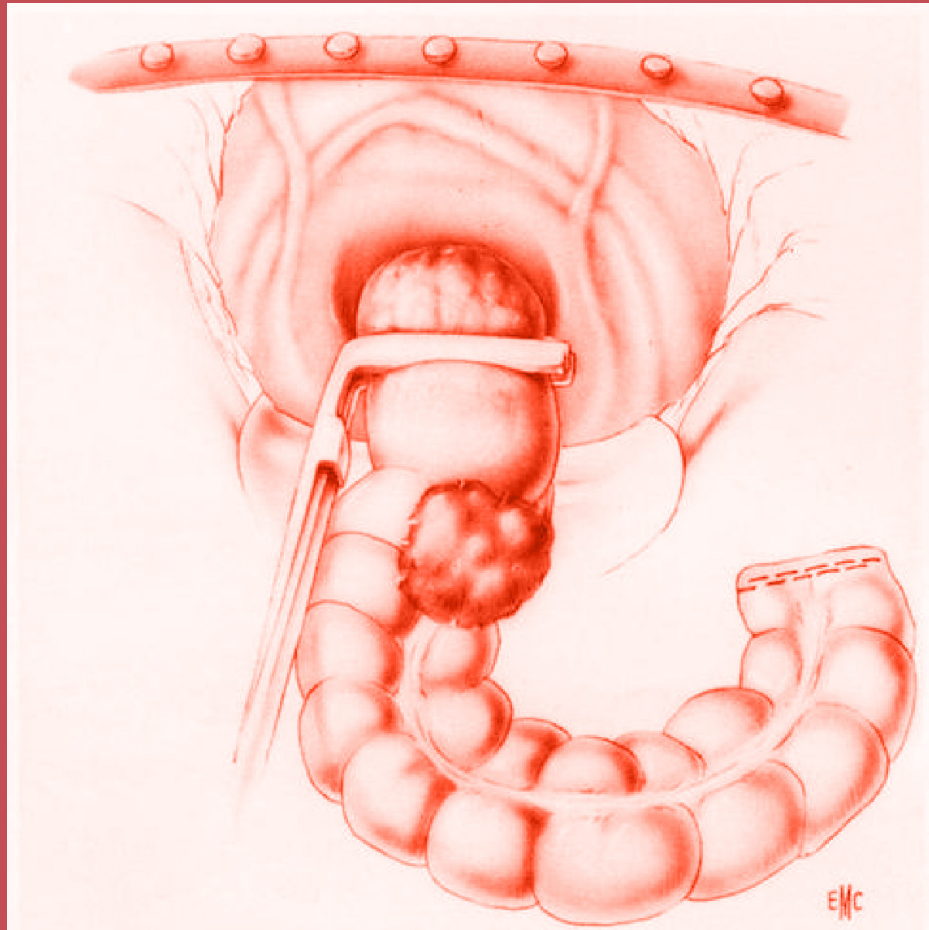




Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Reina Sofía



PROTOCOLO CÁNCER COLORRECTAL

Diagnóstico, tratamiento y seguimiento

COMISIÓN CLÍNICA DE CÁNCER COLORRECTAL

GUIA CLINICA DEL CANCER COLORRECTAL DEL HOSPITAL REINA SOFIA

ELABORADO POR LA SUBCOMISION CLINICA DEL CANCER COLORRECTAL

RESPONSABLE:	Dr. JAVIER BRICEÑO
ONCOLOGIA MEDICA:	Dra. AUXILIADORA GOMEZ
ONCOLOGIA RADIOTERAPICA:	Dra. MILAGROSA RODRIGUEZ
ANATOMIA PATOLOGICA:	Dr. CARLOS VILLAR
CIRUGIA GENERAL:	Dr. CARLOS DIAZ
APARATO DIGESTIVO:	Dr. ANTONIO HERVAS
ECOGRAFIA ENDOANAL:	Dr. ANTONIO REYES

CORDOBA, 2005

1. INTRODUCCION

El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio, al igual que el mayoría de los países occidentales, observándose una tendencia a su incremento en la última década. En España, su incidencia es de 31 casos / 100.000 habitantes en varones y 19,6 casos / 100.000 habitantes en mujeres, lo que constituye la segunda neoplasia más frecuente en ambos sexos, después del cáncer de pulmón y de mama, respectivamente. Asimismo, el CCR representa la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer en nuestro país.

En el Hospital Reina Sofía de Córdoba la incidencia de lesiones preneoplásicas y neoplásicas de colon y recto se recoge en la siguiente tabla:

Año	Nº pacientes diagnosticados de pólipos	Nº Polipectomías	Nº Ca colon intervenidos
1999	415	746	100
2000	469	962	90
2001	504	978	134
2002	522	1104	252

Se calcula que en nuestro hospital, se intervienen aproximadamente 300 nuevos casos de CCR, de los cuales un 60% precisan tratamiento neoadyuvante y/o adyuvante con quimioterapia y/o Radioterapia. De forma adicional, la asistencia y seguimiento de estos enfermos genera un total de 600 consultas anuales, aproximadamente, entre todos los especialistas que participan.

La presente GUIA CLINICA DEL CANCER COLORRECTAL DEL HOSPITAL REINA SOFIA, se ha realizado en coordinación con los Servicios de Oncología Médica y Radioterápica, Cirugía General, Aparato Digestivo y Anatomía Patológica de nuestro hospital, a los que agradecemos su colaboración y disposición a colaborar en la puesta en marcha del mismo. Se crea con la intención de conseguir un enfoque más actual del manejo de estos enfermos, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico, y con el objeto de obtener resultados ajustados a los estándares publicados. Nuestro propósito es proporcionar información sobre las decisiones terapéuticas a tomar, sus diferentes opciones, garantizar una pauta de seguimiento, de calidad y de continuidad asistencial, más que dictar una forma específica de tratamiento y/o seguimiento.

1.1. LA UNIDAD CLINICA DE CCR:

En la actualidad se acepta que los pacientes con CCR atendidos en unidades especializadas presentan mejores resultados quirúrgicos y, probablemente, una mayor supervivencia a largo plazo. Por otra parte, el aumento de los recursos diagnóstico-terapéuticos disponibles para esta neoplasia ha incrementado la complejidad de su manejo, haciéndose aconsejable la atención integral de los pacientes en el seno de unidades multidisciplinarias especializadas que integren a profesionales de la salud de diversos ámbitos. En los últimos años, además se está asistiendo a un cambio en la concepción y en la forma en que los médicos y los sistemas de salud intentan abordar la asistencia a los pacientes. El objetivo es crear estructuras asistenciales que, rompiendo los límites establecidos tradicionalmente por las especialidades y subespecialidades médicas (representadas por servicios y secciones), organicen su actividad pensando en el paciente como sujeto al que han de adaptarse todos los procesos. Por ello, las unidades funcionales son las organizaciones básicas en este proceso. Se trata de estructuras multidisciplinarias que incluyen profesionales de áreas diversas cuyo objetivo común es el abordaje global (prevención, diagnóstico y tratamiento) de una determinada enfermedad o grupo de enfermedades muy prevalentes o complejas. La actividad de estas unidades constituye, por tanto, el paradigma de una actividad centrada en el paciente, dado que se organizan con un enfoque multidisciplinario alrededor de procesos específicos. En el caso del CCR esta estructura multidisciplinaria integra a profesionales de las siguientes especialidades: Cirugía General, Aparato Digestivo, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Anatomía Patológica y Radiología.

La reciente aplicación de métodos diagnósticos que permiten determinar la invasión en la pared intestinal, así como la afectación ganglionar de una forma preoperatoria, han establecido indicaciones de tratamiento neoadyuvante con el consiguiente beneficio terapéutico de estos enfermos.

En el campo de la cirugía hemos asistido en los últimos años, a la introducción de nuevos conceptos anatómicos, que han condicionado una evolución en la técnica quirúrgica, disminuyendo las tasas de recidiva local. Asimismo, la disponibilidad de medios instrumentales sofisticados, ha permitido realizar un número cada vez mayor de procedimientos con preservación de esfínteres sin perder, por ello, el carácter oncológico. La introducción de las técnicas laparoscópicas posibilitan, en algunos casos, estadiajes preoperatorios más correctos e incluso en manos experimentadas su utilización como nueva herramienta terapéutica.

La radioterapia en el tratamiento preoperatoria en pacientes con cáncer de recto en los estadios II y III, esta hoy en día aceptado; mejorando las tasas de cirugía conservadora y disminuyendo las tasas de recaída local sin aumentar las complicaciones postquirúrgicas. Para aquellos pacientes con márgenes afectos tras cirugía y cuando no se ha administrado la radioterapia preoperatoria, la modalidad de radioterapia postoperatoria debe indicarse en los casos de afectación transmural o afectación ganglionar metastásica. La adición de quimioterapia a la radioterapia preoperatoria en el cáncer de recto estadios II y III eleva la tasa de infraestadificación y de remisiones completas patológicas.

Existe evidencia a través de estudios controlados randomizados, que los pacientes con cáncer colorrectal operable pueden beneficiarse de quimioterapia adyuvante. En este sentido, se ha demostrado mayor beneficio con la adicción de Oxaliplatino al 5FU modulado con Leucovorín en los estadios III disminuyendo las recaídas y aumentando la supervivencia global. En relación a los estadios II se recomienda tratamiento adyuvante en los de alto riesgo. En la enfermedad metastásica el tratamiento debe individualizarse: paliativo, preoperatorio, complementario.

En definitiva, el manejo del paciente con cáncer colorrectal dista mucho de pertenecer al campo de un especialista aislado, pasando a convertirse en objeto de un grupo experto, dedicado y multidisciplinario.

1.2 OBJETIVOS DE LA PRESENTE GUIA

1. Elaboración de un protocolo asistencial que abarque el diagnóstico, tratamiento y prevención del CCR.
2. Coordinación del circuito asistencial en la fase de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
3. Introducción y evaluación de nuevos procedimientos diagnósticos.
4. Introducción y evaluación de nuevas alternativas terapéuticas.
5. Mejora de los resultados a corto (morbilidad y mortalidad inmediata) y a largo plazo (recurrencia, supervivencia y calidad de vida).
6. Desarrollo de estrategias de prevención secundaria y terciaria (cribado en grupos de riesgo y/o población general y vigilancia post-resección de adenomas y carcinomas colónicos).
7. Implementación de estrategias para establecer el riesgo individual de desarrollar cáncer colorrectal (consejo genético) o predecir la respuesta al tratamiento en función de alteraciones genéticas.

8. Creación de la figura de médico de referencia para cada paciente durante el proceso diagnóstico-terapéutico.
9. Establecimiento de programas de divulgación para pacientes y familiares.
10. Establecimiento de programas de soporte psicológico y emocional para pacientes y familiares.
11. Implementación de un programa de atención a pacientes portadores de ostomías.
12. Implementación de programas de cuidados paliativos y de atención a pacientes terminales.
13. Creación de bases de datos unificadas
14. Definición de objetivos y prioridades comunes en la investigación clínica, básica y aplicada.
15. Desarrollo de una dinámica de evaluación periódica de la calidad asistencial ofertada.

1.3 PACIENTES A LOS QUE VA DESTINADA LA GUIA

1. Pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal
2. Paciente diagnosticados de pólipos adenomatosos colónicos
3. Familiares de pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal
4. Familiares de pacientes diagnosticados de pólipos adenomatosos colónicos

1.4 METODOLOGIA

1ª Fase

- A. Elaboración del protocolo asistencial.
- B. Coordinación del circuito asistencial.
- C. Creación de la figura de médico de referencia para cada paciente.
- D. Definición de objetivos y prioridades comunes en la investigación.

2ª Fase

- A. Introducción y evaluación de nuevos procedimientos diagnósticos.
- B. Introducción y evaluación de nuevas alternativas terapéuticas.
- C. Desarrollo de estrategias de prevención secundaria y terciaria.

- D. Creación de bases de datos unificadas.
- E. Evaluación periódica de la calidad asistencial ofertada.

3ª Fase

- A. Programas de divulgación.
- B. Programas de soporte psicológico y emocional.
- C. Programa de atención a pacientes portadores de ostomías.
- D. Programas de cuidados paliativos y de atención a pacientes terminales.
- E. Mejora de los resultados a corto y a largo plazo.

1.5 MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Para la elaboración de la presente guía se han seguido diversas guías clínicas nacionales e internacionales de prestigio acreditado:

- Guía del CCR de la Asociación Española de Cirujanos
- Guía del CCR de la Sociedad Española de Gastroenterología
- Guía de la Sociedad Americana de Cirugía Colorrectal
- Guía de la Sociedad Americana de Gastroenterología
- Guía de Prevención del CCR del Colegio Americano de Gastroenterología
- Guía del CCR de la Sociedad Británica de Cirugía Colorrectal
- Proceso Asistencial para el Cáncer Colorrectal del Servicio Andaluz de Salud

Las afirmaciones y recomendaciones de la presente guía se han establecido siguiendo los Niveles de Evidencia (Apéndice A) y la Escala para Gradación de la Evidencia (Apéndice B).

2. ALGORITMO DE ACTUACION EN APARATO DIGESTIVO.

2.1. 1ª Visita en CONSULTAS EXTERNAS:

- ANAMNESIS.
- HISTORIA FAMILIAR
- EXPLORACION FISICA:
 - o Tacto rectal:
 - ♣ Distancia a margen anal.
 - ♣ Tamaño (nº de cuadrantes).
 - ♣ Fijación a la palpación.
 - o Rectoscopia. Distancia al margen anal.
 - o Masa Abdominal.
- ANALITICA: Glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, calcio, ALT, AST, Fosfatasa alcalina, GGT, proteínas totales y albúmina
- Estudio de coagulación
- CEA (Caso de Cirugía Urgente, pedir CEA durante la 1ª semana postoperatoria).
- COLONOSCOPIA COMPLETA CON A.P.
- ESTUDIOS DE EXTENSIÓN:
 - o Rx de TORAX.
 - o ECOGRAFIA ABDOMINAL
 - o ECOGRAFIA ENDORRECTAL/RNM en cáncer de recto.
 - o TAC ABDOMINO-PÉLVICO.
 - ♣ En cáncer de colon si ecografía no diagnóstica o LOE hepática
 - ♣ En cáncer de recto: si ecografía endorrectal no concluyente
- Electrocardiograma

2.2. 2ª Visita en CONSULTAS EXTERNAS. (VALORACION DE RESULTADOS).

- Si no hay colonoscopia completa: ENEMA OPACO
- Casos de Cáncer de recto estadios II y III : VALORAR TTº PREOPERATORIO.
- Incluir en LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.
- Pasar a LISTA DE ESPERA PREFERENTE y pedir PREOPERATORIO (Anestesia).
- Hacer hoja de consulta a NUTRICION para valoración del estado nutricional y prescripción de dieta baja en residuos.
- NOTIFICACION AL PACIENTE SU INGRESO CON 48 h ANTELACION, para que empiece la dieta sin residuos (Ensure o Pentadrink).
- Dar CONSENTIMIENTO INFORMADO.

2.3 HOJA DE SEGUIMIENTO PROCEDIMIENTO ESTADIAJE y PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA AMBULATORIA DE NEOPLASIAS COLORRECTALES

Fecha Inclusión

Confirmar teléfonos de contacto

Fecha

Consulta enfermería, Exploraciones complementarias básicas y Preanestesia

Contactar con paciente

Anular citas pendientes

Notificar a médico peticionario

Dieta restringida en fibra

Hoja de ruta

Copias de informes

Problemas detectados

Necesidades de cuidados de enfermería

Toma de antiagregantes o anticoagulantes

Lesión a menos de 20 cm de margen anal

Colonoscopia incompleta: no llega a ciego

Ecografía: metástasis hepáticas

Necesidad de estudios complementarios por parte de preanestesia

Necesidad de otras exploraciones complementarias para el estadiaje

Médico responsable Dr.:

Fecha de consulta

Información de problemas detectados

Solicitado Recibido

 Hematimetría

 Bioquímica

 Coagulación

- Marcadores
- Tórax
- ECG
- Ecografía abdominal
- Anatomía patológica urgente
- Enema opaco
- Ecografía endorrectal
- TAC abdomino-pélvico
- Preanestesia
- Hoja consulta a otras especialidades

Fecha

- Derivación Cirugía
- Derivación Oncología
- Ingreso hospitalario

2.4. HOJA DE RUTA PARA REALIZAR EXPLORACIONES PROGRAMADAS DE COLORRECTAL

1º Consulta enfermería

Consulta 2 de Digestivo. Planta primera ala izquierda. Edificio de consultas

2º Extracción analítica

Consulta Preanestesia. Planta segunda ala derecha. Edificio de consultas

3º Radiografía de tórax

Planta baja de Reina Sofia. Sala de urgencias

4º Ecografía abdominal

5º planta módulo A. Entrando a la derecha. Avisar de su llegada.

5º Desayuno

Cafetería del Edificio de consultas

6º Electrocardiograma

Consulta Preanestesia. Planta segunda ala derecha. Edificio de consultas

7º Consulta Preanestesia

Consulta Preanestesia. Planta segunda ala derecha. Edificio de consultas

8º Consulta enfermería

Consulta 2 de Digestivo. Planta primera ala izquierda. Edificio de consultas

2.5 DIETA RESTRINGIDA EN FIBRA

Características

Se evitarán las fibras vegetales, que no son digeridas en el organismo siendo atacadas y fermentadas en el colon aumentando la producción de gases y estimulando el peristaltismo intestinal.

ALIMENTOS DESACONSEJADOS

Legumbres: lentejas, garbanzos, judías

Verduras: (excepto los permitidos)

Frutas crudas: (excepto las permitidas)

Frutos secos: cacahuetes, nueces, etc.

Cereales integrales: arroz integral, pan integral, etc.

ALIMENTOS PERMITIDOS

Cereales refinados

Pan blanco (mejor tostado), bizcotes, galletas tipo María

Arroz, pasta (macarrones, espaguetis, etc.)

Frutas

Cocidas, asadas o en almíbar (melocotón, membrillo, manzana, pera).

Zumos filtrados

Frutas crudas: plátanos maduros

Verduras

Zanahoria cocida, patata cocida y sin piel
Purés de verduras pasados por el “chino”.
Yemas de espárragos y corazones de alcachofas.

Carnes, pescados y huevos

Cualquiera que sea magro, sin grasa visible, a la plancha, asado o hervido
Se recomienda ingerir más cantidad de pescado que de carne, preferentemente pescado azul (caballa, sardinas, truchas, salmón, arenques, atún, anchoas, lubina)

Bebidas

Agua, infusiones, zumos filtrados

Grasas

Utilizar preferentemente aceite de oliva.

2.6 INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y FAMILIARES

PROCEDIMIENTO AMBULATORIO DE COLON

En la colonoscopia que le acaban de realizar le han detectado una lesión de la que se ha tomado una muestra para analizar la naturaleza de la misma (biopsia). Esta no ha podido ser extirpada en este momento y es preciso realizar estudios complementarios para valorar la mejor opción de tratamiento. Entre estas está la posibilidad de una intervención quirúrgica.

En los próximos días contactará telefónicamente con usted nuestra enfermera de consulta externa para indicarle cuando se realizarán las pruebas complementarias. Estas se llevarán a cabo a lo largo de toda una mañana y consistirán en: registro de enfermería, analítica de sangre, radiografía de tórax, ecografía abdominal, electrocardiograma y visita con un anestésista. Con estas exploraciones se obtendrá información sobre el problema que se le ha detectado, una valoración de su estado general y el riesgo de una posible anestesia general.

Una vez realizadas estas pruebas y esté disponible el resultado de la biopsia se le notificará el día de consulta en Aparato Digestivo para completar su historia clínica, indicarle si se precisan más exploraciones e informarle de las posibles opciones de tratamiento.

NO OLVIDE:

- 1.- Acudir en ayunas
- 2.- Venir acompañado
- 3.- Traer informe de endoscopia
- 4.- Traer copias de informes de enfermedades que tenga o haya tenido
- 5.- Traer copias de informes de ingresos en el hospital
- 6.- Traer relación de la medicación que toma con sus prospectos
- 7.- Si se toma la tensión traer el cartón o libreta donde se apuntan
- 8.- Traer las medicinas que tenga que tomarse este día
- 9.- Nuestra enfermera le recibirá en la Consulta 2 de Digestivo situada en la planta primera a la izquierda del edificio de consultas externas de Reina Sofía a las 8.15 horas del día que le notifique.

Si precisa más información no dude en llamarnos al teléfono 957 011 912 entre las 12 y 14 horas.

2.7 INFORMACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES CON NEOPLASIA COLORRECTAL

Las personas con una historia familiar de neoplasia colorrectal presenta un riesgo aumentado para el desarrollo de neoplasias en el colon. El número de familiares afectados, el grado de parentesco y la edad en el momento del diagnóstico de sus familiar o familiares determinará el momento de indicarle la realización de una exploración endoscópica del colon (colonoscopia), que es lo que se conoce como cribado. La colonoscopia es el método de elección para el diagnóstico de

los pólipos colorrectales y es eficaz en el cribado de neoplasias colorrectales. Es una exploración no exenta de riesgo, aunque el índice de complicaciones graves es bajo.

La mayoría de las neoplasias colorrectales se inician a partir de un pólipo (tipo adenoma), y aunque no todos los adenomas progresan a una neoplasia, todos los pólipos identificados durante una colonoscopia deben extirpados (polipectomía). La polipectomía es el tratamiento de elección de los adenomas colorrectales.

La intención del cribado es detectar y extirpar los adenomas antes de que progresen a una neoplasia. En el caso de encontrar algún adenoma las exploraciones se repetirán con más frecuencia.

Parentesco/ familiar afecto más próximo	Nº familiares Afectados	Edad familiares	Inicio pruebas	Repetir cada
Primer grado (padres, hermanos e hijos)	1	≥ 60 años	40 años	10 años
		< 60 años	40 años	5 años
	≥ 2		40 años	5 años
Segundo grado (abuelos, tíos, sobrinos)	1		50 años	10 años
	≥ 2		40 años	10 años
Tercer grado (bisabuelos, primos)			50 años	10 años

SIUACIONES ESPECIALES: CONSEJO GENETICO

- Neoplasia colorrectal hereditaria no asociada a poliposis (criterios Ámsterdam II):

- Tres o mas familiares afectados de una neoplasia asociada (colorrectal, endometrio, intestino delgado, uréter o pelvis renal) uno de ellos familiar de primer grado de los otros dos.
- Dos o más generaciones sucesivas afectas.
- Uno o más familiares afectados de neoplasia colorrectal diagnosticado antes de los 50 años.
- No existencia de poliposis adenomatosa familiar.

El cribado consistirá en colonoscopia cada 1-2 años a partir de los 20-25 años o 10 años antes de la edad de diagnóstico del familiar afecto más joven (lo primero que ocurra).

- Poliposis adenomatosa familiar:

- Persona con mas de 100 adenomas colorrectales.

- Persona con múltiples adenomas y familiar de primer grado de un paciente afecto de poliposis adenomatosa familiar.

El cribado consistirá en colonoscopia anual a partir de la pubertad y hasta los 30-35 años de edad, y cada 5 años hasta los 50-60 años de edad.

Se realizará endoscopia digestiva alta con endoscopio de visión lateral cada 3 años a partir de los 30 años de edad.

La consulta de CONSEJO GENETICO se llevará a cabo en el Servicio de Oncología Médica (Dra. Raquel Serrano).

3. ANATOMIA PATOLOGICA

ESTADIAJE (Nivel de evidencia 2; grado B):

- **CLASIFICACION TNM (AJCC) 2002**

T.- TUMOR PRIMARIO

TX Tumor primario desconocido.

T0 No evidencia de tumor primario.

Tis Carcinoma in situ. Tumor intraepitelial o que invade la lámina propia.

T1 Tumor que invade submucosa.

T2 Tumor que invade muscularis propia.

T3 El tumor invade a través de la muscularis propia hasta el interior de subserosa o tejidos pericólicos o perirrectales no peritonealizados.

T4 El tumor invade directamente a otros órganos o estructuras, o perfora peritoneo visceral.

La invasión directa en T4 incluye la de otros segmentos de colon y recto por vía de la serosa.

El tumor que se adhiere a otros órganos o estructuras, macroscópicamente, se clasifica como T4. Sin embargo, si no hay tumor en la adherencia, microscópicamente la clasificación debe ser pT3.

N. - GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES.

Nx No se puede asegurar invasión ganglios linfáticos regionales.

NO No metástasis de los ganglios linfáticos pericólicos.

NI Metástasis en 1-3 ganglios pericólicos o perirrectales.

N2 Metástasis en 4 ó más ganglios linfáticos pericólicos o perirrectales.

M - METÁSTASIS A DISTANCIA.

Mx la presencia de metástasis a distancia no puede ser asegurada.

M0 No metástasis a distancia.

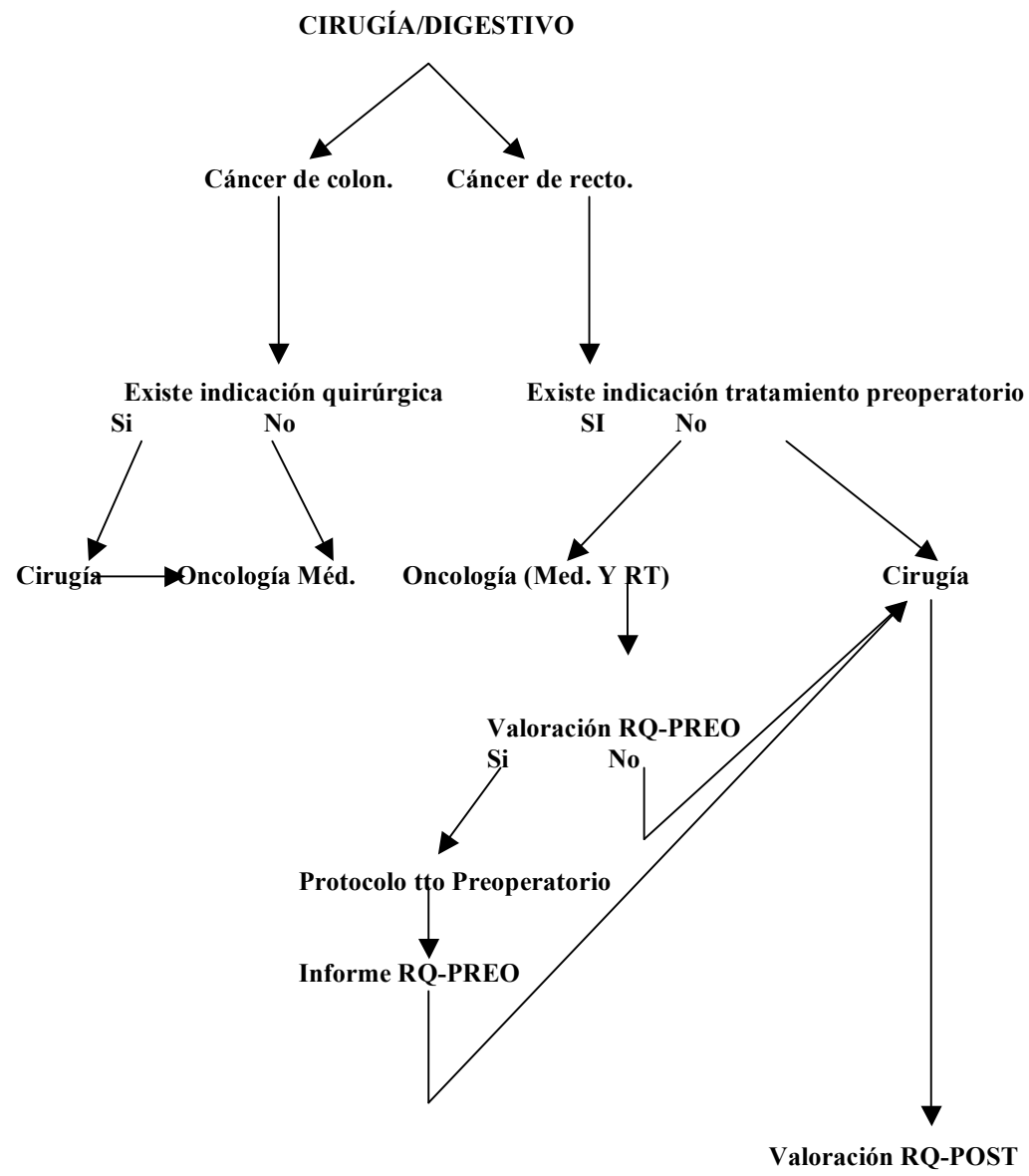
M1 Metástasis a distancia.

ESTADIOS	TNM		
Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
	T2	N0	M0
Estadio IIA	T3	N0	M0
Estadio IIB	T4	N0	M0
Estadio IIIA	T1-2	N1	M0
Estadio IIIB	T3-4	N1	M0
Estadio IIIC	Cualquier T	N2	M0
Estadio IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

* En CCR metastático (pM1) se determinará EGFR1 por Inmunohistoquímica.

* En estadios pT3 ó pN1 se determinará ki67 y p53. El valor se expresará en >, <50%

4. CIRCUITO DE DERIVACION DE ENFERMOS (según Proceso Asistencial del Cáncer Colorrectal del Servicio Andaluz de Salud)



5. CIRUGIA

5.1. PREPARACIÓN PARA LA CIRUGÍA

La cirugía del cáncer colorrectal debe incluirse en el ámbito de la cirugía abdominal mayor, acompañada de morbilidad y mortalidad a tener en cuenta, por lo que el tratamiento quirúrgico debe evitarse cuando los riesgos superen a los beneficios potenciales. Dado que la decisión de no operar depende de factores muy individualizados, es imposible determinar pautas de conducta específicas. Es importante, en estos casos, al igual que en los operables, involucrar en la decisión final a los pacientes y a sus familiares. En aquellos casos de difícil decisión, será el equipo de cirujanos y la valoración preanestésica los que determinen la operabilidad del paciente. Para ello, es imprescindible en todos los casos, remitir al servicio de Anestesiología la *Hoja de consulta para valoración del riesgo quirúrgico*. En la contestación de la misma, deberán reseñarse los riesgos de forma objetiva a través de scores internacionales (especialmente, los denominados ASA e Índice multifactorial de Goldman- Risk), así como aconsejar determinadas conductas terapéuticas en aquellos casos en que la patología de base del enfermo lo requiera. Esta consulta debe cursarse preferentemente desde la consulta de Aparato Digestivo, durante el ingreso del paciente en el Hospital o desde la consulta de Oncología, y debe cumplimentarse al menos 24 horas antes de la intervención quirúrgica. En aquellos casos en los que el paciente se remita a su domicilio tras inclusión en lista preferente para intervención, la consulta a preanestesia deberá contestarse antes del alta.

Cuando se va a proceder a la intervención, deben observarse otros aspectos fundamentales de preparación, como son:

- a) Consentimiento informado
- b) Preparación para la creación de un estoma
- c) Transfusión sanguínea
- d) Preparación/limpieza intestinal
- e) Profilaxis tromboembólica
- f) Profilaxis antibiótica

a) *Consentimiento informado* (Nivel de evidencia 3; Grado C)

Todos los pacientes sometidos a cirugía por cáncer colorrectal deben dar su consentimiento, previa información por su cirujano, a menos que no estén capacitados para ello, en cuyo caso la decisión recae en la familia del paciente. La cumplimentación escrita del consentimiento se realiza siguiendo las directrices consensuales de la Asociación Española de Cirujanos, mediante un programa informático suministrado por la misma

(Apéndices c2 y c3). La exhaustividad de la información incluida en el consentimiento sigue los consejos jurídicos consultados por la Asociación, y deben ser individualizados según las peculiaridades de cada enfermo. El consentimiento informado debe ser firmado por el médico que informa y por el paciente (o sus familiares). El ejemplar firmado se integrará en la historia clínica del enfermo. En caso de negativa, se firmará en el apartado correspondiente de revocación. En los casos de cirugía electiva, el consentimiento informado no debe en ningún caso firmarse en la antesala de quirófano y, aún menos, en la mesa de operaciones antes de anestesiarse al enfermo. En los casos urgentes, a falta de tiempo, puede recurrirse al formulario inespecífico de consentimiento informado suministrado por el Hospital en papel autocopiativo.

b) Preparación para la creación de un estoma

Ante la posibilidad o seguridad de realización de un estoma, definitivo o temporal, se le explicará al paciente adecuadamente la causa y las consecuencias del mismo. Es importante la localización del estoma en la piel del enfermo antes de la cirugía, lo que permitirá al paciente un correcto manejo del mismo después de la intervención. Para ello, en los casos de cirugía programada se consultará con la enfermera estomatoterapeuta (ATS Isabel Meléndez), para la ubicación del mismo y el consiguiente apoyo psicológico pre y postoperatorio. En el caso de intervenciones urgentes, la localización del estoma la realizará el cirujano según su criterio.

c) Transfusión sanguínea (Nivel de evidencia 3; Grado C)

Aunque existen trabajos que apoyan un incremento de la probabilidad de recidiva de cáncer colorrectal en pacientes transfundidos, esto no ha sido universalmente probado, y existen trabajos en los que no se ha podido establecer diferencias en cuanto a pronóstico entre el empleo de sangre autóloga y alogénica. Por ello, se recomienda que no debe restringirse la administración de hemoderivados si existe indicación clínica para ello. Asimismo, en todos los pacientes que vayan a someterse a intervención quirúrgica deberá reservarse sangre previa realización de pruebas cruzadas. Aunque el número de unidades debe individualizarse, en general para la cirugía colorrectal estándar se reservarán 2 unidades de hemoconcentrado, 3 unidades si se trata de una recidiva local de carcinoma de recto y 4 unidades en el caso de una resección combinada de colon-recto y metástasis

hepáticas. En este último caso, debe reservarse, además, plasma fresco congelado en previsión para su uso intraoperatorio.

d) Preparación/limpieza intestinal (Nivel de evidencia 2; Grado A)

La preparación del intestino tiene como objetivo disminuir la concentración de bacterias en la luz intestinal, y por ende, la capacidad de éstas para infectar la cavidad abdominal durante la cirugía y favorecer las dehiscencias de la anastomosis. Esta preparación debe ser tanto más exhaustiva cuanto más nos acerquemos al colon descendente-recto.

La preparación consta de una preparación mecánica y una antibiótica.

Preparación mecánica

Puede realizarse mediante la administración de las soluciones siguientes:

- Solución evacuante: 2-4 litros de una solución que contiene polietilenglicol/manitol
- Fosfosoda

Ambas deben administrarse el día previo a la intervención

Preparación antibiótica

Debe distinguirse entre la utilizada como profilaxis previa a la cirugía y aquella utilizada como descontaminante:

Para la descontaminación preoperatoria se utilizará Nistatina 1 gragea/cucharada cada 8 horas y Norfloxacin 1 comprimido cada 12 horas.

Existen otros regímenes alternativos como son el empleo de neomicina/eritromicina y una cefalosporina de segunda generación. Esta pauta puede utilizarse en caso de alergias o falta de disponibilidad de los anteriores. No deben emplearse en la preparación aquellos antibióticos susceptibles de emplearse en la profilaxis y/o en el tratamiento postoperatorio.

Pautas de preparación

La tendencia actual es realizar preparaciones cortas de 2-3 días, preferiblemente en el domicilio del paciente, en base a la eficacia de las soluciones actuales (evacuante/fosfosoda) (nivel de evidencia 2; Grado A). La pauta de preparación de 5 días (pauta larga) debe, por tanto, abandonarse. La pauta larga sólo tiene aplicación en pacientes con megacolon crónico, dolicosigma, estreñimiento crónico severo y en obstrucciones parciales.

Día 1: * Enema de limpieza.

* Dieta pobre en fibra

Día 2: * Enema de limpieza

* Dieta pobre en fibra

Día 3 (día previo a la intervención):

* Enema de limpieza cada 12 horas

- Dieta líquida
- Solución evacuante (4 litros) o fosfosoda

Se prohíbe la ingesta oral 12 horas antes de la cirugía. En aquellos pacientes con preparación domiciliar la dieta sin residuos puede sustituirse mediante el empleo de preparados de absorción alta.

Casos especiales

a) *Pacientes colostomizados*

En estos pacientes se seguirá la preparación oral estándar descrita anteriormente. En el caso de que exista un segmento desfuncionalizado (Hartmann, fístula mucosa, ileostomía de descarga) se administrará, además, un enema jabonoso diario así como introducción de una sonda de petzer a través de la que se administrará una solución de Betadine 1/6. Esta última medida no se empleará en el caso de reservorios ileales o cólicos con ileostomías de descarga, y tan sólo se emplearán los enemas de limpieza administrados a mitad de volumen.

b) *Obstrucción intestinal*

Aquellos pacientes con obstrucción intestinal susceptibles de intervención urgente no pueden recibir el tratamiento preparatorio anterior. En ellos, se realizará profilaxis antibiótica según el apartado siguiente. La tendencia actual en estos pacientes es realizar la limpieza mecánica en la mesa de operaciones (on-table washout, antegrade intraoperative irrigation). Los resultados con esta técnica son satisfactorios y permiten realizar anastomosis primarias con seguridad. La técnica se describe en las modalidades terapéuticas de esta guía.

e) ***Profilaxis tromboembólica*** (Nivel de evidencia 1; Grado A)

Independientemente de la patología de base o los factores de riesgo que puedan justificar el empleo de esta profilaxis, las intervenciones para el cáncer colorrectal, y especialmente, las del cáncer rectal tienen especial riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.

- En los pacientes con cáncer de colon derecho, transversal e izquierdo, en ausencia de factores de riesgo especiales, puede emplearse durante la cirugía la aplicación de un vendaje compresivo gradual de ambos miembros inferiores.

- En el cáncer rectal, la medida profiláctica más ampliamente utilizada, además de compresión, consistirá en la administración de heparinas de bajo peso molecular. No existe ventajas de una heparina frente a otra, y el cálculo de la dosis a administrar irá en función de la edad, el peso y los antecedentes de riesgo del paciente:
- Nadroparina
- Enoxaparina
- Dalteparina

La administración tendrá lugar entre 30 minutos y una hora antes de comenzar la intervención quirúrgica, y deberá continuarse en el tratamiento postoperatorio al menos hasta que el paciente comience a deambular.

Existen además *grupos de riesgo especiales* en los que, independientemente de la ubicación del tumor, deben emplearse heparinas de bajo peso molecular:

- Historia previa de trombosis venosa profunda o de tromboembolismo pulmonar.
- Edad > 65 años
- Obesidad
- Inmovilización prolongada
- Estados de hipercoagulabilidad (déficits proteína C, S y antitrombina III)
- Cirugía laparoscópica
- Traumatismo columna, pélvico o de miembros inferiores asociado.
- Sustitución de anticoagulación previa a la cirugía.

Asimismo, existen contraindicaciones al empleo de estas heparinas:

- Cirugía reciente sobre el SNC u ojos
- Traumatismo reciente sobre el SNC u ojos.
- ACVA hemorrágico reciente
- Sangrado activo o potencial no relacionado con la cirugía (HDA activa o reciente, úlcera activa, Cirugía mayor reciente)
- Complicaciones por la administración previa de heparina (trombocitopenia, trombosis o necrosis cutánea)
- Neoplasia intracraneal, hipertensión maligna (contraindicaciones relativas).

f) *Profilaxis antibiótica* (Nivel de evidencia 1; grado A)

Son muchos los antibióticos o combinaciones antibióticas que pueden emplearse. Es importante tener en cuenta que la profilaxis antibiótica debe administrarse aproximadamente

media hora antes de la intervención y preferentemente por vía parenteral (la vía oral puede interferir con la anestesia general).

En el caso de *cirugía electiva* y preparación intestinal adecuada pueden administrarse las siguientes pautas:

- Amoxicilina-clavulánico + metronidazol
- Cefalosporina de 2ª generación + metronidazol

En el caso de *cirugía urgente* o preparación intestinal inadecuada (estreñimiento crónico, suboclusión intestinal, dolicosigma, falta de colaboración del paciente) pueden administrarse:

- Cefalosporina de 2ª generación + metronidazol +aminoglucósido (amicacina 7.5mg/kg)
- Amoxicilina-clavulánico + metronidazol + aminoglucósido (amicacina 7.5mg/kg)
- Piperacilina-tazobactam + metronidazol

5.2 INTERVENCIONES QUIRURGICAS

La extensión de la resección de colon y recto debe realizarse de acuerdo al drenaje linfovascular según la localización del tumor. (Nivel de evidencia 2; grado B).

A) CIRUGIA DE URGENCIAS (Nivel de evidencia 2; Grado C)

La cirugía de urgencias para el cáncer colorrectal se realiza ante la aparición de complicaciones como obstrucción intestinal, perforación y hemorragia digestiva baja. Los procedimientos quirúrgicos a emplear dependen del asiento del tumor:

1) Recto:

- Resección + colostomía proximal (intervención de Hartmann)
- Colostomía temporal + resección en un segundo tiempo mediante resección anterior o amputación abdominoperineal.
- Amputación abdomino-perineal
- Colectomía subtotal con anastomosis ileorrectal

2) Colon izquierdo:

- Hemicolectomía izquierda + colostomía proximal (i. Hartmann)
- Hemicolectomía izquierda + lavado intraoperatorio y anastomosis primaria
- Colostomía temporal + hemicolectomía izquierda en un segundo tiempo.
- Resección + colostomía proximal + fístula mucosa distal
- Colectomía subtotal con anastomosis ileo-rectal o ileosigmoidostomía
- By-pass intestinal

3) Colon transverso:

- Hemicolectomía derecha ampliada
- Colectomía transversa + lavado intraoperatorio + anastomosis colo-cólica
- Colectomía transversa + colostomía proximal
- Colectomía subtotal + ileo-sigmoidostomía
- By-pass intestinal

4) Colon derecho o ciego:

- Hemicolectomía derecha
- By-pass ileocólico

Los pacientes con cánceres de recto y colon (especialmente izquierdo y sigma) con obstrucción completa pueden manejarse mediante la colocación de una prótesis autoexpansible (stent) en el tumor. Dicha prótesis permite aliviar la obstrucción y conseguir una preparación del intestino adecuada para convertir la cirugía en electiva y disminuir el porcentaje de colostomías temporales o definitivas. En el caso de optar por la colocación de una prótesis, ésta deberá colocarse por el servicio de Radiología o de Digestivo (el que esté disponible) en las 24 horas siguientes al diagnóstico ((Nivel de evidencia 2; clase C).

B) CIRUGIA ELECTIVA

B.1) CANCER DE COLON:

Según su localización anatómica pueden emplearse:

- Hemicolecotomía derecha
- Hemicolecotomía derecha ampliada
- Colectomía transversa + anastomosis colocolica
- Hemicolecotomía izquierdo
- Sigmoidectomía
- Colectomía subtotal + anastomosis ileorrectal
- Colectomía segmentaria

B.2) CANCER DE RECTO:

Según la localización y el estadio tumoral, pueden emplearse:

- Excisión transanal
- Microcirugía transanal endoscópica
- Resección anterior + anastomosis colorrectal
- Resección anterior baja + anastomosis coloanal (con o sin reservorio cólico; con o sin colostomía o ileostomía de descarga).
- Amputación abdomino-perineal
- Colectomía casi total + anastomosis ileo-anal (con reservorio)

B.3) CANCER SOBRE COLITIS ULCEROSA / POLIPOSIS FAMILIAR HOMOCIGOTICA:

- Colectomía subtotal + ileostomía (cirugía urgente)
- Colectomía subtotal + anastomosis ileorrectal

- Proctocolectomía total más :
 - Ileostomía
 - Ileostomía continente de Kock
 - Reservorio ileal con anastomosis reservorio-anal (+ mucosectomía)

B.4) CIRUGIA LAPAROSCOPICA:

Aunque ha sido objeto de gran controversia, y estando en marcha estudios prospectivos randomizados, la cirugía laparoscópica realizada por cirujanos suficientemente expertos en cirugía colorrectal laparoscópica permite realizar resecciones curativas respetando los mismos principios oncológicos que la cirugía convencional (Nivel de evidencia 2; gradoB). De los únicos estudios prospectivos realizados y con seguimientos cortos se ha comprobado similar limpieza ganglionar, número y tipo de complicaciones y supervivencia relacionada con el cáncer. La aparición de implantes tumorales en las puertas de entrada de los trócares, que se han visto en todos los estadios de cáncer colorrectal (incluso estadios A) y cuya incidencia global alcanza el 1%, aproximadamente, prácticamente ha desaparecido mediante la extracción protegida de la pieza quirúrgica.

De optar por la cirugía laparoscópica, se precisa una información cuidadosa a los pacientes, explicándoles, que si bien la técnica es esencialmente la misma, no se dispone de resultados definitivos a largo plazo sobre si la curabilidad de estos tumores es o no igual mediante laparoscopia. La Sociedad Americana de Cirujanos de colon y recto ha publicado lo siguiente: “ la ausencia de datos de supervivencia a 5 años debe hacer considerar que la resección de colon para tratar un cáncer mediante laparoscopia es un procedimiento prematuro. Si se realiza la resección por laparoscopia, es importante seguir los principios tradicionales y estándar. Las resecciones por laparoscopia pueden llevarse a cabo en aquellos lugares donde los resultados a corto y largo plazo sean cuidadosamente evaluados. La Sociedad Americana de Cirujanos de colon y recto enfatiza el desarrollo de estudios prospectivos, randomizados para evaluar la seguridad, eficacia y beneficios de este tratamiento alternativo”.

Actualmente las indicaciones para el abordaje laparoscópico son las siguientes:

- En principio, cualquier paciente susceptible de cirugía curativa para cáncer colorrectal puede beneficiarse de cirugía laparoscópica, salvo que por su dificultad técnica o riesgo oncológico excluimos:

- Tumores grandes que no pueden ser manipulados con seguridad u ocupan el acceso a la pelvis menor.
- Tumores obstructivos con dilatación de asas de intestino delgado.
- Tumores que infiltran otras vísceras u órganos de la cavidad abdominal o la propia pared del abdomen.
- Tumores del colon transverso y ángulo esplénico.
- Pacientes con antecedentes de cirugía abdominal mayor o sobre el propio colon.
- Aquellos pacientes cuyo riesgo anestésico sea elevado (ASA III-IV, risk III) no deben someterse a cirugía laparoscópica. (contraindicación relativa)
- Pacientes con intervenciones abdominales previas, especialmente en el territorio inframesocólico no deben someterse a esta cirugía. (contraindicación relativa).
- Pacientes obesos (contraindicación relativa).

5.3 REMISION DE LAS PIEZAS A ANATOMIA PATOLOGICA.

1. Tras la resección, la pieza quirúrgica deberá llevar marcados con ligaduras los troncos vasculares principales para su identificación por el patólogo.
2. La pieza será remitida en fresco para su correcta preparación.
3. El cirujano cumplimentará correctamente la HOJA DE ANATOMIA PATOLOGICA especifica diseñada (con especial interés se anotará los límites de resección y las ligaduras de los troncos vasculares).
4. El patólogo tendrá especial cuidado en el aislamiento del máximo número de ganglios en la pieza , el nº mínimo de ganglios a extirpar debe ser al menos 12. Se debe cumplimentar en todos los casos la HOJA DE RECOGIDA DE DATOS HISTOPATOLOGICOS.
- 5.- Determinación de P53, Ki 67 y EGFR-1 .

5.4 ALTA HOSPITALARIA

- Se dará INFORME DE ALTA, darles copia de este último y remitirlos si Ca de Colón a Oncología Médica y si Ca de Recto y cumplen criterios para tratamiento adyuvante remitir a Oncología Médica y/o Radioterápica antes de la 6 semana preferiblemente.

- En casos de tratamiento preoperatorio (QT y/o RT – PRE), remitirlos al alta para valoración de tratamiento complementario.

6. TRATAMIENTO POR ONCOLOGIA MEDICA Y RADIOTERAPICA (Nivel de evidencia 1; Grado A)

6.1 TRATAMIENTO PREOPERATORIO EN CÁNCER DE RECTO ESTADIOS II Y III.

- Se recomienda el tratamiento concomitante con radioquimioterapia.
- En aquellos pacientes no susceptibles de tratamiento con Quimioterapia preoperatoria, el esquema de Radioterapia preoperatoria se valorará de forma individualizada.
- Recomendaciones para la concomitancia con Radioquimioterapia:
 - No evidencia de diseminación fuera de la pelvis.
 - Karnofsky igual o superior a 70.
 - No limitación física para obtener una correcta posición para el tratamiento en decúbito mantenido.
 - No trastornos psiquiátricos graves.
 - No contraindicación para cirugía mayor.
 - Tumor localizado hasta 12-15 cm del margen anal.
 - No radioterapia previa sobre pelvis.
 - No contraindicación para la Quimioterapia

- ESQUEMA DE TRATAMIENTO PREOPERATORIO

- Las drogas utilizadas para la concomitancia serán fluoropirimidinas.
- Se administrará una dosis biológica equivalente de Radioterapia de 40 – 60 Gy.
- Se empleará un fraccionamiento estandar 180 cGy / fracción o un hipofraccionamiento de 500 cGy / fracción.
- Con el fraccionamiento estandar (180 cGy) la cirugía se realizará a las 4 – 8 semanas tras finalizar la Radioterapia, mientras que con el esquema de hipofraccionamiento la cirugía será a los 7 – 10 días de finalizar.

6.2 TRATAMIENTO POSTOPERATORIO EN CÁNCER DE RECTO

- No recomendado en los estadios I. En casos de excisión local se valorará el tratamiento radioterápico radical.
- Indicada la combinación de Radioterapia-Quimioterapia en los estadios II y III que no recibieron tratamiento preoperatorio. La Radioterapia postoperatoria se administrará en aquellos tumores localizados por debajo de la reflexión peritoneal.

- En aquellos pacientes que recibieron tratamiento preoperatorio, se continuará con tratamiento adyuvante con Quimioterapia. Si margen afecto se valorará la Radioterapia postoperatoria.
- Si en acto quirúrgico se observan metástasis a distancia, el tratamiento postoperatorio se hará de forma individualizada.

6.3 TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL CÁNCER DE COLON

- Indicado en los estadios III y II de alto riesgo, Si no existe contraindicación.
- Esquema combinación de Oxaliplatino y Fluoropirimidinas.

6.4 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD AVANZADA.

- Individualizar tratamientos en función de las localizaciones, el PS, edad, patología concomitantes con soporte, QT paliativa, QT con intención neoadyuvante, cirugía, otras.
- La quimioterapia en primera línea recomendada fuera de ensayos clínicos será combinación de Irinotecan u Oxaliplatino con Fluoropirimidinas.
- Las segundas y terceras líneas se establecerán de forma individualizada.

7. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO. (Nivel de evidencia 1; Grado B)

No existe un esquema establecido sobre la periodicidad de las visitas, las pruebas a pedir en cada visita y su cadencia (Nivel de evidencia 2; Grado A). En nuestro hospital seguiremos el siguiente esquema.

ESTADIO I.

- Colonoscopia al año, si normal repetir a los dos años, si normal repetir a los 5 años (Nivel de evidencia 3; Grado A).
- Cuando ha sido NEOPLASIA SINCRONICA (aumenta la posibilidad de metacrónico): Colonoscopia cada 2 años.

ESTADIOS II Y III TRAS FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO ADYUVANTE.

(OM: Oncología Médica. CIA: Cirugía)

7.1 CANCER DE COLON

Servicio	OM	CIA	OM	CIA	OM	OM	OM	CIA	OM	OM	OM	OM	OM	OM
Meses	3	6	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60***
Exp..Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perfil hepático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tórax****				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Colono*	<input type="checkbox"/> *			<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Ecogr				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
TAC	**													

(*) En caso de no tener colonoscopia preoperatoria completa o no haber realizado intraoperatoria **se realizará** postoperatorio.

En caso de pólipos, **la colonoscopia se hará anual**

(**) TAC, sólo en caso de CEA elevado, **ecografía no valorable** o sospecha clínica de recidiva.

(****) Opcional.

- A partir del 5º año las revisiones se harán en el Servicio de Digestivo.
- Las solicitudes de PET se realizarán en caso de sospecha de recidiva/progresión con pruebas complementarias negativas. En algunos casos de pacientes metastásicos previo a intervención quirúrgica de las metástasis.

7.2 CANCER DE RECTO

(OM: Oncología Médica. OR: Oncología radioterápica. CIA: Cirugía)

Servicio	OR	CIA	OM	CIA	OR	OM	OR	CIA	OM	OR	OM	OR	OM	OR
Meses	3	6	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60
Expl.Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bioquí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torax***				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Colono*				<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Ecogr***				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
TAC**	<input type="checkbox"/>													

(*) En caso de no tener colonoscopia preoperatoria completa o no haber realizado intraoperatoria se realizará postoperatorio.

En caso de pólipos, la colonoscopia se hará anual

(**) De valoración postradioterapia.

(***) Opcional.

- A partir del 5º año las revisiones se harán en el Servicio de Digestivo.
- Las solicitudes de PET se realizarán en caso de sospecha de recidiva/progresión con pruebas complementarias negativas. En algunos casos de pacientes metastásicos previo a intervención quirúrgica de las metástasis.

APENDICE A: NIVELES DE EVIDENCIA

- NIVEL 1: Evidencia de ensayos clínicos prospectivos, randomizados y controlados.
- NIVEL 2: Evidencia de ensayos clínicos controlados sin randomización y estudios de cohortes o casos-controles.
- NIVEL 3: Series de casos descriptivos, opinión de expertos.

APENDICE B: ESCALA PARA LA GRADACION DE LA EVIDENCIA

- GRADO A: Estudios de alto nivel (nivel de evidencia 1 y 2), con interpretación uniforme y conclusiones por un panel experto
- GRADO B: Estudios de alto nivel, pero con interpretaciones y conclusiones variadas por un panel experto.
- GRADO C: Estudios de nivel medio-bajo (nivel 2 y 3) con hallazgos inconsistentes, interpretaciones y conclusiones variadas por el panel experto.

APENDICE C: CONSENTIMIENTO INFORMADO

C.1 Consentimiento informado para Colonoscopia

CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA.

DESCRIPCION DE LA TECNICA.

La endoscopia digestiva baja consiste en la exploración del recto y del intestino grueso (colon) mediante un tubo flexible (endoscopio) que se introduce por el ano. Pueden explorarse los 50-70 cm. más cercanos al ano (rectosigmoidoscopia) o bien la totalidad del intestino grueso (colonoscopia). La primera dura de 8 a 10 minutos y la colonoscopia de 30 a 45 minutos. Ambas se realizan en una posición cómoda acostado sobre el lado izquierdo, aunque puede ser conveniente cambiar de postura durante la misma. El paso del endoscopio por el intestino puede provocar retortijones o malestar por el aire insuflado. Para calmarlos, en la colonoscopia se le administrará un sedante y si es preciso un analgésico. En la rectosigmoidoscopia esto sólo se hará si aparecen molestias. Debe comunicar al médico o ATS si padece alergia a algún medicamento. Notifique también con tiempo si toma algún medicamento anticoagulante (Sintrom...) o antiagregante (aspirina, AAS, Tromalyt, Iscover...)

A pesar de todo, en un pequeño porcentaje puede no lograrse completar la exploración de todo el colon o ser aconsejable realizar más de una sesión.

En algunos casos, para hacer un diagnóstico más seguro, el médico necesitará tomar pequeñas muestras (biopsias) de las lesiones que haya visto, lo cual no provoca dolor ni más molestias.

ENDOSCOPIA TERAPEUTICA. Durante la exploración se puede realizar el tratamiento de distintas lesiones:

- * Extirpar pólipos (polipectomía).
- * Aplicar calor a lesiones que pueden sangrar o provocar anemia.
- * Destruir con láser ciertas lesiones
- * Dilatación de zonas estrechas.

PREPARACION. Se le indicará por escrito en el momento de la cita. Es importante que haga bien la preparación recomendada, lo que facilitará la exploración, disminuirá las molestias y evitará tener que repetirla (y por tanto también una nueva preparación).

TOLERANCIA. Generalmente la rectosigmoidoscopia es bien tolerada. Puede haber un momento de dolor, de unos segundos de duración, al finalizar la entrada del endoscopio, pero desaparece rápidamente. La colonoscopia puede ser algo más molesta, y por ello le administra un sedante y a veces un calmante.

ALTERNATIVAS. La única alternativa a la endoscopia digestiva baja es la realización de un enema opaco, que consiste en introducir contraste radiológico por el ano y rellenar todo el colon. Requiere la misma preparación que la endoscopia, pero sus resultados diagnósticos son peores. Además, no permite la toma de biopsias ni la realización de los tratamientos que antes se han dicho. Puede ser necesario de forma complementaria.

RIESGOS. Las complicaciones son excepcionales. Pueden producirse reacciones no deseadas por la medicación administrada siendo más raras la hemorragia o la perforación del colon. En nuestra unidad la tasa de complicaciones al año ha sido del 0'8%, siendo en su mayoría leves y sólo ha aconsejado dar por terminada la exploración antes de concluirla. Excepcionalmente puede requerirse un tratamiento urgente o una intervención quirúrgica.

RECUERDE:

- Realizar correctamente la preparación.
- Avisar sobre posibles alergias a medicamentos.
- Avisar si toma medicación anticoagulante (Sintrom...) o antiagregante (aspirina, AAS, Tromalyt, Iscover...)
- Acudir acompañado.
- No conducir ni manejar maquinaria peligrosa durante el resto del día.

DECLARACION DEL PACIENTE

- Considero que se me ha explicado satisfactoriamente la naturaleza de esta técnica así como sus riesgos y posibles complicaciones.

C.2 Consentimiento informado para cirugía de colon

Unidad Clínica Aparato Digestivo. Área Quirúrgica.
Consentimiento Informado para Resección Segmentaria de Colon.

Enfermo: {PACIENTE_COMPLETO}
Historia: {NUM_HC} Sexo: {SEXO}
Nº Asegurado: {NSS} Financiación: {FINANCIA}
F. Nacimiento: {FNAC_PACIENTE} Edad: {EDAD_PACIENTE}
Teléfono: {TLFNI_PACIENTE}
Domicilio: {DOMI_PACIENTE}
Población: {POBLARES_PACIENTE} Provincia: {PROVI_PACIENTE}
C.P.: {CP_PACIENTE}
Fecha ingreso: {FECHA_INGRESO} Fecha alta: {FECHA_ALTA}
Fecha Informe: {FEC_INFORME}
Tipo ingreso: Tipo alta:

DECLARO:

Que el/la Doctor/a D./Dña.: {NOM_RESPONSABLE} me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a RESECCIÓN SEGMENTARIA DE COLON.

1 - Mediante este procedimiento se pretende extirpar la parte del intestino que está enfermo, evitando las complicaciones derivadas del mismo (sangrado, perforación, obstrucción, fístula...) que precisarían intervención urgente.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2 - El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y de hematología.

3 - Se me va a extirpar la parte del intestino grueso que está enfermo, para posteriormente suturarlo y restaurar la continuidad del tubo digestivo. Se me ha advertido que en ocasiones puede ser necesario ampliar la extirpación a otros órganos y que, a veces, por cuestiones técnicas hay que realizar un ano artificial que, en la mayoría de los casos, es provisional.

También sé que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

4 - Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento ; poco graves y frecuentes: infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina, flebitis, aumento del número de deposiciones, dolor prolongado en la zona de la operación, o poco frecuentes y graves: dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Fístula de la anastomosis por alteración en la cicatrización que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc), pero que a veces precisa intervención con la realización de un ano artificial. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Reproducción de la enfermedad. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

5 - El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como [Ver peculiaridades] (aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa).

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como [Ver Riesgos Personalizados].

6 - El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa eficaz de tratamiento.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice una RESECCIÓN SEGMENTARIA DE COLON.

En Córdoba, {FEC_INFORME}

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal,
familiar o allegado

REVOCACIÓN

D./Dña.: de años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

D./Dña.: de años de edad,
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En (Lugar y fecha)

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal,
familiar o allegado

C.3 Consentimiento informado para cirugía de recto

Unidad Clínica Aparato Digestivo. Área Quirúrgica.
Resección de recto.

Enfermo: {PACIENTE_COMPLETO}
Historia: {NUM_HC} Sexo: {SEXO}
Nº Asegurado: {NSS} Financiación: {FINANCIA}
F. Nacimiento: {FNAC_PACIENTE} Edad: {EDAD_PACIENTE}
Teléfono: {TLFN1_PACIENTE}
Domicilio: {DOMI_PACIENTE}
Población: {POBLARES_PACIENTE} Provincia: {PROVI_PACIENTE}
C.P.: {CP_PACIENTE}
Fecha ingreso: {FECHA_INGRESO} Fecha alta: {FECHA_ALTA}
Fecha Informe: {FEC_INFORME}
Tipo ingreso: Tipo alta:

DECLARO:

Que el/la Doctor/a D./Dña.: {NOM_RESPONSABLE} me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una RESECCIÓN DE RECTO.

- 1 - Mediante este procedimiento se pretende extirpar el recto enfermo previniendo las complicaciones del mismo (sangrado, perforación, obstrucción, fístula,...) que precisarían cirugía urgente. La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.
- 2 - El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y de hematología.
- 3 - Se me va a extirpar el recto que es la parte final del intestino. Según la distancia de la lesión al ano se podrá o no reconstruir la continuidad del intestino que, en la mayoría de los casos es posible. Se me ha advertido que en las ocasiones en las que haya que extirpar el ano habrá que realizar un ano artificial en el abdomen, de forma permanente. En caso de poder suturar el colon, puede ser necesario dejar un ano artificial temporal. El médico me ha explicado que en ocasiones puede ser necesario ampliar la resección a otros órganos. También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.
- 4 - Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento ; poco graves y frecuentes: infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina, flebitis, aumento del número de deposiciones, dolor prolongado en la zona de la operación, o poco frecuentes y graves: dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Fístula de la anastomosis por alteración en la cicatrización que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero que a veces precisa intervención con la realización de un ano artificial. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Disfunciones sexuales que pueden suponer impotencia. Alteración de la incontinencia a gases incluso a heces. Reproducción de la enfermedad. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.
- 5 - El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como [Ver peculiaridades] (aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa). También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como [Ver Riesgos Personalizados].
- 6 - El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa eficaz de tratamiento.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice una RESECCIÓN DE RECTO.

En Córdoba, {FEC_INFORME}

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal,
familiar o allegado

REVOCACIÓN

D./Dña.: de años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

D./Dña.: de años de edad,
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En (Lugar y fecha)

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal,
familiar o allegado

C.4 Consentimiento informado de Oncología

Por el presente documento, el paciente arriba identificado, o en caso de incapacidad o minoría de edad de su representante legal D./D^a:
con D.N.I:

MANIFIESTA:

1.- Que ha sido informado de que según la naturaleza de la enfermedad que el paciente padece y que según la evolución actual de la misma y el criterio del equipo médico responsable de su proceso, el paciente requiere el siguiente procedimiento:

El tratamiento médico:

2.- Que se le han explicado con claridad los riesgos, molestias, efectos secundarios y secuelas frecuentes que el procedimiento implica.

3.- Que ha tenido ocasión de preguntar al Dr.: _____ del equipo médico que le atiende, cuantas dudas le han surgido con respecto al procedimiento, así como las alternativas posibles.

4.- Que en las respuestas se han utilizado palabras comprensibles y por tanto, actualmente tiene una idea clara de los riesgos que conlleva el procedimiento y los de sus alternativas.

5.- Que entiende que la Medicina y Cirugía no son ciencias exactas y por ello no es posible garantizarle el resultado previsto del procedimiento. Además, expresamente asume que en el curso de este procedimiento pueden surgir situaciones no previstas que pueden hacer necesario un cambio en la estrategia del procedimiento que por su urgencia impida recabar su autorización.

Confirmando todo lo anterior, AUTORIZO AL EQUIPO MEDICO RESPONSABLE DE MI PROCESO A QUE ME PRACTIQUE EL PROCEDIMIENTO ARRIBA INDICADO, y a que en caso de imprevisto y urgencia me practique las _____ exploraciones o tratamientos que a su juicio sean necesarios.

EXPRESAMENTE NO DOY MI CONSENTIMIENTO EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA A:

Firmado:

Testigo:

D.N.I.:

D.N.I.:

TESTIFICACIÓN MÉDICA:

El abajo firmante médico del Servicio de _____, de este Hospital, declaro que he explicado con detalle y lenguaje fácilmente comprensible, la naturaleza de la enfermedad que según mi criterio, el paciente padece y los procedimientos necesarios para su diagnóstico o tratamiento.
Dr./Dra. _____ N° Coleg:

Firma:

Córdoba,

de

de 2.00

APENDICE D

DIRECCIONES DE CORREO ELECTRONICO:

Dr Javier Briceño	javibriceno@hotmail.com
Dr. Antonio Reyes	areyesl@medynet.com
Dr. Antonio Hervás	ahervasm@meditex.es
Dra. Milagrosa Rodríguez Liñán	m_r_linan@telefonica.net
Dra. Auxiliadora Gómez España	magespanya@hotmail.com
Dr. Carlos Villar	carlos_villar@wanadoo.es
Dr. Carlos Díaz Iglesias	carlosdiaz@auna.com

APENDICE E: FIRMAS

Los abajo firmantes declaran haber participado en la elaboración, corrección y revisión de la presente GUIA CLINICA, como miembros de la Subcomisión de Cáncer Colorrectal del Hospital Reina Sofía de Córdoba, no estando sujetos a interés comercial ni lucrativo y respetando los intereses, principios éticos y derechos derivados de los pacientes.

Dr Javier Briceño

Dr. Antonio Reyes

Dr. Antonio Hervás

Dra. Milagrosa Rodríguez Liñán

Dra. Auxiliadora Gómez España

Dr. Carlos Villar

Dr. Carlos Díaz Iglesias

En Córdoba, a 12 de abril de 2005