

# **CONCLUSIONS DE LES PONÈNCIES DE LA I JORNADA AUTONÒMICA SOBRE PREVENCIÓ DE CÀNCER DE CÒLON I RECTE**

**Magdalena García Bonafé y Elisa Miró Viamonte**

**Palma, 15 d'abril de 2016**

Varen participar a la Jornada més de 120 persones de diferents àmbits sanitaris. La directora general de Salut Pública i Participació, Maria Ramos, va inaugurar-la i la consellera de Salut, Patricia Gómez, la va clausurar.

### **Presentació dels objectius de la Jornada**

MILAGROS QUEIMADELOS, cap del Servei de Prevenció de la Malaltia de la Direcció General de Salut Pública i Participació

Fa una introducció al Programa de Detecció Precoç de Càncer de Còlon i Recte de les Illes Balears (PDPCCRIB) i dels diferents nivells sanitaris que intervenen en el desenvolupament. Explica alguns punts rellevants del funcionament del PDPCCRIB i la necessitat que entrin a col·laborar-hi els professionals d'Atenció Primària.

### ***Ponències***

#### **1. “Situació actual del cribratge a Espanya”**

ISABEL PORTILLO, coordinadora del Programa de Cribratge de Càncer Colorectal del País Basc, Osakidetza

Actualment la cobertura a Espanya és del 34 % i s'hi convida homes i dones de 50 a 69 anys.

Catalunya ha estat la CA pionera en el programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte, seguida de Múrcia i València. En 2016 s'haurà instaurat en totes les CA.

#### **2. “Programa de cribratge al País Basc”**

ISABEL PORTILLO, coordinadora del Programa de Cribratge de Càncer Colorectal del País Basc, Osakidetza

Comenta que cal implicar-hi l'Atenció Primària de forma activa.

Els sistemes d'informació estan integrats amb les històries clíniques de tots els hospitals, amb els registres de càncer i la història clínica de Primària.

En els dos primers anys del Programa es va convidar el 5,6 % i el 31,4 % de la població.

Les invitacions es fan per centre de salut i els col·lectors s'envien a domicili.

El personal sanitari implicat rep una formació acreditada.

Insisteix en la necessitat d'evitar la burocràcia per facilitar la participació i d'establir una traçabilitat clara de tot el procés.

Fa un resum dels punts clau, entre els quals indica que és necessària la inversió en tecnologies de la informació, una coordinació centralitzada, amb

control i avaluació de la qualitat del procés, i la creació de grups actius de treball des d'Atenció Primària i Especialitzada.

### **3. “El paper de la infermeria d'AP en el cribratge de CCR”**

CRISTINA QUESADA, responsable d'infermeria del CS Buenavista, Osakidetza

Exposa el funcionament del Programa en el centre de salut en què treballa. Dóna molta d'importància a la comunicació i la informació entre el Programa i la població (mitjans audiovisuals, sessions informatives, cartells, etc.).

Mantenen el contenidor per rebre els col·lectors de les 8.00 a les 20.00 hores i retiren les bosses i les dipositen a la gelera al final del matí i del capvespre.

Utilitzen etiquetes personalitzades per als col·lectors i registren les mostres en una llista per enviar-ho tot als laboratoris dels hospitals.

Envien els resultats del test de sang oculta en femta (TSOF) positius per carta.

Citen els participants amb resultat de TSOF positiu per a una consulta amb infermeria 10 dies abans de la colonoscòpia per informar-los sobre la preparació i per resoldre'n els dubtes.

### **4. “Un dia de treball a l'oficina tècnica del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Còlon i Recte de les Illes Balears (PDPCCRIB)”**

SERGIO JIMÉNEZ, infermer del PDPCCRIB, Direcció General de Salut Pública i Participació

Analitza de manera general tots els nivells sanitaris que conformen l'execució del PDPCCRIB i com l'Oficina Tècnica en gestiona el funcionament correcte. Explica com s'obté la població elegible i candidata a ser convidada a participar en el Programa. Exposa com es desenvolupa el Programa de forma cronològica i com l'Oficina monitora el participant en cada moment i soluciona les possibles incidències.

Indica les passes que se segueixen per gestionar els resultats del test de sang oculta en la femta i com es comuniquen als participants per telèfon, carta o telegrama.

Informa de l'existència de la web ([www.infocolon.caib.es](http://www.infocolon.caib.es)) i la utilitat que té per a l'OTP, i comenta els continguts tant per als professionals de salut com per a la població interessada.

### **5. “Farmàcia comunitària: el seu paper en el PDPCCR”**

TOMEU AMENGUAL, farmacèutic comunitari, membre del SEFAC Illes Balears

Informa sobre el paper que tenen les farmàcies implicades en el Programa pel que fa al lliurament dels col·lectors, la informació sobre la presa de la mostra i el qüestionari de salut per excloure persones que no poden entrar en el Programa.

Sol·liciten als participants el consentiment informat necessari per participar-hi i enregistren les dades de l'usuari i del col·lector que se li ha proporcionat a l'aplicació específica per als farmacèutics que figura en la web del Programa.

Les cartes amb el consentiment firmat les remetent a l'Oficina Tècnica per mitjà de les cooperatives de farmàcia.

## **6. “Aspectes de laboratori a considerar en la detecció d’hemoglobina en femta en el CCR”**

ANA GARCÍA RAJA, facultativa especialista del Laboratori d'Anàlisis Clíniques de l'Hospital Universitari Son Espases

S'utilitza el test immunològic de sang oculta en la femta (TSOF) les peculiaritats del qual són les següents:

- No necessita dieta prèvia.
- Té una major sensibilitat i especificitat.
- Té un nivell més alt de cost-efectivitat.
- És una prova quantitativa i es pot escollir el punt de tall. És la més recomanada per al cribratge de CCR poblacional.
- Els resultats s'informen en mg Hb/g de femta, concentració en femta ( $\mu\text{g Hb / g femta}$ ).

El termini per a la lectura del test és de 10-15 dies, encara que poden tornar negatius si es deixa la mostra sense analitzar durant molt més temps.

## **7. “Criteris de qualitat en l’endoscòpia de cribratge de càncer colorectal”**

JOSÉ REYES, cap de secció del Servei d'Aparell Digestiu de l'Hospital Comarcal d'Inca

Indica que el tipus d'exploració colonoscòpica en un programa de cribratge és més difícil i minuciosa que en el cas assistencial.

La durada és de 40 a 60 minuts.

Hi ha d'haver coordinació amb l'enviament de cartes per no prolongar els terminis per un excés o acumulació de proves endoscòpiques hospitalàries.

És una exploració que es fa amb una doble finalitat: diagnòstica i de prevenció.

El resultat té una gran repercussió en el seguiment dels participants.

Ha de seguir uns estàndards de qualitat alts i que estan ben definits per les societats científiques.

S'ha de maximitzar la detecció de les lesions.

Les unitats de colonoscòpia han de tenir cites específiques per a aquestes colonoscòpies i separar-les de la pràctica assistencial.

És important la formació del personal d'endoscòpies en RCP i sedació avançada.

#### **8. “Seguiment de les lesions colonoscòpiques en un programa de cribratge de CCR. Resecció de pòlips més enllà de la polipectomia simple”**

CARLES DOL, cap del Servei d'Àparell Digestiu de l'Hospital Son Llàtzer

Exposa la importància d'establir el seguiment de les lesions significatives i les diferències entre els diferents tipus de lesions, tenint-ne en compte el nombre i la grandària:

- Risc baix (1-2 adenomes <10 mm).
- Risc mitjà (3-4 adenomes o 1 > 10 mm). Repetir la colonoscòpia als 3 anys.
- Risc alt (5-6 adenomes o 1 > 20 mm). Repetir la colonoscòpia a l'any.

Indica la importància de la colonoscòpia terapèutica, per la qual cosa cal definir bé la lesió, delimitar-la, determinar-ne el tipus i la profunditat.

És molt important:

- Delimitar la lesió.
- Definir la lesió.
- Determinar la lesió.
- Determinar-ne el grau de profunditat.

#### **9. “Paper del patòleg en el maneig del CCR. Unificació de criteris en la descripció i el diagnòstic de les lesions des del punt de vista del patòleg”**

ISABEL AMENGUAL, facultatiu especialista del Servei d'Anatomia Patològica de l'Hospital Universitari Son Espases

Emfatitza que el maneig dels participants en el Programa depèn de la qualitat i la precisió diagnòstica. Per això, indica l'ús d'estàndards de qualitat que apareixen en les guies sobre el tema.

Exposa la informació que ha de rebre el patòleg per a un diagnòstic adequat:

- Informació clínica rellevant.
- Informe de colonoscòpia.
- Localització de les lesions, mida, tècnica d'extirpació.

Indica els ítems que han de figurar en un informe d'anatomia patològica. Repassa tots els tipus de lesions i indica que ha d'alertar veure en un informe d'un adenoma les paraules: grau alt, pilós i de mida més gran d'1 cm. Comenta que els pòlips serrats sèssils i els adenomes serrats tradicionals són lesions preneoplàsiques i que el risc que evolucionin a càncer és el mateix que en el cas d'adenomes tradicionals.

#### **10. “Paper dels professionals sanitaris en Atenció Primària”**

M<sup>a</sup> TERESA CORREDOR, subdirectora mèdica de la Gerència d'Atenció Primària, i ARTURO ARENAS, coordinador del CS Muro-Marines

Plantegen la necessitat que els professionals d'Atenció Primària (AP) estiguin més representats en el Programa i indiquen que és el millor nivell per informar i conscienciar la població per participar en un PDPCCR.

Proposen que podrien tenir un paper més ampli mitjançant:

- Informació del Programa.
- Captació de pacients que han rebut la carta d'invitació i que no hi han participat.
- Recepció de mostres i tramesa al laboratori.
- Gestió dels resultats, informació sobre la colonoscòpia i la seva preparació, i seguiment dels resultats.

Per a això, és necessari:

- Informació i formació científica adequada.
- Coneixement dels protocols.
- Mitjans tècnics per garantir exploracions i resultats.
- Seguiment de tot el procés.