

# PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON

Versión 11. Diciembre 2024

Elaboración

Centro Coordinador del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon

Subdirección de Coordinación Hospitalaria

Dirección General de Osakidetza

Isabel Portillo

Isabel Idigoras

Irene Sainz de Rozas

Nerea Lopez Mintegi

Beatriz Erro

Koldo López-Guridi

Marga Urrejola

Arantza Menchaca

Jon Koldobika Hurtado

[prevencionccr@osakidetza.eus](mailto:prevencionccr@osakidetza.eus)

Este Programa, Version 11. Diciembre 2024, ha sido actualizado con el fin de mejorar el conocimiento el cribado como detección precoz, a nivel mundial, europeo y de Euskadi.

Los procedimientos han sido actualizados desde la versión 10 de noviembre 2023, por lo que presentamos todos aquellos aspectos que se han incorporado al Programa de Cribado y que van a permitir seguir mejorando nuestras actividades con el fin de ofrecer tanto a profesionales como a la población la información disponible basada en la evidencia científica y en el consenso. La presente versión ha sido escrita y editada por el equipo de trabajo del Centro Coordinador del Programa.

Desde su puesta en marcha en 2009 se han ido realizando cambios e introduciendo nuevos protocolos para facilitar la estandarización de los procedimientos y mejorar los resultados.

Este documento es dinámico y está abierto a sugerencias. De hecho, no hubiera sido posible elaborarlo sin la inestimable ayuda de personas y profesionales que han aportado ideas durante todo este tiempo.

Aprovechamos para agradecer a todas y cada una de las personas que han ido generando aportaciones desde todos los ámbitos y conocimientos para mejorar esta versión 11.

Centro Coordinador del Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal

Subdirección de Coordinación Hospitalaria

Dirección General Osakidetza

Gran Vía, 62 – 4ª Planta

48011 Bilbao

prevencionccr@osakidetza.eus

900 840 070

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/programa-de-prevencion-del-cancer-colorrectal/webosk00-os-kenf/es/>

## ÍNDICE

<b>1. ABREVIATURAS .....</b>	<b>4</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>6</b>
<b>3. PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL (PCCR) EN EUSKADI .....</b>	<b>7</b>
<b>4. FUNDAMENTOS DEL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR).....</b>	<b>13</b>
<b>5. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CCR 2020-2025.....</b>	<b>14</b>
<b>6. ÁMBITO DE ACTUACIÓN .....</b>	<b>15</b>
<b>7. SISTEMAS DE INFORMACIÓN, MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN .....</b>	<b>18</b>
<b>8. CIRCUITO DE GESTIÓN DEL PROGRAMA DE CRIBADO.....</b>	<b>18</b>
<b>ANEXO I CRITERIOS PARA SELECCIONAR LA POBLACIÓN Y OBTENER INDICADORES DEL PROGRAMA .....</b>	<b>21</b>
<b>ANEXO II PROCEDIMIENTO DE INVITACIÓN .....</b>	<b>266</b>
<b>ANEXO III ENTREGA Y PROCESADO MUESTRAS .....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXO IV GESTIÓN DE RESULTADOS DE FIT .....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO V GESTIÓN DE RESULTADOS POSITIVOS .....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXO VI GESTIÓN DE LA CITA DE LA COLONOSCOPIA.....</b>	<b>35</b>
<b>ANEXO VII GESTIÓN DE RESULTADOS DE LA COLONOSCOPIA .....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO VIII PROPUESTA PRIORIZACIÓN COLONOSCOPIAS OSAKIDETZA .....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO IX CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN.....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO X VARIABLES DEL PROGRAMA .....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO XI CRITERIOS DE CALIDAD DEL PROGRAMA (EUROPEAN COMMISSION, 2010) .....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO XII PROCEDIMIENTO DE SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO XIII CARTAS / SMS .....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO XIV INVITACIÓN DE PERSONAS SIN TIS .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO XV ANATOMIA PATOLÓGICA .....</b>	<b>63</b>

## 1. No se encuentran entradas de índice.**ABREVIATURAS**

**AAC:** Área de Atención al Cliente

**AAR:** Adenoma de Alto Riesgo

**ABR:** Adenoma de Bajo Riesgo

**ARM:** Adenoma de Riesgo Medio o Intermedio

**ASA:** Criterios de clasificación de la Asociación Americana de Anestesia

**ASR:** Tasas Ajustadas por Edad

**AVAC:** Acrónimo de años de vida ajustados según la calidad

**BDATOS:** Base de Datos

**CAPV:** Comunidad Autónoma del País Vasco

**CCP:** Centro Coordinador del Programa

**CCR:** Cáncer Colorrectal

**CI:** Consentimiento Informado

**CIC:** Código de Identificación Corporativo

**CLINIC/Osabide Integra:** Acceso a Datos Clínicos de Pacientes Euskadi

**CMBD-Altas:** Conjunto Mínimo de Datos de Altas Hospitalarias

**CS:** Centro de Salud

**DAG:** Displasia de Alto Grado

**DBG:** Displasia de Bajo Grado

**DBPs:** Datos Básicos del Paciente en atención Primaria

**EUSTAT:** Instituto Vasco de Estadística

**OSABIDE:** Programa de gestión de Pacientes y documentación clínica. Historia Clínica Euskadi.

**FIT (Faecal Inmunochemical test):** Test de heces inmunoquímico.

**GestLab:** Programa de gestión de pruebas de Laboratorio

**HC:** Historia Clínica

**INDEF:** Índice Nacional de Defunciones

**JUAP:** Jefe de Unidad de Atención Primaria

**LA:** Lesión Avanzada (AMR + AAR)

**LOPD:** Ley Orgánica de Protección de Datos

**MAP:** Médico de Atención Primaria

**NA:** Neoplasia Avanzada

**OGP:** Osabide Global Primaria

**OSAKIDETZA:** Servicio Vasco De Salud

**OSI:** Organización Sanitaria Integrada

**PAC:** Punto de Atención Continuada  
**PCA:** Porcentaje de cambio anual  
**PCCR:** Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal  
**RHT:** Registro Hospitalario de Tumores  
**RPT:** Registro Poblacional de Tumores  
**SNS:** Sistema Nacional de Salud  
**SOH:** Sangre oculta en heces  
**SR:** Supervivencia Relativa  
**TIS:** Tarjeta Individual Sanitaria  
**TSOH:** Test de Sangre Oculta en Heces  
**UAP:** Unidad de Atención Primaria

## 2. INTRODUCCIÓN

### Datos de cáncer colorrectal a nivel mundial

El Cáncer Colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más común en hombres y en mujeres en todo el mundo. Según las estimaciones más recientes de GLOBOCAN (IARC, 2022)<sup>1</sup>, en 2022 se estimaban 1.069.446 casos nuevos en hombres y 856.979 en mujeres. El CCR representó más del 10% de la carga mundial del cáncer; las proporciones fueron mayores sólo para los cánceres de pulmón y próstata (en hombres) y el cáncer de mama y pulmón (en mujeres).

En 2020, la tasa de incidencia global estandarizada por edad (ASR) para CCR fue de 21,9 por 100 000 en hombres y de 15,2 por 100.000 en mujeres.

### Factores de riesgo en cáncer colorrectal.

El principal factor de riesgo para desarrollar cáncer colorrectal es la edad, aumentando su riesgo de aparición por encima de los 50 años. También tienen mayor riesgo de desarrollo de este tipo de cáncer las personas que han tenido antecedente personal o familiar de cáncer colorrectal o pólipos en colon-recto o síndromes hereditarios. Estos factores no son modificables, sin embargo, existen otros factores de riesgo modificables que están asociados con el cáncer colorrectal.

Entre los factores de riesgo modificables asociados con el cáncer colorrectal encontramos principalmente la dieta con alto consumo de carne roja o procesada, el consumo de tabaco y alcohol, la inactividad física, entre otros.

### Marco del Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal Euskadi.

En el cuadro de mando del Plan de Salud Euskadi 2030<sup>2</sup> se incluye la cobertura del cribado de colon dentro del objetivo mejorar la salud y reducir la morbimortalidad y abordar la enfermedad y discapacidad causante de mayor pérdida de AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) con criterios de equidad, calidad y eficiencia.

Dentro del Plan Oncológico de Euskadi 2018-2023<sup>3</sup>, se describen los datos de cáncer colon-recto-anal. Los objetivos relacionados con el Programa de Cribado, recogidos dentro de este Plan Oncológico, son: aumentar las tasas de cobertura efectiva del programa de cribado de cáncer colorrectal (alcanzando al menos el 90% de población diana teórica) y avanzar en la mejora e implantación de dicho cribado.

---

1 Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021 May;71(3):209-249

2 Departamento de Salud Gobierno Vasco. Plan de Salud Euskadi 2030. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco 2023. Vitoria-Gasteiz. 138 pg. Accesible: [https://www.katalogoak.euskadi.eus/cgi-bin\\_q81a/abnetclop](https://www.katalogoak.euskadi.eus/cgi-bin_q81a/abnetclop)

3 Departamento de Salud Gobierno Vasco. Plan Oncológico de Euskadi 2018-2023. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco 2018. Vitoria-Gasteiz. Accesible: <https://www.euskadi.eus/plan-oncologico-de-euskadi-2018-2023/>

### 3. PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL (PCCR) EN EUSKADI

Aprobado por el Parlamento Vasco en 2008, se puso en marcha en 2009.

- a) Poblacional. Dirigido a mujeres y hombres entre 50 y 74 años (778.359 personas: 400.181 mujeres y 378.178 hombres – *Eustat 2023*).
- b) Bienal. Test Inmunoquímico cuantitativo (FIT). Punto de corte 20µg Hb/gr heces. 1 sola muestra
- c) Colonoscopia con sedación en todos los casos positivos
- d) Implicación de Atención Primaria
- e) Sistema de Información inter-operativo con la historia clínica y con bases de datos clínicas (registro de procedimientos, altas hospitalarias, registros de tumores hospitalario y poblacional y mortalidad).
- f) Coordinación centralizada a través de un equipo de trabajo: 1 médico coordinadora del Programa, 3 técnicos y 4 administrativos compartidos con el Programa de cribado Prenatal.
- g) Sistema de calidad de los procesos y los resultados que permiten monitorizar y evaluar de forma sistemática y continuada indicadores preestablecidos acordes a las Guías de Práctica Clínica y poner en marcha medidas de mejora.
- h) Participación en proyectos e iniciativas a nivel Autonómico, Estatal e Internacional para compartir conocimientos y estrategias comunes

#### 3.1. Principales resultados

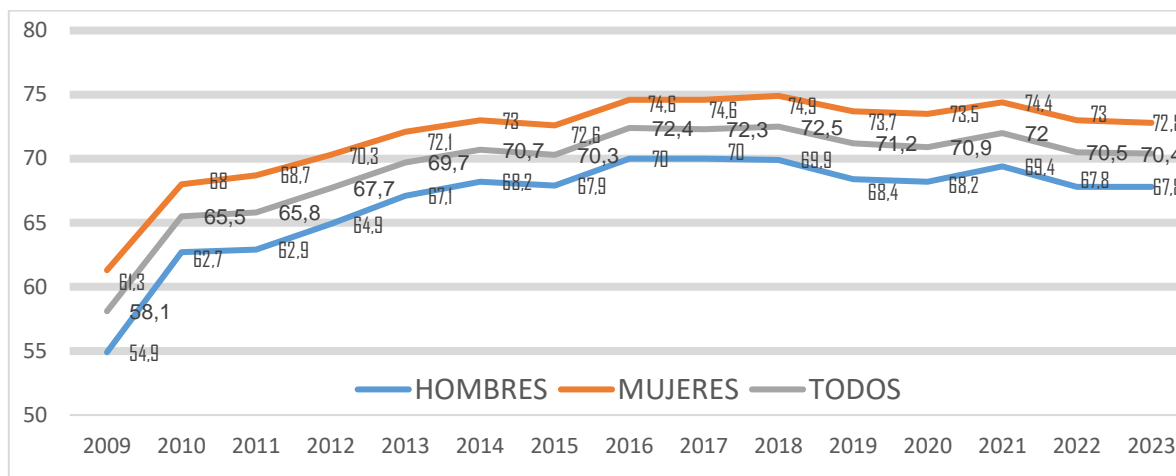
##### 3.1.1. Cobertura

La cobertura del PCCR en primera invitación de aproximadamente el 100% de la población diana. Esta fue alcanzada en el primer trimestre del 2014, siendo la primera Comunidad Autónoma en conseguirlo. Para ello se precisó de una notable inversión en recursos, fundamentalmente en el área de endoscopia, piedra angular de todos los Programas de cribado de CCR.

##### 3.1.2. Participación

Las tasas de participación en el Programa han seguido una tendencia positiva lo largo del periodo 2009-2023, aunque significativamente menor en hombres vs mujeres, en ambos casos y desde 2011 se observa que en ambos casos es superior a las recomendadas desde las Guías de Práctica Clínica (2010) y de las Estrategia contra el Cáncer 2021 (deseable 65%).

GRÁFICO 1. Evolución de la tasa de participación en el programa de cribado de cáncer colorrectal. CAE. Años 2009-2023



A pesar de esta alta tasa de participación, por encima de las recomendaciones de la Guía Europea (65%) y Programas similares<sup>4-5-6-7</sup>, conviene resaltar que se han encontrado diferencias significativas por sexos tal como se encuentra en otros programas de cribado poblacional de CCR<sup>8-9</sup>. También se encontraron diferencias por Organización Sanitaria Integrada (OSI), Unidad de Atención Primaria (UAP) y Centro de Salud (CS), registrándose asimismo una participación inferior en personas con un índice de privación alto, tal como se observa en el Programa del Sistema Nacional de Salud de Reino Unido (NHS)<sup>10,11,12,13</sup>

4 Bakker CK, Jonkers D, Smits K, Mesters I, Masclee A, Stockbrügger R. Participation in colorectal cancer screening trials after first-time invitation: a systematic review. *Endoscopy* 2011; 43:1059-1086.

5 Clarke N, Sharp L, Osborne A, Kearney PM. Comparison of Uptake of Colorectal Cancer Screening Based on Fecal Immunochemical Testing (FIT) in Males and Females: A Systematic Review and Meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2015;24:1:39-47

6 Lo SH, Halloran S, Snowball J, Seaman H, Wardle J, von Wagner C. Colorectal cancer screening uptake over three biennial invitation rounds in the English bowel cancer screening programme. *Gut*. 2015; 64:2:282-91.

7 Kapidzic A, Grobbee EJ, Hol L, van Roon AH, van Vuuren AJ, Spijker W, et al. Attendance and Yield Over Three Rounds of Population-Based Fecal Immunochemical Test Screening. *The American Journal of Gastroenterology*. 2014;109:8:1257-64

8 Portillo I, Idigoras I, Ojembarrena E, Arana E, Zubero MB, Pijoán JI et al. Principales resultados del programa de cribado de cáncer colorrectal en el País Vasco. *Gac Sanit*. 2013; 27; 4: 358-361

9 Clarke N, Sharp L, Osborne A, et al. Comparison of uptake of colorectal cancer screening based on fecal immunochemical testing (FIT) in males and females: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2015;24:39-47.

10 Hurtado JL, Bacigalupe A, Calvo M, Esnaola S, Mendizabal N, Portillo I, Idigoras I, Millán E, Arana-Arri E. Social inequalities in a population based colorectal cancer screening programme in the Basque Country. *BMC Public Health* 2015 DOI: 10.1186/s12889-015-2370-5.

11 Christian von Wagner et al. Inequalities in Participation in an Organized National Colorectal Cancer Screening Programme: Results from the First 2.6 Million Invitations in England. *International Journal of Epidemiology*. 2011; 40; 3: 712-18, doi:10.1093/ije/dyr008

12 Unanue-Arza, S.; Idigoras-Rubio, I.; Fernández-Landa, M.J.; Bilbao-Iturrizarria, I.; Bujanda, L.; Portillo, I. Analysis of Post-Colonoscopy Colorectal Cancer and Its Subtypes in a Screening Programme. *Cancers* 2021, 13, 5105.

13 Solís-Ibinagaitia M, Unanue-Arza S, Díaz-Seoane M, Martínez-Indart L, Lebeña-Maluf A, Idigoras I, Bilbao I and Portillo I (2020) Factors Related to Non-participation in the Basque Country Colorectal Cancer Screening Programme. *Front. Public Health* 8:604385. doi: 10.3389/fpubh.2020.604385

### 3.1.3. Beneficios del Programa

Los resultados del Programa hasta el momento son acordes a las recomendaciones de la (Guía de Práctica Clínica Europea y los estudios publicados sobre programas cribado poblacionales (Tabla 1)<sup>14-15</sup>. Además, no se advierte una relación clara entre clase social ni el nivel de estudios y la prevalencia de participación<sup>16</sup>.

Así pues, esta participación presenta tasas superiores y no se aprecian desigualdades en cuanto a nivel socioeconómico y educativo lo que contrasta con los registros del Programa<sup>8</sup>. Esto puede ser debido a que el cribado se ofrece en otros sistemas (privado, laboral).

Por otra parte, respecto a otros Programas tanto estatales como internacionales, la alta tasa de participación está posiblemente relacionada con la organización del Programa (envío del kit a domicilio) y la implicación de Atención Primaria<sup>21,17</sup>

**TABLA 1.** *Indicadores de positividad, aceptación colonoscopia y tasas de detección*

TASAS	Euskadi 2009-2023			Guía Europea
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Ambos sexos
TASA DE PARTICIPACIÓN (% sobre invitaciones válidas)	67,78%	72,85%	70,40%	>65%
TASA POSITIVOS (% sobre participantes)	6,34%	4,10%	5,14%	4-11%
ADHERENCIA A LA COLO-NOSCOPIA DE CONFIRMACIÓN CON DIAGNOSTICO DEFINITIVO (% sobre positivos)	94,55%	94,82%	94,66%	90-95
TASA DETECCIÓN ADE-NOMA BAJO RIESGO x 1.000 participantes	11,541‰	7,173‰	9,20‰	—
TASA DETECCIÓN CÁNCER INVASIVO (CCR) ≥pT1 x 1.000 participantes	2,84‰	1,43‰	2,09‰	1,3-9,5‰

14 Kapidzic A, van de Meulen P, van Roon AH, Looman CW, Lansdorp- Vogelaar I, van Ballegooijen M, et al: Gender differences in fecal immunochemical test performance for early detection of colorectal neoplasia. Clin Gastroenterol Hepatol 2015; pii: S1542-3565;15;00162-7

15 Portillo I, Arana-Arri E, Idigoras I, Espinás JA, Pérez-Riquelme F, de la Vega M, González A, Oceja E, Vanaclocha M, Ibañez J, Salas D y Grupo CRIBEA. Proyecto CRIBEA: Lesiones detectadas en seis Programas Poblacionales de Cribado de Cáncer Colorrectal en España. Rev Esp Salud Pública 2017; 91; 20 Febrero e1-e10.

16 Encuesta de Salud del País Vasco. Año 2018 (ESCAV 2018). Capítulo 6: Servicios de salud y de cuidados. Programas de cribado de cáncer.

17 Unanue-Arza S, Arana-Arri E, Portillo I, Arostegui I. Implicación de los profesionales de atención primaria en el programa de detección precoz de cáncer colorrectal del País Vasco. Rev Esp Salud Pública. 2021; Vol. 95: 26 de enero e1-11.

TASA DETECCIÓN LESIÓN AVANZADA (LA=AAR + AMR+Lx) x 1.000 participantes (1-3 Adenomas y/o 1 ≥ 10mm y/o 25% vellosos y/o displasia alto grado)	27,058‰	10,87‰	18,39‰	–
TASA DETECCIÓN NEOPLASIA AVANZADA (NA) = AA+CCR x 1.000 participantes	29,90‰	12,30‰	20,47‰	–
VALOR PREDICTIVO POSITIVO CCR	4,49%	3,51%	4,07%	4,5-8,6%
VALOR PREDICTIVO POSITIVO LA	42,67%	26,5%	35,76%	–
VALOR PREDICTIVO POSITIVO NA	42,74%	26,35%	35,77%	–

Fuente: Elaboración propia (datos programa cribado cáncer colorrectal Euskadi; GPC Europea 2010).

La siguiente tabla (Tabla 2) presenta los datos por estadios de los cánceres detectados por el Programa para los años 2009-2023

**TABLA 2.** Cánceres invasivos detectados por el Programa 2009-2023, según sexo

Euskadi 2009-2023				
CÁNCERES INVASIVOS	Hombres (N; %)	Mujeres (N; %)	% Diferencia (IC 95%)	Sig.
ESTADIO INICIAL I y II	2.041 (72)	1.118 (67,6)	4,43 (1,59 – 7,27)	0,001
ESTADIO AVANZADO III y IV	768 (27,1)	514 (31,1)	-3,96 (-1,14 – -6,78)	0,003
ESTADIO DESCONOCIDO	24	21	-	-
TOTAL CÁNCERES INVASIVOS DETECTADOS POR EL PROGRAMA	2.809	1.632	-	-

### 3.1.4. Efectos adversos del Programa

Los principales efectos adversos del Programa son:

- **Falsos positivos:** Después de un resultado positivo del test, en la colonoscopia no se encuentran Adenomas Avanzados y/o Cáncer Colorrectal.
- **Falsos negativos**, (cáncer de intervalo) que son de 2 tipos:
  - o **Cáncer de intervalo FIT:** con resultado FIT (-) y diagnóstico CCR antes de la siguiente invitación.
  - o **Cáncer de intervalo post-colonoscopia:** CCR diagnosticado antes del seguimiento recomendado después de una colonoscopia de confirmación diagnóstica en FIT (+)
- **Complicaciones post-colonoscopia:** complicaciones que ocurren en los 0-30 días post-colonoscopia<sup>18,19</sup>.

Estos efectos se están monitorizando sistemáticamente con el fin de establecer pautas de actuación que permitan su minimización. La tasa de falsos positivos ha ido aumentando a medida que aumentan las rondas de cribado, siendo superior en mujeres respecto a hombres, si bien no se ha encontrado hasta el momento un método efectivo y eficiente para minimizarla<sup>20,21</sup>.

Las complicaciones graves (hemorragia digestiva baja con transfusión, perforación con tratamiento conservador o quirúrgico, síndrome postpolipectomía, problemas con la sedación que requieran ingreso y muerte) registradas hasta 31 de diciembre 2023 fueron de 395 de 60.277 (6,5‰) en hombres y 272 de 43.707 en mujeres (6,2‰).

En el caso de los Cánceres de Intervalo se observó que tanto su localización, estadio y supervivencia difería de forma significativa de los detectados por el Programa, con un pronóstico menos favorable<sup>21,22</sup>.

---

18 Arana-Arri E, Imaz-Ayo N, MJ, Idigoras I, Bilbao I, Bujanda L, et al. Screening colonoscopy and risk of adverse events among individuals undergoing fecal immunochemical testing in a population-based program: A nested case-control study. *United European Gastroenterol J.* 2018 Jun; 6(5): 755–764. doi: 10.1177/2050640618756105

19 Mercedes Vanaclocha-Espia, Josefa Ibáñez B, Ana Molina-Barceló, María José Valverde-Roig, Elena Pérez, Andreu Nolasco, Mariola de la Vegad, Isabel Diez de la Lastra-Bosch, María Elena Ocejá, Josep Alfons Espinàs, g, Rebeca Font, g, Francisco Pérez-Riquelme, i, Eunata Arana-Arri, Isabel Portillo, Dolores Salasa, b, \*, CRIBEA Group. Risk factors for severe complications of colonoscopy in screening programs. <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2018.11.010>

20 Cristina Alvarez-Urturi, Montserrat Andreu, Cristina Hernandez, Francisco Perez-Riquelme, Fernando Carballo, Akiko Ono et al. Impact of age and gender-specific cut-off values for the fecal immunochemical test for hemoglobin in colorectal cancer screening. *Digestive and Liver Disease* 2016. DOI.org/10.1016/j.dld.2016.02.001

21 Arana-Arri E, Idigoras I, Uranga B, Perez R, Irurzun A, Gutierrez-Ibarluzea I, Fraser C, Portillo I, EUSKOLON group. Population-based colorectal cancer screening programmes using a faecal immunochemical test: should faecal hemoglobin cut-offs differ by age and sex? *BMC Cancer* DOI 10.1186/S12885-017-3555-3

22 Portillo I, Arana-Arri E, Idigoras I, Bilbao I, Martínez-Indart L, Bujanda L, Gutierrez-Ibarluzea I. Colorectal and interval cancers of the colorectal cancer screening program in the Basque Country (Spain). *World Gastroenterol* 2017; 23; 15: 2731-2742.

### 3.1.5. Impacto del Programa

Medir el impacto de los programas de salud es imprescindible para conocer el alcance de sus beneficios a nivel poblacional. En nuestro caso contamos con registros poblacionales de incidencia y mortalidad que permiten realizar una evaluación pre y post intervención.

Analizando todos los casos de CCR detectados y no detectados por el Programa a 31/12/2022, se obtuvo para el test inmunoquímico cuantitativo FIT (Tabla 3):

**TABLA 3.** *Sensibilidad y especificidad del FIT (2009-2022)*

FIT	HOMBRE	MUJER	<i>p</i> value
Sensibilidad	83,8 % IC 95% (0.82 – 0.85)	78,8 % IC 95% (0.82 – 0.85)	< 0,05
Especificidad	94,2 % IC 95% (0.942 – 0.43)	78,8 % IC 95% (0.82 – 0.85)	< 0,05

Si bien los datos de efectividad son superiores a lo encontrado en la bibliografía para este tipo de test, es necesario seguir monitorizarlos con los registros de cáncer y mortalidad de forma sistemática para detectar áreas de mejora (disminución de efectos adversos).

## 4. FUNDAMENTOS DEL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR)

### 4.1. Condiciones necesarias para el cribado de cáncer colorrectal

Hay que tener en cuenta que un programa de cribado no consiste sólo en la realización de pruebas, sino que es un conjunto de actividades coordinadas de carácter multidisciplinar, que tienen continuidad en el tiempo, encaminadas a alcanzar unos objetivos comunes. Se basa en criterios y estándares de calidad establecidos, soportados por la evidencia científica y que permiten garantizar los beneficios y reducir los riesgos, es decir para su puesta en marcha se han realizado estudios de efectividad y coste-efectividad, dada la implicación de los Sistemas de Salud que conlleva.

Por la historial natural del CCR sabemos que en el 70-80% de los casos se origina en un pólipo intestinal (adenomas) que sufre una transformación maligna (carcinoma). En promedio el tiempo en el que un adenoma se puede transformar en un cáncer se estima en 10 años<sup>23</sup>. La mayoría de los casos (70%) son esporádicos, no tienen antecedentes familiares.

El siguiente factor a considerar para un programa de cribado es la existencia de una prueba o examen adecuado y, en el caso del CCR, se barajan como pruebas efectivas: la colonoscopia, sigmoidoscopia y sangre oculta en heces –SOH- (European Guidelines, 2010<sup>24</sup> Posteriormente actualizado en IARC Handbook<sup>34</sup>).

La nueva recomendación europea (2021)<sup>25</sup> sobre el screening recomienda el uso del test inmunoquímico cuantitativo de SOH, FIT, en vez del cribado con test sangre oculta en heces, para el cribado de cáncer colorrectal en personas entre 50-74 años, con seguimiento mediante colonoscopia.

En el caso de Euskadi, el método elegido ha sido el FIT inmunológico cuantitativo, comparándose los métodos validados disponibles: Sentinel® y OC-Sensor® en 2009-2010<sup>26</sup>. A partir del segundo semestre del 2010 se utiliza OC-Sensor®, con punto de corte 20µHb/gr heces, equivalente a 100 ngHb/ml buffer.

La prueba diagnóstica y “gold Standard” de este cribado es la colonoscopia óptica completa (llega a visualizar ciego) con sedación.

Esta colonoscopia en el contexto del programa de cribado de CCR presenta especiales connotaciones, ya que no solo permite confirmar el diagnóstico sino extirpar las lesiones pre-neoplásicas, que permitirá reducir la incidencia y mortalidad por Cáncer Colorrectal en la población a medio-largo plazo.

---

23 Bonelli L. Epidemiology and screening: what's new? *Colorectal Dis.* 2015;17:10–4. Accesible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/codi.12815/abstract>

24 Segnan N, Patnick J, von Karsa L (eds). *European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis.* 2010 First Edition. Luxembourg: European Commission, Publications Office of the European Union. 2011. 387 pg

25 Council recommendation on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening [Internet]. Disponible en: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-09/com\\_2022-474\\_act\\_en.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-09/com_2022-474_act_en.pdf)

26 Zubero MB, Arana-Arri, E, Pijoan JI, Portillo I, Idigoras I et cols. Population-based colorectal cancer screening: comparison of two fecal occult blood test. *Frontiers in Pharmacology* 2014; 4; 175; 1-8

## 5. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CCR 2023-2025

### 5.1. Objetivo general

Detección precoz y tratamiento de lesiones premalignas y malignas para reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer colorrectal.

### 5.2. Objetivos específicos

- Cobertura del 99% personas residentes en Euskadi independientemente de su aseguramiento.
- Contribuir a la disminución de desigualdades sociales aumentando el acceso de personas vulnerables
- Incrementar la participación en hombres en todos los grupos de edad.
- Disminuir los errores de la prueba de cribado < 1%.
- Garantizar el seguimiento de todas las personas con cribado positivo con una tasa de pérdidas < 5%.
- Monitorizar y minimizar los efectos adversos del cribado (Hemorragia, perforación, depresión respiratoria y muerte).
  - Incidencia de perforación  $\leq 1$ : 1.000 colonoscopias diagnósticas o terapéuticas;  $\leq 1$ : 500 colonoscopias con polipsectomía
  - Incidencia de sangrado postpolipsectomía  $\leq 1$ :100 colonoscopias con polipsectomía
- Disminuir la tasa de recitación por preparación inadecuada al 2% para mejorar la seguridad y disminuir los costes.
- Monitorizar la realización de colonoscopias en casos positivos para disminuir los tiempos de espera en menos de 30 días post-visita de Médico de Atención Primaria en coordinación con las Organizaciones de Servicios.
- Monitorizar las tasas de falsos positivos y falsos negativos para establecer medidas que mejoren la efectividad y eficiencia del Programa.
- Diseñar intervenciones para disminuir las desigualdades y monitorizar su impacto
- Mejorar la comunicación a todos los niveles, profesionales, comunitarios y de la población general a través de campañas, web y redes sociales.

## 6. ÁMBITO DE ACTUACIÓN Y PROCEDIMIENTO GENERAL DE CRIBADO

El objetivo del programa de cribado es la cobertura sistemática y periódica de todas las personas residentes en Euskadi que formen parte de la población diana.

Se invitarán tanto a las personas que su garante es Osakidetza como a las personas que tienen otro garante (Mutuas y otros aseguramientos) para garantizar la equidad.

Se tendrán en cuenta los colectivos con difícil acceso al Programa (personas institucionalizadas, grupos étnicos, comunidades religiosas y con nivel socioeconómico bajo).

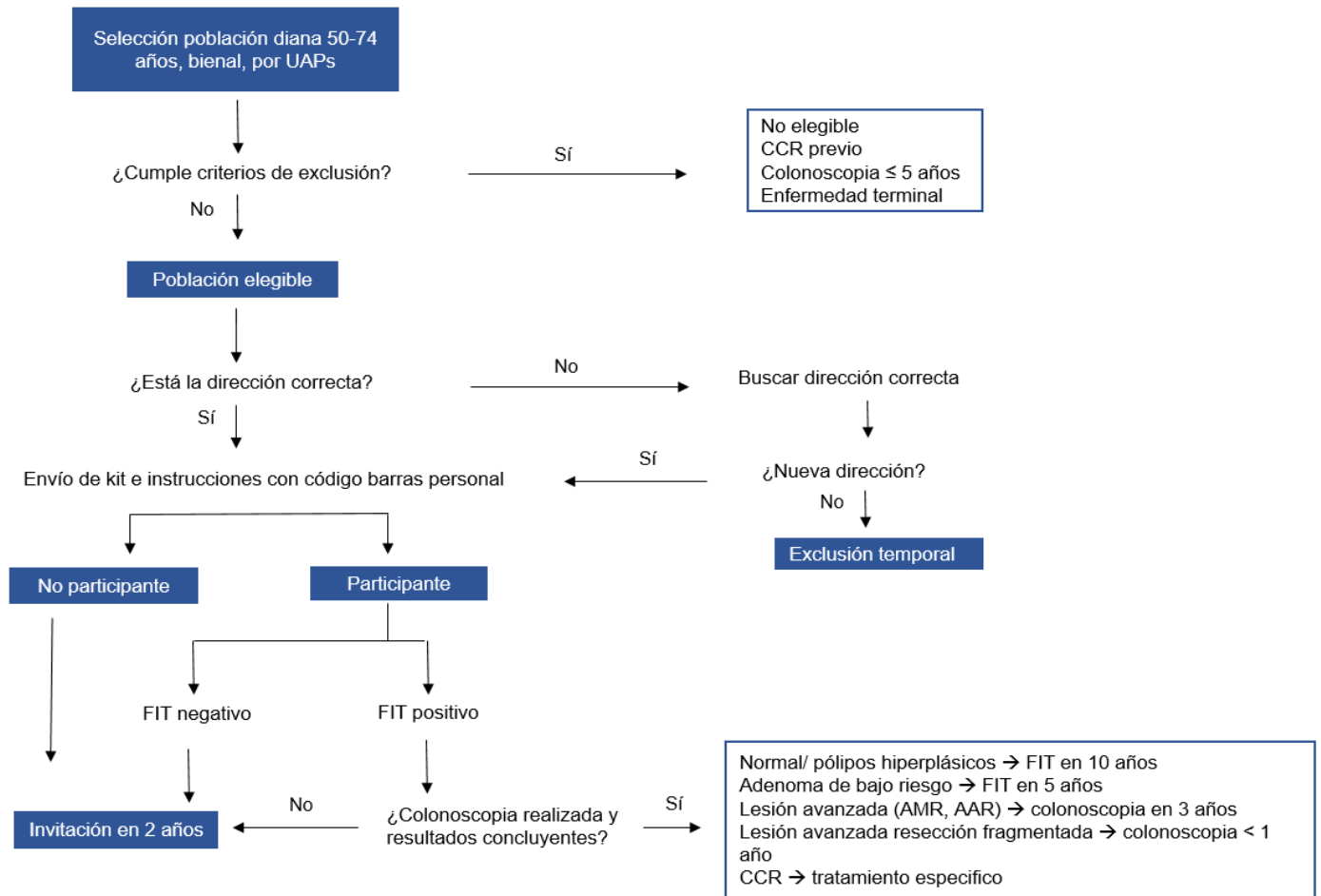
En los anexos I y II se detallan los criterios para la selección de la población, los procedimientos de invitación y gestión del resultado del FIT y colonoscopia, en los casos en los que se indica.

El circuito del programa se inicia con el envío de una carta a la persona participante desde el CCP para su entrada en el cribado, salvo que haya superado la edad de 74 años entonces.

Para la gestión de los resultados positivo se seguirán las recomendaciones de GPC Diagnóstico y Prevención del cáncer colorrectal (2018)<sup>32</sup> y se actualizará con las reuniones de consenso de los grupos de Anatomía Patológica y Endoscopia (Anexos XVI y XVII).

El resumen de todas las actuaciones del procedimiento general del cribado de CCR puede verse la figura 1.

**FIGURA 1. Flujo de actuación del Programa de cribado**



UAPs: Unidades de Atención Primaria; CCR: Cáncer Colorrectal; FIT: prueba inmunoquímica fecal; AMR: adenomas medio riesgo; AAR: adenomas alto riesgo

## 7. SISTEMA DE INFORMACIÓN, MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN

El Sistema de Información ha sido desarrollado por el CCR en estrecha colaboración con el Servicio de Informática de la Dirección General y los responsables de Osabide-AP, OsabideGlobal Y OGP, Osabide Integra, GestLab, Registro Hospitalario de Cáncer y Registro Poblacional de Cáncer. La inter-operatividad con las Bases Clínicas facilita la trazabilidad y el seguimiento de todos los casos estando registrada toda la actividad en Osabide.

En el aplicativo, cada persona de la población diana tiene una ficha individualizada en la que están registradas: invitaciones, exclusiones, participación/no participación, resultado de FIT, resultados de la colonoscopia y su calidad (extensión, preparación, complicaciones,), localización, tamaño e histología de las lesiones, así como TNM, estadio y tratamiento de los cánceres invasivos tanto detectados por el Programa, de seguimiento o de intervalo. Todas las cartas/SMS y variables recogidas en cada invitación. Asimismo, los estudios de investigación en los que la persona participa y sus resultados.

El objetivo último de la evaluación será conocer la efectividad del programa de cribado. No obstante, esto no es posible de forma inmediata, ya que el descenso de la incidencia y la mortalidad se observan en series de datos analizables a medio plazo. Desde el inicio se mantiene una evaluación continua (por invitación, por Centros, por años, por grupos de edad y sexo) ya que el aplicativo desarrollado (PCCR) propiedad de Osakidetza, permite obtener tanto listados de comprobación, como indicadores inmediatos a su registro. Así mismo se permite una explotación masiva para su análisis estadístico pormenorizado.

Este fichero está declarado<sup>27</sup>, cumpliendo las normativas de protección de datos vigentes (artículo 31.2 de LOPDPGDD<sup>28</sup>, y en el artículo 13 del RGPD<sup>29</sup>) de acuerdo a la normativa de seguridad de Osakidetza.

Se realizan evaluaciones periódicas por Unidades de Atención Primaria, Organizaciones de Servicios Integradas (OSIS), así como de la Red Estatal de Cribado acordes con la Guía Europea (2010) y la red de Programas de Cribado de Cáncer<sup>30</sup>.

En el anexo VII y VIII se detallan las variables y los principales indicadores.

---

<sup>27</sup> [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_pro\\_dat\\_datatable/es\\_def/adjuntos/avisos/ci\\_PROGRAMA\\_CANCER\\_DE\\_COLON.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_pro_dat_datatable/es_def/adjuntos/avisos/ci_PROGRAMA_CANCER_DE_COLON.pdf)

<sup>28</sup> Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales

<sup>29</sup> Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).

<sup>30</sup> Red de Programas de Cribado de Cáncer. Disponible en [www.cribadocancer.com](http://www.cribadocancer.com)

## 8. CIRCUITO DE GESTIÓN DEL PRORAMA DE CRIBADO

El desarrollo de este programa requiere la participación de todos los niveles asistenciales de forma multidisciplinaria. Cada uno tiene unas funciones específicas en su consecución tal como se detallan:

### 8.1. Niveles de responsabilidad

#### Centro de Coordinación (CCP)

- Planificación general del Programa, organización e implementación de acuerdo a los objetivos aprobados por la Dirección General y el Departamento de Salud.
- Coordinación de los profesionales sanitarios para el desarrollo y ejecución del programa
- Elaboración y actualización de los protocolos y documentos del Programa, así como materiales para formación, información y comunicación.
  - Cartas y SMS de invitación, comunicación de resultados del programa
  - Instrucciones toma de la muestra FIT.
  - Folletos y carteles informativos CCR.
  - Contenido página web
  - Videos y materiales audiovisuales
- Presentación del Programa y resultados en las OSIs, UAPs previos a las invitaciones con actualización de protocolos de acuerdo a la evidencia disponible.
- Planificación y adecuación de las invitaciones en coordinación con las Organizaciones de Servicios y la Subdirección de Coordinación Hospitalaria para evitar demoras en la gestión de colonoscopias.
- Mantenimiento de las Bases de datos actualizadas y gestión de inclusiones y exclusiones según invitaciones a realizar en coordinación con el Servicio de Informática Dirección General.
- Monitorización, gestión y evaluación del proceso de invitación, participación, positividad, calidad de la colonoscopia, registro y seguimiento de todos los casos positivos.
- Facilitación de datos de seguimiento y resultados para la evaluación del Plan de Salud, Plan Oncológico, Plan Estratégico, Contrato-Programa, Memorias anuales y peticiones de las OSIs y UAPs para gestión y mejora del Programa.
- Puesta en marcha y participación en estudios de investigación, así como publicaciones relacionadas con los resultados e impacto del programa.
- Seguimiento de los casos positivos
- Desarrollo y mejora del Sistema de información para garantizar la calidad de todo el proceso y los procedimientos.
- Monitorización y evaluación del Programa

- Elaboración de protocolos para la mejora de los procesos con los distintos profesionales, analistas, hematólogos, anestesiólogos, endoscopistas, patólogos, médicos y enfermeras de atención primaria entre otros.
- Seguimiento de efectos adversos: complicaciones de la colonoscopia, falsos positivos cánceres de intervalo (falsos negativos)

### **Unidades de Atención Primaria**

- Colaboración con el CCP en la sensibilización, información y asesoramiento a la población diana receptora de la invitación a participar.
- Recepción de muestras FIT y envío al laboratorio de referencia siguiendo los protocolos de seguridad y trazabilidad del proceso. Información desde los centros de salud vía e-mail al Centro Coordinador de los errores (Kit en mal estado, identificación errónea, etc.)
- Atención específica en consulta de los resultados FIT positivos.
  - Positivos: Información del significado del resultado del FIT y de la colonoscopia como prueba de confirmación diagnóstica. Entrega y firma del consentimiento informado. Realización de pruebas necesarias previas a la colonoscopia con criterios de riesgo ASA y riesgos específicos de la persona participante, según protocolo de la OSI y la red de Osakidetza.
- Gestión de la cita de colonoscopia
- Preparación previa a la realización de la colonoscopia.
  - Información para la preparación de la colonoscopia y entrega del preparado por parte de la enfermera de referencia entre 7 a 10 días antes de la prueba.
  - Consejo y entrega de hojas informativas de preparación, dieta y facilitación de videos informativos.
  - 
  - Información, recomendaciones y consejos a seguir tras la realización de la colonoscopia.
- Seguimiento de los resultados de la prueba en coordinación con Unidades de Endoscopia y los protocolos vigentes, informando a las personas de los resultados y el seguimiento a realizar.

### **Nivel de atención especializada**

#### **Servicio de Bioquímica:**

- Sistema de recepción de muestras.
- Análisis y validación de los resultados de la prueba de cribado FIT.
- Volcado de los resultados en Osabide (cuantitativo y cualitativo)
- Información de incidencias y errores detectados al CCP diario (por e-mail).
- Controles de calidad internos y externos.

### **Servicio de Digestivo:**

- Gestión de las citas de colonoscopias de confirmación diagnóstica.
- Recepción y archivo del Consentimiento informado
- Realización de las colonoscopias de acuerdo a los criterios de calidad
- Confirmación diagnóstica y tratamiento (extirpación de pólipos).
- Seguimiento de casos que precisan nuevas pruebas y/o estudios de extensión.
- Derivación a Consultas de Alto Riesgo en CCR y Lesiones Avanzadas según protocolos OSI
- Seguimiento del proceso.
- Emisión de recomendación de seguimiento para MAP tras evaluar resultado de Anatomía Patológica.
- Gestión de las colonoscopias de seguimiento dependiendo de la lesión encontrada, las recomendaciones de las guías y la pauta establecida para la persona.

### **Servicio de Anatomía Patológica:**

- Recepción y análisis de muestras.
- Emisión de informe macroscópico y microscópico relativo a la endoscopia realizada.
- Coordinación con Unidades de Endoscopia y Comités de Cáncer para seguimientos y tratamientos específicos.
- Realización de análisis específicos según protocolos.

## ANEXO I CRITERIOS PARA SELECCIONAR LA POBLACIÓN Y OBTENER INDICADORES DEL PROGRAMA

### Población diana:

Mujeres y hombres residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) que cumplen entre 50-74 años en el año de invitación y con Médico de Atención Primaria (MAP) en las Unidades de Atención Primaria (UAP) donde se desarrollará el Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal (PCCR).

En la CAPV se utilizará la Base de Datos de Osabide, que incluye a todas las personas que de una u otra forma han tenido contacto con el Sistema Sanitario. Es más amplia que la de base TIS (Tarjeta Sanitaria), si bien en un 7% de los casos se producen devoluciones por dirección desconocida.

Desde el año 2014 se ha extendido el Cribado Poblacional a personas sin garante Osakidetza pudiendo acceder al mismo a través de un procedimiento específico (ver Anexo XIV).

En el año 2017 se comenzó a invitar a personas institucionalizadas en prisiones y en el 2020 a las personas de centros psiquiátricos de media y larga estancia, que a pesar de tener garante Osakidetza tienen dificultades de participación, por lo que se habilitará la realización del FIT a través de sus médicos y enfermeras responsables.

Se estima que la Población Diana que consta en Osabide es superior al 97% de la población diana censada.

### Población elegible:

Mujeres y hombres de la población diana **susceptibles de invitación efectiva** a participar en el programa de cribado. Es decir, serían personas que no tienen ningún criterio de exclusión temporal, total o definitiva en el momento de la invitación.

### Población no elegible:

Mujeres y hombres de la población diana que cumplen algún criterio de exclusión en el momento de la invitación:

- Fallecimiento: Se detectará de forma automática en la carga de OSABIDE. Además, se cruzarán los ficheros con el INDEF. También se detectará a partir de la información de profesionales/usuarios. **Exclusión Total.**
- CCR diagnosticado: Se detectará de forma automática en la carga AS400 (personas que en diagnóstico principal o secundario tengan códigos 1530-1548. Registro Hospitalario y /o Poblacional de Cáncer códigos C18.1-C20.9 M %%%3 y M %%%6. También se detectará a partir de la información de profesionales/usuarios. **Exclusión Total.**

- Enfermedad en el momento actual. Se detectará a partir de la información de profesionales/usuarios. **Exclusión Temporal.**
- Participantes con una colonoscopia/sigmoidoscopia realizada en los últimos 4 años. Se detectará de forma automática de BD Osabide. Debe constar la fecha. También se detectará a partir de la información de profesionales/usuarios. Debe constar la fecha. **Exclusión Temporal.**
- Participantes en seguimiento por colonoscopia por el Programa. **Exclusión Temporal/total según hallazgo.**
- Participantes que se hayan realizado una FIT por el Programa con resultado negativo < 18 meses. Debe constar la fecha. **Exclusión Temporal.**
- Cambio de domicilio fuera de la CAPV. **Exclusión Total.**
- Reubicaciones sanitarias en la CAPV. **Exclusión Temporal.**

### **Población invitado y no invitado:**

Población elegible que se puede localizar para su invitación. Si la carta con el kit es devuelta se busca otra segunda dirección en EUSTAT y si esta carta es también devuelta se excluye por dirección desconocida y pasa a ser **Población no elegible. Exclusión Temporal.**

Son también población no invitado:

- Cambio de domicilio fuera de la CAPV. **Exclusión Total**
- Reubicaciones sanitarias en la CAPV. **Exclusión Temporal** (se invitarán cuando corresponda según se invite a la zona dónde vive actualmente).
- Dirección desconocida. **Exclusión Temporal.**

## Participante:

Persona de la población invitada que ha entregado el kit en su Centro de Salud y que el resultado es válido (positivo/negativo). Debe constar fecha.

Tipos de participante:

- **Participante inicial primera invitación (I):** Aquella persona que es invitada por primera vez y que participa. No participante inicial sería lo opuesto.
- **Participante inicial segunda invitación o sucesiva (IS):** Aquella persona que participa por primera vez a pesar de haber sido invitada en vueltas/rondas anteriores.
- **Participante sucesivo regular (SR):** Persona que se le ha invitado y ha participado en al menos 2 vueltas/rondas sucesivas previas.
- **Participante sucesivo irregular (SIR):** Persona que se le ha invitado y no ha participado en la anterior vuelta/ronda pero sí ha participado en alguna vuelta/ronda previa.
- **No Participante (NP):** Persona que no ha participado en la vuelta/ronda que se le invita ni en ninguna de las anteriores.

## No participante (NP): (Serán invitados en la siguiente vuelta/ronda)

- Persona de la población invitada que no ha entregado el kit en su Centro de Salud. Antes del fin de la campaña en la UAP se remite una carta a toda la población no participante para recordarles la importancia de participar.
- Personas que devuelven la carta kit o carta recuerdo en su UAP o que comunican al CCP su intención de no participar. Autoexclusión al principio del Programa.
- Participante con test resultado ERROR que no tiene un resultado posterior positivo o negativo tras el envío de un nuevo kit.

## Pérdidas:

Aquellas personas que, durante el proceso de invitación, han participado en el Programa (han entregado el kit) pero no han concluido el proceso diagnóstico. Si la exclusión es temporal se enviará una nueva carta de invitación en la siguiente ronda.

- Negación a la colonoscopia. **Exclusión Temporal** (nueva invitación en la siguiente vuelta).

- Dirección desconocida/no se localiza tras búsqueda activa por el Centro de Salud, en Eustat y otras Bdatos después de una FIT positivo. **Exclusión Temporal** (nueva invitación en la siguiente vuelta).
- Cambio de domicilio fuera de la CAPV. **Exclusión Total** para la siguiente vuelta.
- Fallecimiento durante el programa. **Exclusión Total**.
- Enfermedad diagnosticada durante el programa que impide realización colonoscopia. **Exclusión Temporal**.
- Colonoscopia realizada en sistema privado sin informe disponible tras búsqueda activa y envío de carta FIT positivo certificada y con acuse de recibo a usuario. **Exclusión Temporal**. (Serán invitados en la siguiente vuelta).
- Colonoscopia sin resultado definitivo: por mala preparación, dificultades de realización, incomparecencia del participante para completarla. **Exclusión Temporal**. (Serán invitados en la siguiente vuelta).
- En el caso que avise de RETRASA COLONO y hayan pasado más de 12 meses sin realizársela se registrará como PÉRDIDA con el motivo de exclusión: “Enfermedad en el momento Actual”. **Exclusión Temporal**. Se invitará a la siguiente vuelta si no se la ha realizado previo a la invitación.
- Imposibilidad de contactar con la persona FIT positivo y tras envío de carta certificada y con acuse de recibo a usuario. **Exclusión Temporal**. Se volverá a invitar en la siguiente vuelta.

## ELEGIR LA POBLACIÓN DIANA EN VUELTAS/RONDAS SUCESIVAS

Para elegir la población de vueltas sucesivas, es decir que volvemos a pasar por esa área geográfica nuevamente. Se va a tener en cuenta:

- a) La incorporación de nueva población (que ha cumplido más de 50 años, o que ha inmigrado a esa zona con edades entre 50 -74 años.
- b) La población participante y no participante de la vuelta anterior.
- c) Las pérdidas de la última vuelta, analizando si se han realizado una colonoscopia, si ésta tiene un resultado definitivo. En caso de no haber ocurrido esta circunstancia se les invitará al Programa de nuevo.
- d) Las personas que presentaron un Adenoma de Bajo Riesgo en la colonoscopia de cribado 4 años antes de la presente invitación.
- e) Las personas que presentaron una colonoscopia de cribado negativa (normal –incluye sin hallazgos, hemorroides, divertículos, lipomas, melanosis o pólipos hiperplásicos) 9 años antes de la actual invitación.
- f) Las personas en las que la prueba diagnóstica, por dificultad de una colonoscopia óptica fue una colonoscopia virtual/TAC con resultado No patológico, serán invitadas al Programa en 5 años.

## **SEGUIMIENTO DE PERSONAS FIT POSITIVO**

### **Personas con resultado definitivo de colonoscopia:**

A las personas que tienen un resultado positivo de FIT se les debe indicar una colonoscopia completa, óptica y con sedación para la confirmación diagnóstica.

Se considera que una colonoscopia tiene resultado definitivo cuando se ha descartado/diagnosticado una lesión (se atribuye la de mayor gravedad).

No siempre esta circunstancia ocurre en la primera colonoscopia y en ocasiones es necesario repetirla (por mala preparación, mala tolerancia, dificultad de exéresis de lesiones en la primera colonoscopia). En otras ocasiones se precisa realizar otra prueba menos sensible para la confirmación diagnóstica (p.e. colono virtual). En nuestro caso, si no es posible realizarle una colonoscopia óptica por circunstancias inherentes a patología concomitante del participante se asume esa prueba alternativa como resultado definitivo, si bien estará claramente diferenciada una prueba de otra en la base de datos.

## ANEXO II PROCEDIMIENTO DE INVITACIÓN

Se acordará según planificación anual con las Organizaciones al inicio de las invitaciones.

EL CCP informará las UAPs y la Organización de Servicios (laboratorio, endoscopia, anatomía patológica...) del inicio del envío al menos con 15 días de antelación. Se comunicará a los JUAP de cada UAP la disponibilidad de listados por cupo de población elegible y no elegible.

El material de difusión, así como contenedor para recogida de kits y carpetas para recoger exclusiones se enviará al inicio de la campaña a cada UAP y CS. Se comunicará a las UAP implicadas el inicio y final del envío de kits y SMS/cartas de recuerdo de su zona básica con una semana de antelación.

El Centro Coordinador del Programa (CCP) recogerá los motivos de las llamadas y gestionará las demandas recibidas.

### 1. Envío SMS y cartas de invitación, y material

El calendario de envíos será acorde a la capacidad de respuesta de cada OSI a los posibles casos positivos para la realización de la colonoscopia de confirmación.

El CS contará con un circuito de recogida de muestras de los participantes.

Se enviará un sms a la persona invitada para informarle de que próximamente recibirá un kit para participar en el Programa de prevención de Cáncer colorrectal.

Se enviará por correo postal:

1. Carta personalizada según sexo en la que constará pegatina con código de barras con el Código Individual Corporativo(CIC) para identificación del kit.
2. Folleto del Programa, se facilita teléfono gratuito y correo electrónico, así como el acceso Web del Programa.
3. Folleto con instrucciones.
4. "Kit" de recogida de muestras en una bolsa de plástico.

## FOLLETO DEL PROGRAMA

El cáncer de colon y recto es el cáncer más frecuente en hombres y mujeres. Se origina a partir de un pólipo en el intestino grueso que puede degenerar en un cáncer con el paso del tiempo.

Generalmente tarda más de 10 años en desarrollarse.

### OBJETIVO DEL PROGRAMA

Detectar y tratar de forma precoz pólipos y cáncer (cáncer de colon y recto).

¿A QUIÉN ESTÁ DIRIGIDO? Mujeres y hombres entre 50 y 74 años.

¿QUE PRUEBA SE REALIZA? Test de sangre oculta en las heces cada 2 años.

Si el resultado es positivo, se le realizará una colonoscopia con sedación para confirmar la procedencia de la sangre.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE PARTICIPAR? Se ha demostrado científicamente que la detección precoz mejora la calidad de vida y la supervivencia de las personas que participan.

¿CÓMO PUEDO PARTICIPAR? Recibirá en su domicilio una carta de invitación con las instrucciones y el tubo para recoger las heces.



Puede entregarla en su Centro de Salud durante todo el horario de apertura. No tiene que pedir cita. Hay una urna a la entrada del Centro para que deposite el tubo con la muestra.

¿CUÁNDO RECIBIRÉ EL RESULTADO? En una semana le comunicaremos el resultado. También lo podrá ver en su Carpeta de Salud.

### PARA SABER MÁS:

→ Infórmate en [www.osakidetza.euskadi.eus](http://www.osakidetza.euskadi.eus)

→ Teléfono gratuito: 900 840 070

→ [prevencionccr@osakidetza.eus](mailto:prevencionccr@osakidetza.eus)



Eusko Jaurlaritza  
Osasun Saila

## Koloneko minbizia goiz detektatzeko programa.



Financiado por la Unión Europea  
NextGenerationEU

GOBIERNO DE ESPAÑA

Barneburuztza, Enpresaketa eta Enplegutza  
Planak

Osakidetza

Euskadi, auzolana  
EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO

Esta campaña ha sido financiada por la Unión Europea - NextGenerationEU

## FOLLETO INSTRUCCIONES



- Gorde hodia haurrek ez hartzeko moduko tokian.
- Ez egin proba, baldin eta odola darion hemorroideak edo hilekoa izanez gero harik eta 3 egun pasatu arte odol-galtzerik gabe.
- Saihestu gorozkiak pizarekin kutsatzea.

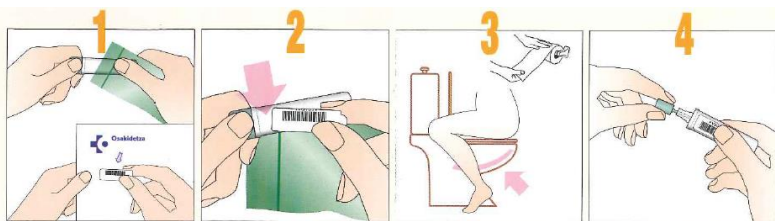
### LAGINA JASOTZEKO PROZEDURA, ODOLA GOROKIETAN ZEHAZTEKO

### PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE LA MUESTRA PARA LA DETERMINACIÓN DE SANGRE EN HECE

- Mantener el tubo fuera del alcance de los niños.
- 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.



## OC-SENSOR



**1**  
Atera hodia potts bertetik. Bereizi zure gutunaren goialdearen ezkerrean dagoen barra-kodea.

Extraer el tubo de la bolsa verde. Despegar el código de barras que se encuentra en la parte superior izquierda de su carta.

**2**  
Itsatsi etiketa hodiaren alde zapalean. Ez itsatsi hodiaren inguruan, edo diagonalean edo tapoi berdearen gainean.

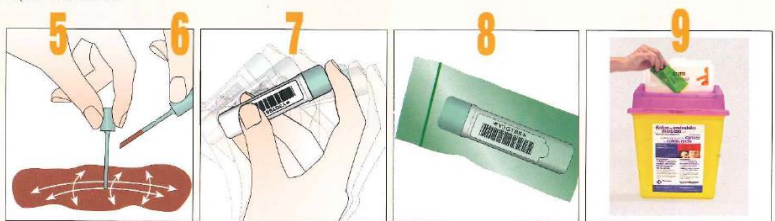
Pegar la etiqueta en la parte plana del tubo. No la pegue ni alrededor del tubo, ni en diagonal, ni sobre el tapón verde.

**3**  
Jarri komuneko papera komunontzi barruan eta eseri, ahal izanez gero, hari begira.

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

**4**  
Kendu tapoi berdea eta atera hagatxoa.

Desenroscar el tapón verde y extraer la varilla.



**5**  
Jarri hagatxoaren punta gorozki gainean eta libili alde batera eta bestera horizontalean eta bertikalean. Nahikoa da gorozki-kantitate txiki bat.

Poner en contacto la puntilla de la varilla con las heces y deslizarla dibujando líneas horizontales y verticales. Es suficiente con poca cantidad de heces.

**6**  
Sartu hagatxo berdea hodian, ongi itxi eta eragin.

Introducir la varilla dentro del tubo. Cerrar bien y agitar.

**7**  
Gorde etiketatutako hodia poitsa berdean, eta eraman zure Osasun-Zentroa, ahalik eta azkarren. Berehala entregatu ezin baduzu, 3 egun ez gorde dezakezu, gahenez, zure hozkailuan.

Guarde el tubo etiquetado en la bolsa verde y llévelo a su Centro de Salud lo antes posible. Puede dejarlo en su frigorífico un máximo de 3 días, si no puede entregarlo al momento.

**8**  
Lagina jaso eta identifikatu ondoren, utzi zure osasun-zentroko sarrean aurkituko duzun edukiontzian.

Una vez identificada y recogida la muestra, deposítela en el contenedor que encontrará a la entrada de su Centro de Salud.

El CCP contará con todo el material necesario previo a la realización que se facilitará a la empresa adjudicataria del envío junto con BD específica de tipo de carta y envío.

### Entrega y procesado de la muestra FIT

- La persona invitada podrá entregar el kit en el Centro de Salud en el horario en que éste permanezca abierto y/o tenga habilitado el circuito de recogida de muestras.
- Los Centros de Salud pondrán en marcha el dispositivo de recogida y envío al laboratorio de referencia para su procesamiento y valoración. Se establecerá un sistema de control de calidad en la UAP.
- La persona participante no tiene que pedir cita previa, sólo entregar la muestra, que previamente habrá etiquetado, en el contenedor específico del Programa, colocado en el Área de Atención al Cliente (AAC). Este debe de colocarse en la zona de la AAC a la vista del personal para su supervisión, lejos de una fuente de calor y de luz solar.

### Gestión de las muestras FIT

Es un conjunto de actividades que se desarrollan tanto en el CS como en el laboratorio de referencia.

### Recogida de muestras y envío al laboratorio

1. El CS habilitará un circuito de recogida de muestras, que permita su correcta identificación y envío al laboratorio.
2. Todos los CS contarán con la BDatos de la población diana para una localización rápida de la persona participante.
3. Los recipientes estarán bien identificados. Al terminar cada turno (mañana y/o tarde) las muestras recogidas serán guardadas en las neveras de los propios CS para su procesado al día siguiente de su recepción. Importante mantener la cadena de frío.
4. La lectura del código de barras del kit, dentro del módulo CCR de GestlabExt, generará un volante interno.
5. Automáticamente queda adjudicada la petición a cada Médico de Atención Primaria (MAP) y registrado el resultado en Osabide.
6. Se recogerá la casuística de kits con errores de manipulación (etiquetado, apertura y cierre inadecuados) comunicándose diariamente al CCP para enviar al participante una carta error con nuevo kit y carta con etiqueta de código de barras.
7. Las muestras deben permanecer en el frigorífico hasta su envío al laboratorio.

Cuando se genere la petición virtual se considerará a la persona participante en el programa.

# Procesado de muestras en el laboratorio

## 1. Fase preanalítica intralaboratorio

Las muestras llegarán a la Unidad Preanalítica de los laboratorios de Bioquímica del Hospital de referencia procedentes de Atención Primaria por el sistema de envío habitual.

El personal de esta área revisará las muestras del programa y las dispondrá en los racks del equipo de bioquímica para su análisis.

## 2. Fase analítica

Las muestras se procesarán en el equipo dedicado del área de Automatización del laboratorio de Bioquímica.

El personal técnico del área de Automatización se encargará del suministro de reactivos y carga del equipo, así como del control de calidad interno. Cada día se procesarán dos niveles de control (alto y bajo) para garantizar la calidad de los resultados. La valoración de estos controles corresponderá a facultativos del área de Automatización.

Los resultados de las muestras pasarán on-line del analizador al sistema informático del laboratorio Gestlab tanto el DBP cuantitativo como el cualitativo.

Los resultados serán validados por el personal facultativo del Laboratorio de Bioquímica que valorará si es necesaria su repetición, dilución o rechazo. Cuando se realice este proceso se considerará esta fecha como fecha de resultado FIT.

## 3. Fase post-analítica

Los resultados validados serán enviados on-line desde GestLab a OGP de forma automática.

Serán validadas todas las causas de muestras erróneas y tipificadas. Se enviarán al Centro Coordinador (CCP) todas las incidencias.


Se obtendrá un resultado cuantitativo (ng/ml) y otro cualitativo (POSITIVO, NEGATIVO, ERROR) visible tanto desde el CCP como en su historia clínica.

Las muestras analizadas, pero sin petición son recuperadas por el facultativo del laboratorio, creada la solicitud y validado el resultado.

El centro coordinador recibe diariamente las incidencias y las notifica a las diferentes UAP para su conocimiento y puesta en marcha de medidas de mejora en caso necesario.

### Comunicación resultados del FIT

Los **resultados negativos** ( $< 20\mu\text{g/g}$  o  $<100 \text{ ng/ml}$ ) se comunicarán por sms desde el CCP a la persona participante en la que constará que el resultado del test de sangre oculta en heces ha sido NEGATIVO. Sólo se comunicará el resultado negativo por carta (Anexo XIII) en caso de que el participante no tenga un teléfono móvil de contacto en la base de datos.

Los **resultados positivos**, ( $\geq 20\mu\text{g/g}$  o  $\geq 100 \text{ ng/ml}$ ) se notificarán a las personas participantes por carta y SMS (ejemplos y formato en Anexo XIII) desde CCP y serán visibles de forma diferenciada por el médico Atención Primaria (MAP) con el fin de evitar la pérdida de casos (alarma específica  en tareas pendientes de Osabide AP). En la carta se le indicará a la persona que solicite cita con su MAP. En caso de no acudir al CS, tanto su médico de atención primaria como su enfermera se pondrán en contacto telefónico con el participante comunicando posteriormente al CCP el resultado de la gestión: exclusión, colonoscopia en sistema privado, negación a la colonoscopia. En caso de no localización se enviará desde CCP carta certificada con acuse de recibo.

En el caso de **error de muestra** se enviará desde el CCP un SMS y una nueva carta con kit para su repetición.

## ANEXO V GESTIÓN DE RESULTADOS POSITIVOS

### 1. Centro de Salud

Desde el Área de Atención al Cliente (AAC) de cada CS se le ofrecerá cita con el médico de AP. En caso de cita via web se solicitará cita habitual con MAP de referencia.

En la **visita la/el médico** de AP:

- Ofrecerá información sobre el resultado del FIT tranquilizando a la persona.
- Le propondrá la colonoscopia con sedación y sin ingreso en la Unidad de Endoscopia de referencia.
- Le indicará las pruebas necesarias previas según riesgo y protocolo vigente.
- Recabará el Consentimiento Informado disponible en OG.

En caso de estar contraindicada la colonoscopia se informará al Servicio de Endoscopia para facilitar otra prueba diagnóstica. En la dirección de e-mail: [prevencionccr@osakidetza.eus](mailto:prevencionccr@osakidetza.eus) se comunicará esta circunstancia, con el fin de monitorizar las pérdidas.

En la historia clínica en Osabide Global (OG) de la persona se recogerán los antecedentes quirúrgicos, presencia de patología crónica, alergias conocidas, tratamientos con antiagregantes plaquetarios, anti-coagulantes orales y/o hierro oral y consumo de sedantes o hipnóticos de manera regular. Quedarán reflejadas todas las actuaciones. Se deben de copiar estos datos en el volante de derivación a colonoscopia para facilitar su revisión por los profesionales que realizarán la prueba.

La **visita de la enfermera** de AP:

Se realizará 7-10 días previos a la colonoscopia. En esta visita se le ofrecerá información personalizada, resolver dudas y se le explicará la preparación a seguir dependiendo del ritmo intestinal de la persona, así como sus gustos alimenticios y de la hora de la cita de la colonoscopia<sup>31</sup>. Se aprovechará esta visita para informar y repasar los consejos al alta que deben observarse después de la prueba, que también le serán entregados en el área de Endoscopia y tras la misma.

---

31 Fernández Landa MJ, Portillo Villares MI, Bilbao Iturrizarria MI, Idígoras Rubio MI, Regulez Campo V, Martínez Indart L. Impacto de una intervención en las consultas de Enfermería de Atención Primaria para la mejora de la calidad de la colonoscopia de cribado. *Metas Enferm* mar 2020; 23(2):16-22. Doi: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.23.1003081547>

Quedará anotado en la HC del participante las causas de no aceptación. En caso de aceptación **se generará un volante de derivación a colonoscopia cribado diagnostica con la prestación 90057.**

En caso de detectar exclusiones, rechazo a participar en el programa, enfermedad en el momento actual, el MAP lo comunicará al CCP por medio de correo electrónico (*prevencionccr@osakidetza.eus*) con el fin de monitorizar y seguir todas las pérdidas.

Las pruebas pre-colonoscopia se adecuarán al riesgo de las personas participantes, teniendo en cuenta los criterios ASA.

Actualmente se utilizan en el cribado tres tipos de preparados de bajo volumen para administrar previamente a la prueba (Citrafleet® y Moviprep® / Pleinvue®) que pueden utilizarse indistintamente además de un peristáltico intestinal (DULCOLAXO®). Citrafleet® está contraindicado en el caso de pacientes con insuficiencia renal, hiperparatiroidismo, trastornos del metabolismo fósforo/calcio, enfermedad hepática avanzada (ascitis, edemas, síndrome hepatorenal).

Los evacuantes deben de solicitarse al Servicio de Farmacia de la Organización de Servicios.

## **ACTIVIDADES PREVIAS A LA COLONOSCOPIA**

Se seguirán los protocolos pactados con las Unidades de Endoscopia de los hospitales de referencia en cuanto a:

- Derivación de pacientes
- Pruebas complementarias
- Documentación específica
- Pautas de anticoagulación – Antiagregación

Desde el AAC de los Centros de Salud se gestionará la **cita para la realización de la colonoscopia** en Osabide, como prueba de cribado, agenda específica prestación “**colonoscopia cribado diagnóstica 90057**”. El tiempo transcurrido hasta la realización de la prueba será inferior a 28 días desde la visita al MAP para minimizar la incertidumbre diagnóstica.

### Centro Coordinador

En todos los casos que **no** se haya producido una **cita para colonoscopia** en 30 días desde el contacto con su MAP, serán monitorizados desde el CCP para recabar información y contacto con el participante.

### Unidad de Endoscopias

#### Realización

1. El hospital dispondrá de **agendas específicas** para la citación de personas de cribado. En la medida de lo posible no se mezclarán con pacientes sintomáticos.
2. Se habilitará un circuito para la realización de colonoscopias que incluirá la recuperación posterior.
3. La enfermera de endoscopias comprobará que la persona acude con el Consentimiento Informado y ha realizado la preparación correctamente.
4. Cada endoscopista, previo a la realización de la colonoscopia confirmará la información que tiene la persona sobre la prueba, la preparación realizada y los factores de riesgo.
5. Se realizará una colonoscopia completa (llegar a ciego).
6. Una vez realizada la colonoscopia la persona permanecerá el tiempo necesario para su recuperación en la zona de recuperación.
7. Los endoscopistas que realicen esta actividad tendrán acreditada experiencia y serán avalados por el Jefe de Servicio de Digestivo de su hospital.
8. Se seguirán los criterios de calidad de colonoscopias establecido por las sociedades científicas<sup>32</sup>.
9. Se utilizarán las instalaciones hospitalarias en turno de mañana o tarde en agendas específicas de cribado.
10. La colonoscopia **se practicará con sedación y se adecuarán los circuitos de cada centro.**

---

<sup>32</sup> Tinmouth J, Kennedy EB, Baron D, Burke M, Feinberg S, Gould M, et al. Colonoscopy quality assurance in Ontario: Systematic review and clinical practice guideline. Can J Gastroenterol Hepatol. 2014 May; 28; 5:251–74.

11. La fecha de realización de la primera colonoscopia será utilizada para calcular las demoras. Se realizará una búsqueda activa en las bases de datos de Osabide para valorar ingresos/episodios de urgencias entre los 0-30 días postcolonoscopia.
12. Serán registrados todos los casos con mala preparación según la escala de Boston (<6), colonoscopia incompleta..., a los que se les dará nueva cita.
13. Serán registradas todas las complicaciones de la colonoscopia a partir de la revisión completa de la Historia Clínica 10 días después a su realización y cada 3 meses se revisarán los datos junto con el CCP.
14. Se comunicará al CCP semanalmente las colonoscopias realizadas por la unidad para monitorizar las que son del Programa o se han citado de forma errónea con otro código de prestación.
15. En caso de necesitar nueva cita (por preparación inadecuada o colonoscopia incompleta) se gestionará por la Unidad de Endoscopia.

## INFORMACIÓN DE RESULTADOS

Cada endoscopista informará a la persona de los resultados y del circuito a seguir una vez finalizada la colonoscopia. La confirmación diagnóstica y el resultado de la colonoscopia estarán disponibles en OG.

Los resultados de **la colonoscopia normales o con alteraciones benignas** se comunicarán a la persona participante al finalizar la prueba y también por carta desde el CCP a los 20 días de la realización de la misma.

Todos los pólipos/ adenomas se extirparán y se enviarán para su análisis a Anatomía Patológica. Se indicará seguimiento específico según resultados remitiéndose posteriormente a su MAP, quedando reflejado en el informe de endoscopia para su disponibilidad en Osabide.

En caso de patología neoplásica maligna se derivarán los pacientes de forma preferente a consultas específicas y se seguirá el circuito de atención del cáncer colorrectal establecido en cada OSI.

Los seguimientos post-colonoscopia estarán basados en las recomendaciones de GPC Diagnóstico y Prevención del cáncer colorrectal (2018)<sup>33</sup>

En el centro coordinador CCP se codificarán todas las colonoscopias.

En todos los casos que se deriven para realización de colonoscopia se monitorizará el tiempo que transcurre desde la visita con el médico de Atención Primaria, la petición de colonoscopia y su realización por el CCP para evaluación de compromisos del Contrato-Programa.

---

<sup>33</sup> Cubiella J, Marzo M, Mascort-Roca J, Amador-Romero F, Bellas B, Clofent J, et al. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2018. International Marketing & Communication S.A., editor. Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2018

## Datos para codificación de una colonoscopia (PCCR)

Nombre y Apellidos:	CIC		
Extensión de la exploración:	FN:	Sexo	
	1. Colonoscopia completa		
	2. Colonoscopia incompleta		
	3. No aplicable		
Duración de la exploración:	4. Campo numérico, en minutos		
Calidad de la preparación:	1. Adecuada (Boston = 6)		
	2. Regular y Mala (Boston <6)		
	3. No aplicable		
Sedación/analgesia:	1. No sedación		
	2. Sedación superficial		
	3. Sedación profunda		
	4. Anestesia general		
	5. No Aplicable		
Complicaciones inmediatas:	1. NO		
	2. MUERTE		
	3. NO APLICABLE		
	4. SD. POST POLIPECTOMIA		
	5. HEMORRAGIA : ingreso/ transfusión		
	6. PERFORACION: intervención quirúrgica/ tratamiento conservador		
	7. SEDACION:		
-		LEVES :	Alteración ritmo cardiaco Depresión respiratoria Intolerancia Vómito Otros
		GRAVES:	Asistolia Anafilaxia Broncoaspiración Otros
	8. OTROS		

**Hallazgos endoscópicos:**

0. Normal/hallazgos no relevantes
1. Pólipos no neoplásicos
2. Adenomas de bajo riesgo
- 3M. Adenomas de riesgo medio (Lesiones Avanzadas)
- 3A. Adenomas de alto riesgo

**3A<sub>1</sub>. Adenomas de Alto riesgo (Lesiones Avanzadas):** lesión sésil o plana  $\geq 20$ mm sésil con resección fragmentada

**3A<sub>2</sub>. Adenomas de Alto riesgo (Lesiones avanzadas):** Más de 5 Adenomas, ó que mida alguno de ellos  $\geq 20$  mm

5. Carcinoma
6. Patología relevante no neoplásica
7. No concluyente
8. No aplicable

**Seguimiento:**

0. No seguimiento. FIT 10 años si  $< 60$  años en momento de cribado
- 0A. FIT en 5 años
1. Colonoscopia en 10 años
2. Colonoscopia en 5-10 años
3. Colonoscopia en 5 años
4. Colonoscopia 3 años
5. Colonoscopia 1-2 años
6. Colonoscopia  $< 1$  año
7. Seguimiento consulta especializada
8. No aplicable

## HALLAZGOS

Cada persona debe tener un hallazgo concluyente. Es decir, que en todos los casos que no sea definitiva la colonoscopia no se deben “cerrar” si no hay seguridad de que la confirmación diagnóstica de FIT ha concluido (se ha explorado adecuadamente todo el colon, con adecuada preparación y extirpado todas las lesiones). Es decir, el proceso de confirmación diagnóstica podría conllevar más de 1 colonoscopia.

Siempre se asignará la lesión más grave. Si hay discrepancia de tamaño entre endoscopista y patólogo se tomará como referencia el tamaño del informe de Anatomía Patológica salvo en pólipos fragmentados, que se utilizará el descrito en el informe de endoscopia.

En caso de no recuperación del pólipo tras la polipectomía se contabilizará según el tamaño descrito por el endoscopista para el cálculo del riesgo.

**0. Normalidad:** Específica en el informe de la colonoscopia que no se han encontrado hallazgos patológicos, o la existencia únicamente de hemorroides o divertículos. Se incluirán también los casos de melanos coli.

**1. Pólipos hiperplásicos:** Están descritos en el informe de Anatomía Patológica. Hay que descartar que haya cualquier componente adenomatoso y/o serrado.

**2. Adenomas de Bajo Riesgo (Lesiones no avanzadas):** (1-2 < 10 mm, adenoma tubular con displasia de bajo grado).

**3M. Adenomas de Riesgo Medio (Lesiones avanzadas):** Siempre que concurren *alguna* de estas circunstancias: De 3 a 4 adenomas, ó que uno de los adenomas sea de  $\geq 10$  mm y  $< 20$ mm, ó que tenga componente vellosa, o tubulo-vellosa, ó presencia de displasia de alto grado ó Pólipos serrados no hiperplásicos.

**3A<sub>1</sub>. Adenomas de Alto riesgo (Lesiones avanzadas):** lesión sésil o plana  $\geq 20$ mm sésil con resección fragmentada

**3A<sub>2</sub>. Adenomas de Alto riesgo (Lesiones avanzadas):** Más de 5 Adenomas, ó que mida alguno de ellos  $\geq 20$  mm.

**5. Carcinoma.** Lesión que invade la submucosa con diferente grado de infiltración en otras estructuras. Estos casos siempre requerirán estrecha vigilancia para su clasificación definitiva.

**6. Otras patologías:** Son hallazgos de la endoscopia relacionados generalmente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn). Requieren un seguimiento por especialista digestivo. Aquí se incluyen los casos con poliposis y aquellas entidades que requerirán de un estudio genético/hereditario.

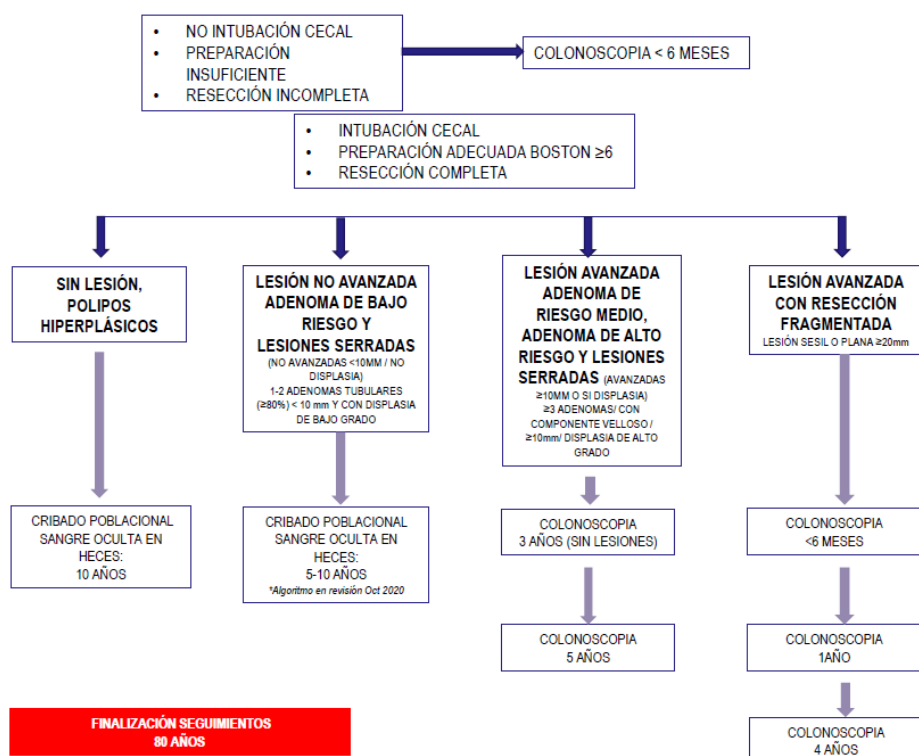
**7. No concluyente:** Persona con FIT positivo y que no tiene un diagnóstico definitivo, bien de colonoscopia o si se le ha realizado otra prueba y esta tampoco tiene un diagnóstico concluyente.

## OTRAS PRUEBAS

Cuando no se puede realizar la colonoscopia óptica por diversos motivos (patología basal del paciente, características del colon, etc) se puede realizar un TAC y más frecuentemente Colonoscopia Virtual. Ninguna de estas pruebas está considerada hasta el momento “gold standard”, por lo que, aunque no sea patológica, en un momento determinado precisará una prueba definitiva óptica.

## SEGUIMIENTO TRAS COLONOSCOPIA DE CRIBADO (Aprobado Red de Cribado SNS y red de Osakidetza)

### VIGILANCIA POLIPECTOMIA NOVIEMBRE 2020



Según resultado:

- 0. Normalidad:** exclusión del cribado hasta 10 años. Rutina de cribado FIT en 10 años.
  - 1. Nódulos hiperplásicos:** exclusión del cribado hasta 10 años. Rutina de cribado FIT en 10 años.
  - 2. Adenomas de Bajo riesgo (Adenomas no avanzados):** 1-2 lesiones adenomatosas tubulares con DGB y < 10mm. Repetición de FIT 5-10 años (*en revisión para su implantación en 2021*). Recibirá carta invitación del CCP.
  - 3. Adenomas de riesgo Medio (Lesiones avanzadas):** 3-4 adenomas o que uno de los adenomas sea  $\geq 10$  mm componente vellosa, presencia de DAG). Repetición de colonoscopia en 3 años.
  - 4. Adenomas de Alto riesgo 1 (Lesiones avanzadas):** Lesión sésil o plana  $\geq 20$ mm con **resección fragmentada**: seguimiento en Atención especializada y colonoscopia a los 6 meses siguientes.
  - 5. Adenomas de Alto riesgo 2 (Lesiones avanzadas):**  $\geq 5$  adenomas o que midan algunos de ellos  $\geq 20$  mm. Repetición de colonoscopia en 3 años.
- 6. Otras patologías que requieren valoración Digestivo:**
- (Enfermedad Inflamatoria Intestinal): consulta especializada.
  - Cualquier número de pólipos hiperplásicos proximales al colon sigmoideo en un paciente con un familiar de primer grado afecto con poliposis hiperplásica.
  - $>30$  pólipos hiperplásicos de cualquier tamaño distribuidos a lo largo del colon. Seguimiento individualizado.

## 7. Cáncer Colorrectal

## ANEXO VIII PROPUESTA PRIORIZACIÓN COLONOSCOPIAS OSAKIDETZA

Para facilitar la mejor gestión de las colonoscopias y que podamos realizar las colonoscopias de cribado, con evidencia demostrada de disminución de la incidencia y mortalidad por CRC se precisa poder adoptar algunos criterios propuestos por la AEG y la SEED (Webinar UEG 4 de junio 2020, Rodrigo Jover) y adaptado a Osakidetza.

Hemos estado trabajando con un grupo de trabajo de endoscopistas de toda la red de Osakidetza durante todo este semestre para mejorar la bidireccionalidad de la comunicación entre Digestivo-Atención Primaria-Digestivo a través de consultas no presenciales. En este momento en Osabide hay la posibilidad de realizar esta comunicación.

Por otra parte, estamos trabajando los documentos que están disponibles en el cribado y que es importante adaptar a los circuitos de cada OSI (p.e muchas no es preciso de forma rutinaria pruebas preoperatorias).

De todas formas, entendemos que hay un exceso de burocracia en Atención Primaria y algunos temas no resueltos:

- a) Preparación colonoscopia: Hay un check-list disponible para mejorar este tema en Osabide para consultad de Enfermería.
- b) Una propuesta que nos llegó de Atención Primaria es activar recordatorio SMS desde que se da la cita colono como recordatorio el día anterior.
- c) Los seguimientos: incertidumbre sobre todo en los que no son del cribado, se han realizado ya colono post-cribado y en antecedentes familiares. Actualmente en Osabide es posible mejorar esto y añadir recordatorio.

**La propuesta que se baraja para priorizar las colonoscopias es general**, para todas las colonoscopias, independientemente si se solicitan desde Atención Primaria o Atención Especializada.

Es posible en Osabide marcar prioridad, pero ante todo tenemos que **consensuar los criterios**, mejorar la toma de decisiones informada, es decir, tener en cuenta el balance beneficios-riesgo para las personas. Las colonoscopias no dejan de ser pruebas invasivas con riesgos que aumentan con la edad y la comorbilidad.

Actualmente las prioridades son Urgente, Preferente y Ordinaria. Proponemos estos nuevos criterios que permiten organizar mejor las derivaciones, y evitar seguimientos intensivos y/o inadecuación (estas había que evitar y dejarían agendas libres para 1-2-3).

### PRIORIDAD 1 - < 4 SEMANAS

- Sospecha de CRC o EII en imagen o examen físico
- Rectorragia asociada a sangre oscura y/o mezclada con las heces y/o pérdida de peso y/o cambio ritmo intestinal y/o ausencia de síntomas perianales.
- Anemia ferropénica > 50 años (en hombres, Hb < 11 g/dl; en mujeres, Hb < 10 g/dl)
- **FIT positivo – cribado ( $\geq 20 \mu\text{g Hb/g heces}$ )**
- FIT positivo – sintomáticos con otras manifestaciones ( $\geq 10 \mu\text{g Hb/g heces}$ )

## PRIORIDAD 2 - > 4 SEMANAS

- Ferropenia sin anemia con FIT negativo <10 10 µg Hb/g heces con síntomas persisten > 4 semanas
- Ferropenia y anemia en < 50 años con FIT negativo <10 10 µg Hb/g heces con síntomas persisten > 4 semanas
- Cambio ritmo intestinal < 50 años con FIT negativo <10 10 µg Hb/g heces con síntomas persisten > 4 semanas
- Evaluación después de diverticulitis aguda complicada
- Evaluación de diarrea crónica, dolor abdominal y otros síntomas digestivos no alarmantes con FIT negativo <10 10 µg Hb/g heces con síntomas persisten > 4 semanas

## PRIORIDAD 3 – POSIBILIDAD DE ADECUAR LA PROGRAMACIÓN (periodo ventana de 6 MESES)

- Vigilancia de cicatriz polipectomía
- Vigilancia de pacientes con CRC hereditario
- Vigilancia de pacientes con CRC
- Vigilancia de pacientes con EII
- Post-polipectomía en mala preparación, resección incompleta y/o resección fragmentada
- Cribado en familiares de CCR según algoritmo, síndromes hereditarios, síndromes polipósicos (Seguimos la Guía 2018).
- **Vigilancia post-polipectomía según algoritmo (Nuevo desde 1/10/2020)**

## PRIORIDAD 4 – SITUACIONES EN LAS QUE NO HAY QUE HACER (SUPONEN ENTRE EL 20-30% DE LAS COLONOSCOPIAS)

- Vigilancia post endoscópica intensiva (acortamiento de los plazos de seguimiento). Muchas de estas provienen de recomendaciones no adecuadas desde Digestivo, Cirugía, A Primaria). Aquí hay que invertir en mejorar esta comunicación bidireccional.
- **Colonoscopias en historia familiar de CCR (no adecuación a criterio).** Si seguimos la GPC 2018, lo primero es descartar cáncer hereditario y/o poliposis asociada. En el caso de  $\geq 2$  FPG se recomienda colonoscopia cada 5 años (inicio a los 40 o 10 años antes del caso índice más joven en los demás casos (1 FPG, 2FSG y FTG) cribado poblacional (inicio a los 50 años). En caso de duda: consulta no presencial Digestivo.
- Vigilancia endoscópica en personas con FIT negativo. Cada año excluimos antes de invitar al cribado a unas 15.000 personas que tienen previamente un FIT negativo, pero se han hecho una colonoscopia antes de la siguiente invitación. Por su alarmante frecuencia y **en ausencia de síntomas de alarma (prioridad 1-2): no se debería indicar una colonoscopia a personas que tienen un FIT negativo en la invitación previa del cribado.**
- Vigilancia post-diverticulitis aguda. Dado que la evidencia científica desaconseja estas colonoscopias e rutina y ante la dificultad de valoración en muchas ocasiones por Atención Primaria, se debería solicitar una consulta no presencial con Digestivo para valorar cada caso.

- FIT positivo: resultado colono normal o Adenoma no avanzado. **Les invitaremos desde el cribado. (Algoritmo)**
- Vigilancia en personas con una expectativa de vida < 10 años (80 años) y/o alta comorbilidad. Aunque es un punto controvertido la edad, es importante tener en cuenta el balance beneficio-riesgo. **Tampoco pedir una SOH salvo que cumpla criterios.**

*Versión 1.12.2020*

**Elaborado por:** Isabel Portillo, Isabel Idigoras, Isabel Bilbao. Programa de Cribado de CCR de Euskadi

**Revisado Por:** Joaquín Cubiella, Luis Bujanda, Franscesc Balaguer, Rodrigo Jover. AEG.SEED

**Actualizado por los Grupos de Trabajo de Endoscopia País Vasco y Atención Primaria (2020)**

## CRITERIOS DE ACTUACIÓN Y DERIVACIÓN A CONSULTAS DE DIGESTIVO EN LOS CASOS DE ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER COLORRECTAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Desde el grupo de Endoscopia de Osakidetza que asesora al Programa de Cáncer Colorrectal, se han elaborado y consensado los criterios de actuación para la atención y derivación de personas con sospecha de Alto Riesgo de Cáncer Colorrectal por Antecedentes Familiares.

Siguiendo estos criterios, se realizará una Consulta No Presencial a Especializada de Digestivo de las Consultas Externas Extrahospitalarias, para su valoración, asesoramiento y derivación según criterios a Consultas de Alto Riesgo Hospitalarias (CAR).

Desde las CAR se evaluará cada paciente y su riesgo, descartando el componente hereditario siguiendo las recomendaciones basadas en la evidencia disponible. Se informará y asesorará al paciente indicándole el seguimiento (Consultas de Digestivo y/o Atención Primaria, Cribado Poblacional), que constará y estará disponible en Osabide.

### 1. Derivación a Consultas de Digestivo Extrahospitalarias (consulta no presencial)

A) Persona sin antecedentes personales de CCR que tiene un FPG (padre/madre, hermano/a, hijo/a) con:

- CCR < 50 años
- CCR sincrónico o metacrónico
- CCR y CE \* sincrónico o metacrónico
- CCR y > 10 pólipos

B) Persona sin antecedente personal de CCR que consulta porque en su familia hay 2 personas que son FPG entre sí (padre/madre - hijo/a, hermano/a - hermano/a) con:

- CCR ambas
- CCR una y otra C Endometrio (CE)\*
- CCR una y otra > 10 pólipos

Y además la persona que nos consulta debe ser FPG (padre/madre, hermano/a, hijo/a) de al menos uno de los 2 anteriores

\*Al ser el CE el 2º tumor más frecuente en síndrome de Lynch (= causa más frecuente de síndrome hereditario de CCR)

### 2. Derivación de Consulta de Digestivo Extrahospitalaria a Consulta de Alto Riesgo (Presencial)

La prevención secundaria de CCR se realizará de la siguiente manera:

Colonoscopia cada 5 años a partir de los 40 años en:

- Personas sin CCR con 1 FPG con CCR < 50 años
- Personas sin CCR en cuya familia hay 2 personas con CCR que son FPG entre sí (padre/madre-hijo/a, hermano/a-hermano/a), y dicha persona sin CCR es FPG de al menos uno de los 2 (padre/madre, hermano/a, hijo/a)

La participación en el cribado poblacional de CCR en:

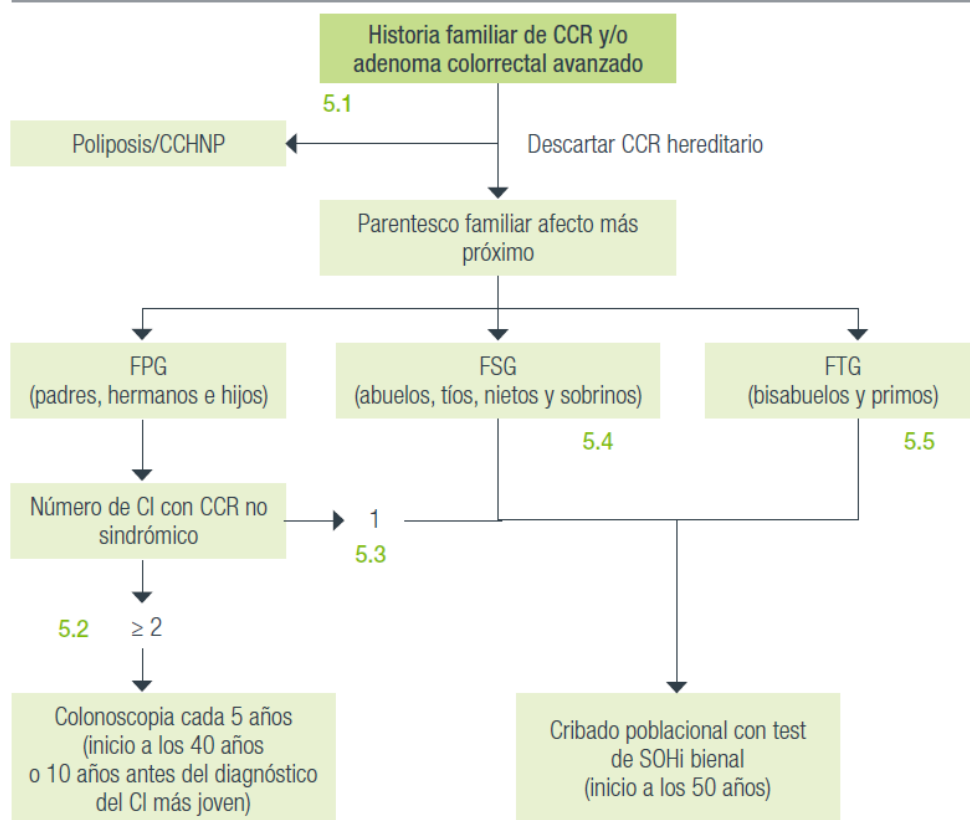
- Personas sin CCR con 1 FPG con CCR > 50 años

Las personas sin CCR con FSG (abuelo/a, tío/a, sobrino/a) y FTG (bisabuelos, tíos-abuelos, primos) con CCR participarán en el cribado poblacional de CCR.

Insistir en las medidas de prevención primaria de CCR, pues las familias a menudo comparten factores de riesgo de CCR no hereditario, importantes en la aparición de nuevos casos de CCR en una misma familia\*\*

(evitar tabaco, exceso de OH, sobrepeso, sedentarismo/ fomentar dieta mediterránea y ejercicio físico regular) \*\*.

#### ALGORITMO 5 ESTRATEGIA DE CRIBADO EN EL CÁNCER COLORRECTAL FAMILIAR



CCHNP: cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis; CCR: cáncer colorrectal; CI: casos índice; FPG: familiares de primer grado; FSG: familiares de segundo grado; FTG: familiares de tercer grado; SOHi: sangre oculta en las heces inmunológico. Elaboración propia de los autores.

## CONSIDERACIONES

Los criterios clínicos de derivación buscan identificar sujetos sin CCR en riesgo de tener un síndrome hereditario por su historia familiar. Se han seleccionado por consenso entre los Servicios de Genética, Anatomía-Patológica y Aparato Digestivo del hospital de Basurto, a partir de la bibliografía previa. Las guías de práctica clínica se limitan al ámbito europeo, tal como se acordó en la última reunión

Se ha intentado simplificar los criterios, escogiendo los más significativos, para poder ser aplicables por profesionales de Atención Primaria en la práctica clínica diaria.

Son conocidas las limitaciones de los criterios clínicos de sospecha para identificar síndromes hereditarios de CCR, en especial el más común, el síndrome de Lynch.

Por ello se recomienda la implementación del cribado del síndrome de Lynch en los CCR y CE incidentes en todos los hospitales. Idealmente se debería aplicar a todos los CCR y CE (cribado universal), pero reconocemos que la carga de trabajo y recursos que supone, sobre todo para los servicios de Anatomía Patológica, puede no ser asumible en todos los hospitales.

Teniendo en cuenta la significativa proporción de casos no identificados de limitarse en exceso la edad de cribado, y a la vez lograr un equilibrio con la capacidad asistencial disponible en cada hospital, sería deseable al menos extender la edad de cribado de síndrome de Lynch hasta los 70 años.

En el hospital de Basurto hemos consensuado extenderlo hasta los 80 años. En un reciente estudio americano con este punto de corte pérdida de 1,6 % de casos.

Este protocolo está sujeto a revisión basado en la evidencia disponible y el consenso alcanzado en la Red de Osakidetza

## ANEXO X

## VARIABLES DEL PROGRAMA

NOMBRE VARIABLE	DESCRIPCION	VALORES
<b>DATOS PERSONALES</b>	Nombre	Texto
	Apellido 1	Texto
	Apellido 2	Texto
	CIC	Cadena
	TIS	Cadena
	DNI	Cadena
	Fecha de Nacimiento	Fecha
	Sexo	0 Hombre 1 Mujer
<b>DATOS POSTALES</b>	Calle	Texto
	Portal	General
	Bis	
	Bloque	
	Escalera	
	Piso	
	Puerta	
	C.P.	
	Teléfono	
	Provincia	
	Municipio	
	Localidad	
<b>UBICACIÓN SANITARIA</b>	Comarca	Códigos Osabide
	Código Médico AP	Códigos Osabide
	Nombre del Médico AP	Osabide
	Centro de Salud	Códigos Osabide
<b>ENVIO DE CARTAS</b>	Carta de Excluidos	Fecha de Carga
	Carta Informativa + Folleto	Rango de edad: 0. 50-54 años 1. 55-59 años 2. 60-64 años

		3. 65-69 años 4. >69
	Carta Instrucciones + Kit	Fecha
	Pendiente envió de Kit	Fecha
	Recuerdo entrega de Kit	Fecha
	Resultado positivo FIT	Fecha
	Resultado negativo FIT	Fecha
	Resultado error FIT	Fecha
	Resultado negativo Colonoscopia	Fecha
<b>Participación</b>		
<b>Entrega/Proceso FIT</b>	Envió del Kit	Fecha
	Recepción de la muestra	Fecha
	Resultado FIT	Fecha
	Resultado FIT	Positivo/Negativo/Error
	Valor FIT	(Ng./ml)
	Definitivo	Si/No
<b>Colonoscopia</b>		
	Realización/Inasistencia/Cancelación	Fecha
	Registro de la cita	Fecha
	Cita	Fecha
<b>Resultado de la Colonoscopia</b>		
	Diagnostico definitivo	Si/No
	Centro Hospitalario	Código Osabide
	Endoscopia	Fecha
	Extensión de la exploración	Completa/ Incompleta/ No Aplicable
	Duración de la exploración	(minutos)
		Adecuada/Regular/Mala/No Aplicable

	<p>Calidad de la preparación</p> <p>Sedación/Analgesia</p> <p>Complicaciones (no excluyentes)</p> <p>Hallazgos</p> <p>Seguimiento</p>	<p>No sedación/ S. Profunda /Superficial /No Aplicable</p> <p>1. No</p> <p>2. Muerte</p> <p>3. No Aplicable</p> <p>4. Síndrome post-polipectomía</p> <p>5. Hemorragia: ingreso/ transfusión</p> <p>6.Perforación: intervención quirúrgica/ tratamiento conservador</p> <p>7. Sedación:</p> <p>- leves: Alteración ritmo cardiaco, Depresión respiratoria, Intolerancia, Vómito. Otros</p> <p>- graves: Asistolia, Anafilaxia, Desaturación, Broncoaspiración, Otros,</p> <p>0. Normal/Hallazgos no Relevantes.</p> <p>1. Pólipos no Neoplásicos</p> <p>2. Adenomas de Bajo Riesgo</p> <p>3M. Adenomas de Riesgo Medio</p> <p>3A Adenomas de Alto riesgo</p> <p>5. Carcinoma</p> <p>6. Relevante no Neoplásica</p> <p>7. No Concluyente</p> <p>8. No Aplicable</p> <p>0. No seguimiento/FIT en 10 años &lt; 60 años</p> <p>0A. Colonoscopia/FIT en 5 años</p> <p>1. Colonoscopia en 10 años</p> <p>2. Colonoscopia en 5-10 años</p> <p>3. Colonoscopia en 5 años</p> <p>4. Colonoscopia en 3 años</p> <p>5. Colonoscopia en 1-2 años</p> <p>6. Colonoscopia en &lt; 1 año</p> <p>7. Consulta Especializada</p> <p>8. No Aplicable</p> <p>Fecha</p>
--	---	---

		Número
		Código SNOMED
	Realización	
	Biopsia	Si/No
	Valor	Código Osabide
		Fecha
	Diagnóstico definitivo	Colonoscopia virtual / Enema Opaco / TAC / Otros
	Centro	
	Prueba	Normal / Patológico / No Concluyente
	Tipo	
	Resultado	
	Tamaño	Alfanumérico
		Alfanumérico
	Topografía	Alfanumérico
	Morfología	Alfanumérico
	T	Alfanumérico
	M	0/I/IIA/IIB/IIC/IIIA/IIIB/IIIC/IVA/IVB /No determinado o no indicado
	N	
	Estadio	Bien / Moderado / Poco o mal / Indiferenciado o Anaplásico / No determinado o no indicado
	Grado de Diferenciación	
<b>Anatomía Patológica</b>		
		Patológica si/no
<b>Colonoscopia Virtual</b>		
	Si colonoscopia no concluyente	Fecha
<b>Seguimiento de las lesiones en caso 5. Carcinoma</b>		
	Primer Tratamiento	Sin tratamiento / Cirugía / Quimioterapia / Radioterapia / Endoscópico Radical / Otras Terapias / Sintomático
	Tipo de Tratamiento	Código Osabide
		SI/NO

<b>Pólipos</b>	Centro Hospitalario  Tratamiento coadyuvante  Número Recuperados Tamaño Localización Clasificación Paris Histología Grado de displasia Resección en bloque o fragmentada	
----------------	---	--

## Indicadores de Evaluación

### Indicadores de evaluación estructura

Indicador	Algoritmo	Fuente de información
% profesionales informados	Nº profesionales que han participado en al menos 1 sesión/Nº profesionales Unidad/CS/Servicio	Plantilla Registro asistencia
% recursos dedicados al programa Humanos, equipamientos, materiales	Nº recursos dedicados al programa/recursos previstos	Contratación Dirección RRHH

### Indicadores de proceso

Indicador	Algoritmo	Fuente de información
% de invitaciones válidas	Población / Población elegible	Devoluciones correos Notificaciones
% test procesados válidos	Población con FIT definitivo (positivo o negativo) / Número de personas que hayan entregado el Kit	Gestlab incidencias
% Personas con resultados FIT Positivos	Nº de personas con resultados FIT Positivos / Nº de personas con FIT definitivo	Gestlab
Nº colonoscopias realizadas total	Nº colonoscopias realizadas total en el programa	Osabide
% Tasa de colonoscopias	Nº colonoscopias realizadas total/ Nº colonoscopias realizadas a participantes con FIT (+) como último resultado * 100	Osabide
% Colonoscopias según resultados:	Nº personas con colonoscopia según resultado más grave/ Nº personas con colono realizada y FIT (+) * 100	Osabide /Integra SNOMED
% colonoscopias completas	Nº colonoscopias realizadas que alcanza ciego/nº colonoscopias realizadas total en el programa * 100	Osabide /Integra
% Complicaciones	Nº colonos con cualquier complicación/Nº colonos realizadas en el sigma* 100	Osabide /Integra
% Colonoscopias por tipo de Complicación (hemorragia/perforación/muerte/otras)	Nº colonos con complicaciones según tipo/nº colonoscopias realizadas total en el programa * 100	Osabide /Integra
% personas en seguimiento según hallazgo	% personas en seguimiento hallazgo/personas con colonoscopia realizada * 100	Osabide /Integra

## Indicadores de organización

Indicador	Algoritmo	Fuente de información
% Participantes > 10 días en envío resultado	Nº participantes con Fecha envío resultado-Fecha carta >10 días/total de participantes	Osabide Programa PCCR
% Participantes > 28 días en realización colonoscopia	No participantes con Fecha realización 1ª colonoscopia-Fecha Contacto MAP >28 días/total participantes con fecha de realización 1ª colonoscopia tras un FIT positivo	Osabide
% Participantes con hallazgo endoscópico Cáncer Colorrectal (código 5 de PCCR) con > a 30 días de inicio de tratamiento	Nº de casos con Fecha 1er tratamiento-Fecha colonoscopia (hallazgo 5) > a 30 días / Nº total de participantes con hallazgo CCR (código PCCR 5)	Osabide
Demoras (P25, Mediana, y P75) entre FIT (+) y 1er Tto. CCR	Nº de días de demora/participante en percentiles	Programa CCR

### Demoras (p25, mediana y p75) entre FIT+ y primer tratamiento CCR

	P25	P50	P75
Días Demora Diagnóstico			
Días Demora Tratamiento			
Días Demora Total			

**ANEXO XI      CRITERIOS DE CALIDAD DEL PROGRAMA  
(EUROPEAN COMMISSION, 2010)**

<b>Indicador</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Deseable</b>
Invitación	95%	>95%
Tasa de participación	>45%	>65%
Tasa de FIT inadecuado	<3%	<1%
Tiempo entre la realización del test y la recepción del resultado	>90% menos 15 días	
Tasa de indicación de colonoscopia	90%	>95%
Tiempo desde diagnóstico FIT (+) hasta la colonoscopia	>90% menos 31 días	>95% menos de 31 días
Tasa de colonoscopia completa	>90%	>95%
Intervalo de tiempo entre colonoscopia definitiva y tratamiento	>95% menos de 31 días	
Numero de procedimientos que deberían realizar los endoscopistas que pertenecen al programa de cribado de CCR	300	>300
Porcentaje de biopsias y lesiones identificadas en el programa que deben ser informadas según formato	>90%	
Tasa de identificación de displasia de alto grado de neoplasia (AAR) registrada por patología en la colonoscopia del programa de cribado	<5%	
Tasa de identificación de displasia de alto grado de neoplasia (AAR) registrada por patología en el programa de cribado	<10%	

## ANEXO XII PROCEDIMIENTO DE SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN

### Previo:

1. Elaboración de carteles para distribuir por los Centros de Salud
2. Elaboración de folletos con las características del programa y las pruebas que comporta que se distribuirán por correo a las personas participantes y estarán disponibles en los centros de salud.
3. Internet. La misma información de los folletos y una aplicación de la misma estará disponible en Internet [Cáncer colorrectal - Osasun Eskola \(euskadi.eus\)](http://Cáncer colorrectal - Osasun Eskola (euskadi.eus))
4. Teléfono de información gratuito para público y profesionales. **900 840 070 con contestador.**
5. Cuenta de correo electrónico para comunicación y resolución de dudas [prevencionccr@osakidetza.eus](mailto:prevencionccr@osakidetza.eus)
6. Realización de presentación para los profesionales implicados explicando las características del programa, circuitos y protocolos. Al menos 1 con responsables y 1 por CS y hospital de referencia en la que se dirigirá a todos los implicados (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, administrativos y las personas que se consideren oportunas).

### Formación

#### OBJETIVOS.

##### Objetivo Estratégico

Que los profesionales de las distintas Unidades de Atención Primaria y de los Centros de referencia hospitalarios conozcan el Programa de Detección Precoz de cáncer colorrectal y de los resultados obtenidos, con el objetivo de planificar las acciones necesarias para su desarrollo y conseguir su implicación en la puesta en marcha y seguimiento del mismo.

##### Objetivos específicos

#### Conocer:

- Las bases epidemiológicas del cáncer colorrectal
- Circuitos creados para el PCCR, validos.
  - Circuitos de recepción y procesado de muestras FIT
  - Gestión de resultados en los casos de FIT+:
    - Consentimiento Informado,
    - Datos de Historia Clínica: Medicación habitual (anticoagulantes, antiagregantes), antecedentes personales y familiares,
    - Preoperatorio si procede.
  - Preparación para la colonoscopia
  - Gestión de resultados de colonoscopia: Clasificación de hallazgos y seguimiento de lesiones.

**Desarrollar:** Habilidades para la puesta en marcha y seguimiento del Programa para asegurar la participación de la población y la gestión adecuada de los casos positivos.

**Implicar** a los profesionales en la monitorización y evaluación del Programa para garantizar la calidad.

**Implicar** a los profesionales en áreas de mejora, evaluación e investigación para fomentar las buenas prácticas y los conocimientos en la prevención del cáncer colorrectal.

### **Desarrollo de la Formación:**

- 1.- Epidemiología, fundamentación del Programa. Proceso y resultados obtenidos.
- 2.- Manejo de muestras, gestión de casos positivos y derivación a colonoscopia. Preparación de la colonoscopia.
- 3.- Exposición de los resultados por UAP y Organización de Servicios. Comparativo por edad y sexo.
- 4.- Planificación invitaciones en la UAP.

### **Metodología de la Formación:**

- Exposiciones teóricas
- Uso de Power-Point, videos y documentación del Programa
- Reuniones por zoom/presenciales

<b>CARTAS TIPO</b>	
<a href="#">n11_04</a>	CARTA RESULTADO NEGATIVO
<a href="#">n11_06</a>	CARTA ERROR
<a href="#">n11_08</a>	CARTA COLONOSCOPIA NEGATIVA ULTIMA PARTICIPACION
<a href="#">n11_09</a>	CARTA COLONOSCOPIA NEGATIVA
<a href="#">n11_13</a>	CARTA EXCLUIDOS
<a href="#">n11_14</a>	CARTA DE DIRECCION INCORRECTA
<a href="#">n11_15</a>	CARTA INVITACIÓN ABR
<a href="#">n11_16</a>	CARTA INVITACIÓN COLONOSCOPIA NEGATIVA
<a href="#">n11_17</a>	CARTA DE RECUERDO
<a href="#">n11_25</a>	CARTA KIT HOMBRES
<a href="#">n11_26</a>	CARTA KIT MUJERES
<a href="#">n11_35</a>	CARTA RESULTADO. POSITIVO HOMBRES
<a href="#">n11_36</a>	CARTA RESULTADO. POSITIVO MUJERES
<a href="#">n11_03</a>	CARTA INVITACIÓN NO PARTICIPANTES EN 2 INVITACIONES

## N11\_35 CARTA RESULTADO POSITIVO



Financiado por la Unión Europea  
Europako Batasunak Finantzatu  
NextGenerationEU



MINISTERIO  
DE SANIDAD

**TR** Berreskuratze,  
Eraldaketa eta  
Erresiliencia  
Plana



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAIA  
DEPARTAMENTO DE SALUD

Jaun hori:

Eskerrak eman nahi dizkizugu Kolon eta Ondesteko Minbizia Prebenitzeko Programan parte hartu izanagatik. Osakidetza eta Osasun Saila gauzatzen ari dira programa.

Gorozkietan odol ezkutua detektatzeko probaren emaitza **POSITIBOA** izan da. Hau da, odola aurkitu dugu gorozkien laginean.

Odoluste horren arrazoiak egiaztatzeko, **kolonoskopia** bat egin behar da.

**Joan Lehen Mailako Arretako medikuarengana.** Emaitza eta jarraitu beharreko urratsak jakinaraziko dizkizu.

**Programako datuen arabera, 10 gizonetik 5i detektatuko zaio gaiztatu aurreko lesioa edo lesioa gaiztoa, eta goiz diagnostikatu eta tratatuko zaio.**

Programari buruzko informazio guztia webgune honetan dago eskuragarri:



Zalantzarik baduzu, jarri harremanetan Programarekin **900 840 070** telefonoan edo **prevencionccr@osakidetza.eus** helbidearen bidez.

Agur bero bat.

Estimado Sr:

Le agradecemos su participación en el Programa de Prevención de cáncer de Colon y Recto que lleva a cabo Osakidetza y el Departamento de Salud.

El resultado de la prueba para detectar sangre oculta en heces ha sido **POSITIVO**. Es decir, se ha encontrado sangre en su muestra de heces.

Para comprobar los motivos de este sangrado, es necesario realizar una **colonoscopia**.

Le indicamos **que acuda a su Médico de Atención Primaria** quien le informará de su resultado y de los pasos a seguir.

**Según los datos del Programa, en 5 de cada 10 con resultado positivo, se detectará una lesión pre-maligna o maligna que será diagnosticada y tratada de forma precoz.**

La información completa del Programa está disponible en la página web:



Si tiene alguna duda, póngase en contacto con el Programa: **900 840 070** o por correo electrónico **prevencionccr@osakidetza.eus**

Reciba un cordial saludo,

Iz/Fdo.: Isabel Portillo Villares  
Kolon eta Ondesteko Minbizia Prebenitzeko Programaren Koordinatzailea  
Coordinadora del Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal

\*Kanpaina hau Europar Batasunaren Berreskuratze Tresnak (NextGenerationEU) finantzatu du.

Datuak babesteari buruzko oinarriko informazioa: Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza - Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, zeregin bat betetzeko interes publikoaren izenean edo tratamenduaren arduradunari esleitutako ahal publikoak gauzatzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

\*Esta campaña ha sido financiada por la Unión Europea - NextGenerationEU.

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza - Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencial, conforme al cumplimiento de una misión realizada en interés público de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y del personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

## N11\_06 CARTA RESULTADO ERROR



Financiado por la Unión Europea  
Europako Batasunak Finantzatua  
NextGenerationEU



MINISTERIO  
DE SANIDAD



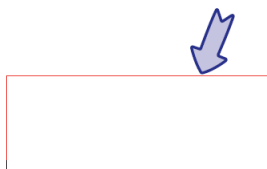
Berreskuratze,  
Eraldaketa eta  
Erresilientzia  
Plana



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO  
OSAKUN SAIA  
DEPARTAMENTO DE SALUD



Jaun/Andre hori:

— Zuregana jotzen dugu berriz ere Kolon eta Ondesteko Minbizia Prebenitzeko Programatik. Osakidetza eta Osasun Saia gauzatzen ari dira programa.

Jakinarazten dizugu gorozkietan odol ezkutua detektatzeko proba **EZ DELA BALIOZKOA IZAN**, beraz, **proba errepikatzea** gomendatzen dizugu.

Berrito bidaliko dizugu **materiala jarraibideekin**.

Gogoratu:

- Ireki hodia honekin batera doazen jarraibideak kontuan izanik.
- Bildu gorozki kopuru txiki bat bakarrik.
- Itsatsi etiketa hodiaren alde lauan.
- Gehienez 3 egunez utz dezakezu hozkailuan, momentuan entregatu ezin baduzu.

Programari buruzko informazio guztia webgune honetan dago eskuragarri:



— Zalantzarik baduzu, jarri harremanetan Programarekin **900 840 070** telefonoan edo **prevencionccr@osakidetza.eus** helbidearen bidez.

Agur bero bat.

Estimado/a Sr/a

Nos dirigimos nuevamente a usted desde el Programa de Prevención de Cáncer de Colon y Recto que lleva a cabo Osakidetza y el Departamento de Salud.

Le informamos que **el resultado de la prueba de sangre oculta en heces NO HA SIDO VALIDO**, por lo que le recomendamos **repetir la prueba**.

Le volvemos a enviar el **material con las instrucciones**.

Recuerde:

- Abra el tubo siguiendo las instrucciones que le adjuntamos.
- Recoja únicamente una pequeña cantidad de heces.
- Pegue la etiqueta en la parte plana del tubo.
- Puede dejarlo en su frigorífico un máximo de 3 días, si no puede entregarlo al momento.

La información completa del Programa está disponible en la página web:



Si tiene alguna duda, póngase en contacto con el Programa: **900 840 070** o por correo electrónico **prevencionccr@osakidetza.eus**

Reciba un cordial saludo,

Iz/Fdo.: Isabel Portillo Villares  
Kolon eta Ondesteko Minbizia Prebenitzeko Programaren Koordinatzailea  
Coordinadora del Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal

\*Kanpaina hau Europar Batasunaren Berreskuratze Tresnak (NextGenerationEU) finantzatu du.

Datuak babestean buruzko oinarriko informazioa: Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, zeregin bat betetzeko interes publikoaren izenean edo tratamenduaren arduradunari esleitutako ahal publikoak gauzatzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saia, GSI, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza lanegile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

\*Esta campaña ha sido financiada por la Unión Europea - NextGenerationEU.

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLÍNICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencial, conforme al cumplimiento de una misión realizada en interés público de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y del personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

## Formatos SMS

### SMS INVITACION CON KIT

Fecha Nac:xx/xx/xxxx sexo:x

Próximamente recibirá un kit para participar en el Programa de prevención de Cáncer colorrectal

Más info <https://www.osakidetza.euskadi.eus/colorrectal/>

Jaioteguna:xxxx/xx/xx sexua: x

Laster, Koloneko eta Ondesteko Minbizia Prebenitzeko Programan parte hartzeko kit bat jasoko duzu.

Info gehiago: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/minbizia-gaixotasuna/-/kolon-eta-ondesteko-minbizia/>

### SMS DIRECCION DESCONOCIDA

Fecha Nac:xx/xx/xxxx sexo:x

Por dirección desconocida su invitación al Programa de prevención de Cáncer colorrectal ha sido devuelta. Le enviamos de nuevo el material para participar. Actualice sus datos en su Centro de Salud

Más info <https://www.osakidetza.euskadi.eus/colorrectal/>

Jaioteguna:xxxx/xx/xx sexua: x

Zure helbidea zuzena ez zenez, itzuli digute Koloneko eta Ondesteko Minbizia Prebenitzeko Programan parte hartzeko bidali genizun gonbidapena.

Info gehiago: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/minbizia-gaixotasuna/-/kolon-eta-ondesteko-minbizia/>

### SMS RESULTADO FIT NEGATIVO/POSITIVO

Fecha Nac:xx/xx/xxxx sexo:x

El resultado del test de sangre oculta en heces ha sido NEGATIVO/POSITIVO

Más info <https://www.osakidetza.euskadi.eus/colorrectal/>

Jaioteguna:xxxx/xx/xx sexua: x

Gorzkietan odol ezkutua detektatzeko probaren emaitza NEGATIBOA izan da.

Info gehiago: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/minbizia-gaixotasuna/-/kolon-eta-ondesteko-minbizia/>

### PERSONAS NO TIS

Hay personas que siendo no TIS recibirán la invitación del programa ya que sus datos puede que no estén actualizados. Estos usuarios llamarán al centro coordinador y se les dará de alta como paciente NO TIS, previa comprobación de si han pasado 18 meses desde la última participación, si es que la hubiese.

- En caso de NO tener TIS y no estar incluida por esta circunstancia se registrará su nombre y apellidos, fecha de nacimiento, DNI y domicilio para el registro de personas “NO TIS” en el CCP, que se pondrá en contacto con las personas para su invitación.
- Personas que siendo NO TIS se enteran de la existencia del programa y llaman para darse de alta en el programa. Para lo cual se les envía formulario por mail.
- Las muestras se analizarán en el Hospital de Cruces.
- Los resultados se comunican por carta. La gestión de los casos positivos debe realizarse en la sanidad privada.

Tras la última reunión mantenida en noviembre de 2019 entre el Centro Coordinador de CCR y el grupo de trabajo de anatomía patológica se decidió la incorporación a este programa del **LIBRO BLANCO DE ANATOMIA PATOGICA EN ESPAÑA 2017**, “Recomendaciones del Club de Patología Digestiva de la SEAP”:

**“Libro blanco de La anatomía patológica en España 2017”**

*Sociedad Española de Anatomía Patológica. International Academy of Pathology*

*5ª edición (2017) URL: [www.seap.es/libros-blancos](http://www.seap.es/libros-blancos) ISBN 978-84-697-3704-0*

I. Listado de verificación del material e información sobre la

Polipectomía, a facilitar por endoscopia digestiva anatomía patológica

ii. Listado de verificación del contenido del informe anatomo-patológico

iii. Listado de verificación del contenido del informe anatomo-patológico del pólipo de colon malignizado extirpado mediante polipectomía endoscópica

- **Nivel de infiltración del adenocarcinoma para pólipos sésiles y pediculados:**
- **Tumor budding (células tumorales aisladas o nidos de <4 células tumorales en el margen infiltrante del tumor)** (basado en \*Pai RK Mod Pathol 2017)