

● cáncer colorrectal

Definición funcional

Secuencia de actividades destinadas a proporcionar a cualquier persona con sospecha de cáncer colorrectal (ya sea por síntomas y/o signos, test de screening positivo, o hallazgo casual en una exploración de imagen realizada por cualquier motivo) o diagnóstico confirmado (biopsia positiva) y procedente de cualquier nivel asistencial (Atención Primaria, otras especialidades o Urgencias), un estudio completo de la enfermedad, una información adecuada a las diferentes posibilidades terapéuticas, un tratamiento integral (quirúrgico, adyuvante y de apoyo psicológico y paliativo) y un seguimiento adecuado hasta el alta definitiva o el desarrollo de recurrencia o progresión de la enfermedad no susceptible de tratamiento oncológico activo.

Normas de calidad

Atención Primaria

- Se realizará historia clínica y exploración orientadas a la identificación de factores de sospecha de cáncer colorrectal (CCR), o signos y síntomas de CCR complicado.
- Los signos/síntomas de sospecha de CCR son:
 - Rectorragia con alteración del hábito intestinal, diarrea y/o aumento de la frecuencia defecatoria persistente más de seis semanas, en cualquier edad.
 - Alteración del hábito intestinal, diarrea y/o aumento de la frecuencia defecatoria, sin rectorragia, persistente más de seis semanas, en personas de más de sesenta años.
 - Rectorragia persistente sin síntomas anales (prurito, disconfort, hemorroides, proctalgia, fisura, prolapso), en personas de más de sesenta años.
 - Masa palpable en fosa ilíaca derecha, en cualquier edad.
 - Masa palpable en recto, en cualquier edad.
 - Anemia inexplicada por debajo de 11 g/dL de Hb en hombres, en cualquier edad.
 - Anemia inexplicada por debajo de 10 g/dL de Hb en mujeres postmenopáusicas.
 - Tacto rectal positivo.
- Ante la sospecha clínica, diagnóstico cierto o recidiva de CCR, se remitirá el paciente al Digestólogo/Cirujano, de acuerdo a los procedimientos consensuados:
 - Si el tacto rectal es positivo, la derivación se hará con carácter preferente y el plazo para ser atendido no será superior a 10 días hábiles.
 - En los demás casos, el plazo no será superior a 14 días hábiles.
- Si el paciente presenta signos de peritonismo, rectorragia u obstrucción intestinal se derivará al SCCU-H. La demora en el traslado debe ser inferior a 30 minutos.
- La derivación del paciente se acompañará de informe detallado que incluya anamnesis, exploración, pruebas complementarias y juicio diagnóstico.

Atención Especializada

Digestólogo

- Si el tacto rectal es positivo, se realizará colonoscopia, biopsia y estudio de extensión y

[cáncer colorrectal]

estadificación preoperatoria: CEA, Rx de tórax, TC abdominal (cáncer de colon) o TC abdominopélvico (cáncer de recto), rectoscopia rígida y ecografía endorrectal.

- Si el tacto rectal es negativo, se realizará colonoscopia. En caso de confirmación de CCR hay que solicitar el estudio de extensión y estadificación preoperatorio: CEA, Rx tórax, TC abdominal o abdominopélvico, rectoscopia rígida y ecografía endorrectal en los casos en que proceda.
- Cualquier tumor rectal cuyo margen distal se encuentre a 15 cm o menos del margen anal mucocutáneo utilizando un rectoscopio rígido debe ser clasificado como rectal.
- Se informará al paciente y sus familiares, de forma clara, comprensible y detallada, sobre el diagnóstico y las posibilidades terapéuticas, incluyendo riesgos y beneficios.
- En caso de confirmación de CCR, el informe de derivación a Cirugía incluirá, además del diagnóstico, las comorbilidades y el resultado de las pruebas complementarias realizadas.

Cirujano

- Todos los pacientes afectados por un CCR deben ser valorados por un Cirujano. La valoración por el Cirujano debe realizarse en menos de una semana.
- Identificará a aquellos pacientes que puedan beneficiarse de radioterapia preoperatoria.
- Proporcionará información al paciente clara y exhaustiva de las posibilidades terapéuticas, del pronóstico y de las posibles complicaciones derivadas del tratamiento.
- Estrategia terapéutica:
 - En caso de indicación quirúrgica, la intervención debe efectuarse en un plazo no superior a 15 días desde la aceptación por el paciente.
 - En caso de beneficiarse de radioterapia preoperatoria se ajustará la intervención a los plazos previstos dependientes del tipo de radioterapia y ciclo corto o largo.
 - En caso de tumores de recto uT3, uT4 y/o uN+, se derivará a Oncología Radioterápica para la valoración de tratamiento neoadyuvante preoperatorio.
 - En caso de no existir indicación quirúrgica, será derivado a Oncología Médica para la valoración de tratamiento paliativo.

Oncólogo Radioterápico

- La valoración en la Consulta de Oncología Radioterápica debe ser inferior a una semana.
- El Oncólogo informará al paciente de su situación, pronóstico y opciones terapéuticas. Explicará las características del tratamiento radioterápico, de los beneficios y la toxicidad del mismo. Le dará las recomendaciones higiénico-dietéticas necesarias.
- Tras la valoración inicial del paciente, se decidirá el tratamiento radioterápico preoperatorio en sesión clínica del servicio y, si procediera, en sesión multidisciplinar y/o Comisión de Tumores.
- Como pauta general, el tratamiento radioterápico preoperatorio será:
 - En tumores rectales uT3 y/o N+:
 - Opcional: esquema corto (5Gy x 5) o largo (45-50 Gy).
 - Cuando se utilice el esquema largo se debe valorar quimioterapia concomitante (5FU en infusión continua).
 - En tumores rectales uT4 y uT3 muy voluminosos: radioquimioterapia preoperatoria (45-60 Gy + 5 FU infusión continua).
- Tras la finalización del tratamiento radioterápico preoperatorio y, antes de 48 horas, se debe enviar al Servicio de Cirugía un informe del tratamiento radioterápico efectuado.



[cáncer colorrectal]

Anestesiólogo

El estudio preanestésico debe realizarse en un plazo inferior a 7 días hábiles desde que se establece la indicación quirúrgica y la aceptación por el paciente y, preferentemente, en una única visita.

Preparación del paciente para la intervención

- Preparación mecánica del colon: se efectuará 24 horas antes de la intervención, en el área de hospitalización y siguiendo las normas del protocolo específico, atendiendo a criterios de máxima efectividad, confortabilidad y rapidez.
- Preparación quirúrgica preoperatoria:
 - La preparación del campo quirúrgico se efectuará en el área de hospitalización una hora antes del traslado a quirófano y siguiendo las normas del protocolo específico.
 - La profilaxis antibiótica se efectuará durante la inducción anestésica, en quirófano y siguiendo las normas del protocolo específico. Una sola dosis i.v. preoperatoria con los antibióticos adecuados puede ser suficiente.
 - La profilaxis tromboembólica se efectuará, la noche anterior a la cirugía, en el área de hospitalización y siguiendo las normas del protocolo específico, salvo que exista contraindicación.
 - Los enfermos sometidos a cirugía por CCR deberán tener sangre cruzada y reservada, salvo renuncia expresa del paciente.
- Valoración del emplazamiento del posible estoma:
 - El paciente que pueda requerir la realización de un estoma será visto con la suficiente antelación para la preparación física y psicológica.
 - Se valorará el emplazamiento del estoma individualizado a las circunstancias de cada paciente:
 - El día antes de la intervención en el área de hospitalización, se procederá a elegir y marcar el lugar ideal para la localización del estoma, evitando prominencias, cicatrices, pliegues cutáneos o zonas donde la piel presente alteraciones como dermatitis.
 - Conjuntamente con el marcaje del sitio del estoma, se procederá a aportar información sobre el mismo y su manejo, a paciente y familiares.

Tratamiento quirúrgico

- Es deseable que el tiempo entre el diagnóstico y la intervención no sea superior a 4 semanas.
- La escisión endoanal sólo se considerará curativa en cáncer de recto uT1 bien o moderadamente diferenciado.
- En cirugía de urgencia se debe intentar, siempre que sea posible, resecciones curativas definitivas.
- La realización de un estoma debería llevarse a cabo sólo en beneficio de los intereses del paciente, y no como resultado de una falta de experiencia.
- Se informará verbalmente a los familiares por el Cirujano y Anestesiólogo tras la intervención quirúrgica y cuando el paciente se encuentre estable en la sala de reanimación. Se hará con amabilidad, sinceridad y de forma comprensible.

- Se proporcionarán los cuidados post-operatorios, siguiendo el Plan de Cuidados de Enfermería y las instrucciones efectuadas por el personal facultativo responsable del paciente.
- Se instruirá al paciente y/o familiares sobre los cuidados y el manejo que éste requiere, con un lenguaje sencillo, claro y comprensible, que abarque aspectos básicos como dieta, tipos y manejo de dispositivos, higiene, ejercicio, trabajo, vida social, sexualidad, etc.; con el objetivo de que, al alta, el paciente sea autosuficiente o, en su defecto, lo sea el familiar responsable.

Alta de hospitalización

- El informe al alta hospitalaria definitivo será elaborado y entregado en las 24 horas siguientes de disponer del informe de Anatomía Patológica.
- El informe de alta debe contener como mínimo:
 - Antecedentes personales y familiares relacionados con factores de riesgo para CCR.
 - Diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, comorbilidades y complicaciones.
 - Tratamiento neoadyuvante si fuese necesario, técnica quirúrgica empleada, distancia de anastomosis al margen anal. Estadificación preoperatoria y post-operatoria AJCC/UICC 2000.
 - Informe de Anatomía Patológica con indicación de la profundidad de la extensión en pared pT, número de ganglios analizados y afectados pN y afectación de márgenes terminales y radiales en caso de cáncer de recto.
 - Necesidad de tratamiento adyuvante post-operatorio.

Tratamiento quimioterápico

- Indicaciones:
 - Cáncer de colon: estadios II con factores de alto riesgo de recidiva (T4, perforación, obstrucción, indiferenciado, invasión neural/linfática), y estadios III con 5 FU modulado más leucovorin.
 - Cáncer de recto: estadios II y III, utilizar 5 FU modulado con leucovorin.
 - Durante la concomitancia con la radioterapia la elección es el 5 FU en infusión continua.
- Se informará al paciente y familiares sobre el tipo de tratamiento quimioterápico y duración del mismo, las toxicidades inmediatas o tardías, y el manejo de las mismas.
- Se aconsejará sobre alimentación, cuidados personales, actividad física, ritmo de vida; para mejorar la calidad de vida del paciente.
- El tratamiento se realizará en el Hospital de Día de Oncología, en coordinación con los Servicios implicados (Anestesia, Radioterapia, Cirugía).

Seguimiento

Enfermera de Atención Primaria

- Control de la herida quirúrgica de forma precoz tras el alta hospitalaria, siguiendo todas las medidas de asepsia en las curas.
- Plan estructurado de educación para la salud, utilizando un lenguaje claro y comprensible para el paciente y familiares.



[cáncer colorrectal]

- Al paciente con estoma se le proporcionarán los cuidados necesarios e instruirá sobre el régimen terapéutico que habrá de seguir en el post-operatorio.

Médico de Familia

- Enfermos operados de cáncer de colon que no requieren tratamiento quimioterápico (Estadio II sin factores de riesgo):
 - Solicitud de antígeno carcinoembrionario (CEA) cada tres meses, durante los tres primeros años y, anualmente, dos años más.
 - En caso de que el CEA > 5ng/mL, se repetirá la determinación al mes y, si continúa elevado, se remitirá con carácter preferente a la Consulta de Cirugía, así como ante la sospecha clínica de recidiva.
 - Anualmente, se remitirá al paciente a la Consulta de Cirugía, aportando los valores del CEA, realizados durante este periodo de tiempo.

Digestólogo

- Los pacientes operados de CCR tienen un riesgo elevado de aparición de pólipos o tumores metacrónicos por lo que deben ser evaluados periódicamente por endoscopia para detectar y tratar precozmente dichas neoplasias.
- Si la colonoscopia preoperatoria fue incompleta, deberá realizarse una nueva colonoscopia dentro de los seis primeros meses desde la intervención.
- Si la colonoscopia preoperatoria fue completa y estaba limpia (libre de pólipos), se repetirá al año de la intervención y, mientras se mantenga limpia, se repetirá a los tres años y, posteriormente, cada cinco años hasta los 70/75 años de edad del paciente.

Cirujano

- Pacientes operados de cáncer de colon que no reciben tratamiento quimioterápico (Estadio II, sin factores de riesgo).
 - Revisión del paciente al mes tras el alta hospitalaria, para una valoración del resultado funcional, e información sobre el tipo de seguimiento personalizado.
 - Evaluación anual durante 5 años para detectar recidivas. Se valorará la evolución de los valores de CEA, y la TC abdominal.
- Pacientes operados de cáncer de colon que necesitan tratamiento quimioterápico (Estadio II con factores de riesgo y Estadio III).
 - Se remitirán al Servicio de Oncología Médica para un tratamiento quimioterápico dentro de las 6-8 semanas tras la intervención quirúrgica.
 - Evaluación al año tras la remisión por el Oncólogo y, anualmente, durante cinco años.
- Pacientes operados de cáncer de recto (Estadio II y III):
 - Control de resultado quirúrgico precoz al mes del alta hospitalaria.
 - Solicitud de CEA cada tres meses durante tres años y, anualmente, dos años más.
 - Evaluación semestral durante tres años, realizando rectoscopia rígida y, opcionalmente, ecografía endorrectal o endovaginal.
 - Evaluación anual durante cinco años, tras ser remitido por Oncología. TC y Rx de tórax anual.
- Ante la sospecha de recurrencia local o a distancia se le realizará:
 - Perfil analítico, Rx de tórax, TC abdominopélvico.

- Rectoscopia rígida en casos de resección anterior por cáncer de recto.
- Ecografía endoanal o endovaginal (opcional).
- Colonoscopia completa.

Oncólogo Médico y Radioterápico

- A los pacientes operados de CCR (estadios II con factores de riesgo y III) que reciben tratamiento quimioterápico se les realizará:
 - Evaluación dentro de las 6-8 semanas tras la intervención quirúrgica.
 - Tratamiento quimioterápico según protocolos establecidos
 - Seguimiento: CEA trimestral tres años y luego anual dos años más, TC abdominal anual, remisión anual a Consulta de Cirugía.
- A los pacientes con cáncer de recto, estadios II y III, se les realizará tratamiento quimioterápico /radioterápico según los protocolos establecidos. Se solicitará rectoscopia rígida a los 6 meses para evaluar recidiva local y, al año, se remitirá al paciente a Cirugía para su seguimiento.

Medicina Nuclear

- Se realizará tomografía de emisión de positrones (PET):
 - Cuando exista elevación de CEA sin fuente conocida.
 - Cuando se sospeche recidiva y las imágenes obtenidas por otras técnicas no sean concluyentes (TC, ecografía, RM, endoscopia).
 - Para la re-estadificación prequirúrgica en pacientes con CCR recurrente candidatos a cirugía de rescate.
- La PET se realizará en un plazo máximo de 15 días desde su petición, proporcionando al paciente las instrucciones escritas que debe seguir para que se le pueda realizar correctamente (reposo físico durante las 24 horas anteriores y ayuno de 6 horas).
- Independientemente de la notificación correspondiente, se comunicará al paciente, de forma verbal, la fecha y hora de realización de la prueba 48-72 horas antes de la misma, explicando las medidas que debe realizar el día anterior a la prueba.
- El informe se emitirá en menos de 48 horas desde la realización de la prueba e incluirá el conjunto mínimo básico de datos establecidos en la legislación, así como los exigidos por el RD de Garantía de Calidad en Medicina Nuclear.

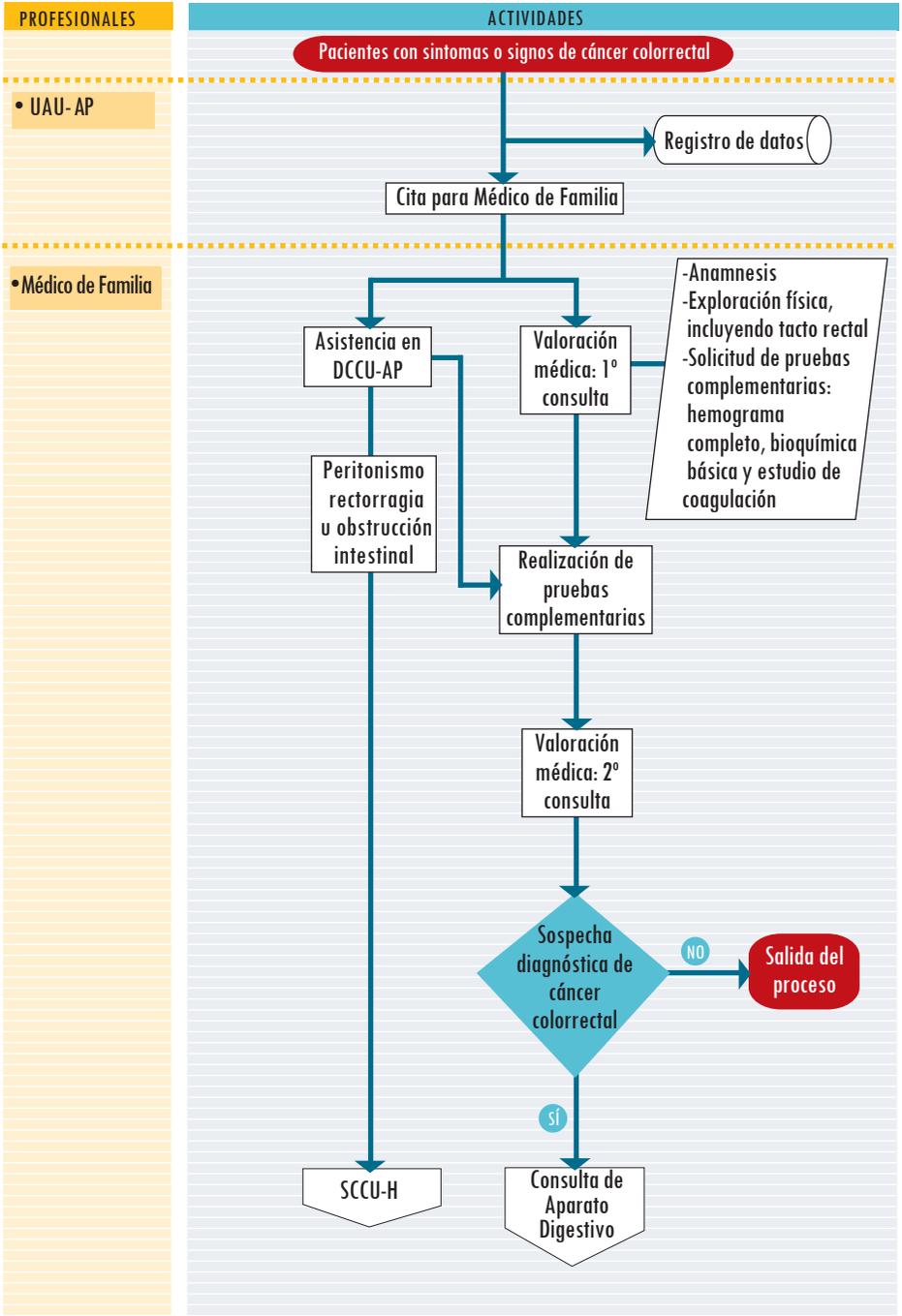
Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería/SAS.

- Se debe realizar una búsqueda activa en los grupos de riesgo para el desarrollo del CCR: antecedentes personales de adenoma y/o enfermedad inflamatoria intestinal; antecedentes familiares de CCR; síndrome de Lynch y poliposis adenomatosa familiar.
- El tiempo de respuesta entre el diagnóstico de CCR y la intervención quirúrgica, cuando ésta sea el tratamiento de primera elección, no será superior a 4 semanas.

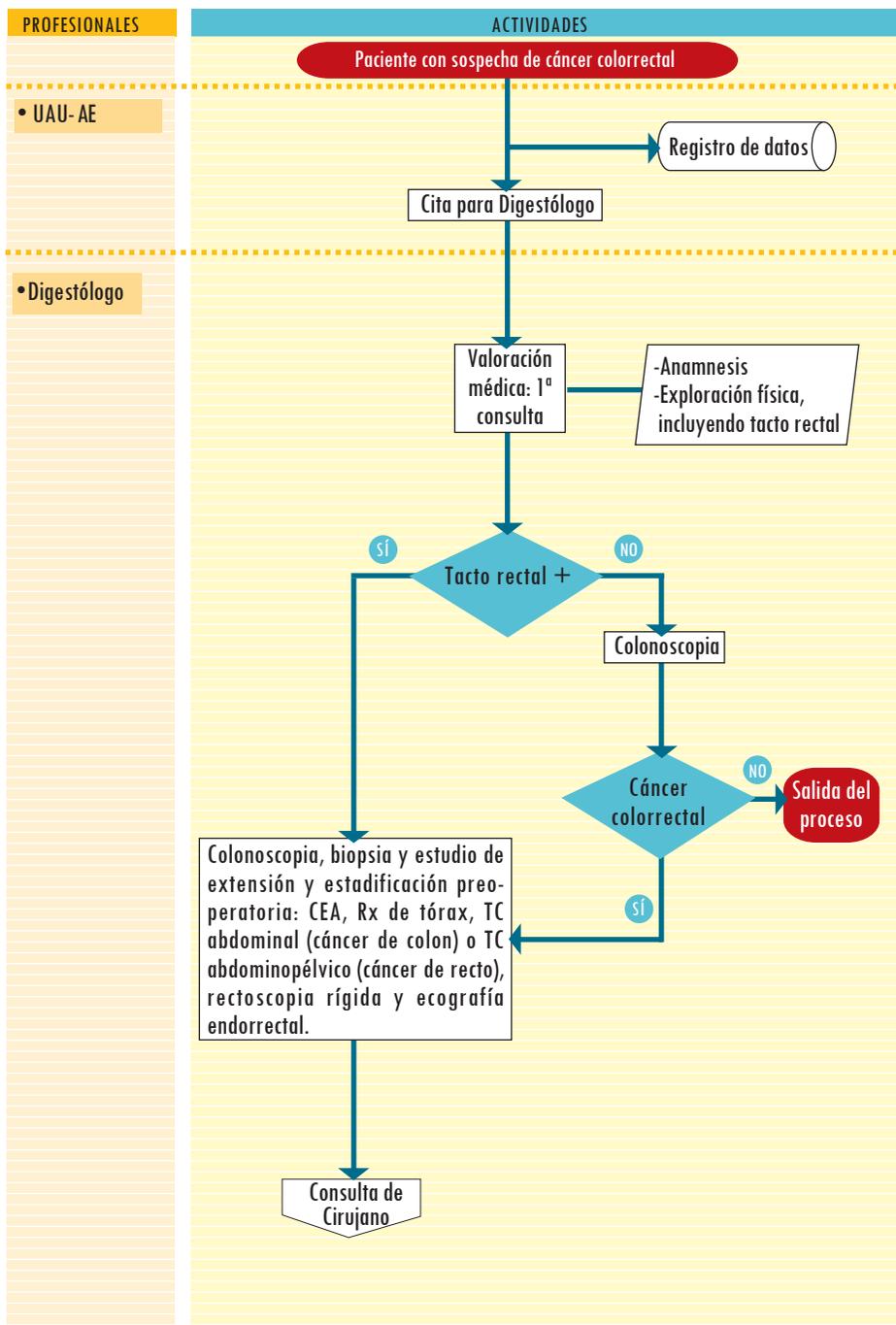


[cáncer de colorrectal]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: AP

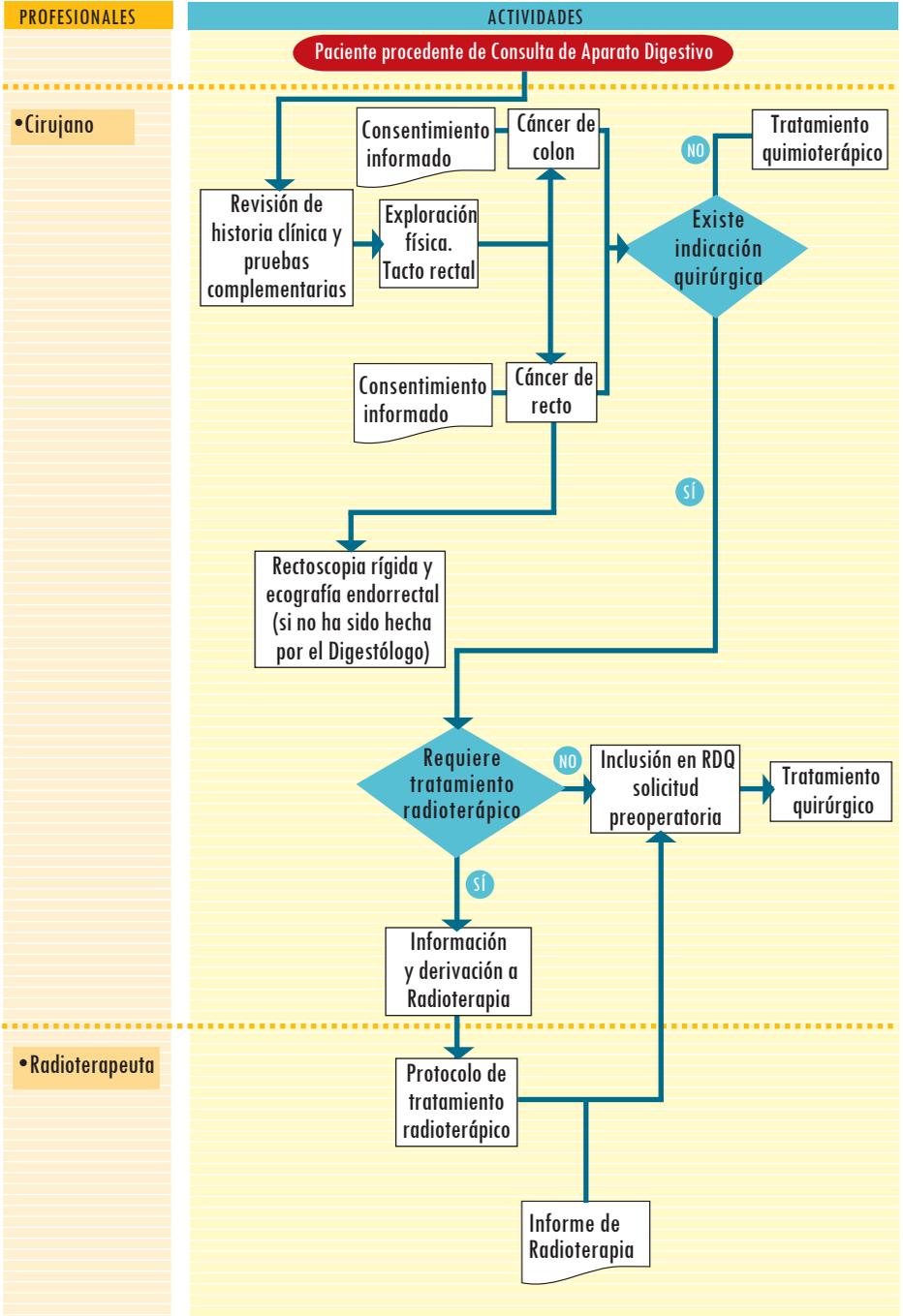


ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: AE. Valoración en Consulta de Aparato Digestivo



[cáncer colorrectal]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: AE. Valoración en Consulta de Cirugía



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: Seguimiento de cáncer de colon, estadio II, sin factores de riesgo

