

# Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de las Islas Baleares

**GUÍA FUNCIONAL 2015**



**Govern  
de les Illes Balears**

Conselleria de Salut  
Direcció General  
de Salut Pública i Consum



Programa de  
detecció precoç  
de càncer de  
còlon i recte de  
les Illes Balears



Col·legi Oficial de  
Farmacèutics de les Illes Balears



PROVISIONAL

*Esta guía se propone ser un documento de apoyo para los profesionales sanitarios implicados en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de las Islas Baleares y ofrecer un resumen conciso de la importancia de realizar el cribado de CCR, su funcionamiento y organización. El Programa de detección Precoz del CCR está unificado para toda la Comunidad de las Islas Baleares.*

**ISBN:**

## AUTORES

---

Queimadelos Carmona, Milagros  
Jefe de Servicio  
Servicio de Prevención de la Enfermedad  
DG Salud Pública y Consumo

García Bonafé, M<sup>a</sup> Magdalena  
Servicio de Prevención de la Enfermedad  
DG Salud Pública y Consumo

Jiménez Piña, Sergio  
Servicio de Prevención de la Enfermedad  
DG Salud Pública y Consumo

Sánchez-Contador Escudero, M. Carmen  
Coordinadora Autonómica  
Programa de detección precoz de cáncer de mama  
Servicio de Prevención de la Enfermedad  
DG Salud Pública y Consumo

Tornil Culat, Jaume  
Oficina Tècnica del Programa  
Servicio de Prevención de la Enfermedad  
DG Salud Pública y Consumo

## AGRADECIMIENTOS

---

Santiso Martínez, Luís Rafael  
Director General Salut Pública i Consum

Borrás Rosselló, M. Isabel  
Cap de Departament  
DG Salut Pública i Consum

PROVISIONAL

## PRESENTACIÓN DEL CONSELLER

Las enfermedades neoplásicas constituyen una de las primeras causas de muerte en los países desarrollados. En España el cáncer colorrectal ocupa el segundo lugar en causa de muerte en hombres y mujeres, por detrás del cáncer de pulmón y de mama. En las Illes Balears se diagnostican más de 700 casos de cáncer de colon al año, con una incidencia superior al 80% en edades por encima de los 65 años ocasionando alrededor de 300 muertes anuales.

Por esto y siguiendo las indicaciones del Consejo de la Unión Europea y los objetivos marcados por la Estrategia del Cáncer del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad (2009) la Consejería de Salud ha decidido la implantación del Programa de Prevención de Cáncer de Colon y Recto y ponerlo en marcha en enero de 2015. Se llevará a cabo en dos fases y se iniciará en tres sectores sanitarios para finalizar la cobertura de la población diana (231.690 personas) en 2018.

Este libro **“PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO: ISLAS BALEARES”** quiere ser una guía informativa para dar a conocer los primeros pasos de este programa a todos los profesionales implicados en su puesta en marcha y su prolongación en el futuro.

Quisiera aprovechar para agradecer la colaboración de los profesionales de Salud Pública, Farmacéuticos, Atención Primaria y Atención Especializada que han hecho posible que en nuestra Comunidad podamos contar con este programa de prevención; sin olvidar a los ciudadanos que decidan confiar en nosotros.

## **PRÓLOGO DEL DIRECTOR GENERAL**

---

Se pone en marcha en les Illes Balears el Programa de detección precoz de cáncer de colon y recto, que, en la primera fase cubrirá los sectores sanitarios de Tramuntana, en Mallorca, Menorca, Eivissa y Formentera. Posteriormente se incorporarán los restantes sectores sanitarios de Mallorca.

Detectar el cáncer colorrectal de forma precoz, en el grupo de edad de 50 a 69 años, mediante la detección de sangre oculta en heces, permite reducir la mortalidad entre el 15% y el 33% y el número de casos nuevos entre el 17% y el 20%.

La determinación de sangre oculta en heces es una prueba sencilla. La muestra se toma en casa en un tubo colector que luego se entrega en los Centros de Salud. En un laboratorio se analiza si en una muestra de heces hay sangre. Si el resultado de la prueba es negativo se repite cada dos años. Si es positivo se ofrece la posibilidad de realizar una colonoscopia. El resultado es positivo en un 6% de las muestras analizadas. Se detecta cáncer en un 10% de colonoscopias realizadas.

El Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal de las Illes Balears dispone de una oficina técnica en la Dirección General de Salud Pública y Consumo. La oficina técnica coordina todo el Programa y pone a disposición de la población la página web <http://infocolon.caib.es>, el correo electrónico [infocolon@caib.es](mailto:infocolon@caib.es) y el teléfono de atención gratuito 900 102 560.

En cuanto al proceso, se inicia con la recepción de una carta en la que se presenta el Programa, previa a una segunda carta en la que se invita a la población diana a participar. Con la segunda carta hay que acudir a una oficina de farmacia colaboradora para recoger el tubo colector de la muestra. En casa se recoge la muestra y, posteriormente, se entrega en cualquiera de los Centros de Salud que los remite al laboratorio para su análisis. En unas 2 semanas se conocen los resultados de la prueba.

La colaboración de las oficinas de farmacia en este Programa es fundamental ya que como agentes de salud proporcionan una adecuada información.

El documento que aquí se presenta explica cómo se implementará el Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal en el ámbito de la comunidad de las Illes Balears.

**SIGLAS**

AP	ATENCIÓN PRIMARIA
CCOLO -	CARTA COLONOSCOPIA -
CCR	CÁNCER COLORRECTAL
CIAP	CARTA DE INVITACIÓN A PARTICIPAR
CIN	CARTA INCIDENCIA
CP	CARTA DE PRESENTACIÓN
CR	CARTA DE REINVITACIÓN
CRR	CARTA RECORDATORIA
CS	CENTROS DE SALUD
CSOH-	CARTA TSOH-
CSOH+	CARTA TSOH+
EEII	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL
FC	FARMACIA COLABORADORA
HCM	HOSPITAL CAN MISSES
HGMO	HOSPITAL GENERAL MATEU ORFILA
HUSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES
LAB	LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
LOPD	LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS
OTP	OFICINA TÉCNICA DEL PROGRAMA
PDPCR	PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO
PDSOH	PRUEBA SANGRE OCULTA EN HECES
SAPA	SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA
SD	SERVICIO DIGESTIVO
TSI	TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL
TSOH	TEST SANGRE OCULTA EN HECES
UBS	UNIDAD BÁSICA DE SALUD

## ÍNDICE

---

INTRODUCCIÓN.....	9
<b>PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO DE LAS ISLAS BALEARES.....</b>	<b>14</b>
Objetivos.....	14
Bases del Programa.....	15
-Población diana.....	15
-Estructura organizativa del Programa.....	16
-Prueba de cribado.....	17
-Prueba diagnóstica: colonoscopia.....	19
-Intervalo entre exploraciones .....	19
-Plan de comunicación y sensibilización.....	20
-Codificación de datos de los participantes.....	21
Planificación de la actividad.....	21
Resumen de la sistemática de trabajo .....	25
Estimación de valores para la primera ronda .....	26
Indicadores para la evaluación del programa .....	25
<b>DOCUMENTOS CONSULTADOS.....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>33</b>
Anexo 1. Cartas .....	33
-Carta de presentación .....	33
-Carta de invitación .....	34
-Carta de reinvitación .....	35
-Carta recordatoria .....	36
-Carta de incidencia .....	37
-Carta TSOH- .....	38
-Carta TSOH+ .....	39
Anexo 2. Criterios de exclusión .....	40
Anexo 3. Esquema de actuación farmacéutica .....	40
Anexo 4. Cuestionario de salud para farmacias .....	42
Anexo 5. Díptico de instrucciones para la recogida de muestra .....	43
Anexo 6. Cuestionario para la consulta de cribado.....	45
Anexo 7. Circuito de PDPCCR .....	46
Anexo 8. Díptico informativo del Programa .....	47
Anexo 9. Cartel del Programa .....	49
Anexo 10. Página web .....	50

## INTRODUCCIÓN

**El cáncer colorrectal (CCR)** es uno de los tumores más susceptible de ser sometido a un programa de cribado, ya que por su alcance epidemiológico ha llegado a ser un problema de salud pública. En la actualidad es la segunda causa de muerte por un proceso oncológico en los países desarrollados. Además, existe una técnica con alta sensibilidad y especificidad para la detección de sangre oculta en heces, que permite el diagnóstico precoz de este cáncer y, en consecuencia, mejora su pronóstico. Al reunir las 2 condiciones anteriores son numerosas las sociedades científicas que recomiendan el cribado del CCR.

El CCR es el tercer cáncer más común en hombres (746.000 casos, que equivale a un 10,0 % del total) y el segundo en mujeres (614.000 casos, un 9,2 % del total) en el mundo. En España es el tercer cáncer en frecuencia entre los hombres y el segundo entre las mujeres (tabla 1). Si se consideran conjuntamente ambos sexos, es el tumor maligno más frecuente.

**Tabla1. Localizaciones de cáncer más frecuentes en España en 2012**

	Hombre	Mujer	Ambos Sexos
1º	Próstata	Mama	Colorrectal
2º	Pulmón	Colorrectal	Próstata
3º	Colorrectal	Cuerpo de Útero	Pulmón
4º	Vejiga	Pulmón	Mama
5º	Estómago	Ovario	Vejiga

*Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC*

A partir del informe GLOBOCAN 2012, publicado por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) que pertenece a la Organización Mundial de la Salud (OMS), pueden extraerse los datos a nivel mundial y por países sobre la incidencia, prevalencia y mortalidad del CCR. Estos datos, aunque son estimaciones del año 2012, son los más actualizados y representan la carga de cáncer en todo el mundo. Además, este informe ofrece la posibilidad de establecer predicciones de hasta 20 años por países, sexos y edades, teniendo en cuenta el envejecimiento y crecimiento de la población.

Según este informe, en España se diagnostican cada año más de 30.000 casos nuevos y se producen unas 15.000 muertes por esta neoplasia. La supervivencia a los

5 años se sitúa alrededor del 50 %. La predicción para 2015 de CCR en España es de 15.501 casos, con mayor incidencia en la población  $\geq$  de 65 años (tabla 2 y 3). Tanto la incidencia de esta patología como la mortalidad por su causa tienen en España una tendencia alcista. Cabe resaltar que el número absoluto de casos aumentará en las próximas dos décadas como resultado del envejecimiento y la expansión de las poblaciones, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

**Tabla 2. CCR en España: incidencia estimable en 2012 y predicción para 2015**

España colon y recto				
Año	Número estimado de nuevos casos de cáncer (todas las edades)	Masculino	Femenino	Ambos sexos
2012		19261	12979	32240
	edades <65	6021	3840	9861
	edades $\geq$ 65	13240	9139	22379
2015		20408	13688	34096
	edades <65	6380	4006	10386
	edades $\geq$ 65	14028	9682	23710
El cambio demográfico		1147	709	1856
edades <65		359	166	525
edades $\geq$ 65		788	543	1331

GLOBOCAN 2012 (IARC) - 08/05/2014

**Tabla 3. Estimación del número de casos, incidentes, defunciones y casos prevalentes de CCR en 2012**

	HOMBRES			MUJERES		
	INCIDENTES	DEFUNCIONES	PREVALENCIA	INCIDENTES	DEFUNCIONES	PREVALENCIA
MUNDIAL	746.000	374.000	1.953.000	614.000	320.000	1.590.000
EUROPA	193.000	83.000	536.000	152.000	69.000	417.000
ESPAÑA	23.482	9.362		16.071	6.242	
BALEARES	433	173		270	128	

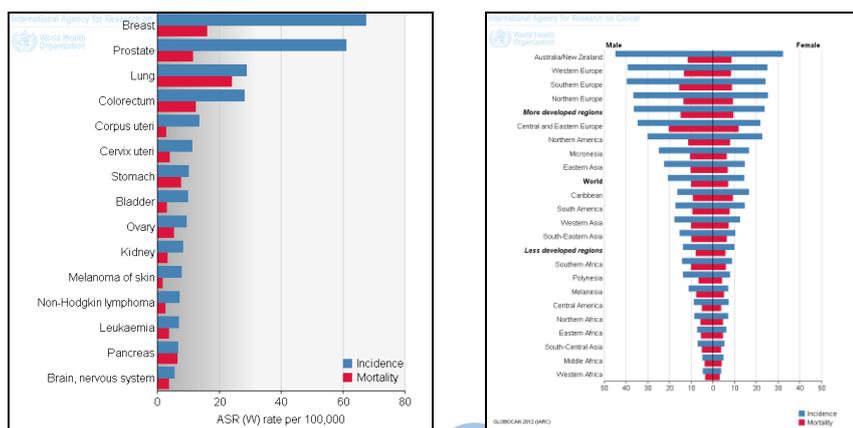
Registro de Cáncer de Mallorca, INE e IBESTAT

El riesgo de CCR varía de un país a otro e incluso dentro de un mismo país (gráfico 1).

Haciendo de nuevo referencia a la mortalidad por CCR (GLOBOCAN 2012, IARC), se estima que en la Unión Europea se han registrado 151.994 muertes entre los dos sexos, predominando su incidencia por encima del 80 % en edades superiores a 65 años.

En relación a España, el número de muertes se estima en 14.700 en 2012 y 15.501 en 2015, la mayor parte, también, en edades superiores a los 65 años (82 %). La incidencia de este cáncer en Baleares se sitúa en posiciones intermedias dentro del conjunto de España, siendo del 1,7 % con respecto a la población española (tabla 3).

**Gráfico 1. Estimación de la incidencia y mortalidad por cáncer en Europa (UE) en el año 2012**



GLOBOCAN 2012 (IARC)

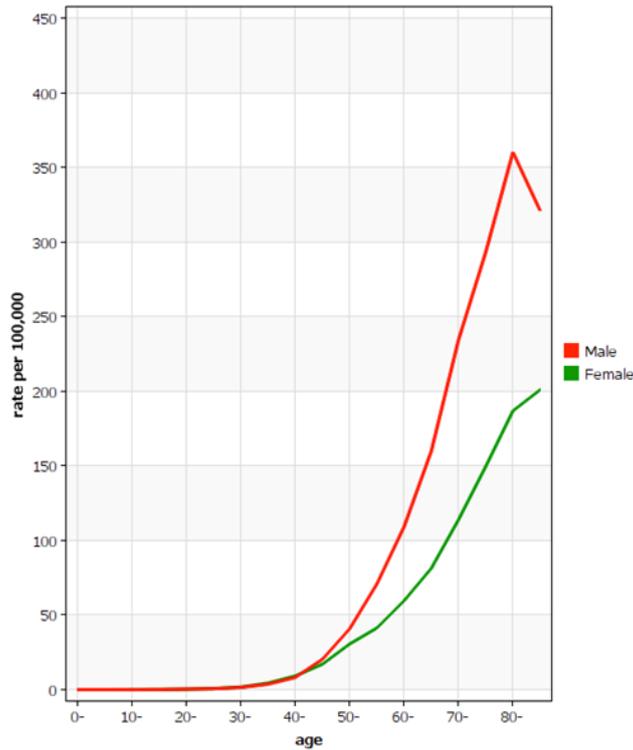
Como ocurre a nivel mundial, la incidencia de este cáncer en Baleares aumenta a partir de los 50 años, tanto en hombres como en mujeres (gráfico 2).

La mayor parte de los CCR son esporádicos (70 %-80 %) mientras que en un pequeño porcentaje son formas hereditarias y familiares. Los antecedentes familiares son un factor de riesgo del CCR, especialmente importante cuando se habla de los síndromes polipósicos adenomatosos y hematomatosos, y del Síndrome de Lynch. El número de familiares afectos, el grado de parentesco y la edad de diagnóstico del CCR determinan el riesgo de desarrollar este cáncer y, por lo tanto, la estrategia de cribado que debe seguirse.

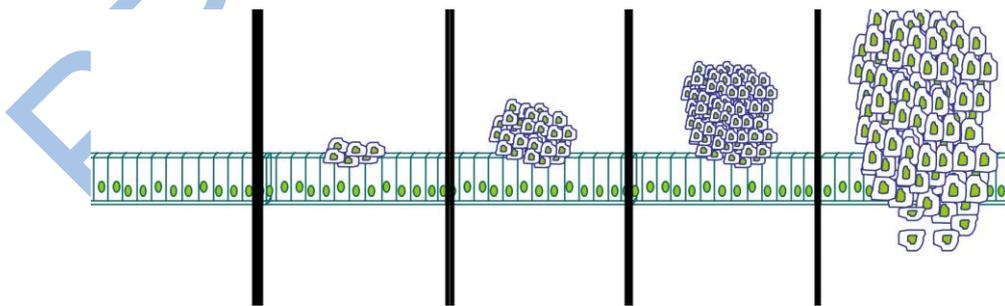
Los grupos de alto riesgo de CCR deben ser valorados en las unidades hospitalarias de cáncer de colon y recto. Es, en los casos esporádicos, en los que se demuestra la eficacia de los planes de cribado con una reducción de la mortalidad del 30 % gracias a su detección precoz y, asimismo, en la disminución de su incidencia debida a la detección y resección de los pólipos adenomatosos, ya que la mayoría de estos cánceres se desarrollan a partir de estas lesiones. Aunque la presencia de estos pólipos es frecuente en la población, tan solo un pequeño número de ellos progresa a cáncer, alargando su periodo de progresión (hasta 10 años). Este hecho hace que

mediante el estudio de estos pólipos extirpados pueda prevenirse o detectarse de forma precoz el CCR (figura 1).

**Gráfico 2. Tasas específicas de incidencia del CCR en Mallorca por sexos (2003-2007)**



Fuente: Elaboración propia a partir de GLOBOSCAN2012, REDECAN, Registro de cáncer de Mallorca, INE e IBESTAT



**FIGURA 1: Modelo de progresión tumoral de Fearon y Vogelstein (modificado)**

La probabilidad de que un pólipo progrese a cáncer depende del tipo histológico, tamaño y grado de displasia celular. Después de extirparlos, aproximadamente el 26 % recurren entre los 4-5 años.

El 60 % de los casos de CCR se diagnostican cuando la enfermedad ya se encuentra avanzada a nivel regional o a distancia, es decir con metástasis, y éste es el principal factor que influye en la supervivencia global. Sin embargo, cuando el diagnóstico se efectúa en etapas tempranas (estadios I y II), situación que ocurre sólo en el 37 % de los casos, la supervivencia global puede superar el 90 %.

Tras la extirpación de pólipos, la incidencia de carcinomas disminuye aproximadamente en un 88-90 %, en los 6 años siguientes.

Estudios epidemiológicos han evidenciado la presencia de una gran diversidad de factores de riesgo y protectores asociados a la aparición de este cáncer. Los principales factores de riesgo son la edad (> 50 años), la dieta alimentaria (pobre en fibra, verduras y exceso de carnes rojas o procesadas o de leche y derivados) y el estilo de vida (consumo de alcohol, tabaco, etc.). Algunos de estos factores son modificables y, por lo tanto, susceptibles de estrategias de prevención primaria. Otros, en cambio, no lo son, y entre ellos cabe tener en cuenta:

- Factores biológicos: factores hereditarios, presencia de patología intestinal y otros.
- Intervenciones médicas: la administración de ácido acetilsalicílico (AAS) y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINE) se ha manifestado como factor protector del desarrollo de CCR, aunque tienen otros efectos adversos de tipo cardiovascular, digestivo y renal.

Para este tipo de cáncer se ha demostrado que las medidas de prevención secundaria, como el cribado o *screening*, son muy eficaces.

En la actualidad, distintos organismos avalados por ensayos clínicos recomiendan el test de detección de sangre oculta en heces (TSOH) en hombres y mujeres de 50 a 69 años, con carácter bienal.

La Estrategia del Cáncer del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad (2009) se marca como objetivo la implantación de programas de cribado de CCR recomendando el test de detección de sangre oculta en heces (TSOH) en hombres y mujeres de 50 a 69 años, con carácter bienal, apoyado por los últimos datos de la Red de Cribado de Cáncer (Reunión anual 2012). En el Programa se utiliza la prueba inmunológica ya que se ha demostrado que es una técnica con alta sensibilidad (85%-95%) y especificidad (93%-95%), y al ser una toma sencilla incrementa la participación en los programas de cribado (>12%).

## PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO DE LAS ISLAS BALEARES (PDPCCR)

El PDPCCR se pone en marcha en enero de 2015 en los sectores sanitarios de Tramuntana (Mallorca), Menorca, Ibiza y Formentera, en primera ronda, e irá integrando de forma progresiva a partir de enero de 2017 al resto de la población diana de Mallorca para incluir a toda la población de Baleares a finales de 2018.

### Objetivos

#### *Objetivo principal*

Reducir la incidencia y mortalidad por CCR, mediante la detección y tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer en estadios iniciales.

#### *Objetivos secundarios*

- Posibilitar la accesibilidad al Programa de todas las personas residentes de 50-69 años, con el fin de alcanzar una participación del 40%-50% en las primeras rondas y de más del 60% en las sucesivas.
- Garantizar la correcta coordinación de los diferentes niveles sanitarios implicados: farmacias colaboradoras, Atención Primaria y hospitales, concretamente los servicios de análisis clínicos, digestivo y anatomía patológica.
- Asegurar el conocimiento del Programa por parte de más del 90 % de la población.
- Garantizar el seguimiento y la continuidad asistencial (centros de salud, hospitales) y asegurar un óptimo nivel de calidad en los estudios diagnósticos y en los tratamientos que se lleven a cabo.
- Establecer un plan de calidad que permita medir la evolución tanto del impacto del Programa como del propio proceso, utilizando los indicadores y valores de referencia de las guías de calidad reconocidas (*European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening, Red Española de Programas de Cribado, etc.*).

## BASES DEL PROGRAMA

### Población diana

Siguiendo las recomendaciones de la Comisión Europea, este Programa se realiza a través de una base demográfica.

La población diana objeto del programa son los hombres y mujeres de 50-69 años de edad, ambos inclusive, sin factores de riesgo conocidos, es decir, que va dirigido a la población de riesgo medio (personas sin antecedentes familiares ni personales para el desarrollo del cáncer colorrectal y que presentan como único factor de riesgo asociado la edad).

Todas las personas residentes en cualquiera de los municipios de la comunidad autónoma de Baleares y que cumplan los criterios de selección tendrán derecho a acceder al Programa.

Para el inicio del Programa se van a realizar 2 rondas de 1 año incluyendo la población de las zonas de Tramuntana (Mallorca), Menorca e Ibiza.

### Criterios de inclusión

Hombres y mujeres de 50 a 69 años incluidos en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI) de Baleares.

### Criterios de exclusión

- Antecedentes personales de CCR.
- Sintomatología sospechosa de CCR: presencia de sangre en las deposiciones, cambios en los hábitos intestinales durante más de 6 semanas, pérdida de peso o cansancio inexplicable o dolor/malestar abdominal persistente.
- Antecedentes familiares de CCR: 2 familiares de primer grado (padres, hermanos o hijos) diagnosticados de CCR, o 1 familiar de primer grado diagnosticado de CCR antes de los 60 años.
- Historia familiar de poliposis adenomatosa familiar u otros síndromes polipósicos, o de Síndrome de Lynch.
- Antecedentes de patología colorrectal tributaria de un seguimiento específico (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn o adenomas colorrectales).
- Exploraciones colorrectales realizadas en los últimos 5 años.
- Enfermedad terminal / enfermedad o invalidez grave que contraindique el posterior estudio del colon.
- Antecedente de colectomía total.
- Éxitus.
- Error de domicilio.

## Estructura organizativa del Programa

- Oficina Técnica del Programa (OTP).
- Farmacias colaboradoras (FC).
- Atención Primaria (AP).
- Servicios hospitalarios de laboratorio de análisis clínicos (LAB), digestivo (SD) y anatomía patológica (SAPA).

- La **Oficina Técnica del Programa (OTP)** controlará todas las actividades que se produzcan tanto en el envío de invitaciones, citaciones, comunicación de resultados, control de citaciones hospitalarias, colonoscopias y control unificado de resultados. También se encargará del estudio y análisis de indicadores de proceso y de resultados.
- Las **farmacias colaboradoras (FC)**: su participación es fundamental y clave para incentivar a la población diana para que participe en el Programa, facilitando información y consejo en el proceso. Son las primeras que contactan con los participantes, dando las explicaciones necesarias acerca del Programa, entregando el material e instrucciones necesarias para la toma de la muestra y realizando un cuestionario con el que pueden identificar a algunas personas que tengan que ser excluidas del programa de cribado.
- **Atención Primaria (AP)**, desde los **centros de salud (CS)/ unidades básicas de salud (UBS)**, es junto con la farmacias, pieza clave para incentivar la participación de la población diana en el cribado, proporcionando información y consejo en las distintas fases del proceso. Asimismo, se les presentarán demandas informativas por parte de la población sobre el Programa.  
Participan en la recogida de las muestras, que son depositadas por los participantes en urnas específicas, instaladas y debidamente identificadas para el PDPCCR y posteriormente se trasladan al laboratorio del hospital de área correspondiente por los procedimientos y transporte habitual de muestras biológicas ya establecidos.

*Aunque en la carta de invitación se remita información del proceso, probablemente se produzcan consultas a los médicos de familia de los CS/UBS de las áreas en estudio antes de la toma de la muestra para más información sobre el Programa. Por lo tanto, el personal de AP tiene que estar informado del proceso y dispuesto a resolver las dudas que surjan.*

- El **laboratorio de análisis clínicos** de los hospitales recibe las muestras procedentes de los CS y UBS, las analiza y remite los resultados a la OTP.

- El **servicio de digestivo** de los hospitales realiza las consultas de cribado (CC) de los participantes con resultados positivos en el TSOH que tras la información y anamnesis se citaran en la Unidad de Endoscopia para realizar la colonoscopia en los casos adecuados.
- El **servicio de anatomía patológica** estudia las piezas extirpadas durante la colonoscopia.

### Prueba de cribado

La prueba utilizada es el test de detección de sangre oculta en heces (TSOH) de tipo inmunológico cuantitativo con el punto de corte en 100 ng/ml, que se realizará cada 2 años a los participantes con resultado anterior negativo.

Es una técnica basada en la toma de una pequeña muestra de heces que realiza el propio participante mediante un bastoncito que se entregará junto con el tubo donde tiene que guardarse la muestra (figura 2). El Programa proporciona el material de recogida junto con un díptico de información donde figuran las instrucciones para realizar una toma correcta de la muestra y que se recogerá en las FC, entregando la carta de invitación al Programa.

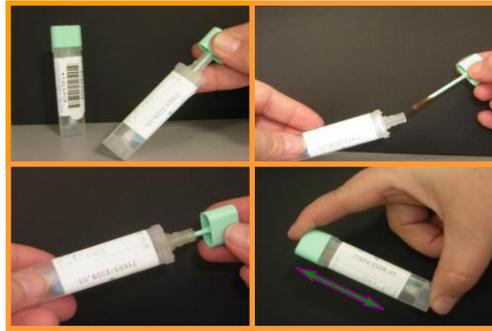
La FC informará al participante tanto sobre la recogida de la muestra, como de los criterios de exclusión del Programa. Para ello la FC realizará un cuestionario con criterios de exclusión.



*FIGURA 2. Tubo y bastoncito para la recogida de la muestra para el TSOH*

*Recogida de la muestra (figura 3):*

- Se abre el tubo sólo por el extremo del tapón verde.
- Éste tapón lleva, en el interior, una varilla con una zona estriada. Se rasca con ella sobre la superficie de las heces y se introduce de nuevo en el colector, quedando sumergida en buffer, que impide su desecación y se agita, consiguiéndose así una estandarización de la cantidad de muestra de 10 mg aproximadamente. Se guarda en frigorífico y se entrega lo antes posible en el CS.
- Conviene advertir que, si presenta hemorroides sangrantes o la menstruación en el momento de la recogida de muestra, deben dejarse transcurrir 3 días sin presencia de sangre en las deposiciones antes de recogerla.
- En un plazo de 3 días tiene que entregarse en los CS/UBS, para que pueda analizarse en las mejores condiciones.



*FIGURA 3. Procedimiento para la recogida de la muestra de heces*

Una vez tomada la muestra e introducida en el tubo se depositarán en una urna habilitada en los CS/UBS (figura 4). Este paso se realizará lo antes posible y durante el tiempo que se guarde en casa debe mantenerse en la nevera (sin congelar), para evitar que la muestra se estropee y no sea útil para su análisis.



*FIGURA 4. Tipo de Urna*

Hay que advertir que, si se presentan hemorroides sangrantes, la menstruación o fisuras anales en el momento de la recogida de muestra, hay que dejar transcurrir 3 días sin presencia de sangre en las deposiciones antes de recogerla. No es necesario cambiar la dieta ni suspender tratamientos farmacológicos en los días previos a la toma.

### Prueba diagnóstica: colonoscopia

La prueba para el estudio de los casos positivos en el TSOH es la colonoscopia con sedo-analgesia.

La colonoscopia se realiza con un endoscopio que permite examinar la superficie mucosa de la totalidad del colon. Para considerarla completa debe llegar al ciego (visualización de la válvula ileocecal o del orificio apendicular), lo que se consigue en el 80-95 % de las exploraciones.

Esta prueba se realiza en los gabinetes de endoscopia digestiva de los hospitales sin necesidad de ingreso hospitalario. Las complicaciones por esta prueba son poco frecuentes. La exploración debe ser minuciosa durante la retirada del colonoscopio.

El examen total puede prolongarse entre 20 y 40 min. La mayoría de personas se recuperan totalmente después de una hora de reposo.

Para la sedación se utilizan fármacos intravenosos, y requiere efectuar una dieta baja en residuos los días previos a la exploración y limpieza anterógrada del colon con administración de laxantes e ingesta abundante de agua.

Sin embargo, diversos estudios apoyan la eficacia de la colonoscopia de forma indirecta y han mostrado que esta prueba no sólo favorece la detección del CCR en fases iniciales, sino que también permite reducir la incidencia de CCR a través de la identificación y resección de los pólipos.

*Los plazos establecidos para la cita en la consulta de cribado es de 14 días y para la realización de la colonoscopia, si procede, de 6 semanas.*

### Intervalo entre exploraciones

El intervalo entre las pruebas de detección de sangre oculta en heces (PDSOH) será de 2 años. Según la patología detectada existirán diferentes protocolos de actuación, estableciéndose exclusiones temporales o definitivas del Programa (tabla 4).

Tabla 4.

MOTIVOS DE EXCLUSIÓN (provisionales)	
TEMPORALES	DEFINITIVOS
Participante con colonoscopia normal	En el caso de que al participante en la visita de la CC se le detecte AF o patologías excluyentes.
El participante ha decidido dejar el PDPCCR de forma voluntaria	Colonoscopia patológica
El participante rechaza la realización de una colonoscopia	Cambio de comunidad autónoma
Error en el domicilio	Éxito
El participante invitado no recoge KIT en FC tras tiempo y forma estipulado	Cuando se detecta en la FC AP de CCR
El participante no entrega el KIT en el CS/UBS tras tiempo y forma estipulado	Presencia de EII o pólipos colorrectales
Colonoscopia realizada en menos de 5 años	Patología grave permanente
Presencia de signos y síntomas colorrectales	Negativa del participante
Patología grave temporal	Colectomía total

### Plan de comunicación y sensibilización

Para alcanzar un buen funcionamiento del PDPCCR son puntos clave la comunicación y difusión estratégica del Programa dirigida a impulsar la participación de la población, que es el elemento preciso.

Previo al inicio del Programa en el área seleccionada se realizarán acciones de sensibilización específica por parte de la Consejería de Salud y los medios de comunicación.

Estas acciones consisten en:

- Promover la participación de la población diana.
- Fomentar el conocimiento del PDPCCR.
- Dar a conocer el beneficio de participar en el Programa a través de charlas informativas, carteles, etc. Con ello se pretende promover la máxima participación de la población diana.
- Formar a los profesionales sanitarios y agentes de salud participantes en el Programa para que impulsen la participación, promuevan el Programa e informen y atiendan a los participantes.

- Reuniones informativas con los profesionales sanitarios y agentes de salud participantes en el Programa a medida que se vayan incorporando al Programa.

El contenido de la sensibilización de la población estará formado por:

- Información sobre la importancia del diagnóstico precoz del CCR.
- Información sobre las técnicas diagnósticas que se utilizarán en el Programa.
- Información sobre la organización, actividad, apoyo al participante, etc.

### Codificación datos participantes

Previamente a la invitación de la población a participar, se establecerá una codificación de sus datos que se utilizará en el soporte informático del PDPCCR y en el almacenamiento de los documentos para asegurar la protección de datos.

### Planificación de la actividad

La actividad se desarrollará de forma consecutiva para toda la población dividiéndola en 2 fases según las áreas de salud establecidas en la comunidad autónoma. La primera vuelta se realizará para el área de Tramuntana (Mallorca), Menorca e Ibiza y Formentera. Cada vuelta constará de 2 rondas de 1 año cada una, con la entrada progresiva de la población de cada vuelta (tabla5). La cobertura total objetivo del Programa se realizará en 4 años.

Las invitaciones se realizarán de forma aleatoria. Todas las personas de la población elegible y de los grupos de edad señalados para el Programa habrán sido invitadas a participar, al menos una vez, en 2018.

**Tabla. 5 Población diana.**

ISLAS BALEARES						
EDAD	50-54	55-59	60-64	65-69	Total 50-69	Total Población
AMBOS SEXOS	73485	61124	54199	48129	236937	1111674
HOMBRES	36779	30982	26272	23438	117471	554603
MUJERES	36706	30142	27927	24691	119466	557071

MALLORCA						
EDAD	50-54	55-59	60-64	65-69	Total 50-69	Total Población
AMBOS SEXOS	57826	49578	43183	38372	188959	864763
HOMBRES	28833	24183	20600	18534	92150	428969
MUJERES	28993	25395	22583	19838	96809	435794

IBIZA						
EDAD	50-54	55-59	60-64	65-69	Total 50-69	Total Población
AMBOS SEXOS	8879	7790	6174	5184	28027	140354
HOMBRES	4541	3942	3168	2677	14328	72233
MUJERES	4338	3848	3006	2507	13699	68121

FORMENTERA						
EDAD	50-54	55-59	60-64	65-69	Total 50-69	Total Población
AMBOS SEXOS	576	461	380	337	1754	11374
HOMBRES	309	252	201	168	930	5927
MUJERES	267	209	179	169	824	5447

MENORCA						
EDAD	50-54	55-59	60-64	65-69	Total 50-69	Total Población
AMBOS SEXOS	6204	5295	4507	4236	20242	95183
HOMBRES	3096	2605	2303	2059	10063	47474
MUJERES	3108	2690	2204	2177	10179	47709

TRAMUNTANA					
EDAD	50-54	55-59	60-64	65-69	Total 50-69
AMBOS SEXOS	8125	6740	5532	5155	25552
HOMBRES	4170	3377	2792	2547	12886
MUJERES	3955	3363	2740	2608	12666

a) Actividad de la oficina técnica del programa (sede en la Dirección General de Salud Pública y Consumo)

- Codificación de los datos de cada paciente.
- Remisión carta de presentación.
- Remisión carta de invitación

*El ritmo de remisión de las cartas puede ir ajustándose en función de la respuesta de los pacientes y lógicamente es el factor limitante que condiciona los demás pasos del proyecto.*

- Recepción de datos de los participantes y su exclusión temporal o definitiva (tabla 4).
- Recepción del resultado de la PDSOH inmunológica.
- Remisión de carta de resultado negativo.

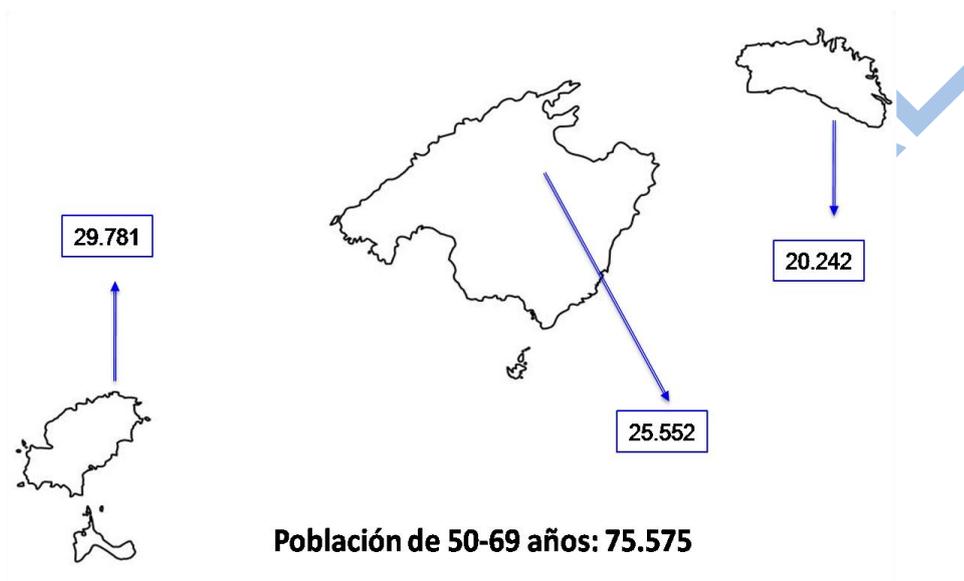
- En PDSOH positivos citar al paciente para la consulta de cribado (servicio digestivo hospitalario).
  - Recepción de los resultados asistenciales.
  - Gestión de las incidencias a todos los niveles del Programa.
  - Gestión de indicadores
- b) **Actividad de la farmacia colaboradora**
- Recepción de la carta de invitación.
  - Revisión de los datos.
  - Valoración cumplimiento criterios de inclusión/exclusión.
  - Dar al paciente el *KIT* de PDSOH y explicar la recogida de la muestra.
- c) **Actividad de Atención Primaria**
- Recepción de las muestras (en las urnas de los CS/UBS).
  - Conservación de las muestras refrigeradas.
  - Envío a los laboratorios de análisis clínicos hospitalarios.
  - Información y resolución de dudas a los usuarios.
- d) **Actividad del laboratorio análisis clínicos**
- Recepción de las muestras desde los CS/UBS.
  - Registro y análisis.
  - Remisión de los resultados a la OTP.
- e) **Actividad del servicio de digestivo**
- Consulta de cribado:
    - Revisión de los criterios de exclusión de endoscopia digestiva.
    - Valoración de exploraciones alternativas si precisa según protocolo.
    - Cita para colonoscopia.
    - Entrega de protocolo de preparación para colonoscopia.
    - Entrega para firma del consentimiento informado para la colonoscopia. Se indicará al paciente la necesidad de acudir a la colonoscopia acompañado, o firma de documento de renuncia a la colonoscopia.
  - La prueba de elección para estos casos es la colonoscopia, que se realiza en los gabinetes de endoscopia de los hospitales de referencia de las diferentes áreas con sedo-analgésia o anestesia y sin necesidad de ingreso hospitalario.
  - En los casos en los que la endoscopia sea incompleta por cualquier circunstancia, se valorará la posibilidad de repetir la endoscopia o bien derivar al paciente para la realización de colonoscopia virtual.
  - Seguimiento asistencial.
  - Comunicación del seguimiento y resultado a la OTP.

## f) Servicio de anatomía patológica

Diagnóstico de las biopsias tomadas durante la colonoscopia.

**Resumen de la sistemática de trabajo**

*Población total de partida para la 1ª fase del Programa; la base de datos se ha establecido con los datos de TSI:*



1. Remisión carta de presentación del programa por la OTP.
2. Remisión carta de invitación para participación por la OTP.
3. La persona que decide participar solicita en la FC el Kit para tomar la muestra para la PDSOH.
4. Recogida de la muestra por el paciente y entrega en AP.
5. Remisión desde AP de las muestras al laboratorio de análisis clínicos de los hospitales Son Espases, General Mateu Orfila y Can Misses desde el centro de salud, siguiendo los procedimientos habituales ya establecidos.
6. Análisis.
7. PDSOH NEGATIVA.
8. Remisión carta informativa al paciente y centro de salud.
9. PDSOH POSITIVA.
10. Cita en consultas externas para la primera consulta de cribado en el hospital de área correspondiente al participante.
11. Consulta de cribado. Servicio de digestivo:
  - Revisión criterios exclusión endoscopia digestiva.
  - Valoración exploraciones alternativas si precisa según protocolo.
  - Cita para endoscopia.

- Entrega protocolo preparación colonoscopia.  
Consentimiento informado colonoscopia.  
Se indicará al paciente la necesidad siempre de acudir acompañado.
12. Realización colonoscopia.
13. Colonoscopia normal.  
Información directa al paciente y familiares tras la exploración.  
Carta a domicilio. Resultado normal.  
Nueva prueba de cribado al cabo de 10 años.
14. Colonoscopia patológica.  
Análisis de muestra por anatomía patológica  
Cita en 2ª CC Digestivo para control de los resultados.
15. Cita digestivo cierre Programa.  
Sólo pacientes con endoscopia patológica.  
Revisión resultados patológicos.  
Determinación conducta de cribado o tratamiento según resultados.  
Si la patología detectada precisa de tratamiento específico, el participante pasará a ser atendido con toda normalidad en las consultas convencionales dando por finalizado el Programa.

### Estimación de valores para la primera ronda

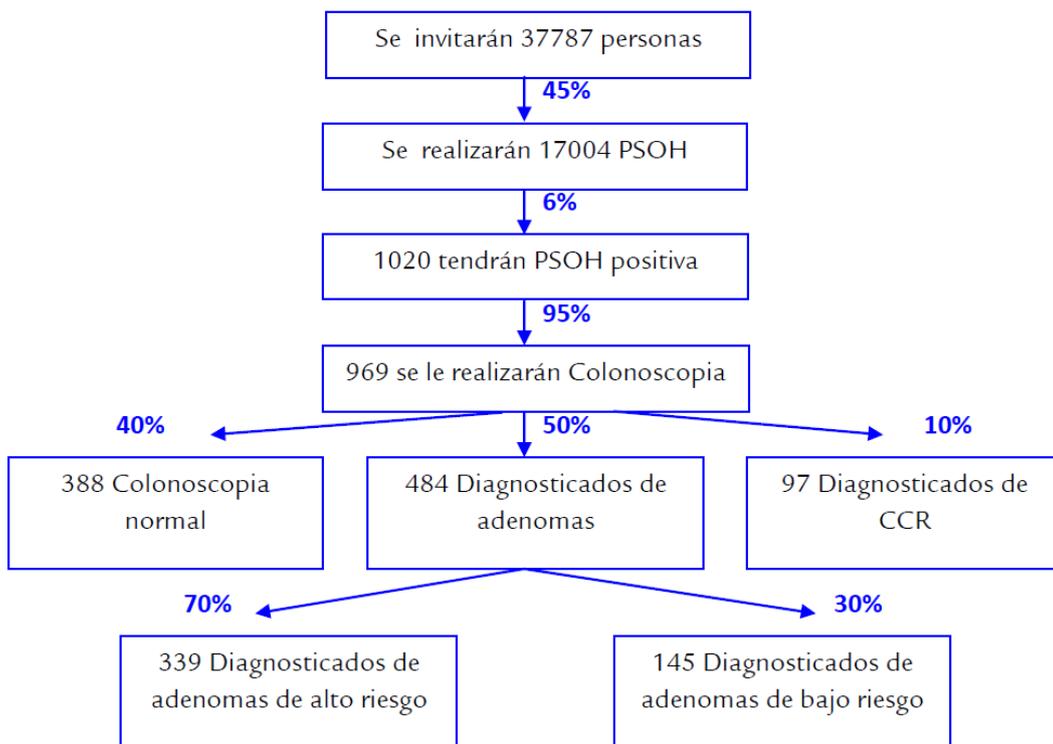
La estimación de resultados está realizada en base a la opción más probable con:

Tasa aceptación 50 %

Tasa positividad PDSOH 6 %

Los resultados estimados para la población que forma parte de la 1ª ronda de la 1ª fase del Programa son:

*Datos estimatorios para la población de la primera ronda*



## Indicadores para la evaluación del Programa

El objetivo es definir una batería de indicadores que nos permitan medir las características y la magnitud del Programa, así como evaluar su funcionamiento, que viene determinado por la calidad individual de sus componentes.

Por lo tanto, se han identificado indicadores de cobertura y participación, de proceso, de resultado y de satisfacción de los participantes.

Se les ha otorgado prioridad en función de su evidencia científica, susceptibilidad de mejora, capacidad de quedar recogidos en el sistema de información y facilidad de cuantificación.

Estos indicadores se hallan recogidos en la Red de Programas de Cribado de Cáncer.

### 1. Indicadores de participación

El PDPCCR va dirigido a la población de riesgo medio que reside en Baleares, aunque en una primera ronda se abarcará a las poblaciones de Ibiza, Formentera, Menorca y el área sanitaria de Tramuntana de Mallorca. Es imprescindible una participación alta o por encima de unos mínimos de población invitada con el fin de poder alcanzar los objetivos del Programa.

#### 1.1 Población diana

Es el número de personas tributarias de participar en el PDPCCR. Se calcula por año y ronda. La población diana definida por la OTP del PDPCCR está compuesta por los hombres y mujeres en un rango de edad entre los 50 y 69 años. La base de datos usada para la selección de esta población diana es el registro de TSI que es proporcionado por los técnicos de la Consejería.

#### 1.2. Población invitada

Es el número de personas a las que finalmente se invita al Programa una vez extraídas las personas en las que se detecten criterios de exclusión.

#### 1.3. Tasa de participación

Es el porcentaje de personas que se someten al test de sangre oculta en heces (TSOH) respecto al total de personas invitadas al Programa.

#### 1.4. Cobertura del Programa

Es el porcentaje de personas que participan más el grupo de personas que, tras haber sido invitadas al Programa, declaran haberse cribado fuera del Programa (son personas que se han realizado el cribado mediante otro circuito asistencial, tanto en el sistema público como privado), respecto al total de personas invitadas al Programa.

### 1.5. Adherencia al cribado bienal y decenal

Es el porcentaje de personas que:

- Habiendo participado en la ronda anterior e invitadas a la presente con un intervalo de 2 años vuelven a participar, respecto del total de personas participantes en la ronda anterior e invitadas a la presente.
- Habiendo participado previamente en el Programa e invitadas a la presente ronda con un intervalo de 10 años vuelven a participar, respecto del total de personas participantes en la ronda anterior e invitadas a la presente.

### 2.- Indicadores de proceso

La finalidad de los indicadores de proceso consiste en conocer y evaluar los resultados de las pruebas de cribado de diagnóstico y complementarias a las que se someten los participantes.

#### 2.1. Tasa de positividad del TSOH

Es el porcentaje de TSOH positivos respecto al total de participantes.

#### 2.2. Tasa de repetición del TSOH

Es el porcentaje de repetición del TSOH respecto al total de participantes.

#### 2.3. Tasa de indicación de colonoscopia

Es el porcentaje de personas con TSOH realizado a las que se les indica colonoscopia respecto al total de personas con TSOH positivo.

#### 2.4. Tasa de aceptación de la colonoscopia

Es el porcentaje de personas que se realizan colonoscopia respecto al total de personas a las que se les ha indicado la técnica.

#### 2.5. Tasa de colonoscopias completas

Es el porcentaje de colonoscopias que llegan a ciego respecto al total de colonoscopias realizadas.

#### 2.6. Tasa de repetición de la colonoscopia

Es el porcentaje de colonoscopias que tienen que repetirse respecto al total de colonoscopias realizadas.

#### 2.7 Resultados de colonoscopia

Distribución de frecuencias de las colonoscopias realizadas según su resultado por sexo y tramos de edad:

- Normal: colonoscopia en la que no se ha detectado ninguna anomalía y/o no hay toma de biopsia.

- Adenoma de bajo riesgo: 1 o 2 adenomas de tamaño <10mm, tubular y con displasia de bajo riesgo.
- Adenoma de alto riesgo: 3 o más adenomas, o un adenoma avanzado de tamaño de  $\geq 10$ mm con componente vellosos o displasia de alto grado.
- Cáncer
- Otras patologías.

#### 2.8. Localización de los casos de cáncer

Distribución de frecuencias de los casos de cáncer detectados por el Programa según la localización de la lesión maligna (recto, sigma, colon descendente, colon trasverso, ángulo esplénico, colon descendente, ciego y ángulo hepático).

#### 2.9. Estadios del cáncer

Distribución de frecuencias de los casos de cáncer detectados por el Programa según el estadio en el momento del diagnóstico:

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

#### 2.10. Tasa de complicaciones inmediatas y tardías importantes de la colonoscopia.

Es el porcentaje de colonoscopias con complicaciones respecto al total de colonoscopias realizadas. Para la elaboración del indicador se utilizarán las complicaciones inmediatas y tardías más importantes: hemorragia post-polipectomía importante, hemorragia que requiere hospitalización, perforación y muerte.

#### 2.11. Valor predictivo positivo (VPP) del TSOH

Es el porcentaje de TSOH positivos que acaban en diagnóstico de cáncer, de adenoma de bajo riesgo y adenoma de alto riesgo, respecto al total de personas con TSOH positivo.

#### 2.12. Tasa de colonoscopias directamente terapéuticas

Es el porcentaje de personas a las que la colonoscopia resulta directamente terapéutica (resección completa de la lesión), respecto al total de colonoscopias con resultado de lesión neoplásica.

### 2.13. Tasa de finalización del proceso de cribado

Es el porcentaje de población que empieza y termina el proceso de CCR en el PDPCCR respecto del total de personas que participan en el Programa.

### 3. Indicadores de organización del PDPCCR

Permiten evaluar la organización del Programa. Un aumento de los intervalos de tiempo entre la realización de las pruebas, los resultados y las acciones que se derivan de dichos resultados puede afectar a los pacientes con un incremento de la ansiedad y, potencialmente, con un peor resultado clínico, en la medida que afecte el estadio de la enfermedad. Los intervalos de tiempo se expresan en días y como media.

#### 3.1. Intervalo de tiempo entre el análisis del TSOH y sus resultados

Media de tiempo en días transcurridos desde la fecha en la que se efectúa la lectura del TSOH y la fecha en la que se comunican los resultados de la prueba. Es necesario distinguir entre resultados positivos y negativos, ya que el sistema de comunicación del resultado es distinto (teléfono/carta).

#### 3.2. Intervalo de tiempo entre un resultado positivo del TSOH y la colonoscopia

Media de tiempo en días transcurridos entre el resultado positivo del TSOH y la realización de la colonoscopia (tan sólo en los casos con realización de colonoscopias).

#### 3.3. Intervalo de tiempo entre la realización de la colonoscopia y la disponibilidad de los resultados de la anatomía patológica

Media de tiempo en días transcurridos desde la realización de la colonoscopia hasta la fecha del diagnóstico de certeza (tan sólo en las colonoscopias con extracción de muestras).

#### 3.4. Intervalo de tiempo entre el diagnóstico de CCR y el inicio del tratamiento

Media de tiempo en días transcurridos desde la fecha del diagnóstico de certeza hasta el inicio del tratamiento (tan sólo en los casos de lesiones neoplásicas).

#### 3.5. Intervalo entre un resultado del TSOH positivo y el primer tratamiento

Media de tiempo en días transcurridos desde la fecha en la que se obtiene el resultado positivo del TSOH hasta que se inicia un tratamiento específico (tan sólo para los casos de cáncer que se tratan en el propio centro).

#### 3.6. Intervalo de tiempo entre invitaciones

Media de tiempo en días transcurridos entre el envío de la carta de invitación a la ronda anterior hasta el envío de la carta de invitación actual (tan sólo en los casos con TSOH negativa).

#### 4. Impacto

El objetivo a corto plazo del Programa consiste en la detección de adenomas y CCR en la población de riesgo medio. A largo plazo, el objetivo es la disminución de la incidencia y la mortalidad del CCR. Por lo tanto, es necesario desarrollar indicadores que evalúen de forma directa e indirecta el impacto del Programa en la incidencia y la mortalidad por esta enfermedad en nuestra población.

##### 4.1. Tasas de detección

Es el número de casos en los que se detecta al menos una lesión de adenoma o CCR por cada mil personas cribadas. Puesto que las tasas esperadas son siempre más altas en el cribado inicial que en cribados sucesivos, los resultados se proporcionarán de manera separada para cribado inicial y para cribado sucesivo.

##### 4.2. Proporción de casos de cáncer diagnosticados en estadios avanzados

Es la proporción de casos diagnosticados en cáncer colorrectal en estadios avanzados (III o IV) respecto al total de casos de cáncer diagnosticados por el Programa. Se darán por separado los resultados del cribado inicial y sucesivo.

##### 4.3. Tasa de cánceres de intervalo

Los casos de cáncer de intervalo son aquellos que aparecen entre dos episodios de cribado. Puesto que pueden aparecer después de la realización de una PSOH o una colonoscopia, distinguimos dos tasas de cáncer de intervalo:

- Personas que han dado negativo en el TSOH como prueba de cribado y acaban desarrollando un cáncer antes de ser invitadas de nuevo al Programa al cabo de 2 años, respecto del total de participantes en la ronda anterior (por 1.000).
- Personas que han dado negativo en la colonoscopia como prueba diagnóstica y acaban desarrollando un cáncer antes de ser invitadas de nuevo al Programa al cabo de 10 años, respecto al total de participantes en la ronda anterior (por 1.000).

## DOCUMENTOS CONSULTADOS

- Plan Funcional. Programa de detección precoz de cáncer de colon y recto: Barcelona Esquerra y Litoral Mar. Junio 2010.
- Programa de detección precoz de cáncer de colon y recto de Navarra. Instituto de Salud Pública y Laboral. Noviembre 2013
- Instrucciones Recogida de datos de cribado de cáncer de colorrectal de España. Red de Programas de Cribado de Cáncer.
- Programa de prevención de cáncer colorrectal de la Comunidad Valenciana. 2012.
- Cifras del cáncer en España 2014. SEOM <<http://www.seom.org>>.
- Programa de cribado de cáncer colorrectal. Fase III. Osakidetza. 2013.
- La prevención del cáncer colon y recto en la Región de Murcia. Proyecto piloto. 2008.
- CASTELLS [et al.]. *Gastroenterol Hepatol* 2005; 27:573-634.
- TOWLER [et al.]. *BMJ* 1998; 317:559-65.
- JORGENSEN [et al.]. *Gut* 2002; 50:29-32.
- SCHOLEFIELD [et al.]. *Gut* 2002; 50:840-4.
- CIERCO, P.; GONZÁLEZ, J.; MELUS, E.; BELLAS, B.; NUIN, M.; MARZO, M., I GRUP D'EXPERTS DEL PAPS. *Prevención del cáncer. Atención Primaria* 2003; 32 (Supl. 2): 45-56.
- WINAWER, J.S.; ZAUBER, A.G.; FLETCHER, R.H. [et al.] *Guidelines for Colonoscopy Surveillance after Polypectomy: A Consensus Update by the US Multisociety Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society*. *CACancer J Clin* 2006; 56: 143-159.
- VINCENT T DEVITA, THEODORE [et al.]. *Cancer: Principles & Practice of Oncology 8 th Edition*. Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- VINES J.J. , ARDANAZ E., [et al.]. *Epidemiología poblacional de càncer colorrectal: revisió de la causalidad*. ANALES Sist. Sanit. Navarra 2003; 26 (1): 79-97.
- ANDREW T. CHAN, EDWARD L. *Giovannucci Primary Prevention of Colorectal Cancer Gastroenterology* 2010. 138: 2029-2043.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, R Dikshit, Eser S, Mathers C, M Rebelo, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cáncer de incidencia y mortalidad en el mundo: IARC CancerBase No . 11 [Internet]. Lyon, Francia: Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer; 2013. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>, consultado el 20 /02 /2015.
- Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. estimaciones de la prevalencia global de cáncer de 27 sitios en la población adulta en 2008. *Int J Cancer*. 2013 01 de marzo; 132 (5): 1133-1145. doi: 10.1002 / ijc.27711. Epub 2012 26 de julio.
- El siguiente artículo se revisan las fuentes y los métodos utilizados para recopilar las estimaciones nacionales de incidencia y mortalidad por cáncer en GLOBOCAN 2012, y describe brevemente los principales resultados de la localización del cáncer y en 20 grandes áreas del mundo.
- J. Ferlay, I. Soerjomataram, R. Dikshit, S. Eser, C. Mathers, M. Rebelo, DM Parkin, D. Forman, F. Bray (2014). La incidencia de cáncer y mortalidad en todo el mundo: las fuentes, los métodos y los principales patrones en GLOBOCAN 2012. *Revista Internacional del Cáncer* doi: 10.1002 / ijc.29210 PMID: 25220842 Publicado en Internet el 09 de octubre 2014

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### Cartas

##### Carta de presentación

[

Señor/Señora:

Desde la Consejería de Salud del Gobierno de las Islas Baleares, me complace presentarle el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de Baleares. Dicho Programa va dirigido a hombres y mujeres de entre 50 y 69 años y su finalidad es el diagnóstico precoz de este tipo de cáncer.

A partir de los 50 años el cáncer de colon y recto es una enfermedad frecuente que, en muchos casos, no presenta síntomas, pero si se detecta a tiempo, antes de que aparezcan las molestias, es más fácil de tratar y puede curarse en la mayoría de los casos.

Por este motivo, la Consejería de Salud le invita a participar, de forma totalmente gratuita, en este Programa de Detección Precoz mediante la realización de una sencilla prueba.

Esta prueba —que se realizará usted mismo en su domicilio— consiste en la recogida de una pequeña muestra de heces, que se analizará en un laboratorio para ver si contiene sangre oculta que no puede apreciarse a simple vista.

Todas las explicaciones referentes a este Programa podrá encontrarlas en el folleto informativo que se adjunta.

En unas semanas recibirá una carta de invitación en la que le explicaremos cómo puede participar.

Gracias por su colaboración.

Atentamente,

Martí Sansaloni Oliver

Consejero

Palma,

**Carta de invitación**

PEGUE AQUÍ EL  
CÓDIGO DE BARRAS  
DEL COLECTOR

[

Estimado señor / Estimada señora:

Tal como le anunciamos, le ofrecemos participar gratuitamente en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto promovido por la Consejería de Salud de las Islas Baleares.

El Programa va dirigido a hombres y mujeres de entre 50 y 69 años y consiste en la realización de un test de sangre oculta en heces.

Dispone de un mes a partir de la fecha de esta carta para recoger el material necesario en cualquiera de las oficinas de farmacia que colaboran con el programa (se adjunta lista). Es imprescindible que lleve esta carta cuando acuda a la farmacia, el documento de identidad y la tarjeta sanitaria.

Los resultados de la prueba le serán comunicados al cabo de unas semanas mediante carta o llamada telefónica. Para cualquier duda o aclaración, póngase en contacto con nosotros.

Si se ha hecho una colonoscopia en los últimos años o bien se le ha diagnosticado una enfermedad de colon o recto, es importante que nos lo comunique por teléfono o correo electrónico.

Tel.: 900 102 560 Horario: de lunes a viernes, de 9.00 a 14.00 h  
e-mail: infocolon@caib.es Web: <<http://infocolon.caib.es>>

Cordialmente,

Oficina Técnica del Programa

Palma,

---

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (LOPD), sus datos pasarán a formar parte, para su tratamiento, de un fichero de la Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Salud en el ámbito del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de las Islas Baleares. Podrá ejercitar sus derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación reconocidos por la LOPD ante dicha Dirección General (calle Jesús, 38 A 07010 Palma).

....., doy mi  
(nombre y apellidos)

consentimiento para participar en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto .

Fecha y firma

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

**Carta de reinvitación**

PEGUE AQUÍ EL  
CÓDIGO DE BARRAS  
DEL COLECTOR

[

Estimado señor/a:

Hace unas semanas le invitamos, por carta, a participar en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto. El programa va dirigido a hombres y mujeres de entre 50 y 69 años y consiste en la realización de un test de sangre oculta en heces, totalmente gratuito.

Puesto que no tenemos constancia de que haya pasado por la farmacia a recoger el material, nos permitimos insistir en la importancia que tiene esta prueba para su salud. Por ello, le comunicamos que dispone de 15 días más, desde la fecha de esta carta, para pasar a recoger el material en cualquiera de las oficinas de farmacia que colaboran con el Programa (se adjunta lista). Recuerde que es imprescindible que lleve esta carta cuando acuda a la farmacia, el documento de identidad y la tarjeta sanitaria.

Los resultados de la prueba le serán comunicados al cabo de unas semanas mediante carta o llamada telefónica. Para cualquier duda o aclaración, por favor, póngase en contacto con nosotros.

Si se ha hecho una colonoscopia en los últimos años, o bien se le ha diagnosticado una enfermedad de colon o recto, es importante que nos lo comunique por teléfono o correo electrónico.

Tel.: 900 102 560 Horario: de lunes a viernes, de 9.00 a 14.00 h

e-mail: [infocolon@caib.es](mailto:infocolon@caib.es)

Web: <http://infocolon.caib.es>

Cordialmente,

Oficina Técnica del Programa

Palma,

---

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (LOPD), sus datos pasarán a formar parte, para su tratamiento, de un fichero de la Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Salud en el ámbito del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de las Islas Baleares. Podrá ejercitar sus derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación reconocidos por la LOPD ante dicha Dirección General (calle Jesús, 38 A 07010 Palma).

....., doy mi

(nombre y apellidos)

consentimiento para participar en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto .

Fecha y firma

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

**Carta recordatoria**

[

Estimado señor / Estimada señora:

Hace unas semanas le invitamos, por carta, a participar en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto. Nos consta que ya ha recogido en la farmacia colaboradora el material para la prueba de sangre oculta en heces y, por ello, queremos recordarle que, una vez recogida la muestra, es necesario entregarla en su Centro de Salud o Unidad Básica de Salud.

Ya que de momento no tenemos constancia de que lo haya hecho, nos permitimos insistir en la importancia que tiene para su salud la realización de la prueba. En consecuencia, le comunicamos que dispone de 15 días más, desde la fecha de esta carta, para recoger la muestra y entregarla en el correspondiente lugar.

Los resultados de la prueba le serán comunicados al cabo de unas semanas mediante carta o llamada telefónica. Para cualquier duda o aclaración, por favor, póngase en contacto con nosotros.

Tel.: 900 102 560 Horario: de lunes a viernes de 9.00 a 14.00 h.

e-mail: [infocolon@caib.es](mailto:infocolon@caib.es)

web: <http://infocolon.caib.es>

Cordialmente,

Oficina Técnica del Programa

Palma,

**Carta de incidencia**

Estimado señor / Estimada señora:

Desde la Oficina Técnica del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Colon y Recto le informamos de que hemos intentado contactar por vía telefónica con usted y no nos ha sido posible.

Le rogamos que contacte con nosotros para aclarar la siguiente incidencia:

---

Nuestros datos de contacto son:

Tel.: 900 102 560 Horario: de lunes a viernes, de 9.00 a 14.00 h

e-mail: [infocolon@caib.es](mailto:infocolon@caib.es)

Web: <http://infocolon.caib.es>

Agradecemos de antemano su colaboración y le pedimos disculpas por las molestias que hayamos podido ocasionarle.

Cordialmente,

Oficina Técnica del Programa

Palma,

**Carta TSOH negativo**

[

Estimado señor/ Estimada señora:

La Oficina Técnica del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto le comunica que el resultado de la prueba de detección de sangre oculta en heces que se realizó el día

\_\_\_\_\_

**se encuentra dentro de la normalidad**

Desde la Oficina Técnica del Programa volveremos a invitarle a hacerse la prueba dentro de 2 años, siempre y cuando tenga una edad inferior a 70 años.

No obstante, si durante este tiempo presenta sangre en las deposiciones, cambios en el ritmo intestinal o malestar abdominal, consulte con su médico.

Si tiene cualquier duda o desea más información, contacte con nosotros.

Tel.: 900 102 560 Horario: de lunes a viernes, de 9.00 a 14.00 h

e-mail: [infocolon@caib.es](mailto:infocolon@caib.es)

Web: <<http://infocolon.caib.es>>

Cordialmente,

Oficina Técnica del Programa

Palma,

**Carta TSOH positivo**

[

Estimado señor/Estimada señora:

Al no poder comunicarnos con usted telefónicamente, desde la Oficina Técnica del Programa de Detección Precoz de Càncer de Colon y Recto le comunicamos, mediante esta carta, que en la prueba de detección de sangre oculta en heces que se realizó con fecha \_\_\_\_\_

**se observan indicios de sangre**

En la mayoría de casos este resultado no implica tener càncer. Sin embargo, para descartar cualquier posibilidad, le recomendamos una exploración del intestino mediante colonoscopia.

Para poder explicarle más detenidamente el significado de este hallazgo y en qué consiste la colonoscopia, póngase en contacto con nosotros.

Tel.: 900 102 560 Horario: de lunes a viernes, de 9.00 a 14.00 h

e-mail: [infocolon@caib.es](mailto:infocolon@caib.es)

Web: <<http://infocolon.caib.es>>

Cordialmente,

Oficina Técnica del Programa

Palma,

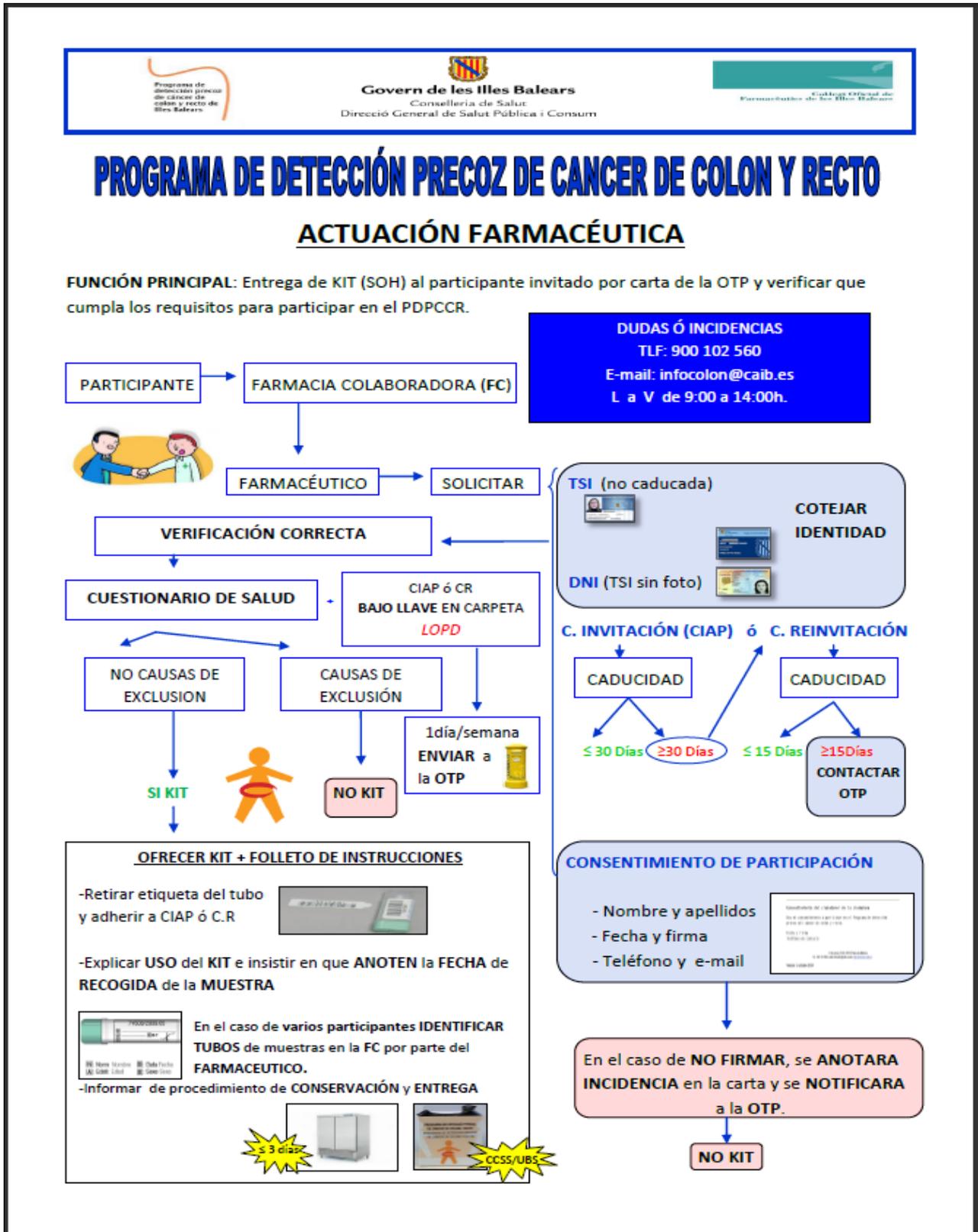
## ANEXO 2

### Criterios de exclusión

- Antecedentes personales de CCR.
- Sintomatología sospechosa de CCR: presencia de sangre en las deposiciones, cambios en los hábitos intestinales durante más de 6 semanas, pérdida de peso o cansancio inexplicable o malestar abdominal persistente.
- Antecedentes familiares de CCR: 2 familiares de primer grado (padres, hermanos o hijos) diagnosticados de CCR, o 1 familiar de primer grado diagnosticado de CCR antes de los 60 años.
- Historia familiar de poliposis adenomatosa familiar u otros síndromes polipósicos, o de Síndrome de Lynch.
- Antecedentes de patología colorrectal tributaria de un seguimiento específico (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn o adenomas colorrectales).
- Exploraciones colorrectales realizadas en los últimos 5 años.
- Enfermedad terminal o enfermedad o invalidez grave que contraindique el posterior estudio del colon.
- Antecedente de colectomía total.
- Éxitus.
- Error de domicilio.

ANEXO 3

Esquema de actuación farmacéutica



## ANEXO 4

### Cuestionario de salud de farmacias

# CUESTIONARIO DE SALUD PARA FARMACIAS

(Marcar con una X la casilla correspondiente)

1.- ¿Ha observado sangre en las heces por hemorroides o menstruación?

 NO SI

*SI entregar KIT*

*SI entregar KIT*

Indicar que puede **recoger la muestra 3 días después de no observar sangre** en las heces

2.- ¿Le han realizado una colonoscopia en los últimos 5 años?

 NO SI

*SI entregar KIT*

*NO Entregar KIT*

Indicar que la **Oficina Técnica del Programa se pondrá en contacto con él/ella en un máximo de 15 días.**

*En el supuesto que se haya realizado una colonoscopia, pero no recuerde la fecha de ésta, SI entregar KIT*

3.- ¿Tiene antecedentes personales de cáncer de colon-recto o de enfermedad Inflamatoria Intestinal (Colitis ulcerosa o Enfermedad de Crohn)?

 NO SI

*SI entregar KIT*

*NO Entregar KIT*

Indicar que la **Oficina Técnica del Programa se pondrá en contacto con él/ella en un máximo de 15 días.**

4.- ¿Tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal?:

- 2 familiares de primer grado (padres, hermanos o hijos) diagnosticados de CCR, o
- 1 familiar de primer grado diagnosticado de CCR antes de los 60 años.

 NO SI

*SI entregar KIT*

*NO Entregar KIT*

Indicar que la **Oficina Técnica del Programa se pondrá en contacto con él/ella en un máximo de 15 días.**

Firma del participante y nombre

Fecha y sello Farmacia

Teléfono/s de contacto:

## ANEXO 5

### Díptico instrucciones de recogida de muestra

#### Informació que cal saber:

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

#### LA PREVENCIÓN ES EL MEJOR TRATAMIENTO LA PREVENCIÓN ES EL MEJOR TRATAMIENTO

#### Información que debe saber:

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

#### Per qualsevol informació:

Para cualquier información:

Truqui al telèfon de contacte del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Còlon i Recte.

Llame al teléfono de contacto del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto.

Tel.: 900 102 560

e-mail: [infocolon@caib.es](mailto:infocolon@caib.es) • web: [infocolon.caib.es](http://infocolon.caib.es)

Programa de  
detecció precoç  
de càncer de  
colon i recte de  
les Illes Balears

## PROGRAMA DE DETECCIÓ PRECOÇ DE CÀNCER DE CÒLON I RECTE

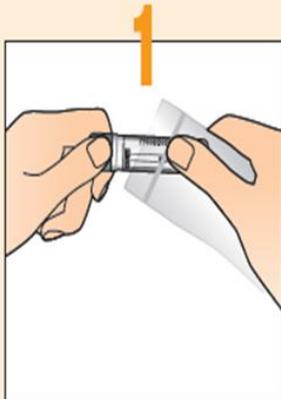
## PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO



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

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

**OC-SENSOR**  $\mu$



**1**  
**Extreure el tub de la bossa.**  
 Extraer el tubo de la bolsa.



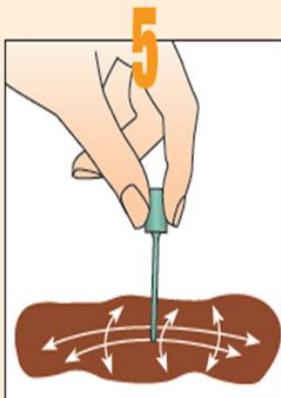
**2**  
**Anotar nom, edat i data de recollida de la mostra a l'etiqueta del tub.**  
 Anotar nombre, edad y fecha de recogida de la muestra en la etiqueta del tubo.



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

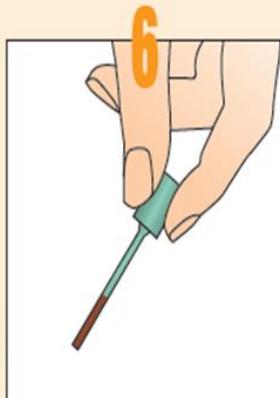


**4**  
**Desenroscar el tap verd i extreure el bastonet.**  
 Desenroscar el tapón verde y extraer el bastoncillo.

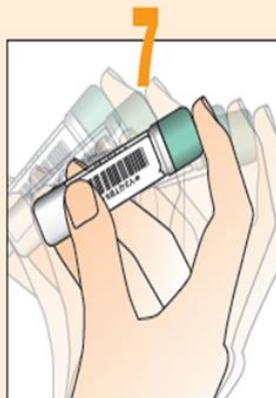


**5**  
**Posar en contacte la punta del bastonet amb la femta i fer lliscar la punta dibuixant línies horitzontals i verticals.**

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



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



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



**8**  
**Guardar el tub a la bossa i retornar-lo, el més aviat possible, al seu centre de salut. Mentrestant, conservar la mostra un màxim de 3 dies a la nevera (no congelar).**

Guardar el tubo en la bolsa y devolverlo, lo más pronto posible, a su centro de salud. Mientras, conservar la muestra un máximo de 3 días en la nevera (no congelar).

**Palex**

**ANEXO 6**

**Cuestionario de consulta de cribado**

**CUESTIONARIO CONSULTA DE CRIBADO**

**NOMBRE:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**FECHA DE LA CONSULTA:**

**CRITERIOS PRIMARIOS DE EXCLUSIÓN**

- Morbilidad asociada grave permanente.
- Morbilidad asociada grave temporal (exclusión temporal).  
*Se considera comorbilidad significativa aquella que limite la realización de posterior colonoscopia (demencia evolucionada, EPOC severa con limitación para la sedación, por ejemplo...)*
- Lesiones colónicas (todas ellas criterios de exclusión).
- Colonoscopia en los últimos 5 años.

**1. ANTECEDENTES PERSONALES**

Cáncer	SÍ	NO			
EII	SÍ	NO			
Otras neoplasias	SÍ	NO			
ASA	I	II	III	IV	Motivo de exclusión

**1.1. Exploraciones previas**

	VALIDA		FECHA
Colonoscopia	SÍ	NO	
Colonoscopia Centro externo	SÍ	NO	

**1.2 Síntomas**

SÍ	NO
----	----

**2. ANTECEDENTES FAMILIARES**

		CÁNCER			
Familiar G1	SÍ	NO			
EDAD					
Familiar G2	SÍ	NO			
EDAD					
		OTRAS NEOPLASIAS		OTRAS NEOPLASIAS	
Familiar G1	SÍ	NO	Familiar G2	SÍ	NO
EDAD			EDAD		

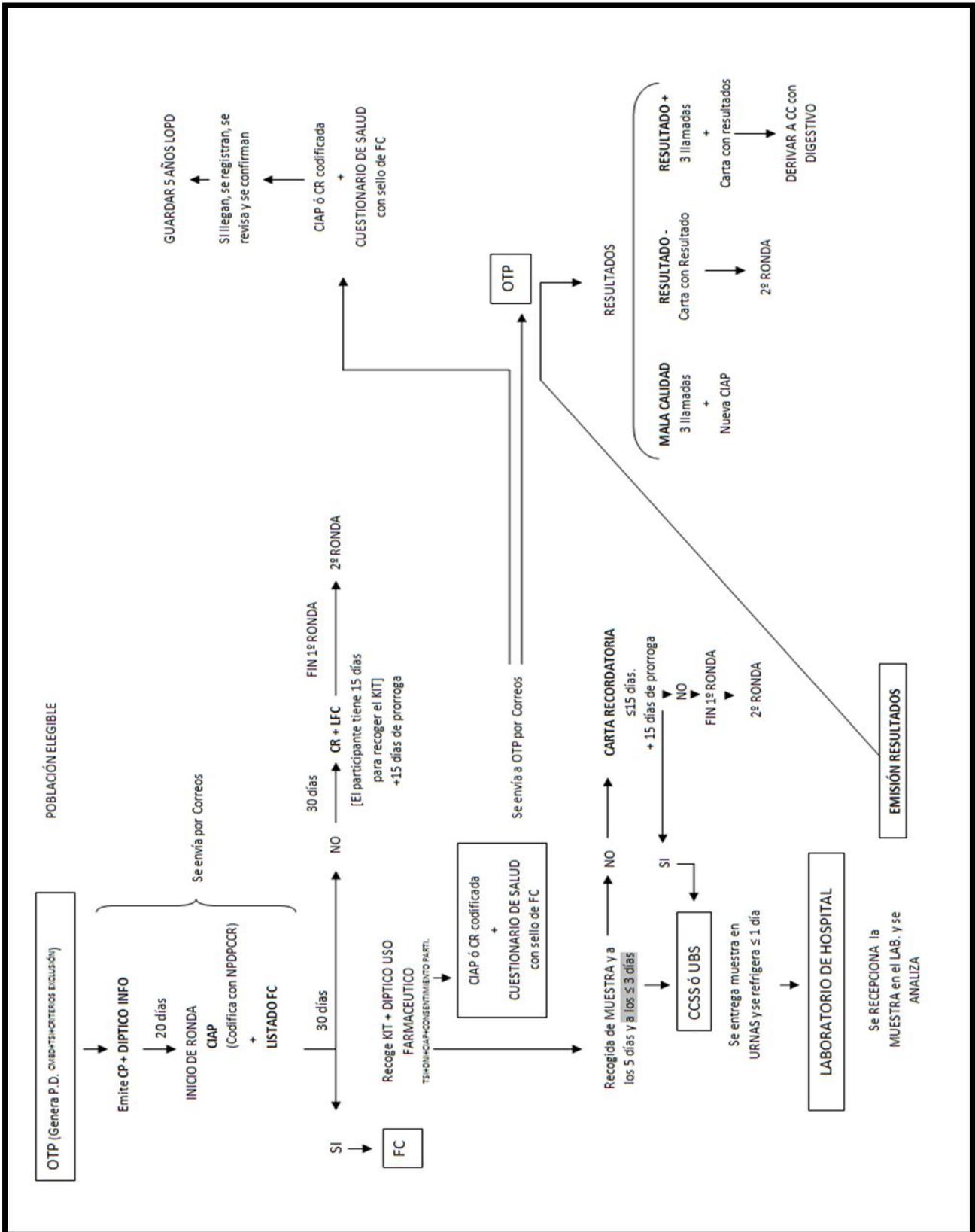
**NEGATIVA DE LA PERSONA A SOMETERSE A COLONOSCOPIA**

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA

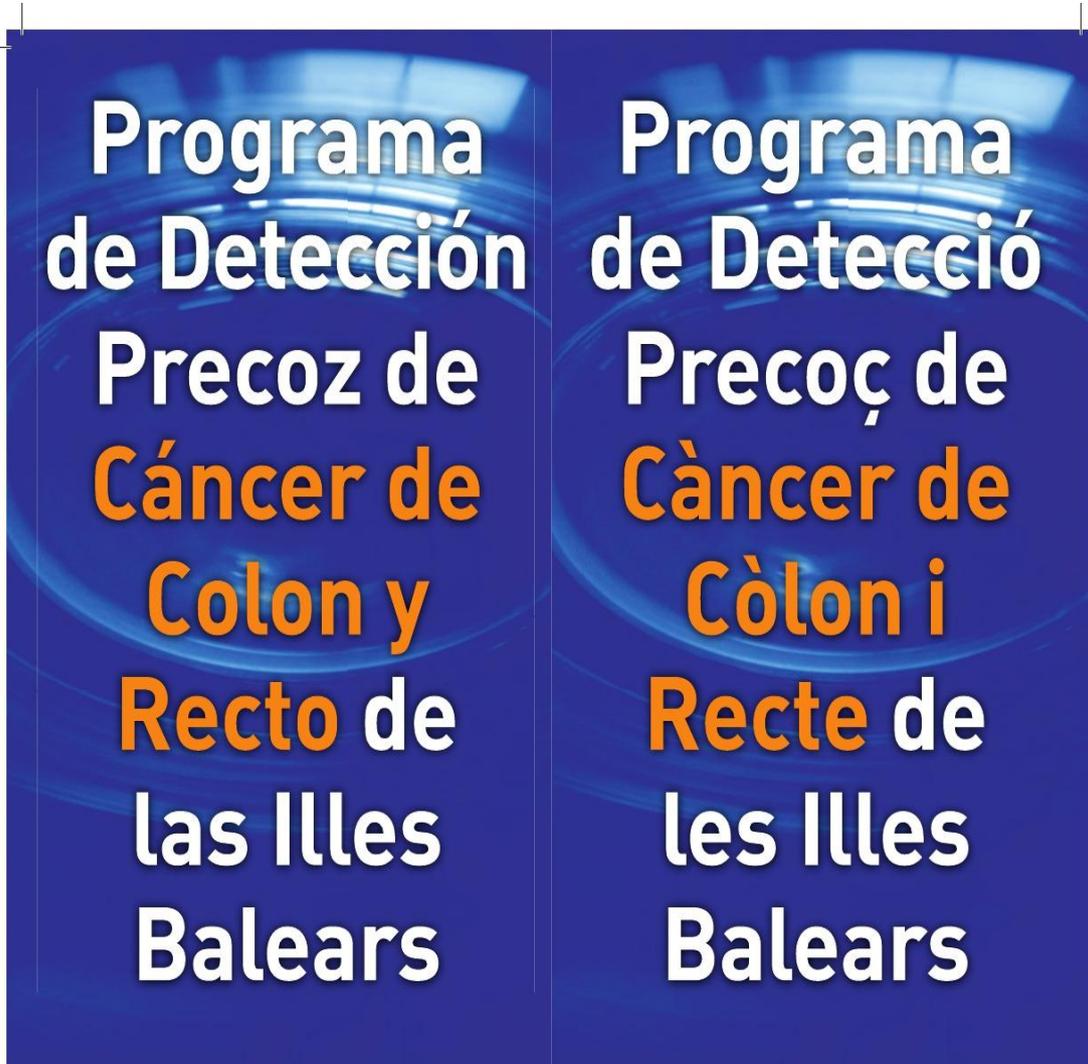
**ANEXO 7**

Circuito PDPCCR



ANEXO 8

Díptico informativo del PDPCCR



**L'Objectiu del PROGRAMA és detectar la malaltia en persones que no tinguin símptomes, de forma gratuïta i amb les mínimes molèsties.**

**Què cal saber del càncer colorectal?** És un tumor del budell gros que en el 90% dels casos apareix a partir d'un pòlip. Alguns pòlips poden transformar-se en càncer després de 10-15 anys, per això és convenient detectar-los a temps ja que així són fàcils de tractar i les possibilitats de curació són altes.

**És un càncer freqüent?** És el segon en ordre de freqüència després del de pulmó en homes i mama en dones. És poc comú abans dels 50 anys i té la major incidència als 60.

**Com es presenta?** Sovint sense símptomes, però en ocasions amb sang en femta, canvis prolongats en el ritme de les deposicions i pèrdua de pes sense cap raó coneguda.

**Què és el PDPCCR de les Illes Balears?** És un programa que de forma organitzada ofereix als homes i dones d'entre 50 i 69 anys, sense símptomes d'aquesta malaltia, una prova per detectar precozment pòlips o càncer en fase inicial.

**En què consisteix la prova?** És una prova senzilla i còmoda a casa. Heu de recollir una petita mostra de les vostres deposicions en un col·lector que se us proporcionarà per poder analitzar al laboratori la presència de sang oculta en elles. La prova és gratuïta, i com a regla general es realitza cada dos anys.

**Com podeu participar-hi?** Rebreu una *carta d'invitació al vostre domicili* en la qual se us indicarà com heu de procedir.

**Què fer si el resultat de la prova és negatiu?** Si NO s'ha detectat sang oculta en les deposicions, se us comunicarà que el resultat és negatiu. Rebreu una nova carta d'invitació als dos anys.

**Què fer si el resultat de la prova és positiu?** A 4-5 de cada 100 persones que participen en el programa es detecta sang oculta en la femta. En la majoria dels casos és probable que tinguem un pòlip (benigne) i no vol dir que tinguem càncer colorectal. Se us avisarà des del programa per realitzar una colonoscòpia i saber l'origen del sangat.

#### Dades de contacte

Tel.: 900 102 560. De dl. a dv. De 9.00 h a 14.00 h  
e-mail: [infocolon@caib.es](mailto:infocolon@caib.es) web: [www.infocolon.caib.es](http://www.infocolon.caib.es)

**El objetivo del PROGRAMA es detectar la enfermedad en personas que no tengan síntomas, de forma gratuita y con las mínimas molestias.**

**¿Qué hay que saber del cáncer colorrectal?** Es un tumor del intestino grueso que en el 90% de los casos aparece a partir de un pólipo. Algunos pólipos pueden transformarse en cáncer en 10-15 años, por esto es conveniente detectarlos a tiempo ya que así son fáciles de tratar y las posibilidades de curación son altas.

**¿Es un cáncer frecuente?** Es el segundo en orden de frecuencia, después del de pulmón en hombres y mama en mujeres. Es poco común antes de los 50 años con su mayor incidencia a los 60.

**¿Cómo se presenta?** Con frecuencia sin síntomas, pero en ocasiones con sangre en heces, cambios prolongados en el ritmo de las deposiciones y pérdida de peso sin ninguna razón conocida.

**¿Qué es el PDPCCR de las Illes Balears?** Es un programa que de forma organizada ofrece a los hombres y mujeres entre 50 y 69 años, sin síntomas ni antecedentes de esta enfermedad, una prueba para detectarles precozmente pólipos o cáncer en fase inicial.

**¿En qué consiste la prueba?** Es una prueba sencilla y cómoda en su domicilio. Tiene que recoger una pequeña muestra de sus deposiciones en un kit que se le proporcionará para analizar en el laboratorio si hay sangre oculta en ellas. La prueba es gratuita y como regla general se realiza cada dos años.

**¿Cómo puede participar?** Recibirá una *carta de invitación en su domicilio* en la que se le indicará cómo debe proceder.

**¿Qué hacer si el resultado de la prueba es negativo?** Si NO se ha detectado sangre oculta en las deposiciones, se le comunicará que el resultado es negativo. Recibirá una nueva carta de invitación a los dos años.

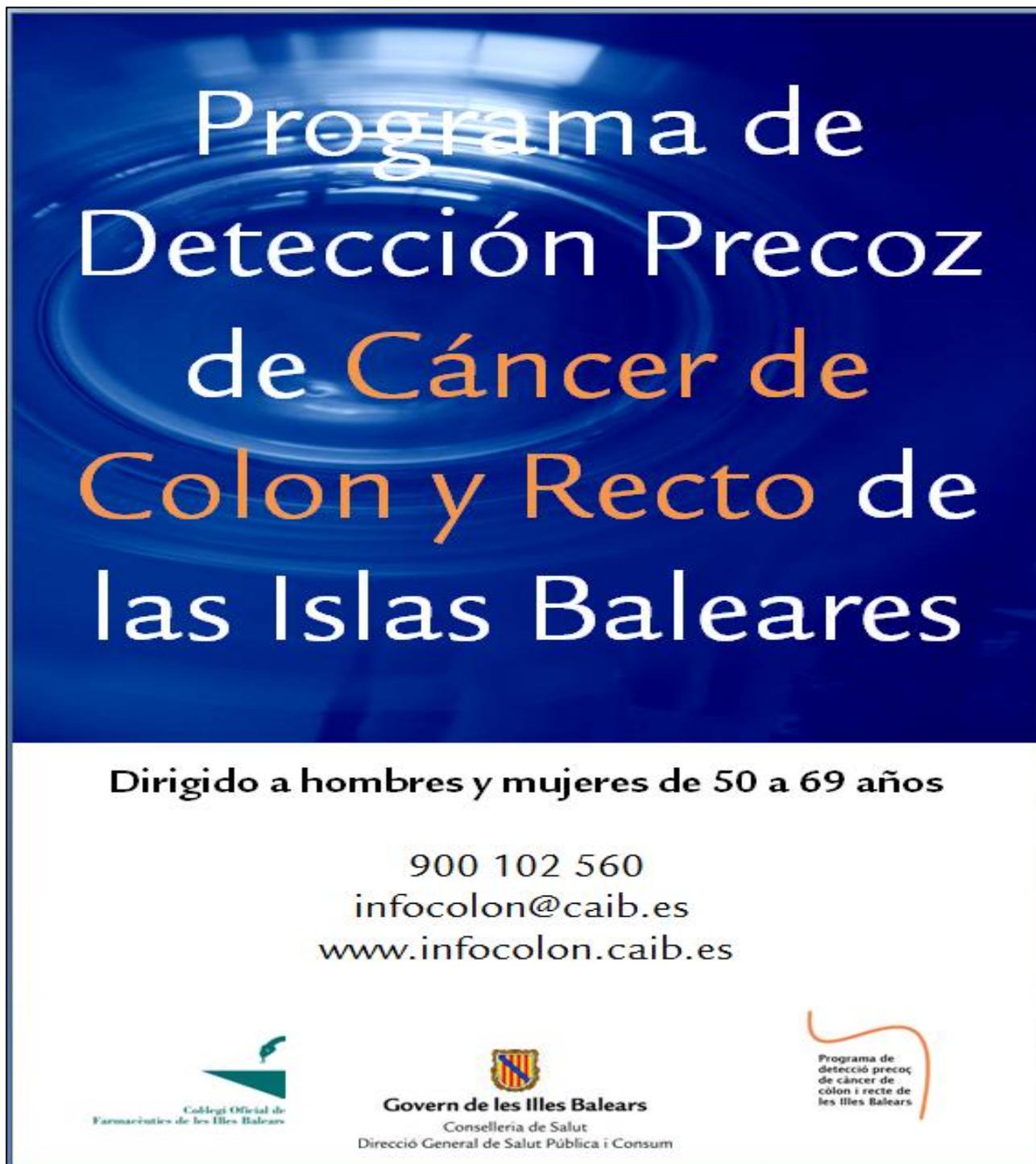
**¿Qué hacer si el resultado de la prueba es positivo?** A 4-5 de cada 100 personas que participan en el programa se detecta sangre oculta en las heces. En la mayoría de los casos es probable que tenga un pólipo (benigno) y no significa que tenga cáncer colorrectal. Se le avisará desde el programa para realizar una colonoscopia y saber el origen del sangrado.

#### Datos de contacto

Tel.: 900 102 560. De Lu. a Vi. De 9:00 h a 14:00 h  
e-mail: [infocolon@caib.es](mailto:infocolon@caib.es) web: [www.infocolon.caib.es](http://www.infocolon.caib.es)

ANEXO 9

Cartel del Programa



Programa de  
Detección Precoz  
de **Cáncer de**  
**Colon y Recto** de  
las Islas Baleares

**Dirigido a hombres y mujeres de 50 a 69 años**

900 102 560  
infocolon@caib.es  
www.infocolon.caib.es

  
Col·legi Oficial de  
Farmacèutics de les Illes Balears

  
**Govern de les Illes Balears**  
Conselleria de Salut  
Direcció General de Salut Pública i Consum

  
Programa de  
detecció precoç  
de càncer de  
còlon i recte de  
les Illes Balears

ANEXO 10  
Página web

**Govern de les Illes Balears**  
Conselleria de Salut  
Direcció General de Salut Pública i Consum

Servei de Prevenció de la Malaltia  
**Detecció Precoç del Càncer de Còlon i Recte**  
<http://infocolon.caib.es>

Portada | Català | Castellano

**PDPCCR**

- Portada
- Risks de càncer colorectal
- Prova de detecció precoç
- Preguntes freqüents
- Informació per a professionals
- Enllaços d'interès
- On som
- Contacte

**PRESENTACIÓ**

La Conselleria de Salut ha posat en marxa el programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte, dirigit a dones i homes de 50 a 69 anys.

El Programa es durà a terme per etapes, atenent els sectors sanitaris i es començarà pels sectors Tramuntana (Hospital d'Inca), Menorca, Eivissa i Formentera. Amb el temps s'incorporaran els altres sectors fins arribar a tots els homes i dones de 50 a 69 anys de les Illes Balears.

L'objectiu del Programa és detectar, de forma precoç, un càncer o una lesió que pugui arribar a ser maligna.

Aquesta detecció precoç té dues etapes:

1. Detecció de sang, no visible, en femta.
2. Realització d'una colonoscòpia en cas que es detecti sang a la prova anterior.

El Programa consisteix en oferir gratuïtament el col·lector necessari per a la recollida de femta en el domicili i una colonoscòpia posterior si es troba sang en la femta.

Des de la Conselleria de Salut s'enviaran cartes d'invitació a participar en el Programa a dones i homes de 50 a 69 anys i dels sectors sanitaris corresponents a cada etapa.

Aquest Programa es du a terme amb la col·laboració del Col·legi Oficial de Farmacèutics de les Illes Balears.

**900 102 560**

Cartel del programa

Diplic explicatiu del programa

Amb la col·laboració de:

**ib-salut** Servei de Salut de les Illes Balears

Col·legi Oficial de Farmacèutics de les Illes Balears

Servei de Prevenció de la Malaltia - Direcció General de Salut Pública i Consum  
Conselleria de Salut  
Carrer de Jesús, 38-4, 07010 - Palma de Mallorca  
Telèfon: 900 102 560



**La prevención se  
traduce en vida**