promoure la màxima participació de la població diana del PDPCCR

Específics:

- Garantir que la població diana conegui el PDPCCR
- Garantir que el 100% dels professionals sanitaris involucrats en el PDPCCR i també dels responsables de les institucions coneguin el PDPCCR i puguin accedir fàcilment a tot el material informatiu (guies, protocols, tríptics, etc.)

4. PLA DE COMUNICACIÓ

- Garantir que la majoria dels professionals sanitaris de la ciutat de Barcelona (personal mèdic, d'infermeria, de farmàcies, etc.) conegui el PDPCCR
- Aconseguir consciència social entre els ciutadans i ciutadanes envers la importància del CCR i de la seva detecció precoç
- Resta de professionals de les institucions implicades: Hospital Clínic, Hospital de Sant Pau, Hospital del Mar i resta de centres Parc de Salut Mar i Hospital de la Vall d'Hebron i entitats associades
- 061 CatSalut Respon (servei d'atenció telefònica i en línia de la Generalitat de Catalunya)
- Direccions i professionals dels serveis territorials implicats del Departament de Salut, Regió Sanitària de Barcelona del CatSalut i Consorci Sanitari de Barcelona

4.3 Organització i gestió

Durant el 2015, coincidint amb l'ampliació del PDPCCR a tot Catalunya, es crea una Comissió de comunicació amb l'encàrrec específic de planificar i dur a terme les activitats de comunicació i difusió del PDPCCR. Està formada per, representants de l'Oficina Tècnica (OT), d'Atenció Primària (AP) i del Col·legi de farmacèutics de Barcelona (COFB) i de les unitats de cribratge i es reuneix de forma periòdica per a planificar i fer seguiment de les activitats de comunicació.

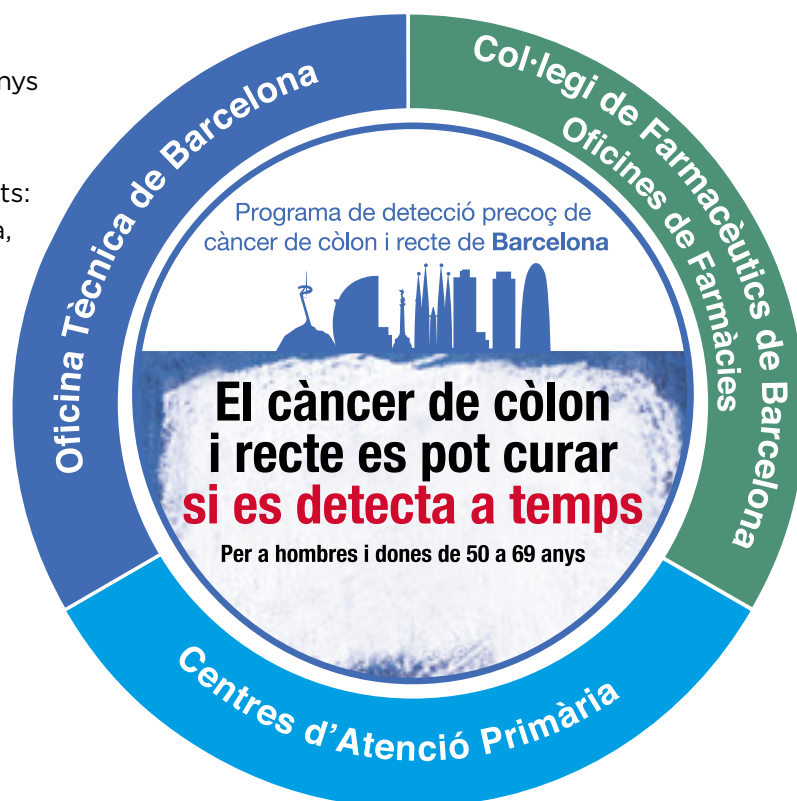
4.4 Públic objectiu

Prioritari:

- Població diana: homes i dones de 50 a 69 anys residents a la ciutat de Barcelona
- Professionals sanitaris dels serveis implicats: Oficina Tècnica, 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 de tots els hospitals implicats
- Farmacèutics de les farmàcies participants i COFB
- Professionals d'AP de les ABS implicades:
 - Metge/esses i infermeres
 - Personal administratiu
 - Unitats d'atenció a l'usuari

Altres públics objectius:

- Població general
- Associacions i entitats veïnals
- Consells de Salut dels districtes
- Consell Territorial de Salut
- Associacions de malalts i de lluita contra el càncer amb les quals s'estableix una col·laboració
- Mitjans de comunicació (d'abast local i general)
- Entorn sanitari en general



4. PLA DE COMUNICACIÓ

4.5 Canals i accions de comunicació

► Població diana:

- Carta d'invitació (*Annex 6.1.1*) per participar al PDPCCR amb la llista de farmàcies col·laboradores corresponents a l'àrea on resideix el destinatari
- Fulletó informatiu del PDPCCR (*Annex 6.1.2*): s'envia amb la carta d'invitació. També es distribueix als Centres d'atenció primària (CAP), farmàcies, taulells d'informació dels hospitals, etc. i en els diferents actes de difusió
- Altres notificacions trameses per l'OT del PDPCCR: carta de recordatori (*Annex 6.1.10*), carta de resultat negatiu (*Annex 6.1.9*), etc.
- Pòster divulgatiu del Programa (*Annex 6.1.4*)
- Telèfons de l'OT del PDPCCR
- Pàgina web específica del PDPCCR de Barcelona: <http://www.prevenciacolonbcn.org>
- Canal YouTube del PDPCCR de Barcelona
- Formulari d'enviament de correu electrònic del PDPCCR a través de la web del PDPCCR, en el qual s'identifica indirectament la Unitat de Cribratge a què pertany
- Espai web del PDPCCR a les pàgines web corporatives i intranets de l'Hospital del Mar, Hospital Clínic, Hospital de Sant Pau i Hospital de la Vall d'Hebron, COFB i Departament de Salut (idealment amb un bàner específic), així com a les webs d'altres entitats com el COFB, farmàcies, CAP, etc.
- Vídeos del PDPCCR: s'inclouran a les pàgines webs i es passaran a les pantalles de les sales d'espera dels hospitals, CAP i farmàcies implicades, així com a altres mitjans segons cada cas (per exemple durant les xerrades que el PDPCCR organitzi i a les pantalles dels dispositius de Transports Metropolitans de Barcelona)
- 061 CatSalut Respon (servei d'atenció telefònica i en línia de la Generalitat de Catalunya) disposarà d'un document amb preguntes més freqüents sobre el PDPCCR i amb les respectives respostes. Periòdicament s'anirà fent formació
- Xerrades informatives a la població per part dels professionals del PDPCCR. Elaboració d'una presentació informativa en format PowerPoint adaptada al públic no sanitari



4. PLA DE COMUNICACIÓ

► Professionals de la salut:

Professionals sanitaris dels serveis implicats

- Sessions informatives als equips d'AP, on s'explica el funcionament del PDPCCR en detall, el seguiment de les persones amb lesions colorectals així com la notificació de persones convidades al PDPCCR amb possibles criteris d'exclusió (*Annex 6.4*). Es realitzen als centres d'atenció primària en el moment que es comencen a convidar a persones de l'ABS
- Sessions informatives específiques als serveis clínics, comitès de tumors i unitats funcionals dels hospitals implicats, farmacèutics, serveis d'atenció a l'usuari, etc.
- Guia informativa per als professionals sanitaris, editada en format pdf i tramesa per correu electrònic i també disponible a la pàgina web del PDPCCR
- Espai web del PDPCCR a les pàgines web corporatives i intranets de l'Hospital del Mar, Hospital Clínic, Hospital de Sant Pau i Hospital de la Vall d'Hebron, COFB i Departament de Salut (idealment amb un bàner específic)
- Pàgina web específica del PDPCCR amb un espai específic per a professionals

Resta de professionals sanitaris de les institucions implicades (Hospital del Mar, Hospital Clínic, Hospital de Sant Pau i Hospital de la Vall d'Hebron, COFB 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, com per exemple blogs i publicacions periòdiques com el MAR@laxarxa, MÓNCLÍNIC, Butlletí del Programa de detecció precoç de càncer de mama del Parc de Salut Mar, Circular Farmacèutica, etc.

- Espai web del PDPCCR amb bàner propi a les pàgines web corporatives i intranets de l'Hospital del Mar, Hospital Clínic, Hospital de Sant Pau, Hospital de la Vall d'Hebron, COFB i Departament de Salut
- Pàgina web del PDPCCR (on hi ha un espai específic per a professionals)



- Vídeo informatiu, pòsters, tríptics, etc.

► Farmàcies adherides al Programa:

- Formació online per als farmacèutics que participin en el PDPCCR prèvia al començament del PDPCCR en cada ABS
- Material formatiu en diferents formats (PDF, vídeos, etc.) descarregable des del web del COFB
- Protocol d'actuació farmacèutica (*Annex 6.6*)
- Adhesiu identificatiu de la farmàcia (*Annex 6.1.5*) enganxat a la farmàcia en un lloc visible des de fora de l'establiment sanitari
- Pòster (*Annex 6.1.4*) i fulletó (*Annex 6.1.2*) informatius del PDPCCR
- Instruccions de com recollir la mostra de femta (*Annex 6.1.3*). S'entrega juntament amb el tub
- Sessions informatives als equips d'AP prèvies al començament del PDPCCR en cada ABS, on es conviden als farmacèutics de l'ABS
- Pàgina web del PDPCCR
- Pàgina web del COFB
- Altres materials gràfics (vídeos breus, fotos, imatges, etc.) per fer difusió del Programa segons convingui

4. PLA DE COMUNICACIÓ

► Població general, institucions, entitats i associacions de malalts:

- Roda de premsa i difusió mediàtica (a l'inici del PDPCCR i en el moment de l'ampliació a tota la ciutat)
- Pòster (*Annex 6.1.4*) i fulletó (*Annex 6.1.2*) informatius del PDPCCR a difondre en espais i suports de llocs freqüentats per la població diana: mercats, centres cívics, associacions de veïns, entitats socials, etc.
- Fulletó informatiu del PDPCCR (*Annex 6.1.2*). Es distribueix discrecionalment als Centres d'atenció primària (CAP), farmàcies, taulells d'informació dels hospitals, etc. i en els diferents actes de difusió
- Pàgina web específica del PDPCCR: www.prevenciocolonbcn.org, amb formulari de contacte per l'enviament de consultes i dubtes
- 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 PDPCCR, però obertes a tothom. S'informarà d'elles a la pàgina web del PDPCCR i altres mitjans segons el lloc de realització, i també es publicitaran de forma genèrica al llistat de farmàcies que s'envien amb la carta d'invitació
- 061 CatSalut Respon (servei d'atenció telefònica i en línia de la Generalitat de Catalunya): document escrit (argumentari, algoritme de decisions i preguntes més freqüents) juntament amb el Pla Director d'Oncologia, 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 PDPCCR

- Activitats de difusió puntuals en espais exteriors (carrer, mercats, etc.), com per exemple caminades organitzades per l'Ajuntament de Barcelona per diferents zones de la ciutat de Barcelona on es fa difusió del PDPCCR, el "còlon gegant" inflable de l'Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) i l'exposició "Un passeig pel còlon", dissenyades per a informar i conscienciar sobre la prevenció del càncer de còlon i recte. En aquestes activitats és recomanable comptar amb la col·laboració d'associacions i entitats que aportin voluntaris, als quals caldrà proporcionar prèviament unes sessions de formació
- Activitats de difusió emmarcades en els actes de celebració del Dia Mundial de la prevenció del CCR (31 de març): Festa de la Bici-cleta 2019 organitzada per l'Ajuntament de Barcelona, jornades divulgatives dirigides a població general i a professionals sanitaris organitzades pel propi PDPCCR en recintes emblemàtics de Barcelona (Recinte Modernista de Sant Pau (2017) i CaixaForum de Barcelona (2018), etc.
- Activitats de difusió puntuals en espais interiors (CAP i hospitals, centres cívics, etc.) com per exemple exposicions de l'AECC sobre el CCR i la seva prevenció
- 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)



4. PLA DE COMUNICACIÓ

- 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 i l'AECC, entre d'altres
- 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)

► Mitjans de comunicació:

- Roda de premsa de presentació del PDPCCR
- Nota de premsa informativa de l'inici del PDPCCR i en altres ocasions com el Dia mundial del càncer de còlon
- Pàgina web del PDPCCR
- Lliurament del pòster, tríptic i vídeo de la campanya de comunicació
- Seguiment de notícies relacionades



Imatges de difusió dels diferents actes de celebració del Dia Mundial de la prevenció del CCR

4. PLA DE COMUNICACIÓ

4.6 Accions de comunicació comunitàries

Atès que el PDPCCR té un desplegament geogràfic seqüencial al llarg del temps (com queda establert en el cronograma), cada vegada que es comença l'activitat 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:

- **Un temps abans de la primera tramesa de les cartes d'invitació de l'àrea:**
 - Sessió als professionals sanitaris del CAP (amb distribució de la Guia informativa per als professionals sanitaris, pòster (*Annex 6.1.4*) i fulletó (*Annex 6.1.2*) informatiu del Programa)
 - Sessió de formació online i/o presencial als farmacèutics de l'ABS a la seu del COFB (convocats pel COFB)
 - Lliurament de les PDSOF, pòsters (*Annex 6.1.4*), fulletó informatiu (*Annex 6.1.2*) i adhesius identificatius de la farmàcia (*Annex 6.1.5*), Guia per als professionals farmacèutics, Protocol d'actuació farmacèutica (*Annex 6.6*), instruccions de com recollir la mostra de femta (*Annex 6.1.3*), etc.
- **A partir de la tramesa de les cartes d'invitació (*Annex 6.1.1*):**
 - Les farmàcies col·loquen els cartells i adhesius del PDPCCR
 - Xerrades informatives a la població diana i/o entitats i associacions de l'àrea segons la disponibilitat de cada àrea
 - Distribució de vídeos als centres d'AP i farmàcies amb aquesta possibilitat

A més, l'OT enviarà de manera regular el cronograma actualitzat a les diferents àrees bàsiques de salut amb els períodes d'inici i final del PDPCCR i al COFB amb les dates límit del període d'activitat de les farmàcies en cada àrea.

S'explorarà la possibilitat de difondre puntualment el PDPCCR 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 d'invitació del PDPCCR. Així mateix, s'intentaran reforçar les actuacions de comunicació en aquells grups amb menys participació.

De forma periòdica es penjaran al web del PDPCCR els informes de resultats per Àrees Integrals de Salut (AIS). Aquests informes tenen com a públic objectiu principal els professionals sanitaris implicats en el PDPCCR, però són accessibles per qualsevol persona i tenen com a missió informar del funcionament del PDPCCR a cada àrea i, conjunt, en el seu conjunt a la ciutat de Barcelona.

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 dels seus cercles més pròxims.



Photocall de difusió dissenyat pel Programa amb motiu la Festa de la Bicicleta de Barcelona 2019



AVALUACIÓ DEL PROGRAMA: **INDICADORS**

5. AVALUACIÓ DEL PROGRAMA: INDICADORS

5. Avaluació del Programa: indicadors

5.1 Consideracions generals

5.2 Grups d'anàlisi

5.3 Indicadors de població

- Població diana del Programa
- Població elegible (o convidada)
- Taxa d'exclusions

5.4 Indicadors de participació

- Taxa de participació
- Cribratge extern
- Cobertura del Programa
- Adherència al cribratge biennal i decennal

5.5 Indicadors de procés

- Taxa de positivitat de la Prova de detecció de sang oculta en femta
- Taxa de tests inadequats
- Taxa d'acceptació de la prova de detecció de sang oculta en femta
- Taxa d'acceptació de la colonoscòpia
- Taxa de colonoscòpies completes
- Taxa de colonoscòpies amb bona preparació
- Taxa de detecció d'adenoma
- Taxa de complicacions de la colonoscòpia

5.6 Lesions detectades

- Distribució de troballes a la colonoscòpia
- Localització i estadi dels casos de càncer

5.7 Indicadors d'organització (interval de temps)

- Interval de temps entre l'anàlisi i el resultat de la prova de detecció de sang oculta en femta
- Interval de temps entre un resultat positiu de la prova de detecció de sang oculta en femta i la colonoscòpia
- Interval de temps entre el diagnòstic de càncer colorectal i l'inici del tractament
- Interval de temps entre invitacions
- Indicadors del circuit pre-analític de la prova de detecció de sang oculta en femta

5.8 Indicadors d'eficàcia i d'impacte

- Taxes de detecció
- Proporció de càncers diagnosticat en estadis avançats
- Valors predictius positius
- Taxa de càncers d'interval

5. AVALUACIÓ DEL PROGRAMA: INDICADORS

5.1 Consideracions generals

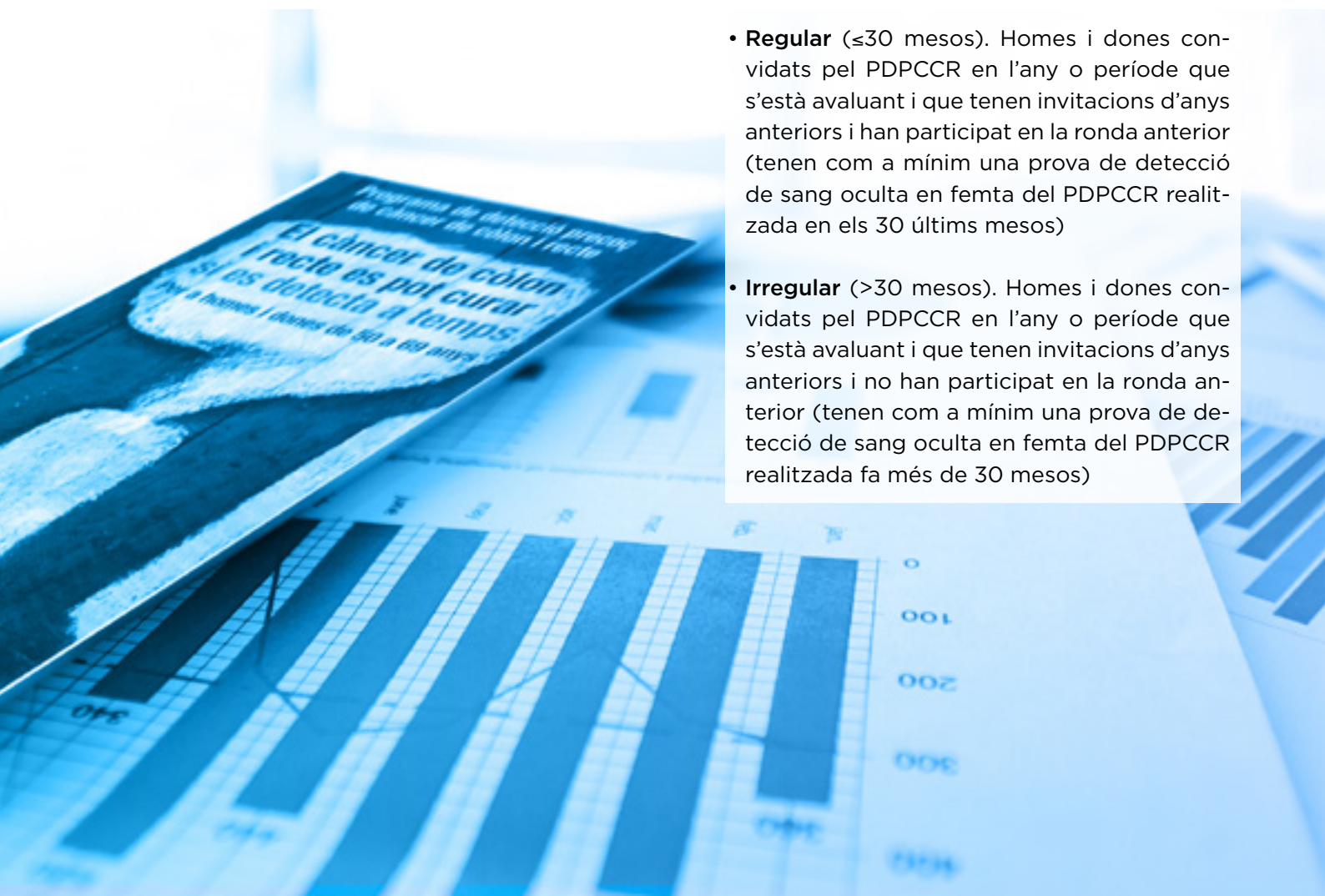
L'objectiu d'aquest apartat és definir una bateria d'indicadors que permetin caracteritzar el Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte (PDPCCR) i avaluar-ne el funcionament. S'han identificat indicadors de cobertura, de participació, de procés, d'organització, d'impacte i de satisfacció dels participants.

Aquests indicadors han estat seleccionats i prioritzats en funció de la seva evidència científica, susceptibilitat de millora, capacitat de ser recollits pel sistema d'informació i facilitat per a ser quantificats. Alhora, s'ha consultat la primera edició del Pla Funcional, així com els documents que sobre indicadors han desenvolupat el Pla Director d'Oncologia i la Red de programas de cribado de cáncer.

5.2 Grups d'anàlisi

Els indicadors es proporcionaran diferenciadament segons grup d'edat, sexe i Àrea Bàsica de Salut (ABS). A més, alguns dels indicadors de participació, procés i resultats també es donaran diferenciats en dos grups:

- **Cribatge inicial** (primera participació al PDPCCR). En alguns indicadors aquest grup es divideix en dos subgrups:
 - **Primera invitació.** Homes i dones convidats al PDPCCR per primera vegada
 - **No participants.** (en invitacions anteriors). Homes i dones convidats per segona (o posterior) vegada i que no han participat mai en el PDPCCR
- **Cribatge successiu** (segona o posteriors participacions). En alguns indicadors aquest grup es divideix en dos subgrups:
 - **Regular** (≤ 30 mesos). Homes i dones convidats pel PDPCCR en l'any o període que s'està avaluant i que tenen invitacions d'anys anteriors i han participat en la ronda anterior (tenen com a mínim una prova de detecció de sang oculta en femta del PDPCCR realitzada en els 30 últims mesos)
 - **Irregular** (> 30 mesos). Homes i dones convidats pel PDPCCR en l'any o període que s'està avaluant i que tenen invitacions d'anys anteriors i no han participat en la ronda anterior (tenen com a mínim una prova de detecció de sang oculta en femta del PDPCCR realitzada fa més de 30 mesos)



5. AVALUACIÓ DEL PROGRAMA: INDICADORS

5.3 Indicadors de població

Població diana del Programa

Nombre de persones tributàries de participar en el PDPCCR en un any o en una ronda determinada. Es pot donar desagregada segons territori, edat i sexe. La població diana definida per l'Oficina del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Catalunya són tots els homes i dones de 50 a 69 anys. El criteri que determina la inclusió en cada un dels programes és l'adreça on viu la persona i l'ABS assignada en funció d'aquesta adreça, amb independència que tingui una ABS d'elecció diferent.

La base de dades d'on s'extreu la població diana és el Registre Central d'Assegurats (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 en possessió d'una targeta sanitària individual activa. Des del Pla Director d'Oncologia, la població de l'RCA actualitzada es carregarà de forma regular a l'aplicació del Programa.

Població elegible (o convidada)

Nombre de persones que finalment s'acaben convidant al PDPCCR, un cop extretes les persones a qui es detecten criteris d'exclusió (vegeu capítol 2 Funcionament del Programa, apartat 2.2 *Població diana i elegible del Programa*, pàg. 19) El Pla Director d'Oncologia es refereix a aquest indicador com a "persones amb invitació vàlida". Aquesta població conforma el denominador per a la taxa de participació.

Taxa d'exclusions

Percentatge de persones que són excloses del PDPCCR, respecte a la població diana. Es calcularà globalment i desglossada segons els diferents motius d'exclusió establerts.

5.4 Indicadors de participació

Taxa de participació

Percentatge de persones que realitzen la prova de detecció de sang oculta en femta (PDSOF) i tenen un resultat de test adequat o vàlid, respecte a la població elegible.

Fórmula:

$$\text{Taxa de participació} = \frac{\text{total de persones amb resultat de test de cribratge adequat o vàlid}}{\text{població elegible}}$$

La participació en el grup de cribratge successiu es pot interpretar com l'adherència al PDPCCR.

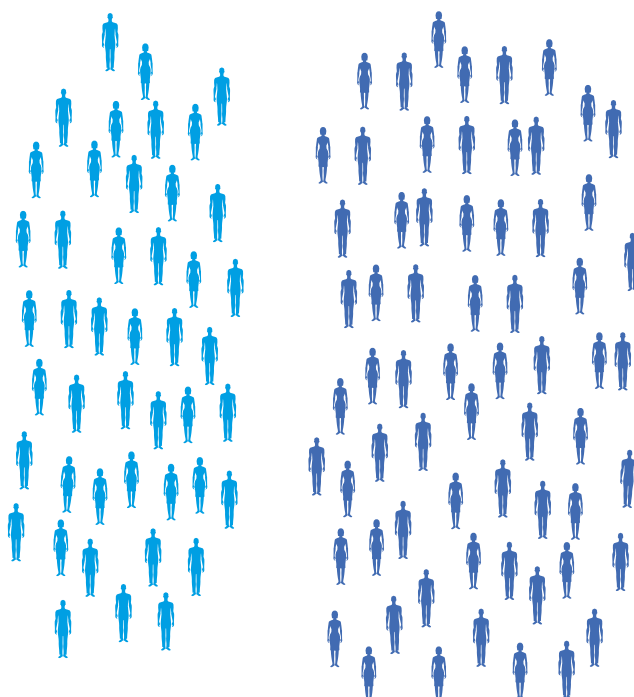
Les Guies europees defineixen com a acceptable una taxa de participació superior al 45% i, com a desitjable, superior al 65%.

Taxa participació

45%
acceptable

Taxa participació

65%
desitjable



Taxes de participació recomenades per les Guies europees de qualitat del cribratge de càncer colorectal

5. AVALUACIÓ DEL PROGRAMA: INDICADORS

Cribratge extern

Percentatge de persones que, havent estat convidades al PDPCCR, ens comuniquen que s'han fet un test de cribratge fora del PDPCCR en els últims anys (usualment una colonoscòpia o un test de sang oculta en femta), respecte a la població elegible. És indiferent si el test ha estat fet en l'àmbit públic o en el privat.

Cobertura del Programa

Percentatge de persones que participen, sumades a les que realitzen un cribratge extern, respecte a la població elegible.

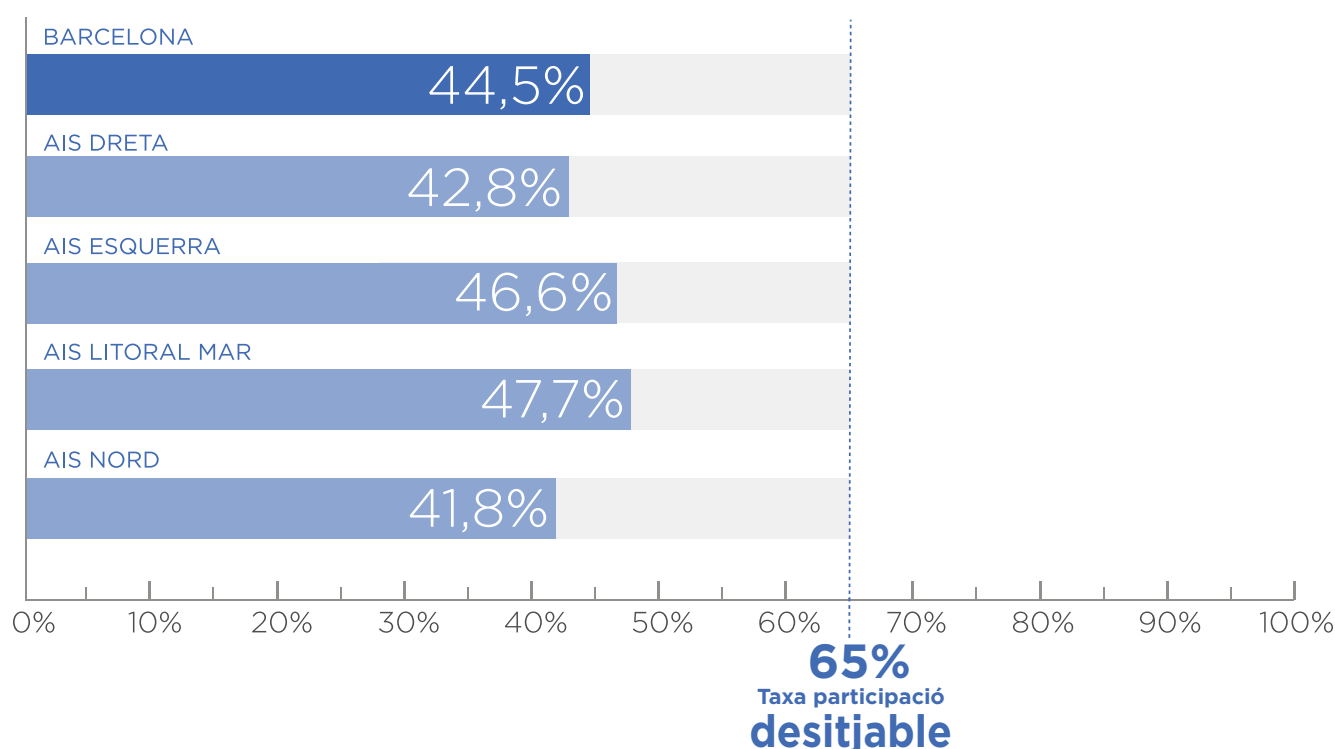
Fórmula:

Cobertura del PDPCCR = total de persones participants + persones amb cribratge extern / població elegible

Adherència al cribratge biennal i decennal

- **Adherència biennal.** Percentatge de persones participants en la ronda actual que havien participat en l'anterior i que han estat convidades a l'actual amb un interval de 2 anys, respecte al total de persones participants en la ronda anterior i convidades en l'actual. De fet, l'adherència als 2 anys és equivalent a la participació en el subgrup de cribratge successiu regular. Es conviden amb un interval de 2 anys totes les persones amb resultat de PDSOF negatiu i les que tenen un resultat de colonoscòpia de Lesió de risc baix.
- **Adherència decennal.** Percentatge de persones participants en la ronda actual que havien participat prèviament en el PDPCCR i que han estat convidades a l'actual ronda amb un interval de 10 anys, respecte al total de persones participants en la ronda anterior i convidades en l'actual. Es conviden amb un interval de 10 anys les persones amb resultat de colonoscòpia normal i pòlips hiperplàstics.

Taxes de participació del PDPCCR per tot Barcelona i per les Àrees integrals de salut (AIS) de Barcelona durant el període 2016-2017



5. AVALUACIÓ DEL PROGRAMA: INDICADORS

5.5 Indicadors de procés

Taxa de positivitat de la prova de detecció de sang oculta en femta

Percentatge de persones amb PDSOF positiva, respecte al nombre total de participants.

Fórmula:

Taxa de positivitat de la PDSOF = Nombre de PDSOF positives / Població participant x 100

Les Guies europees no tenen una recomanació sobre aquest indicador, sinó que reconeixen que la positivitat del test depèn de les característiques del test i del seu processament, i en el cas del test immunològic (FIT), del valor llindar que s'estableixi. A més, indiquen que s'ha de proporcionar segons grups d'edat quinquennals i sexe.

Taxa de tests inadequats

Percentatge de persones amb resultat final de test inadequat (mala qualitat), respecte al total de persones que tenen un test realitzat.

Les Guies europees defineixen com a acceptable una taxa de tests guaiacs inadequada per sota del 3% i, desitjable, inferior a 1%. No hi ha cap indicació respecte al FIT.

Taxa d'acceptació de la prova de detecció de sang oculta en femta

Percentatge de persones que recullen la PDSOF de la farmàcia (independentment de si després la retornen o no, i de si el resultat acaba sent vàlid o no), respecte a la població elegible.

Taxa d'acceptació de la colonoscòpia

Percentatge de persones que es realitzen la colonoscòpia, respecte al total de persones amb resultat final del test positiu.

Fórmula:

Taxa d'acceptació de la colonoscòpia = Persones a qui es realitza una colonoscòpia / Persones a qui s'indica una colonoscòpia x 100

A part de l'acceptació o rebuig per part de la persona, la realització o no de la colonoscòpia depèn de si es detecta cap contraindicació durant la visita de cribratge. En la mesura del possible, en el càlcul d'aquesta taxa no es tindran en compte aquests casos de contraindicació (colonoscòpia no indicada).

Les Guies europees defineixen com a taxa d'acceptació de la colonoscòpia acceptable el 85% i, com a desitjable, el 90%.

Taxa de colonoscòpies completes

Percentatge de persones en les quals la primera colonoscòpia ha arribat a cec, respecte al total de persones a qui s'ha efectuat almenys una colonoscòpia.

Fórmula:

Taxa de colonoscòpies completes = Persones amb la primera colonoscòpia completa / Persones amb almenys una colonoscòpia realitzada x 100

Les Guies europees defineixen com a acceptable una taxa de colonoscòpies completes superior al 90%, i com a desitjable superior al 95%.



5. AVALUACIÓ DEL PROGRAMA: INDICADORS

Taxa de colonoscòpies amb bona preparació

Percentatge de persones en les quals la preparació de la primera colonoscòpia és adequada, respecte al total de persones a qui s'ha efectuat almenys una colonoscòpia.

Fórmula:

Taxa de colonoscòpies amb bona preparació = $\frac{\text{Persones amb preparació adequada de la primera colonoscòpia}}{\text{Persones amb almenys una colonoscòpia realitzada}} \times 100$

Taxa de complicacions de la colonoscòpia

Percentatge de persones que han presentat una complicació important de la colonoscòpia, respecte al total de persones a qui s'ha efectuat una colonoscòpia (s'hi inclouen totes les colonoscòpies, incloses les de repetició).

Fórmula:

Taxa de complicacions de la colonoscòpia = $\frac{\text{Persones amb complicacions de la colonoscòpia}}{\text{Persones amb colonoscòpia realitzada}} \times 100$

Taxa de detecció d'adenoma

Percentatge de persones amb resultat d'adenoma a la primera colonoscòpia, respecte al total de persones a qui s'ha efectuat almenys una colonoscòpia. Es pot calcular sobre el total de primeres colonoscòpies, o excloent aquelles amb mala preparació i/o les incompletes.

Fórmula:

Taxa de detecció d'adenoma = $\frac{\text{Persones amb resultat d'adenoma a la primera colonoscòpia}}{\text{Persones amb almenys una colonoscòpia realitzada}} \times 100$

Per a l'elaboració de l'indicador comptabilitzarem les complicacions immediates i tardanes més rellevants: hemorràgia postpolipectomia important, hemorràgia que necessita hospitalització, perforació i mort (vegeu capítol 2 Funcionament del Programa, apartat 2.7 Colonoscòpia, pàg. 60).

Les Guies europees recomanen que es recullin i analitzin les causes de totes les complicacions potencialment relacionades o derivades de la colonoscòpia, i que es monitoritzi amb cura la taxa de complicacions greus.

5.6 Lesions detectades

Distribució de troballes a la colonoscòpia

Distribució de freqüències dels resultats de les colonoscòpies realitzades, per sexe i edat

Es donaran els resultats en nombre absolut i en percentatge, respecte del total de persones a qui s'ha efectuat una colonoscòpia, de les següents troballes:

- Colonoscòpia negativa (normal)
- Lesió no associada a increment de risc
- Lesió de risc baix
- Lesió de risc intermedi
- Lesió de risc alt
- Càncer invasiu
- Poliposi
- Malaltia inflamatòria intestinal

En cas de detectar-se més d'una lesió en una mateixa persona, es classificarà segons la lesió més greu.

5. AVALUACIÓ DEL PROGRAMA: INDICADORS

Localització i estadi dels casos de càncer

Localització dels càncers

Distribució de freqüències de les localitzacions dels càncers detectats pel PDPCCR: recte, sigma, còlon descendent, angle esplènic, còlon transvers, angle hepàtic, còlon ascendent i cec

Estadi dels càncers

Distribució de freqüències dels estadis clínics TNM agrupats dels càncers detectats pel PDPC-CR (vegeu capítol 2 Funcionament del Programa, apartat 2.8 *Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques*, pàg. 70). Es tracta sempre de l'estadi clínic en el moment del diagnòstic.

Agrupació per estadis:

• Estadi 0	Tis	NO	MO
• Estadi I	T1-2	NO	MO
• Estadi IIA	T3	NO	MO
• Estadi IIB	T4	NO	MO
• Estadi IIIA	T1-2	N1	MO
• Estadi IIIB	T3-4	N1	MO
• Estadi IIIC	T1-4	N2	MO
• Estadi IV	T1-4	NO-2	M1

Nota: L'adenocarcinoma In situ (Tis), anteriorment Estadi 0, es classifica com a Lesió de risc intermedi per la histologia; però si la mida és $\geq 20\text{mm}$, com a Lesió de risc alt.

5.7 Indicadors d'organització del Programa (intervalls de temps)

Aquests indicadors permeten avaluar l'organització del PDPCCR. 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 la progressió de la malaltia. Un augment dels intervals de temps entre invitacions pot derivar en un increment dels càncers d'interval.

Els intervals de temps s'expressen en dies i com a mediana. En alguns casos es dona el percentatge per sota d'un determinat nombre de dies.

Interval de temps entre l'anàlisi i la comunicació del resultat de la prova de detecció de sang oculta en femta

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

Les Guies europees defineixen com a interval acceptable que més del 90% dels casos rebin el resultat en 15 dies o menys.

Interval de temps entre un resultat positiu de la prova de detecció de sang oculta en femta 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).

5. AVALUACIÓ DEL PROGRAMA: INDICADORS

En el càlcul, al valor de l'interval se li resta 1 dia, ja que es considera que és el temps mínim per poder consultar el resultat a l'aplicació del Programa. Els casos amb demora de la colonoscòpia atribuïble a la persona, per raons clíniques o de conveniència, no s'exclouen del càlcul.

Percentatge de casos amb aquest interval inferior a 8 setmanes

Aquest indicador des del 2016 és un dels objectius del Pla de Salut de Catalunya. L'estàndard marcat pel CatSalut per al 2016 (vigent a partir del 2017) especifica que l'interval ha de ser inferior a 8 setmanes en almenys el 80% dels casos. Per al 2018 aquest llindar s'ha establert en el 60%.

Les Guies europees defineixen com a interval acceptable que en el 90% dels casos sigui inferior a 31 dies i, desitjable, el 95%.

Interval de temps entre el diagnòstic de càncer colorectal (CCR) i l'inici del tractament

Mediana de temps en dies des de la data del diagnòstic de certesa dels càncers colorectals fins a la data de l'inici del tractament. Es considera com a data del diagnòstic de certesa la de l'informe d'anatomia patològica.

Les Guies europees defineixen com a interval acceptable que el 95% dels casos sigui inferior a 31 dies.

Interval de temps entre invitacions

Mediana de temps en dies des de la tramesa de la carta d'invitació de la ronda anterior fins a la tramesa de la carta d'invitació de la ronda actual. Només es calcula per als casos que es conviden als dos anys, és a dir, que en la ronda anterior han tingut un resultat de PDSOF negativa, Lesió de risc baix o positiu sense colonoscòpia.

Indicadors del circuit pre-analític de la prova de detecció de sang oculta en femta

Aquests indicadors fan referència a la monitorització del circuit que segueixen les mostres de les PDSOF des que surten de la farmàcia on els participants les han tornat, fins que arriben a la Recepció de mostres del Centre de Diagnòstic Biomèdic (CDB) de l'Hospital Clínic. Les mostres viatgen dins d'unes bosses dissenyades per a aquest propòsit, les quals es tanquen a la farmàcia i són identificades de forma unívoca. El transport va a càrrec de les empreses distribuïdores de productes farmacèutics (majoristes) col·laboradores del PDPCCR i és supervisat des del COFB a través d'una aplicació informàtica pròpia (aplicació COFB).

Taxa de compliment del temps

Tancament bossa a la farmàcia – Entrada Magatzem del majorista

Percentatge de bosses que compleixen el temps establert per a aquesta etapa. Es considera correcte si el temps no excedeix de 3 dies.

Taxa de compliment del temps

Entrada majorista – Sortida majorista

Percentatge de bosses que compleixen el temps establert per a aquesta etapa. Es considera correcte si el temps no excedeix de 3 dies.

Taxa de compliment del temps

Sortida majorista – Entrada Recepció de mostres CDB

Percentatge de bosses que compleixen el temps establert per a aquesta etapa. Es considera correcte si el temps no excedeix d'1 dia.

Taxa de compliment del temps

Tancament bossa – Entrada Recepció de mostres CDB

Percentatge de bosses que compleixen el temps establert per a aquesta etapa. Es considera correcte si el temps no excedeix de 7 dies.

Taxa de bosses no registrades en l'aplicació COFB

Percentatge de bosses no registrades respecte el total de bosses. Ha de ser inferior a 0,01%.

Percentatge de bosses extraviades

Percentatge de bosses perdudes sobre el total de bosses. Ha de ser inferior a 0,01%.

5. AVALUACIÓ DEL PROGRAMA: INDICADORS

5.8 Indicadors d'eficàcia i impacte

L'objectiu del PDPCCR a curt termini és la detecció de CCR i de lesions associades a risc de CCR. A llarg termini l'objectiu és la disminució de la mortalitat i de la incidència del CCR. Les taxes de detecció de CCR i de lesions associades a risc de càncer, així com la distribució per estadis del càncer, són indicadors que avaluen indirectament l'impacte del PDPCCR en la mortalitat i la incidència d'aquesta malaltia en la població diana.

Per altra banda, donat que aquestes lesions només poden ser detectades si es realitza la colonoscòpia, a través dels valors predictius del test podem mesurar l'eficàcia que la PDSOF té com a test de cribratge per a seleccionar aquells individus amb major risc de malaltia. La taxa de càncers d'interval, en la mesura que es tracta dels càncers que el PDPCCR no ha pogut diagnosticar precoçment, també és un indicador d'eficàcia rellevant.

Taxes de detecció

Taxa de detecció de Lesió de risc baix

Nombre de persones amb resultat final de lesió de risc baix (vegeu capítol 2 Funcionament del Programa, apartat 2.8 *Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques*, pàg. 70) dividit pel nombre total de participants (per 1.000).

És equivalent a la categoria Adenoma de baix risc de la classificació anterior. És, per tant, directament comparable entre totes les rondes.

Taxa de detecció de Lesió de risc intermedi

Nombre de persones amb resultat final de lesió de risc intermedi (vegeu capítol 2 Funcionament del Programa, apartat 2.8 *Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques*, pàg. 70) dividit pel nombre total de participants (per 1.000).

El resultat de Lesió de risc intermedi es va començar a incorporar a l'inici de la 3a ronda. Per tant, es calcularà només a partir de la 3a ronda endavant*.

Taxa de detecció de Lesió de risc alt

Nombre de persones amb resultat final de lesió de risc alt (vegeu capítol 2 Funcionament del Programa, apartat 2.8 *Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques*, pàg. 70) dividit pel nombre total de participants (per 1.000).

El resultat de Lesió de risc alt es va començar a incorporar a l'inici de la 3a ronda. Durant la 1a i la 2a ronda, la taxa d'Adenoma d'alt risc comprenia les lesions d'alt risc i les de risc intermedi; no són, per tant, directament comparables*.

Taxa de detecció de càncer colorectal

Nombre de persones amb resultat final de càncer colorectal (vegeu capítol 2 Funcionament del Programa, apartat 2.8 *Classificació i seguiment de les troballes endoscòpiques*, pàg. 70) dividit pel nombre total de participants (per 1.000).

Proporció de càncers diagnosticats en estadis avançats

Proporció de casos diagnosticats de càncer colorectal en estadis avançats (III o IV), respecte al nombre total de casos de càncer diagnosticats pel PDPCCR.

És esperable que els càncers diagnosticats precoçment a través d'un programa de cribratge tinguin una distribució d'estadis més favorable que els càncers diagnosticats per símptomes a través dels circuits assistencials.

*** Equivalències de les lesions associades a risc entre rondes**

Durant la 1a i la 2a ronda els pòlips amb risc de malignitat es classificaven en Adenoma d'alt risc (AAR) i Adenoma de baix risc (ABR). A partir de la 3a ronda, els pòlips es classifiquen en Lesions de risc baix, Lesions de risc intermedi i Lesions de risc alt. L'equivalència és la següent:

AAR= Lesió de risc intermedi + Lesió de risc alt

ABR= Lesió de risc baix

5. AVALUACIÓ DEL PROGRAMA: INDICADORS

Les Guies europees indiquen que la distribució per estadis en els càncers detectats en un programa de cribratge ha de ser més favorable que en els detectats clínicament. Si no es donava aquesta condició, el cribratge podria no ser efectiu.

Valors predictius positius

Els valors predictius mesuren l'eficàcia d'una prova. Són probabilitats de tenir (o no tenir) un determinat diagnòstic un cop es coneix el resultat d'una prova. En el cas del PDPCCR, el valor predictiu positiu (VPP) de la PDSOF és la probabilitat de tenir un diagnòstic determinat (obtingut amb la colonoscòpia) després que el test de cribratge (PDSOF) ha donat positiu.

Es calcularan els valors predictius (VPP) de les lesions abans esmentades respecte al nombre total de persones a qui s'ha realitzat una colonoscòpia:

VPP de Lesió de risc baix

Percentatge de persones amb resultat final de Lesió de risc baix, respecte al total de persones amb resultat de PDSOF positiu i colonoscòpia realitzada.

VPP de Lesió de risc intermedi

Percentatge de persones amb resultat final de Lesió de risc intermedi, respecte al total de persones amb resultat de PDSOF positiu i colonoscòpia realitzada.

VPP de Lesió de risc alt

Percentatge de persones amb resultat final de Lesió de risc alt, respecte al total de persones amb resultat de PDSOF positiu i colonoscòpia realitzada.

VPP de càncer invasiu

Percentatge de persones amb resultat final de càncer invasiu, respecte al total de persones amb resultat de PDSOF positiu i colonoscòpia realitzada.

Taxa de càncers d'interval

Els càncers d'interval són els casos de càncer que apareixen després d'un episodi de cribratge amb resultat negatiu i abans de la propera invitació. Donat que poden aparèixer tant després de la realització d'una PDSOF com d'una colonoscòpia, diferenciarem dues taxes de càncers d'interval:

- Nombre de persones amb resultat negatiu de la PDSOF que acaben desenvolupant un càncer abans de ser convidades novament al PDPCCR al cap de 2 anys, dividit pel nombre total de participants en la ronda anterior (per 1.000).
- Nombre de persones amb resultat normal a la colonoscòpia com a prova diagnòstica i acaben desenvolupant un càncer abans de ser convidades novament al PDPCCR al cap de 10 anys, dividit pel nombre total de participants amb resultat negatiu a la colonoscòpia com a prova diagnòstica fa 10 anys (per 1.000).

Si per edat la persona ja no serà convidada a la propera ronda, s'ha d'assumir un període de 2 anys més 6 mesos en el cas de PDSOF negatives (o 10 anys més 6 mesos en el cas de colonoscòpia normal), a comptar a partir de la data de l'última prova del PDPCCR. Igualment, si no consta data d'invitació perquè la persona canvia d'àrea geogràfica i per tant de PDPCCR, s'assumeix un període de 2 o 10 anys més 6 mesos.

Les Guies europees recomanen recollir les dades referents als càncers d'interval, per la qual cosa es necessita un registre poblacional de càncer i la possibilitat de poder-hi creuar les dades del cribratge. No donen cap estàndard de referència.



ANNEXOS

6 ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

- 6.1.1 Carta d'invitació al Programa
- 6.1.2 Fulletó informatiu del Programa
- 6.1.3 Instruccions de com recollir la mostra de femta
- 6.1.4 Pòster divulgatiu del Programa
- 6.1.5 Adhesiu identificatiu de la farmàcia
- 6.1.6 Etiqueta identificativa de les bosses de la farmàcia
- 6.1.7 Carta de reinvitació al Programa
- 6.1.8 Carta de contacte amb el Programa
- 6.1.9 Carta de resultat negatiu
- 6.1.10 Carta de recordatori de retorn de material
- 6.1.11 Carta de mala qualitat
- 6.1.12 Carta informant del resultat positiu
- 6.1.13 Carta de rebuig de colonoscòpia
- 6.1.14 Carta de colonoscòpia normal
- 6.1.15 Carta de no presentació a la primera visita infermera
- 6.1.16 Carta de colonoscòpia no concloent
- 6.1.17 Carta de no presentació a la colonoscòpia

6.2 Mapa de les Àrees integrals de salut (AIS) çde Barcelona

- 6.3 Algoritme del circuit del Programa
- 6.4 Actuació davant de situacions que poden comportar l'exclusió del Programa

6.5 Protocol per a la identificació i registre de casos de càncer d'interval

6.6 Protocol d'actuació farmacèutica

6.7 Protocol de mala qualitat de la prova de cribratge

6.8 Protocol de comunicació de resultats de la PDSOF del Programa

6.9 Document de requisits mínims de qualitat de l'informe de la colonoscòpia

6.10 Pautes en persones que prenen fàrmacs antiagregants o anticoagulants

6. ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

6.1.1 Carta d'invitació al Programa



Espai per a l'etiqueta

Benvolgut/uda senyor/a,

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 amb la col·laboració del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona.

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

Disposeu d'un mes a partir de la data d'aquesta carta per passar a recollir la prova a qualsevol de les **farmàcies** de la llista annexa. Si us plau, recordeu que és **imprescindible que porteu aquesta carta quan l'aneu a recollir**. Una vegada realitzada, caldrà tornar la prova a la farmàcia. Els resultats us seran comunicats abans d'un mes per carta o per telèfon.

Si heu patit alguna malaltia del còlon o recte, o si us heu fet una colonoscòpia en els darrers 5 anys, és important que abans d'anar a la farmàcia ens ho comuniqueu a través de la nostra pàgina web **www.prevençicolonbcn.org/contacte** o per telèfon **93 227 17 02** (de dilluns a divendres, de 8.30 a 17.30 h). En cas de dubte, consulteu el vostre metge/essa de família.

Per a qualsevol aclariment o si desitgeu més informació, si us plau, poseu-vos en contacte amb nosaltres o amb els farmacèutics col·laboradors del Programa.

Cordialment,

Dr. Antoni Castells i Garangou
Coordinadors del Programa de Barcelona

Dr. Francesc Macià i Guilà

Dr. Jaume Grau i Cano
Director de la Unitat de Cribratge
de l'Hospital Clínic de Barcelona

Si us plau, ompliu les dades que us demanem a continuació:

Telèfon: Mòbil: Data entrega carta:/...../.....

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.
El metge/essa de família tindrà coneixement de tot procés assistencial que s'hagi originat en el marc del programa.



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



PROGRAMA DE DETECCIÓ
PRECOÇ DE CÀNCER DE
CÒLON I RECTE

Oficina Tècnica
CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari



6. ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

6.1.2 Fulletó informatiu del Programa

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

COM PUC PARTICIPAR-HI?
¿CÓMO PUEDO PARTICIPAR?

Heu d'anar amb la carta a una de
les **FARMÀCIES** col·laboradores

Tiene que ir con la carta a una de
las **FARMACIAS** colaboradoras

1 →  → 

GRATUÏT GRATUITO
FÀCIL FÁCIL

El farmacèutic us donarà la prova
i us explicarà com fer-ho a casa

El farmacèutic le entregará la prueba
y le explicará cómo hacerla en casa

2 →  → 

**No us ho penseu més, la prevenció
és a les vostres mans**

No se lo piense más, la prevención
está en sus manos

PARTICIEU-HI PARTICIPE

Per a més informació, us podeu
posar en contacte amb el Programa

Para más información, puede ponerse
en contacto con el Programa

Tel. 93 248 37 96
info@prevenciocolonbcn.org

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

Hospital del Mar

Parc de Salut MAR
Barcelona

**HOSPITAL DE LA
SANTA CREU I
SANT PAU**
UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

Vall d'Hebron
Hospital

www.prevenciocolonbcn.org

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

 **CONSELL DE
COL·LEGIS FARMACÈUTICS
DE CATALUNYA**

**També us podeu adreçar al vostre metge
o farmacèutic i podeu consultar:**

También puede dirigirse a su médico
o farmacéutico y puede consultar:

061 CatSalut
Respon **www.cancer.gencat.cat**

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

**El càncer de còlon
i recte es pot curar
si es detecta a temps**

Per a homes i dones de 50 a 69 anys



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

**PROGRAMA DE DETECCIÓ
PRECOÇ DE CÀNCER DE
CÒLON I RECTE**

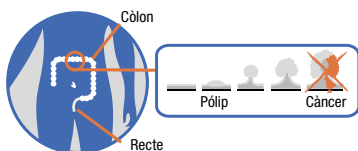
CARA EXTERNA

El càncer de còlon i recte

És un dels més freqüents entre els homes i les dones de més de 50 anys. La majoria de vegades es desenvolupa a partir de petites lesions (pòlips) de l'interior del còlon o intestí gros, que poden acabar transformant-se en un càncer. **Si es detecta a temps, és més fàcil de tractar.**

Quins signes i símptomes dona el càncer de còlon i recte?

La majoria de vegades el càncer no produeix cap molèstia fins que la malaltia està avançada. Si presenteu sang en les deposicions, canvis en els hàbits intestinals durant més de sis setmanes, pèrdua de pes o cansament inexplicables o malestar abdominal persistent, heu de consultar el vostre metge.



Què puc fer per prevenir-lo?

1. Tenir cura de la pròpia salut:
 - Seguir una dieta rica en fruita, verdura i productes làctics, i fer exercici físic regularment.
 - Limitar el consum d'aliments amb greixos d'origen animal i de carns vermelles i processades, i evitar l'obesitat.
 - No fumar, i evitar o moderar el consum de begudes alcohòliques.
2. Si teniu entre 50 i 69 anys, participar en els programes de detecció del càncer.

El programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte

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

Com puc participar-hi?

Si viviu en alguna de les àrees on ja s'ha posat en marxa el Programa, rebreu una carta amb les instruccions que heu de seguir per fer la prova. El resultat final us serà comunicat per correu o per telèfon en unes setmanes.

I un cop feta la prova?

Si el resultat de la prova es troba dins la normalitat, és molt poc probable que tingueu un càncer de còlon i recte. Tot i així, si teniu molèsties heu de consultar el vostre metge. Passats dos anys, us tornaran a oferir de fer la prova.

Si en la prova es trobessin indicis de sang, és probable que tingueu una lesió benigna; només en pocs casos la sang s'explica per la presència d'un càncer. Davant d'aquest resultat, us proposaran fer-vos una colonoscòpia, que és una exploració de l'interior del budell. La colonoscòpia es fa amb sedació i té un risc baix de complicacions. A més, permet prevenir el càncer de còlon i recte extirpant els pòlips que podrien malignitzar.

Poseu-vos en contacte amb el Programa si...

Heu estat diagnosticat d'alguna malaltia del còlon i recte (com pòlips, malaltia inflamatòria intestinal, adenomes o càncer), si us heu fet una colonoscòpia en els darrers 5 anys o si teniu familiars diagnosticats de càncer de còlon i recte. En aquests casos, és important que abans de participar ens ho comuniquem per telèfon o correu electrònic.

El cáncer de colon y recto

Es uno de los más frecuentes entre los hombres y las mujeres de más de 50 años. La mayoría de veces se desarrolla a partir de pequeñas lesiones (pólipos) en el interior del colon o intestino grueso, que pueden acabar transformándose en cáncer. **Si se detecta a tiempo, es más fácil de tratar y tiene más probabilidades de curación.**

¿Qué signos y síntomas da el cáncer de colon y recto?

La mayoría de veces el cáncer no produce ninguna molestia hasta que la enfermedad está avanzada. Si presenta sangre en las deposiciones, cambios en los hábitos intestinales durante más de seis semanas, pérdida de peso o cansancio inexplicables o malestar abdominal persistente, debe de consultar con su médico.

¿Qué puedo hacer para prevenirlo?

1. Cuidar su propia salud:
 - Seguir una dieta rica en fruta, verdura y productos lácteos y hacer ejercicio físico regularmente.

- Limitar el consumo de alimentos con grasas de origen animal y de carnes rojas y procesadas, y evitar la obesidad.
- No fumar, y evitar o moderar el consumo de bebidas alcohólicas.

2. Si tiene entre 50 y 69 años, participar en los programas de detección precoz de cáncer.

El programa de detección precoz de cáncer de colon y recto

El programa se dirige a todos los **hombres y mujeres de entre 50 y 69 años** y consiste en hacerse, **cada dos años, una sencilla prueba en casa** para detectar si las deposiciones contienen pequeñas cantidades de sangre que no se ven a simple vista.

¿Cómo puedo participar?

Si vive en alguna de las áreas donde ya se ha puesto en marcha el Programa, recibirá una carta con las instrucciones que tiene que seguir para hacer la prueba. El resultado final le será comunicado por correo o por teléfono en unas semanas.

¿Y una vez hecha la prueba?

Si el resultado de la prueba se encuentra dentro de la normalidad, es muy poco probable que tenga un cáncer de colon y recto. Aún así, si tiene molestias debe de consultar con su médico. Pasado dos años, le volverán a ofrecer hacerse la prueba.

Si en la prueba se encontraran indicios de sangre, es probable que tenga una lesión benigna, sólo en pocos casos esta sangre se debe a la presencia de un cáncer. Ante este resultado, le propondrán hacerse una colonoscopia, que es una exploración del interior del intestino. La colonoscopia se hace con sedación y tiene un riesgo bajo de complicaciones. Además, permite prevenir el cáncer de colon y recto extirpando los pólipos que podrían malignizar.

Póngase en contacto con el Programa si...

Ha sido diagnosticado de alguna enfermedad de colon y recto (como pólipos, enfermedad inflamatoria intestinal, adenomas o cáncer), si se ha hecho una colonoscopia en los últimos 5 años o si tiene familiares diagnosticados de cáncer de colon y recto. En estos casos, es importante que antes de participar nos lo comunique por teléfono o correo electrónico.

CARA INTERNA

6. ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

6.1.3 Instruccions de com recollir la mostra de femta

Informació que cal saber:

- No realitzar la prova si presenta hemorroides sagnants o menstruació fins que no hagin transcorregut 3 dies seguits 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

Información 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 DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÓLON Y RECTO

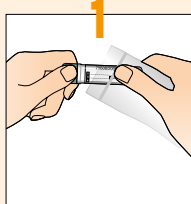
PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÓLON I RECTE



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

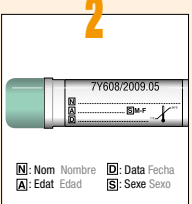
CARA EXTERNA

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



1

Extreure el tub de la bossa.
Extraer el tubo de la bolsa.



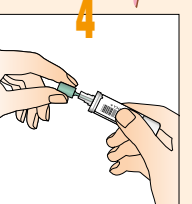
2

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.



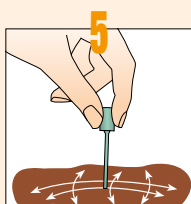
3

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



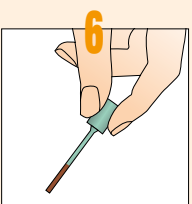
4

Desenroscar el tap verd i extreure el bastonet.
Desenroscar el tapón verde y extraer el bastoncillo.



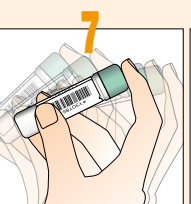
5

Posar en contacte la punta del bastonet 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.



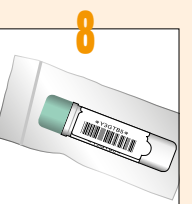
6

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



7

Ficar el bastonet 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 i retornar-lo, el més aviat possible, a l'Oficina de Farmàcia. Mentrestant, conservar la mostra un màxim de 3 dies a la nevera (no congelar).
Guardar el tubo en la bolsa y devolverlo a la Oficina de Farmacia. Mientras, conservar la muestra un máximo de 3 días en la nevera (no congelar).

OC-SENSOR[®]



CARA INTERNA

6. ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

6.1.4 Pòster divulgatiu del Programa



6. ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

6.1.5 Adhesiu identificatiu de la farmàcia

Farmàcia col·laboradora amb:



**PROGRAMA DE DETECCIÓ
PRECOÇ DE CÀNCER DE
CÒLON I RECTE**



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



**CONSELL DE
COL·LEGIS FARMACÈUTICS
DE CATALUNYA ■ ■ ■ ■**



**Federació
Farmacèutica**

**Alliance
Healthcare**
Llevamos la salud más cerca



grupoHEFAME

6. ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

6.1.6 Etiqueta identificativa de les bosses de la farmàcia


0800570012986

Programa de Cribatge
de Càncer de Còlon i Recte

Destí Hospital Clínic

ABS

Farmàcia

Majorista

 **Guardar en nevera**

Dades a omplir pel repartidor

Data de recollida a la farmàcia. __ __ / __ __ / __ __

Dades a omplir pel laboratori

Data de lliurament al laboratori __ __ / __ __ / __ __

HMAR 080057

6. ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

6.1.7 Carta de reinvitació al Programa



Espai per a l'etiqueta

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 dones de 50 a 69 anys i consisteix a realitzar una senzilla prova de detecció de sang oculta en femta 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 abans d'un mes per carta o per telèfon.

Si heu patit alguna malaltia del còlon o recte, o si us heu fet una colonoscòpia en els darrers 5 anys, és important que abans d'anar a la farmàcia ens ho comuniqueu a través de la nostra pàgina web **www.prevenciacolonbcn.org/contacte** o per telèfon **93 248 37 96** (de dilluns a divendres, de 8.30 a 17.30 h). En cas de dubte, consulteu el vostre metge/essa de família.

Per a qualsevol aclariment o si desitgeu més informació, si us plau, poseu-vos en contacte amb nosaltres o amb els farmacèutics col·laboradors del Programa.

Cordialment,

Dr. Antoni Castells i Garangou
Coordinadors del Programa de Barcelona

Dr. Francesc Macià i Guilà

Si us plau, ompliu les dades que us demanem a continuació:

Telèfon: Mòbil: Data entrega carta:/...../.....

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. El metge/essa de família tindrà coneixement de tot procés assistencial que s'hagi originat en el marc del programa.



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



PROGRAMA DE DETECCIÓ
PRECOÇ DE CÀNCER DE
CÒLON I RECTE

Oficina Tècnica
CLÍNICA
BARCELONA
Hospital Universitari

Hospital
del Mar



6. ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

6.1.8 Carta de contacte amb el Programa



Benvolgut/uda senyor/a,

Com a participant en el Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte necessitem posar-nos en contacte amb vostè.

Donat que ens ha estat impossible localitzar-lo/la telefònicament, des del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte preguem que es posi en contacte amb nosaltres a través de la nostra pàgina web **www.prevenciacolonbcn.org/contacte** o per telèfon **93 227 17 02** (de dilluns a divendres, de 8.30 a 17.30 h).

Esperem poder parlar amb vostè ben aviat.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Dr. Jaume Grau i Cano".

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



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



PROGRAMA DE DETECCIÓ
PRECOÇ DE CÀNCER DE
CÒLON I RECTE

Oficina Tècnica
CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari



6. ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

6.1.9 Carta de resultat negatiu



Benvolgut/uda senyor/a,

El **Programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte** li comunica que el **resultat** de la prova de detecció de sang oculta en femta que es va fer el dia «\$poblacions.FechaAnalisi»

es troba dins de la normalitat

El Programa el/la 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 teniu qualsevol dubte o desitja més informació, si us plau, poseu-vos en contacte amb nosaltres a través de la nostra pàgina web **www.prevenciacolonbcn.org/contacte** o per telèfon **93 248 37 96** (de dilluns a divendres, de 8.30 a 17.30 h).

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 «\$poblacions.FechaAnalisi»

se encuentra dentro de la normalidad

El Programa le volverá a ofrecer realizarse la prueba dentro de **2 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 a través de nuestra página web **www.prevenciacolonbcn.org/contacte** o por teléfono **93 248 37 96** (de lunes a viernes, de 8.30 a 17.30 h).

Ben cordialment,

Dra. M. Teresa Puig i Reixach
Responsable de la Unitat de Cribratge de l'Hospital de Sant Pau

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. El metge/essa de família tindrà coneixement de tot procés assistencial que s'hagi originat en el marc del programa.

6. ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

6.1.10 Carta de recordatori de retorn de material



Benvolgut/uda senyor/a,

Des del **Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte** ens posem en contacte amb vostè per recordar-vos que un cop realitzada la prova l'heu de retornar a alguna de les farmàcies del llistat que se us va enviar. A data d'aquesta carta no tenim constància de que l'hagueu retornat.

És per això, i per la importància d'aquesta prova, que **us ampliem quinze dies, des de la data de la carta, el temps per retornar la prova.**

Si us ha sorgit algun imprevist a l'hora de realitzar o retornar la prova, si heu patit alguna malaltia del còlon o recte, si us heu fet una colonoscòpia en els darrers 5 anys o si teniu qualsevol dubte, si us plau, poseu-vos en contacte amb nosaltres a través de la nostra pàgina web www.prevenciacolonbcn.org/contacte o per telèfon **93 227 17 02** (de dilluns a divendres, de 8.30 a 17.30 h).

Els resultats de la prova us seran comunicats abans d'un mes mitjançant una carta o una trucada telefònica.

Desde el **Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte** nos ponemos en contacto con usted para recordarle que una vez realizada la prueba la tiene que devolver en alguna de las farmacias del listado que se le envió. A fecha de esta carta no tenemos constancia de que la haya devuelto.

Por ello, y por la importancia de esta prueba, **le ampliamos quince días, desde la fecha de la carta, el tiempo para devolver la prueba.**

Si le ha surgido algún imprevisto al realizar o devolver la prueba, si ha padecido alguna enfermedad del colon o recto, si ha hecho una colonoscopia en los últimos 5 años o si tiene cualquier duda, por favor, póngase en contacto con nosotros a través de nuestra página web www.prevenciacolonbcn.org/contacte o por teléfono **93 227 17 02** (de lunes a viernes, de 8.30 a 17.30 h).

Los resultados de la prueba le serán comunicados antes de un mes mediante una carta o una llamada telefónica.

Ben cordialment,

Dr. Antoni Castells i Garangou

Dr. Francesc Macià i Guilà

Coordinadors del Programa de Barcelona

Dr. Joan Dot i Bach
Director de la Unitat de Cribatge
de l'Hospital Vall d'Hebron

6. ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

6.1.11 Carta de mala qualitat



Espai per a l'etiqueta

Benvolgut/uda senyor/a,

Fa unes setmanes us vàrem convidar a participar al **Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte** i ens consta que veu recollir la prova a la farmàcia. Malauradament **no és possible donar cap resultat** pel següent motiu:

És per això que us preguem disculpeu les molèsties i us oferim **tornar a fer la prova** de sang oculta en femta. **Disposeu de 15 dies més**, des de la data d'aquesta carta, per anar a recollir 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 us seran comunicats abans d'un mes per carta o per telèfon.

Si heu patit alguna malaltia del còlon o recte, si us heu fet una colonoscòpia en els darrers 5 anys o si teniu qualsevol dubte, si us plau, poseu-vos en contacte amb nosaltres a través de la nostra pàgina web **www.prevenciacolonbcn.org/contacte** o per telèfon **93 248 37 96** (de dilluns a divendres, de 8.30 a 17.30 h).

Cordialment,

Dr. Antoni Castells i Garangou
Coordinadors del Programa de Barcelona

Dr. Francesc Macià i Guilà
Coordinadors del Programa de Barcelona

Dra. M. Teresa Puig i Reixach
Responsable de la Unitat de
Cribratge de l'Hospital de Sant Pau

Si us plau, ompliu les dades que us demanem a continuació:

Telèfon: Mòbil: Data entrega carta:...../...../.....

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. El metge/essa de família tindrà coneixement de tot procés assistencial que s'hagi originat en el marc del programa.

6. ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

6.1.12 Carta informant del resultat positiu



Benvolgut/uda senyor/a,

Com que no ens ha estat possible contactar per 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 realitzada el dia DATA

Hi ha indicis de sang

Per explicar-li més detingudament el significat d'aquest resultat i donada la importància que pot tenir per a la seva salut, li volem donar dia i hora per visitar-se a la Consulta de Cribatge del Programa. Li demanem que es posi contacte amb nosaltres al més aviat possible a través de la nostra pàgina web **www.prevenciacolonbcn.org/contacte** o per telèfon **93 248 37 96** (de dilluns a divendres, de 8.30 a 17.30 h).

Tanmateix, si finalment no rebem notícies seves, des del Programa el/la tornarem a convidar per participar d'aquí 2 anys.

Como no ha sido posible contactar con usted por vía telefónica, desde el **Programa de detección precoz de cáncer de colon y recte** le comunicamos por medio de la presente carta que en la prueba de detección de sangre oculta en heces que se realizó el día DATA

Hay indicios de sangre

Para explicarle más detenidamente el significado del resultado de la prueba y dada la importancia que puede tener para su salud, le queremos ofrecer un día y hora para visitarse en la Consulta de Cribado del Programa. Le rogamos se ponga en contacto con nosotros con la mayor brevedad posible a través de nuestra página web **www.prevenciacolonbcn.org/contacte** o por teléfono **93 248 37 96** (de lunes a viernes, de 8.30 a 17.30 h).

De todos modos, si no recibiéramos noticias tuyas, desde el Programa le volveríamos a invitar para participar en 2 años.

Cordialment,

Francesc Macià i Guilà
Coordinador del Programa

6. ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

6.1.13 Carta de rebuig de colonoscòpia



Benvolguda senyora,

Com a participant en el Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte a vostè se li va realitzar una prova de detecció de sang oculta en femta que va resultar positiva (≥ 100 ngHb/mi).

Durant la visita a la Consulta de Cribatge de l'Hospital Clínic de Barcelona s'ha valorat la seva història clínica i se li ha indicat una colonoscòpia que vostè no ha acceptat realitzar en aquest moment en el nostre centre.

Des del Programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte li recordem que, si en un futur decideix programar una nova colonoscòpia, contacti amb nosaltres a través de la nostra pàgina web www.prevenciocolonibcn.org/contacte o per telèfon 93 227 17 02 (de dilluns a divendres, de 8.00 a 17.00 h).

En cas de realitzar la colonoscòpia en un altre centre, entregueu el document acompanyant la qualitat de qualitat de l'informe de la colonoscòpia al metge responsable de procediment i li agrairam que ens informi del resultat de la prova.

Tanmateix, recomanem que consulti el seu metge per a una bona prevenció de càncer de còlon i recte.

Des del Programa el/la tornarem a convidar per participar d'aquí 2 anys, sempre que tingui menys de 70 anys.

I li agraim la confiança que ha dipositat en nosaltres.

Ben cordialment,

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



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



PROGRAMA DE DETECCIÓ
PRECOÇ DE CÀNCER DE
CÒLON I RECTE

Oficina Tècnica
CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari



6. ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

6.1.14 Carta de colonoscòpia normal



Benvolgut/uda senyor/a,

El **Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte** li comunica el resultat de la/les prova/proves realitzada/es:

Data i prova:

Resultat final: **NO s'hi observen lesions malignes ni pre-malignes**

Li recomanem que porti aquesta carta, juntament amb l'informe que li van donar de la colonoscòpia, al seu **metge de capçalera**.

Des del Programa el/la tornarem a convidar per fer-se la prova de detecció de sang oculta en femta d'aquí **10 anys**. 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 a qualsevol dubte, pot posar-se en contacte amb nosaltres a través de la nostra pàgina web **www.prevenciacolonbcn.org/contacte** o per telèfon **93 248 37 96** (de dilluns a divendres, de 8.30 a 17.30 h).

Li agraim la confiança que ha dipositat en nosaltres.

Ben cordialment,

Dra. M. Teresa Puig i Reixach
Responsable de la Unitat de Cribratge de l'Hospital de Sant Pau

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. El metge/essa de família tindrà coneixement de tot procés assistencial que s'hagi originat en el marc del programa

6. ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

6.1.15 Carta de no presentació a la primera visita infermera



Benvolgut/uda senyor/a,

Com a participant en el Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte a vostè se li va realitzar una prova de detecció de sang oculta en femta que va resultar positiva (≥ 100 ngHb/ml).

Durant el procés se'l va trucar per programar-li una visita a la Consulta de Cribratge de l'Hospital Vall d'Hebron (data visita) per tal d'explicar-li el procés a seguir, a la qual vostè no ha acudit.

Donat que ens ha estat impossible localitzar-lo novament, des del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte preguem que, per reprogramar la visita, es posi en contacte amb nosaltres a través de la nostra pàgina web www.prevenciacolonbcn.org/contacte o per telèfon **93 227 17 02** (de dilluns a divendres, de 8.30 a 17.30 h).

En cas de continuar el procés diagnòstic en un altre centre, li preguem que ens informi del resultat.

Tanmateix, li recomanem que consulti el seu metge d'atenció primària per a una bona prevenció del càncer de còlon i recte.

Des del Programa el/la tornarem a convidar a participar d'aquí 2 anys, sempre que tingui menys de 70 anys.

Li agraiem la confiança que ha dipositat en nosaltres.

Ben cordialment,

Dr. Joan Dot i Bach

Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte

6. ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

6.1.16 Carta de colonoscòpia no concloent



Benvolgut/uda senyor/a,

Com a participant en el **Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte** a vostè se li va realitzar una prova de detecció de sang oculta en femta que va resultar positiva (≥ 100 ngHb/ml).

Durant la visita a la Consulta de Cribratge de l'Hospital del Mar de Barcelona (data visita) i després de valorar la seva història clínica, se li va programar una **colonoscòpia** que es va realitzar a data (data colonoscòpia). Aquesta colonoscòpia **no fou concloent**, motiu pel qual se li va sol·licitar una nova prova.

Donat que vostè no ha acceptat realitzar-se aquesta prova, des del Programa preguem que **consulti el seu metge de capçalera** per a una bona prevenció del càncer de còlon i recte. Li recomanem que li porti aquesta carta, juntament amb l'informe que li van donar de la colonoscòpia.

Per a qualsevol dubte, pot posar-se en contacte amb nosaltres a través de la nostra pàgina web **www.prevenciocolonbcn.org/contacte** o per telèfon **93 248 37 96** (de dilluns a divendres, de 8.30 a 17.30 h).

Des del Programa el/la tornarem a convidar per participar d'aquí 2 anys, sempre que tingui menys de 70 anys i sempre que no s'hagin trobat lesions en la part explorada per la colonoscòpia realitzada.

Li agraïm la confiança que ha dipositat en nosaltres.

Ben cordialment,

Dr. Francesc Macià i Guilà
Coordinador del Programa

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. El metge/essa de família tindrà coneixement de tot procés assistencial que s'hagi originat en el marc del programa.

6. ANNEXOS

6.1 Cartes i material informatiu del Programa

6.1.17 Carta de no presentació a la colonoscòpia



Benvolgut/uda senyor/a,

Com a participant en el **Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte** a vostè se li va realitzar una prova de detecció de sang oculta en femta que va resultar positiva (≥ 100 ngHb/ml).

Durant la visita a la Consulta de Cribatge de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona i després de valorar la seva història clínica, se li ha indicat la realització d'una colonoscòpia que vostè no ha acceptat realitzar en aquest moment al nostre centre. És per això que des del Programa li recomanem que **consulti el seu metge** per a una bona prevenció del càncer de còlon i recte. En cas de continuar el procés diagnòstic en un altre centre, li preguem que ens informi del resultat.

Per a qualsevol dubte, pot posar-se en contacte amb nosaltres a través de la nostra pàgina web **www.prevenciacolonbcn.org/contacte** o per telèfon **93 248 37 96** (de dilluns a divendres, de 8.30 a 17.30 h).

Des del Programa el/la tornarem a convidar per participar d'aquí 2 anys.

Li agraïm la confiança que ha dipositat en nosaltres.

Ben cordialment,

Dra. M. Teresa Puig i Reixach
Responsable de la Unitat de Cribatge de l'Hospital de Sant Pau

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. El metge/essa de família tindrà coneixement de tot procés assistencial que s'hagi originat en el marc del programa

6. ANNEXOS

6.2 Mapa de les Àrees integrals de salut (AIS) de Barcelona

AIS Barcelona Dreta

Inclou 16 Àrees Bàsiques de Salut

AIS Barcelona Esquerra

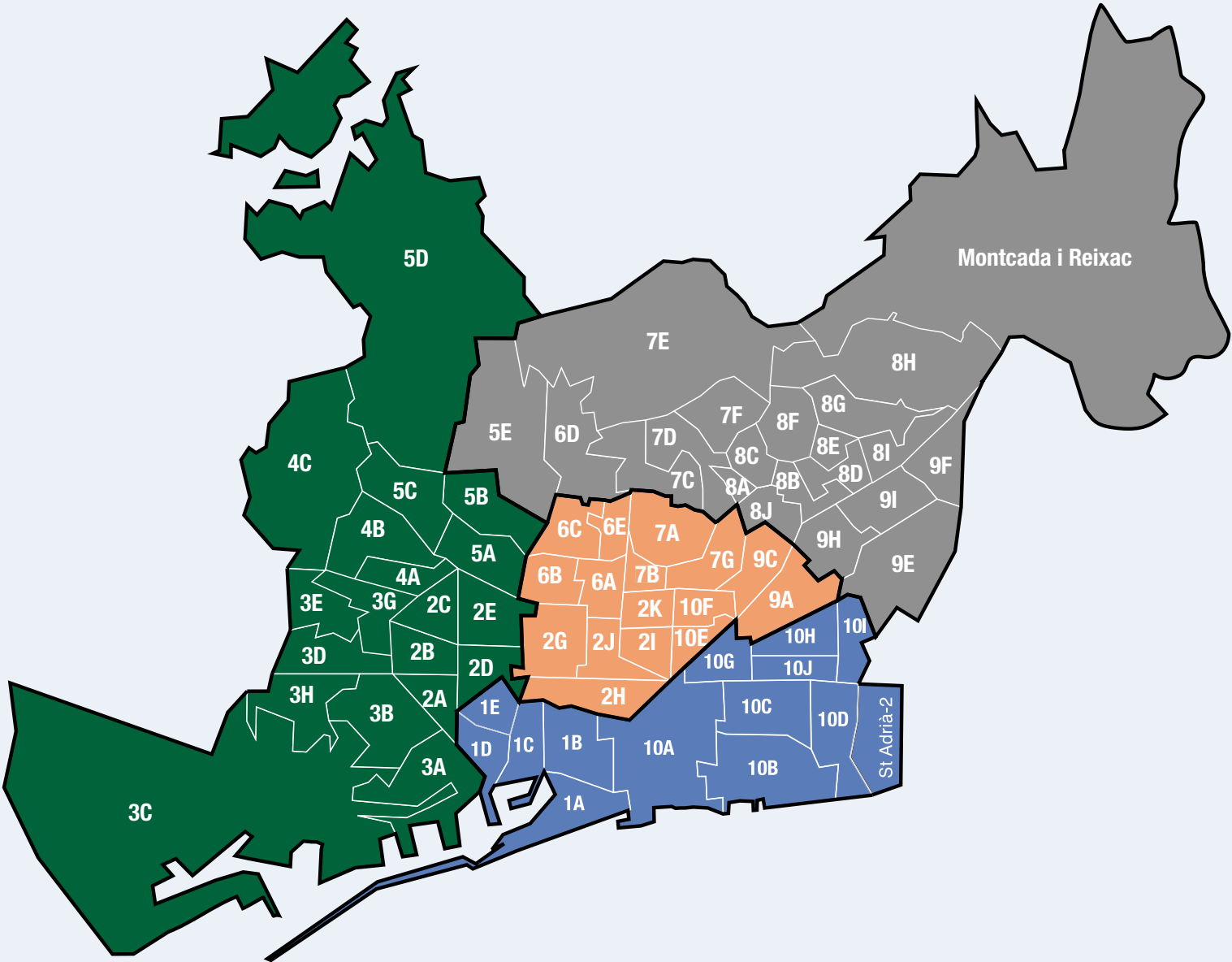
Inclou 19 Àrees Bàsiques de Salut

AIS Barcelona Nord

Inclou 21 Àrees Bàsiques de Salut

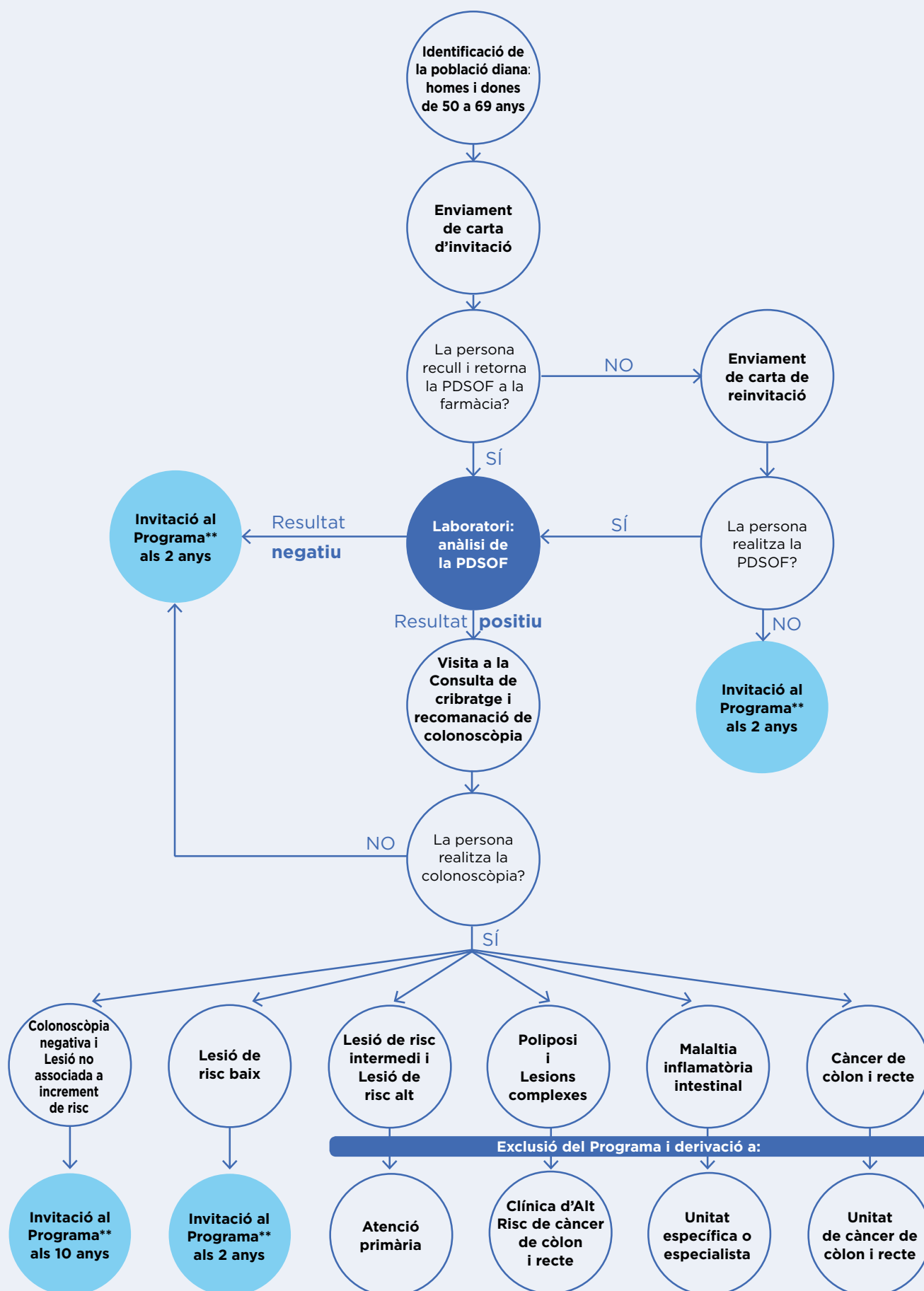
AIS Barcelona Litoral Mar

Inclou 14 Àrees Bàsiques de Salut



6. ANNEXOS

6.3 Algoritme del circuit del Programa



* PDSOF: Prova de detecció de sang oculta en femta

** Quan l'edat prevista per a la següent invitació sigui superior als 69 anys, la recomanació des del Programa serà la d'adreçar-se al seu metge/essa d'atenció primària perquè decideixi el control més adient en cada cas

6. ANNEXOS

6.4 Actuació davant de situacions que poden comportar l'exclusió del Programa

EXCLUSIONS TEMPORALS			
(s'explica a la persona que se la tornarà a convidar en properes rondes del PDPCCR)			
Situació	Definició	Actuació abans de participar en el Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte (PDPCCR) <i>Responsable: Personal administratiu</i>	Actuació després de participar i amb resultat positiu en la prova de detecció de sang oculta en femta (PDSOF)* <i>Responsable: Professional d'infermeria</i>
Síntomes i signes colorectals	Existència d'aquells símptomes i signes que indiquen possible malaltia colorectal: 1. Presència de sang a les deposicions (excepte per hemorroides o menstruació, que no són criteris d'exclusió) 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 s'està controlant per aquest motiu, se li indica que consulti amb el seu metge/essa de referència per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas • Resultat final en l'aplicació del Programa: SÍMPTOMES DE CCR (EX - M)	→ No exclusió → Es sol·licita colonoscòpia • Es recull al Qüestionari de la consulta de cribratge
Colonoscòpia prèvia amb resultat negatiu	Colonoscòpia prèvia amb resultat negatiu en els últims 5 anys, independentment del motiu d'aquesta exploració. La persona ha de documentar la informació que comunica amb l'informe de la colonoscòpia. En l'informe ha de constar: nom i cognoms de la persona, la valoració de la preparació intestinal i el tram d'intestí explorat, és a dir, si l'exploració ha estat completa. Si alguna d'aquestes dades no apareix a l'informe de la colonoscòpia, no es pot donar per vàlid aquest resultat.	→ Exclusió temporal • Es torna a convidar a la persona passats, entre 4 i 5 anys de la data de realització de l'exploració (dependrà de quan torna a entrar en ronda l'Àrea Bàsica de Salut (ABS) a la qual pertany) • Resultat final en l'aplicació del Programa: CRIBRATGE EXTERN NEGATIU-PARTICIPACIÓ EN EL FUTUR	→ No exclusió → Es sol·licita colonoscòpia • Es recull al Qüestionari de la consulta de cribratge
Colonografia per tomografia computeritzada (colonografia TC) prèvia amb resultat normal	Colonografia TC realitzada en els últims 4 anys amb resultat negatiu. La persona ha de documentar la informació que comunica amb l'informe de la colonografia TC.	→ Exclusió temporal • Es torna a convidar a la persona passats, com a màxim, 4 anys des de la data de realització de l'exploració (dependrà de quan torna a entrar en ronda l'ABS a la qual pertany) • Resultat final en l'aplicació del Programa: CRIBRATGE EXTERN NEGATIU-PARTICIPACIÓ EN EL FUTUR	→ No exclusió → Es sol·licita colonoscòpia • Es recull al Qüestionari de la consulta de cribratge
PDSOF negativa	PDSOF negativa fora del PDPCCR en els últims 2 anys	→ No exclusió • Pot participar normalment Si la persona declina participar en la ronda actual es tornarà a convidar passats 2 anys de la data de la PDSOF i es tancarà el cas amb el resultat final en l'aplicació del Programa: CRIBRATGE EXTERN NEGATIU-PARTICIPACIÓ EN EL FUTUR	→ No exclusió → Es sol·licita colonoscòpia • Es recull al Qüestionari de la consulta de cribratge

Continua

* Habitualment és a la consulta de cribratge on es dona aquesta situació i, si és per via telefònica, el PDPCCR recomana anar, igualment, a la consulta

6. ANNEXOS

6.4 Actuació davant de situacions que poden comportar l'exclusió del Programa

EXCLUSIONS TEMPORALS			
(s'explica a la persona que se la tornarà a convidar en properes rondes del PDPCCR)			
Situació	Definició	Actuació abans de participar en el Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte (PDPCCR) <i>Responsable: Personal administratiu</i>	Actuació després de participar i amb resultat positiu en la prova de detecció de sang oculta en femta (PDSOF)* <i>Responsable: Professional d'infermeria</i>
Antecedent personal de pòlip/s no recuperat/s o mal documentat/s	La persona refereix extirpació de pòlip/s en colonoscòpia prèvia, però, o no es va/n poder recuperar per part de l'endoscopista en el moment de l'exploració i per tant no es va/n poder analitzar o la persona no disposa de l'informe d'anatomia patològica.	→ No exclusió - Pot participar normalment - Si la persona declina participar en la ronda actual es tornarà a convidar passats 2 anys de la data de la PDSOF i es tancarà el cas amb el resultat final en l'aplicació del Programa: CRIBRATGE EXTERN NEGATIU-PARTICIPACIÓ EN EL FUTUR	→ No exclusió - Es sol·licita colonoscòpia - Es recull al Qüestionari de la consulta de cribratge
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 (entenenent 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) Relatives: diàlisi peritoneal, demència greu, afectació de l'estat general (ASA III)	→ Exclusió temporal - Se li indica que consulti el seu metge/essa de referència per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas - Resultat final en l'aplicació del Programa: MORBIDITAT GREU TRANSITÒRIA (NP - M)	→ Exclusió temporal - Es recull al Qüestionari de la consulta de cribratge - Se li indica que consulti el seu metge/essa de referència per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas - Si després de la consulta el metge/essa dona el vistiplau per a realitzar la colonoscòpia, aquesta es programa amb normalitat - Si el metge/essa no dona el permís per a realitzar la colonoscòpia, es tanca el cas com a PDSOF POSITIVA SENSE EXPLORACIÓ-SORTIDA TEMPORAL-MÈDIC i la persona tornarà a ser convidada amb PDSOF en la ronda següent. Es demanarà informe mèdic del motiu pel qual no es pot realitzar la colonoscòpia
Persona portadora de colostomia	A la persona li han col·locat una bossa recol·lectora de femta després de la realització d'una ostomia temporal	→ Exclusió temporal - Si l'ostomia és temporal, es recomana a la persona que no participi fins que se li hagi reconstruït l'estoma. Mentrestant, si ho creu necessari, pot consultar el seu metge/essa de referència - Si ha estat per antecedents personals de càncer de còlon i recte (CCR), Malaltia inflamàtòria intestinal (MII) o poliposis/adenomes, el resultat final serà: ANTECEDENTS PERSONALS CCR (EX - M) / ANTECEDENTS PERSONALS MII (EX - M) / ANTECEDENTS PERSONALS ADENOMAS (EX - M) - Si ha estat per altre motiu, el resultat final serà: ALTRES MOTIUS NO PARTICIPACIÓ EN RONDA ACTUAL (NP - M)	- Es recull al Qüestionari de la consulta de cribratge - Se li indica que consulti el seu metge/essa de referència per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas - Resultat final en l'aplicació del Programa: PDSOF POSITIVA SENSE EXPLORACIÓ-SORTIDA TEMPORAL-MÈDIC

Continua

* Habitualment és a la consulta de cribratge on es dona aquesta situació i, si és per via telefònica, el PDPCCR recomana anar, igualment, a la consulta

6. ANNEXOS

6.4 Actuació davant de situacions que poden comportar l'exclusió del Programa

EXCLUSIONS PERMANENTS			
(s'explica a la persona que no se la tornarà a convidar en properes rondes del PDPCCR)			
Situació	Definició	Actuació abans de participar en el Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte (PDPCCR) <i>Responsable: Personal administratiu</i>	Actuació després de participar i amb resultat positiu en la prova de detecció de sang oculta en femta (PDSOF)* <i>Responsable: Professional d'infermeria</i>
Persona portadora de bossa recol·lectora de femta amb caràcter permanent	A la persona li han col·locat una bossa recol·lectora de femta després de la realització d'una ostomia definitiva.	→ Exclusió definitiva - La persona sempre portarà la bossa recol·lectora, per tant, es recomana que no participi al PDPCCR i que consulti al seu metge/essa de referència per a portar a terme una adequada prevenció del CCR - El resultat final en l'aplicació del Programa vindrà condicionat pel motiu pel qual li han realitzat l'ostomia - Si ha estat per antecedents personals de CCR, MII o lesions adenomatoses o serrades, el resultat final serà: ANTECEDENTS PERSONALS CCR/ ANTECEDENTS PERSONALS MII/ ANTECEDENTS PERSONALS ADENOMAS - Si ha estat per altre motiu, el resultat final serà: ALTRES MOTIUS D'EXCLUSIÓ DEFINITIUS (NP - M)	→ Exclusió definitiva - Es recull al Qüestionari de la consulta de cribratge - Se li indica que consulti el seu metge/essa de referència per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas - Resultat final en l'aplicació del Programa: PDSOF POSITIVA SENSE EXPLORACIÓ- SORTIDA DEFINITIVA PER ANTECEDENTS PERSONALS
Antecedent personal de CCR, MII o Poliposi colorectal ben documentat	Diagnòstic de càncer colorectal, Malaltia inflamatòria intestinal (colitis ulcerosa o malaltia de Crohn) o Poliposi colorectal (>15 pòlips a qualsevol part del còlon) confirmat amb la documentació que així ho demostra.	→ Exclusió definitiva - Si no es controla per aquest motiu, se li recomana que consulti el seu metge/essa de referència per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas. Hi ha unitats de cribratge que tenen la possibilitat de derivar a la persona directament a la Unitat de CCR, Unitat de MII o a la Clínica d'Alt Risc de càncer de còlon i recte (CAR-CCR) del seu centre hospitalari de referència - Resultat final en l'aplicació del Programa: ANTECEDENTS PERSONALS CCR (EX - M) / ANTECEDENTS PERSONALS MII (EX - M) / ANTECEDENTS PERSONALS ADENOMES (EX - M)	→ Exclusió definitiva - Si no es controla per aquest motiu, se li indica que consulti el seu metge/essa de referència per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas. Hi ha unitats de cribratge que tenen la possibilitat de derivar a la persona directament a la Unitat de CCR, Unitat de MII o a la CAR-CCR del seu centre hospitalari de referència - Resultat final en l'aplicació del Programa: PDSOF POSITIVA SENSE EXPLORACIÓ - SORTIDA DEFINITIVA PER ANTECEDENTS PERSONALS (P O NP- M)

Continua

* Habitualment és a la consulta de cribratge on es dona aquesta situació i, si és per via telefònica, el PDPCCR recomana anar, igualment, a la consulta

6. ANNEXOS

6.4 Actuació davant de situacions que poden comportar l'exclusió del Programa

EXCLUSIONS PERMANENTS			
(s'explica a la persona que no se la tornarà a convidar en properes rondes del PDPCCR)			
Situació	Definició	Actuació abans de participar en el Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte (PDPCCR) <i>Responsable: Personal administratiu</i>	Actuació després de participar i amb resultat positiu en la prova de detecció de sang oculta en femta (PDSOF)* <i>Responsable: Professional d'infermeria</i>
Antecedent personal d'adenoma colorectal ben documentat	Diagnòstic d'adenoma colorectal confirmat amb la documentació que així ho demostra.	→ Exclusió definitiva - La persona aporta documentació que confirma el diagnòstic d'adenoma - Si no es controla per aquest motiu, se li indica que consulti el seu metge/essa de referència per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas - Resultat final en l'aplicació del Programa: ANTECEDENTS PERSONALS ADENOMAS (Ex - M)	→ Exclusió definitiva - Es recull al Qüestionari de la consulta de cribratge - Si no es controla per aquest motiu, se li recomana que consulti el seu metge/essa de referència per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas - Resultat final en l'aplicació del Programa: PDSOF POSITIVA SENSE EXPLORACIÓ - SORTIDA DEFINITIVA PER ANTECEDENTS PERSONALS (P O NP- M)
Antecedents personals de proctocoliectomia	Extirpació de la totalitat del còlon i del recte.	→ Exclusió definitiva - La persona aporta documentació que ho confirma - Resultat final en l'aplicació del Programa que vindrà donat pel motiu pel qual se li va realitzar una proctocoliectomia a la persona: (ANTECEDENTS PERSONALS CCR/ ANTECEDENTS PERSONALS MII/ ANTECEDENTS PERSONALS ADENOMAS (Ex - M)	→ Exclusió definitiva - Es recull al Qüestionari de la consulta de cribratge - Com que la persona no es pot sotmetre a una colonoscòpia perquè no té còlon ni recte, es demana que consulti el seu metge/essa de referència per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas - Resultat final en l'aplicació del Programa: PDSOF POSITIVA SENSE EXPLORACIÓ-SORTIDA DEFINITIVA PER ANTECEDENTS PERSONALS (P O NP- M)
Antecedents familiars de CCR	Un familiar de primer grau (pare, germans o fills) diagnosticat de CCR abans dels 60 anys o ≥2 familiars de primer grau diagnosticats de càncer de CCR a qualsevol edat.	→ Exclusió definitiva - Si no es controla per aquest motiu, se li recomana que consulti el seu metge/essa de referència per tal que li indiqui quina és l'actuació més apropiada en el seu cas - Hi ha unitats de cribratge que tenen la possibilitat de derivar a la persona directament a la CAR-CCR del seu centre hospitalari de referència - Resultat final en l'aplicació del Programa: ANTECEDENTS FAMILIARS (Criteris de Programa) (EX - M)	→ Exclusió definitiva → Colonoscòpia - Es recull al Qüestionari de la consulta de cribratge - Després de la colonoscòpia se li assigna una exclusió definitiva en el PDPCCR - Resultat final en l'aplicació del Programa serà el que correspongui per les troballes de la colonoscòpia i amb l'opció "→ DERIVAT ESPECIALISTA" - Derivació a la CAR-CCR de cada centre hospitalari o al metge/essa d'atenció primària

* Habitualment és a la consulta de cribratge on és dona aquesta situació i, si és per via telefònica, el PDPCCR recomana anar, igualment, a la consulta

6. ANNEXOS

6.5 Protocol per a la identificació i registre de casos de càncer d'interval

Protocol per a la identificació i registre de casos de càncer d'interval

1. Definició operativa de càncer d'interval

En general es considera com a **càncer d'interval** (CI) un càncer invasiu diagnosticat després d'un resultat negatiu del cribratge i abans de participar a la següent ronda de cribratge, és a dir, durant l'interval de temps entre 2 cribratges.

De cara a la introducció de casos a la base de dades (bbdd) del nostre Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte, considerem com a **càncer d'interval** (CI) qualsevol càncer colorectal invasiu diagnosticat en una persona amb resultat previ **PDSOF negatiu, colonoscòpia normal o amb pòlips hiperplàstics**.

Per tal de ser considerat càncer d'interval ha de ser diagnosticat entre aquestes dues dates:

- La data del resultat de la PDSOF negatiu (o de la colonoscòpia del Programa).
- La data màxima de participació prevista (data que resultaria de sumar 6 mesos a la següent data d'invitació prevista).¹

Recordar que en cas de PDSOF negativa el període establert entre dos cribratges són **2 anys** (1 ronda), però en les colonoscòpies normals i amb pòlips són **10 anys** (4 rondes després). Per exemple, en el cas d'una PDSOF negativa en ronda 4, si la data prevista d'invitació a la ronda 5 és l'1 de gener 2018, serà CI qualsevol CCR diagnosticat abans d'1 de juliol 2018.

Aquesta definició operativa és inclusiva i pretén ser el màxim de sensible. Depenent de les anàlisis que es vulguin fer a posteriori és possible que alguns d'aquests casos no hi siguin inclosos, per exemple perquè s'estableixi un marge de temps menor, de 3 mesos en comptes de 6, o perquè només s'hi incloguin les PDSOF negatives).

Nota: Els càncers diagnosticats en persones amb resultat previ patològic però no càncer (lesions d'alt/mig/baix risc, poliposi, etc.) poden ser incloses a la bbdd; s'inclouran si es considera adient a criteri dels clínics però en principi no es farà cerca activa quan es facin en creuaments.

2. Fonts d'informació i identificació dels casos de CI

Ens podem assabentar de l'aparició d'un CI per una de les següents vies:

- Comunicació via telefònica o correu electrònic de forma espontània per part dels pacients** (o dels professionals sanitaris que els porten), generalment quan reben la carta per tornar a participar. Aquests CI s'han d'enregistrar sistemàticament a la bbddCI (vegeu *apartat 3, pàg. 126*).
- Casos diagnosticats als hospitals de les unitats de cribratge:** seran detectats i comunicats al Programa directament des de Digestologia, Oncologia, etc., o bé a partir dels comitès de tumors. Aquests CI s'han d'enregistrar sistemàticament a la bbddCI (vegeu *apartat 3, pàg. 126*).

¹ Si **per edat** la persona ja no serà convidada a la propera ronda, s'ha d'assumir un període de **2 anys més 6 mesos** en el cas de PDSOF negatives (o 10 anys més 6 mesos en el cas de colonoscòpia normal), a comptar a partir de la **data de l'última prova** del Programa. Igualment, si no consta data d'invitació perquè la **persona canvia d'àrea geogràfica** i per tant de Programa, s'assumeix un període de 2 o 10 anys més 6 mesos. Per exemple, un CCR diagnosticat en una persona que en la ronda anterior va participar amb 68 anys amb resultat PDSOF negativa a data 1 juliol 2017, serà considerat CI si és diagnosticat abans de l'1 de gener 2020. Si el resultat de la ronda anterior hagués estat colonoscòpia normal a data 1 juliol 2017, seria considerat CI si es diagnostica abans de l'1 de gener 2028.

6. ANNEXOS

6.5 Protocol per a la identificació i registre de casos de càncer d'interval

- c. Encreuament de bbdd:** això es pot fer de manera sistemàtica dins del context de recerca gràcies als recursos propis del projecte, però fora d'aquest context s'hauria de fer almenys cada dos anys, en tancar ronda. Les bbdd més factibles per detectar casos són les dels registres de tumors hospitalaris, les d'anatomia patològica i CMBD, i en menor mesura les de colonoscòpies. Més endavant s'estudiarà la factibilitat d'aquests encreuaments en el context de Catalunya (PDO; vegeu punt següent).
- d. Registre de CCR de Catalunya (Pla Director d'Oncologia):** en un futur la idea és que a partir d'aquest registre es donarà informació dels càncers trobats a partir del CMBD de tot Catalunya, dels centres públics i més endavant potser també dels privats. A més del CMBD aquest registre pretén obtenir dades de radioteràpia i del RAPA (Registre d'anatomia patològica de Catalunya) i, per tant, serà molt més exhaustiva. Aquestes dades s'encreuaran centralitzadament contra la bbdd del Programa per identificar potencials CI.

3. Protocol de registre dels casos de CI

- I. Tots els casos de CI s'han d'introduir el més aviat possible a la base de dades de Càncers d'interval (bbddCI)** prevista per aquesta finalitat. A més la informació ha de constar en l'**aplicatiu** del Programa per tal que la persona quedi exclosa en properes invitacions.
- II. Les bbddCI tenen format formulari d'Access** i són a la **carpeta compartida**, accessible tant des del Mar com Clínic. Per temes pràctics de gestió hi ha 2 bbddCI, una per cada centre (Mar i Clínic), però a totes dues s'hi pot enregistrar qualsevol CI (i.e. a la del Clínic també es podria enregistrar un CI que va participar a l'àrea de l'Hospital del Mar). La del Clínic s'ha de descarregar per poder treballar-hi, i per aquest motiu s'ha de tenir cura de tornar a pujar cada vegada la versió més actualitzada.
- III. Ha d'haver-hi una persona referent i responsable** de la introducció de casos a la bbddCI tant a l'Hospital Clínic com al Mar. En tots dos centres la persona referent per als CI serà la **infermera de cribatge de l'Oficina Tècnica (Mar i Clínic)**. Sigui quina sigui la via d'entrada del cas, hauria doncs de convergir en aquesta persona pel que fa a l'enregistrament dins de la bbddCI. És a dir, cada vegada que es detecti un possible CI s'ha de notificar com més aviat millor a aquesta persona i facilitar-li totes les dades relatives al cas.
- IV. Introducció a la bbdd Access:** la **infermera** enregistrarà el CI el més aviat possible, almenys la informació mínima sobre el cas perquè quedi identificat (NCCR, Número Història Clínica (NHC) i dades rellevants del CI). La informació sobre rondes, última participació i última invitació es poden fer a posteriori. En cas que no n'estiguin ja al cas, s'informarà de l'NCCR del CI a l'Oficina Tècnica, a la seu corresponent (H. Mar o H. Clínic), per tal que deixi marcat el cas com a exclusió a l'aplicació del Programa.
- V. Introducció a l'aplicació del Programa:** en el moment que s'assabenta del CI l'**administrativa** de l'OT marcarà com a exclusió per CCR a la pantalla de Dades de cribatge/ informació general. Si la persona té un Resultat final de No participa o si encara no té cap resultat en la ronda activa, es marca com a Resultat final Antecedents personals CCR. Si la persona ja ha participat i disposa de resultat final en la ronda activa, es marca el checkbox per tal quedi registrat i aquest cas no es torni a convidar. En cas que no n'estigui ja al corrent, des de l'OT es comunicarà a la infermera l'NCCR del cas i la informació de què es disposi.

6. ANNEXOS

6.5 Protocol per a la identificació i registre de casos de càncer d'interval

VI. Quan la via d'entrada del cas sigui l'**Oficina Tècnica**, el personal administratiu recollirà la informació més rellevant del cas (vegeu més avall apartat *4. Resum del Procés*). Les dades rellevants que sempre que sigui possible s'han d'intentar esbrinar són:

a. Data del diagnòstic del càncer (la que compta és la d'Anatomia Patològica, però davant el dubte recollir quan li van fer la colonoscòpia en què li van veure). Si és aproximat i només en sabem el mes, posar-hi 15 del mes o la data el més aproximada possible.

b. Hospital on li van diagnosticar.

Si l'hospital de diagnòstic no és cap dels 4 hospitals del Programa, s'intentarà obtenir l'informe d'anatomia patològica i/o d'alta, etc.

S'annexa un formulari que es pot fer servir per recollir les dades (vegeu [pàg. 129](#)).

VII. CI detectats als hospitas **Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH)** i **Hospital de Sant Pau**. Les infermeres de cribratge d'aquestes unitats seran les encarregades de comunicar la informació rellevant de tots els CI del Programa a la infermera de cribratge de l'OT corresponent (des de Sant Pau ho comuniquen al Mar, i des de l'HUVH, al Clínic). La introducció del cas a l'aplicació del Programa i a la bbddCI es farà només des de l'OT.

VIII. Seguretat i confidencialitat de les dades. Totes les dades referents a salut, i per tant tota la informació referent als casos de CI, pertanyen al màxim nivell de seguretat de dades personals, i s'ha de vetllar que tant l'enviament com el fet de guardar es facin de la forma més segura possible. És per això que totes les dades s'enviaran només a través de mitjans segurs (en persona, telefònicament, correu/email intern propi de l'hospital, correus encriptats quan no és correu intern, etc.), i només es poden desar en entorns segurs i no han de sortir dels centres assistencials. Pel què fa a les dades recollides en paper (anotacions, informes, etc.), vetllar perquè no siguin accessibles a persones alienes i, un cop la informació ja estigui recollida, destruir o arxivar de forma segura tota la documentació.

IX. Descàrrega i revisió de la bbddCI, per la revisió de nous casos i de variables pendents d'introduir, etc. Es proposa fer-ho anualment.

X. Encreuament de casos: s'intentarà fer cada 2 anys des de l'OT.

4. Resum del procés

Resum del procés quan el CI es detecta des de l'OT (telefònicament):

1. Conversa per esbrinar la informació rellevant: data diagnòstic i hospital de diagnòstic/tractament, i en cas que no sigui cap dels 4 hospitals del Programa intentar aconseguir alguna documentació per a confirmar el cas i obtenir dades sobre el CI.

Depenent de la persona i, si es considera oportú, es pot intentar recollir més informació, tot respectant el pacient. En tot cas, se li preguntarà si té algun inconvenient en què la infermera el/la truqui més endavant (anotar número telèfon i dates/franges horàries que li van bé).

6. ANNEXOS

6.5 Protocol per a la identificació i registre de casos de càncer d'interval

Missatges:

- a. Ens sap molt greu
- b. Com passa amb la majoria de proves, el test no és del tot perfecte i malauradament no detecta el 100% dels càncers...
Tot i que és molt poc freqüent de vegades passa...
També és per això que insistim que s'ha de participar cada dos anys...
Si l'hospital no és un dels 4 del Programa→preguntar si seria tan amable de facilitar-nos alguna dada més perquè ens interessa molt recollir aquesta informació per mirar què ha passat i millorar en el futur...
SEMPRE: preguntar si el professional d'infermeria del Programa el/la podria trucar en un altre moment i anotar Número de telèfon i dies/franges horàries preferides.

- 2. Introduir la informació a l'aplicació del Programa i marcar com a exclusió per a futures rondes (vegeu apartat 3 punt V, d'aquest protocol, pàg. 126).
- 3. Notificar el cas a la infermera referent de tota la informació mitjançant una via segura.
- 4. La infermera introdueix el cas al més aviat possible. Si manca informació rellevant mirarà si aquesta es pot aconseguir (HCCC, hospitals del Programa, etc.).

Resum del procés quan el CI es detecta per via assistencial:

- 1. Quan la informació arriba a la infermera de cribratge Mar o Clínic, o bé ella detecta un possible cas de CI, ha d'omplir el més aviat possible els camps més rellevants a la bbddCI corresponent (H. Mar o H. Clínic). La informació mínima d'entrada són les dades identificatives (NCCR i NHC), i data i hospital del diagnòstic. Si no disposa de la informació a l'HC del seu hospital i manca informació rellevant, mirarà si aquesta es pot aconseguir a través d'altres fonts: Història Clínica Compartida de Catalunya, altres hospitals del Programa, etc. La resta de dades es poden fer a posteriori.
- 2. Passa l'NCCR del cas i la data de diagnòstic a les administratives de l'OT per tal sigui exclòs a l'aplicació del Programa.

5. Annex: Formulari de dades dels càncers d'interval

Des de l'Oficina Tècnica, l'administrativa que rep una trucada d'un pacient que comunica que ha patit un càncer colorectal (d'interval) hauria d'intentar recollir aquests 3 elements:

- 1. **Data diagnòstic** (de la colonoscòpia en què li van veure, o propera).
- 2. **Hospital del diagnòstic** i del tractament. Si l'hospital no és cap dels 4 del Programa i es tracta d'un hospital privat, s'intentarà aconseguir més informació (informe Anatomia patològica si en disposa o altres documents).
- 3. En qualsevol cas, se li preguntarà si no té inconvenient en què **la infermera del Programa el/la truqui** per preguntar algunes qüestions més. Si està d'acord, es prendrà nota de quins dies i franges horàries li van millor.

A continuació s'adjunta un formulari que recull, en format de preguntes, el conjunt de variables de la bbddCI. Aquest formulari vol servir per facilitar la tasca de recollir la informació relativa a les variables de la bbddCI a la infermera (i a l'administrativa quan es consideri adient).

6. ANNEXOS

6.5 Protocol per a la identificació i registre de casos de càncer d'interval



DADES CLÍNIQUES A RECOLLIR DELS CÀNCERS D'INTERVAL

Nom i cognoms:

Quins símptomes va tenir?

Quan van començar aquests símptomes?

Quan va consultar el metge per aquests símptomes?

Amb quina prova li van diagnosticar el CCR?

Quan li van fer aquesta prova?

On li van fer aquesta prova?

Si el porten a Hospital Clínic, H. Mar, Sant Pau o Vall d'Hebron no cal demanar més informació, doncs la tindrem al SAP.
Si el tractament s'ha fet en un altre centre diferent a aquests dos cal continuar preguntant si la infermera del programa de prevenció de CCR pot trucar-lo per demanar més informació sobre el cas.

*** Accepta que el truquin:** → **Telèfon:**

*** No accepta que el truquin:** → **Intentar que contesti el màxim número de les següents preguntes:**

1. On estava localitzat el tumor (cec, còlon dret, transvers, còlon esquerre, sigma o recte)?

2. Quin tractament li van fer (operació quirúrgica, quimioteràpia, radioteràpia)?

3. Si l'han operat:
 Quan el van operar? En quin hospital l'han operat?
 Quin tipus de cirurgia li han fet (hemicolectomia dreta, sigmoidectomia, Miles, etc)?
 Cirurgia oberta o per laparoscòpia? Cirurgia programada o urgent?

3.1. Anatomia patològica de la peça quirúrgica:

Data de l'informe d'anatomia patològica:

Histologia:

Fins a quina capa del còlon arribava el tumor?

Grau de diferenciació: Grau mucinós:

Hi havia algun gangli afecte? Quants afectes?

Quants ganglis s'han ressecat?

4. Si no l'han operat:
 Per quin motiu no l'han operat?
 Quin és el diagnòstic, si n'hi ha, de l'anatomia patològica de la lesió?

5. Si ha fet radioteràpia:
 Va ser radioteràpia abans o després de la operació quirúrgica?

6. Si ha fet quimioteràpia:
 Va ser quimioteràpia abans o després de la operació quirúrgica?
 Quin tipus de quimioteràpia ha fet (Folfox...)?
 Si han fet TAC o ecografia o RMN, quin és el resultat?
 Li van fer proves genètiques?

6. ANNEXOS

6.6 Protocol d'actuació farmacèutica

Protocol d'actuació farmacèutica

Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte



Entrega del KIT a l'usuari

1 LA PERSONA VE A RECOLLIR LA PROVA

- No es pot participar si no s'ha rebut una carta de l'HOSPITAL.
- Una persona pot venir a recollir les proves de diferents individus si porta la carta de cadascun.

2 REVISIÓ CRITERIS D'INCLUSIÓ

- Cal recordar a la persona que si té dos antecedents de familiars de primer grau amb càncer de còlon i recte a qualsevol edat o un de sol abans dels 60 anys o si s'ha realitzat una colonoscòpia en els darrers cinc anys (EXCEPCIÓ: si la colonoscòpia és del Programa i té resultat d'adenoma de baix risc Sí pot participar) es posi en contacte amb l'Oficina Tècnica del programa del centre hospitalari de referència, abans de participar.

3 REVISIÓ DE LA CARTA D'INVITACIÓ

Carta que haurà rebut al domicili amb el Codi de Barres

- Verificar que el Nom i Cognoms que figuren a la carta són els de la persona que es té a davant i que està degudament emplenada.
- Demanar el telèfon de contacte, si no hi figura i verificar que s'hi ha fet constar la data en la que ve a recollir el tub.
- Si ve a recollir més d'una prova, demanar les cartes d'invitació de les persones corresponents.
- Posar el segell de la farmàcia a la carta i la data.

4 ENTREGAR LA PROVA I EL DÍPTIC D'INSTRUCCIONS DE RECOLLIDA DE LA MOSTRA

- Enganxar i fixar amb cinta adhesiva l'etiqueta retirada del tub a l'espai que es deixa a la carta.
- Anotar el núm. nccr de la persona corresponent a l'etiqueta que queda a cada tub.

El núm. nccr és el número del CODI que apareix en la carta sota de l'adreça de la persona

- Recalcar a la persona que si recull més d'una prova, eviti confusions a l'hora de lliurar-les als diferents destinataris. Apuntar el nom de cada persona en el tub.
- 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 presa la mostra, s'ha de retornar a la farmàcia en un temps màxim de 3 dies. La persona pot retornar-la en una altra farmàcia.
- Si la persona comenta algun dels símptomes que s'especifiquen a continuació, dirigir-la al seu metge de capçalera abans de participar:
 - a Presència de sang a les deposicions
 - b Canvis en els hàbits intestinals durant més de 6 setmanes
 - c Pèrdua de pes o cansament inexplicables
 - d Malestar abdominal persistent

5 PASSAR LES DADES DE LES CARTES A L'APLICATIU

- Cada dia, abans de les 24 h hores d'haver entregat el KIT a l'usuari, cal passar les dades de les cartes a l'aplicació informàtica segons el manual d'instruccions.
- Un cop registrades les dades, desar les cartes a la carpeta del programa.

6 TANCAMENT DE BOSSES PER FER L'ENTREGA AL DISTRIBUIDOR

- Obtenir dades de tancament de bosses amb l'aplicació informàtica del PDPCCR.
- Seleccionar cartes i mostres i llegir codi de bossa.

- Recordar que no cal tenir la mostra per entregar la carta. Cal entregar cartes i mostres el més aviat possible.
- Automàticament, cada dia a les 23:00 h, el sistema informàtic envia un missatge a la distribuïdora informant que teniu bosses per entregar.
- Posar totes les cartes a la bossa verda d'entrega al majorista. La bossa serà subministrada pel Col·legi de Farmacèutics amb etiqueta identificativa personalitzada.
- Guardar la bossa per lliurar-la al repartidor, assegurant que quedi ben tancada i no en pugui sortir cap mostra ni carta.

7 LLIURAMENT DE BOSSES AL MAJORISTA

- Verificar que el repartidor omple les dades que falten en l'etiqueta a cada bossa.
- Cal entregar un albarà que certifica l'hora i la data real d'entrega de la bossa. Es genera automàticament a l'aplicació informàtica. Provisionalment es pot realitzar manualment amb els volants autocopiatius facilitats. Si en el moment de l'entrega la data o l'hora no coincideix cal canviar-la.
- Entregar còpia al repartidor.

MOLT IMPORTANT

- Entrar les dades de lliurament a l'aplicatiu abans de 24 h (preferiblement al moment).
- CAL GUARDAR UN EXEMPLAR D'ALBARÀ DE LLIURAMENT DE CADA ENTREGA.

CLÍNICA
BARCELONA
Hospital Universitari



CARA EXTERNA

Protocol d'actuació farmacèutica

Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte



Recollida de MOSTRES a la farmàcia

1 LA PERSONA VE A RETORNAR LA PROVA

(una persona pot venir a retornar les proves de diferents individus)

2 REVISAR CONDICIONS DE RECOLLIDA DE MOSTRA

- 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.
- Anotar la data al tub.
- 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 → Acceptar si ha estat a la nevera. Trucar al Programa. Depèn del resultat caldrà repetir o no la mostra.
- Si hi ha qualsevol dubte, posar-se en contacte amb el Programa.

3 COMPROVAR QUE HI HA ANOTAT EL NÚM. NCCR EN EL TUB

- En cas que no hi sigui, anotar el nom de la persona i trucar a l'OT corresponent demanant el nccr /CIP de la persona.
- Emmagatzemar la prova a la bossa habilitada dins de la nevera.

4 INFORMAR A LA PERSONA

- L'Hospital li comunicarà els resultats de la prova en el termini màxim d'1 mes per carta o per telèfon.

5 PASSAR LES DADES DE LES CARTES A L'APLICATIU

- Cada dia, abans de les 24h hores d'haver entregat el kit a l'usuari, cal passar les dades de les cartes a l'aplicació informàtica segons el manual d'instruccions.
- Un cop registrades les dades, desar les mostres a la nevera.

6 TANCAMENT DE BOSSES PER FER L'ENTREGA AL DISTRIBUIDOR

- Obtenir dades de tancament de bosses amb l'aplicació informàtica del PDPCCR.
- Seleccionar cartes i mostres i llegir codi de bossa.
- Cal entregar cartes i mostres el més aviat possible.
- Automàticament, cada dia a les 23:00 h, el sistema informàtic envia un missatge a la distribuïdora informant que teniu bosses per entregar.
- Posar totes les cartes i mostres a la bossa verda d'entrega al majorista. La bossa serà subministrada pel Col·legi de Farmacèutics amb etiqueta identificativa personalitzada.
- Guardar la bossa per lliurar-la al repartidor, assegurant que quedi ben tancada i no en pugui sortir cap mostra ni carta.

7 LLIURAMENT DE BOSSES AL MAJORISTA

- Verificar que el repartidor omple les dades que falten en l'etiqueta a cada bossa.
- Cal entregar un albarà que certifica l'hora i la data real d'entrega de la bossa. Es genera automàticament a l'aplicació informàtica. Provisionalment es pot realitzar manualment amb els volants autocopiatius facilitats. Si en el moment de l'entrega la data o l'hora no coincideix cal canviar-la.
- Entregar còpia al repartidor.

MOLT IMPORTANT

- Entrar les dades de lliurament a l'aplicatiu abans de 24 h (preferiblement al moment).
- CAL GUARDAR UN EXEMPLAR D'ALBARÀ DE LLIURAMENT DE CADA ENTREGA.

Telèfons d'interès:

- CLÍNICA 93 227 17 02
- HOSPITAL DEL MAR 93 248 37 96
- COFB 93 244 07 13

CLÍNICA
BARCELONA
Hospital Universitari



CARA INTERNA

6. ANNEXOS

6.7 Protocol de mala qualitat de la prova de cribratge

Males qualitats de les mostres del PDPCCR: definició, descripció i tipificació

Definició de mala qualitat

Es defineix com a mala qualitat tota aquella mostra o tub col·lector que per les seves característiques no permet la seva anàlisi o que en el cas de procedir amb l'anàlisi no es pugui assegurar la qualitat del resultat obtingut i per tant serà necessari repetir la prova.

Identificació de les males qualitats

Les males qualitats seran generalment identificades per qualsevol dels professionals del PDPCCR de Catalunya implicats en la rebuda o gestió del tub col·lector. És a dir professionals del Laboratori, Oficines de Farmàcia i Centres d'Atenció Primària (CAP). Es pot donar també el cas que sigui l'usuari qui informi una mala qualitat a qualsevol dels professionals del PDPCCR i aquests la faran arribar a l'Oficina Tècnica (OT).

Comunicació de les males qualitats

Quan s'identifiqui una mala qualitat cal que aquesta sigui comunicada a la corresponent OT del PDPCCR de Catalunya, perquè aquesta es posi en contacte amb l'usuari, comunicant la incidència i tornant-lo a convidar per realitzar una nova prova.

Vies de comunicació de les males qualitats

L'objectiu final és que les males qualitats arribin a l'aplicació del Programa de Catalunya, prioritzant sempre les vies que facilitin la seva inclusió directament a l'aplicació del Programa. En cas de no ser possible es comunicarà la seva identificació a les Oficines Tècniques per la via que s'estimi més adequada (telèfon, correu electrònic). L'objectiu final és que les males qualitats sempre quedin informades com a tals a l'aplicació del Programa.

Camp on reportar la mala qualitat

Independentment de qui reporti la mala qualitat, aquesta ha d'aparèixer sempre en el mateix camp de l'aplicació del Programa de Catalunya, considerant el lloc més adequat la variable "Tipus de qualitat" dins de l'apartat "Resultat de Laboratori". L'etiqueta del tipus de mala qualitat que es triï quedarà incorporada com a variable de substitució a la carta que s'enviarà al participant.

6. ANNEXOS

6.7 Protocol de mala qualitat de la prova de cribratge

Tipus de mala qualitat, codi i lloc des d'on es pot reportar

Mostra en excés	me	Laboratori
Mostra insuficient	mi	Laboratori
Tub defectuós	td	Laboratori
Tub perdut/extraviat	te	Laboratori
Tub caducat	tc	Laboratori
Mostra fora de termini	mc	Laboratori
Mostra amb problemes d'identificació	ni	Laboratori
Mostra no acceptada en punt de recollida	pr	Oficina tècnica
Manca tub (notificació participant)	mt	Oficina tècnica
Motius oficina tècnica (no genera carta)	mo	Oficina tècnica
Altres motius	ci	

Descripció de les males qualitats

- **Mostra en excés:** Un contenidor amb excés de mostra pot dificultar la mesura d'hemoglobina a causa de problemes en la manipulació del tub (higiene), per una possible incidència en el procés analític per obstrucció del mateix tub o del mecanisme de mesura o sobreestimació de l'hemoglobina per excés en la massa fecal analitzada. Es considerarà sobretot "Excés de quantitat de mostra" quan aparegui alguna alarma a l'analitzador ocasionada per excés de femta (obstrucció del filtre i no arribi suficient mostra per analitzar) o quan les condicions d'higiene de la mostra dificultin la seva manipulació. El laboratori, si ho considera oportú i assegura la qualitat del resultat, podria traspasar mostra a un altre contenidor. De tota manera, aquest recurs no es considera apropiat per la possibilitat de cometre errors en la identificació del tub, perquè representa manipular tubs o utilitzar mostra que no ha estat en contacte amb la solució conservadora.
- **Mostra insuficient:** Es considera un contenidor amb mostra insuficient quan durant la inspecció prèvia al processament s'observa una solució conservadora completament transparent i/o en cas d'obrir el tub no s'observa presència de mostra. Aquesta situació ocasionaria un resultat fals negatiu. Es considerarà òptim per analitzar tot aquell tub amb una coloració diferent a la d'un tub sense mostra. En cas que s'analitzi un tub amb contingut clarament transparent i s'obtingui un resultat quantitatiu inferior al punt de tall no es considerarà vàlid el resultat per la possibilitat de que la quantitat de mostra continguda no arribi a la massa fecal adequada per la seva anàlisi.
- **Tub defectuós:** Quan s'identifiqui un tub col·lector que presenti un volum de solució conservadora inferior a l'habitual es considerarà un tub defectuós (mai es podrà assegurar que el defecte de solució conservadora estigui ocasionada per un defecte de fabricació o per manipulació d'aquest per part del participant en el PDPCCR). També es considerarà un tub defectuós, aquell contenidor trencat, incomplet o que, per a qualsevol defecte tant de fabricació com provocat, no permeti l'anàlisi.

6. ANNEXOS

6.7 Protocol de mala qualitat de la prova de cribratge

- **Tub perdut/extraviat:** Aquells laboratoris que identifiquin l'arribada dels tubs i en puguin seguir la traçabilitat des de Recepció de mostres fins al moment de l'anàlisi, i aquells que puguin assegurar l'entrada d'un tub al seu centre però que no el trobin en el moment de l'anàlisi el consideraran com a perdut/extraviat. Aquest incident és infreqüent i podria passar desapercebut, sobretot quan no s'utilitza un sistema intermedi de control d'arribada de mostres. Generalment es detecta perquè l'usuari fa saber la seva participació, però no rep cap resultat. També es pot detectar quan els tubs que es reben al laboratori es registren al Sistema Informàtic del Laboratori (SIL) (pas previ l'anàlisi de les mostres) i en el moment d'analitzar les mostres no es troba algun dels tubs introduïts. Primer caldrà confirmar que el codi del tub introduït al SIL existeix entre les mostres rebudes i descartar un error de lectura de codi de barres. Un cop confirmat aquest fet, si el tub no es recupera, s'introduirà aquest tipus de mala qualitat.
- **Tub caducat:** Es considera quan una mostra s'ha recollit en un tub col·lector caducat, és a dir, que s'hagi sobrepassat la data de caducitat indicada a l'etiqueta del fabricant del tub. Aquesta situació és molt improbable perquè els stocks que circulen ho fan durant poc temps i les dates de caducitat són llargues i quan es retorna el material es comproven aquestes dates.
- **Mostra fora de termini:** Es considera la possibilitat que una mostra es trobi fora de termini, quan tot i haver estat refrigerada arribi al laboratori a partir dels 7 dies des que és lliurada al CAP o a la farmàcia o quan no ha estat refrigerada més enllà de 3 dies. (Es tracta del temps de transport sense incloure el temps en què l'usuari té la mostra a càrrec seu) (vegeu algorisme [pàg. 134](#)).

Si es dona la possibilitat de Mostra fora de termini s'analitzarà la mostra i es poden donar dues situacions:

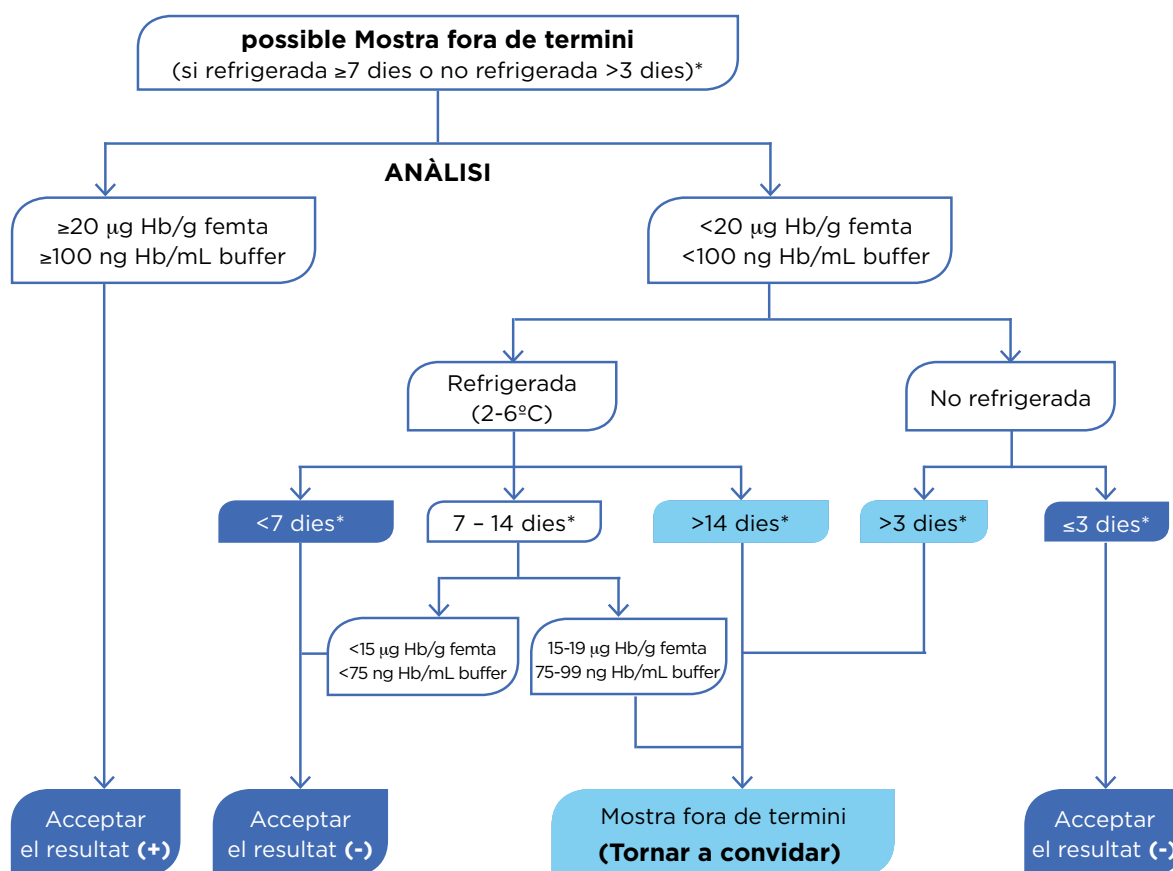
- Que el resultat sigui positiu i aleshores s'acceptarà el resultat
- Que el resultat sigui negatiu (inferior al punt de tall) i aleshores es pot concórrer en tres situacions:
 1. Si NO es pot assegurar la conservació refrigerada i el temps supera els 3 dies s'introduirà el comentari **Mostra fora de termini**
 2. Quan la mostra s'ha conservat refrigerada però el temps supera els 14 dies s'introduirà el comentari de **Mostra fora de termini**
 3. Quan la mostra s'ha conservat refrigerada i el temps és troba entre 7 i 14 dies:
 - a. Qualsevol resultat inferior al 75% de la concentració establerta com a punt de tall (<75 ng Hb/mL buffer si s'utilitza com a punt de tall 100 ng Hb/mL buffer), es considerarà negatiu i s'acceptarà el resultat
 - b. Si el resultat es troba per sota del punt de tall però per damunt del 75% s'introduirà el comentari de **Mostra fora de termini**

S'ha considerat el 75% (per exemple, <75 ng Hb/mL buffer quan el punt de tall és 100 ng Hb/mL buffer) perquè en la majoria d'estudis d'estabilitat, si la mostra es conserva refrigerada, difícilment s'observa un degradació >75% en els primers 14 dies. Amb la concentració escollida ens assegurem pràcticament que un resultat negatiu és realment negatiu.

6. ANNEXOS

6.7 Protocol de mala qualitat de la prova de cribratge

Algoritme d'actuació en possible Mostra fora de termini



* Temps transcorregut entre el lliurament de la mostra a la farmàcia o al CAP per part del participant i l'arribada al laboratori. Qualsevol altra situació es considera òptima per l'anàlisi de la mostra

- **Mostra amb problemes d'identificació:** En algun laboratori els contenidors (mostres) són reetiquetats als CAPs. Quan això no es fa, la mostra arriba al Laboratori sense identificar. En aquesta situació s'inclourà aquesta mala qualitat.
- **Mostra no acceptada en punt de recollida:** Tota mostra que a la farmàcia o al CAP no acceptin per males condicions.
- **Manca tub (notificació participant):** Tota mostra que no arribi a la farmàcia o CAP, sigui el motiu que sigui (pèrdua, trencament, no participació...) i que el participant ho hagi notificat.
- **Motius Oficina Tècnica (no es genera carta):** Quan es decideix des de l'Oficina Tècnica fer una mala qualitat per poder resoldre diferents incidències internes pròpies de l'Oficina Tècnica (no es generarà carta de mala qualitat).
- **Altres motius:** Davant de qualsevol altra situació que no es contempli en els apartats anteriors i que no permeti donar un resultat de la mostra, i per no deixar en blanc el camp de *resultat*, es podrà incorporar aquest comentari genèric.

6. ANNEXOS

6.8 Protocol de comunicació de resultats de la PDSOF del Programa

Protocol de comunicació de resultats de la PDSOF del Programa de detecció precoç de càncer colorectal de Barcelona

Via de comunicació dels resultats de la prova de detecció de sang oculta en femta (PDSOF)

1. Resultat Negatiu

Als participants amb resultat negatiu se'ls comunicarà el resultat mitjançant una carta ordinària. Aquesta explica el significat del resultat i comunica que es tornarà a convidar a la persona al cap de 2 anys (si en el moment de la nova invitació té menys de 70 anys). La carta s'enviarà al més aviat possible i sempre en l'interval màxim d'un mes des que la persona entrega la PDSOF a la farmàcia.

2. Resultats Positius

Als individus amb resultat positiu se'ls telefonarà, al més aviat possible, per citar-los en una primera visita infermera a la consulta de cribratge. La taxa de programació de positius és un indicador de qualitat del Programa.

Grau de confidencialitat segons l'origen del telèfon (Registre Central d'Assegurats (RCA) o carta)

En el moment de la trucada s'ha de preguntar per la persona en qüestió i, si respon afirmativament, se li explicarà el motiu de la trucada i se la citarà a la consulta de cribratge.

Tenint en compte la implantació de la nova llei de confidencialitat de dades del 2018, el procediment que utilitzarem quan surt una **bústia de veu o una persona** diferent del participant, variarà dependent de:

- a. Si el participant ha posat el **telèfon a la carta d'invitació/reinvitació**, podem considerar que ha donat **permís explícit perquè el Programa pugui utilitzar aquest número de telèfon**. En aquests casos podem preguntar pel participant a la persona que contesti al telèfon o, si es pot deixar missatge de veu, es pot dir que es truca de part del **Programa** i que truqui quan pugui. No s'ha de donar més informació
- b. Per als telèfons que tenim **només via RCA** no tenim aquest permís explícit i, per tant, no **podem donar cap informació sobre el Programa** si abans no ens assegurem que la persona que agafa el telèfon és la persona amb qui volem parlar. Per tant, si a la primera pregunta de "Parlo amb el Sr./Sra...?" la resposta és que no, és a dir, que contesta al telèfon una persona que no és amb qui volem parlar, o si deixem missatge de veu al contestador, no direm que truquem del Programa sinó de part de l'**hospital de referència** i es demana que, si us plau, ens truqui quan pugui

6. ANNEXOS

6.8 Protocol de comunicació de resultats de la PDSOF del Programa

Protocol de trucades quan no s'obté resposta directa del participant

Quan després de la primera trucada no s'obté resposta (ningú agafa el telèfon i no surt bústia de veu), es continuarà trucant als diferents telèfons que hi ha a l'aplicatiu, prioritzant aquells que semblin més oportuns o actius.

En aquells casos en què no hi ha manera de contactar després de la primera trucada, abans de tancar el cas realitzarem **almenys 3 intents més en diferents franges horàries** (matí, migdia, tarda) durant tres dies consecutius. Cada intent de trucada es compondrà de **dues trucades amb un interval de 5-10 minuts** entremig. Particularment és molt adient trucar dues vegades als mòbils, perquè si en la primera trucada la persona veu un número llarg, moltes vegades opta per no agafar-lo. En insistir amb una segona trucada pensen que potser és un trucada important i no una trucada comercial.

Si no es localitza a la persona en cap dels telèfons disponibles, i en cas que algun d'ells tingui bústia de veu o agafi el telèfon una altra persona, deixarem el missatge seguint les indicacions de l'apartat anterior.

Quan deixem el missatge en una bústia de veu i/o a una altra persona, cal anotar aquesta informació a l'aplicació del Programa (camp Observacions, incloent-hi la data i hora de la trucada).

Aquests intents variaran en període de vacances i/o si el resultat de la PDSOF és alt.

- En períodes habituals de **vacances** (Nadal: entre el 24 de desembre y 7 de gener; Setmana Santa: primera i segona setmana; estiu: entre l'1 de juliol i 15 de setembre) cal insistir-hi més i, si és possible, realitzar una part d'aquestes trucades passat el període de vacances. Intentarem però no endarrerir l'enviament de la carta (vegeu apartat *Protocol d'enviament de carta quan no ha estat possible el contacte via telefònica*).
- Com més alt és el resultat obtingut de sang oculta en femta, més alta és la probabilitat de trobar patologia neoplàstica a la colonoscòpia i per tant des del Programa incrementarem els esforços per contactar amb la persona. Si el resultat del PDSOF és superior a **300*ng Hb/ml**, farem almenys, 6 intents. Quan el resultat és superior a **800*ng Hb/ml**, farem almenys 10 intents.

Quan no és possible contactar amb la persona amb cap dels telèfons del Programa, i sobretot quan el resultat de la PDSOF és alt (superior a 300ng Hb/ml) se **cercaran altres telèfons**, com per exemple a la Història clínica, a l'RCA i/o al Programa de detecció precoç de càncer de mama en cas de dones. En aquests casos cal tenir en compte que es tracta d'un número de telèfon, les propietàries del qual, no ens han donat permís explícit per utilitzar-lo (vegeu apartat *Grau de confidencialitat segons l'origen del telèfon*).

* Aquests valors sorgeixen dels valors de risc alt en homes i dones de l'article Auge et al. *Gastroenterology* 2014

6. ANNEXOS

6.8 Protocol de comunicació de resultats de la PDSOF del Programa

Durant tot el procés de realització del protocol, cal reflectir tota la feina realitzada en el camp d'observacions de l'aplicació del Programa. A l'aplicació del Programa ha de constar de la manera més precisa possible com es desenvolupa el cas: si despenja el telèfon, si es deixa missatge a la bústia de veu, si es deixa missatge a una altra persona, si el telèfon no està disponible o bé si té les trucades restringides, etc.

Quan després de realitzar els intents telefònics adients no s'ha pogut parlar amb la persona corresponent, bé perquè ningú contesta al telèfon o bé perquè després de deixar missatge en una bústia i/o una altra persona la persona no ha contactat amb el Programa, passat 3 dies es procedirà a enviar una carta informant del resultat positiu (vegeu, a continuació, *Protocol d'enviament de carta quan no ha estat possible el contacte via telefònica*).

Protocol d'enviament de carta quan no ha estat possible el contacte via telefònica

Es continuarà el cas amb les actuacions ordenades següents:

- a. Canviar l'estat de la persona manualment a: "Pendent enviar resultat prova positiva" a l'aplicació del Programa. En els supòsits de vacances i PDSOF alt, on s'incrementa notablement el temps des de la PDSOF positiva, no ha d'anar en detriment del canvi d'estat en l'aplicatiu PDPCCR. Aquest participant continuarà sortint en el llistat o agenda de PDSOF positives pendents de programar visita d'infermera
- b. Un cop canviat l'estat es genera automàticament la carta de Resultat prova positiva. S'envia la carta on es comunica el resultat positiu i la necessitat de posar-se en contacte amb l'OT per telèfon. La carta anirà via **correu ordinari**. El temps màxim entre que fem el primer intent telefònic i l'enviament de la carta de "resultat prova positiva" no pot sobrepassar **2 setmanes** en situació normal, i allargar-ho el mínim possible en període de vacances (Nadal, Setmana Santa i estiu)
- c. Passats **15 dies** des de l'enviament d'aquesta carta, si no s'ha obtingut resposta i el cas continua obert en el mateix estat (i encara està doncs en l'agenda de positius pendent de programar), s'enviarà un altre cop la mateixa carta per **correu certificat**. En aquest cas, es penjarà una còpia de la carta certificada en format PDF a una carpeta específica del Programa. Per enviar la nova carta, hem de refer el procés com si fóssim a imprimir per primera vegada la carta:
 - c.1 s'ha de canviar l'estat de la persona manualment a: Pendent enviar resultat prova positiva a l'aplicació del Programa
 - c.2 un cop canviat l'estat es genera automàticament la carta de Resultat prova positiva que hem d'imprimir
- d. Un cop generada la carta Resultat prova positiva cal tancar manualment amb Resultat final a la ronda actual de "PDSOF POSITIVA SENSE EXPLORACIÓ-SORTIDA TEMPORAL-PERSONAL"

Aquesta persona serà convidada en propera ronda sempre que tingui menys de 70 anys en el moment de la nova invitació.

Si la persona contacta un cop tancat el procés se la cita igualment a la consulta i, sempre que la ronda sigui activa, es reobre el cas. Si la ronda no estigués activa, es consultarà a la data mànager com enregistrar la informació a l'aplicació del Programa.

6. ANNEXOS

6.9 Document de requisits mínims de qualitat de l'informe de la colonoscòpia



A/A professional responsable de la realització de la **colonoscòpia** del

Sr./Sra. _____

Benvolgut/benvolguda,

La persona esmentada més amunt va participar en el Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte de Barcelona obtenint un resultat positiu en la prova de detecció de sang oculta en femta (≥ 100 ngHb/ml). Durant la visita d'infermeria del Programa se li va explicar el significat del resultat de la prova i se li va oferir la realització d'una colonoscòpia, procediment que el participant va rebutjar realitzar-se en les unitats endoscòpiques pròpies del Programa. No obstant això, pel bon seguiment i gestió de la persona, des del Programa ens interessa incorporar el resultat de la colonoscòpia i/o altres proves que es realitzi en un altre centre en relació a aquest resultat positiu.

Donat que la qualitat de la colonoscòpia és un dels paràmetres d'eficàcia més rellevants dels programes de detecció precoç de càncer de còlon i recte, és fonamental que aquesta colonoscòpia s'efectuï seguint els estàndards de qualitat establerts per les societats científiques nacionals i internacionals. És per aquesta raó que li fem a mans el document de **Requisits mínims de qualitat de l'informe de la colonoscòpia** elaborat pel Programa. Els punts continguts en aquest document estan basats en l'evidència científica disponible i es consideren indispensables per acceptar com a vàlid el resultat de la colonoscòpia. Els detalls complets de com s'ha d'elaborar un informe endoscòpic estan publicats a la web de la Societat Catalana de Digestologia

(http://www.scdigestologia.org/docs/plans_estrategics/colon/1.INFORMES_COLONOSCOPIA.pdf).

En cas que l'informe endoscòpic no contingui la informació d'aquests requisits mínims de qualitat, des del Programa es recomanarà la repetició de l'exploració endoscòpica. Li recordem, també, la necessitat de disposar del **resultat anatomopatològic** dels pòlips extirpats i/o de les biòpsies efectuades per la correcta valoració del cas.

Per a qualsevol dubte o més informació, si us plau, contacti amb nosaltres per telèfon **93 227 17 02** (de dilluns a divendres, de 8.30 a 17.30 h) o a través de la nostra pàgina web www.prevenciacolonbcn.org/ contacte.

Agraint per endavant la seva col·laboració, el/la saludem cordialment.

Dr. Jaume Grau i Cano

Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte



6. ANNEXOS

6.9 Document de requisits mínims de qualitat de l'informe de la colonoscòpia

REQUISITS MÍNIMS DE QUALITAT DE L'INFORME DE LA COLONOSCÒPIA

Des del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte de Barcelona es considera que els punts que es detallen a continuació han de constar en l'informe de la colonoscòpia per donar com a vàlid el resultat de la prova:

- 1) Dades administratives de la persona. Data i lloc del procediment. Nom de l'endoscopista
- 2) Medicació administrada (analgèsia, anestèsia, sedació i/o altres)
- 3) **Qualitat de la preparació** amb una escala de neteja validada (recomanada l'Escala de Boston)

Escala de Boston* (Gastrointestinal Endoscopy 2009;69:620-5)

	Còlon dret	Còlon transvers	Còlon esquerre	Global
Grau neteja	0 - 3	0 - 3	0 - 3	0 - 9

Còlon dret: cec-ascendent / Còlon transvers / Còlon esquerre: descendent-sigma-recte.

0 ► residus sòlids que no permeten explorar la zona (exploració impossible).

1 ► part de la mucosa no explorada (exploració parcial).

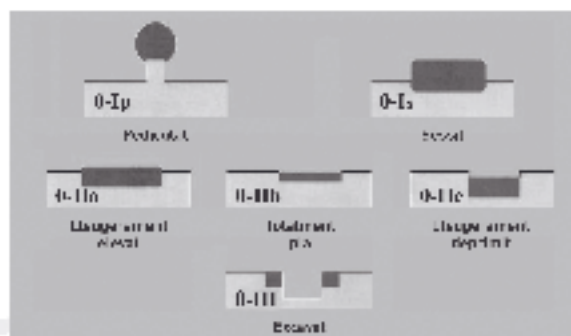
2 ► restes escassos que permeten l'exploració.

3 ► absència de residus (exploració completa)

- 4) Especificar si l'exploració ha estat completa fins a fons cecal. En cas de no arribar a cec, indicar el tram explorat. Si és possible, adjuntar documentació fotogràfica del cec
- 5) Temps de retirada (des del fons cecal fins a finalitzar el procediment)
- 6) Cal una descripció de les troballes de la forma més acurada possible. En el cas de detectar lesions polipoides, l'informe ha de reflectir la **descripció individualitzada de cada pòlip amb les següents característiques:**

- Morfologia: descriure la morfologia dels pòlips utilitzant la Classificació de París

Classificació Endoscòpica de París de Lesions Mucoses Superficials
Basada en l'aspecte endoscòpic i l'estructura histològica.



6. ANNEXOS

6.9 Document de requisits mínims de qualitat de l'informe de la colonoscòpia

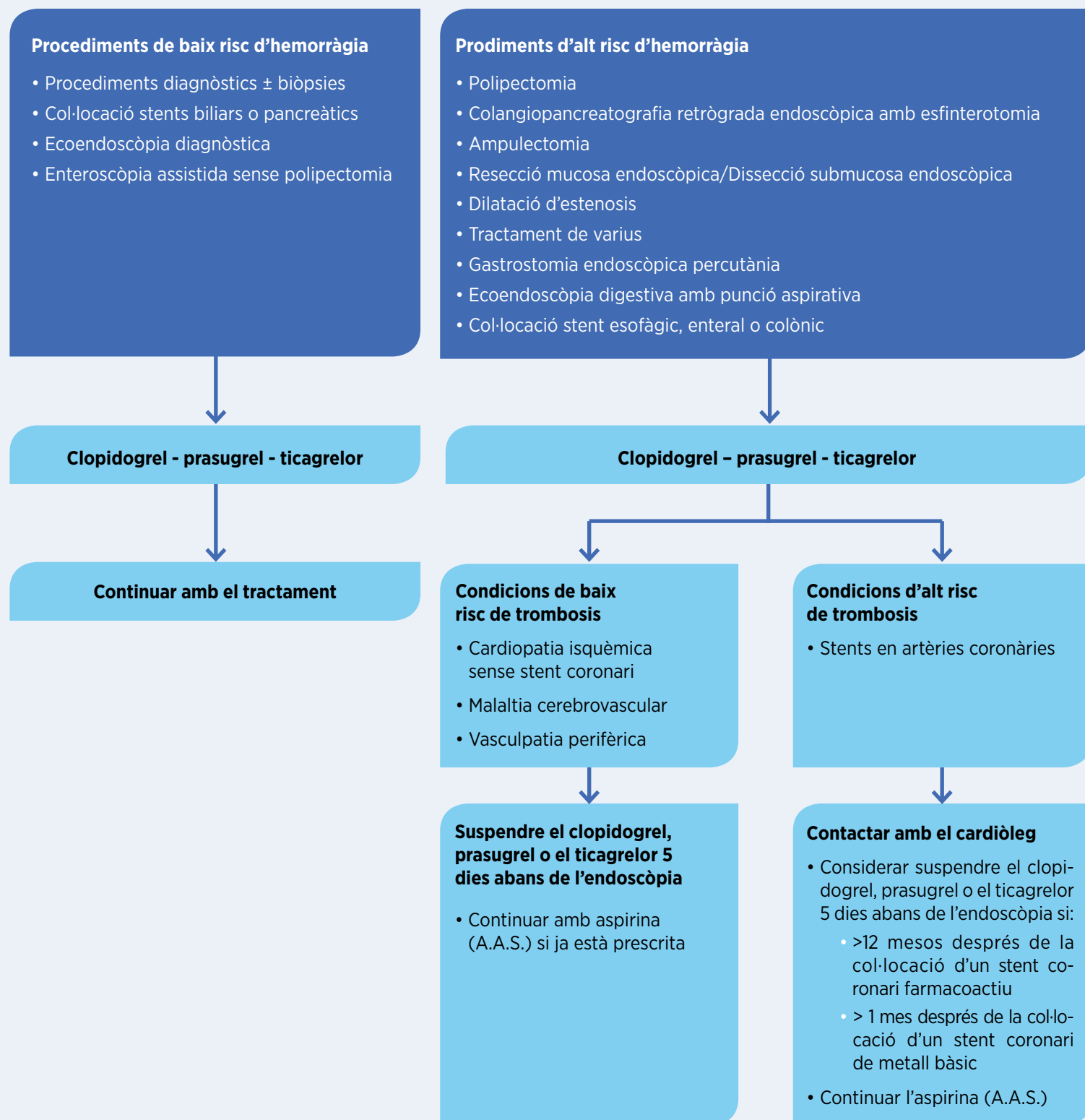


REQUISITS MÍNIMS DE QUALITAT DE L'INFORME DE LA COLONOSCÒPIA

- Mida: aproximada en mm
- Localització: distància des d'anús, especificant la probable zona (recte, sigma, còlon, cec)
- Tècnica de resecció:
 - Si s'ha efectuat injecció submucosa, especificar la solució emprada
 - Nansa utilitzada
 - Resecció en bloc o fragmentada
- Remarcar la recuperació dels pòlips per l'estudi histològic. Si s'han identificat pòlips i NO s'ha realitzat la polipectomia i/o NO s'han recuperat per estudi histològic, cal especificar la raó (p.e. especificar si la lesió és extirpable endoscòpicament o quirúrgicament).

6. ANNEXOS

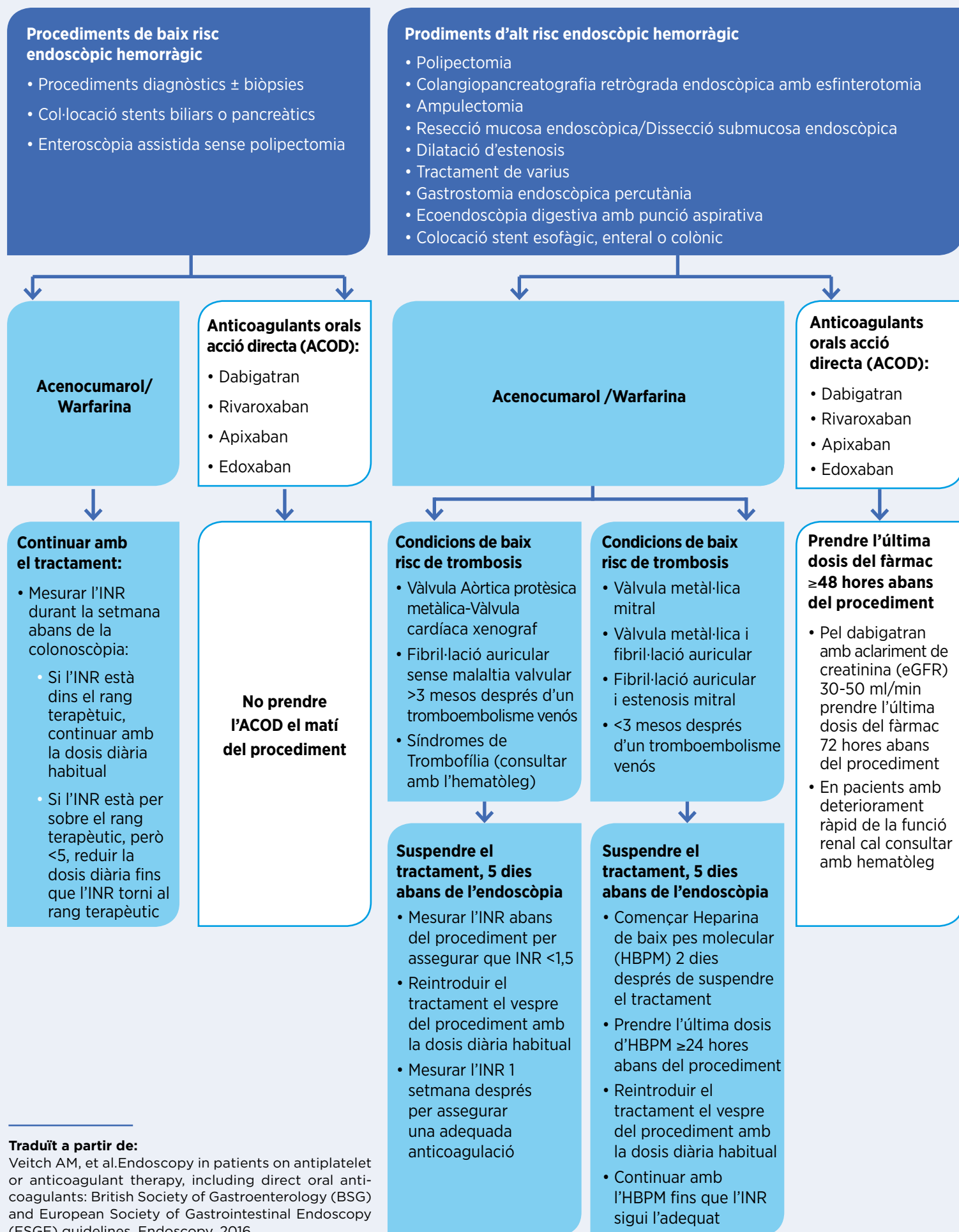
6.10 Pautes en persones que prenen fàrmacs antiagregants o anticoagulants



Continua

6. ANNEXOS

6.10 Pautes en persones que prenen fàrmacs antiagregants o anticoagulants







**Prevenint
el càncer**
de còlon i recte
B a r c e l o n a