

Cáncer colorrectal

Proceso Asistencial Integrado

Cáncer colorrectal

Proceso Asistencial Integrado

CÁNCER colorrectal [Recurso electrónico]
: proceso asistencial integrado / [autores/as
Romero Gómez, Manuel (coord.) ... et al.]. --
3ª ed. -- [Sevilla] : Consejería de Salud,
2018.

Texto electrónico (pdf), 73 p.

ISBN 978-84-949160-0-7

1. Neoplasias colorrectales. 2. Calidad de
la atención de salud. 3. Guía de práctica
clínica. 4. Andalucía. I. Andalucía.
Consejería de Salud.

WI 529

1ª Edición, 2004

2ª Edición, 2011

3ª Edición, 2018



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO. CÁNCER COLORRECTAL

Edita: **Junta de Andalucía. Consejería de Salud.**

Maquetación: **Kastaluna**

ISBN: **978-84-949160-0-7**

Consejería de Salud: www.juntadeandalucia.es/organismos/salud.html

Repositorio Institucional SSPA: www.repositoriosalud.es

Autores/as: **Romero Gómez, Manuel (Coordinador)**

Médico. Especialista en Aparato Digestivo. Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Bayo Lozano, Eloísa

Médica. Especialista en Oncología Radioterápica. Unidad de Gestión Clínica de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Conde Herrero, Verónica

Médica. Especialista en Oncología Médica. Unidad de Gestión Clínica de Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

De la Portilla De Juan, Fernando

Médico. Especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo. Sección de Coloproctología. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Del Nozal Nalda, Marta

Médica. Especialista en Microbiología y Parasitología Clínica. Subdirectora Médica del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Apoyo Metodológico de la Red de Gestión del Conocimiento.

González Montero, M^a Carmen

Enfermera. Asesora técnica del Servicio de Calidad y Procesos. Apoyo Metodológico. Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. Sevilla.

Hervás Molina, Antonio José

Médico. Especialista en Aparato Digestivo. Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

López Hidalgo, Javier Luis

Médico. Especialista en Anatomía Patológica. Unidad Provincial Intercentros de Gestión Clínica de Anatomía Patológica. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

López Moraleda, Inmaculada

Enfermera. Supervisora Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General. Hospital Universitario Virgen de Valme. Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla.

Morales Carreño, Isabel

Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Fuentezuelas. Distrito de AP Jaén.

Moreno Borrego, José Jesús

Enfermero. Unidad de Gestión Clínica de Mairena del Alcor. Distrito de AP Sevilla Norte.

Rodríguez Rodríguez, Consuelo

Médica. Especialista en Anestesiología Reanimadora y Terapéutica del dolor. Unidad de Gestión Clínica del Bloque Quirúrgico. Hospital de Poniente. Almería.

Sanz Amores, Reyes

Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa del Servicio de Calidad y Procesos. Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. Sevilla.

Sierra Sánchez, Jesús

Farmacéutico. Secretario del Comité Clínico Permanente de Medicamentos Oncológicos. Hospital Universitario de Jerez. Área de Gestión Sanitaria Jerez-Costa Noroeste. Cádiz.

Vargas Serrano, Blanca

Médica. Especialista en Radiología. Unidad de Gestión Clínica de Radiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no tienen intereses que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este documento ni influir en su juicio profesional al respecto.

Colaboradores:

Carrasco Peña, Francisco de Asís

Médico. Especialista en Oncología Radioterápica. Unidad de Gestión Clínica de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Revisión interna: Servicio Andaluz de Salud:

- Subdirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.
- Subdirección de Farmacia y Prestaciones.
- Estrategia para la Seguridad del Paciente.
- Estrategia de Cuidados de Andalucía.

Revisión externa: **Sociedades Científicas:** De las sociedades consultadas, se han recibido aportaciones de:

- Asociación Andaluza de Farmacéuticos de Atención Primaria (AAFAP).
- Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC).
- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC).
- Sociedad Andaluza de Radiofísica Hospitalaria (SARH).
- Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP- Territorial de Andalucía, Ceuta y Melilla).
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN-Andalucía).
- Sociedad Andaluza de Patología Digestiva (SAPD).

Presentación

La Gestión por Procesos es una de las estrategias puestas en marcha, en la sanidad pública andaluza en el año 2000, a partir del I Plan de Calidad.

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) se ha reafirmado, en estos años, como una herramienta de mejora continua y ha contribuido a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y a mejorar los resultados en salud, gracias a la importante implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua de la calidad, teniendo presente las expectativas de las personas.

En estos años, también se ha tratado de ir depurando la descripción del PAI, incorporando en las actividades, las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos que se han ido consolidando en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, como la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información, el uso adecuado de medicamentos, la metodología enfermera basada en NOC (*Nursing Outcomes Classification*), intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o actualizadas, surgen de una priorización, del análisis de cómo se están realizando las cosas, de la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y creando una propuesta razonable y coherente, que tendemos a simplificar con el objetivo de que recoja las recomendaciones clave, que realmente contribuyan a mejorar los resultados en salud.

Mi agradecimiento a los y las profesionales, porque están contribuyendo a la excelencia mediante una atención sanitaria de calidad.

Teresa Molina López

Directora General de Investigación
y Gestión del Conocimiento

Recomendaciones Clave / 11

Introducción / 13

Definición / 21

Descripción general / 23

Componentes: Profesionales, actividades,
características de calidad / 25

Recursos / 57

Competencias específicas del equipo profesional / 59

Representación gráfica / 61

Indicadores / 63

Acrónimos / 69

Bibliografía / 71

Recomendaciones clave

Estas recomendaciones clave responden a las características de calidad que, según el grupo elaborador, aportan más valor al resultado final. Su grado de recomendación responde al asignado por el grupo siguiendo la metodología establecida en el subapartado “Aspectos metodológicos” de la Introducción.

Recomendaciones	Grado
Ante la sospecha de cáncer colorrectal se realizarán las siguientes pruebas complementarias: - Hemograma completo. - Bioquímica básica. - Estudio de coagulación. - Metabolismo del hierro. - Colonoscopia.	AG ^{20, 21}
La colonoscopia se realizará garantizando el máximo confort al paciente.	Nivel de evidencia I. Grado de recomendación B ⁴⁴
Las personas diagnosticadas de cáncer colorrectal antes de iniciar tratamiento deberán ser valoradas por el Comité de Tumores específico.	AG
En caso de Radioterapia de Ciclo Corto (RTCC), la cirugía se realizará preferiblemente entre 4 y 12 semanas tras finalizar la radioterapia.	Nivel de evidencia II. Grado de la recomendación A, AG ³⁷
Las personas con diagnóstico de cáncer colorrectal serán intervenidas en un plazo entre 30 y 60 días de su inclusión en Agenda de Gestión de la Demanda (AGD).	AG ²⁶
Se debe marcar la ubicación del estoma.	Nivel de evidencia II. Grado de la recomendación A ⁴²
El tiempo recomendado para la quimioterapia postcirugía es de 6 semanas.	Nivel de evidencia II. Grado de la recomendación A ^{34, 37}
El informe anatomopatológico se remitirá a la /el solicitante antes de los 7 días en el caso de biopsias endoscópicas y antes de los 15 días en el caso de las piezas de resección quirúrgica.	AG ^{24, 26, 27}
Se recomienda la determinación de inestabilidad de microsatélites (IMS) mediante inmunohistoquímica (IHQ) y estudios de patología molecular para confirmar el síndrome de Lynch.	Recomendación de expertos ^{24, 26, 27, 29}
A los pacientes que presenten enfermedades metastásicas con lesiones hepáticas o pulmonares resecables, se les deberá ofrecer cirugía de las metástasis.	Nivel de evidencia II. Grado de la recomendación A ^{34, 37}
La estadificación local del paciente diagnosticado de cáncer de recto y la reestadificación tras quimio y radioterapia (Q-RT) deben hacerse con Resonancia Magnética (RM) de alta resolución.	Recomendación de expertos ^{26, 30, 31}
En el cáncer de recto localizado en tercio medio y distal debe realizarse una disección completa del mesorrecto.	Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A ³⁶

Recomendaciones de no hacer	Grado
No se recomienda la resección local de los tumores T1 con criterios de mal pronóstico.	<i>Nivel de evidencia III. Grado de recomendación A³⁶</i>
No se recomienda la cirugía sin neoadyuvancia en tumores localmente avanzados si no se puede garantizar una óptima exéresis mesorrectal total.	<i>Nivel de evidencia II. Grado de recomendación A³⁶</i>
No realizar neoadyuvancia en cáncer de recto localizado a más de 12 cm desde el margen anal.	<i>Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A³⁶</i>
En el tratamiento quirúrgico del cáncer de colon, no se recomienda la linfadenectomía abdominal de rutina.	<i>Nivel de evidencia I. Grado de recomendación B^{32, 45}</i>
No hacer cirugía en pacientes con obstrucción intestinal secundaria a recidiva o tumor incurable, sin antes intentar la colocación de una prótesis endoscópica colónica.	<i>Recomendación por consenso de grupo²⁶</i>

El cáncer colorrectal (CCR) es uno de los cánceres más frecuentes en nuestro entorno, con una incidencia en aumento en las últimas décadas. Si se tiene en cuenta a ambos sexos, en Europa es el segundo cáncer de mayor incidencia poblacional, mientras que en España y Andalucía es el cáncer más frecuente^{1,2}, ya que es el segundo cáncer más frecuente en hombres, y en mujeres¹. En Andalucía, el CCR ocupa el segundo lugar en incidencia tanto en los hombres (detrás del cáncer de próstata) como en las mujeres (detrás del cáncer de mama). Para el año 2017 se han estimado 3.794 casos nuevos de CCR en hombres y 2.872 en mujeres en Andalucía, lo que corresponde a unas tasas de incidencia estandarizadas de 73,0 y 46,2 por 100.000 habitantes respectivamente².

España ocupa una posición intermedia en incidencia y mortalidad por CCR en relación con otros países europeos¹ y Andalucía tiene una mortalidad por CCR que se sitúa en torno a la media española. En España, en 2016 fallecieron 11.781 personas por cáncer colorrectal, siendo la segunda causa de muerte por cáncer en ambos sexos. El cáncer colorrectal representó un 10,3% de las muertes por cáncer en hombres y un 11,4% de las muertes por cáncer en mujeres. Los cánceres con mayor mortalidad son el de pulmón, cáncer colorrectal, próstata, vejiga y páncreas en hombres y en mujeres el cáncer de mama, colorrectal, pulmón, páncreas y linfomas³.

Así como la incidencia del CCR está aumentando en ambos sexos en Andalucía -al igual que en España y Europa-, la mortalidad parece tener una evolución diferente en hombres y mujeres en los últimos años. En Andalucía, en los hombres se ha producido un aumento de la mortalidad, más acentuado en el periodo 1985-1998 (un 3,79% de incremento anual medio, estadísticamente significativo), y menos pronunciado durante el periodo 1998-2015 (crecimiento medio anual de 0,75%, estadísticamente significativo). En mujeres, se observa un aumento de la mortalidad durante el periodo 1985-1996 (incremento medio anual de 2,68%, estadísticamente significativo), seguido de un ligero descenso en el periodo 1996-2015 (0,92% decremento medio anual, estadísticamente significativo) (datos elaborados por el Registro de Cáncer de Granada a partir de datos del Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad).

Esto pone de relieve la importancia de la actualización del proceso asistencial integrado como elemento vehicular en la mejora de la atención al paciente con cáncer colorrectal y por otro lado la necesidad de ahondar en el acceso y la concienciación de la población para participar en los programas de vigilancia y diagnóstico precoz tanto en paciente de riesgo medio (cribado poblacional de cáncer colorrectal, en personas entre 50 y 69 años) y en pacientes de alto riesgo como familiares de personas con cáncer colorrectal

familiar o cáncer colorrectal hereditario, tanto polipósico (poliposis adenomatosa familiar, Síndrome de Gardner o Síndrome de Turcot) como no polipósico (Síndrome de Lynch) o pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, sobre todo colitis ulcerosa con afectación de todo el colon asociados a colangitis esclerosante primaria.

Se estima que un 69% de los cánceres colorrectales son esporádicos, un 27% cánceres familiares, un 3% CCR hereditarios y un 1% asociados a enfermedad inflamatoria intestinal³.

La presente actualización del Proceso Asistencial Integrado genera el marco adecuado para el abordaje multidisciplinar de esta patología con una definición de actividades y características de calidad que implican a todos los profesionales y se resumen en recomendaciones de hacer y no hacer basadas en la mejor evidencia disponibles en las guías de práctica clínica revisadas e incluidas en este documento.

Aspectos metodológicos

Se realizó una búsqueda sistemática no exhaustiva de la literatura, de los últimos 5 años (desde el 2013 al 2017) centrada en la selección de Guías de Práctica Clínica (GPC). Hay que señalar que en la edición previa del Proceso Asistencial Integrado Cáncer Colorrectal la actualización bibliográfica abarcó hasta el año 2011.

Para la selección de las GPC se ha utilizado como estrategia de búsqueda la elaboración de la pregunta en formato PICO (Población, Intervención, Comparador y Outcomes – Resultados), con el objeto de realizar la consulta a las bases de datos bibliográficas biomédicas (Tabla 1).

Tabla 1: Preguntas de investigación en formato PICO

Población	- Pacientes adultos con diagnóstico de sospecha de cáncer colorrectal - Pacientes adultos con diagnóstico de confirmación. - Adultos asintomáticos entre 50-70 años.
Intervenciones	Abordaje general, incluido el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y los cuidados en Atención Primaria (AP) y en Atención Hospitalaria (AH).
Comparador	Cualquier comparador.
Resultados	Cualquier resultado en salud.
Diseño	Guías de Práctica Clínica (GPC).

La búsqueda bibliográfica se realizó de acuerdo con las indicaciones de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias⁴. El protocolo propuesto establece que, como primera aproximación a la producción científica sobre esta área determinada, la búsqueda se realice utilizando lenguaje natural (en nuestro caso “cáncer colorrectal” o “colorectal cancer” y consultando [Tripdatabase](https://www.tripdatabase.com/) (<https://www.tripdatabase.com/>).

Posteriormente se han consultado las siguientes bases de datos:

1. Guíasalud: www.guiasalud.es
2. *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) clinical guidelines:
<https://www.nice.org.uk/guidance>
3. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) (Reino Unido): www.sign.ac.uk
4. *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH):
<https://www.cadth.ca/>
5. *CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines Database* (CPGs) (Canadá):
www.cma.ca/En/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx
6. *Australia's Clinical Practice Guidelines Portal* (Australia):
www.clinicalguidelines.gov.au
7. *Institute for Clinical System Improvement* (ICSI) (EUA):
www.icsi.org/guidelines__more/
8. Sociedades Científicas relacionadas con el área a consultar, consideradas de referencia para los profesionales del SSPA. En nuestro caso, puesto que vamos a abordar las disciplinas de digestivo y cirugía, algunas propuestas de Sociedades para consultar son:
 - European Society for Medical Oncology (ESMO): <http://www.esmo.org/>
 - American Society of Clinical Oncology (ASCO):
<https://www.asco.org/practice-guidelines/quality-guidelines/guidelines>
 - American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS): <https://www.fascrs.org/>

En la elaboración de las recomendaciones del Proceso Asistencial Integrado (PAI) se han utilizado los sistemas de gradación específicos de las GPC seleccionadas. Adicionalmente las siglas **AG** (acuerdo de grupo) se corresponden con las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del PAI, en ausencia de recomendaciones graduadas en las GPC utilizadas.

Para la elaboración de las recomendaciones se han utilizado los criterios de:

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) clinical guidelines

Para evaluar la calidad de la evidencia y hacer las recomendaciones utiliza el sistema GRADE, Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation. Esta metodología se apoya no solo en la calidad de la evidencia, sino en una serie de factores como son el balance entre riesgos y beneficios, los valores y preferencias de pacientes y profesionales, y el consumo de recursos o costes.

FUERTE A FAVOR* (se recomienda)	La mayoría de los pacientes se beneficiarán; > 90% lo elegirían si fueran informados. Poca variabilidad esperada en la práctica clínica
DÉBIL A FAVOR* (se sugiere)	Incierto que sea lo más adecuado para todos; > 10% elegirían una alternativa Es necesaria ayuda para tomar la decisión. Probable variabilidad en la práctica clínica.

* Una recomendación fuerte o débil en contra de una intervención se interpreta en sentido inverso.

Australia's Clinical Practice Guidelines

Para clasificar el grado de la recomendación se utiliza la clasificación reflejada a continuación:

A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendación favorable.
C	Recomendación favorable pero no concluyente.
D	Ni se recomienda ni se desaprueba.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines in Oncology

Para clasificar el grado de la recomendación se utiliza la clasificación reflejada a continuación:

Categoría 1	Con base en evidencia de alto nivel, existe un consenso uniforme de la NCCN de que la intervención es apropiada.
Categoría 2A	Con base en evidencia de bajo nivel, existe un consenso uniforme de la NCCN de que la intervención es apropiada.
Categoría 2B	Con base en evidencia de bajo nivel, existe consenso en la NCCN de que la intervención es apropiada.
Categoría 3	Con base en cualquier nivel de evidencia, existe un desacuerdo importante entre la NCCN de que la intervención es apropiada.

RESULTADOS

Atendiendo a los criterios de búsqueda previamente reflejados se han identificado 51 documentos de los que solo 9 cumplían todos los criterios de búsqueda incluido el año de publicación.

Para evaluar la calidad metodológica de las 9 GPC seleccionadas, se utilizó la herramienta AGREE II⁵ (Tabla 2), distribuyendo estas GPC para su evaluación entre los vocales del grupo de actualización del PAI, seleccionando a los evaluadores en función de su perfil asistencial y el ámbito asistencial de las GPC a evaluar.

Tabla 2: Evaluación de la calidad de las guías incluidas (AGREE II)

Título	Año	Sociedad Científica	Alcance y objetivo	Participación implicados	Rigor en la elaboración	Claridad de presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial
Suspected cancer recognition and referral (NG12)	2017	NICE	94%	69%	58%	93%	74%	72%
Colorectal cancer: diagnosis and management (CG 131)	2017	NICE	90%	82%	80%	92%	64%	82%
Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care	2016	ASOC. MED. CANADIENSE	78%	56%	67%	89%	46%	28%
Follow-up of colorectal polyps or cancer	2016	ASOC. MED. CANADIENSE	74%	31%	29%	83%	22%	17%
Clinical practice guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer	2017	AUSTRALIAN CPG	100%	82%	90%	97%	78%	83%
Rectal Cancer. ESMO Clinical Practice Guidelines	2017	ESMO	39%	37%	42%	65%	29%	89%
Hereditary colorectal cancer syndromes endorsement of de familial risk colorectal cancer ESMO guidelines	2015	ASCO	87%	69%	77%	91%	32%	83%
Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Colon Cancer	2017	SOC. AM. CIRUGÍA	65%	20%	65%	87%	26%	25%
Clinical Practice Guidelines for Ostomy Surgery	2015	SOC. AM. CIRUGÍA	100%	63%	65%	87%	44%	39%

Se incluyeron como GPC válidas aquellas que superaron el 80% de valoración en relación con el rigor de elaboración y la independencia editorial. De acuerdo con estos criterios la GPC seleccionadas han sido:

- [Colorectal cancer: diagnosis and management \(CG131\)](#). National Institute for Health and Care Excellence (NICE) clinical guidelines.
- [Clinical practice guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer](#). Australia’s Clinical Practice Guidelines.

En el transcurso del trabajo de evaluación de las GPC se identificó como factor limitante que en la búsqueda inicial de GPC no se había tenido en cuenta la búsqueda en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Por el interés destacado de esta organización en la redacción de GPC en el ámbito de oncología, se procedió a realizar la búsqueda utilizando como términos “rectal cáncer” y “colon cáncer”. De esta búsqueda surgieron dos GPC:

- Rectal cancer. Marzo 2018. [NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology](#).
- Colon cáncer. Marzo 2018. [NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology](#).

También se identificó la necesidad de utilizar como documento de referencia la Guía de Buena Práctica Clínica en el Cuidado y Manejo de la Ostomía publicada por *Nurses Association of Ontario* publicada en el año 2009 y al no estar disponible en una versión más actualizada.

Por último, y simultáneamente se localizó la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2016 que, aunque no da respuesta a la pregunta inicialmente planteada, si aborda recomendaciones sobre cuidados en pacientes quirúrgicos.

Por ello y con el objeto de validar la calidad metodológica de estas nuevas GPC identificadas se procedió de la misma forma, evaluándolas a través de la herramienta AGREE II.

Título	Año	Sociedad Científica	Alcance y objetivo	Participación implicados	Rigor en la elaboración	Claridad de presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial
Cuidado y manejo de la ostomía	2009	RNAO	100%	94%	96%	100%	92%	100%
Cáncer de Colon	2018	NCCN	69%	53%	74%	92%	17%	100%
Cáncer de Recto	2018	NCCN	69%	53%	74%	92%	17%	100%
Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal	2016	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	44%	50%	50%	67%	67%	83%

Si bien las GPC de la NCCN no superaban el 80% de la puntuación en cuanto a rigor metodológico su valoración en este ámbito era del 74% con un 100% de independencia editorial lo que justificó su uso.

La GPC sobre cuidados perioperatorios no ha sido finalmente utilizada por no superar los criterios de validación de la calidad metodológica.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

Adicionalmente se han mantenido las referencias bibliográficas de la edición del PAI del 2011 y que aún a juicio de los miembros del grupo siguen teniendo relevancia.

Fruto del análisis global del PAI, cada participante ha seleccionado, en el contexto de la revisión, artículos primarios que se han utilizado como bibliografía a tener en consideración para justificar alguna de las recomendaciones propuestas o de las características de calidad establecidas, junto con las GPC seleccionadas.

Definición funcional:

Secuencia coordinada de actuaciones de diagnóstico precoz, terapéuticas y de cuidados dirigidas a personas con sospecha o diagnóstico de cáncer colorrectal procedentes de cualquier ámbito asistencial (AP, AH), así como un seguimiento adecuado de acuerdo con los diferentes momentos del curso de la enfermedad tanto a los pacientes como a sus familias.

Límite de entrada:

- Persona con signos y/o síntomas de sospecha de cáncer colorrectal:
 - Hemorragia digestiva baja (en menores de 40 años sin datos de patología anal benigna).
 - Anemia ferropénica (en mujeres fértiles de causa no ginecológica y sangre oculta en heces (SOH) positiva).
 - Alteración hábito intestinal de más de seis semanas de evolución (en personas menores de 40 años, acompañado de anemia o hemorragia digestiva baja).
 - Masa detectada en palpación abdominal.
 - Masa palpable en tacto rectal.
 - Hallazgo de CCR por técnica diagnóstica.
- Persona con diagnóstico de certeza de cáncer colorrectal (biopsia positiva).
- Persona entre 50 y 69 años, con SOH positivo, realizado dentro de un programa de cribado poblacional de cáncer colorrectal.
- Persona con criterios de alto riesgo de cáncer colorrectal (familiar, hereditario o asociado a enfermedad inflamatoria intestinal).

Límite final:

- Personas con sospecha diagnóstica en las que se descarta la presencia de cáncer colorrectal.
- Rechazo del tratamiento.
- Personas con enfermedad avanzada solo susceptible de cuidados paliativos.

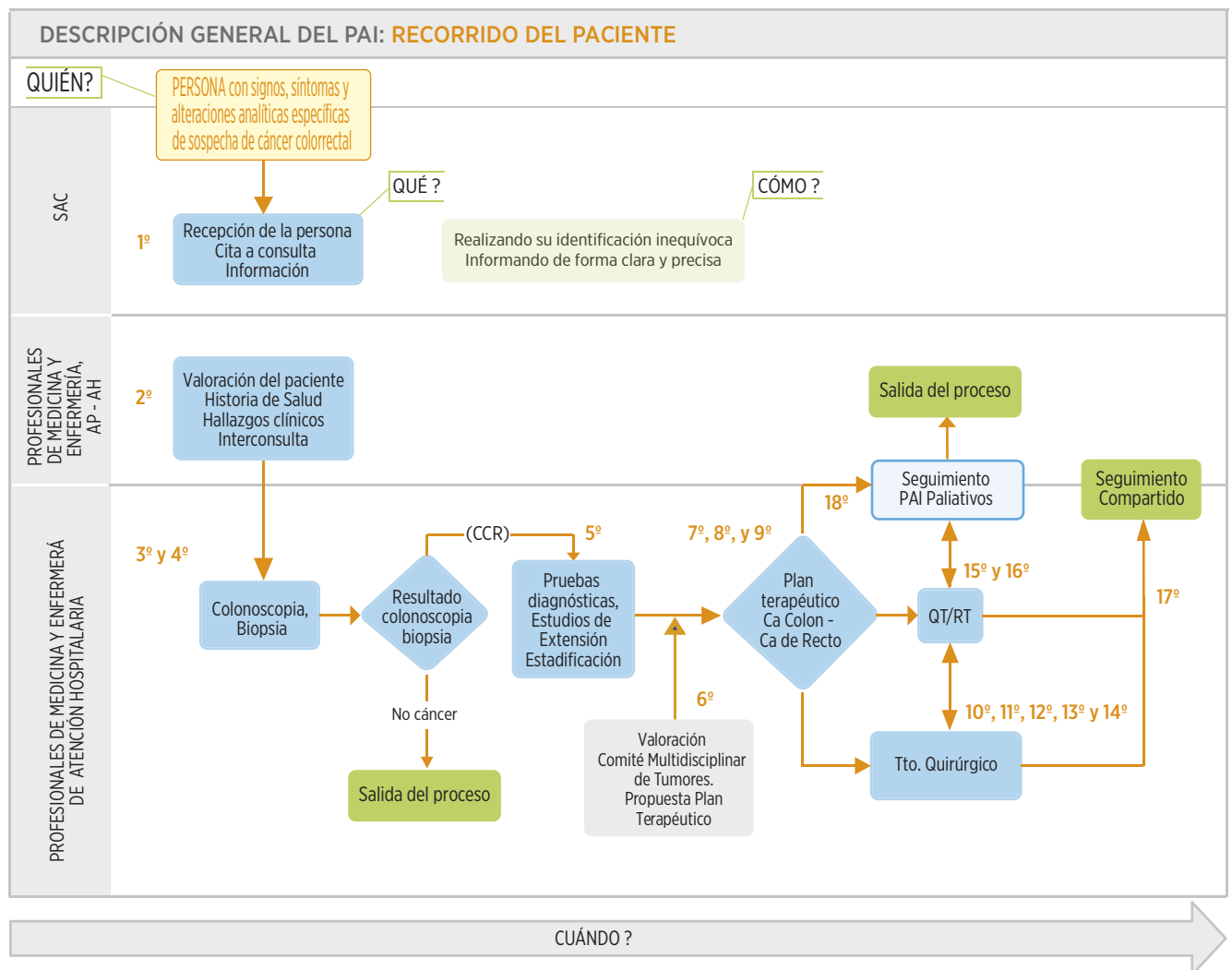
Límites marginales:

- Personas “largos supervivientes”*
- Tumores colorrectales no adenocarcinoma.
- Tumores del canal anal.
- Tumores de origen no colorrectal que invaden por contigüidad o metastásicos.

* **Largo superviviente.** Personas tratadas con intención curativa, que han finalizado el período de seguimiento de 5 años sin evidencias de recaídas de la enfermedad y sin efectos secundarios a los tratamientos considerados específicos (cirugía, radioterapia y quimioterapia).

Descripción general

La descripción general del PAI se ha realizado siguiendo el recorrido de el/la paciente representando gráficamente: los profesionales que desarrollan la actividad (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), la actividad o el servicio que se realiza (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO), y la secuencia lógica de su realización (CUÁNDO), reflejándose en la Hoja de Ruta del paciente⁶.



Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del PAI se basa en la definición de QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO-CUÁNDO.

Para las distintas fases que se derivan del recorrido de el/la paciente, se han identificado los/as profesionales que intervienen, las actividades que deben realizarse, y las principales características de calidad que han de tener estas actividades.

Se trata, de incorporar aquellas características que aportan valor, que son “**puntos críticos de buena práctica**”, considerando e integrando los **elementos y dimensiones** oportunas de la calidad:

- **La efectividad clínica:** Las recomendaciones basadas en guías de práctica clínica se acompañan del nivel de evidencia y/o grado de recomendación referenciado en dichas guías. Las recomendaciones del grupo de trabajo del PAI se identifican mediante las siglas **AG** (acuerdo de grupo), pudiendo ir acompañadas de referencias bibliográficas que las apoyen.
- **La seguridad del paciente:**
 - Se identifica con el triángulo  las buenas prácticas de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía⁷ y/o la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸.
 - Se identifica, además con , la buena práctica relacionada con la higiene de manos.
- **La información y toma de decisiones⁹:**
 - Se identifica con  tanto el momento como el contenido mínimo que debe recibir el/la paciente, familia y/o representante legal.
 - Se identificarán con  las buenas prácticas recomendadas en la Estrategia de Bioética de Andalucía¹⁰, Mapa de Competencias y Buenas Prácticas Profesionales en Bioética¹¹ y otros documentos de la Estrategia de Bioética:
 - > Uso de formulario de consentimiento informado escrito del Catálogo de Formularios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)¹².
 - > Proceso de planificación anticipada de decisiones¹³.
 - > Consulta al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas¹⁴.
- **El uso adecuado de medicamentos:** Se identifica con los mismos criterios que los especificados en la efectividad clínica.

No siempre las guías de práctica clínica que se utilizan como base en la elaboración de los PAI incluyen un análisis de evaluación económica que compare distintas opciones (coste-efectividad, coste beneficio o coste-utilidad). Por este motivo, es importante tener en cuenta las recomendaciones actualizadas que existan en el SSPA, tales como informes de Posicionamiento Terapéutico, Informes de Evaluación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Guía Farmacoterapéutica del SSPA y protocolos locales.

- **Los cuidados de enfermería:** Se describen principalmente mediante la identificación de los resultados a conseguir (NOC: *Nursing Outcomes Classification*)¹⁵ y principales intervenciones (NIC: *Nursing Interventions Classification*)¹⁶.

Las actividades se representan gráficamente mediante tablas diferenciadas:

- **Tablas de fondo blanco:** actividad desarrollada por el/la profesional sin presencia de el/la paciente.
- **Tablas de fondo gris:** actividad desarrollada con presencia de el/la paciente.

SERVICIO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA: PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA.

Actividades	Características de calidad
1º RECEPCIÓN DE LA PERSONA	1.1 Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA). En el ámbito de observación de urgencias y hospitalización se realizará identificación mediante pulsera con al menos dos códigos de identificación diferentes  ^{17,8}. 1.2 Se registrarán y/o verificarán los datos administrativos actualizados en la Historia de Salud del paciente. 1.3  Se informará de forma clara y precisa a la/el paciente y/o a la familia, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas⁹.

PERSONAL MÉDICO/ENFERMERÍA: AP/AH.

Actividades	Características de calidad
2º VALORACIÓN INICIAL	2.1 Se aplicarán medidas para verificar la identidad de la persona  ^{17,8}. 2.2 Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes antes y después de la realización de la exploración clínica   ^{17,8}. 2.3 Se realizará Historia Clínica orientada a la Identificación de signos y síntomas de alarma para cáncer colorrectal y una exploración completa incluyendo realización de tacto rectal, ante sospecha de cáncer de recto. 2.4 Se valorarán antecedentes personales y también, profundizando en la presencia de antecedentes familiares de cáncer colorrectal, adenomas colorrectales avanzados o cáncer relacionado en 2 ó 3 generaciones. Es importante identificar el número de familiares afectos, el grado de parentesco y la edad en el momento del diagnóstico (AG)^{18,19}. 2.5  Se informará de forma clara y precisa del diagnóstico de sospecha, a la/el paciente y/o familia, dejando constancia documental en la Historia de Salud del/la paciente. Se facilitará el documento de Consentimiento Informado (CI)¹². 2.6 Se solicitarán pruebas complementarias, que como mínimo serán²⁰: • Hemograma completo. • Bioquímica básica. • Estudio de coagulación. • Metabolismo del hierro. • Colonoscopia de acuerdo con el procedimiento normalizado establecido en el centro²¹. 2.7 El tiempo total desde el momento de consulta con el sistema sanitario a la realización de la colonoscopia diagnóstica no debe ser superior a los 30 días²².

PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA.

Actividades	Características de calidad
3º REALIZACIÓN DE LA ENDOSCOPIA	3.1 Se recepcionará a la/el paciente por la enfermera de Endoscopia que: • Verificará la identificación inequívoca del paciente  ^{17,8}. • Comprobará en la Historia de Salud del paciente aspectos de especial relevancia (puntos críticos de seguridad: alergias; posibilidad de estar embarazada y tratamiento antiagregante y anticoagulante).  •   Se comprobará con el/la paciente la correcta aplicación del protocolo de preparación previa y que ha comprendido la información sobre el procedimiento que se va a realizar, verificando la presencia del CI¹². 3.2 Se garantizará la seguridad, el confort y la intimidad del/la paciente durante todo el proceso. 3.3 El/la Endoscopista y/o enfermera/enfermero: • Verificará la disponibilidad del equipamiento y del material necesario. • Se procederá a la verificación de los aspectos relacionados con la seguridad: - Verificar la identidad del paciente y del procedimiento a realizar. - Verificar la realización de la sedación de acuerdo con la guía establecida. • Se realizará la colonoscopia garantizando el máximo confort del paciente⁴⁴, así como la toma de biopsias siguiendo las normas de calidad y seguridad establecidas con especial atención a: - Identificación y gestión adecuada de las muestras biológicas. - Identificación de posibles “eventos clave” que deban ser tenidos en cuenta a la hora de la recuperación del paciente después de la exploración. • Se aplicarán cuidados postsedación (NIC: 2870). • Se remitirá la/las muestra/as obtenida/as en la biopsia a Anatomía Patológica con los siguientes criterios : - Correcta identificación de la muestra - Número de muestras, con su localización anatómica. - Profesional sanitario peticionario, servicio de procedencia y fecha del procedimiento. - Técnica de extracción de las muestras. • Se aplicará el Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) para el transporte de la muestra de acuerdo con las recomendaciones del Proceso de Soporte de laboratorio²³.



Actividades	Características de calidad
3º REALIZACIÓN DE LA ENDOSCOPIA	- Se enviará la muestra en formol cuando se trate de: - Especímenes de biopsias endoscópicas²⁴. - Piezas de polipectomía endoscópica. Se enviará cada pólipo por separado, correctamente identificado. • Realizará informe endoscópico detallado siguiendo las recomendaciones de calidad que se reflejan a continuación: - Localización. - Morfología o apariencia. - Tamaño o longitud. - Estado de la luz colónica. - Lesiones sincrónicas. - (II) Informará a la/el paciente de los resultados de las pruebas complementarias realizadas. • Coordinará la derivación de la/el paciente según los hallazgos endoscópicos: - Si colonoscopia sin alteraciones: Derivación al profesional que solicitó la prueba o alta. - Si colonoscopia con diagnóstico de cáncer colorrectal (CCR) se solicitará estudio de extensión (<i>Recomendación Grado B</i>)²⁵. Se consideran criterios de calidad: - Tomografía Axial Computarizada de Tórax, Abdomen y Pelvis (TC-TAP) con contraste IV. - Resonancia Magnética (RM) de alta resolución en caso de Cáncer de Recto²⁶. - CEA (antígeno carcino-embriionario) - Si se identifica cáncer de colon, pero la colonoscopia es incompleta debe realizarse un TC-colonoscopia²⁶. - Se recomienda realizar proyección en supino durante la TC-colonoscopia con contraste IV para la estadificación (<i>AG</i>).

PERSONAL MÉDICO Y TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Actividades	Características de calidad
4º REALIZACIÓN DE LA BIOPSIA Y EMISIÓN DEL INFORME	4.1 Se procederá a la recepción de la muestra aplicando el PNT de recepción de muestras de la Unidad de Anatomía Patológica, de acuerdo con las recomendaciones del Proceso de Soporte de Laboratorio²³. 4.2 Considerar datos clínicos relevantes a consultar en la Historia de Salud: • Antecedentes personales o familiares. • Diagnóstico clínico. 4.3 Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes, antes y después del procesado de las muestras  ^{17, 8}. 4.4 Se aplicarán medidas para verificar la identificación inequívoca de la persona, comprobando siempre la correspondencia entre la muestra procesada y el informe a realizar  ^{17, 8}. 4.5 Las características de calidad para el procesamiento de las muestras quirúrgicas son^{24, 27}: • Cuando el traslado es inmediato, se realizará: - Traslado en fresco. - Marcado con sedas de: - La o las raíces vasculares y el margen quirúrgico distal, sobre todo en las piezas de resección de colon descendente-sigma. - Aquellas estructuras que se resequen junto con el segmento de intestino grueso. • Cuando el traslado no es inmediato, se realizará: - Envío de la pieza en un recipiente cubierta por formol y marcado con sedas. • Para estudio intraoperatorio se enviarán en fresco. • En casos de microcirugía transanal (TEM) o cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS), la pieza quirúrgica debe remitirse debidamente orientada, identificando el margen distal, margen proximal, márgenes laterales y margen profundo. 4.6 Los informes de piezas de resección quirúrgica deberán incluir^{24, 26, 27, 29, 36}: • Tipo de pieza quirúrgica analizada. • Localización tumoral. • Tamaño de la neoplasia. • Perforación tumoral macroscópica. • Integridad macroscópica del mesorrecto.



Actividades	Características de calidad
4º REALIZACIÓN DE LA BIOPSIA Y EMISIÓN DEL INFORME	• Tipo histológico (clasificación de la OMS). • Grado de diferenciación histológica: G1-G4. • Nivel de infiltración del tumor. • Estado de los márgenes quirúrgicos proximal, distal y radial. • Estadificación pTNM. • Presencia de invasión linfovascular. • Presencia de invasión perineural. • Tumor budding: presencia de células tumorales aisladas o pequeños nidos de menos de 4 células tumorales en el frente de invasión tumoral (“peritumoral buds”). • Presencia de depósitos tumorales en la grasa pericólica o perirrectal más allá del límite inferior de la neoplasia. • Número total de ganglios aislados y de éstos cuantos son metastásicos. • Se realizarán los estudios adicionales según edad y estadio: - Inmunohistoquímica de las proteínas de los genes reparadores del ADN (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2). - Inestabilidad de microsatélites por PCR (patología molecular). - Estudio de mutaciones de KRAS, NRAS, BRAF (patología molecular). 4.7 Los informes de adenocarcinoma sobre pólipos deberán incluir^{24, 26, 27, 29}: • Tamaño del carcinoma (medida de la anchura en mm). • Tipo histológico (OMS). • Grado histológico. • Nivel de infiltración del adenocarcinoma para pólipos pediculados (clasificación de Haggitt) y sésiles (clasificación de Kikuchi). • Especificar la presencia o no de invasión angiolinfática. • Especificar la presencia o no de invasión perineural. • Tumor budding. • Tipo del pólipo en el que se ha originado el carcinoma. • Márgenes de resección laterales-mucosos y profundo. • Estadificación pTNM. 4.8 El informe se remitirá a la/el solicitante antes de los 7 días en el caso de las biopsias endoscópicas, y antes de los 15 días en el caso de las piezas de resección quirúrgica (AG)^{24, 26, 27}.

PROFESIONALES DE PRUEBAS DE IMAGEN.

Actividades	Características de calidad
5º REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE IMAGEN	5.1 Se realizarán las pruebas diagnósticas de acuerdo con el Proceso Técnicas de Imagen²⁸. 5.2 (II) Se comprobará que el/la paciente ha comprendido la información sobre el procedimiento que se va a realizar, da su consentimiento y firma el formulario de CI, dejando constancia documental en la Historia de Salud¹². 5.3 Se realizará la estadificación del paciente diagnosticado de CCR, con TC-TAP²⁶. • Se dispondrá del informe antes de los 15 días desde la solicitud de la exploración (AG). • Se realizará la exploración con contraste intravenoso en fase portal. Si el paciente es alérgico al contraste yodado son alternativas las siguientes exploraciones: TC-TAP sin contraste IV+ Ecografía o Resonancia Magnética (RM) hepática. • El informe de la TC-TAP debe incluir: - La localización, tamaño y extensión local de la lesión. - La invasión de estructuras adyacentes que pueden afectar la planificación quirúrgica. - Complicaciones como perforación local y obstrucción intestinal. - Adenopatías locorregionales (pericólicas). - Adenopatías metastásicas (retroperitoneales, pélvicas e inguinales). - Enfermedad metastásica visceral (pulmón e hígado) y peritoneal. 5.4 La estadificación local del paciente diagnosticado de cáncer de recto y la reestadificación tras quimio y radioterapia (QTRT) deben de hacerse con RM de recto de alta resolución^{26, 30, 31}. 5.5 El informe de estadificación primaria de cáncer de recto será estructurado y recogerá³¹: • Longitud tumoral. • La distancia de la unión ano-rectal y ano-cutánea al polo inferior del tumor. • Localización circunferencial del tumor en la pared rectal (de ... a ... horas). • Estadio TN, infiltración de la fascia mesorrectal (FMR). - Se recomienda añadir el subestadio (T3a, b,c,d y T4a,b). - La FMR está infiltrada si la distancia entre ésta y el tumor es ≤ 1 mm. Una distancia entre 1 y 2 mm indica FMR amenazada. La invasión de la FMR debe considerarse T3 y no T4.



Actividades	Características de calidad
5º REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE IMAGEN	• Invasión tumoral: - Se considera riesgo de invasión peritoneal la invasión por encima del nivel de la reflexión peritoneal. - La invasión tumoral del suelo pélvico o de la musculatura de la pared pélvica lateral debe considerarse T4. - La invasión del músculo del esfínter anal interno debe de considerarse T3 y no T4. - Debe de informarse la invasión vascular extramural. • Estadificación N. Los criterios que definen al ganglio maligno son³¹: - Diámetro de eje corto ≥ 9 mm. - Diámetro de eje corto 5-8 mm Y ≥ 2 características morfológicas sospechosas (que incluyen forma redondeada, borde irregular, señal heterogénea). - Diámetro de eje corto < 5 mm Y 3 características morfológicas sospechosas. - Todos los ganglios mucinosos (de cualquier tamaño). 5.6 Si la TC-TAP muestra enfermedad metastásica confinada al hígado²⁶: • Debe considerarse una RM para valorar resecabilidad. • En pacientes con enfermedad metastásica potencialmente resecable, se recomienda PET-TC para descartar metástasis adicionales. 5.7 La RM de recto para estadificación inicial y para reestadificación tras QTRT se deberían realizar e informar en un plazo máximo a 15 días desde la solicitud de la exploración (AG). 5.8 Existirá y estará implementado un procedimiento específico para comunicación de resultados no esperados o con información de alarma (⚠).

PROFESIONALES DE AH: COMITÉ MULTIDISCIPLINAR DE TUMORES.

Actividades	Características de calidad
6º PROPUESTAS TERAPÉUTICAS	6.1 Todo paciente con CCR debería ser presentado en el comité correspondiente, no obstante, el comité definirá los criterios de selección de casos a discutir (AG). 6.2 La propuesta terapéutica se realizará en función de la estadificación de la enfermedad, las características clínicas específicas del/la paciente y los resultados del estudio de extensión tumoral (AG). 6.3 Se adoptarán las decisiones terapéuticas que se ofertarán a la/el paciente, dejando constancia en su Historia de Salud, preferentemente en el registro específico del Subcomité de Tumores (hoja del comité)(AG). 6.4 La Unidad que se responsabilice de la asistencia del paciente (AG): • Gestionará la citación del paciente. • Información sobre el plan terapéutico previsto. 6.5 Se considerará criterio de salida del proceso (AG): • La no aceptación de los tratamientos activos posibles. • Estado clínico avanzado sin posibilidad de tratamiento. • Se garantizará el seguimiento compartido entre AH y AP e inclusión en el PAI Cuidados Paliativos⁴³. 6.6 Se adaptará el plan terapéutico a las siguientes situaciones clínicas con un abordaje diferenciado entre cáncer de colon y cáncer de recto (AG): • Enfermedad local. • Enfermedad localmente avanzada. • Enfermedad metastásica. 6.7 La decisión del comité deberá estar disponible antes de los 30 días desde el diagnóstico de CCR (AG). 6.8 Se recomendará estudio familiar de cáncer colorrectal ante la sospecha de cáncer hereditario (AG).

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA: CIRUGÍA DIGESTIVA, ONCOLOGÍA MÉDICA Y ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.

Actividades	Características de calidad
7º PLAN TERAPÉUTICO CÁNCER DE COLON	ENFERMEDAD LOCAL Tratamiento quirúrgico 7.1 La valoración del paciente se realizará en los 7 días siguientes a la propuesta del comité CCR (AG). 7.2 Se recomienda colectomía reglada para el tratamiento quirúrgico del cáncer de colon resecable, que se realizará en un periodo de tiempo inferior a 60 días tras la inclusión en el registro de demanda quirúrgica (AG)²⁶. 7.3 Se intentará el abordaje por laparoscópica siempre que se pueda y previo acuerdo en el equipo de cirugía y anestesia. 7.4 (II) Se le informará de la técnica prevista y se contará con su autorización. 7.5 Se recomienda en la resección quirúrgica³²: • Márgenes de seguridad: En el cáncer de colon será de un mínimo de 5 – 7 cm en el margen distal. • Estadificación ganglionar apropiada. Disponer y analizar al menos 12 ganglios linfáticos, siempre que sea posible. Tras la neoadyuvancia puede que no se alcance este número. • No se recomienda la linfadenectomía abdominal de rutina^{32, 44}. • Si el CCR está asociado a una enfermedad colónica se recomienda considerar la resección extendida: - Proctocolectomía total en la colitis ulcerosa. - Colectomía estándar en el síndrome de Lynch. - Se marcará la lesión por marcador endoscópico antes de la exéresis. 7.6 Se recomienda según localización³²: • Neoplasia de colon derecho: Hemicolectomía derecha. • Neoplasia de colon transverso (incluyendo las neoplasias de flexura esplénica): Hemicolectomía derecha ampliada. • Neoplasia de colon izquierdo: Hemicolectomía izquierda. • Neoplasia de colon sigmoideo: Sigmoidectomía. • Neoplasia de unión rectosigmoidea: Resección anterior baja.



Actividades	Características de calidad
7º PLAN TERAPÉUTICO CÁNCER DE COLON	Tratamiento oncológico 7.7 CÁNCER DE COLON ESTADÍO I: No precisa quimioterapia adyuvante^{26, 33, 34}. 7.8 CÁNCER DE COLON ESTADÍO II^{26, 33, 34}: Se recomienda una valoración personalizada para la indicación de quimioterapia adyuvante teniendo en cuenta los factores de mal pronóstico: • T4. • Pobremente diferenciados. • Presencia de perforación u obstrucción intestinal en la presentación. • Invasión vascular/perineural. • Nº de ganglios analizados insuficiente (< 12). • Ausencia de inestabilidad de microsatélites (baja expresión)³⁵. 7.9 CÁNCER DE COLON ESTADÍO III^{26, 33, 34}. • Se recomienda tratamiento de quimioterapia adyuvante con fluoropirimidinas en combinación con oxaliplatino. • En caso de pacientes mayores de 70 años y/o comorbilidades valorar la posibilidad de usar fluoropirimidinas en monoterapia. ENFERMEDAD LOCALMENTE AVANZADA (El tumor localmente avanzado se considera aquel que “amenaza” o afecta a estructuras vecinas o perfora peritoneo visceral). Tratamiento quirúrgico³³ 7.10 Se procederá a realizar de forma obligada la resección en bloque. 7.11 Requiere una valoración personalizada. 7.12 La ooforectomía está indicada en el mismo acto quirúrgico si los ovarios están aumentados de tamaño o el tumor está adyacente a ellos. Tratamiento oncológico 7.13 En caso de enfermedad localmente irresecable o condiciones clínicas que contraindiquen la intervención, estaría indicado QT o QTRT con el fin de hacer tratamiento radical o hacer la lesión resecable.



Actividades	Características de calidad
7º PLAN TERAPÉUTICO CÁNCER DE COLON	ENFERMEDAD METASTÁSICA 7.14 Se tomará la decisión terapéutica en base a los siguientes factores^{26, 33, 34}: • Estado general y comorbilidades. • Número y localización de las metástasis. • Resecabilidad actual/potencial de las metástasis. • Estatus mutacional de RAS, BRAF y presencia o no de inestabilidad de microsatélites. • Localización del tumor primario. • Tipo de tratamiento sistémico recibido en la adyuvancia. • Deseo del paciente. 7.15 Se considerará la resección de las metástasis hepáticas y pulmonares siempre que sea posible, precedido y/o seguido de tratamiento quimioterápico³⁴. 7.16 Se considerarán como medidas de tratamiento alternativas en pacientes con metástasis hepáticas³⁴: • Radioterapia ablativa estereotáxica. • Ablación por radiofrecuencia. • Radioterapia interna selectiva con microesferas de Itrio 90 (radioembolización). 7.17 Se considerará el uso de radioterapia externa (IGRT, Radioterapia ablativa estereotáxica) en pacientes con metástasis pulmonares altamente seleccionados (número limitado de metástasis)³⁴. Tratamiento oncológico^{26, 33, 34} 7.18 Tratamiento en primera línea. • El tratamiento de combinación FOLFOX, FOLFIRI y XELOX son equivalentes, independiente de orden de secuencia y superiores al empleo de fluoropirimidinas en monoterapia. • La combinación de los 3 agentes quimioterápicos (FOLFOXIRI) asociado o no a Bevacizumab puede ser considerado en pacientes con buen estado general, sin comorbilidades. 7.19 El tratamiento de 2ª línea se elegirá en función del tratamiento de quimioterapia utilizado en 1ª línea. Se debe considerar el uso de quimioterapia en combinación con agentes antiEGFR (sólo en pacientes con tumores RAS wild type) o con agentes antiangiogénicos. 7.20 En el tratamiento de 3ª línea considerar el beneficio clínico esperado frente a la toxicidad. Como opciones de tratamiento en esta línea se encuentran: agentes antiEGFR solos o en combinación con irinotecán (pacientes con tumores RAS wild type/BRAF wild-type que no hayan recibido estos agentes con anterioridad), Regorafenib o Trifludina/tipiracilo.

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA: CIRUGÍA DIGESTIVA; ONCOLOGÍA MÉDICA Y ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.

Actividades	Características de calidad
8º PLAN TERAPÉUTICO CÁNCER DE RECTO	ENFERMEDAD LOCAL. GRUPO DE RIESGO MUY TEMPRANO (cT1 sm1 N0) 8.1 Se considerará escisión Local (EL) que podrá ser endoscópica si es un tumor pT1 y sin factores de riesgo desfavorables ^{26, 33, 36} . 8.2 No precisará tratamiento sistémico ^{26, 33, 36} . ENFERMEDAD LOCAL. GRUPO DE RIESGO TEMPRANO (cT1 (con factores desfavorables) -cT2; cT3a/b si están en recto superior o medio; N0 (o incluso N1 si es recto alto)). 8.3 El tratamiento de elección es la cirugía independientemente de que se realice radioterapia preoperatoria ^{26, 33, 36} . 8.4 La cirugía de recto se debe realizar en centros con una media de al menos 20 intervenciones quirúrgicas anuales ³⁶ . 8.5 Si el tumor está en el recto superior, se realizará cirugía, con resección anterior y disección mesorrectal subtotal ^{26, 33, 36} . 8.6 Si el tumor está en el recto inferior, se realizará cirugía, con resección anterior y disección mesorrectal total ^{26, 33, 36} . 8.7 Los estadios pT1 no precisan tratamiento sistémico ^{26, 33, 36} . 8.8 La QTRT o la RT ciclo corto (RTCC) preoperatoria son una alternativa terapéutica en pacientes con enfermedad resecable estadio II-III ^{26, 33, 36} . 8.9 Se considerará una actitud watch-and-wait para la preservación del órgano en pacientes frágiles, o con graves morbilidades o aquellos que rechazan la cirugía radical, si tras la neoadyuvancia se consigue una regresión completa ^{26, 33, 36} . 8.10 Los pacientes cT2-T3a con respuesta completa tras QTRT pueden ser sometidos a escisión local o a observación. Esta consideración deberá ser adoptada en el comité multidisciplinar de tumores ³⁶ . 8.11 En pacientes frágiles o ancianos con alto riesgo quirúrgico cT2 < 4 cm, una alternativa puede ser RTCC o QTRT seguida de escisión local ^{26, 33, 36} .



Actividades	Características de calidad
8º PLAN TERAPÉUTICO CÁNCER DE RECTO	ENFERMEDAD LOCALMENTE AVANZADA. GRUPO DE RIESGO INTERMEDIO (cT3 a/b muy bajo, elevadores no afectados, MCR libre; cT3a/b en recto medio o alto cN1-2 (no extranodal) sin invasión extramural vascular). 8.12 Se realizará resección anterior baja con disección mesorrectal subtotal si está situado en el recto superior y total si está en recto medio o inferior^{26, 33, 36}. 8.13 Considerar RT preoperatoria para estadios $\geq$T3 o N+^{26, 33, 36}. 8.14 Se recomienda la administración de 5FU en infusión continua o Capecitabina en combinación con RT de ciclo largo^{26, 33, 36}. 8.15 Considerar como estándar la QTRT o la RT de ciclo corto (RTCC) al presentar idéntico beneficio en términos de control local y supervivencia^{26, 33, 36, 37}. 8.16 En caso de RTCC la cirugía se realizará, preferiblemente entre 4 y 12 semanas tras finalizar la radioterapia³⁷. 8.17 En caso de QTRT neoadyuvante la cirugía se realizará entre 6 y 8 semanas tras finalizar RT. 8.18 La QTRT postoperatoria está indicada en pacientes con alto riesgo de recidiva local y que no han recibido tratamiento neoadyuvante. 8.19 Considerar como criterios de alto riesgo de recidiva local: • Margen de resección afectado. • Estadío T4. • Incompleta resección mesorrectal. • Afectación ganglionar, sobre todo extra capsular. • Depósitos tumorales extranodales. ENFERMEDAD LOCALMENTE AVANZADA. GRUPO DE RIESGO INTERMEDIO AVANZADO (cT3c/d o tumores rectales muy bajo en la que los esfínteres están comprometidos pero el MCR está libre; cT3c/d recto medio con N1-N2 (sí extranodal), con invasión extramural vascular; cT4a NO limitados). 8.20 Se considerará la Cirugía radical con disección mesorrectal total tras ciclo corto radioterapia o neoadyuvancia ciclo largo. 8.21 Se recomienda la administración de 5FU en infusión continua o Capecitabina en combinación con RT de ciclo largo^{26, 33, 36, 37}. 8.22 En términos de control local y supervivencia se considerarán como estándar, QTRT o RT de ciclo corto al presentan idéntico beneficio^{36, 37}.

Actividades	Características de calidad
8º PLAN TERAPÉUTICO CÁNCER DE RECTO	ENFERMEDAD LOCALMENTE AVANZADA. GRUPO DE RIESGO AVANZADO (cT4a/b con afectación ganglionar lateral; cT3 con MCR afecto). 8.23 Se considerará la cirugía radical extendida con disección mesorrectal total tras ciclo corto radioterapia o neoadyuvancia ciclo largo^{26, 33, 37}. 8.24 Se recomienda la administración de 5FU en infusión continua o Capecitabina en combinación con RT^{26, 33, 36, 37}. 8.25 En los tumores localmente muy avanzados se puede considerar el uso de QT (esquema FOLFOX o XELOX) durante 12-16 semanas previo al tratamiento QTRT³⁷. ENFERMEDAD METASTÁSICA. 8.26 Se tomará la decisión terapéutica en base a los siguientes factores^{26, 33, 34}: • Estado general y comorbilidades. • Número y localización de las metástasis. • Resecabilidad actual/potencial de las metástasis. • Estatus mutacional de RAS, BRAF y presencia o no de inestabilidad de microsatélites. • Localización del tumor primario. • Tipo de tratamiento sistémico recibido en la adyuvancia. • Deseo del paciente. 8.27 Se considerará la resección de las metástasis hepáticas y pulmonares siempre que sea posible, precedido y/o seguido de tratamiento quimioterápico³⁴. 8.28 Se considerarán como medidas de tratamiento alternativas en pacientes con metástasis hepáticas³⁴: • Radioterapia ablativa estereotáxica. • Ablación por radiofrecuencia. • Radioterapia interna selectiva con microesferas de Itrio 90 (radioembolización). 8.29 Se considerará el uso de radioterapia externa (IGRT, Radioterapia ablativa estereotáxica) en pacientes con metástasis pulmonares altamente seleccionados (número limitado de metástasis)³⁴. Tratamiento adyuvante El plan terapéutico estará en función de si ha habido o no neoadyuvancia previa^{26, 33, 37}.



Actividades	Características de calidad
8º PLAN TERAPÉUTICO CÁNCER DE RECTO	8.30 Si ha habido neoadyuvancia • ESTADIOS II y III: Aunque el beneficio de la quimioterapia adyuvante (fluoropirimidinas +/- oxaliplatino) tras tratamiento preoperatorio en el cáncer de recto resulta controvertido, puede considerarse su uso en estos pacientes discutiendo pormenorizadamente con el paciente los potenciales beneficios/riesgos de dicho tratamiento. 8.31 Si no ha habido neoadyuvancia³⁷ • Si tras cirugía se evidencia un estadio pT3N0 considerar las dos posibles opciones terapéuticas: - Administración QTRT (5FU en infusión continua o Capecitabina) +/- QT adyuvante (5FU en infusión continua o Capecitabina). - Observación. • Si tras cirugía se evidencia un estadio pT4N0 o pN1-2 se recomienda la administración de: - QT adyuvante (preferiblemente esquema FOLFOX o XELOX o en su defecto 5FU en infusión continua o Capecitabina) seguido de QTRT (5FU en infusión continua o Capecitabina) seguido de QT completando un total de 6 meses de tratamiento adyuvante.

PROFESIONALES DE PRUEBAS DE IMAGEN.

Actividades	Características de calidad
9º REESTADIFICACIÓN DE CÁNCER DE RECTO TRAS NEOADYUVANCIA	9.1 Se recomienda realización de RM de alta resolución. 9.2 Se considerarán de aplicación las recomendaciones para el informe de RM de la Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen de Abdomen³⁸. 9.3 Los criterios mínimos de calidad son: • Información sobre el estadio TN e infiltración de la FMR. • Características ganglionares: - Tamaño ganglionar (diámetro de eje corto) tras QTRT. - Los criterios de ganglio maligno en la reestadificación son³¹. - Todos los ganglios con diámetro de eje corto < 5 mm deberían considerarse benigno. - Para ganglios ≥ 5 mm no hay un criterio fiable y como guía práctica deberían considerarse malignos. • Información sobre la Invasión vascular extramural tras QTRT. • Información sobre el estado de la pared rectal.

PROFESIONALES DE AH: PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DE LA CONSULTA DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA.

Actividades	Características de calidad
10^º INFORMACIÓN AL PACIENTE Y COORDINACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO	10.1 Se verificará la identificación inequívoca de la persona . 10.2  Se informará a la/el paciente y/o familiar de forma detallada del resultado de las pruebas diagnósticas realizadas y el plan de tratamiento propuesto por el Comité multidisciplinar de tumores, así como de las alternativas posibles, facilitándole la toma de decisiones compartida en un entorno de privacidad y confidencialidad. 10.3 Se le ofrecerá la posibilidad de segunda opinión médica y de la existencia del registro de Voluntades Vitales Anticipadas (VVA)  ^{13, 14, 39}. 10.4 Se informará del riesgo familiar existente en estos casos y se aplicarán las actividades descritas. 10.5 Si el plan terapéutico contempla la intervención quirúrgica se realizará: • El estudio preanestésico ⁴⁰: - En pacientes programados para cirugía electiva con alto riesgo de anemia postoperatoria se recomienda la determinación preoperatoria de hemoglobina y parámetros férricos un mínimo de 30 días antes de la intervención. • Se realizará la inscripción en el registro de demanda quirúrgica (RDQ). - Se le informará del procedimiento quirúrgico a realizar (riesgos y beneficios) y se entregará formulario de CI ¹². 10.6  Se informará sobre la posibilidad de ceder la muestra extraída para el banco de tumores incluyendo el cumplimiento del CI a tal efecto. 10.7  Se informará sobre la posibilidad de realizar ostomía y su temporalidad, así como el acceso al profesional de enfermería de forma preoperatoria. 10.8  Se le informará del procedimiento mediante el cual se le notificará el día del ingreso. 10.9 Se garantizará la transmisión de información entre los profesionales de diferentes ámbitos de atención (AP, AH), mediante un procedimiento estandarizado para la comunicación (informe de seguimiento), que asegure la continuidad asistencial .

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA AH: ANESTESIÓLOGO/A.

Actividades	Características de calidad
11º ESTUDIO PREANESTÉSICO	11.1 Si no ha sido realizado previamente, se recomienda realizarlo en acto único y en un plazo máximo de 10 días (4G). 11.2 Se realizará el estudio preanestésico teniendo en consideración las recomendaciones del Proceso de Soporte de Laboratorio ²³. 11.3 Estudio protocolizado, dejando constancia documental en la Historia de Salud de la/el paciente: • Valoración de estudio la anemia. Si no se ha realizado previamente se planteará la derivación a Hematología o instaurar tratamiento según protocolo existente. • Se valorará la solicitud de pruebas para posible transfusión sanguínea. En caso afirmativo se entregará el formulario de CI¹² de uso de hemoderivados. • Se evaluará el estado nutricional del paciente y se actuará según protocolos existentes derivando a la Unidad de Nutrición. • Se evaluará el riesgo quirúrgico, la medicación habitual o esporádica y su posible interacción con la intervención. • Se planificará la valoración del riesgo y el tratamiento del dolor perioperatorio de acuerdo con el protocolo establecido. 11.4  Se informará a la/el paciente en un entorno de privacidad y confidencialidad, manifestando una actitud facilitadora para responder a las demandas y expectativas sobre el tipo de anestesia que se debe realizar en función del procedimiento quirúrgico propuesto y se entregará el formulario de CI¹². 11.5  Se informará a la/el paciente sobre las recomendaciones preoperatorias.

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA AH: CIRUGÍA DIGESTIVA.

Actividades	Características de calidad
12º HOSPITALIZACIÓN PREQUIRURGICA	12.1 Se realizará por el personal de enfermería que: • Verificará la identificación inequívoca de la persona ^{17, 8}. • Valoración del paciente e inicio del Plan de Cuidados. Se dejará constancia de ello en la Historia de Salud. • Se solicitará información del consumo de fármacos de forma habitual o esporádica. En caso de aportarlos al ingreso, se actuará de acuerdo con el protocolo establecido . • Comprobará en la Historia de Salud: - Diagnóstico. - Procedimiento quirúrgico a realizar y existencia del CI. - Informe preoperatorio de anestesia y pruebas complementarias, así como tratamiento prescrito por anestesiólogo (HBPM, medicación preanestésica, medicación habitual que no debe suspender, etc). - Existencia de pruebas cruzadas para posible transfusión sanguínea. - Los riesgos identificados intrínsecos y extrínsecos (paciente de alto riesgo, procesos intercurrentes y alérgicos) . - Que está registrada la medicación habitual del /la paciente. -  Que se ha informado al paciente del procedimiento quirúrgico a realizar y se dejó constancia documental en la Historia de Salud. 12.2 Se realizará la preparación del/la paciente previa al tratamiento quirúrgico, según procedimiento normalizado de cada centro⁴¹. 12.3 Se procederá al marcado de las eventuales ostomías con tinta no borrrable, en ambas fosas ilíacas, de forma bilateral y en la mejor ubicación posible según el protocolo implantado (importante que se haga previo al quirófano y además en decúbito supino en bipedestación y sedestación)⁴². 12.4 En esta fase los cuidados de enfermería se orientarán (AG)^{15, 16}: • 1404 Autocontrol del miedo (NOC). • 5610 Enseñanza prequirúrgica (NIC). • 5820 Disminución de la ansiedad (NIC). • 1814 Conocimiento: procedimiento terapéutico (NOC). • 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento (NOC). • 1302 Afrontamiento de problemas (NOC). • 5230 Aumentar el afrontamiento (NIC). • 1004 Valoración del Riesgo nutricional (NIC). 

Actividades	Características de calidad
12º HOSPITALIZACIÓN PREQUIRURGICA	• 1606 Control del dolor (NOC). • 1504 Soporte social (NOC). 12.5 Se cumplimentará la Historia de Salud de acuerdo con el procedimiento implantado . 12.6 El traslado al Bloque Quirúrgico se realizará garantizando la intimidad, el confort y la seguridad .

PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y CELADOR/A BLOQUE QUIRÚRGICO: CIRUJANO/A, ANESTESISTA.

Actividades	Características de calidad
13º BLOQUE QUIRÚRGICO	13.1 Se recepcionará a la/el paciente por el personal de enfermería del Bloque Quirúrgico⁴¹. 13.2 El personal de enfermería: • Verificará la identificación inequívoca del paciente ^{17,8}. • Comprobará en la Historia de Salud del paciente: - El procedimiento quirúrgico a realizar. - Informe preoperatorio de anestesia y pruebas cruzadas. - Formulario de CI¹² del procedimiento quirúrgico a realizar . • Verificará con el/la paciente en la historia de salud la correcta aplicación del protocolo de preparación quirúrgica. 13.3 El equipo quirúrgico realizará verificación “Check-list” de seguridad quirúrgica dejando constancia documental en la Historia de Salud . 13.4  Se informará de forma clara y precisa a familiares y/o representante del desarrollo de la intervención quirúrgica, la situación del paciente, en un entorno de privacidad y confidencialidad. 13.5 El ayuno se limitará a 6 horas para sólidos y a 2 horas para líquidos, incluidos pacientes obesos y diabéticos²⁶. 13.6 El traslado a la Unidad de Recuperación postquirúrgica se realizará garantizando la intimidad, el confort y la seguridad . 13.7 El personal de enfermería de la Unidad recepcionará a la/el paciente y: • Verificará la identificación inequívoca de la/el paciente ^{17,8}. • Centrándose los cuidados en ^{15,16}: - 1606 Control del dolor (NOC).

Actividades	Características de calidad
13º BLOQUE QUIRÚRGICO	- 2870 Cuidados post-anestesia (NIC). - 3140 Manejo de la vía aérea (NIC). - 7370 Planificación al alta a la Unidad de Hospitalización (NIC). 13.8 En función de la evolución de la/el paciente se realizará el Alta por la Unidad de Recuperación Postquirúrgica y el traslado a planta de Hospitalización.

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA AH: CIRUGÍA DIGESTIVA.

Actividades	Características de calidad
14º HOSPITALIZACIÓN POSTQUIRURGICA	14.1 Se realizará higiene adecuada de manos  ^{17, 8}. 14.2 La recepción de la/el paciente la realizará el personal de enfermería que: • Verificará la identificación inequívoca de la/el paciente  ^{17, 8}. • Elaborará el Plan de Cuidados: - Resultados (NOC) (AG)¹⁵ - 1606 Control del Dolor. - 1813 Reforzar los conocimientos acerca del Plan terapéutico. - 1829 Conocimiento: Cuidados de la ostomía. - 1615 Autocuidados de la ostomía. - 1101 Integridad tisular: piel y mucosas. - 1200 Planificará intervenciones que potencien la imagen corporal. - 2604 Asegurará la normalización de la familia. - 1008 Completará conocimientos para un correcto seguimiento del estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. - 1205 Autoestima. - 1302 Afrontamiento de problemas. - 0311-0312 Fomentará la preparación para el alta: vida independiente o con apoyos. - 2508 Preparación del cuidador principal domiciliario. - Intervenciones (NIC) (AG)¹⁶ - 6650 Vigilancia. - 6540 Control de las infecciones. - 3440 Cuidados del sitio de la incisión. - 3590 Vigilancia de la piel.

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA AH: CIRUGÍA DIGESTIVA.

Actividades	Características de calidad
14º HOSPITALIZACIÓN POSTQUIRURGICA	- 1876 Cuidados del catéter urinario. - 1870 Cuidados del drenaje. - 5618 Enseñanza procedimiento/tratamiento. - 5614 Enseñanza: dieta prescrita. - 0480 Cuidados de la ostomía. - 0430 Manejo intestinal. - 0590 Manejo de la eliminación urinaria. - 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene. - 1802-1803 Vestir/arreglo personal-alimentación. - 1850 Fomentar el sueño. - 1400 Manejo del dolor. - 5220 Potenciación de la imagen corporal. - 5820 Disminución de la ansiedad. - 5230 Aumentar el afrontamiento. - 5400 Potenciación de la autoestima. - 5270 Apoyo emocional. - 7040 Apoyo al cuidador principal. - 8100 En caso de cumplir criterios. Derivación a Enfermera Gestora de Casos (NIC). - 0311-0312 Fomentará la preparación para el alta: vida independiente o con apoyos (NOC). 14.3 El/la médico/a realizará: • Valoración de la situación de la/el paciente, así como la existencia de incidencias en la intervención quirúrgica y/o postoperatorio inmediato. • Adecuará la prescripción de tratamientos postoperatorios, garantizando la conciliación terapéutica del tratamiento. 14.4 (II) Se informará a la/el paciente y/o familia sobre: • La posible aparición de síntomas y signos relacionados con la intervención. • Seguimiento de su proceso. • Gestión de la nueva cita a Consultas para comunicar los resultados y opciones terapéuticas en función del estudio anatomopatológico de la pieza operatoria.

Actividades	Características de calidad
14^o HOSPITALIZACIÓN POSTQUIRURGICA	14.5 Se realizará informe de Alta (Informe único de Alta multidisciplinar) que incluirá el plan de cuidados, plan de tratamiento, recomendaciones para el autocuidado, vida saludable y reducción del riesgo: • Se le entregará a la/el paciente en el momento del Alta Hospitalaria. • Facilitar el alta de ostomías y garantizar el registro del seguimiento en las consultas de enfermería de ostomía como estrategia de coordinación. • Se garantizará la transmisión de información entre diferentes ámbitos de atención (AP, AH), existiendo un procedimiento estandarizado para la comunicación al alta . 14.6 El Plan de Cuidados de enfermería al alta estará orientado a: - Resultados (NOC) (AG)¹⁵ - 0313 Nivel de autocuidados. - 1608 Control de síntomas. - 1605 Control del dolor. - Resultados (NIC) (AG)¹⁶ - 6610 Identificación de riesgos. - 7040 apoyo al cuidador principal, si procede. 14.7 En pacientes portadores de ostomías se les facilitará cita en consulta con enfermera/o responsable de la consulta de cirugía y de ostomías para establecer el plan de cuidados específico que tendrá en consideración: - Resultados (NOC) / intervenciones (NIC) (AG)^{15, 16} - 1813 Conocimientos del régimen terapéutico (NOC) / 5618 Enseñanza procedimiento/tratamiento (NIC). - 1829 Conocimiento: Cuidados de la ostomía (NOC) / 0480 Cuidados de la ostomía (NIC). - 1004 Estado nutricional (NOC) / 5246 Asesoramiento nutricional (NIC). - 0501 Eliminación intestinal (NOC) / 0430 Manejo intestinal (NIC). - 1200 Potenciar la imagen corporal (NOC) / 5200 Potenciación de la imagen corporal (NIC). - 1300 Aceptación: Estado de Salud (NOC) / 5602 Enseñanza proceso enfermedad (NIC). - 5400 Potenciación de la autoestima (NIC). - 0119 Funcionamiento sexual (NOC) / 5248 Asesoramiento sexual (NIC). - 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia (NOC) / 5230 Aumentar el afrontamiento (NIC). - 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento (NOC) / 5440 Aumentar los sistemas de apoyo (NIC)/7140 Apoyo a la familia (NIC).

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA: ONCOLOGÍA MÉDICA.

Actividades	Características de calidad
15º TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO	15.1 El tiempo recomendado para la quimioterapia postcirugía es de 6 semanas^{34, 37}. 15.2 La recepción de la/el paciente en la Unidad de Oncología Médica la realizará el personal de enfermería que: • Verificará la identificación inequívoca del paciente ^{17, 8}. • Se le facilitará al/la paciente el acompañamiento por familiar o cuidador/a principal. • Comprobación de consentimientos informados firmados¹². 15.3  Se informará a la/el paciente y/o familia con una actitud facilitadora para responder a sus demandas de información y expectativa sobre: • Los posibles efectos secundarios de la medicación. • La necesidad de un adecuado cumplimiento terapéutico. • El esquema de tratamiento que recibirá. • Las pruebas complementarias necesarias durante el tratamiento. • Los derechos y garantías que le asisten. • Y se le entregará el formulario de CI¹² que firmará y se integrará en la historia clínica del paciente. 15.4 Se recomienda la administración de la quimioterapia adyuvante dentro de las 6 primeras semanas tras la cirugía^{34, 37}. 15.5 Antes de la administración de tratamientos de quimioterapia se potenciará su uso seguro para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración . 15.6 La/el enfermero/o referente, trazará un plan de cuidados cuyo objetivo será proporcionar una atención integral a la/el paciente y /o familia implicándolos como parte activa del proceso, constará de: • Enseñanza de conceptos y habilidades necesarias para que los/las pacientes puedan cooperar en el tratamiento y controlar su enfermedad. • Orientar a la/el paciente sobre su esquema de tratamiento, las pruebas complementarias necesarias y los derechos y garantías que le asisten además de proporcionar información sobre el funcionamiento de la unidad. • Proporcionar información sobre los efectos secundarios de su tratamiento y cómo abordarlos promoviendo así el autocuidado. 15.7 Los Planes de cuidados de enfermería en esta fase estarán orientados a resultados (NOC)¹⁵: • 1813 Conocimiento; régimen terapéutico.



Actividades	Características de calidad
15º TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO	• 1404 Autocontrol del miedo. • 1402 Autocontrol de la ansiedad. • 1302 Afrontamiento de problemas. • 2240 Educación sanitaria: Manejo de la quimioterapia. • 1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos. • 1200 Imagen corporal. • 1009 Estado nutricional, ingesta de nutrientes. • 1605 Control del dolor. • 1101 Integridad tisular: piel y mucosas. • 0501 Eliminación intestinal. • 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento. • 2107 Severidad de las náuseas y los vómitos. • 0119 Funcionamiento sexual. 15.8 Los cuidados de enfermería en esta fase estarán orientados a las siguientes intervenciones(NIC)¹⁶: • 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad. • 5616 Enseñanza medicamentos prescritos. • 5614 Enseñanza dieta prescrita. • 5230 Aumentar el afrontamiento. • 5270 Apoyo emocional. • 5220 Potenciación de la imagen corporal. • 1400 Manejo del dolor. • 2300 Administración de medicación. • 5440 Aumentar los sistemas de apoyo. • 7140 Apoyo a la familia. 15.9 El/la oncólogo/a médico/a: • Realizará el seguimiento de la/el paciente y diagnosticará de forma precoz, tratará las posibles reacciones adversas que puedan surgir durante la administración del tratamiento, así como los efectos secundarios tardíos de los tratamientos de quimioterapia recibidos en ciclos anteriores. • Durante el tratamiento el/la paciente deberá ser revisado/a por oncología en función de su tolerancia al tratamiento.



Actividades	Características de calidad
15º TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO	15.10 Al finalizar el tratamiento se realizará el informe de Alta, que incluirá el plan de cuidados, plan de tratamiento, recomendaciones para los autocuidados, vida saludable y reducción de riesgos: • Se le entregará a la/el paciente al finalizar el tratamiento. • Se le indicarán los medios de contacto con el personal sanitario en caso de toxicidad crónica. • Se garantizará la transmisión de información entre los diferentes ámbitos de atención (AP, AH), existiendo un procedimiento estandarizado para la comunicación al alta (Δ). El alta definitiva no se producirá hasta al menos 5 años después de finalizar el tratamiento.

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA Y TER: ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.

Actividades	Características de calidad
16º TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO	16.1 (i) Se informará a la/el paciente y/o a su familia sobre: • El seguimiento del proceso. • La aparición de síntomas y/o signos. • Los cuidados. • Los profesionales de referencia. • Los procedimientos para el acceso a consulta de seguimiento. 16.2 La recepción en la Unidad de Día de Oncología Radioterápica la realizará el personal de enfermería, previo al inicio del tratamiento, para reforzar la información y valorar la situación del/la paciente respecto a: • 1101 Integridad tisular: piel y mucosas (NOC). • 0501 Eliminación intestinal (NOC). • 1009 Estado nutricional (NOC). • 0006 Energía psicomotora (NOC). • 0119 Funcionamiento sexual (NOC). • 1605 Control del dolor (NOC). • 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento (NOC). 16.3 La recepción de la/el paciente en la Unidad de tratamiento se realizará por el TER que: • Verificará la identificación inequívoca de la persona (Δ)^{17, 8}.



PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA Y TER: ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.

Actividades	Características de calidad
16º TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO	• (i) Informará sobre el tratamiento y recomendaciones durante el mismo. • Verificará las características geométricas del tratamiento. • Verificará la imagen portal. • Remitirá periódicamente a enfermería/médico/a para control evolutivo según protocolo establecido. • Evaluará la toxicidad y comunicará a enfermería y/o médico/a si procede evaluación adicional no programada. 16.4 El Plan de cuidados de enfermería en esta fase se orientará a los siguientes resultados (NOC)¹⁵: • 1813 Conocimiento; régimen terapéutico. • 1402 Autocontrol de la ansiedad. 16.5 Se le gestionará nueva cita para control evolutivo. 16.6 Se realizará valoración clínica al inicio y a la finalización para conocer tolerancia, toxicidad y respuesta terapéutica. • Anamnesis y exploración clínica. • Supervisión de la administración de tratamiento. • Diagnóstico y tratamiento de las posibles reacciones adversas que puedan surgir durante la administración. • Resolver y tratar los efectos secundarios de los tratamientos recibidos. 16.7 El Plan de Cuidados de Enfermería durante el seguimiento contemplará como aspectos fundamentales^{15, 16}: • 1902 Control del riesgo (NOC). • 1606 Control del dolor (NOC). • 1612 Control del peso (NOC). • 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento (NOC). • 1520 Terapia nutricional (NIC). • 5220 Potenciación de la imagen corporal (NIC). • 5400 Potenciación de la autoestima (NIC).



Actividades	Características de calidad
16º TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO	16.8 Al finalizar el tratamiento se realizará un informe que incluirá dosis, fraccionamiento y áreas irradiadas, el plan de cuidados, plan de tratamiento, recomendaciones para los autocuidados, vida saludable y reducción del riesgo: • Se le entregará a la/el paciente al finalizar el tratamiento. • Se le indicarán medios de contacto con el personal sanitario en caso de toxicidad crónica. • Se garantizará la transmisión de información entre los diferentes ámbitos de atención (AP, AH), incluirá: los tratamientos oncológicos realizados, continuidad de cuidados, recomendaciones para autocuidados, de vida saludable y reducción del riesgo, existiendo un procedimiento estandarizado para la comunicación al alta .

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA AP- AH: ONCOLOGÍA MÉDICA-RADIOTERÁPICA/ DIGESTIVO/MÉDICO/A DE FAMILIA/DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN/ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Actividades	Características de calidad
17º SEGUIMIENTO	17.1 Se realizará por el Equipo Multidisciplinar, según los procedimientos acordados previamente en el Comité de Tumores y las características clínicas de la/el paciente, de forma que asegure un seguimiento único y mínimo necesario para el control evolutivo del paciente con enfermedad neoplásica en respuesta completa y de la toxicidad asociada a los tratamientos administrados. 17.2 En el seguimiento, se recomienda usar el sistema de gradación histológico AJCC/ACP que contempla cuatro grupos de 0 a 3. En caso de haber recibido tratamiento neoadyuvante, se valorará el grado de regresión (respuesta al tratamiento)²⁷. 17.3 Se considerará la vigilancia tras resección curativa de cáncer colorrectal de acuerdo con los siguientes criterios²⁶: • Seguimiento clínico analítico cada 3-6 meses: Anamnesis, exploración y detección de antígeno carcinoembrionario (CEA). • Seguimiento por colonoscopia: al año, a los 4 años y a los 9 años de la cirugía. Si la colonoscopia no fue completa al diagnóstico se recomienda realizarla dentro los primeros 6 meses tras la cirugía. • Seguimiento por TC-TCAP cada 6-12 meses, salvo resultado elevado de CEA donde la exploración se puede complementar con PET-TC.



PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA AP- AH: ONCOLOGÍA MÉDICA-RADIOTERÁPICA/ DIGESTIVO/MÉDICO/A DE FAMILIA/DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN/ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Actividades	Características de calidad	
17º SEGUIMIENTO	ESTADIO	PROPUESTA DE SEGUIMIENTO
	T1 N0 (Local, muy temprano)	- Anamnesis y exploración cada 6 meses durante el 1º año. - Colonoscopia al año, a los 4 años y a los 9 años.
	T2 T3 N0 (Local)	- Anamnesis, exploración y CEA cada 6 meses los primeros 3 años y anual en el 4º y 5º año. - Colonoscopia al año, a los 4 años y a los 9 años. - TC-TCAP anual del 1º al 5º año.
	Local avanzado con factores de riesgo - Márgenes positivos - Enfermedad T4 - Afectación ganglionar - Paciente son estadio T3 con rechazo a quimioterapia	- Anamnesis, exploración y CEA cada 3 meses durante el primer año y cada 6 meses en el 2º y 3º año y anual en el 4º y 5º año. - Colonoscopia al año, a los 4 años y a los 9 años. - TC-TCAP cada 6 meses el 1º año y anual del 2º al 5º año.
17.4 En caso de recidiva durante el seguimiento, se remitirá al Comité Multidisciplinar de Tumores, para consensuar una propuesta terapéutica (AG). 17.5 El seguimiento es compartido (entre AP y AH) a lo largo de todo el proceso. 17.6 Se recomienda garantizar una comunicación fluida entre los profesionales implicados en la atención para garantizar la continuidad asistencial. 17.7 En los pacientes tras 5 años de inicio del proceso y que sean altas de AH se recomendará un seguimiento anual en Atención Primaria con (AG)²⁶: • Exploración clínica detallada y orientada. • Analítica con hemograma, bioquímica y metabolismo férrico. • No está indicada la determinación del CEA pasados los 5 años. 17.8 Se derivará de nuevo a AH en caso de sospecha de recidiva local o a distancia. 17.9 Se recomienda (a la vez que se realiza el seguimiento anual del caso índice en atención primaria) la comprobación del cribado a los familiares (AG). 17.10 El Plan de Cuidados de enfermería en Atención Primaria en general y específicamente para una persona ostomizada estará orientado a: • Resultados (NOC) / Intervenciones (NIC) (AG)^{15,16}:		



Actividades	Características de calidad
17º SEGUIMIENTO	- 1813 Conocimientos del régimen terapéutico (NOC) / 5618 Enseñanza procedimiento/tratamiento (NIC). - 1829 Conocimiento: Cuidados de la ostomía (NOC); 1615 Autocuidados de la ostomía / 0480 Cuidados de la ostomía (NIC). - 1004 Estado nutricional (NOC) / 5246 Asesoramiento nutricional (NIC). - 0501 Eliminación intestinal (NOC) / 0430 Manejo intestinal (NIC). - 1200 Potenciar la imagen corporal (NOC) / 5200 Potenciación de la imagen corporal (NIC). - 0119 Funcionamiento sexual (NOC) / 5248 Asesoramiento sexual (NIC). - 0004 Sueño (NOC) / 1 850 Mejorar el sueño. - 1302 Superación de problemas (NOC) / 5230. Aumentar el afrontamiento.

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA AP- AH; DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN; ONCOLOGÍA MÉDICA-RADIOTERAPICA/DIGESTIVO/CIRUGÍA.

Actividades	Características de calidad
18º TRATAMIENTO DE LAS RECIDIVAS Y PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD	18.1 Se seguirán las recomendaciones sobre tratamiento sistémico indicadas en el apartado de cáncer de colon metastásico^{26, 33, 34}. 18.2 En pacientes con recidiva loco-regional se considerará la resección quirúrgica más/menos QT adyuvante en función del tratamiento sistémico recibido previamente y el intervalo de recaída. 18.3 En pacientes con metástasis hepáticas y pulmonares se valorará resección quirúrgica^{36, 39}. 18.4 En caso de metástasis hepáticas no resecables se puede considerar el uso de terapias encaminadas a la citorreducción previo consenso en el seno de un comité multidisciplinar o en el contexto de ensayo clínico: • Ablación por radiofrecuencia. • Quimioembolización. • Radioembolización. • Radioterapia ablativa estereotáxica. 18.5 En paciente con obstrucción intestinal en colon izquierdo secundaria a recidiva o con tumor metastásico irresecable se contemplará la implantación de una prótesis colónica²⁶. 18.6 (II) Se informará a la/el paciente y/o a su familia sobre: • La nueva situación de la enfermedad y su pronóstico, se le ofrecerán las distintas posibilidades terapéuticas, y se consensuará el plan terapéutico. 

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA AP- AH; DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN; ONCOLOGÍA MÉDICA-RADIOTERAPICA/DIGESTIVO/CIRUGÍA.

Actividades	Características de calidad
18º TRATAMIENTO DE LAS RECIDIVAS Y PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD	• Posibilidad de realizar pruebas complementarias, en caso de ser necesario ampliar estudio. • Posibilidad de solicitar una segunda opinión³⁹. • Se le explicarán los efectos secundarios de los tratamientos posibles siendo los encargados los responsables en cada momento de su cuidado. 18.7 Tras la información se le entrega Consentimiento Informado según catálogo de CI¹². 18.8 Aquellos/as pacientes que solo sean subsidiarios de tratamiento paliativo, seguimiento compartido por AP-AH, e inclusión en el PAI Cuidados Paliativos⁴³.

Recursos y unidades de soporte específicas

Los recursos y unidades de soporte se han estimado en referencia a las necesidades específicas para la consecución de objetivos del PAI y los resultados esperados del mismo.

Recurso	Característica de calidad
Comité Multidisciplinar de Tumores	• Será de composición multidisciplinar, contemplando referentes de todas las disciplinas asistenciales que participan en la asistencia de los pacientes con cáncer colorrectal (AG). • Se documentarán las normas de funcionamiento del comité. La información mínima que debe incluir el documento será: los componentes; los criterios de presentación de casos; el procedimiento para la toma de decisiones y la sistemática de recogida de la información en la Historia de Salud (AG).
Servicio de Farmacia Hospitalaria	• La preparación de citostáticos debe estar centralizada en el Servicio de Farmacia y realizarse en cabina de seguridad biológica cumpliendo las normativas sobre seguridad en el manejo de citostáticos y los estándares de seguridad. • Existirá y se aplicará un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) que garantice la seguridad del paciente y del operador en la preparación de los tratamientos de quimioterapia. • Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes, antes y después de la manipulación de los tratamientos   17, 8.
Servicio de Radiofísica Hospitalaria	• Se aplicarán medidas para verificar la identificación inequívoca de la persona, comprobando siempre la correspondencia entre la prescripción y la identidad del paciente  17, 8. • Existirá y se aplicará un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) que garantice la seguridad del paciente y del operador. • Se garantizará el cumplimiento de la normativa vigente en este ámbito.

Competencias específicas del equipo profesional

En el desarrollo de la Gestión por competencias del SSPA, a partir de 2006, se han venido incluyendo en los Procesos Asistenciales Integrados, los mapas de competencias correspondientes de los/as diferentes profesionales.

En la primera etapa se clasificaron de manera estratégica en Conocimientos, Habilidades y Actitudes, a efectos didácticos, y de exhaustividad.

En una segunda fase se identificaron competencias generales (afectan a todos/as los/as profesionales con independencia de su puesto o categoría) y transversales (que tienen que ver con los contenidos esenciales en el ámbito sanitario) y extraídas a partir de los Mapas de Competencias de los/as diferentes profesionales del SSPA, cuyo objetivo es la Acreditación.

En la actualidad nos centramos en las Competencias Específicas, que se ajustan a las competencias técnicas o funcionales que los/as profesionales tienen que garantizar a el/la paciente en el desarrollo de su proceso asistencial. Se orientarán, por tanto, a los resultados esperados y van encaminadas a la generación de un impacto en la atención que se presta a los/as usuarios/as y en el desarrollo individual de los/as profesionales.

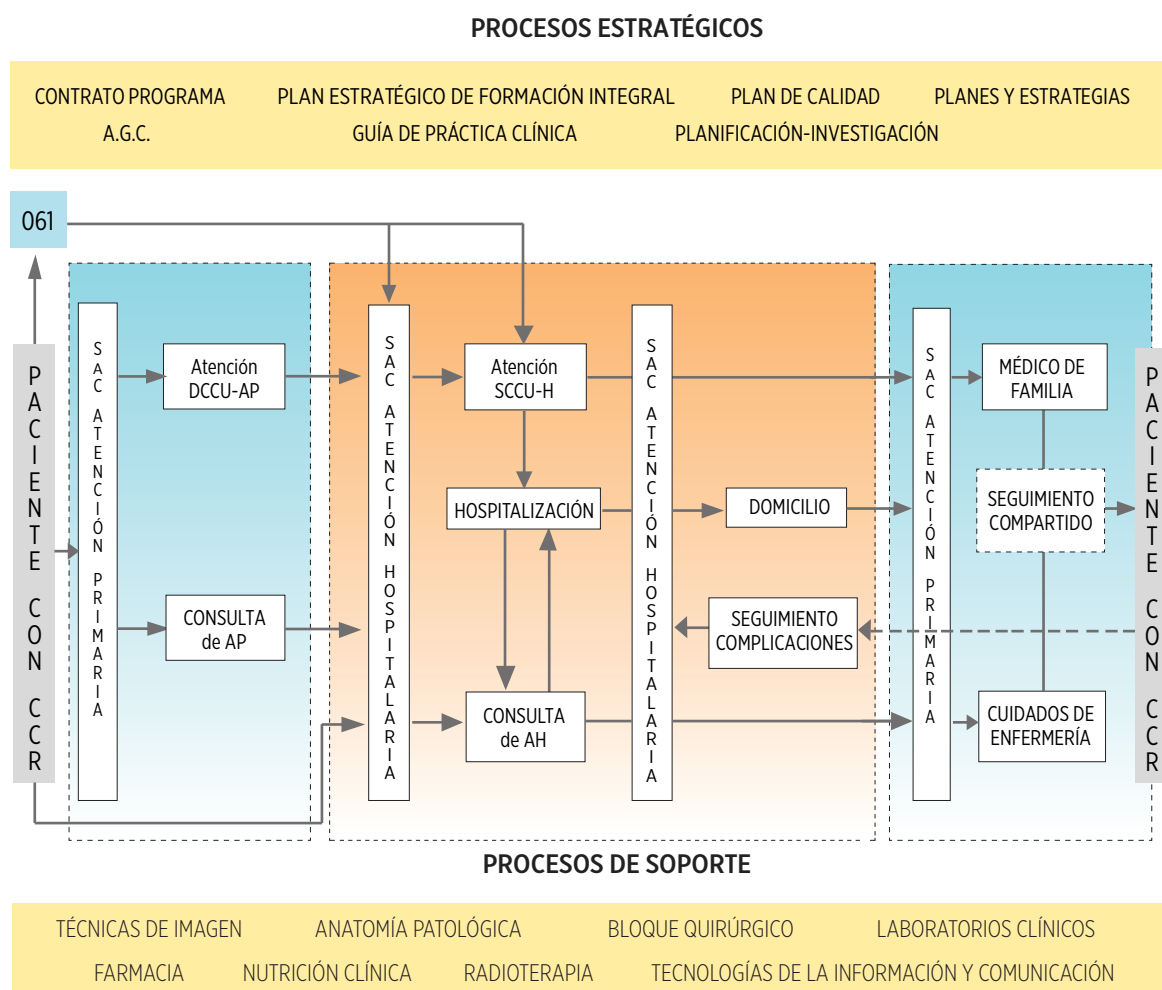
Estas Competencias Específicas se establecen a partir de las competencias claves identificadas en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y Unidades funcionales (UFUN) para la elaboración de mapa de competencias profesionales para el puesto de trabajo, definido en el ámbito del modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual del Sistema Sanitario Público de Andalucía (GPDI).

A medida que los grupos profesionales las identifiquen, estarán disponibles en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/gestor/es/calidadscopio/buenas_practicas

Representación Gráfica del PAI

La representación global del Proceso Asistencial Integrado permite visualizar la amplitud real del mismo, iniciándose el Proceso Operativo (clínico-asistencial) tras el contacto de la persona con el Sistema Sanitario por las diferentes entradas posibles, la atención de los/as profesionales desde diferentes ámbitos de actuación en Atención Primaria, Atención Hospitalaria, etc., la continuidad a la asistencia de el/la paciente/familia y la salida del PAI, en el marco establecido por los Procesos Estratégicos y sustentados en los Procesos de Soporte.

► Representación global



Denominación	PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL QUE ANTES DE INICIAR TRATAMIENTO SON VALORADAS POR LA COMISIÓN DE TUMORES ESPECÍFICA
Fórmula	N.º de personas diagnosticadas de cáncer colorrectal que han sido valoradas por la Comisión de Tumores Específica antes de iniciar el proceso terapéutico / N.º de personas diagnosticadas de cáncer colorrectal X 100.
Definición	Valoración tras diagnóstico por la Comisión de Tumores Específica.
Tipo de indicador	Proceso.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento / Justificación	Se deberá disponer en cada uno de los Hospitales de una Comisión de Tumores específica para evaluación del proceso diagnóstico y terapéutico y establecer las recomendaciones oportunas en referencia a tratamiento y seguimiento de los pacientes. Será de composición multidisciplinar, contemplado referentes de todas las disciplinas asistenciales que participan en la asistencia de los pacientes con cáncer colorrectal.
Población del indicador	Todos los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal.
Fuente de datos recomendada	Actas del Comité Específico/Documentación clínica del paciente.
Periodicidad	Mensual.
Estándares	> 60%
Aclaraciones	Todo paciente con CCR debería ser presentado en el comité correspondiente, no obstante, el comité definirá los criterios de selección de casos a discutir. La propuesta terapéutica se realizará en función de la estadificación de la enfermedad, las características clínicas específicas del/la paciente y los resultados del estudio de extensión tumoral. Se adoptarán las decisiones terapéuticas que se ofertarán a la/el paciente, dejando constancia en su Historia de Salud preferentemente en el registro específico del Subcomité de Tumores (hoja del comité).

Denominación	PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER COLORRECTAL A LAS QUE SE INTERVIENE QUIRÚRGICAMENTE EN UN TIEMPO INFERIOR A 60 DÍAS DESDE LA INCLUSIÓN DEL PACIENTE EN LA AGENDA DE GESTIÓN DE LA DEMANDA (AGD) (AG)²⁶
Fórmula	$\frac{\text{Nº de personas con diagnóstico de cáncer colorrectal a las que se interviene quirúrgicamente en un periodo comprendido entre los 30 y 60 días desde su inclusión en AGD}}{\text{Nº de personas diagnosticadas de cáncer colorrectal subsidiarias de cirugía}} \times 100.$
Definición	Tiempo marcado para la intervención quirúrgica.
Tipo de indicador	Resultados.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento / Justificación	En los procesos neoplásicos el tiempo transcurrido hasta la intervención quirúrgica para la extirpación del tumor puede ser un factor fundamental en la evolución de la enfermedad.
Población del indicador	Pacientes a los que se les realiza tratamiento quirúrgico por cáncer colorrectal y que fueron intervenidos en un plazo de tiempo entre 30 y 60 días desde su inclusión en AGD.
Fuente de datos recomendada	Historia de Salud
Periodicidad	Mensual.
Estándares	90%

Denominación	PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER COLORRECTAL QUE INICIAN TRATAMIENTO ADYUVANTE EN UN PLAZO INFERIOR A 6 SEMANAS POSTERIORES AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
Fórmula	$\frac{\text{Nº de personas con diagnóstico de cáncer colorrectal a las que se administra tratamiento adyuvante en un plazo inferior a 6 semanas (42 días) desde la fecha de la cirugía}}{\text{Nº de personas diagnosticadas de cáncer colorrectal en tratamiento adyuvante}} \times 100.$
Definición	Tiempo marcado para la administración de tratamiento adyuvante.
Tipo de indicador	Resultados.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento / Justificación	En los procesos neoplásicos el tiempo de inicio de tratamiento adyuvante puede ser un factor fundamental en la evolución de la enfermedad.
Población del indicador	Pacientes a los que se administra tratamiento adyuvante por cáncer colorrectal.
Fuente de datos recomendada	Historia de Salud
Periodicidad	Anual.
Estándares	90%

Denominación	MORTALIDAD LOCAL POR CÁNCER COLORRECTAL
Fórmula	Nº de pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal que han fallecido en el periodo de estudio/ Nº de pacientes en seguimiento por un cáncer colorrectal en el periodo de estudio.
Definición	El cáncer colorrectal es la segunda causa de mortalidad tanto en hombres como en mujeres.
Tipo de indicador	Resultados.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento / Justificación	Este tumor cumple la definición de mortalidad evitable.
Población del indicador	Pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal en tratamiento neoadyuvante o con radioquimioterapia concomitante.
Fuente de datos recomendada	Historia de Salud
Periodicidad	Trianual.
Estándares	5,3% En varones 6,7% En mujeres

Denominación	EL INFORME SE REMITIRÁ A LA/EL SOLICITANTE ANTES DE LOS 7 DÍAS EN EL CASO DE LAS BIOPSIAS ENDOSCÓPICAS (AG)^{26, 27, 29}
Fórmula	Nº de informes de resultados de estudios de la biopsia de pacientes con sospecha o cáncer colorrectal emitidos por la Unidad de Gestión de Anatomía Patológica y recibidos por el solicitante antes de los 7 días/Nº de muestras de biopsias remitidas a la UG de Anatomía Patológica de pacientes con sospecha o cáncer colorrectal x 100.
Definición	Tiempo de remisión de informe de resultados de Anatomía Patológica.
Tipo de indicador	Resultados.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento / Justificación	El tiempo en la remisión de informe de biopsia o piezas quirúrgicas desde el Servicio de Anatomía Patológica nos permite iniciar las actividades correspondientes en el tiempo recomendado.
Población del indicador	Paciente en los que se les han realizado biopsia y se ha recibido el informe del Servicio de Anatomía Patológica en los tiempos establecidos en la definición del indicador.
Fuente de datos recomendada	Historia de Salud/Registro del Servicio de Anatomía Patológica.
Periodicidad	Anual.
Estándares	90%

Denominación	EL INFORME SE REMITIRÁ A LA/EL SOLICITANTE ANTES DE LOS 15 DÍAS EN EL CASO DE LAS PIEZAS DE RESECCIÓN QUIRÚRGICA (AG)^{26, 27, 29}
Fórmula	N.º de informes de resultados de estudios de la pieza quirúrgica de pacientes con sospecha o cáncer colorrectal emitidos por la Unidad de Gestión de Anatomía Patológica y recibidos por el solicitante antes de los 15 días/N.º de muestras de piezas quirúrgicas remitidas a la UG de Anatomía Patológica de pacientes con sospecha o cáncer colorrectal x 100.
Definición	Tiempo de remisión de informe de resultados de Anatomía Patológica.
Tipo de indicador	Resultados.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento / Justificación	El tiempo en la remisión de informe de biopsia o piezas quirúrgicas desde el Servicio de Anatomía Patológica nos permite iniciar las actividades correspondientes en el tiempo recomendado.
Población del indicador	Paciente en los que se les han realizado tratamiento quirúrgico y se ha recibido el informe del Servicio de Anatomía Patológica en los tiempos establecidos en la definición del indicador.
Fuente de datos recomendada	Historia de Salud/Registro del Servicio de Anatomía Patológica.
Periodicidad	Anual.
Estándares	90%

Denominación	PERSONAS TRATADAS CON NEOADYUVANCIA A LAS QUE SE LE REALIZA TAC y RM DE REESTADIAJE ANTES DE LA CIRUGÍA
Fórmula	Nº de personas tratadas con neoadyuvancia por cáncer de recto a las que se les realiza un TAC toracoabdominal y RM pélvica de reestadificación antes de la cirugía / Nº de personas con diagnóstico inicial de cáncer de recto x 100.
Definición	Tiempo marcado para la reestadificación local inicial con TAC toracoabdominal y RM pélvica del cáncer de recto
Tipo de indicador	Proceso.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento / Justificación	En el cáncer de recto la reestadificación al diagnóstico con TAC toracoabdominal y RM pélvica son fundamentales para la planificación quirúrgica. El tiempo en la realización de la prueba y del informe es un factor clave para planificar la cirugía.
Población del indicador	Pacientes con diagnóstico inicial de Cáncer de recto.
Fuente de datos recomendada	Historia de Salud.
Periodicidad	Anual.
Estándares	90%

Denominación	NÚMERO DE GANGLIOS NECESARIOS TRAS UNA CIRUGÍA ONCOLÓGICA DIFERENCIANDO EL CÁNCER DE COLON Y EL DE RECTO Y SEGÚN LA NEOADYUVANCIA REALIZADA EN ESTE ÚLTIMO CASO
Fórmula	Nº de pacientes con Cáncer Colon a los que se les ha realizado linfadenectomía mesocólica (con al menos 12 ganglios resecados) * 100/ Nº de pacientes con Colon intervenidos quirúrgicamente. Nº de pacientes con Cáncer Rectal tras neoadyuvancia con quimiorradioterapia preoperatoria a los que se les ha realizado disección mesorrectal (con al menos 8 ganglios resecados)
Definición	Cáncer Colon. Linfadenectomía consiste en la resección de al menos 12 ganglios linfáticos del mesocolon junto a la pieza quirúrgica. Cáncer recto. Linfadenectomía consiste en la resección de al menos 8 ganglios linfáticos mesorrectales junto a la pieza quirúrgica tras tratamiento con quimiorradioterapia preoperatoria.
Tipo de indicador	Resultados.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento / Justificación	Mechera R, Schuster T, Rosenberg R, Speich B. Lymph node yield after rectal resection in patients treated with neoadjuvant radiation for rectal cancer: A systematic review and meta-analysis. Eur J Cancer. 2017 Feb; 72:84-94. doi: 10.1016/j.ejca.2016.10.031.
Población del indicador	Pacientes con CCR intervenidos quirúrgicamente.
Fuente de datos recomendada	Historia de Salud / Registro del Servicio de Anatomía Patológica.
Periodicidad	Anual.
Estándares	Informe anual de evaluación del indicador.

ADN	Acido Desoxirribonucleico
AGD	Agenda de Gestión de la Demanda
AH	Atención Hospitalaria
AJCC/ACP	American Joint Commite on Cancer
AP	Atención Primaria
CCR	Cáncer Colorrectal
CEA	Antígeno Carcinoembrionario
CI	Consentimiento Informado
cm	Centímetros
Anti-EGFR	Inhibidores del Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico
EL	Escisión Local
FMR	Fascia mesorectal
FU	5-Fluorouracilo
GPC	Guía de Práctica Clínica
GPDI	Gestión de planes de desarrollo
HBPM	Heparina de Bajo Peso Molecular
IGRT	Radioterapia guiada por imagen
IHQ	Inmunohistoquímica
IMS	Inestabilidad de microsatélites
MCR	Margen circular de resección
mm	Milímetros
NIC	Código de Intervenciones de Enfermería
NOC	Clasificación de Resultados en Enfermería
NUHSA	Número Único de la Historia de Salud de Andalucía
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAD	Proceso de planificación anticipada de decisiones
PAI	Proceso Asistencial Integrado
PCR	Patología molecular
PET-TC	Tomografía por Emisión de Positrones-Tomografía Computarizada

PICO	Población, Intervención, Comparador y Resultados (Outcomes)
PNT	Procedimiento Normalizado de Trabajo
pTNM	Escala estadiaje del cáncer
QT	Quimioterapia
QTRT	Quimioradioterapia
RDQ	Registro de Demanda Quirúrgica
RM	Resonancia Magnética
RT	Radioterapia
RTCC	Radioterapia Ciclo Corto
RVA	Registro de voluntades vitales anticipadas
SOH	Sangre oculta en heces
SSPA	Servicio Sanitario Público de Andalucía
TAMIS	Cirugía transanal mínimamente invasiva
TC	Tomografía Axial Computarizada
TC-TAP	Tomografía Axial Computarizada Tórax, Abdomen y Pelvis
TEM	Microcirugía Transanal
TER	Técnico especialista en radioterapia
UFUN	Unidades Funcionales
UGC	Unidad de Gestión Clínica
VVA	Voluntad Vital Anticipada

Bibliografía

1. European Cancer Information System [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>
2. RCG - Registro de Cáncer de Granada [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://cancergranada.org/es/index.cfm>
3. Instituto Nacional de Estadística. (Spanish Statistical Office) [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
4. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.aetsa.org/>
5. Consorcio AGREE. INSTRUMENTO AGREE II [Internet]. 2009. Disponible en: http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf
6. Dotor Gracia M, Fernández García E, Álvarez Benito M, Ávila Rodríguez FJ, Barrera Becerra C, Bautista Paloma FJ et al. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2009. Disponible en: https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956c9e59e_guia_diseño_mejor
7. Barrera Becerra C, Del Río Urenda S, Dotor Gracia M, Santana López V, Suárez Alemán G. Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2011-2014 [Internet]. Consejería de Salud; 2011 p. 74. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/estrategia-para-la-seguridad-del-paciente-2011-2014.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Soluciones para la seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: OMS; 2007 [Acceso 21/07/2017]. URL: <http://goo.gl/gQwhWU>
9. Ley 41/2002, de 14 de noviembre Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. Boletín Oficial del Estado nº274. (15-11-2002) [Acceso 21/07/2017]. URL: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
10. Simón Lorda P, Esteban López MS (coordinadores). Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014 [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; [Acceso 21/07/2017]. URL: <http://goo.gl/7TE0rz>
11. Esteban López MS, Simón Lorda P. Mapa de competencias y buenas prácticas profesionales en bioética. Febrero de 2014 [citado 6 de noviembre de 2018]; Disponible en: <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1531>
12. Junta de Andalucía. Consentimiento Informado [Internet]. Junta de Andalucía. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/sistema-sanitario/derechos-garantias/paginas/consentimiento->
13. Simón P, Tamayo Velázquez MI, Esteban López MS, Blanco Piñero N. Planificación anticipada de las decisiones [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social; 2013. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/absys/documento/planificacion_anticipada_decisiones.pdf
14. Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/salud/rv2/inicioCiudadania.action>
15. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC), Quinta Edición Elsevier España. Barcelona 2013. http://www.educsa.es/pdf/000_CONCEPTOS%20NOC.pdf
16. Bulechek GM, Butcher HK, Mcloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Sexta Edición Elsevier España. Barcelona 2013 <https://www.elsevier.com/books/clasificacion-de-intervenciones-de-enfermeria-nic/bulechek/978-84-9022-413-7>

17. http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/menu/practicasSeguras/Practicas_seguras_en_Cirugia_y_Anestesia/
18. Alonso-Coello P, Marzo-Castillejo M, Mascort JJ, Hervás AJ, Viña LM, Ferrús JA, et al. [Clinical practice guideline on the management of rectal bleeding (update 2007)]. *Gastroenterol Hepatol*. diciembre de 2008;31(10):652-67.
19. Castells A, Marzo-Castillejo M, Mascort JJ, Amador FJ, Andreu M, Bellas B, et al. [Clinical practice guideline. Prevention of colorectal cancer. 2009 update. Asociación Española de Gastroenterología]. *Gastroenterol Hepatol*. diciembre de 2009;32(10):717.e1-58.
20. Shander A, Javidroozi M. Blood conservation strategies and the management of perioperative anaemia. *Curr Opin Anaesthesiol*. junio de 2015;28(3):356-63
21. Catálogo de Pruebas Diagnósticas del SSPA. Atención Primaria - Servicio Andaluz de Salud [Internet]. [citado 7 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_renovacion_catálogo_pruebas
22. Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
23. Junta de Andalucía - Procesos de Soporte: Laboratorios clínicos [Internet]. Junta de Andalucía. [citado 7 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-laboratorios-clinicos.html>
24. Fernández Aceñero MJ, Fernández Victoria R, González Obeso E, Martínez Ciarpaglini C, Tarragona J. Recomendaciones para el diagnóstico anatomopatológico del cáncer de colon. En: *Libro Blanco de la Anatomía Patológica en España*. 2017; 241-66.
25. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. Guidelines for the management of colorectal cancer [Internet]. Gran Bretaña; 2007 [citado 7 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.aegastro.es/grupos-de-trabajo/oncologia-digestiva/publicaciones/guia-clinica-guidelines-for-the-management-of-colorectal-cancer>
26. National Health and Medical Research Council (NHMRC). Clinical practice guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer [Internet]. Australia; 2017 [citado 7 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://wiki.cancer.org.au/australia/Guidelines:Colorectal_cancer
27. AJCC Cancer Staging Form Supplement. AJCC Cancer Staging Manual, Eighth Edition. Disponible en: <https://cancerstaging.org/references-tools/deskreferences/Documents/AJCC%20Cancer%20Staging%20Form%20Supplement.pdf>
28. Junta de Andalucía - Procesos de Soporte: Técnicas de imagen [Internet]. Junta de Andalucía. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-tecnicas-imagen.html>
29. Kakar S, Shi C, Berho ME, Driman DK, Fitzgibbons P, Frankel WL, Hill KA, Jessup J, Krasinskas AM, Washington MK. Protocol for the Examination of Specimens From Patients With Primary Carcinoma of the Colon and Rectum. *Cancer Protocol Templates* [Internet]. College of American Pathologists. 2018 [citado 9 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.cap.org/protocols-and-guidelines/cancer-reporting-tools/cancer-protocol-templates>
30. Beets-Tan RGH, Lambregts DMJ, Maas M, Bipat S, Barbaro B, Caseiro-Alves F, et al. Magnetic resonance imaging for the clinical management of rectal cancer patients: recommendations from the 2012 European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR) consensus meeting. *Eur Radiol*. septiembre de 2013;23(9):2522
31. Beets-Tan RGH, Lambregts DMJ, Maas M, Bipat S, Barbaro B, Curvo-Semedo L, et al. Magnetic resonance imaging for clinical management of rectal cancer: Updated recommendations from the 2016 European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology

- (ESGAR) consensus meeting. Eur Radiol. abril de 2018;28(4):1465-75.
32. Vogel JD, Eskicioglu C, Weiser MR, Feingold DL, Steele SR. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Colon Cancer. Dis Colon Rectum. octubre de 2017;60(10):999-1017.
 33. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Colorectal cancer: diagnosis and management [Internet]. 2017 [citado 7 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg131/chapter/update-information>
 34. Benson AB, Venook AP, Cederquist L, Chan E, Chen Y-J, Cooper HS, et al. Colon Cancer, Version 1.2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw [Internet]. 3 de enero de 2017 [citado 9 de noviembre de 2018];15(3):370-98. Disponible en: <http://www.jnccn.org/content/15/3/370>
 35. Ribic CM, Sargent DJ, Moore MJ, Thibodeau SN, French AJ, Goldberg RM, et al. Tumor microsatellite-instability status as a predictor of benefit from fluorouracil-based adjuvant chemotherapy for colon cancer. N Engl J Med. 17 de julio de 2003;349(3):247-57.
 36. Glynne-Jones R, Wyrwicz L, Tiret E, Brown G, Rödel C, Cervantes A, et al. Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up [Internet]. ESMO; 2017 jul [citado 5 de noviembre de 2018] p. iv22-40. Disponible en: https://academic.oup.com/annonc/article/28/suppl_4/iv22/3958158
 37. Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, Cederquist L, Chen Y-J, Ciombor KK, et al. Rectal Cancer, Version 2.2018, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw [Internet]. 7 de enero de 2018 [citado 9 de noviembre de 2018];16(7):874-901. Disponible en: <http://www.jnccn.org/content/16/7/874>
 38. sedia.es – Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen del Abdomen [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.sedia.es/>
 39. BOJA 30 mayo 2003. Decreto 127/2003 de 13 de mayo por el que se establece el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. BOJA 173 de 3 de septiembre de 2004.
 - Orden 24 de agosto de 2004, por el que se desarrolla el Decreto 127/2003 de 13 de mayo por el que se establece el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
 40. Goodnough LT, Maniatis A, Earnshaw P, Benoni G, Beris P, Bisbe E, et al. Detection, evaluation, and management of preoperative anaemia in the elective orthopaedic surgical patient: NATA guidelines. British Journal of Anaesthesia [Internet]. enero de 2011 [citado 5 de noviembre de 2018];106(1):13-22. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0007091217333561>
 41. Junta de Andalucía - Procesos de Soporte: Bloque quirúrgico [Internet]. Junta de Andalucía. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-bloque-quirurgico.html>
 42. BPG Cuidado y manejo de la Ostomía - Guía de buenas prácticas en enfermería. [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia_-_Guia_de_buenas_practicas_en_enfermeria.pdf
 43. Junta de Andalucía - Proceso asistencial integrado cuidados paliativos [Internet]. Junta de Andalucía. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-cuidados-paliativos.html>
 44. Guía clínica de Calidad en la Colonoscopia de Cribado del Cáncer Colorrectal | www.aegastro.es [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.aegastro.es/publicaciones/publicaciones-aeg/guias-de-practica-clinica/guia-clinica-de-calidad-en-la-colonosopia-de-cribado-del-cancer-colorrectal>
 45. Mechera R, Schuster T, Rosenberg R, Speich B. Lymph node yield after rectal resection in patients treated with neoadjuvant radiation for rectal cancer: A systematic review and meta-analysis. Eur J Cancer. 2017 Feb;72:84-94. doi: [10.1016/j.ejca.2016.10.031](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.10.031).

