

KOLONEKO MINBIZIA GOIZ DETEKTATZEKO PROGRAMA

10. bertsioa. 2023ko abendua

Egileak

Koloneko Minbizia Goiz Detektatzeko Programaren Koordinazio Zentroa

Ospitaleko Arreta Koordinatzeko Zuzendariordetza

Osakidetzako Zuzendaritza Nagusia

Isabel Portillo

Isabel Idigoras

Irene Sainz de Rozas

Beatriz Erro

Koldo López-Guridi

Marga Urrejola

Arantza Menchaca

Jon Koldobika Hurtado

prevencionccr@osakidetza.eus

Programa hau (10. bertsioa. 2023ko abendua) eguneratu dugu, gehiago jakin dezagun kolon eta ondesteko minbiziak munduan, Europan eta Euskadin duen egoerari buruz eta baheketak detekzio goiztiar gisa duen ahalmenari buruz.

2020ko azaroko bertsiotik (9. bertsiotik), prozedurak eguneratu ditugu; hortaz, Baheketa Programari erantsi zaizkion alderdi guztiak aurkeztuko ditugu, jarduerak hobetzeko aukera emango digutelako. Hala, profesionalei nahiz herritarrei ebidentzia zientifikoan eta adostasunean oinarritutako informazioa ematea da helburua. Programaren Koordinazio Zentroko (PKZ) lantaldeak idatzi eta editatu du bertsio hau.

2009an hasi zenetik hainbat aldaketa egin dira, eta protokolo berriak sartu dira, prozeduren estandarizazioa erraztu eta emaitzak hobetzeko.

Dokumentu hau dinamikoa da, eta iradokizunak egin dakizkioke. Are gehiago, ezingo zatekeen prestatu, denbora honetan guztian beren ideiak eman dituzten pertsonen eta profesionalen laguntza baliotsua jaso izan ez balitz.

Gure esker ona adierazi nahi diegu 10. bertsio hau hobetzeko asmoz eremu eta jakintza guztietatik ekarpenak egin dituzten pertsona guzti-guztiei.

Kolon eta Ondesteko Minbizia Bahetzeko Programaren Koordinazio Zentroa

Ospitaleko Arreta Koordinatzeko Zuzendariordetza

Osakidetza Zuzendaritza Nagusia

Kale Nagusia 62, 4. solairua

48011 Bilbo

prevencionccr@osakidetza.eus

900 840 070

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

AURKIBIDEA

1. LABURDURAK	4
2. SARRERA	6
3. KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIAREN EUSKADIKO BAHEKETA-PROGRAMA (KOMBP)	19
4. KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIAREN (KOM) BAHEKETAREN OINARRIAK	30
5. KOM-A BAHETZEKO 2023-2025EKO PROGRAMAREN HELBURUAK	39
6. JARDUERA-ESPARRUA	40
7. BAHETZEKO PROZEDURA OROKORRA	41
8. INFORMAZIO-, MONITORIZAZIO- ETA EBALUAZIO-SISTEMA	45
9. BAHEKETA-PROGRAMAREN KUDEAKETA-IBILBIDEA	46
10. BIBLIOGRAFIA	50
I. ERANSKINA POPULAZIOA HAUTATZEKO ETA PROGRAMAREN ADIERAZLEAK LORTZEKO IRIZPIDEAK	54
II. ERANSKINA GONBIDATZEKO PROZEDURA	61
III. ERANSKINA LAGINAK ENTREGATU ETA PROZESATZEA	65
LAGINAK LABORATEGIRA BIDALTZEKO MANEIATZEA	67
IV. ERANSKINA FIT TESTAREN EMAITZAK KUDEATZEA	70
V. ERANSKINA EMAITZA POSITIBOAK KUDEATZEA	72
VI. ERANSKINA KOLONOSKOPIAREN EMAITZAK KUDEATZEA	97
VII. ERANSKINA PROGRAMAREN ALDAGAIK	117
VIII. ERANSKINA PROGRAMAREN KALITATE-IRIZPIDEAK (EUROPEAN COMMISSION, 2010)	125
IX. ERANSKINA SENTSIBILIZAZIOA ETA PRESTAKUNTZA	126
X. ERANSKINA PROGRAMAREN JARDUERAREN KALKULUAK ETA ARDURADUN NAGUSIAK	128
XI. ERANSKINA GUTUNAK	130
XII. ERANSKINA MAIZ EGITEN DIREN GALDERAK	143
XIII. ERANSKINA OTIRIK EZ DUTEN PERTSONEN GONBIDAPENA	148
XIV. ERANSKINA IRADOKIZUNAK, KEXAK ETA ERREKLAMAZIOAK	157
XV. ERANSKINA ANATOMIA PATOLOGIKOA	158
XVI. ERANSKINA JARDUTEKO JARRAIBIDEAK, KOM-AREN FAMILIA-AURREKARIAK DITUZTEN PERTSONENTZAT	165

1. LABURDURAK

AEA: Arrisku Ertaineko Adenoma

AHA: Arrisku Handiko Adenoma

ASA: Estatu Batuetako anestesilogoen elkartearen sailkapen-irizpideak

ASR: Adinaren arabera doitutako tasak

ATA: Arrisku Txikiko Adenoma

BAE: Bezeroen Arretarako Eremua

BE: Biziraupen Erlatiboa

BI: Baimen Informatua

CLINIC/Osabide Integra: Euskadiko pazienteen datu klinikoetarako sarbidea

CMBD-Altak: Ospitaleko altei buruzko datuen gutxieneko multzoa

DB: Datu-basea

DBLO: Datuak Babesteko Lege Organikoa

EAE: Euskal Autonomia Erkidegoa

EAG: Etengabeko Arretarako Gunea

ESI: Erakunde Sanitario Integratua

EUSTAT: Euskal Estatistika Erakundea

FIT (Faecal Immunochemical test): Gorozkien test immunokimikoa

GAD: Gradu Altuko Displasia

GBD: Gradu Baxuko Displasia

GestLab: Laborategiko probak kudeatzeko programa

HK: Historia Klinikoa

IKK: Identifikazio Korporatiboko Kodea

INDEF: Heriotzen indize nazionala

KOM: Kolon eta Ondesteko Minbizia

KOMBP: Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Baheketa Programa

LA: Lesio Aurreratua (AEA+AHA)

LMAko medikua: Lehen Mailako Arretako medikua

LMAU: Lehen Mailako Arretako Unitatea

LMAUB: Lehen Mailako Arretako unitateburua

NA: Neoplasia Aurreratua

OGP: Osabide Global Primaria

OSABIDE: Pazienteak eta dokumentazio klinikoa kudeatzeko programa. Euskadiko Historia Klinikoa

OSAKIDETZA: Euskal osasun zerbitzua

OSN: Osasun Sistema Nazionala

OTI: Osasun Txartel Indibiduala

OZ: Osasun Zentroa

PKZ: Programaren Koordinazio Zentroa

PODak: Pazientearen oinarritzko datuak Lehen Mailako Arretan

SOH: Gorozkietan ezkutatutako odola

TOE: Tumoreen Ospitaleko Erregistroa

TPE: Tumoreen Populazio Erregistroa

TSOH: Gorozkietan odola dagoen aztertze proba

UAE: Urteko Aldaketa Ehunekoa

QALY: Kalitatearen arabera doitutako bizitza-urteen akronimoa

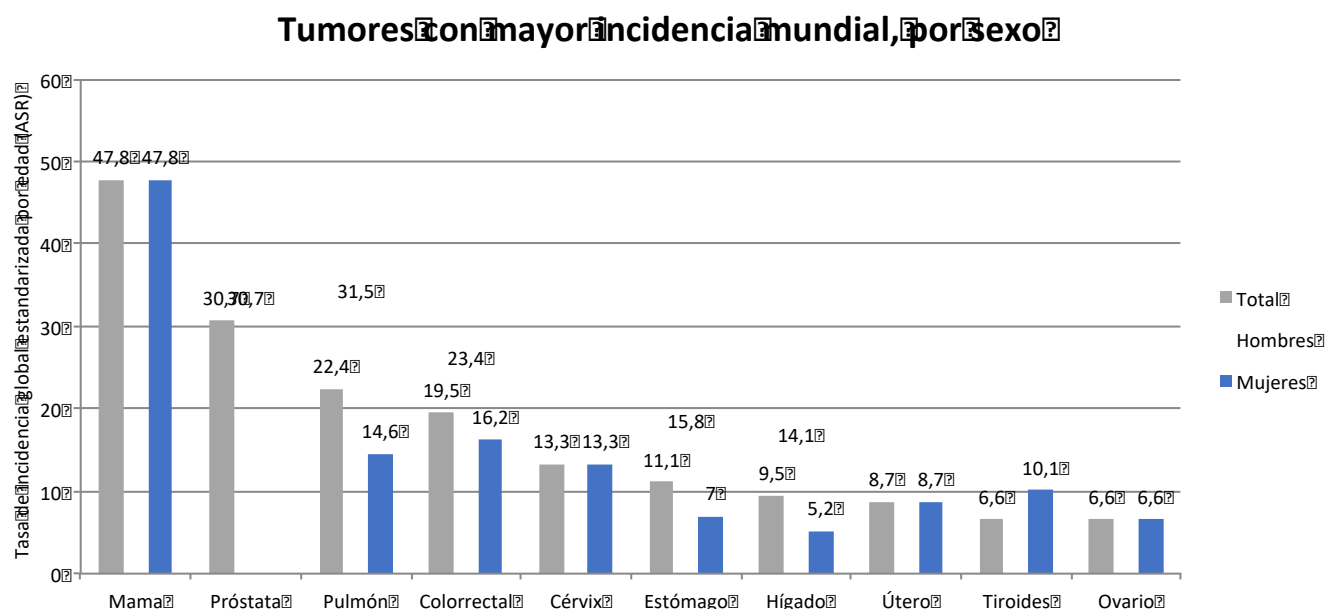
2. SARRERA

Kolon eta ondesteko minbiziari buruzko mundu-mailako datuak

Mundu osoan, kolon eta ondesteko minbizia (KOM) da gizonen artean hirugarren minbizirik ohikoena, eta bigarrena emakumeen kasuan. GLOBOCANen (Ferlay eta al., 2020)¹ azken kalkuluen arabera, 2020an 1.065.960 kasu berri inguru agertu ziren gizonen artean, eta 865.630 emakumeen artean. KOMa izan zen munduko minbizi-kargaren % 10 baino gehiago; gizonen kasuan, biriketako eta prostatako minbiziak gainditu zuten proportzio hori, eta, emakumeen kasuan, bularreko minbiziak soilik (1. grafikoa).

2020an, adinaren arabera estandarizatutako intzidentzia orokorra (ASR) 23,4koa izan zen KOMerako, 100.000 biztanleko, gizonen kasuan, eta 16,2koa, 100.000 biztanleko, emakumeen kasuan (1. grafikoa).

1. grafikoa. MUNDUAN INTZIDENTZIA HANDIENA DUTEN TUMOREAK, SEXUAREN ARABERA, 2020.

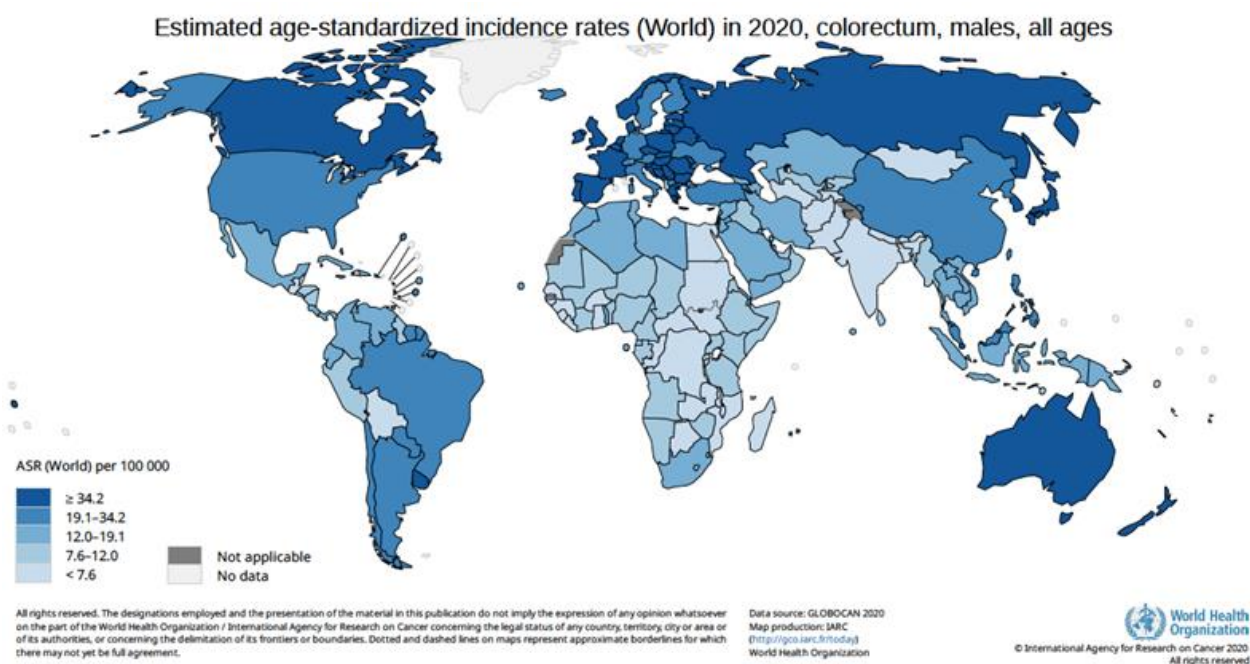
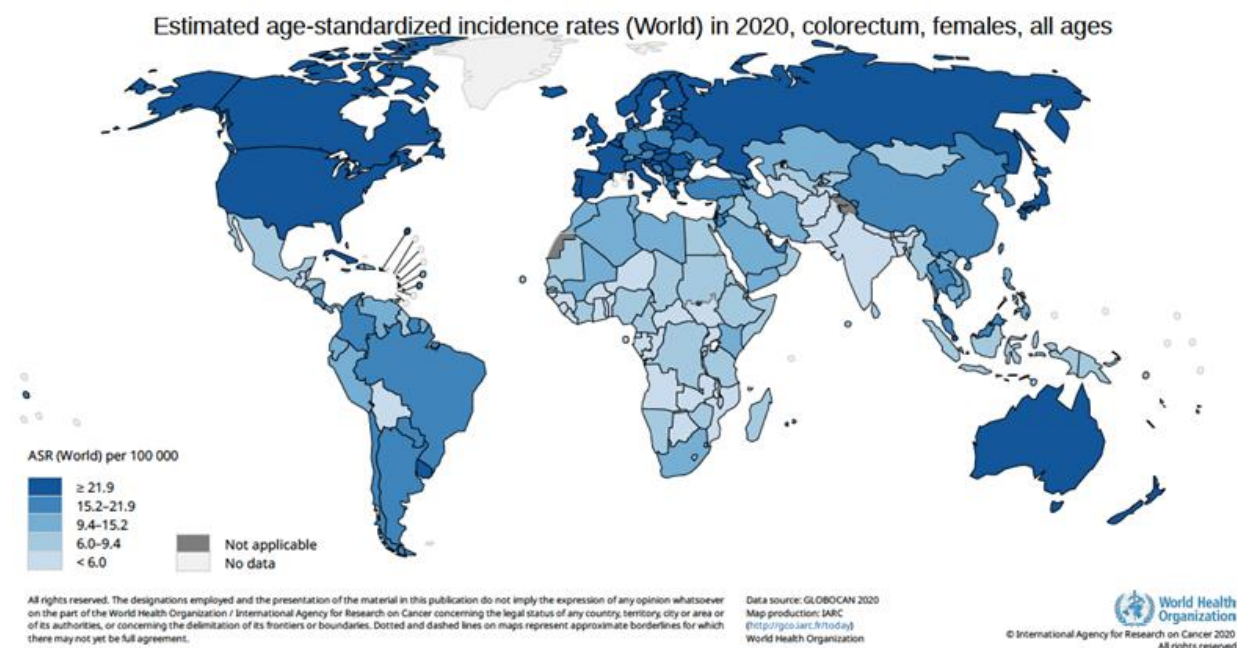


Iturria Global Cancer Observatory: Cancer Today IARC, Lyon, France. GLOBOCAN 2020. Hemen eskuragarri: <https://gco.iarc.fr/today/home>.

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

KOMaren intzidentzia-tasak nabarmen aldatzen dira herrialde eta eskualde batzuetatik beste batzuetara, eta tasarik altuenak Australian eta Zeelanda Berrian, Europan, Ekialdeko Asian eta Ipar Amerikan daude. Intzidentzia-tasak 10 puntutan aldatzen dira bi sexuetan (1. eta 2. mapak).

1. eta 2. mapak.- KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIAREN INTZIDENTZIAREN BANAKETA MUNDUAN, SEXUAREN ARABERA. GLOBOCAN-2020



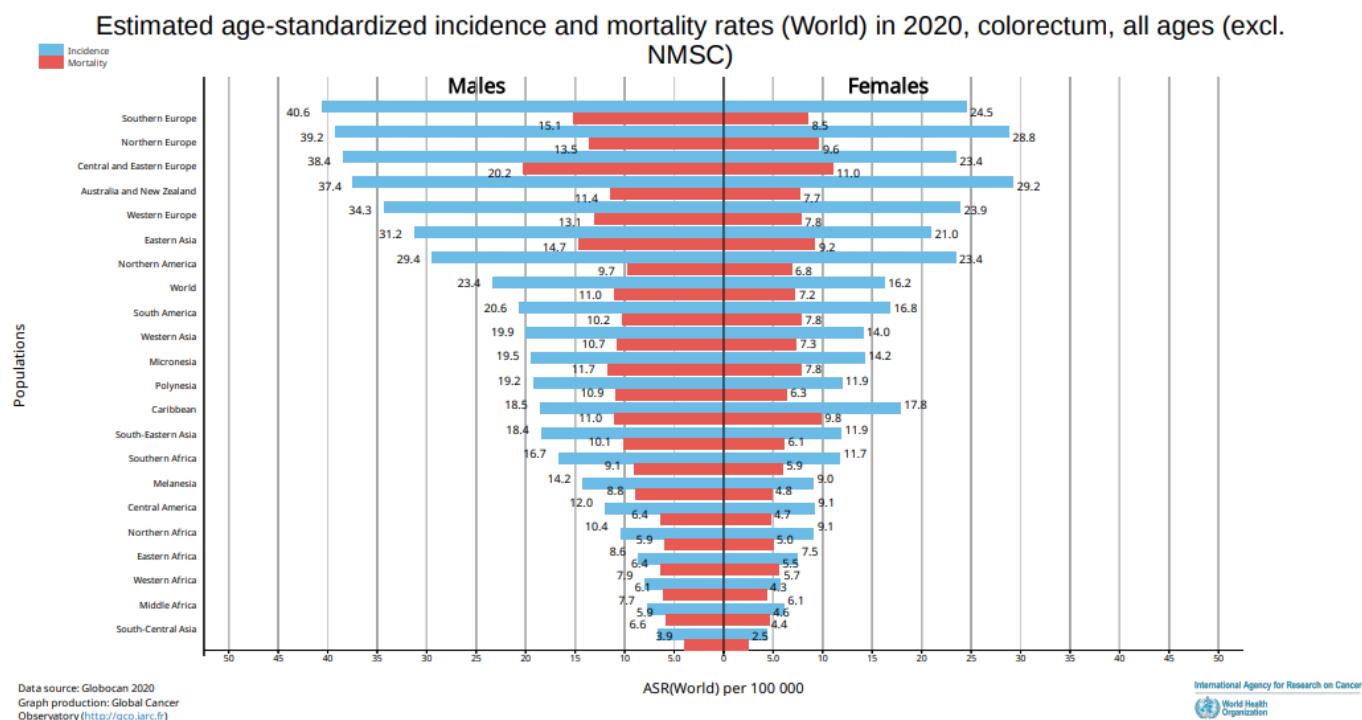
Balioetsitako intzidentzia-tasa altuenak Europaren hegoaldean eta iparraldean daude gizonentzat (ASIR 40,6 eta 39,2, 100.000 biztanleko, hurrenez hurren) eta Australian-Zeelanda Berrian eta Europaren iparraldean emakumeentzat (ASIR 29,2 eta 28,8, 100.000 biztanleko, hurrenez hurren) Intzidentzia-tasarik baxuenak, berriz, Asiaren erdialdean eta hegoaldean eta Afrikaren erdialdean daude gizonentzat (ASIR 6,6 eta 7,7, 100.000 biztanleko), eta Asiaren erdialdean eta hegoaldean eta Afrikaren mendebaldean emakumeentzat (ASIR 4,4 eta 5,7, 100.000 biztanleko, hurrenez hurren) (2. *grafikoa*).

KOMaren ondoriozko heriotza-tasak ere aldatu egiten dira mundu osoan, 5 puntu arte, gizonengan nahiz emakumeengan. 2020an, 515.637 gizon inguru hil ziren KOMaren ondorioz, eta 419.536 emakume, eta adinaren arabera estandarizatutako heriotza-tasa (ASMR), 100.000 biztanleko, 11,0koa izan zen gizonen artean, eta, 100.000 biztanleko, 7,2koa emakumeen artean (2. *grafikoa*).

Bi sexuetan, Europaren erdialdean eta mendebaldean daude balioetsitako heriotza-tasarik altuenak (ASMR: 20,2koa eta 11,0koa, 100.000 biztanleko, gizonengan eta emakumeengan, hurrenez hurren). Balioetsitako heriotza-tasa baxuenak, berriz, Asiaren hegoaldean eta erdialdean daude bi sexuetarako (ASMR, 3,9koa eta 2,5koa, 100.000 biztanleko, gizonengan eta emakumeengan, hurrenez hurren). Bizi-raupen-tasa, ordea, diagnostiko goiztiarrarekin eta tratamenduekin lotuta dagoenez, okerragoa da errenta baxuak dituzten herrialdeetan².

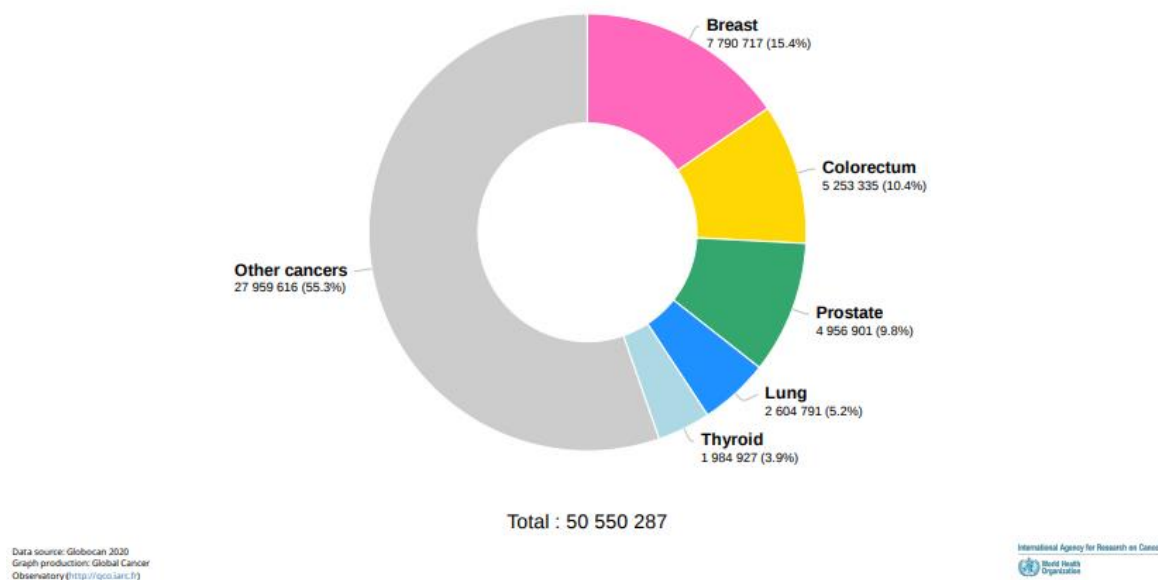
2. grafikoa. KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIAREN GUTXI GORABEHERAKO INTZIDENTZIA- ETA HERIOTZA-TASA ESTANDARIZATUAK.

²Allemani C, Matsuda T, DiCarlo V, Harewood R, Matz M, Niksic M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-2014 (CONCORD-3): analysis of individual records for 317 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries (CONCORD-2). Lancet. 2018; 391(10125):1023–75



Urte horretan, 5,3 milioi pertsona inguruk biziraun zioten minbiziari (aurreko 5 urteetan diagnostikatuta-koak). Bizirik atera ziren horiek minbizia izan zuten pertsona guztien % 10,4 izan ziren (3. grafikoa).

3. GRAFIKOA. 2020KO KASU PREBALENTEEN (5-URTE) GUTXI GORABEHERAKO KOPURUA, BI SEXUETAN.



Minbizi mota gehienetan bezala, KOMaren intzidentzia- eta heriotza-tasak nabarmen handitzen dira adi-narekin, eta kasu eta heriotza gehienak 50 urtetik gorakoen artean gertatzen dira. 2018an, 1,80 milioi kasu

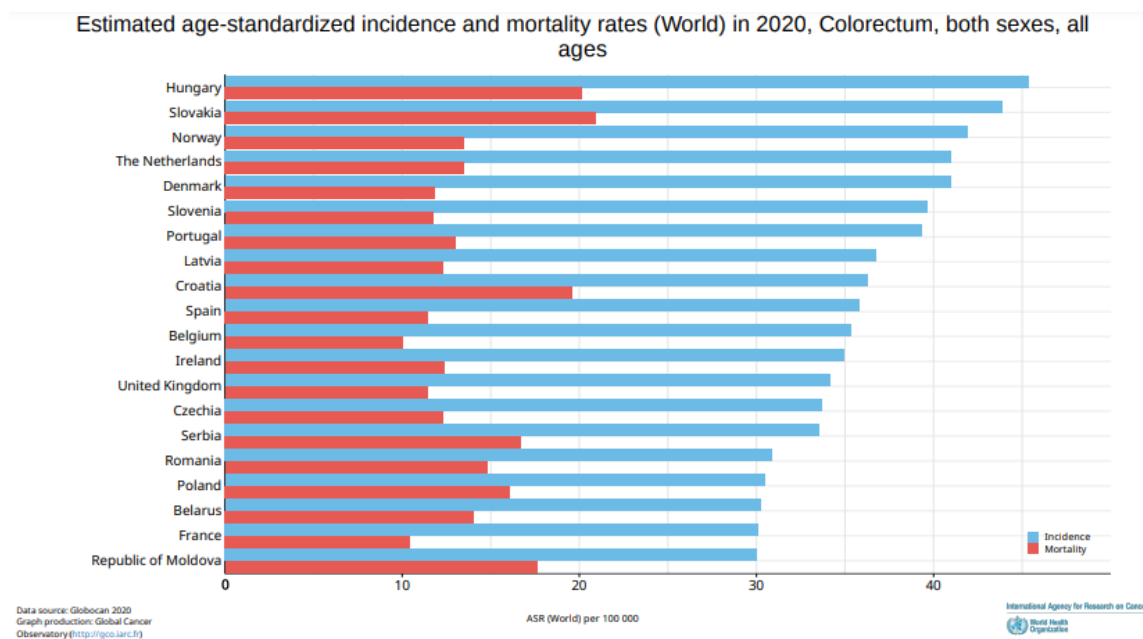
inguru izan ziren, eta 0,18 milioi inguru (% 10) 50 urtetik beherakoen artean gertatu ziren; 1,07 milioi inguru (% 59) 50-74 urtekoen artean, eta 0,55 milioi inguru (% 31) 75 urtetik gorakoen artean (Ferlay et al., 2018).

Kolon eta ondesteko minbiziari buruzko mundu- eta estatu-mailako datuak

4. *grafikoan* ikusten denez, Espainia 10. tokian dago (Europako 27 herrialderen artean), 100.000 biztanleko 35,8 kasuko intzidentzia-tasarekin eta 100.000 biztanleko 11,5 kasuko heriotza-tasarekin. Espainian, 40.441 kasu berri atzeman ziren 2020an, eta, 2025era begira, kasuak 45.226ra ugarituko direla balioetsi da³. Hilkortasunari dagokionez, 2020an, KOMak 16.470 heriotza eragin zituen, eta 2025ean ere handitzeko joera izango du, kalkulatzen baita 19.026 heriotza eragingo dituela (5. *grafikoa*).

4. grafikoa. INTZIDENTZIA ETA HILKORTASUNA TASA HANDIENAK DITUZTEN EUROPAKO 20 HERRIALDE-ETAN.

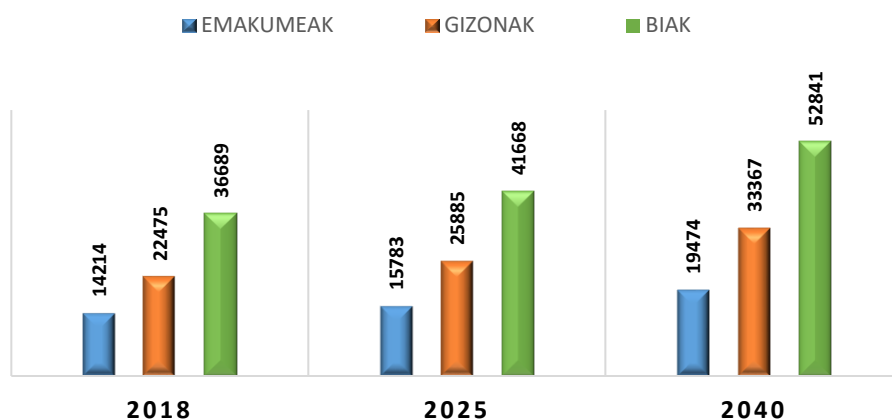
GLOBOCAN 2020



5. grafikoa. KOM-AREN INTZIDENTZIAREN KALKULUA ESPAINIAN (2025, 2040).

³ European cancer information system. ECIS. Hemen eskuragarri: ecis.jrc.ec.europa.eu

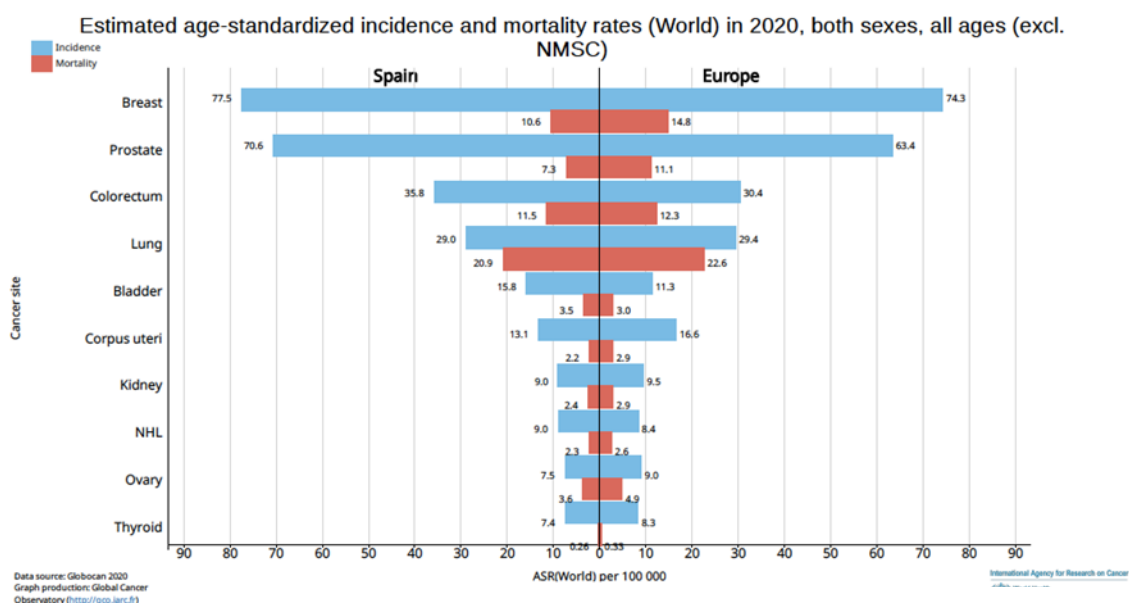
ESPAINIAKO INTZIDENTZIA



Iturria: IARC Handbooks of cancer prevention

Hamar tumore nagusien banaketari dagokionez, Espainian, bi sexuak hartzen badira kontuan, KOMa da tumorerik ohikoena. KOMaren intzidentzia-tasak (ASIR) Europako batezbestekotik gora daude, baita bu-larreko, prostatako eta besikulako minbizietan ere. Alabaina, tumore horiexetan, heriotza-tasak Europako batezbestekotik behera daude, besikulako minbizian izan ezik. (6. grafikoa).

6. grafikoa.- ESPAINIAN ETA EUROPAN INTZIDENTZIA HANDIENA DUTEN 10 TUMOREEN BANAKETA. GLOBOCAN-2020.



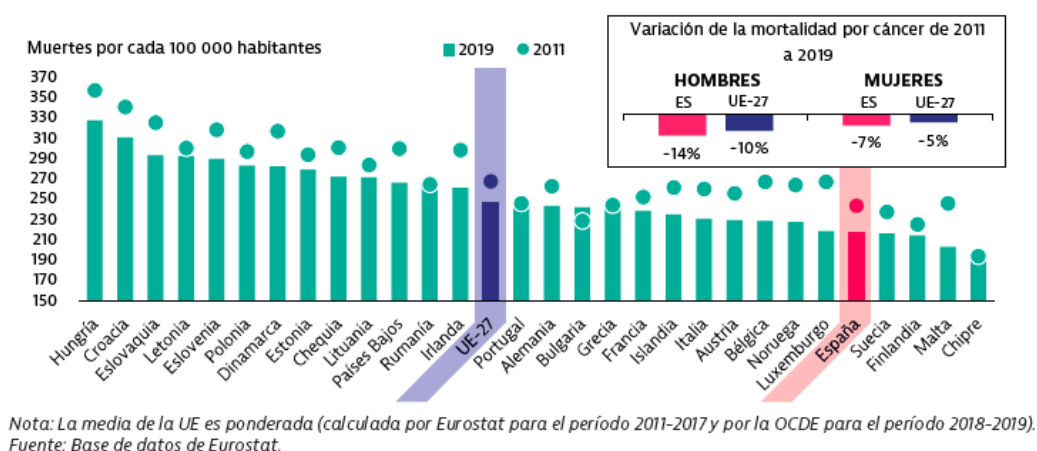
2023rako kasu intzidenteen azken balioespen-txostenaren arabera (Espainiako Minbizi Erregistroen Sarea⁴), biztanle guztiak aintzat hartuz gero, Espainian koloneko eta ondesteko minbizia da sarriena, 42.721 kasu berrirekin (28.465 kolonean eta 14.256 ondestean).

Sexuari begiratuta, emakumeen artean KOMaren 16.364 kasu berri agertu ziren, eta gizonen artean 26.357. Mundu-mailan, biztanleria estandarrari egokitutako KOMaren tasa 37,9koa izan zen bi sexueta-rako, 100.000 biztanleko (% 95eko konfiantza-tartean (KT), 35,7-40,4).

Adin-taldeei dagokienez, KOMaren kasu intzidenteen kopurua 17.865koa da 65 urteko edo hortik gorako gizonengan, eta 8.046koa 45 eta 64 urte arteko gizonengan. Emakumeengan, aldiz, KOMaren kasu intzidenteen kopurua 11.002koa da 65 urtekoen edo hortik gorakoen artean, eta 4.955koa 45 eta 64 urte artekoengan.

Minbiziaren herrialde-profilari buruzko Espainiarako txostenean (ELGA, 2023)⁵, adierazten da minbiziak eragindako hilkortasuna Europako baxuenetakoa dela Espainian eta, era berean, 2011tik murriztu egin dela, emakumeengan nahiz gizonengan. Minbiziaren ondoriozko heriotza-tasa globalak bi aldiz altuagoak dira gizonengan, emakumeengan baino (batez ere, KOMari eta birikako minbiziari dagokienez); azken urteetan, ordea, minbiziagatik hiltzen diren gizonen kopurua azkarrago jaitsi denez, genero-arrakala ere murriztu egin da. (7. grafikoa).

7. grafikoa. MINBIZIAREN ONDORIOZKO HILKORTASUNA EUROPako HERRIALDEETAN. MINBIZIAREN ONDORIOZKO HILKORTASUNAREN ALDAKUNTZA 2011TIK 2019RA (ESPAINIA).



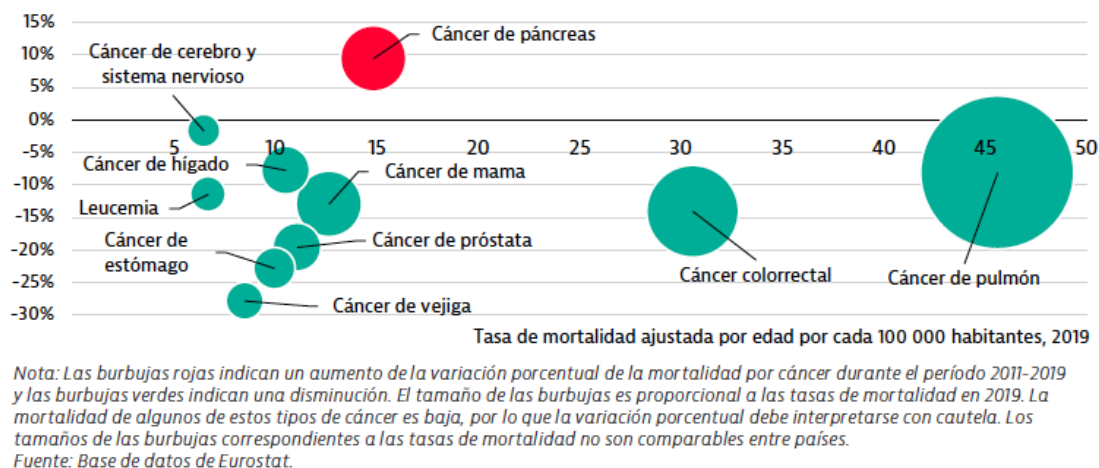
Txosten berean adierazten denaren arabera, Espainian 2019an minbiziaren ondorioz izandako heriotza guztiak aintzat hartuta, heriotza-tasak altuagoak izan ziren birikako minbizian, KOMean eta pankreako

⁴ Estimaciones de la Incidencia del Cáncer en España, 2023. Espainiako Minbizi Erregistroen Sarea (REDECAN), 2023.

⁵ ELGA (2023), Perfiles nacionales de cáncer: España 2023, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris.

minbizian, eta, ondotik, bularrekoan (emakumeengan) eta prostatakoan (gizonengan). Minbiziaren ondoriozko heriotza-kausa nagusi gehien-gehienak murriztu egin dira 2011tik, baita COMean ere (-%14). (8. grafikoa).

8. grafikoa. HILKORTASUNAREN ALDAKUNTZA 2011TIK 2019RA, TUMOREEN ARABERA



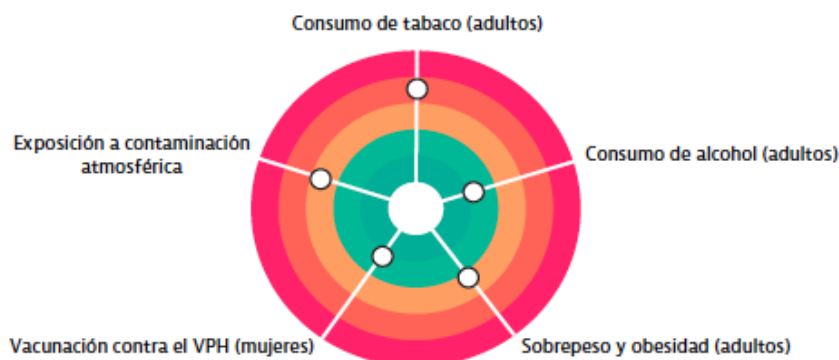
Kolon eta ondesteko minbiziko arrisku-faktoreak.

Kolon eta ondesteko minbizia garatzeko arrisku-faktore nagusia adina da, eta, 50 urtetik aurrera, arriskuak gora egiten du. Halaber, minbizi mota hori garatzeko arrisku handiagoa daukate aurretik kolon eta ondesteko minbizia edo polipoak izan dituztenek edo sindrome hereditarioak dauzkatenek, baita familia-aurrekariak dauzkatenek ere. Faktore horiek ezin daitezke aldatu, baina kolon eta ondesteko minbiziarekin lotuta dauden arrisku-faktore batzuk aldatzeko aukera dago.

Kolon eta ondesteko minbiziarekin lotutako arrisku-faktore aldagarrien artean, haragi gorri edo prozesatu asko jatea, tabakoa erre eta alkohola edatea eta geldirik egotea daude, besteak beste.

Espainian, tabakoa erretzea eta kutsadura atmosferikoarekiko esposizioa dira minbiziari lotutako arrisku-faktore nagusiak (9. grafikoa).

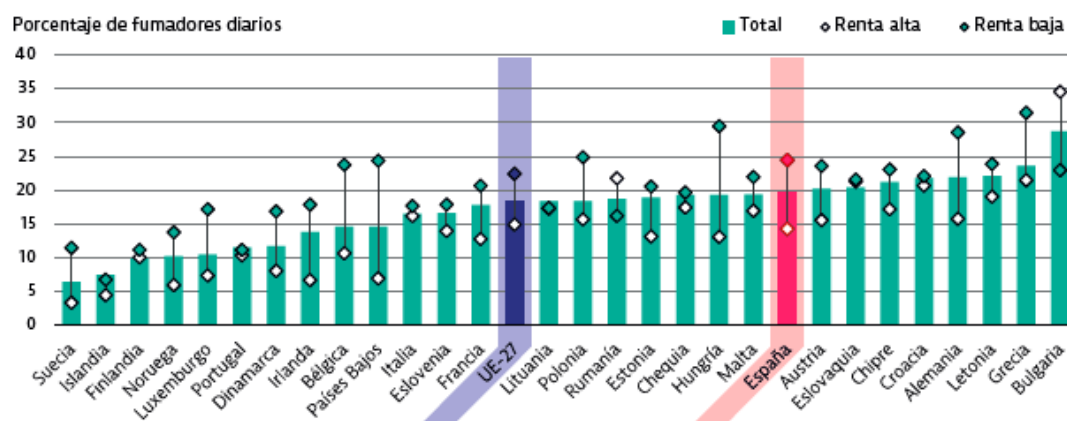
9. grafikoa. MINBIZIARI LOTUTAKO ARRISKU-FAKTORE ALDAGARRIAK ESPAINIAN.



Nota: Cuanto más cerca del centro está el punto, mejores resultados tiene el país en comparación con otros países de la UE. No hay ningún país en la «zona objetivo» blanca porque existe margen de mejora en todos los países y en todos los ámbitos.
Fuentes: Cálculos de la OCDE basados en la encuesta europea de salud por entrevista (EHIS, por sus siglas en inglés) de 2019 para las tasas de tabaquismo y sobrepeso u obesidad; estadísticas de salud de la OCDE 2022 y Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud (GISAH, por sus siglas en inglés) de la OMS para el consumo de alcohol (2020); la OMS para la vacunación contra el VPH (a través del formulario conjunto de la OMS y UNICEF para la notificación de datos sobre inmunización) (2020), y Eurostat para la contaminación atmosférica (2019).

Tabakoari dagokionez, Espainiako eguneroko erretzaileen ehunekoa (%) handiagoa da Europako batezbestekoa baino⁶. Faktore sozioekonomikoak eta ikasketen eta diru-sarreraren maila oso estu lotuta daude kontsumoarekin. 2019an, eguneroko erretzaileen ehunekoa % 25ekoa izan zen errenta baxuko pertsonengan, eta % 14koa diru-sarrera gehien zeuzkatenen tartean, 10. grafikoan ikus daitekeen moduan.

10. grafikoa. EGUNEROKO ERRETZAILEEN EHUNEKOA (%), DIRU-SARREREN ARABERA, 2019.

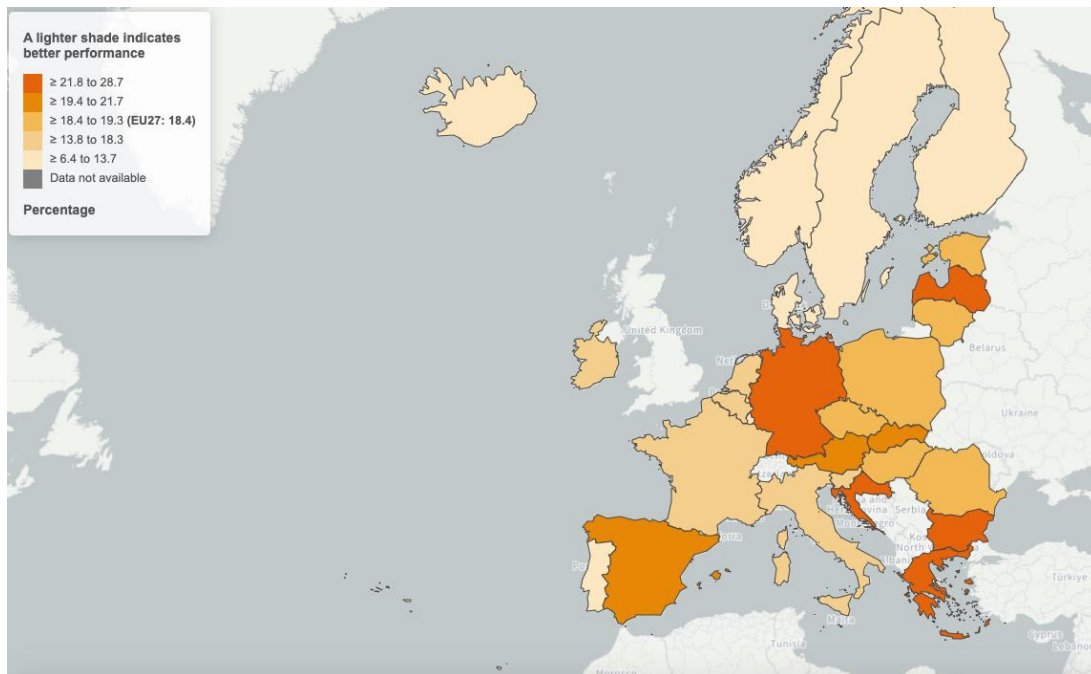


(Europako batezbesteko haztatua, Eurostatek kalkulatua). Datuen iturria: Eurostaten datu-basea. 2019.

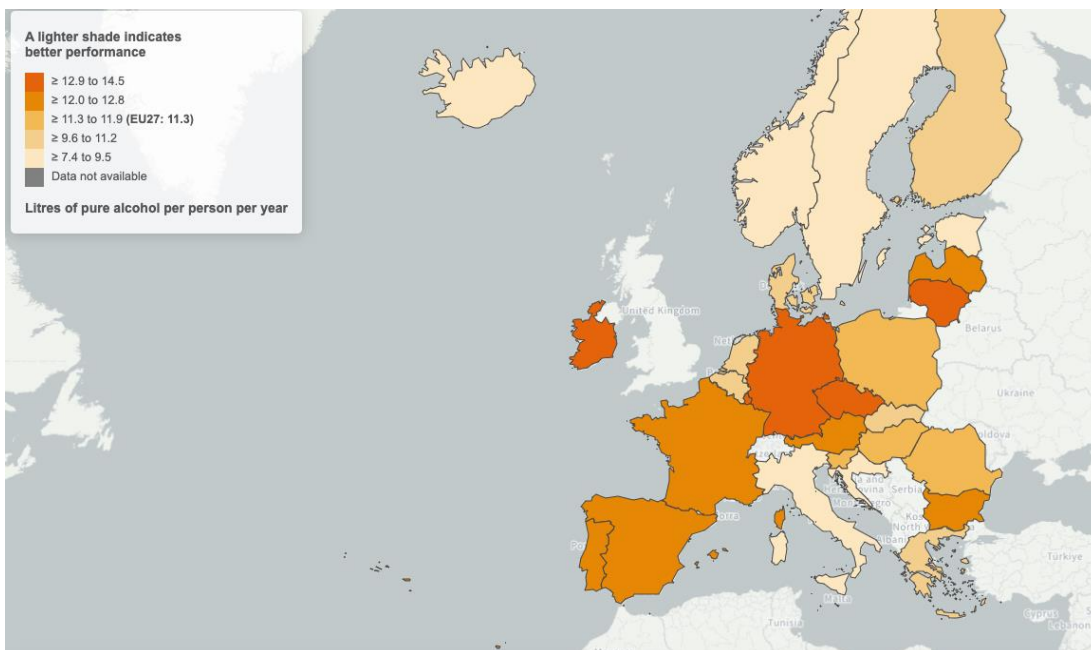
⁶ ELGA (2023), Perfiles nacionales de cáncer: España 2023, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris.

Mapa hauetan (3. eta 4. MAPAK), Europar Batasuneko (EB) eguneroko erretzaileen ehunekoa eta EBko 15 urtetik gorako biztanle bakoitzeko alkohol-kontsumoa jasotzen dira, hurrenez hurren.

3. mapa. EGUNEROKO ERRETZAILEEN EHUNEKOA (%). EB, 2019.

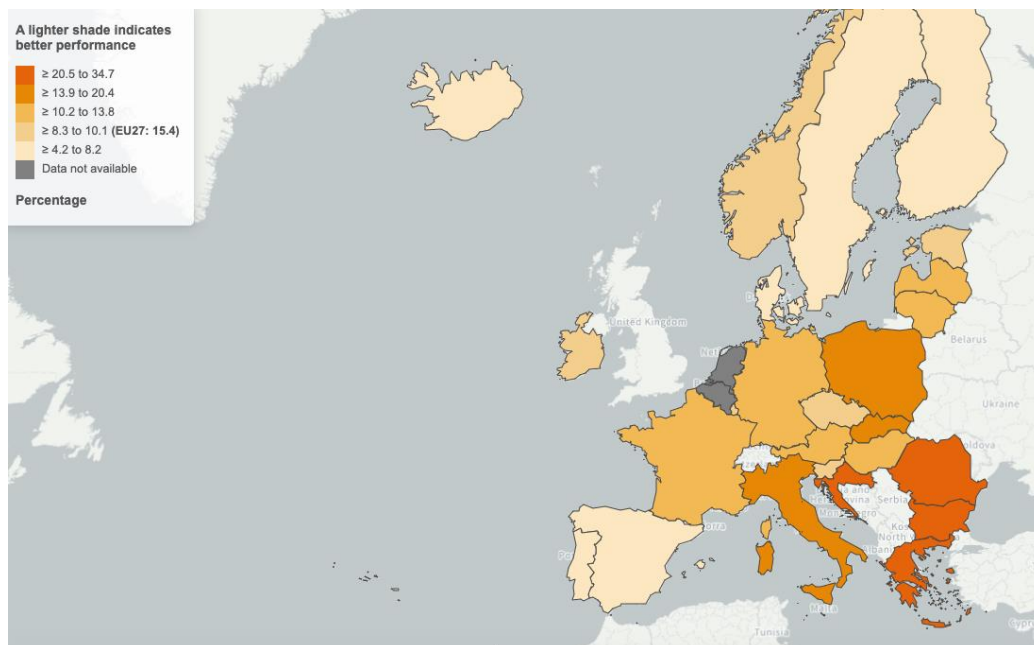


4. mapa. 15 URTETIK GORAKOEK EDANDAKO ALKOHOL-KOPURUA (litroak), ehunekotan (%). EB, 2019.



Erretzaile pasiboen kopuruari dagokionez, berriz, Espainiak dauzka emaitza onenetarikoak minbiziaren arloko desberdinkerian. 5. mapan, EBko erretzaile pasiboen ehunekoa (%) ikusten dugu.

5. mapa. ERRETZAILE PASIBOAK (%), BI SEXUETAN. EB, 2019.



Kolon eta ondesteko baheketan dauden desberdinkeriak

Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Euskadiko Baheketa Programan, lau adierazlek eragiten dute FIT (Faecal Immunochemical Test) baheketan parte hartzea: generoak, adinak, maila sozioekonomikoak eta bizikidetz-egoerak.

Generoari dagokionez, azken hamar urteetan emakumeek gizonak baino gehiago hartu dute parte, % 4-5eko aldearekin. Halaber, emaitza positibo baten ondoren, emakumeek atxikipen handiagoa dute kolonoskopiarekiko. FIT testean, parte-hartze txikiagoa izan dute gizonak, adingabeek, osasun-egoera hobe eta txarragoa dutenek, bakarrik bizi direnek eta maila sozioekonomiko handiagoa eta txikiagoa dutenek⁷

Era berean, 2017ko Osasun Inkesta Nazionaleko datuak aztertuta ikusi dugunez, adinak, sexuak eta autonomia-erikidegoak ez ezik, hiru faktore erabakigarri hauek ere baldintzatzen dute FIT testa egiteko probabilitatea: etxeko hileko diru-sarrerek, hezkuntza-mailak eta klase sozialak ere baheketarako irispidean eragiten dute, modu independentean⁹.

Inkestatuen ehuneko handiago batek onartu zuen proba egitea Euskadin (75,05; KT % 95: 71,05-78,66) eta Nafarroan (60,80; KT % 95: 55,16-66,16), eta gutxiago Ceutan (% 7,25; KT % 95: 3,03-16,35) eta

⁷ Mendizabal Gallastegui N., Portillo Villares, I., Bacigalupe De La Hera, A. Desigualdades sociales en la cobertura y participación en el Programa de Cribado Cáncer Colorrectal de Euskadi. 2021.

Extremaduran (% 9,43; KT % 95: 6,78-12,97). Alde handiak ikusi ditugu FIT testaren parte-hartzean, etxeko hileko diru-sarreraren arabera (>4.500 € vs <1.050 €: DP: % 18,48; KT % 95: 9,38-27,58), hezkuntza-maila (3. maila vs 1. maila: DP: % 4,38; KT % 95: % 7,30-14,64) eta klase soziala (altua vs baxua: DP: % 4,28; % 1,93-6,62), baina aseguru pribatua edukitzeak ez du eraginik ($p=0,916$). Adinaren, sexuaren eta autonomia-erkidegoaren arabera doituta, >4.500 euroko hileko diru-sarrerak (OR=2,03; KT % 95: 1,34-3,09), goi-mailako hezkuntza (OR=1,27; KT % 95: 1,10-1,48) eta klase sozial altua (OR=1,19; KT % 95: 1,06-1,33) lotuta daude noizbait FIT testa egin izateko aukera handiagoarekin.⁸

Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Euskadiko Baheketa Programaren esparrua.

Euskadiko 2030eko Osasun Planeari⁹, osasuna hobetu eta morbidimortalitatea murrizteko helburuaren barruan sartzen da kolonaren baheketa estaltzea eta desgaitasunaren arabera doitutako bizitza-urte (DDBU) asko galtzea eragiten duten gaixotasunak eta desgaitasunak ekitate-, kalitate- eta eraginkortasun-irizpi-deekin jorratzea.

Euskadiko 2018-2023ko Onkologia Planaren¹⁰ barruan, kolon, ondeste eta uzki minbiziaren datuak jasotzen dira. 2009tik 2013ra bitartean, gizonek 6.916 kasu intzidente erregistratu zituzten, eta Europako biztanleria estandarrari adinaren arabera doitutako tasa (AAT) 91,7 kasukoa izan zen 100.000 biztanleko; emakumeek, berriz, 4.030 kasu intzidente izan zituzten, eta AATa 72,2 kasukoa izan zen 100.000 biztanleko. Halaber, 2011tik 2015era bitarteko hilkortasunari buruzko datuak jasotzen dira: 2.547 gizon hil ziren kolon, ondeste eta uzki minbiziagatik (29,2ko AATa 100.000 biztanleko), eta 1.672 emakume hil ziren (13,6ko AATa 100.000 biztanleko). Kolon eta ondesteko minbizian, bost urterako biziraupena (2000-2012ko datuak) % 56,8koa da gizonengan, eta % 57,3koa emakumeengan. Minbizia laneko gaixotasuna denean, EAEn, laneko tumorerik ohikoenak birrikakoa, prostatakkoa, kolonekoa eta maskurikoa izan ziren 2012an.

Honako hauek dira Baheketa Programaren helburuak, zeinak Onkologia Planeari jasotzen baitira: Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Baheketa Programaren benetako estaldura-tasak areagotzea (xede-populazio teorikoaren % 90engana iristea gutxienez) eta baheketaren hobekuntza eta ezarpenaren aurrera egitea. Koloneko minbiziaren adierazleen jarraipena egitean, Osasun Sailaren Minbizia eta Hilkortasun Erregistroen arabera, ikusi genuen intzidentziak goranzko joera zuela hala gizonengan, nola emakumeengan, urteko aldaketa-ehunekoa (UAE) ere gorakorra baita, bat etorrita biztanleriaren baheketarekin. Gizonen artean, hilkortasunak beheranzko joera izan zuen; ez, ordea, emakumeen artean (12. grafikoa).

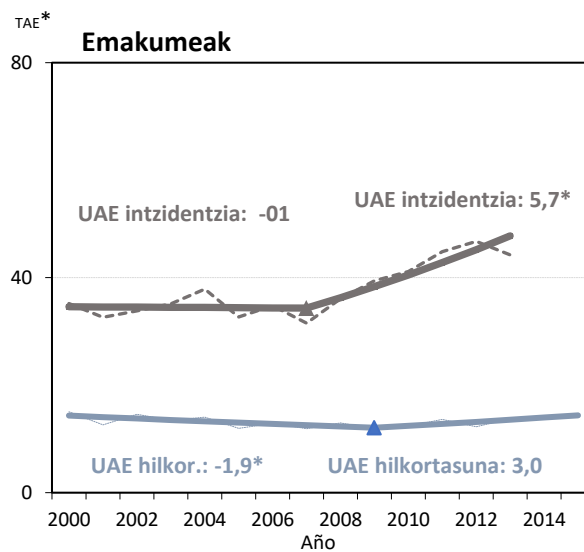
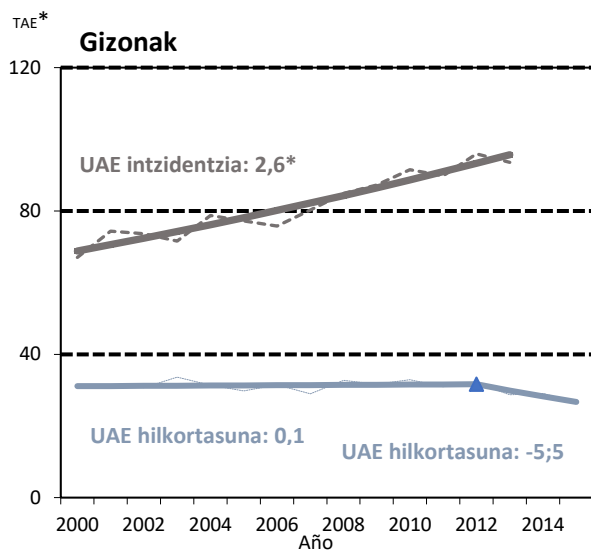
12. grafikoa. KOLON, ONDESTE ETA UZKI-KANALEKO (GNS-10: C18-C21) TUMORE GAIZTOEN INTZIDENTZIA-TASAREN (2000-2013) ETA HERIOTZA-TASAREN (2000-2015) BILAKAERA, SEXUAREN

ARABERA

⁸ Aginagalde-Llorente, AH. Desigualdades sociales en el cribado de cáncer colorrectal. 2022.

⁹ Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Euskadiko Osasun Plana 2030. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco 2023. Vitoria-Gasteiz. 138 or.. Hemen eskuragarri: https://www.katalogoak.euskadi.eus/cgi-bin_q81a/abnetclop

¹⁰ Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Euskadiko Onkologia Plana 2018-2023 Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco 2018. Vitoria-Gasteiz. Hemen eskuragarri: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_oncologico_2018_2023/eu_def/adjuntos/euskadi-onkologia-plana-2018-2023.pdf



3. KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIAREN EUSKADIKO BAHEKETA-PROGRAMA (KOMBP)

- a) Populazio osorako. 50 eta 74urte bitarteko gizon eta emakumeei zuzendua (778.359 pertsona: 400.181 emakume eta 378.178 gizon – *Eustat, 2023-01-01ean*).
- b) Bi urtean behin. Test immunokimiko kuantitatiboa (FIT). Mozketa-puntua: 20µg Hb/g gorozki. Lagin bakarra.
- c) Kolonoskopia sedazioarekin kasu positibo guztietan
- d) Lehen Mailako Arretaren inplikazioa
- e) Informazio-sistema interoperatiboa historia klinikoarekin eta datu-base klinikoekin (prozeduren erregistroa, ospitaleko altak, ospitaleko tumoreen eta populazioaren eta hilkortasunaren erregistroak).
- f) Koordinazioa lantalde baten bidez zentralizatua: Programako mediku koordinatzaile bat, 2 erizain eta jaio aurreko baheketa-programarekin partekatutako 3 administrari.
- g) Prozesuen eta emaitzen kalitatezko sistema bat, zeinak aukera emango baitu Praktika Klinikoen Gidei jarraikiz ezarri diren adierazleak modu sistematiko eta jarraituan monitorizatu eta ebaluatzeko eta hobekuntza-neurriak martxan jartzeko.
- h) Autonomia-erkidegoko, estatuko eta nazioarteko proiektu eta egitasmoetan parte hartzea, ezagutzak eta estrategia komunak partekatzeko

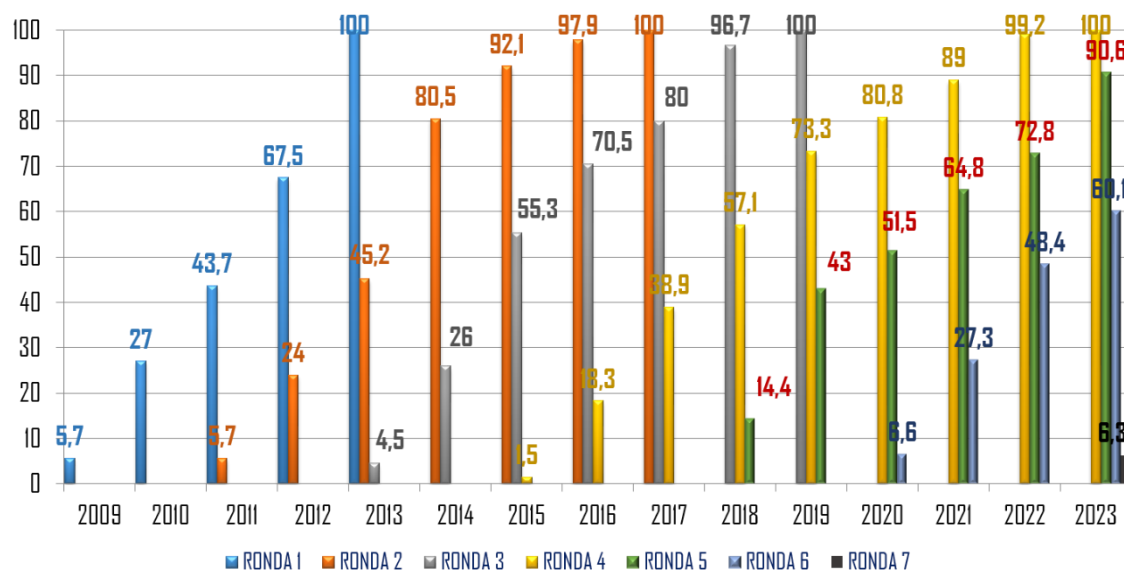
3.1. Emaitza nagusiak

3.1.1. Estaldura

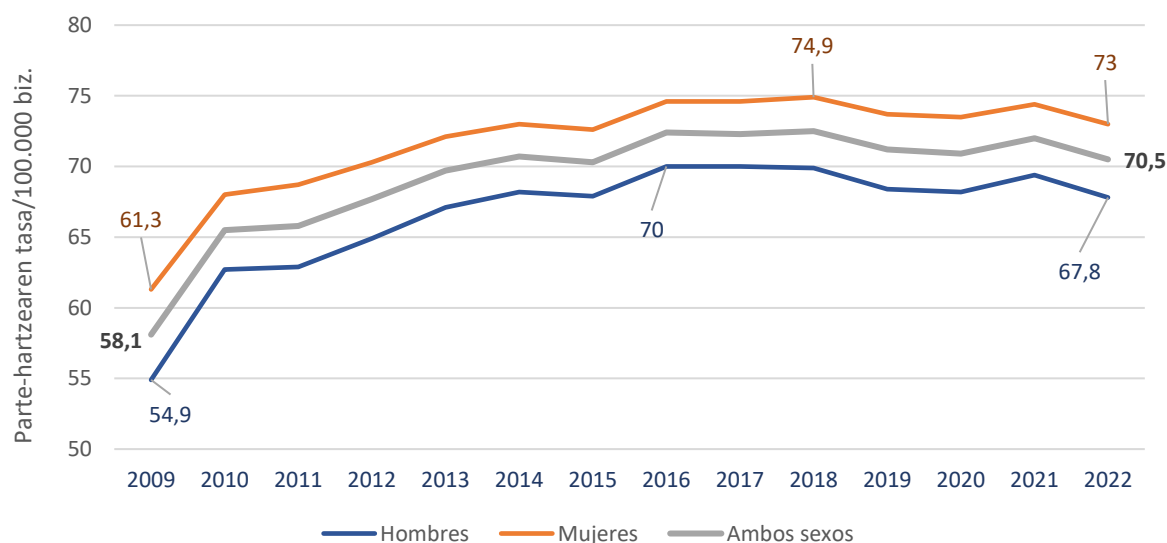
2014ko lehen hiruhilekoan, KOMBPren lehen gonbidapenean, xede-populazioaren % 100 inguru estaltzea lortu zen, eta helburu hori bete zuen lehen autonomia-erkidegoa izan ginen. Horretarako, baliabideetan inbertsio nabarmena egin behar izan zen, bereziki endoskopiaren alorrean, hori baita kolon eta ondesteko minbizia bahetzeko programa guztien oinarria.

Baheketa-programaren ezarpena, 2009 eta 2022 artekoa, 13. grafikoan ikus daiteke. Kalkulu hori egiteko, ESlen estaldura hartu da abiapuntutzat; izan ere, LMAUen bidez egiten da gonbidapena, bi urtean behin. Urtero, 265.000 pertsonari bidaltzen zaie gonbidapena, batez beste.

COVID-19aren pandemiak asko eragin zuen estalduran, gonbidapenak eten behar izan zirelako; izan ere, arreta lehenetsi behar izan zen, eta segurtasun-protokoloak aldatu behar izan ziren. Gainera, langile askok baja hartu zuten lanean. 2020aren amaieran, aurreikusitako plangintzarekin alderatuta, biztanleriaren % 48 zegoen gonbidatuta; atzerapen hori pixkaka suspertu zen 2021ean eta 2022an, eta bere onera itzuli zen 2023ko lehenengo seihiilekoan.

13. grafikoa. ESTALDURA, BAHEKETA-TXANDEN (GONBIDAPENEN) ARABERA 2009-2023

3.1.2. Parte-hartzea

Programako parte-hartzearen tasek joera positiboa izan dute 2009-2022 aldian, nahiz eta txikiagoa izan gizonen artean, emakumeen artean baino. Halere, 2011tik, bi kasuetan ikusi dugu parte-hartzearen tasa handiagoa dela Praktika Klinikoko Gidaliburuan (2010) eta Minbiziaren aurkako 2021eko Estrategian gomendatutakoa baino (% 65eko parte-hartzea gomendatzen da). 2020an pandemiaren ondorioz beherakada egon bazen ere, tasa hori suspertzen joan da hurrengo urteetan, nahiz eta pandemiaren aurretiko zifretara iritsi ez (2018).

14. grafikoa. KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIAREN BAHEKETA-PROGRAMAKO PARTE-HARTZEAREN TASAREN BILAKAERA. EAE. 2009-2022.


Parte-hartzearen tasa handia bada ere eta Europako gidaliburuaren gomendioak (% 65) eta antzeko programetako parte-hartzea gainditzen baditu ere¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴, azpimarratu egin behar dugu alde adierazgarriak ikusi ditugula sexuaren arabera, KOMaren populazio-baheketako beste programa batzuetan gertatzen den bezala¹⁵⁻¹⁶. Era berean, aldeak ikusi ditugu erakunde sanitario integratuaren (ESI), Lehen Mailako Arretako Unitatearen (LMAU) eta osasun-zentroaren (OZ) arabera, eta, era berean, parte-hartze txikiagoa erregistratu da gabezia-indize altua duten pertsonen artean, Erresuma Batuko Osasun Sistemaren (NHS) programan ere ikusi bezala^{17,18,19,20}

Parte-hartzearen tasa, bestalde, beste baheketa-metodo batzuetan baino altuagoa da (biztanleriaren onargarritasuna), baina, Desberdinak taldeak egindako berrikuspen sistematikoak adierazten duenaren arabera, nabarmentzekoa da zenbait biztanleria-taldek ez dituztela programaren onurak jasotzen desberdinkeria sozialak direla-eta.²¹

¹¹ 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.

¹² 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

¹³ 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.

¹⁴ 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

¹⁵ 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

¹⁶ 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.

¹⁷ 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.

¹⁸ 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

¹⁹ Unanue-Arza, S.; Idigoras-Rubio, I.; Fernández-Landa, M.J.; Bilbao-Iturribarria, I.; Bujanda, L.; Portillo, I. Analysis of Post-Colonoscopy Colorectal Cancer and Its Subtypes in a Screening Programme. *Cancers* 2021, 13, 5105.

²⁰ 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

²¹ Inequalities in participation in colorectal cancer screening programmes: a systematic review. Isabel Mosquera, Nere Mendizabal, Unai Martín, Amaia Bacigalupe, Elena Aldasoro, Isabel Portillo, from the Desberdinak Group. *European Journal of Public Health*, Volume 30, Issue 3, June 2020, Pages 558-567, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz236>

3.1.3. Programaren onurak

Programaren emaitzak, orain arte, bat datoz Praktika Klinikoaren Europako Gidarekin eta populazio-baheketei buruz argitara atera diren azterlanekin (1. taula)²²⁻²³. EAEko 2018ko Osasun Inkestaren arabera (EAEOI), programan parte hartu zutenen prebalentziak gora egin zuen adin-talde guztietan, 2013arekin alderatuta. Emakumeen artean, prebalentziak % 90ekoak edo handiagoak dira adin-talde guztietan; gizonen artean, ordea, aldea dago gazteenen eta zaharrenen prebalentzietan: gazteena % 81ekoa da, eta nagusiena (% 91koa). Hots, aldea 10 portzentaje-puntukoa da. Gainera, ez dugu atzeman lotura zuzenik klase sozialaren eta ikasketa-mailaren eta parte-hartzearen prebalentziaren artean.²⁴ Hala, bada, parte-hartze horrek tasa handiagoak dauzka, eta ez dugu desberdinkeriarik hauteman maila sozioekonomikoari eta hezkuntza-mailari dagokienez. Alabaina, horrek ez du bat egiten programaren erregistroekin⁸; agian, beste sistema batzuetan ere (pribatuan, lanekoan) baheketa eskaintzen delako.

Estatuko nahiz nazioarteko beste programa batzuei dagokienez, litekeena da parte-hartzearen tasa altuak zerikusia izatea programaren antolaketarekin (etxera kita bidaltzea) eta Lehen Mailako Arretaren inplikazioarekin^{21,25}

1. taula POSITIBOTASUNAREN, KOLONOSKOPIAREN ONARPENAREN ETA DETEKZIO-TASEN ADIERAZLEAK

TASAK	Euskadi, 2009-2022			Europako gida
	Gizonak	Emakumeak	Bi sexuak	Bi sexuak
PARTE-HARTZEAREN TASA (baliozko gonbidapenen gaineko %a)	% 67,84	% 72,92	% 70,47	>% 65
POSITIBOEN TASA (parte-hartzaileen gaineko %a)	% 6,5	% 4,16	% 5,25	% 4-11

²² 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

²³ Portillo I, Arana-Arri E, Idigoras I, Espinás JA, Pérez-Riquelme F, de la Vega M, González A, Ocea E, Vanaclocha M, Ibañez J, Salas D eta Cribea taldea. CRIBEA proiektua: Lesiones detectadas en seis Programas Poblacionales de Cribado de Cáncer Colorrectal en España. Rev Esp Salud Pública 2017; 91; otsailak 20, e1-e10.

²⁴ EAEko Osasun Inkesta.. 2018 (EAEOI 2018). 6. kapituluak: Osasun- eta zaintza-zerbitzuak. Minbiziaren baheketa-programak.

²⁵ 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; 95. liburukia: urtarrilak 26 e1-11.

BERRESPEN-KOLONOSKOPIA-REKIKO ATXIKIPENA, BEHIN BETIKO DIAGNOSTIKOAREKIN (positiboen gaineko %a)	% 92,45	% 92,92	% 92,65	90–95
ARRISKU BAXUKO ADENOMAREN DETEKZIO-TASA x 1.000 parte-hartzaile	% 11,72	% 7,185	% 9,29	—
MINBIZIA INBADITZAILEAREN DETEKZIO-TASAK $\geq$ pT1 x 1.000 parte-hartzaile	% 2,99	% 1,5	% 2,19	% 1,3-9,5
LESIO AURRERATUEN DETEKZIO-TASA (LA=AEA + AHA) x 1.000 parte-hartzaile (1-3 adenomak eta/edo % 25 iletsua eta/edo maila altuko displasia)	% 27,795	% 10,97	% 18,78	—
NEOPLASIA AURRERATUAREN (NA) DETEKZIO-TASA = AA+KOM x 1.000 parte-hartzaile	% 30,78	% 12,47	% 20,97	—
KOM-AREN BALIO IRAGARLE POSITIBOA	% 4,59	% 3,61	% 4,17	% 4,5-8,6
LA-REN BALIO IRAGARLE POSITIBOA	% 42,43	% 26,09	% 35,48	—
NA-REN BALIO IRAGARLE POSITIBOA	% 42,74	% 26,35	% 35,77	—

Iturria: Guk geuk egina (Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Euskadiko Baheketa Programaren datuak; Europako PKG, 2010).

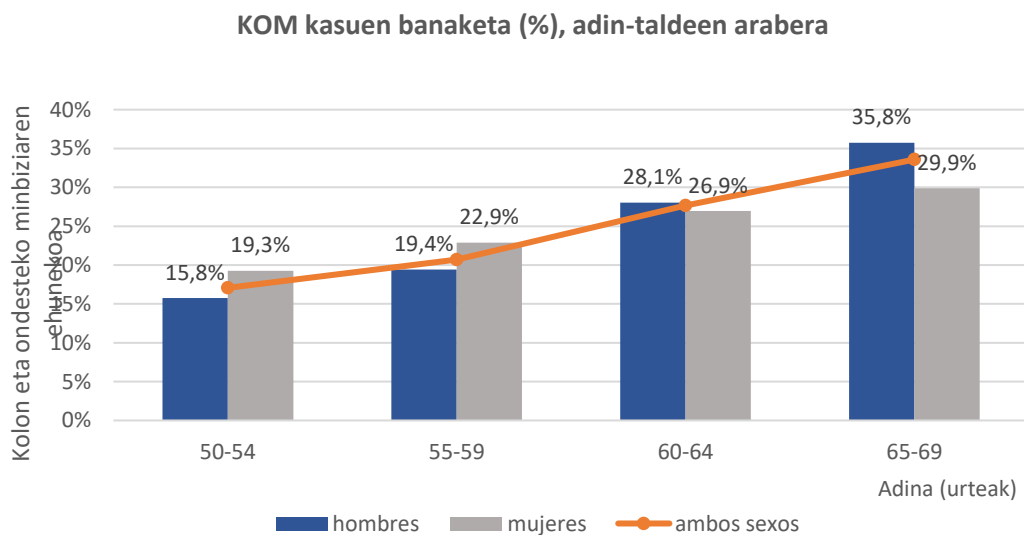
Detekzio-tasetan ez ziren sexuen arteko aldeak soilik agertu. Horrez gain, ikusi zen gizonen artean lesio aurreratuen tasak handiagoak direla, eta are altuagoak gabezia handiagoko kintiletan badaude^{26,14}

2009-2022 aldian 4.249 KOM kasu hauteman ziren programan (itxitako kasuak), eta horien % 63,26 gizonen artean hauteman ziren (2. taula). Kasuen % 70,6 hasierako estadioetan hauteman ziren. 15. grafikoan ikusten denez, hautemandako kasuek gora egiten dute adinarekin batera. Hala, datuak bat datoz tumore honen intzidentziari dagokionez espero zenarekin. Lehen tratamenduari dagokionez, kasuen % 29n tratamendu endoskopiko erradikala egin zen: pT1 kasuetan egin zen, 1 mm-tik gorako erauzketa-ertzekin, ebidentziaren arabera (16. grafikoa).

²⁶ Portillo I, Idigoras I, Ojembarrena E, Arana E et al. Lesiones detectadas en el programa de cribado de cáncer colorrectal en el País Vasco: primera ronda 2009-2011. Gastroenterol Hepatol. 2013 ; 36 ; 5: 301–308

2. taula PROGRAMAK HAUTEMANDAKO MINBIZI INBADITZAILEAK, SEXUAREN ARABERA (2009-2022)

MINBIZI INBADITZAILEAK	Euskadi, 2009-2022			
	Gizonak (kop; %)	Emakumeak (kop; %)	Aldea % (KT % 95)	Esan- gura
HASIERAKO ESTADIOA I eta II	1.941 (72,2)	1.058 (67,8)	4,43 (1,59 – 7,27)	0,001
ESTADIO AURRERATUA III eta IV	727 (27,0)	484 (31,0)	-3,96 (-1,14 – -6,78)	0,003
ESTADIO EZEZAGUNA	20	19	-	-
PROGRAMAK DETEK- TATUTAKO MINBIZI INBADITZAILEAK GUZTIRA	2.688	1.561	-	-

15. grafikoa. PROGRAMAK HAUTEMANDAKO KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIEN BANAKETA, ADIN-TALDEEN ARABERA (2009-2022)


16. grafikoa. PROGRAMAKO KOM KASUETAN EGINDAKO LEHEN TRATAMENDUA (2009-2022).



3.1.4. Programaren ondorio kaltegarriak

Hona hemen programak izandako ondorio kaltegarri nagusiak:

- **Positibo faltsuak:** testak emaitza positiboa eman ondoren, kolonoskopian ez da aurkitu adenoma aurreraturik edota kolon eta ondesteko minbizirik.
- **Negatibo faltsuak** (bitarteko minbizia), bi motatakoak:
 - o **FIT bitarteko minbizia:** FIT emaitza negatiboa (–) eta KOM diagnostikoa hurrengo gonbidapena baino lehen.
 - o **Kolonoskopia osteko bitarteko minbizia:** FIT emaitza positiboan (+) diagnostikoa berresteko kolonoskopia baten ondoren gomendatutako jarraipena baino lehen diagnostikatutako KOM
- **Kolonoskopiaren osteko konplikazioak:** kolonoskopia egin eta hurrengo 0-30 egunetan gertatzen diren konplikazioak^{27,28}.

Efektu horiek sistematikoki ari dira monitorizatzen, haiek minimizatzeko aukera emango duten jardunbideak ezartze aldera. Positibo faltsuen tasak gora egin du, baheketa-txandek gora egin ahala. Handiagoa da emakumeen artean, gizonen artean baino; hala ere, orain arte ez da aurkitu halakoak minimizatzeko metodo eraginkor eta efizienterik^{29,30}.

2022ko abenduaren 31ra arte, konplikazio larriak (odoljario digestibo baxua transfusioarekin, zulaketa tratamendu kontserbadore edo kirurgikoarekin, postpolipektomia-sindromea edota ingresua eskatzen duten edota heriotza dakarten sedazio-arazoak) 375 izan ziren 55.959tik (% 6,7) gizonengan, eta 262 40.126tik (% 6,5) emakumeengan.

²⁷ 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

²⁸ Mercedes Vanaclocha-Espia, Josefa Ibáñez B, Ana Molina-Barceló, María José Valverde-Roigb, Elena Pérezb, Andreu Nolasco, Mariola de la Vegad, Isabel Diez de la Lastra-Boschd, María Elena Ocejae, Josep Alfons Espinàs, g, Rebeca Fontf, g, Francisco Pérez-Riquelmeh, i, Eunáte Arana-Arrij, Isabel Portillo, Dolores Salasa, b, *, CRIBEA Group1.Risk factors for severe complications of colonoscopy in screening programs. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.11.010>

²⁹ 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

³⁰ 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

Bitarteko minbiziei dagokienez, ikusi zen horien kokapena, estadioa eta biziraupena nabarmen desberdina zirela programan hautemandako minbiziekiko eta pronostiko hobea zutela.^{21,31}

3.1.5. Programaren inpaktua

Osasun-programen eragina neurtzea ezinbestekoa da populazio-mailan zenbaterainoko onura dakarten jakiteko. Guk intzidentziaren eta hilkortasunaren erregistroak ditugu, eta, horiei esker, interbentzioaren aurreko eta osteko ebaluazioa egiteko aukera daukagu.

Programaren eraginkortasuna kalkulatzeko, azterlan bat egin zen MISCAN-Colon eredua erabiliz. Haren bitartez, 30 urterako simulazio bat egin zen, programaren benetako datuekin, eta adierazle hauek lortu ziren:

- Intzidentziaren murrizketa: % 16,3 (% 17,2 gizonak eta % 14,7 emakumeak)
- Hilkortasunaren murrizketa: % 26,1 (% 28,1 gizonak eta % 22,4 emakumeak)
- Galdutako bizitza-urteen murrizketa: % 21 (% 22,6 gizonak eta % 18,4 emakumeak)

Grafiko hauetan ikusten den moduan, gaur egun aldaketa-prozesuan gaude hala intzidentziari nola hilkortasunari dagokienez^{32,33}.

Programak 2018/12/31ra arte hautemandako eta hauteman gabeko KOM kasu guztiak aztertuz, emaitza hauek lortu ziren test immunokimiko kuantitatiborako (FIT) (3. taula):

3. taula FITaren sentikortasuna eta espezifikotasuna (2009-2022)

FIT (2009-2022)	Gizonak	Emakumeak	Bi sexuak
Sentikortasuna	% 88,5 KT % 95 (87,1-89,7)	% 91,2 IC % 95 (89,5-92,6)	% 88,2 IC % 95 (87,2-89,2)

³¹ 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.

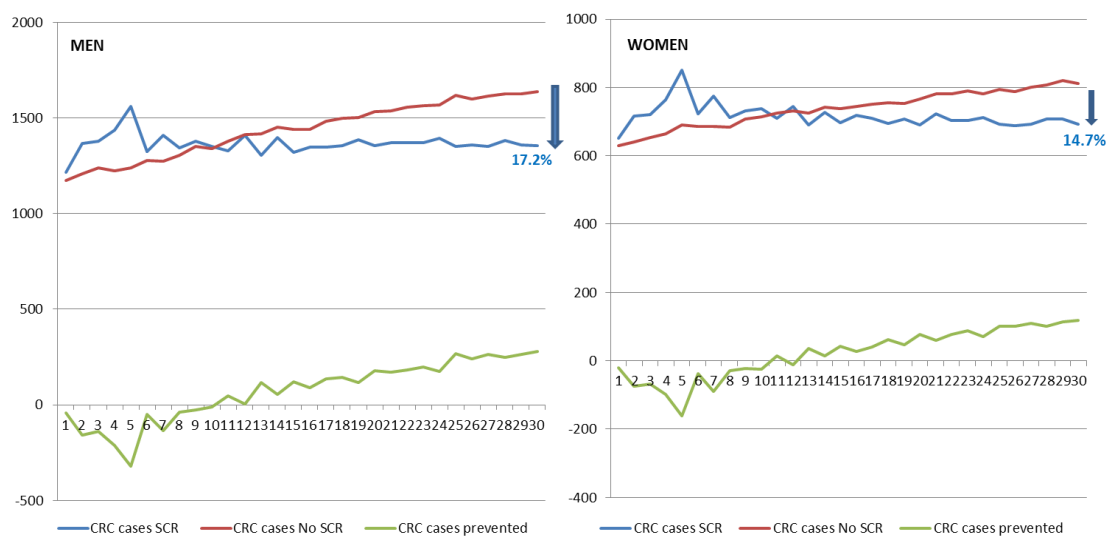
³² Idigoras I, Arrospe A, Portillo I, Arana-Arri E, Martínez-Indart L, Mar J, de Koning HJ, Lastra R, Soto-Gordoa M, van der Meulen M, Lansdorp-Vogelaar I. Evaluation of the Colorectal Cancer Screening Programme in the Basque Country and the effectiveness based on the MISCAN-colon model. BMC Public Health 2017. DOI 10.1186/S12889-017-4639-3.

³³ Arrospe A, Idigoras I, Mar J, de Koning H, van der Meulen M, Soto-Gordoa M, Martinez-Llorente JM, Portillo I, Arana-Arri E, Ibarrondo O, Lansdorp-Vogelaar I. Cost-effectiveness and budget impact analyses of a colorectal cancer screening programme in a high adenoma prevalence scenario using MISCAN-Colon microsimulation model. BMC Cancer. 2018 Apr 25;18(1):464. doi: 10.1186/s12885-018-4362-1. PMID: 29695234; PMCID: PMC5918894.

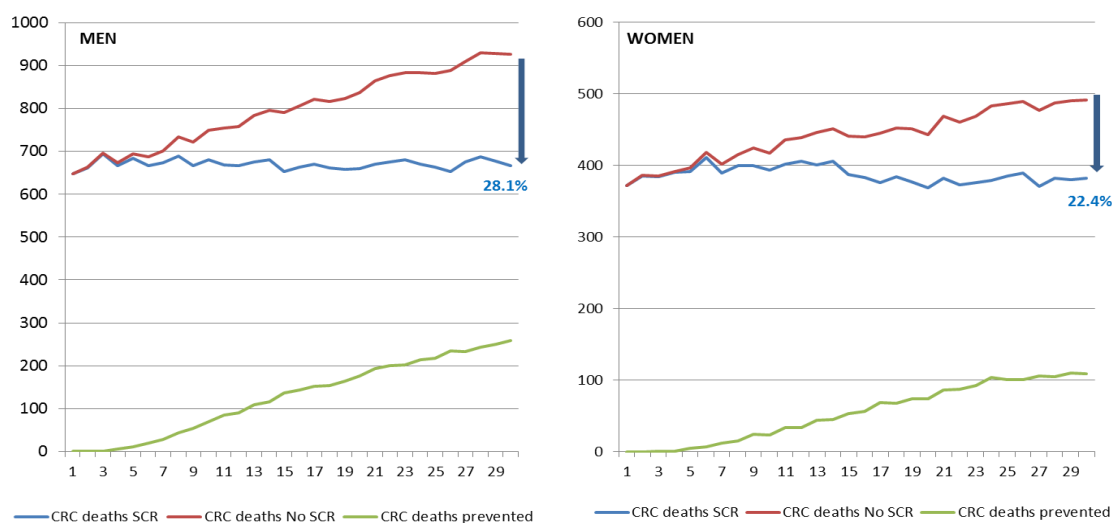
Espezifikotasuna	% 93,8 KT % 95 (93,7-93,8)	% 96,1 KT % 95 (96,1-96,2)	% 95,1 KT % 95 (95,0-95,1)
------------------	-------------------------------	-------------------------------	---

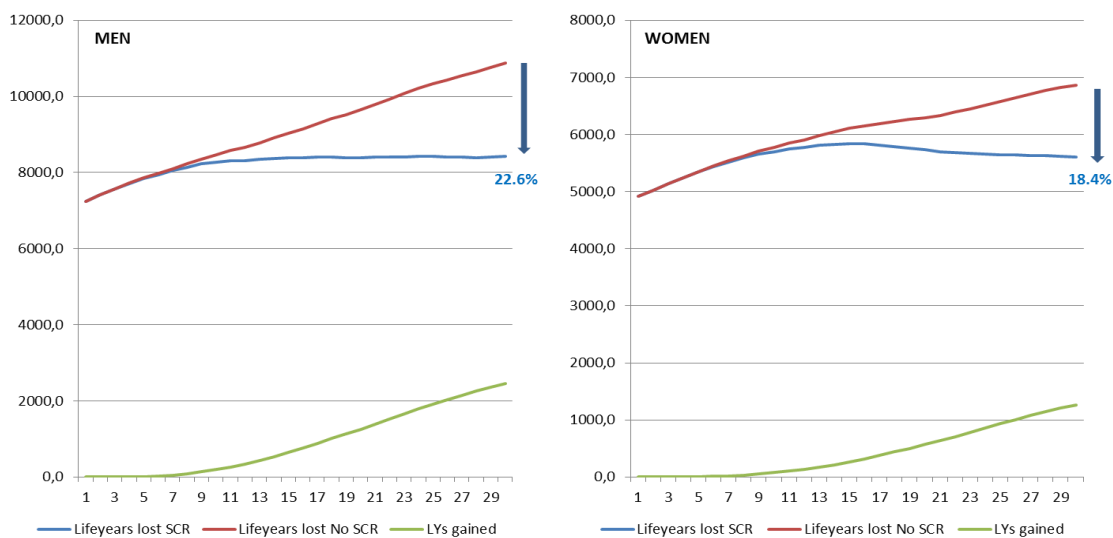
Eraginkortasunaren datuek gaintitu egiten dute bibliografian test mota honetarako aurkitutakoa; hala ere, funtsezkoa da datu horiek minbizi- eta hilkortasun-erregistroekin sistematikoki monitorizatzen jarraitzea, hobekuntza-arloak identifikatzeko (ondorio kaltegarriak gutxitzea).

17. grafikoa. INTZIDENTZIAREN MURRIZKETAREN ZENBATESPENA, MISCAN-COLON EREDUAREN ARABERA



18. grafikoa. HILKORTASUNAREN MURRIZKETAREN ZENBATESPENA, MISCAN-COLON EREDUAREN ARABERA



19. grafikoa. LYL-EN MURRIZKETA (GALDUTAKO BIZITZA-URTEAK)


4. KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIAREN (KOM) BAHEKETAREN OINARRIAK

4.1. Kolon eta ondesteko minbizia bahetzeko beharrezko baldintzak

Kontuan eduki behar da baheketa-programa bat probak egite hutsetik harago doala: diziplina anitzeko jarduera koordinatuen multzo bat da. Jarduera horiek denboran jarraituak dira, eta helburu komun batzuk lortzera daude bideratuta. Ebidentzia zientifikoak onetsitako kalitate-irizpide eta -estandarretan oinarritzen da, onurak bermatzen eta arriskuak murrizten laguntzen dutelako; hau da, martxan jarri aurretik, eragin-kortasunaren eta kostu-eraginkortasunaren azterlanak egin dira, osasun-sistemen inplikazioa handia da-eta. Herritarrei gaixotasunaren baheketari buruzko informazioa emanez hasten da prozesua, eta baheketan aurkitutako kasu positibo guztien jarraipen eta tratamenduarekin amaitzen.

Baheketa-programa batean, proba bat edo gehiago egiten zaizkie bilatzen den gaixotasunaren zantzurik edo sintomarik ez duen populazio bateko kideei, baldin eta gaixotasunaren arrisku jakin batekin identifikatzen dituen ezaugarriren bat badute; izan ere, gaixotasun hori goiz detektatu eta tratatzen bada, hobetu egin daiteke³⁴.

Baheketaren xedea gaixotasuna goiz –sintomarik gabeko fasean– detektatzea da, eraginkorragoa edo aplikatzeko errazagoa izan ohi den tratamendu bat eman ahal izateko. Wilson-ek eta Jungner-ek garatu zituzten baheketaren inplementazioa ebaluatzeko printzipioak, 1968an³⁵, eta Osasun Sistema Nazionalako lantaldeak 2011n aldatu eta egokitu zituen, eta berrikusi³⁶.

Ondoren, printzipio horiek egokitu eta modernizatzeko berrikuspena egin zen, eta akordio batera heldu, populazioaren baheketa-programei buruzko erabakien berri emateko.³⁷

³⁴ Colorectal cancer screening. IARC Handbook Cancer Prevention. 17. bol. 2019:1–300. Hemen eskuragarri: <http://publications.iarc.fr/573>.

³⁵ Wilson JMG, Jungner G: Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers. Osasunaren Mundu Elkartea, 1968.

³⁶ Osasun eta Kontsumo Ministerioko lantaldea. Documento Marco sobre cribado poblacional. 2011. Hemen eskuragarri: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Cribado_poblacional.pdf

³⁷ Consolidated principles for screening based on a systematic review and consensus process. Mark J. Dobrow, Victoria Hagens, Roger Chafe, Terrence Sullivan and Linda Rabeneck. CMAJ April 09, 2018 190 (14) E422-E429; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.171154>

- Osasun arazo larria izatea
- Ongi zehaztutako gaixotasuna izatea, historia natural ezaguna duena
- Latentzia-aldi detektagarria izatea
- Kostu eta eraginkortasunaren aldetik egokiak diren lehen mailako prebentzio esku-hartzeak ezarrita egotea
- Baheketa-proba:
- Erraza eta segurua
- Baliozkoa, fidagarria eta efizientea
- Onargarria
- Diagnostiko- eta tratamendu-prozesuaren gaineko ebidentzia zientifikoa egotea
- Sintomak agertu aurreko fasean eraginkorragoa den tratamendu bat egotea
- Baheketa programa baten eraginkortasuna frogatuta egotea
- Programak ekarriko dituen onurak balizko arriskuak baino handiagoak izatea
- Xede-populazioa ongi zehaztuta egotea
- Neurrizko kostua izatea
- Programa osoa onartzeko modukoa izatea
- Ebaluazioa eta kalitatea aurreikusitakoaren arabera izatea

Kolon eta ondesteko minbizia bereziki egokia da baheketa-programa bat egiteko, Wilsonek eta Jungnerrek ezarritako printzipioei eta Osasun Sistema Nazionalen adostutako irizpideei jarraikiz³⁸. Oinarrizko zerbitzu-zorroan sartuta dago.

2. puntuan aipatu dugun moduan, KOMa oso osasun-arazo larria da gurean, hala intzidentziagatik nola hilkortasunarengatik, eta, eskura dagoen ebidentziaren arabera, goiz tratatzen bada, pronostikoak eta biziraupenak hobera egiten dute.³⁹

³⁸ Lönnberg S, Sëkerija M, Malila N, Sarkeala T, Leja M, Májek O et al Cancer screening: policy recommendations on governance, organization and evaluation of cancer screening. European guide on quality improvement in comprehensive cancer control. 2017. Albrecht T, Kiasuwa R, Van den Bulcke M (editoreak). Ljubljana: National Institute of Public Health; Brusela: Scientific Institute of Public Health. 4. kapitulu: 39-76. Hemen eskuragarri: https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/Guide/pdf/Can-Con_Guide_FINAL_Web.pdf

³⁹ National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline Colorectal Cancer: the diagnosis and management of colorectal cancer: Full Guideline; NICE; 2011

Gaixotasunaren historia naturalari dagokionez, kasuen % 70-80an hesteetako polipo batean (adenoma) sortzen da, hura gaiztotu eta gero (kartzinoma). Kalkuluen arabera, adenoma batek minbizi bihurtzeko behar duen batez besteko denbora 10 urtekoa da⁴⁰. Kasu gehienak (% 70) esporadikoak dira; hau da, ez dute familia-aurrekaririk.

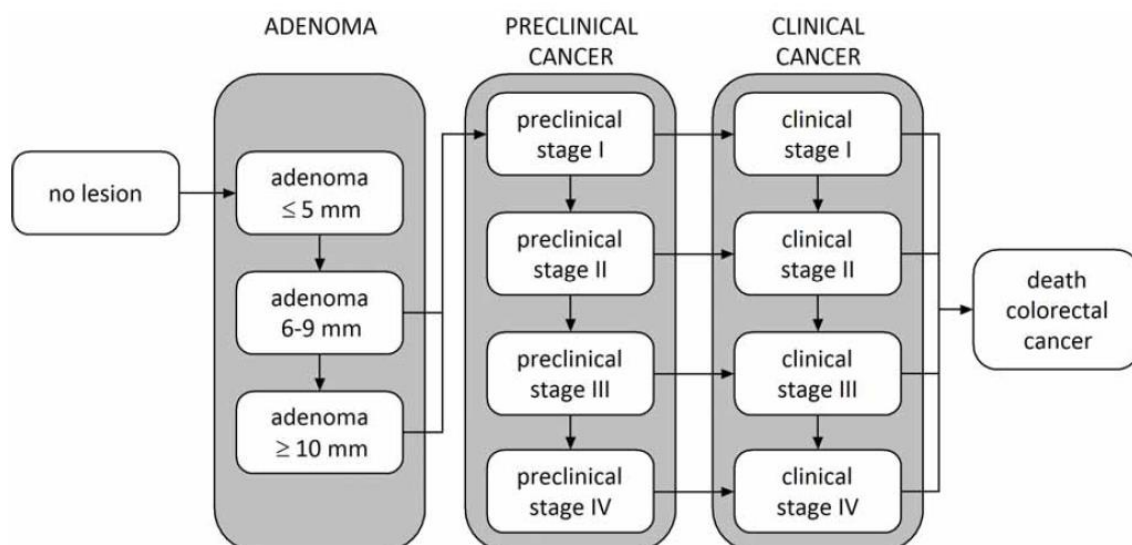
⁴⁰Bonelli L. Epidemiology and screening: what's new? Colorectal Dis. 2015;17:10–4. Hemen eskuragarri: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/codi.12815/abstract>

1. irudia POLIPOTIK MINBIZI INBADITZAILERA ARTEKO BILAKAERA

Lesioen bilakaera kartzinoma infiltratzailera arte
% 70 polipo batean hasten da



2. irudia ADENOMA-KARTZINOMA BATEN SEKUENTZIA



Iturria: European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis. Lehen edizioa, 2010.

Hasiera batean, halako lesioek ez dute sintomarik izaten edo sintoma gutxi dituzte. Sekuentzia eskematiko honetan ikus dezakegu nola egin dezakeen aurrera gaitzak, adenoma izatetik kartzinoma lokalizatu izatera arte (I. estadia), eta ondoren metastasia agertu arte (IV. estadia), 2. irudian.

Gaixotasunaren historia naturala ezagutzeak hura goiz hautemateko aukera ematen du.

Baheketa-programa batean kontuan hartu beharreko hurrengo faktorea da proba edo azterketa egokirik dagoen, eta, KOMaren kasuan, honako hauek jotzen dira proba eraginkortzat: kolonoskopia, sigmoidoskopia eta gorotzetan ezkutatutako odola -SOH- (European Guidelines, 2010⁴¹, gero hemen eguneratua: IARC Handbook ³⁴).

Aldakortasun handia dago emaitzetan, batez ere, ikerketen diseinuarengatik eta erabilitako test motarengatik. Adibidez, FIT (Faecal Immunochemical Test) testaren kasuan, marka komertzialak, mozketak-puntuak, gonbidapenen maiztasunak eta adinak nabarmen alda ditzakete emaitzak. Sigmoidoskopia, ezkerreko kolonera mugatzen denez, emaitza aldakorak ematen ditu adinaren eta sexuaren arabera. Kolonoskopiaren kasuan, ez da KOMaren ikerketari buruzko sentikortasun-azterketarik aurkitu, baina neurtu egin dira adenomak detektatzeari buruzkoak, praktika klinikoen 2018ko gidan adierazten den bezala.⁴²

Metodo eta teknologia berriak ebaluazio-prozesuan daude, eta oraindik ez dago datu sendorik horiek baheketarako gomendatzeko.

Argi dago: edozein motatakoa izanik ere, baheketa eraginkorra da (hura ez egitearekin alderatuta), baina beharrezkoa da kostuaren eta eraginkortasunaren arteko oreka kontuan hartzea, MISCAN-Colon, Sim-CRC, CRC-SPIN eta antzeko eredu matematikoen bidez aztertu izan den bezala.⁴³

Polipoek odola jariatzeko joera dutenez, gorozkietan odolik dagoen (SOH) jakiteko proba eraginkortzat eta kostu-eraginkortzat jo da, bai intzidentzia, bai hilkortasuna murrizteko, eta, gainera, arrazoizko onargarritasun- eta bideragarritasun-tasak daude hura ezartzeko. Denborak aurrera egin ahala, testek ere aurrera egin dute eta test immunokimiko kuantitatiboak (FIT) lesio aurreratuen detekzio-tasa handiagoa agertu dute; orobat, onarpen zabalagoa dute herritarren artean⁴⁴⁻⁴⁵. Merkatuan askotariko testak daude, eta, batzuetan, zaila da haien arteko konparazioa egitea; hala ere, estandar batzuk ezarri dira, eta, haiei esker, emaitzak alderatu daitezke, µg hemoglobina/g gorozki unitatearen bidez⁴⁶.

⁴¹ Segnan N, Patnick J, von Karsa L (eds). European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis. 2010, lehen edizioa. Luxenburgoko: European Commission, Publications Office of the European Union. 2011. 387. or.

⁴² Cubiella J, Marzo M, Mascort-Roca JJ, Amador-Romero FJ, Bellas-Beceiro B, Coflent-Villaplana J et al. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. 2018an eguneratua. Gastroenterol Hepatol. 2018;41(9):585---596. DOI 10.1016/j.gastrohep.2018.07.012

⁴³ Knudsen AB, Zauber AG, Rutter CM, Naber SK, Doria-Rose VP, Pabiniak C, et al. (2016). Estimation of benefits, burden, and harms of colorectal cancer screening strategies: modeling study for the US Preventive Services Task Force. JAMA, 2016;315 (23):2595–609.

⁴⁴ Van Rossum L, Van Rijn AF, Laheij R, Verbeek AL, Van Oijen MG, Fockens P. Randomized study comparing the test performance of a guaiac-based fecal occult blood test with an immunochemical fecal occult blood test for colorectal cancer screening in a screening population. Gastroenterology 2008;135: 82-90.

⁴⁵ Young GR, Allison J, Cole S, Fraser CG, Halloran SP et al. Advances in Fecal Occult Blood Tests: The FIT Revolution. Dig. Dis. Sci. DOI: 10.1007/s10620-014-3445-3

⁴⁶ Fraser CG, Allison J, Young GR, Halloran SP, Seaman H.A standard for Faecal Immunochemical Tests for Haemoglobin Evaluation Reporting (FITTER). Ann Clin Biochem. 2014; 51;2: 301–302

Europak *screening*-ari buruz eman duen gomendio berriaren arabera (2021)⁴⁷, baheketa egiteko hobe da SOHren test immunokimiko kuantitatiboa (FIT) erabiltzea, gorozkietan odolik dagoen jakiteko testa egitea baino, 50 eta 74 urte arteko kolon eta ondesteko minbizia bahetzeko, eta kolonoskopiarekin jarraipena egitea.

Vermeer et al-ek (2017)⁴⁸ metodo erabilienak (odolean ezkutututako odola -SOH- eta kolonoskopia) konparatuz egindako berrikuspen sistematikoak argi utzi zuen azterketa gutxi daudela KOMaren baheketaren ondorio kaltegarriak neurtzen dituztenak, eta odola eta zulaketa izan direla gehien aztertu direnak, bai kolonoskopian SOH emaitza positibo baten ondoren, bai kolonoskopian metodo primario gisa. Mundu-mailan, FIT bidezko SOH detekzioa da metodorik erabiliena, biztanleriak eta laborategiak erraz maneiatzen dutelako, % 5 inguruko positibo-tasa duelako eta KOMaren eta AAre detekzio-tasa handia eskaintzen duelako.

Minbiziaren aurkako Estrategiari jarraikiz (2006 eta 2009), Osasun Sistema Nazionalaren oinarritzko zerbitzu-zorroan sartu da populazio-baheketa egitea 50 eta 74 urte bitarteko emakume eta gizonei, bi urtean behin gorozkietan ezkutututako odolaren testa eta diagnostikoa egiaztatzeko kolonoskopia eginda⁴⁹.

Test immunokimikoarekin zenbakizko emaitza bat lortzen da, eta emaitza hori sentikortasunaren eta zehaztasunaren arteko mozketak-puntu onargarri batera egokitu daiteke. Horrela, detekzio-tasa onargarria lortzen da, kasuak egiaztatzeko egin behar diren kolonoskopien kopuruaren arabera. Hain zuzen, baheketa egiteko test hau erabiltzea eta estandarizatzea proposatzen dute mundu osoko adituek⁵⁰.

Euskadin, FIT immunologiko kuantitatiboa erabiltzea erabaki da, eta hauek dira eskura dauden metodo baliozkotuak: Sentinel® eta OC-Sensor® 2009-2010ean⁵¹. 2010eko bigarren seihilekotik aurrera, OC-Sensor® erabiltzen da, mozketak-puntua 20 µHb/g gorozki izanik, hau da, 100 ngHb/ml buffer-en balioki-dea.

Baheketa honen proba diagnostikoa eta “gold estandarra” kolonoskopia optiko osoa da (itsua ere ikus daiteke), sedazioarekin.

⁴⁷ Council recommendation on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening [Internet]. Hemen eskuragarri: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-09/com_2022-474_act_en.pdf

⁴⁸ Vermeer NC, Snijders HS, Holman FA, Liefers GJ, Bastiaannet E, van de Velde CJ, et al. Colorectal cancer screening: systematic review of screen-related morbidity and mortality. *Cancer Treat Rev*. 2017;54: 87-98. DOI:10.1016/j.ctrv.2017.02.002

⁴⁹ Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 2014ko azaroaren 6koa, 269. zk.; urriaren 31ko SSI/2065/2014 Agindua, zeinaren bidez aldatu egin diren Osasun Sistema Nazionalaren zerbitzu komunak zorrotza eta zorrotza eguneratzeko prozedura ezartzen dituen irailaren 15eko 1030/2006 Errege Dekretuaren I., II. eta III. eranskinak. Hemen eskuragarri: <http://www.boe.es/boe/dias/2014/11/06/pdfs/BOE-A-2014-11444.pdf>

⁵⁰ Allison JE, Fraser CG, Halloran SP, Young GP. Population screening for colorectal cancer means getting FIT: the past, present, and future of colorectal cancer screening using the fecal immunochemical test for hemoglobin (FIT). *Gut and Liver* 2014. DOI: 10.5009/gnl.2014.8.2.117

⁵¹ 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

Kolonoskopia horrek konnotazio bereziak ditu KOMa bahetzeko programan; izan ere, diagnostikoa egiaztatzeko ez ezik, lesio aurreneoplasikoak erauzteko ere balio du, eta, horri esker, murriztu egin daiteke kolon eta ondesteko minbiziaren intzidentzia eta hilkortasuna epe ertain-luzera.

Kontuan hartu beharreko hurrengo puntua, gidari dugun eskema honen arabera, baheketa-programaren alderdi ekonomikoa da; hain zuzen, programaren bideragarritasuna, efizientziaren mende dagoena. Hau da, programak oreka gorde behar du eraginkortasunaren eta osasun-sistemak bere gain hartzeko moduko kostua izatearen artean.

Diagnostiko goiztiarreko programa baten (baheketa) edota edonolako prebentzio-neurriren eraginkortasuna frogatzeko, hobekuntza nabarmena ikusi behar da proba egiten zaion biztanleriaren osasun-egoerari, proba egiten ez zaion biztanleenarekin alderatuta. KOMaren baheketaren kasuan, hainbat azterlanek uzten dute agerian programaren kostu-eraginkortasuna, ezer ez egitearen aldean⁵²⁻⁵³.

Euskadi partaide duen COLONPREV-SOH vs kolonoskopia azterlanak ondorioztatzen duenez, FIT taldeko subjektuek kolonoskopiako taldekoek baino gehiago parte hartzen dute, eta minbiziaren detekzio-tasa antzekoa da, nahiz eta adenomaren detekzio-tasa handiagoa den kolonoskopiako taldean. Azterlan horri esker, zentro ugaritan martxan jarri eta 10 urte baino gehiago igarotakoan jakingo dugu zein den estrategiarik egokiena gure populaziorako eta nazioarteko antzeko populazioetarako⁵⁴.

"Sigmoidoskopia eta ez baheketa" saiakuntza kliniko⁵⁵ 2010ean argitaratu zen, eta, antza denez, saiakuntza horrek nabarmen murrizten du hilkortasuna. Hala ere, badirudi haren egokitasuna eta inplementazioa konplexuak izatea gure gizartean, gure antolamendu sanitarioagatik eta profesionalen nahiz biztanleen onarpenagatik (National Health Service-n erizainek edota familia-medikuek egiten dituzte sigmoidoskopiak, eta ez dute lesio proximalen arazoa konpontzen).

Baheketa-proba bat ala beste aukeratuko da, besteak beste, profesionalak eta biztanleak zenbateraino onartzen duten edo baliabiderik dagoen (kostu-eraginkortasunaren azterketa).

⁵² Lansdorp-V ogelaar I, Knudsen AB, Brenner H. Cost-Effectiveness of Colorectal Cancer Screening. *Epidemiologic Reviews* 2011; 1: 88-100, doi:10.1093/epirev/mxr004.

⁵³ Tran B et al. Preliminary Analysis of the Cost-Effectiveness of the National Bowel Cancer Screening Program: Demonstrating the Potential Value of Comprehensive Real World Data. *Internal Medicine* 2012; 7: 794-800, doi:10.1111/j.1445-5994.2011.02585.x.

⁵⁴ Quintero E, Castells A, Bujanda L, Cubiella J, Salas D, Lanás A et al. Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal-cancer screening. *N Engl J Med* 2012; 366: 697-706

⁵⁵ Atkin WS, Edwards R, Kralj-Hans I, Wooldrage K, Hart AR, Northover JMA, Parkin DM, Wardle J, Duff SW, Cuzick J, UK Flexible Sigmoidoscopy Trial investigators. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet* 2010. 375; 8: 1624-1633.

Baheketa-programa bat abiarazteko faseetan, antolamendu-, kudeaketa- eta ebaluazio-lan jakin batzuk bete behar dira, eta kontuan hartu, biztanleengan eragin onuragarria izango dutela bermatzeko. Eskema honetan azaltzen dira lan nagusiak⁵⁶:

Joint Action CANCON egitasmoaren ondoriozko dokumentuan, baheketak abiarazteko eta gobernatzeko gomendioak ematen dira, baita baheketen ezarpena eta ebaluazioa alderdi guztietan kalitatekoak izateko gomendioak ere. Nabarmentzekoak dira minbiziaren eta hilkortasunaren populazio-erregistroak dauzkaten programen emaitzak elkarlotzeko gomendioa eta kalitate-estandarrei jarraitu eta kostu-eraginkortasunaren ebaluazioak egitekoa.

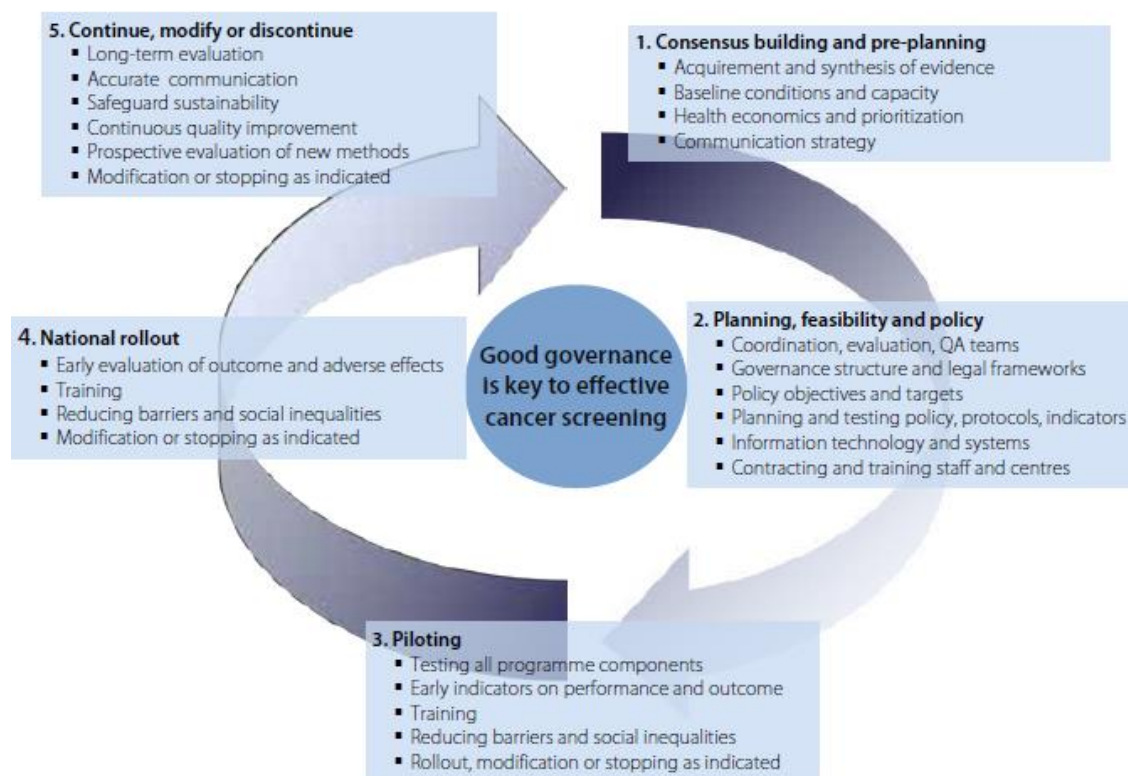
Minbizia oro har jorratzean eta baheketan, oso garrantzitsua da desberdinkeria sozialak neurtu eta gutxiagotzea, CANCON⁵⁷ proiektuaren dokumentuan adierazten den moduan (Europak minbiziaren aurka mar txan jarraitako politikei buruzkoa da dokumentu hori, eta Joint Action IPAAC egitasmoak ere aintzat hartu du, Europaren ildo estrategiko berrien oinarri izan diren gomendioak emateko orduan^{57, 58}).

⁵⁶ Albreht T, Kiasuwa R, Van den Bulcke (eds). EUROPEAN guide on quality improvement in comprehensive cancer control. Cancer Control Joint Action. National Institute of Public Health (Slovenia) and Scientific Institute of Public Health (Brussels), 2017. 164. or.

⁵⁷ Federici A, Nicoletti G, van den Bulcke M. Cancer Control Joint Action. Policy Papers. National Institute of Public Health (Slovenia) and Scientific Institute of Public Health (Brussels), 2017. 143. or.

⁵⁸ Antilla A, Singh D, Lipponen S, Lönnberg S, Bingham C, Tamminiemi K, Molina-Barceló A, Hernández-García M, Rossi PG, Zappa M et al. New openings of cancer screening in Europe. Work Package 5, task 5.2. Cancer Screening: conference report. Innovative Partnership for Action Against Cancer. September 2020. Hemen eskuragarri: <https://www.ipaac.eu/res/file/outputs/wp5/new-openings-cancer-screening-europe.pdf>.

3. irudia INPLEMENTAZIOAREN HAINBAT FASETAKO ANTOLAMENDU-, KUDEAKETA- ETA EBALUAZIO-LANEN ETA KALITATE-HOBEKUNTZAREN ADIBIDEAK MINBIZIA BAHETZEKO PROGRAMA BATEAN



Iturria: CANCON 2017

5. KOM-A BAHETZEKO 2023-2025EKO PROGRAMAREN HELBURUAK

2017tik aurrera, 2014ko lehenengo gonbidapenean 50-74 urteko biztanleen ia-ia % 100 estaltzeko helburua lortutakoan, hurrengo gonbidapenen estaldura planteatu zen, parte-hartzearen tasa handitze aldera, Osasun Planak⁷ finkatzen duen bezala, bai osasuna hobetu eta morbiditateak murrizteko helburuz, bai desgaitasunaren arabera doitutako bizitza-urte (DDBU) asko galtzea eragiten duten gaixotasunak eta desgaitasunak ekitate-, kalitate- eta eraginkortasun-irizpideekin jorratzeko helburuz. Zalantzarik gabe, segidako gonbidapenetan detekzio-tasak gutxitu eta egonkortzea espero da, antzeko beste programa batzuetan gertatzen den bezala⁵⁹⁻⁶⁰

5.1. Helburu nagusia

Gaiztotu aurreko lesioak eta lesio gaiztoak goiz detektatu eta tratatzea, kolon eta ondesteko minbiziaren intzidentzia eta minbizi horren ondoriozko hilkortasuna murrizteko.

5.2. Helburu espezifikoak

- Euskadiko biztanleen % 99 estaltzea, haien aseguramendua edozein dela ere.
- Desberdinkeria sozialak murrizten laguntzea, pertsona zaurgarri gehiago iritsi daitezen.
- Gizonen parte-hartzea handitzea adin-talde guztietan.
- Baheketa-probaren akatsak <% 1 murriztea.
- Baheketan positibo eman duten pertsona guztien jarraipena bermatzea, <% 5eko galera-tasarekin.
- Baheketaren ondorio kaltegarriak monitorizatzea eta minimizatzea (odoljarioa, zulaketa, arnas-depresioa eta heriotza).
 - Zulaketen intzidentzia $\leq 1: 1.000$ izatea kolonoskopia diagnostiko edo terapeutikoetan, eta $\leq 1: 500$ izatea polipektomia egin den kolonoskopietan
 - Polipektomia osteko odoljarioaren intzidentzia $\leq 1:100$ izatea polipektomia egin den kolonoskopietan
- Prestaketa desagokiaren ondorioz berriz emandako ziten tasa % 2ra murriztea segurtasuna hobetu eta kostuak gutxitzeko.
- Kasu positiboetan egiten diren kolonoskopiak monitorizatzea, itxarote-denborak murrizteko zerbitzu-erakundeekin koordinatuta: 30 egun baino gutxiago Lehen Mailako Arretako medikuarekin kontsulta izan ondoren.

⁵⁹ Zorzi M, Fedeli U, Schievano E, Bovo E, Guzzinati S, Baracco S, et al. Impact on colorectal cancer mortality of screening programmes based on the faecal immunochemical test. Gut. 2014. DOI: 10.1136/gutjnl-2014-307508

⁶⁰ Logan RFA, Patnick J, Nickerson C, Coleman L, Rutter MD, von Wagner C, et al. Outcomes of the Bowel Cancer Screening Programme (BCSP) in England after the first 1 million tests. Gut. 2012;61;10:1439–46

- Positibo faltsuen eta negatibo faltsuen tasak monitorizatzea, programaren eraginkortasuna eta efizientzia hobetuko dituzten neurriak ezartzeko.
- Desberdinkeriak gutxiagotzeko esku-hartzeak diseinatzea eta haien inpaktua monitorizatzea
- Komunikazioa maila profesional, komunitario eta herritar guztietan hobetzea, kanpainen, webaren eta sare sozialen bidez.

6. JARDUERA-ESPARRUA

Jarduera-esparruari heltzen badiogu, Baheketa Programaren helburua da Euskadin bizi diren xede-populazioko biztanle guztien estaldura sistematiko eta periodikoa lortzea.

Ekitatea bermatzeko, Osakidetza bermatzaile dutenei nahiz beste bermatzailearen bat dutenei (mutualitateak eta bestelako aseguramenduak) bidaliko zaie gonbidapena.

Programara nekez iristen diren kolektiboak kontuan hartuko dira (instituzionalizatutako pertsonak, talde etnikoak, komunitate erlijiosoak eta maila sozioekonomiko baxuko pertsonak).

6.1. Xede-populazioa

Baheketa-programa honen xede-populazioa Euskadin bizi diren eta KOM izateko arrisku ertaina duten 50 eta 74urte arteko gizon-emakumeak dira. 2023ko urtarrilaren 1ean, 778.359 pertsona ziren gutxi-gorabehera (Eustat).

7. BAHETZEKO PROZEDURA OROKORRA

KOMa bahetzeko prozedura orokorrean, jarduketa hauek sartzen dira:

7.1. Xede-populazioa hautatu eta araztea (I. eranskina)

Xede-populazioa: Gonbidapenaren urtean 50-74 urte dituzten gizon-emakumeak. OSABIDE datu-basetik hautatuko dira Osakidetza bermatzaile dutenak, eta zerrendetatik eta egin dituzten eskaeretatik OTIrik EZ dutenak.

Populazio hautagarria: Programan parte hartzera gonbida daitezkeen xede-populazioko gizon-emakumeak, gonbidapenaren unean ez dagoelako haiek baztertzeko irizpiderik.

Populazio gonbidagarria: Informazioa eta gonbidapena bidaltzeko lokaliza daitekeen populazio hautagarria.

Baliozko gonbidapena: Helbide ezezagunagatik itzuli ez diren gonbidapenak.

7.2. Gonbidapena eta FIT bidaltzea

Gutun bat bidaliko da populazio gonbidagarriko pertsona bakoitzaren helbidera, programari buruzko informazioarekin, jarraibideekin eta gorozki-lagina biltzeko materialarekin. Horiek osasun-zentroan nola entregatu ere azalduko da gutunean (II. eranskina). Beste aseguramenduren bat duten pertsonsei (OTIrik EZ) aurrez zigilatutako gutun bat bidaliko zaie etxera, lagina posta bidez igor dezaten erreferentziako ospitalera (XIV. eranskina).

7.3. FIT entregatu eta prozesatzea

Parte-hartzailea: populazio gonbidagarriko edonor, FIT kita osasun-zentroan entregatu duena prozesa dezaten, edota, OTIrik EZ dutenen kasuan, kita postaz bidali duena prozesa dezaten. Testaren emaitza baliozkoa (positiboa/negatiboa) bada soilik hartuko da parte-hartzailatzat.

Lagina osasun-zentro bakoitzean bilduko da, eta, laborategiko papera zer egunetan sortu den, horixe izango da programako sarrera-eguna (III. eranskina). OTIrik EZ dutenen kasuan, lagina analizatu zen data hartuko da kontuan.

Lagina entregatu ezean, gogorazpen-gutun bat bidaliko da, parte hartu ez dutenei kita bidali eta bost astera. Kita uzten ez duen pertsona **ez da parte-hartzailatzat** hartuko, eta gauza bera gertatuko da gonbidapen-prozesuan lehenago nahiz ondoren parte hartzeari uko egiten diotenekin.

Laginak esleitutako erreferentziako laborategian aztertuko dira.

7.4. FIT (Faecal Immunochemical test) baheketa-proben emaitzak kudeatzea

Emaitza guztiak gutun edo SMS bidez jakinaraziko zaizkie parte-hartzaileei. Gutuna edo mezua PKZk igorriko du, eta familia-medikuak OGPn ikusiko ditu emaitzak (IV. eranskina). OTIrik EZ dutenen kasuan, PKZk ikusiko ditu emaitzak, eta parte-hartzaileei jakinaraziko dizkie, gutun edo SMS bidez.

Akatsa egon den kasuetan, beste gutun bat bidaliko da. kita barne dela. Akats horiek aurreanalitikoak (lagina galdu da, parte-hartzaileak edota profesionalak erabilera desegokia hauteman du) nahiz analitikoak (laborategian hautemandakoak) izan daitezke.

Emaitza negatiboa bada, SMSean/gutunean bi urteren buruan berriz ere programan parte hartzeko gonbidapena egingo zaie parte-hartzaileei, baldin eta ordurako 70 urte bete ez badituzte. Adin hori gainditu badute, prebentzio-jarduketak amaituko direla jakinaraziko zaie. Gonbidapena atzeratzen bada, epea zabalduko da, aurretiko gonbidapenaren dataren arabera. (XI. eranskina).

Emaitza positiboa bada, parte-hartzaileari gutun bidez adieraziko zaio Lehen Mailako Arretako medikuekin harremanetan jartzea komeni zaiola eta hark diagnostikoa berresteko kolonoskopia aginduko diola.

Parte-hartzaile bat emaitza positiboa jaso eta 30 egunera osasun-zentrora joaten ez bada, PKZk jarraipena antolatuko du, eta kolonoskopia egin ez duten kasu guztien berri emango die ESlei, Lehen Mailako Arretako eta Kudeaketa Sanitarioko Unitateko medikuek elkarrekin kudea ditzaten. Ezin bada parte-hartzailea aurkitu, PKZk gutun ziurtatua bidaliko dio, jaso izanaren agiriarekin. Kolonoskopia sistema pribatuan egin badu, aurrez zigilatutako gutun bat bidaliko zaio, kolonoskopiaren eta anatomia patologikoaren emaitza bidal diezaion PKZri.

Gonbidapen-urtearen amaieran, FIT testean positibo eman ondoren kolonoskopia egin ez duten kasu guztiak lokalizatuko ditu PKZk, populazio motaren arabera tipifikatzeko. Galeratzat hartuko dira ez bada lortu kolonoskopia egitea edo diagnostikoa osatzea (prestaketa txarra, osatugabea, erauzketa partziala, etab.) edo ezin izan bada haiekin harremanetan jarri. PKZk jarraipena egingo die kasu horiei guztiei, eta berrikusi egingo ditu programako hurrengo gonbidapena bidali aurretik.

7.5. Diagnostikoa berrestea

FIT emaitza positiboa izan duten pertsona guztiei (≥ 20 $\mu\text{Hb/g}$ gorozki edota ≥ 100 ngHb/100 ml) kolonoskopia egitea proposatuko zaie kontraindikaziorik ezean, familia-medikuaren bidez. Hark zeregin hauek beteko ditu: historia klinikoa egitea, kolonoskopia egin aurreko probak (ESlan eta Osakidetzaaren sarean protokoloan jasota daudenak) zein diren adieraztea, baimen informatua biltzea eta erizainarengana joateko zita ematea, informazio gehiago jaso eta kolonoskopia egiteko prestaketa proposatzeko. (V. eranskina). Parte-hartzaileak baztertua izateko arrazoiren bat betetzen badu, LMAUko mediku eta erizainez osatutako taldeak PKZri jakinaraziko dio, programaren helbide elektronikoaren bitartez (prevencionccr@osakidetza.eus)

7.6 Kolonoskopia egitea

Kolonoskopiak LMAU bakoitzeko ESI erreferenteetako Endoskopia Unitateetan egiten dira. AEGren (2018) eta ESGEren (2020) PKGko gomendioei jarraikiz egingo dira.

Prozedura amaitutakoan emango zaizkio kolonoskopiaren emaitzak pertsonari, eta familia-medikuarengana joan dadila aginduko zaio, hark informazioa eman diezaion, eta jarraipena egitea gomendatu.

Erauzitako lesioak Anatomia Patologikoko laborategietan aztertuko dira.

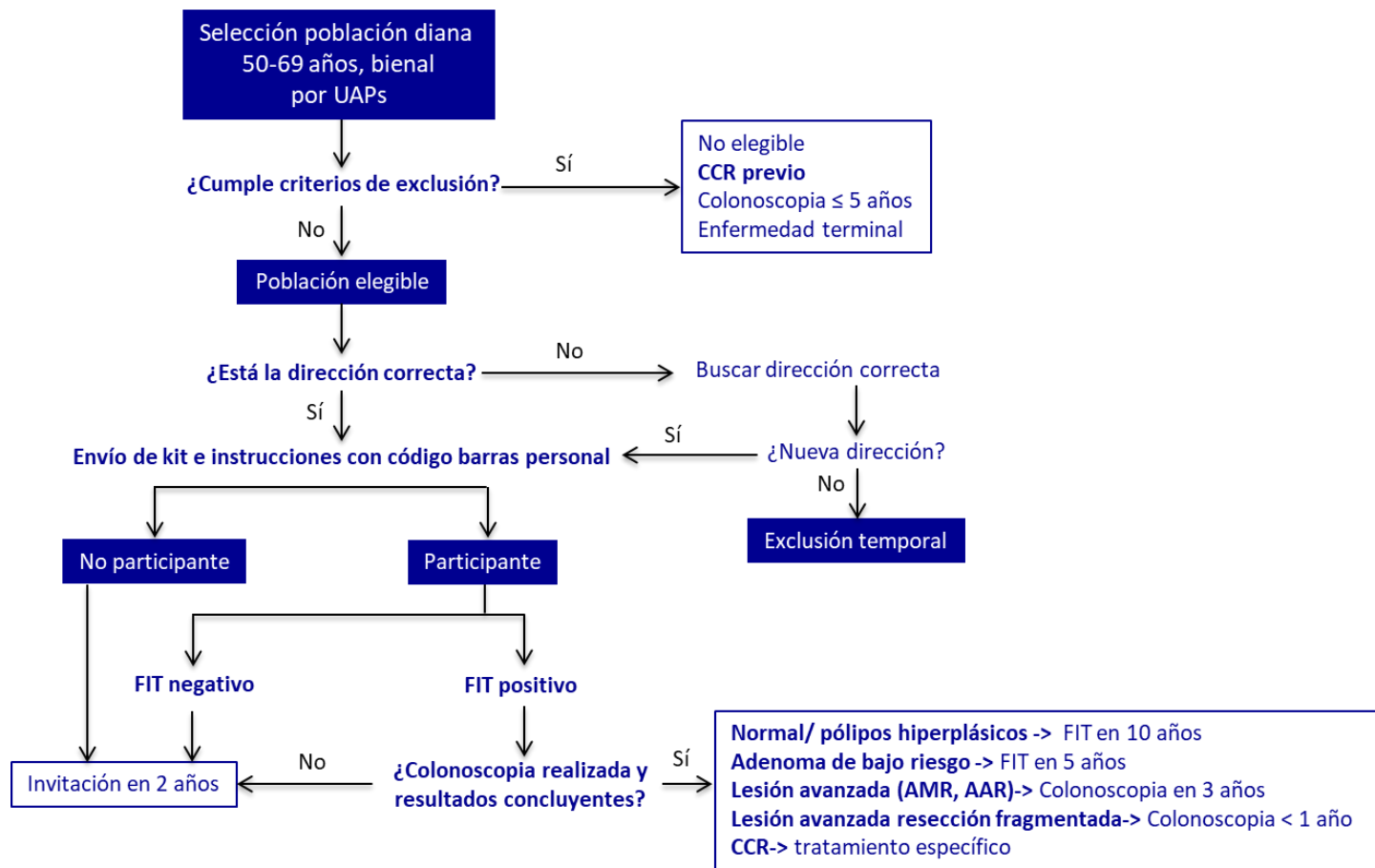
Endoskopia Unitate bakoitzak emaitzak kudeatzeko ibilbidea ezarriko du (Anatomia Patologikoko eta Endoskopiako taldeen txostena), protokoloaren arabera jarraipen-gomendioak emateko (eranskina)

7.6. Kolonoskopiaren emaitzak kudeatzea

Emaitza negatiboa bada (normala; horren barruan sartzen dira: aurkikuntzarik gabekoak, hemorroideak, dibertikuluak, lipomak eta melanosia eta polipo hiperplasiko ez-zerradunak), hala jakinaraziko du Endoskopia Unitateko espezialistak, eta PKZk gutun bat bidaliko dio parte-hartzaileari, 10 urteren buruan baheketan berriz parte har dezan, baldin eta ez baditu ordurako 70 urteak bete. Pertsona horren prozesu diagnostikoa kalitateko kolonoskopia bidez osatu bada soilik bidaliko da gutuna (hau da, behar bezalako presaketaketa zuen, osorik egin da eta aurkitutako lesioak analizatu dira edo ez da lesiorik aurkitu). (XI. eranskinetako gutuna).

Emaitza positiboak kudeatzeko, Kolon eta Ondesteko Minbizia Diagnostikatu eta Prebenitzeko PKGari (2018)³² jarraituko zaio, eta Anatomia Patologikoko eta Endoskopiako taldeek ados jartzeko egiten dituzten bileretan eguneratuko da dokumentu hori (XVI. eta XVII. eranskinak).

KOMa bahetzeko prozedura orokorreko jarduketa guztiak 4. irudian laburtu dira.

4. irudia.- BAHEKETAREN JARDUKETA-FLUXUA


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

8. INFORMAZIO-, MONITORIZAZIO- ETA EBALUAZIO-SISTEMA

PKZk garatu du informazio-sistema, honako hauekin lankidetzan: Zuzendaritza Nagusiko Informatika Zerbitzuarekin eta Osabide-APko, OsabideGlobal eta OGPko, Osabide Integrako, GestLab-eko, Minbiziaren Ospitaleko Erregistroko eta Minbiziaren Populazio Erregistroko arduradunekin. Datu-base klinikoekiko el-karreragingarritasunari esker, errazagoa da kasu guztien trazabilitatea eta jarraipena egitea, eta Osabiden geratzen da erregistratuta jarduera guztia. Aplikazioan, xede-populazioko pertsona bakoitzak fitxa indibidualizatua du, eta, bertan, datu hauek daude erregistratuta: gonbidapenak, bazterketak, parte-hartzea / parte-hartzerik ez, FITaren emaitza, kolonoskopiaren emaitzak eta kalitatea (hedadura, prestaketa, konplikazioak...), lesioen kokapena, tamaina eta histologia eta minbizi inbaditzaileen TNMa, estadioa eta tratamendua, bai programan hautemandakoenak, bai jarraipen edo bitartekoenak. Gutun/SMS guztiak eta gonbidapenetan jasotako aldagaiak. Baita pertsona partaide den ikerketa-lanak eta lanon emaitzak ere.

Ebaluazioaren azken xedea Baheketa Programaren eraginkortasuna ezagutzea izango da. Hala ere, hori ezin da berehala jakin, epe ertainera azter daitezkeen datu-serieetan ikusten delako intzidentziaren eta hilkortasunaren beherakada. Hasieratik ebaluazio jarraitua egiten da (gonbidapenaren, zentroen, urteen, adin-taldeen eta sexuaren arabera); izan ere, Osakidetzaren aplikazioak (KOMBP) aukera ematen du egi-aztapen-zerrendak eta erregistratu eta berehalako adierazleak lortzeko. Horrez gain, sistemaren bidez, datuon ustiapen masiboa egin daiteke, azterketa estatistiko xehe-xehea egiteko.

Fitxategi hori deklaratuta dago⁶¹, datuak babesteko indarreko araudiak betetzeko (Datu Pertsonalak Babesteko eta Eskubide Digitalak Bermatzeko abenduaren 5eko Lege Orokorraren 31.2 artikulua⁶² eta Datuak Babesteko Erregelamendu Orokorraren 13. artikulua⁶³), bat etorrita Osakidetzaren segurtasun-araudiarekin.

Lehen Mailako Arretako Unitateek, erakunde sanitario integratuek (ESI) eta Baheketa Programen Estatu Sareak aldian behingo ebaluazioak egiten dituzte, Europako Gidan (2010) eta Minbizia Bahetzeko Programen Sarearen gidalerroetan oinarrituta⁶⁴.

VII. eta VIII. eranskinetan jaso dira aldagaiak eta adierazle nagusiak.

⁶¹ https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_pro_dat_datatable/es_def/adjuntos/avisos/ci_PRO-GRAMA_CANCER_DE_COLON.pdf

⁶² 3/2018 Lege Organikoa, abenduaren 5koa, Datu Pertsonalak Babestu eta Eskubide Digitalak Bermatzekoa.

⁶³ 2016/679 Erregelamendua (EB), 2016ko apirilaren 27koa, Europako Parlamentuarena eta Kontseiluarena, datu pertsonalen tratamenduari eta datu horien zirkulazio askeari dagokienez pertsona fisikoak babesteari buruzkoa, zeinak 95/46/EE Zuzentzara indargabetzen baitu (datuak babesteko erregelamendu orokorra).

⁶⁴ Minbizia Bahetzeko Programen Sarea. Hemen eskuragarri: www.cribadocancer.com

9. BAHEKETA-PROGRAMAREN KUDEAKETA-IBILBIDEA

Programa honek funtziona dezan, asistentzia-maila guztiek hartu behar dute parte, diziplina anitzetatik. Bakoitzak berariazko zereginak ditu helburu hori lortzeko, hemen zehaztu moduan:

9.1. Erantzukizun-mailak

Programaren Koordinazio Zentroa (PKZ)

- Programaren plangintza orokorra egitea eta programa antolatu eta ezartzea, Zuzendaritza Nagusiak eta Osasun Sailak onartutako helburuen arabera.
- Osasun-langileak koordinatzea, programa garatu eta gauzatzeko.
- Programaren protokoloak eta dokumentuak egin eta eguneratzea, baita prestakuntza, informazio eta komunikaziorako materialak ere.
- Gonbidatzeko eta emaitzen berri emateko gutunak eta SMSak bidaltzea.
- FITerako laginak hartzeko jarraibideak ematea.
- KOMari buruzko eskuliburu eta kartelak egitea.
- Webguneko edukiak sortzea.
- Bideoak eta ikus-entzunezko materialak egitea.
- ESletan eta LMAUetan programa eta emaitzak aurkeztea, gonbidapenak bidali aurretik, protokoloak ebidentziaren arabera eguneratuta.
- Gonbidapenak planifikatu eta egokitzea, zerbitzu-erakundeekin eta Ospitaleko Arreta Koordinatzeko Zuzendariordetzarekin koordinaturik, kolonoskopien kudeaketan ez dadin atzerapenik gertatu.
- Datu-baseak eguneratuta edukitzea eta sartzekoak eta bazter uztekoak kudeatzea, Zuzendaritza Nagusiaren Informatika Zerbitzuarekin koordinaturik egin beharreko gonbidapenen arabera.
- Gonbidatzeko prozesua, parte-hartzea, positibotasuna, kolonoskopiaren kalitatea eta kasu positibo guztien jarraipen eta erregistroa monitorizatu, kudeatu eta ebaluatzea.
- Jarraipenerako datuak eta emaitzak ematea, Osasun Plana, Onkologia Plana, Plan Estrategikoa, Kontratu Programa, urteko memoriak eta ESlek eta LMAUek programa kudeatu eta hobetzeko egiten dituzten eskaerak ebaluatzeko.
- Ikerketa-lanak martxan jarri eta horietan parte hartzea, bai eta programaren emaitzekin eta inpakturekin lotutako argitalpenak egitea ere.
- Kasu positiboen jarraipena egitea
- Informazio-sistema garatu eta hobetzea, prozesu osoaren eta prozeduren kalitatea bermatzeko.
- Programa monitorizatu eta ebaluatzea.
- Prozesuak hobetzeko protokoloak prestatzea, profesional, analista, hematologo, anestesista, endoskopia-egile, patologo, mediku eta Lehen Mailako Arretako erizainekin, besteak beste.

- Kontrako ondorioei jarraipena egitea: kolonoskopiaren konplikazioak, bitarteko minbizien positibo faltsuak (negatibo faltsuak).

Lehen Mailako Arretako Unitateak

- PKZrekin elkarlanean aritzea, parte hartzeko gonbidapena jasoko duen xede-populazioa sentsibilizatu, informatu eta aholkatzeko.
- FIT laginak hartzea eta erreferentziako laborategira bidaltzea, prozesuaren segurtasun- eta trazarabilitate-protokoloei jarraikiz. Osasun-zentroetatik akatsei buruzko informazioa bidaltzea Koordina-zio Zentroari posta elektronikoko bidez (egoera txarrean dauden kitak, okerreko identifikazioa, etab.).
- Kontsultan arreta espezifikoa ematea FIT emaitza positiboa izan dutenei.
 - Positiboak: FIT emaitza positiboa izateak zer dakarren jakinaraztea eta kolonoskopia emaitza baieztatzeko proba diagnostiko gisa erabiltzeko buruzko informazioa ematea. Baimen informa-tua entregatu eta sinatzea. Kolonoskopiaren aurretik egin beharreko probak egitea, ASaren arrisku-irizpideen eta parte-hartzailearen arrisku espezifikoen arabera, bat etorrita ESlaren eta Osakidetzako sarearen protokoloekin.
- Kolonoskopiako zita kudeatzea.
- Kolonoskopia egin aurreko prestaketa-lanak egitea.
 - Erreferentziako erizainak kolonoskopiarako prestatzeko informazioa eta prestakina ematea, proba egin baino 7-10 egun lehenago.
 - Aholkuak, prestaketari eta dietari buruz informatzeko orriak eta informazio-bideoak ematea.
 -
 - Kolonoskopia egin eta gerorako informazioa, gomendioak eta jarraitu beharreko aholkuak ema-tea.
- Probaren emaitzen jarraipena egitea, Endoskopia Unitateekin koordinatuta, baita indarreko proto-koloena ere, eta pertsonei emaitzen eta egin beharreko jarraipenaren berri ematea.

Arreta Espezializatua

Biokimika Zerbitzua:

- Laginak hartzeko sistema garatzea.
- FIT baheketa-probaren emaitzak analizatu eta baliozkotzea.
- Emaitzak Osabiden iraultzea (kuantitaboak eta kualitatiboak)
- PKZri hauteman diren intzidentzien eta akatsen berri ematea posta elektronikoko bidez.
- Kanpoko eta barneko kalitate-kontrolak egitea.

Digestio-aparatuko Zerbitzua:

- Diagnostikoa berresteko kolonoskopien zitak kudeatzea.
- Baimen informatua jaso eta artxibatzea.
- Kolonoskopiak kalitate-irizpideen arabera egitea.
- Diagnostikoa berretsi eta tratatzea (polipoak erauztea).
- Beste proba batzuk edota hedadura-azterketak egin behar zaizkien kasuen jarraipena egitea.
- KOMa eta lesio aurreratuak edukitzeko arrisku handia dutenentzako kontsultetara deribatzea, ESIko protokoloen arabera.
- Prozesuaren jarraipena egitea.
- LMAko medikuari jarraipen-gomendioa egitea, Anatomia Patologikoko emaitza ebaluatu ondoren.
- Jarraipeneko kolonoskopiak kudeatzea, aurkitutako lesioaren eta giden eta pazientearentzat eza-rritako pautaren arabera.

Anatomia Patologikoko Zerbitzua:

- Laginak hartzea eta aztertzea.
- Egindako endoskopiari buruzko txosten makroskopiko eta mikroskopikoa egitea.
- Endoskopia Unitateekin eta Minbiziaren Batzordeekin koordinatzea jarraipenak eta tratamendu espezifikokoak egiteko.
- Analisi espezifikokoak egitea, protokoloen arabera.

9.2. Sentsibilizazioa eta prestakuntza

Programaren txanda bakoitza hasi aurretik, berariazko sentsibilizazio-kanpaina bat egingo da, osasun-sistemaren berezko baliabideak, tokiko hedabideak eta Internet erabiliz. PKZk eta dagozkien ESlek/LMAUek koordinatuko dute kanpaina osoa. (IX. eranskina)

Lehen Mailako Arretako Unitateetan eta ESletan, prestakuntza emango zaie parte hartzen duten arlo guztietako langile guztiei (medikuntza, erizaintza, administrazioa).

9.3. Plangintza eta kudeaketa

PKZk urteroko plangintza egingo du, eta Zuzendaritza Nagusiak eta Osasun Sailak onartuko dute.

Plangintza zerbitzu-erakundeetako arduradunekin eztabaidatu eta adostuko da, eta zerbitzu-erakundeek hitzartuta dauden urteroko helburuak betetzeko konpromisoa hartuko dute. Kontuan izan behar da kolonoskopien eskaintza programan sortzen diren positiboen eskarira egokitu behar dela. Gonbidapenen arteko denbora-tartea 36 hilabetetik gorakoa izango ez dela bermatu behar da, bitarteko minbiziak saihesteko/minimizatzeko.

9.4. Monitorizazioa eta ebaluazioa

PKZk behar besteko euskarria izango du prozesuaren kalitatearen desbideratzeak planifikatu, antolatu, monitorizatu, ebaluatu eta zuzentzeko.

9.5. Hobekuntzak eta berrikuntza

PKZk koordinatzen dituen lantaldeak eta ikerkuntza-taldeak kudeatuko dira, programaren emaitzak hobetzeko eta haren gaineko eraginkortasun eta kontrol handiagoa lortzeko behar diren berrikuntzak ezartzeko. Gaur egun, anatomia patologikoko, endoskopia digestiboko, laborategiko eta Lehen Mailako Arretako lantaldea dago martxan.

Profesionalek eta biztanleriak egindako proposamenak kontuan hartuko eta baliozkotuko dira.

Informazio-sistema baliozkotzat eta ontzat eman diren hobekuntzetara egokituko da, prozesuen trazabilitatea eta emaitzen ebaluazioa bermatzeko.

10. BIBLIOGRAFIA

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. Allemani C, Matsuda T, DiCarlo V, Harewood R, Matz M, Niksic M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-2014 (CONCORD-3): analysis of individual records for 317 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries (CONCORD-2). *Lancet.* 2018; 391(10125):1023–75
3. European cancer information system. ECIS. Hemen eskuragarri: ecis.jrc.ec.europa.eu¹
4. Estimaciones de la Incidencia del Cáncer en España, 2023. Espainiako Minbizi Erregistroen Sarea (REDE-CAN), 2023.
5. ELGA (2023), Perfiles nacionales de cáncer: España 2023, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris.
6. ELGA (2023), Perfiles nacionales de cáncer: España 2023, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris.
7. Mendizabal Gallastegui N., Portillo Villares, I., Bacigalupe De La Hera, A. Desigualdades sociales en la cobertura y participación en el Programa de Cribado Cáncer Colorrectal de Euskadi. 2021.¹
8. Aginagalde-Llorente, AH. Desigualdades sociales en el cribado de cáncer colorrectal. 2022¹
9. Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Euskadiko Osasun Plana 2030. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco 2023. Vitoria-Gasteiz. 138 or.. Hemen eskuragarri: https://www.katalogoak.euskadi.eus/cgi-bin_q81a/abnetclop¹.
10. Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Euskadiko Onkologia Plana 2018-2023 Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco 2018. Vitoria-Gasteiz. Hemen eskuragarri: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_oncologico_2018_2023/eu_def/adjuntos/euskadi-onkologia-plana-2018-2023.pdf¹
11. 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.
12. 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
13. 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.
14. 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
15. 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
16. 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.
17. 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.
18. 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

19. Unanue-Arza, S.; Idigoras-Rubio, I.; Fernández-Landa, M.J.; Bilbao-Iturribarria, I.; Bujanda, L.; Portillo, I. Analysis of Post-Colonoscopy Colorectal Cancer and Its Subtypes in a Screening Programme. *Cancers* 2021, 13, 5105.
20. 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
21. Inequalities in participation in colorectal cancer screening programmes: a systematic review. Isabel Mosquera, Nere Mendizabal, Unai Martín, Amaia Bacigalupe, Elena Aldasoro, Isabel Portillo, from the Desberdinak Group. *European Journal of Public Health*, Volume 30, Issue 3, June 2020, Pages 558–567, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz236>
22. 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
23. 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 eta Cribea taldea. 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.
24. EAEko Osasun Inkesta.. 2018 (EAEOI 2018). 6. kapitulu: Osasun- eta zaintza-zerbitzuak. Minbizia- baheketak- programak
25. 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; 95. liburukia: urtarilak 26 e1-11.
26. Portillo I, Idigoras I, Ojembarrena E, Arana E et al. Lesiones detectadas en el programa de cribado de cáncer colorrectal en el País Vasco: primera ronda 2009-2011. *Gastroenterol Hepatol*. 2013 ; 36 ; 5: 301–308
27. 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.
28. Mercedes Vanaclocha-Espia, Josefa Ibáñeza B, Ana Molina-Barceló, María José Valverde-Roig, Elena Pérezb, Andreu Nolasco, Mariola de la Vegad, Isabel Diez de la Lastra-Boschd, María Elena Ocejae, Josep Alfons Espinásf, g, Rebeca Fontf, g, Francisco Pérez-Riquelmeh, i, Eunat Arana-Arrij, Isabel Portillo, Dolores Salasa, b, *, CRIBEA Group1. Risk factors for severe complications of colonoscopy in screening programs. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.11.010>.
29. 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 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
30. 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.
31. Idigoras I, Arrospe A, Portillo I, Arana-Arri E, Martínez-Indart L, Mar J, de Koning HJ, Lastra R, Soto-Gordoa M, van der Meulen M, Lansdorp-Vogelaar I. Evaluation of the Colorectal Cancer Screening Programme in the Basque Country and the effectiveness based on the MISCAN-colon model. *BMC Public Health* 2017. DOI 10.1186/S12889-017-4639-3.
32. Arrospe A, Idigoras I, Mar J, de Koning H, van der Meulen M, Soto-Gordoa M, Martinez-Llorente JM, Portillo I, Arana-Arri E, Ibarrondo O, Lansdorp-Vogelaar I. Cost-effectiveness and budget impact analyses of a colorectal cancer screening programme in a high adenoma prevalence scenario using MISCAN-Colon microsimulation model. *BMC Cancer*. 2018 Apr 25;18(1):464. doi: 10.1186/s12885-018-4362-1. PMID: 29695234; PMCID: PMC5918894.¹

33. Colorectal cancer screening. IARC Handbook Cancer Prevention. 17. bol. 2019:1–300. Hemen eskuragarri: <http://publications.iarc.fr/573>. Wilson JMG, Jungner G: Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers. Osasunaren Mundu Elkarte, 1968. Osasun eta Kontsumo Ministerioko lantaldea. Documento Marco sobre cribado poblacional. 2011 Hemen eskuragarri: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Cribado_poblacional.pdf
34. Mark J. Dobrow, Victoria Hagens, Roger Chafe, Terrence Sullivan and Linda Rabeneck Consolidated principles for screening based on a systematic review and consensus process.. CMAJ April 09, 2018 190 (14) E422-E429; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.171154>
35. Lönnberg S, Sëkerija M, Malila N, Sarkeala T, Leja M, Májek O et al Cancer screening: policy recommendations on governance, organization and evaluation of cancer screening. European guide on quality improvement in comprehensive cancer control. 2017. Albrecht T, Kiasuwa R, Van den Bulcke M (editoreak). Ljubljana: National Institute of Public Health; Brusela: Scientific Institute of Public Health. 4. kapitulu: 39-76. Hemen eskuragarri: https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/Guide/pdf/CanCon_Guide_FINAL_Web.pdf
36. National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline Colorectal Cancer: the diagnosis and management of colorectal cancer: Full Guideline; NICE; 2011
37. Bonelli L. Epidemiology and screening: what's new? Colorectal Dis. 2015;17:10–4. Hemen eskuragarri: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/codi.12815/abstract>
38. Segnan N, Patnick J, von Karsa L (eds). European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis. 2010, lehen edizioa. Luxenburgoko: European Commission, Publications Office of the European Union. 2011. 387. or.
39. Cubiella J, Marzo M, Mascort-Roca JJ, Amador-Romero FJ, Bellas-Beceiro B, Coflent-Villaplana J et al. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. 2018an eguneratua. Gastroenterol Hepatol. 2018;41(9):585–596. DOI 10.1016/j.gastrohep.2018.07.012
40. Knudsen AB, Zauber AG, Rutter CM, Naber SK, Doria-Rose VP, Pabiniak C, et al. (2016). Estimation of benefits, burden, and harms of colorectal cancer screening strategies: modeling study for the US Preventive Services Task Force. JAMA, 2016;315 (23):2595–609.
41. Van Rossum L, Van Rijn AF, Laheij R, Verbeek AL, Van Oijen MG, Fockens P. Randomized study comparing the test performance of a guaiac-based fecal occult blood test with an immunochemical fecal occult blood test for colorectal cancer screening in a screening population. Gastroenterology 2008;135: 82-90.
42. Young GR, Allison J, Cole S, Fraser CG, Halloran SP et al. Advances in Fecal Occult Blood Tests: The FIT Revolution. Dig. Dis. Sci. DOI: 10.1007/s10620-014-3445-3
43. Fraser CG, Allison J, Young GR, Halloran SP, Seaman H.A standard for Faecal Immunochemical Tests for Haemoglobin Evaluation Reporting (FITTER). Ann Clin Biochem. 2014; 51;2: 301-302 Council recommendation on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening [Internet]. Hemen eskuragarri: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-09/com_2022-474_act_en.pdf Vermeer NC, Snijders HS, Holman FA, Liefers GJ, Bastiaannet E, van de Velde CJ, et al. Colorectal cancer screening: systematic review of screen-related morbidity and mortality. Cancer Treat Rev,. 2017;54: 87-98. DOI:10.1016/j.ctrv.2017.02.002
44. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 2014ko azaroaren 6koa, 269 zk.; urriaren 31ko SSI/2065/2014 Agindua, zeinaren bidez aldatu egin diren Osasun Sistema Nazionalaren zerbitzu komunak zorroa eta zorroa eguneratzeko prozedura ezartzen dituen irailaren 15eko 1030/2006 Errege Dekretuaren I., II. eta III. eranskinak. Eskuragarri: <http://www.boe.es/boe/dias/2014/11/06/pdfs/BOE-A-2014-11444.pdf>
45. Allison JE, Fraser CG, Halloran SP, Young GP. Population screening for colorectal cancer means getting FIT: the past, present, and future of colorectal cancer screening using the fecal immunochemical test for hemoglobin (FIT). Gut and Liver 2014. DOI: 10.5009/gnl.2014.8.2.117
46. 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
47. Lansdorp-Vogelaar I, Knudsen AB, Brenner H. Cost-Effectiveness of Colorectal Cancer Screening. Epidemiologic Reviews 2011; 1: 88-100, doi:10.1093/epirev/mxr004.
48. Tran B et al. Preliminary Analysis of the Cost-Effectiveness of the National Bowel Cancer Screening Program: Demonstrating the Potential Value of Comprehensive Real World Data. Internal Medicine 2012; 7: 794-800, doi:10.1111/j.1445-5994.2011.02585.x.
49. Quintero E, Castells A, Bujanda L, Cubiella J, Salas D, Lanas A et al. Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal-cancer screening. N Engl J Med 2012; 366: 697–706
50. Atkin WS, Edwards R, Kralj-Hans I, Wooldrage K, Hart AR, Northover JMA, Parkin DM, Wardle J, Duff SW, Cuzick J, UK Flexible Sigmoidoscopy Trial investigators. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. The Lancet 2010. 375; 8: 1624-1633.

51. Albreht T, Kiasuwa R, Van den Bulcke (eds). EUROPEAN guide on quality improvement in comprehensive cancer control. Cancer Control Joint Action. National Institute of Public Health (Slovenia) and Scientific Institute of Public Health (Brussels), 2017. 164. or.
52. Federici A, Nicoletti G, van den Bulcke M. Cancer Control Joint Action. Policy Papers. National Institute of Public Health (Slovenia) and Scientific Institute of Public Health (Brussels), 2017. 143. or.
53. Antilla A, Singh D, Lipponen S, Lönnberg S, Bingham C, Tamminiemi K, Molina-Barceló A, Hernández-García M, Rossi PG, Zappa M et al. New openings of cancer screening in Europe. Work Package 5, task 5.2. Cancer Screening: conference report. Innovative Partnership for Action against Cancer. September 2020. Hemen eskuragarri: <https://www.ipaac.eu/res/file/outputs/wp5/new-openings-cancer-screening-europe.pdf>
54. Zorzi M, Fedeli U, Schievano E, Bovo E, Guzzinati S, Baracco S, et al. Impact on colorectal cancer mortality of screening programmes based on the faecal immunochemical test. Gut. 2014. DOI: 10.1136/gutjnl-2014-307508 ¹
55. Logan RFA, Patnick J, Nickerson C, Coleman L, Rutter MD, von Wagner C, et al. Outcomes of the Bowel Cancer Screening Programme (BCSP) in England after the first 1 million tests. Gut. 2012;61;10:1439–46
56. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_pro_dat_datatable/es_def/adjuntos/avisos/ci_PROGRAMA_CANCER_DE_COLON.pdf ¹
57. 3/2018 Lege Organikoa, abenduaren 5koa, Datu Pertsonalak Babesteari eta eskubide digitalak bermatzeari buruzkoa.
58. 2016/679 Erregelamendua (EB), 2016ko apirilaren 27koa, Europako Parlamentuarena eta Kontseiluarena, datu pertsonalen tratamenduari eta datu horien zirkulazio askeari dagokienez pertsona fisikoak babesteari buruzkoa, zeinak 95/46/CE Zuzentaraua indargabetzen duen (datuak babesteko erregelamendu orokorra)¹
59. Minbizia Bahetzeko Programen Sarea. Hemen eskuragarri www.cribadocancer.com
60. Fernández Landa MJ, Portillo Villares MI, Bilbao Iturrigarria 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>
61. Igea F, Casellas JA, González-Huix F et al. Sedación en endoscopia digestiva: Guía de práctica clínica de la Sociedad Española de Endoscopia. Rev Esp Enf Dig 2014; 106: 195-211
62. Wang A, Hoda KM, Holub JL, Eisen GM. Does level of sedation impact detection of advanced neoplasia? Dig Dis 2010; 55;8: 2337-2343
63. Jover R. Grupo de trabajo y edición de la Guía de Calidad de la Colonoscopia de Cribado de Cáncer Colorectal. Gastroenterologiako Espainiako Elkarte (AEG) eta Endoskopia Digestiboko Espainiako Elkarte (SEED). 2018 Madril. 159. or.
64. Practice Guidelines for Moderate Procedural Sedation and Analgesia 2018:A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Moderate Procedural Sedation and Analgesia, the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, American College of Radiology, American Dental Association, American Society of Dentist Anesthesiologists, and Society of Interventional Radiology Anesthes. 2011;128(3):437-479. doi:10.1097/ALN.0000000000002043
65. 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.
66. 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. 2018an eguneratua. International Marketing & Communication S.A., editorea. Gastroenterologiako Espainiako Elkarte eta Familia eta Komunitateko Medikuntzako Espainiako Elkarte, 2018.

I. ERANSKINA POPULAZIOA HAUTATZEKO ETA PROG- MAREN ADIERAZLEAK LORTZEKO IRIZPIDEAK

Xede-populazioa:

Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE) bizi diren gizon-emakumeak, gonbidapenaren urtean 50 eta 74urte bitartean betetzen badituzte eta Lehen Mailako Arretako medikua badute Kolon eta Ondesteko Minbizia-ren Baheketa Programa (KOMBP) egingo den Lehen Mailako Arretako Unitateetan (LMAU). Gonbidapena atzeratzen bada, adinaren irizpidea egokituko da, 69 urtetik gorakoa izan dadin.

EAEn Osabideren datu-basea erabiliko da, Osasun Sistemarekin nolabaiteko harremana izan duten per-sona guztiak hartzen baititu barne. OTIaren (osasun-txartela) datu-basea baino zabalagoa da, nahiz eta kasuen % 7n gutunak bueltan jasotzen diren helbide ezezagunagatik.

2014tik, populazio-baheketak zabaltu egin dira, eta bermatzaile gisa Osakidetza ez duten pertsonak ere hartzen dira barruan; hala, programara sar daitezke prozedura espezifikoko baten bidez (ikusi XIV. erans-kina).

2017an, espetxeetan instituzionalizatutako pertsonak gonbidatzen hasi ginen, eta, 2020an, epe ertain eta luzeko egonaldiko zentro psikiatrikoetan daudenak. Pertsona horiek, Osakidetza bermatzaile izan arren, parte hartzeko zailtasunak dituzte; beraz, FITa haietaz arduratzen diren mediku eta erizainen bidez egi-teko aukera gaituko da.

Osabiden jasota dagoen xede-populazioa erroldatutako xede-populazioaren % 97tik gorakoa dela zenba-tetsi da.

Populazio hautagarria:

Baheketa-programan parte hartzeko **baliozko gonbidapena jaso dezaketen** xede-populazioko ema-kume eta gizonak. Hau da, gonbidapenaren unean baztertuak izateko irizpiderik betetzen ez duten per-sonak: ez aldi baterako, ez erabat, ezta behin betiko ere.

Hautagarria ez den populazioa:

Xede-populazioko emakume eta gizonak, gonbidapenaren unean baztertuak izateko irizpideren bat betetzen dutenak:

- Heriotza: automatikoki hautemango da OSABIDE kargatzean; gainera, INDEFeko fitxategiekin gurutzatuko da informazioa; profesionalen/erabiltzaileen informaziotik abiatuta ere hautemango da; [Erabateko bazterketa](#).
- KOM diagnostikatua: Automatikoki hautemango da AS400 kargatzean (diagnostiko nagusian edo bigarren mailakoan 1530-1548 kodeak dituztenak); Minbiziaren Ospitaleko edota Populazioko Erregistroan C18.1-C20.9 M %%%3 eta M %%%6 kodeak dituztenak; Profesionalen/erabiltzaileen informaziotik abiatuta ere hautemango da. [Erabateko bazterketa](#).
- Une horretan gaixo egotea: profesionalen/erabiltzaileen informaziotik abiatuta hautemango da. [Aldi baterako bazterketa](#).
- Azken 4 urteetan kolonoskopia/sigmoidoskopia egina duten parte-hartzaileak. Automatikoki hautemango da Osabideko datu-basean. Data agertu behar da. Profesionalen/erabiltzaileen informaziotik abiatuta ere hautemango da. Data agertu behar da. [Aldi baterako bazterketa](#).
- Programan kolonoskopia bidezko jarraipenean dauden parte-hartzaileak. [Aldi baterako bazterketa](#) edo [erabatekoa](#), [aurkikuntzaren arabera](#).
- Programaren bidez azken 18 hilabeteetan FIT bat egin eta emaitza negatiboa jaso dutenek; data agertu behar da. [Aldi baterako bazterketa](#).
- Egoitza aldatzea, EAetik kanpo. [Erabateko bazterketa](#).
- EAE barruko birkokatze sanitarioak. [Aldi baterako bazterketa](#).

Populazio gonbidagarria eta ez-gonbidagarria:

Gonbidapena bidaltzeko aurki daitekeen populazio hautagarria. Kita daraman gutuna itzultzen bada, beste helbide bat bilatuko da EUSTATen, eta, gutun hori ere itzultzen bada, helbide ezezaguna edukitzeagatik baztertuko da pertsona eta [ez-hautagarri](#) izatera pasako da. [Aldi baterako bazterketa](#).

Populazio ez-hautagarria dira baita ere:

- Egoitza aldatzea, EAetik kanpo. [Erabateko bazterketa](#)
- EAE barruko birkokatze sanitarioak. [Aldi baterako bazterketa](#) (dagokionean gonbidatuko dira, gaur egun bizi den gunera gonbidapenak bidaltzean).
- Helbide ezezaguna. [Aldi baterako bazterketa](#).

Parte-hartzailea:

Populazio gonbidagarriko norbait, kita bere osasun-zentroan entregatu duena eta baliozko emaitza duena (positiboa/negatiboa). Data agertu behar da.

- Hasierako parte-hartzailea: Lehenengo aldiz gonbidapena jaso duenean parte hartu duen norbait.
- Segidako gonbidapeneko hasierako parte-hartzailea: bigarren/segidako gonbidapenean lehen aldiz parte hartu duen norbait.
- Parte-hartzaile irregularra: Programan aldizka parte hartzen duen norbait (egindako azken bi txandak aintzat hartuta).
- Parte-hartzaile erregularra: Programan elkarren segidako gonbidapenetan parte hartzen duen norbait (egindako azken bi txandak aintzat hartuta).
- Baliozko testa duen parte-hartzailea: parte-hartzearen emaitza positibo edo negatibo irakurketa eman duen testa bada.

Ez parte-hartzailea: (hurrengo itzulian/txandan gonbidapena jasoko dute).

- Populazio gonbidagarriko norbait, kita bere osasun-zentroan entregatu ez duena. LMAU bakoitzean kanpaina amaitu baino lehen, gutun bat bidaltzen zaie parte hartu ez duten guztiei parte hartzearen garrantzia gogorarazteko.
- Kit-gutuna edo gogorarazpen-gutuna LMAUra itzultzen dituzten pertsonak edo PKZri parte hartzeko asmorik ez dutela jakinarazten diotenak. Programaren hasieran euren burua baztertzen dutenak.
- Testaren emaitzan ERROREA duten parte-hartzaileak, kit berria bidali ondoren ez badute emaitza positibo edo negatiborik.

Galerak:

Gonbidapen-prozesuan zehar programan parte hartu duten (kita entregatu dute) baina prozesu diagnostikoa amaitu ez duten pertsonak. Bazterketa aldi baterako bada, beste gonbidapen-gutun bat bidaliko zaie hurrengo txandan.

- Kolonoskopiari uko egitea. Aldi baterako bazterketa (beste gonbidapen bat jasoko dute hurrengo txandan).

- Helbide ezezaguna dute / ez dira aurkitu, FIT positiboa eman eta osasun-zentroak Eustaten eta beste datu-base batzuetan aktiboki bilatu ondoren. [Aldi baterako bazterketa](#) (beste gonbidapen bat jasoko dute hurrengo txandan).
- Egoitza aldatzea, EAEtik kanpo. [Erabateko bazterketa hurrengo txandarako](#).
- Programan zehar hil dira. [Erabateko bazterketa](#).
- Programan zehar gaixotasuna diagnostikatu zaie, eta ezin zaie kolonoskopia egin. [Aldi baterako bazterketa](#).
- Sistema pribatuan egin zaie kolonoskopia, eta ezin izan da txostena eskuratu erabiltzailearen bi-laketa aktiboa egin eta hari FIT positiboaren gutun ziurtatua bidalita ere (jaso izanaren agiriarekin). [Aldi baterako bazterketa](#). (Hurrengo txandan jasoko dute gonbidapena).
- Behin betiko emaitzarik ez duen kolonoskopia: gaizki prestatu delako, egiteko zailtasunak egon direlako, parte-hartzailea ez delako bertaratu. [Aldi baterako bazterketa](#). (Hurrengo txandan jasoko dute gonbidapena).
- KOLONOSKOPIA ATZERATZEN duela jakinarazi badu baina 12 hilabete baino gehiago igaro ba-dira egin gabe, GALERA gisa erregistratuko da, baztertzeko arrazoi honekin: "Une horretan gaixo egotea". [Aldi baterako bazterketa](#). Hurrengo txandarako gonbidapena egingo zaio, ez badu kolonoskopia egin gonbidatu aurretik.
- Ezin da harremanetan jarri FIT positiboa jaso duen pertsonarekin erabiltzaileari gutun ziurtatua bidalita ere (jaso izanaren agiriarekin). [Aldi baterako bazterketa](#). Beste gonbidapen bat jasoko dute hurrengo txandan.

XEDE-POPULAZIOA AUKERATZEA SEGIDAKO ITZULIETAN/TXANDETAN

Segidako txandetako populazioa aukeratzeko (hau da, berriz eremu geografiko beretik igarotzea), hauek hartuko dira kontuan:

- a) Beste biztanle batzuk gehitu direla (50 urte edo gehiago bete dituztelako, edo 50-74 urte bitarte dituztenean inguru horretara bizitzera joan direlako).
- b) Aurreko txandan parte hartu duen eta parte hartu ez duen populazioa.

- c) Azken txandako galerak, eta aztertuko da, kolonoskopia egin badute, emaitza positiboa izan duten. Inguruabar hori suertatu ez bada, berriz ere bidaliko zaie programan parte hartzeko gonbidapena.
- d) Uneko gonbidapena baino 4 urte lehenagoko baheketako kolonoskopian arrisku txikiko adenoma zuten pertsonak.
- e) Uneko gonbidapena baino 9 urte lehenagoko baheketa kolonoskopian emaitza negatiboa izan zuten pertsonak (hau da, emaitza normala izan zutenak, hauek barne harturik: aurkikuntzarik gabe, hemo-roidak, dibertikuluak, lipomak, melanosiak edota polipo hiperplasikoak).
- f) Kolonoskopia optikoa egitea zaila zelako kolonoskopia birtuala/OTA egin eta emaitza "ez-patologikoa" jaso zuten parte-hartzaileak. Halakoei 5 urteren buruan gonbidatuko zaie programara.

FIT POSITIBOA EMAN DUTEN PERTSONEN JARRAIPENA

Kolonoskopian behin betiko emaitza duten pertsonak:

FIT emaitza positiboa duten pertsonen kolonoskopia osoa agindu behar zaie, optikoa eta sedazioarekin, diagnostikoa egiaztatzeko.

Kolonoskopiak behin betiko emaitza duela ulertzen da, baldin eta lesioa baztertu/diagnostikatu bada (larritasun handienekoa ematen da).

Gertaera hori ez da beti lehen kolonoskopian suertatzen gaizki prestatu delako, pazienteak tolerantzia txarra duelako edota lehen kolonoskopian lesioen exeresia egiteko zailtasunak daudelako, eta, batzuetan, beste kolonoskopia bat egin behar izaten da. Beste batzuetan sentzibiltate txikiagoko beste probaren bat egin behar da diagnostikoa egiaztatzeko (adibidez, kolonoskopia birtuala). Gure kasuan, ezin bada kolonoskopia optikoa egin, parte-hartzailearen patologia konkomitantearen berezko inguruabarrak direla eta, behin betiko emaitzatzat hartzen da proba alternatiboa. Hala ere, datu-basean argi eta garbi bereiziko dira bi probak.

Populazioari aplikatu beharreko irizpideak

Aurrez gonbidatu ez direnentzat, lehen itzulita/txanda izango da.

Aurrez gonbidatu direnentzat, bigarren edo segidako itzulita/txanda izango da.

Guztiei aplikatuko zaizkie populazio hautagarri eta gonbidagarriko irizpide berberak.

Parte-hartzea neurtzeko

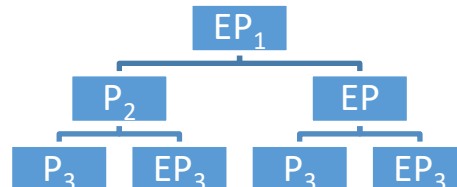
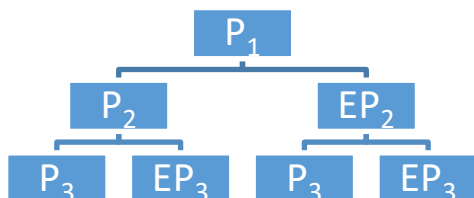
- **Hasierako parte-hartzailea lehen gonbidapenean:** Lehenbiziko aldiz gonbidapena jaso eta parte hartu duen pertsona; "hasierako ez parte-hartzailea" litzateke kontrakoa.
- **Hasierako parte-hartzailea bigarren edo segidako gonbidapenean:** Lehenbiziko aldiz parte hartzen duen pertsona, nahiz eta aurreko itzulietan/txandetan gonbidapena jaso duen.
- **Segidako parte-hartzaile erregularra:** Gutxienez segidako bi itzulitan/txandatan gonbidapena jaso eta parte hartu duen norbait.
- **Segidako parte-hartzaile irregularra:** Aurreko itzulian/txandan gonbidatua izan eta parte hartu ez duen norbait, aurrez beste itzuliren/txandaren batean parte hartu zuena.
- **Ez parte-hartzailea:** Inoiz parte hartu ez duen norbait, ez gonbidapenaren itzulian/txandan, ezta aurretiko beste txandetan ere.

Gure baheketetan, hauek izaten dira aukerak:

1. I

2. I

3. I



$$SR = \frac{P3 \text{ (Si P2 y P1)}}{\text{Invitados 3ª V}}$$

$$SIR = \frac{P3 \text{ (Si P1 ó P2)}}{\text{Invitados 3ª V}}$$

$$IS = \frac{P3 \text{ (Si NP y NP)}}{\text{Invitados 3ª V}}$$

LABURDURAK:

SR – Segidako erregularra.

SIR – Segidako irregularra.

IS – Hasierako segidakoa.

P₁ – 1. itzuliko parte-hartzailea.

P₂ – 2. itzuliko parte-hartzailea.

P₃ – 3. itzuliko parte-hartzailea.

II. ERANSKINAGONBIDATZEKO PROZEDURA

Prozedura erakundeekin adostuko da gonbidapenen hasieran, urteko plangintzaren arabera.

Programaren Koordinazio Zentroak (PKZ) gutxienez 15 egun lehenago jakinaraziko die LMAUei eta zerbitzu-erakundeari (laborategia, endoskopia, anatomia patologikoa...) bidalketak hasiko direla. LMAU bakoitzeko buruari jakinaraziko zaio eskuragai dituela zerrendak, populazio hautagarriaren eta ez-hautagarriaren kupoaren arabera.

Hedapen-materiala eta kitak biltzeko edukiontzia eta bazterketak jasotzeko karpetak kanpainaren hasieran bidaliko zaizkio LMAU eta osasun-zentro bakoitzari. Tartean arituko diren LMAUei astebeteko aurre-rapenarekin jakinaraziko zaie haien oinarrizko eremuan kitak eta gogorarazpeneko SMSak/gutunak bidaltzeko epea hasi eta amaitu dela.

PKZk deien zergatiak jasoko ditu, eta jasotako eskaerak kudeatuko.

1. Gonbidatzeko SMSak eta gutunak eta materiala bidaltzea

Bidalketen egutegia ESI bakoitzaren arabera izango da, eta bat etorri beharko du ager litezkeen kasu positiboak egiaztatzeko kolonoskopiak egiteko gaitasunarekin.

Osasun-zentroak ibilbide bat izango du parte-hartzaileen laginak jasotzeko.

Gonbidatuari SMS bat bidaliko zaio, laster Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Baheketa Programan parte hartzeko kit bat jasoko duela esateko.

Honako hauek bidaliko dira postaz:

1. Sexuaren arabera pertsonalizatutako gutuna, zeinak kita identifikatzeko Identifikazio Kode Korporatiboaren (IKK) barra-kodedun pegatina bat daukan. (XI. eranskina).
2. Programaren liburuxka: doako telefono-zenbakia eta helbide elektronikoa eta programaren webgunerako sarbidea.
3. Argibideen liburuxka.
4. Laginak jasotzeko "kita", plastikozko poltsa batean.

PROGRAMAREN LIBURUXKA

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 69 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? Recibirás 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

→ Teléfono gratuito: 900 840 070

→ prevencioncr@osakidetza.eus



Eusko Jaurlaritzak
Osasun Saila

**Koloneko
minbizia goiz
detektatzeko
programa.**



Financiado por
la Unión Europea
NextGeneration EU



Investigación,
Iniciativa y
Estrategia
Plan



Esta campaña ha sido financiada por la Unión Europea - NextGenerationEU

Kolon eta ondesteko minbizia ohikoena da, bai gizonetan, bai emakumeetan. Heste lodiko polipo batetik sortzen da, polipo hori minbizi bilakatu baitaiteke denborarekin. Oro har, 10 urte baino gehiago behar izaten ditu garatzeko.

PROGRAMAREN HELBURUA

Polipoak eta minbizia (kolon eta ondesteko minbizia) goiz detektatzea eta tratatzea.

NORENTZAT DA? 50 eta 69 urte bitarteko emakumeak eta gizonak.

ZEIN PROBA EGITEN DA?

Gorozkietan eskutatutako odolaren proba, 2 urtean behin.

Emaitza positiboa bada, odolaren jatorria egiaztatzeko kolonoskopia bat egiten da, sedazioarekin.

ZERGATIK DA GARRANTZITSUA PARTE HARTZEA? Zientifikoki frogatu da detekzio goiztiarrak hobetu egiten dituela parte hartzen dutenen bizikaltatea eta biziraupena.

NOLA PARTE HAR DEZAKET? Etxean gonbidepen-gutun bat jasoko duzu, jarraibideekin, baita gorozkiak jasotzeko hodia ere.



Zure osasun-zentroa eraman dezakezu, irekitze-orduetan. Ez duzu zitarik eskatu behar.

Osasun-zentroaren sarreran ikuziko duzun ontzitzean laga dezakezu hodia (lagina barruan duela).

NOIZ JASOKO DUT EMAITZA?

Astebetean jakinaraziko dizugu emaitza. Nolanahi ere, Osasun-kerpetan ere ikuzi ahal izango duzu informazio hori.

GEHIAGO JAKIN NAHI BADUZU,

→ Informatu hemen:
www.osakidetza.euskadi.eus

→ Doako telefonoa: 900 840 070

→ prevencioncr@osakidetza.eus



Departamento de Salud
 del Gobierno Vasco

Programa de detección precoz de cáncer de colon.



Financiado por
 la Unión Europea
 NextGenerationEU



GOBIERNO
 DE ESPAÑA



Plan de
 Recuperación,
 Transformación
 y Resiliencia



Esta campaña ha sido financiada por la Unión Europea - NextGenerationEU

ARGIBIDEEN LIBURUXKA

- 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.

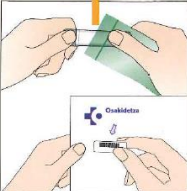
**LAGINA JASOTZEKO
PROZEDURA, ODOLA
GOROZKIETAN ZEHAZTEKO**

**PROCEDIMIENTO
DE RECOGIDA
DE LA MUESTRA PARA
LA DETERMINACIÓN
DE SANGRE EN HECES**



- 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



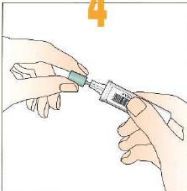
1



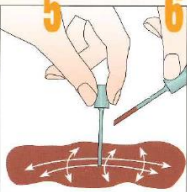
2



3



4



5



6



7



8



9

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.

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.

Jarri komuneko papera komun-ontzi 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.

Kendu tapoi berdea eta atera hagatxo.

Desenroscar el tapón verde y extraer la varilla.

Jarri hagatxoaren punta gorozki gainean eta ibili 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.

Sartu hagatxo berdea hodian, ongi itxi eta eragin.

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

Gorde etiketatutako hodia poltsa berdean, eta eraman zure Osasun-Zentroa, ahalik eta azkarren. Berehala entregatu ezin baduzu, 3 egunez gorde dezakezu, gehienez, zure hozkailuan.

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

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.

Bidali aurretik, beharrezkoa den material guztia izango du eskura PKZk, eta bidalketaren enpresa esleipendunari emango zaio, gutun eta bidalketa motari buruzko datu-base espezifikoarekin batera.

III. ERANSKINA **TZEA**

LAGINAK ENTREGATU ETA PROZESA-

FIT lagina entregatu eta prozesatzea

- Gonbidatuak osasun-zentroa irekita dagoen edota laginak biltzeko ezarri den ordutegian entregatu beharko du kita, osasun-zentroan.
- Osasun-zentroek martxan jarriko dute laginak bildu eta erreferentziako laborategira bidaltzeko antolaketa, laginak laborategian prozesatu eta baloratzeko. LMAUetan kalitatea kontrolatzeko sistema bat diseinatu da.
- Parte-hartzaileak ez du aurretiko zitarik eskatu behar: nahikoa da aurrez etiketatutako lagina programaren edukiontzian uztea. Bezeroaren Arretarako Eremuan (BAE) egongo da edukiontzia. Edukiontzia langileen bistan egon beharko da BAEn, gainbegira dezaten, eta bero nahiz eguzki-argiko iturrietatik urrun jarri beharko da.

FIT laginak kudeatzea

Hala osasun-zentroan nola erreferentziako laborategian egiten den jarduera sorta bat da.

Laginak biltzea eta laborategira bidaltzea

1. Osasun-zentroak laginak biltzeko ibilbide bat gaituko du, laginak behar bezala identifikatu eta laborategira bidali daitezkeen.
2. Osasun-zentro guztietan izango dute xede-populazioaren datu-basea, parte-hartzaileak azkar aurkitu ahal izateko.
3. Edukiontziak ongi identifikatuko dira. Goizeko eta arratsaldeko txandak amaitzean, bildutako laginak osasun-zentroen hozkailuetan gordeko dira, jaso eta hurrengo egunean prozesatzeko. Garrantzitsua da hotz-kateari eustea.
4. Kiteko barra-kodeen irakurketak barneko bolante bat sortuko du GestlabExt-en PKZ moduluaren barnean. (XII. eranskina).
5. Eskaera Lehen Mailako Arretako mediku bakoitzari esleituko zaio automatikoki, eta emaitza Osakidetza bidez erregistratuko da.
6. Manipulazio-erroreak izan dituzten kiten kasuistika bilduko da (behar ez bezala etiketatzea, irekitzea eta ixtea), eta egunero jakinaraziko zaio PKZri, parte-hartzaileari erroreari buruzko gutun bat bidali diezaion, beste kit batekin eta etiketa barra-kodedun batekin.
7. Laginak hozkailuan egon beharko dira laborategira bidali arte.

Eskaera birtuala sortzen denean hasiko da pertsona parte-hartzaileatzat jotzen. (XII. eranskina).

Laborategian laginak prozesatzea

1. Laborategi barneko fase aurreanalitikoa

Laginak ohiko bidalketa-sistemaren bitartez iritsiko dira Lehen Mailako Arretatik erreferentziako ospitaleko biokimika-laborategien unitate aurreanalitikora.

Eremu horretako langileek programako laginak berrikusiko dituzte, eta biokimika taldeko rack-etan jarriko ditu, analiza ditzaten.

2. Fase analitikoa

Laginak Biokimika laborategiko Automatizazio alorreko berariazko ekipamenduan prozesatuko dira.

Automatizazio alorreko teknikariak arduratuko dira ekipoa errektiboz hornitu eta kargatzeaz, baita barnekalitateko kontrola egiteaz ere. Egunero bi kontrol-maila prozesatuko dira (altua eta baxua), emaitzen kalitatea bermatzeko. Automatizazio alorreko fakultatiboek baloratuko dituzte kontrol horiek.

Laginen emaitzak online igaroko dira analizatzailetik Gestlab sistema informatikora, hala POD kuantitatiborako nola kualitatiborako.

Biokimika laborategiko fakultatiboek baliozkotuko dituzte emaitzak, eta berriz egin, diluitu edo baztertu behar diren aztertuko dute. Prozesua osatzen den eguna ezarriko da FIT emaitzaren data gisa.

3. Fase post-analitikoa

Baliozkotutako emaitzak online eta automatikoki bidaliko dira GestLabetik OGPrak.

Lagin erroredunen kausa guztiak baliozkotu eta tipifikatuko dira. Intzidentzia guztiak PKZra bidaliko dira.

Emaitza kuantitatiboa (ng/ml) eta kualitatiboa (POSITIBOA, NEGATIBOA, ERROREA) lortuko dira, eta bai PKZn bai historia klinikoan ikusi ahal izango dira.

Eskaerarik ez duten analizatutako laginak laborategiko fakultatiboak berreskuratuko ditu eskaera sortu eta emaitza balidatu ostean.

Koordinazio Zentroak egunero jasotzen ditu intzidentziak eta LMAUei jakinarazten dizkie, jakinaren gainean egon daitezen eta, beharrezkoa balitz, hobetzeko neurriak martxan jar ditzaten.

LAGINAK LABORATEGIRA BIDALTZEKO MANEIATZEA

Módulo de extracciones / GestlabExt

1. Menú principal



Módulo de extracciones / GestlabExt

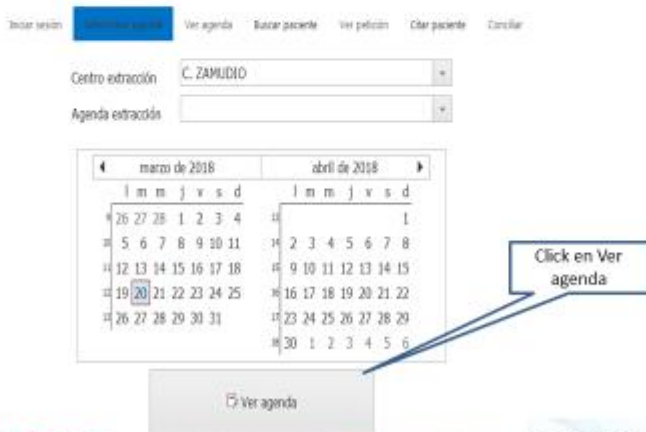
2. Acceso al sistema



Módulo de extracciones / GestlabExt

3. Seleccionar agenda

- Los 'Centros extracción' están asociados a la estación de trabajo en la que el usuario ha iniciado sesión.
- La 'Agenda extracción' se podrá seleccionar siempre que el 'Centro extracción' tenga vinculada alguna.



Módulo de extracciones / GestlabExt

9. CCR

- Para registrar en la agenda del día las peticiones correspondientes al Cribado de cáncer colorrectal, debemos leer en la opción CCR, el CIC del volante que trae el paciente.
- Se creará automáticamente un volante con su correspondiente número de petición ya conciliados.

 Iniciar sesión Seleccionar agenda Ver agenda Buscar paciente Ver petición Crear paciente Conciliar Capturar Incidentes CCR

Alta Petición CCR

CCR:

Paciente: 19/05/2018 10:29/21 

CIC	Paciente	IP de Extracción	Fecha	Módulo
123456	GESTLAB ORUETA LEAL	23888123456	18/05/2018 10:29/21	SIN MEDICO COORDINADO

IV. ERANSKINA TZEA

FIT TESTAREN EMAITZAK KUDEA-

FIT testaren emaitzak jakinaraztea

Emaitza negatiboak ($< 20 \mu\text{g/g}$ edo $< 100 \text{ ng/ml}$) SMS bidez jakinaraziko dizkio PKZk parte-hartzaileari; mezuan, gorozkietan odola dagoen aztertzeko probaren emaitza NEGATIBOA izan dela jasoko da. Emaitza negatiboak gutunez jakinaraziko dira, bakar-bakarrik parte-hartzaileak harremanetan jartzeko telefono mugikorrik erregistratuta ez badauka datu-basean.

Emaitza positiboak ($\geq 20 \mu\text{g/g}$ edo $\geq 100 \text{ ng/ml}$) gutun bidez jakinaraziko dizkio PKZk parte-hartzaileari (XI. eranskina), eta Lehen Mailako Arretako (LMA) medikuak bereiz ikusiko ditu, ez dadin kasurik galdu (alarma berezia  Osabide-APn egiteke dauden zereginetan). Gutunean, LMAko medikuarekin zita eskatzeko aginduko zaio parte-hartzaileari. Parte-hartzailea ez badoa osasun-zentrora, berarekin harremanetan jarriko dira LMAko medikua eta erizaina, telefono bidez, eta, ondoren, medikuak edota erizainak kudeaketaren emaitza jakinaraziko diote PKZri: bazterketa, kolonoskopia sistema pribatuan, kolonoskopiari uko egitea. Ezin bada parte-hartzailea aurkitu, PKZk gutun ziurtatua bidaliko dio, jaso izanaren agiriarekin.

TAREAS PENDIENTES - PETICIONES DE ANÁLITICA			
SAN MARTIN - BOLLAIN ZUBIZARRETA, HELENA PILAR			
Mostrar Análíticas: Pdtes. visualizar			
Fecha desde: 01/11/2022 15 Fecha hasta: 30/12/2022 15 ☐ Solicitadas por el Profesional ☒ Cupo del Profesional en la UAP			
Ordenar por Fecha Ordenado por Paciente Ordenado por Profesional Solicitante			
20/12/2022	20/12/2022	Rutina BIO-G,HEM-G	
17/11/2022	18/11/2022	Rutina HECES	
13/12/2022	14/12/2022	Rutina HECES	
16/11/2022	17/11/2022	Rutina HECES	
Existen resultados con valores anómalos			
25/11/2022	25/11/2022	Rutina MICRO	
28/11/2022	05/12/2022	Rutina MICRO,MICMO	
18/11/2022	23/11/2022	Rutina MICRO	
27/12/2022	28/12/2022	Rutina MICRO	

Laginean errore bat gertatzen bada, PKZk beste gutun eta kit bat bidaliko dizkio parte-hartzaileari, proba errepika dezan (XI. eranskina).

V. ERANSKINA**EMAITZA POSITIBOAK KUDEATZEA****1. Osasun-zentroa**

Osasun-zentro bakoitzeko Bezzeroaren Arretarako Eremuak (BAE) LMAko medikuarekin zita eskainiko dio baheketa dela-eta deitzen duen pertsona orori. Webgunearen bidezko ziten kasuan, ohiko zita eskatuko da erreferentziako LMAko medikuarekin.

LMAko **medikuak, bisitan:**

- FITaren emaitzari buruzko informazioa emango dio pazienteari eta lasaituko du.
- Kolonoskopia erreferentziako Endoskopia Unitatean sedazioarekin eta ingresurik gabe egiteko aukera proposatuko dio parte-hartzaileari.
- Arriskuaren eta indarreko protokoloaren arabera aurrez egin beharreko probak aginduko ditu.
- OGPn eskuragarri duen baimen informatua jasoko du.

Kolonoskopia kontraindikaturik badago, Endoskopia Zerbitzuari jakinaraziko dio, bestelako proba diagnostiko bat egiteko. Prevencionccr@osakidetza.eus helbide elektronikoan, inguruabar horren berri emango da, galerak monitorizatzeko.

Pertsona horren Osabide Global Primaria (OGP) aplikazioko historia klinikoan informazio hau jasoko da: aurrekari kirurgikoak, patologia kronikorik duen, ezagutzen zaizkion alergiak, plaketa-antiagregatzaileen, ahotiko antikoagulatzaileen edota ahotiko burdinaren tratamendurik hartzen duen eta lasaigarriak edo hipnotikoak kontsumitu ohi dituen. Jarduketa guztiak jasoko dira. Datu horiek kolonoskopiara deribatzen diren bolantean kopiatu behar dira, proba egingo duten profesionali aztertzen diren aukera emateko.

LMAko **erizainaren bisita:**

Kolonoskopia egin baino 7-10 egun lehenago egingo da. Bisita horretan, informazio pertsonalizatua emango da, zalantzak argituko dira, eta prestatzeko zer egin behar den azalduko da, pertsona bakoitzaren

hesteetako erritmoaren, elikadura-gustuen eta kolonoskopiarako zitaren arabera⁶⁵. Kolonoskopiarako prestatzeko txantiloian, libragarriak hartzeko ordutegia jasoko da. Osasun-zentroak programarako hartu beharreko diren prestakinak izango ditu. Bisita horixe baliatuko da probaren alta eman osterako aholkuak jakinarazi eta berrikusteko. Aholku horiek Endoskopia Unitatean ere emango zaizkio pazienteari, proba egin ondoren. (VI. eranskina).

Praktika klinikoko gidei eta arrisku-faktoreak hautematen direnerako protokolei jarraituko zaie. OGPn jasota dauden bestelako dieta eta menuak ere eman daitezke.

Bai medikuaren bai erizainaren kontsultan, sexuaren eta adinaren arabera beharrezko diren prebentzio-jarduerak egingo dira.

Parte-hartzaileak proba egiteari uko eginez gero, haren historia klinikoan jasoko dira horretarako arrazoiak. Proba egitea onartzen badu, **baheketa-kolonoskopia diagnostikora deribatzeke bolantea sortuko da, 90057 prestazioarekin.**

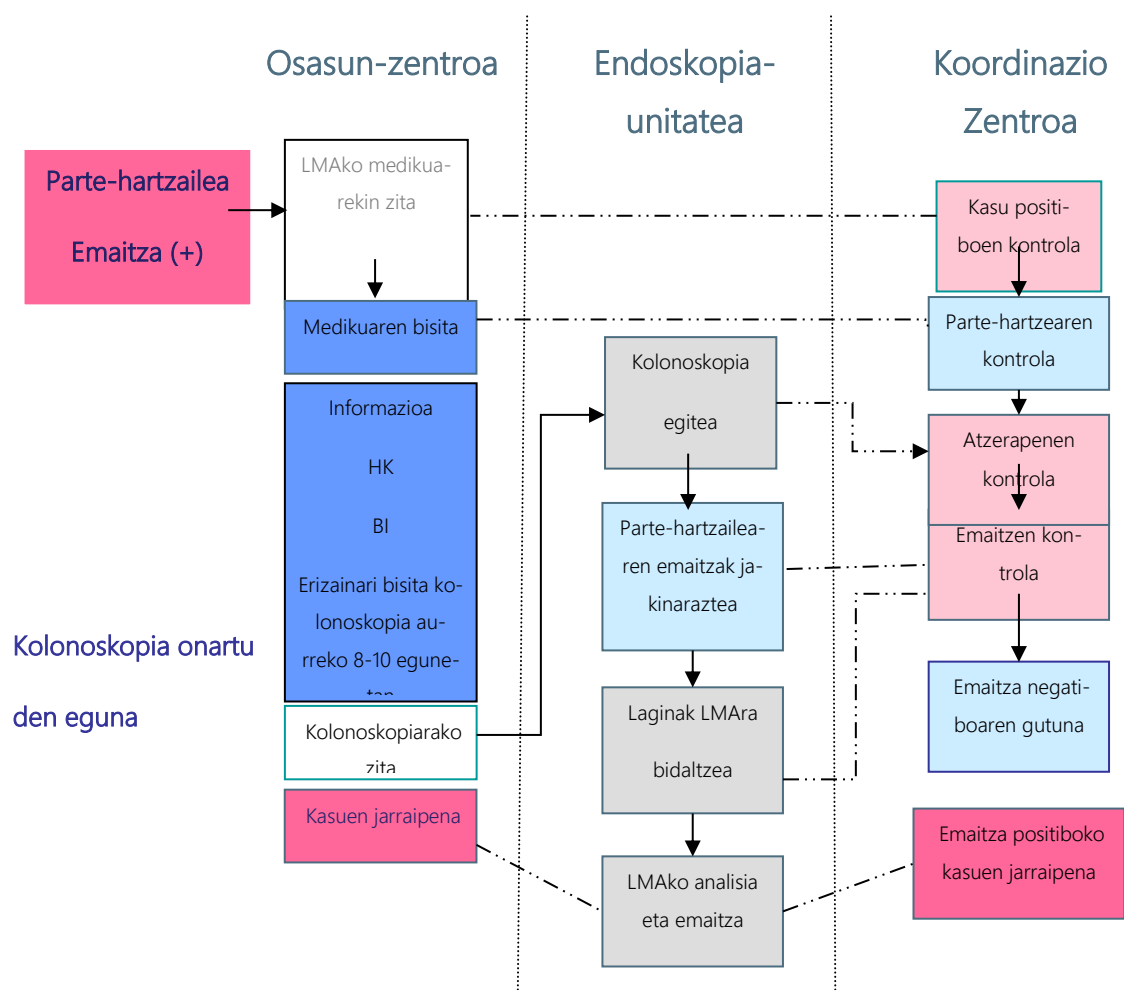
LMAko medikuak, bazterketarik, programan parte hartzeko ukorik edo une horretako gaixotasunik hautematen badu, PKZri jakinaraziko dio posta elektronikoz (*prevencionccr@osakidetza.eus*), hark galerak monitoriza ditzan.

Kolonoskopia aurreko probak parte-hartzaileen arriskura egokituko dira, ASAren irizpideak kontuan hartuz.

Gaur egun, bolumen baxuko bi prestakin mota erabiltzen dira baheketa-proba baino lehenagorako (Citrafleet® eta Pleinvue®). Bietako edozein erabil daiteke, baita hesteetarako peristaltiko bat ere (DULCOLAXO®). Citrafleet® kontraindikaturak dago giltzurrun-gutxiegitasuna, hiperparatiroidismoa, fosforoaren/kaltzioaren metabolismo-nahasmenduak edo gibealeko gaixotasun aurreratua (aszitisa, edemak, sindrome hepatorrenal) duten pazienteentzat.

Libragarriak zerbitzu-erakundeko Farmazia Zerbitzuari eskatu behar zaizkio.

⁶⁵ Fernández Landa MJ, Portillo Villares MI, Bilbao Iturribarria 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>



KOLONOSKOPIA EGIN AURREKO JARDUERAK

Erreferentziako ospitaleetako Endoskopia Unitateekin adostutako protokoloei jarraituko zaie honako hauei dagokienez:

- Pazienteen deribazioa
- Proba osagarriak
- Dokumentazio espezifikoa
- Antikoagulaziorako eta antiagregaziorako pautak

Osabideren gida korporatiboa

DIGESTIO-APARATUKO ENDOSKOPIEN UNITATEA

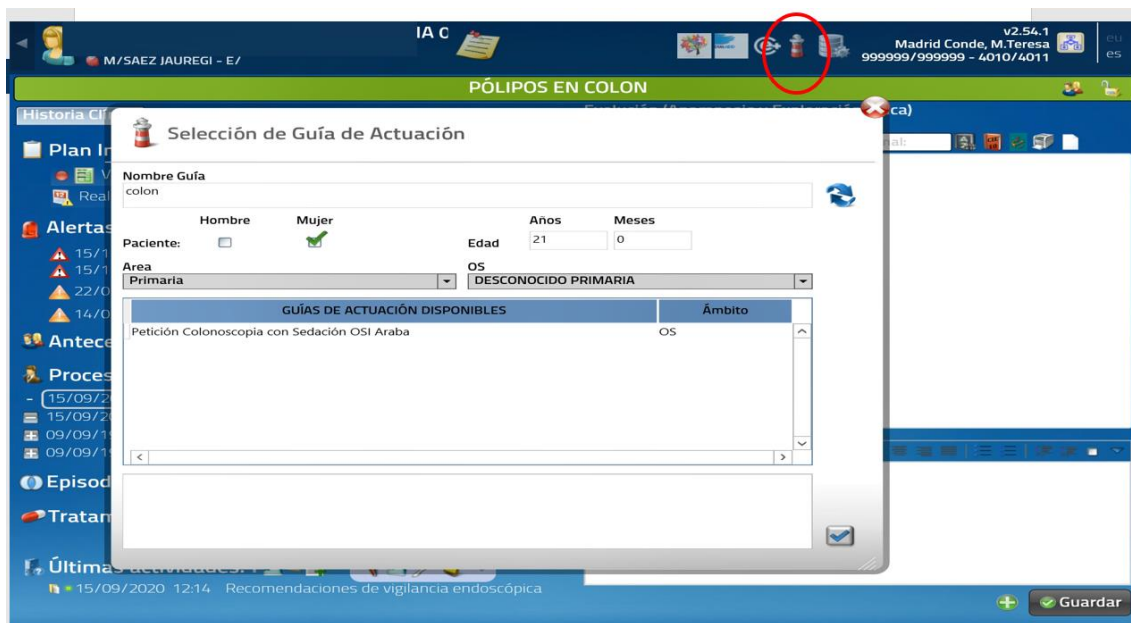
1- Sarbidea

Zirkuitura sartzeko, erabili jarduketa-gida: **“Eskaera: kolonoskopia gastroskopia sedazioarekin”** itsa-

sargiaren ikurretik



OGPn:



PÓLIPOS EN COLON

Selección de Guía de Actuación

Nombre Guía: colon

Paciente: ☐ Hombre ☒ Mujer Edad: 21 Años 0 Meses

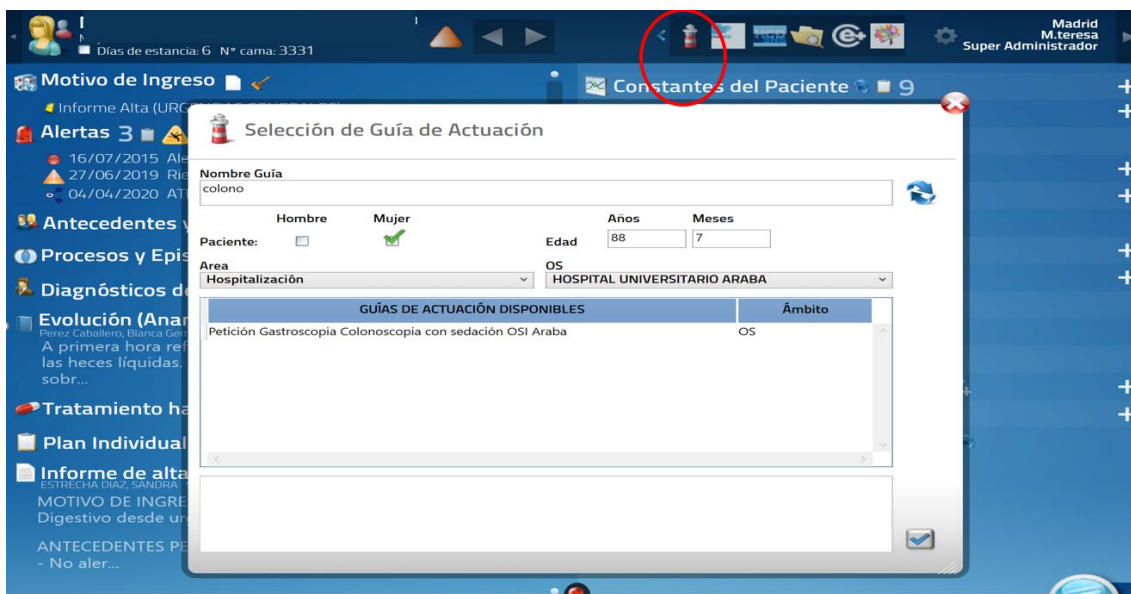
Área: Primaria OS: DESCONOCIDO PRIMARIA

GUÍAS DE ACTUACIÓN DISPONIBLES	Ámbito
Petición Colonoscopia con Sedación OSI Araba	OS

Últimas actividades: 15/09/2020 12:14 Recomendaciones de vigilancia endoscópica

Guardar

OGn:



Constateres del Paciente

Selección de Guía de Actuación

Nombre Guía: colono

Paciente: ☐ Hombre ☒ Mujer Edad: 88 Años 7 Meses

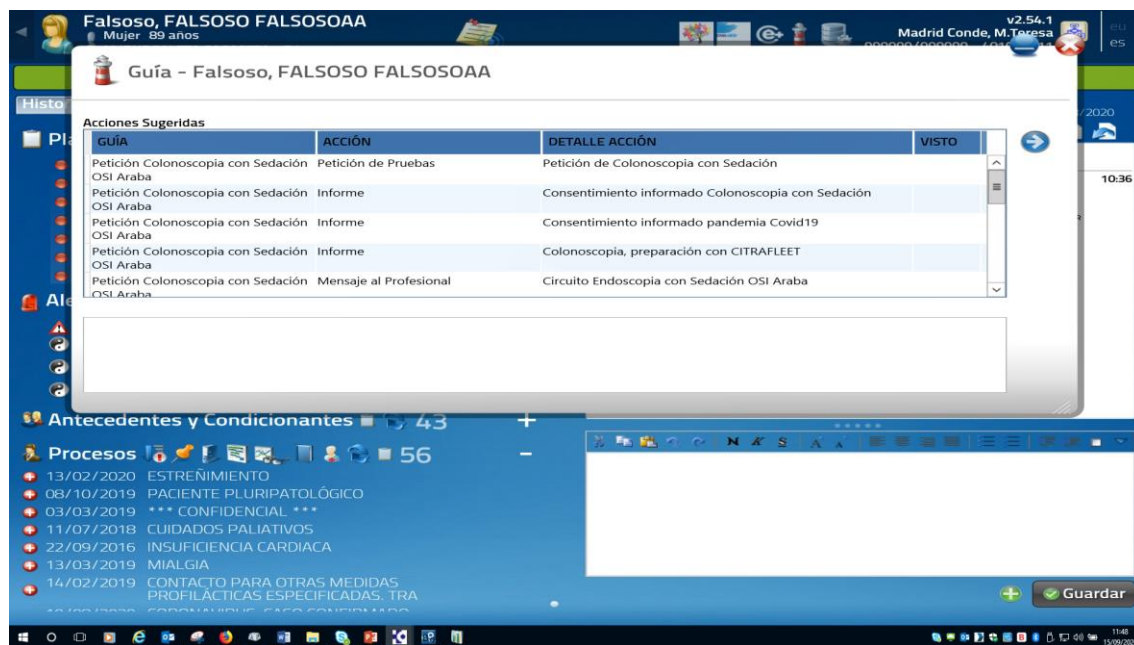
Área: Hospitalización OS: HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA

GUÍAS DE ACTUACIÓN DISPONIBLES	Ámbito
Petición Gastroscopia Colonoscopia con sedación OSI Araba	OS

Guardar

2- Gidaren edukia

Gidak endoskopia digestiboaren eskaera kudeatzen laguntzen du, beharrezko jarduera guztia biltzen duelako, egokitzen diren gadget-etan bilatzera joan beharrik gabe, eta **ez da nahitaez bete behar**.



Hona hemen gidaren edukia:

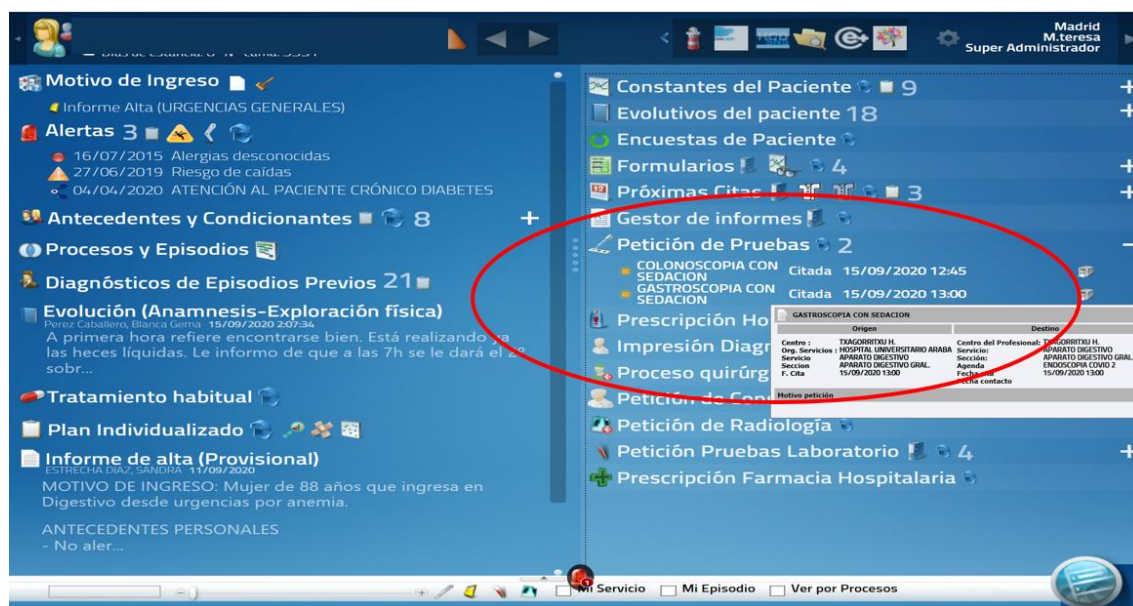
Petición de Pruebas	Petición de Gastroscopia y Colonoscopia
Informe	Consentimiento Informado Gastroscopia con sedación
Informe	Consentimiento Informado Colonoscopia con sedación
Informe	Consentimiento Informado Pandemia Covid19
Informe	Preparación Colonoscopia Citrafleet
Formulario	Cuestionario preanestésico
Mensaje al Profesional	Círculo endoscopia con sedación OSI Araba
Informe	Información sobre medicación habitual para pruebas endoscópicas
Informe	Recomendaciones previas a Endoscopia para pacientes diabéticos
Petición de Laboratorio	Petición analítica preoperatorio
Petición de Laboratorio	PCR Coronavirus
Petición de Pruebas	Petición ECG para realización en el hospital
Petición de Procedimiento AP	Petición de ECG para realización en ambulatorio
Petición de Consultas	Consulta No presencial a Anestesia

3- Jarduera

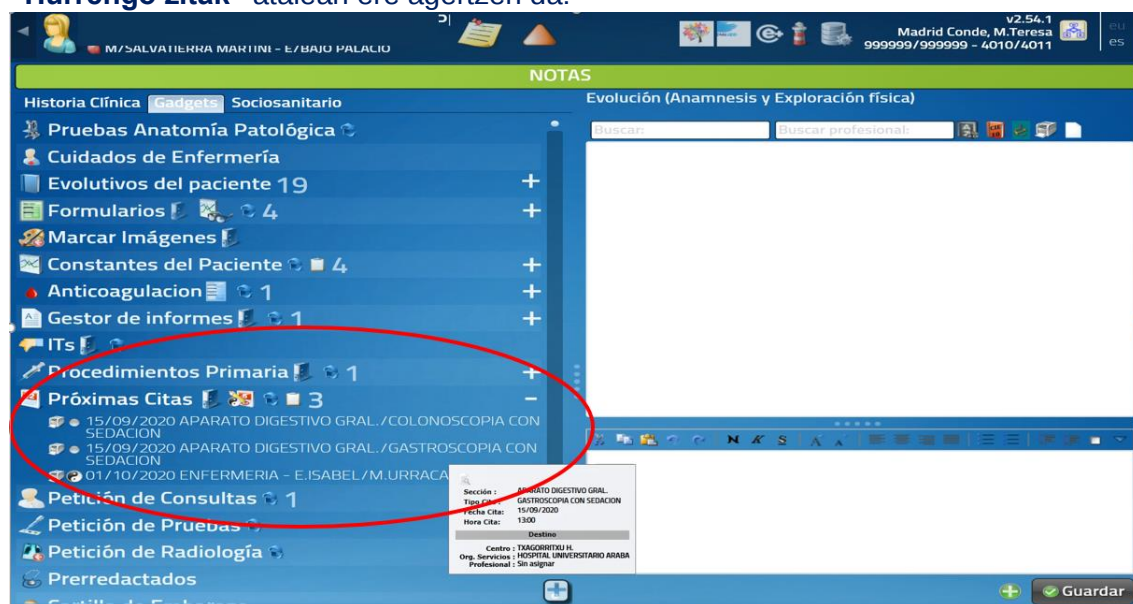
Gidaren bidez, hainbat ekintza egin daitezke:

- Proba eskatzea
- Anestesiari kontsulta
- Anestesia aurreko galdetegia
- Ebakuntza aurrekoa
- Baimen informatuak
- Informazio-dokumentuak

Proba eskatu ondoren, **“Probak eskatzea”** eskaera-kudeatzailearen gadget-ean agertuko da eskaera, eta, bertan, eskaeraren egoera ikusiko dugu:

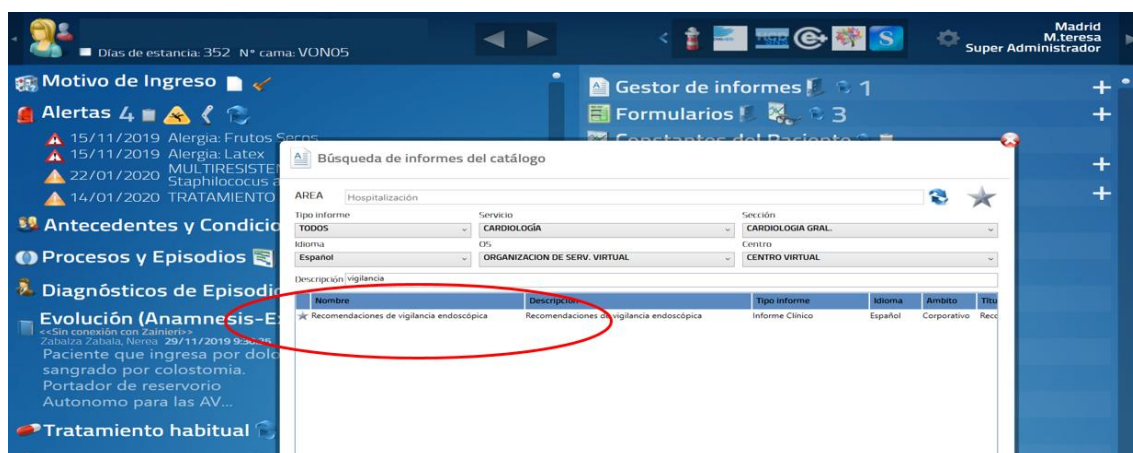
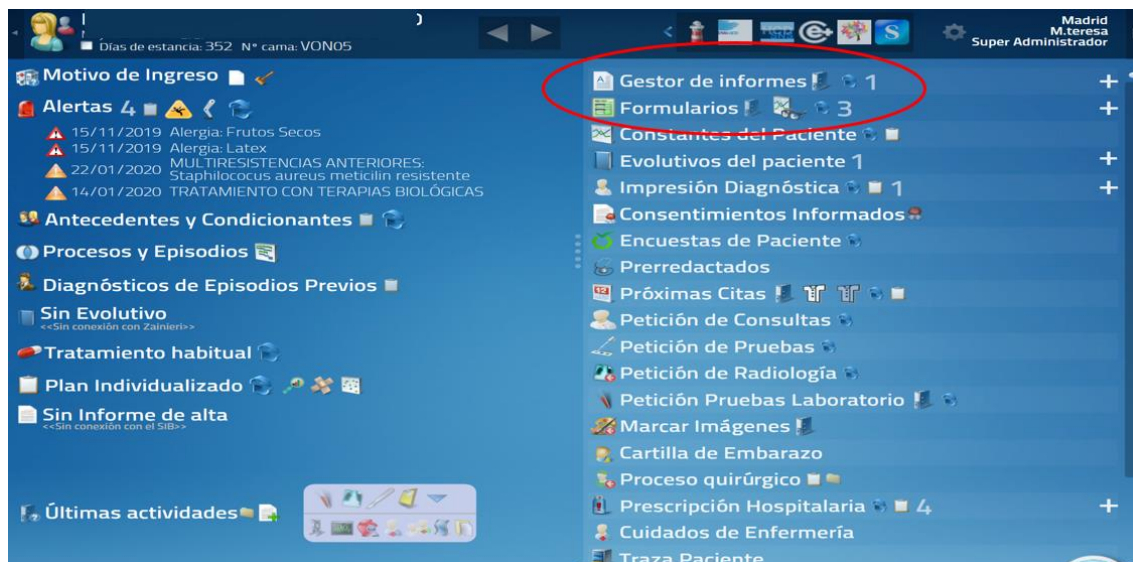


“Hurrengo zitak” atalean ere agertzen da:



4- Endoskopiako txostena

Endoskopia egin eta gero, endoskopia-egileak **“Zaintza endoskopikoa”** txostena idatziko du, **“Txostenen kudeatzailea”** ataletik:



Txosten horretan, kontroleko endoskopiaren gomendioak jasoko dira.

The screenshot shows a medical software interface with a sidebar on the left containing sections like 'Motivo de Ingreso', 'Alertas', 'Antecedentes y Condicionantes', 'Procesos y Episodios', 'Diagnósticos de Episodios Previos', 'Evolución (Anamnesis-Exploración física)', 'Tratamiento habitual', 'Plan Individualizado', and 'Sin Informe de alta'. The main area on the right is titled 'RECOMENDACIONES DE VIGILANCIA' and contains fields for patient age (21 años), CIC (11393128), exploration type (Colonoscopia con sedación), reason for exploration, date of exploration, and comments. A red circle highlights the 'RECOMENDACIÓN DE VIGILANCIA' section, which includes the text: 'Se recomienda realización de...Colonoscopiade control a los3.....años' and 'Salvo cambios clínicos o que los médicos de referencia lo estimen oportuno'.

Une horretatik aurrera, ataleko txostenen kudeatzailearen gadget-aren azpian agertuko da txostena.

The screenshot shows the same medical software interface, but with a different view. The sidebar on the left is the same. The main area on the right is titled 'Gestor de informes' and contains a list of reports. A red circle highlights the 'Gestor de informes' section, which includes the text: '15/09/2020 Recomendaciones de vigilancia endoscópica'.

Baita pazientearen azken jardueretan ere.

Bai ospitalean (OG):

The screenshot shows the 'Madrid Conde M. Teresa' patient record system. The interface is in Spanish. On the left, there are sections for 'Antecedentes y Condicionantes' (13 items), 'Procesos y Episodios', 'Diagnósticos de Episodios Previos', 'Evolución (Anamnesis-Exploración física)', 'Tratamiento habitual', 'Plan Individualizado', and 'Sin Informe de alta'. On the right, there is a list of medical actions and documents, including 'Gestor de informes' (1), 'Formularios' (43), 'Constantes del Paciente', 'Evolutivos del paciente' (36), 'Impresión Diagnóstica' (2), 'Consentimientos Informados' (41), 'Encuestas de Paciente', 'Prerredactados', 'Próximas Citas' (10), 'Petición de Consultas', 'Petición de Pruebas', 'Petición de Radiología' (2), 'Petición Pruebas Laboratorio', 'Marcar Imágenes', 'de Embarazo', 'quirúrgico' (1), 'pción Hospitalaria' (3), and 'os de Enfermería'. At the bottom, there is a section for 'Últimas actividades' (15 items). One activity is highlighted with a red circle: '15/09/2020 13:13 Recomendaciones de vigilancia endoscópica'. A pop-up window shows details for this activity: 'Profesional: MADRID CONDE, M. TERESA', 'Org. Servicio: ORGANIZACIÓN DE SERV. VIRTUAL', 'Centro: CENTRO VIRTUAL', 'Servicio: CARDIOLOGÍA', 'Sección: CARDIOLOGÍA GERAL', 'Estado: Definido', 'Fecha Inicio: 15/09/2020 13:13:00', and 'Tipo Episodio: Vigilancia endoscópica'.

Bai Lehen Mailako Arretan (OGP):

The screenshot shows the 'Madrid Conde M. Teresa' patient record system, specifically the 'PÓLIPOS EN COLON' (Colon Polyps) section. The interface is in Spanish. The top bar shows 'M/SAEZ JAUREGI - E/' and 'v2.54.1'. The left sidebar has sections for 'Historia Clínica', 'Gadgets', and 'Sociosanitario'. The main content area is titled 'Evolución (Anamnesis y Exploración física)' and contains a search bar and a list of activities. The activities list includes: '15/09/2020 PÓLIPOS EN COLON', '15/09/2020 NOTAS', '09/09/1999 ACTIVIDADES PROGRAMADAS', and '09/09/1999 HOJAS DE EVOLUCION'. A pop-up window shows details for the selected activity: 'Profesional: MADRID CONDE, M. TERESA', 'Org. Servicio: ORGANIZACIÓN DE SERV. VIRTUAL', 'Centro: CENTRO VIRTUAL', 'Servicio: CARDIOLOGÍA', 'Sección: CARDIOLOGÍA GERAL', 'Estado: Definido', and 'Fecha Inicio: 15/09/2020 12:14:00'. At the bottom right, there is a 'Guardar' (Save) button.

5- Oharra:

Zaintza endoskopikoari buruzko txostenean zehazten diren gomendioak aintzat hartuta, Lehen Mailako Arretako medikuak abisua eman behar du.

NOTAS

Historia Clínica | Gadgets | Sociosanitario

11/02/2020 Consentimiento Informado Colonoscopia Con Sedación

11/02/2020 Electrocardiograma

11/02/2020 Cuestionario Preestésico Adultos

11/02/2020 CCR Preparación Colonoscopia-CITRAFLEET

Ver Mas

09/01/1965 HOJAS DE EVOLUCION

09/01/1965 ACTIVIDADES PROGRAMADAS

Episodios Hospitalarios

Tratamiento habitual 0 | 1

Últimas actividades: 15

30/06/2020 12:05 Recomendaciones de vigilancia endoscópica

19/06/2020 14:52 Anatomía Patológica Bionia

15/06/2020 12:05 COLONOSCOPIA CRIBA

15/06/2020 9:21 Registro de enfermería

15/06/2020 9:20 Cuestionario Preestésico

15/06/2020 9:20 Otros documentos del

15/06/2020 9:19 Otros documentos del

13/06/2020 10:02 Analítica Rutina MICMO

12/02/2020 13:54 Electrocardiograma

12/02/2020 13:17 CONS INF MIGUEL ANGEL NAVARIDAS.pdf

12/02/2020 13:15 Consentimiento Informado Colonoscopia Cc

12/02/2020 9:00 Analítica Rutina HEM-G,HEMOS

11/02/2020 12:43 CCR COLONOSCOPIA PREPARACION CITRAI

11/02/2020 12:33 Consentimiento Informado Colonoscopia Cc

31/01/2020 9:36 Analítica Rutina HECES

Evolución (Anamnesis y Exploración física)

Buscar: Buscar profesional:

Profesional: ESCALANTE MARTIN, MAITE

Org. Servicios: HOSPITAL DE AGOSTO

Sección: APARATO DIGESTIVO

Estado: Definitivo

Fecha: 30/06/2020 12:05:00

Guardar

Informes

Informes : [Redacted] NA Estado : Definitivo Fecha: 30/06/2020

Paciente de 55 años CIC:

EXPLORACION REALIZADA: COLONOSCOPIA

MOTIVO DE EXPLORACIÓN: CRIBADO CCR

FECHA DE EXPLORACIÓN: 15/06/2020

COMENTARIOS:

Se realiza exploración completa hasta ciego. Buena preparación.

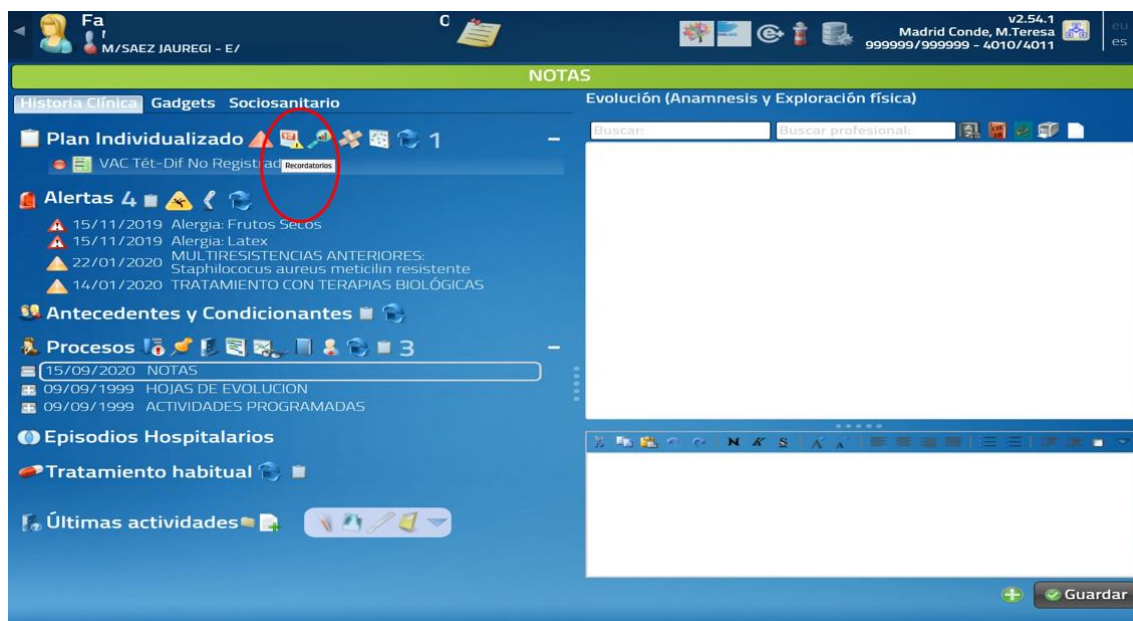
Se resecan 2 pólipos de 12y 15 mm con AP adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado

CLASIFICACIÓN SEGÚN ALGORITMO DE POLIPECTOMIA: MEDIO

RECOMENDACIÓN DE VIGILANCIA

Se recomienda realización de COLONOSCOPIA de control a los 3 años

Salvo cambios clínicos o que sus médicos de referencia lo estimen oportuno



NOTAS

Historia Clínica Gadgets Sociosanitario

Plan Individualizado 1

VAC Tét-Dif No Registrada

Alertas 4

15/11/2019 Alergia: Frutos Secos

15/11/2019 Alergia: Latex

22/01/2020 MULTIRESISTENCIAS ANTERIORES: Staphylococcus aureus metiliclin resistente

14/01/2020 TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS

Antecedentes y Condicionantes

Procesos 3

15/09/2020 NOTAS

09/09/1999 HOJAS DE EVOLUCIÓN

09/09/1999 ACTIVIDADES PROGRAMADAS

Episodios Hospitalarios

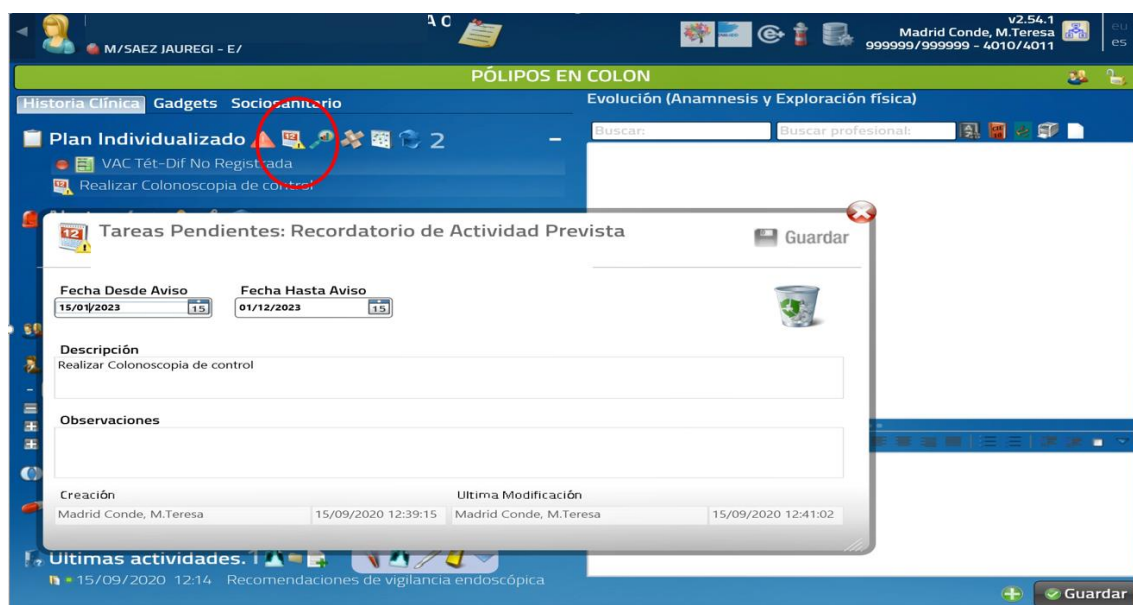
Tratamiento habitual

Últimas actividades

Evolución (Anamnesis y Exploración física)

Buscar: Buscar profesional:

Guardar



PÓLIPOS EN COLON

Historia Clínica Gadgets Sociosanitario

Plan Individualizado 2

VAC Tét-Dif No Registrada

Realizar Colonoscopia de control

Tareas Pendientes: Recordatorio de Actividad Prevista

Fecha Desde Aviso: 15/01/2023

Fecha Hasta Aviso: 01/12/2023

Descripción: Realizar Colonoscopia de control

Observaciones:

Creación: Madrid Conde, M.Teresa 15/09/2020 12:39:15

Última Modificación: Madrid Conde, M.Teresa 15/09/2020 12:41:02

Evolución (Anamnesis y Exploración física)

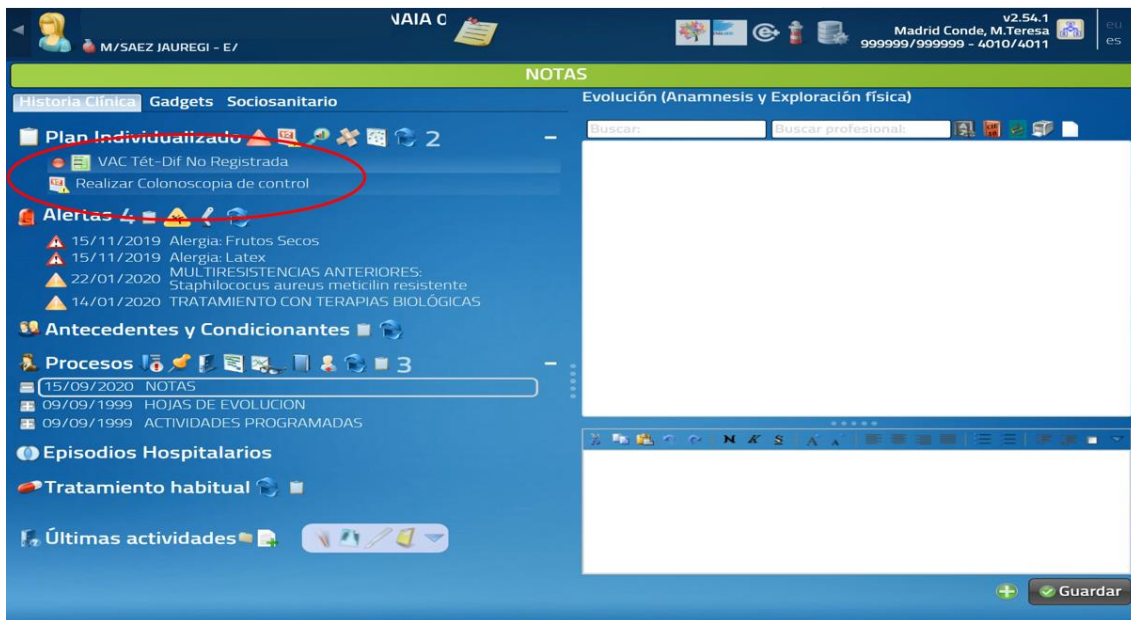
Buscar: Buscar profesional:

Guardar

Últimas actividades. 15/09/2020 12:14 Recomendaciones de vigilancia endoscópica

Guardar

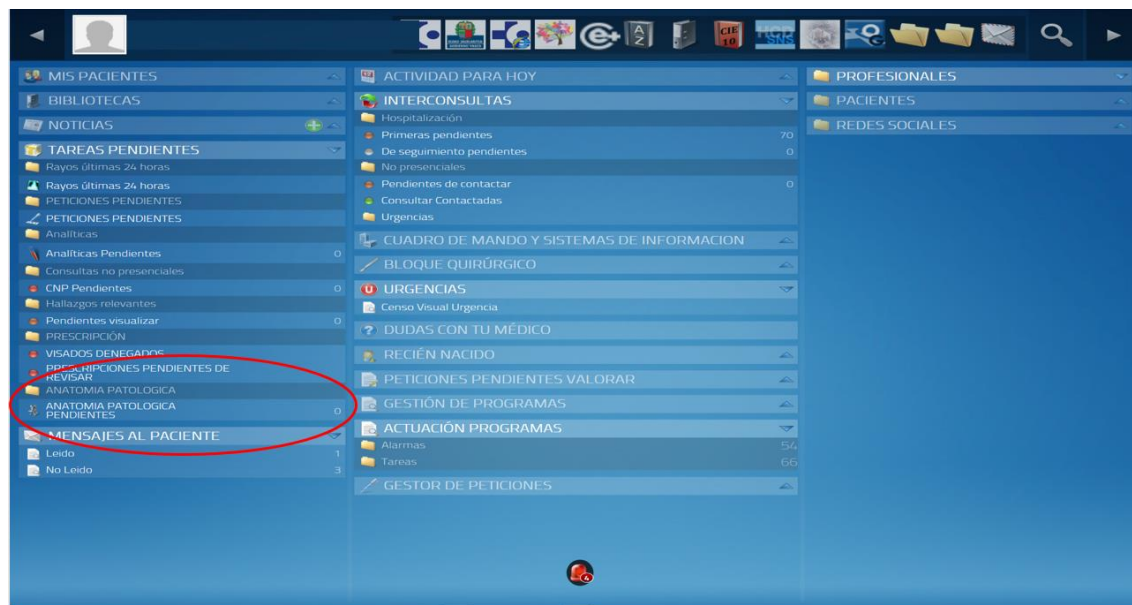
Abisua pazientearen ikuspegiaren agertuko da, zehaztutako denbora-tartean



The screenshot displays the Osakidetza patient record system interface. The top navigation bar includes the user profile 'M/SAEZ JAUREGI - E/' and the system version 'v2.54.1'. The main interface is divided into a left sidebar and a right main area. The sidebar contains several sections: 'Historia Clínica', 'Gadgets', and 'Sociosanitario'. Under 'Historia Clínica', there are sub-sections like 'Plan Individualizado', 'Alertas', 'Antecedentes y Condicionantes', 'Procesos', 'Episodios Hospitalarios', 'Tratamiento habitual', and 'Últimas actividades'. The 'Plan Individualizado' section is highlighted with a red circle, showing two items: 'VAC Tét-Dif No Registrada' and 'Realizar Colonoscopia de control'. The main area on the right is titled 'Evolución (Anamnesis y Exploración física)' and is currently empty. At the bottom right, there is a 'Guardar' (Save) button.

6- Taula klinikoa

OGko taula klinikoa, eskatutako anatomia patologikoko proba guztiak agertzen dira:



Proba horiek alerta-marka bat daukate, emaitza patologikoa bada.



 Osakidetza COLORRECTAL	(Pazientearen identifikazioa)
KOLONOSKOPIARAKO BAIMEN INFORMATUA. KOLON-ONDESTEKO MINBIZIA GOIZ DETEKTATZEKO PROGRAMA	
A. INFORMAZIOA EMAN DIZUN MEDIKUAREN IZENA:Data: "Odol ezkutua gorozkietan probaren emaitza positiboa izan da, hau da, zure kasuan odol-zantzuak antzeman dira. Hori gertatzen denean, "kolonoskopia" bat egitea aholkatzen da, lesio onak nahiz gaiztoak baztertzeko edo baieztatzeko. Kasu erdietan kolonoskopiaren emaitza normala izango da. Gainerakoetan, polipoak eta beste lesio batzuk diagnostikatu eta tratatu daitezke. B. <u>KOLONOSKOPIAREN GAINEKO INFORMAZIOA</u> - Kolonoskopia miaketa bat da, heste lodi barrena ikusten duena. Pertsona bere ezkerrealdearen gainean etzanda, hodi mehe eta malgu bat sartzen da uzkitik barna, muturrean kamara bat duela. - Proba ospitaleko endoskopia-eremuan egiten da sedazioarekin mina kontrolatzeko. Ez dago ingesatu beharrik. - Gehienetan polipoak aurkitzen dira, eta horrelakoetan polipoak kentzea aholkatzen da aztertu ahal izateko eta lesio gaiztoak edo aurre-gaiztoak saihesteko. Horretarako, bisturi elektriko batez lotu eta moztzen dira, interbentzio kirurgiko zailagoak saihestearren. Polipoak kentzean, ez da minik sentitzen. - Egin daitezkeen bi proba posibleak hauek dira: "Enema opakoa kontraste bikoitzarekin" eta "Kolonoskopia birtuala". Bi proba horietan ez dira lesio guztiak ikusten eta ezin da biopsiarik egin. Kolonoskopia da, gaur egun, koloneko minbizia detektatzeko probarik eraginkorrena. C. <u>ONURAK:</u> - Proba hori gorozkietan odol ezkutuari emaitza positiboa aurkitu ondoren egitean, goiz detektatzen da lesio aurre-gaiztoa edo gaiztoa, eta tratamendu goiztiar egoki bat egin daiteke. D. <u>MOLESTIAK ETA ARRISKUAK:</u> - Proba ez da eroso, baina orokorrean jasagarria. Handitua eta bihurritzeak eragiten ditu, baina ordu gutxitan desagertzen dira gasak kanporatzean. - Arazo gutxi izaten da, eta gehienetan arinak eta pasakorrak, hala nola mina, zorabioa edo okadak. - Hemorragia edo heste-zulaketak ez dira hain ohikoak eta larriak. - Arazoak izan daitezkeela uste bada, ingesaturik segituko duzu baloratu ahal izateko eta dagozkion neurriak hartzeko. - Arazo horietako batzuk kolonoskopia egin eta egun batzuetara ager daitezke. Sabeleko min handia, sukarra edo gorozki belzkarak badituzu jarri zaitez harremanetan zure medikuarekin edo joan zaitez Larrialdietako Zerbitzura. zure egoera klinikoa dela eta, honako arazoak izateko arriskua areagotu edo azaldu daiteke:..... E. <u>AZKEN AZALPENAK:</u> Proba hau egiteko, kolonak garbi egon behar du; horretarako, kontsultan ematen dizkizugun prestatze-azalpenak segitu behar dituzu. Halaber, probak dirauen bitartean arazoak saihestearren, baraurik egon behar duzu proba egin baino 6 ordu lehenagotik. F. <u>ADIERAZTEN DUT:</u> - Medikuak prozeduraren alde onak eta txarrak azaldu dizkidala. Gainera, badakit proba egiteko baimena edozein momentutan baliogabetu dezakedala. - Ulertu dut jasotako informazio guztia eta egoki irizitako galdera guztiak egin ahal izan ditut. Ondorioz, nire baimena ematen dut KOLONOSKOPIA egiteko.	
Pazientearen sinadura	Izena Informazioa eman duen medikuaren sinadura
	Izena Proba egin duen medikuaren sinadura

KOLONOSKOPIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA. KOLON-ONDESTEKO MINBIZIA GOIZ DETEKTATZEKO PROGRAMA

 Osakidetza		(Identificación del paciente)				
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA. PROGRAMA DETECCIÓN PRECOZ CÁNCER COLORRECTAL						
A. NOMBRE DEL MEDICO QUE LE INFORMA:Fecha: El resultado de la prueba de "sangre oculta en heces" ha sido positivo; es decir, en su caso se han detectado indicios de sangre. Cuando esto ocurre está indicado realizar una "Colonoscopia" para descartar o confirmar lesiones tanto benignas como malignas. En casi la mitad de los casos el resultado de la Colonoscopia será normal. En los demás casos se pueden diagnosticar y tratar tanto pólipos como otras lesiones. B. <u>INFORMACION SOBRE LA COLONOSCOPIA</u> - La colonoscopia es una exploración que permite visualizar el interior del intestino grueso. Con la persona tumbada sobre su lado izquierdo, se introduce por el ano un tubo delgado y flexible con una cámara incorporada en su extremo. - La prueba se realiza en el área de endoscopias del hospital, con sedación para controlar el dolor. No se precisa ingreso. - Los pólipos son el hallazgo más frecuente, en cuyo caso está indicado su extirpación para analizarlos y descartar o diagnosticar lesiones malignas o premalignas. Para ello se enlazan y cortan con un bisturí eléctrico, evitando en muchas ocasiones intervenciones quirúrgicas más complejas. Esta extracción no es dolorosa. - Las dos pruebas alternativas posibles son el "Enema opaco con doble contraste" y la "colonoscopia virtual". Estas dos pruebas no permiten visualizar todas las lesiones ni realizar biopsias. La colonoscopia es actualmente la prueba más eficaz para la detección del cáncer de colon. C. <u>BENEFICIOS:</u> - Someterse a esta prueba, tras un resultado de sangre oculta en heces positivo, supone detectar de forma precoz una lesión premaligna o maligna y efectuar un tratamiento precoz adecuado. D. <u>MOLESTIAS Y RIESGOS:</u> - La prueba es incómoda, pero en general tolerable. Suele provocar hinchazón y retortijones, que desaparecen en pocas horas con la expulsión de gases. - Las complicaciones son poco frecuentes. Las más frecuentes son leves y pasajeras como dolor, mareo, o vómitos. - Menos frecuentes y graves son la hemorragia o la perforación intestinal. - Si se sospechan complicaciones, permanecerá ingresado para su valoración y la aplicación de las medidas oportunas. - Algunas de estas complicaciones pueden ocurrir varios días después de la colonoscopia. Si presenta síntomas como dolor abdominal importante, fiebre o heces negruzcas, póngase en contacto con su médico o acuda al Servicio de Urgencias. - Debido a su situación clínica de, pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como..... E. <u>COMENTARIO FINAL:</u> Para realizar esta prueba, el colon debe hallarse limpio; para ello debe seguir las instrucciones de preparación que le facilitamos en la consulta. Así mismo, para evitar complicaciones durante la prueba, debe estar en ayunas desde al menos unas 6 horas antes de su realización. F. <u>DECLARO:</u> - Que he sido informado/a por el Médico/a, de las ventajas e inconvenientes del procedimiento. También sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento para realizar la prueba. - He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas. En consecuencia, doy mi consentimiento para la realización de la COLONOSCOPIA. <table border="1"> <tr> <td>Firma del paciente</td> <td>Nombre Firma del medico responsable de la información</td> <td>Nombre Firma del medico que realiza la prueba</td> </tr> </table>				Firma del paciente	Nombre Firma del medico responsable de la información	Nombre Firma del medico que realiza la prueba
Firma del paciente	Nombre Firma del medico responsable de la información	Nombre Firma del medico que realiza la prueba				

CONSENTIMIENTO INFORMADO COLONOSCOPIA. PROGRAMA DETECCIÓN PRECOZ CÁNCER COLORRECTAL

CCR COLONOSCOPIA PREPARACION CITRAFLEET
DIETA PARA PREPARACION PARA COLONOSCOPIAS
72 y 48 horas antes de la realización de la colonoscopia

ALIMENTOS PERMITIDOS Pasta y arroz hervidos Caldos colados y siempre desgrasados Carnes magras y blancas cocinadas a la plancha o cocidos Pescados blancos a la plancha o hervidos Galletas no integrales, tipo Maria y pan blanco tostado Leche desnatada y yogures desnatados sin frutas Café, té o infusiones ligeras Zumos colados Quesos frescos y quesos duros Membrillo Manzana o pera cocida sin piel Bebidas sin gas	ALIMENTOS NO PERMITIDOS Ensaladas, verduras, legumbres y patatas Carnes grasas y pescados azules Salsas y estofados Productos lácteos enteros Quesos grasos Embutidos Chocolate y pasteles Frutos secos Fruta fresca o en conserva Yogures con frutas, helados, cremas Pan integral, cereales y pastas integrales Bebidas con gas
--	--

RECOMENDACIONES

Utilizar un máximo de 2 cucharadas soperas de aceite al día, preferiblemente de oliva.

Puede usar limón para condimentar los alimentos

No hay límite en la cantidad que puede tomar de caldo

Se recomienda beber abundantes líquidos 72 y 48 horas antes de la realización de la colonoscopia

El día anterior a la prueba solo podrá tomar líquidos claros como agua, infusiones, caldos filtrados, café o té y zumos de fruta colados como zumo de manzana

MENU 72 H Y 48 H ANTES DE LA PRUEBA

DESAYUNO Café, té o infusión con leche desnatada Biscotes o galletas tipo maria o pan blanco tostado Zumo colado	MERIENDA Café, té o infusión con leche desnatada Biscotes
COMIDAS Y CENAS 1.- ELEGIR PRIMER PLATO ENTRE: Arroz blanco cocido Pasta sin fibra cocida Caldo de ave desgrasado Sopa de fideo o de arroz Sopa de tapioca Pan blanco tostado	2.- ELEGIR SEGUNDO PLATO ENTRE: Pavo o pollo a la plancha o hervido Lomo de cerdo fresco o filete a la plancha Tortilla francesa Pescados blancos a la plancha o hervidos Fiambre de pavo o pollo Pan blanco tostado
3.- ELEGIR POSTRE ENTRE: Yogures desnatados sin frutas Gelatina Manzana o pera cocida sin piel Queso de burgos	

MENU 24 H ANTES DE LA PRUEBA

DESAYUNO: Café, té o infusión con leche desnatada	COMIDA Y CENA: Dieta líquida: bebidas sin gas, agua, zumos de manzana, zumos colados, caldos desgrasados e infusiones sin leche.
---	--

Ogueta Lana, Miguel Angel

miércoles, 15 de julio de 2020

CCR COLONOSCOPIA PREPARACION CITRAFLEET

FECHA:.....HORA:.....

La colonoscopia es una técnica para visualizar el interior del colon. Para tener una buena visión del colon **es imprescindible que esté limpio**, para ello siga **rigurosamente** las siguientes indicaciones:

- **En los 5 días** previos a la prueba no debe de tomar ningún medicamento que contenga Hierro.
- **3 días antes** de la prueba tome los alimentos abajo indicados. Si usted es muy estreñido inicie la dieta 5 días antes de la prueba.
- Haga **DIETA LIQUIDA** el día anterior a la prueba.

PUEDE TOMAR Pasta y arroz Huevo sólo en tortilla y cocido Sopa de sémola o de verduras filtrada Carnes y pescados hervidos y a la plancha Jamón de York y pavo Galletas sin fibra y pan tostado Leche y productos lácteos sin fibra. Quesos duros Mantequilla y aceite en poca cantidad(2cucharadas) LIQUIDOS CLAROS PERMITIDOS Zumos sin pulpa, caldos filtrados y desgrasados, infusiones, café (todo lo que desee), bebidas sin gas (aquarius, isostar, gatorade etc. a excepción de los diabéticos)	NO PUEDE TOMAR Frutas (especialmente con semillas: Kiwi, fresa) fresca o en conserva Verduras enteras Legumbres Patatas, féculas Carnes ,pescados y huevos ni fritos ni en salsa Embutidos grasos Nueces, almendras, cualquier otro tipo frutos secos Dulces, bollería, pastelería, chocolate Bebidas con gas
---	---

El día antes de la prueba por la mañana, tome 2 comprimidos de DULCOLAXO®"

Disuelva 1 sobre de CITRAFLEET® en un vaso grande de agua 10 horas antes de la prueba (A las horas), seguidamente tome lentamente de 1 litro y medio a dos litros de los líquidos claros permitidos.

4 horas antes de la prueba (A las.....horas) disuelva el otro sobre de CITRAFLEET® en un vaso grande de agua. Seguidamente tome lentamente de 1 litro y medio a 2 litros de los líquidos claros permitidos (en las próximas 2 horas)

A partir de que termine de beber lo indicado, **2 horas antes de la prueba, (Desde las.....horas) NO podrá ingerir ningún alimento sólido ni líquido** (tampoco agua) hasta después de la exploración.

Si usted tiene náuseas, consulte con su enfermera

A los 30-60 minutos del inicio de la toma tendrá deposiciones cada vez más líquidas, durante 1-2 horas hasta después de tomar todo el preparado. Las últimas deposiciones deben ser color claro "como orina".

Es conveniente que venga al Hospital con un acompañante. Es **muy importante** que no olvide traer firmado el **Consentimiento Informado** que le entregó su médico.

No traiga las uñas pintadas, dado que interfiere con el control de sus constantes durante la colonoscopia.

La colonoscopia durará aproximadamente 45 minutos. Después se quedará 1 hora en observación.

Si usted toma anticoagulantes orales coméntelo con su Médico o Enfermera de su Centro de Salud.

[Preparación Colonoscopia](#)

[Programa Prevención Cáncer Colorrectal](#)

Preparación
Colonoscopia



Programa Prevención
Cáncer Colorrectal




KOMB. KOLONOSKOPIA PRESTAKETA - CITRAFLEET®

DATA:.....ORDUA:.....

Kolonoskopia kolona barrutik ikusteko teknika bat da. Kolona ongi ikusteko, **garbi egon behar du nahitaez**. Eta horretarako, jarraitu **zehatz-mehatz** jarraibide hauek:

- **Proba aurreko 5 egunetan**, ez duzu burdina daukan medikamenturik hartu behar.
- **Proba aurreko 3 egunetan**, behean ageri diren elikagaiak hartu behar dituzu. Idorra bazara, hasi dieta proba baino 5 egun lehenago.
- Egin **DIETA LIKIDOA** probaren bezperan

HAR DEZAKEZU	EZIN DUZU HARTU
Pasta eta arroza Arrautzak tortillan eta egosita Semola-zopa edo barazki iragaziak Haragia eta arraina, plantxan edo egosia York-eko urdaiazpikoa eta indioilarra Zuntzik gabeko gailetak eta ogi txigortua Zuntzik gabeko esnea eta esnekiak. Gazta gogorrak Gurina eta olio gutxi (2 koilarakada) ONARTUTAKO LIKIDO ARGIAK: Mamiarik gabeko fruta, koipegabetutako salda iragaziak, infusioak, kafea (nahi beste). Gasik gabeko edariak (Aquarius, Isostar, Gatorade, etab... diabetikoentzat izan ezik)	Frutak (batez ere hazidunak: Kiwi, marrubia), freskoak edo kontserban Barazkiak osorik Lekaleak Patatak, fekulak Haragiak, arrainak eta arrautzak ez frijituak ez saltsan Hestebete gantzadunak Intxaurrek, almendrak, bestelako fruitu lehorrak Gozokiak, opilak, pastelak, txokolatea Gasdun edariak

Probaren aurreko egunaren goizean, hartu DULCOLAXO® konprimitu 2.

Nahastu zorrotxo bat CITRAFLEET® basokada handi bat uretan proba baino 10 ordu lehenago, (.....etan), eta jarraian, hartu poliki onartutako likido argien litro eta erditik bi litroa.

Proba baino 4 ordu lehenago, (.....etan) nahastu beste zorrotxoa CITRAFLEET® basokada handi bat uretan. Jarraian, hartu poliki onartutako likidoen litro eta erditik bi litroa (hurrengo bi orduetan).

Agindutakoa edan ostean **proba baino 2 ordu lehenago, (....etatik) EZINGO** duzu elikagai solidorik ez likidorik hartu (ezta urik ere) miaketa osterarte.

Goragalea baduzu, zure erizainari galdetu.

Hartzen hasi eta 30-60 minutura, gero eta gorozki likidoagoak egingo dituzu prestakin guztia hartu eta 1-2 ordu pasatu arte. Azken gorozkiak argiak izan behar dira "pixaren kolorekoak"

Komeni da Ospitalera lagun batekin etortzea. Ez ahaztu zure medikuak emandako **Baimen Informatua** zuk sinatuta ekarri behar duzula.

Ez pintatu azazkalak, zure konstanteak kolonoskopian zehar kontrolatzea eragozten baitu.

Kolonoskopiak, gutxi gorabehera, 45 minutu irauten du. Gero, ordubetez behaketan geldituko zara.

Ahoko antikoagulatzaileak hartzen badituzu, esaiozu zure Osasun Zentroko medikuari edo erizainari.

Kolonoskopiarako
Prestaketa



Kolon eta ondesteko minbizia
prebenitzeko programa





COLONOSCOPIA PREPARACION PLEINVUE®

PLEINVUE es un preparado intestinal que producirá diarrea. Tiene como fin la limpieza del colon para que la exploración se pueda realizar lo más adecuadamente posible.

Para un adecuado examen, evitar repeticiones y ahorrer molestias, siga rigurosamente estas instrucciones:

En los 5 días previos a la prueba no debe de tomar ningún medicamento que contenga Hierro

3 días antes de la prueba tome los alimentos abajo indicados. Si usted es muy estreñido inicie la dieta 5 días antes de la prueba.

Haga **DIETA LIQUIDA** el día anterior a la prueba.

PUEDE TOMAR	NO PUEDE TOMAR
• Pasta y arroz • Huevo sólo en tortilla y cocido • Sopa de sémola o de verduras filtrada • Carnes y pescados hervidos y a la plancha • Jamón de York y pavo • Galletas sin fibra y pan tostado • Leche y productos lácteos sin fibra. • Quesos duros • Mantequilla y aceite en poca cantidad (2 cucharadas)	• Frutas (especialmente con semillas: Kiwi, fresa) fresca o en conserva • Verduras enteras • Legumbres • Patatas, fículas • Carnes, pescados y huevos ni fritos ni en salsa • Embutidos grasos • Nueces, almendras, cualquier otro tipo frutos secos • Dulces, bollería, pastelería, chocolate • Bebidas con gas
LIQUIDOS CLAROS PERMITIDOS: Agua, zumos sin pulpa, caldos filtrados y desgrasados, infusiones, café (todo lo que desee). Bebidas isotónicas no coloreadas (Aquarius®, Isostar®, Gatorade®, etc a excepción de los diabéticos).	

24 HORAS ANTES DE LA PRUEBA:

DIETA LIQUIDOS CLAROS Agua, zumos sin pulpa, caldos filtrados y desgrasados, infusiones, café (todo lo que desee). Bebidas isotónicas no coloreadas (Aquarius®, Isostar®, Gatorade®, etc a excepción de los diabéticos). No puede tomar bebidas alcohólicas, ni bebidas que contengan leche.

Instrucciones de toma de PLEINVUE

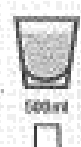
- **1ª DOSIS:** A las 20:00h del día anterior a la prueba, abra el sobre correspondiente a la DOSIS 1 y disuelva el contenido en 500 ml de AGUA FRIA. Tómese el preparado a lo largo de 45-50 minutos (tomar un vaso cada 10-15 min.). Posteriormente, tomar ½ litro, como mínimo, de AGUA.

- **2ª DOSIS:** 4 horas antes de la prueba, abra el sobre correspondiente a la DOSIS 2 (sobre A + sobre B) y disuelva el contenido de los 2 sobres en 500 ml de AGUA FRIA. Divídalo en 4 vasos de 125 ml (véase el dibujo de abajo). A continuación, prepare el ½ litro de AGUA y divídalo en 4 vasos de 125 ml (véase el dibujo de abajo). Tómese el preparado lentamente alternando un vaso de preparado con un vaso de AGUA, se recomienda un vaso cada 15 – 20 minutos (125 ml). Véase el dibujo de abajo.

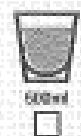
- **2 horas antes de la prueba, AYUNO TOTAL,** no ingerir ningún alimento SÓLIDO NI LÍQUIDO (ni siquiera agua).



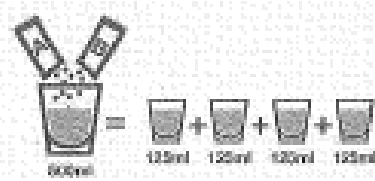
1.
Abra el sobre correspondiente a la Dosis 1, y disuelva el contenido en 500 ml de agua fría.



2.
Téngase el preparado a la largo de 45 min. Téngalo en vaso cada 10-15 min.



3.
A continuación tomar como mínimo 1,5 l de líquidos claros*.

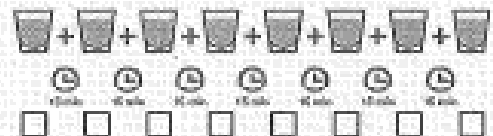


1.
Abra el sobre correspondiente a la Dosis 2 (sobre A + sobre B) y disuelva el contenido de los 2 sobres en 600 ml de agua fría. Divídalo en 4 vasos de 125ml.



2.
A continuación prepare 1,5 litro de líquidos claros*. Divídalo en 4 vasos de 125ml.

3.
Téngase el preparado lentamente (4 vasos del preparado + 4 vasos de líquidos claros*) alternando un vaso del preparado con un vaso de líquidos claros*, se recomienda un vaso cada 15-20 min (125 ml).



Se recomienda tomar esta dosis refrigerada

*Líquidos claros: agua, caldo, zumo de fruta sin pulpa, refrescos, té y/o café sin leche.

OBSERVACIONES IMPORTANTES:

- Si usted tiene náuseas, consulte con su enfermera
- No beba alcohol, leche, o nada de color rojo o morado (por ejemplo, zumo de frutos rojos) u otras bebidas que contengan pulpa.
- No coma mientras toma PLEINVUE® y hasta después del procedimiento clínico.
- A los 30-60 minutos del inicio de la toma tendrá deposiciones cada vez más líquidas, durante 1-2 horas hasta después de tomar todo el preparado. Las últimas deposiciones deben ser color claro "como orina".
- Es conveniente que venga al Hospital con un acompañante. Es muy importante que no olvide traer firmado el Consentimiento informado que le entregó su médico.
- No traiga las uñas pintadas, dado que interfiere con el control de sus constantes durante la colonoscopia.
- La colonoscopia durará aproximadamente 45 minutos. Después se quedará 1 hora en observación. Existe la posibilidad de que, en caso de realizar intervenciones terapéuticas, como extracción de pólipos, sea necesario que cancele sus compromisos el día siguiente, o podría necesitar quedarse en vigilancia durante 24 horas (esta situación es raramente necesaria).
- Si usted toma anticoagulantes orales coméntelo con su Médico o Enfermera de su Centro de Salud.
- No podrá conducir el día de la colonoscopia ni manejar maquinaria peligrosa.

Programa de Prevención Cáncer Colorrectal





KOLONOSKOPIARAKO PRESTAKETA - PLEINVUE®

PLEINVUE hesteterako prestaketa bat da, beharraz eragiten duena. Kolona garbitzeko balio du, maketa ahalik eta modu egokienan egin ahal izateko.

Maketa ondo egin ahal izateko, proba errepikatu behar ez izateko eta molestiak saihesteko, jarraitu zorrotz jarraitbide hauet:

Proba aurreko 5 egunetan, ez hartu burdina duen medikamenturik.

Probaren aurreko 3 egunetan, hartu behean adierazitako elikagaiak, idorreria izateko joera handia baduzu, hasi dietarekin proba baino 5 egun lehenagotik.

Probaren aurreko egunean, egin **DIETA UKIDOA**.

HAR DITZAKEZU	EZIN DITUZU HARTU
- Pasta eta arroza - Armutza tortilla eta egosita bakarrik - Semola-zopa edo barazki-zopa, iragazita - Haragia eta arraina, plantan eta egosita - Urdalazpiko egosia eta indiolarra - Zuntzik gabeko galletak eta ogi bégortua - Esnea eta zuntzik gabeko esnekiak - Gazta gogorak - Gurina eta olioa, baina gutxi (2 koilarakada)	- Frutak (batez ere hazidunak: kiwi, marmusiak), ez freskoak ez kontserban - Barazki osoak - Lekaleak - Patatak, fekulak - Haragiak, arrainak eta arrautzak ez frijituek ez saltsan - Hestebete gantzadunak - Intxaumak, arbendolak, bestelako fruitu lehorrak - Gozokiak, opilak, pastelak, txokolotea - Edari gasdunak
UKIDO ARGI BAIMENDUAK: Ura, pulparik gabeko zukuak, salda iragaziak Eta kolpegabatuak, infusioak, kafea (nahi beste). Koloretatu gabeko edari isotonikoak (Aquarius®, Isostar®, Gatorade® etab.), diabetikoen kasuan izan ezik .	

PROBA BAINO 24 ORDU LEHENAGO:

UKIDO ARGIZ OSATUTAKO DIETA. Ura, pulparik gabeko zukuak, salda iragazi eta batere kolperik gabeak, infusioak, kafea (nahi beste). Koloretatu gabeko edari isotonikoak (Aquarius®, Isostar®, Gatorade® etab.; **diabetikoen kasuan izan ezik**). Ezin duzu edan edari alkoholdunak, ezta esnea duten edaririk ere.

PLEINVUE hartzeko jarraitbideak

- **1. DOSIA:** probaren **beesperako 20:00etan**, ireki **1. DOSIARI** dagokion zorroa eta disolbatu edukia **500 ml UR HOTZETAN**. Hartu prestakina 45-50 minutuan zehar (edan baso bete prestakin 10-15 minutuan behin). Gero, edan **½ litro UR** gutxienez.

- **2. DOSIA:** proba baino 4 ordu lehenago, ireki **2. DOSIARI** dagokion zorroa (**A zorroa + B zorroa**) eta disolbatu 2 zorroen edukia **500 ml UR HOTZETAN**. Banatu prestakina 125 ml-ko 4 basotan (ikus beheko marrazkia). Jarraian, prestatu **½ litro UR** eta banatu 125 ml-ko 4 basotan (ikus beheko marrazkia). Hartu prestakina poliki-poliki, prestakin-baso bat eta ur-baso bat txandakatuz. 15-20 minutuan behin baso bat (125 ml) hartzea komeni da. **Ikusi beheko marrazkia**

- **Proba baino 2 ordu lehenagotik ERABAT BARAURIK:** ezin da **EZ SOLIDORIK EZ UKIDORIK** hartu (ezta ura ere).

1.

Irakid 1. deslari dagotzen zurea eta 4 kaskara eduki 500 ml ur hartzen.

2.

Harta prestakina 45 minutuen ehor (edari bako bako prestakina 10-15 minutuen behin).

3.

Azaro, orain berriz 10-15 minutu gaituz.

1.

Irakid 2. deslari dagotzen zurea (4 zurea + 4 zurea) eta 4 kaskara 2 zurea eduki 500 ml ur hartzen. Berriz prestakina 125 ml-ko 4 botata.

2.

Jentzia, orain 10-15 minutu gaituz. Berriz 125 ml-ko 4 botata.

3.

Harta prestakina poliki-poliki, (4 bako prestakina + 4 bako likido argi), prestakina bako bat eta likido argi bako bat txandakatu. 15-20 minutu behin bako bat (125 ml) hartzen kontatu da.

*Likido argiak: ura, salda, pulparik gabeko zukuak, freskagarrak, teak edota kafea, esnerik gabe.

OHAR GARRANTZITSUAK:

- Gorgalea baduzu, esan erizainari.
- Ez edan alkoholik, esnerik edota edari gorri edo morenik (adibidez, fruitu gorrien zukuak), ezta pulpadun edaririk ere.
- Ez jan ezer PLEINVUE® hartzen ari zaren bitartean, ezta prozedura klinikoa amaitu arte ere ez.
- Hartualdia hasi eta 30-60 minutu, eginkariak geroz eta likidoagoak izango dira, prestakina guztia hartu eta 1-2 orduz. Azken eginkariak kolore argia izan behar dute, "gemuaren antzekoak".
- Komeni da ospitalera lagunduta etortzea. Medikuek eman zizun Baimen Informatua sinatuta ekarri behar duzu.
- Ez ekarri azazkalak margotuta, kolonoskopian konstanteen kontrola oztopatzen baitu.
- Kolonoskopiak 45 minutu iraungo du gutxi gorabehera. Ondoren, ordubetik egongo zara behaketa. Interventzio terapeutikoren bat egiten badizute (polipoak ateratzea, adibidez), baliteke bertan behera utzi behar izatea hurrengo egunean egin beharrekoak edo 24 orduz zaintzapean egon behar izatea (egoera hori oso gutxitan da beharrezkoa).
- Ahotiko antikoagulatzaileak hartzen baduzu, galdetu osasun-zentroko medikuari edo erizainari.
- Ezin izango duzu kolonoskopiaren egunean gidatu, ezta makina arriskutsurik erabili ere.

Kolon eta Ondesteko Minbizia Prebenitzeko Programa



Kolonoskopiako sedazioa

Erabilitako sedazio eta analgesia motari dagokionez, Gastroenterologiako Espainiako Elkarteak bere dokumentu adostuan (Gastroenterol Hepatol, 2014)⁶⁶ gomendatutako sailkapena erabiltzen da; honako hau, alegia:

- **Sedazio edo analgesiarik eza:** ez da inolako farmakorik erabiltzen.
- **Sedazio arina:** endoskopia-egileak soilik egiten duena da (bentzodiazepinak edota opiazeoak erabili ohi dira).
- **Sedazio sakona:** endoskopia-egileaz aparte, behar bezalako prestakuntza jaso duen beste profesional sanitario bat dago, eta hura arduratuko da farmakoak emateaz (propofola edota opiazeoak) eta pazientearen monitorizatzeari.
- **Anestesia:** farmakoak emateaz eta horiek monitorizatzeari arduratzen den langilea anestesilogiko espezialista da, eta intubazio orotrakealeko teknikak erabili behar dira.

Kolonoskopian sedazioa erabiltzeak intubazio zekalaren eta polipoak hautematearen probabilitatea handitzen du (**ebidentzia-maila: 3**). Gainera, sedazioa-maila baxuagoen aldean, sedazio sakonak lotura nabarmena du neoplasia aurreratuak hautemateko aukera handiagoarekin, eta alde hori aldagai anitzekoa da estatistikoki⁶⁷. Mina izaten da baheketa-kolonoskopian parte hartzeko oztopo nagusietako bat (**ebidentzia-maila: 2c**) (Jover, R AEG, 2010)⁶⁸.

2018ko Amerikako Anestesiologia Gidaren arabera, "egokia da prozedura hasi baino gutxienez 2 ordu lehenago likido argien baraua egitea, baldin eta prozeduran anestesia orokorra, lokala edo sedazioa erabili behar bada"⁶⁹. Irentsitako likido bolumena baino garrantzitsuagoa izaten da zer likido mota irensten den.

⁶⁶ Igea F, Casellas JA, González-Huix F et al. Sedación en endoscopia digestiva: Guía de práctica clínica de la Sociedad Española de Endoscopia. Rev Esp Enf Dig 2014; 106: 195–211

⁶⁷ Wang A, Hoda KM, Holub JL, Eisen GM. Does level of sedation impact detection of advanced neoplasia? Dig Dis 2010; 55;8: 2337–2343

⁶⁸ Jover R. Grupo de trabajo y edición de la Guía de Calidad de la Colonoscopia de Cribado de Cáncer Colorrectal. Gastroenterologiako Espainiako Elkarte (AEG) eta Endoskopia Digestiboko Espainiako Elkarte (SEED). Madril, 159.

⁶⁹ Practice Guidelines for Moderate Procedural Sedation and Analgesia 2018: A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Moderate Procedural Sedation and Analgesia, the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, American College of Radiology, American Dental Association, American Society of Dentist Anesthesiologists, and Society of Interventional Radiology*
Anesthes. 2018;128(3):437-479. doi:10.1097/ALN.0000000000002043

Mugarik gabe, honako hauek izan daitezke: ura, pulparik gabeko fruitu-zukuak, salda iragaziak eta koipe-gabetuak, edari isotonikoa, tea eta kafe beltza. Ezin da alkoholik edan.

2. Kolonoskopiako zita kudeatzea

Osasun-zentroetako BAE-ek Osabiden kudeatuko dute **kolonoskopia egiteko zita**, baheketako proba gisa, "**baheketa-kolonoskopia diagnostikoa 90057**" prestazioaren berariazko agendan. Ziurgabetasun diagnostikoa minimizatzeko, LMAko medikuari bisita egin zitzaionetik 28 egun baino gutxiago igaroko dira proba egin arte.

Koordinazio Zentroa

PKZko medikuekin harremanetan jarri eta 30 egunera **kolonoskopiarako zitarik hartu ez bada**, PKZk kasuok monitorizatuko ditu, informazioa bildu eta parte-hartzailearekin harremanetan jartzeko.

Endoskopia Unitatea

Kolonoskopia egitea

1. Ospitaleak **berariazko agendak** izango ditu baheketako pertsonen zita emateko. Ahal den neurrian, baheketakoak ez dira nahasiko paziente sintomatikoekin.
2. Kolonoskopiak egiteko ibilbide bat gaituko da eta barne hartuko du ondorengo susperraldia.
3. Endoskopietako erizainak egiaztatu egingo du pazienteak baimen informatuarekin datozela eta behar bezala prestatu direla.
4. Endoskopistak kolonoskopia egin aurretik egiaztatuko du pazienteak zer informazio duen probari buruz, egindako prestaketari buruz eta arrisku-faktoreei buruz.
5. Kolonoskopia osoa egingo da (heste itsura iritsiko da).
6. Kolonoskopia egindakoan, pazienteak behar beste denbora geratuko da susperraldirako eremuan, beroneratu arte.
7. Proba egiten duten endoskopistek esperientzia egiaztatua izango dute, eta haien ospitaleko Digestio-aparatuko zerbitzuburuak bermatuko ditu.

8. Elkarte zientifikoek kolonoskopiarako ezarrita dituzten kalitate-irizpideei jarraituko zaie⁷⁰.
9. Goizeko edo arratsaldeko txandetan erabiliko dira ospitaleko instalazioak, baheketako berariazko agendetan.
10. Kolonoskopia **sedazioarekin egingo da, eta zentro bakoitzeko ibilbideak egokituko dira.**
11. Atzerapenak kalkulatzeko, lehen kolonoskopia egin zen data erabiliko da. Osabideko datu-baseetan bilaketa aktiboa egingo da, kolonoskopia egin osteko 0-30 egunetan izandako ingresuak / larrialdietako gertaerak baloratzeko.
12. Boston eskalaren arabera gaizki prestatu diren kasu guztiak (< 6), kolonoskopia osatugabeak eta bestelakoak erregistratuko dira, eta beste hitzordu bat emango zaie.
13. Kolonoskopian izan diren konplikazio guztiak erregistratuko dira; hura egin eta 10 egunera erabat berrikusiko da historia klinikoa, eta hiru hilean behin PKZrekin batera berrikusiko dira datuak.
14. PKZri astero jakinaraziko zaizkio unitateak egin dituen kolonoskopiak, monitoriza ditzan zein diren programakoak edo zeinetan eman den zita okerra beste prestazio-kode batekin.
15. Beste zita bat eman behar bada (prestateta txarra, kolonoskopia birtuala), Endoskopia Unitateak kudeatuko du.

⁷⁰ 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.

VI. ERANSKINA DEATZEA

KOLONOSKOPIAREN EMAITZAK KU-

EMAITZEN BERRI EMATEA

Kolonoskopia amaitutakoan, endoskopia-egile bakoitzak emango dio emaitzen eta jarraitu beharreko ibilbidearen berri pazienteari. Kolonoskopiaren berrespen diagnostikoa eta emaitza OGn/OGPn egongo dira ikusgai.

Kolonoskopiaren emaitzak **normalak badira edo alterazio onberak badaude**, proba amaitzean hala jakinaraziko zaio parte-hartzaileari, baita PKZren gutun bidez ere, egin eta 20 egunera.

Polipo/Adenoma guztiak erauziko dira eta Anatomia Patologikora bidaliko, han azter ditzaten. Emaitzen arabera, jarraipen espezifikoa egitea aginduko da, eta LMAko medikuarengana bidaliko. Endoskopiako txostena Osabiden jasoko da, eskuragai egon dadin.

Patologia neoplasiko gaiztoa aurkitzen bada, pazienteak lehentasunez deribatuko dira kontsulta espezifikoetara, eta ESI bakoitzean kolon eta ondesteko minbizia artatzeko ezarrita dagoen ibilbideari jarraituko zaio.

Kolonoskopiaren ondoko jarraipena Kolon eta Ondesteko Minbizia Diagnostikatu eta Prebenitzeko PKGa-ren (2018)⁷¹ gomendioetan oinarrituta egingo da.

PKZn kolonoskopia guztiak kodetuko dira.

Kolonoskopia egitera deribatzen diren kasu guztietan, PKZk monitorizatu egingo du zenbat denbora igaro den Lehen Mailako Arretako medikuari bisita egin, kolonoskopia eskatu eta hura egin arte, kontratu-programako konpromisoak ebaluatzeko.

⁷¹ 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. 2018an eguneratua. International Marketing & Communication S.A., editorea. Gastroenterologiako Espainiako Elkarte eta Familia eta Komunitateko Medikuntzako Espainiako Elkarte, 2018.

Kolonoskopia kodetzeko datuak (KOMBP)

	IKK		
Izen-abizenak:	Jaiotze-data:	Sexua	
Miaketaren hedadura:	1. Kolonoskopia osoa 2. Kolonoskopia bukatugabea 3. Ez aplikagarria		
Miaketaren iraupena:	4. Zenbakizko eremua, minututan		
Prestaketaren kalitatea:	1. Egokia (Boston= 6) 2. Hala moduzkoa eta txarra (Boston < 6) 3. Ez aplikagarria		
Seda- zioa/Analge- sia:	1. Sedaziorik ez 2. Sedazio arina 3. Sedazio sakona 4. Anestesia orokorra 5. Ez aplikagarria		
Berehalako konplikazioak:	1. EZ 2. HERIOTZA 3. EZ APLIKAGARRIA 4. POSTPOLIPEKTOMIA-SINDROMEAK 5. ODOLJARIO: ingresua/transfusioa 6. ZULAKETA: ebakuntza kirurgikoa / tratamendu kontserbadorea 7. SEDAZIOA:		
-		ARINAK:	Alterazioak bihotzaren erritmoan Arnas de- presioa Intolerantzia Gorakoa Bestelakoak
		LARRIAK:	Asistolia Anafilaxia Bronkoxur- gapena Bestelakoak
	8. BESTELAKOAK		

Aurkikuntza
endoskopi-
koak:

- 0. Normala / Garrantzirik gabeko aurkikuntzak
- 1. Polipo ez-neoplasikoak
- 2. Arrisku txikiko adenomak
- 3M. Arrisku ertaineko adenomak (lesio aurrerratuak).
- 3A. Arrisku handiko adenomak

3A₁. Arrisku handiko adenomak (lesio aurrerratuak): lesio sesil edo laua, ≥ 20 mm, sesila erauzketa zatikatuarekin

3A₂. Arrisku handiko adenomak (adenoma aurrerratuak): 5 adenoma baino gehiago edo adenoma horietakoren batek ≥ 20 mm neurtzea

- 5. Kartzinoma
- 6. Patologia garrantzitsu ez-neoplasikoa
- 7. Ez argia
- 8. Ez aplikagarria

Jarraipena:

- 0. Jarraipenik ez. FITa 10 urte barru, baldin eta baheketa egiten den unean < 60 urte
- 0A. FITa 5 urte barru
- 1. Kolonoskopia 10 urte barru
- 2. Kolonoskopia 5-10 urte barru
- 3. Kolonoskopia 5 urte barru
- 4. Kolonoskopia 3 urte barru
- 5. Kolonoskopia 1-2 urte barru
- 6. Kolonoskopia < 1 urte barru
- 7. Jarraipena kontsulta espezializatuan
- 8. Ez aplikagarria

FIT POSITIBOA EMAN ONDOREN KOLONOSKOPIA EGIN DEN KASUAK KODETZEKO IRIZPI-DEAK (PKZ)**PROZEDURA OROKORRA**

Baheketa-kolonoskopia duten gehienek baheketa-prestazioa dute; batzuei, baina, baliteke beste prestazio bat esleitu izana edo kolonoskopia zentro pribatu batean egin izana.

Dena dela, kasu guztietan:

1. Itxaron **10 egunez** kasu bakoitza kodetzeko; hartara, anatomia patologikoa dugula bermatu ahal izango da, eta konplikazioak agertzen diren hauteman.

2. Berrikuspena honelako kasu guztietan:

- Kolonoskopia bukatugabea
- Kolonoskopia partziala (biopsiak hartu dira, beste kolonoskopia bat egiteko zain)
- Konplikazioen bat hauteman da (ingresua, larrialdiak) Historia Klinikoa edota anatomia patologikoko txostena berrikustean

HEDADURAREN ARABERA

1. OSOA: endoskopia-egilearen asmoa HESTE ITSURA iristea zen (intubazio zekala), eta lortu egin du. Horretarako, zehaztu behar da tarte guztiak ikusi direla:

- Ondoestea
- Kolon sigmoidea
- Beheranzko kolona
- Zeharkako kolona
- Goranzko kolona
- Itsua

2. BUKATUGABEA: endoskopia-egilearen asmoa HESTE ITSURA iristea zen, baina **EZ** du lortu. Izan ere, hauetakoren bat aurkitu du:

- Estenosi onbera bat, begizta bat,
- Aurretiazko kirurgia abdominal edo ginekologiko baten ondoriozko estugunea

- Pazientearen tolerantzia falta

3. EZ APLIKAGARRIA

- Endoskopistaren asmoa **EZ** da izan heste itsura **heltzea** bigarren edo segidako endoskopia batean, polipektomia baten ostean edo egiteke dagoen polipektomia baten aurretik mukosa ikusteko, etab.
- Ez da iritsi ITSURA, **GAIZKI PRESTATUTA ZEGOELAKO**
- Ez da iritsi ITSURA, **KOLONEKO NEOPLASIAREN ONDORIOZKO BUXADURA ZEGOELAKO**
- Ez da iritsi ITSURA, **KOLITIS LARRIAGATIK**

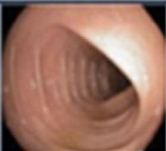
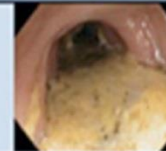
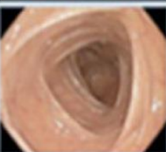
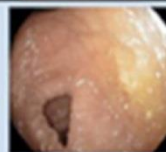
SEDAZIOA

Baheketako kolonoskopian, sedazio sakona lehenesten da. Ezohikoa da anestesia orokorra jartzea edo ez sedatzea.

PRESTAKETAREN ARABERA

Boston eskalan oinarritutako irizpideak aplikatzen ditugu.

Prestakuntzaren puntuazioa, Boston eskala aldatuaren arabera

ELCB		3	2	1	0	
3 = Excelente 2 = Buena 1 = Mala 0 = Inadccuada						
						
	CI	☐	☐	☐	☐	☐
	CT	☐	☐	☐	☐	☐
CD	☐	☐	☐	☐	☐	
ELCB = ☐						

Boston eskalak kolonaren hiru segmentuak (gorazkoa, zeharkakoa eta behearanzkoa) ebaluatzen ditu, non:

0 puntu = gorozki solidoak;

1 puntu = zikintasuna edo likido opakua dago;

2 puntu = zikintasun apur bat dago, baina mukosa ondo ikusten da

3 puntu = koloneko segmentu osoaren mukosa guztia ondo ikusten da, hondar-zikintasunik gabe

Prestaketa desagokitzat hartzen da segmentu bateko puntuazioa 0 edo 1 puntukoa bada edo guztizko puntuazioa < 6 puntu bada. Horrelakoetan, kolonoskopia errepikatu behar izaten da.

Kolonoskopiaren emaitza "ez da lesiorik aurkitu" bada (patologia garrantzitsurik edo polipo hiperplasikorik gabe), eta prestaketa ez bada heldu 6 puntura (hala moduzkoa), aurrez ezarritako aldia igaro baino lehenagorako birprogramatu behar da kolonoskopia, bitarteko minbiziak saihesteko.

Ez badugu prestaketaren kalitatea ezagutzen, **EZ APLIKAGARRIA** jarriko dugu eremuan.

KONPLIKAZIOAREN ARABERA

Konplikazioak ez dira baztertzailak, eta eremu hau kolonoskopia egin eta 10 egunera beteko da, gutxienez konplikazioen % 80 hauteman dela bermatze aldera (ingresuak, larrialdiak). Hiru hilean behin, Programan egindako kolonoskopia guztien eta ospitaleko ingresuen datu-baseak gurutzatzen dira. Programak zorrotz zaintzen ditu konplikazio guztiak; beraz, kasu guztiak identifikatzen eta erregistratzen dira.

1. **Digestio-bideetako odoljariora:** > 24 orduan ingresatu dituzten edota hemotransfusioa jaso duten pertsonak.
2. **Zulaketa:** proba erradiologiko bidez peritoneoan airea hauteman eta ingresatzeko beharra ekarri duen tratamendu kirurgikoa edo medikoa egin bada.
3. **Sedazioa:** arina nahiz larria izan daiteke (larriak ingresua dakar).
4. **Polipektomia osteko sindromea**, beti ingresuarekin.
5. **Heriotza.** Berehala esan behar zaio Koordinazio Zentroari (PKZ).
6. **Bestelakoak**

Ez bada zehazten konplikaziorik egon dela (zentro pribatuetan egindako kolonoskopien kasuan, adibidez), **EZ APLIKAGARRIA** jarriko da. Adibidez: **BESTE OSPITALE BAT EDO PRIBATUA.**

Ez dira erregistratuko KOM edo adenoma kirurgikoa direla-eta egindako esku-hartzeetako konplikazioak. Kasu horietarako, ebaluazio-ikerketa espezifikoak egingo dira.

AURKIKUNTZAK

Parte-hartzaile guztiek aurkikuntza/emaitza erabakigarria izan behar dute. Hau da, kolonoskopia behin betikoa ez den kasu guztietan, ez da "itxi" behar ez badago FITaren diagnostikoa egiaztatzen amaitu ez den ziurtasunik (kolon guztia behar bezala miatu da, prestaketa egokia izan da eta lesio guztiak kendu dira). Hau da, berrespen diagnostikoaren prozesuak kolonoskopia bat baino gehiago ekar litzake.

Beti ipiniko da lesiorik larriena. Endoskopia-egilea eta patologoa tamainaren inguruan ados jartzen ez badira, Anatomia Patologikoko txostenean agertzen den tamaina hartuko da erreferentziazat.

Polipektomian ez bada polipoa kentzen, endoskopia-egileak deskribatutako tamaina hartuko da aintzat arriskuaren kalkulua egiteko.

0. Normaltasuna: Kolonoskopiaren txostenean zehazten da ez dagoela aurkikuntza patologikorik edo

hemorroide edo dibertikuluak aurkitu direla soilik. Koli melansiarene kasuak ere sartuko dira.

1. Polipo hiperplasikoak: Anatomia Patologikoko txostenean deskribatzen dira. Osagai adenomatosorik edo zerradunik ez dagoela egiaztatu behar da.

2. Arrisku txikiko adenomak (adenoma ez-aurreratuak): (1-2 < 10 mm, maila baxuko displasia duen adenoma tubularra).

3M. Arrisku ertaineko adenomak (lesio aurreratuak): Inguruabar hauetakoren bat gertatzen den guttietan: Adenoma kopurua 3tik 4ra bitartekoa izatea, edo adenoma horietakoren bat ≥ 10 mm eta < 20 mm artekoa izatea, edo osagai bilotsua edo tubulobilotsua izatea, edo maila handiko displasia egotea, edo polipo zerradun ez-hiperplasikoak.

3A₁. Arrisku handiko adenomak (lesio aurreratuak): lesio sesil edo laua, ≥ 20 mm, sesila erauzketa zatikatuarekin

3A₂. Arrisku handiko adenomak (adenoma aurreratuak): 5 adenoma baino gehiago edo adenoma horietakoren batek ≥ 20 mm neurtzea.

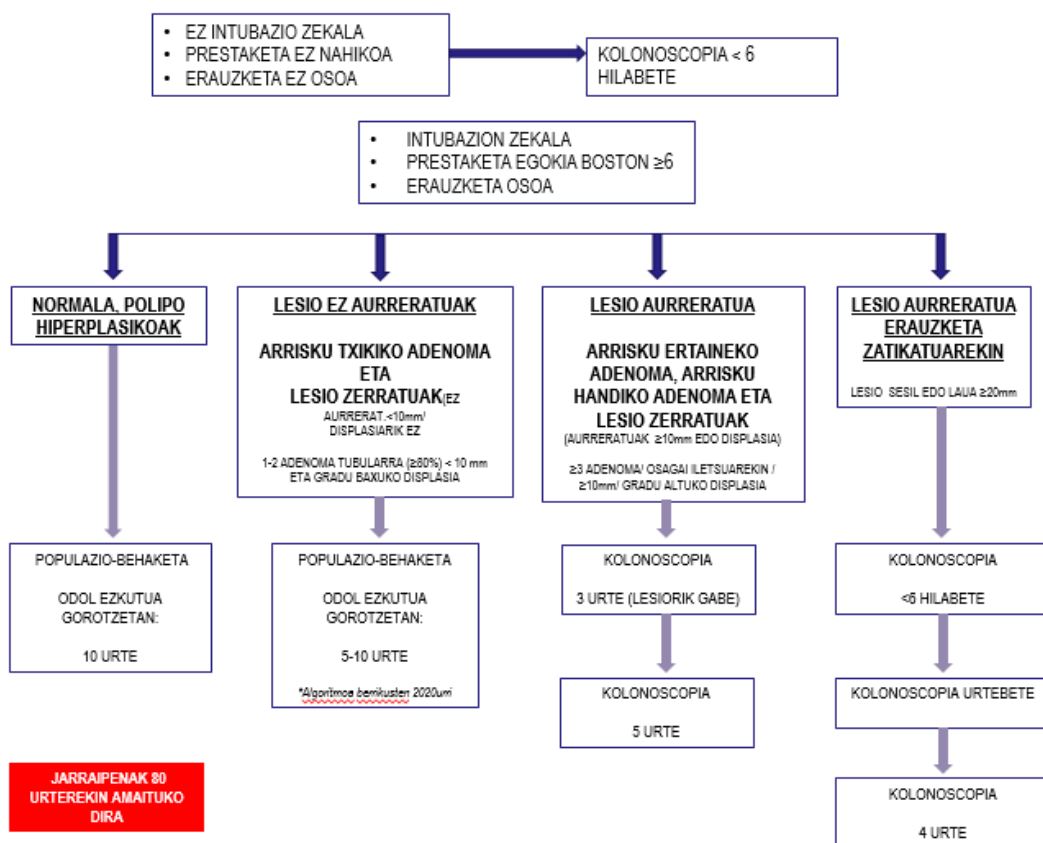
5. Kartzinoma. Submukosa inbaditzen duen lesioa, beste egitura batzuetan askotariko infiltrazio-mailak izan ditzakeena. Halako kasuei zaintza zorrotza egin behar zaie, behin betiko sailkapena lortzeko.

6. Beste patologia batzuk. Heste-hanturazko gaixotasunarekin (kolitis ultzeraduna, Crohn-en gaixotasuna) eskuarki lotuta dauden endoskopiako aurkikuntzak dira. Digestio-aparatuko espezialistak jarraipena egitea eskatzen dute. Hemen sartzen dira poliposia duten kasuak eta azterlan genetikoa/hereditarioa egitea eskatzen duten entitateak.

7. Ez argia: FIT positiboa eman eta kolonoskopian behin betiko diagnostikorik jaso ez duen norbait, edo beste proba bat egin bazaio eta horretan ere ez badu diagnostiko erabakigarririk jaso.

BESTE PROBA BATZUK

Hainbat arrazoi direla-eta ezin bada kolonoskopia optikoa egin (pazientearen oinarritzko patologia, kolonaren ezaugarriak, eta abar), OTA eta, sarriago, kolonoskopia birtuala egin daitezke. Oraingoan, proba horiek ez dira gold estandardtzat hartzen; beraz, patologikoa ez bada ere, une jakin batean behin betiko proba optikoren bat egin beharko da.

BAHEKETA-KOLONOSKOPIAREN ONDORENGO JARRAIPENA (Osasun Sistema Nazionalaren Sareak eta Osakidetzaren Sareak onetsia)
POLIPEKTOMIA ZAINZA 2020ko AZAROA


0. Normaltasuna: baheketatik bazter uztea 10 urte igaro arte. Errutinazko FIT baheketa 10 urte barru.

1. Nodulu hiperplasikoak: baheketatik bazter uztea 10 urte igaro arte. Errutinazko FIT baheketa 10 urte barru.

2. Arrisku baxuko adenomak (adenoma ez-aurreratuak): 1 edo 2 lesio adetomatoso tubular, maila baxuko displasiarekin eta <10 mm. FITa berriro egingo da 5-10 urte barru (2021ean ezartzeko berrikusten). PKZaren gonbidapen-gutuna jasoko du.

3. Arrisku ertaineko adenomak (lesio aurrerratuak): 3-4 adenoma edota adenometako bat ≥ 10 mm-koa izatea, osagai bilotsua, eta maila handiko displasia egotea. Kolonoskopia berriro 3 barru.

4. Arrisku handiko adenomak 1 (adenoma aurrerratuak): Lesio sesil edo laua, ≥ 20 mm-koa eta **erauzketa zatikatuarekin**: jarraipena arreta espezializatuan eta kolonoskopia 6 hilabeteko epean.

5. Arrisku handiko adenomak 2 (adenoma aurrerratuak): ≥ 5 adenoma edo adenoma horietakoren batek ≥ 20 mm neurtzea. Kolonoskopia berriro 3 barru.

6. Digestio-aparatuko balorazioa eskatzen duten beste patologia batzuk:

- (Heste-hanturazko gaixotasuna): kontsulta espezializatua.
- Poliposi hiperplasikoa duen lehen mailako ahaideren bat badu eta kolon sigmoidearen polipo hiperplasiko proximalak baditu, edozein dela ere kopurua.
- > 30 polipo hiperplasiko, edozein tamainatakoak, kolonean zehar. Banakako jarraipena.

7. Kolon eta ondesteko minbizia

PKGen eta ESI bakoitzeko arreta-ibilbideen arabeko protokoloek jarraituko zaie.

Azalpena:

Adenomek aldaketa displasikoen sorta zabala agertzen dute, eta nomenklatura duela gutxi aldatu da. Hala, lehen, displasia arina, moderatua, larria eta in situ kartzinoma esaten zitzairen, baina, gaur egun, **maila handiko displasian** biltzen dira displasia larria eta in situ kartzinoma, eta **maila txikiko displasian**, aldiz, displasia arina eta moderatua (XVI. eranskina).

KOM duten paziente guztiei estadifikazioa egingo zaie, ahal izanez gero TNMren sailkapenari jarraikiz (XVI. eranskina).

LESIO ZERRADUNEN SAILKAPENA (polipo hiperplasikoak, lesio sesil zerradunak eta adenoma zerradun tradizionala)

AURRERATUAK	≥ 10 mm edota displasia daukate*	ZAINKETA ENDOSKOPIKOA EGIN BEHAR ZAIE
EZ AURRERATUAK	< 10 mm eta ez daukate displasiarik	EZ ZAIE ZAINKETA ENDOSKOPIKORIK EGIN BEHAR

*Ondesteko eta sigmoideko polipo hiperplasikoak barne

Iturria: AEG gidaren gomendioak (2018), Osasun Sistema Nazionalaren Minbizia Bahetzeko Sareak onartutakoak 2020ko ekainean

OSAKIDETZAN KOLONOSKOPIAK LEHENESTEKO PROPOSAMENA

Kolonoskopiak hobeto kudeatzen eta baheketa-kolonoskopiak egiten laguntzeko, egiaztatuta baitago KOMaren intzidentziak eta KOMaren ondoriozko hilkortasunak behera egiten dutela horiekin, zenbait irizpideri jarraitu behar zaie. Irizpideok AEGk eta SEEDek proposatu zituzten (2020ko ekainaren 4ko UEG webinarra, Rodrigo Jover), eta Osakidetza egokituta daude.

Seihileko honetan, Osakidetzako sare osoko endoskopia-egileen lantalde batekin aritu gara lanean, Digestio Aparatuko Zerbitzua-Lehen Mailako Arreta-Digestio Aparatuko Zerbitzua atalen artean bi norabideko komunikazioa hobetu dadin, aurrez aurrekoak ez diren kontsulten bidez. Orintxe bertan, komunikazio hori posible da Osabiden.

Bestalde, baheketan lor daitezkeen dokumentuak lantzen ari gara, garrantzitsua baita ESI bakoitzeko ibilbideetara egokitzea (adibidez, askotan, ez dira ebakuntzaren aurreko probak errutinaz egiten).

Edonola ere, uste dugu Lehen Mailako Arretan burokrasia gehiegi dagoela eta gai batzuk konpondu gabe daudela oraindik ere:

- a) Kolonoskopia egiteko prestaketa: Osabiden gai hau hobetzeko check-list bat dago, erizaintzako kontsultarako.
- b) Lehen Mailako Arretak proposamen bat helarazi zigun, kolonoskopia egiteko zita ematen denean aktiba dadin aurreko egunean zita gogorarazteko SMS bat.
- c) Jarraipenak: ziurgabetasuna, batez ere, baheketakoak ez direnetan, baheketaren ondoren kolonoskopia egin dutenetan eta familia-aurrekariak dauzkatenean. Osabiden, gaur egun, hori hobetu daiteke, eta gogorarazpena gaineratu.

Kolonoskopiak lehenesteko aztertzen ari garen proposamena orokorra da, kolonoskopia guztietarako, Lehen Mailako Arretak edo Arreta Espezializatuak eskatu gorabehera.

Osabiden, lehentasuna finka daiteke, baina, batez ere, irizpideak adostu behar ditugu, eta erabaki informatua hartzeko modua hobetu; hau da, pertsonentzako onuren eta arriskuen balantzea kontuan hartu behar da. Kolonoskopiak proba inbaditzaileak dira, eta arriskuek gora egiten dute adinarekin eta komorbiditatearekin.

Gaur egun, lehentasunak Premiazkoa, Lehentasunezkoa eta Ohikoa dira. Deribazioak hobeto antolatzeke eta jarraipen trinkoak eta/edo desegokiak saihesteko irizpide berri hauek proposatzen ditugu, agendak libre egon daitezen 1-2-3rako.

1. LEHENTASUNA - < 4 ASTE

- KOMaren edo HGIn susmoa irudian edo azterketa fisikoan
- Odol ilunari eta/edo gorozkiekin nahastutako odolari lotutako errektorragia eta/edo pisu-galera eta/edo hesteen erritmo-al daketa eta/edo uzki inguruko sintomarik ez.
- Anemia ferropenikoa > 50 urterekin (gizonengan, Hb <11 g/dl; emakumeengan, Hb <10 g/dl)
- **FIT positiboa – baheketa ($\geq 20 \mu\text{g Hb/g gorozki}$)**
- FIT positiboa – sintomatikoak, beste zeinu batzuekin ($\geq 10 \mu\text{g Hb/g gorozki}$)

2. LEHENTASUNA - > 4 ASTE

- Anemiarik gabeko ferropenia, FIT negatiboa (<10 10 µg Hb/g gorozki), eta sintomak > 4 astez
- Ferropenia eta anemia < 50 urterekin, FIT negatiboa (<10 10 µg Hb/g gorozki), eta sintomak > 4 astez
- Hesteen erritmo-aldaketa < 50 urterekin, FIT negatiboa (<10 10 µg Hb/g gorozki), eta sintomak > 4 astez
- Ebaluazioa dibertikulitis akutu konplexuaren ondoren
- FIT negatiboa izanda (<10 10 µg Hb/g gorozki) eta sintomak > 4 astez edukita, beheako kronikoaren, abdomeneko minaren eta kezkagarriak ez diren beste sintoma digestibo batzuen ebaluazioa

3. LEHENTASUNA – PROGRAMAZIOA EGOKITZEKO AUKERA (6 HILABETEKO aldia)

- Polipektomiaren orbaina zaintzea
- Herentziazko KOMa duten pazienteak zaintzea
- KOMa duten pazienteak zaintzea
- HGla duten pazienteak zaintzea
- Polipektomia ostea prestaketa txarra, erauzketa bukatugabea eta/edo erauzketa zatikatua izan bada
- KOMa duten senideen baheketa, algoritmoaren arabera, herentziazko sindromeak, sindrome poli-posikoak (2018ko gidari jarraikiz).
- **Polipektomia osteko zaintza, algoritmoaren arabera (berria 2020ko urriaren 1etik)**

4. LEHENTASUNA – EGOERA HAUETAN EZ DA EGIN BEHAR (KOLONOSKOPIEN % 20-30 DIRA)

- Endoskopia osteko zaintza trinkoa (jarraipen-epeak laburtuz). Hauetako asko Digestio Aparatuko Zerbitzuaren, Kirurgia Zerbitzuaren edo Lehen Mailako Arretaren gomendio ezegokien ondoriozkoak dira. Bi norabideko komunikazioa hobetzen inbertitu behar da hemen.
- **Kolonoskopiak familia-historian KOMa dagoenean (ez du irizpidearekin bat egiten).** 2018ko PKGari jarraikiz, herentziazko minbizia eta/edo lotutako poliposia baztertu behar dira lehenik. Lehen mailako senideak ≥ 2 badira, kolonoskopia 5 urtean behin egitea gomendatzen da (40 urterekin hasita, edo, bestela, kasu gazteenak baino 10 urte lehenago); gainerako kasuetan (lehen mailako senide 1, bigarren mailako 2 eta hirugarren mailakoren bat), populazio-baheketa (50 urterekin hasita). Zalantzarik izanez gero: aurrez aurrekoa ez den kontsulta Digestio Aparatuko Zerbitzuari.
- Zaintza endoskopikoa FIT negatiboa dutenei. Baheketara gonbidatu aurretik, 15.000 pertsona inguru baztertzeko ditugu urtero, FIT negatiboa izanda kolonoskopia egin dutelako hurrengo gonbidapenaren aurretik. Maiztasun kezkagarriagatik eta **alarma-sintomarik ezean (1-2 lehentasuna): FIT negatiboa dutenei ez litzaieke kolonoskopiarik agindu beharko baheketaren aurreko gonbidapenean.**
- Dibertikulitis akutuen osteko zaintza. Ebidentzia zientifikoak errutinazko kolonoskopia hauek ez egitea aholkatzen duenez eta Lehen Mailako Arretak asko-askotan balorazioa egiteko zailtasunak dituenaz, aurrez aurrekoa izango ez den kontsulta eskatu beharko litzateke Digestio Aparatuko Zerbitzuarekin, kasu bakoitza baloratzeko.
- FIT positiboa: kolon normala edo adenoma ez-aurreratua. **Baheketatik gonbidatuko ditugu. (Algoritmoa)**

- < 10 urteko bizi-itxaropena (80 urte) edo/eta komorbilitate altua dutenak zaintzea. Adina alderdi eztabaidagarria den arren, garrantzitsua da onura-arrisku balantzea kontuan hartzea. **Halaber, ez eskatu SOH bat, irizpideak betetzen ez badira.**

(1.12.2020 bertsioa)

Nork eginga: Isabel Portillo, Isabel Idigoras, Isabel Bilbao. Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Euskadiko Baheketa Programa

Nork berrikusia: Joaquín Cubiella, Luis Bujanda, Franscesc Balaguer, Rodrigo Jover. AEG.SEED

Euskadiko Endoskopiako eta Lehen Mailako Arretako lantaldeek eguneratu dute (2020)

GERUZAPEN-IRIZPIDEAK**KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIAREN FAMILIA-AURREKARIAK DAUDENEAN LEHEN MAILAKO ARRETATIK JARDUTEKO ETA DIGESTIBOKO KONTSULTETARA DERIBATZEKO IRIZPIDEAK**

Osakidetza-ren Endoskopiako lantaldeak aholku eman du Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Baheketa Programarako, eta, halaber, jarduteko-irizpideak egin eta adostu ditu, familia-aurrekariak edukitzeagatik kolon eta ondesteko minbizia edukitzeko arrisku altua izan dezaketen pertsonen arreta eman eta deribatzeke.

Irizpide horiei jarraikiz, aurrez aurrekoa izango ez den kontsulta egingo zaio ospitalez kanpoko kanpo-kontsultetako Digestio Aparatuko Zerbitzuko mediku espezialistari, kasua baloratu dezan, aholku eman dezan eta, irizpideen arabera, ospitaleko arrisku handikoen kontsultetara (AHK) deribatu dezan pertsona.

AHKn, paziente bakoitza eta haren arriskua ebaluatuko dira, herentziaren osagaia baztertuz, ebidentzian oinarritutako gomendioei jarraikiz. Pazienteari informazioa eta aholkua emango zaizkio, eta jarraipena aginduko (Digestio Aparatuko Zerbitzuko eta/edo Lehen Mailako Arretako kontsultak, populazio-baheketa), Osabiden idatzi eta eskuragarri uztearekin batera.

1. Ospitalez kanpoko Digestiboko kontsultetara deribatzea (aurrez aurreko kontsulta ez)

A) KOMaren aurrekari pertsonalik izan gabe, lehen mailako senide bat (aita/ama, neba/arreba edo anaia/ahizpa, semea/alaba) badute honekin:

- KOMa <50 urterekin
- KOM sinkroniko edo metrakronikoa
- KOM eta EM * sinkroniko edo metrakronikoa
- KOMa eta >10 polipo

B) KOMaren aurrekari pertsonalik izan gabe kontsultara jo duen pertsona, elkarren artean lehen mailakoak diren 2 senidek (aita/ama, neba/arreba edo anaia/ahizpa, semea/alaba) honako hau dute-lako:

- KOMa biek
- Batak KOMa eta besteak endometrioko minbizia (EM)*
- Batak KOMa eta besteak >10 polipo

Gainera, kontsulta egin digun pertsonak aurreko bi horietako baten lehen mailako senidea izan behar du (aita/ama, neba/arreba edo anaia/ahizpa, semea/alaba)

*Lynch-en sindromea (= KOMaren herentziazko sindromearen kausarik ohikoena), EMA da bigarren tumorarik ohikoena

2. Ospitalez kanpoko Digestiboko kontsultatik arrisku handikoen kontsultara (aurrez aurrekoa) deribatzea

AHKn herentziazko kausa baztertzen bada,

honela egingo da KOMaren bigarren mailako prebentzioa:

Kolonoskopia 5 urtean behin, 40 urtetik aurrera, pertsona hauekin:

- KOMik ez, baina KOMa duen lehen mailako senide bat, <50 urtekoa
- KOMik ez, baina elkarren artean lehen mailako senideak (aita/ama, neba/arreba edo anaia/ahizpa, semea/alaba) diren bi pertsona daude familian KOMarekin, eta KOMa ez daukan pertsona beste bi horietako –gutxienez– baten lehen mailako senidea da

KOMaren populazio-baheketan parte hartzea, pertsona hauekin:

- KOMik ez, baina KOMa duen lehen mailako senide bat, >50 urtekoa

KOMa izan gabe bigarren (aitona/amona, izeba/osaba, iloba) eta hirugarren (birraitona/birramona, osaba/izeba zaharra, lehengusua/lehengusina) mailako senide batek KOMa badu, KOMaren populazio-baheketan hartuko du parte.

KOMaren lehen mailako prebentzio-neurriak azpimarratu, familiek askotan partekatzen dituztelako herentziazkoa ez den KOMaren arrisku-faktoreak, garrantzitsuak horiek familia berean KOMaren kasu berriak agertzeko**

(tabakoa, alkohol gehiegi, gehiegizko pisua, sedentarismoa saihestu / dieta mediterraneo eta ariketa fisiko erregularra sustatu) **

OHARRAK

Deribazio-irizpide klinikoen helburua da KOMik ez duten eta beren familia-historiagatik herentziazko sindromea izateko arriskuan dauden subjektuak identifikatzea. Basurtuko Ospitaleko Genetikako, Anatomia Patologikoko eta Digestio Aparatuko Zerbitzuen arteko adostasunez hautatu dira, aurreko bibliografian oinarrituta. Praktika klinikoko gidak Europako esparrura mugatzen dira, azken bileran adostu zen bezala.

Irizpideak sinplifikatzen saiatu gara, esanguratsuenak aukeratuta, Lehen Mailako Arretako profesionalek eguneroko praktika klinikoan aplikatu ahal izateko.

Ezagunak dira susmo-irizpide klinikoek KOM sindrome hereditarioak identifikatzeko dituzten mugak; batez ere, ohikoenarekin dauzkate mugak, Lynch-en sindromearekin.

Horregatik, ospitale guztietako KOM eta EM intzidenteetan Lynch-en sindromearen baheketa ezartzea gomendatzen da. Ahal bada, KOM eta EM guztiei aplikatu beharko litzaieke (baheketa unibertsala), baina onartzen dugu ospitale guztietan ezingo direla onartu horrek ekarriko lituzkeen lan-karga eta baliabideak; batez ere, Anatomia Patologikoko Zerbitzuetan.

Kontuan hartuta baheketa-adina gehiegi mugatuz gero identifikatu gabeko kasuen proportzioa handia izango litzatekeela eta, aldi berean, ospitale bakoitzaren ahalmen asistentzialarekin oreka lortzea litzatekeela egokiena, komenigarria litzateke gutxienez Lynch-en sindromearen baheketa-adina 70 urtera arte luzatzea.

Basurtuko ospitalean, adibidez, 80 urtera arte luzatzea adostu dugu. Amerikan berriki egindako ikerketa batean, kasuak % 1,6 jaitsi dira ebaketa-puntu horrekin.

Protokolo hau berrikusi egin behar da, eskura dagoen ebidentzian eta Osakidetzako sarean lortutako adostasunean oinarrituta.

BIBLIOGRAFIA

Kolon eta Ondesteko Minbizia Diagnostikatu eta Prebenitzeko Praktika Klinikoko Gida. AEG eta SEM-CFyC. 2018an eguneratua. https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2019/01/Actualizacion_Prevention_cancer_colorrectal_Semfyc.pdf

Endoscopic management of Lynch syndrome and familial risk of colorectal cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. 2019. https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2019_a_1016_4977.pdf

Guidelines for the management of hereditary colorectal cancer from the British Society of Gastroenterology (BSG)/ Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (ACPGBI)/ United Kingdom Cancer Genetics Group (UKCGG). 2019. <https://gut.bmj.com/content/gutjnl/69/3/411.full.pdf>

Collaborative Group of the Americas on Inherited Gastrointestinal Cancer Position statement on multigene panel testing for patients with colorectal cancer and/or polyposis. Fam Cancer. 2020 July ; 19(3): 223-239. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7326311/pdf/nihms-1595967.pdf>

Familial Colorectal Cancer. Review article. Best Practice and Research Clinical Gastroenterology 2022 <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2022.101798> (preprintsan)

KOM: kolon eta ondesteko minbizia

EM: Endometrioko Minbizia

AHK: Arrisku Handikoen Kontsulta

LMS: Lehen Mailako Senitartekoa

BMS: Bigarren Mailako Senitartekoa

HMS: Hirugarren Mailako Senitartekoa

ENDOSKOPIAKO UNITATEAN ETA ALTA EMATEAN ERIZAINZAKO ERREGISTROA EGI-TEKO IRIZPIDE OROKORRAK

Erizaintzako erregistroak asistentzia sanitarioaren funtsezko alderdietako bat dira, eta pazientearen historia klinikoan txertatuta daude. Ondorioz, eraginak dituzte eta erantzukizun jakin batzuk dakartzate, lan-bidearen nahiz legearen alorrean, eta behar besteko zorrotasun zientifikoak gauzatu behar dira, kalitatez egiten direla bermatzeko moduan.

Barruan bil ditzakeen datuen izaera dela-eta, edukiaren konfidentzialtasuna ziurtatu behar da, baita, horrenbestez, informazioan aipatzen den pertsonaren intimitatea ere. Beraz, nahitaez erregistratu behar dira ibilbide klinikoko datu guztiak eta pazienteak tratamenduari emandako erantzuna, ingresatzen dutenetik alta ematen zaion arte.

Erregistroek honako hauek jaso behar dituzte:

Informazio objektibo eta zehatza

Ondo irakurtzeko moduan idatzi, argi

Asistentziarekin batera gertatzen direnak

1. Aurretiko onarpena:

Egiaztatu pazientearen identifikatzeko datuak

2. Anamnesia

Egiaztatu honako hauei buruzko aurrekariak historia klinikoan:

- Alergiak, diabetesa, hipertentsioa, BGBK
- Kirurgia abdominal eta ginekologikoak
- Aurrez egindako endoskopiak
- Koagulazioaren alterazioak
- Ohiko tratamendua: Antiagregatzaileak eta antikoagulatzaileak

Burdina

Antsiolitikoak eta antidepresiboak

Egiaztatu endoskopiaren eta sedazioaren baimen informatua ezagutzen duela eta sinatu duela

3. Miaketa egiten den bitartean

Erregistratu zain-bidearekin eta arnasbidearekin lotutako guztia

Erregistratu proba egin bitartean konplikaziorik gertatu den:

- Arnas depresioa
- Bradikardia
- Mina
- Odoljariora
- Zulaketa

4. Miaketa egin ondoren

Egiaztatu Anatomia Patologikora bidaltzen diren laginetan datu hauek biltzen direla:

- Pazientearen filiazioa eta identifikazioa
- Pazienteari buruzko informazio kliniko garrantzitsua
- Azterketa endoskopikoko aurkikuntzak
- Endoskopian zehar hartutako laginak
- Ontzi bakoitza behar bezala identifikatuta eta zenbakituta

Lagin endoskopiko edo ontzi bakoitzean, egiaztatu honako hauek aipatzen direla:

- Kokapena
- Lagina hartzeko aplikatutako teknika
- Diagnostikorako biopsia den edo lesio bat erazteko egin den
- Erazketaren bat egin bada, osoa, osatugabea edo zatikatua izan den
- Lesioaren morfologia
- Lesioaren tamaina

5. Susperraldiaren iraupena

Aldreteren eskala aplikatu (atala: anesthesiaren osteko altaren indizea)

6. Alta osteko gomendioak

Jakinarazi eta entregatu idatziz alta osteko gomendioak, eta erregistratu

4. KOLONOSKOPIA EGIN ETA ALTA EMAN ONDORENGORAKO GOMENDIOAK

Kolonoskopia heste lodiko lesioak detektatzeko egiten den proba diagnostiko bat da. Prozedura egitean polipoak aurkitzen dira sarritan, eta erauzi egiten dira. Kolonoskopiaren konplikazioei aurrea hartzeko, arretaz irakurri orri hau, eta bertan jarritakoari jarraitu. Zer edo zer ondo ulertu ez baduzu, galdetu medikuei edo erizainei, ospitaletik irten aurretik. Ez zalantzarik izan horretarako.

PROBA BUKATUTAKOAN, HAU SENTI DEZAKEZU:

- **Distentsio abdominala, haizeak botatzeko beharra, hantura edo sabelaldeko kalanbreak.** Proban sartu den aireak sortzen ditu horiek guztiak, eta, ondoeza arintzeko, haizeak bota egin behar dira.
- **Odola uzkitik,** baldin eta poliporen bat erauzi badizute.
- **Logura,** proban erabilitako lasaigarriengatik.
- **Buruko min arina eta ondoez orokorra.**

HURRENGO 24 ORDUETAN:

- **Kolonoskopia egin ondoren, ez gidatu autorik, eta ez lanik egin makina astunekin.** Era berean, ez sinatu dokumenturik, eta ez hartu erabaki garrantzitsurik. Izan ere, lasaigarriek zure ahalmena gutxi dezakete, bai kontzentratzeko, bai erreakzionatzeko.
- **Ez edan alkoholik.** Alkohola eta lasaigarriak nahasteak kalte egin diezazuke.
- **Atsedean hartu, eta ez egin ahaleginik.** Baliteke kolonoskopia egitean polipoak ateratzea. Hartu atsedean, hesteak bere onera etor daitezen eta odoljariorik izan ez dezazun.
- **Apurka, hasi ohiko dieta egiten. Hasieran, likidoak edan, eta, ondo toleratuz gero (ez gorkorik, ez sabelaldeko minik), janari solido bigunak jan.** Saihestu janari oso onduak edo oso koipetsuak, bai eta haziak dauzkatena ere. Ez hartu edari gasdunik.

LARRIALDIETARA JO BEREHALA, HONAKO SINTOMA HAUEK IZANEZ GERO:

- **ARNASA HARTZEKO ZAILTASUNA.**
- **ONDOEZ OROKORRA.**
- **ZORABIO LARRIAK, AHULTASUNA EDO BIHOTZEKO ERRITMO BIZKORTUA.**
- **SUKARRA EDO HOTZIKARAK.**
- **ETENGABEKO EDO ALDIZKAKO ODOLJARIOA, ARINTZEN EZ DENA EDO UGARIA.**
- **SABELEKO MIN LARRIA.**
- **GORAGALE ETA GORAKO LARRIAK.**
- **JATEKO EZINTASUNA.**
- **MINA EDO GORRITASUNA SERUMA JARRI ZIZUTEN LEKUAN.**

GOMENDIO PERTSONALIZATUAK

RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS REALIZACIÓN DE COLONOSCOPIA

La colonoscopia es una prueba diagnóstica cuyo objetivo es detectar lesiones en el intestino grueso. Es frecuente encontrar pólipos que serán extirpados durante el procedimiento. Para prevenir las posibles complicaciones de la colonoscopia debe usted leer atentamente esta hoja y seguir las pautas que se le indican. No dude en consultar al equipo médico y de enfermería antes de abandonar el Hospital todo lo que no le haya quedado suficientemente claro.

UNA VEZ FINALIZADA LA PRUEBA USTED PUEDE SENTIR

- Distensión abdominal, necesidad de expulsar gases, hinchazón o calambres abdominales. Esto se debe al aire insuflado en la prueba, por lo que es muy importante su expulsión para aliviar sus posibles molestias.
- Sangrado rectal leve si le han extirpado algún pólipo.
- Cierta tendencia al sueño, por los sedantes utilizados tras la prueba.
- Ligero dolor de cabeza y malestar general.

DURANTE LAS SIGUIENTES 24 HORAS

- **No conduzca un automóvil ni trabaje con maquinaria pesada después de la colonoscopia.** Tampoco debe firmar documentos ni tomar decisiones importantes ya que los sedantes pueden interferir con su habilidad para concentrarse o disminuir su capacidad de reacción.
- **No beba bebidas alcohólicas.** La combinación de alcohol y sedantes puede afectar negativamente a su salud.
- **Repose y no haga esfuerzos.** Durante la colonoscopia pueden haberle extirpado pólipos y debe descansar para que se recupere su intestino, evitando el sangrado.
- **Vuelva a su dieta habitual de manera gradual. Comience tomando líquidos y si los tolera bien (sin vómitos ni dolor abdominal) tome alimentos sólidos blandos**, por lo que debe evitar alimentos muy condimentados o muy grasos, así como aquellos que contengan semillas. Evite también las bebidas gaseosas.

ACUDA AL SERVICIO DE URGENCIAS INMEDIATAMENTE SI TIENE ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS

- Dificultad para respirar.
- Malestar general.
- Mareos severos, debilidad o ritmo cardíaco acelerado
- Fiebre o escalofríos.
- Sangrado continuo o intermitente que no cede o es abundante
- Dolor abdominal severo.
- Náuseas y vómitos severos
- Incapacidad para alimentarse.
- Dolor o enrojecimiento en la zona en la que le colocaron el suero.

RECOMENDACIONES PERSONALIZADAS

VII. ERANSKINA
PROGRAMAREN ALDAGAIK

ALDAGAIAREN IZENA	DESKRIBAPENA	BALIOAK
DATU PERTSONALAK	Izena.	Testua
	1. abizena	Testua
	2. abizena	Testua
	IKK	Katea
	OTIa	Katea
	NANa	Katea
	Jaioteguna	Eguna
	Sexua	0 Gizona 1 Emakumea
DATU POSTALAK	Kalea	Testu
	Ataria	orokorra
	Bis	
	Blokea	
	Eskailera	
	Solairua	
	Atea	
	PK	
	Tel-zk.	
	Probintzia	
	Udalerrria	
	Herria	
KOKAPEN SANITARIOA	Eskualdea	Osabide kodeak
	LMAko medikuaren kodea	Osabide kodeak
	LMAko medikuaren izena	Osabide
	Osasun-zentroa	Osabide kodeak
GUTUNAK BIDALTZEA	Baztertuentzako gutuna	Kargatze-data
	Informazio-gutuna + liburuxka	Adin-tartea: 0. 50-54 urte 1. 55-59 urte

118

	Prestaketaren kalitatea	Egokia / Hala moduzkoa / Txarra / Ez aplikagarria
	Sedazioa/Analgesia	Sedaziorik ez / S. sakona / S. arina / Ez aplikagarria
	Konplikazioak (ez-baztertzailak)	1. Ez 2. Heriotza 3. Ez aplikagarria 4. Polipektomia osteko sindromea 5. Odoljariora: ingresua/transfusioa 6. Zulaketa: ebakuntza kirurgikoa / tratamendu kontserbadorea 7. Sedazioa: - arinak: bihotz-erritmoaren alderazioa, arnas depresioa, intolerantzia, oka, beste batzuk - larriak: asistolia, anafilaxia, desaturazioa, bronkoxurgapena, beste batzuk
	Aurkikuntzak	0. Normala / Garrantzirik gabeko aurkikuntzak 1. Polipo ez-neoplasikoak 2. Arrisku txikiko adenomak 3M. Arrisku ertaineko adenomak 3A. Arrisku handiko adenomak 5. Kartzinoma 6. Garrantzitsua ez-neoplasikoa 7. Ez argia 8. Ez aplikagarria
	Jarraipena	0. Jarraipenik ez/FIT 10 urte barru < 60 urte 0A. Kolonoskopia/FIT 5 urte barru 1. Kolonoskopia 10 urte barru 2. Kolonoskopia 5-10 urte barru 3. Kolonoskopia 5 urte barru 4. Kolonoskopia 3 urte barru 5. Kolonoskopia 1-2 urte barru 6. Kolonoskopia < 1 urte barru 7. Kontsulta espezializatua 8. Ez aplikagarria

	Biopsia	Eguna Kopurua SNOMED kodea
	egitea	
	Balioa	Bai/Ez
	Behin betiko diagnostikoa	Osabide kodea
	Zentroa	Eguna
	Proba	Kolonoskopia birtuala / Enema opakua / OTA / Beste batzuk
	Mota	Normala / Patologikoa / Ez erabakigarria
	Emaizta	
	Tamaina	
	Topografia	Alfanumerikoa
Anatomia patologikoa	Morfologia	Alfanumerikoa
	T	Alfanumerikoa
	M	Alfanumerikoa
	N	Alfanumerikoa
	Estadioa	0/I/IIA/IIB/IIC/IIIA/IIIB/IIC/IVA/IVB / Zehaztu edo adierazi gabe
	Desberdintzapen-maila	Ona / Ertaina / Eskasa edo txarra / Diferentzia-ziorik gabe edo anaplasikoa / Zehaztu edo adierazi gabe
Kolonoskopia birtuala	Kolonoskopia argia ez bada	Patologikoa bai/ez
Lesioen jarraipena, 5. kasuan. Kartzi-noma	Lehenengo tratamendua	Eguna
	Tratamendu mota	Tratamendurik ez / Kirurgia / Kimioterapia / Erradioterapia / Endoskopiko erradikala / Beste terapia batzuk / Sintomatikoa
		Osabide kodea

Polipoak	Ospitalea	BAI/EZ
	Tratamendu laguntzailea	
	Kopurua	
	Berreskuratuak	
	Tamaina	
	Kokapena	
	Paris sailkapena	
	Histologia	
	Displasia-maila	
	Erauzketa batean edo zatikatua	

Ebaluazio-adierazleak

Egituraren ebaluazio-adierazleak

Adierazlea	Algoritmoa	Informazio-iturria
Informatutako profesionalen %a	Gutxienez saio batean parte hartu duten profesionalen kop./Profesionalen kop. unitatearen/osasun-zentroaren/zerbitzuaren arabera	Langileak Bertaratuen erregistroa
Programara eskainitako baliabideen %a Giza baliabideak, ekipamenduak, baliabide materialak	Programara eskainitako baliabideen kop./aurreikusitako baliabideak	Kontratazioa Giza Baliabideen Zuzendaritza

Prozesuaren adierazleak

Adierazlea	Algoritmoa	Informazio-iturria
Baliozko gonbidapenen %a	Populazioa / Populazio hautagarriak	Itzulitako gutunak Jakinarazpenak
Baliozko test prozesatuen %a	Behin betiko FIT emaitza duen populazioa (positiboa nahiz negatiboa) / kita entregatu duten pertsonen kop.	Gestlab Intzidentziak
FIT emaitza positibodun pertsonen %a	FIT emaitza positibodun pertsonen kop./Behin betiko FIT emaitza duten pertsonen kop.	Gestlab
Guztira egindako kolonoskopien kop.	Programan guztira egindako kolonoskopien kop.	Osabide
Kolonoskopien tasaren %a	Guztira egindako kolonoskopien kop./azken emaitzan FIT (+) duten parte-hartzaileei egindako kolonoskopien kop. * 100	Osabide
Kolonoskopien %a, emaitzen arabera:	Emaitzarik larrienaren arabera kolonoskopia egin duten pertsonen kop./koloneko kolonoskopia egina eta FIT (+) duten pertsonen kop. * 100	Osabide-Integra SNOMED
Kolonoskopia osoen %a	Itsura iritsitako kolonoskopien kop./programan guztira egindako kolonoskopien kop. * 100	Osabide-Integra
Konplikazioen %a	Konplikazioak izan dituzten kolonoskopien kop. / sigman egindako kolonoskopien kop. * 100	Osabide-Integra
Kolonoskopien %a, konplikazio motaren arabera (odoljariora/zulaketa/heriotza/bestelakoak)	Konplikazioak izan dituzten kolonoskopien kop., motaren arabera/programan guztira egindako kolonoskopien kop. * 100	Osabide-Integra
Aurkikuntzaren arabera jarraipenean dauden pertsonen %a	Aurkikuntzaren arabera jarraipenean dauden pertsonen %a/kolonoskopia egin duten pertsonak * 100	Osabide-Integra

Antolaketaren adierazleak

Adierazlea	Algoritmoa	Informazio-iturria
Parte-hartzaileen %a > 10 egun emaitza bidalita	Parte-hartzaileen kop., non emaitzaren bidalketa - gutunaren data > 10 egun / parte-hartzaileen kop. guztira	Osabide KOMBP
Parte-hartzaileen %a > 28 egun kolonoskopia egiteko	Parte-hartzaileen kop., non 1. kolonoskopiaren data - LMAko medikuaren harreman-data > 28 egun / FIT positiboaren ostean 1. kolonoskopiarako data duten parte-hartzaileen kopurua guztira	Osabide.
Tratamendua hasi eta > 30 egunera ondets-teko eta koloneko minbiziaren aurkikuntza endoskopikoa (KOMBP 5. kodea) izan duten parte-hartzaileen %	1. tratamenduaren data - kolonoskopiaren data (5. motako aurkikuntza) > 30 egunera izandako kasuen kop. / KOM aurkikuntza (KOMBP 5. kodea) izan duten parte-hartzaileen kopurua guztira	Osabide.
Atzerapenak (P25, mediana, eta P75), FIT+ emaitzaren eta 1. tratamenduaren artean KOM	Atzerapen-egunen kop./parte-hartzaileak pertzentiletan	KOM programa

Atzerapenak (p25, mediana eta p75), FIT+ emaitzaren eta KOM lehen tratamenduaren artean

	P25	P50	P75
Diagnostikoaren atzerapen-egunak			
Tratamenduaren atzerapen-egunak			
Atzerapen-egunak guztira			

Emaitzen adierazleak
1. taula POSITIBOTASUNAREN, KOLONOSKOPIAREN ONARPENAREN ETA DETEKZIO-TASEN ADIERAZLEAK

TASAK	Euskadi, 2009-2022			Europako Gida
	Gizonak	Emakumeak	Bi sexuak	Bi sexuak
PARTE-HARTZEAREN TASA (baliozko gonbidapenen gaineko %a)	% 67,84	% 72,92	% 70,47	>% 65
POSITIBOEN TASA (parte-hartzaileen gaineko %a)	% 6,5	% 4,16	% 5,25	% 4-11
BERRESPEN-KOLONOSKOPIA-REKIKO ATXIKIPENA, BEHIN BETIKO DIAGNOSTIKOAREKIN (positiboaren gaineko %a)	% 92,45	% 92,92	% 92,65	90-95
ARRISKU BAXUKO ADENOMAREN DETEKZIO-TASA x 1.000 parte-hartzaile	‰ 11,72	‰ 7,185	‰ 9,29	‰ 13,3-22,3

MINBIZIA INBADITZAILEAREN DETEKZIO-TASAK $\geq$ pT1 x 1.000 parte-hartzaile	% 2,99	% 1,5	% 2,19	% 1,3-9,5
LESIO AURRERATUEN DETEKZIO-TASA (LA=AEA + AHA) x 1.000 parte-hartzaile (1-3 adenomak eta/edo % 25 iletsua eta/edo maila altuko displasia)	% 27,795	% 10,97	% 18,78	—
NEOPLASIA AURRERATUAREN (NA) DETEKZIO-TASA = AA+KOM x 1.000 parte-hartzaile	% 30,78	% 12,47	% 20,97	—
KOM-AREN BALIO IRAGARLE POSITIBOA	% 4,59	% 3,61	% 4,17	% 4,5-8,6
BALIO IRAGARLE POSITIBOA lesio aurreratua	% 42,43	% 26,09	% 35,48	—
BALIO IRAGARLE POSITIBOA lesio ez-aurreratua	% 42,74	% 26,35	% 35,77	—

Iturria: Guk geuk egina (Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Euskadiko Baheketa Programaren datuak; Europako PKG, 2010).

VIII. ERANSKINA PROGRAMAREN KALITATE-IRIZPI-DEAK (EUROPEAN COMMISSION, 2010)

Adierazlea	Onargarria	Desiragarria
Gonbidapena	% 95	>% 95
Parte-hartzearen tasa	>% 45	>% 65
FIT ezegokiaren tasa	<% 3	<% 1
Testa egiten denetik emaitza jaso arte	>% 90 15 egun baino gutxiago	
Kolonoskopia-aginduaen tasa	% 90	>% 95
FIT (+) diagnostikatzen denetik kolonoskopia egin arte	>% 90 31 egun baino gutxiago	> % 95 31 egun baino gutxiago
Kolonoskopia osoen tasa	>% 90	>% 95
Behin betiko kolonoskopiatik eta tratamendura arte	> % 95 31 egun baino gutxiago	
KOMaren Baheketa Programako endoskopia egin beharko lituzketen prozeduren kopurua	300	>300
Programan identifikatutako biopsia eta lesioen zein ehuneko jakinarazi behar den formatuaren arabera	>% 90	
Neoplasia-maila altuko displasien identifikazio-tasa, Baheketa Programako kolonoskopian patologiagatik erregistratutakoena	<% 5	
Neoplasia-maila altuko displasien identifikazio-tasa, Baheketa Programan patologiagatik erregistratutakoena	<% 10	

IX. ERANSKINA SENTSIBILIZAZIOA ETA PRESTAKUN- TZA

Aldez aurretik:

1. Osasun-zentroetan banatzeko kartelak egitea.
2. Programaren ezaugarriei eta berekin dakartzan probei buruzko liburuxkak egitea. Parte-hartzaileei posta bidez banatuko zaizkie, eta osasun-zentroetan eskuragai jarriko dira.
3. Internet. Interneten lortu ahalko dira liburuxketan jasotako informazio berbera eta erlazionatutako aplikazio bat: [Kolon eta ondesteko minbizia - Osasun Eskola \(euskadi.eus\)](http://KolonaOndestekoMinbizia-OsasunEskola.eus)
4. Doako informazio-telefonoa, herritarrentzat eta profesionalentzat. **900 840 070** (erantzungailua dauka).
5. Posta elektronikoko helbidea harremanetan jartzeko eta zalantzak argitzeko: prevencionccr@osakidetza.eus
6. Prozesuan aritzen diren profesionalen aurkezpena egitea, programaren, ibilbideen eta protokoloen ezaugarriak azalduta. Gutxienez bat arduradunekin, eta bat osasun-zentro eta erreferentziako ospitale bakoitzeko, tarteko profesional guztientzat (medikuak, erizainak, erizain laguntzaileak, administrariak eta egokitzen dituzten oro).

Prestakuntza

HELBURUAK.

Helburu estrategikoa

Lehen Mailako Arretako Unitateetako eta erreferentziako ospitaleetako profesionalen koloneko eta ondesteko minbizia goiz detektatzeko programa eta lortutako emaitzak ezagutzea, programa garatzeko beharrezko ekintzak planifikatzeko, eta profesionalen inplikazioa lortzea, programa abian jarri eta haren jarraipena egiteko.

Helburu espezifikoak

Ezagutzea:

- Kolon eta ondesteko minbiziaren oinarri epidemiologikoak
- KOMBPerako sortutako ibilbideak, baliozkoak
 - FIT+ laginak jaso eta prozesatzeko ibilbideak
 - FIT+ kasuen emaitzen kudeaketa:
 - Baimen informatua
 - Historia klinikoko datuak: ohiko medikazioa (antikoagulatzaileak, antiagregatzaileak), aurrekari pertsonalak eta familia-aurrekariak
 - Ebakuntza aurrekoa, hala badagokio
 - Kolonoskopiak egiteko prestaketa

- Kolonoskopiaren emaitzak kudeatzea: aurkikuntzen sailkapena eta lesioen jarraipena

Garatzea: Programa abiarazi eta hari jarraipena egiteko gaitasunak, biztanleek parte hartzen dutela eta kasu positiboak behar bezala kudeatzen direla ziurtatzeko.

Profesionalak programaren monitorizazioan eta ebaluazioan **inplikatzeko**, kalitatea bermatzeko.

Profesionalak hobekuntzaren, ebaluazioaren eta ikerkuntzaren alorretan **inplikatzeko**, kolon eta ondesteko minbiziaren prebentzioan jardunbide egokiak eta ezagutza sustatzeko.

Prestakuntzaren garapena:

- 1.- Epidemiologia, programaren oinarria. Prozesua eta lortutako emaitzak.
- 2.- Laginak maneiatzea, kasu positiboak kudeatzea eta kolonoskopiara deribatzea. Kolonoskopiarako prestatzea.
- 3.- LMAUK eta zerbitzu-erakundeak emaitzak azaltzea. Konparazioa, adinaren eta sexuaren arabera.
- 4- LMAUn gonbidapenak planifikatzea.

Prestakuntzaren metodologia:

- Azalpen teorikoak
- PowerPointak, bideoak eta Programaren dokumentazioa erabiliko dira
- Bilerak zoom bidez eta aurrez aurrekoak

X. ERANSKINA PROGRAMAREN JARDUERAREN KALKULUA ETA ARDURADUN NAGUSIAK

URTEKO GON-BIDAPENAK PLANIFIKA-TZEA	Sarearen zenbates- pena	Lehen Mailako Arretaren zere- gin nagusiak	Koordinazio Zentroa- ren zeregin nagusiak	Arreta Espezializatua
Xede-populazioa	300.000	Kanpainaren in- formazio oroko- rra eta iraupena	Osabidetik eta beste iturri batzuetatik hau- tatzea. Zuzendaritza Nagusiaren Informa- tika Zerbitzuarekin prozesua baliozkotzea	
Hautagarriak ez direnak garbitzea (% 10)	30.000	Hautagarriak eta hautagarri ez di- renak balora- tzea	Osasun-zentroei/Gon- bidatuei buruzko datu- baseak eta informa- zioa gurutzatzea. Baz- terketa-gutunak bidal- tzea	
Populazio gonbi- dagarria	270.000	Baztertuen eta parte-hartzaile ez direnen bil- keta	Gonbidapen-gutunak bidaltzea	
Baliozko gonbi- dapenak (% 96)	259.200	OZn jasotzen la- guntzea	Gutuna kitarekin eta informazio-liburuxka- rekin bidaltzea Aurre- tik baliozko helbidea bilatzea	Laginak aztertu eta balioz- kotzea
Parte-hartzea (FIT emaitza po- sitiboa/negati- boa) (% 72,3)	187.416	Gogorazarpen- gutunetan kitak ematea	Emaitzen gutunak bi- daltzea edo erreari buruzko gutunak bi- daltzea (errepika- tzeko)	
Positiboak (% 5,0)	9.371	Kontrola	Positiboen jarraipena egitea	Baheketa-agendak planifi- katzea
LMAko medikuak positiboen bisita jasotzea (% 95)	8.902	Informazioa, baimena, kolo- noskopia-eska- era	Bisitaren kontrola. Bi- sitarik ezean, bilaketa aktiborako zerrendak bidaltzea	
Kolonoskopien zitak kudeatzea (positiboen % 92)	8.621	90057 zita - dx baheketa	Itxarote-zerrendak kontrolatzea	Baheketarako zitak ema- tea

URTEKO GON-BIDAPENAK PLANIFIKATZEA	Sarearen zenbatespena	Lehen Mailako Arretaren zeregin nagusiak	Koordinazio Zentroaren zeregin nagusiak	Arreta Espezializatua
LMAko erizainari egindako bisitak (% 95)	8.902	Informazioa, dieta, prestakina, kolonoskopia osteko aholkuak	Kasuen jarraipena egitea	Kolonoskopiako ordua ematea
Kolonoskopia egitea (% 92)	8.621		Kasu guztiak kodetzea	Kolonoskopia, erauzketa, laginak hartzea
Polipoak erauzte eta KOM biopsia (% 70)	6.035		Kasu bukatugabeen jarraipena egitea	Anatomia Patologikoko analisia
Kolonoskopia ondoko gomendioak	8.621	Pertsonei informazioa ematea, gomendioen arabera	Kasu guztiak kodetzea eta konplikazioak monitorizatzea	Kolonoskopiaren eta Anatomia Patologikoko txostenaren arabera
Informazioa kasu negatiboetan eta hiperplasikoetan (% 30-40)	3.018	Pertsonei informazioa ematea, gomendioen arabera	Negatiboa bada, gutuna bidaltzea	Informazioa kolonoskopia negatiboetan
Behin betiko dx ez duten kasuen bilaketa aktiboa (% 10) eta galeak	937	Kolonoskopiari uko edo beste sistema batzuetan	Kodifikazioa. Bilaketa aktiboa	Kasu konplexuen/beste proba batzuen informazioa
Minbizi inbadi-tzaileen jarraipena (kolonoskopien % 4)	345	Informazioa eman eta jarraipena egitea	Kodifikazioa eta jarraipena egitea	Kasuen jarraipena egitea
Arrisku txikiko adenomen jarraipena (% 15)	1.293	Informazioa ematea, gomendioen arabera	Gonbidapen-gutuna 5 urtera	Informazioa ematea, gomendioen arabera
Arrisku ertaineko eta handiko adenomen jarraipena (% 35-40)	3.448	Kolonoskopia-eskaera 3 urtera eta, zatikatuetan, 6 hilabetera	Datu-baseak gurutzatzea eta LMara eta ospitalera bidaltzea	Kontrolako baheketa egiteko zitak ematea

XI. ERANSKINA GUTUNAK

N11_15 ARRISKU TXIKIKO ADENOMAREN GONBIDAPEN-GUTUNA



Financiado por la Unión Europea
Europako Batasunak Finantzatua
NextGenerationEU



MINISTERIO DE SANIDAD
Berreskuratze,
Eraldaketa eta
Erresiliencia
Plana



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SALA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Jaun/andre hori:

Zuregana jotzen dugu Kolon eta Ondesteko Minbizia Prebenitzeko Programan **berriro parte har dezazun**. Osakidetza eta Osasun Saila gauzatzen ari dira programa.

Badakigu lehenago ere parte hartu zenuela programan. Egin zizuten kolonoskopian, **arriku txikiko lesio bat detektatu zizuten**. Beraz, gorozkietan odol ezkutua detektatzeko beste proba bat egin beharko zenuke.

Horretarako, **proba egiteko jarraibideak dituen materiala bidaliko dizugu**.

Proba erraza da egiteko, eta bizitza salba diezazuke.

Gainera, fidagarria eta doakoa da.

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/Sra:

Nos dirigimos a usted para **invitarle de nuevo a participar** en el Programa de Prevención de Cáncer de Colon y Recto que lleva a cabo Osakidetza y el Departamento de Salud.

Nos consta que usted participó en el Programa anteriormente. En la colonoscopia que le realizaron **se detectó una lesión de bajo riesgo**. Por lo que debería realizar una nueva prueba de sangre oculta en heces.

Para ello, **le enviaremos el material con las instrucciones para la realización de la prueba**.

Es una prueba sencilla que puede salvarle la vida. Fácil de realizar, fiable y gratuita.

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 oinarritzko 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 esleututako 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 ezabatze, 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>

N11_15 KOLONOSKOPIA ARRUNTAREN GONBIDAPEN-GUTUNA


Financiado por la Unión Europea
Europako Batasunak Finantzatua
NextGenerationEU



MINISTERIO
DE SANIDAD



Berreskuratzeko,
Eraldaketa eta
Erresilientzia
Plana



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Jaun/andre hori:

Zuregana jotzen dugu Kolon eta Ondesteko Minbizia Prebenitzeko Programan **berriro parte har dezazun**. Osakidetza eta Osasun Saila gauzatzen ari dira programa.

Badakigu lehenago ere parte hartu zenuela programan. Egin zizuten kolonoskopian ez zizkizuten aurkitu **gaiztotu aurreko lesiorik edo lesio gaiztorik**. Beraz, gorozkietan odol ezkutua detektatzeko beste proba bat egin beharko zenuke.

Horretarako, **proba egiteko jarraibideak dituen materiala bidaliko dizugu**.

Proba erraza da egiteko, eta bizitza salba diezazuke.

Gainera, fidagarria eta doakoa da.

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/Sra:

Nos dirigimos a usted para **invitarle de nuevo a participar** en el Programa de Prevención de Cáncer de Colon y Recto que lleva a cabo Osakidetza y el Departamento de Salud.

Nos consta que usted participó en el Programa anteriormente. En la colonoscopia que le realizaron **no se detectaron lesiones pre-malignas o malignas**. Por lo que debería realizar una nueva prueba de sangre oculta en heces.

Para ello, **le enviaremos el material con las instrucciones para la realización de la prueba**.

Es una prueba sencilla que puede salvarle la vida.

Fácil de realizar, fiable y gratuita.

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 Berreskuratzeko Tresnak (NextGenerationEU) finantzatu du.

Datuak babesteari buruzko oinarritzko 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 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>

N11_14 HELBIDE-ALDAKETEN GUTUNA


Financiado por la Unión Europea
Europako Batasunak Finantzatua
NextGenerationEU



MINISTERIO
DE SANIDAD



Berreskuratzeko,
Eraldaketa eta
Erresiliencia
Plana



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD



Jaun/andre hori

Zuregana jotzen dugu Kolon eta Ondesteko Minbizia Prebenitzeko Programatik. Osakidetza eta Osasun Saila gauzatzen ari dira programa.

Gonbidapen-gutun bat bidali genizun, materialarekin eta informazioarekin, gorozkietan odol ezkutua detektatzeko proban parte hartzeko.

Gutun hau helbide ezezagunarengatik itzuli digute.

Beste helbide hau aurkitu dugu, baina ez dator bat osasun-zentroan emanda daukazunarekin.

Berrikusi zure datuak zure Osasun Zentroan, gonbidatzen jarraitu ahal izateko.

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/Sra:

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

Le hemos enviado una carta de invitación con material e información para la participación en la prueba de detección de sangre oculta en heces.

Esta carta nos ha sido devuelta por domicilio desconocido.

Desde el Programa hemos encontrado esta dirección que no coincide con la que usted tiene en Osakidetza.

Revise sus datos en su Centro de Salud para poder seguir invitándole.

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 Berreskuratzeko 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 lantze 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 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_13 BAZTERKETA-GUTUNA


Financiado por la Unión Europea
Europako Batasunak Finantzatu
NextGenerationEU



R Berreskuratzeko,
Eraketa eta
Erresistentzia
Plana



Jaun/andre hori:

Zuregana jotzen dugu Kolon eta Ondesteko Minbizia Prebenitzeko Programatik. Osakidetza eta Osasun Saila gauzatzen ari dira programa.

Programa **honek gorozkietan odol ezkutua detektatzeko proba bat** egitera gonbidatzen ditu pertsonak; eta positiboa bada, kolonoskopia bat gomendatzen zaio, diagnostikoz berresteko proba, alegia.

Zure historia klinikoa jasota dagoenez, **kolonoskopia bat egin dizute azken 5 urteotan**; beraz, ez dagokizu gaur egun berriz ere egitea.

Zure egoera berriz ebaluatu dugu zure osasunzentroan egiten den **hurrengo kanpainan**.

Hala ere, anomaliaren bat nabaritutako bazenu (hesteetako erritmoa aldatzea, odola gorozkietan edo arrazoi jakinik gabeko molestiak hesteetan), jo **Lehen Mailako Arretako Medikarengana**, berak baloratzeko.

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/Sra:

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

Este Programa invita a las personas a realizarse una **prueba de sangre oculta en heces** y en caso de resultar positiva se le indica una colonoscopia, prueba de confirmación diagnóstica.

Según consta en su historia clínica, **se realizó una colonoscopia en los últimos 5 años**, por lo que no está indicado invitarle actualmente.

Volveremos a **evaluar su situación en la siguiente campaña** que llevaremos a cabo en su Centro de Salud.

No obstante, si notase cualquier anomalía (cambio ritmo intestinal, presencia de sangre en heces o molestias intestinales no justificadas) acuda su **Médico de Atención Primaria** para su valoración.

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 Berreskuratzeko Tresnak (NextGenerationEU) finantzatu du. Datuak babestari 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 ezabatze, 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>

N11_025 GIZONENTZAKO KITDUN GUTUNA


Financiado por la Unión Europea
Europako Batasunak Finantzatua
NextGenerationEU



MINISTERIO
DE SANIDAD



Berreskuratze,
Eraldaketa eta
Erresiliencia
Plana



Osakidetza



ELISKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD



Jaun hori:

Zuregana jotzen dugu Kolon eta Ondesteko Minbizia Prebenitzeko Programan **parte har dezazun**. Osakidetza eta Osasun Saila gauzatzen ari dira programa.

Irakurri arretaz honekin batera doakizun liburuxka. Bertan, zehatz-mehatz azaltzen da nola jaso behar den lagina, gorozkietan odol ezkutua detektatu ahal izateko.

Mesedez, proba egin eta zure Osasun Zentroko sarreran aurkituko duzun edukiontzian utzi, **hurrengo 4 asteetan**.

Gizonek emakumeek baino gutxiago parte hartzen dute programa honetan, baina arrisku handiagoa dute gaiztotu aurreko lesioak eta lesio gaiztoak garatzeko.

Proba erraza da egiteko, eta bizitza salba diezazuke.

Gainera, fidagarria eta doakoa da.

Probaren emaitza egun batzuetan jasoko duzu. Zure Osasun Karpeta ere kontsultatu ahal izango duzu.

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:

Nos dirigimos a usted para **invitarle a participar** en el Programa de Prevención de Cáncer de Colon y Recto que lleva a cabo Osakidetza y el Departamento de Salud.

Lea atentamente el folleto que le adjuntamos, en el cual se explica detalladamente la forma de recoger la muestra que permitirá detectar sangre oculta en heces.

Le rogamos realice la prueba y deposítela en el contenedor que encontrará en la entrada de su Centro de Salud **en las próximas 4 semanas**.

Los hombres participan menos que las mujeres en este Programa, sin embargo, tienen más riesgo de desarrollar lesiones pre-malignas y malignas.

Es una prueba sencilla que puede salvarle la vida.

Fácil de realizar, fiable y gratuita.

Recibirá el resultado de la prueba en unos días. También lo podrá consultar en su Carpeta de Salud.

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, GSIH, 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 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 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 INSJ, 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_26 EMAKUMEENTZAKO KITDUN GUTUNA


Financiado por la Unión Europea
Europako Batasunak Finantzatuak
NextGenerationEU



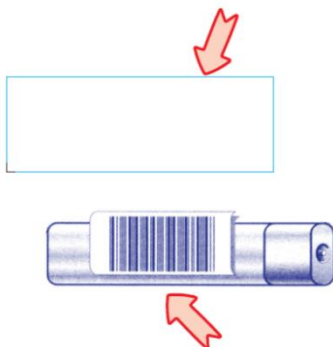
MINISTERIO DE SANIDAD
Berreskuratze,
Eraldaketa eta
Erresilientzia
Plana



Osakidetza



ELUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD



Andre agurgarria:

Zuregana jotzen dugu Kolon eta Ondesteko Minbizia Prebenitzeko Programan **parte har dezazun**. Osakidetza eta Osasun Saila gauzatzen ari dira programa.

Irakurri arretaz honekin batera doakizun liburuxka. Bertan, zehatz-mehatz azaltzen da nola jaso behar den lagina, gorozkietan odol ezkutua detektatu ahal izateko.

Mesedez, proba egin eta zure Osasun Zentroko sarreran aurkituko duzun edukiontzian utzi, **hurrengo 4 asteetan**.

Proba erraza da egiteko, eta bizitza salba diezazuke.

Gainera, fidagarria eta doakoa da.

Probaren emaitza egun batzuetan jasoko duzu. Zure Osasun Karpetan ere kontsultatu ahal izango duzu.

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.

Estimada Sra:

Nos dirigimos a usted para **invitarle a participar** en el Programa de Prevención de Cáncer de Colon y Recto que lleva a cabo Osakidetza y el Departamento de Salud.

Lea atentamente el folleto que le adjuntamos, en el cual se explica detalladamente la forma de recoger la muestra que permitirá detectar sangre oculta en heces.

Le rogamos realice la prueba y dépositela en el contenedor que encontrará en la entrada de su Centro de Salud **en las próximas 4 semanas**.

Es una prueba sencilla que puede salvarle la vida.

Fácil de realizar, fiable y gratuita.

Recibirá el resultado de la prueba en unos días. También lo podrá consultar en su Carpeta de Salud.

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 babestari buruzko oinarritzko 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 ezabatze, 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>

N11_03 GOGORARAZPEN-GUTUNA


Financiado por la Unión Europea
Europako Batasunak Finantzatua
NextGenerationEU



Berreskuratzeko,
Enfermedades y
Epidemiología
Plana



Jaun/Andre hori:

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

Gogorarazten dizugu **gonbidapen-gutun bat bidali dizugula, jarraibideak dituen kitarekin batera, gorozki-lagin bat jasotzeko**. Lagina zure Osasun Zentroan entregatu izanaren berririk ez dugunez, azpimarratu nahi genuke **parte hartzeak duen garrantzia**.

Proba erraza da egiteko, eta bizitza salba diezazuke.

Gainera, fidagarria eta doakoa da.

Probaren emaitza egun batzuetan jasoko duzu. Zure Osasun Karpeta ere kontsultatu ahal izango duzu.

Kita ez baduzu edo beste barra-kode bat behar izanez gero, deitu **900 840 070** telefonora (doakoa) edo bidali mezua **prevencionccr@osakidetza.eus** helbidera. Berriz ere bidaliko dizugu beharrezko materiala.

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 recordamos que le **hemos enviado una carta de invitación con instrucciones junto al kit para la recogida de una muestra de heces**. Dado que no nos consta que haya entregado la muestra en su Centro de Salud, quisiéramos insistir en **la importancia de su participación**.

Es una prueba sencilla que puede salvarle la vida.

Fácil de realizar, fiable y gratuita.

Recibirá el resultado de la prueba en unos días. También lo podrá consultar en su Carpeta de Salud.

Si usted no tiene el kit o necesita un nuevo código de barras, rogamos que nos llame al teléfono gratuito **900 840 070** o nos envíe un correo electrónico a **prevencionccr@osakidetza.eus** para que le volvamos a enviar el material necesario para participar.

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 Berreskuratzeko Tresnak (NextGenerationEU) finantzatu du.

Datuak babestari 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 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>

N11_04 EMAITZA NEGATIBOARI BURUZKO GUTUNA

Financiado por la Unión Europea
Europako Batasunak Finantzatua
NextGenerationEU



MINISTERIO
DE SANIDAD



Berreskuratze,
Eraldaketa eta
Erresiliencia
Plana



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Jaun/Andre 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 **NEGATIBOA** izan da.

Proba fidagarria izan arren, ehuneko txiki batean (% 0,04) gorozkietan ez da odol ezkutua detektatzen gaiztatu aurreko lesioetan edo lesio gaiztoetan. Hortaz, sintomaren bat nabarituz gero (aldaketak hesteetako erritmoan, odola gorozkietan, pisu-galera edo arrazoi jakinik gabeko molestiak hesteetan), jo **Lehen Mailako Arretako** medikuarengana.

Berririo gonbidatuko zaitugu zure Osasun Zentroan egingo dugun hurrengo kanpainan, non parte hartzen jarraitzea espero baitugu.

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

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 **NEGATIVO**.

A pesar de ser una prueba fiable, en un pequeño porcentaje (0,04%) no se detecta sangre oculta en heces en lesiones pre-malignas o malignas. Por lo tanto, si notase cualquier síntoma (cambios del ritmo intestinal, presencia de sangre en las heces, pérdida de peso o molestias intestinales no justificadas) no dude en consultarlo con su Médico de Atención Primaria.

Le volveremos a invitar en la siguiente campaña que llevaremos a cabo en su Centro de Salud, en la que esperamos siga tomando parte.

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 oinarritzko 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 ezabatzeke, 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>

N11_35 GIZONEI EMAITZA POSITIBOA JAKINARAZTEKO GUTUNA


Financiado por la Unión Europea
Europako Batasunak Finantzatua
NextGenerationEU



MINISTERIO
DE SANIDAD



Berreskuratzeko,
Eraldaketa eta
Erresiliencia
Plana



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
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 gaiztotu 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 hombres 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 Berreskuratzeko 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 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 HISTORIA CLINICA 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_36 EMAKUMEEI EMAITZA POSITIBOA JAKINARAZTEKO GUTUNA


Financiado por la Unión Europea
Europako Batasunak Finantzatu
NextGenerationEU



MINISTERIO
DE SANIDAD



Berreskuratzeko,
Eraldaketa eta
Erresilientzia
Plana



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Andre 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 emakumetik 3ri detektatuko zaio gaiztotu 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.

Estimada Sra:

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 3 de cada 10 mujeres 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 Berreskuratzeko Tresnak (NextGenerationEU) finantzatu du.

Datuak babesteari buruzko oinarritzko 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 ezabatzeke, 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 EMAITZA ERROREDUNARI BURUZKO GUTUNA

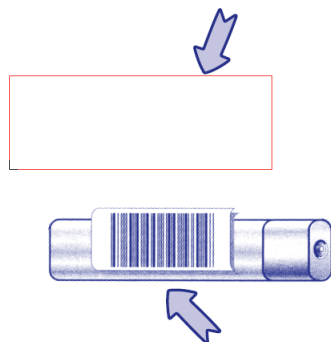

Financiado por la Unión Europea
Europako Batasunak Finantzatua
NextGenerationEU



MINISTERIO
DE SANIDAD



Osakidetza



Jaun/Andre hori:

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

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

Berriro 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 Berreskuratzeko Tresnak (NextGenerationEU) finantzatu du.

Datuak babesteari buruzko oinarritzko 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 hauen jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSI, 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 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>

N11_08 KOLONOSKOPIA NEGATIBOARI ETA ADINAGATIK BAJA EMATEARI BURUZKO GUTUNA



Financiado por la Unión Europea
Europako Batasunak Finantzatua
NextGenerationEU



MINISTERIO
DE SANIDAD



Berreskuratzeko,
Eraldaketak eta
Erresiliencia
Plana



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Jaun/Andre hori:

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

Kolonoskopiaren emaitza **NEGATIBOA** izan da. Hau da, ez da aurkitu jarraipena eskatzen duen lesiorik, eta, beraz, gorozkietan odol ezkutua detektatzeko proba 10 urtean errepikatzea gomendatzen da.

Zure kasuan, hori gertatzen denean, **zuk Programaren adin-muga gaindituko duzu; beraz, amaitutzat ematen dugu prebentzio-jarduera hau;**

Hortaz, **sintomaren bat nabaritzen gero** (aldaketak hesteetako erritmoan, odola gorozkietan, pisu-galera edo arrazoi jakinik gabeko molestiak hesteetan), **jo Lehen Mailako Arretako medikuarengana.**

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

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 **colonoscopia** ha sido **NEGATIVO**. Es decir, no se han encontrado lesiones que requieran seguimiento, por lo que se recomienda repetir la prueba de detección de sangre oculta en heces en 10 años.

En su caso, cuando esto ocurra, **usted superará la edad a la que se dirige el Programa, por lo que damos por finalizada esta actividad preventiva.**

No obstante, **si notase cualquier síntoma** (cambios del ritmo intestinal, presencia de sangre en las heces, pérdida de peso o molestias intestinales no justificadas), no dude en consultarlo con su **Médico de Atención Primaria**.

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 Berreskuratzeko 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-ebreak. 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 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>

N11_09 KOLONOSKOPIA NEGATIBOARI BURUZKO GUTUNA


Financiado por la Unión Europea
Europako Batasunak Finantzatua
NextGenerationEU



BERRESKURATZE,
ERLAKETA ETA
ERRESILIENTZIA
PLANA



Jaun/Andre hori:

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

Kolonoskopiaren emaitza **NEGATIBOA** izan da. Hau da, ez da aurkitu jarraipena eskatzen duen lesiorik, eta, beraz, **gorozkietan odol ezkutua detektatzeko proba 10 urtean errepikatzea gomendatzen da.**

Orduan gonbidatuko zaitugu Programan berriro parte hartzera.

Hortaz, **sintomaren bat nabaritzuz gero** (aldaketak hesteetako erritmoan, odola gorozkietan, pisu-galera edo arrazoi jakinik gabeko molestiak hesteetan), **jo Lehen Mailako Arretako medikuarengana.**

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

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 **colonoscopia** ha sido **NEGATIVO**. Es decir, no se han encontrado lesiones que requieran seguimiento, por lo que **se recomienda repetir la prueba de detección de sangre oculta en heces en 10 años.**

Le invitaremos entonces a participar nuevamente en el Programa.

No obstante, **si notase cualquier síntoma** (cambios del ritmo intestinal, presencia de sangre en las heces, pérdida de peso o molestias intestinales no justificadas), no dude en consultarlo con su **Médico de Atención Primaria.**

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 oinarritzko 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 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>

XII. ERANSKINA MAIZ EGITEN DIREN GALDERAK**KITA NOLA ERABILI:**

- Jarraitu liburuxkako jarraibideei.
- Zure edozein gorozkitik har dezakezu lagina.
- Pixarekin edo komuneko likidoarekin nahastuta badago, ez hartu laginik.
- Ez hartu laginik gorozkietan odola ikusten baduzu.
- Gorozkien lagina hartzeko ez duzu inolako dietarik egin behar, ezta zure ohiko tratamendua hartzeari utzi ere.
- Lagina ez baduzu eramaten hartu duzun egunean bertan, gorde hozkailuan, poltsatxo berdearen barruan, hiru egunez gehienez.
- Sartu lagina zure osasun-zentroko BAEn aurkituko duzun edukiontzian, jendeari arreta emateko ordutegian, asteko edozein egunetan, astelehenetik ostiralera.
- Testaren emaitza gutun bidez iritsiko da zure helbidera, gehienez ere 2 asteko epean. Hala ez bada, deitu Koordinazio Zentrora.
- Barra-kodea kitean itsatsi behar da, ez poltsatxoan.

FIT (+) BADA:

- Probaren emaitza posta bidez iritsiko zaizu. LMAko zure medikuarekin zita eskatu beharko duzu (+) emaitzari buruz hitz egiteko. LMAko medikuak informazioa emango dizu aurreko emaitza berresteko hesteetan miaketa egiteko aukerari buruz. Erizainak kolonoskopiarako prestatzeari buruzko azalpenak emango dizkizu. Baimen informatua eta egiaztatze-proba egiteko argibideak eta libratzailea emango dizkizute.
- Emaitza (+) izateagatik kezkatuta deitzen badu: "probak emaitza positiboa izateak ez du esan nahi tumore bat duzunik, baina zure Lehen Mailako Arretako medikuaren kontsultara joan behar duzu. Han, testaren emaitzari buruzko informazioa emateaz gain, egiaztatzeko proba bat egitea proposatuko dizute".

KOLONOSKOPIA EGITEA:

- Osasun-zentroan emango dizute kolonoskopiarako zita.
- Kolonoskopia egiteko, baimen informatua eramán beharko duzu sinatuta, eta laguntzaile batekin joan beharko zara.
- Zorrotz bete behar dituzu probarako prestatzeko pautak.
- Proba amaitutakoan, endoskopia-egileak lesioak aurkitu dituen ala ez jakinaraziko dizu.
- Kolonoskopian aurkikuntzarik izanez gero, lesioak erauzi eta anatomia patologikora bidaliko dituzte aztertzeko. 30 eguneko epean, LMAko medikuarekin zita.

ANATOMIA PATOLOGIKOKO EMAITZA:

- LMAko medikuari $\approx$ 2 astetan iritsiko zaio.
- Eskatu zita LMAko medikuarekin emaitzari buruz hitz egiteko.
- Lesio gaiztorik egonez gero, espezialistarengana deribatuko zaituzte, lehentasunez.

ZERTAN DATZA PROGRAMA?

- **50 eta 74urte bitarteko gizon eta emakumeentzako** osasun-programa bat da.
- Programaren bidez, **gorozkietan odol-kantitate txikiak** detektatzen dira, begiz ikusi ezin direnak.
- Proba **2 urtean behin** egiten da, emaitza negatiboa denean.
- Helburua “gaiztotu aurreko” lesioak eta lesio gaiztoak hasierako faseetan modu goiztiarren detektatzea da.

- Lesio horiek goiz tratatzen baditugu, lesio gaizto bihurtzeko aukera murrizten dugu.
- Programa ezartzeko oinarria hau da: egiaztatuta dago kolon eta ondesteko minbiziaren heriotza-tasa murriztu daitekeela, eta, gainera, minbizi aurreko polipoak ezabatzean, minbizia bera ere sai-hestu ahal dela.
- Pertsonen bizi-kalitatea hobetzen du.

ZER DA KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIA?

- Kolon eta ondesteko minbizia kolonaren eta ondestearen (HESTE LODI GISA ere ezagutzen da) barruko paretetan garatzen den gaixotasun bat da. **Hesteetako polipo** gisa hasten da, eta denbo-raren joanarekin tamainaz handitu eta ordenarik gabe haz daiteke, baita gorputzaren beste atal batzuetara hedatu ere. Prozesu horrek 10 urte iraun dezake minbizia agertu arte.
- Kolon eta ondesteko minbizia (kolon-ondesteko minbizia) da herrialde garatuetako minbizirik ohi-koena.
- Euskadin, emakumeen artean bigarren tumorerik ohikoena da, bularreko minbiziaren ondoren, eta gizonen artean ere bigarrena da, prostatako minbiziaren ostean.

ZEIN DIRA KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIAREN SINTOMAK?

- Hesteen erritmoa aldatzea.
- Uzkitik odola botatzea, ageriko kausarik gabe.
- Abdomeneko min handia izatea.
- Abdomenean konkorra agertzea.

Minbizi gehienak "isilak" dira; horregatik egiten dugu goiz hautemateko proba gorozkietan ezkutatutako odolaren bidez.

PREBENITU AHAL DA KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIA?

Bizi-ohitura osasungarriak dituzten pertsonak minbizia izateko arrisku txikiagoa dute. Hortaz, hona hemen gure gomendioak:

- Ez erre, eta ez edan alkoholik.
- Egizu ariketa fisikoa.
- Egon zaitez argal.
- Dieta, barazki eta fruta ugariak.
- Ez jan haragi gorri asko.

NORK IZATEN DU KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIA?

- Ez dago kolon eta ondesteko minbizia izateko kausa bakarra. Etnia, arraza eta adin-talde guztietako gizon eta emakumeek dute kolon eta ondesteko minbizia izateko arriskua.
- Arriskuak gora egiten du adinarekin batera, eta gutxi gorabehera gaixotasuna garatzen dutenen % 90ek 50 urte baino gehiago dituzte.
- 50 urtetik gorako herritar gehienak gaixotzeko arriskuan daude, beraz. Baliteke zuk kolon eta ondesteko minbizia garatzeko arrisku handiagoa izatea, zure familiako historian kolon eta ondesteko minbizirik izan bada, edo zuk zeuk kolon-ondesteko minbizia/polipoak badituzu zure historian.

ZERGATIK SARTU BEHARKO ZENUKE KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIA BAHETZEKO PROGRAMA BATEAN?

- Kolon eta ondesteko minbizia denboraldi luze batean zehar egon daiteke seinalerik eta sintomarik agertu gabe, apurka-apurka garatzen. Baheketaren bidez soilik hauteman daiteke kolon eta ondesteko minbizia hasierako estadioetan, eta estadio horretan tratamendua eraginkorragoa da, eta ez da hain traumatikoa. Baheketan, polipoak ere hauteman daitezke (gaiztotu aurreko lesioak), eta lesio minbizidun bilakatu aurretik ken daitezke. Horrela, kolon eta ondesteko minbizia prebenitzen da.
- Urtero, 2.000 KOM kasu diagnostikatzen dira Euskadin, eta 900 pertsona baino gehiago hiltzen dira arrazoi horrengatik.

GOROZKIETAN ODOLA DAGOEN AZTERTZEKO PROBA / FIT PROBA

Oso test eboluzionatua da, eta etxean egin dezakezu, gorozki-lagin bakarra harturik. Ondoren, lagina etiketatu egin behar duzu, Koordinazio Zentrotik bidaliko dizugun gutunean dagoen barra-kodea itsatsita.

Lagin hori aztertu egingo da, osasun-zentroko BAEn aurkituko duzun edukiontzian utzi eta gero.

KOLONOSKOPIA

12 mm-ko tutu malgu eta argidun bat sartzen da uzkitik, kolon osoa aztertzeko. Proba honetarako oso garbi eduki behar da hestea; beraz, aurretik, dieta egin beharko duzu, eta osasun-zentroko erreferentziako erizainak emango dizun prestakina hartu. Konplikazioak (adibidez, odoljariora eta kolonaren zulaketa) ez dira oso ohikoak, baina kontuan hartu behar dira. Kolonoskopia sedazioarekin egiteko itxarote-zerrenda.

BAZTERTUAK:

PKZk hainbat bide dauzka baztertutako parte-hartzaileen datuak begiratzeko:

- Lehen Mailako Arretako medikuek bazter utzi diren parte-hartzaileei buruz eta baztertze arrazoiei buruz ematen diguten informazioa. Informazio hori posta elektronikoz bidaltzen zaio PKZri (prevencion@osakidetza.eus)
- Pazientea bera, programaren gonbidapena jasotzen duenean, Koordinazio Zentroarekin harremanetan jartzen da, posta elektronikoz edo telefonoz. **(900.840.070)**
- Pazienteek itzultzen dituzten gutunak, zergatik parte hartuko EZ duten adieraziz, osasun-zentroek PKZri helarazten dizkiote astean behin.

**XIII. ERANSKINA
DAPENA****OTIrik EZ DUTEN PERTSONEN GONBI-****OTI-RIK EZ DUTENAK**

Zenbaitek, OTIrik gabe ere, programarako gonbidapena jasoko dute, balitekeelako haien datuak eguneratu gabe egotea. Erabiltzaile horiek koordinazio-zentrora deitu behar dute. Orduan, alta emango zaie OTIrik EZ duen paziente gisa, azken parte-hartzetik 18 hilabete igaro direla egiaztatu ondoren, azkene-
korik izan bada.

- OTIrik izan EZ eta inguruabar hori dela-eta programan sartu ez bada, haren izen-abizenak, jaioteguna, NANA eta helbidea erregistratuko dira, PKZko "OTIrik EZ" erregistroan sartzeko. Gonbidapenerako, PKZ harekin harremanetan jarriko da.
- OTIrik EZ izan arren, programa egiten dela jakin eta alta emateko deitzen duten pertsonak. Hala-koetan, inprimaki bat bidaltzen zaie posta elektroniko bidez.
- Laginak Gurutzetako Ospitalean analizatuko dira.
- Emaitzak gutun bidez jakinaraziko dira. Kasu positiboen kudeaketa osasungintza pribatuaren bidez egin beharko dute paziente horiek.

KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIA DETEKTATZEKO PROGRAMARA GONBIDATZEKO BEHAR DIREN DATUAK.
 * BATEZ MARKATUTA DAUDEN EREMUAK DERRIGORREZ BETE BEHAR DIRA.
DATOS NECESARIOS PARA LA INVITACIÓN AL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE COLON Y RECTO.
 LOS CAMPOS MARCADOS CON * SON OBLIGATORIOS.

DATU PERTSONALAK / DATOS PERSONALES

ZENA* / NOMBRE*: LEHEN ABIZENA* / PRIMER APELLIDO*:
 BIGARREN ABIZENA* / SEGUNDO APELLIDO*: NAN* / DNI*:
 JAIOTZE-DATA* / FECHA NACIMIENTO*: SEXUA* / SEXO*:

HELBIDE DATUAK / DATOS POSTALES

KALEA* / CALLE*: ATALONDOA* / PORTAL*: BIS*:
 BLOKEA / BLOQUE: ESKAILERA / ESCALERA: SOLAIRUA / PISO: ATEA / PUERTA:
 POSTA-KODEA* / CÓDIGO POSTAL*: HERRIA* / MUNICIPIO*:
 PROBINTZIA* / PROVINCIA*:

Helbide elektronikoa / E-mail: TEL. FINKOA / TELF. FIJO:
 TEL. MUGIKORRA / TELÉFONO MÓVIL:

OSASUN-ASEGURATZAILEA / ASEGURADORA SANITARIA

MUTUA- ASEGURATZAILEAREN IZENA* / NOMBRE DE LA ASEGURADORA-MUTUA*:

Helbidea / Domicilio: P.K / C.P.:

PROGRAMARAKO BEHAR DIREN DATUAK / DATOS NECESARIOS PARA EL PROGRAMA

Kolonoskopia egin duzu azken 5 urteetan? Basi/En. Baietzkoa bada, _____ urtea.
 ¿Se ha realizado una colonoscopia en los últimos 5 años? Si/No. En caso afirmativo, año

Izaera Pertsonaleko Datuak Babesteari buruzko abenduaren 13ko 15/1999 Legearen arabera, zuki emandako datuak "kolonoko minbiziaren programa" liseneko izatera pertsonaleko datuen fitxategian sartuko direla jakinarazten zaizu, zeinaren helburua den kolon eta ondestearen prebentzioaren programaren koordinazioa, programan parte hartuko dutenen hitzordua egitea, informazio-fluxuak kudeatzea eta programaren emaitzak ebaluatzea. Emandako datuak Osasun Sailari eman ahal izazkio. . . Fitxategia Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzuaren Osasun Laguntzako Dibisioaren ardurapean dago, eta eskuratzeko, zuzentzeko, indargabetzeko eta aurkitutako eskubidea izango du, helbide honetan: Araba kalea, 45, 01006 Vitoria-Gasteiz. Zure identitatea ez da inolaz jakitera emango prozesuan zehar, eta prebentzio-programako profesionalak baino ez diuzte erabiliko, betiere konfidentzialtasun osoz.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 5 de la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos que Vd. aporta serán incluidos en el fichero de datos de carácter personal denominado "Programa cáncer de colon" cuya finalidad es la coordinación del programa de prevención del cáncer de colon y recto, realizar las citaciones de las participaciones en el programa y gestionar los flujos de información y evaluar los resultados del programa". Los datos facilitados podrán cederse al Departamento de Salud. El fichero está bajo la responsabilidad de la División de Asistencia Sanitaria de Osakidetza-Servicio vasco de salud, pudiendo ejercitar ante la misma los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la siguiente dirección: C/ Alava, 45, 01006 Vitoria-Gasteiz. Su identidad no será revelada en ningún momento del proceso y sus datos serán utilizados única y exclusivamente por profesionales del programa de prevención de forma absolutamente confidencial.

Onartzen dut nire datuak erabiltzea Kolon eta Ondesteko Minbizia Goiz Detektatzeko Programarako gonbidapena jaso ahal izateko, eta baita Programako emaitzak nire etxean jaso ahal izateko ere.

Estoy de acuerdo en la utilización de mis datos para facilitar la invitación en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto, así como para la comunicación de los resultados del mismo a mi domicilio.

.....(e)n, 2020ko.....aren.....(e)an
 En, ade.....de 2020

Iz: / Fdo.:

Bidali inprimaki hau postaz helbide honetara / Enviar este formulario por correo postal a:

KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIAREN BAHEKETA PROGRAMAREN ZENTRO KOORDINATZAILEA.

Kale Nagusia, 62 - 4. solairua. 48011 Bilbo.

CENTRO COORDINADOR DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL.

"OTIRIK EZ" TRIPTIKOA



**LAGINA JASOTZEKO
PROZEDURA, ODOLA
GOROZKIETAN ZEHAZTEKO**

**PROCEDIMIENTO
DE RECOGIDA
DE LA MUESTRA PARA
LA DETERMINACIÓN
DE SANGRE EN HECES**

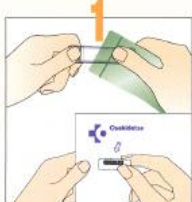


- Gorde hodia hurrek ez hartzeko moduko tokian.
- Ez egin proba, baldin eta odola darion hemorroideak edo hilekoa izanez gero harik eta 3 egun pasatu arte odol-galtzerik gabe.
- Saihestu gorozkiak pizarekin kutsatzea.



OC-SENSOR

- 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.



1



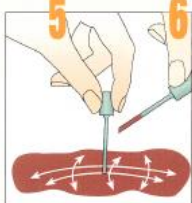
2



3



4



5



6



7



8



9

Atera hodia poltsa berdetik.
Bereizi zure gutunaren golaidearen 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.

Itsatsi etiketa hodiaren alde zapalean. Ez itsatsi hodiaren inguruan, edo diagonallean 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.

Jarri komuneko papera komun-ontzi 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.

Kendu tapoi berdea eta atera kotoi-txotxa.

Desenroscar el tapón verde y extraer el bastoncillo.

Jarri kotoi-txotxaren punta gorozki gainean eta ibili alde batera eta bestera horizontalean eta bertikalean.
Nahikoa da gorozki-kantitate biki bat.

Poner en contacto la punta del bastoncillo con las heces y deslizar la punta dibujando líneas horizontales y verticales.
Es suficiente con poca cantidad de heces.

Sartu kotoi-txotx berdea hodian, ongi tapatu eta eragin.

Introducir el bastoncillo verde dentro del tubo, taparlo bien y agitar.

Etiketadun hodia poltsa berdean gorde.
Ez utzi argitan, ezta beroaren eraginean ere.
Berehala entregatu ezin baduzu, 3 egunez gorde dezakezu, gehienez, zure hozkailuan.

Guarde el tubo etiquetado en la bolsa verde. No lo deje expuesto a la luz, ni al calor.
Puede dejarlo en su frigorífico un máximo de 3 días, si no puede entregarlo al momento.

Lagina jaso eta identifikatu ondoren. Postaz bidali ahalik eta azkarren, honekin batera doan gutun-azalean.

Una vez identificada y recogida la muestra, envíelo por correo en el sobre junto lo antes posible.

KITA POSTONTZIAN ENTREGATZEKO GUTUNAREKIN BATERA BIDALTZEN DEN GUTUN-AZALA

		HELMUGAN FRANKEATZEKO A FRANQUEAR EN DESTINO
		 Osakidetza HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES UNIDAD PREANALÍTICA LABORATORIOS GURUTZETAKO UNIBERTSITATE OSPITALEA ANALISI AURREKO UNITATEA LABORATEGIAK Plaza de Cruces, s/n Gurutzetako Plaza zlg 48903 - San Vicente Baskaldea Bizkaia FRANQUEO EN DESTINO HELMUGAN FRANKEATZEA Nº 255 255 ZB.

	1 SARTU HODIA METER EL TUBO	2 GUTUN AZALA ITXI, PAPER ERANTSIA KENDUZ QUITAR EL PRECINTO Y CERRAR EL SOBRE	
KOLON ETA ONDESTEXO MINBIZIAREN BAHEKETA PROGRAMAREN ZENTRO KOORDINATZAILEA CENTRO COORDINADOR DEL PROGRAMA DEL CRIBADO DE CANCER COLORRECTAL			
OPER PLUS			

N11_21 EMAITZA NEGATIBOARI BURUZKO GUTUNA OTI-RIK EZ DUTENENTZAT

Financiado por la Unión Europea
Europako Batasunak Finantzatua
NextGenerationEU



MINISTERIO
DE SANIDAD



Berreskuratze,
Eraldaketa eta
Erresilientzia
Plana



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
GOVERNMENT OF HEALTH

Gorozkietan ezkutututako odola detektatzeko Osasun Sailak Osakidetzaren bidez egindako azterketak **emaitza negatiboa** izan du, hau da, gorozkietan ez da odol-zantzurik aurkitu.

Osasunaren hobekuntza sustatzen du ekimen honek; beraz, **bi urte barru** berriz gonbidatuko zaitugu Kolon eta Ondesteko Minbizia Prebenitzeko Programan parte hartzera.

Dena dela, beste azterketaren bat egitea ekar lezakeen anomaliaren bat (aldaketak hesteetako erritmoan, odola gorozkietan, arrazoi jakinik gabeko ondoeza hesteetan) nabaritzu gero, jo zure aseguru-erakundeko medikuarengana.

Zalantzen bat baduzu, edo informazio gehiago nahi baduzu, **900 840 070** doako telefono-zenbakia jarri dugu zure eskura, baita **prevencionccr@osakidetza.eus** helbide elektronikoa ere.

Eskerrak ematen dizkizugu biztanleriaren osasuna hobetu nahi duen prebentzio-programa honetan parte hartzeagatik.

Jaso ezazu agur bero bat.

El estudio que ha realizado el Departamento de Salud a través de Osakidetza para detectar la presencia de sangre oculta en heces ha **resultado negativo**, es decir, no se han encontrado indicios de sangre en las heces.

Esta iniciativa promueve la mejora de la salud, por tanto le animo a participar en este Programa de Prevención de Cáncer de Colon y Recto **dentro de dos años** que le volveremos a invitar.

No obstante, si notase en el futuro cualquier anomalía (cambios del ritmo intestinal, presencia de sangre en las heces o molestias intestinales no justificadas) que pudiera aconsejar nuevos estudios, no dude en acudir a su médico habitual de su aseguradora.

Si tiene alguna duda, o desea que le amplíemos la información, hemos puesto a su disposición tanto el teléfono gratuito **900 840 070**, como la siguiente dirección de correo electrónico **prevencionccr@osakidetza.eus**.

Agradecemos su participación en este programa preventivo que persigue la mejora de la salud de la ciudadanía.

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 Osakidetzako langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatze, 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 INSJ, 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_21 EMAITZA POSITIBOARI BURUZKO GUTUNA OTI-RIK EZ DUTENENTZAT



Financiado por la Unión Europea
Europako Batasunak Finantzatua
NextGenerationEU



BERRESKURATZE,
ERLAKETA ETA
ERRESILIENTZIA
PLANA



Osakidetza



**EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO**

Gorozkietan ezkatututako odola detektatzeko Osasun Sailak Osakidetzaren bidez egindako azterketak emaitza **positiboa** izan du. Hau da, **gorozkietan odol-zantzuak** aurkitu dira.

Zure egoera baloratzeko, kolonoskopia egin beharko zaizu. Lesio gaiztoa aurkituz gero, kontuan hartu behar da kolon eta ondesteko minbizia oso motel garatzen dela; beraz, ez da premiazkoa berresteari begirako probak egitea.

Eraman gutun hau zure aseguru-erakundeko medikuari. Berak erreferentziako zentroetan kolonoskopia bat egin behar duzula adieraziko dizu, eta zer egin behar duzun azalduko dizu.

Lasai egon zaitezten, datu hauek ematen dizkizugu, gorozkietan odola detektatu zaien pertsonen buruzkoak:

- 10 pertsonatik 3k ez dute patologiarik izango.
 - 10 pertsonatik 6k poliporen bat izango dute, eta erauzi egingo zaie.
 - 10 pertsonatik bakarrik 1ek izan dezake minbizia.
- Hala ere, oso goiz hasiko zaio tratamendua ematen.

Zalantzaren bat baduzu, edo informazio gehiago nahi baduzu, **900 840 070** doako telefono-zenbakia jarri dugu zure eskura, baita **prevencionccr@osakidetza.eus** helbide elektronikoa ere.

Kolonoskopiari buruzko txostenak jasotzen dituzunean, bidali horien kopia, mesedez, honekin batera igorritako gutun-azalean, zure kasua behar bezala ebaluatu eta kodetzeko.

Zuk ematen dizkiguzun datu guztiak ahalik eta konfidentzialtasunik handienaz erabiliko dituzte Programako Zentro Koordinatzaileko profesionalak, 15/1999 DPBLak ezarritakoaren arabera.

Osasun publikoa hobetzen jarraitzeko, zure laguntza behar dugu. Eskerrik asko.

El estudio que ha realizado el Departamento de Salud a través de Osakidetza para detectar la presencia de sangre oculta en heces ha resultado **positivo**. Es decir, se han detectado indicios de **sangre en heces**.

Con el fin de poder valorar su situación será preciso realizarle una colonoscopia. En el hipotético caso de que se encontrara una lesión maligna, el cáncer colorrectal tiene un desarrollo muy lento, por lo que no es urgente la realización de las pruebas necesarias de confirmación.

Lleve esta carta al médico de su aseguradora, que le indicará la realización de una colonoscopia en los Centros de su referencia.

Su médico le explicará los pasos a seguir.

Para su tranquilidad le informamos de los datos siguientes relativos a personas a las que se ha detectado sangre en las heces:

- 3 de cada 10 personas no tendrán patología.
- 6 de cada 10 tendrán algún pólipo que se le extirpará.
- Solo una de cada diez personas puede tener cáncer. No obstante el tratamiento será muy precoz.

Si tiene alguna duda, o desea que le ampliemos la información, hemos puesto a su disposición tanto el teléfono gratuito **900 840 070**, como la siguiente dirección de correo electrónico **prevencionccr@osakidetza.eus**.

Cuando haya recibido los informes de la colonoscopia, rogamos nos lo remita en el sobre que le adjuntamos para realizar una correcta evaluación y codificación de su caso. Todos los datos que nos aporte serán manejados por profesionales del Centro Coordinador del Programa con la máxima confidencialidad atendiendo a los requisitos marcados por la LOPD 15/1999.

Para continuar mejorando la salud pública, necesitamos su colaboración. Muchas gracias.



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 oinarritzko 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 eslehitutako ahal publikoak gauzatzeko. Posible da datuak honako hauen jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetzako langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeke, 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 INSIS, 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>

KOLONOSKOPIA PRIBATUKO EMAITZAK BIDALTZEKO GUTUN-AZALA

	HELMUGAN FRANKEATZEKO A FRANQUEAR EN DESTINO  Osakidetza KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIAREN BAHEKETA PROGRAMAREN ZENTRO KOORDINATZAILEA CENTRO COORDINADOR DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL Kale Nagusia, 62 – 4. solairua. 48011 Bilbo. C/ Gran Vía, 62 – 4ª Planta. 48011. Bilbao.
---	---

N11_21 EMAITZA ERROREDUNARI BURUZKO GUTUNA OTI-RIK EZ DUTENENTZAT


Financiado por la Unión Europea
Europako Batasunak Finantzatua
NextGenerationEU



MINISTERIO
DE SANIDAD



Berreskuratzeko,
Eraldaketak eta
Erresilientzia
Plana



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSAKUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD



3 VER INSTRUCCIONES

Osakidetzak gorozkietan ezkutatutako odola detektatzeko egin dizun azterketa **teknikoki ez baliozkotzat** jo da. **Horregatik, proba berriro egitea gomendatzen dizugu.**

El estudio que ha realizado Osakidetza para la detección de sangre oculta en heces que usted ha efectuado **ha resultado no válido técnicamente por lo que le recomendamos repetir la prueba.**

Gogoratu:

1. Zabaldu hodia, azalpenei jarraituz.
2. Jaso gorozki-kopuru txiki bat.
3. Itsatsi pegatina bat hodiaren alde lauan.
4. Gorde hozkailuan (hiru egunez, gehienez ere); bestela, segituan entregatu.

Le recordamos:

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

Hodia eta azalpenak berriro bidaltzen dizkizugu.

Volvemos a enviarle el tubo y las instrucciones.

Osasun publikoa hobetzen jarraitzeko, zure laguntza behar dugu. Eskerrik asko.

Para continuar mejorando la salud pública, necesitamos su colaboración. Muchas gracias.

Jaso ezazu agur bero bat.

Reciba un cordial saludo,



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

*Kampaia hau Europar Batasunaren Berreskuratzeko Tresnak (NextGenerationEU) finantzatu du.

Datuak babesteari buruzko oinarriko informazioa: Interesdunari jakinarazten zaila 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 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>

N11_24 EMAITZA NEGATIBOARI ETA ADINAGATIKO BAJA EMATEARI BURUZKO GUTUNA OT-RIK EZ DUTENENTZAT



Financiado por la Unión Europea
Europako Batasunak Finantzatua
NextGenerationEU



MINISTERIO
DE SANIDAD



Berreskuratze,
Eraldaketa eta
Erresilientzia
Plana



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Gorozkietan ezkutatutako odola detektatzeko Osasun Sailak Osakidetzaren bidez egindako azterketak **emaitza negatiboa** izan du; hau da, gorozkietan ez da odol-zantzurik aurkitu.

Badakizunez, Kolon eta Ondesteko Minbizia Prebenitzeko Programa 50 eta 69 urte bitarteko gizon eta emakumeentzako osasun-programa da.

Programan parte hartzeko hurrengo gonbidapenak egiten direnerako, zuk gaingiduta izango duzu adin hori; beraz, adierazten dizugu amaitutzat jotzen dugula egiten genizun prebentzio-kontrola.

Dena dela, beste azterketaren bat egitea ekar lezakeen anomaliaren bat (aldaketak hesteetako erritmoan, odola gorozkietan, arrazoi jakinik gabeko ondoeza hesteetan) nabaritzuz gero, jo zure aseguru-erakundeko medikuarengana.

Zalantzen bat baduzu, edo informazio gehiago nahi baduzu, **900 840 070** doako telefonozenbakia jarri dugu zure eskura, baita **prevencionccr@osakidetza.eus** helbide elektronikoa ere.

Osasun publikoa hobetzen jarraitzeko, zure laguntza behar dugu.
Eskerrik asko.

Jaso ezazu agurrik zintzoena.

El estudio que ha realizado el Departamento de Salud a través de Osakidetza para detectar la presencia de sangre oculta en heces ha **resultado negativo**, es decir, no se han encontrado indicios de sangre en las heces.

Como sabe, el Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal está dirigido a hombres y mujeres con una edad comprendida entre los 50 y los 69 años.

Al superar usted esta edad en la próxima invitación al programa, le comunicamos que hemos finalizado el control preventivo que veníamos practicándole.

No obstante, si notase en el futuro cualquier anomalía (cambios del ritmo intestinal, presencia de sangre en las heces o molestias intestinales no justificadas) que pudiera aconsejar nuevos estudios, no dude en acudir al médico habitual de su aseguradora.

Si tiene alguna duda, o desea que le amplíemos la información, hemos puesto a su disposición tanto el teléfono gratuito **900 840 070**, como la siguiente dirección de correo electrónico **prevencionccr@osakidetza.eus**

Para continuar mejorando la salud pública, necesitamos su colaboración.
Muchas gracias.

Reciba un saludo cordial,



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 Osakidetzako langile 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>

XIV. ERANSKINA IRADOKIZUNAK, KEXAK ETA ERRE- KLAMAZIOAK

- Kita ez da adierazitako edukiontzian utzi. Koordinazio Zentroari jakinarazi behar zaio, erro-reari buruzko gutuna bidal dezan.
- Kita identifikatu gabe utzi da. Bota egin behar da, ezin delako erabiltzailea identifikatu.
- Kita zikin dago lagina gehiegizkoa delako. Koordinazio Zentroari jakinarazi behar zaio, erro-reari buruzko gutuna bidal dezan.

Osasun-zentroetan gertatzen diren intzidentziak batez ere bi bide hauetatik iristen dira PKZra:

- Programaren doako telefonoaren bidez.
 - Programaren helbide elektronikoaren bidez.
-
- Kexa eta erreklamazioen kudeaketa.
 - Erreklamazioa jasotzea.
 - KOMBPen koordinazio zentroan erregistratzea.
 - Hura aztertzea.
 - Zergatiaren arabera:
 - Koordinazio zentrotik bertatik kudeatzen eta erantzuten da.
 - Dagokion zerbitzu-erakundera bidaliko da, behar bezala kudeatu eta pazienteari erantzuteko.

XV. ERANSKINA ANATOMIA PATOLOGIKOA

KOMaren Koordinazio Zentroaren eta Anatomia Patologikoko lantaldearen artean 2019ko azaroan izandako bileraren ostean, erabaki zen **LIBRO BLANCO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN ESPAÑA 2017**, “Recomendaciones del Club de Patología Digestiva de la SEAP” liburua txertatzea programara:

“Libro blanco de La anatomía patológica en España 2017”

Sociedad Española de Anatomía Patológica. International Academy of Pathology

5. edizioa (2017) URL: www.seap.es/libros-blancos ISBN 978-84-697-3704-0

Polipektomia endoskopiko bidez erauzitako koloneko polipoen diagnostiko egituratua eta jarrera terapeutikoaGomendio-orria

Josep Antoni Bombá¹, Miriam Cuatrecasas¹, Mar Iglesias², Stefania Landolfi³, Eva Musulén⁴, María Eugenia Semidey³, Justyna Szafranska⁵. Anatomia Patologikoko, Gastroenterologiako eta Kirurgia Gastrointestinalako Kataluniako Elkarteetako lantaldeak (ordena alfabetikoan)

- 1 *Hospital Clínic. Bartzelonako Unibertsitatea. Bartzelona.*
- 2 *Del Mar ospitalea. Bartzelonako Unibertsitate Autonomoa. Bartzelona.*
- 3 *Vall d'Hebron Unibertsitate Ospitalea. Bartzelonako Unibertsitate Autonomoa. Bartzelona.*
- 4 *Hospital Universitari General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès. Kataluniako Nazioarteko Unibertsitatea. Bartzelona.*
- 5 *Sant Pau Ospitalea. Bartzelonako Unibertsitate Autonomoa. Bartzelona.*

I. DOKUMENTUAREN JUSTIFIKAZIOA

Kolon eta ondesteko minbizia (KOM) populazioan bahetzeko programa baten testuinguruan, Anatomia Patologikoko, Digestio Aparatuko eta Kirurgia Gastrointestinaleko Kataluniako Elkar- teek elkarrekin lan egin dugu dokumentu hau egiteko, egiaztapen-zerrenda modura (*checklist*). Gure asmoa da koloneko polipoak diagnostikatzeko endoskopiari eta anatomia patologikoari buruzko txostenak erraztu eta homogeneizatzea, eta, horrela, pazienteen tratamendu eta jarrai- pen egokiak lortzeko behar den informazioa lortzea.

Frogatuta dago koloneko polipoen erauzketak KOMagatiko intzidentzia eta hilkortasuna murriz- ten dituela. Polipektomia osteko zaintza-estrategia pazienteen estratifikazioan oinarritzen da, polipo metakronikoak garatzeko arriskuan oinarrituta, eta ezaugarri histologikoen, tamainaren eta polipo kopuruaren arabera izango da, baita agertzeko adinaren eta kolon eta ondesteko neoplasiaren familia-aurrekarien arabera ere.

Funtsezkoa da endoskopia-egileek, patologoek, kirurgialariek eta klinikoek modu koordinatuan lan egitea, halako pazienteak maneiatzeko gomendio onak ematea ahalbidetuko digun informazioa parteka dezagun. Anatomia Patologikoko txostenak funtsezko tresna dira helburu hori lortzeko.

II. MATERIALA EGIAZTATZEKO ZERREDA ETA POLIPEKTOMIARI BURUZKO INFORMAZIOA,

ANATOMIA PATOLOGIKOKO ENDOSKOPIA DIGESTIBOAK EMAN BEHAR DUENA

- Ahal dela, polipo bakoitza bereiz gorde behar da, flasko formoldun batean.
 - Flaskoak zenbakitu eta etiketatu egin behar dira, izen-abizenekin, historia klinikoaren zenbakiarekin eta endoskopiaren datarekin.
 - Azterketa anatomopatologikoa eskatu behar da, eta azterketak honako hauek jaso beharko ditu:
 - Pazientearen datuak: Izen-abizenak; historia klinikoaren zenbakia; lagina noiz lortu zen; endoskopia-egilearen izena.
 - Flasko/Polipo bakoitzaren edukiari buruzko informazioa
 - Polipoaren ezaugarri makroskopikoak (sesila; pedikulatua; laua)
 - Kokapena eta tamaina mm-tan.
 - Polipektomia/Mukosektomia: blokean edo zatituta.
 - Adierazi erauzketa erabatekoa edo partziala den
- (Informazio hori kolonoskopiaren txostenetik lor daiteke)*
- 10 mm-ko polipoetan, ahal dela, erauzketa-ertzaren identifikazioa (tintaz markatuta edo orratz bat jarrita zurtoinaren ertzean).

III. TXOSTEN ANATOMOPATOLOGIKOAREN EDUKIAREN EGIAZTAPEN-ZERREDA

Anatomia Patologikoko txostenaren goiburuan adierazitako informazioa, endoskopia-egileak erantsitako datuei buruzkoa.

- Datu pertsonalak
 - Izen-abizenak
 - Historia klinikoaren zk.- IKK
 - Lagina lortu den data
 - Txostenaren data
 - Biopsiaren zk.
 - Endoskopia-egilearen izena
- Polipoaren ezaugarriak:
 - Sesila

- Pedikulatua
- Laua
- Polipoaren integritatea eta prozedura:
 - Polipektomia blokean
 - Polipektomia zatikatua
 - Mukosektomia zati bakarrean / blokean
 - Mukosektomia zatikatua
 - Adierazi, horrez gain, jakinez gero, polipoaren erauzketa partziala ala osoa izan den
- Polipoaren diametroa mm-tan
- Polipoaren kokapen anatomikoa, kolonoskopiaren bidez berrets daitekeen lokalizazioa kontuan hartuta
 - Ondoestea
 - Ondeste-sigmoidea
 - Kolona, uzki-ertzetik cm-ra (kolonoskopia ateratzean neurtuta)
 - Balbula ileozekala
 - Zehaztugabea

Analisi patologikoaren informazioa:

Polipoaren mota histologikoa

- Adenoma tubularra
- Adenoma bilotsua
- Adenoma tubulobilotsua
- Ohiko adenoma zerraduna
- Adenoma/Polipo zerradun sesila
- Polipo hamartomatosoa
- Polipo fibroide inflamatorioa
- Gazte-polipoa
- Polipo inflamatorioa
- Zehaztugabea
- Bestelakoak (zehaztu)
- Epitelioko displasia
 - Maila txikikoa
 - Maila altukoa (barne hartzen ditu maila altuko displasia eta in situ kartzinoma intraepiteliala)

- #### IV. POLIPEKTOMIA ENDOSKOPIKO BIDEZ ERAUZITAKO KOLONEKO POLIPO GAIZTO-TUAREN TXOSTEN ANATOMOPATOLOGIKOAREN EDUKIAREN EGIAZTAPEN-ZERREDA

- Polipoaren tamaina (mm)
- Kartzinomaren tamaina (mm) zabalerari dagokiona

- Adenokartzinoma
- Adenokartzinoma muzinosa edo koloidea (>% 50 osagai muzinosa)
- Zigilu-eraztuneko zelulen adenokartzinoma (>% 50)
- Kartzinoma adenoezkatatsua
- Kartzinoma ezkatatsua
- Kartzinoma medularra
- Kartzinoma ez-diferentziatua
- Beste batzuk (zehaztu): _____
- Kartzinoma. Ezin da mota zehaztu.

- Maila baxukoa (barne hartzen ditu diferentziazio ona eta moderatua; osaera guriaren $\geq 50\%$).
- Maila altukoa: (barne hartzen ditu zigilu-eraztuneko zelulak, zelula txikia, diferentziazio txikia edo ez-diferentziatua; osaera guriaren $< 50\%$).
- Ezin da zehaztu.
- Bestelakoak:

- **Adenokartzinomaren infiltrazio-maila polipo sesil eta pedikulatuen kasuan:**

-

Haggitt-en sailkapena **polipo pedikulatuetan** aplikatu ahal da, baldin eta polipoa oso ondo orientatuta badago eta, berorren ardatz nagusiarekiko perpendikular badago eta muskulu-geruza propioa identifikatzen bada. Ez da ezinbestekoa Haggitt-en sailkapena aplikatzea. Ahal denean soilik aplikatu da. **Infiltrazioa neurtzeko, polipoaren buruaren eta zurtoinaren arteko lerroa erabili behar da (Haggitt-en lerroa). Polipoaren buruan konfinatutako tumorea ez da joko infiltratzailatzat (0 µm inbasioa)** (*Pai RK Mod Pathol 2017n oinarrituta).

Polipo sesiletarako Kikuchi-ren sailkapena bakarrik aplikatu ahal da, geruza submukosoaren osotasuna identifikatzen denean (Muscularis propria geruza identifikatzen da polipektomia-piezan).

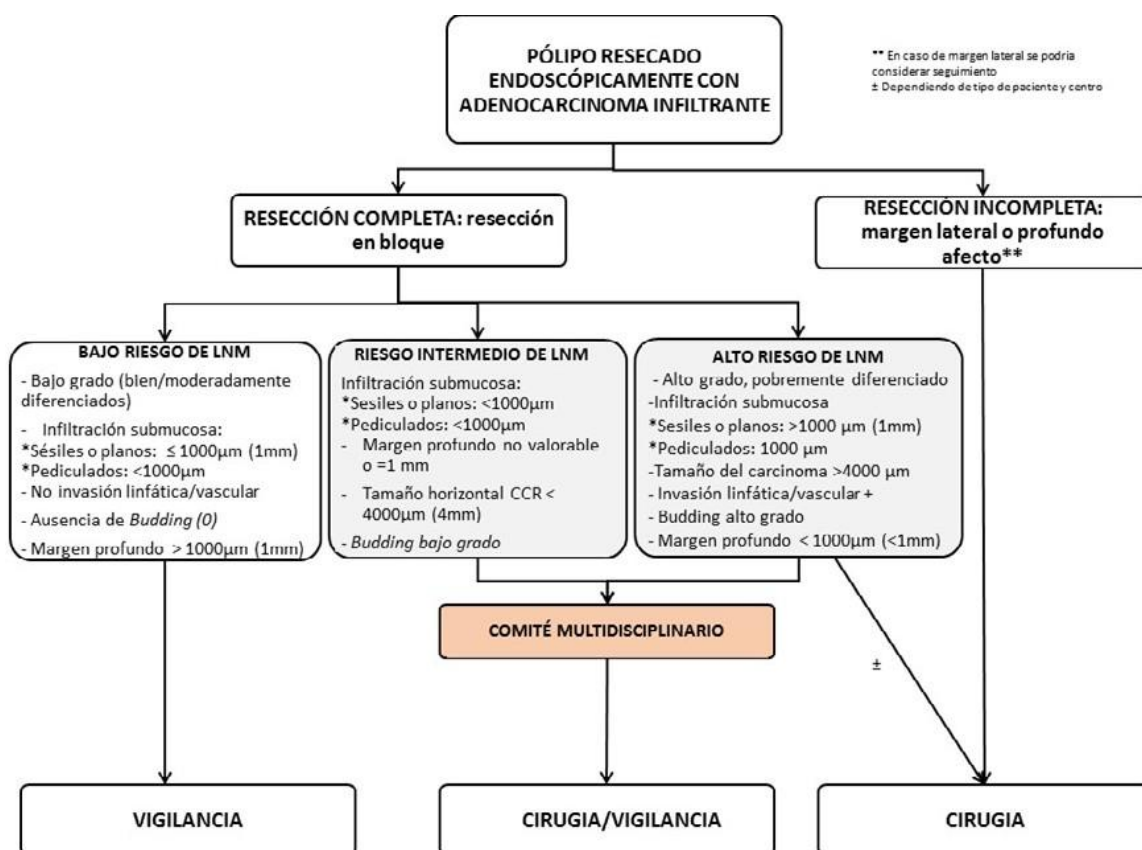
Infiltrazioak, mm-tan, nahikoa informazioa ematen du

- Ezin da zehaztu
 - Lamina propioa, submukosara heldu gabe, nahiz eta Muscularis mucosae-a fokalki infiltratu, hura gainditu gabe). Kartzinoma intramukosoa (pTis)
 - Submukosa (pT1) (zehaztu submukosaren inbasioaren **sakonera, mm-tan**). * Ikusi eranskina.
- Haggitt aplikatu ahal denean polipo pedikulatuetan (infiltrazio submukosoaren mm-ak ere adieraztea komeni da).
- Polipoaren burura mugatua (Haggitt 1) (pT1)
 - Polipoaren lepora zabaldua (Haggitt 2) (pT1)
 - Zurtoineko edozein zatitara zabaldua (Haggitt 3) (pT1). Zehaztu infiltrazioaren mm-ak.
 - Zurtoina infiltratzen du, eta submukosaren gainerakora zabaltzen da, Muscularis propria-ren gainetik (Haggitt 4)
 - 4) (pT1). Zehaztu infiltrazioaren mm-ak.
- Kikuchi aplikatu ahal denean polipo sesiletan (infiltrazio submukosoaren mm-ak ere adieraztea komeni da).
- Adenokartzinomak submukosaren gainazaleko herena infiltratzen du (Kikuchi sm1) (pT1). Zehaztu infiltrazioaren mm-ak.
 - Adenokartzinomak submukosaren gainazaleko bi heren infiltratzen ditu (Kikuchi sm2) (pT1). Zehaztu infiltrazioaren mm-ak.
 - Adenokartzinomak submukosaren gainazaleko hiru herenak infiltratzen ditu (Kikuchi sm3) (pT1). Zehaztu infiltrazioaren mm-ak.
 - Muscularis propria (pT2).
- Kalibre txikiko hodien inbasio baskularra (infiltrazio tumoral angiolinfatikoa)
- Ez dago
 - Badago
 - Zehaztugabea

- Inbasio perineurala
 - Ez dago
 - Badago
- **Budding motako tumorea (zelula tumoral isolatuak edo < 4 zelula tumoraleko habiak tumorearen ertz infiltratzailean)** (*Pai RK Mod Pathol 2017en oinarritua)
 - Ez dago
 - Badago (budding gehien duen eremua –hau da, hot-spot-a– x10 luparekin aukeratzea eta zenbatu x20ean)
 - Maila baxua (0-4 bud –zelula isolatuak edo < 5 zelula tumoraleko habiak– / eremua x20; okularra x10/22 (0,95 mm²))
 - Maila altua (≥5 bud –zelula isolatuak edo < 5 zelula tumoraleko habiak– / eremua x20; okularra x10/22 (0,95 mm²))
- Kartzinoma garatu duen polipo mota
 - Adenoma tubularra
 - Adenoma bilotsua
 - Adenoma tubulobilotsua
 - Ohiko adenoma zerraduna
 - Adenoma/Polipo zerradun sesila
 - Polipo hamartomatosoa
 - Zehaztugabea
- Alboetako erauzketa-ertzak, mukosoak eta sakonekoak
 - Ez da identifikatzen polipoaren erauzketa-ertza (orientazio txarra)
 - Polipoa zatikatuta dago, eta ez du uzten erauzketa-ertzaren egoera zehazten (kartzinoma osotasuna zati bakarrera mugatzen bada eta sakoneko ertza ondo ebaluatu ahal bada izan ezik, ertz hori izango litzatekeelako jakinaraz daitekeen bakarra).
 - Erauzketa-ertzak ez du tumorerik (adierazi ertzarekiko distantzia mm-tan)
 - Erauzketa-ertza maila txikiko displasiadun epitelioarekin dago kontaktuan
 - Erauzketa-ertza maila altuko displasiadun epitelioarekin dago kontaktuan
 - Kartzinoma erauzketa-ertzarekin dago (zehaztu albokoa edo sakonekoa)
 - Erauzketa-ertzarekiko tumoreak duen distantzia (zehaztu albokoa edo sakonekoa)
 - a) < 1 mm (zehaztu: ... mm)
 - b) > 1 mm (zehaztu:mm)
 - pTNM 8a
 - **pTx** Ezin da ebaluatu tumore primarioa
 - **pT0** Ez dago tumore primarioaren zeinurik

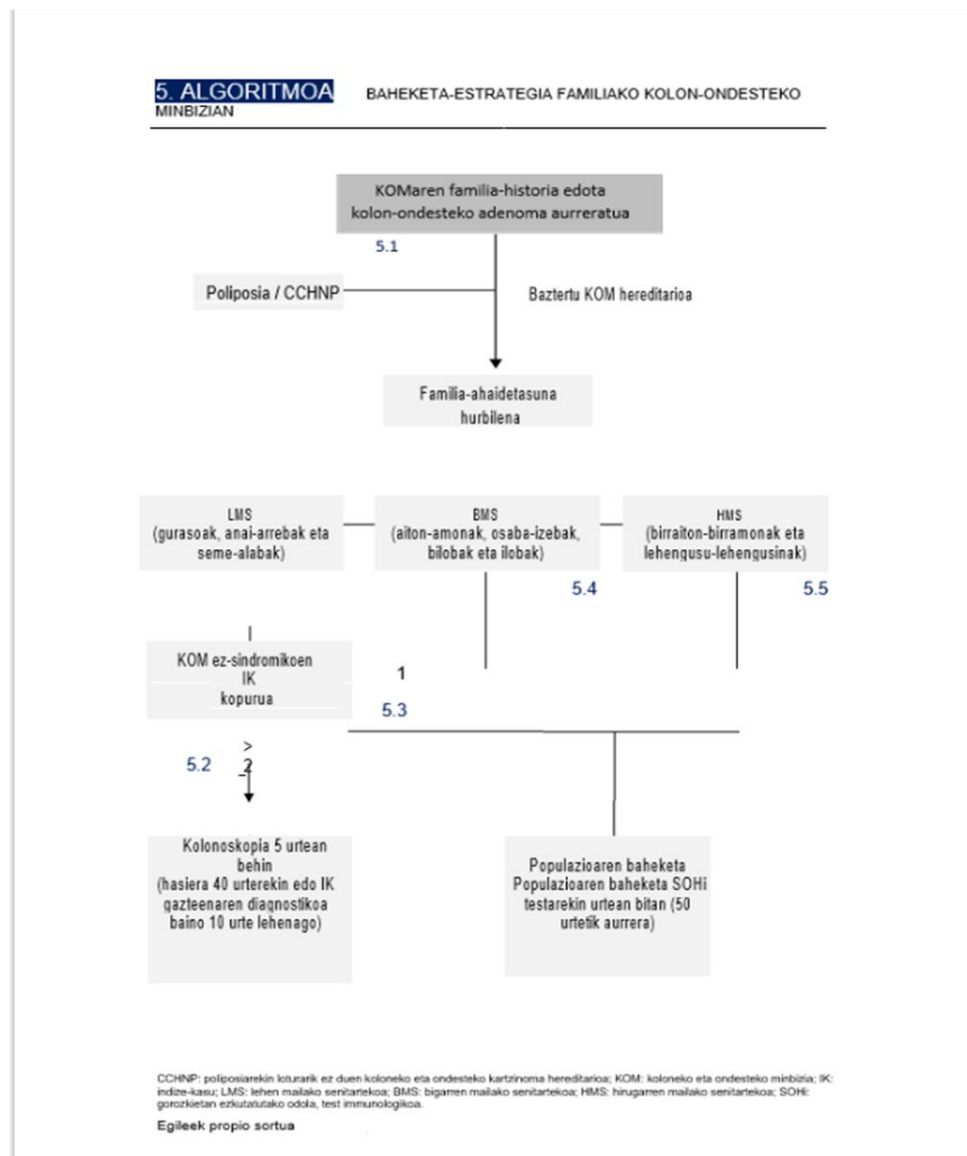
- **pTis** in situ kartzinoma: tumore intraepiteliala; in situ adenokartzinoma; maila altuko displasia epiteliala; maila altuko neoplasia intraepiteliala.
- **pTis** Adenokartzinoma intramukosoa (lamina propioa infiltratzen duen tumorea, Muscularis mucosae-aren afektazioarekin edo ez, submukosa infiltratu gabe).
- **pT1** Submukosa infiltratzen duen tumorea.
- **pT2**. Muskulu-geruza propioa
- Beste aurkikuntza gehigarri batzuk
-
- **Azterketa gehigarriak**
 - DNAREN gen konpontzaileetako proteinen immunohistokimika (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2)
 - Mikrosateliteen ezegonkortasuna PCR bidez (patologia molekularra)
 - KRAS, NRAS eta BRAF gen-mutazioen ikerketa (patologia molekularra)
- Iruzkinak

Irizpide kliniko eta patologikoen arabera eduki behar den jarrera terapeutikoa



XVI. ERANSKINA JARDUTEKO JARRAIBIDEAK, KOM-AREN FAMILIA-AURREKARIAK DITUZTEN PERTSONENTZAT

*Berrikusten (2020ko urria)



Iturria: AEGren gidaren gomendioak (2018)